

Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta tělesné kultury

NÁZORY LEZCŮ BEZ ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ
NA SPOLEČNOU ÚČAST PŘI HOROLEZECKÝCH AKTIVITÁCH
S OSOBAMI S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM

Bakalářská práce

Autor: Mgr. Jan Klega

Olomouc 2014

Jméno a příjmení autora: Mgr. Jan Klega

Název bakalářské práce: Názory lezců bez zdravotního postižení na společnou účast při horolezeckých aktivitách s osobami s tělesným postižením.

Pracoviště: Katedra aplikovaných pohybových aktivit

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

Rok obhajoby: 2014

Abstrakt: Horolezectví si ve všech svých formách získává stále větší počet příznivců, osoby s tělesným postižením nevyjímaje. Snahou této práce je zjistit, jak intaktní lezci vnímají společnou účast na horolezeckých aktivitách s lidmi s tělesným postižením. Úvodní část je věnována teoretickému vymezení problematiky tělesného postižení a představení horolezectví a jeho forem. Praktická část následně hodnotí data získaná anketním šetřením a zodpovídá na otázky spojené s cílem práce. Z analýzy vyplývá, že se intaktní lezci k lezení s lidmi s tělesným postižením většinou staví pozitivně, ovšem s přihlédnutím ke konkrétnímu postižení a náročnosti provozované formy horolezectví.

Klíčová slova: *horolezectví, tělesné postižení*

Author's first name and surname: Mgr. Jan Klega

Title of thesis: Attitudes of Non-disabled Climbers towards Joint Climbing Activities with Persons with Physical Disabilities.

Department: Department of adapted physical activity

Supervisor: Mgr. Ondřej Ješina, Ph.D.

The year of presentation: 2014

Abstract: Climbing in all its forms gains more and more supports, including the persons with physical disabilities. The aim of this thesis is to find out how non-disabled climbers perceive joint climbing activities with persons with physical disabilities. The first part is dedicated to the theory related to the definition of physical disability as well as to climbing and all of its forms. Afterwards, the practical part evaluates the data obtained by questionnaire survey and resolves the questions connected with the aim of the thesis. According to the analysis, the attitudes of non-disabled climbers towards the climbing activities with persons with physical disability are mostly positive with regards to the form of disability and difficulty level of climbing activity.

Key words: *climbing, physical disability*

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracoval samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při jejím zpracování čerpal, v práci řádně cituji a uvádím v referenčním seznamu.

V Olomouci dne 30. 4. 2014

.....

Děkuji Mgr. Ondřeji Ješinovi, PhD. za odborné vedení, pomoc a cenné rady při koncipování bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD	7
1 PŘEHLED POZNATKŮ	8
1.1 Lidé s tělesným postižením	8
1.1.1 Vymezení pojmu tělesné postižení	8
1.1.2 Klasifikace tělesného postižení	8
1.1.3 Charakteristika nejčastějších typů tělesného postižení.....	10
1.2 Horolezectví	16
1.2.1 Formy horolezectví.....	17
1.2.2 Horolezecké techniky	21
1.2.3 Hodnocení výkonu v horolezectví.....	21
2 CÍLE A ÚKOLY PRÁCE.....	24
2.1 Cíle práce	24
2.2 Úkoly práce	24
2.3 Výzkumné otázky.....	24
3 METODIKA PRÁCE	25
3.1 Charakteristika výzkumného souboru.....	25
3.2 Metoda sběru dat	25
3.3 Vyhodnocení dat	26
4 VÝSLEDKY	27
4.1 Respondenti se zkušeností s lezením s člověkem s tělesným postižením.....	27
4.2 Respondenti bez zkušenosti s lezením s člověkem s tělesným postižením	32
DISKUZE	37
ZÁVĚR	39
SOUHRN.....	42
SUMMARY.....	43
REFERENČNÍ SEZNAM	44
PŘÍLOHA	46

ÚVOD

Horolezectví se v dnešní době řadí mezi nejdynamičtější se rozvíjející sporty. Díky větší dostupnosti, která je z velké části dána budováním nových umělých lezeckých a boulderingových stěn, si získává čím dál více příznivců. Mezi nimi je ve stále větší míře možné potkat lidi s tělesným postižením.

Tato bakalářská práce si klade za cíl zmapovat postoje lezců bez zdravotního postižení ke společné účasti na horolezeckých aktivitách s lidmi s tělesným postižením. Zároveň usiluje o zjištění toho, zda se při lezení s lidmi s tělesným postižením setkávají a v jaké míře. Volba zaměření práce je výrazně ovlivněna mou vlastní životní zkušeností, neb se sám horolezectví aktivně věnuji i přes vrozenou vývojovou vadu levé ruky.

Přehled poznatků je rozdělen na dvě části. V té první je prostor věnován problematice tělesného postižení. Postupně je možné se seznámit se základními pojmy, klasifikací tělesného postižení a charakteristikou nejčastěji se vyskytujících typů. Druhá část se zabývá horolezectvím. Nejprve jej definuje, posléze představuje jeho formy a techniky. V závěru se zabývá hodnocením výkonu v tomto sportu.

Praktická část je věnována vyhodnocení anketního šetření a zodpovězení otázek spojených s cíli práce. Vzhledem ke značné rozmanitosti tělesných postižení jsem se pro potřeby práce rozhodl zúžit jejich okruh na ty, které postihují funkci končetin. Činím tak hlavně z toho důvodu, že pro dotazované lezce budou taková postižení snáze představitelná. Díky tomu budou moci lépe rozpoznat úskalí, která mohou tato postižení přinášet, a to jak s ohledem na jednotlivé formy horolezectví, tak i na konkrétní činnosti vykonávané při lezení. Odpovědi respondentů s vlastní zkušeností a těch, kteří s člověkem s tělesným postižením dosud nelezli, budou vyhodnoceny samostatně a v případě potřeby srovnány.

1 PŘEHLED POZNATKŮ

1.1 Lidé s tělesným postižením

Zdravotní postižení je v současnosti považováno za dlouhodobý nebo trvalý stav, jenž je charakteristický orgánovou či funkční poruchou, kterou již nelze zcela odstranit nebo alespoň významně zmírnit. To znamená, že postižení jedné či více oblastí obvyklého fungování člověka přináší výraznou redukci jeho reálných možností i životních šancí. Negativně tak zasahuje do mnoha stránek kvality života postiženého (Michalík et al., 2011).

Buřvalová a Reitmayerová (2007) dělí zdravotní postižení na postižení smyslové, mentální či tělesné. Michalík et al. (2011) toto rozdělení dále rozvádí a na základě převládajícího zdravotního postižení rozlišuje postižení tělesné, mentální, zrakové, sluchové, řečové. K těmto skupinám poté doplňuje kombinované postižení a civilizační choroby. Posledně jmenované označují Kalman, Hamřík a Pavelka (2009) jako hromadná neinfekční onemocnění.

1.1.1 Vymezení pojmu tělesné postižení

Gruber a Ledl (in Fischer & Škoda, 2008, 34) definují tělesné postižení jako „...přetrvávající nebo trvalé nápadnosti v pohybových schopnostech se stálým nebo značným vlivem na kognitivní, emocionální a sociální výkony.“ Za příčinu je považováno poškození pohybového či podpůrného aparátu nebo jiné organické poškození. Omezení výkonu vychází z různého obrazu poškození na ortopedickém, neurologickém a interním základě (Vítková, 2006).

Vítková (2006, 39) za tělesné postižení považuje „...takové vady pohybového a nosného ústrojí, tj. kostí, kloubů, šlach i svalů a cévního zásobení, jakož i poškození nebo poruchy nervového ústrojí, jestliže se projevují porušenou hybností.“

1.1.2 Klasifikace tělesného postižení

Tělesné postižení lze klasifikovat na základě různých hledisek. Nejčastěji se užívá dělení dle doby vzniku na postižení vrozené, získané po úraze a získané po nemoci (Rénottierová, Ludíková, et al., 2006). Podle postižené části těla je možné

rozlišovat skupinu obrn centrálních a periferních, deformace, malformace a amputace (Vítková, 2006).

Novosad (2011) pod pojmem tělesné postižení vnímá dvě podskupiny, které rozlišuje na základě primárního či sekundárního omezení hybnosti.

Chronické postižení – obvykle jde o nevyléčitelné onemocnění, resp. dlouhodobě výrazně nepříznivý zdravotní stav. Toto poškození nebo oslabení fyziologických funkcí lidského organismu vyžaduje stanovenou životosprávu, životní styl a dodržování určitých léčebných opatření. Významně snižuje kvalitu života postiženého i jeho blízkých, omezuje jeho výkonnost nebo odolnost vůči zátěži, námaze a vede k nechtěnému utlumení fyzických aktivit. Sekundárně může vést k omezení pohybových schopností (pohybové aktivity patří k zátěžím, které jsou kontraindikovány onemocněním), popř. až k degenerativním změnám na nosném a motorickém aparátu člověka. Někteří autoři tuto skupinu onemocnění označují jako interní postižení a zdůrazňují fakt, že většinou takové onemocnění, resp. postižení není na první pohled zřejmé, a tudíž člověka tolik nestigmatizuje.

Lokomoční (pohybové) postižení – je omezení hybnosti až znemožnění pohybu, dysfunkce motorické koordinace v příčinné souvislosti s poškozením, vývojovou vadou, orgánovou či funkční poruchou nosného a hybného aparátu, centrální nebo periferní poruchou inervace, amputací či deformací části motorického systému. Taková poškození či dysfunkce jsou obvykle patrné na první pohled a mají charakter trvalého snížení funkční výkonnosti i ztráty schopnosti v některé nebo více oblastech lokomoce. Společným rysem takto postižených lidí je primární redukce obvyklých pohybových aktivit a v některých případech výrazně omezená až úplná imobilita, což má zásadní vliv na kvalitu života, soběstačnost a přístup k životním příležitostem u těchto občanů (Novosad, 2011, 89).

Do prve jmenované skupiny patří srdeční vady a jiná kardiovaskulární onemocnění, nemoci krve a lymfatického systému, infekční nemoci, diabetes, onemocnění plic a dýchacích cest, poruchy metabolických procesů, nádorová

onemocnění, nemoci nervového systému, epilepsie apod. Druhou skupinu tvoří obrny, deformace a amputace (Novosad, 2011).

1.1.3 Charakteristika nejčastějších typů tělesného postižení

Centrální a periferní obrny

Obrny postihují centrální a periferní nervové soustavy. Podle rozsahu a stupně závažnosti se dělí na parézy, které představují částečné ochrnutí, a plégie, jež jsou charakteristické úplným ochrnutím. Podle lokalizace postižené části těla rozlišujeme:

- diparéza (diplegie) – ochrnutí dolní části těla, především dolních končetin.
- hemiparéza (hemiplegie) – vertikální ochrnutí poloviny těla, přičemž je kvůli křížení nervových drah ochrnutá vždy opačná polovina těla, než na které je lokalizována léze mozku. Horní končetina je vždy postižena více než dolní.
- kvadraparéza (kvadruplegie) – postižení všech čtyř končetin (Fischer & Škoda, 2008; Vítková, 2006).

Dětská mozková obrna (DMO) je zastřešující pojem označující skupinu chronických onemocnění charakteristických poruchou centrální kontroly hybnosti, která je způsobena strukturálním a funkčním poškozením centrální nervové soustavy. Objevuje se v raném období života a zpravidla se nezhoršuje. K DMO může být přidružena mentální retardace různého stupně, epilepsie, poruchy řeči, smyslové poruchy a poruchy učení (Fischer & Škoda, 2008; Nevšimalová, Růžička, Tichý, et al., 2002).

Předpokládaný výskyt DMO se pohybuje v rozmezí 2-5 na tisíc živě narozených dětí. V etiologii se uplatňují rizikové faktory v období prenatálním (např. vývojové malformace, Rh-inkompatibilita, nitroděložní infekce, metabolické poruchy u matky, záření, léková či jiná toxicita), perinatálním (např. asfyxie, nitrolební krvácení, metabolické encefalopatie, bakteriální meningoencefalitida) a postnatálním (např. závažné poranění lebky a mozku, bakteriální meningoencefalitida, virová encefalitida, následky toxických a metabolických encefalopatií). Za nejzávažnější rizikový faktor je považován předčasný porod s nízkou porodní hmotností. Negativní anamnéza však diagnózu DMO nevylučuje, neb výše uvedené rizikové faktory nacházíme pouze u třetiny nemocných (Jankovský, 2006; Nevšimalová et al., 2002).

Příznaky DMO jsou značně individuální a v průběhu času se mohou u téhož nemocného měnit. Nemocný s DMO může mít problémy s jemnými pohybovými vzorci, může mít obtíže s udržení rovnováhy a s chůzí, může strádat mimovolními pohyby. Často se vyskytuje motorický neklid, nesoustředěnost, těkavost, nedokonalost vnímání, nedostatečná představivost, překotné a impulzivní reakce, střídání nálad, výkyvy v duševní výkonnosti, vady řeči. Jedním z nejcharakterističtějších projevů DMO jsou poruchy svalového tonu:

- hypertonie (spasticita) se projevuje vyšším svalovým napětím. Může kolísat v závislosti na podmínkách a postihuje obvykle flexory horních končetin a extensory dolních končetin.
- hypotonie (ataxie) se projevuje snížením svalového napětí a postihuje schopnost provádět cílené pohyby.
- střídavý tonus (atetóza) se projevuje kroutivými mimovolními pohyby, jejichž četnost narůstá v závislosti na prožívaných emocích a stresu (Fischer & Škoda, 2008).

Podle Vítkové (2004) lze formy DMO dělit na:

- spastické formy DMO – diparetická, hemiparetická, kvadruparetická
- nespastické formy DMO – dyskinetická, hypotonická

Spastické formy DMO vznikají jako následek poškození centrálních motorických neuronů a tvoří přibližně 60% všech DMO. Mezi jejich základní charakteristické znaky patří porucha aktivní volní hybnosti, svalová hypertonie a stereotypní pohyby.

Diparetická forma je nejčastější z forem DMO. Její příčinou je poškození v oblasti temenního laloku, které obvykle vzniká při předčasném či komplikovaném porodu. Projevuje se postižením obou dolních končetin, které může být symetrické, ale i asymetrické, kdy hovoříme o paréze s pravou či levou orientací.

Hemiparetická forma DMO postihuje pravou či levou polovinu těla, přičemž je vždy více postižena horní končetina. Příčinou tohoto typu DMO je lokální poškození, které vzniká krvácením do mozku v postranních komorách mozkové kůry, nejčastěji způsobené prenatálními a perinatálními faktory.

Kvadruparetická forma je považována za nejzávažnější formu DMO. Postihuje celé tělo a vzniká jako následek poškození rozsáhlých částí senzomotorické oblasti mozkové kůry. Za nejčastější příčiny jsou považovány infekce centrální nervové soustavy, malformace mozku a nízká porodní hmotnost.

Nespastické formy DMO jsou charakteristické absencí svalového napětí. Poškození mozku, které je způsobuje, se projevuje mimo pyramidové dráhy.

Dyskinetická forma DMO není příliš častá a vyznačuje poškozením mozku v oblasti bazálních ganglií. To vyvolává pohybový chaos, který se projevuje mimovolnými pomalými kroutivými pohyby. Rozlišujeme podskupinu hyperkinetickou, u níž jsou velmi nápadné masivní neúčelné pohyby, a dystonickou, která je provázána náhlými změnami svalového tonu. Vzácně je možné se setkat i se smíšenou dystonicko-hyperkinetickou formou.

Hypotonická forma DMO je charakteristická poškozením oblasti mozečku, ke kterému dochází nejčastěji na základě rozsáhlých malformací mozku, hypoxicko-ischemického poškození míchy, perinatální a prenatální hypoxie. Tato vzácná forma postihuje především vnímání rovnováhy a propriorecepci. U nemocných je zřejmá celková pohybová pasivita, objevuje se i intenční tremor (Fischer & Škoda, 2008).

Traumatické obrny představují velkou skupinu obrn způsobených poraněním mozku či míchy při pracovních úrazech, dopravních nehodách, při různých pádech nebo při sportu a jiných aktivitách. U poranění mozku rozlišujeme otřes (komoce), zhmoždění (kontuze) a stlačení (komprese). V případě poranění míchy lze toto dělení doplnit o nejtěžší možnou variantu, tedy její přerušení. Z hlediska důsledků traumat centrální nervové soustavy je rozhodující, která oblast, resp. který segment páteře byl poškozen. V závislosti na tom dochází k omezení hybnosti končetin a motorické koordinace, ztrátě kontroly vyměšování a pohlavních funkcí, poruchám řeči a paměti, percepčním poruchám, oběhovým, dechovým a jiným vegetativním obtížím (Michalík et al., 2011).

Vzhledem k výšce míšní léze rozlišujeme:

- pourazová chabá paréza – při poškození v oblasti dolní bederní páteře dochází k neúplnému ochrnutí dolních končetin.

- pouřazová paraplegie – následkem poranění míchy v oblasti hrudní a horní bederní páteře nastává úplné ochrnutí dolních končetin.
- pouřazová kvadruplegie – toto postižení vzniká při poranění míchy v oblasti krční páteře. Ochrnutí dolních končetin je většinou úplné, ochrnutí horních končetin pak v různém stupni. Ochrnutí je vždy horší v nižších partiích rukou než v horních, postiženo bývá i břišní a zádové svalstvo.
- pouřazové kvadruparézy – jedná se o neúplné ochrnutí dolních i horních končetin, přičemž stupeň postižení bývá různý (Kudláček & Ješina, 2008).

Periferní obrny postihují pouze jednotlivé tělní, resp. orgánové periferie. Za jejich příčinu jsou nejčastěji považovány následky hlubších poranění, zánětů, úrazů či některých nervosvalových i jiných onemocnění. Mohou mít jak přechodný či částečný, tak trvalý a úplný charakter (Michalík et al., 2011).

Myopatie

Porucha hybnosti nemusí být způsobena pouze lézí centrálního nebo periferního neuronu či nosným aparátem. Příčinou mohou být též různá poškození svalového vlákna, tzv. myopatie. Mohou být podmíněny geneticky nebo různými zevními faktory, jako jsou úrazy, záněty či intoxikace. Mimo to mohou být způsobeny faktory metabolickými, endokrinními (poruchy funkce štítné žlázy, nadledvinek apod.) a nádorovými. Více než 50% postižených myopatií trpí některou z forem progresivní svalové dystrofie. Tato onemocnění jsou charakteristická degenerací svalových vláken, které jsou postupně nahrazována funkčně neplnohodnotnou vazivovou nebo tukovou tkání (Fischer & Škoda, 2008; Vítková, 2006).

Duchenneova svalová dystrofie (DMD) je onemocnění, které je zapříčiněno delecí určité části řetězce DNA lokalizované na chromozomu X. Poškozený úsek produkuje při transkripci defektní mRNA, podle níž se při translaci vytvářejí chybné či nefunkční proteiny, které následně neumožňují správnou funkci svalového vlákna. Toto onemocnění postihuje výhradně chlapce a vede k postupnému rozpadu celého svalstva. Výskyt se odhaduje na 1:1700, u některých autorů na 1:3500 na počet narozených chlapců.

Prvním příznakem DMD je to, že dítě začne později chodit. Další příznaky se začínají většinou objevovat mezi 2. až 6. rokem života. Pro toto období jsou typické

časté pády a postupný nástup odlišného způsobu kolébavé, tzv. kachní chůze, kdy dítě chodí v hyperlordóze, kolébavě s vystrčeným bříškem. Dále se projevují problémy s chůzí po schodech, zvláštní druh vstávání ze země šplhovitým způsobem, neschopnost skákat, proximální svalová slabost a hypertofie lýtek. Téměř všechny děti ztrácí mezi 7. až 12. rokem schopnost chůze a jsou odkázány na invalidní vozík. Kromě problémů v motorické oblasti provází DMD i postižení srdeční svaloviny, pokles vitální kapacity plic a s ním spojená chronická hypoxie organismu, respirační infekce, vyčerpání, pokles koncentrace, spavost, třes a úzkostné stavy. Postižení obvykle umírají mezi 20. až 30. rokem života. (Fischer & Škoda, 2008; Vítková, 2006).

Beckerova svalová dystrofie (BMD) má obdobné příčiny i průběh jako DMD, avšak její nástup je pozdější a progresse mnohem pomalejší. Příznaky onemocnění se mohou objevit mezi 5. až 15. rokem života, není však výjimkou, že první projevy nastupují až v pozdějším věku, dokonce i mezi 30. až 40. rokem života. Postižení s BMD se běžně dožívají 40 až 50 let (Fischer & Škoda, 2008).

Amputace

Amputaci lze definovat jako „odstranění periferní části těla včetně krytu měkkých tkání s přerušením skeletu, která vede k funkční anebo kosmetické změně s možností dalšího protetického ošetření (Dungl et al., 2005, 165).“ K amputaci se nejčastěji přistupuje na základě úrazu způsobeného například během dopravní nehody, při sportu, při zasažení elektrickým proudem, při popálení apod. Mimo to patří mezi indikace nezvládnutelná sepsa dlouhodobého či akutního charakteru, nekrózy, nádorová, cévní a metabolická onemocnění. Specifickým důvodem je tzv. afunkce, tedy bránění ve zlepšení funkce, ať už následkem vrozené vady, traumatu či operací. Pokud k amputaci dojde, je nezbytná spolupráce s protetickým oddělením, případně s plastickou chirurgií, aby bylo zvoleno nejvhodnější řešení vzniklé situace. K sekundárním dopadům amputací patří bolesti v pahýlu včetně fantomových bolestí v odstraněné končetině, přetěžování zbývajících končetin i páteře, ztížená sebeobsluha atd. (Dungl et al., 2005; Jankovský, 2006; Michalík et al., 2011).

Deformace a deformity

Deformace a deformity zahrnují široké spektrum vrozených nebo získaných vad, které se vyznačují nesprávným tvarem některé části těla (Vítková, 2006).

Vrozený rozštěp páteře (spina bifida) patří k nejfrekventovanějším vrozeným vadám. Podstatou této choroby je nedokonalé uzavření páteřního kanálu, nejčastěji v oblasti bederních obratlů. Podle stupně závažnosti lze rozlišit tři formy rozštěpu:

- 1) spina bifida occulta – páteřní kanál se neuzavírá, mícha a míšní pleny však uzavřeny jsou. Tato forma člověku obvykle nepřináší žádná zdravotní ani pohybová omezení.
- 2) meningokéla – skrze neuzavřený páteřní kanál vyhřezávají míšní obaly a na povrchu těla, nejčastěji v bederní oblasti, se vytváří vak naplněný mozkomíšním mokem. Mícha zůstává nepoškozená a k řešení zpravidla dostačuje chirurgický zákrok.
- 3) meningomyelokéla – nejtěžší forma rozštěpu páteře, při které dochází k vyhřeznutí míšních obalů i samotné míchy. Závažnost této varianty je dána vysokým rizikem poškození míchy v místě vyhřeznutí (Fischer & Škoda, 2008).

Vrozené vykloubení kyčlí je charakterizováno nedokonalým vyvinutím kyčelních kloubů, které je provázeno úplným (luxace) či částečným (subluxace) vykloubením kloubní hlavice. Rozlišujeme jednostrannou a oboustrannou variantu (Jankovský, 2006).

Nanismus (trpaslictví) je onemocnění spojené s hormonálními či genetickými chromozomálními poruchami či vrozenými poruchami metabolismu, při nichž dochází k omezení produkce růstového hormonu v hypofýze. Tato choroba je typická nápadně malým tělesným vzrůstem postiženého, kdy výška dosahuje maximálně 135 cm u žen a 145 cm u mužů (Michalík et al., 2011).

Akromegalie je způsobena nadbytečnou produkcí růstového hormonu, která je většinou zapříčiněna nezhoubným a často snadno operovatelným nádorem hypofýzy. Růstový hormon je v případě tohoto onemocnění produkován i po ukončení růstu dlouhých kostí, které se však již dále nemohou prodlužovat. Ke zvětšování proto dochází u okrajových částí těla, jako jsou prsty, obličej, brada, jazyk apod. V menší míře se vyskytují i končetinové hypertrofie, při nichž dosahují nadměrné velikosti končetiny nebo jejich části (Michalík et al., 2011).

Vrozené vady končetin, označované jako dysmelie, představují různé odchylky od normálního stavu končetiny přítomné v okamžiku narození (Fischer & Škoda, 2008). Etiologie těchto postižení je velmi nesourodá, u většiny dokonce neznámá. Faktory, které se na vzniku vad podílejí, můžeme rozdělit na vnitřní, dané geneticky, a vnější, které zahrnují anomálie dělohy a placenty, mechanické síly působící na plod a teratogeny. Tyto faktory se v obecné rovině uplatňují na genetické úrovni změnou genomu, změnami prokrvení a omezením nebo naopak zvětšením nitroděložního prostoru. Ze známých vnějších faktorů lze připomenout ionizační záření, toxické látky, biologické mutageny (infekční nemoci), hypoxie matky a plodu a poruchy výživy. Je velmi pravděpodobné, že příčinou některých vad je kombinace vnějších a vnitřních vlivů (Dungl et al., 2005). V závislosti na stupni postižení rozeznáváme následující formy dysmelie:

- amelie – vrozená absence celé končetiny.
- peromelie – vrozená absence části paže.
- mikromelie – celkové zmenšení končetiny.
- fokomelie – končetiny tvarem připomínající ploutve vyrůstají přímo z trupu.
- polydaktylie – končetina obsahuje více než 5 prstů. Vyskytuje se nejčastěji na straně palce nebo malíku, zmnožen však může být i jeden z dalších prstů.
- oligodaktylie – končetina obsahuje méně než 5 prstů. Zatímco chybějící malík je spíše kosmetickou záležitostí, chybějící palec představuje těžké postižení úchopových funkcí ruky.
- syndaktilie – srůst dvou a více prstů, který může postihnout jak měkké tkáně, tak i kosti.
- arachnodaktylie – prsty jsou mimořádně dlouhé a tenké (Fischer & Škoda, 2008; Vítková, 2006).

1.2 Horolezectví

Horolezectví lze definovat jako „pohybovou činnost v terénu, kde v důsledku vnější síly – gravitace – jsme vystaveni riziku zřícení, a kde proto musíme překonávat volným úsilím pud sebezáchovy (Procházka et al., 1990, 7).“

Podle Vomáčka a Boštíkové (2003) je lezení charakteristické neustálým střídáním stavu jistoty a nejistoty, napětí a uvolnění. Vidí v něm výzvu, při níž je

potřeba řešit rizikové situace a přemáhat strach z výšky či zřícení. Nenasadí-li lezec všechny své síly, odhodlání a maximální soustředění, hrozí mu pád. Přijetí a překonání takové výzvy posiluje sebevědomí a důvěru ve své vlastní schopnosti.

Frank et al. (2007) definují horolezectví jako pohyb v horolezeckém terénu. Ten chápou jako přírodní horský terén se strmými úbočími, ať už skalnatými, sněhovými nebo ledovými. Mimo hory se jedná o strmý terén skalní a ledový, popřípadě umělý.

1.2.1 Formy horolezectví

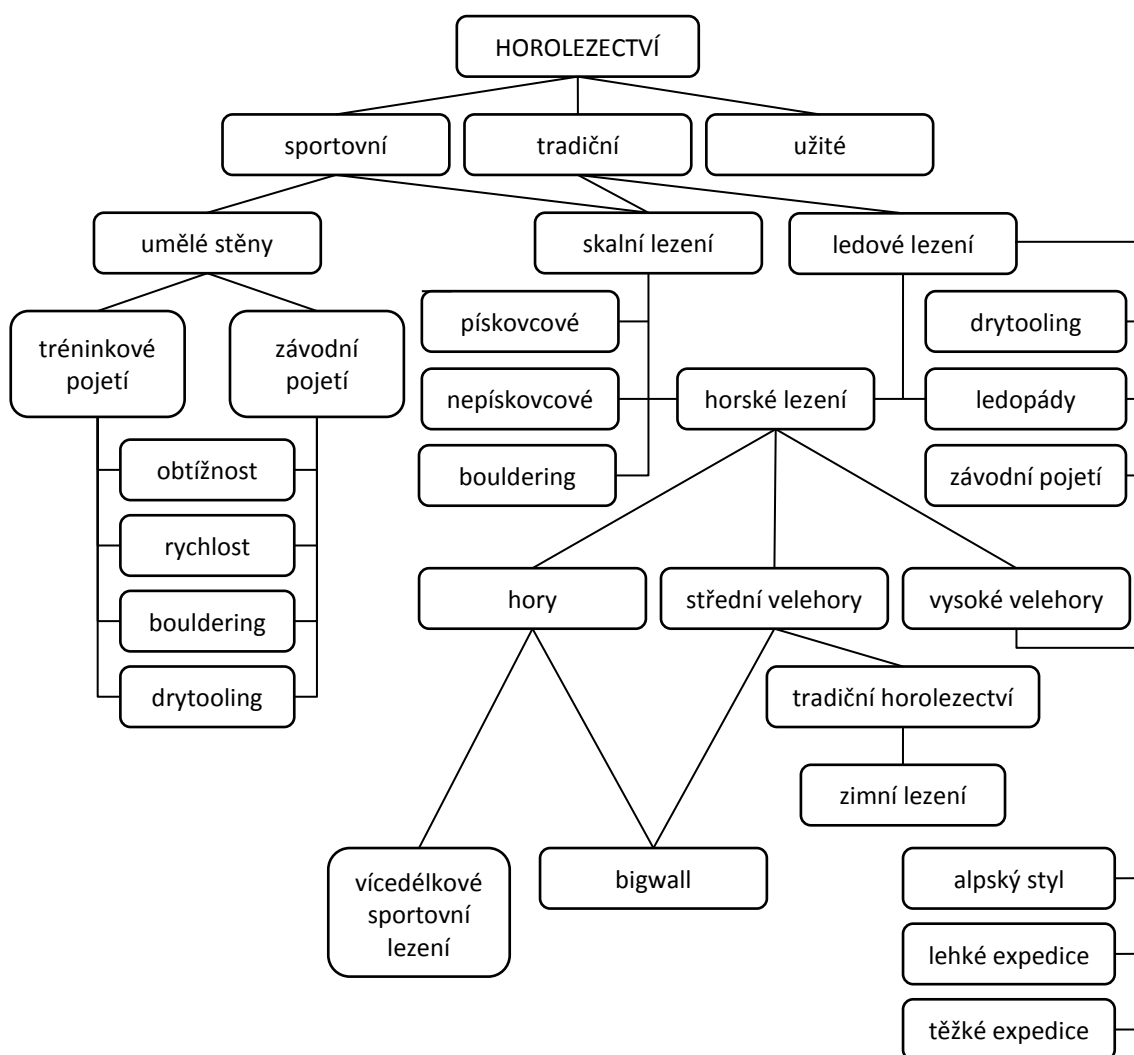
Pojem horolezectví, který ve svém prvotním významu vyjadřuje aktivitu vedoucí k výstupu na vrchol, dnes zahrnuje celý soubor činností a specializovaných sportovních disciplín. Ty můžeme dělit podle různých hledisek. Zásadním se stává hledisko etické, podle kterého rozlišujeme tradičně a gymnasticky pojímané horolezectví.

Tradiční pojetí horolezectví je možné považovat za pojetí původní, které ovlivňuje celou řadu horolezeckých disciplín. Jeho základním principem je požadavek, aby přirozený terén zůstal po výstupu ve své původní podobě. Člověk má výstup vykonat pouze svými schopnostmi za minimálního použití do skály trvale osazených jistících prostředků. Takovéto pojetí vyžaduje krom fyzické a technické zdatnosti také značnou psychickou odolnost.

Gymnastické pojetí horolezectví je charakteristické snahou o zvládnutí lezeckého pohybu nutného k přezení určité části výstupu. Do terénu jsou vpravovány trvale osazené jistící prostředky, díky kterým se snižuje psychická zátěž lezce. Potlačení strachu z následků nebezpečných pádů dovoluje intenzivnější soustředění na čím dál náročnější pohyb. Zvyšování obtížnosti pohybů dalo spolu se soutěživostí vzniknout závodnímu lezení.

Kromě etického hlediska můžeme horolezectví dále dělit dle intenzity výkonu (vrcholová, výkonnostní a rekreační úroveň), podle prostředí, ve kterém je provozováno (skály, hory, velehory s věčným sněhem a ledem, umělá lezecká stěna atd.), dle ročních období (zimní a letní horolezectví). Opomenout rovněž nelze rozlišení mezi závodním a nezávodním horolezectvím.

Díky kombinaci všech výše uvedených hledisek je možné horolezectví rozdělit tak, abychom obsáhli veškeré aktivity, které pojem horolezectví sdružuje. Hranici mezi jednotlivými disciplínami však není možné jednoznačně určit, neboť často dochází k jejich prolínání. To dává horolezeckému sportu značnou mnohotvárnost a pestrost (Frank et al., 2007). Třídění jednotlivých disciplín zobrazuje obrázek č. 1.



Obrázek 1. Horolezectví a jeho disciplíny. Upraveno dle Vomáčka a Boštíkové (2003).

Disciplíny sportovního horolezectví

Umělé stěny imitující prostředí skal začaly vznikat v souvislosti s rozvojem gymnastického pojetí horolezectví. Motivací pro jejich budování byla snaha uniknout vlivu počasí a poskytnout výkonnostním lezcům vhodné podmínky pro trénink mimo letní sezónu. Umělé stěny se záhy staly prostředím pro ryze soutěžní pojetí horolezectví.

Mezi disciplíny závodního lezení řadíme lezení na obtížnost a na rychlost, bouldering, lezení na umělém ledu a drytooling.

Bouldering představuje především lezení na balvanech ve výšce od 2 do 5 m. Leze se bez jištění, v případě neudržení se na skále se odskakuje na zem. Díky pohybu v malé výšce je lezec zbaven psychické zátěže ze strachu před pádem a může se plně soustředit na vykonání co nejobtížnějšího pohybu. Bouldering je charakteristický přesně vytyčenými liniemi a sekvencemi lezeckých pohybů. Výstup často začíná ze sedu či lehu.

Skalní lezení lze dnes považovat za nejdominantnější formu horolezectví. Určujícím faktorem pro zařazení do této skupiny je přírodní skalní prostředí. V rámci České republiky se skalní lezení rozlišuje podle typu horniny na pískovcové a nepískovcové (např. žula, vápenec atd.). Pískovcové skály v Čechách a blízkém Sasku jsou charakteristické svou měkkou a křehkou strukturou, která měla výrazný vliv na místní silně tradiční pojetí horolezectví, v němž se kvůli šetrnosti k hornině uplatňují přísné zásady. Nesmí se zde lézt za mokra a je zakázáno užívání postupových jisticích prostředků z kovu. Trvale osazené jisticí prostředky jsou v terénu většinou jen na nejnútnejších místech, což klade vysoké nároky na psychickou odolnost lezce.

Horské a velehorské horolezectví je určeno prostředím, v němž se provozuje. Pojem hory je ovšem velice široký, proto se pro upřesnění užívá rozčlenění na kategorie hory, střední velehory a vysoké velehory. Hory představují nevelehorské prostředí, kde nadmořská výška nepřesahuje 2000 až 2500 m a relativní výškové rozdíly nedosahují 1500 m. Střední velehory se vyznačují ledovci tvořeným reliéfem s výškovými rozdíly přesahujícími 1500 m a nadmořskou výškou pohybující se od 2500 do 5000 m. Vysoké velehory svou nadmořskou výškou překračují hranici 5000 m. Podobu lezení v horách ovlivňuje také přítomnost věčného sněhu a ledu, rozlišujeme tedy i mezi horami ledovcovými a neledovcovými. V největší míře se v horských oblastech uplatňuje tradiční pojetí horolezectví, což je dáno především jejich odlehlostí a obtížemi spojenými s výškou, zaledněním a klimatickými podmínkami.

Lezení v ledu se rozvíjelo společně s pronikáním horolezců do zaledněných horských oblastí. Postupné zdokonalování vybavení a techniky lezení vedlo k osamostatnění této disciplíny a následnému přesunu hlavních aktivit mimo velehory na zamrzlé vodopády v údolích. Posouváním obtížnosti výstupů a částečným vedením

linií po obnažené skále došlo k vývoji moderního mixového lezení. Pokud během lezení výrazně převažuje skalnatý terén nad zaledněnými partiemi, hovoříme o tzv. drytoolingu.

Bigwall představuje zvláštní disciplínu vícedélkového lezení, při níž lezci prostupují vysokou stěnu, která obvykle bývá velmi strmá a málo členitá.

Zimní horolezectví je podmíněno plným uplatněním vlivu zimy. V neledovcových horách to znamená, že terén díky sněhu a ledu oproti letnímu období zcela změní svůj charakter. V horách s trvalým zaledněním přináší zimní období zvýšení obtíží v důsledku zhoršení klimatických podmínek.

Vysokohorská turistika je nejpůvodnější formou horolezectví. Motivace vystoupit na vrchol je doplněna o touhu hlubšího poznání navštíveného pohoří. Trasy výstupů velmi často kopírují trasy objevitelů hor a průkopníků horolezectví. Těžkosti na jednotlivých úsecích výstupu zpravidla nepřekračují III. stupeň obtížnosti dle UIAA (viz dále).

Zajištěné cesty (Klettersteig, via ferrata) lze považovat za nejrazantnější projev rekreační úrovně horolezectví. Výstupové trasy jsou zajištěny umělými prostředky, jako jsou železné kramle, žebříky, řetězy či ocelová lana vedená terénem. Zpočátku se takto zajišťovaly frekventované horské túry, které sledovaly přirozené terénní linie. V dnešní době vznikají zajištěné cesty i na strmých až převislých skalních stěnách, kde umělé pomůcky prvoplánově slouží k překonávání gravitace.

Skialpinismus ve svém nejširším pojetí zahrnuje veškeré horolezecké aktivity v horách, při nichž se využívají lyže. V zásadě můžeme tyto aktivity rozdělit na skitouring a skialpinismus. Skitouring představuje nejméně náročnou a nejrozšířenější formu lyžování ve volném horském terénu. Zahrnuje především zimní přechody neledovcových pohoří a jedno či vícedenní túry. Skialpinismus je aktivitou s různou mírou náročnosti jak ve výstupu, tak ve sjezdu. Charakter zátěže je dán terénem, nadmořskou výškou i vlastní náročností výstupu či sjezdu. Obecně lze túru považovat za skialpinistickou, je-li pro její absolvování nezbytné použití doplňujícího horolezeckého vybavení. Neopomenutelnou oblastí skialpinismu je jeho vysokohorská forma a tzv. skiextrémy.

Interdisciplíny představují pronikání prvků horolezectví do jiných sportů či sportovních aktivit. V dnešní době rozeznáváme například speleoalpinismus, paraglidealpinismus či canyoning (Frank et al., 2007; Pala et al. 2010).

1.2.2 Horolezecké techniky

Horolezecká technika představuje metodu konání, díky které se horolezec pohybuje v lezeckém terénu. Její volbou výrazně ovlivníme samotný charakter výstupu. Rozlišujeme mezi volným lezením a technickým lezením. Při volném lezení překonává lezec zemskou gravitaci pouze svými vlastními silami a k postupu využívá jen přírodní útvary. Horolezecká výstroj a výzbroj je v rámci jedné z jistících metod užívána tak, aby zabezpečila lezce proti pádu. Při technickém lezení jsou umělé prostředky naopak využívány k samotnému postupu. Lezec se chytá postupového jištění, případně si stoupá do smyček a třmenů, které jsou v něm zavěšeny. Pro svá specifika bývá technické lezení často považováno za samostatnou disciplínu (Frank et al., 2007).

1.2.3 Hodnocení výkonu v horolezectví

Hodnocení výkonu v horolezectví se dnes posuzuje ze dvou hledisek, a to podle stylu přeletu a obtížnosti určené na škále klasifikační stupnice. V současnosti praktikované lezecké styly seřazené vzestupně dle jejich sportovní hodnoty jsou:

- *TR* (Top Rope) – lezec je jištěn lanem vedeným shora. Tento styl slouží především k tréninku a nacvičování, jeho sportovní hodnota je velmi nízká.
- *AF* (Alles Frei, All Free) – lezec smí odpočívat v postupovém jištění, po pádu pokračuje od posledního dosaženého jistícího bodu.
- *PP* (Pink Point) – lezec vyleze cestu bez pádu a odpočinku v postupovém jištění, které bylo předem připraveno.
- *RP* (Rot Punkt, Red Point) – lezec přeletu cestu bez pádu a bez odpočinku v postupovém jištění, které však nemá předem připraveno.
- *Flash* – lezec přeletu cestu na první pokus, bez pádu, bez odpočinku, ale s předchozím prozkoumáním.
- *OS* (On Sight) – lezec vyleze cestu na první pokus, bez pádu, bez odpočinku v postupovém jištění, aniž by cestu dopředu studoval či v ní viděl někoho lézt (Vomáčko & Boštíková, 2003; Winter, 2007).

Mimo výše uvedený výčet stojí tzv. free solo lezení, tedy lezení bez jakéhokoli jištění. Tento styl si žádá zkušenost, výbornou fyzickou kondici a hlavně velkou psychickou odolnost. Vzhledem k tomu, že nelze vyloučit nahodilosti jako je například vylomení chytu, je tento způsob lezení velice nebezpečný. Případný pád znamená takřka jistou smrt (Frank et al., 2007).

Klasifikační stupnice, které vznikly během vývoje horolezectví, nezohledňovaly pouze místní specifika. Velmi často byly přizpůsobeny potřebám disciplíny, pro kterou byly vytvořeny, ať už to bylo lezení v ledu, bouldering atd. O sestavení jednotné klasifikační stupnice se pokusila mezinárodní horolezecká organizace UIAA (Union Internationale des Associations d'Alpinisme), avšak v mnoha oblastech se nadále užívají původní stupnice místní, z nichž nejrozšířenější jsou klasifikace francouzská, americká, saská, britská a ruská. Stupnice UIAA posloužila jako základ pro vytvoření srovnávacích tabulek. Je však nutné podotknout, že převod z jedné stupnice do druhé je pouze přibližný. Absolutní přesnosti nelze dosáhnout už jen z toho důvodu, že stanovení míry obtížnosti daného stupně je subjektivní proces, při kterém hraje roli názor toho kterého lezce a zvyky vlastní dané oblasti (Frank et al., 2007).

Tabulka 1. Klasifikační stupnice UIAA (Frank et al., 2007)

Stupeň	Popis
I	Lehké: Nejjednodušší forma lezení, k zajištění rovnováhy je třeba rukou.
II	Mírně těžké: Začátek lezení, při kterém je vyžadována technika tří pevných bodů.
III	Středně těžké: Na exponovaných místech se již doporučuje mezijištění.
IV	Těžké: Lezecké zkušenosti jsou nezbytné, úseky tohoto stupně již obvykle vyžadují více mezijištění.
V	Velmi těžké: Lezení klade značné nároky na trénovanost lezce. Překonávané úseky jsou mnohdy převislé.
VI	Neobyčejně těžké: Nezbytná je dobrá technika a spolehlivé jištění.
VII	Mimořádně těžké: Velká expozice se často spojuje s malými možnostmi jištění. I výborní lezci potřebují pro každý druh skály speciální přípravu, aby výstupy tohoto stupně vylezli bez pádu.
VIII-X	Stupňování předchozích obtíží. Obvykle je tato obtížnost nedostupná lezcům, kteří netrénují na umělé stěně a nevěnují značnou část svého tréninkového plánu specifickému posilování. Běžné lezení v těchto stupních obtížnosti je vyhrazeno vrcholovým sportovcům.
XI	Současná hranice lezeckých možností. Zpravidla je nezbytné předchozí nacvičování cesty, a ani špičkoví lezci nejsou schopni úseky tohoto stupně opakovat často. K překonání jsou nezbytné ideální podmínky, špičková forma a naprosté soustředění na výkon.

Tabulka 2. Převodní tabulka klasifikačních stupnic (Frank et al., 2007).

UIAA	Francie	USA	Sasko	Británie	Austrálie		Francie	USA
I	1	5.2	I	moderate	11		bouldering	
II	2	5.3	II	difficult				
III	3	5.4	III	very difficult	12			
IV	4	5.5	IV	4a	13			
V-		5.6	V	4b	14			
V	5	5.7	VI	4c	15		Fb3	
V+			VII	5a	16		Fb4	V0
VI-	5+	5.8	VIIb		17		Fb5a	
VI	6a	5.9	VIIc	5b	18		Fb5b	V1
VI+	6a+	5.10a	VIII		19		Fb5c	
VII-	6b	5.10b	VIIIb	5c	20		Fb6a	V2
VII	6b+	5.10c	VIIIc		21		Fb6a+	
VII+	6c	5.10d	IX	6a	22		Fb6b	V3
VIII-	6c+	5.11a	IXb		23		Fb6b+	
VIII	7a	5.11b	IXc	6b	24		Fb6c	V4
VIII+	7a+	5.11c	X		25		Fb6c+	V5
IX-	7b	5.11d	Xb	6c	26		Fb7a	V6
IX	7b+	5.12a	Xc		27		Fb7a+	V7
IX+	7c	5.12b			28		Fb7b	V8
X-	7c+	5.12c	XI	7a	29		Fb7b+	V9
X	8a	5.12d	XIb		30		Fb7c	V10
X+	8a+	5.13a	XIc	7b	31		Fb7c+	V11
XI-	8b	5.13b			32		Fb8a	V12
XI	8b+	5.13c			33		Fb8a+	V13
XI+	8c	5.13d			34		Fb8b	V14
	8c+	5.14a			35		Fb8b+	V15
	9a	5.14b			36		Fb8c	
	9a+	5.14c						
		5.14d						
		5.15a						

Klasifikační stupnice zůstávají i nadále otevřené. Současná generace sportovních lezců se zaměřuje na zdolávání čím dál náročnějších linií a posouvá tak horní hranici obtížnosti stále výše. Za nejtěžší cestu je nyní považována linie La Dura Dura (9b+) ve španělské Oliáně, kterou vytyčil Američan Chris Sharma, a jako první přešel teprve devatenáctiletý český fenomén Adam Ondra (Gimenez, 2014).

2 CÍLE A ÚKOLY PRÁCE

2.1 Cíle práce

Hlavním cílem této práce je zjistit, jak lezci bez zdravotního postižení vnímají společnou účast na horolezeckých aktivitách s lidmi s tělesným postižením.

Dílčím cílem práce je zmapovat míru zkušeností, které mají lezci bez zdravotního postižení s lezením s lidmi s tělesným postižením.

2.2 Úkoly práce

- analýza tematicky zaměřené literatury
- sestavení ankety vlastní konstrukce
- distribuce ankety a sběr dat
- vyhodnocení dat získaných anketním šetřením

2.3 Výzkumné otázky

- **Výzkumná otázka 1:** Jaké zkušenosti mají osoby, které se horolezectví věnují, s lezením s lidmi s tělesným postižením?
- **Výzkumná otázka 2:** Jaká odvětví horolezectví jsou podle osob, které se mu věnují, vhodná pro lidi s tělesným postižením?
- **Výzkumná otázka 3:** Jaké formy horolezectví preferují osoby bez zdravotního postižení vzhledem ke společné účasti s lidmi s tělesným postižením?
- **Výzkumná otázka 4:** Jaké problémy může podle osob, které se horolezectví věnují, přinášet lezení s lidmi s tělesným postižením?
- **Výzkumná otázka 5:** Jaké důvody považují osoby věnující se horolezectví za natolik závažné, aby kvůli nim nelezli s lidmi s tělesným postižením?
- **Výzkumná otázka 6:** Jaký přínos může mít dle osob, které se horolezectví věnují, lezení s lidmi s tělesným postižením?

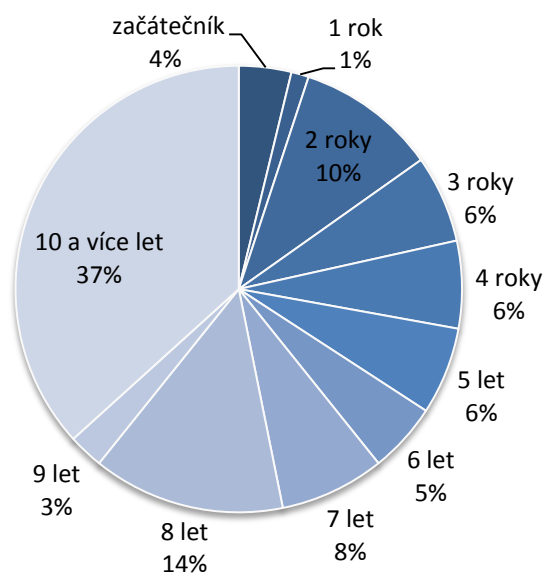
3 METODIKA PRÁCE

3.1 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor je tvořen osobami, které se aktivně věnují horolezeckým aktivitám, lze je tedy označit za horolezce. Věk, pohlaví ani míra zkušeností nebyly omezeny, proto je skupina zúčastněných osob velmi rozmanitá.

Anketního šetření se zúčastnilo 91 respondentů, přičemž formuláře 12 z nich byly pro neúplnost vyřazeny. Výsledný vzorek čítá 79 osob, z toho 66 mužů a 13 žen. Průměrný věk respondentů je 29,5 let. Nejmladšímu z dotazovaných je 17 let, nejstarší uvádí věk 57 let. Zkušenosti respondentů s horolezeckými aktivitami znázorňuje obrázek č. 2.

Obrázek 2. Míra zkušeností respondentů s horolezeckými aktivitami.



3.2 Metoda sběru dat

Pro sběr dat byla prostřednictvím ankety vlastní konstrukce využita metoda dotazovací. V úvodu ankety je uvedeno to, co chceme s její pomocí zjistit, tedy jaké jsou postoje lezců bez zdravotního postižení ke společné účasti na horolezeckých aktivitách s lidmi s tělesným postižením. Pro správné pochopení je pojem tělesné postižení v krátkosti charakterizován.

Na první část ankety, která slouží ke zjištění údajů o dotazovaném, navazuje 16 faktických otázek. Součástí tohoto souboru jsou dvě uzavřené otázky, u nichž respondent vybírá z nabídnutých možností. V sedmi otevřených otázkách formuluje své odpovědi sám dotazovaný. Osm otázek je škálovacích, z toho u dvou je přiřazována hodnota ze čtyřbodové škály, u šesti z pětibodové.

Anketa byla distribuována formou internetového formuláře vytvořeného prostřednictvím služby Google Drive. Odkaz na něj byl vyvěšen v komunitních skupinách na sociální síti Facebook a na internetových stránkách věnovaných horolezecké problematice. Vzor ankety je uveden v příloze č. 1.

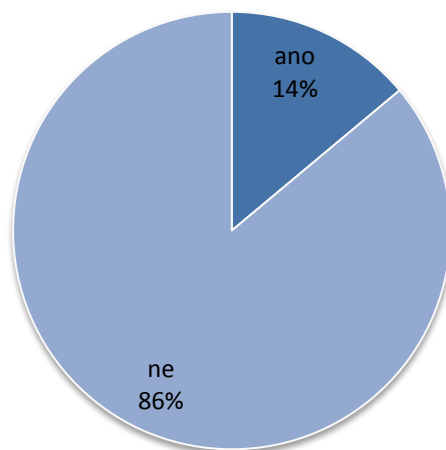
3.3 Vyhodnocení dat

Data získaná z anketního šetření byla zkontrolována a po vyřazení neúplně vyplněných formulářů zpracována pomocí programu Microsoft Excel. Vyhodnocení bylo realizováno prostřednictvím matematických, statistických a logických postupů. Výsledky jsou uváděny v procentech a zobrazeny pomocí tabulek a výsečových a pruhových grafů. Odpovědi respondentů jsou vyhodnoceny samostatně podle toho, zda mají či nemají zkušenost s lezením s člověkem s tělesným postižením.

4 VÝSLEDKY

Na otázku, zda respondenti někdy lezli s člověkem s tělesným postižením, odpovědělo kladně 11 osob z celkového počtu 79 respondentů, viz obrázek č. 3.

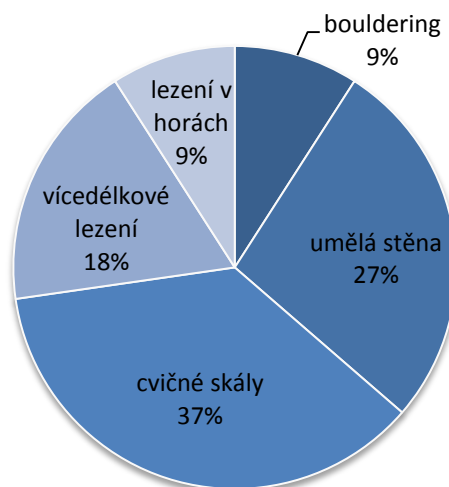
Obrázek 3. Podíl respondentů, kteří lezli s člověkem s tělesným postižením.



4.1 Respondenti se zkušeností s lezením s člověkem s tělesným postižením

Otázka č. 5 měla za úkol zjistit, jakou z forem horolezectví respondenti s člověkem s tělesným postižením provozovali. Podíl jednotlivých disciplín zobrazuje obrázek č. 4.

Obrázek 4. Podíl disciplín provozovaných s člověkem s tělesným postižením.



Otázka č. 6 zjišťuje, jaké tělesné postižení měl lezecký partner dotazovaných. S postižením horní končetiny se setkalo 6 respondentů, přičemž ve 2 případech se jednalo o amputaci v oblasti lokte, jedné osobě chyběly dva prsty a 3 lezci měli vrozenou vývojovou vadu ruky. Postižení dolních končetin mělo 5 osob s tím, že 3 lidé byli na vozíku, jeden měl podkolenní amputaci a u jednoho byla omezena hybnost dolních končetin od kolen níže.

Na **otázku č. 7**, zda respondent vnímal tělesné postižení partnera jako handicap týmu, odpovědělo 7 ne a 2 ano. Jeden z dotazovaných vnímal postižení jen velmi omezeně, další pouze zpočátku lezení.

Úkolem **otázky č. 8** bylo zjištění, zda se během lezení s člověkem s tělesným postižením vyskytl nějaký problém. V 8 případech zněla odpověď ne, ve 2 ano, a to v momentě výběru vhodné obtížnosti lezecké linie. Jeden dotazovaný uvedl, že si příprava jištění vyžádala delší čas, než je obvyklé.

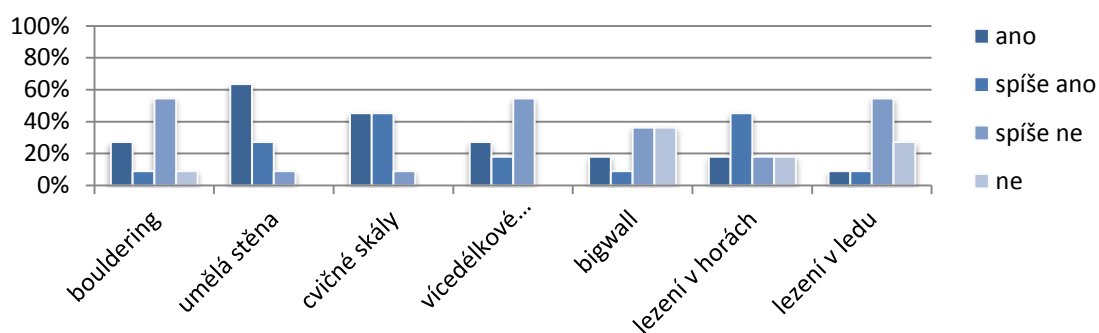
Na **otázku č. 9**, jak se po vlastní zkušenosti změnil váš postoj k lezení s lidmi s tělesným postižením, odpovědělo 5 respondentů, že v pozitivním směru. Pro jednoho dotazovaného byla změna spíše negativní. Dle jednoho respondenta se změnil jeho postoj ke konkrétnímu člověku. Ve 4 případech ke změně nedošlo.

Otázky č. 10 a č. 11 měly za úkol zjistit, jaké formy horolezectví by osoby s vlastní zkušeností doporučili lidem s postižením horní či dolní končetiny. Podíl jednotlivých disciplín uvádějí tabulky č. 3 a 4 a graficky znázorňují obrázky č. 5 a 6.

Tabulka 3. Vhodnost disciplín pro lidi s postižením horní končetiny.

	bouldering	umělá stěna	cvičné skály	vícedélkové lezení	bigwall	lezení v horách	lezení v ledu
ano	27,27%	63,64%	45,45%	27,27%	18,18%	18,18%	9,09%
spíše ano	9,09%	27,27%	45,45%	18,18%	9,09%	45,45%	9,09%
spíše ne	54,55%	9,09%	9,09%	54,55%	36,36%	18,18%	54,55%
ne	9,09%	0,00%	0,00%	0,00%	36,36%	18,18%	27,27%

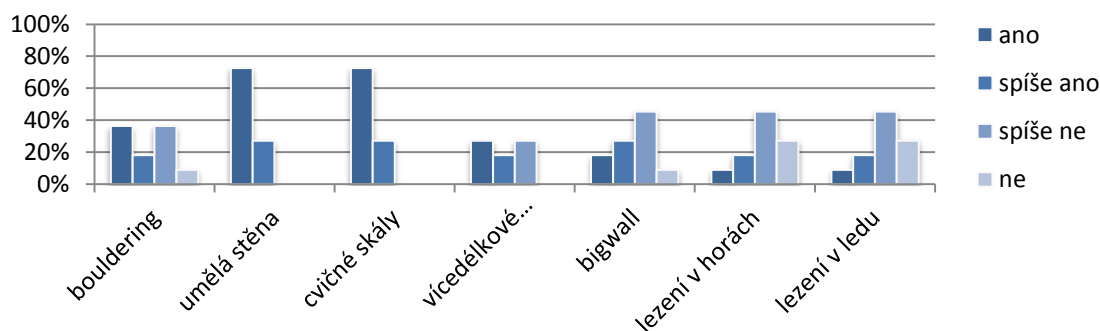
Obrázek 5. Vhodnost disciplín pro lidi s postižením horní končetiny.



Tabulka 4. Vhodnost disciplín pro lidi s postižením dolní končetiny.

	bouldering	umělá stěna	cvičné skály	vícedélkové lezení	bigwall	lezení v horách	lezení v ledu
ano	36,36%	72,73%	72,73%	27,27%	18,18%	9,09%	9,09%
spíše ano	18,18%	27,27%	27,27%	18,18%	27,27%	18,18%	18,18%
spíše ne	36,36%	0,00%	0,00%	27,27%	45,45%	45,45%	45,45%
ne	9,09%	0,00%	0,00%	0,00%	9,09%	27,27%	27,27%

Obrázek 6. Vhodnost disciplín pro lidi s postižením dolní končetiny.



Jak je patrné, v obou případech považují respondenti za vhodné lezení na umělé stěně a cvičných skalách, naopak nevhodné je podle nich lezení v ledu. Při postižení horní končetiny doporučují lezení v horách, ale negativně se staví k boulderingu, vícedélkovému lezení a bigwallu. V případě postižení dolní končetiny je bouldering a vícedélkové lezení označeno za spíše vhodné, avšak bigwall a lezení v horách jako spíše nevhodné.

Odpovědi na **otázku č. 12**, zda vidí respondenti v lezení s člověkem s tělesným postižením nějaké problémy, lze rozdělit do těchto skupin:

- nevidím žádné problémy

- záleží na konkrétním člověku a jeho postižení
- nutnost přizpůsobit zvolenou lezeckou linii postižení partnera
- nutnost využití kompenzačních pomůcek
- zvýšení bezpečnostních rizik během vícedélkového lezení a lezení v horách v důsledku možného pomalejšího postupu

Otázka č. 13 měla za úkol zjistit, jestli by tělesné postižení bylo důvodem pro to, aby s jeho nositelem dotazovaný nelezl. Záporně odpovědělo 7 respondentů, kladně 2, z toho u obou byla důvodem bezpečnost při lezení. Ve 2 případech by záleželo na konkrétním postižení.

Na **otázku č. 14**, zda by lezení s člověkem s tělesným postižením mohlo být přínosem, odpovědělo 8 respondentů ano, 2 ne a jeden nevím. Oblasti, v nichž by mohla tato zkušenost být obohacující, jsou dle dotázaných následující:

- rozvoj tolerance a trpělivosti
- lepší pochopení problematiky tělesného postižení
- motivace ke zlepšení vlastních výkonů
- hledání nových řešení a přístupů v metodice lezení

Škálovací **otázky č. 15 až 20** byly formulovány tak, aby na konkrétních příkladech zjistili, jaké z forem horolezectví by byli lezci ochotni provozovat s lidmi s tělesným postižením. Tabulky č. 5 až 7 znázorňují odpovědi spojené s postižením horních končetin, tabulky č. 8 až 10 se vztahují na postižení dolních končetin.

Tabulka 5. Lezení s člověkem, který nemá celou paži.

	bouldering	umělá stěna	cvičné skály	vícedélkové lezení	bigwall	lezení v horách	lezení v ledu
ano	45,45%	36,36%	27,27%	0,00%	0,00%	9,09%	0,00%
spíše ano	27,27%	45,45%	45,45%	18,18%	18,18%	18,18%	9,09%
nevím	18,18%	18,18%	27,27%	54,55%	36,36%	27,27%	36,36%
spíše ne	0,00%	0,00%	0,00%	18,18%	18,18%	27,27%	36,36%
ne	9,09%	0,00%	0,00%	9,09%	27,27%	18,18%	18,18%

Tabulka 6. Lezení s člověkem, který nemá prsty na jedné ruce.

	bouldering	umělá stěna	cvičné skály	vícédélkové lezení	bigwall	lezení v horách	lezení v ledu
ano	54,55%	81,82%	81,82%	45,45%	27,27%	36,36%	27,27%
spíše ano	27,27%	18,18%	9,09%	27,27%	27,27%	27,27%	9,09%
nevím	9,09%	0,00%	9,09%	9,09%	18,18%	9,09%	27,27%
spíše ne	9,09%	0,00%	0,00%	9,09%	9,09%	9,09%	18,18%
ne	0,00%	0,00%	0,00%	9,09%	18,18%	18,18%	18,18%

Tabulka 7. Lezení s člověkem, který má vývojovou vadu prstů na obou rukou.

	bouldering	umělá stěna	cvičné skály	vícédélkové lezení	bigwall	lezení v horách	lezení v ledu
ano	36,36%	27,27%	27,27%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
spíše ano	18,18%	63,64%	45,45%	36,36%	18,18%	9,09%	9,09%
nevím	18,18%	0,00%	18,18%	27,27%	27,27%	36,36%	18,18%
spíše ne	18,18%	9,09%	9,09%	18,18%	27,27%	36,36%	36,36%
ne	9,09%	0,00%	0,00%	18,18%	27,27%	18,18%	36,36%

Tabulka 8. Lezení s člověkem, který má podkolenní amputaci na jedné noze.

	bouldering	umělá stěna	cvičné skály	vícédélkové lezení	bigwall	lezení v horách	lezení v ledu
ano	54,55%	81,82%	72,73%	18,18%	9,09%	18,18%	9,09%
spíše ano	36,36%	18,18%	18,18%	36,36%	9,09%	0,00%	9,09%
nevím	9,09%	0,00%	9,09%	36,36%	36,36%	36,36%	27,27%
spíše ne	0,00%	0,00%	0,00%	9,09%	36,36%	45,45%	36,36%
ne	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	9,09%	0,00%	18,18%

Tabulka 9. Lezení s člověkem, který má podkolenní amputaci na obou nohou.

	bouldering	umělá stěna	cvičné skály	vícédélkové lezení	bigwall	lezení v horách	lezení v ledu
ano	54,55%	36,36%	36,36%	9,09%	9,09%	9,09%	9,09%
spíše ano	9,09%	45,45%	18,18%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
nevím	9,09%	9,09%	27,27%	36,36%	27,27%	18,18%	9,09%
spíše ne	18,18%	9,09%	18,18%	36,36%	27,27%	45,45%	45,45%
ne	9,09%	0,00%	0,00%	18,18%	27,27%	27,27%	36,36%

Tabulka 10. Lezení s člověkem, který má amputovanou nohu nad kolenem.

	bouldering	umělá stěna	cvičné skály	vícedélkové lezení	bigwall	lezení v horách	lezení v ledu
ano	54,55%	45,45%	45,45%	9,09%	9,09%	9,09%	9,09%
spíše ano	18,18%	45,45%	27,27%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
nevím	9,09%	9,09%	18,18%	54,55%	36,36%	36,36%	18,18%
spíše ne	9,09%	0,00%	9,09%	27,27%	36,36%	36,36%	45,45%
ne	9,09%	0,00%	0,00%	9,09%	18,18%	18,18%	27,27%

Z tabulek je zřejmé, že respondenti při lezení s člověkem s tělesným postižením preferují bouldering, lezení na umělé stěně a na cvičných skalách. Z ostatních disciplín považují s ohledem na závažnost postižení za proveditelné pouze vícedélkové lezení. U bigwallu, lezení v horách a v ledu si nejsou jisti či se přímo ke společné účasti na těchto aktivitách stavějí negativně.

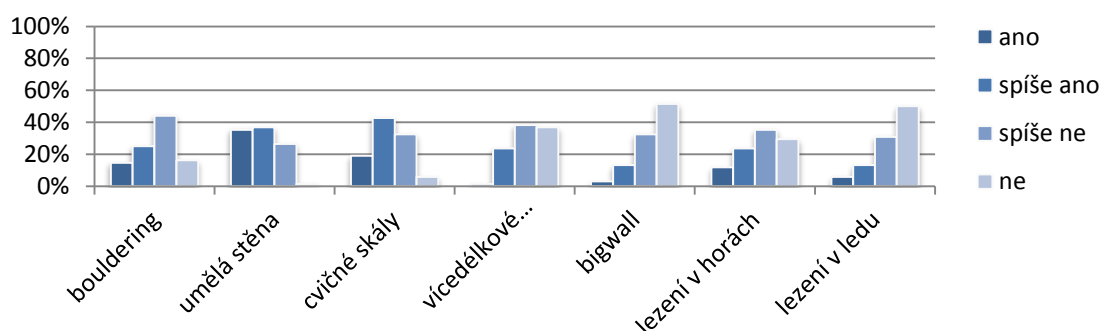
4.2 Respondenti bez zkušenosti s lezením s člověkem s tělesným postižením

Podíl vhodnosti forem horolezectví pro osoby s postižením horní či dolní končetiny, který měly za úkol zjistit **otázky č. 10 a 11**, vyjadřují tabulky č. 11 a 12 a graficky znázorňují obrázky č. 7 a 8.

Tabulka 11. Vhodnost disciplín pro lidi s postižením horní končetiny.

	bouldering	umělá stěna	cvičné skály	vícedélkové lezení	bigwall	lezení v horách	lezení v ledu
ano	14,71%	35,29%	19,12%	1,47%	2,94%	11,76%	5,88%
spíše ano	25,00%	36,76%	42,65%	23,53%	13,24%	23,53%	13,24%
spíše ne	44,12%	26,47%	32,35%	38,24%	32,35%	35,29%	30,88%
ne	16,18%	1,47%	5,88%	36,76%	51,47%	29,41%	50,00%

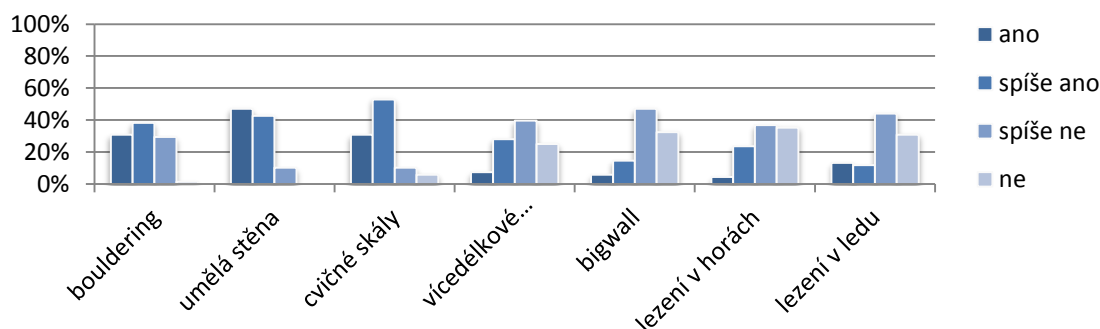
Obrázek 7. Vhodnost disciplín pro lidi s postižením horní končetiny.



Tabulka 12. Vhodnost disciplín pro lidi s postižením dolní končetiny.

	bouldering	umělá stěna	cvičné skály	vícédélkové lezení	bigwall	lezení v horách	lezení v ledu
ano	30,88%	47,06%	30,88%	7,35%	5,88%	4,41%	13,24%
spíše ano	38,24%	42,65%	52,94%	27,94%	14,71%	23,53%	11,76%
spíše ne	29,41%	10,29%	10,29%	39,71%	47,06%	36,76%	44,12%
ne	1,47%	0,00%	5,88%	25,00%	32,35%	35,29%	30,88%

Obrázek 8. Vhodnost disciplín pro lidi s postižením dolní končetiny.



Je zřejmé, že v případě postižení horní končetiny považují respondenti za spíše vhodné lezení na umělé stěně a cvičných skalách. Naopak jako spíše nevhodné označují bouldering, vícédélkové lezení a lezení v horách. Bigwall a lezení v ledu nedoporučují vůbec. Při postižení dolní končetiny je dotázanými považováno za vhodné lezení na umělé stěně a za spíše vhodné lezení na cvičných skalách a bouldering. Vícédélkové lezení, bigwall, lezení v horách a v ledu shledávají za spíše nevhodné.

Odpovědi na **otázku č. 12**, zda respondenti vidí v lezení s člověkem s tělesným postižením nějaké problémy, charakterizují tyto skupiny:

- nevidím žádné problémy
- záleží na konkrétním člověku a jeho postižení
- eventuální přecenění schopností a možností
- nutnost pečlivějšího plánování lezeckého podniku
- nutnost využití kompenzačních pomůcek
- problém v manipulaci s lezeckým materiálem, obzvláště při jištění či záchranných technikách
- zvýšení bezpečnostních rizik během vícédélkového lezení a lezení v horách v důsledku možného pomalejšího postupu

- omezení flexibility reakcí na nepředvídatelnou situaci

Otázka č. 13 zjišťuje, jestli by tělesné postižení bylo důvodem pro to, aby s jeho nositelem dotazovaný nelezl. V 50 případech byla odpověď záporná, z toho pro 6 respondentů by bylo podmiňující bezpečné zvládnutí jištění a pro jednoho předchozí lezecké zkušenosti člověka s tělesným postižením. Pro 3 dotazované by bylo určující konkrétní tělesné postižení a u dalších 3 náročnost lezecké aktivity, kdy by upřednostňovali bouldering, lezení na umělých stěnách a cvičných skalách. Omezení v podobě nutnosti volit nižší obtížnost výstupu by hrálo roli u 2 dotazovaných. V jednom případě byla odpověď nevím. Kladně odpovědělo 9 respondentů, přičemž důvodem by pro ně bylo následující:

- negativní vliv na psychiku
- ohrožení bezpečnosti
- negativní dopad na bezpečnost jištění
- nedůvěra v podání 100% výkonu lezce s tělesným postižením

Na **otázku č. 14**, zda by lezení s člověkem s tělesným postižením mohlo být přínosem, odpovědělo 46 respondentů ano, 18 ne a 4 nevím. Obohacení, které tato zkušenost může dle dotazovaných přinést, lze rozdělit do následujících oblastí:

- rozvoj tolerance, trpělivosti a ohleduplnosti
- lepší pochopení problematiky tělesného postižení
- motivace ke zlepšení vlastních výkonů
- vzor pevné vůle a odhodlání
- hledání nových řešení a přístupů v metodice lezení
- rozšíření vlastních obzorů
- vnitřní uspokojení z pomoci člověku s tělesným postižením

Škálovací **otázky č. 15 až 20** zjišťují, jaké z forem horolezectví by lezci vykonávali s lidmi s tělesným postižením. Tabulky č. 13 až 15 zobrazují odpovědi spojené s postižením horní končetiny, tabulky č. 16 až 18 znázorňují odpovědi, které se váží na postižení dolní končetiny.

Tabulka 13. Lezení s člověkem, který nemá celou paži.

	bouldering	umělá stěna	cvičné skály	vícedélkové lezení	bigwall	lezení v horách	lezení v ledu
ano	51,47%	39,71%	33,82%	8,82%	7,35%	11,76%	7,35%
spíše ano	19,12%	29,41%	27,94%	5,88%	1,47%	8,82%	7,35%
nevím	5,88%	10,29%	13,24%	22,06%	17,65%	16,18%	22,06%
spíše ne	11,76%	11,76%	11,76%	20,59%	25,00%	22,06%	20,59%
ne	11,76%	8,82%	13,24%	42,65%	48,53%	41,18%	42,65%

Tabulka 14. Lezení s člověkem, který nemá prsty na jedné ruce.

	bouldering	umělá stěna	cvičné skály	vícedélkové lezení	bigwall	lezení v horách	lezení v ledu
ano	66,18%	73,53%	67,65%	29,41%	20,59%	32,35%	23,53%
spíše ano	22,06%	17,65%	16,18%	27,94%	16,18%	16,18%	16,18%
nevím	4,41%	5,88%	10,29%	11,76%	23,53%	19,12%	25,00%
spíše ne	5,88%	0,00%	2,94%	10,29%	17,65%	11,76%	14,71%
ne	1,47%	2,94%	2,94%	20,59%	22,06%	20,59%	20,59%

Tabulka 15. Lezení s člověkem, který má vývojovou vadu prstů na obou rukou.

	bouldering	umělá stěna	cvičné skály	vícedélkové lezení	bigwall	lezení v horách	lezení v ledu
ano	67,65%	54,41%	44,12%	13,24%	13,24%	16,18%	13,24%
spíše ano	16,18%	23,53%	20,59%	8,82%	7,35%	19,12%	13,24%
nevím	5,88%	13,24%	19,12%	26,47%	19,12%	16,18%	23,53%
spíše ne	7,35%	5,88%	11,76%	33,82%	36,76%	27,94%	27,94%
ne	2,94%	2,94%	4,41%	17,65%	23,53%	20,59%	22,06%

Tabulka 16. Lezení s člověkem, který má podkolenní amputaci na jedné noze.

	bouldering	umělá stěna	cvičné skály	vícedélkové lezení	bigwall	lezení v horách	lezení v ledu
ano	73,53%	77,94%	69,12%	30,88%	20,59%	14,71%	22,06%
spíše ano	20,59%	16,18%	22,06%	35,29%	29,41%	30,88%	29,41%
nevím	0,00%	0,00%	2,94%	17,65%	17,65%	17,65%	17,65%
spíše ne	4,41%	4,41%	4,41%	10,29%	17,65%	22,06%	14,71%
ne	1,47%	1,47%	1,47%	5,88%	14,71%	14,71%	16,18%

Tabulka 17. Lezení s člověkem, který má podkolenní amputaci na obou nohou.

	bouldering	umělá stěna	cvičné skály	vícédělkové lezení	bigwall	lezení v horách	lezení v ledu
ano	58,82%	52,94%	42,65%	10,29%	5,88%	5,88%	8,82%
spíše ano	17,65%	26,47%	29,41%	20,59%	10,29%	13,24%	10,29%
nevím	5,88%	5,88%	5,88%	20,59%	23,53%	17,65%	20,59%
spíše ne	7,35%	2,94%	10,29%	20,59%	26,47%	27,94%	25,00%
ne	10,29%	11,76%	11,76%	27,94%	33,82%	35,29%	35,29%

Tabulka 18. Lezení s člověkem, který má amputovanou nohu nad kolenem.

	bouldering	umělá stěna	cvičné skály	vícédělkové lezení	bigwall	lezení v horách	lezení v ledu
ano	70,59%	69,12%	52,94%	13,24%	11,76%	8,82%	16,18%
spíše ano	14,71%	20,59%	25,00%	22,06%	11,76%	14,71%	8,82%
nevím	5,88%	4,41%	10,29%	22,06%	19,12%	19,12%	20,59%
spíše ne	7,35%	4,41%	8,82%	23,53%	32,35%	27,94%	25,00%
ne	1,47%	1,47%	2,94%	19,12%	25,00%	32,35%	26,47%

Dle tabulek je patrné, že by respondenti byli ochotni věnovat se s člověkem s tělesným postižením boulderingu, lezení na umělé stěně a na cvičných skalách. U vícédělkového lezení, bigwallu, lezení v horách a v ledu lze až na výjimky sledovat výrazně odmítavý postoj.

DISKUZE

Pohybové aktivity přispívají nejen k socializaci a zlepšení kvality života osob s tělesným postižením, ale mají pozitivní vliv na celou společnost, především v rovině kognitivní, postojoyé a dovednostní. Během procesu integrace dochází k psychickému, fyzickému a sociálnímu rozvoji všech zainteresovaných. Specifika, která zapojení osob s tělesným postižením do pohybových aktivit přináší, spočívají především v bariérách znesnadňujících samotnou participaci. Krom těch, které jsou dány charakterem postižení, rozlišujeme také bariéry legislativní, fyzické a mentální (Ješina, 2009). Právě posledně jmenované se mohou v určité míře projevit i při vykonávání horolezeckých aktivit, které jsou charakteristické komplexním zapojením pohybového aparátu. Z tohoto důvodu je pro mnoho lidí spojení tělesného postižení a horolezectví těžko představitelné. Účastníci anketního šetření lezení s člověkem s tělesným postižením považují převážně za přínosné. Výrazným prvkem je zde motivace, kdy to, že člověk s tělesným postižením dokáže prostřednictvím své vůle a odhodlání překonávat těžkosti spojené s přečlením dané lezecké linie, vede ke snaze po zlepšování vlastních výkonů. Zjednodušeně se dá říci: „Když to dokáže on s postižením, proč bych to neměl dokázat já?“ Osobní zkušenost, při níž je často nutné hledat nová řešení, je respondenty označována za východisko pro lepší pochopení problematiky tělesného postižení. Spolu s rozvojem tolerance, trpělivosti a ohleduplnosti je toto možné považovat za cíl výše uvedené integrace.

Horolezectví je v takřka ve všech svých formách sport, který vyžaduje vysokou míru vzájemné důvěry mezi těmi, kdo jej společně provozují. Případné tělesné postižení jednoho z partnerů na laně je jistě prvkem, který má na celý lezecký podnik výrazný vliv, přičemž ne vždy to musí být v pozitivním směru. Díky tomu nemusí být intaktní lezci společné účasti na horolezeckých aktivitách vždy příznivě nakloněni. Na základě výsledků anketního šetření lze konstatovat, že určujícím prvkem je zejména bezpečnostní hledisko. Z tohoto důvodu preferují lezci bez zdravotního postižení disciplíny, při kterých je míra možného rizika nižší, jako jsou bouldering, lezení na umělé stěně a na cvičných skalách. Vícedélkové lezení, bigwall, lezení v horách a lezení v ledu kladou vyšší nároky na fyzickou zdatnost, psychickou odolnost, metodickou přípravu a schopnost řešit krizové situace svépomocí. Tyto disciplíny jsou také daleko více ovlivněny změnami počasí, které mohou jinak lehký výstup

několikanásobně ztížit. Srovnáme-li odpovědi respondentů s a bez zkušenosti s lezením s lidmi s tělesným postižením, zjistíme, že hlavním rozdílem je výrazně vyhraněnější postoj druhé jmenované skupiny. U obou je ovšem možné sledovat tendenci k samostatnému posouzení konkrétního postižení a schopností jeho nositele. V případě méně závažného postižení jsou intaktní lezci ochotni věnovat se i náročnějším disciplínám.

Přihlédneme-li k otázce problémů, které mohou při lezení s člověkem s tělesným postižením nastat, lze říci, že si je dotázaní uvědomují v jejich plné šíři, přičemž opět převládají ty, které mají přímý vliv na bezpečnost. Stejně tomu je i v otázce toho, zda by bylo tělesné postižení důvodem pro to, aby s jeho nositelem nelezli. Většina respondentů sice odpověděla záporně, avšak v několika případech byla odpověď pro možné zvýšení rizika a s tím spojené vyšší psychické náročnosti kladná. Určitou roli zde sehrála i neochota k nutnému přizpůsobení volby obtížnosti lezecké linie.

Mám-li se k nastolené problematice vyjádřit z pohledu člověka, který se horolezectví aktivně věnuje i přes malformaci levé ruky, musím říci, že mě má vlastní zkušenost vést k názoru, podle něhož záleží vždy na konkrétním člověku, ať už je nositelem tělesného postižení či ne. Každý, kdo se horolezectví věnuje, si musí být vědom svých vlastních limitů, a to nejen fyzických a psychických, ale též těch, které určuje míra zkušeností a úroveň praktických dovedností spojených s metodickými postupy. Přecenit své možnosti a ohrozit tak sebe i své spolulezce může kdokoli. Při volbě konkrétní formy horolezectví a obtížnosti dané linie by tyto faktory měly být určující v každém případě.

ZÁVĚR

Hlavním cílem předkládané bakalářské práce bylo zjistit, jak lezci bez zdravotního postižení vnímají společnou účast na horolezeckých aktivitách s lidmi s tělesným postižením. Dílčím cílem práce bylo zmapovat míru zkušeností, které mají lezci bez zdravotního postižení s lezením s lidmi s tělesným postižením. Oba tyto cíle se podařilo splnit na základě vyhodnocení dat získaných anketním šetřením.

Výzkumná otázka 1: Jaké zkušenosti mají osoby, které se horolezectví věnují, s lezením s lidmi s tělesným postižením?

Anketním šetřením bylo zjištěno, že s lidmi s tělesným postižením lezlo 11 ze 79 respondentů (14 %), přičemž v 6 případech se jednalo o postižení horní končetiny a v 5 o postižení dolní končetiny. Nejčastěji provozovanou formou horolezectví bylo lezení na cvičných skalách (37%) následované lezením na umělé stěně (27%), vícedélkovým lezením (18%), lezením v horách a boulderingem (shodně 9%). Během lezení respondenti tělesné postižení svého partnera vnímali jako handicap pouze ve 2 případech, v jednom velmi omezeně a v jednom pouze na počátku. Problém v podobě nutnosti zohlednit obtížnost vybrané lezecké linie uvádějí 2 dotázaní. V jednom případě byl pro přípravu jištění nutný delší čas, než je obvyklé. Změnu ve vlastním postoji k lezení s lidmi s tělesným postižením uvádí 6 respondentů, z toho u 5 to bylo v pozitivním směru a u jednoho v negativním. Ve 4 případech ke změně nedošlo, v jednom se změnil postoj ke konkrétnímu člověku.

Výzkumná otázka 2: Jaká odvětví horolezectví jsou podle osob, které se mu věnují, vhodná pro lidi s tělesným postižením?

Respondenti, kteří mají osobní zkušenost, považují v případě postižení horní končetiny za vhodné lezení na umělé stěně a cvičných skalách, za spíše vhodné lezení v horách. Při postižení dolní končetiny označují jako vhodné lezení na umělé stěně a cvičných skalách, jako spíše vhodné bouldering a vícedélkové lezení.

Respondenti, kteří vlastní zkušenost nemají, považují při postižení horní končetiny za spíše vhodné lezení na umělé stěně a cvičných skalách. V případě postižení dolní končetiny označují jako vhodné lezení na umělé stěně a za spíše vhodné lezení na cvičných skalách a bouldering.

Výzkumná otázka 3: Jaké formy horolezectví preferují osoby bez zdravotního postižení vzhledem ke společné účasti s lidmi s tělesným postižením?

Bez ohledu na to, zda měli respondenti osobní zkušenost s lezením s člověkem s tělesným postižením či ne, preferovali shodně bouldering, lezení na umělé stěně a na cvičných skalách. Dalším disciplínám by byli ochotni se věnovat pouze s ohledem na závažnost tělesného postižení partnera.

Výzkumná otázka 4: Jaké problémy může podle osob, které se horolezectví věnují, přinášet lezení s lidmi s tělesným postižením?

Respondenti uvádějí tyto možné problémy:

- eventuální přecenění schopností a možností
- nutnost pečlivějšího plánování lezeckého podniku
- nutnost přizpůsobit zvolenou lezeckou linii postižení partnera
- nutnost využití kompenzačních pomůcek
- problém v manipulaci s lezeckým materiálem, obzvláště při jištění či záchranných technikách
- zvýšení bezpečnostních rizik během vícedélkového lezení a lezení v horách v důsledku možného pomalejšího postupu
- omezení flexibility reakcí na nepředvídatelnou situaci

Výzkumná otázka 5: Jaké důvody považují osoby věnující se horolezectví za natolik závažné, aby kvůli nim nelezli s lidmi s tělesným postižením?

Důvodem by dle respondentů mohlo být:

- ohrožení bezpečnosti
- negativní vliv na psychiku
- nedůvěra v podání 100% výkonu lezce s tělesným postižením
- nutnost volit nižší obtížnost lezecké cesty

Výzkumná otázka 6: Jaký přínos může mít dle osob, které se horolezectví věnují, lezení s lidmi s tělesným postižením?

Za přínos lezení s člověkem s tělesným postižením respondenti považují:

- rozvoj tolerance, trpělivosti a ohleduplnosti
- lepší pochopení problematiky tělesného postižení
- motivace ke zlepšení vlastních výkonů
- vzor pevné vůle a odhodlání
- hledání nových řešení a přístupů v metodice lezení
- rozšíření vlastních obzorů
- vnitřní uspokojení z pomoci člověku s tělesným postižením

SOUHRN

Cílem této bakalářské práce bylo zmapovat postoje lezců bez zdravotního postižení ke společné účasti na horolezeckých aktivitách s osobami s tělesným postižením. Dílčím úkolem bylo zjistit, zda se lezci při svých aktivitách s lidmi s tělesným postižením setkávají a v jaké míře.

Přehled poznatků se ve své první části věnuje problematice tělesného postižení. Nejprve se zabývá vymezením základních pojmů, posléze klasifikací tělesných postižení a charakteristikou nejčastěji se vyskytujících typů. Ve druhé části přibližuje horolezectví, především jeho formy a techniky. Praktická část je věnována vyhodnocení anketního šetření a zodpovězení otázek spojených s cílem práce. Výsledky jsou prezentovány pomocí tabulek a grafů.

Na základě analýzy získaných dat lze konstatovat, že intaktní lezci jsou společnému lezení s osobami s tělesným postižením příznivě nakloněni, hlavně na umělé stěně a cvičných skalách. Za nepřilíš vhodné naopak považují vícedélkové lezení, bigwall, lezení v horách a lezení v ledu, především s ohledem na možná bezpečnostní rizika daná náročnějším charakterem těchto disciplín. Problémy, které mohou vyvstat, si uvědomují, zároveň však považují lezení s člověkem s tělesným postižením za přínosné. Rovněž lze říci, že rozdíly v postojích mezi lezci, kteří mají osobní zkušenost, a těmi, kteří se při lezení s lidmi s tělesným postižením dosud nesešli, nejsou nijak výrazné.

SUMMARY

The aim of this Bachelor thesis has been to outline attitudes of non-disabled climbers towards joint climbing activities with persons with physical disabilities. A part of this work tries to find out if climbers meet persons with physical disabilities during their activities and to what extent.

The opening theoretical section focuses on matters connected with physical disabilities. Firstly, it deals with specifying basic terms, then a classification of physical disabilities and a characteristic of the most frequent types. Secondly, it examines climbing, especially its forms and techniques. A practical part is aimed at the evaluation of public opinion survey and answering questions related to the goal of this thesis. Results are presented in a shape of charts and graphs.

On the basis of the data analysis, it may be stated that non-disabled climbers regard joint climbing with physically disabled persons in favour, primarily on indoor walls and training rocks. However, they find out multi-pitch climbing, big wall climbing, mountaineering and ice climbing not enough suitable, especially with respect to possible security threats given by a harder character of these disciplines. They realize problems, which may occur, but at the same time they consider climbing with a physically disabled person beneficial. Moreover, it may be claimed that differences in attitudes of climbers, who have a personal experience and those, who have not met persons with physical disabilities yet, are minimal.

REFERENČNÍ SEZNAM

Buřvalová, D., & Reitmayerová, E. (2007). *Tělesně postižený*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí.

Dungl, P., et al. (2005). *Ortopedie*. Praha: Grada Publishing.

Fischer, S., & Škoda, J. (2008). *Speciální pedagogika: Edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha: Triton.

Frank, T., Kublák, T., et al. (2007). *Horolezecká abeceda*. Praha: Epoque.

Frömel, K. (2002). *Kompedium psaní a publikování v kinantropologii*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Gimenez, B. (2014). La Dura Dura. *Climbing*, č. 322, 45-46.

Jankovský, J. (2006). *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. (2nd ed.) Praha: Triton.

Ješina, O. (2009). Osoby se speciálními potřebami. In Kalman, M., Hamřík, Z., & Pavelka, J. (2009). *Podpora pohybové aktivity pro odbornou veřejnost* (104-110). Olomouc: ORE-institut.

Kalman, M., Hamřík, Z., & Pavelka, J. (2009). *Podpora pohybové aktivity pro odbornou veřejnost*. Olomouc: ORE-institut.

Kudláček, M., & Ješina, O. (2008). *Integrace žáků s tělesným postižením do školní tělesné výchovy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Michalík, J., et al. (2011). *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál.

Nevšímalová, S., Růžička, E., Tichý, J., et al. (2002). *Neurologie*. Praha: Karolinum.

Novosad, L. (2011). *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita*. Praha: Portál.

Pala, J., Filová, I., et al. (2010). *Hory a sníh. Techniky pohybu v zimních horách*. Praha: Epoque.

Procházka, V., et al. (1990). *Horolezectví*. Praha: Olympia.

Renotiérová, M., & Ludíková, L. et al. (2006) *Speciální pedagogika*. (4th ed.) Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Vítková, M. (Ed.). (2004). *Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální*. (2nd ed.). Brno: Paido.

Vítková, M. (2006). *Somatopedické aspekty*. (2nd ed.). Brno: Paido.

Vomáčko, S., Boščíková, S. (2008). *Lezení na umělých stěnách*. (2nd ed.). Praha: Grada.

Winter, S. (2007). *Sportovní lezení*. (2nd ed.). (L. Česenková, Trans.). České Budějovice: KOPP.

PŘÍLOHA

Příloha 1. Vzor ankety.

Jaké jsou postoje lezců bez zdravotního postižení ke společné účasti na horolezeckých aktivitách s lidmi s tělesným postižením?

Dobrý den,

Jmenuji se Jan Klega a jsem studentem oboru Rekreatologie - Pedagogika volného času na Univerzitě Palackého v Olomouci. Součástí ukončení mého studia je vypracování a obhajoba bakalářské práce na téma Postoje lezců bez zdravotního postižení ke společné účasti na horolezeckých aktivitách s tělesně postiženými. Byl bych Vám velice vděčný, pomůžete-li mi s výzkumem a zodpovíte následující otázky. Anketa je anonymní.

*Povinné pole

Mluvíme-li o tělesném postižení, máme tím na mysli postižení, které nejčastěji postihuje pohybový aparát. Osoby s tělesným postižením musí při své mobilitě často používat vozík, protézu či jinou kompenzační pomůcku. Lidé, kteří takovou kompenzační pomůcku běžně nepoužívají, musí vzhledem ke svému vrozenému nebo získanému postižení užívat kompenzačních mechanismů. Například se naučí lépe používat druhou ruku, překonávají svůj výrazně menší vzrůst, naučí se nacházet mechanismy pro překonávání zvýšeného spasmu svalů apod. Nejedná se o osoby ani s mentálním, ani senzorickým postižením.

1. Věk

.....

2. Pohlaví

Označte jen jednu elipsu.

- muž
 žena

3. Jak dlouho se zabýváte lezením

Označte jen jednu elipsu.

- Jsem začátečník
 1 rok
 2 roky
 3 roky
 4 roky
 5 let
 6 let
 7 let
 8 let
 9 let
 10 a více let

4. Lezl jste někdy s člověkem s tělesným postižením? *

Označte jen jednu elipsu.

- Ano *Přeskočte na otázku 5.*
 Ne *Přeskočte na otázku 10.*

5. **Jakou disciplínu horolezectví jste s člověkem s tělesným postižením provozoval?**

Označte jen jednu elipsu.

- Bouldering
- Lezení na umělé stěně
- Lezení na cvičných skalách
- Vícedělkové lezení
- Bigwall
- Lezení v horách
- Lezení v ledu

6. **Jaké tělesné postižení měl Váš lezecký partner?**

7. **Vnímali jste tělesné postižení Vašeho partnera jako handicap celé dvojice?**

8. **Vyskytl se během lezení problém spojený s postižením Vašeho partnera? Pokud ano, o jaký problém šlo a jak jste jej řešili?**

9. **Změnila tato zkušenost Váš postoj k lezení s lidmi s tělesným postižením? Pokud ano, bylo to v pozitivním či negativním směru?**

10. Uveďte, v jaké míře jsou jednotlivá odvětví horolezectví vhodná pro člověka s postižením horní končetiny.

Označte jen jednu elipsu na každém řádku.

	Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne
Bouldering	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lezení na umělé stěně	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lezení na cvičných skalách	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vícedélkové lezení	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bigwall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lezení v horách	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lezení v ledu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Uveďte, v jaké míře jsou jednotlivá odvětví horolezectví vhodná pro člověka s postižením dolní končetiny.

Označte jen jednu elipsu na každém řádku.

	Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne
Bouldering	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lezení na umělé stěně	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lezení na cvičných skalách	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vícedélkové lezení	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bigwall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lezení v horách	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lezení v ledu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Vidíte v lezení s člověkem s tělesným postižením nějaké problémy? Pokud ano, v čem a jaké?

.....

.....

.....

.....

.....

13. Bylo by pro Vás tělesné postižení důvodem pro to, abyste s jeho nositelem nelezli? Pokud ano, proč?

.....

.....

.....

.....

14. Mohlo by podle Vás být lezení s člověkem s tělesným postižením přínosem pro Vaši osobu, potažmo Váš lezecký tým? Pokud ano, v jakém ohledu?

.....

.....

.....

.....

15. Lezli byste s člověkem, který nemá celou paži?

Označte jen jednu elipsu na každém řádku.

	Ano	Spíše ano	Nevím	Spíše ne	Ne
Bouldering	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lezení na umělé stěně	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lezení na cvičných skalách	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vícédélkové lezení	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bigwall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lezení v horách	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lezení v ledu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. Lezli byste s člověkem, který nemá na jedné ruce prsty?

Označte jen jednu elipsu na každém řádku.

	Ano	Spíše ano	Nevím	Spíše ne	Ne
Bouldering	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lezení na umělé stěně	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lezení na cvičných skalách	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vícédélkové lezení	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bigwall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lezení v horách	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lezení v ledu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. Lezli byste s člověkem, který má vývojovou vadu prstů na obou rukou?

Označte jen jednu elipsu na každém řádku.

	Ano	Spíše ano	Nevím	Spíše ne	Ne
Bouldering	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lezení na umělé stěně	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lezení na cvičných skalách	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vícédélkové lezení	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bigwall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lezení v horách	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lezení v ledu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. Lezli byste s člověkem, který má podkolenní amputaci na jedné noze?

Označte jen jednu elipsu na každém řádku.

	Ano	Spíše ano	Nevím	Spíše ne	Ne
Bouldering	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lezení na umělé stěně	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lezení na cvičných skalách	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vícédélkové lezení	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bigwall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lezení v horách	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lezení v ledu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. Lezli byste s člověkem, který má podkolenní amputaci na obou nohou?

Označte jen jednu elipsu na každém řádku.

	Ano	Spíše ano	Nevím	Spíše ne	Ne
Bouldering	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lezení na umělé stěně	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lezení na cvičných skalách	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vícedélkové lezení	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bigwall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lezení v horách	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lezení v ledu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. Lezli byste s člověkem, který má amputovanou nohu nad kolenem?

Označte jen jednu elipsu na každém řádku.

	Ano	Spíše ano	Nevím	Spíše ne	Ne
Bouldering	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lezení na umělé stěně	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lezení na cvičných skalách	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vícedélkové lezení	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bigwall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lezení v horách	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lezení v ledu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>