

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Návrh lyžařského areálu pro osoby s handicapem

Bakalářská práce

Autor: Miluše Kropáčková
Vedoucí práce: doc. Ing. Lucie Kozlová, Ph.D
Datum odevzdání: 11.5.2009

Návrh lyžařského areálu pro osoby s handicapem

Teoretická část této práce vysvětluje pojem slova lyžování, handicap, kvalita života. Klasifikuje zdravotně znevýhodněné lyžaře a disciplíny alpského lyžování osob se zdravotním znevýhodněním. S tím také souvisí podrobně popsaná problematika lyžařských středisek včetně jejich technického zázemí. Nechybí zde ani popis zařízení určeného k lyžování osobám se zdravotním znevýhodněním včetně sportovního příslušenství. Poslední část teoretické části obsahuje návrh na projekt lyžařského areálu pro osoby s handicapem. Technické parametry jsou zobecněny tak, aby se daly aplikovat na všechny zimní lyžařská střediska.

Tato práce si kladla dva hlavní cíle. Prvním cílem práce bylo zmapování sítě zimních lyžařských středisek a jejich celkový přístup k osobám s handicapem. A druhým cílem práce bylo vytvořit návrh zimního lyžařského střediska tak, aby plně vyhovoval osobám s handicapem. Zaměřila jsem se o zobecnění technických parametrů, aby se daly aplikovat na všechny zimní lyžařská střediska. S prvním cílem souviselo téma výzkumu. K vypracování výzkumné části práce jsou použita kvantitativní výzkum. Data jsem sbírala metodou dotazování, technikou dotazníku. Zaměřila jsem se na problematiku dostupnosti lyžařských areálů pro osoby se zdravotním znevýhodněním. Z výsledků dotazníkového šetření vyplynulo, že v necelé jedné třetině z celkového počtu 58 zimních lyžařských středisek se osoba se zdravotním znevýhodněním obejde bez osobní asistence. V ostatních střediscích potřebuje asistenci. To tedy znamená, že oblasti zimních sportů pro osoby s handicapem není dostatek zimních lyžařských středisek, ve kterých lze bezproblémově lyžovat. Zároveň se však potvrdilo, že lyžování a kvalitní zázemí zimních středisek pro lidi s handicapem zvýší jejich kvalitu života, protože význam jakéhokoliv sportu je pro jedince se zdravotním znevýhodněním velice podstatný.

Z výzkumu vyplynulo, že problematika zdravotně znevýhodněných lyžařů, je mnohdy při modernizaci či výstavbě lyžařského střediska opomíjena, to ale neznamená, že je provozovatelům zimních lyžařských středisek lhostejná.

Tuto bakalářskou práci si po jejím vypracování vyžádalo hned několik provozovatelů lyžařských středisek. Z této zpětné vazby se dá usuzovat zájem o tuto nově otevřenou problematiku.

Suggestion of a ski resort for people with disability

The theoretical part of this work includes interpretation of terms, including skiing, handicap, quality of life. It classifies skiers with physical handicap and defines downhill skiing disciplines of handicapped individuals. This is associated with detail description of ski resorts, including their technical background. In addition there is description of devices designed for skiing of handicapped people, including sports articles. The final section of the theoretical part includes suggestion for a ski resort designed for handicapped people. Technical parameters are generalized in order to fit all ski resorts.

There were two objectives associated with this work. The first work objective was to map network of ski resorts and their overall approach to handicapped people. The second work objective was to suggest a ski resort design which would fully fit needs of handicapped people. I have focused on generalization of technical parameters in order to enable their application to all ski resorts. The research subject was related to my first objective. Quantitative research has been applied for the research part of the work. Data has been collected by questioning method, questionnaire technique. I have been focused on issues related to accessibility of ski resorts to handicapped people. Results of the questionnaire research indicate that in less than one third of the total 58 ski resorts handicapped people can cope without assistance of others. Assistance is required in the remaining ski resorts. Therefore, as for winter sports, there are not enough ski resorts where handicapped people can enjoy skiing without problems. However, it has been confirmed that background of ski resorts well designed for handicapped people improves their quality of life, since importance of sports for every handicapped individual is very high.

It results from the research that issues concerning handicapped skiers are often omitted in designing or upgrading of ski resorts, however it does not mean that ski resorts operators are neglectful to this subject.

Several ski resorts operators expressed their interest in this Bachelor work upon its completion. Such feedback indicates interest in this newly open issue.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma *Návrh lyžařského areálu pro osoby s handicapem* vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích

Kropáčková Miluše

Poděkování

Na tomto místě chci poděkovat doc. Ing. Lucii Kozlové, Ph.D za vedení mojí bakalářské práce, cenné rady a připomínky. Dále děkuji Tomáši Lisému, předsedovi Sportovního klubu vozíčkářů v Praze a Oldřichovi Jelínkovi, kteří mě zasvětili do problematiky lyžování vozíčkářů. A také děkuji všem provozovatelům lyžařských středisek, kteří mi vyplněním dotazníku umožnili uskutečnit tuto bakalářskou práci.

OBSAH.....	7
Úvod.....	9
1. Současný stav.....	11
1.1. Lyžování	11
1.1.1 Historie světového lyžování.....	11
1.1.2 Historie lyžování zdravotně znevýhodněných sportovců ve světě.....	13
1.1.3 Historie lyžování zdravotně znevýhodněných sportovců v České Republice.....	13
1.2 Handicap.....	14
1.3 Klasifikace zdravotně znevýhodněných lyžařů.....	15
1.3.1 Lyžaři se zrakovým poškozením.....	15
1.3.2 Stojící lyžaři.....	15
1.3.3 Sedící lyžaři.....	16
1.4 Disciplíny alpského lyžování u osob se zdravotním znevýhodněním.....	16
1.4.1 Sjezd.....	17
1.4.2 Slalom.....	17
1.4.3 Obří slalom.....	18
1.4.4 Super obří slalom.....	18
1.4.5 Super kombinace.....	18
1.5 Zařízení určené k lyžování osobám se zdravotním znevýhodněním včetně sportovního příslušenství.....	18
1.5.1 Mono-ski.....	19
1.5.2 Bi-ski.....	20
1.5.3 Další lyžařská výbava.....	20
1.6 Lyžařská střediska.....	21
1.6.1 Dopravní zařízení.....	21
1.6.1.1 Lanová dráha	21
1.6.1.2 Lyžařský vlek.....	22
1.6.2 Pravidla pohybu na sjezdových tratích.....	22
1.6.3 Sjezdová trať.....	23

1.6.3.1 Druhy sněhu.....	23
1.7 Trénink.....	24
1.8 Asistenti a instruktoři.....	25
1.9 Kvalita života	26
1.9.1. Kvalita života a životní událost.....	28
1.9.2 Kvalita života zdravotně znevýhodněných jedinců.....	28
1.9.3 Kvalita života a sport.....	29
1.10 Význam sportu pro lyžaře se zdravotním znevýhodněním.....	30
2. Cíl práce a hypotézy.....	31
3. Metodika.....	32
3.1 Použité metody.....	32
3.2 Charakteristika souboru.....	32
4. Výsledky.....	33
5. Diskuse.....	49
6. Návrh na projekt lyžařského areálu pro osoby s handicapem.....	54
6.1 Technické parametry.....	55
6.1.1 Stavební požadavky pro jedince s pohybovým znevýhodněním.....	55
6.1.2 Stavební požadavky pro jedince se zrakovým znevýhodněním.....	58
6.2 Lidský faktor.....	59
7. Závěr.....	61
8. Seznam použitých zdrojů.....	63
9. Klíčová slova.....	67
10. Přílohy.....	68

ÚVOD

V úvodu bych ráda zmínila, že problematika lyžařských středisek, zimního provozu je mi dobře známa, jelikož jsem pracovala čtyři roky jako zaměstnanec lyžařského střediska Ski areál Kašperské Hory, z toho dva roky jako jeho vedoucí.

Toto téma jsem si zvolila proto, že mne samo oslovilo. Jednoho dne mne zavolala pokladní, abych posoudila případ lyžařky-vozičkářky, zda má nárok na slevu, a zda by bylo možné umožnit jí přístup k vleku mimo turnikety. Doted' si vzpomínám na svůj zvláštní pocit lítosti, bezmocnosti a studu. Slevu jsme jí pochopitelně dali a přístup mimo turnikety umožnili. Jaké pak, ale bylo moje překvapení, když jsem pak sledovala tuto lyžařku na sjezdovce. Kdejakého „běžného“ lyžaře strčila do kapsy.

Shodou náhod jsem začala pracovat v jiném lyžařském středisku v Krkonoších. Předseda Sportovního klubu vozičkářů v Praze, Tomáš Lisý, za mnou přišel s prosbou, zda bychom lyžařům s SKV Praha nechtěli dělat servis na lyžích. A nezůstalo jen u servisů. Ve Funparku Sněhulák u Vrchlabí se začaly konat začátečnické kurzy pro zdravotně znevýhodněné lyžaře. Začalo se školením obsluhy vleků pro manipulaci s těmito osobami. Ke konci sezóny se dalo hovořit o velmi přátelských vztazích. V příštích letech se plánuje investice do odstranění fyzických bariér. Vnímám to jako obrovský krok kupředu, neboť se zde setkávají na sjezdovce „běžní lyžaři“ a „lyžaři-vozičkáři“.

Při pohledu na celou Českou Republiku, lze říci, že v posledních dvaceti letech došlo k obrovské expanzi zimních lyžařských středisek. Jsou budovány a nově rekonstruovány velké či malé lyžařské areály. Na jejich modernizaci se ve velké míře podílí fondy Evropské unie. Avšak v tomto dramatickém rozvoji se stále zapomíná na problematiku osob se zdravotním znevýhodněním, kteří by chtěli a nebo již lyžují. V současné době je jen hrstka areálů, kde mohou tyto lidé bez problémů lyžovat. Lze však říci, že poptávka ze strany osob s handicapem má stoupající trend. Je důležité položit si otázku, co s tím do budoucna uděláme.

Z tohoto důvodu si tato práce kladla za cíl zmapovat síť zimních lyžařských středisek a jejich celkový přístup k osobám s handicapem a vytvořit návrh zimního lyžařského střediska tak, aby plně vyhovoval osobám s handicapem.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1. Lyžování jako pojem

Na lyžování jako pojem takový, můžeme nahlížet několika způsoby. Lyžování lze chápat jako *pohybovou činnost* na lyžích v zasněženém terénu, na umělé hmotě, na technicky vyrobeném sněhu, sloužící k rekreaci, turistice, sportování či dalším jiným účelům. Pokud bychom se na lyžování podívali jiným pohledem, lze jej chápat jako *sportovní odvětví*, obsahující tradiční závodní klasické disciplíny (13).

Z hlediska biomechaniky, je lyžování různorodou pohybovou činností, prováděnou v měnících se povětrnostních, terénních i sněhových podmínkách. Podstatou samotného lyžování je zachování dynamické rovnováhy ve skluzu na jedné nebo obou lyžích. Pohyb lyžaře je pak výsledkem působení komplexu vnitřních a vnějších sil. Rozhodující pro pohyb je zatěžování lyží, odraz, hranění a jeho změny, změny vzájemné polohy lyží, opora o hole atd. (13).

Mezi základní dvě odvětví lyžování patří *alpské lyžování*, u kterého se dříve používal pojem sjezdové lyžování a *severské lyžování*, dříve nazýváno lyžování klasické (21).

1.1.1 Historie světového lyžování

Historii lyžování můžeme rozdělit na dvě základní období. První období předsportovní - můžeme datovat od té doby, kdy člověk začal používat k činnostem spojených s běžným životem. První lyže jsou známy už ze střední doby kamenné. Lidé využívali lyže k lovu a k přemísťování. Tuto techniku lidé využívali všude tam, kde byl dostatek sněhu. Druhé období sportovní - je obdobím, kdy lyže našli své uplatnění ve sportu. Začátek této etapy můžeme datovat od poloviny 19. století. Za mezník můžeme považovat rok 1843, kdy se konaly první lyžařské závody v Norsku. Kolébkou lyžování je Skandinávie. Např. provincie Telemark, dala název jedné z lyžařských technik. Ve 20. století se lyžování rozšířilo do celého světa.

Lyžování též procházelo různými etapami. Vždy dominovala jedna z lyžařských škol. Každá lyžařská škola měla specifický způsob výuky a lyžařská technika měla typické prvky (17).

Norská škola byla založena v roce 1870 v Kristiani. Tato škola přispěla zdokonalením techniky sjíždění a zatáčení. Poprvé se začíná jezdit vzpřímeně a lyže se ovládají dvěma holemi a pohybem nohou. Vzniká nový tvar lyží nazvaný telemarský. Na vzniku Lilienfeldské školy měl zásluhu „otec lyžování“ rodák z Třebíče Matthias Zdarsky. Zkrátil norské lyže na 190 – 220 cm, na lyže usadil vlastní vázání a odstranil žlábek. Prosazoval jízdu se skoro dvoumetrovou holí, která sloužila jezdcovi jako opora. Základní technikou pro tuto školu byly oblouky v pluhu a přivrátané oblouky. Bilgeriho škola, která vznikla před 1. světovou válkou, je spojením technik obou předchozích škol. Jízda se zrychlila a přidali se nové varianty oblouků. V průběhu doby následoval vznik škol s rotační technikou. Novou techniku představil a teoreticky zpracoval F. Hoshek v roce 1943. Tato technika se zaměřovala na komplexnost pohybů, šroubovitým otáčením těla a odlehčení lyží vertikálním pohybem lyží. Francouzská rotační škola upřednostňovala rotaci při zahajování snožného smyku. Současně vznikaly školy nerotační technikou. Mezi představitele této techniky patří závodníci Walch a Rominger. Znaky typickými pro tuto techniku byla úzká stopa a odklon trupu od svahu (17).

V šedesátých letech dvacátého století došlo k výměně rotační a nerotační techniky za techniku rozdílného pohybu dolních končetin. Znamenalo to konec rozvoje snožných oblouků. V roce 1970 došlo ke změně v konstrukci lyžařských bot a to mělo za následek vznik vystřelovaných oblouků. Následoval ke zvětšení rozsahu pohybu nohou ve všech směrech a ke zvýšení postoje. Novým prvkem je zakončení oblouku na vnitřní lyži (17).

V současné době dochází při lyžování k menšímu předklonu trupu, plynulému přechodu z oblouku do oblouku. Následuje omezení pohybu těžiště těla ve vertikálním směru (17). Tato nová revoluční metoda je označována jako „carvingové lyžování“.

1.1.2 Historie lyžování zdravotně znevýhodněných sportovců ve světě

Po druhé světové válce se systematicky začal rozvíjet sport pro osoby se zdravotním znevýhodněním, aby se Ti, kteří byli po úrazu, mohli vrátit ke svému milovanému sportu. Již v roce 1948 byly nabízeny těmto sportovcům lyžařské kurzy. Od té doby zaznamenalo toto odvětví rapidní nárůst zájmu. Do roku 1970 mohly závodit v lyžování pouze osoby s amputací a zrakovým poškozením. Se zavedením mono-ski začali závodit i vozíčkáři - paraplegici, bez obou nohou s amputací nad koleny. V roce 1910 byla založena mezinárodní lyžařská komise. Mezinárodní lyžařská federace (FIS) byla založena v roce 1924 v průběhu zimní olympiády v Chamonix ve Francii. První dokumentované oficiální mistrovství postižených se konalo v roce 1948 v Rakousku, v Badgasteinu. Účastnilo se ho 17 sportovců. Od roku 1950 byla pořádáno Mistrovství světa pro zdravotně znevýhodněné sportovce po celém světě (8).

V 70. letech 20. století se tradiční lyžařské země Německo, Rakousko, USA a skandinávské země staly průkopníky lyžování vozíčkářů (3).

Na prvních zimních paralympijských hrách v Örnsköldsvik ve Švédsku v roce 1976, byly představeny dvě alpské sportovní disciplíny v lyžování . Jednalo se o slalom a obří slalom. Lyžaři museli kombinovat rychlost a hbitost, když sjížděli sjezdovkou dolů rychlostí až 100 km/h. Sjezd byl přidán na paralympijské hry v roce 1984 v Innsbrucku v Rakousku. Super obří slalom byl začleněn do lyžařských sportovních disciplín v roce 1994 v Lillehammeru v Norsku. Za mezník v lyžování zdravotně znevýhodněných sportovců lze považovat vynález mono-ski. Mono-ski byla prvně představena v Innsbrucku v roce 1984 a medailovou disciplínou se stala poprvé v Naganu v roce 1998 na paralympiádě (8,3).

1.1.3 Historie lyžování zdravotně znevýhodněných sportovců v České Republice

Za počátek sjezdového lyžování zdravotně znevýhodněných sportovců v České Republice lze považovat rok 1992, ve kterém předvedla instruktáž jízdy na mono-ski

mistryně Velké Británie D. Smithová. Již v roce 1993 byla vyrobena, firmou Cromon, první mono-ski na našem území a v lednu 1994 byl uspořádán první závod vozíčkářů. Jednalo se o 1. ročník Moravského poháru na Červenohorském sedle. Sjezdové lyžování bylo rozvíjeno pod FTK v Olomouci od roku 1992 a dále na FTVS UK v Praze od roku 1994 (3,7).

1.2 Handicap

„Dnes se všeobecně uznává, že pojem zdraví má také psychologickou a sociologickou charakteristiku a závislost, že ve zdraví a nemoci je nutno počítat s člověkem v jeho totalitě, tzn. nejenom s jeho organismem, ale také s jeho osobnostním (psychickým) potenciálem, a že zdraví je podmiňováno nejenom klimatickými a dalšími přírodními podmínkami, ale také podmínkami společenskými jako jsou lidské vztahy, společenské uspořádání i produkty sociálního vývoje, jako migrace, urbanizace, technologické, kulturní a další změny prostředí.“ cituji Jesenského (11).

Stav této totality vyjádřila Světová Zdravotnická organizace v *definici zdraví*, zní: „Zdraví je stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody a nejenom nepřítomnost choroby nebo poruchy funkce“ (25).

Poruchy funkce organismu nebo jeho defekty se projevují jako *neschopnosti* (disaptibility) postiženého jedince zvládat řadu životních úkolů, zároveň se také projevují jako stavy *znevýhodnění* (handicap) (11).

Poškození, které se projevuje vadami anatomické skladby nebo poruchou funkce organismu se nazývá *defekt*. Avšak defekt nemusí být vždy překážkou v plnění cílů jedince, které po něm zdravá veřejnost vyžaduje. Takovýto jedinec může často dospět do stádia *defektivity*. Defektivitou se rozumí druhotný následek defektu. Jedná se o odchylky ve vývoji schopností, o odchylky ve vztazích ke společnosti atd. Rozhodující je, jak jedinec vnímá své znevýhodnění a jak se k těmto odchylkám staví široká veřejnost. Defektivita tedy v sobě zahrnuje jak handicap, tak disaptibilitu (11).

Prostředky k překonání defektivity jsou postupy, které směřují k integraci jedince. Integrace má za cíl vzájemnou sociální adaptabilitu (přizpůsobení) jedince se

společností. Tohoto stavu se dosahuje rozvojem osobnosti, socializací a enkulturací daného jedince (11).

1.3 Klasifikace zdravotně znevýhodněných lyžařů

Zdravotní znevýhodnění lyžařů je rozděleno do třinácti tříd - 7 pro stojící lyžaře, 3 pro sedící lyžaře a 3 pro lyžaře se zrakovým poškozením. Pokud není ve třídě dostatek sportovců dochází ke kombinaci podobných tříd (soutěží spolu různá postižení). V každé kategorii se reálný čas se přepočítává dle koeficientu tak, aby nebyly jednotlivé typy postižení znevýhodněné. Sportovci soutěží ve třech třídách založených na funkčnosti jejich těla (9).

Podle Hruši jsou z hlediska druhu postižení zastoupeni, cituji: „paraplegici (částečně kvadruplegici), oboustranní nadkolenní amputaři, dále osoby po DMO, spastici, do určitého stádia choroby i myopati apod.“ (7).

1.3.1 Lyžaři se zrakovým poškozením

Lyžaři se zrakovým znevýhodněním závodí s průvodcem. Průvodce používá slovní navigaci a jede před závodníkem (9). Rozdělení do výše uvedených skupin provádí podle oka s lepším visusem při používané korekci. Toto vyšetření provádí oční lékař (14).

1. B1 - zcela slepí s vnímáním světla / ruce pohyblivé
2. B2 - zrková jasnost 2/60 nebo zorné pole menší než 5 stupňů
3. B3 - jasnost od 2/60 do 6/60 nebo zorné pole větší než 5 stupňů a menší než 20 stupňů

1.3.2 Stojící lyžaři

1. LW1 - obě nohy nad koleny amputované, tito lyžaři používají dvě lyže a dvě hole, popř. dva stabilizátory

2. LW2 - jedna noha amputovaná, tito lyžaři používají jednu lyži a dvě hole, popř. dva stabilizátory
3. LW3 - obě nohy amputované pod kolena, tito lyžaři používají lyže a dvě hole, popř. dva stabilizátory
4. LW4 - lyžaři a amputací jedné nohy užívající protézy, dvě lyže a dvě hole popř. dva stabilizátory
5. LW5/7 - lyžaři s amputací rukou, používají obě lyže, ale nemohou užívat hole
6. LW6/8 - lyžaři s jednou rukou / ruka amputovaná, užívající dvě lyže, ale jen jednu hůl popř. stabilizátor
7. LW9 - postižení jedné dolní a jedné horní končetiny, používají lyžařskou výstroj dle potřeby

1.3.3 Sedící lyžaři

1. LW10 – lyžaři s postižením obou dolních končetin, spastici s postižením všech končetin, tito lyžaři používají mono-ski a dva stabilizátory
2. LW11 - lyžaři s postižením obou dolních končetin s dobrou rovnováhou v sedu, spastici s postižením dolních končetin
3. LW12 - lyžaři s postižením dolních končetin s dobrou rovnováhou v sedu, a lyžaři s oboustrannou nadkolenní amputací

1.4 Disciplíny alpského lyžování zdravotně postižených lyžařů

Paralympijský program má celkem pět disciplín v alpském lyžování. Je jím sjezd, slalom, obří slalom, super obří slalom a super kombinace. Alpské lyžování je řízeno IPC (Mezinárodní paralympijský výbor), stanovuje pravidla a regulace. V současné době soutěží sportovci z 39 zemí a stále vzrůstají počty zájemců (8).

Pravidla pro správné postavení tratí určila FIS (Mezinárodní lyžařská federace). Pro alpské lyžování zdravotně znevýhodněných lyžařů se využívají stejná pravidla jako

pro zdravé lyžaře, avšak s několika úpravami. Povrch sjezdových tratí by měl postrádat jakékoliv díry a boule, trať nesmí být zledovatělá a musí být dostatečně široká. Zatáčky nesmí být ostré a nesmí následovat příliš rychle za sebou. Dojezd lyžařské tratě by měl být širší a větší. Den před samotným závodem musí být trať zpřístupněna závodníkům, aby si mohli trať nastudovat a seznámit se s ní. Tyč určená pro měření elektrické časomíry se umísťuje do výše horní části trupu závodníka. Všechny branky na trati by měly být vyrobeny z umělé hmoty, aby byly co nejvíce pružné a nezranily závodníka v případě kontaktu. Na trati by měl být umístěn stejný počet pravotočivých a levotočivých zatáček (12).

1.4.1 Sjezd

Při sjezdu je měřen čas sjezdu, závod obsahuje zatáčky a skoky. Trať musí být široká minimálně 30 metrů a dlouhá maximálně 1600 metrů s převýšením 300 metrů u žen a 400 metrů u mužů. Závodník musí projet malý počet branek. Branky jsou minimálně 8 metrů široké. Pokud branku závodník mine, čeká jej diskvalifikace. Maximální počet branek u žen je 35 a 40 u mužů. Každý závodník jede pouze jednou, vítězí ten s nejlepším časem (8,12).

1.4.2 Slalom

Slalom patří mezi technické disciplíny. Trať je kratší než u ostatních disciplín. Na trati je umístěno několik desítek branek (55-75 muži, 40-60 ženy). Lyžař musí všechny branky zdolat. Pokud branku mine, čeká jej diskvalifikace. Každý závodník jede dva závody v ten samý den, pokaždé na jiné trati. U každého závodníka se oba časy sečtou. Vítězí ten s nejlepším dosaženým celkovým časem (8).

1.4.3 Obří slalom

Obří slalom je také technická disciplína. Je delší než slalom a má méně zatáček. Zatáčky jsou širší a hladší. Šířka tratě je minimálně 30 metrů a maximální délka tratě činí 1300 metrů, s převýšením okolo 250 až 350 metrů. Počet branek je ovlivněn převýšením tratě. Branky musí být 6 až 8 metrů široké s minimální vzdáleností 10 metrů od sebe. Penalizace za neprojetí brankou, je diskvalifikace. Každý závodník jede dva závody v ten samý den, na dvou tratích. U každého závodníka se oba časy sečtou. Vítězí ten s nejlepším dosaženým celkovým časem (8,12).

1.4.4 Super obří slalom

Super obří slalom je rychlostní disciplína. Je kratší než sjezd, ale delší než obří slalom a slalom. Počet branek je ovlivněn převýšením, minimálně však třicet pět branek muži a třicet branek ženy. Branky jsou od sebe nejméně dvacet pět metrů. Neprojetí brankou znamená diskvalifikaci. Závodník jede pouze jeden závod na jedné trati. Vítězí závodník s nejlepším časem (8).

1.4.5 Super kombinace

V super kombinaci se kombinuje sjezd a jeden ze slalomových disciplín- obří slalom nebo super obří slalom. Závodník tedy jede dvě disciplíny. Vítězí závodník s nejlepším časem (8).

1.5 Zařízení určené k lyžování osobám se zdravotním znevýhodněním včetně sportovního příslušenství

Zdravotně znevýhodnění lyžaři využívají příslušenství, dle stupně svého funkčního postižení, které jim umožňuje vykonávat tuto aktivitu. U lyžařů se zrakovým postižením se lyžařská výbava neliší od zdravých lyžařů. Pouze průvodce, který lyžaře provází, nás

upozorní na to, že se jedná o doprovod zdravotně znevýhodněného lyžaře. U stojících lyžařů je už potřeba lyžařské vybavení specifikovat. Stojící lyžař může lyžovat na jedné nebo na dvou lyžích s pomocí protézy či nikoliv, dále může používat jednu nebo dvě hole. Nebo místo lyžařských holí může využívat tzv. stabilizátory. Sedící lyžaři využívají mono-ski či bi-ski spolu s holemi popř. stabilizátory.

1.5.1 Mono-ski

Mono-ski je speciální skořepinová sedačka, spočívající na jedné téměř standardní lyži, přes tlumící jednotku (pružina a tlumič), které pohlcují nerovnosti. Skořepina se velmi často vyrábí lyžařům na míru, aby dobře vyhovovala zbylým funkčním schopnostem. Ve skořepině je lyžař pevně připoután popruhy, aby mohl pohyby těla, co nejlépe docílit náklonů mono-ski. Lyže pro mono-ski se používají většinou závodní, kvůli trvanlivosti, s vázáním o dostatečné vypínací síle, jelikož na jedné lyži spočívá váha lyžaře i s vybavením, což bývá cca 70 – 120 kg (12).

Materiálem využívaným k výrobě samotné kostry jsou hliníkové trubky popř. chrom-molybdenové trubky. Sedačka, chránič nohou a základna jsou vyrobeny s carbonových či kevlarových vláken, které zaručují pevnost, ale zároveň také bezpečnost při pádech. Mono-ski je uzpůsobena k jízdě na vlecích, i sedačkových lanovkách (15).

Stabilitu lyžař v mono-ski udržuje pomocí tzv. stabilizátorů – krátkých berliček zakončených lyžemi. Ty slouží k odpichování vpřed i vzad, pomáhají lyžaři udržet rovnováhu (15).

Reprezentantovi České Republiky, Oldřichu Jelínkovi, jsem položila otázku, zda bylo těžké naučit se lyžovat na mono-ski. Odpověděl mi, cituji: „Byla to silná motivace. S odstupem času musím říct, že to bylo hodně těžké, zvláště pro mě, protože jsem si myslel, že když jsem uměl jezdit na lyžích před úrazem, tak mi to půjde lehce i na mono-ski. Svůj omyl jsem záhy pochopil, a asi díky své tvrdohlavosti jsem to nevzdal, a po skoro třech letech jsem mohl zažít radost ze svých prvních vykrojených oblouků. S trochu přimhouřenýma očima by se tomu snad dal říct i carving.“

1.5.2 *Bi-ski*

Bi-ski je podobné zařízení jako mono-ski. Na rozdíl od mono-ski je vybavena dvěma kratšími lyžemi, a tím nabízí větší stabilitu. Celkový tvar bi-ski dovolí osobě s vysokým stupněm postižení lyžovat, přenášením vlastní hmotnosti ze strany na stranu, ale také těm lyžařům, kteří mají vzhledem ke svému postižení horší rovnováhu. Je také vhodná pro kvadruplegiky. Stabilizátory opět pomáhají udržovat rovnováhu (23).

1.5.3 *Další lyžařská výbava*

Každý lyžař, je jedno zda zdravý či handicapovaný, musí používat v rámci své bezpečnosti, ale také pohodlí další sportovní vybavení, které se váže k lyžařskému sportu. A bez kterého by obtížně provozoval tuto činnost.

Do lyžařské výbavy patří *lyžařské hole*. Ty jsou součástí každé lyžařské výbavy. Pomáhají jezdcům při pohybu udržovat rovnováhu. Hole pro sjezd a super obří slalom jsou zahnuté a kopírují tvar jezdce, díky tomu umožňují zaujmout aerodynamický sjezdový postoj. Slalomové hole jsou rovné. Měly by být pevné, snadno ovladatelné a dobře vyvážené. *Helma* je bezpečnostní pomůcka, která je určena k ochraně hlavy lyžaře. *Brýle* slouží k ochraně očí, zlepšují viditelnost za špatných atmosférických podmínek. Chrání lyžaře před padajícím sněhem a deštěm, poskytují ochranu před oslněním. Kvalitní brýle poskytují výhled nejméně 120° a musí být odolné proti zamlžení (2).

Oblečení by mělo být určeno výhradně pro zimní sporty. Závodníci si oblékají jednoduché kombinézy, které jim poskytují minimální odpor vzduchu. *Lyžařské boty* jsou podstatnou součástí lyžařské výbavy. Základním ukazatelem je tvrdost skeletu. Boty musí být především pohodlné.

1.6 Lyžařská střediska

Zimní lyžařské středisko lze definovat jako lyžařskou oblast, která byla vytvořena za účelem provozování zimních sportů. Je vybavena dopravními zařízeními, lyžařskými a běžeckými tratěmi, lyžařskými cestami a ostatními specifickými tratěmi. Mezi specifické tratě patří snowparky, fun-parky, dětské parky, akrobatické areály a další (26).

Synonymem pojmu *lyžařské středisko* je *lyžařský areál* nebo organizovaný lyžařský prostor (26).

1.6.1. Dopravní zařízení

V lyžařských střediscích se můžeme setkat s několika typy dopravních zařízení. Patří sem lanové dráhy a lyžařské vleky. Lanové dráhy upravuje zákon č. 266/ 1994 Sb., o drahách, ve znění pozdějších předpisů. Provoz lyžařských vleků upravuje zákon č. 191/2006 Sb., kterým se mění zákon č. 266/1994 Sb., o drahách, ve znění pozdějších předpisů (18).

1.6.1.1 Lanová dráha

Lanová dráha je dráha, jejíž vozidla se pohybují po šikmé nebo vodorovné trase a jsou poháněna pomocí tažných lan. Slouží k dopravě tam, kde je potřeba překonat velký výškový rozdíl. Na lanové dráze se nachází nejméně dvě stanice – horní a dolní. V České Republice převažují sedačkové lanové dráhy (např. Skiareál Lipno, Skiareál Herlíkovice) nad kabinovými lanovými dráhami (např. Černá Hora, Ještěd) (19).

Typy lanových drah:

1. *kabinové* - na laně jsou zavěšeny dvě kabiny proti sobě a pohybují se vzduchem protisměrně (19)

2. *sedáčkové* – tažné lano je zároveň nosným lanem, na laně jsou zavěšeny sedačky pro jednu nebo více osob, lyžaři si mohou lyže ponechat na nohou, nastupuje a vystupuje se bez zastavení lanové dráhy (19)

1.6.1.2 Lyžařský vlek

Lyžařský vlek se nepovažuje za dráhu. V roce 2006 byla v České republice zákonem č. 191/2006 Sb. byla přijata právní regulace, která prohlašuje lyžařský vlek za určené technické zařízení na dráze. V zahraničí najdeme v lyžařských střediscích především lanové dráhy, naproti tomu v České Republice je ve většině lyžařských středisek nejčastěji používaným dopravním prostředkem dvojmístná kotva (20).

Typy lyžařských vleků:

1. Kotvový vlek s kotvou pro dvě osoby
2. Kotvový vlek s kotvou pro jednu osobu
3. Talířový vlek
4. Vlek se snímací kotvou

1.6.2 Pravidla pohybu na sjezdových tratích

Přepravní řády dopravních zařízení v lyžařských střediscích upravují pravidla pohybu na sjezdových tratích. Lyžař jich musí dbát a respektovat je.

Lyžař nesmí při jízdě ohrožovat své okolí a na sjezdovou trať může vstoupit jen na lyžích. Na sjezdovou trať se nesmí vjíždět z boku, ani ji nijak křížovat. Povinností lyžaře je také respektovat lyžařské značky s výstrahami, v nepřehledných místech sjezdovky nesmí zastavovat, a měl by jet se zvýšenou opatrností. Svým lyžařským dovednostem, stavu tratě, viditelnosti a provozu přizpůsobit svoji jízdu. Při pádu co nejrychleji uvolnit trať. Lyže by měl zajistit vždy tak, aby nemohly ujet, a tím zranit ostatní lyžaře (17).

Při jízdě na dopravním zařízení by měl nastupovat a vystupovat jen na určených místech, závěs pouštět zvolna a opatrně. Dále nesmí se vybočovat z určené stopy, slalomovat, houpat se na závěsu. Lyžařské hole má lyžař držet v jedné ruce, aby se druhou rukou mohl držet závěsu. Začátečníci by měli být pod dozorem zkušeného vlekáře (20).

1.6.3 Sjezdová trať

Sjezdová trať je část lyžařského terénu, která je vymezena pro sjezdové lyžování a to jak závodní, tak i rekreační. Parametry sjezdových tratí jsou údaje o délce, šířce, sklonu a výškovém sklonu. Sjezdová trať musí být především bezpečná (13). Sněhová pokrývka sjezdové tratě může být buďto z přírodního sněhu nebo ze sněhu uměle vyrobeného sněžnými děly.

Sjezdové tratě se dělí dle náročnosti pro lyžaře na modře označené sjezdové tratě, červeně označené sjezdové tratě a černě označené sjezdové tratě (17).

1. *Modrá sjezdovka* – tento typ sjezdové tratě je určen pro lyžaře se základními dovednostmi a dále pro děti. Tyto sjezdovky mají mírný svah a velký prostor pro oblouky.
2. *Červená sjezdovka* – tento typ sjezdové tratě je určen zdatným lyžařům, kteří jsou schopni napojovat oblouky vyšší rychlostí. Sjezdovka má větší sklon.
3. *Černá sjezdovka* - tento typ sjezdové tratě je určen zkušeným lyžařům. Na trati se často nachází obtížné partie a boule. Bývají zrádné za špatných povětrnostních a sněhových podmínek.

1.6.3.1 Druhy sněhu

Téměř každé lyžařské středisko uvádí v rámci svého sněhového zpravodajství aktuální druh sněhu, který pokrývá sjezdovku. Lyžař by měl zhodnotit své lyžařské dovednosti s druhem sněhové pokrývky, jelikož ne každý sníh je vhodný pro začátečníky.

Nízká sněhová pokrývka čerstvého sněhu může skrývat kameny a pařezy, které mohou být příčinou pádů, popř. poškození skluznice lyží. Hluboký čerstvý sníh není vhodný pro základní výuku na lyžích. Mokrý vatový sníh se objevuje, když se teploty pohybují okolo nuly, při pomalých pádech je velmi nebezpečný. Firn pokrývá sjezdovky nejčastěji na jaře, sněhové vločky sněhu se seskupí v ledové krystaly. Tvrdý firn je velmi rychlý, pády jsou bolestivé a velmi často dochází k odřeninám. Naproti tomu měkký firn je bořivý a měkký. Ledový povrch vzniká nejčastěji po ochlazení, kterému předcházela obleva, pokud svah pokrývá ledová kůra je nebezpečí propadu sněhu a tím způsobeného pádu, pokud je zmrzlý povrch dostatečně silný, jízda na lyžích bude velmi rychlá. Laviny a sněhové převěje je možno vidět na svazích se sklonem větším než 20°. Bývají označovány výstražnými tabulkami Horské služby. Nutností je výstrahy respektovat (17).

1.7 Trénink

Trénink lyžaře je specializovaný tělovýchovný proces, který si dává za cíl dosažení maximální sportovní výkonnosti, zároveň by mělo docházet všestrannému a harmonickému rozvoji sportovce. Z hlediska pedagogického můžeme hovořit o výchovně vzdělávacím procesu, kdy dochází k osvojení vědomostí a potřebných dovedností. Trénink je také procesem biologickým, jelikož organismus lyžaře se musí přizpůsobit zvýšené tělesné námaze. Při tréninku dochází k motorickému učení a osvojení nových pohybů. Účinným zatěžováním organismu sportovce docílíme růst sportovní výkonnosti (13).

„Dobrá fyzická kondice vozíčkářů je jednou ze základních podmínek jejich plnohodnotného zapojení do života“, cituji Kábeleho (12). Pro získání a udržení takové kondice je potřeba se pravidelně a intenzívně věnovat pohybovým aktivitám jak v létě, tak i v zimě. Optimální pohybový režim by jedinci měl doporučit odborník tzn. lékař nebo rehabilitační pracovník (12). Zvláštností u zdravotně znevýhodněných sportovců je, že velmi často soutěží ve více sportovních odvětvích, které spolu nijak nesouvisí např. lyžování, atletika, cyklistika atd. (1).

Dle Dovalila, cituji: „přetrvávající negativní postoje části veřejnosti, nedostatek odborných materiálů a zkušeností, absence trenérského vzdělávání pro sport zdravotně postižených apod. způsobují, že sportovní trénink zdravotně postižených se během poměrně krátkého vývoje dosud nestačil zformovat v ucelený a propracovaný systém.“ Stejně tak jako u osob bez zdravotního znevýhodnění, probíhá dosahování biochemických, fyziologických, morfologických a psychologických změn v organismu. Zatěžování organismu je nutno přizpůsobit zdravotnímu omezení a proto probíhá pomaleji. Velice důležité je zde posilování volných vlastností, rozvoj sebedůvěry, motivace a výchova k samostatnosti (1).

Koncepce samotného tréninku obsahuje 4 složky: přípravu kondiční, technickou, taktickou a psychologickou. Kondiční příprava se zaměřuje na všeobecný pohybový základ. V technické přípravě se nachází několik specifik. Ty vyplývají z nedostatečných kondičních předpokladů a také z dysfunkcí CNS nebo z mentální retardace. Úplné stabilizace dosáhnou jen ti jedinci, kteří mají silnou motivaci a vysokou míru sebekontroly. Taktická příprava se uplatňuje především v individuálních soutěžích. Psychologická příprava je často regulátorem aktuálních psychických stavů. Velkou roli zde hraje sebedůvěra, neboť zdravotně znevýhodnění jedinci musí překonat ostych a odhalit svou nedostatečnost. Sebedůvěra je tedy předpokladem aktivního zapojení do sportovních aktivit (1).

1.8 Asistenti a instruktoři

„Dobrovolník je člověk, který bez nároku na finanční odměnu poskytuje svůj čas, svoji energii, vědomosti a dovednosti ve prospěch ostatních lidí či společnosti.“ dle Tošnera (24).

Dobrovolnictví ve sportovních klubech se vyznačuje především spontánností a tím, že nezávisí na finanční odměně (24). Motivace dobrovolníků k vykonávání této činnosti je různá. Svou roli zde hraje pocit, že jsou oceňováni, vědomí toho, že jejich přítomnost v organizaci je důležitá. Zažívají pocit týmové práce, smysluplnosti, dostává

se jim uznání ve svém okolí. Navazují nové vztahy, poznávají nové věci. V oblasti lyžování zdravotně znevýhodněných osob se dobrovolník dostává do role asistenta nebo instruktora. Asistent se stává pomocníkem handicapovaného lyžaře. Instruktor je handicapovanému lyžaři pomocníkem, ale také učitelem. Instruktor by měl dobře ovládat jízdu na mono-ski a bi-ski a zároveň by měl svému svěřenci umět srozumitelně vysvětlit techniku jízdy na těchto zařízeních. Výcvik instruktora trvá podstatně déle než u asistentů, zde se dá hovořit o roku a více.

Každý asistent by měl před tím než se vypraví se svým svěřencem na sjezdovku absolvovat alespoň základní výcvik, kde by měl získat potřebné dovednosti a znalosti o této problematice. Výcvik může být buďto skupinový nebo individuální, může trvat od jednoho dne až po týden, podle předchozích zkušeností a dovedností jedince.

Velkou část asistentů zdravotně znevýhodněných lyžařů tvoří mladí lidé z řad studentů. Většina jich však po založení rodiny odchází z důvodu nedostatku volného času. Druhou skupinu tvoří rodiče dětí se zdravotním znevýhodněním.

1.9 Kvalita života

V současné době studium kvality života zažívá velký rozkvět. Snaha pochopit toto důležité téma, je nejen ze strany psychologů, ale také sociologů, mediků, ekologů a dalších skupin. Termín kvality života se objevil již v 19. století ve 20. letech. V 60. letech byla kvalita života vnímána tak, jak dobře se lidem žije za určitých podmínek. O deset let později se tento termín ujal v oblasti sociologie, kvalitu života zde určují podmínky života a to například příjem, politické zřízení, počet automobilů pro domácnost atd.(6).

Nejdůležitějším cílem studia kvality života, je cituji „podporovat a rozvíjet takové životní prostředí a takové životní podmínky, které by lidem umožňovaly žít způsobem, který je pro ně nejlepší, ve kterém nacházejí smysl a který si dovedou a mohou užít“ (6).

Dnes je kvalita života vnímána jako důsledek interakce sociálních, zdravotních, ekonomických, environmentálních a dalších faktorů. Ačkoliv v metodologických

otázkách zatím nedošlo k názorové shodě, lze říci, že ve všech konceptech vnímání kvality života se nachází dvě dimenze. Lidská emocionalita a všeobecná spokojenost se týká *subjektivní kvality života*. Sociální a materiální podmínky života, sociální status, fyzické zdraví určuje *objektivní kvalitu života* (6).

Pro každou bytost jsou v životě důležité tři oblasti – *bytí* (being), *přilnutí* (belonging), *realizace* (becoming). Do oblasti bytí patří fyzické zdraví, výživa, tělesný pohyb, sebeúcta, sebekontrola, osobní hodnoty, víra atd. Přilnout můžeme k domovu, k rodině, přátelům a nebo také k širšímu okolí prostřednictvím vzdělávacích možností, pracovních příležitostí atd. Realizací se rozumí uskutečňování školních a zájmových aktivit, placené práce, sociálního začlenění. Každý jedinec přikládá jinou důležitost jmenovaným oblastem a suboblastem, a podle jejich důležitosti je také využívá (6).

Jak už bylo řečeno, kvalita života je zkoumána z mnoha úhlů pohledu, prakticky však existují tři přístupy ke zkoumání kvality života (6). Prvním z nich je pojetí psychologické. To se zaměřuje především, cituji „na individuální aspekt prožívání a pocitů pohody, jak bychom snad mohli přeložit výraz *well-being*, který je z psychologického hlediska blízko k pojmu spokojenost“ (16). Subjektivní pohoda má dimenzi kognitivní, která ukazuje jak racionálně hodnotíme vlastní život a dimenzi emocionální, které vyjadřuje citové prožívání (6).

V pojetí sociologickém se nezajímáme o individuální prožívání, ale o stav a variabilitu úrovně kvality života celé společnosti (16). Je zde zdůrazňován sociální status, majetek, vybavení domácnosti, vzdělání atd. V této oblasti se lze velmi často setkat s termínem životní úroveň, který znamená, cituji „měřítko kvantity a kvality zboží a služeb, jež jsou lidem k dispozici“ (6).

Poslední pojetí kvality života je v oblasti medicíny. Zhruba od 70. let 19. století se kvalita života začala objevovat v klinických studiích. Především se zkoumá, dopad nemoci a jejího léčení na jednotlivé životní oblasti (6).

1.9.1 Kvalita života a životní událost

Člověk se může se zdravotním znevýhodněním narodit, a nebo jej může získat např. po nemoci či úrazu. V životě tohoto jedince je pak taková skutečnost životní událostí, která ovlivňuje jeho kvalitu života.

Životní události představují, cituji „situace nebo okolnosti v životě člověka, které objektivně znamenají nějakou více či méně zásadní změnu v každodenní rutině. Jsou to jakési životní křižovatky, které mění směr v trajektorii života. Životní události jsou součástí individuální životní zkušenosti, mění život jednotlivce, vstupují do jeho sociálních vztahů a ovlivňují psychický stav“ (10). Mění bezprostřední vnímání kvality života, ale také zasahují dlouhodobou kvalitu života. Ta je především určena s naplňováním životních cílů, celkovým rozvojem a růstem (10).

Životní událost pak pro jedince znamená změnu perspektivy, změnu hodnot, změnu smyslu života, může také druhotně ohrozit zdraví, rozvoj a způsobit stagnaci (10).

1.9.2. Kvalita života zdravotně znevýhodněných jedinců

Vnitřní změny kvality života zdravotně znevýhodněného jedince mohou mít mnoho podob v různé intenzitě. Jedinec se musí vyrovnat s neschopnostmi a to výrazně ovlivňuje jeho vývoj osobnosti, motivaci a možnosti seberealizace. To může vést k poruchám identity osobnosti, pak záleží na jedinci, zda se dokáže s těmito okolnostmi vyrovnat. Společnost zaujímá dvojí postavení. Buďto se staví k tomuto jedinci tolerantně, a tím usnadňuje adaptaci zdravotně znevýhodněných jedinců nebo zdůrazňuje neschopnosti jedince, odmítá pomoci a je netolerantní ke zdravotně znevýhodněnému jedinci, a tím znesnadňuje jeho společenskou adaptaci. Postoj společnosti k této problematice úzce souvisí s její kulturou. Netolerantnost společnosti se projevuje např. architektonickými bariérami, kde stavební prvky nepočítají s jedincem se zdravotním znevýhodněním (11).

Kvalitu života zdravotně znevýhodněného jedince mění pracovní schopnost. Jedinec kvůli funkční poruše či defektu musí často změnit pracovní místo. Je nucen zorganizovat nově styl práce, pracovní pomůcky a prostředí práce (11).

Ne všechny potřeby ke své existenci mohou být uspokojovány vlastním přičiněním. Na hmotném zabezpečení se podílí stát a další zdroje. To vede jedince k finanční závislosti, a v tom směru se pak také může měnit kvalita života (11).

1.9.3 Kvalita života a sport

O sportu se dá hovořit jako o symptomu kvality života. Samotné sportování je patří mezi projevy kvality života. Je to jakýsi nadstandard, dovolit si jej nemůže osoba, která živoří. Obráceně však lze říci, že sport je také prostředkem kvality života, díky sportu si můžeme kvalitu života výrazně zvýšit. A to několika způsoby. Somatický stav jedince se může díky sportu výrazně zlepšit. Dochází k posílení svalstva pohybového aparátu, udržuje se dýchací a cévní systém. Ve sportu nacházíme zábavu, jde tedy o momenty, které zkvalitňují život po stránce psychické. I samotné pozorování sportovních aktivit přináší pozorovateli radost. To dokazují i Olympijské hry, které jsou velice sledovanou událostí po celém světě. Při sportu posílíme zároveň vůli, odolnost. U sportů, které lze vykonávat venku, hraje určitou roli i prostředí. Příroda vytváří kulisu, kde se jedinec setkává s přírodními silami. To je v současné době pro člověka vysoce přínosné ve směru fyziatrickém, psychologickém i estetickém. Sport je činnost kolektivní, jedinec zde proto může nalézt pocit sounáležitosti, sociální zakotvenosti a integrace. U lidí se zdravotním znevýhodněním hraje psychologická antistresovost sportu významnou roli. Sport je vnímán jako zábava a hra a díky tomu dochází k emočnímu přeladění v prožitky radosti (flow), které mají pozitivní účinky na psychiku jedince a jsou zároveň momentem zkvalitnění života (22).

1.10 Význam sportu pro lyžaře se zdravotním znevýhodněním

Pravidelná sportovní činnost má kladný vliv na zdravotní stav, psychické a sociální klima každého z nás, nejen u osob se zdravotním znevýhodněním. Sport má kladný vliv na rozvoj osobnosti, získání částečné nebo úplné samostatnosti, na zvládání stresů, přispívá k možnosti žít plnohodnotný život. Cílů sportovních činností zdravotně znevýhodněných osob je hned několik. Jedinec by měl pomocí sportu rozvíjet své základní pohybové schopnosti, mezi které patří obratnost, síla, vytrvalost, orientace v prostoru, rovnováha, manuální zručnost atd. Dále by si měl osvojit spolu se sportem kompenzační cvičení, posilování, strečink aj. Pomocí sportu by měl zformovat své psychické vlastnosti, kupříkladu schopnost koncentrovat se, zvládat své emoce, vyrovnat se s konfliktními situacemi, kompenzovat pocity méněcennosti. V oblasti sportu může jedinec navazovat kontakty, má možnost si vyměnit zkušenosti s ostatními, může propagovat své sportovní výsledky atd. V neposlední řadě předchází sportem řadě onemocnění z nedostatku pohybu a nevhodné životosprávy (12).

V oblasti sportu zdravotně znevýhodněných jedinců hraje důležitou roli společenská integrace a socializace. Sportovní aktivity dokáží zapojit jedince do společnosti, posilují rodinnou soudržnost a rozšiřují sociální kontakty (12).

2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

Cíl 1: Zmapovat síť zimních lyžařských středisek a jejich celkový přístup k osobám s handicapem

Cíl 2: Vytvořit návrh zimního lyžařského střediska tak, aby plně vyhovoval osobám s handicapem

Hypotéza 1: V oblasti zimních sportů pro osoby s handicapem není dostatek zimních lyžařských středisek, ve kterých lze bezproblémově lyžovat

3. METODIKA

3.1 Použité metody

K vypracování výzkumné části práce jsou použita kvantitativní výzkum. Data jsem sbírala metodou dotazování, technikou dotazníku. Zaměřila jsem se na problematiku dostupnosti lyžařských areálů pro osoby se zdravotním znevýhodněním.

Dotazník obsahuje 16 otázek, z toho 10 uzavřených a 5 polouzavřených a 1 formou číselné škály. Dotazníky jsem distribuovala poštou s přiloženou ofrankovanou obálkou. Znění dotazníku uvádím v příloze.

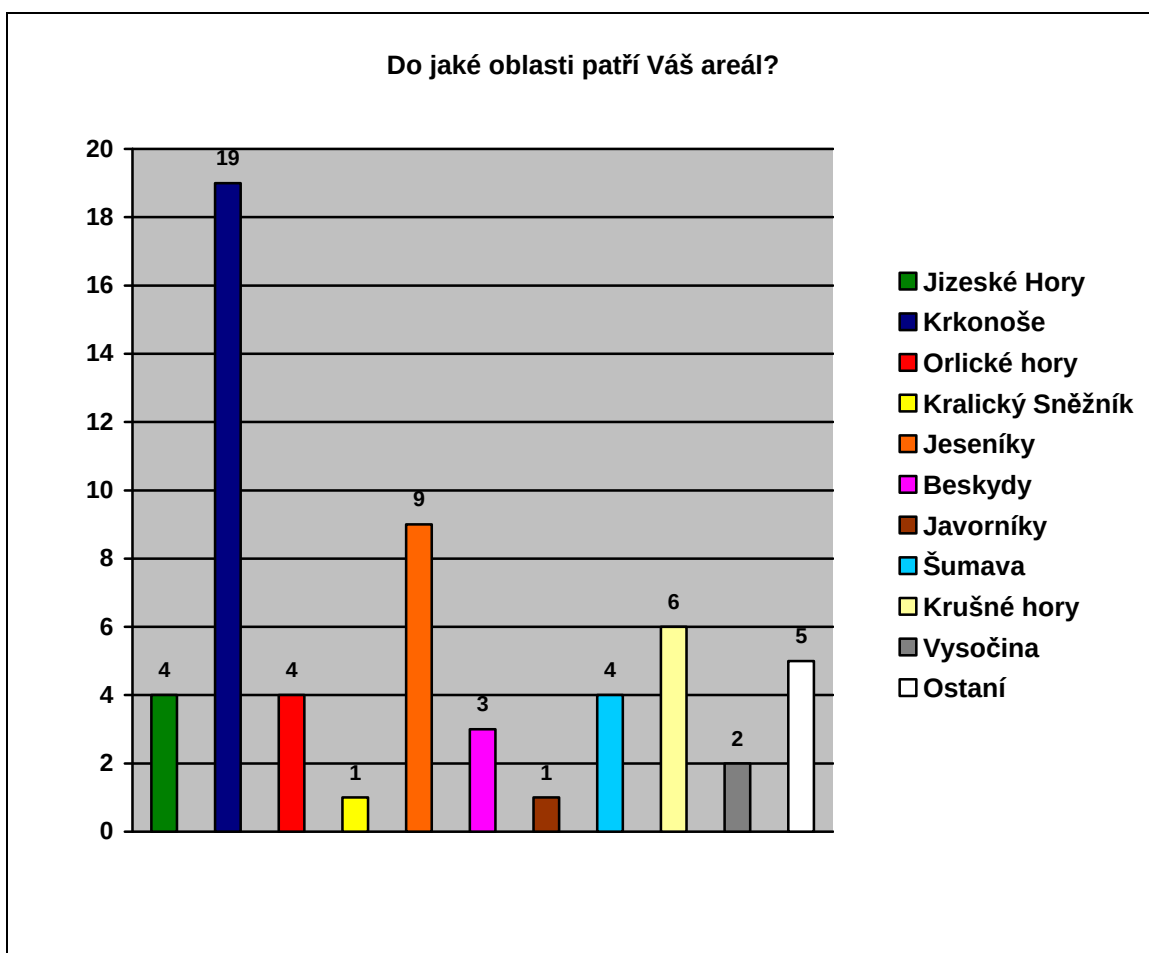
3.2 Charakteristika souboru

Výzkumným souborem byli vedoucí či ředitelé lyžařských středisek v České Republice. Odpovídali jménem lyžařského střediska, které zastupují. Dotazníkové šetření probíhalo v březnu 2009.

Databázi lyžařských středisek jsem získala od společnosti Sitour, která provozuje internetový portál Infoholiday.cz, což je největší a nejucelenější databáze tohoto druhu v Čechách. Celkem bylo rozesláno 99 dotazníků, z nichž se vrátilo 59. Jeden dotazník bylo nutné vyřadit pro jeho neúplnost. Celková návratnost tedy byla 58,41 %.

4.VÝSLEDKY

Graf 4.1



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 58 (100 %) dotazovaných lyžařských středisek uvedly 4 (7 %) střediska, že patří do oblasti Jizerských Hor, 19 (32 %) do Krkonoš, 4 (7 %) do Orlických hor, 1 (2 %) do oblasti Kralický Sněžník, 9 (16 %) do Jeseníků, 3 (5 %) do Beskyd, 1 (2 %) do Javorníků, 4 (7 %) do Šumavy, 6 (10 %) do Krušných Hor, 2 (3 %) do Vysočiny a 5 (9 %) do ostatních oblastí. Mezi ostatní oblasti byly uvedeny Jestřebí hory, Praha – Západ, Lužické hory, Oderské vrchy, Brdy.

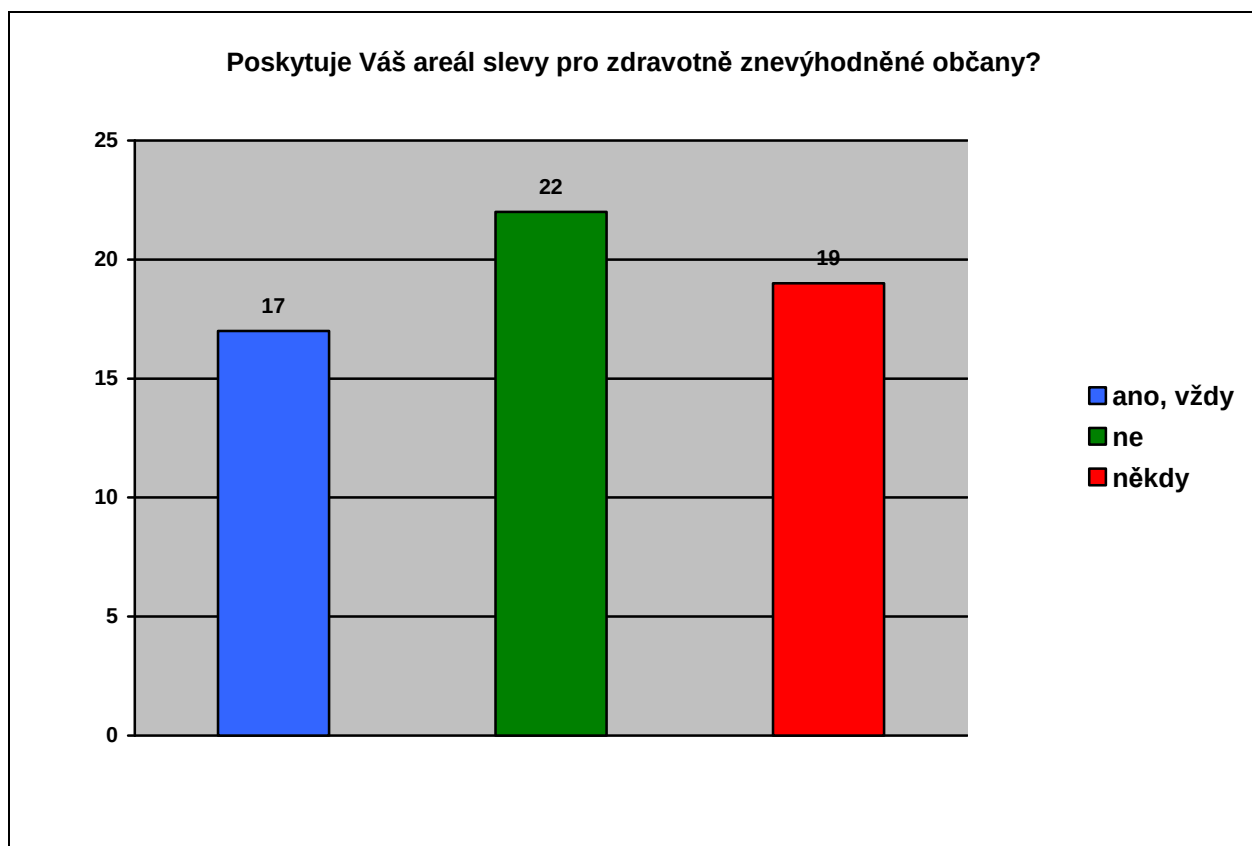
Graf 4.2



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 58 (100 %) dotazovaných lyžařských středisek uvedlo 42 (72 %) respondentů, že se setkali s lyžařem/řkou se zdravotním znevýhodněním. Dalších 16 (28 %) se nikdy nesetkalo s takovýmto lyžařem/řkou.

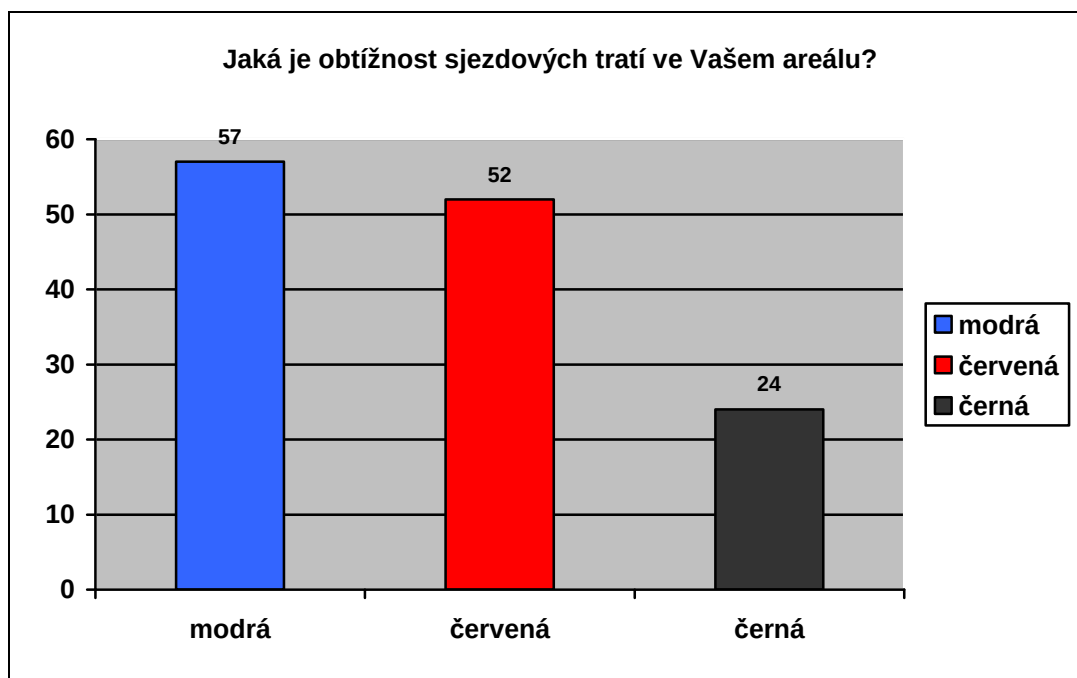
Graf 4.3



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 58 (100 %) dotazovaných lyžařských středisek 17 (29 %) lyžařských středisek poskytuje slevy pro zdravotně znevýhodněné občany, 22 (38 %) neposkytuje žádné slevy a 19 (33 %) poskytuje slevy jen někdy. U otevřené odpovědi ve třetí variantě měly střediska uvádět v jakém případě poskytují slevy. Nejvíce se zde vyskytovala odpověď, že slevu musí schválit ředitel lyžařského střediska nebo se sleva poskytuje dle předchozí domluvy. To znamená, že není pevně stanovena v ceníku.

Graf 4.4

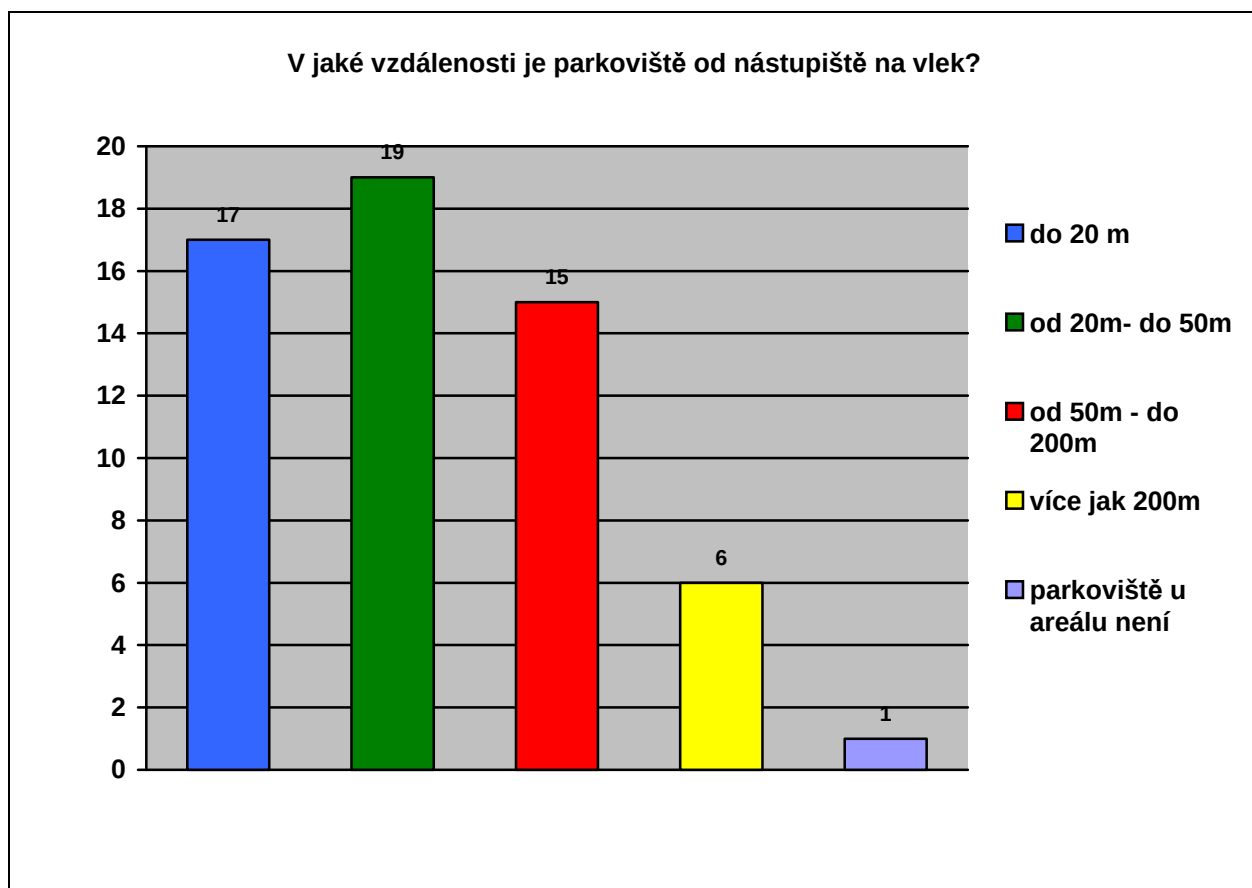


Zdroj: Vlastní výzkum

58 (100 %) lyžařských středisek zodpovídalo otázku, jakou obtížnost mají sjezdové tratě v jejich areálu. Jelikož ve střediscích často existuje několik typů sjezdových tratí, mohly střediska uvést více variant.

Nejčastěji se objevují tratě modré, a to v počtu 57 (43 %) z celkových 58 (100 %). Hned vedle modrých tratí můžeme z 58 (100 %) lyžařských areálů najít v 52 (39 %) areálech tratě červené. Nejméně je tratí černých, tj. 24 (18 %) z 58 (100 %) lyžařských středisek.

Graf 4.5



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 58 (100 %) dotazovaných lyžařských středisek 17 (29 %) respondentů uvedlo, že parkoviště se nachází do 20 m od nástupiště na vlek. V 19 (33 %) střediscích se nachází parkoviště ve vzdálenosti od 20 m do 50 m k nástupišti na vlek. V 15 (26 %) střediscích je tato vzdálenost od 50 do 200 m, vzdálenost více jak 200 m je v 6 (10 %) střediscích a u 1 (2 %) střediska se parkoviště nenachází vůbec.

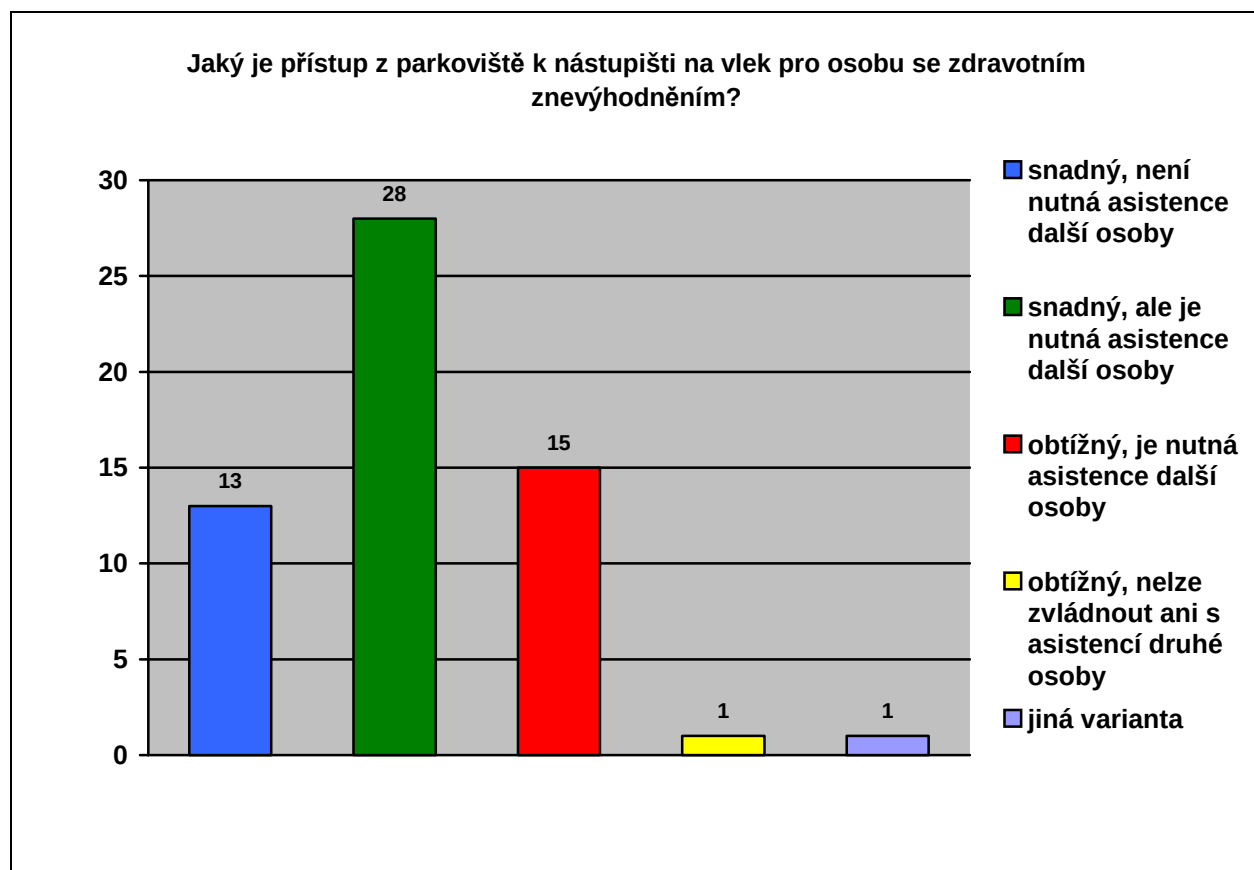
Graf 4.6



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 58 (100 %) dotazovaných lyžařských středisek uvedlo 45 (78 %) respondentů, že nemají vyhrazené parkovací místo pro osoby se zdravotním znevýhodněním. 13 (22 %) lyžařských středisek má takovéto místo vyhrazeno.

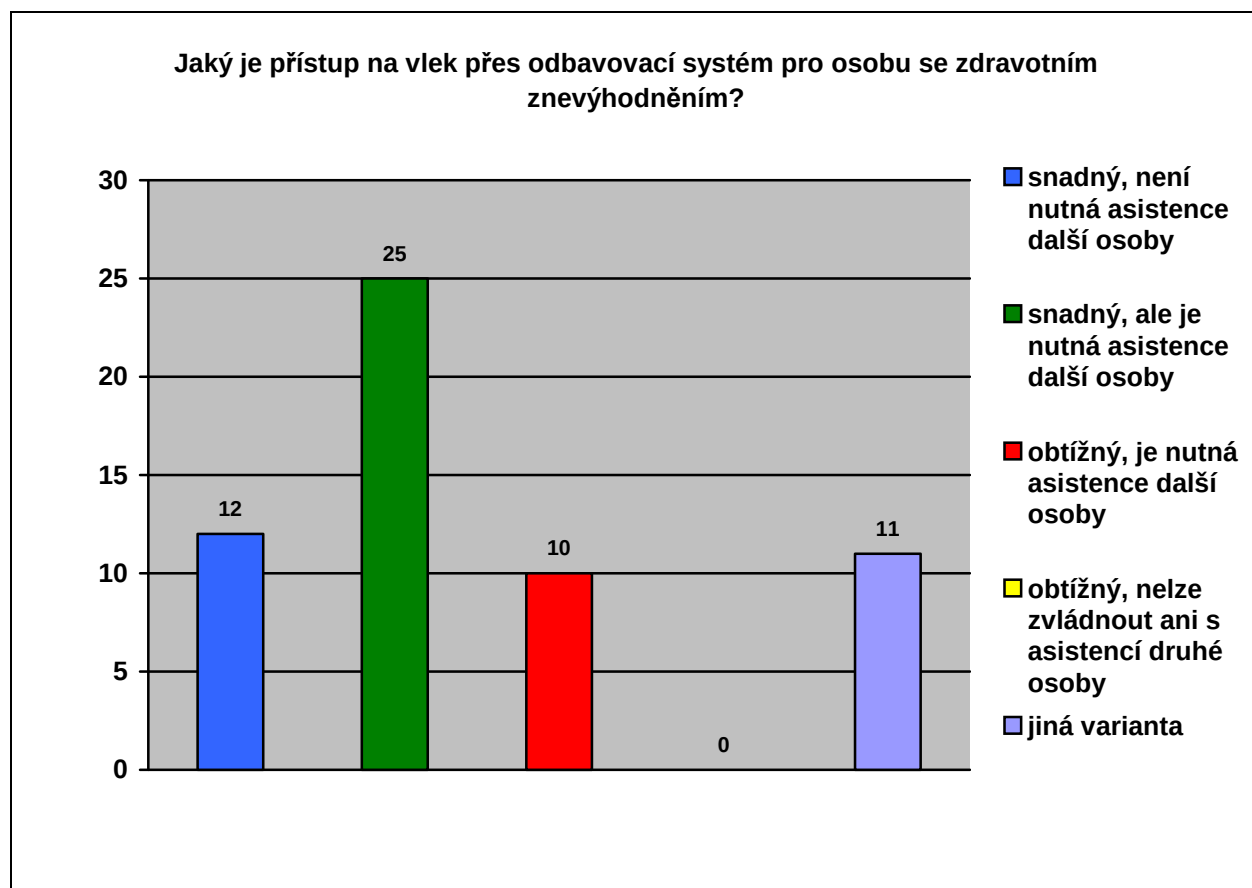
Graf 4.7



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 58 (100 %) dotazovaných lyžařských středisek uvedlo 13 (22 %) respondentů, že přístup z parkoviště k nástupišti na vlek pro osobu se zdravotním znevýhodněním je snadný a není tedy potřeba asistence další osoby. 28 (48 %) respondentů uvedlo, že přístup je také snadný, ale je nutná asistence další osoby. V 15-ti (26 %) střediscích je přístup obtížný a je nutná asistence další osoby. V 1 (2 %) středisku je přístup obtížný a nelze zvládnout ani s asistencí druhé osoby. 1 (2 %) respondent uvedl jinou variantu.

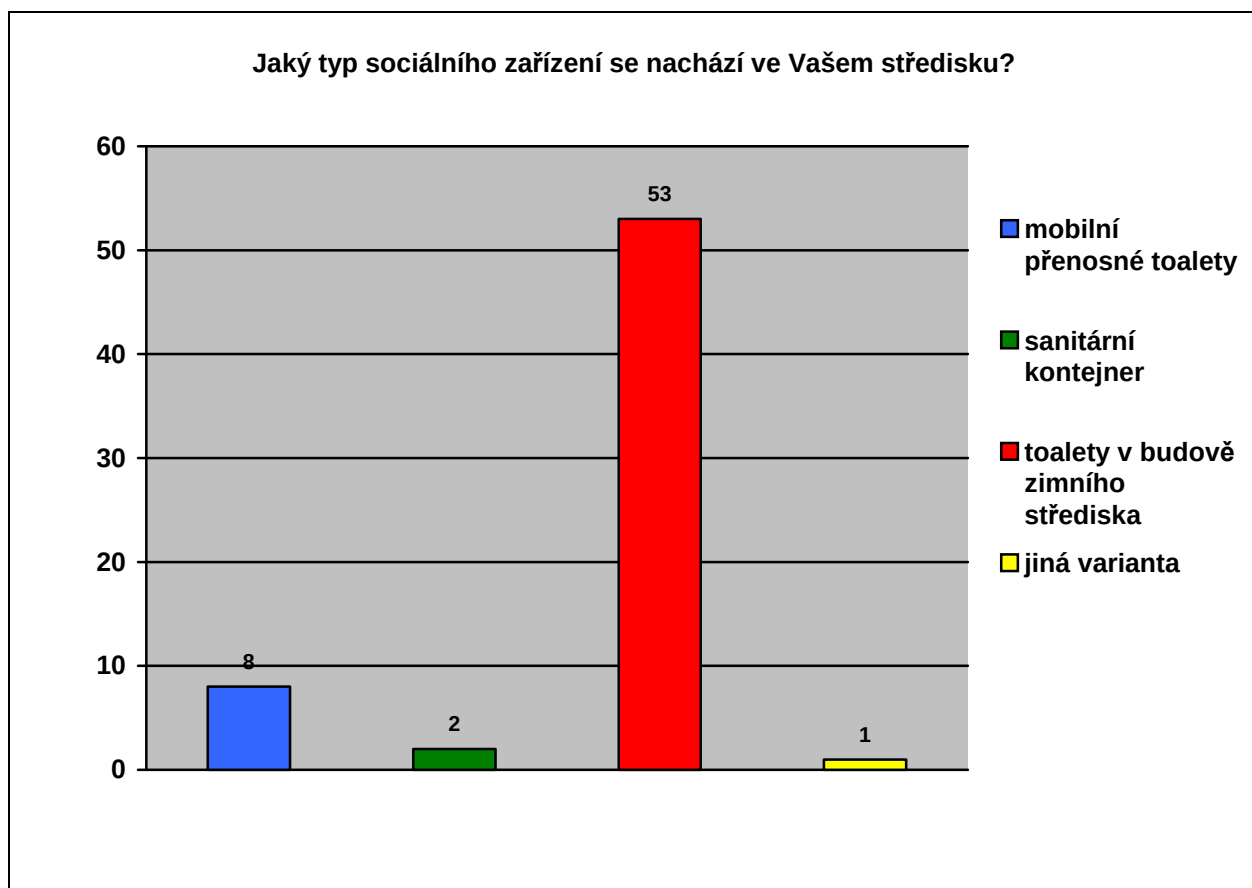
Graf 4.8



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 58 (100 %) dotazovaných lyžařských středisek uvedlo 12 (21 %) lyžařských středisek, že přístup na vlek pro osobu se zdravotním znevýhodněním je snadný a není nutná asistence další osoby. 25 (43 %) středisek uvedlo, že přístup je snadný, ale je potřeba asistence další osoby. V 10-ti (17 %) střediscích je přístup obtížný a je zde nutná asistence další osoby. Ani jedno středisko neuvedlo čtvrtou variantu a to, že přístup je obtížný a nelze zvládnout ani s asistencí druhé osoby. 11 (19 %) středisek uvedlo v otevřené odpovědi jinou variantu. Nejvíce se zde objevovala možnost, umožnění jiného přístupu k vleku, než přes odbavovací systém.

Graf 4.9

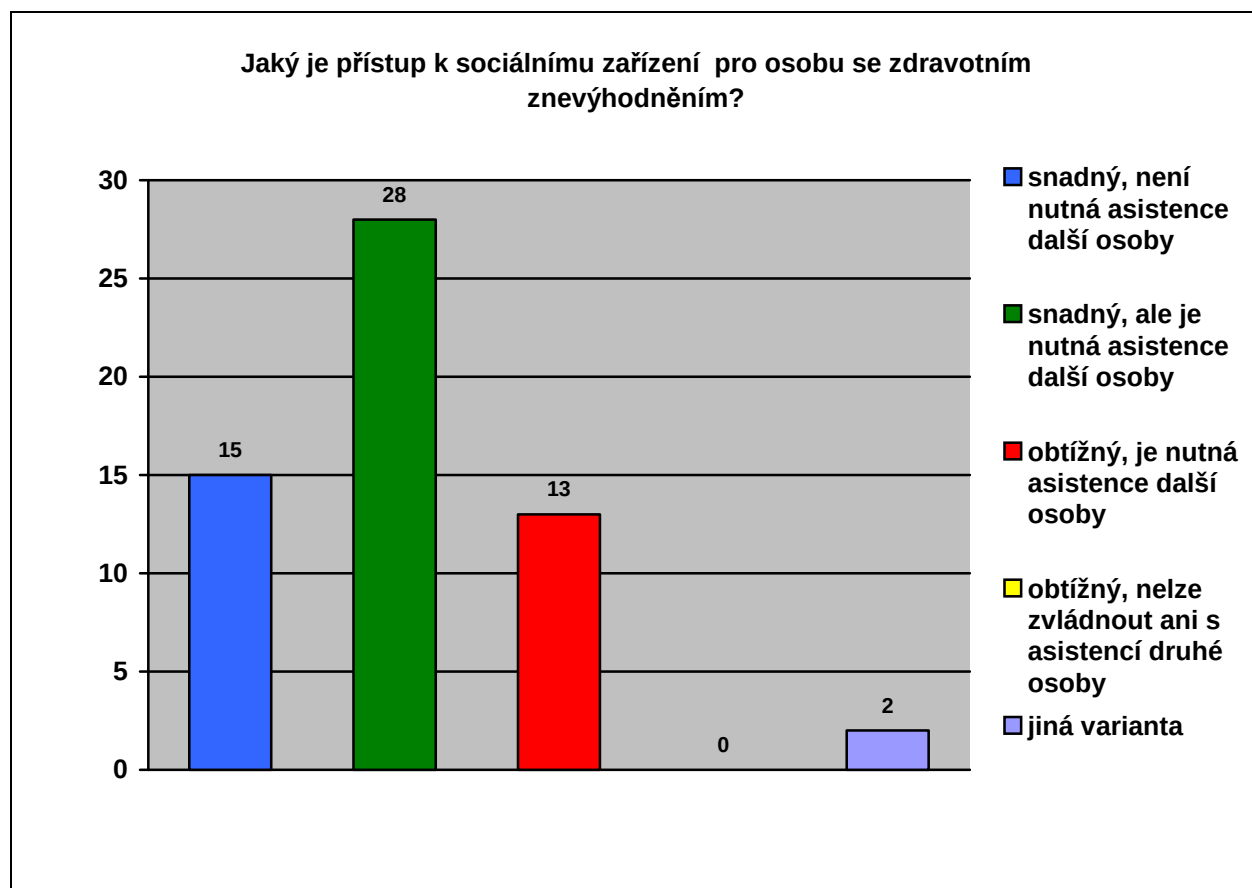


Zdroj: Vlastní výzkum

58 (100 %) lyžařských středisek zodpovídalo otázku, jaký typ sociálního zařízení se nachází v jejich areálu. Jelikož ve střediscích často existuje několik druhů sociálních zařízení, mohly střediska uvést více variant.

V 8 (13 %) lyžařských středisek se nachází mobilní přenosné toalety. Sanitární kontejnery jsou ve 2 (3 %) střediscích. Nejvíce jsou zastoupeny toalety v budově zimního střediska a to v 53 (82 %) střediscích. Jinou variantu uvedlo 1 (2 %) středisko.

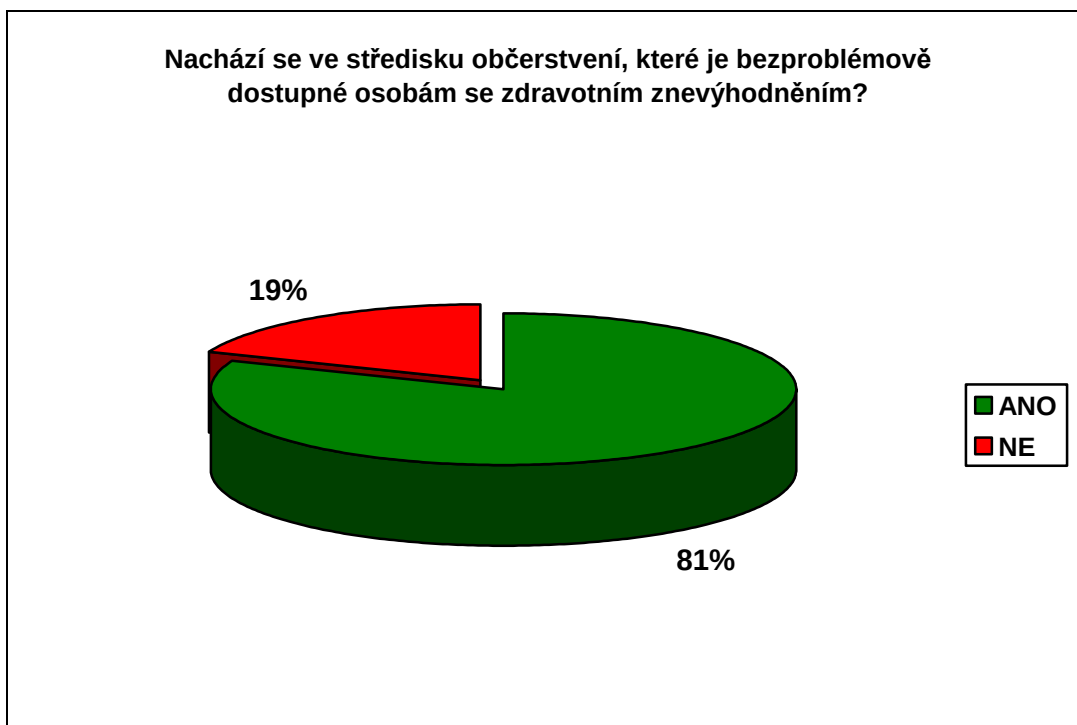
Graf 4.10



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 58 (100 %) dotazovaných lyžařských středisek uvedlo 15 (26 %) středisek, že přístup k sociálnímu zařízení pro osobu se zdravotním znevýhodněním je snadný a není zde potřeba asistence další osoby. 28 (49 %) středisek uvádí, že přístup je snadný, ale je nutná asistence další osoby. Ve 13-ti (22 %) střediscích je přístup obtížný a je potřeba asistence další osoby. Žádné středisko neuvedlo, že přístup je obtížný a nelze zvládnout ani s asistencí druhé osoby. 2 (3 %) střediska uvedly jinou variantu.

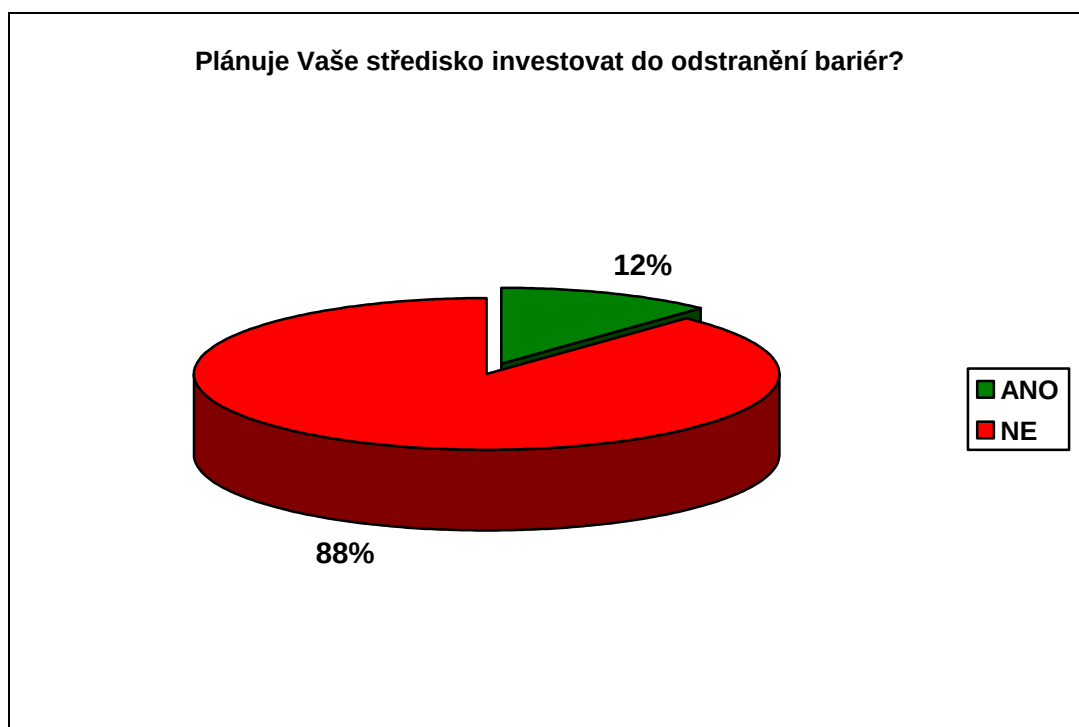
Graf 4.11



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 58 (100 %) dotazovaných lyžařských středisek uvedlo 47 (81 %) respondentů, že se v jejich lyžařském středisku nachází občerstvení, které je bezproblémově dostupné osobám se zdravotním znevýhodněním. V 11-ti (19 %) lyžařských středisek neexistuje občerstvení, které je bezproblémově dostupné osobám se zdravotním znevýhodněním.

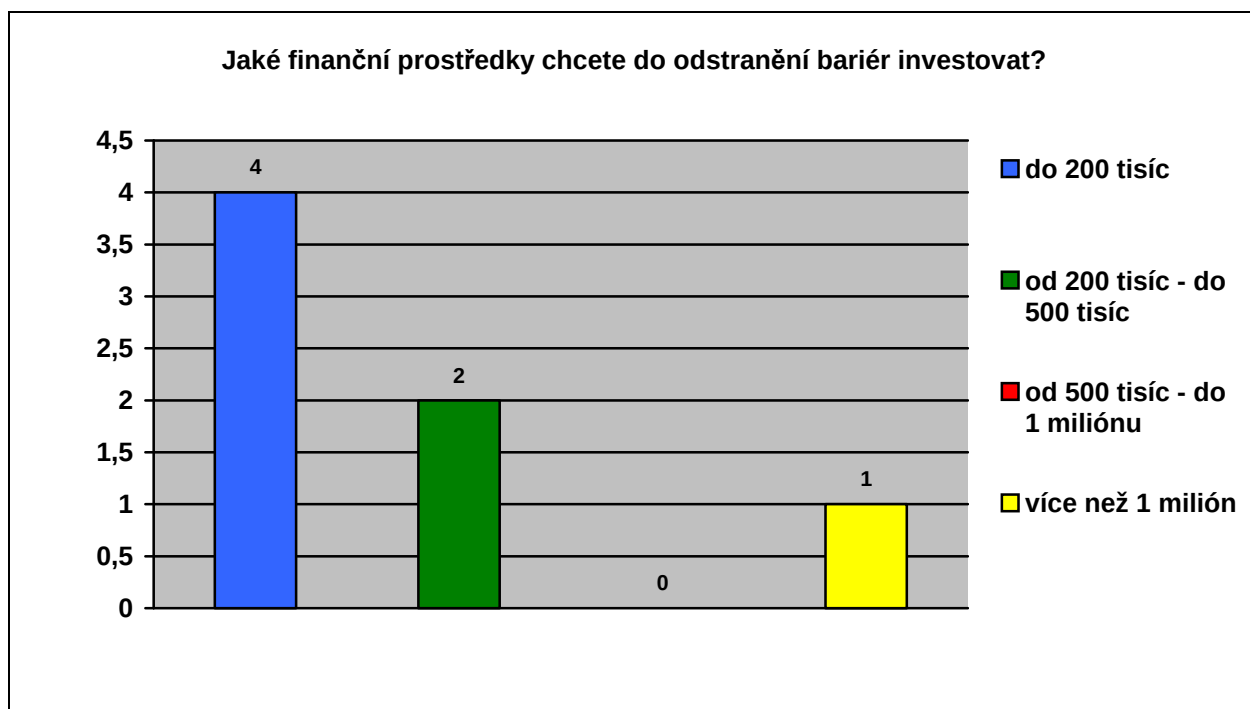
Graf 4.12



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 58 (100 %) dotazovaných lyžařských středisek uvedlo 51 (88 %) respondentů, že nehodlají investovat do odstranění bariér. V 7 (12 %) lyžařských střediscích plánují investovat do odstranění bariér.

Graf 4.13

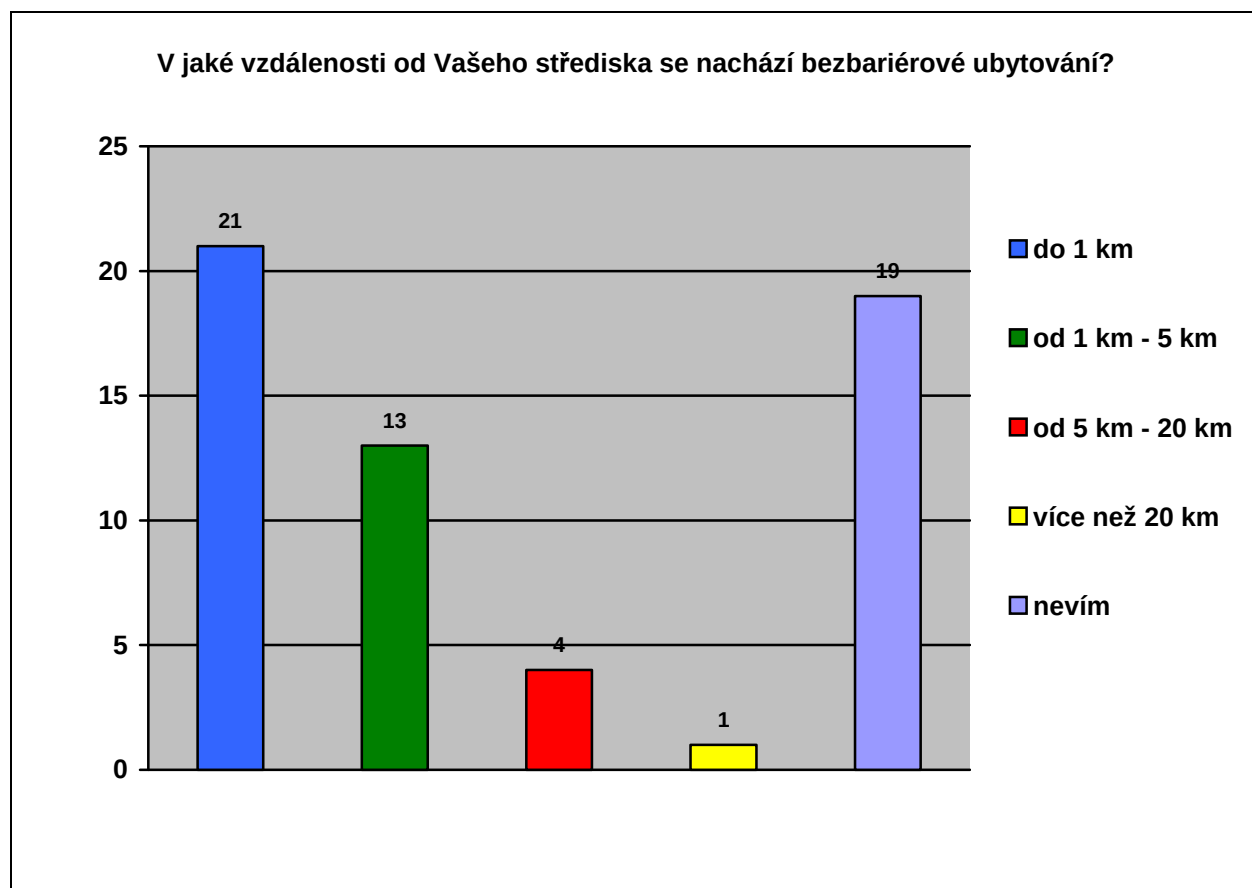


Zdroj: Vlastní výzkum

58 (100 %) lyžařských středisek zodpovídalo otázku, zda plánují investovat do odstranění bariér (viz graf 4.12), ti co odpověděli kladně zodpovídali na tuto otázku jaké finanční prostředky chtějí do odstranění bariér investovat.

Na tuto otázku odpovídalo 7 (100 %) respondentů. 4 (67 %) střediska plánují investovat částku do výše 200 tisíc Kč. Částku od 200 tisíc Kč do výše 500 tisíc Kč plánují investovat 2 (28 %) střediska. Částku od 500 tisíc Kč do 1 miliónu Kč neplánuje investovat žádné středisko. 1 (14 %) středisko uvedlo, že plánuje investovat do odstranění bariér více než 1 milión Kč.

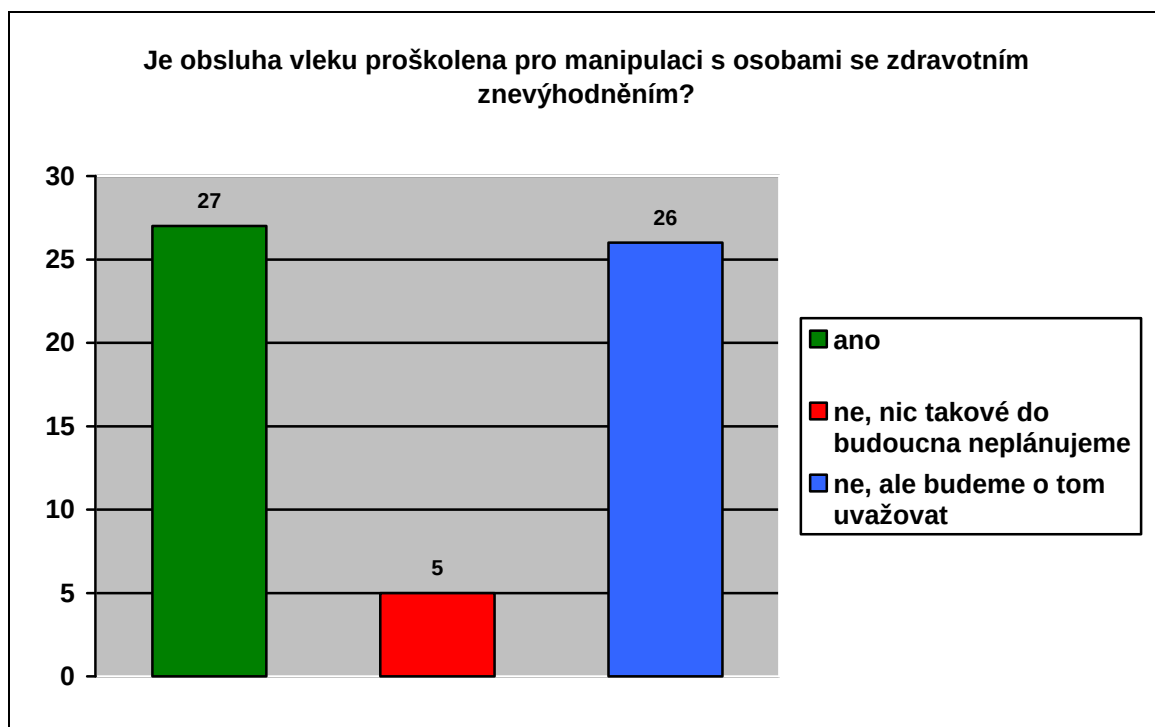
Graf 4.14



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 58 (100 %) dotazovaných lyžařských středisek uvedlo 21 (36 %) středisek, že bezbariérové ubytování se od střediska nachází ve vzdálenosti do 1 km. Ve 13-ti (22 %) střediscích je tato vzdálenost od 1 km do 5 km. 4 (7 %) střediska uvedly vzdálenost od 5 km do 20 km. V 1 (2 %) středisku je vzdálenost delší než 20 km. 19 (33 %) respondentů odpovědělo, že neví, jaká je vzdálenost bezbariérového ubytování od jejich střediska.

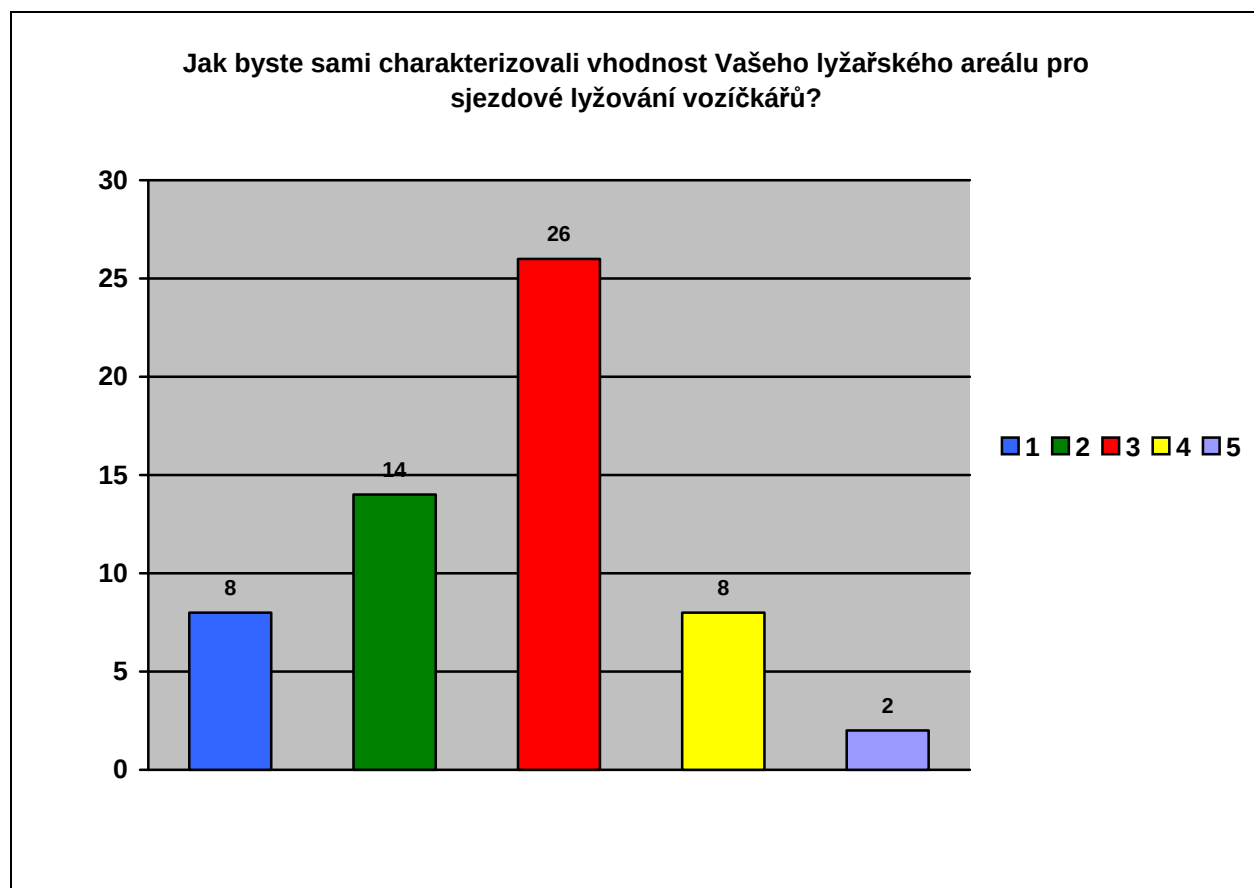
Graf 4.15



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 58 (100 %) dotazovaných lyžařských středisek uvedlo 27 (46 %) lyžařských středisek, že je jejich obsluha vleku proškolená pro manipulaci s osobami se zdravotním znevýhodněním. V 5-ti (9 %) střediscích obsluha vleku není proškolená a ani nic takového do budoucna neplánují. Ve 26-ti (45 %) střediscích obsluha vleku není takto proškolená, ale o proškolení budou uvažovat.

Graf 4.16



Zdroj: Vlastní výzkum

V poslední otázce měly lyžařská střediska 58 (100 %) ohodnotit sebe sama, jako ve škole, svoji vhodnost pro sjezdové lyžování vozíčkářů. 8 (14 %) středisek si udělilo známku jedna. 14 (24 %) středisek se ohodnotilo dvojkou. Nejvíce a to 26 (45 %) středisek si dalo známku tři. 8 (14 %) středisek uvedlo čtyřku a 2 (3 %) střediska uvedly známku pět.

5. DISKUZE

Výzkumu se účastnilo 58 zimních lyžařských středisek na území celé České Republiky. První graf 4.1 měl zmapovat zimní střediska, které se zúčastnila výzkumu. Téměř jednou třetinou zde byly zastoupeny Krkonoše, dále Jeseníky, Krušné hory atd.

Druhý graf 4.2 měl poukázat na otázku, zda se v daném lyžařském středisku setkali někdy s lyžařem či lyžařkou se zdravotním znevýhodněním. Tuto otázku jsem položila z toho důvodu, protože jsem 4 roky pracovně působila v lyžařském areálu, z čehož 2 roky jako jeho ředitelka. Za celou tu dobu jsem se setkala s lyžařem-vozičkářem pouze dvakrát. Již v tomto momentě, je nasnadě položit si otázku, zda existují publikace, které v popisu zimního střediska zohledňují problematiku lyžařů se zdravotním znevýhodněním. Po dlouhém pátrání ve všech druzích publikací, jsem se s tímto nikde nesetkala. Ministerstvo pro místní rozvoj České Republiky vydalo v roce 2007 příručku s názvem *Zimní středisko - komplexní služba, doporučené standardy chování*. Nalezneme v ní detailní popis zimního střediska, včetně vymezení pojmů, pravidla chování při lyžování, opatření provozovatele při zajištění bezpečnosti při provozu, povinnosti návštěvníků, atd. Tato příručka, poměrně aktuální, s problematikou zdravotně znevýhodněných osob nepočítá. Přesto necelé tři čtvrtiny tj. 72 % lyžařských středisek ve výzkumu uvedlo, že se již někdy setkali se zdravotně znevýhodněným lyžařem.

Z třetího grafu 4.3 vyplývá, že pouhých 29 % provozovatelů lyžařských středisek poskytne slevu vždy, pro zdravotně znevýhodněné občany, ačkoliv se s nimi setkávají v 72 %. V případě, kdy respondenti uvedli odpověď, že slevu poskytují jen někdy, měli doplnit, v jakém případě slevu poskytují. Většina se shodla na tom, že o slevě rozhoduje vedoucí lyžařského střediska a to vždy individuálně dle stupně zdravotního znevýhodnění. V kapitole 6.2 Lidský faktor zmiňuji otázku „bariéry

psychické“. Jak se asi musí cítit jedinec v přímé konfrontaci s vedoucím lyžařského střediska, který během několika vteřin vyřkne ortel slevy či nikoliv.

Sjezdové tratě se dělí dle náročnosti pro lyžaře na modře, červeně, černě označené sjezdové tratě (5). Další otázka uvedená ve grafu 4.4 měla zodpovědět, s jakým typem sjezdovek se mohou zdravotně znevýhodnění lyžaři setkat. Z výsledků vyplývá, že modré a červené sjezdové tratě jsou zastoupeny přibližně stejně, o skoro celou polovinu je méně černých sjezdových tratí. To v praxi znamená, že sjezdové tratě jsou vhodné spíše pro začátečníky a mírně pokročilé lyžaře.

Již při příjezdu do lyžařského střediska se osoba se zdravotním znevýhodněním může setkat s řadou bariér tj. s bariérami vertikálními, horizontálními, prostorovými, antropometrickými, ergonomickými a orientačními (25), tyto bariéry popisují konkrétně v kapitole 6.1 Technické parametry. V grafu 4.5 uvádím odpovědi respondentů na otázku, v jaké vzdálenosti je parkoviště od nástupiště na vlek, sleduji tím, zda již první kontakt se střediskem není pro jedince ze zdravotním znevýhodněním zatěžující. Více než polovina uvedla, že tato vzdálenost je do 50 m. V potaz je však nutno brát kvalitu dané komunikace, jelikož 20 m neupravené komunikace, může být na vozíku stejně náročné jako 200 m upravené komunikace.

V grafu 4.6 je názorně vidět, že téměř čtyři pětiny lyžařský středisek nemá vyhrazené parkovací místo pro zdravotně znevýhodněné osoby. A přitom Vyhláška Ministerstva hospodářství 174/1994 Sb. jasně stanovuje, že parkovací plochy pro osobní motorová vozidla (pozemní, nadzemní i podzemní) musí mít vyhrazena 2 % stání, nejméně však dvě stání, pro vozidla zdravotně postižených osob, k těmto vyhrazeným stáním musí být zajištěn bezbariérový přístup z komunikace pro pěší (27). Většina lyžařských středisek uvádí do svých propagačních materiálů, že parkoviště je pro návštěvníky zdarma, nikde však není odkaz, že zdravotně znevýhodnění jedinci zde mají vyhrazeno parkovací místo.

V otázce sedmé respondenti hodnotili ve svých odpovědích, zda je přístup pro osobu se zdravotním znevýhodněním z parkoviště na vlek snadný či nikoliv. Výsledky v grafu 4.7 poukazují na to, v 60 % zimních středisek je přístup snadný, ale již

v necelých dvou třetinách z tohoto počtu, je nutná asistence další osoby. V praxi to znamená, že jen ve třinácti střediscích, se může osoba pohybovat bez problémů sama.

Nadcházející otázka byla obdobná. Zjišťovala jsem, jaký je přístup pro osobu se zdravotním znevýhodněním k vleku přes odbavovací systém, který často představuje bariéru i pro zdravého člověka. Ve výsledcích uvedených v grafu 4.8 je zcela patrné, že v 64 % zimních středisek je přístup snadný, ale již v necelých dvou třetinách z tohoto počtu, je nutná asistence další osoby. Je však nutno zmínit i variantu, kde respondenti uváděli jinou možnost přístupu na vlek. Jinou variantu uvedlo 11 středisek z 58 a odpovědi se shodovali na tom, že obsluha vleku pustí vozíčkáře mimo odbavovací zařízení. V těchto případech hraje velkou roli míra ochoty pomoci viz kapitola 6.2 Lidský faktor.

Následující dvě otázky spolu úzce souvisí. V první jsem zjišťovala, jaký typ sociálního zařízení se ve středisku nachází a ve druhé jaká je k nim přístupnost. Z grafu 4.9 je jednoznačné, že převažuje sociální zařízení umístěné v budově zimního střediska a to v 82 %. Graf 4.10 ukazuje, že ve více než polovině středisek je k nim přístup snadný, ale jen v patnácti střediscích se dokáží osoby se zdravotním znevýhodněním dostat k sociálnímu zařízení bez asistence. Problematiku bezbariérovosti hygienických zařízení zmiňuji v kapitole 6.1.1 Stavební požadavky pro jedince s pohybovým znevýhodněním.

Jelikož uspokojení hladu je dle Maslowa primární potřeba, zařadila jsem do výzkumu otázku, zda se ve středisku nachází občerstvení, které by bylo bezproblémově dostupné osobám se zdravotním znevýhodněním. Z odpovědí uvedených v grafu 4.11 je zřejmé, že v 81% zimních středisek se nachází dostupné občerstvení. Domnívám se proto, že tato skutečnost přispěje ke zvýšení kvality života zdravotně znevýhodněného lyžaře.

Dvanáctou otázku bych v problematice lyžařské středisko versus zdravotně znevýhodněný lyžař vyhodnotila jako klíčovou. Respondenti měli odpovědět, zda plánují investovat do odstranění bariér. Z výzkumu vyplývá viz graf 4.12, že 88 % lyžařských středisek neplánuje investovat do odstranění bariér. Pouhých 7 středisek hodlá tuto investici realizovat. Skutečný zájem těchto sedmi středisek musím

dokladovat tím, že ode mne požadovali zaslání této bakalářské práce po jejím vypracování, která by se jim měla stát, alespoň částečným vodítkem. V navazující otázce odpovídali ti, kteří odpověděli, že plánují investovat do odstranění bariér ve svém středisku. Výsledky uvedené v grafu 4.13 ukazují, že 1 lyžařské středisko plánuje investici převyšující jeden milión korun, 2 střediska plánují investici ve výši od dvě stě tisíc korun do pět set tisíc korun a 4 střediska plánují investici do výše dvě stě tisíc korun. Z tohoto vyplývá, že myšlenka této problematiky je v podvědomí provozovatelů nastíněna, ale zatím neprobíhá masová rekonstrukce odstranění bariér jako u jiných veřejně prospěšných institucí.

Při rozhovoru s Tomášem Lisým, předsedou sportovního klubu vozíčkářů, jsem se dozvěděla, jak moc důležité je pro zdravotně znevýhodněné lyžaře možnost bezbariérového ubytování v blízkosti sjezdovky. Proto jsem položila respondentům otázku, v jaké vzdálenosti se od jejich střediska nachází bezbariérové ubytování. Necelá třetina respondentů uvedla, že neví, viz graf 4.14. Naopak druhá třetina odpověděla, že bezbariérové ubytování se nachází ve vzdálenosti do 1 km. Zbylí respondenti uvedli celkovou vzdálenost od 1 km po více než 20 km.

V grafu 4.15 uvádím odpovědi respondentů na otázku, zda je jejich obsluha vleku proškolená pro manipulaci s osobami se zdravotním znevýhodněním. Výsledky v tomto směru jsou pozitivní, 46 % středisek má proškolenou obsluhu vleku a 45 % středisek o tomto proškolení uvažuje. Z toho lze předpokládat, že v příštích zimách se zdravotně znevýhodnění lyžaři setkají s proškolenou obsluhou v 91 % dotazovaných střediscích. Z těchto výsledků také vyplývá to, že provozovatelé vleků se v odstranění bariér budou soustřeďovat spíše na lidský faktor, než na hmotné investice.

V poslední odpovědi měli respondenti uvést, jak by oni sami charakterizovali vhodnost jejich střediska pro sjezdové lyžování vozíčkářů. Necelá polovina středisek se ohodnotila známkou tři viz graf 4.16. Jako zcela nevhodné se ohodnotily pouze dvě střediska. Naproti tomu osm středisek si udělilo známku jedna.

Nutno dodat, že sportem zdravotně znevýhodněných jedinců se zabývá několik autorů, uvedu Kábeleho a Hrušu. Avšak prostředím, kde by Tito jedinci mohli trávit svoji sportovní činnost se prozatím nikdo nezabývá. Z tohoto důvodu odkazuji na

Vyhlášku Ministerstva hospodářství 174/1994 Sb., kterou se stanoví obecné technické požadavky zabezpečující užívání staveb osobami s omezenou schopností pohybu a orientace. Není v ní pochopitelně uvedeno, jak odstranit bariéry psychické, ale ty fyzické ano.

6. NÁVRH NA PROJEKT LYŽAŘSKÉHO AREÁLU PRO OSOBY S HANDICAPEM

Při stavbě či modernizaci lyžařského střediska je nutné si uvědomit, jaké bariéry se pro zdravotně znevýhodněného lyžaře mohou objevit nebo již existují. V níže uvedených kapitolách se odkazují především na Vyhlášku Ministerstva hospodářství 174/1994 Sb., která stanovuje technické parametry komunikací, staveb atd. pro užívání zdravotně znevýhodněných jedinců. Přesto doporučuji všem, kteří se rozhodli své lyžařské středisko přizpůsobit zdravotně znevýhodněným lyžařům, konzultovat stavbu či rekonstrukci se samotnými lyžaři-vozičkáři a to hlavně z důvodu, že mnohé bariéry vnímáme odlišně.

V roce 2008 padla první myšlenka modernizovat Funpark Sněhulák u Vrchlabí tak, aby byl v příštích několika letech plně uzpůsoben zdravotně znevýhodněným lyžařům. Po schůzce s Tomášem Lisým, předsedou Sportovního klubu vozičkářů v Praze, vyplynuly požadavky ze strany lyžařů-vozičkářů. Jelikož se jedná o středisko s mírným svahem, hodilo se pro výuku těchto lyžařů (foto-viz příloha). První požadavek zněl, zaškolit obsluhu vleku tak, aby dovedla manipulovat s lyžařským vybavením zdravotně znevýhodněného jedince. Mezi další požadavky patřilo zpřístupnit nástup na vlek bočním vchodem, vybudovat bezbariérové sociální zařízení, umožnit parkování, co nejbližší k nástupu na vlek. Dále jsme se snažili vyhledat v blízkém okolí bezbariérové ubytování pro více osob, což se ukázalo jako ne zcela snadný úkol. Z této naší zkušenosti vyvozují to, že při stavbě či rekonstrukci, je třeba myslet na komplexnost služeb (ubytování, obchody atd.) v blízkém okolí střediska.

V neposlední řadě může každé středisko nabídnout slevy z jízdného pro vozičkáře. Z vlastní zkušenosti vím, že pokud není lyžař sám, ale s asistentem, je vhodné slevu směřovat i na asistenta, jelikož se skoro vždy jedná o dobrovolníka, který lyžaře-vozičkáře doprovází za své náklady.

Domnívám se, že každé lyžařské středisko, lze alespoň částečně přizpůsobit tak, aby zde lyžař se zdravotním znevýhodněným našel aktivní odpočinek a příjemné

zázemí. Níže uvádím obecné technické parametry (technické výkresy-viz příloha) včetně lidského faktoru, které lze aplikovat na všechna lyžařská střediska v České Republice.

6.1 Technické parametry

Stavba, ale také jakákoliv modernizace lyžařského areálu, který je určen nejen běžné lyžařské mase, ale i osobám se zdravotním znevýhodněním, klade na stavitele jiné prostorové a manipulační požadavky.

Bariéry jsou překážky, které znesnadňují nebo dokonce znemožní osobám se zdravotním znevýhodněním, zapojení se do svého okolí. V oblasti stavební jich existuje hned několik. Jedná se o bariéry vertikální, horizontální, prostorové, antropometrické, ergonomické a orientační. *Bariéry vertikální* představují schody a výškové rozdíly větší než 20 mm. *Bariéry horizontální* jsou např. sklony ramp a povrchy pochozích ploch. *Bariéry prostorové* jsou často malé manipulační parametry a nevhodné umístění mobiliáře. Mezi *bariéry prostředí* patří dosahové vzdálenosti. K *ergonomickým bariérám* můžeme zařadit tvar ovládacích prvků a mezi *bariéry orientační* patří orientační systémy, piktogramy a taktilní informace (4). Všechny tyto prvky lze vhodným stavebním zásahem upravit.

Z hlediska využívání lyžování zdravotně znevýhodněných osob, by se stavba či rekonstrukce lyžařského střediska měla zaměřit na omezenou přístupnost jedinců s *pohybovým znevýhodněním* a *zrakovým znevýhodněním*, případně na přístupnost pro jedince se *sluchovým znevýhodněním*.

6.1.1 Stavební požadavky pro jedince s pohybovým znevýhodněním

Pro jedince s pohybovým znevýhodněním představuje základní problém při pohybu v lyžařském areálu především fyzické překážky. Stavba či rekonstrukce by měla být zaměřena na výškové rozdíly, dodržení maximálních podélných a příčných sklonů pochozích ploch, dostatek manipulačních prostor a celkové umístění ovládacích prvků

v dosahové vzdálenosti osoby na vozíku (4). Tyto zmiňované parametry by měly vycházet z rozměrů invalidního vozíku.

Hlavní rozměry invalidního vozíku:

- průměrná výška osoby na vozíku v sedě od země po hlavu je 1250 mm (14)
- průměrná výška osoby na vozíku od země po ramena je 1100 mm (14)
- průměrná výška osoby na vozíku od země po dlaně v klíně je 670 mm (14)
- průměrná výška osoby na vozíku od země po kolena je 670 mm (14)
- průměrná délka vozíku a osobou je 1200 mm (14)
- nejmenší manévrovací prostor pro vozík je 1200 x 1500 mm (14)
- mezinárodní symbol přístupnosti je čtverec modré barvy, na němž je vyobrazena bílou čarou stylizovaná postava hledící vpravo a sedící na vozíku pro invalidy, min. rozměry symbolu jsou 100 x 100 mm (26)

Komunikace

- povrchy komunikací by měly být rovné a upravené proti skluzu (26)
- sklony šikmých rovin by měly splňovat požadavky rampy (26)
- výškové rozdíly by neměly být vyšší než 20 mm (26)
- schodišťová ramena a rampy by měla být po obou stranách opatřena madly ve výši 900 mm, která musí přesahovat o 150 mm první a poslední schodišťový stupeň, případně začátek a konec rampy (26)
- rampy by měly být široké nejméně 1300 mm a jejich podélný sklon smí být nejvýše 1:12 (8,33 %), není-li rampa delší než 3000 mm, smí mít výjimečně sklon nejvýše 1:8 (12,5 %), rampa musí mít po obou stranách ve výši 300 mm vodící tyč, podesty ramp musí mít min. délku 1500 mm (26)
- chodníky by měly být široké nejméně 1500 mm a smí mít podélný sklon, nejvýše 1:12 (8,33 %) a příčný sklon nejvýše 1:50 (2,0 %), na úsecích delších než 200 m musí být zřízena odpočívadla o podélném a příčném sklonu nejvýše 1:50 (2,0 %) (26)
- před vstupem do objektu by měla být vodorovná plocha nejméně 1500 x 1500 mm, při otevírání dveří ven nejméně 1500 x 2000 mm (26)

- vstupní dveře musí umožňovat otevření nejméně 900 mm, smí být zaskleny od výšky 400 mm nebo musí být chráněny proti mechanickému poškození vozíkem (zaskleny nerozbitným sklem tvrzeným, s drátěnou vložkou apod.), dále musí být opatřeny vodorovným madlem s výjimkou dveří automaticky ovládaných, zámek dveří musí být umístěn v maximální výši 1000 mm, klika nebo madlo ve výši maximálně 1100 mm (26)
- horní hrana zvonkového panelu nesmí být výše než 1200 mm (26)

Hygienické provozy

- minimální rozměry kabiny 1400 x 1400 mm, u nově navrhovaných staveb 1600 x 1800 mm (26)
- horní hrana sedátka záchodové mísy musí být ve výši 500 mm nad podlahou, ovládání splachovacího zařízení musí být umístěno po straně nejvýše 1200 mm nad podlahou, po obou stranách záchodové mísy musí být sklopná madla ve vzájemné vzdálenosti 600 mm a ve výši 780 mm nad podlahou, dveře se musí otvírat směrem ven a musí být opatřeny z vnitřní strany vodorovným madlem, zámek dveří musí být odjistitelný zvenku, vedle záchodové mísy musí být prostor min. šířky 800 mm, v kabině WC musí být umístěno umyvadlo (26)
- umyvadlo by mělo být opatřeno pákovou výtokovou baterií, vedle umyvadla je nutné osadit madlo umožňující opření (26)

Parkoviště

- parkovací plochy pro osobní motorová vozidla (pozemní, nadzemní i podzemní) musí mít vyhrazena 2% stání, nejméně však dvě stání, pro vozidla zdravotně postižených osob, k těmto vyhrazeným stáním musí být zajištěn bezbariérový přístup z komunikace pro pěší (26)
- šířka stání pro vozidla zdravotně postižených osob na parkovištích, odstavných plochách a v garážích musí být nejméně 3500 mm a smí mít sklon nejvýše 1:20 (5,0 %), dále musí být označena mezinárodním symbolem přístupnosti (26)

6.1.2 Stavební požadavky pro jedince se zrakovým znevýhodněním

Pro jedince se zrakovým znevýhodněním jsou základními problémy při pohybu v lyžařském areálu především nedostatek informací získaných hmatem a akusticky. Stavba či rekonstrukce by měla být zaměřena na umístění vodících linií, identifikaci bezprostředního okolí, předání přesných informací o okolí a službách např. užití nereflexních značek se silným barevným kontrastem, jednoduché srozumitelné nápisy psané velkými písmeny, pokyny pro nákup jízdenek apod. by měly být čitelné z velmi malé vzdálenosti a provedeny jednoduchým a srozumitelným způsobem (4).

Komunikace

- povrchy komunikací by měly být rovné a upravené proti skluzu (26)
- u přechodů musí být snížení u obrubníku vyznačeno výrazně odlišnou strukturou a charakterem povrchu, vnímatelným slepeckou holí a nášlapem v minimální šíři 300 mm (26)
- v prostoru mezi 450 a 2200 mm nad komunikací nesmí být umístěny žádné konstrukce, které by mohly ohrozit bezpečnost zrakově postižených osob (26)
- komunikace musí být řešeny tak, aby byla dodržena vodící linie pro zrakově postižené osoby, přičemž hrana chodníku u vozovky není vodící linií, nezbytné překážky na komunikacích pro pěší (stožáry veřejného osvětlení, dopravní značky, stromy, telefonní automaty apod.) musí být osazeny tak, aby byl zachován průchozí profil min. šířky 900 mm (26)
- překážky na komunikacích pro pěší musí mít ve výšce 1100 mm ochranu (zábradlí, oplocení) a podstavec o výšce alespoň 100 mm tvořící zářku pro slepeckou hůl (26)
- ovládání samoobslužných signalizačních zařízení musí být umístěno ve výšce 1100 až 1400 mm (26)
- vstup do objektu musí být osvětlen tak, aby nevznikal náhlý a velký kontrast mezi osvětlením vně a uvnitř budovy (26)

Vnitřní prostory

- okna a prosklené stěny s parapetem nižším než 500 mm musí mít spodní části do výšky 400 mm opatřeny proti mechanickému poškození a ve výšce 1400 až 1600 mm opatřeny výraznou páskou šířky nejméně 50 mm nebo pruhem ze značek o rozměru 50 x 50 mm, vzdálenými od sebe maximálně 150 mm, jasně viditelných proti pozadí (26)
- prosklené stěny nebo prosklené dveře, jejichž zasklení zasahuje níže než 800 mm nad podlahou, musí být ve výšce 1400 až 1600 mm označeny výraznou páskou šířky nejméně 50 mm nebo pruhem ze značek o rozměru 50 x 50 mm vzdálenými od sebe maximálně 150 mm, jasně viditelnými proti pozadí (26)

Informační zařízení

- základní informační zařízení pro orientaci musí být doplněna akustickými, taktilními a optickými prvky (26)
- základní informační grafické zařízení pro pohyb veřejnosti ve stavbách občanského vybavení musí mít kontrastní a dobře osvětlené nápisy (26)

6.2 Lidský faktor

Z lidské přirozenosti vyvěrá strach z neznámého. Zdravotně znevýhodněný lyžař, který je na vozíku, je v mnoha lyžařských střediscích velkou neznámou. Samotný vedoucí areálu mnohdy netuší, že i tito lidé chtějí a především, dělají něco proto, aby mohli zažívat pocit radosti na sněhu. Je pak pochopitelné, že obsluha vleku či lanové dráhy neví, jak si s člověkem na mono-ski poradit. Dochází k nepříjemné situaci pro obě strany. A stačí tak málo. Nástup na vlek či lanovou dráhu není nic složitého. Obsluze vleku stačí pouhá hodina na to, aby se naučili správně manipulovat s lyžařským vybavením osoby se zdravotním znevýhodněním. V ideálním případě by školení měl být účasten instruktor lyžování osob se zdravotním znevýhodněním a jeho svěřenec. Správná komunikace všech zúčastněných stran je klíčová. Filipiová uvádí, cituji: „Psychické bariéry jsou jak ve zdravých lidech, tak v samotných postižených. Zdravý člověk se mnohdy postiženému vyhýbá. Důvody mohou být různé. Jsou lidé, kteří

nevědí, jak s postiženou osobou komunikovat, jak jí pomoci. Někteří mají jakýsi zvláštní pocit viny, že oni jsou zdraví a ten druhý je více či méně bezmocný. Zdraví lidé často ani nevědí, jaké zdravotní komplikace postižení přináší a zda je osoba pohybující se na vozíku schopna komunikace. Jsou i tací, kteří se osoby na vozíku podivně pokroucené štítí. Ano, i takoví jedinci žijí v lidské společnosti (5).“

Položila jsem otázku Oldřichovi Jelínkovi, reprezentantovi České Republiky v lyžování handicapovaných, jestli vidí v českých lyžařských střediscích bariéry. Odpověděl takto, cituji: „Bariéry u nás bohužel jsou, je to dáno asi tím, že v době, kdy se většina areálů stavěla nikdo nepočítal s tím, že se lidé handicapem budou pokoušet sportovat. Hlavně chybí sociální zařízení a snadnější přístup k vlekům a lanovkám. Současně ale musím uznat, že se nám to lidé, kteří areály provozují snaží pomoci, jak nejlépe mohou.“ Tím dokladuji to, že složka lidské pomoci, je velice důležitá.

Pomoci lze několika způsoby. Pracovníci lyžařské střediska mohou pohlídat to, aby místo vyhrazené pro osoby se zdravotním znevýhodněním bylo volné. Majitel střediska může nabídnout levnější jízdné nejen pro osoby se zdravotním znevýhodněním, ale také pro jejich asistenty (dobrovolníky), kteří za pomoc osobám zdravotně znevýhodněným nic nepožadují. Pracovníci areálu mohou pomoci na nástupiště k vleku, pak také se samotným nástupem a výstupem z vleku. Míře pomoci se meze nekladou.

7. ZÁVĚR

Tato bakalářská práce na téma „*Návrh lyžařského areálu pro osoby s handicapem*“ má dvě hlavní části. Teoretická část je věnována současné problematice zdravotně znevýhodněných lyžařů. Poukazuje na klasifikaci zdravotně znevýhodněných lyžařů, na jejich lyžařské vybavení, na lyžařská střediska, kde mohou lyžovat, ale také popisuje význam sportu pro zdravotně znevýhodněného jedince, který může vést ke zvýšení kvality života. Praktická část je pak zaměřena na výzkum v oblasti zimních lyžařských středisek ve vztahu ke zdravotně znevýhodněným lyžařům.

Pro tuto práci byly stanoveny dva hlavní cíle. Prvním cílem práce bylo zmapování sítě zimních lyžařských středisek a jejich celkový přístup k osobám s handicapem. Domnívám se, že cíl práce byl splněn, neboť byl díky dotazníkům a z nich vyplývajících výsledků, zjištěn skutečný stav dané problematiky.

Druhým cílem práce bylo vytvořit návrh zimního lyžařského střediska tak, aby plně vyhovoval osobám s handicapem. Domnívám se, že i druhý cíl práce byl splněn. V kapitole 6 s názvem „*Návrh na projekt lyžařského areálu pro osoby s handicapem*“, uvádím konkrétní realizaci modernizace lyžařského střediska Funpark Sněhulák u Vrchlabí, ale také popisuji obecné technické parametry včetně lidského faktoru, které lze aplikovat na všechna lyžařská střediska v České Republice

Hypotéza zněla, že oblasti zimních sportů pro osoby s handicapem není dostatek zimních lyžařských středisek, ve kterých lze bezproblémově lyžovat. Z výsledků dotazníkového šetření vyplynulo, že v necelé jedné třetině dotazovaných zimních lyžařských středisek se osoba se zdravotním znevýhodněním obejde bez osobní asistence. V ostatních střediscích potřebuje asistenci. To tedy znamená, že se první hypotéza potvrdila. Dovoluji si však říci, že do budoucna se situace bude zlepšovat, a to především „odtabuizováním“ této problematiky a snahou provozovatelů lyžařských středisek odstranit, alespoň část bariér, které se ve středisku nachází.

V závěru bych chtěla dodat, že tuto bakalářskou práci si ode mně vyžádalo po vyplnění dotazníku několik provozovatelů lyžařských středisek. Z této zpětné vazby

usuzuji zájem o tuto nově otevřenou problematiku, a doufám, že v již v nedohlednu se budeme potkávat na sjezdových tratích se zdravotně znevýhodněnými lyžaři častěji.

8. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. DOVALIL, Josef. *Lexikon sportovního tréninku*. 2. vydání. Praha: Karolinum, 2008. 314 s. ISBN 978-80-246-1404-5
2. Et netera. *Český svaz tělesně postižených sportovců* [online] [cit. 2008- 12-10]. Dostupné z: <http://www.cstps.cz/cstps/jnp/cz/gen/clanek/sporty-lyzovani.html>
3. Et netera. *Český svaz tělesně postižených sportovců* [online] [cit. 2009- 03-11]. Dostupné z : <http://www.cstps.cz/cstps/jnp/cz/gen/clanek/sporty-lyzovani-historie.html>
4. Expo data. *Bezbariérová řešení staveb v oboru městské inženýrství* [online] [cit. 2009- 04-07]. Dostupné z : <http://www.casopisstavebnictvi.cz/clanek.php?detail=1333>
5. FILIPOVÁ, Daniela. *Život bez bariér*. 1. vydání. Praha: Grada, 1998. 104 s. ISBN 80-7169 – 233-6
6. HNILICOVÁ, Helena. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. 205-217s. ISBN 80-7254-657-0
7. HRUŠA, Jan. Lyžování zdravotně postižených. In *Kapitoly z lyžování*. Praha: Karolinum, 2006. 131-145s. ISBN 80-246-0241-5
8. IPC. *About the sport* [online]. [cit. 2009-03-10] Dostupné z: http://www.paralympic.org/release/Winter_Sports/Alpine_Skiing/About_the_sport/

9. IPC. *Classification* [online].[cit. 2009-03-10] Dostupné z:
http://www.paralympic.org/release/Winter_Sports/Alpine_Skiing/Classification/
10. JANEČKOVÁ, Hana. Životní události a kvalita života. In *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005.451-473s. ISBN 80-7254-657-0
11. JESENSKÝ, Ján. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*.1.vydání. Praha: Karolinum,1995.160 s. ISBN 80-7066-941-1
12. KÁBELE, Josef. *Sport vozíčkářů*. 1. vydání. Praha : Olympia, 1992. 200 s. ISBN 80-7033-233-6
13. KULHÁNEK, O. *Malá encyklopedie lyžování*. 1. vydání. Praha: Olympia, 1987. 483 s. ISBN – neuvedeno
14. MENČLOVÁ B., RÁKOSNÍK B., SEMERÁKOVÁ J. *Nauka o budovách 10,20*. 1. vydání. Praha : Vydavatelství ČVUT, 1991. 47 s. ISBN- neuvedeno
15. Monoski. *Centrum handicapovaných lyžařů* [online].[cit. 2008-12-9]
Dostupné z: <http://www.monoski.info/cz/rwe-centrum/>
16. MOŽNÝ, Ivo. Česká společnost. 1.vydání. Praha: Portál,2002. 208 s. ISBN 80-7178-624-1
17. PŘÍBRAMSKÝ, Miloš. *Lyžování*. 1.vydání. Praha: Grada Publishing, 1999. 120 s. ISBN 80-7169-786-9
18. Příspěvatelé Wikipedie. Dráha (drážní doprava) [online]. 11. 02. 2009 [cit. 2009-03-15]. Dostupné z :

[http://cs.wikipedia.org/w/index.php?title=Dr%C3%A1ha_\(dr%C3%A1%C5%BE%C3%AD_doprava\)&oldid=3611376](http://cs.wikipedia.org/w/index.php?title=Dr%C3%A1ha_(dr%C3%A1%C5%BE%C3%AD_doprava)&oldid=3611376)

19. Příspěvatelé Wikipedie. *Lanová dráha* [online]. 9. 10. 2008 [cit. 2009-03-15]. Dostupné z: http://cs.wikipedia.org/wiki/Lanov%C3%A1_dr%C3%A1ha
20. Příspěvatelé Wikipedie. *Lyžařský vlek* [online]. 2. 11. 2008 [cit. 2009-03-15]. Dostupné z: http://cs.wikipedia.org/wiki/Ly%C5%BEa%C5%99sk%C3%BD_vlek
21. Seznam. *Seznam Encyklopedie – lyžování*. [online]. 24. 12. 2007 [cit. 2009-03-16] Dostupné z: <http://encyklopedie.seznam.cz/heslo/137584-lyzovani>
22. SLEPIČKA P., HOŠEK V., HÁTLOVÁ B. *Psychologie sportu*. 1. vydání. Praha : Karolinum, 2006. 332 s. ISBN 80-246-1290-9
23. Spokes' n Motion. *Bi-skis*. [online] [cit. 2009- 03-11]. Dostupné z: http://www.spokesnmotion.com/catalog/product.asp?product_id=1034
24. TOŠNER J., SOZANSKÁ O. *Dobrovolníci a metodika práce s nimi v organizacích*. 2.vydání. Praha : Portál, 2006.153 s. ISBN 80-7367-178-6
25. VELEMÍNSKÝ, Miloš. *Klinická propedeutika*. 5. vydání. České Budějovice, 2005. 146 s. ISBN 80-7040-837-5
26. Vyhláška Ministerstva hospodářství 174/1994 Sb., kterou se stanoví obecné technické požadavky zabezpečující užívání staveb osobami s omezenou schopností pohybu a orientace

27. *Zimní středisko - komplexní služba, doporučené standardy chování*. Praha:
Ministerstvo pro místní rozvoj České Republiky, 2007. 57 s.

9. KLÍČOVÁ SLOVA

- handicap
- kvalita života
- lyžařské středisko
- lyžování
- sport

10. PŘÍLOHY

10.1 Technické výkresy

10.2 Fotografie lyžaře

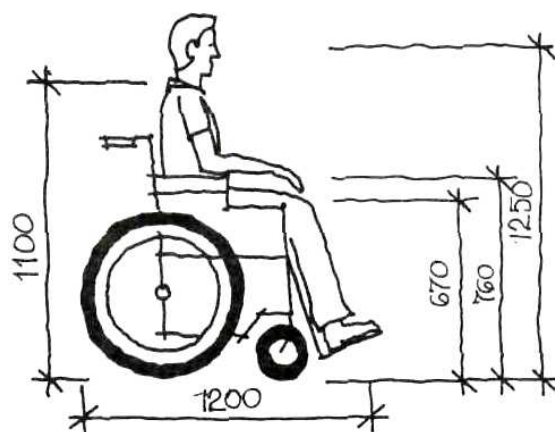
10.3 Fotografie z výuky lyžařů-vozičkářů ve Funparku Sněhulák

10.4 Dotazník

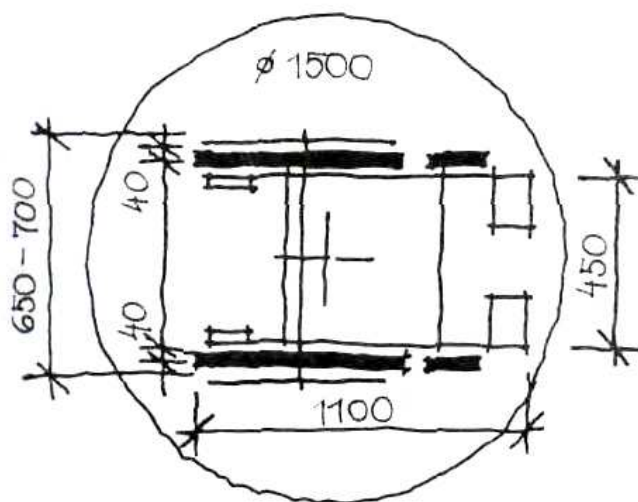
10.5 Mezinárodní symbol přístupnosti

10.1 Technické výkresy

Hlavní rozměry invalidního vozíku

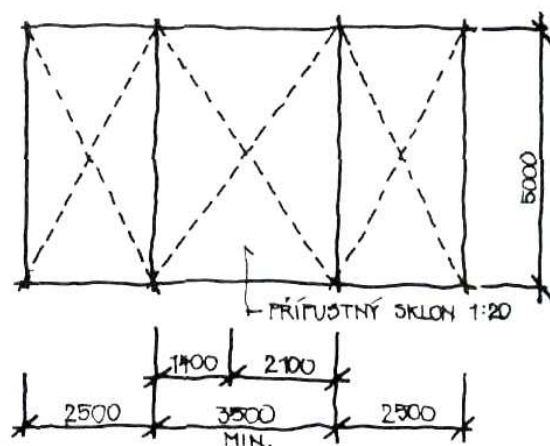


Zdroj: MENČLOVÁ B., RÁKOSNÍK B., SEMERÁKOVÁ J. *Nauka o budovách* 10,20.



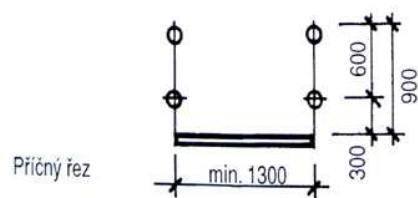
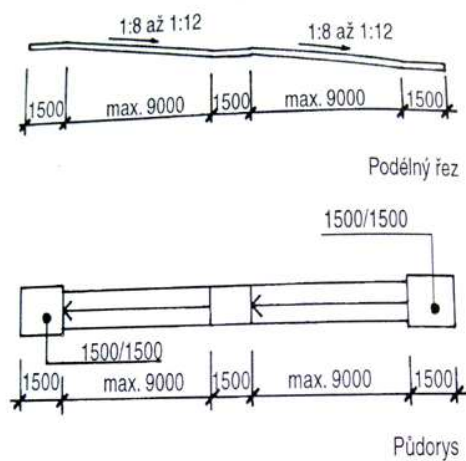
Zdroj: MENČLOVÁ B., RÁKOSNÍK B., SEMERÁKOVÁ J. *Nauka o budovách* 10,20.

Automobilové stání



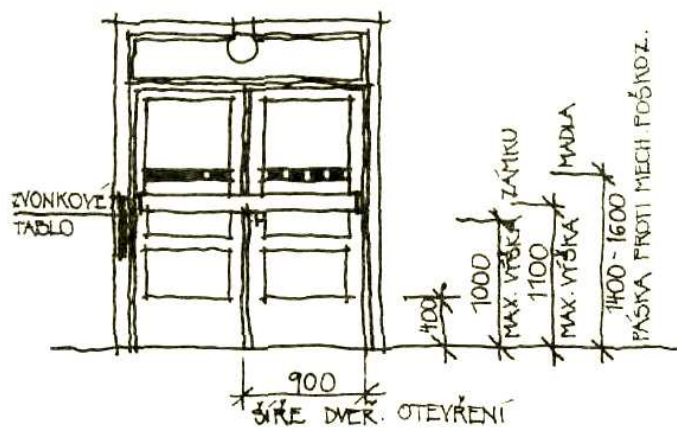
Zdroj: MENČLOVÁ B., RÁKOSNÍK B., SEMERÁKOVÁ J. *Nauka o budovách* 10,20

Rampy- půdorys, řez příčný a podélný

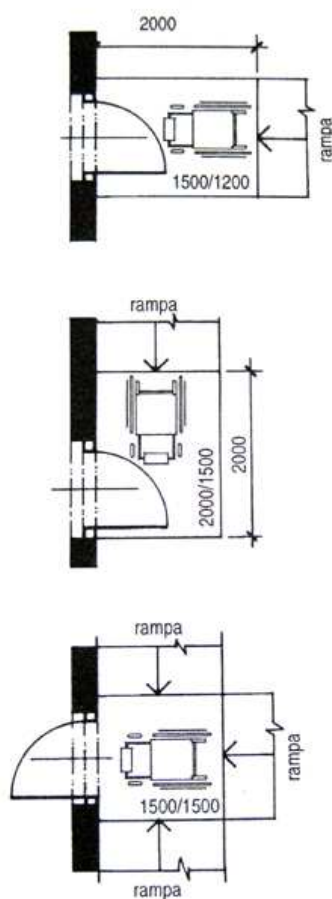


Zdroj: FILIPOVÁ, Daniela. *Život bez bariér*

Vstupy do objektů

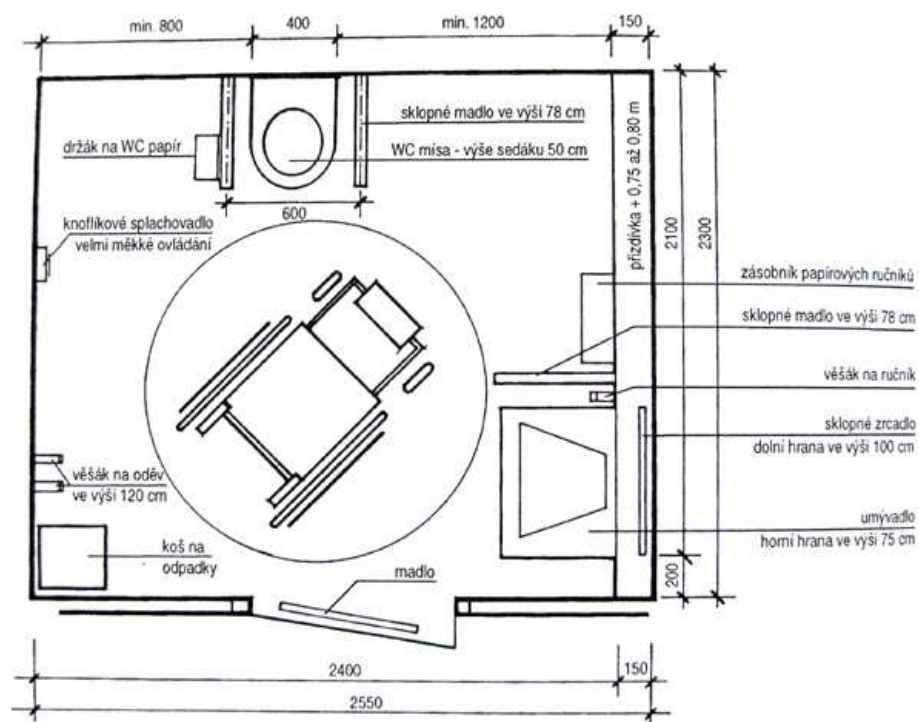


Zdroj: MENČLOVÁ B., RÁKOSNÍK B., SEMERÁKOVÁ J. *Nauka o budovách* 10,20



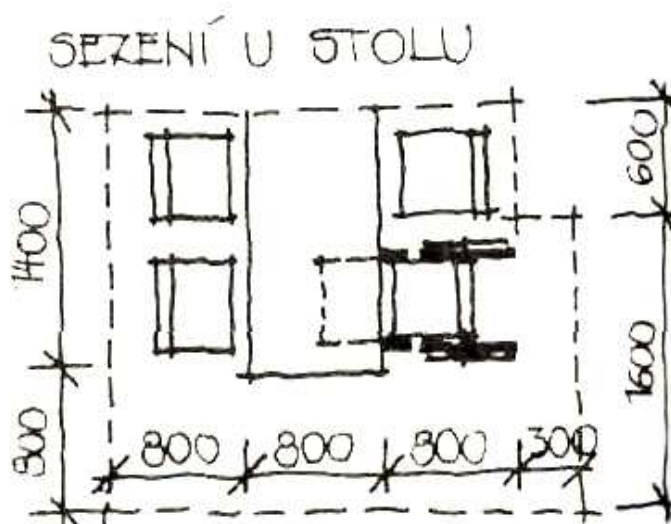
Zdroj: FILIPIOVÁ, Daniela. *Život bez bariér*

Veřejné WC



Zdroj: FILIPOVÁ, Daniela. Život bez bariér

Sezení u stolu



Zdroj: MENČLOVÁ B., RÁKOSNÍK B., SEMERÁKOVÁ J. Nauka o budovách 10,20

10.2 Fotografie lyžaře



Zdroj: Fotograf Tomáš Lisý, na fotografii Oldřich Jelínek



Zdroj: Fotograf Tomáš Lisý, na fotografii Oldřich Jelínek

10.3 Fotografie z výuky lyžařů-vozičkářů ve Funparku Sněhulák

Nástup na vlek (bi-ski)



Zdroj: Fotograf Tomáš Lisý

Nástup na vlek (mono-ski)



Zdroj: Fotograf Tomáš Lisý

Jízda na vleku (bi-ski)



Zdroj: Fotograf Tomáš Lisý

Výstup z vleku (bi-ski)



Zdroj: Fotograf Tomáš Lisý

10.4 Dotazník

Dobrý den,

obracím se na Vás s prosbou o vyplnění následujícího dotazníku. Jmenuji se Miluše Kropáčková a jsem studentka Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, konkrétně Zdravotně sociální fakulty.

*Nyní pracuji na **bakalářské práci s názvem „Návrh lyžařského areálu pro osoby s handicapem“**. Vaše odpovědi pomohou k řešení problematiky zimních lyžařských středisek a jejich dostupnosti pro osoby s handicapem. Tento dotazník obdrží několik desítek lyžařských středisek v České republice.*

Až dotazník vyplníte, vložte jej prosím, do přiložené ofrankované obálky.

Předem děkuji za spolupráci.

1. Do jaké oblasti (pohoří) patří Váš areál?

- ☐ Jizerské hory
- ☐ Krkonoše
- ☐ Orlické hory
- ☐ Králický Sněžník
- ☐ Jeseníky
- ☐ Beskydy
- ☐ Javorníky
- ☐ Šumava
- ☐ Krušné hory
- ☐ Vysočina
- ☐ Ostatní oblasti.....

2. Setkali jste se ve Vašem areálu s lyžařem/řkou se zdravotním znevýhodněním?

ANO – NE

3. Poskytuje Váš areál slevy pro zdravotně znevýhodněné občany?

- ☐ ano, vždy
- ☐ ne
- ☐ někdy (v jakém případě).....

4. Jaká je obtížnost sjezdových tratí ve Vašem areálu? (možnost zaškrtnou více možností)

- ☐ modrá
- ☐ červená
- ☐ černá

5. V jaké vzdálenosti je parkoviště od nástupiště na vlek?

- ☐ do 20 m
- ☐ od 20 m - do 50 m
- ☐ od 50 m - do 200 m
- ☐ více jak 200 m
- ☐ parkoviště u areálu není

6. Máte vyhrazeno ve Vašem středisku parkovací místo pro osoby se zdravotním znevýhodněním?

ANO-NE

7. Jaký je přístup z parkoviště k nástupišti na vlek pro osobu se zdravotním znevýhodněním?

- ☐ snadný, není nutná asistence další osoby
- ☐ snadný, ale je nutná asistence další osoby
- ☐ obtížný, je nutná asistence další osoby
- ☐ obtížný, nelze zvládnout ani s asistencí druhé osoby
- ☐ jiná varianta.....

8. Jaký je přístup na vlek (popř. lanovou dráhu) přes odbavovací systém pro osobu se zdravotním znevýhodněním?

- ☐ snadný, není nutná asistence další osoby
- ☐ snadný, ale je nutná asistence další osoby
- ☐ obtížný, je nutná asistence další osoby
- ☐ obtížný, nelze zvládnout ani s asistencí druhé osoby
- ☐ jiná varianta.....

9. Jaký typ sociální zařízení se nachází ve Vašem středisku?

- ☐ mobilní přenosná toaleta
- ☐ sanitární kontejner
- ☐ toalety v budově zimního střediska
- ☐ jiná varianta.....

10. Jaký je přístup k sociálnímu zařízení pro osobu se zdravotním znevýhodněním?

- ☐ snadný, není nutná asistence další osoby
- ☐ snadný, ale je nutná asistence další osoby
- ☐ obtížný, je nutná asistence další osoby
- ☐ obtížný, nelze zvládnout ani s asistencí druhé osoby
- ☐ jiná varianta.....

10.5 Mezinárodní symbol přístupnosti



Zdroj: Příloha Vyhlášky Ministerstva hospodářství 174/1994 Sb.