

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

ÚSTAV SPECIÁLNĚ PEDAGOGICKÝCH STUDIÍ

Speciálně pedagogická andragogika, II. ročník navazující

Sportovní aktivity osob s poruchou mobility

Diplomová práce

OLOMOUC 2010

Vedoucí diplomové práce:
PhDr. Petra Bendová, Ph.D.

Vypracovala:
Bc. Pokorná Markéta

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Sportovní aktivity osob s poruchou mobility“ vypracovala zcela samostatně a použila jen prameny uvedené v seznamu literatury.

.....
Bc. Pokorná Markéta

V Olomouci 7. 4. 2010

Děkuji touto cestou vedoucí práce PhDr. Petře Bendové, Ph.D. za odborné vedení mé práce.

Dále děkuji zařízením za čas, který věnovali vyplnění dotazníku. A v neposlední řadě děkuji uživatelům A. a S. a jejich zákonným zástupcům za ochotu spolupracovat na kazuistikách.

Obsah

Úvod.....	6
Teoretická část	7
1 Definování poruch mobility.....	7
1.1 Vědní obor somatopedie	7
1.1.1 Somatopedie jako věda	7
1.1.2 Paradigmata postižení	7
1.2 Pohybový vývoj zdravého dítěte a dítěte s tělesným postižením	9
1.2.1 Vývoj zdravého dítěte	9
1.2.2 Vývoj dítěte s postižením.....	11
1.3 Tělesné postižení.....	13
1.3.1 Sociální význam tělesného postižení	13
1.3.2 Klasifikace tělesného postižení.....	14
1.3.2.1 Tělesné postižení vrozené.....	14
1.3.2.2 Tělesná postižení získaná	17
2 Historie péče o osoby s poruchou mobility	19
2.1 Prof. MUDr. Rudolf Jedlička.....	19
2.2 Další vybrané osobnosti.....	21
3 Pohyb u osob s poruchou mobility	23
3.1 Sport a jeho působení na psychiku člověka	23
3.2 Tělesná výchova u osob s tělesným postižením	23
3.2.1 Indikace a kontraindikace jednotlivých druhů cvičení pro osoby s tělesným postižením	24
3.2.2 Zásady pohybové výchovy.....	25
3.3 Sport a hra.....	27
3.4 Vojtova metoda reflexní lokomoce.....	29
3.5 Využití canisterapie při sportu osob s poruchou mobility	29
3.6 Rehabilitační vzdělávací program pro základní školy speciální.....	30
3.6.1 Zásady podpory těžce postižených žáků.....	30
4 Počátky sportovních aktivit osob se zdravotním postižením.....	32
4.1 Historie sportu osob s tělesným postižením	32
4.2 Rekreační sport osob s tělesným postižením v ČR od 60. let 20. století po současnost	37
5 Charakteristika jednotlivých sportů pro jedince s tělesným postižením.....	39
5.1 Vodní turistika	39
5.2 Plavecký výcvik.....	40
5.3 Běžecké lyžování	40
5.4 Tenis na vozíku	41
5.5 Jezdectví na koni.....	42
5.6 Sledge hokej.....	45
5.7 Boccia	46
5.8 Lezení na umělé stěně.....	48
5.9 Polybat	49
Praktická část	52
1 Cíl práce a použité metody	52
1.1 Popis metod použitých v praktické části.....	52
1.1.1 Dotazník	52
1.1.2 Kazuistika.....	52
2 Analýza zkoumaného vzorku.....	53
3 Organizace práce.....	53

4 Dotazníky	54
4.1 Seznam zařízení	54
4.2 Vyhodnocování dotazníku	55
5 Kazuistika	68
5.1 Kazuistika č. 1	68
5.2 Kazuistika č. 2	70
6 Závěr šetření	73
Závěr	74
Seznam použité literatury	
Přílohy	
Příloha č. 1 Protézy	
Příloha č. 2 Sportovní vozíky a monoski	
Příloha č. 3 Stanovy Českého svazu tělesně postižených sportovců	
Příloha č. 4 Pravidla paravoltiže	
Příloha č. 5 Plánek hřiště Boccia	
Příloha č. 5 Dotazník	

Úvod

Pro mnohé z nás, je život bez sportu nepředstavitelná myšlenka. Pohyb jako takový nám pomáhá k dosahování životních cílů, máme z něj radost, odpoutá naše myšlenky, když se cítíme mizerně. My ale nemáme problém se pohybovat, můžeme si vybrat jakýkoliv druh pohybu a uspokojit naši potřebu mobility. Tato práce ale pojednává o osobách s poruchou mobility, čili o těch, kteří tuto svobodnou možnost volby nemají buď vůbec, nebo jen pramálo. Proč tomu ale tak je? V dnešní době absolutního rozmachu všech technologií by nemělo docházet k separaci osob, které nemají jinou volbu než pohyb pomocí jiné technické pomůcky, popřípadě se nemohou hýbat vůbec. Ale je to tak. Stále dochází k tomu, že činnosti, které osoby s poruchou mobility provádějí, nejsou brány vážně. Jsou zesměšňovány, podceňovány a bohužel nejen ty činnosti, ale i samotné osoby s tělesným postižením. Jak dlouho trvalo, než vznikly paralympiády? A kolik lidí se na ně v dnešní televizní a internetové době dívá? V únoru tohoto roku byla zimní olympiáda v Kanadě. Byly zveřejněny výsledky rekordní sledovanosti na programech českých televizí. Jak to bude se sledovaností paralympiády? Vždyť naši sportovci jsou jedni z nejlepších a přesto se jim nemusí nedostat ocenění, které by si zasloužili. Ano dostanou medaili, ale změní to pohled společnosti na ně a jejich handicap? Nedělám si moc iluze a dovolím si tvrdit, že nejspíš ne.

Tato práce pojednává o sportovních aktivitách osob s poruchou mobility. Volba sportovních aktivit se odráží od toho, zda je toto tělesné postižení přítomno od narození či po úraze, zda mají přidružené ještě další postižení a zda se u nich vyskytuje postižení mentální. To je specifikum této skupiny. Velká šíře možných příčin a následné omezení hybnosti. Také architektonické bariéry nezjednodušují sportování těchto osob.

Práce je pojímána v duchu komplexního přístupu k osobám s poruchou mobility. Tělesné postižení je zde rozděleno podle doby vzniku a možných příčin vzniku. Součástí jsou také psychické odlišnosti osob s tělesným postižením od osob intaktních. Sport a pohyb obecně jsou definovány dle různých autorů, jak pedagogů, tak sportovců. Stěžejním kamenem této práce je přehled některých sportovních aktivit, které jsou upraveny pro osoby s poruchou mobility. Tyto aktivity jsou jak profesionálního ražení, tak i volnočasových činností. Nastíněny jsou specifika úprav těchto aktivit. Fotografie doplňují představu o jednotlivých sportovních aktivitách.

Teoretická část

1 Definování poruch mobility

1.1 Vědní obor somatopedie

Před tím, než se pokusíme definovat poruchy mobility, je třeba uvést, kam se tyto poruchy z hlediska speciálně pedagogického řadí. Pokud tedy mluvíme o poruchách mobility, je třeba si uvědomit, že jsou součástí vědního oboru somatopedie.

1.1.1 Somatopedie jako věda

Současný termín somatopedie je používán od roku 1956. Do této doby byl používán pojem defektologie ortopedická. V naší odborné literatuře se můžeme také setkat ještě s pojmy speciální pedagogika somatopedická nebo somatopedagogika. Také v zahraničí je tento obor označován například v německy mluvících zemích jako ortopedagogika, rehabilitační pedagogika (Rehabilitationspädagogik, Ortopädagogik). V anglicky mluvících zemích se můžeme setkat s termíny jako výchova a vzdělávání žáků s tělesným postižením (Education of Students with Fysical Disability). (Renotiérová, 2002)

V České republice je tradiční spojovat pedagogickou problematiku tří kategorií a to tělesného postižení, nemoci a zdravotního oslabení.

Vědní obor somatopedie tvoří **disciplíny** speciálně pedagogické, mezi něž řadíme:

- základy somatopedie,
- teorii výchovy,
- teorii vzdělávání tělesně a zdravotně postižených,
- speciální metody reedukační, kompenzační, psychorehabilitační a didaktické,
- organizace škol,
- historický vývoj péče o tělesně a zdravotně postižené. (Renotiérová, 2002)

Předmětem somatopedie je výchova a vzdělávání ať tělesně či zdravotně postižených dětí, mládeže i dospělých. Směřujeme k jejich socializaci nebo (re)socializaci.

1.1.2 Paradigmata postižení

Ve speciální pedagogice obecně se používá spoustu termínů, které mohou být chápány velmi rozdílně. Jak ve světě, tak i u nás se o těchto termínech vedou sáhodlouhé

debaty. Hovoříme tady o termínu postižení. Vítková se opírá o analýzu OECD z roku 2004 a hovoří o čtyřech paradigmatech tohoto termínu:

1. *Medicínský model* – vychází z biologicko organických nebo funkčních příčin. Tyto příčiny vedou k medicínsky orientované péči. Cílem této péče je překonání a léčba postižení.
2. *Model sociálně patologický* – základy nejsou v biologických integračních schopnostech, ale jsou sociální povahy. Pozornost si zasluhuje otázka socializace a diskriminace.
3. *Model prostředí* – zkoumá otázku jak změnit školu ve prospěch žáků s postižením.
4. *Model antropologický* – v první řadě jde o zlepšení interpersonální interakce. Důležité je realistické hodnocení situace a respektování identity a jedinečnosti. Role postiženého dítěte nebo žáka je ovlivněna postojem učitelů a spolužáků. (Vítková, 1998)

„V každé zemi neexistuje pouze jedno, ale i více pojetí termínů postižení a podpory postižení. Přesto se dá konstatovat, že bylo nalezeno významné paradigma změn. Postižení se stále méně považuje za neměnný stav individua, které vyžaduje stálou nabídku opatření. Mnohem častěji se vychází z toho, že stav postižení se může měnit podle účelové nabídky podpory, že potřebám jedinců s postižením nejlépe odpovídá kontinuum nabídek a že postižení mohou a mají vést v co nejvyšší možné míře „normální“ život.“ (Vítková, 1998, str. 131)

Pojmové označení postižení je podle WHO 1980 „impairment“ (vada, poškození), „disability“ (omezení, chybění), „handicap“ (postižení). Tyto pojmy můžeme použít při definování pojmů tělesné a zdravotní postižení a to následovně:

- *Vada* (poškození) – je poškození systému pohybového, podpurného či jiných orgánů, které vede k podstatným somatickým změnám.
- *Omezení* (snížení výkonu) – jedná se o kvantitativní změny a snížení pohybového výkonu vzhledem k výkonnosti normální, která je běžná v závislosti na věku, konstituci a vzhledem k životnímu prostředí.
- *Postižení* – trvalé působení na emocionální, kognitivní, sociální výkony, ztíženou sociální interakci, neúplné nebo chybějící přebírání sociálních rolí v souladu s pohlavím a věkem. (Vítková, 1998)

1.2 Pohybový vývoj zdravého dítěte a dítěte s tělesným postižením

1.2.1 Vývoj zdravého dítěte

Všeobecně je známo, že vývoj dítěte má dvojí věk. Jeden je kalendářní, čili podle data narození. Za druhý je považován věk vývojový. Tyto dva věky se nemusejí vzájemně kryt. Rozdíl mezi nimi nám dává časovou odchylku mezi dítětem s postižením a dítětem „zdravým“, které jsou stejně staré.

Stadium holokinetické

Dítě se rodí s celou řadou vrozených reflexů. Reakcí na první vdech a tím pádem i první reakcí vůbec je pláč. U dítěte zdravého jde o živelný projev. Další důležitým znakem novorozeneckého projevu je sání. Je to vrozený reflex, který nechybí u žádného zdravého dítěte. Novorozenec má již svou vlastní hybnost. Projevuje se stereotypními pohyby všech čtyř končetin. Toto stadium se nazývá holokinetické a zahrnuje období od narození do dvou měsíců. Pokud je dítě v poloze na bříšku, šoupe nosem o podložku a dolními končetinami dělá pohyb připomínající plazení. (Renotiérová, 2002)

Převažuje flexe končetin. Hlava je níž než pánev. Hlavičkou otáčí ze strany na stranu, ale v klidu preferuje jednu stranu. V období mezi narozením a 2. – 3. týdnem je vzájemné postavení stehů vůči sobě v 90°. (www.rl-corpus.cz)

Při vestibulárním podráždění (zvednutí a puštění hlavy), propioceptivním podráždění (stisku nadbříšku) nebo při podtržení podložky dojde k roztažení paží, následně až k jejich přitažení. Reflektorický úchop je dalším projevem tohoto období. Každý předmět, vložený dítěti do dlaně, svírá. Je to typické i pro úchop prsty nohou. Dalším reflexem je umístovací reflex a reflex lumbální. Dítě stáčí trup k boku, pokud dojde k podráždění ostrým předmětem. Pokud dítě uchopíme v podpaží a nadzvedneme nad podložku, pokrčuje dolní končetiny v kyčli a v koleni. V šikmém visu dochází k obdukci. Chůzové mechanismy lze sledovat, pokud se dítě dotkne nohou podložky. Při zvednutí do sedu dítěti padá hlavička. Kolem 10. dne dítě reaguje na zvuk. Koncem 1. měsíce začíná sledovat pohyb a za světlem otáčí hlavu. První vědomý úsměv se objevuje kolem 2. měsíce. (Pětová in Stehlík, 1977)

Stadium monokinetické

Toto stadium lze časově zařadit od konce druhého měsíce do konce pátého měsíce. Kojenec pohybuje jednou končetinou bez směru i řízení. Mizí většina novorozeneckým

reflexů, přetrvávají reflexy sací a úchopové. Snižuje se svalové napětí. Nastává období většího kontaktu dítěte s okolím. Dítě si brouká, usmívá se na matku, pohyby ztrácejí stereotypní charakter, i když nejsou správně ovládány a cíleny. (Pětová in Stehlík, 1977)

V poloze na bříše se objevuje zvedání hlavy. Při posazení dítě udrží hlavu. V poloze na bříše dítě zvedá hlavičku – „pase hříbata“. Leží spokojeně, hlavičku drží ve střední rovině a otáčí ji z jedné strany na druhou. V tomto období se objevuje tzv. střemhlavá reakce – pokud dítě nakloníme obličejem k podložce, natáhne horní končetiny a roztáhne prsty. (Renotierová, 2002)

Horní končetiny jsou ohnuté v lokti a předloktím se opírají o podložku. Dlaně mívá převážně rozevřené. Dolní končetiny má lehce ohnuty v kyčlích a kolenou. Ve čtvrtém měsíci si dítě začíná dumlat paleček, v poloze na zádech si dítě ruce prohlíží. Koncem 5. měsíce se začíná otáček na bok, střídavě na obě strany

Stadium homokinetické

Období mezi pátým až devátým měsícem, možno uvažovat i do dvanáctého měsíce. Pohyby již mají správný směr, ale nejsou dobře motoricky ovládány.

Během 6. měsíce se dítě přetočí za zad na bříško. Tento pohyb má charakteristický vzhled. MUDr. Pětová (1977) popisuje tento pohyb takto: „*Dítě si nakročí svrchní končetinou, ohne ji ve velkých kloubech – kyčli, koleni a kotníku a současně udělá jakýsi švihový pohyb souhlasnou nataženou horní končetinou. O tu se v další fázi pohybu vzepře a dotočí se zcela na bříško. Končetinu, která zůstává vespod těla, dokáže vyndat a rovněž se o ni vzepřít.*“ (Pětová in Stehlík, 1977, str. 20) Po dokončení 6. měsíce začíná mít pohyb směr, dítě začíná sahat po předmětech a strká si je do úst. Při podepření se již udrží v sedu, hlavu drží pevně, ta se na pohybu trupu synergicky podílí. (Renotierová, 2002)

K výraznému rozvoji pohybu dochází mezi 7. - 9. měsícem. Dítě se otáčí za zad na bříško a zpět. V poloze na bříšku se vzpírá o natažené horní končetiny. Takto se dokáže vzepřít až do bederní krajiny. Začátek osmého měsíce je charakteristický nakračováním dolních končetin a strkáním si je pod bříško. Kolem 9. měsíce se dítě dostává zcela do kolen a začne lézt se střídáním dolních a horních končetin, v pravidelné souhře. (Pětová in Stehlík, 1977) Dítě se samo posadí se šikmého sedu s pomocí opřením o předloktí. Ke konci této fáze se vytváří radiální úchop (uchopení palcem, ukazovákem a třetím prstem). (Renotierová, 2002)

V tomto stadiu dochází také k rozvoji zrakového i sluchového analyzátoru. Dítě doposud komunikovalo nonverbálně. Kolem čtvrtého měsíce bylo schopno reagovat na vlastní jméno a jednoduché pokyny (papej apod). Také rozeznává na tónu hlasu hněv, radost, smutek. Dromokinetické období je z hlediska řeči charakteristické napodobivým žvatláním, které se objevuje v šestém až osmém měsíci. Dítě napodobuje neřečové zvuky (kýchání, mlaskání...), také začíná napodobovat hlásky svého rodného jazyka.

Stadium kratikinetické

Je to poslední rané stadium vývoje hybnosti. V 10. – 11. měsíci se dítě začíná přitahovat do stoje s nakročením levé nebo pravé nohy. S oporou stojí na celých ploškách. Chození začíná nejprve s oporou do stran kolem nábytku. Mezi 12. – 14. měsícem se nechá vodit dopředu za obě ruce. Poté dělá sám první nejisté, ale samostatné krůčky. Dítě se v tomto období, obrazně řečeno, mění z kojence a stává se z něj starší dítě.

Spolu s pohybovým vývojem jde ruku v ruce vývoj řečový. Dítě pokračuje v broukání a žvatlání. Vrtí hlavou na znamení NE. Nastává stadium porozumění řeči. Nechápe obsah slov, ale slyšené zvuky asociuje s vjemem či představou konkrétní situace, která se často opakuje. Velký význam má mimika a gestikulace osoby, která na dítě mluví. (Klenková, 2000)

Za konec kratikinetického období se považuje 15. měsíc života dítěte.

1.2.2 Vývoj dítěte s postižením

Žádné dítě se nerodí s vyhraněnou poruchou a typickým obrazem postižení. I tento vývoj má svou vlastní dynamiku. Většinou se i dítě s poruchami mobility v časném kojeneckém období jeví jako zcela zdravé. Můžeme si všimnout pouze varovných signálů, kterými jsou například změněné nebo chybějící reflexy popsané v kapitole 1.2.1 Pláč, jakožto první projev života, se neobjevuje bezprostředně po narození, ale až po určité době (například v důsledku protražovaného porodu a následného kříšení dítěte). Možnou budoucí poruchu může naznačit také neschopnost dítěte se přisát k matčinu prsu, i přesto že sací reflex je opět jedním ze základních reflexů, se kterými se dítě narodí. Dalším z příznaků postižení může být těžká vybavitelnost reakce na zvuk. Měli bychom si také všimnout sledování světla a pohybu.

Hybnost dítěte ztrácí při vrozených poruchách mobility svůj charakter. Dítě může ležet zcela ochablé, s minimálními pohyby končetin. Hlava je stočena k jedné straně, nebo

může být hybnost až moc aktivní a reakce na zevní podněty jsou prudké. (Renotiérová, 2002) Vrozená hybnost, plazení, někdy zcela chybí. Při poloze na bříšku se děti s postižením motoriky snaží otočit na záda. V období, kdy má dítě zvedat hlavičku, jsou děti s postižením neschopny držet hlavu ve střední rovině nad podložkou a otáčet jí do stran.

Poruchy hybnosti se zpravidla začínají výrazně projevovat kolem třetího měsíce života dítěte. V této době vytvářejí dvě skupiny. Mohou to být děti s omezenou hybností, které jsou nápadně klidné, bez zájmu a bez reakcí na vnější podněty. Druhou skupinou mohou být děti s nadměrnou pohyblivostí, které se mohou na venek jevit jako nápadně ztuhlé, spastické. Pohybový vývoj obou dvou skupin se dále vyvíjí, ale jejich vývoj je již na vadném základu. K rozlišení jednotlivých forem postižení dochází velmi často v období, kdy se dítě snaží přetočit z polohy na zádech do polohy na bříšku. (Renotiérová, 2002)

Tyto dvě základní skupiny můžeme tedy pojmenovat jako spastickou formu tělesného postižení a formu nespastickou. V prvním případě, u spastických forem, se hybnost vyvíjí pod jiným obrazem. Záleží na jednotlivých formách postižení. Děti leží na zádech, obě horní končetiny jsou ohnuté v lokti. Ruce bývají zaťaté v pěst. Dolní končetiny mívají děti nataženy tak, že je nelze ani ohnout. Pokud je postižena jedna polovina těla (diparetické formy, viz kap. 2), se porucha projevuje nejprve na horní končetině. Ruku má dítě zaťatou v pěst, nebere do ní žádné předměty. Při přetáčení ze zad na bříško se přetáčí pouze přes postiženou stranu. Při lezení se opírá na jeho nemocné straně o pěst. V období samostatného stoje se staví na špičku postižené nohy. (Pětová in Stehlík, 1977)

U dítěte s obrnou dolních končetin se toto postižení jeví nejčastěji, pokud dítě držíme v závěsu v podpaží. V této poloze drží obě končetiny natažené. Někdy dochází k překřížení dolních končetin. Dítě si s nohama nehraje, a ani se neudrží v sedě. V období plazení se posouvá pouze horními končetinami, dolní končetiny jsou pasivní a tahá je za sebou. Když se pokusíme dítě postavit, stoupá si jen na špičky. (Renotiérová, 2002)

Druhou skupinou jsou nespastické formy centrálního hybného postižení. U tohoto postižení dochází v průběhu vývoje hybnosti k rozvoji neovladatelných (mimovolních) pohybů nebo k naprosté svalové ochablosti.

S přibývajícím věkem se postižení hybnosti u obou výše jmenovaných skupin výrazně prohlubují. V případě dětské mozkové obrny může lékař stanovit diagnózu již v prvním roce života dítěte. V jakémkoliv případě je vždy potřeba včas zahájit komplexní rehabilitaci.

1.3 Tělesné postižení

Tělesné postižení můžeme definovat podle notoricky známých osobností Krause a Šandery. „*Tělesným postižením rozumíme vady pohybového a nosného ústrojí, tj. kostí, kloubů, šlach i svalů a cévního zásobení, jakož i poškození nebo poruchy nerovnovážného ústrojí, jestliže se projevují porušenou hybností. Patří sem také všechny úchytky od normálního tvaru těla, končetin, deformity, též abnormity čili anomálie.*“ (Kraus, Šandera, 1964, str. 6)

Osobností, které definovaly tělesné postižení, je opravdu velmi mnoho. Pro představu můžeme uvést jednu z dalších, definici Vítkové. „*Hlavním znakem osob s tělesným postižením je celkové nebo částečné omezení hybnosti. Může se jednat o prvotní nebo druhotné omezení hybnosti. V prvním případě jde buď o přímé postižení vlastního hybného ústrojí nebo o postižení centrální či periferní nervové soustavy, kdy v periferní části je postiženo vlastní hybné ústrojí, např. amputací, deformací, vývojovými vadami apod. ve druhém případě zůstává centrální i periferní nervová soustava a vlastní hybné ústrojí bez patologických změn, hybnost je však omezena z jiných příčin. Projevují se tu důsledky chorob srdečních, revmatických, kostních apod., které omezují pohyb nemocného.*“ (Vítková, 2004, str. 169)

Příčiny tělesného postižení musíme hledat podle druhu tělesného postižení. Pokud máme tělesné postižení vrozené, příčinami mohou být infekční onemocnění matky během gravidity, nedostatek vitamínů, minerálů či stopových prvků v potravě. Můžeme zde zařadit také vliv léků, které nastávající matka užívala v době těhotenství, rentgenové ozáření, nepříznivé vlivy prostředí a další. Nejčastější příčinou však bývá dědičnost. Během života člověka může kdykoliv vzniknout tělesné postižení získané. Může to být následkem úrazu kostí nebo kloubů, popřípadě také následek onemocnění.

1.3.1 Sociální význam tělesného postižení

Tělesné postižení, ať se projevuje funkčně či nápadně, vždy bude představovat sociální znevýhodnění. V konfrontaci s prostředím se teprve ukazuje rozsah postižení. Většinová společnost může na osobu s tělesným postižením nahlížet s určitými předsudky, které jsou dány jak smýšlením společností, tak například výchovou. Osoba s tělesným postižením často vzbuzuje extrémní postoje společnosti. Může se stát, že je odmítán, izolován nebo naopak je extrémně ochraňován, litován či může být terčem posměchu. Tyto věci mohou člověka stimulovat, podnítit k tomu, aby svůj život prožil co nejlépe navzdory

svému postižení. Naopak se může stát, že se jedinec uzavře do sebe, jeho míra sebehodnocení je velmi nízká a nenajde sílu dosáhnout svých životních cílů. Každý jedinec má své osobní měřítko krásy a také zdatnosti, podle kterého posuzuje ostatní. Osoby s tělesným postižením bývají nápadné svým zjevem (estetikou), což je může stigmatizovat a může to přispět k mylné interpretaci jejich osobnostních vlastností. Bohužel je pravdou, že k odmítání osob s tělesným postižením společností, stačí pouze tělesná odlišnost. (Vágnerová, 2008)

1.3.2 Klasifikace tělesného postižení

Porucha hybnosti, pohybová vada, ať použijeme termín, jaký chceme, vždy to znamená důsledek tělesného postižení, nemoci či zdravotního oslabení. Limitace v realizaci pohybů se projevuje především v oblastech:

- uspokojování základních fyziologických potřeb,
- pracovní uplatnění,
- výkon a uplatňování práv a svobod,
- přísun podnětů, informací a dalších poznatků,
- navazování sociálních kontaktů,
- formativní působení sociokulturních činitelů,
- podpora zdraví, upevňování kondice,
- sebeobsluhy a samostatnosti,
- zábavy a prožitku.

1.3.2.1 Tělesné postižení vrozené

Vrozená tělesná postižení vznikají zpravidla poruchou vývoje plodu během prvních týdnů gravidity. Příčiny ale můžeme nalézt v dobách pre, peri i postnatálních, nejpozději však do jednoho roku věku dítěte.

Nejčastěji vrozená tělesná postižení můžeme členit na:

Vrozené vady lebky a páteře

Mezi vrozené vady lebky můžeme řadit *poruchy tvaru lebky*. Tyto vady jsou způsobeny převážně předčasným srůstem lebečních švů. Jsou to například brachycefalie (zploštělá hlava), skafocéfalie (zúžený tvar lebky) a další. Do této skupiny se dále řadí

poruchy velikosti lebky. Sem můžeme zařadit makrocefalus, hydrocefalus a mikrocefalus. (Renotiérová, 2002).

Vrozené vady končetin a růstové odchylky

Do této skupiny patří amélie, dysmélie, fokomélie, luxace atd. Podle Vítkové (2006) do vad končetin řadíme i *vrozené vykloubení kyčlí* (konginetaální dysplázie kyčelního kloubu). V ČR se prevenci věnuje velká pozornost.

Perthesova choroba

Při této chorobě je postižena hlavice stehenní kosti. Vývoj jádrové hlavice se zastaví a začne se štěpit do oddělených ostrůvků. Hlavice ztrácí mechanickou odolnost tlakem způsobeným chůzí se deformuje do stran. (Vítková, 2006) Začátek nemoci nemusí být zřetelný. Dítě často odpočívá, nechce se pohybovat, běhat, může kulhat. Léčba vyžaduje dlouhodobost, dítě by se v budoucnu mělo vyvarovat přenášení zátěží i dalších činností, které představují zátěž pro dolní končetiny. (Renotiérová, 2002)

Centrální a periferní obrny

Obrny obecně se týkají poškození centrální nebo periferní nervové soustavy. Centrální soustava zahrnuje mozek a míchu, periferní část obvodové nervstvo. Jednotlivé formy se od sebe liší rozsahem a stupněm. Dělíme je na parézy a plegie.

• Dětská mozková obrna

Dětská mozková obrna se považuje za raně vzniklé poškození mozku vzniklé před porodem nebo krátce po něm a projevující se převážně v poruchách vývoje hybnosti. (Lesný, 1985)

Vyšetření DMO je zaměřeno na dva aspekty – zda je vývoj pohybových reakcí přiměřený věku dítěte a zda nejsou nápadné asymetrie v tonických reflexních reakcích. Tyto neurologická vyšetření zavedl prof. Ivan Lesný a terapií proslul prof. Václav Vojta. (Pfeiffer, 2007)

Podle Neurocentra Praha je potřeba diagnostikovat DMO do pěti měsíců života dítěte, aby mohla být započata včasná intervence a to Vojtovou metodou. (www.neurocentrum.cz)

Podle typu postižení hybnosti můžeme rozlišit několik **forem** DMO. Toto rozlišení pojímají různí autoři podle jiných kritérií.

Renotiérová (2002) rozděluje DMO na formu spastickou a nespastickou. Do spastické formy patří diparetická, diparetická paukospastická, hemiparetická, oboustranně

hemiparetická a kvadraparetická forma DMO. Nespastickou formou je dyskinetická a hypotonická.

Tichý tvrdí, že nejčastější formou DMO je forma spastická. Dále řadí k formám dyskineticko-dystonickou, hypotonickou, cerebrální a formy smíšené. (Tichý a kol. in Vítková, 2006)

Pro potřeby naší práce si blíže charakterizuje formy DMO podle rozdělení Renotiérové.

»**forma spastická diparetická**- projevuje se symetrickým postižením obou dolních končetin. Příčinnou je poškození mozku v temenním laloku. Hybnost obou dolních končetin je porušená. Vývoj chůze zpravidla stěžuje nůžkovité postavení končetin. (Vítková, 2006)

»**forma spastická hemiparetická**- jde o spastickou obrnu horních i dolních končetin vždy na jedné polovině těla. Horní končetina bývá ohnuta v lokti, často na ni sledujeme zvýšený svalový tonus ve flexorech (ohybačích). Dolní končetina našlapuje na špičku. „*Po porodu neexistuje hemiparéza, poněvadž pohyby končetin se v centrálním nervovém systému aktivují pod úrovní úmyslné hybnosti.*“ (Pfeiffer, 2007, str. 253)

»**forma spastická kvadraparetická (bilaterální hemiparéza)**- v důsledku globálního poškození částí senzomotorické oblasti mozkového kůry jsou postiženy všechny čtyři končetiny. (Renotiérová, 2002)

Při takovémto poškození mozku mohou být poškozena také další funkční centra centrální mozkové soustavy. Podle Vítkové (2006) se dají očekávat symptomatické poruchy řeči (nejčastěji dysartrie), smyslové vady či se může přidat epilepsie.

»**forma dyskinetická (hypertonická, atetoidní)**- u této formy jsou typické mimovolní, bezděčné, nechtěné a nepotlačitelné pohyby. Mimovolní pohyby se mohou zvětšovat či objevovat při pohybech, které chce dotyčný udělat. Čím větší snaha, tím větší množství nebo výskyt mimovolních pohybů. Těmto pohybům se nevyhne ani obličejové svalstvo, žvýkáci či polykáci. Příčinou tohoto postižení je poškození gangliových buněk v podkorových shlucích mimokorové šedé hmoty mozku. Inteligenční úroveň nebývá zpravidla zasažena, neboť není poškozena mozková kůra. (Renotiérová, 2002)

»**forma hypotonická**- jejím projevem je snížení svalového tonusu. Kolem třetího roku se mění na některou ze spastických forem nebo na formu dyskinetickou.

Progresivní svalová dystrofie

Je to svalová porucha, čili ji známe i pod názvem myopatie. „*Jde o primární onemocnění příčně pruhovaného svalstva, kdy dochází více či méně rychle k degeneraci svalových vláken, která jsou postupně nahrazována funkčně neplnohodnotnou vazivovou a tukovou tkání.*“ (Vítková, 2006, str. 60)

1.3.2.2 Tělesná postižení získaná

Deformace páteře

Deformace páteře se mohou vyskytovat ve třech stupních. *První stupeň* se vyznačuje návykovým vadným držením těla a dítě po upozornění je schopno zaujmout správnou polohu. Vadné držení těla v *druhém stupni* je možno vyrovnat již jen s dopomocí a *třetí stupeň* je již fixovaná vada a je potřeba chirurgického zákroku, ortopedických pomůcek a rehabilitačních technik. (Renotírová, 2002)

Deformace páteře rozdělujeme podle roviny, kde se nachází. Je to rovina *sagitální* (předozadní) nebo rovina *frontální* (čelní).

V sagitální rovině to jsou **hyperlordóza** (zvětšená krční lordóza), **hrudní kyfóza** (kulatá záda), **plochá záda** a **bederní lordóza**.

V rovně frontální jsou to nejčastěji **skoliózy** (vybočení páteře do strany). Skolióza je tedy patologické vychýlení páteře do strany (levé či pravé) a kdy je páteř spirálovitě zakřivena. (Renotírová, 2002)

Onemocnění mozku a míchy

Jsou to úrazová tělesná postižení. Nejčastějším úrazovým onemocněním mozku je **komoce** (otřes mozku). Podle toho, jak dlouho je člověk v bezvědomí, se dělí komoce na *lehkou* (jen několik minut), *středně těžkou* (trvá až hodinu) a *těžkou* (bezvědomí trvá déle než hodinu).

K dalším úrazovým postižením mozku se řadí **kontuze** – zhmoždění mozku nebo části mozku. Vzniká působením zevní síly (např. při autonehodě). Při kontuzi často zůstávají trvalé následky jako poúrazová epilepsie, některá z forem paréz, zrakové postižení a mnohé další. (Renotírová, 2002)

Amputace

Amputace je umělé odnětí části nebo celých končetin od těla. Může být záměrná (lékařem) nebo nezáměrná (autonehoda, zásah elektrickým proudem). Důsledkem amputace je funkční i anatomická ztráta. Funkční ztráty jsou kompenzovány protetickými či technickými pomůckami. (Renotírová, 2002)

Protetické pomůcky nahrazují jak anatomickou část, která byla amputací ztracena, tak část funkční. Mezi její úkoly také patří kosmetický efekt. Protézy můžeme dělit podle toho, kterou anatomickou část nahrazují:

- »protézy dolních končetin
- »protézy horních končetin (Eis, 1986)

Jonášková (2004) dále protetické pomůcky člení na klasické, madulární a speciální. Mezi ně řadíme především protézy sportovní, pracovní, koupací atd.

Některé z protetických pomůcek viz Příloha č. 1.

2 Historie péče o osoby s poruchou mobility

Celou historii péče o osoby s tělesným postižením, nemocí a zdravotním oslabením zastupují společnosti velmi známé jména lékařů a pedagogů. Je potřeba si osvětlit celou situaci v době před vznikem prvního ústavu pro tělesně postiženou mládež. Až do konce 19. století byla péče ve skrze charitativní. První snahy o vzdělávání neměly jednotnou koncepci a byly jen zřídkakdy. K rozvoji péče o hluché, slepé a zmrzačené začalo docházet až v 18. století, kdy se rozvíjí medicína a psychologie. Počátek 20. století je spojováno s významným jménem Prof. MUDr. Rudolfa Jedličky.

2.1 Prof. MUDr. Rudolf Jedlička

Narodil se 20. 2. 1869 v Lysé nad Labem. Byl synem lékaře a měl devět sourozenců. Jeho osobnost není spojena jen se známým Jedličkovým ústavem, ale také je znám jako zakladatel pražského sanatoria. Lékařská kariéra mu začala nejprve studiem na gymnáziu v Praze a posléze zapsáním na lékařskou fakultu české univerzity. Promoval v roce 1895. Docentem se stal šest let později, v roce 1901, a roku 1907 mu byla udělena mimořádná profesura.

Jako lékař ve světě proslul především v chirurgii kostní a břišní. Po objevení Roentgenových paprsků, roku 1895, byl znám také jako jejich propagátor a sám je aplikoval. Mimo lékařskou oblast proslul jako humanitně- sociálně zaměřený člověk. Roku 1911 se stal členem Zemského spolku pro léčbu a výchovu mrzáků v Praze. Svými myšlenkami i financemi přispěl k založení prvního ústavu pro tělesně postižené děti v Praze na Vyšehradě. Jeho založení je datováno k 1. dubnu roku 1913.

Snažil se propagovat myšlenku, že stát se má starat o zmrzačené. Z dnešního ekonomického hlediska to viděl tak, že pokud budou osoby s tělesným postižením pracovat v ústavu, budou pro stát méně ekonomicky nároční, než kdyby jim stát platil doživotní rentu v nezaměstnanosti.

Byl také průkopníkem v myšlence, že v čele ústavu by měl stát pedagog a pracovníci (lékaři i učitelé) by měli být vysíláni na zahraniční stáže, což také sám činil. Jako prvního ředitele Jedličkova ústavu jmenoval pedagoga František Bakuleho.

Můžeme říci, že byl profesor Jedlička první osobností, která vytvořila teoretickou koncepci komplexní rehabilitace. V ústavu bylo zřízeno pět oddělení. Prvním byla nemocnice, respektive ortopedická klinika. Jako další byla škola pro mrzáky (výchovný ústav). Třetí oddělení byly dílny. Ty měly dvě části – dílny cvičné a ortopedické. Součástí

plánu bylo i zakoupení statku a poslední složkou bylo zřízení asyl. Ten je určen mrzákům nezhojitelným. (Renotiérová, 2002) Podle Jedličky „údy se léčí prací a tím nabývají na zručnosti.“ (www.jus.cz)

Tento přední chirurg, rentgenolog a radiolog zemřel 26. října 1926 ve své vile v Novém Světě v Harrachově.

Jeho odkaz a myšlenky zůstanou zachovány, nejviditelněji v současném Jedličkově ústavu a školách. I zde jde vidět úcta, kterou k profesoru Jedličkovi chovají. Jeho obraz visí na zdi jídelny v tzv. „staré budově“, což je vlastně původní budova zakoupená v roce 1913. Pamětní deska na této budově hlásá, že v tomto domě 1. dubna 1913 založil prof. MUDr. Rudolf Jedlička první český ústav pro tělesně postižené děti.

Současný pohled na Jedličkův ústav je pořád a nadále stejně optimistický jako za časů profesora Jedličky. V porovnání s dnešním Jedličkovým ústavem (oficiální název je Jedličkův ústav a školy), jsou tyto různá oddělení zachována. I když jsou rozšířena a zmodernizována. Konkrétně například původní Jedličkův asyl je současnou řečí řečeno chráněné bydlení určené mládeži, která vychází ze střední školy Jedličkova ústavu a škol a chce se naučit bydlet samostatně. Při budování těchto privátních pokojů se ředitelství nechalo inspirovat ve Francii, kde již tento model funguje řádku let. Také objekty zůstaly na původních místech, jen značně rozšířeny. Součástí Jedličkova ústavu a škol je speciálně pedagogické centrum pro děti a mládež s tělesným postižením. Dle současných trendů v péči o osoby se zdravotním postižením byla v objektu na Vyšehradě zbudována kavárna, která zaměstnává žáky a osoby s tělesným postižením. Tato kavárna má na programu spoustu akcí pro rozsáhlou veřejnost a velmi úspěšně se prezentuje v „majoritní společnosti“. Fyzioterapie je samozřejmostí. S nejmodernějším vybavením je neodmyslitelná ze služeb, které v současné době Jedličkův ústav a školy nabízejí. Nově zbudovaný krytý bazén, který využívají jak žáci, uživatelé služeb, tak personál je už jen třešinkou na dortu. Co dále stojí za zmínku a je zajímavostí, tak je koncipování současné jídelny ve škole v „nové budově“. Jídelna je strukturována a vybavena tak, aby si žáci vyzkoušeli sedět u stolů z různých materiálů, různých tvarů a velikostí. Čili lze poznamenat, že i v současnosti je Jedličkův ústav a školy jedním z předních zařízení v péči o osoby s tělesným postižením.

V této práci se o Jedličkově ústavu budeme zmiňovat několikrát. Důvodem jsou sportovní aktivity, které Jedličkův ústav nabízí.

2.2 Další vybrané osobnosti

Dalšími známými osobnosti, spojeným především s Jedličkovým ústavem jsou jména Františka Bakuleho a Augustina Bartoše.

František Bakule byl známým pedagogem. Své žáky vedl ke vztahu k přírodě, učil je hudební výchově, vedl s žáky politické debaty. Ihned po vzniku Jedličkova ústavu přijal Jedličkovu nabídku být ředitelem. Zastával názor, že k výchově se má využívat fyzické práce. Bohužel Bakule nebyl zastáncem klasických učebních osnov, a i z toho důvodu byl z postu ředitele po pár letech odvolán. On sám se snažil o založení svého ústavu, který byl pojmenován „Bakalův ústav pro výchovu životem a prací“. Bakule umírá roku 1957.

V čele ústavu Bakuleho střídá roku 1920 **Augustin Bartoš**. Bartoš zavedl vyučování do nemocnic a dne 6. 9. 1928 byla v Jedličkově ústavu vybudována škola při nemocnici. (Renotiérová, 2002) Nejdůležitějším výchovným prostředkem se stal Bartošův automobil. Jeho postoj k sportu a tělesné výchově byl z pohledu dnešní doby velmi průkopnický. Podle něj je sport prostředkem, který má silný vliv na osobu s tělesným postižením (tehdejší terminologií na zmrzačeného). Sport je dobrý na výcvik postižených částí těla a prakticky působí na celou osobnost dítěte. (Bartoš, 1931) Vliv Augustina Bartoše je stejně jako vliv profesora Jedličky přímo v Jedličkově ústavu viditelný. Opět v budovách nalézáme obrazy Augustina Bartoše a současný ředitel PhDr. Jan Pičman (stav k 9. 2. 2010) Jedličkova ústavu a škol je plný historek svého pra předchůdce.

Vznik Jedličkova ústavu napomohlo k rozvoji dalších ústavů stejného ražení. Velkou zásluhu na vzniku brněnského ústavu pro tělesně postiženou mládež měl **Jan Chlup**. Absolvoval stáž v Jedličkově ústavu a spoustu zahraničních stáží. Byl zastáncem názoru, že je potřeba dát dětem s tělesným postižením všeobecné vzdělání a souběžně s tím vyhledávat jejich individuální vlohy a pracovat s nimi. (Vítková, 2006)

V současné době je těžké označit někoho za nejvýznamnější osobnost v oblasti somatopedie. Velmi vlivné osobnosti můžeme najít v profesně orientovaném občanském sdružení **Somatopedické společnosti**. Její vznik je datován rokem 1991. Sdružuje odborné pracovníky ze škol a školských zařízení v ČR, kteří se věnují edukaci dětí a mládeže s tělesným postižením, chronicky oslabených a nemocných, s cílem podporovat ucelenou rehabilitační péči o tyto děti a žáky. (ww.somspol.wz.cz)

Prof. PhDr. Marie Vítková, CSc. je čestnou předsedkyní společnosti. Profesorka Vítková je asi jednou z nejznámějších osobností působících na poli somatopedie. Působí na Masarykově univerzitě v Brně, je vedoucí katedry speciální pedagogiky, má rozsáhlou publikační činnost.

3 Pohyb u osob s poruchou mobility

3.1 Sport a jeho působení na psychiku člověka

Souvislost mezi sportem a psychikou je vlastně vysvětlením příčin sportování z pohledu fylogeneze a ontogeneze lidské psychiky. Zjednodušeně můžeme říci, že jde o potřebu pohybu a výkonu. Není to ale zcela určující. Jak uvádí Hošek (1998), je spousta psychologů, kteří se na tomto vztahu neshodnou. Psycholog Říčan (2004) uvádí, že u sportu jde o masochistický prvek, kdy si sportující jde „dát do těla“. Jiní psychologové zastávají názor, že sport je obohacení života, zdroj zážitku, radosti a slasti.

Fylogeneticky je psychika formována nápodobou, zvědavostí. Člověk má i v dospělosti znaky hravosti, nechce se nudit, chce přesáhnout všednost. V dnešní, „moderní“ době chtějí ještě lidé dosáhnout prožitku. Dokládá to vznik spousty nových sportů, extrémních sportů.

„Biologicky se poukazuje na význam endogenních opiátů a vzniku možné závislosti na nich, mluví se o významu dopaminu a genetických sklonech ve smyslu obecně negativních vlastností (impulzivita, vznětlivost, prchlivost, vrtkavost, extravagance), které mohou vysvětlit např. tzv. „Odysseův faktor“, existující asi u vzniku řady sportovních počinů.“ (Hošek, 1998, str. 21)

Skupinový prožitek má velkou sílu, člověk se ztotožňuje se skupinou jak v aktivním sportu, tak i v pasivním. Prožívá to se sportovci, chce být součástí. Proto je tak velký výskyt lidí, kteří jsou závislí na sledování sportovních programů.

Etymologie vzniku pojmu sport se pojí s aristokratickým lovem zvěře. Vznikl se slova deportace, což právě vysvětlovalo tuto zábavu. Latinsky je slovo deportace „zanášet se“, „unášet se něčím“, „přinášet radost“. V románských jazycích tento pojem znamená bavit se. Vývoj pojmu šel před slovo déport, désport (Francie) a v Anglii vznikla zkrácená forma- sport. Psychologicky zde měla vliv katarze, obsahovali veselí, turnaje, lidé se radovali a prožívali to spolu. (Hošek, 1998)

Vliv sportu na psychiku člověka je nesporný. Zvyšuje sebevědomí, sebedůvěry, pomáhá k asertivitě, snižuje deprese a napětí v člověku. (Mazal, 2000)

3.2 Tělesná výchova u osob s tělesným postižením

Tělesná výchova má u osob imobilních nebo s omezenou hybností velký význam. Zlepšuje tělesný i zdravotní stav, rozvíjí pohybové dovednosti a rozšiřuje pohybové

možnosti. Také se rozvíjí další analyzátoři jako zrakový či sluchový, poznávání, myšlení a řeč.

Pohybem a také hmatem člověk doplňuje představy o předmětech. Zjišťuje jejich vlastnosti (váhu, tvrdost, hladkost atd.) a teprve tímto ověřením nabývají zjištěné poznatky konkrétnost a přesnost a úplnost. Z toho můžeme odvodit, že pohyb má na vývoj člověka vliv po duševní i tělesné stránce a každé omezení pohybu tento vývoj omezuje nebo znesnadňuje. (Kábele, 1976)

Každý nový pohyb je proto velice důležitý. Osoby s tělesným postižením jimi zvětšují své okruhy pozorování a zjišťování nových informací.

Tělesná výchova se zaměřuje na reedukaci motorického a kinestetického postiženého analyzátoru. Také má za cíl rozvíjet hybnost dolních a horních končetin i celkovou pohybovou zdatnost. Při cvičení je důležité dodržovat zásady, které eliminují patologické pohyby. K této eliminaci dochází pomocí reflexně inhibičních poloh, které stanovila Marlandová. Tyto polohy jsou členěny podle poloh těla na leh, sed, stoj, artikulace.

V lehu je reflexní inhibiční poloha v té chvíli, pokud je vyrovnaná bederní a hrudní páteř, ohnuté končetiny jsou natažené, šíje a hlava jsou drženy zpříma.

V sedu tato poloha vypadá tak, že je vyrovnaná bederní a hrudní páteř, dolní končetiny jsou ohnuty v kyčli, horní končetiny nataženy, šíje a hlava jsou drženy zpříma.

Ve stoji je reflexně inhibiční poloha pokud máme opačný úklon šíje a hlavy, opačný úklon trupu, ohnuté paže jsou nataženy, dolní končetiny jsou se zkřížení odtaženy.

Reflexně inhibiční poloha *při artikulaci* je charakteristická při nacvičování retných, zubožených a dásňových hlásek. (Kábele, 1988)

3.2.1 Indikace a kontraindikace jednotlivých druhů cvičení pro osoby s tělesným postižením

Podle zjištěné vady:

Vady páteře a hrudníku:

1. odstávající lopatky:

- nevhodná cvičení – přetahy, cvičení ve vzporu;
- vhodná cvičení – cviky na stahování lopatek;

2. deformity hrudníku:

- nevhodná cvičení - přetahy, cvičení ve vzporu;

- vhodná cvičení – rušné rozcvičování, plavání, cviky ve visu;
3. *skolióza:*
- nevhodná cvičení – jako u předchozích;
 - vhodná cvičení – klony, otáčení trupu v lehu na zádech, plavání, dechová cvičení;
4. *kulatá záda:*
- nevhodná cvičení – předklony, přetahy, zvedání, cvičení ve vzporu;
 - vhodná cvičení – cviky na vzpřímení v lehu na zádech, vzpažování, hrudní záklon;
5. *plochá záda:*
- nevhodná cvičení – výdrž ve stoji, cvičení ve vzporu;
 - vhodná cvičení – klony trupu, přetlaky, šplh, posilování zádového svalstva;
6. *hyperlordóza:*
- nevhodná cvičení – záklony, výdrž ve stoji, přetahy, přetlaky, nošení břemen;
 - vhodná cvičení – hluboké předklony, lezení po čtyřech (ne v kleku), dosahování rukama na špičky nohou;

Vady nohou a kyčlí:

1. *vady kyčelního kloubu:*
- nevhodná cvičení – dlouhé pochody, skoky, stání delší dobu, nošení břemen;
 - vhodná cvičení – cvičení bez dlouhého a náročného zatěžování nohou;
2. *kolena do O nebo X:*
- nevhodná cvičení – jako u předešlé vady,
 - vhodná cvičení – jako u předešlé vady,
3. *ploché nohy:*
- nevhodná cvičení - jako u předchozí vady,
 - vhodná cvičení – v sedu (uchopování a podávání). (Kábele, 1976)

3.2.2 Zásady pohybové výchovy

Pohybová výchova se jako pojem vyskytuje v učebnici Somatopedie od autorů Kábeleho, Kočího, Judy a Černého vydané roku 1970.

Je to sice již čtyřicet let od napsání této publikace, ale zásady pohybové výchovy, které se v ní vyskytují, přesahují do současnosti. Pohybová výchova tedy rozvíjí hybnost postižených orgánů, končetin. V dnešní době je v postavení tehdejší pohybové výchovy fyzioterapie, popřípadě ergoterapie. Není tomu tak dávno, co byla pohybová výchova ve školních osnovách, známá též jako léčebná tělesná výchova apod. Od roku 2004, kdy vešel v platnost nový školský zákon č. 561/2004 Sb. ve znění pozdějších předpisů, jsou všechny výchovy a původní osnovy nahrazeny rámcovými vzdělávacími plány (dále jen RVP). RVP jsou pro každou věkovou skupinu – RVP pro mateřské školy, pro základní školy a následně také pro školy střední. Zde už se neobjevuje tělesná výchova nebo léčebná tělesná výchova, ale oblasti, jako např. Dítě a jeho tělo apod.

Jak již bylo uvedeno, tyto zásady nejsou zcela aktuální, ale přesahují i do 21. století a do současného pojetí somatopedie.

První zásadou je **vývojovost**. Vývojovost odráží fylogenetický i ontogenetický vývoj jedince. O vývoji jedince jsme se již zmínila v kapitole I. Vývoj je zřetelný na horních, dolních končetinách a na řeči. Řeč počíná prvotním křikem, nastává fáze emocionální (dítě vyjadřuje libost a nelibost), broukání a žvatlání jsou další fáze (žvatlání je dále dělí na motorické a napodobivé). Toto období trvá zhruba do 9. měsíce dítěte, kdy se poté objevuje rozumění řeči a dítě se soustředí na chápání obsahu. Období vlastního vytváření řeči je členěné na období emocionální, asociační, logických pojmů, intelektualizace a gramatizace. Tento vývoje je ukončen zhruba ve čtvrtém roce dítěte. Individuální rozdíly ve vývoji hybnosti i řeči jsou nevyhnutelné, záleží na vrozených dispozicích, na prostředí ve kterém dítě vyrůstá a na mnoha dalších faktorech. (Kábele, 1970)

Mezi další zásadu řadíme **reflexnost**. Znamená to využívání reflexů při rozvíjení dovedností. O reflexech již byla také zmínka v kapitole I. Přirozené reflexy využívá ve své terapii Prof. MUDr. Václav Vojta či metoda manželů Bobathových.

Zásada rytmizace hybnosti a řeči nám napomáhá rozvíjet dovednosti pohybové a mluvní. Jde o usnadnění logopedické péče především u dětí s dětskou mozkovou obrnou. Logopedická intervence se také provádí např. Orofaciální stimulací a dalšími postupy.

Zásada komplexnosti je z hlediska lékařského, psychologického a pedagogického v současné době asi nejvíce zmiňována. Komplexní rehabilitace je současným trendem. Na toto téma bylo uspořádáno spousta konferencí a přednášek. Obecně řečeno jde v komplexní rehabilitaci spojení složek základních a odborných. Základními složkami

jsou lékařská (léčebná), výchovně – vzdělávací, pracovní a sociální složka. Mezi odborné složky řadíme péči psychologickou, technickou, právní a ekonomickou.

Zásada komplexnosti při pohybové výchově je dle autora Kábeleho (1970) myšlena především na komplexní působení několika činitelů při pohybovém a mluvním projevu. Jde tedy o posilování podnětů motorických a kinestetických podněty sluchovými a zrakovými – to vše při pohybové výchově. Naopak tyto podněty působí při rozvíjení řeči, tedy motorické a kinestetické podněty podporují podněty sluchové a zrakové.

3.3 Sport a hra

Hra je aktivita, prožitek, zábava, učení, volnost, radost a dalo by se použít spoustu dalších synonym. Hra postupuje životem člověka po celý život. Psychologicky jde podle úrovně hry rozpoznat vývojovou opožděnost dítěte, temperament i sociální chování. Ve své podstatě je hra cílená činnost člověka a je k životu nezbytná. (Mazal F., 2000) Hra může být také chápána jako mechanismus, který patří k lidskému chování, redukuje napětí v člověku a přenáší ho do přijatelných rovin. Hra má cyklistický charakter, což znamená, že má novou, progresivní syntézu protikladů denního života. Zdroj hravé činnosti má vnitřní impulzy. Hra umožňuje lidem, bez ohledu na věk, vstupovat do sociálních rolí, ventilovat napětí, dívat se na sebe jako na objekt odlišný od ostatních. Učí vnímat role druhých lidí. Sociální aspekt můžeme vidět i v tradičním hřišti. To určuje sociální pořádek. (Mazal, 2000)

Podle téhož autora pohybovou hru chápeme jako „*záměrnou, uvědoměle organizovanou pohybovou aktivitu dvou a více lidí, v prostotu, čase, s předem dobrovolně dohodnutými a bezpodmínečně dodržovanými pravidly. Hra má účelný a souvislý, uzavřený děj. Je charakterizován napětím, radostí, veselím, vysokou motivací k činnosti, uplatněním známých dovedností, pohodou a častou soutěživostí.*“ (Mazal, 2000, str. 13)

Jak se vyvíjí společnost, vznikají také nové hry a sporty. Publicita sportu a pohybu mění také lidi. Nutí i pasivní sportovce pohybovat se, sportovat. Nové výzkumy pomáhají k přiblížení sportu lidem. Vznikají nové sporty, pravidla, sportovní náčiní. Vše se přibližuje běžnému uživateli. Potvrzuje to i vznik nových sportovišť a zvyšující se návštěvnost těchto sportovišť. Sport a pohyb jsou dva elementy, které jsou od sebe neoddelitelné. Společným prvkem může být soutěživost. Mírným rozdílem je pocit vítězství. Pro většinu her pohybových je vítězství až druhotné. Jde především o prožitek. Také pravidla se dají měnit, je možno pohybovou hru přizpůsobit podmínkám, ve kterých

ji chceme hrát. Hra sportovní má daná pravidla, která jsou všeobecně známá a dodržována. Sportovní hry jsou také více komerční záležitostí. Tento zisk nutí sportovní hry měnit do té formy, která vyhovuje divákům. (Mazal, 2000)

Jasně definovaný kontext sportu je protikladný od hry, i když se ve hře vyskytuje. Ve sportu je to aktivita, která komunikuje se svými diváky. Naopak hra, ta v krátkých časových úsecích nabízí vrchol, výsledek. Postavení hráčů je rozdílné. Ve hře jsou anonymní, ve sportu se stávají hrdiny.

Ať je to sport nebo hra, existují v nich stejné šance pro všechny. Máme možnost se v nich realizovat, zkusit překonat překážky. Obnovují v nás představivost, podněcují přemýšlení. Proto je důležité rozvíjet hru a sport také u jedinců s tělesným postižením. Je to možnost, jak zvýšit jejich sebedůvěru, sociální prestiž. Všechny dopady a důsledky hry a sportu jsou u jedinců s tělesným postižením totožné jako u intaktní společnosti.

Ontogeneze herních činností

Jakou hru kdy vybrat, to je základní otázka. Proto si přiblížíme stručnou ontogenezi hry, jak ji můžeme s vývojového hlediska pozorovat. Děti předškolního věku potřebují a vyhledávají pohyb. Utváří si vlastní schémata. Vyskytují se u nich hry individuální, hry s potřebností větší míry lokomoce je ještě problémem. Kolem pátého roku se vyskytují hry se společným cílem. První období herních činností končí nástupem do školy. Zvyšují se požadavky na pozornost, soustředění. Délka pohybového zatížení se snižuje, zhoršuje se kvalita držení těla. V tomto období děti snad vytváří nové pohybové stereotypy, zlepšuje se koordinace a zvyšuje rychlost. Pohybové hry se přeměňují do her sportovních. Zkvalitňují se hry rozumové. Zhruba ve čtvrtém ročníku se zcela běžně objevují hry s důrazem na soutěžení.

Puberta je charakteristická úbytkem fyzických sil, výkonnosti. Pohybové hry pomáhají toto období lépe zvládnout, přijmout důsledky fyziologické přeměny. Míčové hry jsou samozřejmostí. Hra musí mít cíl a náročnější zvládnutí herních situací.

Pohybová hra u dospělého člověka je běžnou součástí jeho života. Jde mu o prožitek, kolektivismus, dodržování pravidel apod. Výjimku netvoří ani lidé seniorského věku. (Mazal, 2000)

3.4 Vojtova metoda reflexní lokomoce

Vojtova metoda a sportovní aktivity mají spoustu společného, ač se to zpočátku nemusí zdát. Převážná většina osob s poruchou mobility Vojtovu metodu absolvovala, nebo ji stále absolvuje. Kdyby necvičili, neměli by takový rozsah pohybu a v mnoha případech by nemohli ani sportovat.

Tato metoda je zaměřená především na děti s dětskou mozkovou obrnou, dále je její indikace doporučována při ortopedických vadách a také osobám po náhlé mozkové příhodě. (Pfeiffer, 2005) Je to diagnostický a terapeutický systém. Základním principem je fakt, že v centrálním nervovém systému jsou geneticky zakódované motorické vzory, které jsou v něm uloženy holograficky a ne topicky. (www.rl-corporus.cz)

Základem Vojtovy metody jsou dva prvky. Prvním je reflexní plazení a druhým reflexní otáčení. *Reflexní plazení* je založeno na podnětech z tzv. spoušťových zón. Jde o přípravu základních souhybů trupu a končetin. I když plazení není skutečná lidská lokomoce, dítě automaticky tyto polohy a pohyby zaujímá. Skutečné plazení je u plazů, kdy se páteř prohýbá do stran, a přemísťují se opěrné body. *Reflexní otáčení* je souhra pohybů a dítě k němu biologicky dospěje kolem 6. měsíce. Vojtova metoda využívá při reflexním otáčení spoušťových mechanismů (zón). Tlakem na tuto zónu se začne uplatňovat otáčecí mechanismus. (Pfeiffer, 2005)

3.5 Využití canisterapie při sportu osob s poruchou mobility

Canisterapie je jednou z možných terapií pomocí zvířat. Je to tedy léčebný kontakt psa a člověka. Její léčebné účinky zasahují do oblasti psychické, sociální i fyzické. Rozvíjí jemnou a hrubou motoriku, podněcuje verbální komunikaci, rozvíjí schopnost orientovat se v prostotu, napomáhá sociálnímu učení, přispívá k duševní rovnováze. (www.canisterapie.cz)

U osob s tělesným postižením canisterapie napomáhá k rehabilitaci i rychlejšímu uzdravování. Přispívá k uvolňování spasmů či naopak k posílení svalového tonusu u osob s hypotonickou formou dětské mozkové obrny. (Vrbová, 2005)

Podle Lacinové (1998) započalo využívání psů pro léčebné účely roku 1993. Dr. Lacinová se sama dětskou psycholožkou a spolupracovnicí v brněnském sdružení zabývající se canisterapií. Tvrdí, že pro děti jsou užitečné jak jednorázové akce, tak víkendové či týdenní pobyty za přítomnosti psa.

Metodologické zásady terapie pomocí psiho spřežení

Ta samá autorka uvádí základní zásady terapie. Psi by měli být chápáni jako terapeutický prostředek, minimální kontakt se psy je 2x denně, na skupinu 50 dětí připadá šest psů, poučit děti o zacházení se psy, zapojovat děti do péče o psy, volit vzhledové rozlišné psy (děti si je lépe zapamatují). (Lacinová, 1998)

Náměty pro sněžná spřežení

- jízda na saních se spřežením pro osoby s tělesným postižením,
- jízda jedním až dvěma psy na specializovaném vozíku SACCO. (Lacinová, 1998)

3.6 Rehabilitační vzdělávací program pro základní školy speciální

Tento vzdělávací program je určen pro žáky s těžkým postižením a souběžný postižením více vadami. „*Těžké postižení je komplex omezení člověka jako celku ve všech jeho prožitkových sférách a výrazových možnostech.*“ (Vítková, 2006, str. 193)

Ekvivalentem těžkého postižení může být také pojem vícenásobné postižení. V této souvislosti o něm hovoří Vašek (1996).

V souvislosti s vícenásobným postižením jsou postiženy také základní funkce člověka. Jsou to především onemocnění dýchacích cest, progresivní tělesné změny, záchvatová onemocnění. (Vítková, 2006)

3.6.1 Zásady podpory těžce postižených žáků

- realizace vyučování tak, aby byl středem pozornosti žák a jeho životní situace,
- volba takových činností, které směřují k naplnění individuálních výukových cílů,
- vyučování uspořádáno tak, aby to byl variabilní proces,
- jako základ pro vytvoření vztahů zajistit atmosféru jistoty a bezpečí,
- zajištění zážitkové pedagogiky, která by dosáhla k náklonnosti a orientaci těžce postiženého dítěte k osobám i věcem. (Vítková, 2006)

Okruh žáků, kterým je přínosný rehabilitační vzdělávací program, charakterizuje Švarcová (1999). Jsou to žáci s těžkým a hlubokým mentálním postižením, s těžkým zdravotním postižením nebo s více vadami. Učitelé pracují s alternativní a augmentativní komunikací, používají speciální pomůcky usnadňující vzdělávání i komunikaci.

Součástí osnov Rehabilitačního programu je rehabilitační tělesná výchova. Ta je zaměřena na rozvíjení aktivní hybnosti, správné držení těla, zvládnutí základních pohybových dovedností, posilování pohybové výkonnosti a zvyšování tělesné zdatnosti.

Rozvíjení hybnosti je prováděno prostřednictvím:

- ležení a otáčení ve vhodné poloze;
- polohování s oporou, zvedání hlavy s výdrží;
- uvolňování končetin, cviky na podložce;
- lezení a plazení daným směrem, volně v prostoru a mezi překážkami;
- stimulace pohybu v prostoru a změny polohy;
- nácvik vertikalizace (možno použít kompenzační pomůcky);
- procvičování sezení, stoje s oporou;
- nácvik chůze po nakloněné rovině;
- pohybových her;
- úchop předmětu a manipulace s předmětem;
- pohybové činnosti v rytmu hudby;
- masáže, relaxace, jógové cviky atd. (www.vuppraha.cz)

Rehabilitační cvičení:

- cvičení dle Bobatha, cvičení orofaciální oblasti;
- nácvik úchopu klíšťového a špetkového;
- masáže zad a končetin;
- reflexní masáže plosek nohou;
- stabilizace sedu, posílení zádového svalstva;
- cvičení v kuličkovém bazénu;
- cvičení s rehabilitačními míči a polohovacími kostkami;
- využívání speciální židle atd. (www.vuppraha.cz)

4 Počátky sportovních aktivit osob se zdravotním postižením

4.1 Historie sportu osob s tělesným postižením

S historií sportu osob s tělesným postižením se také váže historie vzniku „wheele-chaire“, tedy vzniku rehabilitačního vozíku (v té době křeslo na kole). Jako první osobou, která tento vozík používala, byl Ludvik Stuart. Psalo se datum 11. ledna 1662. Pod názvem wheele-chaire je znám v anglicky mluvících zemích do současnosti.

Jeho praktické použití v životě osob s tělesným postižením je známo až od 20. století. Užívali ho lidé s postižením nebo ochrnutím dolních končetin nebo s deformacemi dolních končetin. Vozík měl v té době podobné přínosy jako doteď. Umožnil osobám nepohybujícím se na vlastních končetinách zařadit se do společnosti. Mohli navazovat sociální kontakty, zvýšila se jejich nezávislost a to vše se začalo odrážet v možnosti samostatně žít.

Sport osob s tělesným postižením se nedá odloučit od rehabilitačního vozíku. Prvním průkopníkem v této oblasti byl Ludwig Gutmann. Byl to zakladatel rehabilitačního centra, kde léčil těžce tělesně postižené vojáky, raněné za II. Světové války. Toto centrum se nacházelo ve Stoke Mandeville v Londýně. Gutmann byl propagátorem ne jen klasických léčebných postupů, ale také ordinoval v hojné míře tělesnou výchovu a sport. Sportovní činnosti nabyly v centru na významu, a tak se dr. Gutmann rozhodl uspořádat sportovní klání a soutěže. (Kábele, 1992)

Nebyla to jen Anglie, kde se začaly rozšiřovat myšlenky sportu osob s tělesným postižením. Také za oceánem, v USA, se zásluhou centrem pro válečné veterány pořádaly sportovní turnaje. Centra pro válečné veterány byla zřizována ve všech amerických státech. V roce 1946 se začaly v USA přizpůsobovat osobám s tělesným postižením sporty jako lehká atletika, plavání, basketbal, softbal a vodní pólo.

Anglie byla v rozšiřování sportů upravených pro osoby s tělesným postižením ještě dále. Vozíčkáři se věnovali mimo plavání a atletiky dále také šermu, kuželkám, vzpírání, lukostřelbě a volejbalu. Soutěže, jako i pravidla, byla domluvena prozatím výhradně jen mezi rehabilitačními centry. Až v roce 1948, konkrétně 21. července, se uskutečnily první sportovní hry vozíčkářů oficiálně. Nebyl to nikdo jiný než dr. Guttmann, který se o to zasloužil. První mezinárodní hry na sebe nenechaly dlouho čekat. Roku 1952 se uskutečnily za účasti 130 sportovců ve Stoke Mandeville. Dr. Guttmann nebyla osoba, která by se ale spokojila v té době se současnou situací. Založil mezinárodní sportovní

organizaci pro vozíčkáře a to roku 1957. Posláním bylo pořádat pravidelné soutěže a závody, také ovlivňovat vývoj sportovních disciplín a určovat pro ně herní pravidla.

Veškerý tento vývoj musel logicky směřovat ještě dále a to k naplnění největší sportovní události- k Olympijským hrám. To se povedlo roku 1960, kdy po ukončení olympiády v Římě, se na témž místě uskutečnila historicky první Paralympiáda. Jméno dr. Guttemanna bude asi navždy spojeno se vznikem a propagací Paralympiád. (Kábele, 1992)

Ty se od svého vzniku konaly již dvanáctkrát v letním období a osmkrát v období zimním. A jelikož máme rok 2010, i letos se můžeme těšit na paralympiádu v Kanadě. (Viz. Tabulka č. 2)

Tabulka č. 1. Přehled konaných zimních a letních paralympiád

	Zimní paralympiáda	Letní paralympiáda
1952	Stoke Mandeville, Velká Británie	
1960	Řím, Itálie	
1964	Tokio, Japonsko	
1968	Tel Aviv, Izrael	
1972	Heidelberg, Německo	Örnsköldsvik, Švédsko
1976	Toronto, Kanada	
1980	Arnheim, Nizozemsko	Geilo, Norsko
1984	Stoke Mandeville, Velká Británie	Innsbruck, Rakousko
1988	Soul, Korea	Innsbruck, Rakousko
1992	Barcelona, Španělsko	Tignes - Albertville, Francie
1994		Lillerhammer, Norsko
1996	Atlanta, USA	
1998		Nagano, Japonsko
2000	Sydney, Austrálie	
2002		Salt Lake City, USA
2004	Atény, Řecko	
2006		Turín, Itálie
2008	Peking, Čína	
2010		Vancouver, Kanada
2012	Londýn, Velká Británie	

Zdroj: www.paralympic.cz

Pojem paralympiáda byl původně odvozen od prvních účastníků těchto olympiád – od paraplegiků. Tedy osoby s postižením páteře. Změna chápání pojmu paralympiáda se postupně vyvíjela a v současnosti je chápána jako olympiáda osob s tělesným postižením, svalovými dystrofiemi, osob se zrakovým postižením a dalšími

druhy zdravotního postižení. Tyto změny se tedy odrazily nejen ve skupinách osob se zdravotním postižením soutěžících na paralympiádě, ale také sebou přinesla řadu změn v oblasti samotných sportů. Postupně byly sporty rozšiřovány, upravována pravidla, zvýšil se počet účastníků.

Do této doby je relativně velký rozdíl mezi letními a zimními paralympijskými hrami. Tento rozdíl byl již v 70. letech, kdy zastánci zimních sportů tělesně postižených poukazovali na to, že tyto sporty nejsou příliš rozšířeny. Důvody byly celkem logické – obtížnější dostupnost zimních sportovních areálů, které by byly upravené pro osoby s tělesným postižením; malé speciálně technické vybavení i větší časová náročnost přípravy.

Průkopníky v zimních sportech osob s tělesným postižením jsou skandinávské země, Kanada a USA.

S rozvojem sportů osob s tělesným postižením jde také ruku v ruce rozvoj sportovního vozíku pro osoby s tělesným postižením a také rozvoj tréninkových metod.

Sportovní invalidní vozík



Současně s rozvojem sportu se rozvíjely i sportovní vozíky. Původně vozíčkáři používali klasické vozíky, až postupem času se začaly vyvíjet tyto speciální. První univerzální vozík se na trhu objevil díky firmě Everest Jennings. Bylo to ve čtyřicátých letech 20. století. První vozík byl vyroben z chromované oceli a vážil 23 – 26 kg.

Celý vývoj sportovních vozíků šel dvěma směry. První byl vývoj vozíků pro sálové sporty, druhé byly vozíky pro lehkootletické sporty a jízdu na dráze či na silnici.

Postupně se vyvíjely poháněcí obruče, zadní kola, rozpěrky na horní končetiny, výše sedadla atd. Také se experimentovalo s rozsahem úhlů. Připevňovala se přední kolečka zevnitř, aby nepřekážely při sportu. „V sedmdesátých letech přišli sportovci vozíčkáři s dalšími zlepšeními. Tak např. Charles Williams z Los Gatos v Kalifornii vylepši nápravu u krabicového typu vozíku tím, že osu posunul o 5 cm vpřed, čímž se zmenšila vzdálenost os a poloměr otáčení.“ (Kábele, 1992, str. 18) Hlavními snahami konstruktérů bylo zmenšit váhu vozíku.

Sportovci lehkootletci používající speciální vozík na jízdu, se dočkali výrazné proměny v osmdesátých letech. Začala se používat tzv. „tříkolka“, která se ihned stala velmi oblíbenou.

Vysokou úroveň sportu vozíčkářů i jejich sportovního náčiní určuje konkurence schopný trh. V příloze č. 2 jsou uvedeny některé značky podporující vývoj sportovních vozíků a také ukázka sportovních vozíků.



Velmi známou značkou na sportovním trhu se stal Otto Bock, který v roce 2005, podepsal dohodu o partnerství s Mezinárodním paralympijským výborem. Tato smlouva měla trvání až do roku 2008. (www.ottobock.cz)

V současnosti se na rozvoji konstrukcí vozíků podílejí sami uživatelé. Znamená to, že vozíky se pro profesionální sportovce dělají přímo na zakázku.

Angažované organizace



Mezinárodní paralympijský výbor

Rok 1882 znamenal vznik Mezinárodního koordinačního výboru světových organizací postižených sportovců, který vznikl ze čtyř mezinárodních federací. V roce 1992 se změnil název, a tak vznikl nám již známý Mezinárodní paralympijský výbor (IPC). Slučuje tyto mezinárodní federace:

- mentálně postižení sportovci (INAS – FID),
- spasticky postižení sportovci (CP ISRA),
- tělesně postižení sportovci (IWAS),
- zrakově postižení sportovci (IBSA).

Sluchově postižení sportovci mají také svou mezinárodní federaci (IDSC), ale zatím se nepodařilo se sloučit k Mezinárodně paralympijskému výboru. Jejich mezinárodní akce se jmenuje Deaflympiáda, koná se vždy v lichých letech za Paralympiádami.

Mezi činnosti Mezinárodně paralympijského výboru patří dohlížet, určovat a koordinovat organizaci na Paralympiádě; prosazovat integraci sportu sob se zdravotním postižením do mezinárodních organizací sportovců bez handicapu; podporovat vzdělávací a rehabilitační programy, výzkumy, podpůrné aktivity; pokouší se prostřednictvím sportu rozšířit příležitosti pro osoby se zdravotním postižením. (www.paralympic.cz)

Český paralympijský výbor



Český paralympijský výbor vznikl jako paralela Českého olympijského výboru. Založení se uskutečnilo 26. ledna 1994. Jako jediný

může řídit a organizovat paralympijské hnutí. „*Posláním ČPV je chránit paralympijské a deaflympijské hnutí, jeho aktivity a ideály mezi zdravotně postiženými sportovci, přispívat k výchově všech jeho účastníků k čestnému jednání podle zásad hnutí fair play a Etického kodexu ČPV a tím také přispívat k jejich společné integraci.*“ (stanovy ČPV, článek II., rok 2007 – viz příloha č. 3).

Fair play je jednou z otázek, kterou se zabývá jak ČPV, tak také odborné publikace. Tohta (1998) je fair play to, co do sportu vnáší hodnotu humanity. Ceněná je tam, kde jde proti trendu, což ve sportu platí. Jde přeci o to vyhrát. Projev humanity ve sportu či ve válečných konfliktech je zcela něco neočekávaného a tedy také velmi ceněného.

Další činností ČPV je přispívání k vrcholné přípravě sportovců na největší a nejprestižnější světové soutěže. Členství v ČPV mohou získat sportovní svazy, kterých může být pouze pět a dělí se podle zdravotního postižení (členové svazu s mentálním postižením, se sluchovým postižením, se spastickým postižením, s tělesným postižením a se zrakovým postižením).

- Česká asociace tělesně handicapovaných sportovců (**ČATHS**)
- Česká federace Spastic Handicap o. s. (**ČFSH**)
- Český svaz mentálně postižených sportovců (**ČSMPS**)
- Český svaz neslyšících sportovců (**ČSNS**)
- Český svaz zrakově postižených sportovců (**ČSZPS**)
- Přidruženým členem ČPV je Český svaz vnitřně postižených sportovců (**ČSVPS**). (www.paralympic.cz)

Do roku 2004 byl řádným členem ČPV i Český svaz tělesně postižených sportovců, který na vlastní žádost z ČPV vystoupil.

Členové mají právo na účast na akcích ČPV, mají právo předkládat své návrhy a náměty na případné změny atd.

V současné době (k 20. 2. 2010) se ČPV zabývá otázkou Paralympiády, která začíná 12. 3. 2010. Naši zástupci budou v řadách sportů. Pro ilustraci jsou to sporty: alpské lyžování či sledge hokej.

Český svaz tělesně postižených sportovců



Český svaz tělesně postižených sportovců vznik roku 1990. Zajišťuje činnost zhruba třem tisícovkám sportovců, kteří jsou sdruženi v 82 klubech. Poskytuje nabídku sportovních aktivit a zabezpečuje

podmínky pro vrcholový sport a reprezentaci ČR. Sporty, které mají ve své nabídce, jsou velmi rozmanité. Seřadíme si je abecedně: atletika, basketbal, cyklistika, florbal, jachting, jezdeckví, kuželky, lukostřelba, lyžování, orientační závod, plavání, rugby, sledge hokej, stolní tenis, střelba, šachy, tenis, triatlon, turistika, volejbal a vzpírání. (www.cstps.cz)

4.2 Rekreační sport osob s tělesným postižením v ČR od 60. let 20. století po současnost

Vývoj rekreačních sportů a sportovních aktivit pro osoby se zdravotním postižením se váže na různé osobnosti a společenství.

Mluvíme zde o počátcích aktivit zhruba v šedesátých letech minulého století, tedy v době, kdy nebylo přáno osobám s jakýmkoliv typem a rozsahem postižením ani jejich rodičům či přátelům se jakkoliv sdružovat či provádět akce zaměřené právě pro tyto osoby. Čili šlo jak o boj s vyrovnáním se s postižením, tak také o boj s byrokracií a minulým politickým systémem. Jak uvádí Plášek (1998), šlo vždy jen o dobrovolnost konkrétních lidí, kteří chtěli budovat klubové činnosti a svépomocné skupiny, popřípadě táborové rekreace osob se zdravotním postižením.

Současně s rozvojem těchto svépomocných skupin (v dnešní době by se nazývali občanské sdružení), se rozvíjel také organizovaný sport zdravotně postižených. Vznikaly organizované tělovýchovné jednoty, sportovní oddíly atd.

Popíšme si teď historii rekreace a volnočasových aktivit zdravotně postižených osob, jejich rodičů a přátel. Tyto aktivity jsou úzce spojeny se jménem Jaroslava Machka, který začal aktivně pracovat na konci šedesátých let. On a jeho blízcí založili skupinu přátel a rodičů osob se zdravotním postižením, která se později legalizovala jako „Komise rodičů a přátel tělesně postižených dětí“ (dále jen Komise). V té době byla tato skupina začleněna do jediné organizace pro zdravotně postižené v České republice, a to do Svazu invalidů. Vytvořená Komise neměla žádnou právní samostatnost, spadala tedy výhradně pod Svaz invalidů a byla závislá na její shovívavosti v oblasti financování i schválených programů. Komise se snažila nepodcenit volnočasové aktivity, které se do té doby uskutečňovaly pouze minimálně na půdách některých škol. (Plášek, 1998)

Počátky práce byly ve vzájemném setkávání rodičů a přátel zdravotně postižených osob. Vytvářeli programy jak sportovní, tak kulturní a realizovali je v provizorních domácích podmínkách. První klubové aktivity měly charakter besídky, vystoupení a vymýšlením sportovních aktivit.

Pravidelná setkávání vyústila v první prázdninový tábor v roce 1974.

Postupně se tyto tábory začaly realizovat častěji, jako odezva na kladnou reakci jak dětí, tak jejich rodičů. Aby nedocházelo k negativním důsledkům, školili si sami členové Komise studenty na práci se zdravotně postiženými dětmi.

Až do roku 1990 tyto skupiny pracovaly ve čtyřiceti okresech bývalé Československé republiky. Po roce 1989 se Komise přetřansformovala na občanské sdružení pod názvem, do současnosti platným, „Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí“. Asociace je nadále aktivním poskytovatel sociálních služeb. Jejich sídlo je v Praze na Karlínském náměstí.

Mezi její činnosti nadále patří organizování prázdninových táborů, školení hlavních i oddílových vedoucích těchto táborů a také psycho-rehabilitační pobyty rodičů s dětmi s postižením i s dětmi bez postižení. Jak uvádí Hadraba (1998), tyto pobyty patří k nezastupitelným zejména v prvních rocích života dítěte s postižením. V současné době tyto pobyty realizuje také služba sociální prevence – raná péče.

5 Charakteristika jednotlivých sportů pro jedince s tělesným postižením

5.1 Vodní turistika

Vodácké tábory se začaly pořádat v roce 1983. Převážnou většinu účastníků tvořily děti s diagnózou dětská mozková obrna. Tábor uspořádala dětská léčebna Nové Lázně v Teplicích. Sjezd byl plánován na řece Lužnici. Zajímavostí je, že dva účastníci byli pozdějšími reprezentanty ČR na Paralympijských hrách v Atlantě v roce 1996. Podobný tábor uspořádal o rok později Svaz invalidů taktéž za pomoci Nových Lázní. Od roku 1990 se tyto tábory začaly kombinovat s cyklistikou. (Hadraba, 1998)

Přednosti vodní turistiky

Charakterizujeme si základní přednosti z hlediska naukového, výchovného a psychoterapeutického jak je uvádí Hadraba (1998). Pobyť v přírodě je pro děti s tělesným postižením jakousi lekcí života. Vyzkoušejí si mnohé praktické dovednosti (štípání dřeva, uvazování lodi, příprava pokrmů, drobné opravy). Neopomenutelný je také fakt, že děti poznávají řeky, města, orientují se v zeměpise. Pobyty mají také sociální dopad. Účastníci si vzájemně pomáhají, navazují vztahy, které jsou nesmírně důležité pro jejich socializaci. A nejméně důležitý dopad je také na společnost, která má možnost osoby s tělesným postižením vnímat jako rovnocenné partnery v jakýchkoliv činnostech.

Indikace vodní turistiky

Plavba po proudící vodě uspokojuje potřebu pohybu, je vhodná pro jedince, kteří se sami nemohou hýbat. Doporučuje se také osobám chodícím s podpurným aparátem, v rolátoru či s berlemi. Příznivě působí také na jedince neklidné, úzkostné.

Velmi dobře se dávkuje zátěž. Mohou pádlovat na obou stranách, chvílemi odpočívat, zkoušet si různé polohy. Při vodáckém táboře se také dají velice dobře kombinovat dvojce na lodi, podle toho, kdo jak si vyhovuje.

Všechny činnosti jsou konzultovány s vedoucím tábora a lékařem. (Hadraba, 1998)

Plavidla pro vodní turistiku

Mohou to být pramice, kanoe, kajaky, raftové čluny. Součástí každého výcviku musí být také pádla a plovací vesty.

Základem pro bezpečnou plavbu je rozmístění osob ve člunech, což je úkolem pro instruktory a v neposlední řadě je důležitou součástí výběr vhodné řeky. (Hadraba, 1998)

5.2 Plavecký výcvik

Plavecký výcvik neodmyslitelně patří ke každému vodáckému pobytu. Kolik je potřeba hodin výuky záleží na typu a stupni postižení, také na inteligenci dítěte. Rozmezí je od 20 hodin výuky u lehčích forem dětské mozkové obrny do 100 hodin u jedinců imobilních. Hadraba (1998) tvrdí, že lze naučit plavat prakticky každého, jen je k tomu potřeba mnohaletá příprava a hodiny tréninku a nácviku. *„Úspěšné byly naše pokusy s nácvikem plavání u dětí se svalovou dystrofií. Obraz těchto postižení je velmi rozmanitý. U některých dětí nedochází k progresi, stav se stabilizuje a tyto děti mohou i trénovat s vyššími tréninkovými objemy. Děti, u nichž svalová dystrofie progreduje, rovněž plavou, jejich pohyb ve vodě je však velmi pomalý a cvičitel musí přísně dbát, aby se dítě neunavilo.“* (Hadraba, 1998, str. 76)

Součástí plaveckého výcviku je **skok do vody**. Pro skoky do vody po nohou je potřeba alespoň dva a půl metru vody. Tréninky je potřeba postupně dávkovat. Další částí je **potápění**. Nejprve se učí otevírat oči pod vodou, aby měli lepší prostorovou orientaci. Dají se také použít různé hry pod vodou, jako je například výlov předmětu apod. **Kondiční plavání** je také součástí výcviku, ale není to zcela nutné. Plavecké styly je nejlépe učit v pořadí kraul – prsa – znak. **Otužování a saunování** je zdravotně velice prospěšné, ale je potřeba dbát na to, aby děti neprochladly. Pobyt v sauně či v páře má pozitivní účinky na psychické napětí.

Plavání je vhodným cvičením pro osoby s dětskou mozkovou obrnou i podle MUDr. Stehlíka. *„Při plavání se provádějí rytmické symetrické pohyby končetinami, což slouží ke zlepšování držení těla, kromě toho se při nácviku plavání zlepšuje také pravidelnost dýchání, tak důležitá zvláště u dyskinetických forem dětské mozkové obrny.“* (Stehlík, 1977, str. 78)

5.3 Běžecké lyžování

Běžecké lyžování se stejně jako vodáctví začalo rozvíjet od roku 1983. Bylo to díky týdennímu výcviku pacientů dětské léčebny Nové Lázně.

Přednosti běžeckého lyžování

Běžecké lyžování má řadu výhod. Jednou z výhod je, že není tak fyzicky náročné jako lyžování sjezdové, čili je určeno pro větší skupinu jedinců. Také technika „běžkování“ je jednodušší než lyžování. Další výhodou je, že je ekonomicky nenáročné. Postačí k němu je běžecká výstroj a menší pokrývka sněhu. Také se nedá opomenout, stejně jako u vodáckého výcviku, výhoda poznávací. Běžecké lyže umožňují volný pohyb v zasněžené krajině, poznávání scenérií, přírody. Sociální dopad je taky zřejmý, kdy běžkaři jsou v neustálém kontaktu, vidí na sebe, mohou si vzájemně pomoci.

Indikace „běžkování“

Podle Hadraby (1998) je běžecký výcvik vhodný pro jedince s dětskou mozkovou obrnou, převážně v rozsahu hemiparetické a diparetické formy. Také je možno běžkovat s jedinci po amputacích. Překážkou v tomto sportu není ani mentální deficit v rozsahu lehké až středně těžké mentální retardace. Autor také uvádí, že tento sport je vhodný pro jedince vyznačující se ADHD (hyperaktivita s poruchou pozornosti). Nesmíme opomenout také děti s alergiemi či astmatem.

U jakéhokoliv typu a druhu postižení nebo nemoci musíme vhodnost sportu probrat s ošetřujícím lékařem.

Pedagogická působnost

Dopad běžeckého lyžování na osobnost je komplexní. Jedinci si rozvíjejí prostorou představitivost, orientaci v prostoru. Do tělesné stránky zasahují zrychlovací reakce, švihová cvičení, pohybová koordinace, rovnovážné cviky v sedu i stoji, poskoky i úchopy. Dále se děti mohou naučit jak zacházet s výbavou.

5.4 Tenis na vozíku

Historie tohoto sportu se datuje rokem 1976. Tenista Brad Parks hrál původně v USA profesionální tenis za juniory. Po nehodě, která ho upoutala na lůžko, se šest měsíců rehabilitoval, i přesto zůstal na rehabilitačním vozíku. Přemluvil své kamarády, aby s ním začali hrát tenis i přesto, že je na vozíku. Vznik první národní nadace pro tenisty na vozíku na sebe nenechal dlouho čekat. Vznikla roku 1980 a jen o rok později vznikla Wheelchair Tennis Players Association. Členové byli američtí a francouzští tenisté. V roce 1985 se přidali další tenisté z více zemí a vznikla IWTA (International Wheelchair Tennis

Federation). Ta začala vyjednávat s Mezinárodní tenisovou federací o členství v této organizaci. Federace nechala IWTA dlouho čekat. Vzala si ji pod svá křídla teprve roku 1998. Od té doby je IWTA součástí tenisového světa. Je zapojena do paralympijských her.

Vývoj tenisu na vozíku byl v ČR mírně opožděn. Trvalo to až do roku 1995, kdy Sportovní klub za práva vozíčkářů- SK HOBIT Brno sdružilo několik nadšenců a jejich snahy vyvrcholily založením občanského sdružení Český tenisový svaz vozíčkářů. Součástí paralympijského hnutí se stali až roku 2002. (www.cwta.cz)

Tenis na vozíku se pravidly téměř neliší od běžného tenisu.

Obrázek č. 1. Tenista na sportovním vozíku



Zdroj: www.cwta.cz

5.5 Jezdectví na koni

Tento druh sportu úzce souvisí s hipoterapií, jež je jednou ze součástí hiporehabilitace.

Hipoterapie

U hipoterapie dochází k nácvičku pohybu vpřed. To umožňuje třídímenzionální pohyb koňského hřbetu. Pokud na koni chceme jet, poddáváme se mu, a tudíž na nás působí jeho pohyb. Celý smysl terapie je založen na tom, že pohyb koně a člověka vychází ze stejného základu. Kůň používá přední nohy jako podstavec, čili to hlavní spočívá na nahou zadních. A to je to nejdůležitější – dochází zde k prostorovému pohybu. Lidská páteř reaguje na chůzi koně.

Je formulováno několik zásad, které se u hipoterapie dodržují:

- nepracujeme se sedlem, ale s měkkou podložkou, aby byl přenos pohybu z koně na člověka co nejintenzivnější. Sedlo je nevhodné z důvodu toho, že jezdci vnucuje polohu a sklon pánve. Také mění těžiště jezdce. Pro přidržení se používají madla,

- jezdec musí být ovlivněn pohybem koně, aby zpětně mohl na tento pohyb reagovat,
- hipoterapii může provádět pouze zkušený fyzioterapeut.
(www.neurocentrum.cz/hipoterapie.htm)

Indikace hipoterapie

Lze ji indikovat u neurologických onemocnění, mezi něž řadíme dětskou mozkovou obrnu, roztroušenou sklerózu, degenerativní nervová onemocnění. Další skupinou mohou být jedinci s ortopedickými onemocněními (skoliózy, svalové dysbalance apod.) nebo jedinci s onemocněním kardiovaskulárního systému, s astmatem či obezitou.

Léčebné pedagogicko psychologické ježdění

Tento druh ježdění je další součástí hiporehabilitace. Cílovou skupinou jsou lidé s mentálním postižením, neurologickými problémy, s logopedickými vadami, se smyslovým postižením nebo lidé žijící v institucionálním zařízení. Hlavním cílem je podpora sebedůvěry pacienta. To se děje prostřednictvím cvičení samostatnosti, obratnosti, odvahy, rozvojem komunikačních kompetencí. Součástí LPPJ je úklid ve stájích, příprava koně pro ježdění čištění a sedláním koně.

Sportovní ježdění

Tato oblast hiporehabilitace umožňuje zdravotně postiženým jedincům jezdecký výcvik v různých oblastech jezdeckého sportu. Do těchto oblastí patří paravoltura a paravoltiž. Podmínkou je účast na klasické hiporehabilitaci.

» **Paravoltiž** je disciplína vycházející se základů voltáže, což je gymnastika na koni. Pokud mluvíme o paravoltiži, jde o speciální disciplínu, která má upraveny podmínky pro osoby se zdravotním postižením. Příprava je vedena fyzioterapeutem a sledována lékařem. Podle Ježkové (2002) má paravoltiž své specifické cíle. Jsou jimi zdokonalení pohybových schopností zdravotně postižených jedinců, podpora samostatnosti, tvořivosti a sebevědomí jezdce (paravoltižera).

Cvičenci jsou klasifikováni do kategorií podle handicapu a pohlaví. Tuto klasifikaci provádí lékař nebo fyzioterapeut, kteří mají splněn kurz klasifikátora.

- **LH** – lehký handicap (jedince se skoliózou, vadným držením těla, epilepsií, astmatem, diabetem, specifickými poruchami učení a chování),

- **MR** – mentální postižení jezdce,
- **TH** – těžké postižení jezdce (dětská mozková obrna, deformace, amputace končetin, těžké smyslové vady, kombinované postižení).

Dále se kategorie člení na jednotlivce nebo skupiny. (Ježková, Zamrazilová, 2002)

Účastníci závodu mají dva druhy sestav – povinnou a volnou. Pravidla Paravoltiže viz Příloha č. 4

» **Paradrezura** je drezúra pro jezdce s postižením. Vychází z klasické jezdecké disciplíny – drezúry. Paradrezura se řadí mezi paralympijské sporty. Jezdec předvádí na daném úseku (drezurském trojúhelníku) předem danou úlohu. Úloha je hodnocena rozhodčími, kteří rozdávají známky od 0-10 bodů. Všechny pravidla se řídí mezinárodním paralympijským výborem. Jezdci mají možnost použít kompenzační pomůcky, které jsou přesně určeny postižením jezdce. Tyto pomůcky jsou specifikovány v jezdecké kartě.

Stejně jako v paravoltiži se jezdci rozdělují do klasifikačních skupin:

- **Ia. Skupina:** nejtěžší handicap, malá funkčnost všech čtyř končetin, těžké poruchy koordinace a rovnováhy, těžká elasticita, paréza,
- **Ib.skupina:** snížená funkce čtyř končetin, poruchy rovnováhy a koordinace, neovládá pánevní oblast a dolní končetiny, atd.

Obtížnost: krok a klus včetně práce na dvou stopách,

- **II. skupina:** těžké postižení končetin na stejné straně těla, chybění končetin – např. obou dolních nebo jedné dolní a jedné horní, vozíčkář s dobrou koordinací trupu atd. Obtížnost: krok a především klus, práce na dvou stopách, ve volné sestavě je povolen cval i s přeskoky apod,
- **III. skupina:** nevidomí, snížená funkce končetin na stejné straně těla, dolních nebo horních končetin, chybí obě horní končetiny, snížená koordinace apod. Obtížnost: krok, klus a cval - úroveň klasické "Z" drezúry, ve volné sestavě práce na dvou stopách ve všech chodech, přeskoky ve cvalu,
- **IV. skupina:** jedna horní končetina chybí nebo je nefunkční, snížená funkce jedné dolní končetiny.

Obtížnost: úlohy jsou na úrovni klasické "L" drezúry, ve volných sestavách mohou být zařazovány i těžké prvky - kromě piafy, pasáže a celé piruety ve cvalu. (www.kvitek.org/stranka/paradrezura)

5.6 Sledge hokej

V doslovném překladu znamená sledge hokej - hokej na sánkách. Sledge hokej vychází z klasického ledního hokeje.

Počátky sledge hokeje

Kořeny tohoto sportu lze nalézt ve švédském městě Stockholm, a to v šedesátých letech. Zakladatelé byli klienti rehabilitačního centra, kteří chtěli pokračovat ve své oblíbené hře i přes své tělesné postižení. Rozhodli se tedy vytvořit sáně, které měly speciální vizáž. Byly to sáně na speciálních nožích vyrobených z bruslí a upevněných na speciálním rámu. První prosazení se podařilo roku 1969, kdy 5 týmu z okolí Stockholmu mezi sebou začali pořádat turnaje. Mezi hráči byli jak osoby s tělesným postižením, tak také bez něj.

První mezistátní utkání proběhlo mezi Stockholmským týmem a týmem z norského Osla v témže roce. V osmdesátých letech se k Švédsku a Norsku přidala též Velká Británie a Kanada. V rozvoji ve větším stylu došlo až v devadesátých letech. Do sledge hokejového světa přibyla velmoc USA, poté Estonsko a Japonsko. Až v roce 1994 se sledge hokej prezentoval na Paralympiádě v Lillehammeru. Teprve po této Paralympiádě a to Paralympiádě v Naganu v roce 1998 se do života sledge hokeje přiřadilo Německo, Korea a Česká republika. (www.cstps.cz)

V současné době je v České republice pět profesionálních týmů sledge hokeje, které mají svou oficiální soutěž. Patří mezi ně B. B. Budweiser Kings, SK Draci Kolín, SKV Sharks Karlovy Vary, ZAS Zlín, APA VČAS Olomoučtí Kohouti, HC Sparta Praha.

Obrázek č. 2. Sledge hokej



Zdroj: www.cstps.cz

Aktuálně k 21. 3. 2010 byla ukončena zimní paralympiáda v Kanadě. Naši hokejisté reprezentovali Českou republiku v zastoupení Tomáše Zelenky, trenéra české reprezentace. A měli důvod ke spokojenosti, kdy po výhře nad Korejci obsadili páté místo!

5.7 Boccia

Tento sport je jedním z nejoblíbenějších sportů osob s poruchou hybnosti. Nabízí jak profesionální sportovní utkání, tak rekreační hru, hru ve volném čase, např. v rehabilitačních centrech či zařízeních, které se starají o výchovu a vzdělání osob s tělesným postižením. Na mezinárodní úrovni se hraje i na Paralympijských hrách, jsou také Mezinárodní utkání a Národní liga.

Historie

Už ve starověkém Řecku se hrávala hra podobná Boccie. Nejznámější forma tohoto sportu se hrávala v Itálii. Úkolem bylo hodit kámen na kámen s cílem přiblížit se co nejlíže terči či svému kameni. Tato hra má co do činění s Petanguem, což je obdoba Bocci ve Francii.

Pravidla hry

Pravidla Boccie stanovuje Mezinárodní komise pro bocciu (IBC). Pokud chtějí družstva hrát na mezinárodních soutěžích nebo na Paralympiádě, musejí tyto pravidla dodržovat. U her na národní úrovni (vlastní soutěže) udává IBC možnost si pravidla pozměnit nebo doplnit.

Pojmy, se kterými bychom se mohli v Bocci setkat jsou tyto:

- » Jack – bílý míč,
- » Ball – jeden z červených nebo bílých míčů,
- » Side – strana, což je jeden samostatný soutěžící,
- » Court – hrací pole,
- » Match – zápas mezi dvěma směny, kdy se hraje na stanovený počet směn;
- » End – jedna část zápasu, kdy byl odehrán jack a všechny míče obou stran;
- » Assistive Device – pomocný prostředek, např. rampy či skluzavky;
- » Violation – přestupek,
- » Throw – termín pro uvedení míče do hracího pole,
- » Dead ball – míč, který se po odhodu ocitl mimo hrací pole,

» Disrupted End – přerušená směna.

Obrázek č. 3. Základní vybavení Boccie



Zdroj: www.adam-boccia.blogspot.com

Základní vybavení se skládá z míčů. Ty mají přesně vymezená kritéria a skládají se z šesti červených a šesti modrých míčů a jednoho míče bílého „Jacka“. Ukázka viz obrázek č. 3.

Dalším kritériem je hmotnost a velikost míčků. Jejich povolená hmotnost je 275 g (+, - 12 g) a povolená velikost je 270 mm (+, - 8 mm). Míče musí být bez viditelných známek poškození.

Hrací pole je další z jasně definovaných kritérií. Povrch musí být hladký a rovný. Neměl by být špinavý. Rozměry hracího pole jsou 12,5 x 6 metrů. Odhodové území je rozděleno do šesti dohodových boxů. Pole obsahuje území, kde je hod neplatný. Na následující straně je ukázka oficiálního hřiště na Boccii, které je schváleno IBC (viz příloha č. 5).

Jedna hra se skládá ze čtyř zápasů, kde si hráči střídají Jack. Hra se zahajuje vhozením Jacku do hřiště. Hráči musí své míčky umístit co nejbližší Jacku. Po odhození obou barev se porovnávají vzdálenosti. Další hru má ten hráč, kterého míček je blíže Jacku. Míčky se házejí tak dlouho, dokud nejsou všechny v hřišti a určuje se, kdo je blíže Jacku. Čím více jedné barvy je při Jacku, tím více získává ta daná barva bodů. Body z jednotlivých částí se sčítají dohromady. Vítězem je to družstvo, které má po všech čtyřech částech více bodů.

Sportovci jsou rozděleni do čtyř **kategorií**, které se dále dělí podle druhu tělesného postižení. Kritériem je, že mají postiženy dolní nebo horní končetiny. Tyto kategorie se značí BC 1, BC 2, BC 3, BC 4.

» **BC 1** – v této kategorii jsou hráči s dětskou mozkovou obrnou, kteří potřebují pomoc asistenta. Ten jim podává míček a nastavuje hráče v boxu.

» **BC 2** – jsou to hráči, kteří mají dětskou mozkovou obrnu, ale nepotřebují pomoc asistenta. V boxu se nastavují sami, a také si sami podávají míček.

» **BC 3** – do této kategorie se řadí hráči, kteří mají dětskou mozkovou obrnu nebo svalovou dystrofii. Potřebují všestrannou pomoc asistenta jak při nastavení v boxe, tak při podání míčku a i při samotném odhodu. K tomuto odhodu mohou použít pomůcku, které se říká roura. Hráč naviguje asistenta, do které strany má rouru nastavit.

» **BC 4** – v této kategorii jsou zařazeni sportovci, kteří mají jiné postižení než dětskou mozkovou obrnu. Jsou to většinou hráči po úraze a jsou zcela samostatní.

V pravidlech IBC jsou také charakterizovány přestupky a možné tresty, které za ně následují. Dále jsou určeny i časové limity na jednu směnu. A kritéria mají i pomocné prostředky a jejich použití. Jen pro představu je v pravidlech objevuje např. to, že hráč nesmí používat žádné mechanické prostředky, musí být s míčem v těsném kontaktu, hráč může používat i více než jeden pomocný prostředek. Také jsou popsány rozměry vozíku, který může být při hře použit. Tento vozík se musí blížit vozíku obyčejnému, nevyšší možná výše sedadla je 66 cm. (CP-ISRA, 2005)

Boccia je bezesporu jedním z nejvíce provozovaných sportů. Jak již bylo zmíněno výše, hraje se jak profesionálně, tak rekreačně. Umožňuje i osobám s nejtěžším tělesným postižením sportovat, užít si pocit vítězství. Díky povoleným kompenzačním pomůckám patří neodmyslitelně k sportovnímu životu osob s tělesným postižením.

5.8 Lezení na umělé stěně

Tato pohybová aktivita je z jedněch, v našich podmínkách, netradičních. Jedním z důvodů, proč je tato aktivita opomíjena, jsou finance. Zařídit horolezeckou stěnu není levná záležitost a ne každé zařízení si může tuto investici dovolit. Jsou ale některé základní školy, které tuto aktivitu do svých činností zařadili a žákům s tělesným postižením umožnili realizaci v lezení. Tento netradiční adrenalinový zážitek může dát osobě s tělesným postižením jinou dimenzi sportování.

Specifika lezení na umělé stěně pro osoby s tělesným postižením

Mezi specifika tohoto sportu patří nutnost odborné způsobilosti alespoň jednoho z instruktorů. Tato odborná způsobilost se dá dosáhnout kurzem, který je běžně dostupný. Velmi vhodné je, pokud do týmu, který realizuje lezení, je zařazen i speciální pedagog,

somatoped. Dalším specifikem je potřeba pedagogického týmu, který bude nakloněn pro tuto činnost. Jde především o jakou sounáležitost mezi pedagogy, kteří lezení realizují. Navozuje to atmosféru pohody a klidu jak pro zbylé pracovníky, tak pro osoby, které se učí lézt. Materiální vybavení patří též ke specifickým lezení. Je potřeba tělocvičnu vybavit stěnou na lezení (pokud si nepronajímáme tělocvičnu jinou). Dále jsou potřeba úvazky, což jsou lana zachytávající osobu, která leze. Tyto úvazky jsou sedací, kombinované nebo celotělové. Nezbytné jsou také jistící pomůcky a náhradní úchyty na stěnu. Aby osoby s tělesným postižením měly z lezení zážitek, je nutné vybrat vhodnou lezeckou stěnu. Vhodná je ve chvíli, kdy se dá individuálně upravit sklon stěny i kombinace úchytů stupů.

Indikace lezení na umělé stěně

Lezení má využití téměř u všech druhů postižení. Nejčastěji se ale instruktoři setkávají s lidmi s dětskou mozkovou obrnou. U DMO hemiparetická formy jde handicap nahradit výběrem vhodné ortopedické pomůcky. Tento výběr je potřeba konzultovat s ortopedem.

Pedagogický přesah

Lezení napomáhá k aktivnímu utváření pozitivních složek osobnosti. Má velký vliv na motivaci osoby s tělesným postižením. Je to aktivita, která ve svém adrenalinovém základu smývá veškeré odlišnosti. Je součástí prožitkové pedagogiky, kdy nejde o naplňování cílů ani utváření specifických dovedností. Napomáhá k lepší obratnosti, koordinaci pohybů. U lezení se rozvíjí svalová síla a prostorová orientace. Další oblastí, kam lezení zasahuje, je oblast komunikace. Jedinec na stěně musí aktivně komunikovat s jističem. Vytváří se zde specifické sociální vazby. (Musálek, 2008)

5.9 Polybat

Polybat je hra, která v České republice není prozatím až tak známá. Je to jakási alternativa stolního tenisu, čili ping-pongu. Prvenství v jejím vývoji a šíření si mohou připsat ve Velké Británii. U nás je zatím známo, že se vyskytuje jen v pár zařízeních, např. v Jitru Olomouc.

Cílem této hry je poskytnout sportovní vyžití i osobám s těžkým stupněm postižení.

Krátká historie

Tato hra byla poprvé popsána na Trentově univerzitě v Nottinghamu. Na definování, se podílel vysokoškolský pedagog Doug Williamson a jeho tým studentů, studijní obor známe u nás jako aplikovaná tělesná výchova. Stálo to velké úsilí, než se podařilo tuto hru vpravit do povědomí osob s tělesným postižením. Podle NTU (Nottingham Trent University) se to povedlo teprve v roce 1999. Díky spolupráci Youth Sport Trust (YST) – což je organizace mládeže, asociací hráčů stolního tenisu a Trentovy Univerzity bylo dosaženo dohody, která obsahovala podporu zaměřenou na propagaci této hry. Byla to podpora ze strany asociace stolních tenisů, příslib soutěží v Polybatu, vzdělávání dalších trenérů a možnost zřídit organizace, které se budou Polybatu věnovat. Jakmile se této hře začala věnovat asociace stolního tenisu, bylo velmi dobře nakročeno k tomu, aby byla tato hra oficiálně uznávána.

V roce 2000 Premier Club z Velké Británie, za pomoci tenisových klubů, zahájil program, ve kterém oslovuje lidi se zdravotním postižením, a propagují tuto hru po celé Velké Británii. V roce 2002 byl Polybat zaveden do britských škol a v roce 2003 the Gentlemen's Night Out Charity přispěli částkou tři tisíce liber pro další rozvoj Polybatu.

Vyvíjel se také materiál, ze kterého byl vyráběn hrací stůl a hrací pátky. Nejprve byl dřevěný prototyp, poté plastový a až následně došlo ke kombinaci dřeva a plastu. (www.ntu.ac.uk)

Pravidla hry

Polybat má spoustu podobností jako stolní tenis. Hraje se na stole pro stolní tenis, který je ale upraven s možností přizpůsobení výšky, má dřevěné okraje a hraje se upravenými pátkami. Bodování je u této hry stejné jako u stolního tenisu. Hraje se pět her po jedenácti bodech.

Hru mohou hrát buď dva hráči (doubles) nebo, hráč jeden (singles), známé jsou také čtyřhry.

Hráči mohou míč zasáhnout i víckrát než se vrátí na stranu protihráče, ale nemohou míč přidržet a pak teprve hrát. Hraje se o boční panel. Hráči ztrácejí body pokud:

- » pokud se míč odrazí od soupeřovy poloviny stolu;
- » pokud míč skáče, nebo se zvedne přes okraj;
- » pokud je míč zastaven nebo zachycen;
- » jestliže míč udeří do těla nebo je odehrán tělem. (www.ntu.ac.uk/adapted_sports)

Obrázek č. 4. Polybat



Zdroj: www.ntu.ac.uk/adapted_sports

Pedagogický přesah

Polybat buduje vzájemnou důvěru mezi hráči. Výrazně zlepšuje koordinaci ruka – oko – míč.

Učí hráče dodržovat pravidla. Po upravení pravidel je možno aby hrály i osoby s těžkým stupněm tělesného postižení, stačí pouze dopomoc asistenta, který bude zezadu pohybovat vozíkem hráče.

Praktická část

1 Cíl práce a použité metody

Cíl práce byl rozložen do dvou podčástí. Cílem první části je zjistit informace o poskytování sportovních aktivit organizacemi, zaměřujícími své služby na osoby s poruchou mobility. U těchto zařízení byla použita metoda formou dotazníku. Druhým cílem praktické části bylo kontaktovat osoby s poruchou mobility, které navštěvují tato zařízení, a na základě kazuistik zjistit, jestli jim nabízené služby vyhovují a co by bylo potřeba změnit ze strany poskytovatelů, vztah ke sportu a sportovním aktivitám.

1.1 Popis metod použitých v praktické části

1.1.1 Dotazník

Tato metoda je chápána jako nestandardizovaný diagnostický prostředek. Ve své podstatě jde o interview v předložené, psané podobě. Dotazník je psychologická metoda, která je založena na subjektivní výpovědi respondenta. Otázky v dotazníku mohou být otevřené i uzavřené. Otevřené otázky dávají prostor pro výpověď dotazovaného, uzavřené otázky mají jasnou formulaci i možnosti odpovědí. Dotazníková metoda má své výhody i nevýhody. Výhodu můžeme vidět v zjednodušeném vyhodnocování a rychlé administraci. Nevýhodou je možnost zkreslení objektivní skutečnosti. (Plevová, 2004)

1.1.2 Kazuistika

„Kazuistická metoda je založená na starostlivom štúdiu a zhodnotení všetkých dostupných písomných a iných materiálov, ktoré súvisia s problémom výskumu. Ide tu o anamnestické údaje, správy o lekárskom či psychologickom vyšetrení, súdne a iné spisy, pedagogické deníky apod.“ (Vašek, 2008, str. 75)

Kazuistika, jinak případová studie, byla původně metodou medicínskou. V současnosti hovoříme o kazuistice právní, lékařské, pedagogické, psychologické či speciálně pedagogické. Kazuistika obsahuje anamnézu. Zjišťují se data rodinné, osobní, diagnostické, terapeutické aj. (Müller, 2007)

2 Analýza zkoumaného vzorku

Poskytovatelé služeb osobám s poruchou mobility byli vybráni na základě informací, které jsou běžně dostupné na webových stránkách těchto organizací. Šlo tedy o organizace, které nějakým způsobem nabízejí služby i osobám s tělesným postižením. Dotazníky jim byly poslány jak e-mailovou adresou, tak také vyplnění proběhlo osobně. Otázky byly strukturovány jak otevřenou, tak uzavřenou formou. Náš zájem k vyhodnocení otázek byl především o otázky týkající se konkrétních sportovních aktivit, které zařízení nabízejí. Také odpovědi na otázky transformace sportovních aktivit mají svou hodnotu. V neposlední řadě bylo také zájmem zjistit, jakou aktivitu vykonávají samotní uživatelé v oblasti zájmu o tyto aktivity a jestli se zařízení zúčastňuje nějakých pravidelných soutěží.

Kazuistiky byly tvořeny s osobami, které navštěvují některé z dotazníkem oslovených zařízení. Tyto osoby mají rozdílné druhy tělesného postižení a také jejich mentální úroveň je rozdílná. Každá z kazuistik byla tvořena osobně s daným uživatelem.

3 Organizace práce

Celkem bylo kontaktováno 27 zařízení. Ne všechny dotazníky se navrátily zpět, čili podle počtu navrácených dotazníků byl zvolen postup vpisování odpovědí do tabulek. Tato tabulka je vždy před další otázkou ve stručnosti vyhodnocena.

Nejllepší spolupráce byla osobní formou. Při vyplňování dotazníků osobně bylo navštíveno pět zařízení, z toho ve dvou byly zároveň provedeny kazuistiky. O osobní kontakt se jednalo v případě zařízení Jedličkův ústav a školy, Jitro o.s. Olomouc, Trend vozíčkářů Olomouc, Speciální školy Nový Jičín a Domov Kamarád.

Celé znění dotazníku je uvedeno v příloze č. 5.

4 Dotazníky

4.1 Seznam zařízení

Jitro Olomouc o. s.	Jitro o. s. rodičů a přátel zdravotně postižených dětí Mozartova 43, Olomouc
Trend Vozíčkářů Olomouc	Spolek Trend Vozíčkářů Lužická 7, Olomouc
Domov Kamarád	Domov Kamarád Volkova 523, Rožnov pod Radhoštěm
ÚSP Zbůch u Plzně	Ústav sociální péče pro tělesně postiženou mládež ve Zbůchu V Sídlišti 347, Zbůch
STP v ČR	Svaz tělesně postižených Praha Karlínské náměstí 12, Praha 8
Kociánka Brno	Ústav sociální péče pro tělesně postiženou mládež Královo Pole, Kociánka 2, Brno
JÚŠ Praha	Jedličkův ústav a Mateřská škola a Základní škol a Střední škola V pevnosti 4, Praha 2
Speciální školy Nový Jičín	Speciální škola pro žáky s více vadami Nový Jičín Komenského 4, Nový Jičín
RÚ Kladruby	Rehabilitační ústav Kladruby Kladruby 301, Kladruby u Vlašimi
Lázně Velké Losiny	Termální lázně Velké Losiny Lázeňská 323, Velké Losiny

4.2 Vyhodnocování dotazníku

K vyhodnocení dotazníku byly zvoleny tabulky, které zpřehledňují obsahy sdělení. V levé části tabulky je název zařízení, v pravé části odpovědi na dané otázky. Odpovědi byly přepsány bez zásadních korektur tak, jak se vrátily z oslovených zařízení.

Položka dotazníku č. 1

Tabulka č. 1

1. Jaké klientele poskytujete své služby?

Jítro Olomouc, o. s.	Osobám s kombinovaným postižením
Trend Vozíčkářů Olomouc	Osobám s tělesným a kombinovaným postižením
Domov Kamarád	Osobám s kombinovaným postižením
ÚPS Zbůch u Plzně	Osobám s tělesným a mentálním postižením
STP v ČR	Osobám s kombinovaným postižením
Kociánka Brno	Dětem a mladistvým s tělesným postižením, popřípadě s jiným přidruženým postižením
JÚŠ Praha	Žákům s tělesným postižením
Speciální školy Nový Jičín	Osobám s kombinovaným postižením
RÚ Kladruby	Osobám s poruchou mobility
Lázně Velké Losiny	Dětem s nemocemi, osobám se zdravotním oslabením, osobám s poruchou mobility.

Vyhodnocení položky č. 1: Ukazuje se, že převážná většina oslovených zařízení poskytuje své služby osobám s kombinovaným postižením. Což dokazuje, že specializovaná zařízení jen pro osoby s tělesným postižením, jsou v malém zastoupení.

Položka dotazníku č. 2

Tabulka č. 2

2. Jaké je rozmezí věků klientů, uživatelů, žáků?

Jitro Olomouc, o. s.	Děti školního věku a dospělým osobám
Trend Vozíčkářů Olomouc	Dospělým osobám a osobám v seniorském věku
Domov Kamarád	Dospělým osobám
ÚPS Zbůch u Plzně	Děti školního věku a dospělým osobám
STP v ČR	Děti školního věku a dospělým osobám
Kociánka Brno	Děti školního věku a dospělým osobám
JÚŠ Praha	Děti předškolního věku, školního věku i dospělým osobám
Speciální školy Nový Jičín	Děti předškolního věku a děti školního věku
RÚ Kladruby	Dospělým osobám
Lázně Velké Losiny	Dospělým osobám a osobám seniorského věku

Vyhodnocení položky č. 2: Otázka věku je přímo závislá na typu zařízení, které poskytuje své služby osobám s tělesným postižením. Školní zařízení se pohybují ve školním věku, zatímco zařízení sociální a zdravotnická se věkově dotýkají dospělých osob. Až na výjimku ÚSP Zbůch u Plzně, které své služby nabízí osobám s tělesným postižením napříč celým věkovým spektrem.

Převážná většina oslovených zařízení přesto poskytuje své služby dospělým osobám s tělesným či kombinovaným postižením. Mimo školní služby nabízené klientům ve školním věku jsou v tomto případě mizivé.

Položka dotazníku č. 3

Tabulka č. 3

3. Jak dlouho Vaše zařízení funguje?

Jitro Olomouc, o. s.	Neuvedeno
Trend Vozíčkářů Olomouc	Od roku 1994 (16 let)
Domov Kamarád	Od roku 1998 (12 let)
ÚPS Zbůch u Plzně	Od 4. 9. 1969 (41 let)
STP v ČR	Od roku 1991 (19 let)
Kociánka Brno	Od roku 1919 (91 let)
JÚŠ Praha	Od 1. 4. 1913 (97 let), sportovní klub od roku 1994
Speciální školy Nový Jičín	Neuvedeno
RÚ Kladruby	Od roku 1948 (62 let)
Lázně Velké Losiny	První zmínka roku 1296 (714 let)

Vyhodnocení položky č. 3: Převážná většina oslovených zařízení má dlouholetou tradici. Doba fungování zařízení se pohybuje od 12 let fungování, až do roku 1913, lázně Velké Losiny mají dobu svého vzniku datovanou už v roce 1296, což je 714 let poskytování služeb.

V zastoupení chybí zařízení, které by vzniklo před nedávnem, čili nemůžeme srovnat rozdíly v nabízených službách od zařízení nově vzniklých a služby, které nabízejí zařízení mající již svou mnohaletou tradici.

Položka dotazníku č. 4

Tabulka č. 4

4. Máte v nabídce volnočasových aktivit také sportovní aktivity?

Jitro Olomouc, o. s.	Ano
Trend Vozíčkářů Olomouc	Ano
Domov Kamarád	Ne
ÚPS Zbůch u Plzně	Ano
STP v ČR	Ano
Kociánka Brno	Ano
JÚŠ Praha	Ano
Speciální školy Nový Jičín	Ano
RÚ Kladruby	Ano

Vyhodnocení položky č. 4: Devět z deseti dotázaných odpovědělo, že mají v nabídce služeb také volnočasové aktivity týkající se aktivit sportovních. Jediné zařízení nenabízející sportovní aktivity je Domov Kamarád. Tento výsledek je velmi pozitivní pro účely šetření a v další položce je zřejmé, jaké aktivity jsou zastoupeny nejčastěji.

Položka dotazníku č. 5

Tabulka č. 5

5. Které aktivity jsou nabízeny klientům, uživatelům, žákům?

Jitro Olomouc, o. s.	Boccia, plavání, polybat Hydroterapii, canisterapii, hipoterapii
Trend Vozíčkářů Olomouc	Rafty, slaňování, kriket, laserová střelba, sportovní střelba, lukostřelba, plavání, bowling, tancování, lyžování na monoski, bruslení (slege)
Domov Kamarád	V nabídce nemají sportovní aktivity
ÚPS Zbůch u Plzně	Atletika, boccia, cyklistika, lukostřelba Vodní turistika, lyžování, kuželky, závěsný kuželník, florbal, aerobic
STP v ČR	Boccia, plavání, stolní tenis, kriket Masáže, canisterapie, hipoterapie
Kociánka Brno	Boccia, atletika, cyklistika, kuželky (závěsné), bowling, plavání, stolní tenis, lukostřelba, šachy Kondiční saunování, míčkový bazén, magnetoterapie, hipoterapie,
JÚŠ Praha	Sportovní klub – boccia, curling, slaňování, cyklistika, lukostřelba, atletika, lyžování, florbal, stolní tenis, šachy, závěsné kuželky
Speciální školy Nový Jičín	Trampolíny, kralery, kola Hipoterapie, canisterapie, masáže, polohování
RÚ Kladruby	Boccia, plavání, volejbal, stolní tenis, lukostřelba, minigolf, florbal na vozících, Handbike sprint, slalom na vozíku, závěsný kuželník, basketbal na vozíku, posilování, plavání Polohování, hydromasáže, klasické masáže, Vojtova terapie, Terapie Bobathových
Lázně Velké Losiny	Plavání, kuželky, šachy Masáže, zábaly, koupele

Vyhodnocení položky č. 5: Dotazníková položka na aktivity, které jsou nabízeny v zařízeních, je ukazatelem toho, které aktivity jsou fakticky nabízeny.

Nejčastěji nabízenou sportovní aktivitou ze strany poskytovatelů služeb, je plavání. Objevilo se v dotazníku u osmi z deseti dotázaných. Druhou nejfrekventovanější aktivitou je střelba. Ta se objevovala v různých formách, jako je střelba na cíl, laserová střelba, lukostřelba či sportovní střílení. To nabízí sportovní klub při JÚŠ. Šest z deseti dotázaných zařízení uvedlo, že v nabídce aktivit mají Boccii. Byly to všechny zařízení ze sociální oblasti, kromě Domova Kamarád, také dvě ze tří škol a jeden rehabilitační ústav. Polovina z dotázaných dále uvedla, že v jejich zařízení jsou nabízeny kuželky závěsného typu. Menší frekvenci výskytu, čtyři zařízení, dále nabízejí stolní tenis. Pouze jedno z nich nabízí stolní tenis v úpravě na hru Polybat. Bowling se vyskytl u třech zařízení. Aktivity, které jsou nabízeny ve frekvenci dvou z deseti, jsou lyže, atletika, cyklistika, šachy, florbal, slaňování, tanec a kriket. Sportovní činnosti, které se vyskytly pouze jednou, jsou posilování, výše zmíněný Polybat, rafty, sledge bruslení, curling, minigolf, Handbike sprint, basketbal a cvičení na trampolínách.

Aktivity, které jsou zaměřeny na odpočinek uživatelů, se nejčastěji vyskytovaly hipoterapie, klasické masáže, hydroterapie. Tyto služby poskytují tři z deseti dotázaných. Dva poskytovatelé nabízejí canisterapii a saunování. Ojediněle se vyskytly vojtova metoda, Bobath koncept, polohování (všechny v RÚ Kladruby) a míčkování.

Celkově je v deseti zařízeních nabízeno 23 aktivit, které jsou zaměřeny jakkoliv sportovně a jsou upraveny pro hru osob s tělesným postižením. Aktivity na odpočinek, relaxaci či rehabilitaci, jsou celkově v počtu osm.

Položka dotazníku č. 6

Tabulka č. 6

6. Je o výše vyjmenované aktivity zájem?

Jitro Olomouc, o. s.	Ano, ze strany uživatelů i zákonných zástupců
Trend Vozíčkářů Olomouc	Ano, ze strany uživatelů
Domov Kamarád	Neuvedeno
ÚPS Zbůch u Plzně	Ano, jak ze strany uživatelů, tak od lidí z okolí
STP v ČR	Ano, ze strany uživatelů i zákonných zástupců
Kociánka Brno	Ano, ze strany uživatelů i zákonných zástupců
JÚŠ Praha	Ano, ze strany uživatelů i zákonných zástupců
Speciální školy Nový Jičín	Ano, ze strany uživatelů i zákonných zástupců
RÚ Kladruby	Ano, ze strany klientů
Lázně Velké Losiny	Ano, ze strany klientů

Vyhodnocení položky č. 6: Z této položky dotazníku vychází, že prakticky ve všech oslovených zařízeních je o nabízené sportovní aktivity zájem. Tento zájem je jak ze strany uživatelů, tak také ze strany jejich případných zákonných zástupců.

Položka dotazníku č. 7

Tabulka č. 7

7. Jak často tyto aktivity obnovujete?

Jitro Olomouc, o. s.	Podle zájmu zákonných zástupců či klientů
Trend Vozíčkářů Olomouc	Aktivity se obnovují stále, doplňují se podle přání klientů.
Domov Kamarád	Neuvedeno
ÚPS Zbůch u Plzně	Podle zájmu zákonných zástupců či klientů
STP v ČR	Jednou za rok
Kociánka Brno	Podle zájmu zákonných zástupců či klientů
JÚŠ Praha	Podle zájmu zákonných zástupců či klientů
Speciální školy Nový Jičín	Podle zájmu zákonných zástupců či klientů
RÚ Kladruby	Podle zájmu klientů
Lázně Velké Losiny	Záleží na klientech a na současných trendech.

Vyhodnocení položky č. 7: Obnovování nabízených sportovních aktivit, jak vychází z položky č. 7, je závislé na přáních a zájmu klientů. Tento výsledek koresponduje i s výsledkem v předchozí tabulce, kdy je zřejmé, že o nabízené aktivity zájem je, čili je předpoklad, že bude zájem i o změnu či rozšíření těchto aktivit.

Pro účely tohoto šetření je důležité zjištění, že zařízení jsou schopná a ochotná nabízené aktivity stále rozšiřovat.

Položka dotazníku č. 8

Tabulka č. 8

8. *Myslíte si, že máte dobré zázemí pro poskytování sportovních aktivit?*

Jitro Olomouc, o. s.	Chtěli bychom zlepšit prostor na polybat. Olomoucký plavecký stadión také neposkytuje nejlepší zázemí pro plavání.
Trend Vozíčkářů Olomouc	Máme dobré zázemí a také dobrou spolupráci s dalšími institucemi, které jsou ochotny zázemí propůjčit.
Domov Kamarád	Ne, nemáme zázemí pro poskytování sportovních aktivit.
ÚPS Zbůch u Plzně	Ano máme prostory pro činnosti, hřiště a rekreační středisko.
STP v ČR	Zázemí by bylo potřeba zlepšit.
Kociánka Brno	Ano, máme dobré zázemí.
JÚŠ Praha	Máme dobré zázemí. V areálu máme krytý bazén, posilovnu a také spolupráce s dalšími subjekty, které nám poskytují zázemí na naše aktivity je velmi dobrá.
Speciální školy Nový Jičín	Máme dobré zázemí.
RÚ Kladruby	Ano, máme dobré zázemí.
Lázně Velké Losiny	Máme dobré zázemí pro naše činnosti.

Vyhodnocení položky č. 8: Otázka týkající se zázemí, je ve svých odpovědích velmi rozličná. Zařízení se jednoznačně neshodují, je-li jejich zázemí dostačující.

Absolutně bez zázemí je Domov Kamarád. Zlepšení by vyžadovali Jitro Olomouc a STP v ČR. Těm jejich zázemí zcela nevyhovuje. Jitro bylo konkrétnější a uvedlo také, v čem je zázemí nedostačující. Zbytek zařízení jsou se svým nynějším zázemím spokojeni, a také Trend Vozíčkářů a JÚŠ si navíc chválí spolupráci s dalšími institucemi, které jim své zázemí propůjčují.

Položka dotazníku č. 9

Tabulka č. 9

9. Chtělo by Vaše zařízení rozšířit některé z nabízených aktivit? Pokud ano, které by to byly?

Jitro Olomouc, o. s.	Chtěli bychom rozšířit polybat.
Trend Vozíčkářů Olomouc	Záleží na zájmu klientů, z vlastní iniciativy nechceme nic rozšiřovat.
Domov Kamarád	Neuvedeno
ÚPS Zbůch u Plzně	Rozšíření je možné, ale záleží na sportovním oddílu a jejich požadavcích.
STP v ČR	Neuvedeno
Kociánka Brno	Neuvedeno
JÚŠ Praha	V současné době neplánujeme rozšíření
Speciální školy Nový Jičín	Neplánujeme další rozšíření aktivit
RÚ Kladruby	Záleží na zájmu klientů
Lázně Velké Losiny	Neuvedeno

Vyhodnocení položky č. 9: V položce č. 9 byl největší počet neuvedených odpovědí. Čtyři dotázaní neodpověděli. Konkrétní bylo Jitro Olomouc, o. s., kteří chtějí rozšířit Polybat. U tří dotázaných záleží rozšíření aktivit na zájmu klientů, což je korespondující s položkami 6. a 7. Pokud zájem je, zařízení připouštějí, že aktivity rozšířit mohou. JÚŠ v současné době žádné rozšiřování neplánují.

Položka dotazníku č. 10

Tabulka č. 10

10. Účastní se Vaše zařízení nějakých druhů soutěží?

Jitro Olomouc, o. s.	Pravidelně se účastníme Mostů Přerov a turnajů v Boccie
Trend Vozíčkářů Olomouc	Účastníme se turnajů podle zájmu klientů. Pokud chtějí jet klienti na turnaj, umožníme jim to.
Domov Kamarád	Neuvedeno
ÚPS Zbůch u Plzně	Pravidelně se účastníme 40 turnajů. Naši sportovci jsou na turnajích velmi úspěšní. Máme také další pravidelné akce např. o letních prázdninách.
STP v ČR	Pravidelné turnaje si děláme sami na pobytech, ale jinak se neúčastníme
Kociánka Brno	Účastníme se Evropských her hendikepované mládeže a dalších turnajů tělovýchovné jednoty.
JÚŠ Praha	Jsme účastníky Mezinárodního turnaje v Boccie, Národního turnaje v curlingu a pravidelně se účastníme všech akcí pořádaných Spastic Handicap.
Speciální školy Nový Jičín	Účastníme se Mostů Přerov a pořádáme vlastní turnaje
RÚ Kladruby	Neúčastníme se žádných soutěží, ale pravidelně pořádáme v RÚ Kladrubské sportovní hry, kterých se účastní jak současní, tak bývalí pacienti.
Lázně Velké Losiny	Neuvedeno

Vyhodnocení položky č. 10: Otázka č. 10 ukazuje, že osm z deseti dotázaných se pravidelně účastní různých druhů soutěží a turnajů jak na úrovni profesionální, tak pouze v rámci zařízení. Dvakrát se objevily soutěže Mosty Přerov, jednou také mezinárodní soutěž. Velká šíře a variabilita soutěží ukazuje na atraktivnost a chtěnost sportovních aktivit v těchto zařízeních.

Položka dotazníku č. 11

Tabulka č. 11

11. Pokud se neúčastníte, jaké k tomu máte důvody?

Jitro Olomouc, o. s.	Neuvedeno
Trend Vozíčkářů Olomouc	Neuvedeno
Domov Kamarád	Neuvedeno
ÚPS Zbůch u Plzně	Neuvedeno
STP v ČR	Nemáme stálé klienty.
Kociánka Brno	Neuvedeno
JÚŠ Praha	Neuvedeno
Speciální školy Nový Jičín	Neuvedeno
RÚ Kladruby	Naši klienti jsou u nás hospitalizovaní a probíhá u nich intenzivní rehabilitační léčba.
Lázně Velké Losiny	Neuvedeno

Vyhodnocení položky č. 11: Vzhledem k tomu, že z předchozích odpovědí vyšlo, že se zařízení účastní pravidelně soutěží různého typu a druhu, odpověděli na tuto otázku pouze ty zařízení, která se neúčastní soutěží. Důvodem neúčasti na oficiálních soutěžích je u STP v ČR nestálost klientů a u RÚ Kladruby je důvodem léčba.

Položka dotazníku č. 12

Tabulka č. 12

12. Je podle Vašich zkušeností obtížné namotivovat klienty, uživatele, žáky ke sportovním aktivitám?

Jitro Olomouc, o. s.	Jak kdy, někdy to problém bývá.
Trend Vozíčkářů Olomouc	Není problém s motivací klientů.
Domov Kamarád	Neuvedeno
ÚPS Zbůch u Plzně	Motivace je těžká jak u kterého klienta, ale většinou to nebývá problém.
STP v ČR	Někdy je motivace těžká, setkáváme se s tím na pobytech.
Kociánka Brno	S problémem motivace jsme se nesečkali. Činnosti jsou tak pestré, že si v nich vždy vyberou to, co chtějí dělat.
JÚŠ Praha	Není problémem žáky i klienty nemotivovat. Většinou se do sportování hrnou sami.
Speciální školy Nový Jičín	Není vůbec těžké nemotivovat žáky ke sportovním aktivitám
RÚ Kladruby	Motivace není těžká
Lázně Velké Losiny	Neuvedeno

Vyhodnocení položky č. 12: Výsledek z této otázky ukazuje na to, že většina zařízení nemá problém s motivací klientů k využívání jejich služeb. Kladně, čili že nemají problém s motivací, odpovědělo šest dotázaných, záporně pouze dvě zařízení a dvě zařízení se nevyjadřovala.

5 Kazuistika

5.1 Kazuistika č. 1

Uživatelka S.

Osobní anamnéza: S. se narodila roku 1980 na Moravě. Její diagnóza je dětská mozková obrna s lehkou mentální retardací. DMO je ve formě kvadruparézy, kdy dolní končetiny jsou postiženy více, mají větší spasticitu než končetiny horní.

Gravidita matky probíhala bez problému. Matka otěhotněla ve 28 letech, S. je druhé dítě. Těhotenství bylo plánováno. Během těhotenství se neobjevily žádné infekční onemocnění matky. Matka nebrala žádná antibiotika. Životní styl byl dobrý, vzhledem k plánovanému těhotenství matka nekouřila, nepožívala alkoholické nápoje ani žádné omamné látky. Porod probíhal protrahovaně, S. byla přidušená a k tomu se po porodu přidala novorozenecká žloutenka. Lékaři zhruba v půl roce života S. oznámili matce, že S. bude mít jisté zdravotní potíže, ale ještě nebyli schopní udat specifikaci. Až zhruba v roce a půl ortoped stanovil diagnózu dětská mozková obrna. Vývoj S. byl opožděný, motorický vývoj byl zcela odlišný, než jaký matka znala z vývoje starší dcery. Matka zkoušela kontaktovat lékaře, lázně apod., až se jí podařilo začít cvičit s S. Vojtovou terapii. Po zahájení Vojtovy terapie se vývoj značně zlepšil, S. začala ve dvou letech alespoň částečně ložit. Spasmy v končetinách se dařilo Vojtovou terapií tlumit.

Vzdělání: S. chodila do mateřské školy do Brna. Tam podstupovala různé fyzioterapie. V sedmi letech nastoupila do základní školy praktické (zvláštní školy), nejprve v Brně. Po několika letech se matka dozvěděla, že je možnost S. přihlásit do olomoucké základní školy praktické. S. tedy přešla zde. Se studiem neměla problémy, učení jí šlo. Zvládnout osnovy základní školy praktické nebyl velký problém. Po ukončení základního vzdělání S. nastoupila do denního stacionáře, ve kterém je do současnosti.

Rodinná anamnéza: S. se narodila do úplné rodiny. Je mladší ze dvou dětí. Se sestrou jsou od sebe věkově pět let. Příbuzní z matčiny strany nebyli zatíženi žádnou genetickou chorobou, stejně jako příbuzní ze strany otce. Matce bylo v období gravidity s S. 28 let, otci 33 let. Sestra neměla po narození ani během dalšího vývoje žádné zdravotní problémy.

Matka vystudovala obchodní akademii, otec má střední odborné učiliště. Matka před těhotenstvím pracovala jako sekretářka ve firmě. V současnosti pracuje na ekonomickém úseku v olomoucké škole. Otec je živnostník a majitel malé stavební firmy.

Ekonomická úroveň rodiny je zařaditelná do běžného průměru. Matka pravidelně dojíždí po práci, zároveň po cestě vozí S. do stacionáře. Cesta je vzdálena zhruba 30 km od Olomouce. Sestra má dvě děti. V současnosti mají tři a pět let. S. k nim má velmi vřelý vztah, pravidelně se navštěvují a podnikají spolu akce jako výlety do okolí domova, nakupování atd.

Role sportovních činností v životě S.: S. má spoustu zájmů. Činnosti, které provádí se dají rozdělit na linii prostředí denního stacionáře a linii domácích. V denním stacionáři využívá spoustu služeb, které tento stacionář nabízí. Chodí na fyzioterapii minimálně dvakrát týdně. Také navštěvuje hydroterapii. Pokud to stacionář nabízí, tak také jezdí na hippoterapii. Koně miluje a to prostředí ji velmi uklidňuje. Co ji ve stacionáři nejvíce baví, tak jsou činnosti, které jsou spojeny s pohybem. Hraje Bocciu, patří do klubu (Tukani), který zaštiťuje právě stacionář. Se stacionářem jezdí na turnaje v této hře. Turnaje se konají po celé republice, záleží na tom, jaké výsledky týmy mají. U Bocii S. využívá povolenou pomoc asistenta, který ji podává koule. Jinak je S. v této hře samostatná. Je schopna velmi dobře vymyslet strategii, která by týmu dopomohla k vítězství. Za poslední tři měsíce (stav k březnu 2010) se nedostala k možnosti vyjet na zápas. Vynechala některé tréninky a šanci dostali ostatní uživatelé. To S. mrzí a ráda by se co nejdříve navrátila do užšího výběru.

Další z pohybových činností, které ve stacionáři provádějí, jsou různé soutěže a hry. Pravidelně se účastní Mostů Přerov. Tam soutěží za celý stacionář vybraní uživatelé, kdy S. je vždy mezi nimi. V rámci stacionáře a zmíněné rehabilitace S. jezdí na kole. Toto kolo je upraveno jako tříkolka, která má speciální sedlo. Sedadlo je děláno tak, že má ze tří stran opěradla, která nedovolí spadnutí z něj.

Zajímavou činností, které S. ve stacionáři velmi baví, je hra Polybat. Tato hra je jakási alternativa stolního tenisu. Soutěže jsou ale prozatím jen ve stacionáři, neexistuje celonárodní registr hráčů Polybatu. První turnaj, který stacionář zorganizoval, byl turnaj mezi školou a právě stacionářem. V tomto sportu vidí S. velké uplatnění.

Ve volném čase S. ráda pracuje na počítači. Doma má elektrický vozík, na kterém jezdí na krátké výlety se svým psem. Také velmi ráda hraje bowling. Minimálně jednou za půl roku ho jde hrát se svou osobní asistentkou. U bowlingu nastává jeden problém, a to je hmotnost koulí. S. má problém kouli udržet, potřebuje u toho dopomoc. Vždy hru hraje mimo vozík, přímo v sedě na bowlingové dráze a kouli hází oběma rukama.

Co S. ve stacionáři a volném čase chybí, tak je hra obyčejných ruských kuželek. V tom vidí možnost seberealizace ve sportu. A také ji stacionář nenabízí adekvátního soupeře. Potřebovala by, aby někdo z klientů byl alespoň stejně motoricky zdatný jako ona, aby měla s kým opravdu soutěžit. Také by ráda plavala, ale v tomto sportu má jisté osobní zábrany, které ji to prozatím neumožnily. Navíc ji studená voda prohlubuje spasmu v končetinách. Řešení by viděla v teplé vodě, ve které by se ráda naučila alespoň splývat, ale bohužel prozatím není toto přání možno vyplnit. Žádný plavecký bazén nenabízí kombinaci teplé vody a výuky plavání pro osoby se zdravotním postižením.

S. je od povahy velice houževnatá a cílevědomá slečna, která si aktivity, které bude dělat, vybírá převážně sama. Má velkou podporu ze strany stacionáře. Nabídky sportovních aktivit ji vyhovují, až na výše zmíněné drobnosti, které by se daly změnit. Ve volném čase ji v těchto aktivitách podporují osobní asistenti. A k otázce asistentů se vztahuje také podpora rodiny, která finančně S. umožňuje, aby svůj volný čas trávila tak, jak ho trávit chce.

5.2 Kazuistika č. 2

Uživatel A.

Osobní anamnéza: A. se narodil roku 1979. Diagnóza je dětská mozková obrna s přidruženou epilepsií a lehkou mentální retardací. DMO je ve formě hemiparézy levé části těla.

Těhotenství matky bylo neplánováno. V počátcích těhotenství prodělala angínu a užívala antibiotika. Zde je pravděpodobnost, že se plod poškodil. O možném riziku narození dítěte s postižením matka věděla. Porod byl předčasný a neprobíhal zdárně. Plod byl porozen císařským řezem v ukončeném sedmém měsíci těhotenství. A. byl měsíc umístěn v inkubátoru. Matce bylo hned po porodu sděleno, že A. bude mít opravdu nějaký druh dětské mozkové obrny a bylo ji navrženo, aby ho umístila do kojeneckého ústavu a pak dále do ústavu sociální péče. Matka ale nechtěla na toto přistoupit a snažila se nalézt cesty, jak mít A. v domácí péči. Po diskuzi s dětským lékařem se rozhodla aktivně s A. rehabilitovat. Navštěvovali lázně, kde byli vždy minimálně šest týdnů a již v šesti měsících začali cvičit Vojtovu metodu. Nejprve na Vojtovu metodu dojížděli do rehabilitačního ústavu vzdáleného asi 60 km, ale postupně se ji naučili cvičit i doma a rehabilitovali doma.

Vzdělání: Do mateřské školy A. nechodil. Většinu svého času trávil v lázních nebo doma. Bylo mu navrženo osvobození od povinné školní docházky, ale toho A. nevyužil a

s ročním odkladem nastoupil do Základní školy praktické (zvláštní školy). Ve škole neměl žádné větší problémy, velmi dobře mu šel český jazyk. Po dokončení základního vzdělání chtěl jít na některý z učňovských oborů, ale nepřijali jej. Po půl roční pauze, kterou strávil v lázních, A. nastoupil do zaměstnání. Zaměstnala jej jedna firma v místě bydliště. Pracoval jako pomocná síla na dílně. Po šesti letech se firma rozpadla a A. zůstal bez zaměstnání. Až po dlouhých letech se ve městě otevřely sociálně terapeutické dílny, kde A. nastoupil nejprve jako klient a poté jej tam zaměstnali.

Rodinná anamnéza: A. se narodil do úplné rodiny. Matka byla mladší, první dítě měla v šestnácti letech. Když se A. narodil, jako třetí dítě, měla matka 22 let. V rodině matky se žádné postižení nevyskytovalo. Sourozence matka A. nemá. Matka má základní vzdělání, střední odborné učiliště nedodělala díky těhotenství. Pracovala jako prodavačka v obchodech s potravinami. V současné době je v předčasném důchodu a věnuje se charitativním akcím. Otec je z jedenácti sourozenců, ale ani u nich se neobjevila žádná dědičná porucha. Vystudoval odborné učiliště a pracoval jako topič či zedník. V současné době je na starobním důchodě a příležitostně si přivydělává pomocnými pracemi. Ekonomická situace v rodině A. byla vždy na střední úrovni. Děti nikdy nestrádaly. Nejstarší sestra A. má dvě děti, které jsou ve věku 23 a 20 let. Pracuje jako asistentka. Bratr A. má jednu dceru ve věku 15 let. Momentálně je nezaměstnaný. Rodina se často stýká a udržují vřelé vztahy.

Role sportovních činností v životě A.: A. se dlouho žádnými sportovními činnostmi nezabýval. Mezi jeho koníčky patřila především televize a luštění křížovek. A. vždy velmi rád jezdil na kole, ale to mu lékař nedoporučil vzhledem k zhoršujícím se epileptickým záchvatům. Zlom ve vnímání sportovních aktivit se stal, když nastoupil do sociálně terapeutických dílen. Důvodem bylo to, že se po dlouhých letech dostal mezi své vrstevníky. Když byl jen doma, většinou měl mrzutou náladu, nic ho nebavilo nakolik, aby se tou činností na delší dobu zabavil. V dílnách se dostal do kontaktu, vytvořil si tam velice úzké vztahy a dokonce s jednou s klientek začal mít partnerský vztah. Postupně s délkou doby, po kterou navštěvoval dílny, se také rozšiřoval jeho okruh činností, které začal vykonávat rád. Pořídil si za pomoci pracovníků z dílen trojkolku na pohon a začal do dílen jezdit na tomto vozítku. Pohyboval se na něm z domova do dílen a poté prakticky všude, kde ho napadlo, že se pojede podívat. V dílnách začali pořádat turnaje ve stolním tenise. A. si tuto hru zamiloval a začal hrát na velmi dobré úrovni. Jelikož do dílen docházeli

i klienti, kteří byli méně mobilní než A. a chtěli také hrát stolní tenis, rozhodly se pracovnice dílen, že vyrobí svůj vlastní polybatový stůl a budou hrát všichni klienti mezi sebou. O Polybatu se pracovnice dozvěděla od své kolegyně v zahraničí, která v Anglii pracovala na jedné Základní škole speciální.

A. byl ve stolním tenise tak dobrý, že se přihlásil do místního klubu stolních tenistů. Nejprve měli obavu, jestli to se svou hemiparetickou formou DMO bude zvládat, ale ukázalo se, že to není problém. Během dvou let se A. vypracoval natolik, že začal se svými kolegy z klubu jezdit na turnaje. Nejprve jako náhradní hráč, ale když se kolega zranil, dostal příležitost i A. nepovedlo se mu sice vyhrát, ale pocit z uplatnitelnosti se mu líbil. V současné době hraje stále za tento klub a občas hraje i turnaje. A. si stolní tenis zamiloval a je hrozně rád, že dostal tuto příležitost. Nadále by se chtěl stolnímu tenisu věnovat, pokud to povolí zdravotní stav. Kdyby to nevyšlo, rád bude stolní tenis učit klienty z dílen. Ti se mimochodem chodívají často na turnaje dívat a tvoří velmi příjemné fandící zázemí.

Ve svém sportovním vyžití má A. velkou podporu celé rodiny. Vždy s ním někdo na turnaj jede. Za nepříznivého počasí s ním jezdí i na tréninky. Blízcí jsou rádi, že se A. realizoval a z mrzutého chlapa se stal příjemný společník.

6 Závěr šetření

V první části šetření byla oslovena zařízení, která poskytují své služby osobám s poruchou mobility. Zpět ke zpracování do této práce se navrátilo deset dotazníků, které byly zpracovány do tabulek. Jednotlivé položky dotazníku jsou vyhodnoceny pod tabulkou.

Prvním cílem praktické části práce, bylo z dotazníků zjistit, jaké sportovní aktivity nabízejí svým klientům.

Z dotazníků vychází výsledek, že nejčastěji je nabízena aktivita plavání. Další aktivitou je střelba, poté Boccia, závěsné kuželky, stolní tenis. Méně často se vyskytuje bowling, lyže, atletika, cyklistika, šachy, florbal, slaňování, tanec a kriket. Nejméně frekventované sportovní aktivity jsou posilování, Polybat, rafty, sledge bruslení, curling, minigolf, Handbike sprint, basketbal a cvičení na trampolínách.

Tyto výsledky byly mírně překvapující. Nebylo totiž očekáváno, že nejčastější aktivitou, která bude nabízena, bude plavání. A druhá aktivita, střelba, nebyla také vůbec očekávána. Favorizovaná Boccia a závěsné kuželky byly až na třetím a čtvrtém místě, co se týče nabízených aktivit. Z dotazníku také vychází, že zařízení se nebojí experimentovat s novými sporty, které nejsou v našich podmínkách až tak známy. Také u dvou zařízení vznikly samostatné sportovní kluby a jednoty, což je pro otázku sportování osob s tělesným postižením velmi dobře.

Druhým cílem praktické části bylo zjistit, jaký pohled na tyto sportovní aktivity mají samotní uživatelé. Formou kazuistik byli osloveni dva uživatelé z rozdílných zařízení.

Podle jejich informací lze soudit, že nabízené aktivity padají na úrodnou půdu a uživatelé je využívají rádi. Také samotné sportovní aktivity ovlivňují jejich dosavadní životy, v obou případech pozitivně.

Tyto pozitivní příklady mohou sloužit jako příklady dobré praxe pro všechny, kteří by chtěli sportovní aktivity využívat, ale nemají odvahu nebo podporu.

Závěr

Cílem práce bylo zjistit, jaké možnosti sportovního využití mají osoby, jež jsou tělesně postižené. Sloužily k tomu jak dotazníky, tak kazuistiky, které napomohly k pochopení pohledu osob s tělesným postižením na tuto problematiku. Cíl se alespoň částečně naplnit podařilo. Známe základní přehled sportovních aktivit, které se v jednotlivých zařízeních vyskytují.

Pohyb jako takový neznamena hodně jen pro nás, lidi, kteří se mohou běžně pohybovat, ale i osoba s tělesným postižením má stejnou potřebu pohybu, sportovního využití. Teoretické informace o působení sportu na psychiku člověka mluví jednoznačně. Pohyb je potřeba pro každého. Má pozitivní účinky na psychiku, napomáhá k sociálnímu začlenění jedinců.

Jenže osoby s tělesným postižením mají v tomto naplňování potřeby velké problémy. Mohou jim v tom bránit jejich osobnostní rysy, bariérové překážky, místo bydliště, kde nemají možnosti využívat sportovních aktivit. Je proto potřeba, aby bylo možno modifikovat sportovní aktivity tak, aby je mohli využívat všichni a sportovní aktivity rozšířit do takové míry, aby byly dostupné i lidem nejen z větších měst. Ze zkušeností z minulosti je zřejmé, že to není až tak obtížné. Můžeme přizpůsobit plavání, není problém přizpůsobit lyžování a další a další sporty. V dnešní technické době mají vlastně osoby s tělesným postižením velké štěstí. Lze zakoupit speciální vybavení, pomůcky.

Bude zřejmě velký rozdíl, jestli chce osoba s tělesným postižením sportovat opravdu na úrovni, být profesionálem nebo jestli se sport v jejím životě má stát pouze koníčkem, aktivitou, kterou vykonává rád, ale nevěnuje se jí na špičkové úrovni. Z celé dnešní populace je jasně vidět, že sport se stal spíše prestižem než zábavou. Ale vždy záleží na daném člověku, který chce tyto aktivity vykonávat.

Z pohledu pedagoga, který by měl vést lidi s tělesným postižením k tomu, ať si naleznou své místo na slunci, najdou si svou aktivitu, která je bude naplňovat, lze říci, že možnosti sportování opravdu jsou. Zařízení jsou schopny a ochotny na tyto aktivity uvolňovat finanční prostředky, čili už potom záleží na všech zúčastněných, jak se zhodnotí toho, že aktivity využívat mohou.

Do budoucna můžeme doufat, že osoby s tělesným postižením a činnosti, které vykonávají, budou brány vážně a společnost bude schopna připustit, že tito lidé jsou opravdu jako oni a mají stejná práva, povinnosti i možnosti.

Seznam použité literatury

- [1] Bartoš, A. *Škola automobilem*. Praha v.n. 1931.
- [2] CP-ISRA. Pravidla Boccii, 2005. *Příručka pravidel klasifikace a sportovních disciplín*.
- [3] Eis Emil. *Ortopedie pro speciální pedagogy*. Praha: SPN, 1986. ISBN 14-324-86.
- [4] Hadraba, V. Běžecké lyžování zdravotně postižených dětí. In: Kolektiv autorů. *Sport a sportovní aktivity zdravotně postižených dětí*. Praha: Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí, 1998.
- [5] Hadraba, V. Vodní turistika zdravotně postižených dětí. In: Kolektiv autorů. *Sport a sportovní aktivity zdravotně postižených dětí*. Praha: Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí, 1998.
- [6] Hošek, V. Psychika a sport. In: Hegerová, A., a kol. *Hermeneutika sportu*. Praha: Karolinum, 1998. 80-7184-744-5.
- [7] Ježková, A., Nejezchlebová, S. *Paravoltiž v kostce*. Praha: Česká hiporehabilitační společnost, 2002.
- [8] Ježková, A., Zamrazilá, E. *Pravidla paravoltiže*. Praha: Česká hiporehabilitační společnost, 2002.
- [9] Jonášková, V. Protetické pomůcky osob s poruchou mobility. In: Renotierová, M., Ludíková, L. a kol. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. ISBN 80-244-1073-7.
- [10] Kábele, J. *Sport vozíčkářů*. Praha: Olympia, 1992. ISBN 80-7033-233-6.
- [11] Kábele, F. *Rozvíjení hybnosti a řeči dětí s dětskou mozkovou obrnou*. Praha: SPN, 1988.

- [12] Kábele, F. *Tělesná výchova mládeže vyžadující zvláštní péči*. Praha: SPN, 1976.
- [13] Kábele, F., Kočí, J., Juda, J., Černý, O. *Somatopedie*. Praha: SPN, 1970.
- [14] Kraus, J., Šandera, O. *Tělesně postižené dítě, jeho psychologie, léčba a výchova*. Praha: SPN, 1964.
- [15] Kubínová D., Křížová A. *Ergoterapie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 1997. ISBN 80-7067-698-1.
- [16] Lacinová, J. Canisterapie a její využití pro sport zdravotně postižených. In: Kolektiv autorů. *Sport a sportovní aktivity zdravotně postižených dětí*. Praha : Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí, 1998.
- [17] Lesný, I. a kol. *Dětská mozková obrna ze stanoviska neurologie*. Praha: Avicentrum, 1985.
- [18] Mazal, F. *Pohybové hry a hraní*. Olomouc: Hanex, 2000. ISBN 80-85783-29-0
- [19] Mortier, W., *Muskel- und Nervenerkrankungen im Kindesalter* 1994. Bonn-Bad Godesberg:Dürr, 1982. 3-87183-130-1
- [20] Musálek, P. TV a využití alternativních pohybových aktivit. In Kudláček, M., Vyskočil, T. *Integrace- jiná cesta II. Sborník příspěvků ze semináře Olomouc 25. 4. 2008*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. ISBN 80-244-2029-5
- [21] Pětová, J. Pohybový vývoj zdravého a postiženého dítěte. In: Stehlík, A. *Dítě s mozkovou obrnou v rodině*. Praha: Avicentrum, 1977.
- [22] Pfeiffer, J. *Neurologie v rehabilitaci*. Praha: Grada, 2007. ISBN 80-274-1135-5

- [23] Plášek, M. Počátky a prameny sportovních aktivit zdravotně postižených dětí. In Kolektiv autorů. *Sport a sportovní aktivity zdravotně postižených dětí*. Praha: Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí, 1998.
- [24] Plevová, I. *Kapitoly z obecné psychologie II*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. ISBN 80-244-0963-1
- [25] Renotiérová, M. *Somatopedické minimum*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2002. ISBN 80-244-0532-6.
- [26] Říčan, P. *Cesta životem*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7367-124-7
- [27] Stehlík, A. *Dítě s mozkovou obrnou v rodině*. Praha: Avicentrum, 1977. 08-033-77
- [28] Švarcová, I. *Návrh vzdělávacích programů Rehabilitačních tříd pomocné školy*. Praha 1999
- [29] Tohl, D. Etika sportu jako filozofická otázka. In: Hegerová A. a kol. *Hermeneutika sportu*. Praha: Karolinum, 1998. ISBN 80-7184-744-5
- [30] Trojan, S., Druga, R., Pfeiffer, J., Votava, J. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1296-2
- [31] Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2008. ISBN 80-7178-496-6
- [32] Vašek, Š. *Základy speciální pedagogiky*. Praha: Univerzita Jana Ámose Komenského, 2008. ISBN 80-86723-13-6
- [33] Vítková, M. *Integrativní speciální pedagogika*. Integrace školní a sociální. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-9
- [34] Vítková, M. Somatopedie. In: Pipeková, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-65-6

[35] Vítková, M. *Somatopedické aspekty*. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-134-0

[36] Vrbová, J. Canisterapie. In: Müller O. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN- 80-244-1075-3

Elektronické zdroje

[1] *Boccia- Adam Buriánek* [online], [27. 2. 2010]. Dostupné na URL: <<http://www.adam-boccia.blogspot.com>>

[2] *Český paralympijský výbor* [online], [5. 3. 2010]. Dostupné na URL: <<http://www.paralympic.cz/>>

[3] *Český svaz tělesně postižených sportovců*. [online]. [20. 2. 2010]. Dostupné na URL <http://www.cstps.cz/cstps/jnp/cz/gen/clanek/sporty-sledge_hokej-Historie.html>

[4] *Český tenisový svaz vozíčkářů* [online]. [20. 2. 2010]. Dostupné na URL: <<http://www.cwta.cz/article.php?item=charakteristika-tenisu-na-voziku-v-cr>>

[5] *Jedličkův ústav a školy* [online], [14. 12. 2009]. Dostupné na URL: <<http://www.jus.cz>>

[6] *Neurocentrum, DMO klinika Neurocentra* [online], [25. 1. 2010]. Dostupné na URL: <http://www.neurocentrum.cz/DMO_klinika_index.htm>

[7] *Nottingham Trent Univerzity* [online], [7. 3. 2010]. Dostupné na URL: <http://www.ntu.ac.uk/adapted_sports>

[8] *Otto Bock ČR s.r.o.* [online]. Dostupné na <http://www.ottobock.cz/cps/rde/xchg/ob_cz_cs/hs.xsl/738.html>

- [9] *Paradrezura- Klub Kvítek* [online], [7. 3. 2010]. Dostupné na URL: <<http://www.kvitek.org/stranka/paradrezura>>
- [10] *Pomocné tlapy – canisterapie* [online], [13. 12. 2009]. Dostupné na URL: <www.canisterapie.cz>
- [11] Rehabilitační vzdělávací program [online], [13. 2. 2010]. Dostupné na URL: <<http://www.vuppraha.cz/wp-content/uploads/2009/12/Rehabilit.program.pdf>>
- [12] *Sportovní invalidní vozíky a sportovní technika* [online], [cit. 2. 2. 2010]. Dostupné na URL: <<http://www.sivak.cz/sportovni-invalidni-voziky-a-sportovni-technika-k14/>>
- [13] *Sportovní mechanické vozíky* [online], [cit. 2. 2. 2010]. Dostupné na URL: <<http://www.medicco.cz/mechanicke-voziky-sportovni.php>>

Zákony

- [1] *Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělání (školský zákon)*

Přílohy

Příloha č. 1 Protézy

a) Loketní protéza



b) Chodidlo



c) Protéza dolní končetiny (stehenní)



d) Protéza Bércová



e) Myoelektická protéza horní končetiny



Zdroj : www.ms-protetik.cz

Příloha č. 2 Sportovní vozíky a monoski

a) Handbike Challenger



Přídavné kolo, které je jednou z variant jízdy na mechanickém vozíku. Je upravitelné speciálním rámem, které se dá snadno demontovat. Součástí je přehazovačka, brzdy, tachometr atd.

b) Monoski Praschberger



Základní vybavení:

- nášlapná deska, kterou je možno upevnit do jakéhokoliv vázání
- 4-ramenné uchycení kloubně uchycené sedačky - skořepiny
- tlumič, který je nastavitelný podle váhy uživatele i terénu
- laminátová kloubní skořepina - vypořstovaná, se stavitelnou zádovou opěrou a břišním bezpečnostním pásem, díky níž je umožněn přenos váhy a těžiště lyžaře
- možnost dodání stabilizátorů - pomocných "lyžiček" a rychloupínacího uzávěru pro přepravu na vleku

b) Monoběžky Praschberger



Individuální možnost nastavení sedačky i úhlu sedu dle typu postižení.

Zdroj: www.sivak.cz

d) QUICKIE Match Point



Pro všechny hráče tenisu a košíkové. Tento model je ideální pro dynamické míčové hry, jako je basketbal a tenis, ale je vynikající i pro tanec na vozíku.

e) QUICKIE Shark / Shark S



Energie, Rychlost, Akce. Shark - nový Handbike. Najeto tisíce zkušebních kilometrů a nesčetně hodin v konstrukčním oddělení, vedly ke zcela novému návrhu.

Zdroj: www.medicco.cz

Příloha č. 3 Stanovy Českého svazu tělesně postižených sportovců

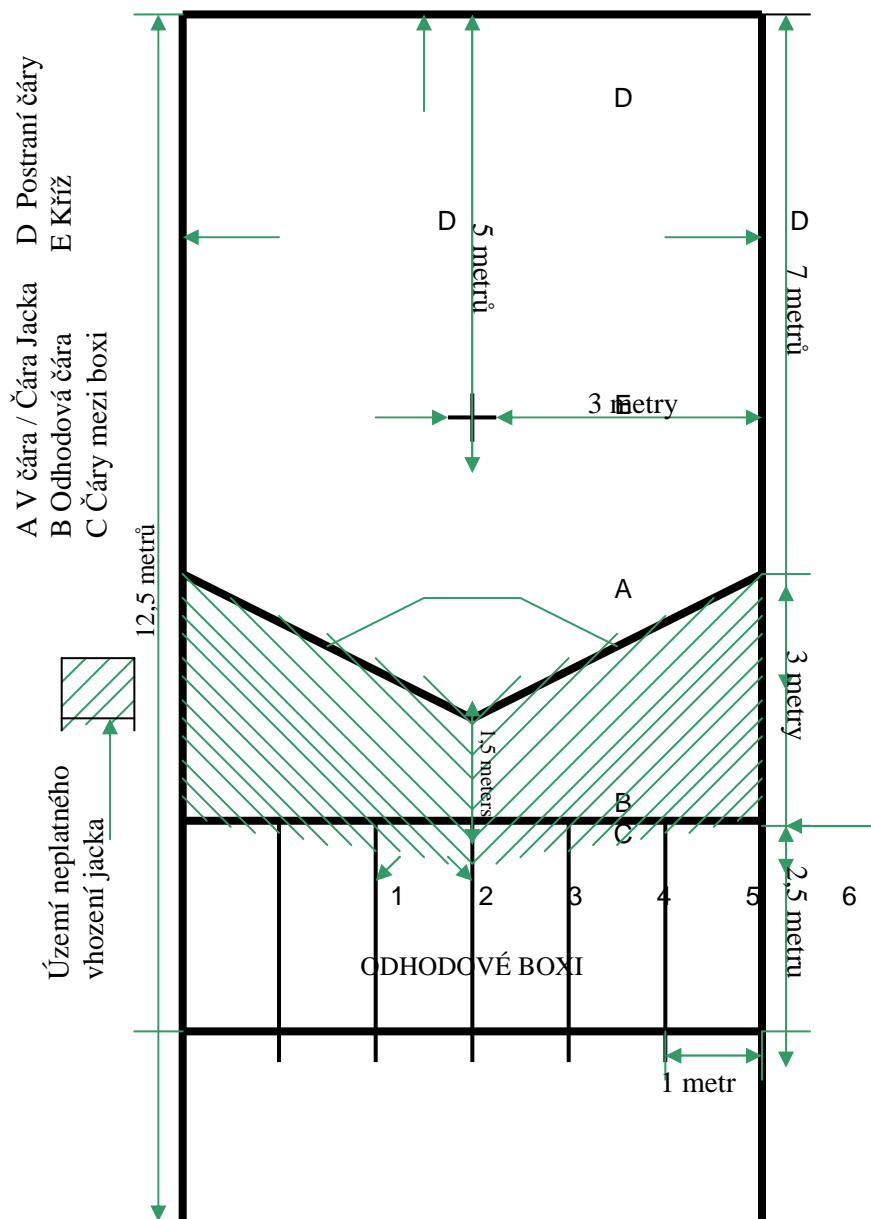
Dostupná na přiloženém CD-romu.

Příloha č. 4 Pravidla paravoltiže

Dostupná na přiloženém CD-romu.

Příloha č. 5 Plánek hřiště Boccia

PLÁNEK BOCCIA KURTU



Příloha č. 5 Dotazník

1) **Jaké klientele poskytujete své služby? (uživatelům služeb, žákům, pacientům)**

- a) osobám s poruchou mobility,
- b) osobám se zdravotním postižením,
- c) osobám s kombinovaným postižením,
- d) jiným uživatelům – vyjmenujte.

2) **Jaké je rozmezí věků klientů, uživatelů služeb, žáků?**

- a) děti předškolního věku,
- b) děti školního věku,
- c) dospělým osobám.

3) **Jak dlouho Vaše zařízení funguje?**

4) **Máte v nabídce volnočasových aktivit také sportovní aktivity?**

- a) ano,
- b) ne,
- c) nenabízíme volnočasové aktivity.

5) **Které aktivity jsou nabízeny klientům, uživatelům služeb, žákům?**
(zakřížkujte, prosím, danou aktivitu)

a) kroužky:

b) v rámci vyučování:

c) odpočinek a terapie:

<input type="checkbox"/>	Boccia
<input type="checkbox"/>	Plavání
<input type="checkbox"/>	Hokej
<input type="checkbox"/>	Volejbal
<input type="checkbox"/>	Stolní tenis
<input type="checkbox"/>	Šerm
<input type="checkbox"/>	Horolezectví
<input type="checkbox"/>	Jachting
<input type="checkbox"/>	Vzpírání
<input type="checkbox"/>	Jiné – vyjmenujte prosím :
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

<input type="checkbox"/>	Fotbal
<input type="checkbox"/>	Posilování
<input type="checkbox"/>	Bowling
<input type="checkbox"/>	Basketball
<input type="checkbox"/>	Plavání
<input type="checkbox"/>	Jiné – vyjmenujte prosím :
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

<input type="checkbox"/>	Bazální stimulace
<input type="checkbox"/>	Polohování
<input type="checkbox"/>	Hydromasáže
<input type="checkbox"/>	Klasické masáže
<input type="checkbox"/>	Vojtova terapie
<input type="checkbox"/>	Terapie Bobathových
<input type="checkbox"/>	Canisterapie
<input type="checkbox"/>	Hipoterapie
<input type="checkbox"/>	Felinoterapie
<input type="checkbox"/>	Jiné – vyjmenujte prosím
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

6) Je o výše vyjmenované aktivity zájem? (můžete označit více možností)

- a) ano je ze strany zákonných zástupců,
- b) ano je ze strany klientů,
- c) ano je z obou stran,
- d) ne není ze strany zákonných zástupců,
- e) ne není ze strany klientů,
- f) ne není ani z jedné strany.

7) Jak často tyto aktivity obnovujete?

- a) jednou za půl roku,
- b) jednou za rok,
- c) více jak po roce,
- d) podle zájmu zákonných zástupců či klientů,
- e) jiné – vyjmenujte prosím.

8) Myslíte si, že máte dobré zázemí pro poskytování sportovních aktivit?

9) Chtělo by Vaše zařízení rozšířit některé z aktivit? Pokud ano, které by to byly?

10) Účastní se Vaše zařízení nějakých druhů soutěží?

- a) ano, účastníme se pravidelně soutěží,
- b) ale, ale jen ve výjimečných případech,
- c) ne, neúčastníme se žádných soutěží.

11) Pokud se neúčastníte, jaké k tomu máte důvody? Vyjmenujte prosím:

12) Je podle Vašich zkušeností obtížné namotivovat klienty, uživatele, žáky ke sportovním aktivitám?