

Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta tělesné kultury

MONITORING NABÍDKY ORGANIZOVANÝCH VOLNOČASOVÝCH
OUTDOOROVÝCH POHYBOVÝCH AKTIVIT PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM
POSTIŽENÍM A ZDRAVOTNÍM ZNEVÝHODNĚNÍM VE ZLÍNSKÉM KRAJI

Diplomová práce
(bakalářská)

Autor: Adam Jarmar, aplikované pohybové aktivity

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

Olomouc 2015

Jméno a příjmení autora: Adam Jarmar

Název diplomové práce: Monitoring nabídky organizovaných volnočasových outdoorových pohybových aktivit pro osoby se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním ve Zlínském kraji.

Pracoviště: Katedra aplikovaných pohybových aktivit

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

Rok obhajoby diplomové práce: 2015

Abstrakt: Aktivního trávení volného času dětí, ale i dospělých je dnes aktuální globální problém. Outdoorové pohybové aktivity jsou specifickou formou pohybových aktivit, které všestranně rozvíjí osobnost jedince. Pro osoby se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním, ale také pro seniory mohou být tyto aktivity prostředkem zvýšení kvality života. Cílem této práce je zmonitorovat a strukturovat nabídku organizovaných outdoorových volnočasových pohybových aktivit pro osoby se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním ve Zlínském kraji.

Klíčová slova: zdravotní postižení, zdravotní znevýhodnění, volný čas, životný styl, kvalita života

Souhlasím s půjčováním diplomové práce v rámci knihovních služeb.

Author's first name and surname: Adam Jarmar

Title of the thesis: Monitoring the offer of organized leisure-time outdoor activities for the people with disabilities and handicap in region Zlin.

Department: Department of Adapted Physical Activities

Supervisor: Mgr. Ondřej Ješina, Ph.D.

The year of presentation: 2015

Abstract: Effective spending of leisure time by the children and also adults is an actual global problem. Outdoor activities are the specific form of physical activities that can develop the human personality in general. For the people with disabilities, handicap and elderly population can play these activities an important role in the process of increasing the quality of life. The main goal of this thesis is the monitoring and the structure of organized outdoor leisure-time activities for the people with disabilities and handicap in the region Zlin.

Keywords: disability, handicap, leisure time, life style, quality of life

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

Prohlašuji, že jsem závěrečnou písemnou práci zpracoval samostatně s odbornou pomocí Mgr. Ondřeje Ješiny, Ph.D., uvedl všechny použité literární a odborné zdroje a řídil se zásadami vědecké etiky.

V Olomouci dne 30. 6. 2015

.....

Děkuji vedoucímu své bakalářské práce, Mgr. Ondřeji Ješinovi, Ph.D., za odborné vedení, rady a pomoc při zpracování této práce.

OBSAH

ÚVOD	8
1 PŘEHLED POZNATKŮ	9
1.1. Volný čas a životní styl	9
1.1.1. Funkce volného času	10
1.1.2. Vybrané faktory ovlivňující způsob trávení volného času	10
1.1.3. Prostředí volného času	11
1.1.4. Životní způsob	14
1.1.5. Zdravý životní styl	15
1.1.6. Optimalizace životního stylu	16
1.2. Zdravotní postižení a zdravotní znevýhodnění	16
1.2.1. Vymezení a terminologie	17
1.2.2. Tělesné postižení	19
1.2.3. Mentální postižení	21
1.2.4. Sluchové postižení	22
1.2.5. Zrakové postižení	24
1.2.6. Zdravotní znevýhodnění	25
1.3. Outdoorové pohybové aktivity	26
1.3.1. Specifika a plánování outdoorových pohybových aktivit v kontextu APA	26
1.4. Význam pohybové aktivity na kvalitu života	29
1.4.1. Kvalita života	29
1.4.2. Faktory ovlivňující kvalitu života	30
1.4.3. Kvalita života osob se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním ..	32
1.4.4. Pohybová aktivita v kontextu kvality života	32
2 CÍL PRÁCE, ÚKOLY A HYPOTÉZY	35
2.1. Cíl práce	35
2.2. Úkoly práce	35
2.3. Hypotézy	35
3 METODIKA PRÁCE	36

3.1.	Prvotní monitoring nabídky volnočasových aktivit ve Zlínském kraji	36
3.2.	Charakteristika zkoumaného vzorku	36
3.3.	Metoda dotazovací.....	36
4	VÝSLEDKY A DISKUSE	38
4.1.	Výsledky prvotního monitoringu.....	38
4.2.	Analýza anket	40
5	ZÁVĚR	45
	SOUHRN	47
	SUMMARY	48
	REFERENČNÍ SEZNAM.....	49
	PŘÍLOHY	51

ÚVOD

V této práci se budu zabývat monitoringem nabídky organizovaných volnočasových outdoorových pohybových aktivit pro osoby se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním ve Zlínském kraji. Zlínský kraj má totiž díky svým krajinným podmínkám velký potenciál pro rozvoj outdoorových aktivit a jak je v posledních letech patrné, efektivně jich využívá.

Outdoorové aktivity jsou velmi atraktivní formou pohybových aktivit, které mohou pozitivně přispívat k všestrannému rozvoji osobnosti a celkovému zvýšení kvality života. Právě kvalita života by měla být tím hlavním cílem, o který bychom měli ve vztahu k osobám se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním a se specifickými potřebami obecně usilovat. V neposlední řadě je nutné vhodnou pohybovou intervencí vytvořit návyk (vzorec chování) efektivního trávení volného času napříč věkovými, sociálními i zdravotními skupinami populace.

Z vlastní zkušenosti mohu díky již téměř desetileté činnosti lyžařského instruktora potvrdit pozitivní vliv lyžování na osobnost dětí i dospělých nejen ve vztahu ke zdokonalování pohybových dovedností, ale také v oblasti sociální a emoční. Jako instruktor monoski/biski mám možnost každoročně lyžovat také s osobami se zdravotním postižením, nejčastěji s tělesným postižením nebo kombinovanými vadami. Je velmi zajímavé pozorovat, jaký pozitivní vliv na tyto osoby má pravidelná volnočasová pohybová aktivita.

Dle mého názoru však není potenciál outdoorových pohybových aktivit pro osoby se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním využit ve Zlínském kraji dostatečně. Toto mé přesvědčení budu proto chtít na základě výzkumného šetření této práce ověřit.

1 PŘEHLED POZNATKŮ

1.1. Volný čas a životní styl

Volný čas je v současnosti velmi častým skloňovaným pojmem a to především v souvislosti s jeho efektivním využíváním nejen u dětí, ale u populace globálně. Smysluplné využívání volného času má díky svým funkcím dopad nejen do fyzické, ale také psychické a sociální roviny lidské osobnosti.

„Volný čas je čas, kdy člověk nevykonává činnosti pod tlakem závazků, jež vyplývají z jeho sociálních rolí, zvláště z dělby práce a nutnosti zachovat a rozvíjet svůj život.“ (Hofbauer 2004, 13). Dle Hofbauera (2004) lze volný čas také dále definovat jako čas, který zbývá po pracovních i nepracovních povinnostech. Jedná se o tzv. reziduální teorii volného času rozšířenou především v německých zemích. Přesnější definice však charakterizuje volný čas jako „činnost, do níž člověk vstupuje s očekáváním, účastní se jí na základě svého svobodného rozhodnutí, a která mu přináší příjemné zážitky a uspokojení“ (Hofbauer, 2004,13).

Průcha, Walterová, Mareš (2001) stručně charakterizují volný čas jako „opak doby nutné práce a povinností a doby nutné k reprodukci sil.“

S pojmem životní styl jsme v současnosti téměř v denním kontaktu. Nejčastěji jsou nám předkládány ve sdělovacích prostředcích dopady nesprávného životního stylu, vzrůstající počet populace, jež žije sedavým životním stylem a v neposlední řadě velká škála onemocnění, kterými nejen děti díky nezdravému životnímu stylu trpí.

Na životní styl lze nahlížet z mnoha úhlů pohledu, což dokazuje i množství definic, které se snaží tento pojem vymezit.

„ Životní styl je uspořádání mnohotvárných činností, jimiž se dané individuum (a třeba i celá společnost) udržuje a obnovuje“ (Hodáň, 1995, 141).

„ Životní styl je souhrn norem, které jedinec aktivně prosazuje. Zahrnuje hodnotovou orientaci člověka, projevuje se v jeho chování i ve způsobu využívání i ovlivňování materiálních i sociálních životních podmínek“ (Dohnal, 2002, 76).

„ Životní styl je souhra životních činností, prostřednictvím kterých lidé reprodukuji svoji existenci, uspokojují a rozvíjejí svoje potřeby, vstupují do konkrétních ekonomických a

sociálních vztahů, zaměřují se na určité cílové hodnoty, při dodržování základních norem“ (Junger, Kasa, 1996, 76).

1.1.1. Funkce volného času

Jako hlavní funkce volného času uvádí Hofbauer (2004) následující:

- odpočinek (regenerace pracovní síly)
- zábava (regenerace duševní síly)
- rozvoj osobnosti (spoluúčast na vytváření kultury)

Dumazedier (1966) přidává ještě funkci

- sebevzdělávací (všechny aktivity, ve kterých si člověk rozšiřuje své vědomostní obzor i dovednosti)

Hofbauer (2004) uvádí další funkce volného času dle francouzského sociologa Rogera Suea:

- psychosociologickou (uvolnění, zábava, rozvoj)
- sociální (socializace, symbolická příslušnost k některé sociální skupině)
- terapeutickou
- ekonomickou (pozitivní vliv na uplatnění člověka v profesní činnosti, výdaje účastníků vynakládané na aktivity volného času, pojetí volného času jako prožívání, anebo pouhé spotřeby vedoucí k odcizení)

1.1.2. Vybrané faktory ovlivňující způsob trávení volného času

Jedním z faktorů, které předurčují charakter volnočasových aktivit, je dle Hofbauera (2004) územní a sociální prostor. V současné době převažuje procento populace, která se stěhuje do měst a dále je podporována výstavba velkých městských komplexů. Reakcí na tento fakt se také do měst soustřeďuje nabídka volnočasových aktivit. Městský způsob života nabízí jedinci jak anonymní a neformální tak i společenské činnosti. Díky vysoké koncentraci lidí se zde člověk může při volnočasových aktivitách setkávat s jedinci, kteří mají společné zájmy a může téměř denně navazovat a budovat nové sociální vazby. Jako protiklad ovšem Hofbauer (2004) zmiňuje častější sociálně patologické jevy plynoucí z převažující z obecné anonymity, nezávaznosti a neodpovědnosti k sobě, ostatním lidem i k okolí. V posledních letech ovšem

také stoupá procento rodin, které transferují velké množství svých volnočasových aktivit na vesnici a rozvíjí se tak opět chalupaření a aktivity spojené s pobytem v přírodě. Rostoucí mobilita městských obyvatel a klesající počty stálých obyvatel vesnic mají za následek postupné zanikání kulturních organizací a institucí, které tvořily základ venkovské nabídky volnočasových aktivit především sociálního charakteru.

Dalším faktorem je neustále se prohlubující společenská nerovnost. „Zdrojem sociálního vylučování znemožňujícího využívat volný čas se staly také netolerance, xenofobie a rasismus a negativně se promítali jak ve vztahu k tradičním menšinám, tak také k novým imigrantům“ (Hofbauer, 2004, 35). V souvislosti se společenskou nerovností se také ve využívání volného času odráží zvyšující se životní náklady. Mladí manželé si obstarávají bydlení, odhadem více jak polovina vysokoškolských studentů si ve volném čase přivydělává. „U dospělých vzniká potřeba druhého zaměstnání, jehož důsledkem je omezení jejich volného času. Jako uspokojivou hodnotí svoji životní úroveň klesající počet lidí, a naopak se zvyšuje počet těch, kteří ji pokládají za nízkou“ (Hofbauer, 2004, 15).

Negativní vliv má na rozšíření volného času také nezaměstnanost. „Takto vynucený nadbytek volného času vychyluje rovnováhu života zvláště mladých lidí po ukončení školy. Odsouzení proti své vůli k nepráci, tráví svůj volný čas zploštěle, bez výhledu, náročnějších a perspektivních cílů a jejich život se stává pouhým přežíváním“ (Hofbauer, 2004, 20).

1.1.3. Prostředí volného času

Volný čas v sobě zahrnuje opravdu široké spektrum činností a aktivit, jež se mohou uskutečňovat a promítat ve všech prostředích, které člověk v rámci svého denního režimu vystřídá. Napříč všemi faktory i odlišnostmi nás volný čas provází celým životem od dětství až po stáří. Každá životní etapa je však způsobem využití a samotným obsahem volného času specifická a jedinečná. Zprvu vnímáme pouze svůj vlastní volný čas a svobodně s ním dle vlastní vůle nakládáme. Později jsme ovšem nuceni svůj volný čas přizpůsobit volnému času ostatních lidí okolo a potom jsme to my sami, kteří organizují a vytvářejí smysluplnou náplň volného času druhým.

„Rodina jako širší socioekonomická skupina je jistě nejdůležitější složkou společenského vývoje. V rodině se nejen ustavují první vazby dítěte, ale tam se také učíme mnohým z našich vnějších sociálních rolí. Rodiny jsou ovšem ovlivňovány etnickými a socioekonomickými skupinami, jejichž jsou součástí, ale i uvnitř těchto skupin existují rozdíly ve způsobech, jak

se rodiny chovají a jak zacházejí se svými členy. Dokonce v takové míře, že odborné zkoumání rodiny je nyní něčím jako samostatnou specializací, jež spojuje prvky psychologie, sociologie a sociální péče“ (Čáp, Mareš, 2007).

Z této definice vyplývá, že rodina má na jedince v počátcích utváření pohledů na okolní svět primární a zásadní vliv. Prostřednictvím výchovy buduje základní dovednosti jak po stránce fyzické, tak i psychické a sociální. Nejinak tomu je i v oblasti vnímání volného času a volnočasových činností.

Dle Hofbauera (2004) získáváme první zkušenosti z aktivit volného času v rodině pomocí:

- Nápodoby a reprodukce: pozitivní volnočasové chování rodičů a účast dětí na aktivitách rodiny (společenské hry, rodinné oslavy, vycházky, výlety, zájezdy, pobyty v přírodě, dovolené). V negativním pojetí ovšem také může docházet k nápodobě konzumního stylu života, nicnedělání nebo dokonce protispolečenské aktivity.
- Uskutečňování individuálních i společenských pravidelných zájmových činností dětí v rodině (sportovní, turistické, technické, zábavné). Rodiče nacházejí ve svých dětech pokračovatele svých volnočasových aktivit a zájmů.
- Citlivým sledováním a cílevědomým reagováním na potřeby, zájmy a nadání dětí. Odpovídající volnočasové činnosti si dítě buď zvolí samo, nebo ho k nim rodiče sami navedou. Později tyto zájmové činnosti dítě rozvíjí i mimo rodinu se svými vrstevníky a vstupují do dalších prostředí v podobě sportovních oddílů, zájmových kroužků, sdružení dětí a mládeže aj.).

Škola představuje další prostředí, kde dítě může uplatňovat, rozvíjet a také zhodnocovat návyky získané v rodině prostřednictvím volnočasových aktivit. Jelikož je základní stupeň školy pro všechny děti příslušného věku povinný, ovlivňuje toto prostředí zásadním způsobem jejich vztah k volnočasovým aktivitám. Walterová (2004) uvádí následující funkce, které škola plní:

- Ochranná funkce spočívá ve vytvoření bezpečného prostředí a důvěry.
- Ekologická funkce vytváří dětem prostředí, jež podporuje jejich zdravý fyzický i duševní rozvoj.

- Inkluzivní funkce podporuje včleňování znevýhodněným žákům a usnadňuje jim tak orientaci ve společnosti.
- Kulturně-integrační funkce seznamuje žáky s národní kulturou a ochranou národního dědictví. Zároveň také Walterová (2004) upozorňuje na potřebu zdůraznění národní identity vzhledem k současné multikulturní otevřené společnosti.

Dle Bílé knihy - národního programu rozvoje vzdělávání vydané Ministerstvem školství mládeže a tělovýchovy (2001) plní zájmové vzdělávání a využívání volného času dětí prostřednictvím školy mimo oblast organizované výuky funkci výchovnou, vzdělávací, kulturní, zdravotní (regenerační), sociální a preventivní. Volnočasové aktivity v období školní docházky tak mohou mnohdy i odhalit zájmy a nadání dětí, které potom v budoucnu mohou dále rozvíjet. Dle Hofbauera (2004) má současná škola dva nástroje, kterými může ovlivňovat vztah dětí k volnočasovým aktivitám. Tím prvním je výuka, která žákům poskytuje informace z mnoha oblastí lidského života, žáci díky její soustavnosti získávají řád, denní režim, ale také se učí soustředěnosti a péči, za kterou jsou posléze hodnoceny. Druhý nástroj představují souběžné volnočasové aktivity, jež se na rozdíl od školní výuky vyznačují jistou mírou volnosti, flexibility, dynamiky a především variabilitou a možnostech jejich realizace. Hlavní přínos ale představují v prožitku a možnostech volby. Žák se volnočasové aktivity přímo účastní, je její součástí a mnohdy ji i spoluutváří. Souběžné volnočasové aktivity mohou mít několik podob:

- Jednorázové aktivity (návštěvy kulturních památek, sportovních utkání, kulturních akcí, školní lyžařské kurzy, meziškolní utkání aj.)
- Soutěže: navazují na jednorázové aktivity, ale na rozdíl od nich vyžadují dlouhodobější přípravu a zájem. Mohou mít podobu místních, regionálních či státních her, olympiád nebo přeborů.
- Pravidelná zájmová činnost sehrává velmi důležitou roli a již přímo rozvíjí aktuální úroveň dovedností a vědomostí žáka. Tvoří již pravidelnou, soustavnou a systematickou činnost v určité oblasti zájmu. Pravidelná zájmová činnost je realizována prostřednictvím kroužků, souborů, sportovních oddílů apod.

Volnočasová mimoškolní zařízení situovaná mimo areály škol prochází v posledních letech velkými proměnami, rekonstrukcemi a dokonce je obecně podporována výstavba nových zařízení. Jedná se především o areály venkovních hřišť pro děti a dospívající mládež. Zde ale nutné jako protiklad k novým a zrekonstruovaným objektům také uvést fakt, že spousta sídlištních hřišť díky nedostatku prostředků a nezájmu obcí či měst chátrá, klesá zde úroveň bezpečnosti, což vede k jejich zániku. Nejčastěji bývají tato zařízení realizována jako venkovní hřiště, lesoparky, naučné stezky, cyklistické nebo in-line okruhy či lezecké stěny. Vyznačují se spontánním charakterem volnočasových aktivit. Člověk si sám dle svého rozhodnutí zvolí, začátek aktivity, její obsah a také ukončení.

Jiným typem mimoškolních volnočasových zařízení jsou střediska dětí a mládeže, která fungují na bázi nabídky organizovaných volnočasových aktivit. Působí zde také pracovníci, kteří zabezpečují naplnění výchovných a vzdělávacích cílů. Tato střediska mají snahu zejména v posledních letech neustále rozšiřovat svá portfolia volnočasových aktivit, do kterých již tradičně patří oblasti umění, technických věd, přírodních věd, nebo sportovních a turistických aktivit.

1.1.4. Životní způsob

Pojmy životní styl a životní způsob bývají velmi často zaměňovány, ačkoliv se významově odlišují. Hodáň (1995) hovoří o nadřazenosti pojmu životní způsob nad životním stylem, jelikož životní způsob se na rozdíl od životního stylu týká skupiny, třídy, populace. „Má tedy skupinový charakter a může představovat určitou úroveň či dokonce normu, která je pro danou skupinu typická (životní způsob české populace, manažerů, seniorů...)“ (Hodáň, 1995, 154). Staníčková (1987) definuje životní způsob jako všeobšáhly komplex činností, vztahů, hodnot, norem a idejí.

Životní způsob je dle Hodáně (1995) podmíněn skupinovou podmíněností vyznačující se následujícími činiteli:

- a) Historický vývoj
- b) Úroveň dané kultury
- c) Významné hodnoty
- d) Společenské tradice

- e) Změny výrobního procesu
- f) Vlastnické vztahy
- g) Postavení socioprofesní skupiny
- h) Životní úroveň dané skupiny
- i) Vliv různých druhů kultur a jiných skupin
- j) Převažující filosofická orientace

Staničková (1987) shrnuje podmíněnost životního způsobu do následujících bodů:

- Objektivní životní podmínky
- Pracovní činnosti
- Sociální způsoby chování, jednání a zvyklosti
- Vědomí, způsoby myšlení, morálka, postoje, zájmy, hodnoty a normy uznávané a platné v dané společnosti

Díky tak velkému množství činitelů ovlivňujících způsob života, je velmi obtížné stanovit kvalitu života určité sociální skupiny. Z hlediska ukazatele kvality života se tak jeví vhodnější spíše životní styl, jelikož odráží kvalitu života jednotlivců, z nichž jsou sociální skupiny tvořeny.

1.1.5. Zdravý životní styl

Jak již z názvu této podkapitoly vyplývá a také na základě poznatků o životním stylu, jedná se o činnosti, podmínky a projevy jedince, vedoucí ke zlepšení, nebo udržení zdraví. Je ovšem nutné objasnit zdraví, tento stěžejní pojem, pro který má současná i dřívější literatura hned několik výkladů.

Dle WHO je zdraví charakterizováno stavem úplné fyzické, psychické a sociální pohody, ne pouze absencí choroby.

„Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální, a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí“ (Křivohlavý, 2003, 40).

1.1.6. Optimalizace životního stylu

Jelikož by zdraví a pocit pohody měli být pro každého jedince prioritní, je důležité nastavit takový životní styl, který k tomuto optimálnímu stavu povede. Díky velkému množství činností a projevů, které životní styl má, může mít jeho optimalizace různé podoby a především rozmanitý obsah. Cítit se „optimálně“ přispívá k celkové harmonii lidské osobnosti na všech úrovních a je tak snižováno riziko působení jakéhokoliv nežádoucího vlivu.

„Optimalizování životního stylu je záměrný proces vedoucí k harmonizaci všech činností vzhledem k individuálním možnostem a potřebám člověka“ (Hodáň, 1995, 159). Dále Hodáň (1995) hovoří o determinantech, jež ovlivňují proces optimalizace životního stylu a zaměřuje se zejména na věk, pohlaví, aktuální zdravotní a výkonnostní úroveň, vzdělání, zájmy, ale také tradice, prostředí, životní úroveň a další. Jednou z vhodných forem optimalizace životního stylu může být pohybová aktivita. Pohybovou aktivitou dle Frömla, Novosada a Svozila (1999, 132) rozumíme „komplex lidského chování, které zahrnuje všechny pohybové činnosti člověka. Je uskutečňována zapojením kosterního svalstva při současné spotřebě energie.“ Čelíkovský (1988, 37) definuje pohybovou aktivitu jako „veškerý motorický projev člověka zahrnující pohybové úkoly každodenního života, lokomoční, pracovní a další účelové pohyby, tělesnou výchovu, sport a pohybovou rekreaci.“ Vhodným prostředkem optimalizace životního stylu ovšem může být pohybová aktivita pouze tehdy, je-li vykonávána ve vhodný čas, v přiměřených dávkách a ve vhodném prostředí. Pouze tehdy můžeme hovořit o pozitivním vlivu nejen na rozvoj zdraví, ale celkové osobnosti. Zejména potom ve volném čase je vhodná příležitost optimalizaci životního stylu realizovat. Je ovšem nutné zvolit tu správnou, soustavnou a efektivní formu.

1.2. Zdravotní postižení a zdravotní znevýhodnění

S termínem zdravotního postižení se setkáváme v každodenní životě velmi často. Nejčastějšími zdroji informací jsou především média, ale mnoho z nás má jistě zkušenosti s interakcí s osobami se zdravotním postižením ze svého okolí, pracoviště nebo dokonce rodiny. Michalík (2005) uvádí, jako kvalifikovaný odhad, počet osob se zdravotním

postižením v České republice 10% populace. Pokud bychom vycházeli z tohoto odhadu, hovoříme o jednom milionu spoluobčanů se zdravotním postižením.

1.2.1. Vymezení a terminologie

Historický, antropologický, sociologický, psychický, ale také ekonomický pohled na tuto problematiku způsobil značnou nejednotnost v oblasti vymezení a terminologie zdravotního postižení. „Zdravotně postižení tvoří svébytnou, vnitřně však diferencovanou skupinu občanů, která vykazuje řadu shodných charakteristik odlišných od občanů bez zdravotního postižení (tzv. intaktní populace).“ (Michalík, 2005, 17). Nejednotnost v označení soby se zdravotním postižením dokládá Renotierová (2004), která uvádí následující termíny jako nejpoužívanější v našich zemích: člověk postižený, znevýhodněný, s postižením, handicapovaný, zdravotně postižený, se speciálními výchovnými a vzdělávacími potřebami, člověk se speciálními potřebami, výjimečný aj. Vašek (1996 in Renotierová 2004, 18) upozorňuje, že „termín zdravotně postižený obvykle nezahrnuje jedince s mentální retardací“. Jako důvod uvádí, že medicínské hledisko neumožňuje mentální retardaci chápat jako zdravotní postižení. Sovák (1983) hovoří o termínu defekt (z lat. defectus – vada, úbytek, porucha) jako o chybě, ztrátě, nebo nedostatku v anatomické stavbě organismu a poruchy v jeho funkcích jakož to narušení integrity, která se projeví v oblasti psychické, sociální, senzorické nebo somatické.

V soustavě českých právních předpisů opět nalezneme mnoho úhlů pohledů, ze kterých legislativa na problematiku zdravotního postižení nahlíží. O rozdělení jednotlivých typů zdravotního postižení hovoří zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v §3, které je popsáno v následující podkapitole. Zákon č. 435/2004 o zaměstnanosti vymezuje v §67 osoby se zdravotním postižením jako „fyzické osoby, které jsou (a) orgánem sociálního zabezpečení uznány plně invalidními (dále jen "osoby s těžším zdravotním postižením"), (b) orgánem sociálního zabezpečení uznány částečně invalidními, (c) rozhodnutím úřadu práce uznány zdravotně znevýhodněnými (dále jen "osoby zdravotně znevýhodněné")“.

Zdravotní postižení je definováno také v řadě mezinárodních dokumentů. Jako jedna z prvních definovala v roce 1980 tento termín Světová zdravotnická organizace (WHO) v dokumentu International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH). V této klasifikaci byly vydefinovány následující termíny:

- Impairment: porucha, vada
- Disability: omezení, funkční defekt

- Handicap: postižení (sociální aspekt)

Vztahy mezi těmito termíny jsou založeny na biologické podstatě v podobě poruchy či vady, která má za následek jisté omezení činnosti (disability), což může mít za následek jisté sociální dopady na osobnost jedince (handicap).

V roce 2001 byl tento dokument nahrazen revizí International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Tato Mezinárodní klasifikace funkčnosti, postižení a zdraví je považována za průlomovou díky komplexnímu pojetí celé problematiky. Oproti předchozí verzi hodnotí zdravotní postižení podle míry participace (zapojení) do dění a činností v sociální skupině a společnosti obecně. Jako determinanty míry zapojení zavádí do celého systému environmentální (vnější) a osobní (vnitřní) faktory. Organizace spojených národů (OSN) se také věnuje oblasti zdravotního postižení a to z hlediska dodržování lidských práv. V Úmluvě o právech osob se zdravotním postižením přijaté v roce 2008 sice ponechává definici zdravotního postižení výhradně na jednotlivých členských státech, avšak vymezuje alespoň minimální standard, který označuje osoby se zdravotním postižením jako „osoby mající dlouhodobé fyzické, duševní, mentální nebo smyslové postižení, které v interakci různými překážkami může bránit jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatním.“

Na základě výše uvedených poznatků je zdravotní postižení členěno na jednotlivé druhy dle oblasti, která svým narušením limituje osobu se zdravotním postižením. Renotirérová (2004) rozděluje zdravotní postižení do následujících typů: zrakové postižení, pohybové postižení, řečové postižení, sluchové postižení, mentální postižení, obtížně vychovatelní, jedinci se specifickými poruchami učení a chování, jedinci s vícenásobným postižením. Téměř shodně třídí Sovák (1983) defekty: pohybové, zrakové, sluchové, řečové, mentální postižení, poruchy chování, parciální postižení, vícenásobná postižení. Školský zákon 561/2004 pro potřeby vzdělávání dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí a žáků mimořádně nadaných dělí zdravotní postižení v §16 na tělesné, mentální, zrakové a sluchové postižení, žáci s poruchou autistického spektra, s narušenou komunikační schopností, se specifickými poruchami chování a učení, se souběžným postižením více vadami). Členění dle jednotlivých typů zdravotního postižení vymezuje také zákon č. 108/200 Sb. o sociálních službách, kde v §3 charakterizuje zdravotní postižení jako „tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby“.

1.2.2. Tělesné postižení

„ Za tělesná postižení jsou považovány vady či poškození pohybového a nosného systému tj. kostí, kloubů, šlach, svalů, cévního a nervového systému, jestliže se projevují porušenou hybností (mobilitou). Snížená pohybová schopnost dlouhodobě nebo trvale působí na kognitivní, emocionální a sociální oblast postiženého jedince“ (Jonášková, Müller, Renotiérová, Valenta, 2006, 29). Tělesné postižení může mít formu dětské mozkové obrny (DMO), rozštěpu páteře (spina bifida), poúrazových stavů páteře, progresivní svalové dystrofie (myopatie), amputace, různých vrozené vývojových vad a některé další.

Z hlediska etiologie dělí Jonášková, Müller, Renotiérová, Valenta (2006) příčiny vzniku tělesného postižení následovně:

- Vrozené tělesné postižení: je často kombinováno z řadou smyslových vad. Původem nemusí být vždy jen dědičná dispozice, ale také závažné infekční nebo parazitární onemocnění v období rané gravidity. Negativní dopad mohou mít také metabolické poruchy a v neposlední řadě také negativní sociální a psychologické faktory působící na matku.
- Získané tělesné postižení může vzniknout po narození až do jakéhokoliv věku života, přičemž nejčastější příčinou bývá úraz nebo závažná nemoc. Nejrozsáhlejší poškození hybnosti vzniká v důsledku poranění míchy, mozku nebo závažné obtížně vyléčitelné choroby jakými jsou například revmatismus, progresivní svalová dystrofie aj.

Jednou z nejčastějších a nejrozšířenějších forem tělesného postižení je dětská mozková obrna (DMO) nebo také infantilní cerebrální paréza (ICP). Kolář (2009) charakterizuje DMO jako neurovývojové neprogresivní postižení motorického vývoje dítěte vzniklé na podkladě vzniklého a ukončeného prenatalního, perinatálního, nebo časné postnatálního poškození mozku. Na základě neurologického dělení rozlišujeme spastickou formu DMO, která patří k nejčastějším formám DMO. Vyznačuje se trvalým svalovým napětím a svalovou ztuhlostí (spasticitou) postižené části těla. Druhou formou je athetoidní nebo také dyskinetická forma charakteristická především samovolnými kroutivými pohyby zejména horních a dolních končetin. Mnohdy jsou tyto pohyby přeneseny také do oblasti obličeje a projevují častými grimasami. Forma ataktická není tolik čítná a projevuje se nízkou kontrolou v oblasti rovnováhy a propriorecepce (hluboká citlivost), což činí potíže zejména při chůzi, nebo záměrných rychlých pohybech. Existují také smíšené formy, které kombinují výše popsané.

Ludíková, Renotiérová (2004) rozdělují centrální a periferní obrny podle rozsahu a stupně závažnosti na parézy (částečné ochrnutí) a plégie (úplné ochrnutí).

Z hlediska sportu byla dlouhodobě snaha, aby všichni sportovci s tělesným postižením měli stejný a objektivně nastavený výchozí bod pro jejich soutěžení a jejich výkony odrážely především úroveň tréninku, schopností a především zkušeností. Z tohoto důvodu sestavila CP-ISRA (Cerebral Palsy International Sport & Recreation Association) osm funkčně sportovních profilů. Tyto profily jsou popsány v deváté revizi dokumentu Classification and Sport Rules Manual z roku 2005.

Funkční profil CP1: kvadruparéza, těžké postižení, chabá funkční síla všech končetin a trupu. Jako prostředek mobility využívá osoba elektrický vozík nebo pomoc asistenta, jelikož není schopna samostatného funkčního pohybu na vozíku. Z hlediska pohybové síly a kontroly jsou dolní končetiny považovány pro účely sportu za nefunkční. Kontrola trupu je velmi chabá a to jak statická, tak i dynamická. Funkční rozsah pohybu horních končetin je velmi těžce omezen, palec v opozici s některým z prstů ruky může sportovci umožňovat úchop.

Funkční profil CP2: kvadruparéza, těžké až střední postižení. Chabá funkční síla horních i dolních končetin a trupu. Z hlediska mobility je sportovec schopen pohánět vozík dolními končetinami. Stupeň funkčnosti dolní končetiny (popřípadě obou) umožňuje pohánět vozík. Chůze jsou sportovci třídy CP2 schopni jen velmi zřídka. Trup je staticky dobře kontrolován, dynamická kontrola je však možná pouze s dopomocí horních končetin, nebo hlavy. Funkční síla horních končetin je těžce až středně těžce omezena, avšak sportovec dokáže pohánět vozík horními končetinami a může prokázat dostatečnou zručnost při manipulaci s míčem a následném odhodu.

Funkční profil CP3: kvadruparéza (těžká hemiparéza), střední kvadruplegie, nebo těžká hemiplegie. Osoba samostatně užívá ortopedický vozík jako prostředek mobility.

V dominantní horní končetině má téměř úplnou funkční sílu. S pomocnými prostředky může být jedinec schopný chůze. V oblasti trupu je dobrá kontrola, která je viditelná při pohánění vozíku, avšak předozadní pohyb je z důvodu napětí v extensorech omezen. Funkční síla horních končetin je středně omezena v důsledku stupně křečovitosti 3-2.

Funkční profil CP4: diparéza, střední až těžké postižení. Horní končetiny disponují velmi dobrou funkční silou s velmi lehkým omezením. Bez pomocných prostředků nejsou dolní

končetiny způsobilé k chůzi na dlouhé vzdálenosti, proto jedinci třídy CP4 zpravidla volí jako prostředek mobility ortopedický vozík, který bez problémů samostatně pohání. Trup je velmi dobře kontrolován, avšak rovnováha ve stoji je nedostatečná i za použití podpůrných prostředků. Dobrá funkčnost ruky také umožňuje dobrý silný úchop.

Funkční profil CP5: diparéza, střední postižení. Jedinec je schopen chůze s podpůrnými prostředky, avšak je chopen zcela samostatně stát. Úroveň funkční síly dolních končetin může vyžadovat podpůrné prostředky, avšak sportovec v této kategorii může být schopen i běhu na trati. Trup disponuje velmi dobrou statickou kontrolou, úroveň dynamické kontroly se může někdy projevovat ztrátou rovnováhy. Síla horních končetin je v rámci běžných mezí.

Funkční profil CP6: atetóza nebo ataxie, střední postižení. Jedinec je schopen samostatné chůze i běhu bez podpůrných prostředků. Znatelný může být rozdíl mezi pomalou a těžce koordinovanou chůzí a plynulým hladkým během. Dolní končetiny většinou disponují větší funkční silou než horní končetiny, u kterých je zejména úchop a jeho uvolnění limitováno stupněm křečovitosti.

Funkční profil CP7: hemiparéza se stupněm křečovitosti 2-3 v jedné polovině těla. Jedinec chodí i běhá bez pomocných prostředků, charakteristické je kulhání v důsledku křečovitosti. Funkční síla horních i dolních končetin dominantní strany je velmi dobrá, omezení e patrné pouze na nedominantní straně.

Funkční profil CP8: diparéza, monoparéza, hemiparéza s velmi lehkým stupněm postižení. Osoby zařazení do této třídy musejí vykazovat jakoukoliv zhoršenou funkci tj. známky křečovitosti, bezděčné pohyby nebo ataxie.

1.2.3. Mentální postižení

„Osobou s mentálním postižením myslíme jedince, který je vzhledem ke svým intelektovým schopnostem limitován v běžném životě především v oblasti sociální. Kromě toho najdeme jistá specifika i v oblasti ontogeneze psychomotoriky, komunikačních schopnostech atd., což bývá také jedním z vodítek pro diagnostiku MP jako takového.“ (Ješina, Kudláček a kol., 2011, 113).

Zejména terminologie v oblasti mentálního postižení prošla v důsledku společensko - historického vývoje, ale především, jak uvádějí Valenta a Müller (2003), díky procesu humanizace, velkými proměnami. Z původně odborných termínů se v průběhu času staly

nadávky s pejorativním charakterem (úchyl, debil, imbecil, mongol, idiot, dement aj.). S postupem času tak díky procesu globální humanizace mizí z odborné terminologie termíny jako idiocie, imbecilita, debilita stejně tak jako mentální defekt. S ohledem na osobnost člověka se tedy jako vhodné označení doporučuje termín – osoba s mentálním postižením.

Světová zdravotnická organizace (WHO) vydala v roce 1992 10. revizi MKN (Mezinárodní klasifikace nemocí), kde klasifikuje mentální postižení (MP) dle inteligenčního kvocientu na (in Valenta, Müller, 2003):

- Lehká mentální retardace (F70) - IQ 69-50
- Středně těžká mentální retardace (F71) – IQ 49-35
- Těžká mentální retardace (F72) – IQ 34-20
- Hluboká mentální retardace (F73) – IQ 19 a nižší

Přidáním další číslice za tečku je dle 10. revize MKN označeno postižené chování:

0 – žádné či minimální postižené chování (př. F71.0 středně těžké mentální postižení bez poruch chování)

1 – výrazně postižené chování

WHO ovšem dělí i další poruchy psychického vývoje:

- Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka (F80)
- Specifické vývojové poruchy školních dovedností (F81)
- Specifická vývojová porucha motorické funkce (F82)
- Pervazivní vývojové poruchy (F84)

1.2.4. Sluchové postižení

Život bez sluchu si jen stěží dokáže každý z nás představit. Sluch je pro nás nejen prostředkem pro získávání informací a důležitých vjemů z okolí, ale především nástroj komunikace. Právě bariéry v komunikaci a následně i socializaci jsou tím, co činí sluchové postižení tolik znevýhodňující.

Potměšil (2003) hovoří o sluchovém postižení jako o podnětové deprivaci, kdy se v důsledku absence nebo nedostatečného vnímání sluchových podnětů hůře nebo opožděně rozvíjí jazyk a společně s ním i verbální složka inteligence.

Osobou se sluchovým postižením myslíme dle Langer a Souralové (2005) osoby:

- Neslyšící (slyšení je poškozeno v takovém rozsahu, že ani největším zesílením nemohou vnímat zvuky mluvené řeči).
- Nedoslýchavé (slyšení je ztrátou sluchu částečně a lze je kompenzovat elektroakustickými kompenzačními pomůckami).
- Ohluchlé (ke ztrátě sluchu došlo v období dokončování vývoje řeči nebo po jeho ukončení).
- Osoby s kochleárním implantátem (přístroj, který je operativně umístěn do hlemýžďe vnitřního ucha).

Sluchovou vadu (poruchu) dále tito autoři charakterizují jako poškození sluchového orgánu nebo jeho funkce kvality slyšení, kvantity slyšení nebo jejich kombinace. Sluchové postižení potom představuje širší zastřešující termín, který zahrnuje také sociální důsledky.

Světová zdravotnická organizace (WHO) sestavila v roce 1980 mezinárodní klasifikaci sluchových poruch na základě sluchové ztráty:

- Lehká sluchová porucha (25-40 dB)
- Střední sluchová porucha (41-55 dB)
- Středně těžká sluchová porucha (56-70 dB)
- Těžká sluchová porucha (71-91 dB)
- Úplná ztráta sluchu (více jak 92 dB)

Pro představu o výše zmíněných sluchových ztrátách můžeme v reálné komunikaci přirovnat lidskému šepotu hodnotu 30 dB, tichému rozhovoru 40 dB, oproti tomu běžný hovor se pohybuje v rozmezí 50-60 dB, hlučné prostředí srovnatelné s pobytem na diskotéce 110 dB.

V oblasti komunikace využívají osoby se sluchovým postižením několik komunikačních forem. Nejběžnější formou komunikace intaktní (slyšící) populace je mluvený jazyk. K tomu, aby osoba se sluchovým postižením porozuměla obsahu mluvené řeči (jak v psané tak i zvukové podobě), jsou zapotřebí dostatečné jazykové i komunikační kompetence. Odezírání je nejběžnější formou vzájemné komunikace mezi osobami slyšícími a osobami se sluchovým postižením. Odezírání je charakterizováno jako „přijímání informací zrakem a chápání jejich obsahu na základě pohybů mluvidel, mimiky obličeje, gestikulace rukou a celkových postojů těla, situačních faktorů a kontextu obsahu mluveného.“ (Krahulcová in Souralová, Langer, 2005, 19). Velmi významné jsou jak ve vzájemné komunikaci osob se sluchovým postižením tak i v interakci s intaktní společností vizuálněmotorické systémy. Jedná se o přesně dané pohyby a pozice rukou doprovázené mimikou a pohyby hlavy. Znakové soustavy potom tvoří celky v podobě českého znakového jazyka, nebo znakované češtiny.

1.2.5. Znakové postižení

Zrakem přijímáme přes 80% veškerých informací z našeho okolí a naučili jsme se na tento smysl plně spoléhat. Na zrak jsou napojeny další systémy včetně motorického, kdy většina především záměrných pohybů probíhá se znakovou kontrolou a po prvotní znakové analýze.

Ješina a Kudláček (2011) charakterizují člověka se znakovým postižením jako osobu, která i přes veškeré korekce a zásahy (brýlová korekce, medikamentózní či chirurgické zásahy) má v běžném životě výrazné problémy se znakovým vnímáním.

Světová zdravotnická organizace (WHO) vymezuje osobu se znakovým postižením, která má postižení znakových funkcí trvající i po medicínské léčbě anebo po korigování standardní refrakční vady a má znakovou ostrost horší než 0,3 (6/18) až po světlocit, nebo je zorné pole omezeno pod 10 stupňů při centrální fixaci, přitom tato osoba užívá nebo je potenciálně schopna používat zrak na plánování a vlastní provádění činnosti.

Finková, Růžicková, Stejskalová (2010) klasifikují osoby se znakovým postižením na základě speciálně-pedagogického přístupu následovně:

- Osoby nevidomé - kategorie s nejtěžším stupněm znakového postižení na stupni nevidomosti (slepoty)
- Osoby se zbytky zraku – znakové postižení jim umožňuje pouze základní hrubou orientaci v prostoru s dostatečným osvětlením.

- Osoby slabozraké – v důsledku zrakového postižení dochází ke snížení zrakové ostrosti.
- Osoby s poruchou binokulárního vidění

Z hlediska funkčně sportovního jsou potom osoby se zrakovým postižením dle IBSA (International Blind Sport Federation) klasifikovány do následujících kategorií:

- B1: nevidomí, bez světlocitu až po světlocit, ovšem neschopnost rozeznat tvary ruky z jakékoliv vzdálenosti nebo směru
- B2: zbytky z raku, od schopnosti rozeznat tvar ruky až po vizus do 2/60 nebo zorným polem menším než 5°.
- B3: osoby se zrakovým postižením s vizem od 2/60 a zorným polem 5°-20°.

1.2.6. Zdravotní znevýhodnění

Z hlediska legislativy je zdravotní znevýhodnění definováno z různých úhlů pohledů. Pro oblast vzdělávání vymezuje Nový školský zákon č. 651/2004 Sb. v §16, který upravuje vzdělávání dětí, žáků a studentů se specifickými vzdělávacími potřebami v odst. (3) zdravotní znevýhodnění jako zdravotní oslabení, dlouhodobou nemoc nebo lehčí poruchy vedoucí k poruchám učení a chování, které vyžadují zohlednění ve vzdělávání.

Čadová (2012) uvádí příklady onemocnění, s nimiž se můžeme setkat u dětí a žáků ve školách:

- alergická a astmatická onemocnění
- kožní onemocnění
- poruchy metabolických procesů
- nádorová onemocnění
- záchvatová onemocnění
- onemocnění trávicího traktu
- onemocnění krve a kardiologická onemocnění
- psychiatrická onemocnění
- jiná, méně častá onemocnění

Z pohledu zaměstnávání definuje zákon č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti v §67 odst. (3) osobu zdravotně znevýhodněnou jako „fyzickou osobu, která má zachování schopnost vykonávat soustavné zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, ale její schopnosti být nebo zůstat pracovním začleněna, vykonávat dosavadní povolání nebo využít dosavadní kvalifikaci nebo kvalifikaci získat jsou podstatně omezeny z důvodu jejího dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.“ Za dlouhodobý nepříznivý zdravotní stav pak tento zákon považuje „stav, který podle poznatků lékařské vědy má trvat déle než jeden rok a podstatně omezuje tělesné, smyslové nebo duševní schopnosti, a tím i schopnost pracovního uplatnění.“

1.3. Outdoorové pohybové aktivity

Pojem outdoorové pohybové aktivity (z angl. outdoor - venkovní, konající se ve venkovním otevřeném prostoru) velmi rychle zdomácněl po celém světě a Česká republika není v tomto ohledu výjimkou. Tento fakt potvrzuje stále více rostoucí zájem veřejnosti o tento druh pohybové aktivity, příliv nových značek sportovního vybavení na český trh a postupná změna infrastruktury projevující se v budování cyklo a in - line stezek, které propojují nejen města s okolními vesnicemi ale také města samotná. Nezanedbatelné jsou také zvyšující se investice lyžařských středisek do nových zasněžovacích technologií a výstavba přírodních lanových center. Obecně lze tedy pozorovat rostoucí zájem o outdoorové pohybové aktivity v průběhu celého roku.

Dle Mikošky (2006) můžeme pojmem outdoorová pohybová aktivita označit činnosti v podobě turistiky, sportů v přírodě, her a různých cvičení. Tyto činnosti konáme především vlastní silou, popřípadě za pomoci speciálního vybavení. Outdoorové aktivity nejsou využívány samoučelně, nýbrž jako výzva pro jednotlivce i skupiny.

Hlavním specifíkem outdoorových pohybových aktivit je bezesporu faktor prostředí, který ovlivňuje nejen výsledný výkon, ale také vnitřní prožitek. Právě vnitřní prožívání spojené s pocitem dobrodružství, strachu a uvědomování si jisté míry rizika dělá z outdoorových pohybových aktivit jedinečnou a specifickou formu pohybových aktivit.

1.3.1. Specifika a plánování outdoorových pohybových aktivit v kontextu APA

Aplikované pohybové aktivity (APA - Adapted physical activities) jsou definovány ve stanovách Evropské federace aplikovaných pohybových aktivit (EUFAPA) jako mezipředmětová akademická disciplína zaměřená na identifikaci a řešení individuálních rozdílů v oblasti pohybových aktivit. Do oblasti aplikovaných pohybových aktivit můžeme

zahrnout tělesnou výchovu, sport, rekreaci i rehabilitaci. V našich podmínkách definuje APA Ješina a Kudláček (2011) jako kinantropologickou multidisciplinární vědní oblast, která se zabývá zkoumáním modifikace (adaptace) podmínek a obsahu, ale i dalších činitelů výchovně-vzdělávacího procesu s cílem zlepšení kvality života osob se speciálními potřebami a integrací těchto jedinců mezi intaktní populaci prostřednictvím činností pohybového charakteru. Osobami se speciálními potřebami z pohledu vzdělávání rozumíme dle Nového školského zákona č.561/2004 Sb. osoby se zdravotním postižením a zdravotním a sociálním znevýhodněním.

Na základě výše uvedených poznatků bychom tedy mohli konstatovat, že úkolem outdoorových pohybových aktivit v kontextu APA je jejich modifikace s ohledem na osoby se speciálními potřebami. Při jejich plánování, organizaci a realizaci je tedy zapotřebí znát specifika, omezení, ale především možnosti a schopnosti osob, při něž tyto outdoorové pohybové aktivity realizujeme.

Při realizaci aplikovaných pohybových aktivit pro osoby s mentálním postižením nejsou zdánlivě vyžadována zvláštní specifika v oblasti komunikace nebo materiálního zabezpečení. Ješina, Kudláček a kol. (2011) však upozorňují, že tím více soustavnější a obtížnější činnosti při nich musí pedagog vykonávat. Specifičnost v tomto ohledu spočívá dle Ješiny, Hamříka a kol. (2012) především v rozdílném přístupu k jedinci s ohledem na jeho jedinečnost osobnostních stránek. Jelikož největší limity v běžném životě osob s mentálním postižením pozorujeme především v oblasti sociální (dále v oblasti komunikace, psychomotoriky aj.), měly by se tedy prostřednictvím APA (včetně outdoorových) rozvíjet dle Ješiny, Kudláčka a kol. (2011) následující dovednosti, znalosti a složky osobnosti:

- Sebeobslužné návyky
- Orientace v novém prostředí
- Sociální kontakt s novými lidmi
- Naučení se novým termínům
- Rozvoj morálně volných vlastností
- Rozvoj specifických dovedností

Jako vhodné outdoorové pohybové aktivity pro osoby s mentálním postižením, které mají potenciál naplnit výše uvedené cíle, bychom mohli zařadit vodní turistiku, pěší turistiku, cykloturistiku, sjezdové i běžecké lyžování, nízké lanové překážky, ale také sportovní hry umístěné do prostředí zimní/letní přírody.

U osob se sluchovým postižením se již setkáváme při plánování a samotné realizaci outdoorových pohybových aktivit se specifickými nároky kladené na oblast komunikace, jež představuje v rámci tohoto druhu smyslového postižení nejpodstatnější bariéru.

Dle Panské (in Ješina, Hamřík a kol. 2012) je u aplikovaných pohybových aktivit pro osoby se sluchovým postižením v přírodě kladen důraz na:

- zvyšování kondice
- zapojení co nejvíce smyslů
- získávání zkušeností
- neobyčejnost zážitků
- aktivací celé osobnosti
- spolupráce s ostatními

Organizovaná podoba outdoorových pohybových aktivit pro osoby se sluchovým postižením bývá často realizována v podobě táborů, jejichž náplň tvoří cykloturistika, pěší turistika, plavání, míčové hry, sportovní hry, orientace v přírodě zahrnující také práci s mapou. Neopomenutelnou součástí jsou také zimní pohybové aktivity zahrnující sjezdové i běžecké lyžování, kde má na vrcholové úrovni Česká republika značné zastoupení v rámci Deaflympiád.

Specifika outdoorových pohybových aktivit pro osoby se zrakovým postižením již kladou jisté nároky na prostředí, ve kterém je daná aktivita realizována. Jedná se především o zajištění bezpečnosti (eliminaci úrazů a zranění) a usnadnění orientace. Janečka, Ješina a kol. (2007) zahrnují mezi specifika práce s osobami se zrakovým postižením především limity vyplývající ze samotného zrakového postižení, menší zkušenosti s pohybem v neznámém prostředí a naučené pohybové stereotypy, které mohou být v důsledku měnících se podmínek prostředí outdoorových pohybových aktivit kontraproduktivní.

Samotné pohybové aktivity pro osoby se zrakovým postižením jsou primárně zaměřené na rozvoj prostorové orientace, která je klíčová pro jejich každodenní život. K tomu je zapotřebí pečlivé vymezení prostoru, ve kterém se aplikovaná pohybová aktivita odehrává. Vachulová, Vachule (1987) uvádějí následující efektivní vymezení plochy:

- písčité hřiště, travnaté okolí, nebo naopak
- silné lano uložené v zemi
- ozvučená prádlová guma ve výši pasu
- u her s běháním na vlasce vysoko nad hlavu zavěsit fáborky
- u členitého terénu př. v lese je nutno smluvit jasný zvukový signál, který svolá všechny hráče k vedoucímu
- využití přirozených hranic v podobě vyschlého koryta potoka, rozhraní lesa/louky

Kromě různých her s ozvučenými míči, vodícími liniemi či zvukovými signály jsou v poslední době z důvodu silného prožitku velmi atraktivní a vyhledávané především nízké lanové překážky. Při těchto aktivitách je ovšem zapotřebí respektovat specifika plynoucí ze zrakového postižení, která se projevují horší koordinací v prostoru bez pevné opory dolních končetin, pomalejším tempem a nižší mírou vnímání rovnováhy. V zimním prostředí je velmi populární oblast sjezdového a běžeckého lyžování.

1.4. Význam pohybové aktivity na kvalitu života

Kvalita života je velmi frekventovaným pojmem, avšak díky šíři tohoto pojmu je velmi obtížné nalézt terminologickou jednotnost. Zejména v posledních dvaceti letech se kvalita života stala objektem zájmu mnoha vědních disciplín, které na ni nahlíží z různých úhlů pohledu (např. medicínský, sociologický, psychologický).

1.4.1. Kvalita života

Nejčastěji bývá kvalita života spojována se zdravím člověka a mnoho definic z tohoto vztahu vychází. Dokladem toho je definice zdraví Světové zdravotnické organizace (WHO), která kromě nepřítomnosti nemocí sleduje také v souvislosti kvality života také celkovou tělesnou a duševní pohodu. Samotnou kvalitu života potom WHO definuje jako „ vnímání vlastní pozice v životě subjektem v kontextu kulturního a hodnotového systému, ve kterém žije, ve vztahu k jeho vlastním cílům, očekáváním, normám a zájmům.“ Podobně nalézá

vztah zdraví a kvality života také Křivohlavý (2001) který uvádí, že zdraví (celkový tělesný, psychický, sociální a duchovní stav člověka) umožňuje člověku dosahovat optimální kvalitu života. Kvalitu života dále charakterizuje ve vztahu k dosahování a naplňování životních cílů a z nich plynoucí spokojenost. Štěrbová (2007) zahrnuje do pojmu kvalita života veškeré životní aspekty jak zdravotně-medicínské, sociálně-kulturní i socio-psychologické. Obtížnost definovat kvalitu života ještě umocňuje subjektivní hodnocení každého jedince. To dokládá Slováček (2008), který charakterizuje kvalitu života jako subjektivní hodnocení jedincem s ohledem na dominující fyzický, psychický, sociální stav a psychologické a spirituální aspekty. V zahraniční literatuře se setkáváme s pojmem well-being jakožto psychologickým rozměrem kvality života. Cummins (1997) hovoří o subjective well-being čili subjektivním hodnocení psychické pohody, štěstí a spokojenosti jednice jako individuality.

1.4.2. Faktory ovlivňující kvalitu života

Vzhledem k tomu, jaké množství oblastí kvalitu života určuje, je možné definovat faktory, jež mají na kvalitu života přímý vliv. Světová zdravotnická organizace (WHO) vymezila následující faktory (skupiny činitelů), které přímo působí na kvalitu života jedince nezávisle na pohlaví, věku či etnické příslušnosti.

- Fyzický stav: subjektivní hodnocení energie, schopnost síly, vytrvalosti, pohybu obecně, odolnost, vnímání bolesti.
- Psychický stav: prožívání, vztah k vlastní osobě, práce s emocemi.
- Nezávislost: zde je možno brát v úvahu více oblastí (závislost na druhých osobách, pomůckách, medikamentech).
- Sociální dimenze: sociální vztahy a vazby v rámci různých sociálních skupin (rodina, přátelé, pracovní kolektiv).
- Environmentální faktor: okolí, ve kterém jedinec žije, úroveň bydlení, materiální prostředky, finance, lokalita spojená s dostupností služeb.
- Spiritualita: nemusí nutně zahrnovat pouze stránku náboženství, ale také vlastní pohled na svět a na společnost.

Lindstrom a Ericsson (1993), kteří se zabývali výzkumem a měřením kvality života dětí v severských zemích, sestavili podrobnější hierarchický model rozdělení determinujících faktorů:

- Globální faktory: životní prostředí, lidská práva, politika
- Vnější faktory: zaměstnání, životní standard, bydlení
- Interpersonální faktory: rodina, blízcí přátelé, mezilidské vztahy
- Osobnostní faktory: psychika, spiritualita

V následujícím srovnání zahraničních autorů, kteří se zabývali výzkumem faktorů ovlivňujících kvalitu života, lze pozorovat jednotlivé pohledy, na základě kterých byly determinující faktory sestaveny:

Tabulka č. 1. Faktory kvality života

Autor	A. Sen (1993)	R. A. Cummins (2000)	M. R. Hagerty (2001)	Felce & J. Perry (1997)	M. Kenny (2005)
Faktory					
Makroekonomický faktor	✓				✓
Materiální faktor		✓	✓	✓	
Politická stabilita					✓
Občanská svoboda				✓	✓
Sociální faktor				✓	
Klima					✓
Zdraví	✓	✓	✓	✓	✓
Vzdělání	✓				
Osobní bezpečí		✓	✓		
Zaměstnání		✓	✓	✓	
Jistota zaměstnání					✓
Společenský život		✓	✓		✓
Rodina		✓	✓		✓
Rovnost pohlaví					✓
Spiritualita					✓
Emoční pohoda		✓	✓	✓	

(Inzinerine Ekonomika-Engineering Economics, 2011, 22(2), 147-156, Quality of Life: Factors Determining its Measurement Complexity).

Zvýše uvedených definic a faktorů je patrné, že problematika kvality života je velmi rozmanitá od prvotního vydefinování až po její posouzení, kterému se věnuje mnoho vědních disciplín. Zásadní je ovšem subjektivní posouzení míry spokojenosti každého jedince.

1.4.3. Kvalita života osob se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním

Při posuzování kvality života u osob se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním je zapotřebí vycházet z faktu, že vnímání kvality života těchto jedinců je zcela odlišné od hodnot a oblastí života majoritní intaktní populace. Toto tvrzení potvrzuje také Titl (2010), který upozorňuje na skutečnost, že u osob se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním považujeme za důležité to, že sami vnímají vlastní kvalitu života a mění názory a postoje na svět i sebe samotné. Jánský (2007) také připomíná existenci konsensu, jež u nás v posledních letech existuje a spočívá ve sledování kvality života osob se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním. Tyto poznatky jsou potom významným podkladem zdravotnických či medicínských intervencí. Na základě tohoto konsensu se tedy v praxi sleduje především ta část kvality života, která je ovlivněná zdravím. Pro osoby se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním je ovšem primárním ukazatelem kvality života jejich subjektivní vnímání spokojenosti (subjective well-being). Míra pozitivního hodnocení oblastí, které jedinec považuje za důležité, zvyšuje pocit spokojenosti, pohody a štěstí.

„Významným faktorem, jenž ovlivňuje kvalitu života osob s postižením, je především hloubka a typ (tedy charakter) daného postižení. Projevy různých zdravotních postižení mohou být důsledkem omezené možnosti účastnit se volnočasové aktivity zejména pohybového charakteru.“ Ješina, Hamřík a kol. (2012, 31). Mezi další faktory patří také dle Vágnerové (2005) úroveň komunikačních schopností umožňující sociální interakci, jež je spojena se zapojením do skupinových činností, budováním sebevědomí, postavení ve skupině aj. Janečková (2005) upozorňuje také na ovlivnění kvality života v rámci životní události, která může u jedince udávat vzorce chování a prožívání, v případě získaného postižení také může docházet ke změně hodnot a komplexního náhledu na život.

1.4.4. Pohybová aktivita v kontextu kvality života

Vlivem pohybové aktivity na kvalitu života jedinců se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním se zabývalo mnoho především zahraničních výzkumů. Většina z nich se však zaměřuje na vztah pohybové aktivity na konkrétní typ zdravotního postižení

nebo zdravotního znevýhodnění, věk či pohlaví. Souhrn významných výzkumů realizovaných v USA do roku 2008 publikoval President's Council on Physical Fitness, Sports and Nutrition („Promoting Inclusive Physical Activity Communities for People with Disabilities,“ 2008) jež je vládní organizací na podporu pohybové aktivity amerických občanů. Závěry těchto výzkumů, které odhadují počet jedinců se zdravotním postižením na území USA na 40-50 miliónů, hovoří o neustále nízké participaci jedinců se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním v pohybových aktivitách a jejich převažujícím sedavém životním stylu. To má za následek vznik sekundárních přidružených onemocnění jakými jsou nejčastěji chronická únava, depresivní stavy, obezita, poruchy autonomního systému, narušení rovnováhy organismu, ale také závažná chronická onemocnění především diabetes mellitus II. stupně, rakovina, astma nebo kardiovaskulární onemocnění, což ve výsledku znemožňuje efektivně pracovat, nakupovat, zapojovat se do volnočasových a společenských aktivit a celkově žít nezávisle. Na základě sledování týdenní pohybové aktivity (v rámci doporučení vykonávat pohybovou aktivitu 30 minut denně pět a více dnů v týdnu) vypovědělo 12,8% intaktních jedinců a 25,6% jedinců se zdravotním postižením absolutní týdenní pohybovou inaktivitu. V návaznosti na tento fakt hodnotí 37% jedinců se zdravotním postižením subjektivně nízkou úroveň svého zdraví oproti 8% intaktních populace na území USA. V návaznosti na převažující medicínské hledisko při posuzování kvality života osob se zdravotním postižením toto shrnutí zcela zřetelně dokládá pozitivní vliv pohybové aktivity na zdraví a kvalitu života.

I v České republice proběhla řada výzkumných šetření, která zkoumala vliv pohybové aktivity na kvalitu života osob se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním. Socializaci osob s mentálním postižením prostřednictvím pohybové aktivity sledovala v rámci dvouletého šetření Válková (2000). Porovnávala difference mezi jednotlivci s mentálním postižením startující na Speciálních olympiádách a nesportujícími jedinci se stejným druhem i rozsahem postižení. Sledovány byly tři oblast motorické kompetence: fyzická zdatnost, psychomotorika a sociální chování. Ve všech zkoumaných oblastech dosahovaly jednoznačně lepších výsledků jedinci startující na Speciálních olympiádách, tedy jedinci, u nichž zaujímá pohybová aktivita významné postavení v rámci životního stylu. Pozitivní vliv pohybové aktivity na kvalitu života potvrdil také výzkum Hroudy (2010), který se zaměřil na osoby s tělesným postižením. Na základě rozhovorů a subjektivních výpovědí zkoumaného vzorku byla zjištěna významná role pohybových aktivit v jejich životě. Pohybové aktivity se ukázaly

být nezastupitelné především v oblasti rehabilitace i opětovné socializace. Dotazovaní ocenili především možnost se prostřednictvím pohybové aktivity setkávat s jinými lidmi ať už se s postižením nebo intaktními jedinci, dále potom prostřednictvím soutěží budovat své sebevědomí či dokonce cestovat.

2 CÍL PRÁCE, ÚKOLY A HYPOTÉZY

2.1. Cíl práce

Hlavní cíl: Tvorba portfolia nabízených služeb v oblasti organizovaných volnočasových aktivit se zaměřením na osoby se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním ve Zlínském kraji.

Dílčí cíl: Komparovat nabídku služeb ve vztahu k věkovým skupinám.

Dílčí cíl: Komparovat nabídku služeb ve vztahu k jednotlivým druhům zdravotního postižení.

Dílčí cíl: Strukturovat nabídku volnočasových aktivit pro osoby se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním ve Zlínském kraji.

2.2. Úkoly práce

Pomocí internetových vyhledávačů provést prvotní monitoring nabídky organizovaných volnočasových aktivit ve Zlínském kraji.

Subjekty splňující kritéria prvotního monitoringu oslovit anketou vlastní konstrukce.

Výslednou nabídku na základě ankety strukturovat dle věkových skupin.

Výslednou nabídku na základě ankety strukturovat ve vztahu k jednotlivým druhům zdravotního postižení.

2.3. Hypotézy

H1: Ve Zlínském kraji je dostatečná nabídka organizovaných outdoorových pohybových aktivit.

H2: Ve Zlínském kraji není dostatečná nabídka organizovaných outdoorových pohybových aktivit pro osoby se zdravotním postižením.

H3: Ve Zlínském kraji není dostatečná nabídka organizovaných outdoorových pohybových aktivit pro osoby se zdravotním znevýhodněním.

3 METODIKA PRÁCE

3.1. Prvotní monitoring nabídky volnočasových aktivit ve Zlínském kraji

Nabídku volnočasových outdoorových pohybových aktivit ve Zlínském kraji jsem sestavil na základě vyhledávání na webu prostřednictvím internetových vyhledávačů Seznam.cz, Google.cz a Firmy.cz. Mezi klíčová slova ve vyhledávání patřila: outdoorové aktivity, volnočasové aktivity, zážitkové akce, aktivity v přírodě.

Výsledkem byl seznam subjektů, které na svých webových prezentacích (webových stránkách) uváděly, že nabízejí službu v podobě volnočasových outdoorových aktivit. Ve své práci jsem se rozhodl monitorovat pouze organizované outdoorové pohybové aktivity, čili aktivity, které jsou řízeny pracovníkem dané organizace, jež aktivitu patřičně uvede a odborně dohlíží na její průběh. Podmínka organizovanosti dále zahrnovala zapůjčení sportovních potřeb nutných pro absolvování dané aktivity. Takto vybrané subjekty jsem třídil dle formy na školské, mimoškolské a komerční firmy. Pro přehlednost jsem dále subjekty zařadil do jednotlivých okresů Zlínského kraje. Ačkoliv se jedná již o téměř nepoužívané územní členění, počítal jsem s budoucím zveřejněním tohoto monitoringu a předpokládal jsem, že mnoho rodin s dětmi bude jistě primárně zajímat nabídka v blízkosti jejich bydliště a snadná dostupnost. Z tohoto důvodu jsem zvolil ještě menší jednotku územního členění nežli kraj. Takto roztržené subjekty byly zpracovány formou grafů v programu MS Excel.

3.2. Charakteristika zkoumaného vzorku

Na základě prvotního webového monitoringu splnilo všechna stanovená kritéria celkem 60 subjektů, z nichž 9 subjektů byla mimoškolní zařízení typu dům dětí a mládeže (DDM) nebo středisko volného času (SVČ) a 51 komerčních firem. Zadaným kritériím v rámci prvotního monitoringu neprošlo žádné ze školských zařízení.

3.3. Metoda dotazovací

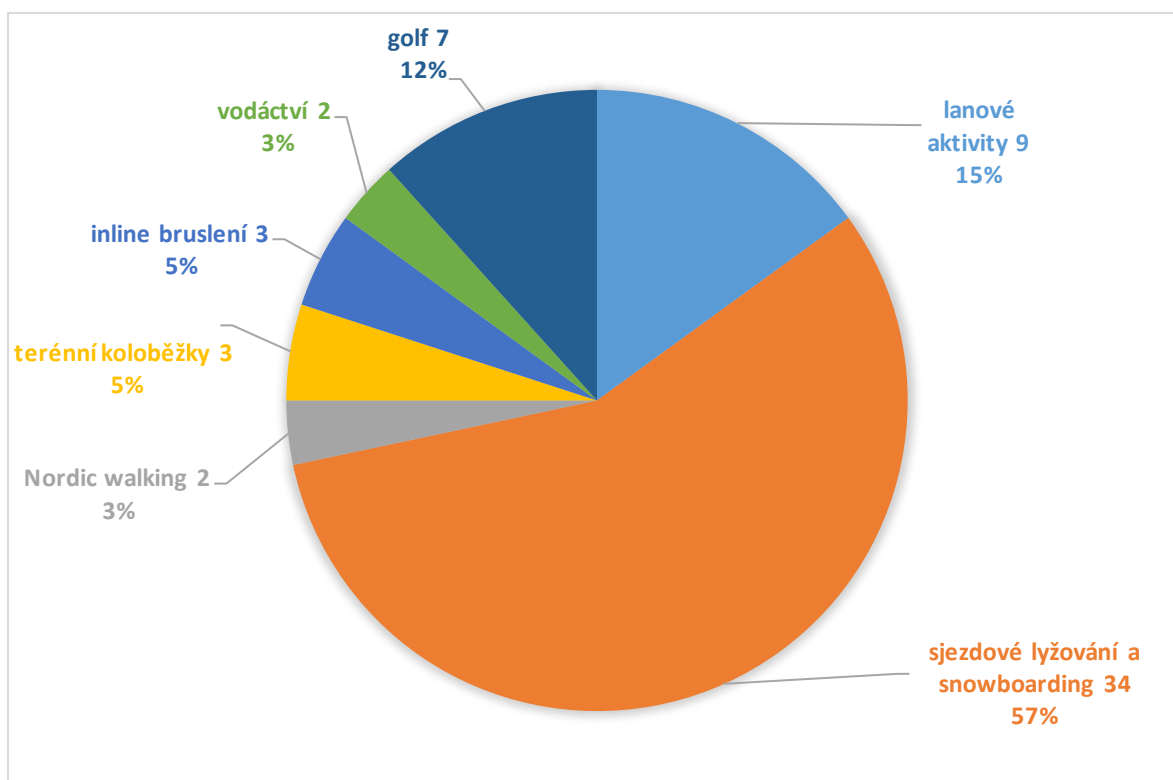
Vybrané subjekty, které splnily podmínky prvotního monitoringu, byly osloveny s anketou vlastní konstrukce. Anketa měla za úkol naplnit hlavní i dílčí cíle práce a obsahovala otevřené i uzavřené otázky. První dotaz ankety zjišťoval, zda daný subjekt poskytuje služby organizovaných outdoorových pohybových aktivit také pro osoby se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním. Jelikož jsem předpokládal nedostatečnou orientaci v těchto termínech a jejich nepatřičné rozlišení, oba termíny byly označeny a vysvětleny pod čarou ve

spodní části ankety. V případě negativní odpovědi směřovala následující otázka, v čem spatřují dané organizace překážky v rozšíření svých služeb také pro osoby se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním. Odpověď na tuto otázku byla otevřená. Ostatní otázky ankety měly za úkol charakterizovat nabídku volnočasových outdoorových pohybových aktivit daného subjektu z hlediska věkových skupin a jednotlivých druhů zdravotních postižení. Anketa byla distribuována pomocí emailové korespondence. Přesné znění ankety viz příloha č. 1.

4 VÝSLEDKY A DISKUSE

4.1. Výsledky prvotního monitoringu

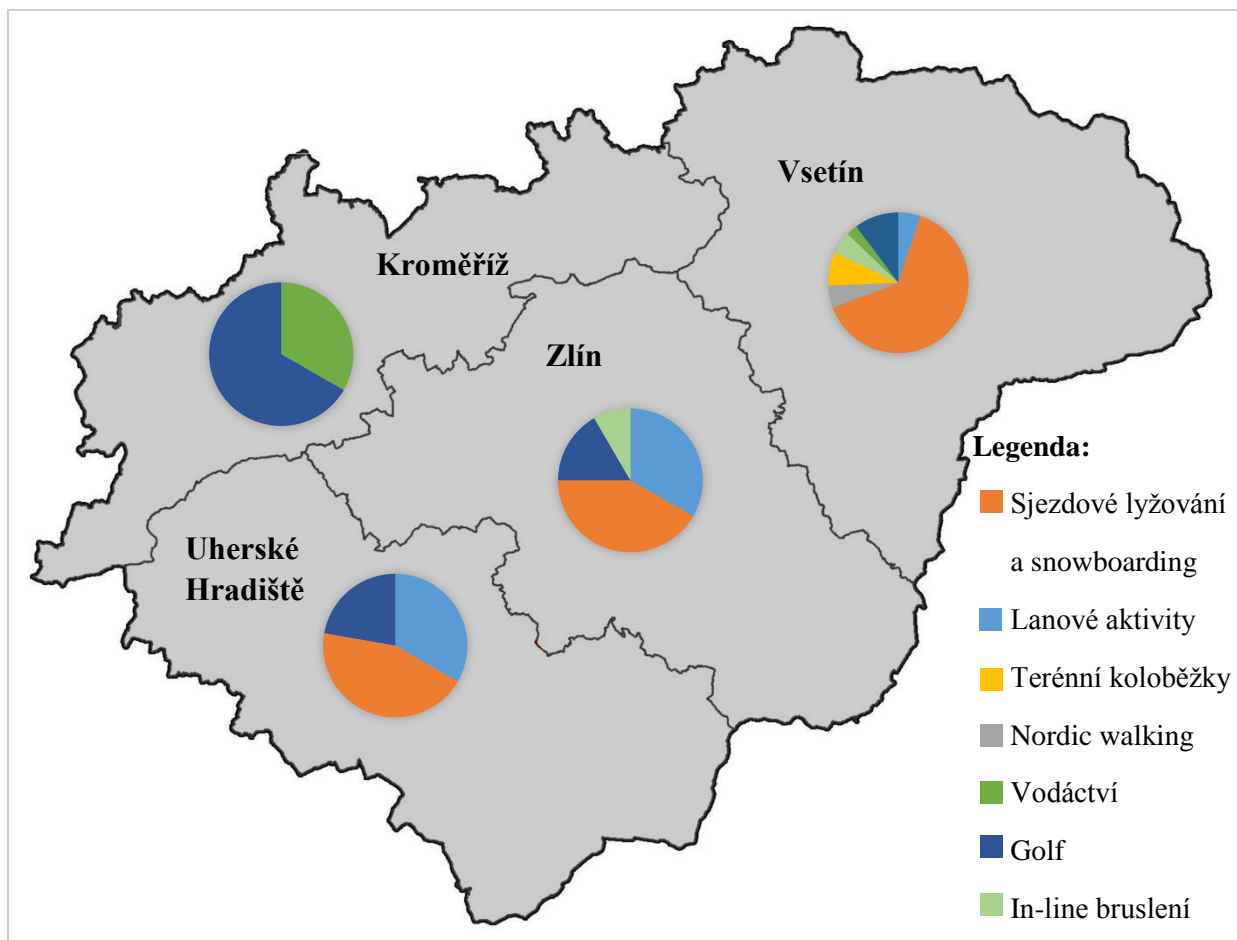
Na základě prvotního monitoringu pomocí webových vyhledávačů bylo vytvořeno strukturované portfolium na základě četnosti konkrétních organizovaných outdoorových pohybových aktivit ve Zlínském kraji.



Obrázek č. 1: Grafické znázornění četnosti subjektů provozující jednotlivé organizované outdoorové pohybové aktivity ve Zlínském kraji.

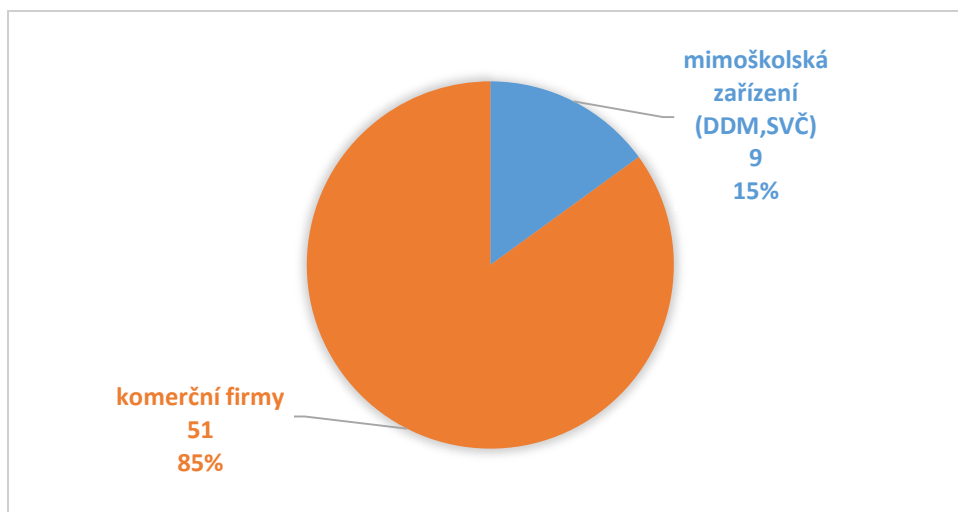
Geografickému reliéfu a přírodním podmínkám Zlínského kraje odpovídá rozložení jednotlivých outdoorových pohybových aktivit. S rostoucí nadmořskou výškou ve Vsetínském okrese stoupá četnost lyžařských středisek, Nordic walking nebo také velmi populárních terénních koloběžek. V okresech s hustou sítí cyklostezek a in-line stezek pozorujeme výskyt subjektů poskytující služby v oblasti in-line bruslení. V okrese Kroměříž má řeka Morava nejširší průtok, proto se zde nabízí aktivity spojené s vodáctvím. Ve všech okresech Zlínského kraje je možno trávit volný čas také na golfových hřištích. V posledních letech se odvětví golfu stále více otevírá široké veřejnosti. Potenciál golfu využily dle

prvotního monitoringu především okresy s rovinným a nížinným charakterem krajiny jakými jsou okresy Kroměříž a Uherské Hradiště.



Obrázek č. 2: Grafické znázornění zastoupení konkrétních organizovaných outdoorových aktivit v rámci jednotlivých okresů Zlínského kraje.

Při rozdělení subjektů dle formy se ukázala převaha komerčních firem (85%) oproti školským a mimoškolským zařízením. Prvotním monitoringem neprošlo žádné školské zařízení, jehož nabídka by zahrnovala organizovanou outdoorovou pohybovou aktivitu splňující všechna kritéria. Nabídka školských zařízení zahrnovala volnočasové aktivity především vzdělávacího charakteru (cizí jazyky, výzkumné aktivity v oblasti fyziky), manuálních prací (vyšívání, modelářství) a pohybového indoor charakteru (florbal, pohybové hry, aerobic, tance). Podíl na nabídce outdoorových pohybových aktivit měly ovšem mimoškolská zařízení typu DDM a SVČ, z nichž splnilo kritéria prvotního monitoringu 9 subjektů a podílí se tedy 15% na celkové nabídce.



Obrázek č. 3. Grafické znázornění forem subjektů tvořících nabídku organizovaných volnočasových outdoorových pohybových aktivit ve Zlínském kraji.

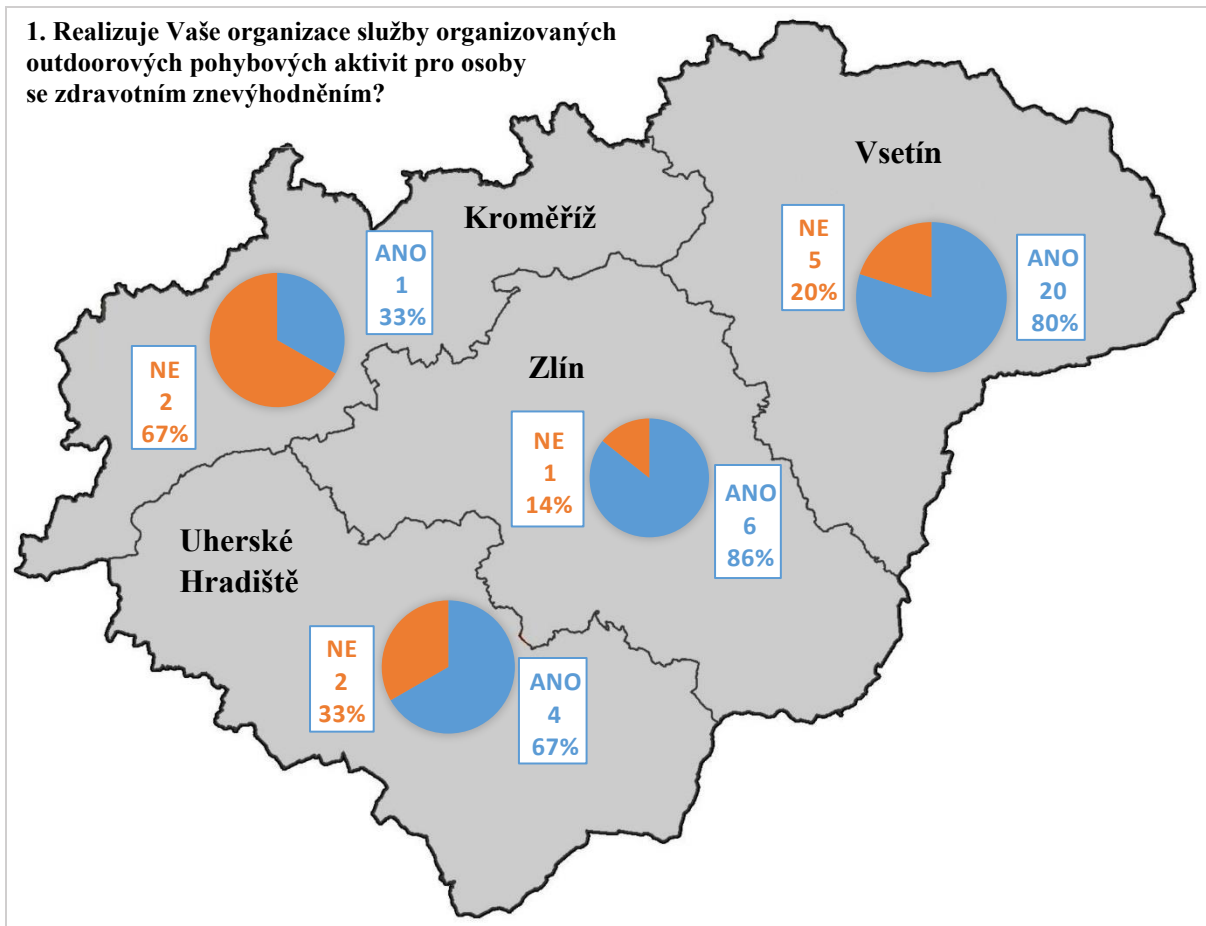
4.2. Analýza anket

Anketní šetření bylo rozesláno emailovou korespondencí do všech 60 subjektů (51 komerčních firem, 9 mimoškolských zařízení), které splnily kritéria prvotního monitoringu. Obdrženo bylo 41 vyplněných anket (35 komerčních firem, 6 mimoškolských zařízení), což odpovídá návratnosti 68, 3%.

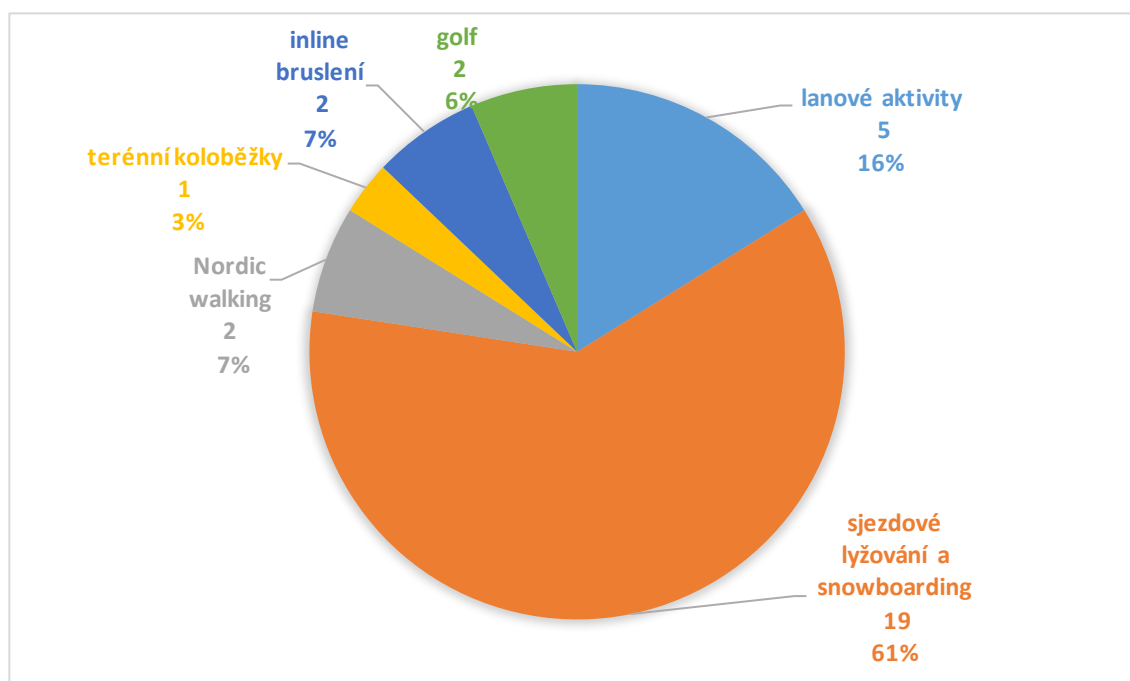
Otázka č. 1.: *Realizuje Vaše organizace služby organizovaných outdoorových pohybových aktivit pro osoby se zdravotním znevýhodněním*?*

Na tuto otázku odpovědělo ANO celkem 31, NE odpovědělo 10. Největší četnost subjektů poskytující své služby osobám se zdravotním znevýhodněním bylo v okrese Vsetín, jelikož Vsetínsko dle prvotního monitoringu vykazovalo největší hustotu i pestrost organizovaných outdoorových pohybových aktivit. Jako nejčastější překážky v zpřístupnění služeb pro osoby se zdravotním znevýhodněním uváděli respondenti obavy z možných zdravotních komplikací během pohybové aktivity. 4 ankety ačkoliv obsahovaly odpověď NE na tuto otázku, neobsahovaly popis překážek.

1. Realizuje Vaše organizace služby organizovaných outdoorových pohybových aktivit pro osoby se zdravotním znevýhodněním?



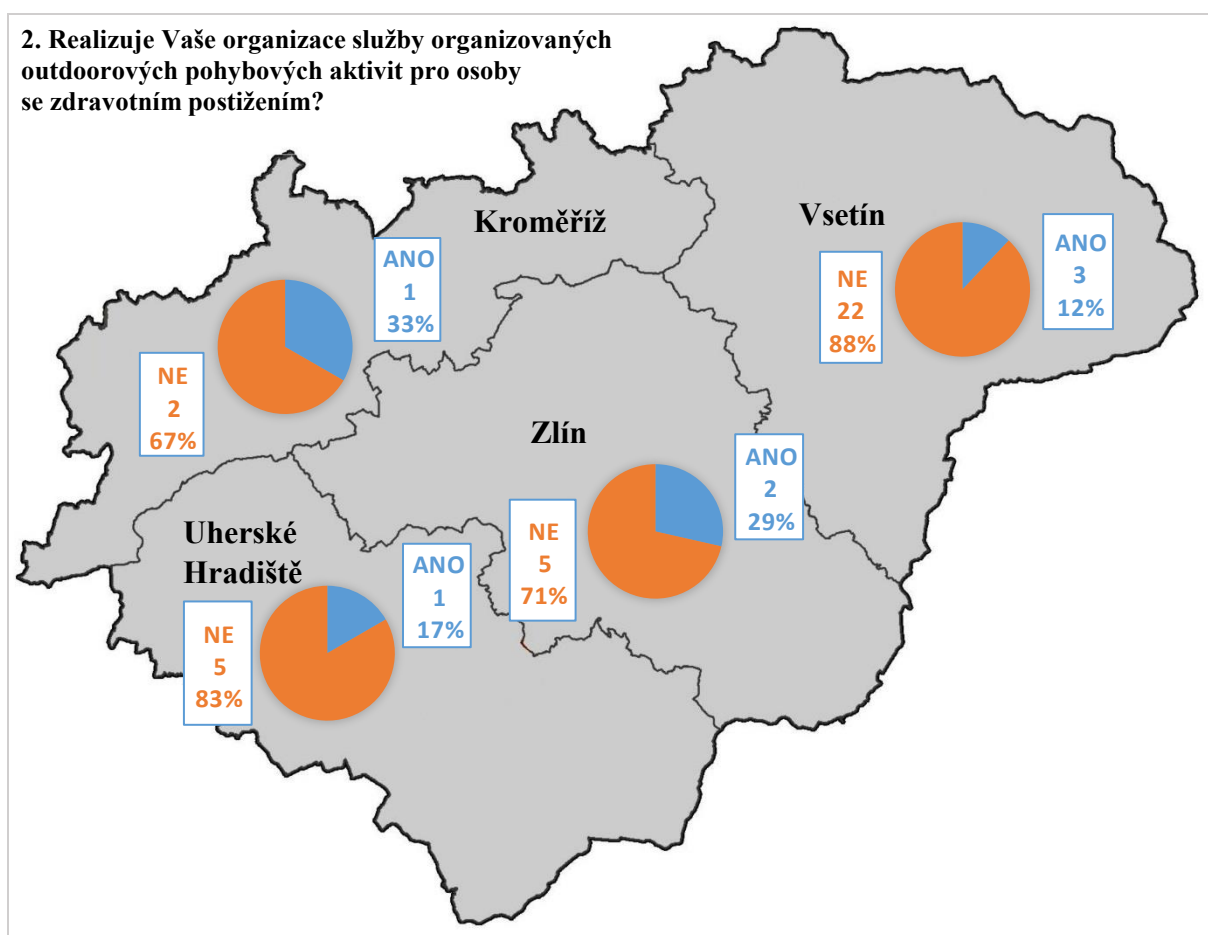
Obrázek č. 4. Grafické znázornění odpovědi na anketní otázku č. 1, strukturované podle jednotlivých okresů Zlínského kraje.



Obrázek č. 5. Strukturovaná nabídka organizovaných outdoorových pohybových aktivit pro osoby se zdravotním znevýhodněním ve Zlínském kraji.

Otázka č. 2. *Realizuje Vaše organizace služby organizovaných outdoorových pohybových aktivit pro osoby se zdravotním postižením**?*

Podobně jako u otázky č. 1 týkající se osob se zdravotním znevýhodněním, i v případě zdravotního postižení byli respondenti seznámeni s významem termínu v podobě definice ve spodní části ankety. Ze 41 subjektů, které se šetření zúčastnilo, poskytuje služby pro osoby se zdravotním postižením 7 a odpovědělo tedy ANO, 34 odpovědělo NE. Překážky uvedlo pouze 10 subjektů, nejčastěji se jednalo o nedostatek zkušeností s osobami se zdravotním postižením, nekvalifikovaný personál nebo nedostatečné vybavení.



Obrázek č. 6. Grafické znázornění odpovědi na anketní otázku č. 2, strukturované podle jednotlivých okresů Zlínského kraje.

Otázka č. 3. *S jakým druhem zdravotního postižení mohou osoby využívat služeb Vaší organizace?*

Respondenti zaznamenávali, s jakým druhem zdravotního postižení viz tabulka č. 1. mohou osoby využívat jejich služeb. Všechny 7 subjektů, kterých odpovědělo kladně v otázce č. 2, označilo sluchové postižení. Dále 3 subjekty přidaly do své odpovědi mentální postižení, 1 subjekt tělesné a 1 subjekt zrakové postižení.

p. aktivita zdr. postižení	Lyžování a snowboarding	Golf	Nordic walking	In-line bruslení	Terénní koloběžky	Vodáctví	Lanové aktivity
Mentální postižení	•	•	•				
Tělesné postižení	•						
Sluchové postižení	•	•	•	•	•	•	•
Zrakové postižení	•						

Tabulka č. 2. Komparace nabídky organizovaných outdoorových pohybových aktivit ve vztahu k jednotlivým druhům zdravotního postižení na základě odpovědí na anketní otázku č. 3.

Otázka č. 4. *Pro které věkové kategorie realizuje Vaše organizace služby organizovaných outdoorových pohybových aktivit?*

V této otázce respondenti vybírali věkové kategorie, pro něž své služby realizují. Věkové kategorie jsem sestavil dle Langmeiera a Krejčířové (1998) viz tabulka č. 2. Upravil jsem pouze věkovou kategorii Dospělost, do které jsem zahrnul období mladé, střední a pozdní dospělosti a vymezil jsem ji tedy věkově 20-65 let. Ze 41 subjektů označily všechny své služby jako realizovatelné pro věková období od mladšího školního věku (6-11 let) do věku dospělosti (20-65 let). 18 subjektů poskytuje své služby pro seniory, z nichž 14 provozuje lyžařská střediska či lyžařské školy, 2 subjekty golf a 2 potom Nordic walking. Podobně tomu bylo i u dětí předškolního věku (3-6 let), kdy z 21 subjektů tvořilo 20 subjektů provozující lyžařské středisko či lyžařskou školu a 1 subjekt školu in-line bruslení.

p. aktivita	Lyžování a snowboarding	Golf	Nordic walking	In-line bruslení	Terénní koloběžky	Vodáctví	Lanové aktivity
Předškolní věk (3-6let)	•			•			
Mladší školní věk (6-11 let)	•	•	•	•	•	•	•
Starší školní věk (11-15 let)	•	•	•	•	•	•	•
Adolescence (15-20 let)	•	•	•	•	•	•	•
Dospělost (20-65 let)	•	•	•	•	•	•	•
Stáří (Senioři) 65<	•	•	•				

Tabulka č. 3. Komparace nabídky organizovaných outdoorových pohybových aktivit ve vztahu k věkovým skupinám na základě odpovědí na anketní otázku č. 4.

5 ZÁVĚR

V této práci jsem se zaměřil na nabídku volnočasových organizovaných outdoorových pohybových aktivit pro osoby se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním ve Zlínském kraji. Na základě prvotního monitoringu byla sestavena strukturovaná nabídka organizovaných pohybových aktivit, která byla na základě cíleného dotazování poskytovatelů těchto služeb prostřednictvím ankety komparována ve vztahu k jednotlivým druhům zdravotního postižení, zdravotního znevýhodnění a v poslední řadě také ve vztahu k věkovým kategoriím. Zpracované výsledky byly prezentovány graficky ve formě grafů a tabulek, čímž byly naplněny všechny cíle, které byly pro tuto práci vytýčeny.

Již prvotní monitoring potvrdil, že Zlínský kraj má díky své krajinné rozmanitosti v oblasti outdoorových pohybových aktivit velký potenciál. To potvrzuje vysoký počet subjektů, které se organizovaným pohybovým aktivitám věnují a tvoří tak pestrou nabídku zahrnující i velmi populární aktivity jakými jsou kupříkladu terénní koloběžky nebo lanové aktivity.

Výsledná nabídka komparovaná vzhledem k věkovým skupinám ukázala omezené možnosti především pro děti v předškolním věku (3-6 let) a pro seniory (65 let <). Osobám se zdravotním znevýhodněním jsou poskytovány organizované outdoorové aktivity v totožné struktuře, jako intaktní populaci. Liší se pouze v počtu poskytovatelů a tedy i výsledné dostupnosti. Z hlediska zdravotního postižení poskytuje nejvíce subjektů své služby osobám se sluchovým postižením, vzhledem k ostatním druhům zdravotního postižení lze výslednou nabídku označit za nedostatečnou. Subjekty, které své služby pro osoby se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním neposkytují, se shodly, že hlavními překážkami jsou obavy z bezpečnosti a zhoršení jejich zdravotního stavu v průběhu aktivity. Mezi dalšími argumenty se objevovala také nedostatečná orientace v dané problematice a materiální zázemí.

Doporučení pro praxi

Na základě zjištěných poznatků bych doporučil zvýšit osvětu a informovanost subjektů a firem provozujících organizované volnočasové outdoorové aktivity v oblasti specifík a specifických potřeb osob se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním. Zejména potom v oblasti komunikace a kontraindikací souvisejících se daným druhem zdravotního postižení nebo znevýhodnění. Mnohé jejich obavy totiž plynou z pouhé neinformovanosti. Rozšířením svých služeb právě pro tyto skupiny osob by přispěly k jejich všestrannému

rozvoji a zvýšení jejich kvality života. Dále bych doporučil zařadit outdoorové programy pro děti předškolního věku a seniory. Již v předškolním věku je zapotřebí motivovat děti k trávení jejich volného času prostřednictvím pohybových aktivit ve venkovním prostředí a předejít tak hrozbám neinfekčních chorob plynoucích z nežádoucího životního stylu.

SOUHRN

Tato práce se zabývá monitoringem nabídky organizovaných volnočasových pohybových aktivit pro osoby se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním ve Zlínském kraji. V přehledu poznatků je uveden vhled do problematiky na základě objasnění základních pojmů, jakými jsou zdravotní postižení, zdravotní znevýhodnění, životní styl, ale také pohybová aktivity ve vztahu ke kvalitě života.

Hlavním cílem této práce bylo vytvořit portfolium služeb v oblasti organizovaných outdoorových pohybových aktivit pro osoby se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním na území Zlínského kraje. Dílčími cíli potom bylo toto portfolium komparovat ve vztahu k jednotlivým druhům zdravotního postižení a také věkovým skupinám.

Prvotní výzkumné šetření probíhalo na základě vyhledávání ve webových vyhledávacích pomoci zadávání klíčových slov. Tento prvotní monitoring vybral seznam subjektů, jež realizují organizované pohybové aktivity. Tyto subjekty byly dále osloveny pomocí ankety vlastní konstrukce, která zjišťovala, zda jsou jejich služby realizovány také pro výše zmíněné skupiny osob.

Výsledky prokázaly nedostatečnou nabídku outdoorových aktivit pro děti předškolního věku a pro seniory. Z hlediska zdravotního postižení nejsou ve Zlínském kraji, kromě osob se sluchovým postižením, nabízeny téměř žádné organizované outdoorové aktivity. Mezi nejčastější bariéry byly uváděny nedostatek informací a zkušeností v oblasti práce se zmíněnými skupinami osob, nedostatečné materiální podmínky, obavy se zhoršení zdravotního stavu během pohybové aktivity.

SUMMARY

This thesis gives a view into an offer of organized leisure-time outdoor activities for people with disabilities and handicap in the region Zlin.

In the overview of findings are cleared the key terms such as disability and its categories, handicap, life style and physical activity as a tools for increasing the quality of life.

As the main goal of this theses was create the structure of the organized leisure-time outdoor activities in the region Zlin. The secondary targets compared the offer with the age groups and categories of disabilities.

The initial research was based on the searching on the world wide web by the keywords using three web search engines. As the next step were the selected organisations asked by using questionnaire method.

The results showed the lack of organized outdoor activities in the region Zlin for the children in preschool age and for the seniors. The same results showed the research by the disabilities except hearing disability. As the barriers were mentioned lack of information, experiences and knowledge, lack of materials conditions or fear of the health complications during the outdoor activity.

REFERENČNÍ SEZNAM

- Čadová, E. a kol. (2012). *Metodika práce se žákem s tělesným postižením a zdravotním znevýhodněním*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Čáp, J., Mareš, J. (2007). *Psychologie pro učitele*. Praha: Portál.
- Čelíkovský, S. (1988). *Encyklopedie tělesné kultury*. Praha: Olympia.
- Cummins, R. A. (1997). *Comprehensive quality of life seale school version*. Melbourne: Deakin University.
- Dohnal, T. (2002). *Koncepce a metodika systému komunální rekreace na úrovni obce*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Finková, D., Růžičková, V., Stejskalová, K. (2010). *Vod do speciální pedagogiky osob se zrakovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Frömel, K., Novosad, Z., Svozil, Z. (1999). *Pohybová aktivita a sportovní zájmy mládeže*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Hamřík, Z., Ješina, O. a kol. (2012). *Podpora aplikovaných pohybových aktivit v kontextu volného času*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Hodaň, B. (1995). *Tělesná kultura a životní styl*. In Filozoficko-sociologické problémy tělesné kultury. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Hodaň, B. (2007). *Sociokulturní kinantropologie II*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Hofbauer, B. (2004). *Děti, mládež a volná čas*. Praha: Portál.
- Hrouda, T., Rybová, L. (2010). Sport v životní dráze člověka s tělesným postižením. *Aplikované pohybové aktivity v teorii a praxi*, 1(2), 56-61.
- Jánský, P. (2006). *Speciální pedagogika-tyflopédie*. České Budějovice: Jihočeská Univerzita.
- Jesenský, J. (2000). *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. Praha: Karolinum.
- Ješina, O., Kudláček, M. a kol. (2011). *Aplikovaná tělesná výchova*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Ješina, O., Bartoňová, R. (2012). *Individuální vzdělávací plán ve školní tělesné výchově*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Ješina, O., Janečka, Z., a kol. (2007). *Vybrané outdoor aktivity jinak zrakově disponovaných osob v letní přírodě*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Jonášková, V., Müller, O., Renotírová, M., Valenta, M. (2006). *Speciální pedagogika 2*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

- Junger, J., Kasa, J. (1996). *Úvod do športovej kinantropologie*. Prešov: Prešovská Univerzita v Prešove.
- Kolář, P. (2009). *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén.
- Křivohlavý, J. (1985). *Rehabilitace zdravotně postižených*. Praha: Avicenum.
- Lindstrom, B., Ericsson, B. (1993). Quality of Life Among Children in the Nordic Countries. *Quality of Life Research* (2), 23-32.
- Michalík, J. (2005). *Školská integrace žáků s postižením na základních školách*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. (2004). *Zákon o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání* [Zákon 561/2004Sb.].
- Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. (2001). *Národní program rozvoje vzdělávání v ČR-Bílá kniha*. Praha: Tauris.
- Ministerstvo práce a sociálních věcí. (2006). *Zákon o sociálních službách* [108/2006 Sb.].
- Ministerstvo práce a sociálních věcí. (2004). *Zákon o zaměstnanosti* [435/2004 Sb.].
- Neuman, J. (1998). *Dobrodružné hry a cvičení v přírodě*. Praha: Portál.
- Průcha, J., Walterová, E., Mareš, J. (2001). *Pedagogický slovník*. Praha: Portál.
- Potměšil, M. (2003). *Čtení k surdopedii*. Olomouc: Univerzita palackého v Olomouci.
- Pukeliene, V., Starkauskiene, V. (2011). Quality of Life: Factors Determining its Measurement Complexity. *Inzinerine Ekonomika-Engineering Economics*, 22(2), 147-156.
- Renotiětová, M., Ludíková, L. a kol. (2004). *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Souralová, E., Langer, J. (2005). *Surdopedie*. Olomouc: Univerzita palackého v Olomouci.
- Staničková, R. (1987). *Životní způsob*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Štěrbová, D. (2007). *Pohybové aktivity v životě dětí s hluchoslepotou*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Vachulová, J., Vachule, R. (1987). *Hry pro těžce zrakové postižené děti*. Praha: Novinář.
- Valenta, M., Müller, O. (2009). *Psychopedie*. Praha: Parta.
- Válková, H. (2000). *Skutečnost nebo fikce? Socializace mentálně postižených prostřednictvím pohybových aktivit*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Walterová, E., (2004). *Úloha školy v rozvoji vzdělanosti*. Brno: Paido.

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 Anketa vlastní konstrukce

Anketa

k bakalářské práci na téma: *Monitoring nabídky organizovaných volnočasových aktivit pro osoby se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním ve Zlínském kraji.*

Autor: Adam Jarmar, student 3. ročníku oboru Aplikované pohybové aktivity, Fakulta tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci.

*Pokyny: odpovědi prosím **kroužkujte**, věnujte také pozornost vysvětleným pojmům pod čarou*

1. Realizuje Vaše organizace služby organizovaných outdoorových pohybových aktivit pro osoby se zdravotním znevýhodněním*?

ANO **NE**

Pokud *NE*, charakterizujte prosím, které vnímáte překážky v jejich realizaci:

.....
.....
.....

2. Realizuje Vaše organizace služby organizovaných outdoorových pohybových aktivit pro osoby se zdravotním postižením**?

ANO **NE**

Pokud *NE*, charakterizujte prosím, které vnímáte překážky v jejich realizaci:

.....
.....
.....

3. S jakým druhem zdravotního postižení mohou osoby využívat služeb Vaší organizace?
(*lze označit více možností*)

- | | |
|-----------------------|----------------------|
| a) mentální postižení | c) tělesné postižení |
| b) sluchové postižení | d) zrakové postižení |

4. Pro které věkové kategorie realizuje Vaše organizace služby organizovaných outdoorových pohybových aktivit? (*lze označit více možností*)

- | | |
|----------------------------------|----------------------------|
| a) Předškolní věk (3-6 let) | d) Adolescence (15-20 let) |
| b) Mladší školní věk (6-11 let) | e) Dospělost (20-65 let) |
| c) Starší školní věk (11-15 let) | f) Stáří (senioři) 65< |

* zdravotní oslabení, dlouhodobá nemoc př. alergie, astma, poruchy metabolických procesů, nádorová onemocnění, záchvatová

onemocnění, onemocnění trávicího traktu, onemocnění krve a kardiologická onemocnění, psychiatrická onemocnění

** tělesné postižení, mentální postižení, zrakové postižení, sluchové postižení