

Katedra rozvojových studií

Přírodovědecká fakulta

Univerzita Palackého v Olomouci

**Participace sportovců na paralympijských hrách se zaměřením na
země Blízkého východu**

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Simona Šafaříková, PhD.

Vypracoval: Bc. Jakub Kriško

Olomouc 2015

Bibliografická identifikace

Jméno a příjmení autora: Jakub Kriško

Název diplomové práce: Participace sportovců na paralympijských hrách se zaměřením na země Blízkého východu

Pracoviště: Mezinárodní rozvojová studia

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Simona Šafaříková, PhD.

Rok obhajoby diplomové práce: 2015

Abstrakt: Situace osob se zdravotním postižením je v rozvojových zemích i přes zlepšující se situaci stále velmi složitá. O to je to horší když si uvědomíme, že převážná většina těchto osob žije právě zde. Tito lidé se často ocitají v bludném kruhu chudoby, nemají přístup ke vzdělání, zdravotní péči, ve většině případů jsou nezaměstnaní a majoritní společností nejsou vnímáni jako plnohodnotné lidské bytosti. Právě postoje a vnímání společnosti k těmto lidem má ovšem zásadní vliv na jejich celkovou životní úroveň. Účast sportovců na paralympijských hrách jako největší sportovní události pro osoby se zdravotním postižením může významným způsobem ovlivnit společenské vnímání těchto lidí a umožnit tak dalším milionům osob se zdravotním postižením žít plnohodnotný život. Cílem této diplomové práce je tedy charakterizovat účast sportovců ze zemí Blízkého východu na paralympijských hrách a zároveň tak poskytnout platformu pro další výzkum s cílem umožnit zemím s nízkou účastí a nevyhovující infrastrukturou získat rozvojovou pomoc, která by obecně zlepšila přístup ke sportu, posílila účast na paralympijských hrách a zároveň tak napomohla ke zvýšení celkové životní úrovně osob se zdravotním postižením vůbec.

Diplomová práce je rozdělená do tří kapitol. První kapitola se zabývá charakteristikou osob se zdravotním postižením nejdříve obecně a následně z pohledu rozvojových zemí. Druhá část se věnuje problematice sportu pro osoby se zdravotním postižením, jeho významem a celkovým vývojem od počátku až po současnost. Třetí část charakterizuje situaci osob se zdravotním postižením na Blízkém východě, zabývá se postojem islámu ke sportu a také definuje hlavní regionální hry určené pro tuto specifickou skupinu obyvatel.

Výzkumná část se zabývá statistickou analýzou participace sportovců ze zemí Blízkého východu na paralympijských hrách. Charakterizuje celkový vývoj účasti, a jak se tato účast liší mezi jednotlivými zeměmi. Zároveň definuje úspěšnost sportovců a hlavní sportovní disciplíny, kterých se zúčastňují.

Klíčová slova: Osoby se zdravotním postižením, paralympijské hry, Blízký východ, participace, lidská práva

Bibliographical identification

Author's first name and surname: Jakub Kriško

Title of the diplom thesis: Participation of athletes at the Paralympic Games with a focus on the Middle East countries

Department: International development studies

Supervisor: Mgr. Simona Šafaříková, Ph. D.

The year of presentation: 2015

Abstract: The situation of people with disabilities in developing countries, despite the improving situation remained very difficult. It is even worse when you consider that the vast majority of these people live here. These people often find themselves in a vicious circle of poverty, lack access to education, health care, in most cases, they are unemployed and the majority are not seen as full human beings. Attitudes and perceptions of these people, however, has a major impact on their overall standard of living. The participation of athletes at the Paralympics as the biggest sports event for people with disabilities can significantly influence societal perceptions of these people and allow other millions of people with disabilities to live full lives. The aim of this thesis is thus characterized participation of athletes at the Paralympic Games with a focus on the Middle East countries as well as provide a platform for further research in order to allow countries with low participation and inadequate infrastructure to obtain development assistance which would generally improve access to sport, strengthen participation in the Paralympics and yet helped to increase the overall standard of living of persons with disabilities at all.

The thesis is divided into three chapters. The first chapter deals with the characteristics of persons with disabilities in general at first and then from the perspective of developing countries. The second part deals with the issue of sport for people with disabilities, its significance and overall development from the beginning to the present. The third part describes the situation of people with disabilities in the Middle East, dealing with attitudes of the Islam to sport and also defines the main regional games designed for this specific group of population.

The research part deals with statistical analysis of the participation of athletes from countries in the Middle East at the Paralympic Games. Characterizes the overall development of participation and how that participation varies between countries. It also defines the success of athletes and major sporting events, which they are taking part. "

Keywords: People with disabilities, Paralympic Games, Middle East, participation, human rights

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracoval samostatně pod vedením Mgr. Simony Šafaříkové, Ph.D., uvedl všechny použité literární a odborné zdroje a dodržoval zásady vědecké etiky.

V Olomouci dne

Děkuji Mgr. Simoně Šafaříkové, Ph.D., za pomoc a cenné rady, které mi poskytla při zpracování této diplomové práce

SEZNAM GRAFŮ A TABULEK

Seznam grafů:

Graf 1: Participace sportovců ve vybranných regionech na LPH v letech 1980-2012.....	55
Graf 2: Participace sportovců podle pohlaví ve vybranných regionech na LPH v letech 1980-2012 ..	56
Graf 3: Participace sportovců ze zemí Blízkého východu na LPH v letech 1980-2012	57

Seznam tabulek:

Tabulka 1: Vývoj počtu sportovců a zúčastněných zemí na LPH od roku 1960-2012	33
Tabulka 2: Vývoj počtu sportovců a zúčastněných zemí na ZPH od roku 1976-2014	34
Tabulka 3: Začlenění různých typů zdravotního postižení na LPH a ZPH od roku 1960-2012.....	35
Tabulka 4: Začlenění sportů na LPH a ZPH od roku 1960-2012	37
Tabulka 5: Prevalence osob se zdravotním postižením v zemích Blízkého východu v roce 2002	47
Tabulka 6: Podpis a ratifikace CRPD a Opčního protokolu v zemích Blízkého východu	49
Tabulka 7: Participace sportovců ze zemí Blízkého východu na LPH v letech 1980-2012.....	61
Tabulka 8: Celkový počet startů a reálný počet sportovců ze zemí Blízkého východu na LPH v letech 1980-2012.....	62
Tabulka 9: Účast ve sportech v zemích Blízkého východu na LPH v letech 1980-2012.....	63
Tabulka 10: Počet získaných medailí u zemí Blízkého východu na LPH v letech 1980-2012	64
Tabulka 11: Medailové pořadí zemí Blízkého východu na LPH v letech 1980-2012.....	65

SEZNAM ZKRATEK

LPH	Letní paralympijské hry
ZPH	Zimní paralympijské hry
CRPD	Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením
IOC	Mezinárodní olympijský výbor
IPC	Mezinárodní paralympijský výbor
NPC	Národní paralympijský výbor
APC	Asijský paralympijský výbor

OBSAH

1 ÚVOD	9
2 CÍLE PRÁCE A METODOLOGIE	10
3 OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	13
3.1 CHARAKTERISTIKA OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM.....	13
3.1.1 OSOBY S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM.....	14
3.1.2 OSOBY SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM.....	15
3.1.3 OSOBY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	17
3.2 SPOLEČNOST A OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	17
3.2.1 OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM S NÁSTUPEM VĚDY.....	20
3.2.2 ÚMLUVA OSN O PRÁVECH OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	22
3.3 OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM V ROZVOJOVÝCH ZEMÍCH.....	24
4 SPORT A OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	26
4.1 DEFINICE SPORTU A JEHO VÝZNAM	26
4.2 HISTORIE SPORTU	27
4.3 VÝZNAM SPORTU PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM.....	29
4.4 VÝVOJ PARALYMPIJSKÉHO SPORTU.....	30
4.5 MEZINÁRODNÍ PARALYMPIJSKÝ VÝBOR	36
4.5.1 ASIJSKÝ PARALYMPIJSKÝ VÝBOR.....	40
4.5.1.1 ASIJSKÉ REGIONÁLNÍ HRY.....	41
5 SPORT A OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM NA BLÍZKÉM VÝCHODĚ	43
5.1 VYMEZENÍ REGIONU BLÍZKÝ VÝCHOD.....	43
5.2 BLÍZKÝ VÝCHOD A OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM.....	45
5.2.1 KULTURNÍ A FYZICKÉ BARIÉRY	45
5.2.2 PREVALENCE OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM NA BLÍZKÉM VÝCHODĚ.....	46
5.2.3 LEGISLATIVNÍ OPATŘENÍ	48
5.3 SPORT, POSTIŽENÍ A ISLÁM	50
5.4 REGIONÁLNÍ HRY	51
5.5 PARTICIPACE NA PARALYMPIJSKÝCH HRÁCH	53
6 ZÁVĚR	66
7 REREFERENČNÍ SEZNAM	70

1 ÚVOD

Téma diplomové práce jsem si vybral z důvodu mého dlouhodobého zájmu o sport osob se zdravotním postižením spojeného se zaujetím pro země nacházející se na území Blízkého východu.

Během studia aplikovaných pohybových aktivit jsem absolvoval zahraniční pracovní stáž v organizaci, kde jsem měl na starosti sportovní programy pro osoby s mentálním postižením. Zúčastnil jsem se studijního pobytu v irském Tralee zaměřeného na pohybové aktivity osob se zdravotním postižením a v rámci mé bakalářské práce jsem se zabýval úrovní bezbariérovosti u restauračních a ubytovacích zařízení. Po nástupu na studijní obor Mezinárodní rozvojová studia mě stále více zajímala situace osob se zdravotním postižením v rozvojových zemích. Vzhledem k tomu, že celých 80 % těchto osob se nachází právě zde a velké množství z nich žije v zemích Blízkého východu, myšlenka zabývat se problematikou osob se zdravotním postižením na tomto území se stala skutečností.

Účast ve sportu znamená pro osoby se zdravotním postižením mnohem více jak pro běžnou populaci. Pro mnohé z nich je to prostředek k opětovnému získání vlastní sebedůvěry a smyslu života, který může následně ovlivnit jejich důležité životní okamžiky jako je nástup do zaměstnání nebo založení rodiny. Účast na paralympijských hrách jako největší sportovní události pro osoby se zdravotním postižením může navíc významným způsobem ovlivnit společenské vnímání k těmto lidem a umožnit tak dalším milionům osob se zdravotním postižením žít plnohodnotný život.

Údaje o participaci sportovců na paralympijských hrách nám nejenže podávají informace o kvalitě sportu osob se zdravotním postižením v jednotlivých zemích, ale zároveň upozorňují na jejich celkovou situaci v dané společnosti. Nepříliš mnoho autorů se v minulosti zabývalo touto problematikou o to méně, když bychom se chtěli zaměřit pouze na jeden specifický region jako je Blízký východ. Analýza participace sportovců ze zemí Blízkého východu tak může otevřít novou diskuzi o tolik opomíjené téma jako je mezinárodní účast sportovců na paralympijských hrách a zároveň poskytnout platformu pro další výzkum s cílem umožnit zemím s nízkou účastí a nevyhovující infrastrukturou získat rozvojovou pomoc, ať už ve formě finanční nebo technické asistence, která by zlepšila přístup osob se zdravotním postižením ke sportu a zároveň posílila jejich účast na paralympijských hrách.

2 CÍLE PRÁCE A METODOLOGIE

Paralympijské hry se staly největší sportovní událostí pro osoby se zdravotním postižením na celém světě. Od svého počátku ve Stoke Mandeville v roce 1948 se počet zúčastněných zemí a sportovců neustále zvyšuje. V souvislosti s rozvojem nových paralympijských sportů a postupným začleňováním sportovců s různým typem postižení to není až tak velkým překvapením. Jaké je však rozvržení sportovců na paralympijských hrách? Odkud tito sportovci pocházejí?

Nepříliš mnoho autorů se v minulosti zabývalo touto problematikou o to méně, když bychom se chtěli zaměřit pouze na jeden specifický region. **Cílem této diplomové práce je tedy charakterizovat účast sportovců ze zemí Blízkého východu na paralympijských hrách a odpovědět si přitom na následující otázky:**

1. Jak můžeme charakterizovat osoby se zdravotním postižením? Jak se vyvíjelo jejich společenské vnímání? Jaká je situace osob se zdravotním postižením v rozvojových zemích?
2. Jaký byl vývoj sportu pro osoby se zdravotním postižením? Co je to Mezinárodní paralympijský výbor a jaké má funkce?
3. Jaká je situace osob se zdravotním postižením na Blízkém východě? Jak se vyvíjela celková účast sportovců z Blízkého východu na paralympijských hrách? Jak se lišila mezi jednotlivými zeměmi v regionu? Jaká je úspěšnost sportovců? V jakých sportovních disciplínách se zúčastňují?

Odpovědi na tyto otázky pocházejí především ze zahraniční literatury, psané v anglickém jazyce, nicméně vyskytuje se zde i několik českých pramenů. Co se týká typologie zdrojů, tak se jedná zejména o akademické články, knižní publikace, dokumenty mezinárodních organizací (WHO, UNESCO, ESCWA, WB, IPC, APC), sborníky, elektronická periodika, legislativní dokumenty (Úmluva OSN, Bejrútská deklarace, Charta sportu), webové stránky a statistické databáze. Pokud bychom chtěli definovat charakter použité literatury, objevují se zde informace z oblasti speciální pedagogiky, rozvojových studií, aplikovaných pohybových aktivit, sportu, sociologie nebo historie. Jedná se tedy o komplexní, interdisciplinární práci zasahující do několika vědeckých disciplín.

Za všechny autory vyskytující se v diplomové práci bych zmínil zejména následující: Karen DePauw, Susan Gavron a jejich publikaci *Disability sport*, Aaron Beacom a jeho kapitolu v knize *Sport and international development* s názvem *Disability sport and the politics of development*, Libora Novosada a jeho knihu *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita*, Rooshey Hasnain, Laura Shaikh, Hasan Shanawani a jejich článek *Disability and the Muslim Perspective*, ESCWA (*Economic and Social Commission of Western Asia*) a jejich publikaci *Disability in the Arab region: An overview*, UNESCO (*United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*) a publikaci *Overcoming obstacles to the integration of disabled people* a v neposlední řadě také WHO (*World Health Organization*) a jejich publikaci *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps: A manual of classification relating to the consequences of diseases*. Tito autoři výrazným způsobem ovlivnili podobu mé diplomové práce a umožnili mi zkoumat tuto problematiku v širších souvislostech.

Co se týká samotné metodologie práce, tak nejdříve se zabývám rešerší literatury. V první části charakterizují osoby se zdravotním postižením a poté zkoumám, jakým způsobem se vyvíjelo jejich vnímání ve společnosti. Velkou pozornost věnuji hlavnímu mezinárodnímu dokumentu podporující práva osob se zdravotním postižením, Úmluvě OSN a zároveň charakteristikou situace osob se zdravotním postižením v rozvojových zemích. Ve druhé části definuji sport a jeho význam pro člověka a pro celou společnost. Zabývám se jeho historií od počátků až po současnost. Definuji význam sportu pro osoby se zdravotním postižením a v čem se tento význam liší od běžné populace. Charakterizují vývoj paralympijského sportu, kdy velkou pozornost věnuji Mezinárodnímu paralympijskému výboru a jeho regionální organizaci s názvem Asijský paralympijský výbor. Ve třetí části definuji region Blízký východ a zabývám se situací osob se zdravotním postižením na tomto území. Popisují jejich hlavní kulturní a fyzické překážky, jejich prevalenci, hlavní příčiny postižení a legislativní opatření na podporu osob se zdravotním postižením, které v regionu existují. Následně zkoumám pohled islámu na sport osob se zdravotním postižením a definuji hlavní regionální hry na tomto území.

Ve výzkumné části se zabývám statistickou analýzou participace sportovců ze zemí Blízkého východu na paralympijských hrách. Potřebná data jsem získal z webových stránek Mezinárodního paralympijského výboru (*IPC, International Paralympic Committee*) které následně srovnávám, analyžuji, definuji a dávám do souvislostí. Nejdříve porovnávám účast sportovců ve vybraných regionech a zkoumám jaký je jejich podíl v rámci celkové

participace. Popisují rozdíly v účasti mužů a žen, ať už z pohledu celého světa, vybraných regionů nebo jednotlivých zemí Blízkého východu. Charakterizují celkový vývoj účasti sportovců ze zemí Blízkého východu a následně se podrobněji zabývám vývojem účasti u jednotlivých zemí tohoto regionu. Analyzuji hlavní příčiny v některých případech nevyrovnané účasti a zabývám se rozdílem mezi celkovou účastí a reálným počtem zúčastněných sportovců. V neposlední řadě se také věnuji účasti ve sportovních disciplínách, úspěšností sportovců a jejímu celkovému srovnání. Statistické údaje na webových stránkách IPC jsou přehledné a dostupné pro širokou veřejnost. Nicméně některá data o účasti sportovců nejsou k dispozici, jedná se zejména o údaje k účasti sportovců v kolektivních sportech a ve štafetách v letech 1960-1984. V některých případech jsou také jména sportovců uváděna poněkud odlišným způsobem jak v předchozích letech, například s chybějícím prostředním jménem apod. Zároveň se v databázích o participaci můžeme setkat s označením x charakterizující sportovce, u kterých nebylo možné identifikovat jejich pohlaví.

3 OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Co je to postižení? Jakým způsobem můžeme charakterizovat osoby se zdravotním postižením? Jaké máme základní typy zdravotního postižení? Jaký je celkový počet osob se zdravotním postižením? Jaké jsou hlavní příčiny postižení? Jak se vyvíjelo vnímání osob se zdravotním postižením ve společnosti v průběhu času? Jaké jsou zásadní legislativní opatření podporující práva osob se zdravotním postižením? Jaká je situace osob se zdravotním postižením v rozvojových zemích? Odpovědi na tyto otázky získáte po přečtení této kapitoly podávající tak komplexní a ucelené informace o lidech se zdravotním postižením, které jsou základní „stavební jednotkou“ této práce.

3.1 CHARAKTERISTIKA OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

„Člověk je ten, kdo v sobě nosí větší bytost, než je on sám“ (Exupéry in Novosad, 10).

Postižení je funkční omezení jedince, které je způsobeno tělesným, duševním nebo smyslovým poškozením. Ačkoliv některé aspekty postižení jsou výhradně vnitřního charakteru, jiné jsou zejména vnější, ovlivněné postojovými, sociálními, kulturními, ekonomickými a environmentálními bariérami (Thomas, 2005).

Osoby se zdravotním postižením jsou heterogenní skupina obyvatel tvořící nezanedbatelnou část naší populace. Podle Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením (*CRPD, Convention on the Rights of People with Disabilities*) jsou to *„osoby mající dlouhodobé fyzické, duševní, mentální nebo smyslové postižení, které v interakci s různými překážkami může bránit jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními“* (UN, 2006, 1).

Osoby se zdravotním postižením můžeme rozdělit na osoby s tělesným postižením na osoby s mentálním a duševním postižením a na osoby s postižením zraku a sluchu¹. Je důležité, také upozornit na kombinaci těchto postižení (Michalík & Valenta, 2006). Postižení může být

¹ Vzhledem k tomu, že součástí paralympijských her nejsou osoby se sluchovým postižením, které pořádají své vlastní Deaflympijské hry, nedochází v této diplomové práci k bližší specifikaci těchto osob.

viditelné nebo skryté; dočasné nebo trvalé; statické, občasné nebo degenerující. (WHO, 2011).

Podle Organizace spojených národů (UN, *United Nations*) je na světě 500 milionů osob žijících s určitým typem postižení. Z toho (UNESCO, 1995, 8):

- „55 milionů jsou osoby se zrakovým postižením (11 %)
- 70 milionů jsou osoby se sluchovým postižením (14 %)
- 130 milionů jsou osoby s těžkým mentálním postižením (26 %)
- 20 milionů jsou osoby s epilepsií (4 %)
- 160 milionů jsou osoby s určitým tělesným postižením (32 %).“

Počet osob se zdravotním postižením neustále narůstá. Rostoucí počet osob se zdravotním postižením je důsledkem mnoha faktorů, jako jsou například válečná zranění, nášlapné miny, HIV/AIDS, podvýživa, poškození životního prostředí, stárnutí populace nebo chronické nemoci; diabetes mellitus, rakovina, infarkt myokardu či poruchy duševního zdraví (Beacom, 2009; WHO, 2011).

Nejčastější příčiny zdravotního postižení²: (UNESCO, 1995, 9)

- „Podvýživa – 100 milionů (20 %)
- Nehody, trauma, válečná zranění – 78 milionů (15,6 %)
- Infekční nemoci – 56 milionů (11,2 %)
- Neinfekční nemoci – 100 milionů (20 %)
- Vrozené onemocnění – 100 milionů (20 %).“

3.1.1 OSOBY S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM

Pohyb je základním prvkem motoriky člověka. Motoriku můžeme označit, jako souhrn pohybových projevů a předpokladů daný pohyb vykonat (Müller & Renotiérová et al., 2006). „Při změně pohybové funkce organismu jako celku nebo v jeho dílčích složkách hovoříme o poruše motoriky“. Její původ se může vyskytovat „v receptoru nebo efektoru, v dostředivé nebo odstředivé dráze nebo v centrální nervové soustavě“ (Müller & Renotiérová et al., 2006, 27).

² Uvedená % jsou z celkového počtu osob se zdravotním postižením (tedy z 500 milionů).

Za tělesné postižení můžeme považovat „*dlouhodobý nebo trvalý stav, jenž je charakteristický anatomickou, orgánovou nebo funkční poruchou, kterou již nelze veškerou léčebnou péčí zcela odstranit nebo alespoň významně zmírnit*“ (Novosad, 2011, 85). Tato skutečnost přináší výrazné snížení reálných možností i životních šancí u člověka, omezuje jeho možnost pracovat a negativně zasahuje do mnoha stránek kvality jeho života (Novosad, 2011). Tělesné postižení dlouhodobě nebo podstatným způsobem působí na kognitivní, emocionální a sociální stránku člověka „*Mezi tělesné postižení řadíme vady pohybového a nosného ústrojí tzn. kostí, kloubů, šlach, svalů a cévního zásobení. Dále pak poškození nebo poruchy nervového ústrojí, pokud se projevují narušenou hybností*“ (Renotírová & Ludíková, 2003, 204).

Tělesná postižení můžeme rozdělit podle doby vzniku na vrozená a získaná. Vrozená postižení jsou způsobena dědičností nebo různými infekcemi matky v době těhotenství a patří mezi ně „*poruchy tvaru a velikosti lebky, vady horních a dolních končetin, poruchy růstu, rozštěpové vady nebo centrální a periferní obrny*“ (Bendová 2006, 31). Naopak získaná postižení vznikají v důsledku úrazu či nemoci na základě poškození mozku či míchy, případně různých těžce vyléčitelných onemocnění (Müller & Renotírová et al., 2006).

Mezi hlavní typy tělesného postižení můžeme zařadit „*dětskou mozkovou obrnu (DMO), rozštěpy páteře (spina bifida), progresivní svalovou dystrofii (myopatie), ochrnutí po poranění míchy (paraplegie, kvadruplegie), amputace dolních a horních končetin*“ (Ješina & Kudláček, 2011, 75-83).

3.1.2 OSOBY SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM

Zrakem získáváme 80-90 % informací o okolním světě, je to tedy jeden ze základních smyslů člověka. Zrakové vady můžeme definovat jako „*nedostatky zrakové percepce různé etiologie i rozsahu*“ (Květoňová-Švecová 2000, 18). Jinou definici uvádí například Renotírová & Ludíková (2003, 186), která chápe zrakové postižení jako „*absenci nebo nedostatečnost kvality zrakového vnímání*“.

Jedinec se zrakovým postižením je osoba „*kteřá trpí oční vadou či chorobou, kdy i po optimální korekci má stále zrakové vnímání narušeno natolik, že ji činí problémy v běžném životě*“ (Finková & Ludíková et al., 2007, 37). Podle příčin vzniku zrakového postižení

rozlišujeme zrakové postižení orgánové a funkční. Při orgánovém postižení bývá poškozen přímo zrakový orgán, při postižení funkčním je jeho výkon pouze oslaben (Květoňová-Švecová, 2000). Zrakové vady můžeme dělit také podle doby vzniku na vrozené a získané. Dělení zrakových vad podle délky trvání zrakového postižení na akutní (krátkodobé), chronické (dlouhodobé) a na recidivující (opakující se) nebo podle prognózy na stacionární (ustálený stav) a progresivní (postupně zhoršující se stav) uvádí dále (Ludíková, 2006).

Nejčastěji se však v odborné literatuře dočteme o klasifikaci zrakových vad podle stupně zrakového postižení. Podle autorů Janečka & Němcová et al., (2011) můžeme rozdělit zrakově postižené na nevidomé a slabozraké. Ludíková & Stoklasová (2006) dále rozšiřuje dělení, na osoby se zbytkem zraku. Finková & Ludíková et al., (2007) přidává osoby s poruchami binokulárního vidění a na závěr Růžičková (2006) rozšiřuje klasifikaci o osoby později osleplé.

Základním kritériem pro posuzování stupně zrakového postižení je míra snížení zrakové ostrosti (visus) a velikost a lokalizace zorného pole.

Klasifikace zrakového postižení: (WHO, 2008, 302)

- *„Středně těžká zraková vada - kategorie 1*
 - *zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 6/18 (0,30) - minimum rovné nebo lepší než 6/60 (0,10)*
- *Těžká zraková vada - kategorie 2*
 - *zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 6/60 (0,10) - minimum rovné nebo lepší než 3/60 (0,05)*
- *Slepota - kategorie 3*
 - *zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 3/60 (0,05) - minimum rovné nebo lepší než 1/60 (0,02)*
 - *koncentrické zúžení zorného pole obou očí pod 20 stupňů, nebo jediného funkčně zdatného oka pod 45 stupňů*
- *Slepota - kategorie 4*
 - *zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí 1/60 (0,02), 1/50 až světlocit nebo omezení zorného pole do 5 stupňů kolem centrální fixace, i když centrální ostrost není postižena*
- *Slepota - kategorie 5*
 - *ztráta zraku zahrnující stavy od naprosté ztráty světlocitu až po zachování světlocitu s chybou světelnou projekcí.“*

3.1.3 OSOBY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Lidé s mentálním postižením tvoří jednu z nejpočetnějších skupin mezi zdravotně postiženými a zároveň patří mezi nejvíce zranitelné a sociálně vylučované osoby na světě.

Termín mentální postižení je v současnosti vymezován značným množstvím definic, jež mají společné zaměření na celkové snížení intelektových schopností jedince a jeho schopnosti adaptace na prostředí. V literatuře se můžeme setkat s pojmy oligofrenie, slabomyslnost, mentální retardace, mentální defekt, zaostalost duševního vývoje, mentální subnormalita atd. (Valenta & Müller, 2003). Mentální retardaci lze definovat jako „*vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i postnatální etiologií*“ (Valenta & Müller, 2003, 14).

Jednoduše definují mentální retardaci Říčan & Vágnerová (1991) a to jako vrožený nebo časně získaný defekt rozvoje rozumových schopností. V souladu s novou verzí Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revizí vydanou Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě, se mentální retardace člení do následujících kategorií: (WHO, 2008, 236-237)

- „*Lehká mentální retardace IQ 69 – 50*
- *Středně těžká mentální retardace IQ 49 – 35*
- *Těžká mentální retardace IQ 34 – 20*
- *Hluboká mentální retardace IQ nejvýše 20*
- *Jiná mentální retardace*
- *Neurčená mentální retardace.*“

3.2 SPOLEČNOST A OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

„Jen ten klíč, který pasuje do zámku, může odhalit pravdivost prostoru za tímto zámkem. Nemůžeme uvažovat o odhalujících „mechanismech“ bez znalosti jejich zámků, to znamená bez znalosti a povědomí toho, co chceme otevřít“ (Hogenová in Novosad, 2011, 11).

Osoby se zdravotním postižením byly vždy součástí naší společnosti. Přístup k nim se však výrazně lišil a to v čase i prostoru. Pro pochopení současného vnímání a jejich rozdílů

v různých částech světa je nutné se vrátit zpět do minulosti a podívat se na situaci z poněkud širšího úhlu pohledu.

V mnohých případech to byly právě tělesné znaky, které určovaly budoucnost a vysvětlovaly minulost každého člověka. Tělesná rozdílnost určovala sociální strukturu ve společnosti, kdy některé tělesné znaky byly považovány za normu a ti ostatní co do dané normy nespádali, byli často zneužíváni a izolováni (Clapton & Fidzerald, 1997). „*Obecnou normu charakterizujeme jako dobovou obvyklost, tedy společností uznávané kritérium k hodnocení určitého jevu. Normalita představuje stav jedince, skupiny či společnosti, jenž odpovídá zavedeným, tj. v určitém dobově-regionálně-sociálním kontextu platným normám a uznávaným hodnotám*“ (Novosad, 2011, 70).

Společenské vnímání a přístup k lidem se zdravotním postižením můžeme z historického hlediska charakterizovat jako kaleidoskop nejrůznějších odstínů reflektující toleranci, nenávisť, lásku, hrůzu a odpor (Chomba Wa Munyi, 2012). Docházelo k mučení, sterilizaci, zneužívání, exorcismu, ale také i k projevům úcty, pokory a tolerance. V některých společnostech byly dokonce osoby se zdravotním postižením vnímány i jako božské bytosti.

Ve starověku především mohli přežít jen ti nejschopnější a nejzdatnější. Lidé s tělesnou deformitou neschopní boje či adekvátní obrany byli povětšinou ponecháni osudu, což pro ně znamenalo smrt vyhladověním nebo útokem predátora. Podobně na tom byli i duševně nemocní či mentálně retardovaní, kteří byli společností často označováni za zlo posednuté ďáblem (DePauw & Gavron, 2005). Starověké Řecko bylo známé svým důrazem na fyzickou a duševní rovnováhu a tudíž jakákoliv forma nedokonalosti se stala nepřijatelnou. Infanticida³ novorozenců s určitou tělesnou odlišností nebo idealizované vyobrazení řeckých bohů toho bylo věrným důkazem (Barnes, 1997). Díky takovým myslitelům jako byl Aristoteles zabývající se hluchotou, Hippokrates popisující duševní onemocnění jako nemoc s přirozenou příčinou nebo Platón zdůrazňující péči a starostlivost oproti exorcismu a démonologií docházelo ve starověkém Řecku i k prvním náznakům porozumění k lidem se zdravotním postižením (DePauw & Gavron, 2005). Nicméně jak zdůrazňuje Barnes (1997) péče byla zpravidla k dispozici pouze pro mocné a bohaté vrstvy obyvatel.

Postoje starověkých civilizací k lidem se zdravotním postižením, které jsme si zvykli charakterizovat jako odvržení až likvidaci, démonizaci, boží trest, soucit, fascinaci monstrem

³ záměrné usmrcení novorozence

či segregaci avšak nelze paušálně vztahovat na všechny společenské formace tehdejší doby (Novosad, 2011). Například v některých afrických komunitách byly děti s určitou tělesnou anomálií považovány za chráněné nadpřirozenými silami, lidé si tak mysleli, že přinášejí štěstí a proto byli společností plně akceptováni. V jiných případech byli zase s úctou přijímáni lidé s mentální retardací a to díky přesvědčení, že představují převtělené božstvo (Chomba Wa Munyi, 2012). Není tedy náhodou, že pojmy jako normalizace, kompenzace, integrace, inkluze nebo socializace mají počátky již ve starověku stejně tak lze v této době vysledovat i počátky speciálně pedagogické a charitativní (Novosad, 2011).

Rostoucí vliv náboženství významně ovlivnil vnímání osob se zdravotním postižením. Byla to právě židovská víra ve starověku, která zakázala infanticidu a prostřednictvím charity nebo poskytováním přímé péče podporovala péči o nemocné a slabé. Tyto činnosti se následně také staly samozřejmostí i u pozdějších odnoží tohoto náboženství, tedy u křesťanství a islámu Barnes (1997), které výrazným způsobem formovaly západní, respektive blízko východní společnost. Islámské náboženství podobně jako křesťanství zdůrazňuje společenskou odpovědnost pečovat o jedince, kteří si sami nemohou pomoci a podporuje jejich integraci bez ohledu na jejich schopnosti a dovednosti (El-Hady, 2011). Lidská hodnota je v očích boží závislá spíše na duchovním rozvoji člověka než na fyzické kráse či materiální hojnosti. V Hadíthu, tedy krátkých vyprávěních o slovech a činech proroka Muhameda a jeho přátel se píše: „Opravdový bůh se nedívá na tvé tělo ani na tvoji tvář, ale dívá se do tvého srdce“ (Hasnain et al. 2008, 27). Prorok Muhamed si velmi dobře uvědomoval význam začlenění osob se zdravotním postižením do společnosti, které znemožňuje vznik nejrůznějších předsudků, stereotypů a stigmatizace. Těmto lidem tak navíc svěřoval důležité úkoly, aby tak upevnil jejich postavení ve společnosti (El-Hady, 2011).

Vnímání osob se zdravotním postižením bylo v období středověku nicméně i přes pozitivní vliv náboženství velmi rozporuplné. Někteří byli zcela vyloučeni ze společnosti a to vzhledem k názoru, že tito lidé představují monstrum, které si nezaslouží lidského zacházení. Jiní zůstali bez domova díky chudobě nebo studu. Postižení bylo často považováno za důsledek zlých duchů, ďáblových praktik, magie či boží nelibosti a docházelo tak k exorcismu, pročišťování nebo k různým rituálům (Clapton & Fidzerald, 1997). V zemích, kde bylo dominantním náboženstvím křesťanství, tak mohli jedinci se zdravotním postižením přežít jen v ochranném prostředí klášterů a královských dvorů (DePauw & Gavron, 2005).

3.2.1 OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM S NÁSTUPEM VĚDY

Osvícenství a následná industrializace společnosti způsobily výrazné změny v přístupu k lidem se zdravotním postižením. Náboženské hodnoty a způsoby byly zpochybněny „povstáním“ rozumu a racionality. S rozšířením vědeckého a lékařského poznání to byl právě lékař a vědec, který nahradil kněze jako pomyslného strážce společenských hodnot a léčebných procesů. Lidská hodnota byla určována na základě práce a její užítkovosti pro společnost. Životní styl člověka byl diktován mechanickými postupy a všudypřítomnými institucemi. Univerzalita nahradila specificitu, rozum nahradil tajemství a znalost myslí živoucí zkušenost těla. „Normalita“ byla určena podle ideálu bílého, mladého a schopného mužského těla, vše odlišné bylo vnímáno negativně a méněcenně (Clapton & Fidzerald, 1997).

V této době se tak naplno začal vyvíjet tzv. medicínský model postižení, který byl primárně založený na tělesné patologii, vadě, postižení, orientaci na zkoumání odlišnosti, specifčnosti, jinakosti, snažící se postihnout co je normální a co je už abnormální. Tento model představuje negativizující pohled na člověka s postižením, neboť zdůrazňuje, čeho není schopen, co nemůže dělat a v čem je omezen. Návrat a integraci do společnosti spatřuje pouze skrz léčbu, rehabilitaci a zdravotnické aktivity (Novosad, 2011). Medicínský model klade důraz na schopné tělo a duši, lidé se zdravotním postižením jsou tak vnímáni jako disfunkční potřebující péči. Léčba je navržena tak aby jim pomohla vyrovnat se s danými podmínkami a mohlo tak dojít k obnovení funkčních schopností umožňující „normální“ život (Hayes & Hannold, 2007).

Jelikož institucionální segregace byla považována za nejúčinnější způsob léčby, osoby se zdravotním postižením byly často umísťovány na venkov do speciálních ústavů, nemocnic a škol (DePauw & Gavron, 2005). Postižení bylo vnímáno jako poškození jedince způsobující ztrátu nebo omezení jeho funkcí (Thomas & Smith, 2009). Problém byl tedy spatřován výhradně v člověku a nikoliv ve společnosti (Clapton & Fidzerald, 1997).

Světová zdravotnická organizace v roce 1980 představila tzv. Mezinárodní klasifikaci poškození, postižení a handicapu (WHO, 1980, 47, 143, 183):

- „Poškození: jakákoliv ztráta nebo porucha psychologické, fyziologické či anatomické struktury nebo funkce.“

- „Postižení: jakékoliv omezení nebo snížená schopnost (vyplývající z poškození) vykonávat činnost způsobem nebo v rozsahu považovaném za normální pro lidskou bytost.“
- „Handicap: znevýhodnění pro daného jedince vyplývající z poškození nebo postižení, které omezuje nebo zabraňuje naplnění role (v závislosti na věku, pohlaví, sociálních a kulturních faktorech) pro tohoto jedince.“

Z této definice jasně vyplývá, že poškození mělo bio-medicínský základ, přičemž postižení je charakterizováno jako důsledek tohoto poškození. Problémem je tedy člověk bez ohledu na širší společenské souvislosti. Mezinárodní klasifikace poškození, postižení a handicapu tedy nebere v úvahu společenské utváření postižení a přehlíží tak složité cesty, ve kterých se vnímání k těmto lidem mění a odlišuje (Thomas & Smith, 2009). Tento tzv. medicínský model postižení a jeho institucionalizace pomohly stereotypizovat osoby s postižením a zároveň tak podpořily jejich negativistické sebepojetí. Jak zdůrazňuje Hayes & Hannold (2007) zaměření na normalitu a funkční nezávislost znehodnocuje živoucí zkušenost osob se zdravotním postižením a prohlubuje jejich stigmatizaci. Situaci s nástupem vědy a medicíny stručně vystihuje Clapton & Fidzerald (1997) lidé se zdravotním postižením „zmizeli“ z veřejného života a fenomén postižení být vytvořen.

Velké množství válečných veteránů během první i druhé světové války přispělo ke zvýšení povědomí o zdravotním postižení a tím i ke zlepšenému přístupu společnosti k těmto lidem (DePauw & Gavron, 2005). Po druhé světové válce došlo k souběhu řady faktorů, jako byly vojenské konflikty v Koreji, Vietnamu, Blízkém východě, epidemie infekční obrny před zavedením očkování (v řadě zemí není stále standardem), nárůst dětí narozených s deformacemi a anomáliemi končetin (farmaceutické skandály šedesátých a sedmdesátých let 20. století), zlepšení postnatální zdravotní péče o nedonošené novorozence, jež paradoxně vedlo ke zvýšení počtu dětí s vrozeným postižením, které by jinak zemřely. Zároveň se zlepšila kvalita a dostupnost zdravotní péče pro osoby s těžkými úrazy (dříve byla mnohá devastující traumata neslučitelná se životem) a také došlo k celkovému prodloužení lidského života. To vše vedlo nejen k nárůstu počtu osob se zdravotním postižením, ale zejména ke zviditelnění jejich situace a rozkrytí jejich práv a potřeb (Novosad, 2011).

Emancipační snahy specifických skupin osob, jako byli lidé s homosexuální orientací, ženy, resp. genderová hnutí, etnické minority, studenti, váleční veteráni, na přelomu šedesátých a

sedmdesátých let 20. století vedly k aktivaci hnutí lidí s postižením (Novosad, 2011). Lidé se zdravotním postižením se stali politicky aktivní a jejich postavení ve společnosti se přesunulo od závislosti k postupné nezávislosti (Clapton & Fidzerald, 1997). V počátku byly politické kampaně soustředěny na zlepšení jejich sociálních služeb, postupem času však získalo na důležitosti právo na samostatné bydlení a nezávislý život. Pozornost byla věnována zejména postojům a přístupu společnosti k osobám se zdravotním postižením s akcentací na sociální a environmentální bariéry jako jsou nepřístupné budovy, doprava, diskriminační postoje a negativní kulturní stereotypy (Thomas & Smith, 2009).

Díky globální akcentaci lidských práv byl zahájen posun ve vnímání osob se zdravotním postižením, které přestaly být jen pacienti nebo adresáty charity (Novosad, 2011). Vytvořil se tzv. sociální model postižení podporující zplnomocnění osob se zdravotním postižením, jejich sebeurčení a maximální možnou míru samostatnosti. Tento model postižení usiluje o společenskou změnu a posouvá pozornost od samotného orgánového či funkčního poškození k postižení jako sociálnímu jevu, respektive k sociálnímu znevýhodnění, které je důsledkem postojů a klimatu znevýhodňující společnosti (Novosad, 2011). Podle sociálního modelu je poškození člověka vnímáno v kontextu sociálních a environmentálních faktorů, které vytvářejí bariéry v participaci. Hlavním problémem je tedy okolní prostředí znemožňující plnohodnotný život (Hannon, 2007). Jedná se o přechod od vnímání zdravotního postižení jako hlavní charakteristiky jeho nositelů k práci s důsledky a dopady postižení na existenci, osobní i občansko-sociální život člověka s postižením (Novosad, 2011).

3.2.2 ÚMLUVA OSN O PRÁVECH OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

„Ve všech společnostech na světě stále existují překážky, které brání lidem se zdravotním postižením uplatňovat jejich základní práva a svobody stejně jako se plně účastnit nejrůznějších aktivit ve společnosti. Je zodpovědnost každého státu zajistit vhodná opatření k odstranění těchto překážek“ (UNESCO, 1995, 3).

Mezinárodní dokumenty, které až dosud specificky upravovaly lidská práva osob se zdravotním postižením, měly pouze nezávazný charakter v podobě deklarací a doporučení. Mezi nejvýznamnější z nich patřil Světový akční plán pro osoby se zdravotním postižením

z roku 1982 a Standardní pravidla pro vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením přijatá na úrovni OSN v roce 1993 (UN, 2006).

Významným zlomem bylo přijetí Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením (*CRPD, Conventions on the Rights of Persons with Disabilities*), která byla oficiálně schválena v roce 2008. Úmluva OSN zaručuje osobám se zdravotním postižením plné uplatnění všech lidských práv a podporuje jejich aktivní zapojení do společnosti (UN, 2006). V roce 2015 byla Úmluva OSN podepsána již 160 státy a velké množství zemí ji také ratifikovalo. Opční protokol, který je součástí této Úmluvy, byl podepsán 92 státy a 86 z nich ho také ratifikovalo⁴ (UN, 2015). Postižení je podle Úmluvy OSN vnímáno jako „*Vyvíjející se koncept, který je výsledkem interakce lidského poškození a překážek jako jsou fyzické bariéry a převládající postoje, jež zabraňují v jejich participaci ve společnosti*“ (UN, 2006, 5).

Nejedná se tedy čistě o medicínský ani sociální problém charakterizující postižení, ale spíše jde o kombinaci těchto problémů vzhledem ke komplexitě daného jevu. Postižení je vnímáno jako „bio-psycho-sociální model“ a představuje tak vhodný kompromis mezi dosavadním sociálním a medicínským modelem (WHO, 2011). Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením ukládá členským státům povinnosti ve vztahu k občanským, politickým, hospodářským, sociálním, a kulturním právům. Jedná se například o právo na rovnost před zákonem, právo na život, přístupnost prostředí a informací, osobní bezpečnost, vzdělávání, svobodu pohybu, respektování soukromí, zdraví či zaměstnávání (UN, 2006).

Zároveň také ukládá právo na kulturní život, rekreaci, volný čas a sport. Státy, smluvní strany by měly přijat vhodná opatření (UN, 2006, 22-23):

- „*Podporovat účast osob se zdravotním postižením na sportovních aktivitách a to na všech úrovních*
- *Zajistit adekvátní přístup ke sportovním, rekreačním a turistickým místům*
- *Zajistit aby děti se zdravotním postižením měly stejné podmínky a přístup ke hrám, rekreaci a sportovním aktivitám jako i děti bez postižení*“

⁴ Podepsání Opčního protokolu navíc umožňuje jedincům či skupinám předkládat různé stížnosti s ohledem na nedodržování předpisů CRPD jednotlivými státy

3.3 OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM V ROZVOJOVÝCH ZEMÍCH

Život osob se zdravotním postižením v rozvojových zemích je velmi obtížný. Děti mají malou šanci získat jakékoliv vzdělání a dospělí se často ocitají v bludném kruhu chudoby, nemají práci a nejsou majoritní společností vnímáni jako plnohodnotné lidské bytosti. V některých zemích jsou dokonce osoby se zdravotním postižením pokládány za posedlé ďáblem a stávají se oběťmi násilných trestných činů (Hrebenar, 2015). Jen 15 % osob se zdravotním postižením v rozvojových zemích vlastní ortopedický vozík, často si nemohou najít partnera a jsou sociálně vyloučeni ze života. Mladí lidé s nejrůznějšími tělesnými, či psychickými vadami se dokonce velmi často nedožijí ani své plnoletosti (Hrebenar, 2015).

Z celkového počtu osob se zdravotním postižením se až 80 % nachází právě v rozvojových zemích, kde významná část těchto osob bojuje o přežití každý den (Beacom, 2009). Na rozdíl od rozvinutých zemí, kde je hlavní příčinou postižení stárnutí populace, u rozvojových zemí je hlavní příčinou zejména podvýživa, přírodní katastrofy, infekční nemoci, znečištění životního prostředí, válečné konflikty nebo nehody (UNESCO, 1995).

V rozvojových zemích je postižení často vnímáno vládními představiteli a rozvojovými agenturami jako problém, ale nikoliv jako priorita. Příjem, přístup k půdě, práci, základní zdravotní péče, dětská úmrtnost, poskytnutí sanitárních podmínek a čistá nezávadná voda je to co je vnímáno za bezprostřední hrozbu a problém, který se musí řešit (UNESCO, 1995). Když se mluví v rozvinutých zemích o zajištění adekvátního přístupu pro osoby se zdravotním postižením, myslí se tím například instalace nových ramp, výtahů, přístup k hromadné dopravě nebo informacím. Když se mluví o zajištění přístupu naopak v rozvojových zemích, myslí se tím zejména adekvátní přístup k jídlu, bezpečnému, zdravému prostředí a zdravotní péči (UNESCO, 1995).

Osoby se zdravotním postižením čelí obecně fyzickým, sociálním a ekonomickým překážkám, které jim znemožňují úplnou participaci ve společnosti. Vzhledem k těmto skutečnostem mají horší výsledky v oblasti zdraví, vyznačují se nižším vzděláním, menší ekonomickou participací a vyšší mírou chudoby v porovnání s lidmi bez postižení (WHO, 2011). V rozvojových zemích je situace ještě o poznání horší. Problém s rostoucím počtem osob se zdravotním postižením je umocněn nedostatečným výskytem a relativně nízkou úrovní poskytovaných služeb. Co se týká zdravotnictví, tak můžeme pozorovat problémy jak v okamžité pomoci, tak také u dlouhodobé rehabilitace a reintegrace osob se

zdravotním postižením do společnosti. Například podle výzkumu *Landmine Survivor's network* (2007) je každým rokem usmrceno či zraněno až 18 tisíc osob v důsledku nášlapných min, z toho je 80 % civilistů a jen 10 % z nich má přístup k adekvátní zdravotní péči (Beacom, 2009).

Jedinci, kteří patří do více jak jedné diskriminované skupiny, navíc čelí mnohonásobné diskriminaci a to na základě postižení a dalších znaků jako je věk, pohlaví, rasa, třída, kasta, ekonomický status nebo sexualita. Příkladem jsou ženy se zdravotním postižením, které mají v mnohých rozvojových zemích v porovnání s muži horší postavení ve společnosti. Mají tak větší problém získat práci, žijí často v chudobě, nemají přístup ke vzdělání, jsou stigmatizovány vlastní rodinou, společností s velkou pravděpodobností se nikdy nevdají a často žijí samy jen s dítětem⁵ (UNESCO, 1995).

I přes tento nevyhovující stav Organizace spojených národů (OSN) ve svých rozvojových cílech tisíciletí se zdravotně postiženými osobami nepočítá. Bylo to až v roce 2013, kdy se na zasedání OSN sešli vysocí představitelé nejrůznějších organizací podporující osoby se zdravotním postižením, aby se společně s OSN domluvili, jak tyto osoby zahrnout do rozvojových cílů po roce 2015 (Hrebenar, 2015). V mnohých rozvojových zemích tak dochází k postupnému zlepšení situace osob se zdravotním postižením. Vytváří se legislativní opatření na podporu práv osob se zdravotním postižením, vznikají nové organizace podporující osoby se zdravotním postižením a zároveň také nejrůznější kampaně upozorňující na jejich každodenní problémy. Na druhou stranu však můžeme vidět stále častější výskyt přírodních katastrof, pokračující znečišťování životního prostředí, neustálé válečné konflikty nebo šíření infekčních onemocnění, které společně s převládajícím negativním postojem a špatnou ekonomickou situací patří mezi hlavní příčiny vysokého počtu osob se zdravotním postižením v rozvojových zemích a jejich neustávající diskriminace ve společnosti.

⁵ Ženy se zdravotním postižením jsou častými oběťmi trestných činů, jako je například i znásilnění.

4 SPORT A OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Co je to sport? Jaký je význam sportu pro osoby se zdravotním postižením a liší se nějakým způsobem od významu sportu pro osoby bez postižení? Co si představíme pod pojmem Stoke Mandevillské hry? Co je to Mezinárodní paralympijský výbor, kdy vznikl a jaké má funkce? V této kapitole si nejdříve definujeme sport a určíme si význam jaký má pro člověka a pro celou společnost. Následně se podíváme, jakým způsobem se sport vyvíjel v průběhu času. Charakterizujeme si význam sportu pro osoby se zdravotním postižením. Zaměříme se na vývoj paralympijského sportu na jeho začátky ve Stoke Mandeville až po vznik Mezinárodního paralympijského výboru. Podíváme se tak na nejdůležitější momenty, které formovaly paralympijský sport, až do podoby jakou jí známe dnes. V závěru si charakterizujeme Asijský paralympijský výbor, který plní roli zastřešující organizace podporující paralympijský sport na asijském kontinentě a podíváme se na nejdůležitější asijské regionální hry určené pro osoby se zdravotním postižením.

4.1 DEFINICE SPORTU A JEHO VÝZNAM

Sport je podle Evropské charty sportu (2001, 2) chápán jako *„všechny formy tělesné činnosti, které at' již prostřednictvím organizované účasti či nikoli si kladou za cíl projevení či zdokonalení tělesné i psychické kondice, rozvoj společenských vztahů nebo dosažení výsledků v soutěžích na všech úrovních“*.

Kromě pozitivního působení na tělesnou a psychickou stránku člověka a na jeho socializaci ve společnosti může být sport také významným a jedinečným prostředkem v boji proti rasové či jiné diskriminaci. *„Sport má moc spojovat lid způsobem jako málo kdo. Sport může vytvářet naději ve chvílích, kdy zůstává pouze zoufalství. Překonává etnické překážky. Směje se tváří v tvář diskriminaci. Sport mluví jazykem, kterým každý rozumí“* (Mandela in University of Toronto, 2007). Prezident Mezinárodního Olympijského výboru (IOC, International Olympic Committee) Jacques Rogge konstatuje: *„Sport podporuje porozumění mezi lidmi, usnadňuje dialog mezi rozdílnými komunitami a pěstuje toleranci mezi národy“* (University of Toronto, 2007).

Účast ve sportu rozvíjí charakter člověka, pracovní disciplínu, spolupráci v týmu nebo fair-play (University of Toronto, 2007). Sport tak poskytuje mnoho možností výchovného a

vzdělávacího působení na člověka ve všech etapách jeho ontogeneze (Choutka & Dovalil, 2004).

4.2 HISTORIE SPORTU

První známky pohybových aktivit lze pozorovat už ve starověku. Po úspěšném lovu a sběru často probíhaly oslavy, které zahrnovaly různé formy her a tanečních vystoupení (Eaton, 1988; Williams, 1965). Prehistorické národy jako byly Babyloňané, Peršané nebo Syřané pěstovali jezdecké a lovecké hry, které byly přípravou k vlastní obživě a boji s nepřítelem. Ve starém Egyptě se pořádali velkolepé slavnosti, kde před početným publikem své výkony předváděli různí tanečníci, žongléři, akrobati, zápasníci, plavci a veslaři (Choutka & Dovalil, 2004).

V Číně už před 2500 let př. n. l. konfuciovo filosofické učení podporovalo pravidelnou pohybovou aktivitu a to díky přesvědčení, že nečinnost je příčinou nejrůznějších onemocnění (Matthews, 1988). Postupem času se tak v Číně vyvinulo zdravotní cvičení s názvem kung-fu zahrnující nejrůznější postoje a pohyby, které jsou charakteristické napodobováním zvířecích bojovních stylů (Wuest & Bucher, 1995). Léčebné využití pohybových aktivit bylo kromě Číny využíváno také v Egyptě, Indii, Řecku a Římě. Léčba ve starověkém Řecku zahrnovala denní cvičení, střídme chování v jídle, pití, dostatek spánku a sexuální zdrženlivost (MacAuley, 1994). Pohybová aktivita byla ve starověkém Řecku integrální součástí vzdělávání probíhající ve většině případů v místě zvaném Gymnasion⁶. Společně s hudbou byla pohybová aktivita považována za nejdůležitější část vzdělání (Wuest & Bucher, 1995). Hlavním cílem učení ve starověkém Řecku bylo dosažení rovnováhy mezi duchovní, sociální a tělesnou složkou člověka (DePauw & Gavron, 2005).

Mladí Řekové byli také podporováni k účasti na různých sportovních hrách, kde úspěšní účastníci mohli získat značný společenský status. Největším sportovním festivalem ve starověkém Řecku se staly Panhelénské hry, které se pořádaly v Olympii, Delphi, Isthmii a Nemei (MacAuley, 1994). Nejznámější z Panhelénských her se konaly v Olympii a probíhaly každé čtyři roky. Součástí těchto her byly například běhy, hody (oštěpem, diskem), ale také

⁶ starořecká instituce, ve které se muži zdokonalovali v nejrůznějších tělesných cvičeních lehké atletiky a připravovali se na četné starověké sportovní hry včetně olympijských. Později zde přednášeli také filozofové a stále více se prosazovala myšlenka kalokagathie - dosažení harmonie tělesných a duchovních hodnot

plavání, zápas nebo jízda na koních (Choutka & Dovalil, 2004). Postupem času se sportovci mohly vzhledem k hodnotným odměnám soustředit pouze na závodění a staly se z nich tak první profesionální sportovci v historii. Tito sportovci však nenašli pochopení u velkých filosofů, lékařů a učitelů tehdejší doby, jako byl Hippokrates nebo Galen, kteří vnímali profesionální sport za příliš nebezpečný pro zdraví jedince a podporovali spíše umírněnost v pohybu i ve stravě (MacAuley, 1994).

Etapa římské kultury přejala dědictví starověkého Řecka a doplnila obsah her o činnosti zaměřené k přípravě vojsk (Choutka & Dovalil, 2004). Postoje ke sportovním hrám mezi starověkým Řeckem a Římem se však různí. I přes to, že se Římané snažili rozvíjet pohybovou zdatnost prostřednictvím sportu, jejich účast na veřejných soutěžích byla nízká (MacAuley, 1994). Ve 4. století n. l. dochází k postupnému úpadku olympijských her a to vzhledem k negativnímu postoji křesťanství vnímající hry za pohanské. Obrovskou popularitu naopak získaly římské hry konané v obrovských amfiteátrech za účasti diváků k jejich pobavení. Program zahrnoval různé druhy zápasů – mezi dvojicemi nebo menšími skupinami, ale i souboje mezi lidmi a divokými šelmy. Velmi populární byla také hra zvaná harpastum, která byla později římskými vojsky přenesena do Francie a Anglie, kde zakotvila a rozvinula se později do dnešního fotbalu (Choutka & Dovalil, 2004).

Pád římského impéria dobytého barbary ze severní Evropy v 5. st. n. l. symbolizuje začátek temného středověku, ve kterém církev získává dominantní postavení ve společnosti a pohybové aktivity vstupují do pozadí (MacAuley, 1994). I přes úpadek pohybových aktivit bylo možné vidět pořádání nejrůznějších soutěží, ať už na koních, v běhu, chůzi, zápase, šermu nebo veslování. Vzhledem k tzv. patronátní kultuře mohli soutěžit jen poddaní, kteří reprezentovali své pány. Později organizovaly soutěže také řemeslnické cechy (např. zedníků, pekařů, kovářů) nebo spolky měšťanů (Choutka & Dovalil, 2004).

Pohybová aktivita získává znovu na své důležitosti za renesance v 16. a 17. století. Rozvoj zdravého ducha ve zdravém těle podporovaný anglickým filosofem Johnem Lockem je toho jasným důkazem (DePauw & Gavron, 2005). V 18. a 19. století vlivem rostoucího nacionalismu a touhy po nezávislosti vznikají nezávisle na sobě gymnastické spolky v Německu, Dánsku, Švédsku a Velké Británii, odkud se dále šíří do celého světa (Dalleck & Kravitz, 2002). Ze stejných emancipačních důvodů vzniká v Praze roku 1862 také sokolské hnutí, které se stalo jednou z prvních tělovýchovných organizací na světě, jejímž principem

bylo zdokonalování tělesné zdatnosti, rozvoj výkonnosti, síly, vytrvalosti, obratnosti, ale i zdokonalování kultury ducha (Jandásek, 1937).

Ve stejné době v prostředí anglických středních a vysokých škol se postupně formuje moderní sport. Bylo to právě školské prostředí, které přetvářelo do nové podoby dědictví lidových her, zábav a šlechtických tělesných cvičení (McIntosh, 1968). Z anglické kolébky se v 50. a 60. letech 19. století šířila sportovní ideologie, sportovní terminologie a systém organizace i do dalších zemí po celém světě. Vedle klasických anglických sportů se začaly využívat i tradiční lidové hry a zábavy těchto zemí, které se postupně pod anglickým vlivem přeměňovaly v nová sportovní odvětví (Olivová, 1979). Obnovení olympijských her, založení Mezinárodního výboru a rozvoj olympijského hnutí na konci 19. století přispělo k celkové internacionalizaci sportu, ke vzniku mezinárodních sportovních federací, mezinárodně platných sportovních pravidel a řádů, moderních tréninkových metod a tím i k růstu sportovní výkonnosti (Kossl & Kroutil, 1982).

V současném světě patří sport k nejvýraznějším společenským fenoménům ovlivňující mnoho obyvatel po celém světě, dotýká se nejrůznějších organizací, hnutí nebo skupin a to bez rozdílu ideologického, filosofického či náboženského zaměření (Choutka & Dovalil, 2004). Sport se stal významnou součástí života také u osob se zdravotním postižením, kterým napomáhá kompenzovat jejich zdravotní omezení, dodává jim sílu do života a významně ovlivňuje jejich společenskou integraci.

4.3 VÝZNAM SPORTU PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Význam sportovních aktivit pro osoby se zdravotním postižením je stejný ne-li větší jak pro osoby bez postižení. Sportovní aktivity nejsou pro osoby se zdravotním postižením jenom prostředkem k rehabilitaci, ale významným způsobem také přispívají ke snížení rizika výskytu chronických onemocnění a jejich druhotných stavů (Durstine & Painter et. al 2000; Heath & Fentem 1997).

Sportovní aktivity zlepšují fungování osob se zdravotním postižením v každodenních činnostech a zvyšují tak jejich celkovou nezávislost. Posilují jejich sociální integraci a zásadním způsobem pomáhají měnit postoje ve společnosti (Burchell, 2006). Zároveň zlepšují fyzickou, psychickou kondici a celkovou sebedůvěru osob se zdravotním postižením (Berger,

2008). Když si osoby se zdravotním postižením uvědomí, že i přes své limitující možnosti, mohou být součástí sportovních aktivit, jejich rostoucí motivace a sebedůvěra je často vede k dalším životním úspěchům, jako je například založení rodiny nebo nástup do zaměstnání (Paciorek & Jones, 2001). Díky sportu se tak schopnosti a dovednosti osob se zdravotním postižením dostávají do popředí a jejich postižení zůstává v ústraní.

4.4 VÝVOJ PARALYMPIJSKÉHO SPORTU

Sport je kulturní fenomén, který je vnímán jako produkt či reflexe naší společnosti. Jedná se mikrokosmos rozsáhlejší společnosti definovaný sociokulturním a sociohistorickým rámcem hodnot, zvyků, norem a standardů (Donnelly, 1996; Giddens, 1977; Sage, 1987). Negativní vnímání osob se zdravotním postižením ve společnosti tak významným způsobem ovlivňuje jejich účast ve sportu (Brittain, 2012).

V minulosti byl sport určený výhradně pro osoby s bílou pletí střední a vyšší třídy, protestanty, heterosexuály a schopné muže uvnitř kapitalistické společnosti (Bonace & Karwas et al. 1992). Ženy, etnické menšiny a osoby s postižením byli ze sportu zcela vyloučeni a v lepším případě získali jen omezený přístup (DePauw, 1997; Karwas & DePauw, 1990). Jedinci se zdravotním postižením byli označováni za slabé a tudíž neschopné vykonat jakoukoliv fyzickou aktivitu (DePauw & Gavron, 2005). Jejich sociální role se omezovala pouze na pasivní sledování sportovních soutěží a vyhlídky do budoucna neměly s aktivním soutěžním sportem nic společného. Osoby, které se odchýlily od těchto sociálních rolí a očekávání se staly svědkem negativního přijetí ze strany společnosti (DePauw & Gavron, 2005). Jedinci se zdravotním postižením tak byli vnímáni jako tělesně a duševně méněcenní tudíž bez kulturní potřeby účastnit se sportovních soutěží (Lewko, 1979; Orr, 1979; Snyder, 1984).

Sport pro osoby se zdravotním postižením tak jak ho známe dnes, se poprvé objevil v Anglii po druhé světové válce. Mnoho veteránů se vracelo domů s tělesným postižením a psychickými poruchami, které nemohly být ošetřeny tradičním způsobem. Docházelo tak k rozvoji rehabilitačních programů zajišťující snadnější přechod zpátky do společnosti (Thomas & Smith, 2009). V únoru 1944 byl židovský neurochirurg Sir Ludvig Guttmann požádán britskou vládou o vytvoření Národního centra pro léčbu poranění míchy (*NSIC, National Spinal Injuries Centre*) v nemocnici Stoke Mandeville, Aylesbury, Anglie (DePauw

& Gavron, 2005; Paciorek & Jones, 2001; Thomas & Smith, 2009). Po otevření nového centra to byl právě sport, který byl využíván jako prostředek pro fyzickou a psychickou rehabilitaci u vojáků a civilistů postižených za druhé světové války (Paciorek & Jones, 2001). Jak popisuje Guttman (1976, 254) „*Pozitivní dopad na nervosvalový systém společně s jeho psychologickým významem bylo hlavním důvodem využití sportovních aktivit v rámci lékařské péče*“. Lidé s poraněním míchy byli podporováni k účasti na aktivitách, jako byl šplh na laně, pólo na vozíku, basketbal na vozíku, lukostřelba nebo cvičení na boxovacím pytli (Guttman, 1976).

Ačkoliv Sir Ludvig Guttman vnímal sport a pohybové aktivity nejprve jako prostředek pro rekreaci a rehabilitaci u svých pacientů, rychle si uvědomoval výhody organizovaného soutěžního sportu (Gold & Gold, 2007). Netrvalo tedy dlouho a v roce 1948 Sir Ludvig Guttman zorganizoval první Stoke Mandevillské hry určené pro válečné veterány s poraněnou míchou, které se konaly ve stejném čase jako olympijské hry v Londýně (Gold & Gold, 2007; IPC, 2015). Prvních her se zúčastnilo 16 sportovců výhradně z britských ostrovů, z toho tři ženy, kteří mezi sebou soutěžili v lukostřelbě na vozíku. O čtyři roky později v roce 1952 se přidali i váleční veteráni z Nizozemí a konaly se tak první mezinárodní Stoke Mandevillské hry, kterých se zúčastnilo 130 sportovců soutěžících v šesti disciplínách; lukostřelba, bowling, stolní tenis, vrh koulí, oštěp a hod kuželkou (Thomas & Smith, 2009).

Sport pro osoby s poruchou míchy se stále rozšiřoval a součástí Stoke Mandevillských her se postupem času staly týmy z Austrálie, Kanady, Finska, Francie, Izraele, Spojených států amerických a dalších zemí. Do programu se přidávaly i nové sporty jako byl basketbal, šerm, kulečnick, plavání a vzpírání (DePauw & Gavron, 2005). Vzhledem k rostoucí internacionalizaci, globalizaci a soutěživosti společně se zvyšující potřebou zajištění financí a profesionální organizace byl v roce 1960 vytvořen Mezinárodní Stoke Mandevillský výbor (*ISMGC, International Stoke Mandeville Games Committee*)⁷, který dohlížel na průběh Stoke Mandevillských her a zároveň měl na starosti pořádání veškerých mezinárodních soutěží určených pro osoby s poraněním míchy (Thomas & Smith, 2009).

V roce 1960 byly Mezinárodní Stoke Mandevillské hry poprvé představeny ve stejné zemi a ve stejném městě jako hry olympijské, tedy v Římě v Itálii. Tyto hry se tak zapsaly do dějin

⁷ Mezinárodní Stoke Mandevillský výbor byl v roce 1972 změněn na Mezinárodní Stoke Mandevillskou federaci (ISMGF), která byla v roce 1991 upravena na Mezinárodní Stoke Mandevillskou sportovní federaci pro osoby na vozíku (ISMWSF).

jako první paralympijské hry s celkovou účastí 138 sportovců ze 17 různých zemí⁸. I přes to, že byly Mezinárodní Stoke Mandevillské hry od té doby stále více spojovány s olympijským hnutím, nebylo tomu avšak dříve, jak po letních hrách v Soulu v roce 1988, kdy byl termín „paralympijské hry“ oficiálně přijat (Beacom, 2009).

Jak můžeme vidět níže (tabulka 1) počet sportovců a zúčastněných zemí se na letních paralympijských hrách neustále zvyšuje. Je to dáno jednak vznikem nových národních paralympijských výborů, postupným začleňováním paralympijských sportů (tabulka 4), tak zároveň integrací osob s různým typem postižení (tabulka 3). Na posledních letních paralympijských hrách v Londýně v roce 2012 tak bylo k vidění až 4302 sportovců ze 164 zemí soutěžících ve dvaceti různých sportech. Co se týká účasti z hlediska pohlaví, tak můžeme pozorovat velké rozdíly u mužů a žen a to v průběhu celé historie paralympijských her. I přes to, že se účast žen na paralympijských hrách neustále zvyšuje, mužská dominance je stále patrná. Je to dáno jak omezeným přístupem žen ke sportu v minulosti, jak už jsme si zmínili výše tak jejich úlohou ve společnosti v některých případech přetrvávající až do současnosti.

⁸ Některé údaje z dřívějších paralympijských her (1960-1984) například o účasti sportovců ve štafetových závodech či v kolektivních sportech (basketbal na vozíku) nejsou k dispozici a tudíž celková účast sportovců není kompletní.

Tabulka 1: Vývoj počtu sportovců a zúčastněných zemí na LPH od roku 1960-2012

Město	Rok	Počet zemí	Muži	Ženy	X ⁹	Celkem
Řím	1960	17	91	44	3	138
Tokio	1964	19	166	72		238
Tel Aviv	1968	28	583	199		782
Heidelberg	1972	41	656	270		926
Toronto	1976	40	1012	274	2	1288
Arnhem	1980	42	1214	426	11	1651
New York/Stoke Mandeville	1984	54	1561	535	6	2102
Soul	1988	60	2381	679		3060
Barcelona	1992	83	2301	700		3001
Atlanta	1996	104	2469	790		3259
Sydney	2000	122	2891	990		3881
Athény	2004	135	2645	1165		3810
Peking	2008	146	2628	1383		4011
Londýn	2012	164	2779	1523		4302

Zdroj: Zpracováno autorem podle (IPC, 2015).

Zimní sport osob se zdravotním postižením se po druhé světové válce rozvíjel pomaleji než letní. V roce 1970 se konaly první mezinárodní závody lyžování postižených a v roce 1974 bylo ve Francii (Grand Bornard) zorganizováno první MS v klasickém a sjezdovém lyžování. První zimní paralympijské hry se konaly v roce 1976 ve švédském městě Örnköldsvik. Závodili zde lyžaři s amputacemi a zrakovým postižením v klasickém a sjezdovém lyžování a v rychlobruslení na speciálních saních.

Co se týká celkového vývoje počtu sportovců a zúčastněných zemí je situace podobná jako u letních paralympijských her (ve smyslu postupného růstu), nicméně celkový počet zúčastněných osob je daleko nižší. Podobná situace je také s účastí žen, které se vyznačují

⁹ Neurčené pohlaví

daleko nižší účastí ve srovnání s muži. Detailnější informace o účasti sportovců na zimních paralympijských hrách jsou zobrazené níže.

Tabulka 2: Vývoj počtu sportovců a zúčastněných zemí na ZPH od roku 1976-2014

Město	Rok	Počet zemí	Muži	Ženy	Celkem
Örnsköldsvik	1976	16	161	37	198
Geilo	1980	17	229	70	299
Innsbruck	1984	21	325	94	419
Innsbruck	1988	22	300	77	377
Tignes- Albertville	1992	24	288	77	365
Lillehammer	1994	31	381	90	471
Nagano	1998	31	440	122	562
Salt Lake City	2002	36	329	87	416
Torino	2006	38	375	99	474
Vancouver	2010	44	381	121	502
Sochi	2014	45	410	128	538

Zdroj: Zpracováno autorem (IPC, 2015).

V průběhu šedesátých let 20. století dochází ke vzniku dalších mezinárodních soutěží určených pro osoby, které se vzhledem ke svému postižení nemohly zúčastnit Mezinárodních Stoke Mandevillských her (paralympijských her) ani Světových her pro neslyšící (Thomas & Smith, 2009). Vzhledem k těmto skutečnostem byla v roce 1964 vytvořena Mezinárodní sportovní organizace pro postižené (*ISOD, International Sports Organization for the Disabled*) s cílem koordinovat tyto nově vznikající mezinárodní soutěže (Lindstrom, 1984). Rostoucí nespokojenost s pořádáním těchto mezinárodních soutěží byla nicméně důvodem pro založení dalších sportovních federací respektive Mezinárodních organizací sportu pro postižené (*IOSD, International Organizations of Sport for the Disabled*). V roce 1978 tak vzniká Mozková obrna - mezinárodní sportovní a rekreační asociace (*CP-ISRA, Cerebral Palsy-Internatioanl Sports and Recreation Association*) o tři roky později v roce 1981 byla založena Mezinárodní asociace sportu pro osoby se zrakovým postižením (*IBSA,*

International Blind Sport Federation) a v roce 1986 dochází ke vzniku Mezinárodní sportovní federace pro osoby s mentálním postižením (*INAS, Sports Fedearitions for Persons with an Intellectual Disability*). Tyto nově vzniklé organizace umožnily osobám se zdravotním postižením zúčastnit se sportovních aktivit a to od nejnižší úrovně až po nejvyšší úroveň mezinárodní (Thomas & Smith, 2009). Jak můžeme vidět níže (tabulka 3) vznik některých mezinárodních sportovních federací, zejména osob s mozkovou obrnou a mentálním postižením, přímo souvisí s jejich následnou účastí na paralympijských hrách.

Tabulka 3: Začlenění různých typů zdravotního postižení na LPH a ZPH od roku 1960-2012

Rok	Letní paralympijské hry	Zimní paralympijské hry
1960	Poranění míchy	
1976	Amputace, zrakové postižení	Amputace, zrakově postižení
1980	Dětská mozková obrna (DMO)	Poranění míchy, Dětská mozková obrna, Les Autres ¹⁰
1988	Les autres	
1992	Mentální postižení ¹¹	
1998		Mentální postižení

Zdroj: Zpracováno autorem podle (Lehnert & Kudláček et. al).

Postupem času tak každá z těchto mezinárodních sportovních federací byla zapojena do organizování paralympijských her a zároveň také do organizování svých specifických mezinárodních soutěží (Thomas & Smith, 2009). Potřeba zkoordinovat aktivity mezinárodních sportovních federací, zefektivnit organizaci paralympijských her a celkově mezinárodního sportu osob s postižením bylo hlavním důvodem spojení mezinárodních sportovních federací (CP-ISRA, IBSA, ISMWSF, ISOD¹²) v roce 1982 a vzniku Mezinárodního koordinačního výboru (*ICC, International Coordination Committee*). Jedním s cílů tohoto výboru bylo kromě zajištění celosvětové koordinace sportu pro osoby se

¹⁰ Volně přeloženo do češtiny jako „Ti druzí“ jsou skupinou osob, která nespadá do žádné z předchozích kategorií a patří sem například osoby trpící nanismem či roztroušenou sklerózou.

¹¹ Po skandálu v Sydney v roce 2000 jsou vyloučeni z paralympijských her a zúčastňují se opět až v roce 2012

¹² Později se přidává také Mezinárodního výbor pro sporty neslyšících (ICSD) a Mezinárodní federace pro osoby s mentálním postižením (INAS-FID).

zdravotním postižením také zahájení vyjednávání s Mezinárodním olympijským výborem. (DePauw & Gavron, 2005).

Po určité době se nicméně ICC ukázal, jako nestabilní spojení mezinárodních sportovních federací. Rostoucí vnitřní a vnější spory o větší národní a regionální zastoupení uvnitř ICC vedly v roce 1987 v Arnhemu, Nizozemí k setkání zástupců mezinárodních sportovních federací a po sériích dlouhých debat byl v Dusseldorfu v roce 1989 založen Mezinárodní paralympijský výbor (IPC, *International Paralympic Committee*) (IPC, 2003).

4.5 MEZINÁRODNÍ PARALYMPIJSKÝ VÝBOR

IPC je mezinárodní nezisková organizace sídlící v Bonnu, Německo. Má celkem 200 členů a zaměstnává téměř 70 osob ze 17 různých zemí. Členové IPC mohou předkládat návrhy, volit na schůzích, nominovat kandidáty do příslušných IPC orgánů a zúčastnit se veškerých aktivit (IPC, 2015b). IPC je řízeno 170 Národními paralympijskými výbory (*NPC, National Paralympic Committee*), Regionálními organizacemi (*RO's, Regional Organizations*)-Evropský, Americký, Africký, Oceánský a Asijský Paralympijský výbor, Mezinárodními sportovními federacemi (*IFs, International Federations*)¹³ a Mezinárodními organizacemi sportu pro postižené (*IOSDs, International Organizations of Sport for Disabilities*); IBSA, CP-ISRA, INAS-FID, IWAS¹⁴ (IPC, 2010). Organizační struktura IPC je tvořena valným shromážděním (nejvyšší rozhodovací orgán), výkonným výborem (výkonný orgán), řídicím týmem a z různých stálých výborů a rad (IPC, 2015b).

Jako výhradní řídicí orgán paralympijského hnutí slouží IPC jako protipól mezinárodního olympijského hnutí (IPC, 2003). Zodpovídá za organizaci paralympijských her a dalších světových nebo regionálních mistrovství. Podporuje zapojování a rozvoj sportovců všech výkonnostních kategorií na lokální, národní i mezinárodní úrovni. Podněcuje vzdělávací, kulturní a vědecké aktivity, které přispívají k rozvoji a propagaci paralympijského hnutí. Ve srovnání s jinými mezinárodními organizacemi nebo sportovními federacemi omezující se pouze na jednu skupinu osob se zdravotním postižením, či na jeden specifický sport je IPC zastřešující organizace reprezentující více druhů sportů a různé typy postižení (Kudláček &

¹³ Viz příloha

¹⁴ V roce 2004 došlo ke sloučení Mezinárodní sportovní organizace pro postižené (ISOD) a Mezinárodní Stoke Mandevillské sportovní federace pro osoby na vozíku (ISMWSF) a vzniká Mezinárodní sportovní federace vozíčkářů a amputářů (IWAS).

Ješina et. al 2009). Kompletní seznam všech sportů (zimních i letních) vyskytujících se na paralympijských hrách společně s rokem začlenění můžeme vidět v následující tabulce.

Tabulka 4: Začlenění sportů na LPH a ZPH od roku 1960-2012

Rok	Sporty					
1960	Atletika	Basketbal na vozíku	Plavání	Stolní tenis	Šerm na vozíku	Lukostřelba
1964	Vzpírání					
1976	Goalbal	Sportovní střelba	*Alpské lyžování ¹⁵	*Běh na lyžích		
1980	Volejbal sedících					
1984	Boccia	Fotbal pro 7				
1988	Cyklistika	Judo	*Biatlon			
1992	Tenis na vozíku					
1994	*Sledge hokej					
1996	Jezdectví					
2000	Jachting	Rugby na vozíku				
2004	Fotbal pro 5					
2006	*Metaná na vozíku					
2008	Veslování					

Zdroj: Zpracováno autorem podle (IPC, 2015).

Od svého založení v roce 1989 a zvolení Dr. Roberta Steadwarda prezidentem se IPC snaží aktivně zvyšovat veřejné povědomí a komerční profil profesionálního sportu osob se zdravotním postižením. Rozvíjí bližší vztahy s Mezinárodním olympijským výborem (*IOC, International Olympic Committee*) a olympijským hnutím stejně jako se snaží o zvýšení mediální pozornosti, ať už prostřednictvím paralympijských her nebo jiných akcí na lokální či mezinárodní úrovni (Howe & Jones, 2006; Smith & Thomas, 2005). Vznik IPC výrazným způsobem proměnilo paralympijské hry v jeden z nejuznávanější a nejvlivnější prostředek

¹⁵ Sporty označené * znázorňují zimní paralympijské sporty.

podpory sportu osob s postižením (Howe & Jones, 2006). Zvyšující spolupráce mezi IOC a IPC byla oficiálně stvrzena společnou smlouvou v roce 2001, ve které se obě strany zavazují ke spolupráci při organizaci olympijských a paralympijských her. Od letních paralympijských her v Soulu v roce 1988 a zimních paralympijských her v Alberville v roce 1992 se tak hry konají bezprostředně po olympijských hrách ve stejném městě a za použití stejných zařízení (Kudláček & Ješina et. al 2009).

V roce 2001 byl zvolen nový prezident IPC, bývalý paralympionik a prezident mezinárodní federace basketbalu na vozíku Phil Craven. Krátce po jeho zvolení byla výkonným výborem IPC schválena nová IPC vize „*Umožnit paralympionikům dosáhnout sportovní excelenci a inspirovat svět*“ (DePauw & Gavron, 2005). Každé jedno slovo má jednoznačný význam v definování poslání IPC: (Kudláček & Ješina et. al 2009, 3)

- „**Umožnit** - hlavní rolí IPC je vytvoření podmínek pro zapojení sportovců
- **Paralympionikům** - IPC se zaměřuje na podporu a rozvoj všech sportovců od základny po vrcholovou úroveň
- **Dosáhnout sportovní excelenci**- je hlavním cílem sportovní organizace
- **Inspirovat svět** - jedná se o přínos IPC ke zlepšení světa pro všechny osoby se zdravotním postižením.“

V roce 2003 bylo představeno nové oficiální logo paralympijského hnutí, které se následně stalo hlavním symbolem paralympijských her. Jedná se o symbol v pohybu, se třemi soustředně orientovanými znaky „Agitos“, které symbolizují, že IPC přináší sportovce ze všech koutů světa a umožňuje jim soutěžit. Zároveň také, že paralympionici jsou svými vrcholnými výkony inspirací pro celý svět, nevzdávají se a jdou neustále kupředu. „Agitos“ mají tři barvy, které jsou nejvíce zastoupeny v národních vlajkách: červená, modrá a zelená (IPC, 2006). V souvislosti s proměnou paralympijského symbolu bylo v roce 2003 prezentováno i nové heslo „Spirit in Motion“, tedy volně přeloženo do češtiny jako „Duch v pohybu“ či „Zážitek z pohybu“. Tímto heslem má být vyjádřena jednak silná vůle každého paralympionika k překonání překážek spojených s jeho postižením, jeho profesionalita, ale i radost z pohybu a inspirace pro ostatní osoby, ať už s postižením či bez něho (IPC, 2006).

Mezi hlavní cíle IPC patří: (IPC in DePauw & Gavron, 2005, 66-67)

- *„Organizace úspěšných paralympijských her*
- *Zajištění rozvoje paralympijského hnutí prostřednictvím národních paralympijských výborů ve všech zemích a podpora jejich aktivit*
- *Podpora sportovních příležitostí a soutěží od nejnižší úrovně až po úroveň profesionální*
- *Podpora sportovních příležitostí zejména pro osoby ženského pohlaví a pro osoby s těžkým postižením a to na všech úrovních*
- *Podpora vzdělávacích, kulturních a vědeckých aktivit přispívajících k rozvoji a propagaci paralympijského hnutí*
- *Usilovat o globální podporu a mediální zprostředkování paralympijského hnutí*
- *Podpora samosprávy jednotlivých paralympijských sportů, ať už prostřednictvím integrálního součástí v mezinárodních sportovních hnutích určených pro „zdravé“ sportovce nebo vznikem nezávislých sportovních organizací*
- *Zajištění fair-play uvnitř paralympijského hnutí a přispění k „čistému“ sportovnímu prostředí bez využití zakázaných látek ve spolupráci se světovou antidopingovou agenturou (WADA)*
- *Podpora paralympijského sportu bez politické, náboženské, ekonomické, genderové nebo rasové diskriminace*
- *Zajištění všech prostředků pro budoucí rozvoj paralympijského hnutí.“*

I přes významné pozitivní změny, které jsou spojené se vznikem IPC, můžeme konstatovat stále nízkou „viditelnost“ a společenský význam vrcholového sportu osob se zdravotním postižením. Paralympijské hry tak stále v žádném případě nedosahují takové globální pozornosti a prominence jako olympijské hry či mistrovství světa ve fotbale (Thomas & Smith, 2009). Mezi hlavní paralympijské hodnoty patří inspirace, rovnost, odvaha a odhodlání. Pro zajištění lepších podmínek a větší mezinárodní pozornosti sportu osob se zdravotním postižením bude potřeba využít zejména ty dvě poslední.

4.5.1 ASIJSKÝ PARALYMPIJSKÝ VÝBOR

Národní Paralympijské výbory (NPC) jsou rozdělené do nezávislých regionálních organizací (Africký, Asijský, Evropský, Oceánský a Americký paralympijský výbor), které podporují sport pro osoby se zdravotním postižením v rámci určité části světa. Regionální organizace operují v úzké spolupráci s IPC, organizují regionální sportovní soutěže, koordinují rozvojové aktivity a poskytují podporu národním paralympijským výborům v příslušném regionu (IPC, 2015e). Každé jednotlivé regionální organizace se následně dělí do dalších sub-regionů.

Asijský paralympijský výbor je složen: (APC, 2014a)

- „*Centrální Asie*
- *Východní Asie*
- ***Západní Asie (Blízký východ)***
- *Jižní Asie*
- *Jihovýchodní Asie.*“

V západní Asii se vyskytují tyto NPCs: (APC, 2014a)

- „***Sportovní federace pro postižené v Bahrajnu (Bahrain Disabled Sports Federation)***
- ***Národní Paralympijský výbor v Iráku (Iraqi National Paralympic Committee)***
- ***Paralympijský výbor v Jordánsku (Jordan Paralympic Committee)***
- ***Sportovní klub pro postižené v Kuvajtu (Kuwait Disabled Sports club)***
- ***Sportovní federace Handi v Libanonu (Handi – Sport Lebanese Federation)***
- ***Sportovní výbor pro postižené v Ománu (Oman Disabled Sport Committee)***
- ***Paralympijský výbor v Palestině (Palestian Paralympic Committee)***
- ***Sportovní federace pro speciální potřeby v Kataru (Qatar Sport Federation for Special Needs)***
- ***Sportovní federace pro speciální potřeby v Saúdské Arábii (Saudi Sports Federation for Special Needs)***
- ***Paralympijský výbor v Sýrii (Syrian Paralympic Committee)***
- ***Paralympijský výbor ve Spojených Arabských Emirátech (UAE Paralympic Committee).***“

4.5.1.1 ASIJSKÉ REGIONÁLNÍ HRY

„Tam kde jsou lidské bytosti, tam budou také osoby se zdravotním postižením. Osoby se zdravotním postižením by měli mít stejné práva jako lidé bez postižení, tedy i mít právo zúčastnit se sportovních aktivit, rozvíjet se, radovat se a být oceněn“ (Wang in CEIS, 2010).

Sir Ludwig Guttmann a jeho příspěví k rozvoji sportu pro osoby se zdravotním postižením bylo inspirací pro celý svět. Někteří průkopníci na Dálném východě a jižním Pacifiku, jako byl Dr. Nakamura, Dr. Grant, Mr. Pryke, Sir. Fang, Mrs. Wagg, Mr. Manurang a Mr. Mckie vytvořili v roce 1974 sportovní federaci s názvem FESPIC (*The Far East and South Pacific Games Federation for the disabled*) s cílem podporovat nezávislost a rehabilitaci osob se zdravotním postižením prostřednictvím sportu a zároveň zvyšovat jejich porozumění v rámci regionu (APC, 2014c).

Zánik Paraplegických her Commonwealthu (*Commonwealth Paraplegic Games*), které probíhaly naposledy v roce 1974, bylo jednou z hlavních příčin vzniku tzv. FESPICKÝCH her (*FESPIC Games*). První ročník se uskutečnil ve městě Oita v Japonsku v roce 1975. Od té doby hry probíhaly každé čtyři roky. Sportovci se zdravotním postižením se tak mohli zúčastnit nejrůznějších sportovních disciplín na mezinárodní úrovni a zároveň se kvalifikovat na paralympijské hry (APC, 2014c,d). Postupem času vzhledem ke zvyšujícímu se počtu zúčastněných zemí docházelo i ke zvýšení počtu sportovců na těchto hrách a FESPICKÉ hry se tak staly jednou z největších sportovních událostí pro osoby se zdravotním postižením na světě (Disability Sport, 2014).

S ohledem na podporu IPC aktivit v celém asijském regionu a vytvoření demokratického rozhodovacího orgánu dochází v roce 2002 k vytvoření Asijské paralympijské rady, která se v roce 2004 spojila se sportovní federací FESPIC a následně byla v roce 2006 nahrazena Asijským paralympijským výborem (*APC, Asian Paralympic Committee*) (APC, 2014d). Poslední FESPICKÉ hry se tak konaly v roce 2006 ve městě Kuala Lumpur, Malajsie. Celkem se těchto her zúčastnilo 3641 sportovců ze 46 zemí soutěžících v 19 různých sportech¹⁶. Z blízkovýchodního regionu se zúčastnily tyto země; Syrská arabská republika, Palestina, Jordánsko, Libanon, Irák, Kuwait, Bahrajn, Qatar, Spojené arabské emiráty (FESPIC, 2006).

¹⁶ lukostřelba, atletika, badminton, boccia, cyklistika, šerm na vozíku, goalbal, judo, pétanque, vzpírání, jachting, střelba, fotbal pro 7, plavání, stolní tenis, bowling, volejbal pro sedící, basketbal na vozíku, tenis na vozíku

Jako první prezident APC byl zvolen Datuk Zainal Abu Zarin z Malajsie, který se v roce 2010 zapřičinil o pořádání prvních Asijských Para Her (Asian Para Games) nahrazující tak FESPICKÉ hry (APC, 2014d). Smysl Asijských Para Her je podobný jako u předchozích her, tedy umožnit sportovcům se zdravotním postižením zúčastnit se sportovních soutěží a zároveň tak zvyšovat porozumění osob se zdravotním postižením ve společnosti (Disability Sport, 2014).

První Asijské Para Hry se konaly v Kantonu, Čína a zúčastnilo se jich kolem 3000 sportovců ze 41 zemí (součástí her byly všechny země Blízkého východu) soutěžících v 19 různých sportech¹⁷ (CEIS, 2010). Hry se konaly ve stejném roce, ve stejném městě a za použití stejných zařízení jako Asijské hry určené pro osoby bez postižení. Tyto hry se staly největší událostí pro sportovce se zdravotním postižením v celé Asii a zároveň tak odrazovým můstkem pro paralympijské hry v Londýně, 2012 (CEIS, 2010). V roce 2013 se v Kuala Lumpur v Malajsi také konaly již druhé Asijské Para Hry pro mladé sportovce se zdravotním postižením (Asian Youth Para Games Malaysia 2013). Sportovci se zdravotním postižením ve věku od 15 do 19 let se tak mohli zúčastnit 14 různých sportů¹⁸ (APC, 2014e).

V roce 2014 se v Inčchonu, Jižní Korea pořádaly již druhé Asijské Para Hry, kterých se účastnilo kolem 4500 sportovců ze 41 zemí (součástí her byly všechny země Blízkého východu) soutěžících ve 23 různých sportech. Objevují se čtyři nové sporty; pétanque, jachting, tanec na vozíku a rugby na vozíku (APC, 2014f).

¹⁷ Lukostřelba, atletika, badminton, boccia, bowling, cyklistika, fotbal pro 5, fotbal pro 7, goalbal, judo, vzpírání, veslování, sportovní střelba, plavání, stolní tenis, volejbal sedících, basketbal na vozíku, šerm na vozíku, basketbal na vozíku

¹⁸ Lukostřelba, atletika, badminton, boccia, šachy, goalbal, judo, vzpírání, plavání, stolní tenis, bowling, volejbal sedících, tenis na vozíku a basketbal na vozíku

5 SPORT A OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM NA BLÍZKÉM VÝCHODĚ

Co je to Blízký východ a jaké země do tohoto regionu patří? Jaká je situace osob se zdravotním postižením na Blízkém východě? Jaké jsou hlavní kulturní a fyzické překážky, kterým musí osoby se zdravotním postižením čelit? Jaká je prevalence osob se zdravotním postižením na Blízkém východě a jaké jsou hlavní příčiny jejich postižení? Jaké legislativní opatření na podporu osob se zdravotním postižením v regionu existují? Jakým způsobem je sport vnímán islámským náboženstvím? Jaké jsou nejdůležitější regionální hry pro osoby se zdravotním postižením na Blízkém východě? Jaká je účast sportovců z Blízkého východu na paralympijských hrách? Odpovědi na tyto otázky získáte po přečtení této kapitoly podávající ucelené informace o situaci osob se zdravotním postižením na Blízkém východě a jejich účasti na paralympijských hrách.

5.1 VYMEZENÍ BLÍZKÉHO VÝCHODU

Cílem diplomové práce je zjistit jakým způsobem se vyvíjela účast sportovců ze zemí Blízkého východu na paralympijských hrách. Co si ale můžeme představit pod pojmem Blízký východ? Jaké státy jsou součástí tohoto regionu? V této podkapitole se tak pozastavím nad složitostí a nejasností, která je spojena s vymezením regionu Blízký východ. Uvedu různé způsoby vymezení podle různých mezinárodních organizací. Definuji geografické vymezení, které budu využívat v rámci své diplomové práce a následně výběr také zdůvodním.

Geografické vymezení regionu je stejně sporné a problematické jako je samotné jeho pojmenování vycházející z eurocentrické perspektivy za doby britské a francouzské koloniální správy, kdy byl termín odvozen od geografické polohy města Londýna a relativní proximity území ve srovnání s východněji položenou Indií (Afsaruddin, 2012). Existuje mnoho různých způsobů geografického vymezení území, například na základě historického vývoje, převládajícího náboženství, etnické příslušnosti, ekonomické situace či politické situace. Můžeme se tedy setkat jak s poněkud užším pojetím regionu, který je ohraničený Egyptem ze západu, Arabským poloostrovem z jihu, Sýrií ze severu a Íránem z východu, ale také i s širším pojetím, kdy je region ohraničený Marokem ze západu, Džibutskem z jihu, Tureckem ze severu a Afghánistánem popřípadě Pakistánem z východu (Tristam, 2015). V některých

případech jsou do regionu Blízký východ zahrnovány také státy Střední Asie (Turkmenistán, Uzbekistán, Tádžikistán, Kyrgyzstán) nebo státy Kavkazu (Gruzie, Arménie, Ázerbájdžán). Na základě encyklopedie moderního Blízkého východu se dokonce můžeme setkat s označením zahrnující také ostrovy ve Středozemním moři jako je Kypr či Malta (Tristam, 2015).

Například Úřad vysokého komisaře OSN pro lidská práva (*OHCHR, United Nations Human Rights, Office of the High Commissioner for Human Rights*) vymezuje region s názvem Blízký východ a Severní Afrika (MENA- Middle East and North Africa) do kterého zahrnuje následující země; Alžírsko, Bahrajn, Egypt, Irák, Izrael, Jemen, Jordánsko, Katar, Kuvajt, Libanon, Libye, Mauritanie, Maroko, Omán, Palestina, Saúdská Arábie, Spojené arabské emiráty (SAE), Sýrie, Tunisko (OHCHR, 2015). Podobně je na tom Dětský fond OSN (*UNICEF, United Nations Children's Fund*)¹⁹, který také označuje region Blízkého východu ve spojení se severní Afrikou a zahrnuje tak tyto země; Alžírsko, Bahrajn, Džibutsko, Egypt, Irán, Irák, Jemen, Jordánsko, Katar, Kuvajt, Libanon, Libye, Maroko, Omán, Palestina, SAE, Saúdská Arábie, Súdán, Sýrie, Tunisko (UNICEF, 2015). Pro účely své diplomové práce budu však vycházet z geografického vymezení regionu na základě členských zemí západní Asie - subregionu Asijského paralympijského výborů (*APC, Asian Paralympic Committee*) zahrnující tyto země; Bahrajn, Irák, Jordánsko, Katar, Kuvajt, Libanon, Omán, Palestina, SAE, Saúdská Arábie, Sýrie²⁰ (APC, 2014a).

Důvodem mého výběru je geografická blízkost a s tím související historická, etnická a kulturní podobnost jednotlivých zemí. Národní paralympijské výbory (*NPCs, National Paralympic Committees*) vybraných zemí jsou navíc součástí stejné regionální organizace (APC) podporující sport osob se zdravotním postižením, a to na všech úrovních od začínajících sportovců až po účastníky paralympijských her.²¹ Možnost srovnání jednotlivých zemí s podobnými strategickými plány a prioritami ve vztahu k podpoře sportu osob se zdravotním postižením, zemí které jsou si v mnohých aspektech podobné, ale zároveň tolik

¹⁹ Do roku 1953 se Dětský fond OSN nazýval Mezinárodní dětský fond neodkladné pomoci (United Nations International Children's Emergency Fund) z toho také vzniká zkrácený název UNICEF.

²⁰ V rámci diplomové práce jsou pro zjednodušení využívány zkrácené názvy států, jejich oficiální podoba je následující: Syrská arabská republika, Stát Palestina, Jordánské hášimovské království, Libanonská republika, Irácká republika, Stát Kuvajt, Bahrajnské království, Stát Katar, Saúdskoarabské království, Spojené arabské emiráty, Sultanát Omán.

²¹ Státy jako je Izrael (součástí evropského paralympijského výboru) Irán (součástí asijského paralympijského výboru, sub-regionu Střední Asie) nebo Egypt (součástí afrického paralympijského výboru), které jsou obvykle definovány jako země Blízkého východu tak nespádají do mého geografického vymezení.

odlišné (demograficky, ekonomicky a ve stupni lidského rozvoje) je tak tím hlavním důvodem mého výběru.

5.2 BLÍZKÝ VÝCHOD A OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Tato podkapitola je rozdělená do tří částí. První část se zabývá kulturními a fyzickými překážkami, které jsou součástí života osob se zdravotním postižením na Blízkém východě. Druhá část se soustřeďuje na prevalenci osob se zdravotním postižením na tomto území a definuje nám základní příčiny postižení v tomto regionu. Třetí část se věnuje legislativním opatřením podporující práva osob se zdravotním postižením na Blízkém východě a zvláště pak Mezinárodní konvenci OSN na podporu práv osob se zdravotním postižením (CRPD) a její ratifikaci jednotlivými státy v regionu.

5.2.1 KULTURNÍ A FYZICKÉ BARIÉRY

„Jedním z měřítek civilizace je zjištění, jakým způsobem se staráme o ty nejzranitelnější osoby v naší společnosti“ (Dr. William H. Foege in ESCWA²², 2014, 3).

Osoby se zdravotním postižením žijící na Blízkém východě čelí mnohým překážkám, které jim brání se plně integrovat do společnosti. Kromě negativních postojů ve společnosti jsou to zejména fyzické překážky a to zejména ve vzdělávání, dopravě, zdravotnictví nebo v zaměstnání (World Bank, 2005).

Podle informace UNESCO má přístup ke vzdělání v arabsky hovořících zemích jen 10 % zdravotně postižených dětí a zhruba 90 % zdravotně postižených dospělých osob je bez práce.²³ Situace ve většině zemí není jednoduchá o to méně, když jsou lidé se zdravotním postižením obětí dlouhotrvajících konfliktů. Na základě MAP (*Medical Aid for Palestinians*) je až 87 % Palestinců se zdravotním postižením nezaměstnaných, 1/3 těchto osob nikdy

²² ESCWA- Economic and Social Commission for Western Asia.

²³ Arabské země představují rozsáhlé území na africkém a asijském kontinentě. Vzhledem k tomu, že všechny země Blízkého východu (na základě mého vymezení) používají jako oficiální jazyk právě arabštinu je obecné srovnání Blízkého východu s arabským světem relevantní a pomáhá nám lépe pochopit problémy osob se zdravotním postižením v našem vybraném regionu.

neuzavřela sňatek, více jak 1/3 osob se zdravotním postižením nikdy nebyla ve škole a mnoho z nich také nikdy nevyužilo hromadnou dopravu (Smith, 2014).

Sociální stigmatizace a diskriminace je patrná nejen ve fyzickém či kulturním prostředí obklopující osoby se zdravotním postižením, ale také uvnitř samotné rodiny postiženého (World Bank, 2005). Můžeme se tak setkat s případy kdy jsou osoby se zdravotním postižením „ukrývány“ před společností vlastní rodinou, která jim tak znemožňuje přístup ke vzdělání, k rehabilitačním službám nebo práci (World Bank, 2005).

Na základě neziskové organizace *Handicap International* operující na Blízkém východě²⁴ už od roku 1987 a v současné době podporující projekty²⁵ například v Iráku, Jordánsku, Libanonu nebo v Palestině můžeme avšak konstatovat pozitivní posun v postojích k osobám se zdravotním postižením (Handicap International, 2012). Nicméně je potřeba si uvědomit, že je před námi stále mnoho práce, jak říká technická koordinátorka *Handicap International* Ola Abu Alghaib.

5.2.2 PREVALENCE OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Měření prevalence osob se zdravotním postižením je velkým problémem, zvláště v rozvojových zemích. Výsledky záleží na výběru metody sběru dat stejně jako na výběru definice postižení. Vzhledem k různým faktorům, jako je například sociální stigma odrazující k přiznání postižení, tak může docházet k dezinterpretacím, které mohou být příčinou nízké prevalence osob se zdravotním postižením v rámci Blízkého východu. Stávající prevalence osob s postižením se tak musí brát s jistou rezervou (ESCWA, 2014).

Podle níže uvedené tabulky můžeme vidět prevalenci osob se zdravotním postižením v zemích Blízkého východu v rozmezí mezi 0,4 – 4,6 %. Tyto výsledky se výrazným způsobem odlišují od výsledků z jiných regionů, například v Latinské Americe je prevalence osob se zdravotním postižením v rozmezí mezi 5,4 – 12,4 %. Celosvětová prevalence osob se zdravotním postižením je podle WHO a Světové banky dokonce až 15 % (ESCWA, 2014).

²⁴ Organizace *Handicap International* působí také v dalších regionech po celém světě (Afrika, Asie, Amerika, Evropa).

²⁵ Projekty na podporu práv osob se zdravotním postižením, zvyšování jejich povědomí ve společnosti, podporu okamžité pomoci a rehabilitačních služeb nebo na odstraňování nášlapných min.

Tabulka 5: Prevalence osob se zdravotním postižením v zemích Blízkého východu v roce 2002

Státy	Prevalence zdravotního postižení (%)
Palestina	4,6
Jordánsko	1,9
Libanon	2,0
Irák	2,8
Kuvajt	1,1
Bahrajn	2,9
Katar	0,4
Saúdská Arábie	0,8
SAE	0,8
Omán	3,2
Sýrie	1,4

Zdroj: Zpracováno autorem podle (ESCWA, 2014).

Ve skutečnosti je však prevalence osob se zdravotním postižením na Blízkém východě daleko vyšší a je to způsobeno mnoha faktory, mezi ty hlavní patří (**UNESCO, 2010**):

- Chudoba
- Podvýživa
- Konflikty
- Pokrevensví²⁶

Vysoký počet osob se zdravotním postižením je dán také kvůli (MENA Human Development Department in UNESCO, 2010, 12):

- *„Vysokému počtu jedinců, jejichž podmínky by mohly být zmírněny příslušnou zdravotní a sociální intervencí*

²⁶ Pokrevensví, tedy vztah dvou lidí, kteří sdílejí stejného předka je hluboce zakořeněný jev, který je typický zejména v arabských zemích a týká se přibližně 1/5 celkové populace. Početí dítěte u lidí se stejným předkem může přinášet různé komplikace - postižení dítěte.

- *Nedostatku primárních a sekundárních prevenčních mechanismů, zvláště těch, které se zabývají nově se objevujícími příčinami postižení; chronické nemoci, pracovní zranění, automobilové nehody, duševní problémy a infekční nemoci jako je HIV/AIDS.“*

5.2.3 LEGISLATIVNÍ OPATŘENÍ

Země Blízkého východu byly v minulosti svědkem řady důležitých právních a politických iniciativ na podporu osob se zdravotním postižením. Legislativní opatření měly však obvykle pouze omezený rozsah a dotýkaly se jen určitých skupin osob se zdravotním postižením. Implementace zákonů byla navíc v přenesené pravomoci výkonného orgánu, který měl minimum znalostí, zdrojů a kapacit pro dosažení vytyčených cílů (World Bank, 2005).

Paradoxně války a válečné střety donutily některé státy Blízkého východu vytvořit i pro osoby se zdravotním postižením nejrůznější ochranné normy. Příkladem je Libanon, zde díky konfliktům a narůstajícímu počtu osob se zdravotním postižením došlo k vytvoření Libanonské rady zdravotně postižených osob, která v roce 2000 vyhlásila komplexní zákoník zaručující zdravotně postiženým práva podobná právům jako například u nás v České republice. Tento libanonský zákon zajišťuje osobám se zdravotním postižením úplnou dostupnost v oblasti vzdělávání, zaměstnanosti, zdravotnictví nebo dopravy a zároveň jim poskytuje také úlevu na daních. Libanonský zákon tak například nařizuje firmám s více jak 60 zaměstnanci, aby 3 % z těchto zaměstnanců byly osoby se zdravotním postižením, nebo také umožňuje lidem se zdravotním postižením získat státní podporu při koupi auta (Hrebenar, 2015).

V roce 2002 arabské země (příslušní ministři, neziskové organizace a organizace podporující osoby se zdravotním postižením) pořádaly v Bejrútu v Libanonu Mezinárodní konferenci o ochraně práv osob se zdravotním postižením, která připravila „cestu“ pro vznik tzv. „*Arabské dekády osob se zdravotním postižením 2004–2013*“ (World Bank, 2005, 17). Toto období (2004–2013) se stalo milníkem pro celý arabský svět a to vzhledem k tomu, že byl poprvé přijat na regionální úrovni soubor principů a cílů týkajících se osob se zdravotním postižením, které mají sloužit jako návod pro jednotlivé země v regionu (ESCWA, 2014).

V roce 2003 byla pořádána Ekonomickou a sociální komisí pro západní Asii (ESCWA, *Economic and Social Commission for Western Asia*) Arabská regionální konference norem a

standardů ve vztahu k rozvoji a ochraně práv osob se zdravotním postižením (World Bank, 2005). Na základě toho vzniká Bejrútská deklarace, která mimo jiné prohlašuje „Osoby se zdravotním postižením, zejména v arabských zemích čelí velkým výzvám, které jim brání k dosažení stejného postavení, jako mají osoby se zdravotním postižením v jiných společnostech. Primární faktory, které vedou k diskriminaci a marginalizaci osob se zdravotním postižením jsou založeny na strukturálních, institucionálních, legislativních, procesních a kulturních překážkách“ (UN, 2007 in World Bank, 2005, 17). V posledních letech tak můžeme pozorovat zvýšený zájem o osoby se zdravotním postižením na Blízkém východě. Důkazem je tomu i počet podpisů a ratifikací Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením (CRPD), který je v regionu na vysoké úrovni (ESCWA, 2014).

Tabulka 6: Podpis a ratifikace CRPD a Opčního protokolu v zemích Blízkého východu

Státy	Podpis CRPD	Podpis Opčního protokolu	Ratifikace CRPD	Ratifikace Opčního protokolu
Palestina			2.4 2014	
Jordánsko	30.3 2007	30.3 2007	31.3 2008	
Libanon	14.6 2007	14.6 2007		
Irák			20.3 2013	
Kuvajt			22.8 2013	
Bahrajn	25.6 2007		22.9 2011	
Katar	9.7 2007	9.7 2007	13.5 2008	
Saúdská Arábie			24.6 2008	24.6 2008
SAE	8.2 2008	12.2 2008	19.3 2010	
Omán	17.3 2008		6.1 2009	
Sýrie	30.3 2007		10.7 2009	10.7 2009

Zdroj: Zpracováno autorem podle (UN, 2015).

Jak můžeme vidět výše, všechny země Blízkého východu podepsaly Úmluvu OSN o právech osob se zdravotním postižením. Ratifikace, tedy závazné potvrzení její platnosti chybí pouze u jediného státu a to u Libanonu. Opční protokol podepsalo šest zemí (Jordánsko, Libanon,

Katar, Saúdská Arábie, Spojené arabské emiráty, Sýrie) a z toho dvě země tento protokol také ratifikovaly, jedná se o Saúdskou Arábii a Sýrii. Jako první země Úmluvu OSN o právech osob se zdravotním postižením ratifikovalo Jordánsko, poslední zemí byla naopak Palestina. Podle uvedených údajů je to tedy Saúdská Arábie a Sýrie, které došly nejdále v právní a institucionální podpoře osob se zdravotním postižením. Jaká je však realita? Dokážou tyto země „přetavit“ Úmluvu OSN do praktického života? To je zatím zdá se velkou výzvou a to nejenom pro země Blízkého východu.

5.3 SPORT, POSTIŽENÍ A ISLÁM

Veřejné postoje a způsoby jakým jsou osoby se zdravotním postižením přijímány společností na Blízkém východě, jsou výrazně ovlivněny islámským náboženstvím. Jaký je tedy pohled islámu na sport osob se zdravotním postižením?

Podle islámu leží síla každého člověka v jeho fyzické zdatnosti, poctivosti a ctnostném chování. Sport není v konfliktu s názory a hodnotami, které sdílí islámské náboženství. Islámské náboženství naopak přímo vybízí k účasti na sportovních a rehabilitačních aktivitách, které jsou vnímány jako prostředek k léčbě osob se zdravotním postižením (Hashem, 2014). Společnost by se podle islámu měla postarat o osoby se zdravotním postižením a umožnit jim tak přístup ke zdravotní péči, vzdělání, sociální péči, zaměstnání a sportu. Hlavní zodpovědnost společnosti spočívá nejen v pozitivním vnímání osob se zdravotním postižením, ale také ve zlepšení jejich sociálních podmínek.

V souvislosti s islámským postojem a jeho doporučením mnoho muslimských zemí vybudovalo rehabilitační centra, speciální školy a sportovní kluby určené výhradně pro osoby se zdravotním postižením (Hashem, 2014). Muslimové obou pohlaví se podle Hashem (2014) mohou účastnit sportovních aktivit a to za předpokladu, že jsou tyto aktivity vyvážené a fyzicky výhodné. Je nutné nicméně zmínit také určité kulturní a strukturální překážky, které obzvláště ženám, ať už se zdravotním postižením nebo bez postižení, brání účastnit se sportovních činností. Mezi hlavní faktory omezující účast žen ve sportu patří na Blízkém východě zejména rodina, hijab²⁷, pohlavní segregace a fyzický pohyb (Harkness, 2012).

²⁷ Tradiční oděv v muslimských zemích

V kolektivistických společnostech na Blízkém východě hraje významnou úlohu rodina a ta také zásadním způsobem rozhoduje o případné účasti žen ve sportu. Pověst celé rodiny je často závislá na schopnosti jednotlivců podřídit se předepsaným kulturním normám. Účast žen ve sportu tak může negativním způsobem ovlivnit společenský status a budoucí manželské příležitosti jednotlivých členů v rodině.²⁸ Hijab patří také mezi důležité faktory ovlivňující účast žen ve sportu. I přes to, že v mnoha zemích na Blízkém východě není hijab povinností, existuje zde silný sociální tlak hijab nosit a to zvláště u žen, které jsou vdané nebo mají více jak 14 let. V plavání nebo v některých estetických sportech jako je tanec na vozíku či gymnastika může být hijab překážkou a důvodem jejich neúčasti (Harkness, 2012).

Důležitým rysem v muslimské společnosti je také pohlavní segregace, která se samozřejmě projevuje i ve sportu. Pro některé ortodoxní muslimské ženy je nemyslitelné, aby byly během sportovních aktivit pozorovány osobami opačného pohlaví. Podle islámu by ženy neměly provádět těžkou fyzickou aktivitu před zraky mužů, u kterých to může vyvolávat sexuální touhy, které následně nedokážou potlačit (Harkness, 2012). V roce 1993 v iránském hlavním městě Teherán se tak poprvé pořádaly Islámské ženské hry (*Islamic Women Games*), které výrazným způsobem zvýšily účast žen ve sportu. V roce 2005 se v Iránu konal již čtvrtý ročník těchto her s celkovou účastí 1587 sportovců ze 42 zemí (poprvé i z nemuslimských zemí), kteří soutěžili v 18 různých sportech, včetně stolního tenisu pro ženy se zdravotním postižením. Islámské ženské hry jsou pro některé ženy jedinou příležitostí jak se zúčastnit sportovních aktivit na mezinárodní úrovni. Nízká mediální pozornost těchto her společně s nedostatkem ženských diváků a nízkou úrovní sportovních soutěží jsou avšak stále velkým problémem (Amara, 2008). Jaké existují další významné regionální hry pro osoby se zdravotním postižením na Blízkém východě, se dozvíte v následující kapitole.

5.4 REGIONÁLNÍ HRY

Po skončení druhé světové války mnoho zemí arabského světa získalo nezávislost od evropských mocností. Obava států z možnosti stát se v budoucnu znovu evropskou kolonií nebo být ovládnán sousední zemí zapříčinila vznik Ligy arabských států (*the Arab League*)

²⁸ Pověst rodiny má v zemích Blízkého východu obrovský význam. Účast ženy ve sportu může významným způsobem negativně ovlivnit pověst a budoucnost jednotlivých členů v rodině, ze které žena pochází, včetně možnosti uzavření sňatku.

v roce 1945. Postupem času se do této regionální organizace přidaly také všechny země Blízkého východu. Zatímco ekonomické a politické otázky byly stěžejním tématem, vyvíjela se také kulturní smlouva s cílem podpořit kulturní výměnu mezi mladými lidmi v arabském světě. Myšlenka realizovat tuto výměnu prostřednictvím sportu získávala na podpoře. V roce 1947 první generální tajemník Ligy arabských států Abdul Rahman Hassan Azzam vyzývá k vytvoření sportovní soutěže za účasti všech arabských sportovců. Podle jeho slov je to nejlepší způsob jak spojit mládež arabských států a umožnit jim budovat budoucí arabský národ (Qatar museum, 2011). Sport byl zároveň vnímán jako vhodný prostředek k získání politického, společenského a kulturního uznání, který formuje národní státy, mobilizuje arabskou společnost a přispívá k její celkové kooperaci, integraci a sjednocení (Amara, 2011).

V roce 1953 se tak v Alexandrii v Egyptě za přispění generálního tajemníka Ligy arabských států Abdula Azzama pořádaly první regionální hry spojující arabské sportovce z Blízkého východu a Severní Afriky²⁹. V průběhu celé své historie hrály Arabské hry (*the Arab Games*) důležitou roli při utváření sportu v regionu. Přispěly k výstavbě infrastruktury, k celkové organizaci sportu, stejně jako se zasloužily o rozvoj sportu pro ženy a osoby se zdravotním postižením (Qatar museum, 2011). Původně se hry měly konat každé čtyři roky, ale vzhledem k politickým nepokojům a finančním problémům bylo pořádání her značně nepravidelné (FEI, 2011). Arabské hry jsou založené na principech olympismu s cílem vzdělávat společnost prostřednictvím sportu a bojovat proti stereotypizaci arabské společnosti ve světě (Qatar museum, 2011).

Ženy se staly součástí Arabských her poprvé až v roce 1985 v Rabatu v Maroku. Celkově se těchto her zúčastnilo až 500 žen pocházejících z různých částí arabského světa. Od té doby se ženy pravidelně zúčastňují Arabských her a jejich participace neustále narůstá. Dalším významným milníkem v arabském sportu byl rok 1999. V tomto roce se konaly již deváté Arabské hry v Bejrútu v Libanonu a paralelně s těmito hrami se poprvé představili také Arabské Para hry (*the Arab Para games*) určené pro osoby se zdravotním postižením (Qatar museum, 2011). Více jak 700 sportovců se zdravotním postižením z Jordánska, Spojených Arabských Emirátů, Bahrajnu, Tuniska, Alžírsko, Palestiny, Kataru, Libanonu, Libye, Egypta, Maroka, Sýrie, Saúdské Arábie, Súdánu, Iráku a Jemenu se zúčastnilo těchto her, které byly určeny pro osoby s tělesným, mentálním, zrakovým a sluchovým postižením. Součástí her

²⁹ Nebyla to náhoda, že byly Arabské hry pořádány právě v Egyptě. V roce 1952 (tedy rok před samotnou soutěží) zde proběhla revoluce a z Egypta se stala republika. Arabské hry tak symbolizovali nový začátek a to jak pro Egypt, tak pro celý arabský svět.

byly následující sporty; atletika, basketbal na vozíku, vzpírání, stolní tenis, fotbal a boccia (DePauw & Gavron, 2005). V roce 2003 se měl v Alžírsku konat desátý ročník Arabských her, nicméně vzhledem k zemětřesení v regionu byly tyto hry zrušeny. Nakonec se konaly až o rok později v roce 2004 a sklidily velký úspěch. Poprvé v historii byli součástí her všichni členové Ligy arabských států a zúčastnil se jich rekordní počet sportovců. Navíc se také paralelně pořádal již druhý ročník Arabských Para her, které si získávaly stále větší oblibu a sledovanost (Qatar museum, 2011).

Po 42 letech se Arabské hry znovu vrátily do Egypta³⁰, tentokrát se zde konal již jedenáctý ročník a psal se rok 2007. Zahajovací ceremoniál byl výjimečný stejně jako samotné hry, které znovu probíhaly souběžně se soutěžími pro osoby se zdravotním postižením. Třetího ročníku Arabských Para her se zúčastnil rekordní počet sportovců, kteří soutěžili v několika různých sportovních disciplínách. V roce 2011 se poprvé konaly Arabské hry v jedné ze zemí Perského zálivu, konkrétně ve městě Doha v Kataru (Qatar museum, 2011). Byl to již dvanáctý ročník s celkovou účastí 295 sportovců z 21 zemí soutěžících ve 45 sportech (z toho 23 bylo určeno pro muže a 22 pro ženy). Souběžně s těmito hrami jako již tradičně probíhaly také Arabské Para hry (již čtvrtý ročník), které se konaly den po ukončení Arabských her a trvaly dva dny. Celkově se na těchto hrách soutěžilo ve 30 různých sportech (z toho 25 z nich byly určeny pro muže a 5 pro ženy). V roce 2015 se má uskutečnit již třináctý ročník Arabských her a zároveň také pátý ročník Arabských Para her a to v Bejrútu v Libanonu (Qatar museum, 2011).

Arabské Para hry jsou tedy hlavní mezinárodní soutěží pro osoby se zdravotním postižením na Blízkém východě. Arabské Para hry, Islámské ženské hry³¹ a Asijské Para hry³² tak patří mezi hlavní regionální soutěže, kterých se mohou zúčastnit osoby se zdravotním postižením ze zemí Blízkého východu. Tyto regionální hry zároveň slouží také jako vstupenka k účasti na největší sportovní soutěži pro osoby se zdravotním postižením na celém světě a tím jsou paralympijské hry.

5. 5 PARTICIPACE SPORTOVců NA PARALYMPIJSKÝCH HRÁCH

³⁰ Čtvrtý ročník Arabských her v roce 1965 se konal v Káhiře v Egyptě.

³¹ Islámské ženské hry jsou charakterizovány v předchozí podkapitole Sport, postižení a islám.

³² Asijské Para hry jsou charakterizovány v části Regionální asijské hry (kapitola sport a osoby se zdravotním postižením).

Paralympijské hry jsou největší sportovní událostí pro osoby se zdravotním postižením. Od svého počátku ve Stoke Mandeville v roce 1948 se počet zúčastněných zemí a sportovců neustále zvyšuje. V souvislosti se vznikem nových národních paralympijských výborů, rozvojem paralympijských sportů a postupným začleňováním sportovců s různým typem postižení to není až tak velkým překvapením. Jaká je avšak situace z pohledu Blízkého východu?

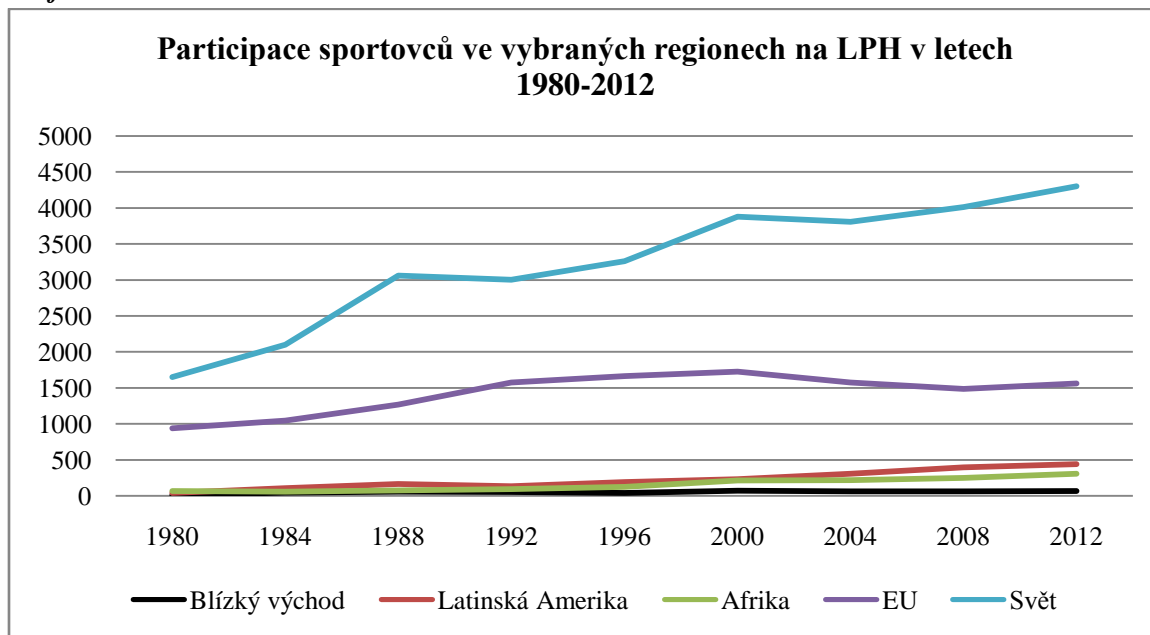
Po získání nezávislosti se mnoho zemí Blízkého východu stalo součástí dlouhotrvajících válečných konfliktů, které výrazným způsobem poznamenaly vývoj v celém regionu. Pomalejší rozvoj sportovních aktivit pro osoby se zdravotním postižením tedy není žádným překvapením. Bylo to až v roce 1980, kdy se na letních paralympijských hrách v nizozemském Arnhemu poprvé představila také blízkovýchodní země. Od té doby jsou země Blízkého východu stálou součástí letních paralympijských her. Co se týká účasti sportovců na zimních paralympijských hrách, tak je situace poněkud odlišná. I přes to, že se zimní paralympijské hry pravidelně pořádají už od roku 1976 tak se žádná ze zemí Blízkého východu her doposud nezúčastnila.

V grafickém znázornění č. 1 můžeme vidět celkový vývoj účasti sportovců na letních paralympijských hrách mezi lety 1980-2012 z pohledu jednotlivých regionů. Ve všech případech má participace sportovců vzrůstající tendenci, nicméně rozdíly jsou evidentní a to zejména mezi Evropou, respektive Evropskou unií a zbytkem světa. Celkový počet startů ze všech zúčastněných zemí (164 zemí) na letních paralympijských hrách mezi lety 1980-2012 je 24 775.³³ Z toho sportovci ze zemí Evropské unie (28 zemí) zaznamenali až 12 830 startů, což představuje celých 51,8 % z celkového počtu startů. Naopak sportovci ze zemí Latinské Ameriky (20 zemí) zaznamenali jen 1 991 startů, což představuje 8 % z celkového počtu startů. Podobně jako účastníci z afrických zemí (41 zemí), kteří zaznamenali celkem 1 404 startů, což představuje pouze 5,6 % z celkového počtu startů. Nejhůře jsou na tom avšak sportovci ze zemí Blízkého východu (11 zemí), kteří zaznamenali pouhých 466 startů, což odpovídá 1,9 % z celkového počtu startů.³⁴

³³ Jedná se o souhrn startů všech zemí, které se zúčastnily letních paralympijských her v letech 1980-2012.

³⁴ Jednotlivé regiony nejsou srovnatelné co do počtu zemí, které se paralympijských her zúčastnily, ani jakým způsobem jsou vymezeny. Evropská Unie (EU) jako politické a ekonomické uskupení oproti geografickému vymezení Latinská Amerika, Afrika a sub-regionu APC – západní Asie, respektive Blízký východ. Hlavním cílem srovnání je poukázat na významné rozdíly ve vybraných regionech a zvláště tak upozornit na dominanci zemí EU.

Graf 1:

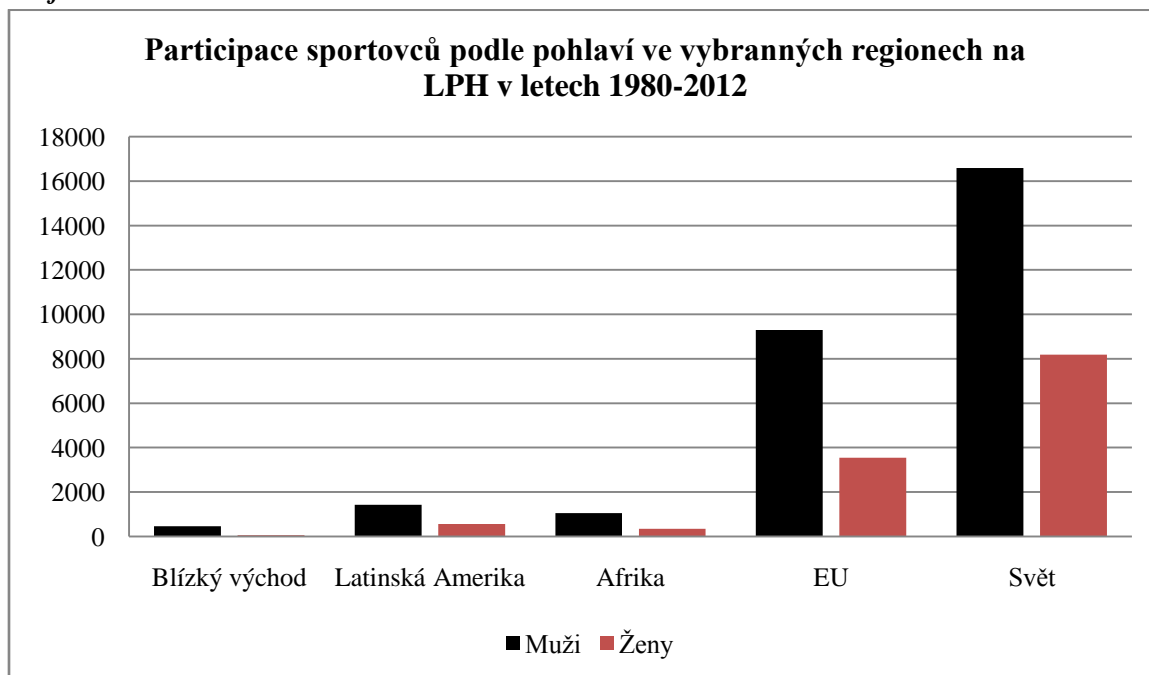


Zdroj: Zpracováno autorem (IPC, 2015f).

Co se týká účasti podle pohlaví tak můžeme pozorovat obrovské rozdíly a to ve všech vybraných regionech viz grafické znázornění č. 2. Celkově ženy na letních paralympijských hrách v letech 1980-2012 zaznamenaly 8 191 startů, což představuje 33 % z celkového počtu startů. Jinými slovy muži zauímají celých 16584 startů tedy 67 %. Co se týká jednotlivých regionů, tak největší počet startů žen můžeme vidět ze zemí Evropské unie a to celých 3541, což představuje 43,2 % z jejich celkového počtu. V dalších regionech je účast žen poměrně marginální. Ženy pocházející ze zemí Latinské Ameriky zaznamenaly 564 startů, což představuje 6,8 % z jejich celkového počtu. Podobně jako ženy z afrických zemí, které zaznamenaly 347 startů, tedy 4,2 % z jejich celkového počtu. Podle očekávání jsou na tom nejhůře ženy ze zemí Blízkého východu, které celkově zaznamenaly jen 59 startů, což představuje pouze 0,7 % z jejich celkového počtu.

Celkové srovnání účasti žen a mužů na letních paralympijských hrách v letech 1980-2012 jsme už zmínili. Jak je to ovšem z pohledu jednotlivých regionů? V rámci všech zúčastněných sportovců pocházejících ze zemí Evropské unie tvoří ženy 27,6 %, tudíž celých 72,4 % zauímají muži. O něco lepší situace je u sportovců z Latinské Ameriky, kde ženy tvoří 28,3 %, tedy 71,7 % připadá na muže. Co se týká poměru sportovců z afrických zemí tak je situace zase o něco horší, ženy tvoří 24,7 % a muži 75,3 %. V zemích Blízkého východu je avšak situace nejméně přívětivá, ženy tvoří jen 14 % sportovců a celých 86 % jsou muži.

Graf 2:



Zdroj: Zpracováno autorem (IPC, 2015f).

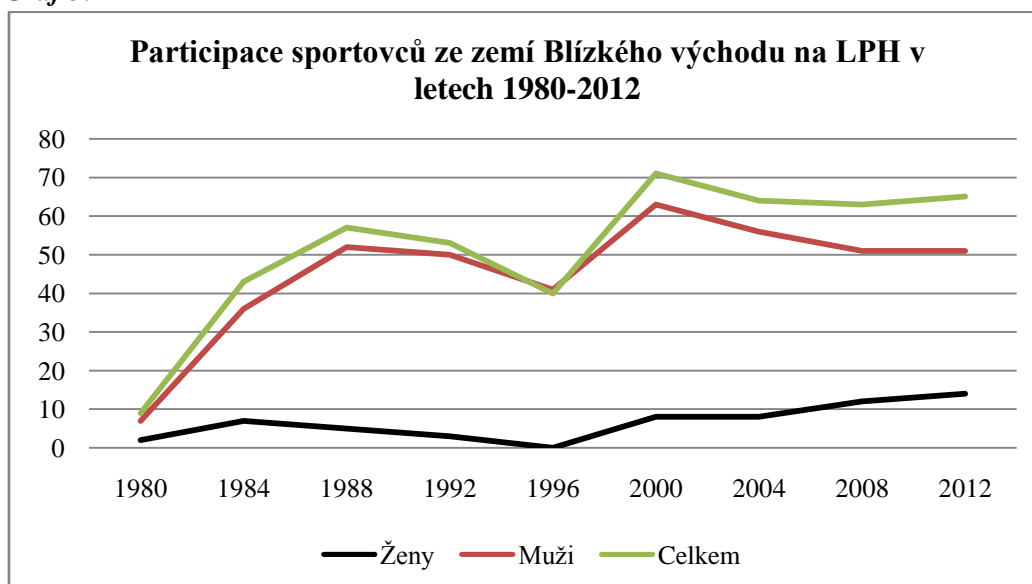
Při detailním pohledu na participaci sportovců ze zemí Blízkého východu na letních paralympijských hrách mezi lety 1980–2012 viz grafické znázornění č. 3, můžeme vidět, jakým způsobem se vyvíjela jejich celková účast a jaké jsou rozdíly v participaci u mužů a žen. Jak už jsme zmínili výše, bylo to až v roce 1980, kdy se letních paralympijských her poprvé zúčastnila také blízkovýchodní země. Do roku 1988 se celková participace sportovců jen zvyšovala, nicméně poté můžeme pozorovat určitý pokles a to i přes zvyšující se počet zúčastněných zemí. Nejvýraznější propad v celkové účasti sportovců lze vidět v roce 1996. Hlavní příčinou je neúčast Iráku³⁵, který se na předchozích hrách účastnil ve vysokém počtu 18 sportovců³⁶. V roce 2000 dochází k výraznějšímu zvýšení celkového počtu sportovců, které je zapříčiněno zejména účastí zatím nejvyššího počtu zemí z blízkovýchodního regionu. Od roku 2000 avšak celková účast opět klesá, důvodem je neúčast mentálně postižených

³⁵ Respektive jeho účast jen ve sportovní hře basketbal na vozíku, pro kterou v daném roce neexistují potřebná data. Avšak pokud porovnáme účast sportovců s jinými týmy basketbalu (Argentina, Mexiko, Kanada atd.) soutěžících ve stejném roce na letních paralympijských hrách můžeme říci, že celkový počet sportovců hrajících za irácký tým byl 12.

³⁶ Nicméně celých 12 iráckých sportovců se zúčastnilo sportovní hry volejbalu sedících, pro které konkrétní data existují. Ve skutečnosti to tedy neznamená takový pokles v účasti iráckých sportovců, respektive sportovců pocházejících ze zemí Blízkého východu jak se na první pohled může zdát.

sportovců na letních paralympijských hrách.³⁷ V roce 2012 byla účast sportovců s mentálním postižením na letních paralympijských hrách znovu obnovena a mírný nárůst sportovců oproti roku 2004 a 2008 pozorujeme také v zemích Blízkého východu. Co se týká účasti mužů a žen pocházejících ze zemí Blízkého východu, tak jak už jsme zmínili výše, výsledky jsou velmi odlišné. U mužů účast víceméně kopíruje (vzhledem k poměru účasti) celkovou participaci naopak u žen můžeme pozorovat určité rozdíly. První účast žen je stejná jako u mužů tedy v roce 1980. Od roku 1984 se jejich účast snižuje a svého minima dosáhly v roce 1996. Poté dochází k postupnému zvyšování s maximem na posledních letních paralympijských hrách v roce 2012.

Graf 3:



Zdroj: Zpracováno autorem (IPC, 2015f).

Co se týká vývoje počtu sportovců u jednotlivých zemí Blízkého východu, tak bližší informace získáme při pohledu na tabulku č. 7. V roce 1980 se letních paralympijských her v Arnhemu zúčastnila pouze jediná země a to Kuvajt s celkovým počtem 9 sportovců (7 mužů a 2 ženy) soutěžících v atletice.³⁸ V roce 1984 se letních paralympijských her v New Yorku a Stoke Mandeville zúčastnily další dvě země Jordánsko a Bahrajn. Celková účast byla 43 sportovců (36 mužů a 7 žen) soutěžících v atletice, vzpírání, plavání a šermu na vozíku.

³⁷ Viz kapitola Vývoj sportu osob se zdravotním postižením.

³⁸ Účast ve sportech u jednotlivých zemí Blízkého východu na letních paralympijských hrách v letech 1980-2012 znázorněn v tabulce č. 9

Největší počet sportovců reprezentovalo Kuvajt, tedy 22 sportovců (20 mužů a 2 ženy) následován Bahrajnem s 12 sportovci (10 mužů a 2 ženy) a Jordánskem s 9 sportovci (6 mužů a 3 ženy). Na letních paralympijských hrách v Soulu v roce 1988 byl nově přítomen také Omán. Celková účast sportovců vzrostla na 57 (52 mužů a 5 žen) a soutěžili v atletice, plavání, stolním tenisu, vzpírání a šermu na vozíku. Největší podíl na účasti měl Kuvajt s celkovými 30 sportovci (27 mužů a 3 ženy) následován Bahrajnem s 11 sportovci (jen muži), Ománem s 9 sportovci (jen muži) a Jordánskem shodně s 9 sportovci (6 mužů a 3 ženy).

O čtyři roky později v roce 1992 se letních paralympijských her v Barceloně zúčastnily další nové země Irák, Spojené arabské emiráty (SAE) a Sýrie. Naopak u Jordánska nebyla zaznamenána ani jedna účast. Celkově se zúčastnilo 53 sportovců (50 mužů a 3 ženy) soutěžících v atletice, boccie, plavání, šermu na vozíku, stolním tenisu, powerliftingu³⁹ a ve volejbalu sedících. Největší podíl na účasti měl Kuvajt s celkovými 24 sportovci (21 mužů a 3 ženy) následován Irákem s 18 sportovci (jen muži), Bahrajnem, Ománem shodně se 4 sportovci (jen muži), Sýrii se 2 sportovci (jen muži) a SAE s 1 sportovcem (muž). V roce 1996 na letních paralympijských hrách v Atlantě se poprvé objevil Katar a Saúdská Arábie. Jordánsko se stalo znovu součástí her, naopak Irák se tentokrát nezúčastnil. Celkově jsme mohli vidět pouze 41 sportovců (jen muži) soutěžících v atletice, powerliftingu, plavání a šermu na vozíku. Největší podíl na účasti měl již tradičně Kuvajt s celkovými 17 sportovci, následován Bahrajnem s 6 sportovci, SAE s 5 sportovci, Ománem se 3 sportovci, Sýrii, Saudskou Arábií shodně se 2 sportovci a Katar s 1 sportovcem.

V roce 2000 v Sydney se poprvé letních paralympijských her zúčastnila také Palestina a Libanon. Po 8 letech se také vrátil Irák a celkově tak bylo možné vidět 11 zemí a 71 sportovců (63 mužů a 8 žen) soutěžících v atletice, powerliftingu, stolním tenisu a šermu na vozíku. Největší podíl na účasti měl Kuvajt se 26 sportovci (22 mužů a 3 ženy), následován SAE se 14 sportovci (jen muži), Jordánskem se 7 sportovci (5 mužů a 2 ženy), Sýrii se 4 sportovci (3 muži a 1 žena), Saudskou Arábií shodně se 4 sportovci (jen muži), Ománem, Katar s 3 sportovci (jen muži), Bahrajnem shodně se 3 sportovci (jen muži), Libanonem se 2 sportovci (jen muži) a Palestinou také se dvěma sportovci (1 muž a 1 žena). V roce 2004 v Athénách se zúčastnily všechny země až na Libanon. Celkově bylo možné vidět 64 sportovců (56 mužů a 8 žen)

³⁹ V roce 1992 vzpírání nahradil powerlifting (bench press), který je vhodný pro sportovce s různým typem zdravotního postižení. Sportovci soutěžící v powerliftingu na rozdíl od vzpírání zaujímají polohu vleže na speciální lavičce a pomocí horních končetin se snaží zvednout co největší množství kg.

soutěžících v atletice, powerliftingu, stolním tenisu a šermu na vozíku. Největší podíl na účasti měl již tradičně Kuvajt, nicméně jeho účast se snížila na pouhých 14 sportovců (13 mužů a 1 žena), poté to byly SAE s účastí 10 sportovců (jen muži), Jordánsko shodně s 10 sportovci (5 mužů a 5 žen), Irák s 8 sportovci (jen muži), Saúdská Arábie s 6 sportovci (jen muži), Bahrajn s 5 sportovci (jen muži), Sýrie s 5 sportovci (3 muži a 2 ženy) a Palestina, Katar, Omán shodně po 2 sportovcích (jen muži).

V roce 2008 na letních paralympijských hrách v Pekingu se po 8 letech zúčastnil také Libanon a celkově tak bylo součástí letních paralympijských her 11 zemí a 63 sportovců (51 mužů a 12 žen) soutěžících v atletice, powerliftingu, stolním tenisu, šermu na vozíku, ve sportovní střelbě a cyklistice. Největší počet sportovců pocházelo z Iráku - 19 (17 mužů a 2 ženy), následován Jordánskem s 12 sportovci (7 mužů a 5 žen), Kuvajtem s 8 sportovci (7 mužů a 1 žena), SAE se 7 sportovci (6 mužů a 1 žena), Sýrii s 5 sportovci (3 muži a 2 ženy), Saúdskou Arábií se 3 sportovci (jen muži), Bahrajnem se 3 sportovci (2 muži a 1 žena), Palestinou a Katarom shodně se 2 sportovci (jen muži) a nakonec Libanonom a Ománem s 1 sportovcem (muž). Poslední letní paralympijské hry se konaly v roce 2012 v Londýně s celkovou účastí všech 11 zemí a 65 sportovců (51 mužů a 14 žen) soutěžících v atletice, powerliftingu, plavání, stolním tenisu, šermu na vozíku, ve sportovní střelbě a cyklistice. Největší podíl na účasti měl Irák s celkovými 19 sportovci (16 mužů a 3 ženy), následován SAE s 15 sportovci (11 mužů a 4 ženy), Jordánskem s 8 sportovci (4 muži a 4 ženy), Kuvajtem s 6 sportovci (jen muži), Sýrii s 5 sportovci (3 muži a 2 ženy), Saúdskou Arábií se 4 sportovci (4 muži a 1 žena), Palestinou a Ománem shodně se 2 sportovci (1 muž a 1 žena), Palestinou rovněž se 2 sportovci (jen muži) a nakonec Katarom a Libanonom shodně s 1 sportovcem (jen muži).

Vývoj účasti je v některých zemích Blízkého východu velmi nevyrovnaný a často má dokonce sestupnou tendenci. Příkladem takové nevyrovnané účasti je Irák. Na letních paralympijských hrách v Barceloně v roce 1992 reprezentovalo zemi 18 sportovců. V roce 1996 Irák na hrách zcela chyběl a zúčastnil se znovu až v roce 2000 s pouhými 3 sportovci. Poté se jejich účast začala zvyšovat nejdříve na 8 sportovců v roce 2004 a později v roce 2008 a 2012 dokonce na 19 sportovců. Významnou roli v tomto případě hrála účast/neúčast týmu volejbalu sedících s celkovým počtem 12 sportovců. V roce 1992 byl volejbalový tým součástí letních paralympijských her nicméně později v roce 2000 a 2004 už nikoliv, znovu se vrátil až v roce 2008. Zajímavostí je, že i přes to, že se volejbalový tým v roce 2012 her znovu nezúčastnil, celkový počet sportovců reprezentující Irák zůstal nezměněn. Hlavním důvodem byla zejména diverzifikace sportovní účasti. K atletice, powerliftingu, stolnímu tenisu, šermu na vozíku se

přidává účast ve sportovní střelbě, plavání a tenisu na vozíku. Další zemí s poměrně nevyrovnanou účastí jsou SAE. Bylo to až v roce 1992, kdy se země účastnila letních paralympijských her poprvé. Její účast byla symbolická s 1 sportovcem soutěžícím v powerliftingu. O čtyři roky později v roce 1996 se počet sportovců zvýšil na 5 a v roce 2000 dokonce na 14. V roce 2004 se účast nicméně začala snižovat nejdříve na 10 a později v roce 2008 dokonce na 7 sportovců. Na posledních hrách v roce 2012 účast zase vzrostla a to na 15 sportovců. Důvodem nevyrovnaných výsledků SAE byla zejména účast/neúčast sportovců v atletice. V roce 1996 se her zúčastnili 4 atleti, následně v roce 2000 se počet zvýšil na 12, o čtyři roky později v roce 2004 se snížil na 9 a v roce 2008 dokonce na 5 atletů. V roce 2012 se nicméně atletická výprava zase rozrostla na úctyhodných 11 sportovců.

Zvláštním případem je Kuvajt. V roce 1980 to byla první země Blízkého východu, která se účastnila letních paralympijských her s celkovým počtem 9 sportovců. Počet sportovců reprezentující tuto zemi se postupně zvyšoval až na číslo 30 v roce 1988, nicméně od roku 2004 dochází k postupnému poklesu, kdy na posledních paralympijských hrách v Londýně v roce 2012 bylo přítomno pouze 6 sportovců. Rostoucí a klesající počet sportovců je přímo úměrný s počtem sportů, kterých se zúčastňují. V roce 1980 bylo možné vidět sportovce pouze v atletice. Postupně se však přidalo plavání, powerlifting, šerm na vozíku, stolní tenis a boccia. Od roku 1996 se nicméně diference sportovních odvětví snižuje a v roce 2012 na posledních paralympijských hrách v Londýně jsme tak mohli vidět sportovce jen v atletice a šermu na vozíku. Podobnou situaci můžeme pozorovat také u Bahrajnu, který se poprvé zúčastnil her v roce 1984 s celkovými 12 sportovci. O čtyři roky později byl počet víceméně stejný a to 11 sportovců, nicméně od té doby se počet výrazně snižuje. Svého minima dosáhl Bahrajn v roce 2012 s pouhými 2 sportovci. Účast v atletice, stolním tenise a powerliftingu se postupem času omezila pouze na atletiku.

Můžeme se domnívat, že hlavním důvodem poklesu sportovců je nesplnění kvalifikačních limitů pro účast na letních paralympijských hrách. Zároveň také nemůžeme vyloučit válečné konflikty, špatnou ekonomickou situaci nebo vládní interferenci omezující účast. Existuje lepší místo pro vyjádření svého nesouhlasu se stávajícím režimem než během konání největší sportovní události pro osoby se zdravotním postižením? Nebylo by tedy překvapením, kdyby některá země záměrně ovlivňovala účast sportovců na letních paralympijských hrách. Tak například v Bahrajnu je běžné pronásledování nebo věznění sportovců za jejich protivládní postoje, které vyjádřili na veřejnosti (Stebbins, 2012). Je tedy velmi pravděpodobné, že na Blízkém východě v zemích s autoritativním typem vládnutí dochází k určitému omezování a

kontrole účasti sportovců na paralympijských hrách, tak aby předešli možným nepříjemnostem do budoucna.

Tabulka 7: Participace sportovců ze zemí Blízkého východu na LPH v letech 1980-2012

stát	1980		1984		1988		1992		1996		2000		2004		2008		2012	
	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž
Palestina	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	2	0	2	0	2	0
Jordánsko	-	-	6	3	5	2	-	-	5	0	5	2	5	5	7	5	4	4
Libanon	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0	-	-	1	0	1	0
Irák	-	-	-	-	-	-	18	0	-	-	3	0	8	0	17	2	16	3
Kuvajt	7	2	20	2	27	3	21	3	17	0	22	4	13	1	7	1	6	0
Bahrajn			10	2	11	0	4	0	6	0	3	0	5	0	2	1	1	1
Katar	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0	3	0	2	0	2	0	1	0
S. Arábie	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0	4	0	6	0	3	0	4	0
SAE	-	-	-	-	-	-	1	0	5	0	14	0	10	0	6	1	11	4
Omán	-	-	-	-	9	0	4	0	3	0	3	0	2	0	1	0	2	0
Sýrie	-	-	-	-	-	-	2	0	2	0	3	1	3	2	3	2	3	2
M/Ž	7	2	36	7	52	5	50	3	41	0	63	8	56	8	51	12	51	14
Celkem sportovců	9		43		57		53		41		71		64		63		65	
Celkem zemí	1		3		4		6		8		11		10		11		11	

Zdroj: Zpracováno autorem podle (IPC, 2015).

Celkový počet startů a zároveň reálný počet sportovců, kteří se účastnili letních paralympijských her v letech 1980 až 2012 u jednotlivých zemí Blízkého východu, můžeme vidět v tabulce č. 8. Největší počet startů zaznamenal Kuvajt (156) následován Irákem (67), Jordánskem (58), SAE (52), Bahrajnem (46), Ománem (24), Sýrii (23), Saúdskou Arábií (19), Katarom (9), Palestinou (8) a Libanonom (4). Co se týká reálného počtu zúčastněných

sportovců⁴⁰ tak největší počet můžeme pozorovat u Kuvajtu (86), dále v Iráku (60), SAE (38), Jordánsku (37), Bahrajnu (32), Ománu, (16), Saúdské Arábii (15), Sýrii (14), Kataru (6), Palestině (4) a Libanonu (3). Výrazný rozdíl mezi počtem startů a reálným počtem zúčastněných sportovců patrný u Kuvajtu nám ukazuje, jak velké množství sportovců se letních paralympijských her opakovaně zúčastňuje. Poněkud jiná situace je vidět u Iráku, kdy je počet startů a počet zúčastněných sportovců téměř stejný. Podobně jsou na tom SAE, u kterých můžeme sledovat nižší počet startů v porovnání s Jordánskem, ale naopak vyšší počet zúčastněných sportovců. Nebo jako Saúdská Arábie, u které je možné vidět nižší počet startů v porovnání se Sýrii, ale počet zúčastněných sportovců je vyšší. U dalších zemí jako je Bahrajn, Omán, Katar, Palestina a Libanon je reálný počet zúčastněných sportovců podobný, jako je množství jejich startů na letních paralympijských hrách.

Tabulka 8: Celkový počet startů a reálný počet sportovců ze zemí Blízkého východu na LPH v letech 1980-2012

Státy	Muži	Ženy	Celkem	Reálný počet	
				M	Ž
Palestina	7	1	8	4	
				3	1
Jordánsko	37	21	58	37	
				30	7
Libanon	4	0	4	3	
				3	0
Irák	62	5	67	60	
				56	4
Kuvajt	140	16	156	86	
				77	9
Bahrajn	42	4	46	32	
				29	3
Katar	9	0	9	6	
				6	0
S. Arábie	19	0	19	15	
				15	0
SAE	47	5	52	38	
				35	3
Omán	24	0	24	16	
				16	0
Sýrie	16	7	23	14	
				11	3
Celkem	407	59	466	311	
				281	30

Zdroj: Zpracováno autorem podle (IPC, 2015).

⁴⁰ Jedná se o údaj charakterizující skutečný počet sportovců z jednotlivých zemí Blízkého východu, kteří se účastnili letních paralympijských her v letech 1980-2012. Na rozdíl od údaje popisující jen účast kde je skutečný počet sportovců neznámý (účast stejných sportovců se na jednotlivých paralympijských hrách může opakovat).

Tabulka 9: Účast ve sportech v zemích Blízkého východu na LPH v letech 1980-2012

Státy	Sporty
Palestina	Atletika
Jordánsko	atletika, powerlifting ⁴¹ , stolní tenis
Libanon	atletika, cyklistika
Irák	atletika, powerlifting, stolní tenis, volejbal sedících, šerm na vozíku, basketbal na vozíku, sportovní střelba, plavání, tenis na vozíku
Kuvajt	atletika, powerlifting, stolní tenis, plavání, šerm na vozíku, boccia
Bahrajn	atletika, powerlifting, stolní tenis
Katar	atletika, powerlifting
Saúdská A.	atletika, powerlifting
SAE	atletika, powerlifting, sportovní střelba
Omán	atletika, powerlifting, stolní tenis, šerm na vozíku
Sýrie	atletika, powerlifting, stolní tenis, plavání

Zdroj: Zpracováno autorem podle (IPC, 2015).

Počet získaných medailí u jednotlivých zemí Blízkého východu na letních paralympijských hrách v průběhu let 1980-2012 můžeme vidět v tabulce č. 10. Největší počet cenných kovů získal Kuvajt (49) následován Jordánskem (15), SAE (12), Bahrajnem (9), Irákem (8), Palestinou (3), Saúdskou Arábií (3), Libanonem (2), Sýrií (1), Katarom a Ománem shodně bez medaile. Úspěšnost sportovců u některých blízkovýchodních zemí je velmi nevyrovnaná. Příkladem je Kuvajt, v roce 1984 si sportovci přivezli domů 8 medailí, o čtyři roky později v roce 1988 vzrostl počet medailí na 17, nicméně na následujících hrách v roce 1992 se počet významně snížil a to až na 5 medailí. Na posledních dvou letních paralympijských hrách v roce 2008 a 2012 skončil dokonce bez medaile. Podobnou situaci můžeme pozorovat u Jordánska. V roce 1984 na jejich prvních letních paralympijských hrách vybojovali jordánští sportovci 3 cenné kovy, o čtyři roky později v roce 1988 avšak skončili bez medaile. Největší počet medailí přivezli v roce 2008, celkově to bylo 6 cenných kovů. Na posledních letních paralympijských hrách v Londýně o čtyři roky později nicméně skončili znovu bez medaile. Takovým příkladem je také Bahrajn nebo Spojené Arabské Emiráty v obou dvou případech se střídá relativně vysoký počet získaných medailí s nulovým ziskem. U ostatních zemí je vývoj

⁴¹ Vzhledem k tomu, že bylo vzpírání v roce 1992 nahrazeno powerliftingem, uvádím zde pouze tento sport.

počtu získaných medailí poměrně vyrovnaný. Celková úspěšnost sportovců je pochopitelně také spojená s celkovou účastí sportovců na letních paralympijských hrách. Příkladem je Kuvajt a Jordánsko. Největší počet medailí tyto země získaly na hrách, kde se účastnilo také největší množství jejich sportovců.

Tabulka 10: Počet získaných medailí u zemí Blízkého východu na LPH v letech 1980-2012

Stát	1980	1984	1988	1992	1996	2000	2004	2008	2012	Celkem
Palestina	-	-	-	-	-	1	2	0	0	3
Jordánsko	-	3	0	-	1	1	4	6	0	15
Libanon	-	-	-	-	-	0	-	2	0	2
Irák	-	-	-	1	0	0	2	2	3	8
Kuvajt	5	8	17	5	3	5	6	0	0	49
Bahrajn	-	2	3	1	0	2	1	0	0	9
Katar	-	-	-	-	0	0	0	0	0	0
S. Arábie	-	-	-	-	0	0	0	2	1	3
SAE	-	-	-	0	0	4	4	1	3	12
Omán	-	-	0	0	0	0	0	0	0	0
Sýrie	-	-	-	0	0	0	0	1	0	1

Zdroj: Zpracováno autorem podle (IPC, 2015).

Poměr zlatých, stříbrných a bronzových medailí u jednotlivých zemí Blízkého východu získaných na letních paralympijských hrách v letech 1980-2012 můžeme vidět v tabulce č. 11. Největší počet zlatých medailí získal Kuvajt (11), následován SAE (2), Jordánskem, Bahrajnem, Irákem, Saúdskou Arábií shodně (1). Ostatní země na zlatou medaili stále čekají. Největší počet stříbrných medailí získal znovu Kuvajt (17), následován SAE (6), Jordánskem (5), Bahrajnem a Irákem (3), Saúdskou Arábií (2), Palestinou (1). Libanon, Sýrie, Katar a Omán nezískali ani jednu stříbrnou medaili. Největší počet bronzových medailí získal podle očekávání Kuvajt (21), následně SAE (4), Jordánsko (9), Bahrajn (5), Irák (4), Palestina (2), Libanon (2), Sýrie (1). Pouze Saúdská Arábie, Katar a Omán nezískali v letech 1980-2012 ani jednu bronzovou medaili. Jen dvě země tedy zatím na medaili čekají a to Katar a Omán.

Tabulka 11: Medailové pořadí zemí Blízkého východu na LPH v letech 1980-2012

Stát	Zlato	Stříbro	Bronz	Celkem
Kuvajt	11	17	21	49
SAE	2	6	4	12
Jordánsko	1	5	9	15
Bahrajn	1	3	5	9
Irák	1	3	4	8
S. Arábie	1	2	-	3
Palestina	-	1	2	3
Libanon	-	-	2	2
Sýrie	-	-	1	1
Katar	-	-	-	0
Omán	-	-	-	0

Zdroj: Zpracováno autorem podle (IPC, 2015).

6 ZÁVĚR

Osoby se zdravotním postižením patří mezi nejvíce ohroženou skupinu obyvatel na světě a to i přes to, že se jejich vnímání ve společnosti od konce druhé světové války výrazně proměnilo. Postoje k těmto lidem avšak nejsou všude stejné a v mnohých případech se tak stále můžeme setkat s nejrůznějšími překážkami, ať už fyzickými či kulturními, které brání lidem se zdravotním postižením žít plnohodnotný život.

Sport dává lidem se zdravotním postižením naději, nové možnosti jak se seberealizovat, zvyšuje jejich motivaci, sebedůvěru a nezávislost. Účast na paralympijských hrách jako největší sportovní události pro osoby se zdravotním postižením na světě, navíc významným způsobem napomáhá měnit negativní postoje k těmto lidem a to zejména v zemích odkud tito sportovci pocházejí. Nepříliš mnoho autorů se zabývalo problematikou účasti sportovců na paralympijských hrách o to méně, když bychom se chtěli zaměřit pouze na jeden specifický region. O Blízkém východě se mluví nejčastěji v souvislosti s válečnými konflikty, nicméně účast ve sportu pro osoby, jejichž životní osud byl v mnohých případech ovlivněn právě těmito nepokoji, je už známá méně. Hlavním cílem diplomové práce bylo tedy charakterizovat účast sportovců ze zemí Blízkého východu na paralympijských hrách a zároveň si při tom odpovědět na několik otázek.

V první části diplomové práce jsem se zabýval charakteristikou osob se zdravotním postižením jako heterogenní skupiny obyvatel tvořící nezanedbatelnou část naší populace. Podle OSN je na světě až 500 milionů osob žijících s určitým typem postižení a tento počet neustále narůstá důsledkem mnoha faktorů, jako jsou například válečná zranění, nášlapné miny, HIV/AIDS, podvýživa, poškození životního prostředí, stárnutí populace nebo chronické nemoci. Následně jsem se věnoval společenskému vnímání osob se zdravotním postižením, které můžeme z historického hlediska charakterizovat jako kaleidoskop nejrůznějších odstínů reflektující toleranci, nenávisť, lásku, hrůzu a odpor. Významný zlom ve vnímání nastal s nástupem vědy a medicíny kdy došlo k vytvoření tzv. medicínského modelu postižení založeného na léčbě a institucionální segregaci osob se zdravotním postižením. Po druhé světové válce se nicméně dostává do popředí tzv. sociální model postižení, který je zaměřen zejména na postoje a přístupy společnosti k osobám se zdravotním postižením s akcentací na sociální a environmentální bariéry jako jsou nepřístupné budovy, doprava, diskriminační postoje a negativní kulturní stereotypy. Vhodným kompromisem mezi dosavadním sociálním

a medicínským modelem se zdá být přijetí Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením (*CRPD, Conventions on the Rights of Persons with Disabilities*) v roce 2008. Podle CRPD se nejedná o čistě medicínský ani sociální problém který charakterizuje postižení, ale spíše jde o kombinaci těchto problémů vzhledem ke komplexitě daného jevu. Přijetí této úmluvy jednotlivými státy zaručuje osobám se zdravotním postižením plné uplatnění všech lidských práv včetně účasti na sportovních aktivitách. V roce 2015 byla podepsána již 159 státy a 152 z nich jí také ratifikovalo. V závěru první části jsem také charakterizoval situaci osob se zdravotním postižením v rozvojových zemích, která je i přes zlepšující se situaci stále velmi složitá. O to je to horší, když si uvědomíme, že převážná většina těchto osob žije právě zde. Tito lidé se často ocitají v bludném kruhu chudoby, nemají přístup ke vzdělání, zdravotní péči, ve většině případů jsou nezaměstnaní a majoritní společnosti nejsou vnímáni jako plnohodnotné lidské bytosti.

Ve druhé části jsem se zaměřil na sport a jeho význam pro člověka a pro celou společnost. Zabýval jsem se jeho vývojem od počátků až po současnost. Definoval jsem význam sportu pro osoby se zdravotním postižením a v čem se tento význam liší od běžné populace. Charakterizoval jsem vývoj paralympijského sportu, kdy jsem velkou pozornost věnoval Mezinárodnímu paralympijskému výboru a jeho regionální organizaci s názvem Asijský paralympijský výbor. Vzhledem k tomu, že sport je produktem či reflexí naší společnosti není překvapením, že vývoj sportu pro osoby se zdravotním postižením je determinován právě skutečností, jak jsou tyto lidé vnímáni ve společnosti.

V e třetí části jsem nejdříve definoval vymezení Blízkého východu a zabýval se situací osob se zdravotním postižením na tomto území. Popsal jsem jejich hlavní kulturní a fyzické překážky, jejich prevalenci, hlavní příčiny postižení a legislativní opatření na podporu osob se zdravotním postižením, které v regionu existují. Následně jsem zkoumal pohled islámu na sport osob se zdravotním postižením a definoval jsem hlavní regionální hry na tomto území. Můžeme konstatovat, že sociální stigmatizace a diskriminace osob se zdravotním postižením je patrná v zemích Blízkého východu nejen ve fyzickém či kulturním prostředí, ale mnohdy také uvnitř samotné rodiny postiženého. I přes určitý pozitivní posun v postojích k lidem se zdravotním postižením je převládající postoj ve společnosti stále stejný, jsou vnímány především jako zátěž. Prevalence osob se zdravotním postižením v zemích Blízkého východu se pohybuje v rozmezí mezi 0,4-4,6 %. Vzhledem k různým faktorům, jako je například sociální stigma odrazující k přiznání postižení může docházet k dezinterpretacím, které mohou být příčinou nízké prevalence osob se zdravotním postižením v zemích Blízkého

východu. Ve skutečnosti je avšak prevalence daleko vyšší, hlavním důvodem je zejména chudoba, podvýživa, válečné konflikty a pokrevnosti. Co se týká legislativních opatření, tak významným zlomem se stala tzv. Arabská dekáda osob se zdravotním postižením (2004-2013) v rámci které byl na regionální úrovni poprvé přijat soubor principů a cílů týkajících se práv osob se zdravotním postižením sloužící jako návod pro jednotlivé země v regionu. Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením byla podepsána všemi zeměmi Blízkého východu, její ratifikace chybí pouze u jediného státu a to u Libanonu. Pohled islámu na sport osob se zdravotním postižením je zcela pozitivní, nicméně existují zde určité kulturní a strukturální překážky, které obzvláště ženám, ať už se zdravotním postižením nebo bez postižení brání účastnit se sportovních činností. Mezi hlavní faktory omezující účast žen ve sportu na Blízkém východě patří zejména rodina, hijab, pohlavní segregace a fyzický pohyb. Co se týká hlavních regionálních soutěží, kterých se mohou osoby se zdravotním postižením ze zemí Blízkého východu zúčastnit, tak jsou to zejména Arabské Para hry, Islámské ženské hry a Asijské Para hry. Tyto regionální hry zároveň slouží jako vstupenka k účasti na největší sportovní soutěž pro osoby se zdravotním postižením na světě a tím jsou paralympijské hry.

Ve výzkumné části jsem se tak zabýval analýzou participace sportovců ze zemí Blízkého východu na paralympijských hrách. Vzhledem k tomu, že se blízkovýchodní země dosud účastnili pouze letních paralympijských her a to od roku 1980, účast na zimních paralympijských hrách není zohledňována. Nejdříve jsem porovnával vývoj účasti sportovců na letních paralympijských hrách z pohledu jednotlivých regionů, jako je Latinská Amerika, Afrika, Evropa, respektive státy Evropská unie a Blízký východ. Můžeme konstatovat, že ve všech případech má participace vzrůstající tendenci, nicméně rozdíly jsou evidentní a to zejména mezi Evropou a zbytkem světa. Celkový počet startů ze všech zúčastněných zemí na letních paralympijských hrách mezi lety 1980-2012 je 24 775. Z toho sportovci ze zemí Blízkého východu zaznamenaly jen 466 startů, což odpovídá pouhým 1,9 % z celkového počtu startů. Následně jsem zkoumal účast sportovců z hlediska pohlaví, kdy můžeme pozorovat obrovské rozdíly a to ve všech vybraných regionech. Celkově ženy na letních paralympijských hrách v letech 1980-2012 zaznamenaly 8 191 startů, což představuje 33 % z celkového počtu startů. Ženy pocházející ze zemí Blízkého východu zaznamenaly 59 startů, což představuje pouze 0,7 % z jejich celkového počtu a zároveň 14 % z celkového počtu startů v rámci zemí Blízkého východu. Velkou pozornost jsem věnoval charakteristikou celkového vývoje účasti sportovců ze zemí Blízkého východu na letních paralympijských hrách v letech 1980-2012 a jejich rozdílů u jednotlivých zemí. Nejdříve jsme mohli vidět

zvyšování účasti a posléze postupné snižování s nejvýraznějším propadem v roce 1996, následně v roce 2000 dochází opět k výraznějšímu zvýšení, nicméně poté ovšem celková účast opět klesá s nárůstem až v roce 2012. Co se týká vývoje u jednotlivých zemí Blízkého východu tak je situace velmi nevyrovnaná a často má dokonce sestupnou tendenci. Největší množství startů zaznamenal Kuvajt (156) následován Irákem (67), Jordánskem (58), SAE (52), Bahrajnem (46) a dalšími zeměmi. V závěru jsem se pozastavil nad rozdílem mezi celkovým počtem startů u jednotlivých zemí a reálným počtem zúčastněných sportovců, který je v mnohých případech daleko nižší. Zároveň jsem charakterizoval sporty, ve kterých se země Blízkého východu nejvíce zúčastňují, jako je atletika, powerlifting a stolní tenis. A zároveň jsem se zabýval úspěšností sportovců u jednotlivých zemí Blízkého východu, kdy se nejúspěšnější zemí co do počtu získaných medailí stal Kuvajt (49) následován Jordánskem (15), SAE (12) a dalšími zeměmi.

Můžeme tedy konstatovat, že účast sportovců ze zemí Blízkého východu na letních paralympijských hrách je v porovnání s jinými regiony a to obzvláště s evropskými zeměmi marginální. Postupné zvyšování účasti sportovců, kterého jsme svědky v posledních letech, je avšak důležitým krokem ke změnám v postojích k těmto lidem a celkově tak ke zkvalitnění života dalších milionů osob se zdravotním postižením žijících na tomto území.

7 REREFERENČNÍ SEZNAM

- APC (Asian Paralympic Committee). 2014a. *Member Nations*. 26. 03. 2015. Dostupné <http://www.asianparalympic.org/member-nations/>.
- APC (Asian Paralympic Committee). 2014b. *Vision & Mission*. 26. 03. 2015. Dostupné <http://www.asianparalympic.org/vision-mission/>.
- APC (Asian Paralympic Committee). 2014c. *APC handbook*. 27. 03. 2015. Dostupné <http://www.asianparalympic.org/apc-handbook/>.
- APC (Asian Paralympic Committee). 2014d. *About Asian Paralympic Committee*. 27. 03. 2015. Dostupné <http://www.asianparalympic.org/about-asian-paralympic-committee/>
- APC (Asian Paralympic Committee). 2014e. *Asian Youth Para Games*. 25. 03. 2015. Dostupné <http://www.asianparalympic.org/aypg-2013/>.
- APC (Asian Paralympic Committee). 2014f. *Incheon 2014*. 25. 03. 2015. Dostupné <http://www.asianparalympic.org/incheon-2014/>.
- Amara, M. 2008. The muslim world in the global sporting arena. *Brown journal of world affairs*. 14 (2).
- Barnes, C. 1997. A Legacy of Oppression: A history of Disability in Western Culture. In Barton, L., Oliver, M. (ed.) *Disability studies: Past Present and Future*. Leeds: The Disability Press.
- Beacom, A. 2009. Disability sport and the Politics of Development. In: Levermore, R., Beacom, A. (ed.) *Sport and international development*. Great Britain: Macmillan Publishers.
- Bendová, P. 2006. Moderní trendy v péči o osoby s poruchami hybnosti. In: Ludíková, L. (ed.) *Základy speciální pedagogiky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Berger, R. 2008. Disability and the Dedicated Wheelchair Athlete: Beyond the „Superrcrip“ Critique. *Journal of Contemporary Ethnography* 37 (6), 647-678.
- Bonace, B., Karwas, M., DePauw, K. 1992. *Sport and marginalized individuals*. Paper presented at the National Girls and Women in Sport Symposium. Slippery Rock, PA.
- Brittain, I. 2012. Sport for the Disabled as Social (Re) education and a (Re) builder of Lives. In Gilbert, K., Bennet, W. (ed.) *Sport peace and development*. Champaign, Illinois: Common Ground Publishing LLC.

- Burchell, A. 2006. The Importance of Sport to the Disabled, *The Commonwealth Health Minister's Book*. United Kingdom: Stylus Publishing.
 - CEIS (Xinhua News Agency). 2010. (China sports) Guangzhou Asian Para Games reflect China's care for the disabled: Official. *ProQuest – Wire Feeds*
 - Clapton, J., Fitzgerald, J. 1997. *The History of Disability: A History of 'Otherness'*. *New Renaissance magazine* 7 (1).
 - Dalleck, L., Kravitz, L. 2002. The history of Fitness. *IDEA Health & Fitness*. (January).
 - DePauw, K. 1997. The (in)Visibility of DisAbility: Cultural contexts and „sporting bodies.“ *Quest* 49, 416-430.
 - DePauw, K., Gavron, S. 2005. *Disability sport-2nd ed*. USA: Human Kinetics.
 - Disability sport. 2014. *FESPIC Games. 24. 03. 2015*. Dostupné <http://www.disabilitysport.org.uk/fespic-games.html>.
 - Donnelly, P. 1996. Approaches to society inequality in the sociology of sport. *Quest* 48, 221-242.
 - Durstine, J., Painter, P., Franklin, B., Morgan, D., Pitetti, K., Roberts, S. 2000. Physical activity for the chronically ill and disabled. *Sports Medicine* 30, 207 – 219.
 - Eaton, B., Shostak, M., Konner, M. 1988. *The Paleolithic Prescription: A Program of Diet and Exercise and a Design for Living*. New York: Harper and Row.
 - ESCWA (Economic and Social Commission of Western Asia). 2004. *Disability in the Arab region: An overview*. Beirut: ESCWA.
 - El-Hady, Z. 2011. Attitudes to Disability: Islam, the West, and the Middle East. *Comment Middle East*, 30 October. 01. 04. 2015. Dostupné <http://www.commentmideast.com/2011/10/attitudes-disability-islam-west-middle-east/>.
 - Evropská charta Sportu. 2001.
 - FEI (Federation Equestre Internationale). 2011. Pan Arab Games. 05. 04. 2015. Dostupné <http://www.fei.org/fei/games/cont-regional/pan-arab>.
- FESPIC Games. 2006. *Official website of games in Kuala Lumpur. 10. 04. 2015*. Dostupné <https://web.archive.org/web/20070301052847/http://www.kl06fespicgames.com.my/kl06/default.asp?p=kl06&what=countries>.

- Finková, D., Ludíková, L., Růžičková, V. 2007. *Speciální pedagogika osob se zrakovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Giddens, A. 1977. *Studies in social and political theory*. New York: Basic Books.
- Gold, J., Gold, M. 2007. The rise of the Paralympics. In Gold, J., Gold, M. (ed.) *Olympic Cities: City Agendas, Planning, and the World's Games, 1896 to 2012*. London: Routledge.
- Guttmann, L. 1976. *Textbook of Sport for the Disabled*. Oxford: HM & M Publishers.
- Handicap International. 2012. The disability rights movement in the Middle East Leeds an Arab Spring. *Handicap International*, August. 10. 03. 2015. Dostupné http://www.handicap-international.org.uk/what_we_do/disability_rights/stories/middle_east_ola.
- Hannon, F. 2007. *Literature review on attitudes towards disability*. Dublin: National Disability Authority.
- Harkness, G. 2012. Out of bounds: Cultural barriers to female sports participation in Qatar. *The International journal of the history of sport* 29 (15), 2162-2183.
- Hasnain, R., Shaikh, L., Shanawani, H. 2008. *Disability and the Muslim Perspective: An introduction for Rehabilitation and Health Care Providers*. University at Buffalo, State University of New York: Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange.
- Hashem, A. 2014. *Understanding change in disability sport in the UAE*. School of sport and education Brunel University.
- Hayes, J., Hannold, E. 2007. The road to empowerment: A historical perspective on the medicalization of disability. *Journal of health and human services administration* 30 (3), 352-377.
- Heath, G., Fentem, P. 1997. Physical activity among persons with disabilities - a public health perspective. *Exercise and Sport Science Review* 25, 195-234.
- Howe, D., Jones, C. 2006. Classification of disabled athletes: (dis) empowering the Paralympic practice community. *Sociology of Sport Journal* 23, 29-46.
- Hrebenar. 2014. OSN by měla v rozvojových zemích dohlédnout na snížení chudoby osob se zdravotním postižením. *Hrebenar.eu*, 3 prosinec. 12. 04. 2015. <http://www.hrebenar.eu/2014/12/osn-by-mela-v-rozvojovych-zemich-dohlednout-na-snizeni-chudoby-osob-se-zdravotnim-postizenim/>.

- Chomba Wa Munyi. 2012. Past and Present Perceptions Towards Disability: A Historical Perspective. *Disability Studies Quarterly: the first journal in the field of disability studies* 32 (2).
- Choutka, M., Dovalil, J. 2004. *Olympismus*. Praha: Olympia.
- IPC (International Paralympic Committee). 2003. *Spirit in Motion*. Bonn:IPC.
- IPC (International Paralympic Committee). 2006. *Paralympic School Day*. Bonn: IPC
- IPC (International Paralympic Committee). 2010. IPC Strategic Plan 2011-2014.
- IPC (International Paralympic Committee). 2015a. *History of the Paralympic Movement*. Online. 15. 04. 2015. Dostupné <http://www.paralympic.org/TheIPC/HWA/HistoryoftheMovement>.
- IPC (International Paralympic Committee).2015b. About us. Online. 15. 04. 2015. Dostupné <http://www.paralympic.org/TheIPC/HWA/AboutUs>.
- IPC (International Paralympic Committee).2015c. Sports. Online. 15. 04. 2015. Dostupné <http://www.paralympic.org/sports>.
- IPC (International Paralympic Committee). 2015d. *National Paralympic Committess*. Online. 20. 04. 2015. Dostupné <http://www.paralympic.org/the-ipc/national-paralympic-committees>.
- IPC (International Paralympic Committee). 2015e. *Regional Paralympic Committess*. Online. 20. 04. 2015. Dostupné <http://www.paralympic.org/the-ipc/regional-organisations>.
- IPC (International Paralympic Committee). 2015f. *Historical Results Database*. Online. 20. 04. 2015. Dostupné <http://www.paralympic.org/results/historical>.
- Jandásek, L. 1937. *Přehledné dějiny Sokolstva. Část I. 1862-1889*. Praha. Československá obec sokolská.
- Janečka, Z., Němcová, D., Nekudová, B. 2011. ATV žáků se zrakovým postižením. In Ješina O., Kudláček M., (ed.) *Aplikovaná tělesná výchova*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Ješina, O., Kudláček, M. 2011. *Aplikovaná tělesná výchova*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

- Karwas, M., DePauw, K. 1990. Parallels between the women's and disabled sport movements. *Abstracts of research papers*. Reston, VA: American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance.
- Kossl, J., Kroutil, F. 1982. *Malá encyklopedie olympijských her*. Praha. Olympia.
- Kudláček, M. 2014. Sport osob se zdravotním postižením. In: Lenhert, M., Kudláček, M., Hap, P., Bělka, J., Neuls, F., Ješina, O., Hůlka, K., Viktorjenik, D., Langer, F., Kratochvíl, J., Rozsýpal, J., Šťastný, P. (ed.) *Sportovní trénink I*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci
- Kudláček, M., Ješina, O., Janečka, Z. 2009. Paralympijské vzdělávací programy. *Tělesná kultura* 32 (1), 44-45.
- Květoňová-Švecová, L. 2000. *Oftalmopedie*. Brno: Paido.
- Lewko, J. 1979. Significant others and sport socialization of the handicapped child. In Smoll, F., Smith, R. (ed.) *Psychological perspectives in youth sports*. New York: Wiley.
- Lindstrom, H. 1984. Sports for disabled: Alive and well. *Rehabilitation World* 8, 12-16.
- Ludíková, L. 2006. Známa fakta a přitom nevyřešené problémy. In: *Sborník z VI. Mezinárodní konference k problematice osob se specifickými potřebami a I. Drama-terapeutické konference*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci
- Ludíková, L., Stoklasová, V. 2006. *Tyflopedie pro výchovné pracovníky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- MacAuley, D. 1994. A history of physical activity, health and medicine. *Journal of the Royal Society of Medicine* 87 (January).
- Matthews, D. 1969. *A Historical Study of the Aims, Contents, and Methods of Swedish, Danish, and German Gymnastics*. Proceedings National College Physical Education Association for Men.
- McIntosh, P. 1968. *Physical education in England since 1800*. London: Bill.
- Michalík, J., Valenta, M. 2006. *Speciální pedagogika 7*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Müller, O., Renotiérová, M., Jonášková, V. 2006. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

- Novosad, L. 2011. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita*. Praha: Portál, s.r.o.
- Olivová, V. 1979. *Lidé a hry: historická geneze sportu*. Praha: 1979.
- Orr, R. 1979. Sport, myth and the handicapped athlete. *Journal of Physical Education, Recreation and Dance* 50, 33-34.
- Paciorek, M., Jones, J. 2001. *Disability sport and recreation resources, 3rd Edition*. USA: Cooper Publishing Group, LLC.
- Qatar museum. 2011. The Arab games exhibition. Online. 01. 05. 2015. Dostupné <http://www.qma.org.qa/online/index.php/en/exhibitions/arab-games-exhibition>.
- Renotierová, M., Ludíková, L. 2003. *Speciální pedagogika*. Olomouc: PF.
- Růžičková, V. 2006. Moderní trendy v péči o osoby se zrakovým postižením. In. Ludíková, L. (ed.) *Základy speciální pedagogiky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Říčan, P., Vágnerová, M. 1991. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Avicenum.
- Sage, G. 1987. Pursuit of knowledge in sociology of sport: Issues and prospects. *Quest* 39, 255-281.
- Smith, A. 2014. Living with a disability and the occupation. *Middle East Monitor: Creating new perspectives*, 2 April. 18. 04. 2015. Dostupné <https://www.middleeastmonitor.com/articles/middle-east/10662-living-with-a-disability-and-the-occupation>.
- Snyder, E. 1984. Sport involvement for the handicapped: Some analytical and sensitizing concepts. *ARENA Review* 8, 16-26.
- Stebbins, R. 2012. *Work and leisure in the Middle East: The Common Ground of two separate worlds*. New Brunswick, New Jersey: Transaction publishers.
- Thomas, N., Smith, A. 2009. *Disability sport and society: An introduction*. Abingdon: Routledge.
- University of Toronto. 2007. *Literature reviews on sport for development and peace*. Toronto: University of Toronto.
- UNESCO. 1995. *Overcoming obstacles to the integration of people with disabilities. UNESCO sponsored report as a contribution to the World Summit on Social Development. Disability Awareness in Action*.

- UNESCO. 2009. Review of marginalization of people with disabilities in Lebanon, Syria and Jordan. *Education for all Global Monitoring Report 2010, Reaching the Marginalized*. Michigan State University: UNESCO.
- UN (United Nations). 2006. *Convention on the Rights of Persons with disabilities and Optional Protocol*. New York: United Nations.
- UN (United Nations). 2015. *CRPD Latest Developments. 08. 04. 2015*. Dostupné <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>
- Valenta, M., Müller, O. 2003. *Psychopedie*. Praha: Parta.
- Williams, J. 1965. *Medical Aspects of Sport and Physical Fitness*. London: Pergamon Press
- World Bank. 2005. A note on disability issues in the Middle East and North of Africa. *Human Development Department Middle East and North Africa Region*. Washington, DC: The World Bank.
- WHO (World Health Organization). 1980. *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps: A manual of classification relating to the consequences of disease*. Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization). 2011. *World report on disability*. Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization). 2008. *Mezinárodní klasifikace nemocí -10*. Geneva: WHO.
- Wuest, D., Bucher, C. 1995. *Foundations of Physical Education and Sport*. St. Louis, MO: Mosby