

Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta tělesné kultury
Katedra aplikovaných pohybových aktivit

MAPOVÁNÍ BEZBARIÉROVOSTI LYŽAŘSKÝCH AREÁLŮ V BESKYDECH

Bakalářská práce

Autor: Gabriela Adámková, Aplikované pohybové aktivity

Vedoucí práce: Mgr. Radka Čiháková

Olomouc 2019

Bibliografická identifikace

Jméno a příjmení autora: Gabriela Adámková

Název bakalářské práce: Mapování bezbariérovosti lyžařských areálů v Beskydech

Pracoviště: Katedra aplikovaných pohybových aktivit

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Radka Čiháková

Rok obhajoby bakalářské práce: 2019

Abstrakt: Bakalářská práce se zabývá mapováním bezbariérovosti lyžařských areálů v Beskydech. Práce je rozdělena na dvě části, a to část teoretickou a část praktickou. Teoretická část zahrnuje poznatky o tělesném a zrakovém postižení a jednotlivých bariér v životě zdravotně postiženého člověka. Praktická část obsahuje mapování bezbariérovosti vybraných lyžařských středisek v Beskydech, a to na základě přímého měření a pozorování a následného zpracování do záznamového archu. Mapování probíhalo v pěti předem vybraných areálech – Ski areál Bílá, Ski park Gruň, Ski areál Razula, Ski areál Karolinka a Ski centrum Kohútka. Jako cílová skupina byly vybrány osoby s tělesným a zrakovým postižením.

Klíčová slova: tělesné postižení, zrakové postižení, zdravotní postižení, monoski, lyžování, aplikované pohybové aktivity, bezbariérovost

Souhlasím s půjčováním diplomové práce v rámci knihovních služeb.

Bibliographical identification

Author's first name and surname: Gabriela Adámková

Title of the thesis:

Department: Department of Adapted Physical Activities

Supervisor: Mgr. Radka Čiháková

The year of presentation: 2019

Abstract: Bachelor thesis inquired into mapping barrier-free ski areas in Beskydy. The thesis is divided into two parts, theoretical and practical. The theoretical part includes knowledge of physical and visual impairments and particular barriers in life of disabled person. Practical part comprises barrier-free mapping of certain ski areas in Beskydy based on direct mapping and observation followed by processing into archive. Mapping took place in five, pre-arranged, ski areas – Ski areál Bíla, Ski park Gruň, Ski areál Razula, Ski areál Karolinka and ski centrum Kohútka. As a target group were chosen persons with physical and visual impairments.

Keywords: physical disability, visual disability, disability, monoski, skiing, adapted physical activity, barrier-free

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

Prohlášení autora

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně pod vedením Mgr. Radky Čihákové a uvedla všechny použité literární a odborné zdroje.

V Olomouci dne

.....

Podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Radce Čihákové za odborné vedení mé bakalářské práce, za poskytnutí rad a trpělivost. Dále děkuji za poskytnutí informací provozovatelům a zaměstnancům lyžařských středisek.

Obsah

Úvod.....	8
1 Přehled poznatků.....	9
1.1 Charakteristika tělesného postižení.....	9
1.1.1 Centrální a periferní obrny.....	11
1.1.2 Deformace.....	14
1.1.3 Malformace.....	15
1.1.4 Amputace.....	15
1.2 Význam pohybové aktivity pro osoby s tělesným postižením.....	16
1.4 Bariéry osob tělesně postižených.....	18
1.4.1 Vnitřní bariéry.....	19
1.4.2 Vnější bariéry.....	19
1.4.3 Architektonické bariéry.....	19
1.4 Lyžování osob tělesně postižených.....	20
1.4.1 Klasifikace tělesně postižených lyžařů.....	20
1.4.2 Vybavení pro lyžování osob tělesně postižených.....	22
1.4.3 Historie lyžování osob tělesně postižených.....	23
1.5 Charakteristika zrakového postižení.....	24
1.5.1 Typy zrakového postižení.....	25
1.5.2 Zrakové vady.....	26
2 Cíl.....	28
2.4 Dílčí cíle.....	28
2.5 Úkoly práce.....	28
2.6 Výzkumné otázky.....	28
3 Metodika.....	29
3.4 Výběr lyžařských středisek.....	31
3.5 Výzkumné metody.....	32
3.6 Průběh mapování.....	32
4 Výsledky.....	34
4.1 Ski areál Bílá.....	34
4.2 Ski park Gruň.....	38
4.3 Ski areál Razula.....	42

4.4	Ski areál Karolinka.....	45
4.5	Ski centrum Kohútka.....	48
5	Závěr	51
	Shrnutí.....	53
	Summary	54
	Referenční seznam	55
	Přílohy.....	57

Úvod

Sport, či jakýkoli pohyb obecně je pro člověka velice důležitý. Postižení nebo pohybové omezení by nemělo člověka nikterak odradit, tudíž bychom měli myslet na bezbariérovost objektů, a to jak kulturních, sportovních i kterýkoli jiných.

V dnešní moderní době, můžeme bezbariérové přístupy a celkově bezbariérový prostor nalézt čím dál tím častěji, ovšem stále máme mezery. Každý člověk může pojem „překážka“ vnímat naprosto odlišně. Například schodek do restaurace může být pro člověka na invalidním vozíku velkou překážkou, až důvodem pro nenavštívení objektu, zatímco člověk o francouzských holích či chodítku zvládne takovou překážku docela lehce.

Jelikož v zimním období je lyžování jeden z nejčastějších sportů, je důležité zpřístupnit i lyžařská střediska pro osoby s handicapem. Mým cílem bylo zmapovat bezbariérovost pěti lyžařských areálů nacházejících se v Beskydech pomocí metodiky pro mapování bezbariérovosti lyžařských středisek, kterou vytvořil Mgr. Pavel Pleva (2014) a upravil Mgr. Daniel Gondek (2019). Veškerá lyžařská střediska jsem důkladně a podrobně zmapovala, změřila, popsala a poté i nafotila. Důležité bylo změřit průjezdové šířky dveří jak do restaurace či bufetu, na toalety a také do hlavní budovy či k pokladně. Následně jsem zdokumentovala příjezdovou cestu a parkoviště pro návštěvníky a lyžaře a také jsem formou rozhovorů s obsluhou vleků a lanovek a provozovatelem zjistila dosavadní zkušenosti s lyžaři s tělesným či zrakovým postižením.

V teoretické části se pokusím přiblížit několik důležitých pojmů spojených s tímto tématem.

1 Přehled poznatků

1.1 Charakteristika tělesného postižení

Ježorská a Kisvetrová (2014) definují tělesné postižení jako „dlouhodobý nebo trvalý stav charakterizovaný poruchou anatomickou, orgánovou nebo funkční“. Jakékoli postižení výrazně a negativně zasahuje do kvality života jedince s postižením a je velice často znevýhodněn v oblasti komunikace, protože u osob s tělesným postižením jsou často přidruženy narušené komunikační schopnosti (Jakobová, 2011). Podle Vítkové (2006) můžeme tělesné postižení charakterizovat jako celkové nebo částečné omezení hybnosti.

Světová zdravotnická organizace, zkráceně WHO vymezuje pojem postižení do tří pojmů, a to *impairment* (vada či poškození), *disability* (omezení) a *handicap* (postižení). Pojem **vada** znamená poškození podpůrného a pohybového aparátu, určité deformace či somatické změny. **Omezení** popisuje jako neschopnost či chybní schopnosti určitým způsobem provádět aktivity, které lidé z intaktní skupiny považují za normální a pod pojmem **postižení** se rozumí omezení nebo znevýhodnění, které brání určitému jedinci částečně nebo úplně splnit roli, která by mu vzhledem jeho věku, pohlaví a kultuře příslušela (World Health Organisation, 1980).

Jonášková (2001) uvádí rozdělení hybnosti na základě omezení na *mobilní jedinec*, *částečně mobilní* a *imobilní jedinec*. **Mobilní jedinec** je člověk, který je schopný samostatného přemístění, pohybu, chůze. **Částečně mobilním** je člověk odkázan na pomoc další osoby, případně určité ortopedické, protetické nebo technické pomůcky (hole, berle, chodítka) a jako **imobilní** se označuje osoba, která není schopna zvládnout pohyb ani s dopomocí. Někteří částečně mobilní a imobilní jsou schopni pohybu za pomoci ortopedických vozíků.

Imobilitu můžeme také rozdělovat na *dočasnou*, *dlouhodobou* a *trvalou*. **Dočasná imobilita** je krátkodobý stav pro vynucením klidu na lůžku, kdy obvykle nedochází k závažným změnám v motorice. Může se jednat o pooperační stav nebo hořečnatá onemocnění. **Dlouhodobá imobilita** je příčinou závažných komplikací, kdy je jedinec na delší dobu nucen požívat vozík nebo ležet na lůžku a **trvalá imobilita** je stav po úrazu, závažném onemocnění nebo těžkém vrozeném postižení, při kterém dochází k výpadku motorických funkcí různého rozsahu (Klusoňová & Pitnerová, 2005).

Opatřilová a Zámečnicková (2007) dělí vady podle doby vzniku postižení na *vrozená*, u kterých můžeme mluvit i o dědičnosti (DMO, vady lebky a páteře, končetin a růstové odchylky) a *získaná* (deformace, po úraze, po nemoci). Ježorská a Kisvetrová (2014) se věnují ve své knize i psychice jedinců s postižením, kde porovnávají adaptaci na život. Osoby s vrozeným postižením získávají zkušenosti již od narození, osvojují si potřebné dovednosti, vytvořili si realistický náhled na sebe a na svou situaci a jejich cíle jsou v souladu s jejich možnostmi vyplývajícími z jejich zdravotního stavu. Zatímco osoby se získaným postižením mají problémy s celkovou adaptací do života. Novosad (2011) popisuje získané postižení jako „náhlou změnu zdravotního stavu, kdy jedinec nemá příležitost k postupné adaptaci“.

Častou příčinou tělesného postižení, tedy získaného postižení jsou úrazy páteře, například automobilové či motocyklové nehody nebo skoky do vody a výjimečně také při určitých onemocněních, kdy vznikají ochrnutí v závislosti na výšce poškození míchy neboli výšce léze. Rozlišuje 4 typy postižení, kdy první je **poúrazová chabá paréza**, která nastává po poranění páteře v oblasti dolní bederní páteře a dochází k neúplnému ochrnutí (paréze) dolních končetin. Tyto osoby jsou schopny chodit o francouzských holích. Dalším typem je **paraplegie**, kdy se jedná o úplné ochrnutí dolních končetin, většinou po poranění míchy v oblasti horní bederní a hrudní páteře. Osoby s tímto typem postižení používají vozík celodenně. Po poranění páteře v oblasti krční dochází ke **kvadruplegii**, což znamená většinou úplné ochrnutí dolních končetin a ochrnutí horních končetin v různém stupni. Posledním a nejméně častým typem je **kvadruparéza**, kdy se jedná o neúplné ochrnutí horních i dolních končetin.

Vítková (2006) rozděluje postižení pro jednodušší klasifikaci podle místa postižení na:

- Obrny (centrální a periferní nervová soustava)
- Deformace (vrozené nebo získané vady, nesprávný tvar některé části těla)
- Malformace (patologické vyvinutí různých částí těla, nejčastěji končetin (amelie))
- Amputace (umělé odnětí části těla)

1.1.1 Centrální a periferní obrny

Centrální obrny

Obrny se projevují poruchou hybnosti, kdy se liší stupněm a rozsahem postižení (Opatřilová & Zámečnicková, 2007). Centrální část zahrnuje míchu a mozek, zatímco periferní obvodové nervstvo. Jednotlivé druhy se dělí na *parézy* a *plégie*. **Paréza** neboli částečné ochrnutí či částečná neschopnost aktivního volného pohybu znamená, že je možné zlepšení funkčního poškození. Úplné ochrnutí čili **plégie** popisuje končetinu, která zůstává nehybná, a dochází tedy k úplné ztrátě hybnosti končetiny. Objevují se problémy s krevním oběhem a dochází k atrofii svalstva a celkově deformitě končetin (Vítková, 2006). Opatřilová a Zámečnicková (2007) také uvádí tzv. přechodnou obrnu, kdy končetina pracuje nedokonale a je možná náprava.

Centrální obrny při zasažení mozku:

Dětská mozková obrna (DMO) patří mezi nejzávažnější centrální postižení, která vzniká buď prenatálně (před porodem), perinatálně (během porodu) nebo krátce po porodu, postnatálně. Jak Vítková (1999) uvádí, pro DMO je charakteristická tělesná neobratnost, hlavně v jemné motorice, nerovnoměrný vývoj jedince, nesoustředěnost, těkavost, opožděný vývoj řeči, vady řeči a jiné. Autorky Ježorská a Kisvetrová (2014) uvádí, že u dětí s DMO dochází k opožděnému nebo narušenému vývoji řeči, a proto potřebují průběžnou terapii řeči. Podle typu postižení můžeme dětskou mozkovou obrnu dělit na několik forem: nejpočetnější skupinu tvoří spastické formy, další dyskineticko-dystonické a smíšené formy (Vítková, 1999).

Diparetická forma dětské mozkové obrny je nejpočetnější a nejčastěji se vyskytuje u předčasně narozených dětí s nízkou porodní hmotností. Je typická pro úplné nebo částečné ochrnutí dolních končetin s minimálním nebo žádným postižením horních končetin. Ve většině případů diparetické formy je intelekt v normě. **Hemiparetická forma** je postižení pravé nebo levé části těla, často s větším postižením na horní končetině a často se vyskytují epileptické záchvaty. **Kvadruparetická forma** je nejčastějším projevem oboustranné hemiparézy. Vyskytují se výrazně postižené horní i končetiny s častými epileptickými záchvaty a přidruženým mentálním postižením (Vítková, 1999).

Organizace CP-ISRA, která řídí soutěže a pravidla o klasifikaci spastiků, vytvořila osm tříd s funkčním profilem CP1 až CP8, kdy první čtyři třídy jsou pro vozíčkáře a pátá až osmá je pro chodící sportovce. Daďová, Čichoň, Švarcová a Potměšil (2008) popisují jednotlivé třídy:

- CP 1 – **kvadruplegik (tetraplegik)** – těžké postižení všech čtyř končetin s chabým funkčním rozsahem pohybu a chabou funkční silou všech končetin a trupu. Osoba je závislá na elektrickém vozíku nebo asistenci
- CP 2 – **kvadruplegik** – těžké až střední postižení všech čtyř končetin. Jedinec je schopen pomalu pohánět vozík
- CP 3 – **kvadruplegik až těžký hemiplegik** – střední postižení čtyř nebo tří končetin nebo těžké postižení jedné půlky těla. Síla trupu dobrá a je schopen několika kroků s pomůckou, jinak používá vozík, který je schopen sám pohánět
- CP 4 – **diplegik** – střední až těžké postižení zejména dolních končetin. Dobrá funkční síla s lehkým omezením horních končetin nebo trupu a středně těžké až těžké postižení obou dolních končetin, kdy vozík používá při sportu.
- CP 5 – **diplegik** – symetrické nebo asymetrické střední postižení. Střední až těžká spasticita buď u obou dolních končetin nebo jedné strany těla, k chůzi potřebuje pomůcky ale nikoli nezbytně pro stoj
- CP 6 – **sportovec s atetózou nebo ataxií** – všechny končetiny mají funkční postižení a mohou být problém s rovnováhou a koordinací, ale chodí bez pomůcek. Úchop a uvolnění může být negativně ovlivněno atetózou i spasticitou. Sportovci této třídy mají obvykle větší potíže s ovládním horních končetin než sportovci třídy CP5
- CP 7 – **hemiplegik, střední až minimální postižení jedné poloviny těla** – dobrá funkční schopnost dominantní (nepostižené) poloviny těla. Sportovec chodí a běhá bez pomůcek, ale s viditelnou asymetrií. Problémy s úchopem a uvolněním jsou minimální na dominantní ruce
- CP 8 – **minimální postižení, diplegici a hemiplegici s lehkou spasticitou a sportovci s lehkou atetózou či ataxií** – dobrá rovnováha s rozsahem pohybu, ale možné koordinační problém. Schopni skákat a běhat bez pomůcek s minimální či žádnou asymetrií

Lehká mozková dysfunkce (LMD) je lehčí typ poruchy centrální nervové soustavy. Starší název je pro LMD lehká dětská encefalopatie. Charakteristické pro tot postižení je oslabení schopností a vlastností psychických funkcí zodpovědných za kontrolu, regulaci, koordinaci a integraci chování, porucha sebekontroly, tím myšlena rychlost a přiměřenost reakce, dále také změnou nálad, impulzivitou, pohybovou neobratností a další (Vítková, 2006). Vágnerová (1991) uvádí, že jedním z typických znaků je nerovnoměrný vývoj. Podle Kábeleho (1968) se jedná o poruchy zvláště v oblasti psychomotorické, mentální i volné jako následek lehčího stupně perinatálního poškození CNS.

LMD bývá často diagnostikována až v době nástupu do školy, kdy se více objevují nebo projevují známky typické pro specifické poruchy učení, jako jsou dyslexie, dysgrafie, dysortografie nebo poruchy chování (Pokorná, 1997).

Dětská obrna je infekční onemocnění, které dříve postihovalo především děti v předškolním věku, které zanechávalo trvalé a většinou těžké následky. Probíhalo ve dvou fázích, kdy po prvních 5-10 dnech se projevovalo zvláště lehkými chřipkovými syndromy, poté nastupovala druhá fáze, která byla typická pro horečky s příznaky podráždění mozkových blan. Intelekt zůstal nepoškozen. Od roku 1958 jsou u nás všechny děti očkované a nové případy od té doby nejsou zaznamenány (Vítková, 2006).

Vítková (2006) taktéž popisuje **Traumatické obrny**, které vznikají při úrazu, který způsobí buď otevřené nebo uzavřené poranění hlavy, při němž může být zasažena lebka nebo mozek. Nejlehčí formou je otřes mozku, dále stlačení a nejtěžší formou je zhmoždění mozku. Důležité je vědět, že se potíže u dětí nemusí projevit ihned, ale až po několika hodinách, kdy může být dítě nevolno, zvrací, točí se jim hlava. K poranění hlavy může dojít například srážkou s dopravním prostředkem, pádem z kola, při sportu a jiné.

Centrální obrna při zasažení míchy:

Rozštěp páteře, odborně označovaný jako spina bifida, je jedna z nejrozšířenějších vrozených vad. Je označována za druhou nejčastější formu hned po DMO. Vzniká nedokonalým uzavřením medulární trubice a následným výhřezem míchy z páteřního kanálku, a to nejčastěji v bederní krajině. V častých případech bývá horní polovina těla normálně vyvinuta (Kudláček et al., 2013).

Centrální obrny při degenerativním onemocnění mozku a míchy:

Degenerativní onemocnění mozku a míchy se projevuje až v průběhu života člověka, kdy nervová vlákna a poté i nervové dráhy postihuje proces rozpadu a zániku nervových buněk (Dvořák, 1999).

Roztroušená skleróza mozkomíšní je těžkým postižením, vyznačující se ložiskovými změnami mozku a míchy. Příznaky jsou různé, nejčastěji se však jedná o poruchy pohybového aparátu, poruchy zraku a řeči a v pokročilejším stavu se objevuje demence (Dvořák, 1999).

Při **Parkinsonově nemoci** dochází k úbytku nervových buněk části středního mozku, které jsou významným producentem dopaminu, což je látka umožňující přenos signálů mezi nervovými buňkami. Při nedostatku dopaminu člověk ztrácí schopnost ovládat a koordinovat svůj pohyb, svalové napětí a automatické pohyby. Je považována za jednu z nejčastějších degenerativních onemocnění nervové soustavy. Postihuje obě pohlaví zvláště ve věku 50-60 let, častěji se však vyskytuje u mužů. Pokud není včas zahájena léčba, může dojít k úplné ztrátě hybnosti (Dvořák, 1999).

Periferní obrny

Periferní obrny zasahují pouze jednotlivé periferie, jako jsou končetiny, svaly, obličej. Jsou následkem zánětů, hlubokého poranění, úrazů či otevřených zlomenin. Mezi nejčastější formy patří deformace, malformace a amputace (Opatřilová & Zámečnicková, 2007).

1.1.2 Deformace

Jedná se o skupinu vrozených či získaných vad, které jsou typické pro nesprávný tvar části těla nebo orgánu. Rozlišujeme *vývojové* deformace například lebky, hrudníku, kloubů, končetin a *získané* deformace například po úrazech jako špatně zahojená zlomenina (Opatřilová & Zámečnicková, 2007).

Příklady deformací dolních a horních končetin (Vítková, 2006):

- **Syndaktilie** – srůst prstů na ruce či noze
- **Polydaktilii** – zmnožení prstů na ruce či noze
- **Peromelie** – vrozené chybění části paže, předloktí či celé ruky
- **Vrozené chybění dlouhých kostí**

Perthesova choroba označuje složitý proces rozpadu kyčelního kloubu a následný proces jeho regenerace. Pravděpodobnou možnou příčinou je poškození cév, které vyživují hlavici stehenní kosti. Onemocnění postihuje zejména děti ve věku 5-7 let, kdy se zastaví růstový vývoj hlavice a začne se tříštit. Hlavice ztrácí mechanickou odolnost a tlakem způsobeným zatěžováním při chůzi se deformuje do stran. Léčba je dlouhodobá a trvá až dva roky, kdy dítě nesmí zatěžovat postiženou končetinu. Po dobu léčby je buď umístěno v léčebně nebo ve speciální škole, eventuálně je střídavě v nemocnici a v domácí péči. Po vyléčení se dítě vrací do klasické kmenové školy. Mělo by se vyhnout nošení těžkých věcí a po určité době je uvolněno z hodin tělesné výchovy. Následně je důležité vyhnout se otřesovým a nárazovým sportům (rytmika, skoky, běhy na tvrdém povrchu). Doporučeným sportem je jízda na kole a plavání (Vítková, 2006).

Progresivní svalová dystrofie je porucha svalů (myopatie). Jde o onemocnění příčně pruhovaného svalstva, kdy dochází rychleji či pomaleji k degeneraci svalových vláken, která jsou postupně nahrazována funkčně neplnohodnotnou vazivovou a tukovou tkání (Opatřilová & Zámečnicková, 2007).

1.1.3 Malformace

Malformace je patologické vyvinutí různých částí těla, nejčastěji se jedná o končetiny a patří do skupiny vrozených vývojových vad. Částečné chybění končetiny nazýváme jako **amelie**, jakmile končetina navazuje přímo na trup, jedná se o **fokomelii** (Vítková, 1999).

1.1.4 Amputace

Amputací rozumíme umělé odnětí končetiny nebo části končetiny od trupu. Příčinou může být úraz, např. autonehody, poranění výbušninou, při sportu a jiné. Důležitá je spolupráce s plastickou chirurgií a protetickým oddělením (Vítková, 2006). Dle Ješiny a Kudláčka (2011) rozlišujeme několik typů amputací dolních končetin, a to na *jednostrannou nadkolenní* či *podkolení* amputaci nebo *oboustranné amputace nadkolenní* či *podkolenní*.

1.2 Význam pohybové aktivity pro osoby s tělesným postižením

Život člověka s postižením má i přes maximální podporu osob blízkých, či asistentů stále mnoho omezení a znevýhodnění. Dopad náročné životní situace je velmi individuální a každý ji vnímá jinak. Někteří ventilují své pocity agrese, jiní unikají do fantazie nebo se úplně izolují. V dnešní době se setkáváme s velkou škálou možností aktivit, kde se mohou zapojit i osoby zdravotně postižené, z čeho vyplývá, že velkou skupinou, jak si osoby postižením zkvalitňují život je právě sport (Ježorská & Kisvetrová, 2014).

Měli bychom si uvědomit, že pohyb je v životě jakéhokoli člověka velmi důležitý a působí například na socializaci a vývoj osobnosti či samostatnosti, pomáhá utvářet vztahy k druhým lidem a ovlivňuje schopnost komunikovat (Vítková, 2006). Ježorská a Kisvetrová (2014) také uvádí, že je důležité zamezit konfrontaci mezi možnostmi, které jsou dány omezením plynoucím z postižení a ambicemi jedince, dále srovnávání sebe s jedinci bez postižení a také konfrontace mezi tím, čeho by jedinec mohl dosáhnout bez postižení, a tím, čeho reálně dosáhnout může.

Vítková (2006) popisuje pohyb jako základní nástroj, který zabezpečuje člověku možné pracovní zabezpečení, přísun potřebných informací, poznatků a zkušeností, navazování sociálních vztahů a možnou sebe prezentaci, zlepšení předpokladů pro sebeobsahu a samostatnost, ve velké míře podporu zdraví, ale také zábavu a prožitky. Také uvádí, že v případě společenské izolace se mohou projevit i negativní změny v psychickém vývoji, povahových rysech, v komunikaci či v možnosti vzdělávat se nebo pracovat s vrstevníky.

Život všech se projevuje pohybem a s pohybem jsou často spojeny příjemné zážitky jako radost a uvolnění, ale i negativní prožitky například bolest či únava. Jak příjemné zážitky, tak negativní prožitky mají pro člověka svůj nesporný význam, kdy překonáním zátěže a odporu stoupá jeho trpělivost, odolnost a vůle. Pravidelná pohybová aktivita má nejen pozitivní účinky na fyzické zdraví, ale také řadu pozitivních sociálních a psychologických dopadů na zdravý vývoj dítěte a zdravý životní styl. Můžeme pohybovou aktivitu brát jako prostředek seznamování se s prostředím nebo lidmi, učení se novým pohybům a nabrat tak nové zkušenosti. Pohybem se člověk učí vyjádřit sebe sama a komunikovat s ostatními, získávat sebevědomí, hodnocení sebe samého, soupeření a spolupráce. Bavíme se tedy o celém komplexu lidského chování, které

zahrnuje všechny pohybové činnosti člověka, a to od pohybových úkolech každodenního života po tělesnou výchovu, sport a pohybovou rekreaci (Opatřilová & Zámečnicková, 2014).

1.4 Bariéry osob tělesně postižených

Bezbariérové prostředí a bariéry jsou termíny využívající se v oblasti speciálně pedagogické. S těmito termíny se setkáváme při integraci osob se zdravotním postižením do škol či společnosti, kdy pojem bariéra nemusí být chápán jen jako technická překážka, ale lze jej pochopit i jako bariéry psychické nebo společenské. Zatímco fyzické bariéry jsou brány ve smyslu skutečných omezení pohybu v prostředí, ve kterém se pohybujeme nebo která komplikují či znemožňují pohyb, na druhé straně tomu bariéry psychické mohou být jak v lidech s postižením, tak i v lidech bez postižení. U osob s narušenou hybností mnohdy řada překážek zůstává nepřekonatelnými, i když současné trendy směřují k jejich odstraňování nebo alespoň limitování a cílem je dosažení co možná nejvyššího stupně nezávislosti a samostatnosti osob s postižením. Důležité je vždy vycházet z individuálních schopností jedince, rodinného prostředí, věku a stupni postižení. Každý člověk vnímá bariéry odlišným způsobem, a to souvisí s potřebami osoby, zájmy, životním stylem, stupněm a typem postižení, věkem a dalšími faktory (Vítková, 2006).

Podle Novosada (2011) bychom měli fyzické a sociální bariéry vnímat jako celek, kdy se překážky vzájemně ovlivňují. Taktéž záleží na schopnostech, věku a chuti učit se a používat nové kompenzační pomůcky, které má k dispozici.

Filipová (1998) popisuje vztah postižení k bariérám. Na prvním místě radí osoby s lehčím typem postižením, kdy jsou schopni samostatné lokomoce za pomoci jedné nebo dvou holí. Tyto osoby mohou mít problém například při nástupu a výstupu z dopravních prostředků. Druhou skupinou jsou osoby se středním typem postižení, kdy k pohybu používají protetické pomůcky nebo francouzské hole a samostatného pohybu jsou schopni jen na krátké vzdálenosti. Problémem může být chůze do schodů a ze schodů a možná nepřístupnost do běžných dopravních prostředků. Následující velkou skupinou jsou lidé užívající vozík. Filipová (1998) je rozdělila do pěti skupin, a to na osoby využívající vozík jen pro pohyb venku, dále osoby upoutané na vozík, avšak soběstační, vozičkáři potřebující asistenci u některých úkonů, dále vozičkáři vyžadující neustálou asistenci a lidí využívající elektrický vozík.

Šestáková a Lupač (2010) ve své knize stanovují podmínky, které by mělo splňovat prostředí, které je přístupné pro osoby se zdravotním postižením. Jsou jimi: ohleduplnost, bezpečnost, funkčnost a srozumitelnost a zároveň Filipová (2002) uvádí

základní parametry pohybu osoby s handicapem v prostředí: větší manipulační prostor, přehlednost prostředí, označený prostor vyhrazených pro vozíčkáře piktogramy, umožnit průchozí prostor o šířce minimálně 70-90 cm, v případě zakřivení minimálně 150 cm, zohlednit snížený horizont pohledu a sníženou dosahovou vzdálenost vozíčkáře.

1.4.1 Vnitřní bariéry

Ve velké míře záleží na tom, zda se jedná o postižení vrozené či získané během života. Osoby, u kterých nastane náhlá změna zdravotního stavu, nemají dostatek času na adaptaci a o to mají situaci složitější. Tato situace může mít negativní vliv na psychiku člověka, kdy si uvědomují, co ztratili a náhle se stávají závislí na ostatních. V některých případech to může vést až ke zhroucení. Naopak osoby s vrozeným postižením mají od začátku života podporu, dostatek času se adaptovat a naučit se potřebným věcem a získat zkušenosti (Novosad, 2011).

1.4.2 Vnější bariéry

Tyto bariéry se týkají především široké veřejnosti, kdy zdraví lidé nemají zkušenosti s lidmi s postižením nebo mají strach, že budou příliš citliví nebo lítostiví. Filipová (2002) apeluje na to, že je nutné přistupovat k člověku s jakýmkoli druhem postižení bez předsudků. Lidé se bojí, aby neřekli něco špatně a nechtějí ho nijak zranit, proto se častokrát komunikaci s takovýmto člověkem raději vyhnou. Proto je dobré spojovat intaktní populaci s veřejností, aby se naučili spolupracovat.

1.4.3 Architektonické bariéry

S architektonickými bariérami se člověk může setkat v budovách jako jsou například schody, vysoký práh nebo malá průjezdová šířka dveří. Nejvíce takových překážek tudíž najde člověk, který se pohybuje na vozíku, či s francouzskými holemi a má obtíže pohybovat se samostatně (Vítková, 2006). V dnešní době se můžeme setkat s velkým rozdílem při stavbě nových budov, které již musí povinně obsahovat bezbariérové prvky jako jsou nájezdové plošiny, bezbariérové WC nebo výtah (Filipová 2002).

1.4 Lyžování osob tělesně postižených

Sjezdové lyžování na monoski v posledních letech zaznamenává velký rozvoj. Díky velkému výběru nabízených kompenzačních pomůcek se tomuto sportu mohou věnovat i osoby s těžším typem postižení (Kvasnička, 2012).

1.4.1 Klasifikace tělesně postižených lyžařů

Cílem celkové klasifikace osob se zdravotním postižením je rozdělení sportovců do tříd při různých sportovních aktivitách tak, aby jim jednotlivé skupiny poskytly srovnatelný a vyrovnaný výchozí bod pro trénink i soutěže a tím zajistily „fair play“. Samotná klasifikace může být zaměřena na jednu nebo více proměnných: *postižení, funkční schopnosti a sportovní výkon*. V případě **postižení**, je klasifikace zaměřena na anatomické odlišnosti všech hráčů. Zaručuje to, že budou spolu soutěžit jedinci se stejným druhem či velikostí postižení. V oblasti **funkčních schopností** je klasifikace založena na schopnostech jedince v určitém sportu. Například u plavání je klasifikace stanovena na základě kloubní pohyblivosti, koordinace, síly a plaveckých schopností. Poslední oblastí je **sportovní výkon**, kde jsou ke klasifikaci využívány předchozí výsledky sportovce (Daďová, Čichoň, Potměšil, & Švarcová, 2008).

Alpské lyžování, jako součást paralympijské soutěže, je otevřeno mužům a ženám s tělesným postižením, ale i jedincům s postižením zraku. Pro umožnění sjezdu se používají modifikované pomůcky jako jsou například monoski se stabilizátory a jiné, kdy jsou závodníci s tělesným postižením rozděleni do skupiny „stojících“ lyžařů (třídy LW1 – LW9) nebo „sedících“ (LW10 – LW12). Označení „LW“ je zkratkou pro „locomotor winter“. Nevidomí sjezdaři sjíždějí s traséry za použití zvukových signálů (Daďová et al., 2008).

Stojící lyžaři:

Dařová a kol. (2008) popisují třídy stojící lyžařů, užívající celé, nebo část standartního vybavení pro sjezdové lyžování, případně mají místo hůlek stabilizátory.

- LW1 – **postižení obou dolních končetin**, kdy lyžaři používají 2 stabilizátory nebo dvě hůlky a normální lyže (oboustranná nadkolenní amputace obou dolních končetin)
- LW2 – **postižení jedné dolní končetiny**, což znamená, že lyžaři používají 2 stabilizátory či hůlky a jednu nebo dvě normální lyže (jednostranná nadkolenní amputace)
- LW3 – **postižení obou dolních končetin** za použití dvou stabilizátorů a dvou normálních lyží (oboustranná podkolenní amputace)
- LW4 – **postižení jedné dolní končetiny** s použitím normálních lyží a hůlek (jednostranná podkolenní amputace)
- LW5/7 – **postižení obou horních končetin**, kdy lyžař používá pár normálních lyží bez hůlek (oboustranná nadloketní a podloketní amputace)
- LW6/8 – **postižení jedné horní končetiny** s použitím dvou normálních lyží a jedné hůlky (jednostranná podloketní nebo nadloketní amputace)
- LW9 – **postižení jedné dolní končetiny** a jedné horní končetiny, kdy sportovec používá výzbroj dle svých možností (kombinované amputace)

Sedící lyžaři:

Dařová a kol. (2008) taktéž vypisují jednotlivé třídy sedících lyžařů, kteří používají monoski a dva stabilizátory.

- LW10/1 – postižení dolních končetin bez rovnováhy v sedu a **bez funkčních horních břišních svalů**
- LW10/2 – postižení dolních končetin bez rovnováhy v sedu a s **částečně funkčními horními břišními svaly**
- LW11 – postižení dolních končetin se **slabou rovnováhou v sedu**
- LW12/1 – postižení dolních končetin s **dobrou rovnováhou v sedu**
- LW12/2 – postižení s **oboustrannou nadkolenní amputací dolních končetin**

1.4.2 Vybavení pro lyžování osob tělesně postižených

Díky medicínskému a technickému pokroku se dají některá omezení do určité míry kompenzovat či odstranit vhodnými kompenzačními, rehabilitačními nebo reedukačními pomůckami. Tyto pomůcky podporují samostatnost a zkvalitňují jedinci život (Ježorská & Kisvetrová, 2014). Kvasnička (2012) uvádí, že speciální kompenzační pomůcky se mohou lišit podle typu a stupně postižení, lyžařské vybavení ovšem zůstává stejné pro všechny. Patří sem například přilba doplněná brýlemi, potřebné oblečení a rukavice.

Vybavení pro *stojící lyžaře* se může lišit podle výšky a četnosti amputace či postižení. Základní protetikou pomůckou pro stojící lyžaře jsou protézy, které jsou možné jen při podkolenní amputaci, ke které jsou speciálně přichyceny lyže. U nadkolenní či úplné amputaci se používají stabilizátory. Pro děti s dětskou mozkovou obrnou se používají speciální pomůcky držící špičky lyží pohromadě (Kvasnička, 2012).

Sedící lyžaři používají monoski, což je speciální pomůcka pro lyžování vozíčkářů. Monoski je složeno z jedné běžné lyže, do které je upevněna v silném vázání nosná konstrukce s odpružením a tzv. skořepinou, ve které je lyžař posazen a na které jsou podle potřeby upevněny fixační pásy, které nahrazují nefunkční svaly a fixují nohy pro větší bezpečnost. Stabilitu udržuje monolyžař pomocí stabilizátorů, což jsou zkrácené a speciálně upravené francouzské hole zakončené krátkými lyžemi (Dařová et al., 2008).

Obdobou monoski může být „*dualski*“, kde je konstrukce stejná jako u monoski, jen se liší spodní částí s naklápěcím mechanismem pro dvě lyže a lyžaři poskytuje větší stabilitu. Jiným typem je „*biski*“ s párem speciálních lyží pro lepší stabilitu a s nižším těžištěm. Tato pomůcka se nejčastěji používá pro osoby s těžkým typem postižení. Další možností je „*kartski*“, pro kterou je typický široký rozchod lyží a k řízení slouží dvě páky, kterými se lyže dají postavit na hrany či do pluhu. Pro nejtěžší stupně postižení je určena pomůcka „*tandemski*“, kde většinu iniciativy přebírá asistent či instruktor. Poslední pomůckou může být „*skicart*“, pro kterou je charakteristické připevnění čtyř krátkých a odpružených lyží postavených na vnitřní hrany a jsou určené pro osoby s poruchou rovnováhy v sedu (Kvasnička, 2012).

1.4.3 Historie lyžování osob tělesně postižených

Historie zimních sportů vozíčkářů je poměrně kratší než letní sporty, což souviselo s obtížnou dostupností, vybaveností zimních areálů a nedostatkem speciální výbavy. Základy tohoto sportu byly položeny v Německu po druhé světové válce a dále se to rozmohlo do USA a Kanady. První monoski v České Republice byla vyrobena v roce 1993 z iniciativy Univerzity Palackého v Olomouci. Poprvé jako součást paralympijských her se závody na monoski staly až v Naganu roku 1998 (Kvasnička, 2012).

1.5 Charakteristika zrakového postižení

Ludvíková a Stoklasová (2005) uvádí ve své publikaci, že ne každý jedinec, který má zrakovou vadu je zrakově postižený. Jako zrakově postiženého vymezují člověka „kterému jeho vada činí i po korekci problémy v běžném životě“. Korekcí je myšleno používání brýlí či čoček. Dále uvádí, že jednotná klasifikace zrakové postižení neexistuje, a to z důvodu, že se mohou poruchy zraku vzájemně kombinovat a tím i specificky ovlivňovat „nositele“.

Termínu „binokulární vidění“ rozumíme jako „současné vidění oběma očima, za jejich vzájemné spolupráce“ (Ludvíková & Stoklasová, 2005). Tím je myšleno, že se obrazy vnímané oběma očima spojí v jeden, a navíc nám umožňuje vnímat hloubku prostoru. Poruchy binokulárního vidění můžeme dále dělit na *strabismus* neboli šilhavost, kdy se jedná o poruchu rovnovážného postavení očí, tudíž může dojít ke dvojitému vidění a *tupozrakost*, což znamená snížení zrakové ostrosti bez viditelných známek nemoci postiženého oka (Ludvíková & Stoklasová, 2005).

Černohorský (1998) uvádí základní principy při práci s osobou zrakově postiženou. Uvádí, že je vždy důležité znát stupeň zrakové vady, kdy jde nejen o zrakovou ostrost, ale i velikost zorného pole, barvosleposti a adaptační potíže. Srovnává situaci, kdy jiné je to u osoby s albinismem, která bývá světloplachá, tudíž ji světlo silně oslňuje a působí až bolestivě než u člověka šeroslepeho, kdy je při nedostatku světla úplně nevidomý.

Zraková ostrost neboli vizus je schopnost oka identifikovat dva co nejbližší ležící body jako dva oddělené objekty. Vizus se vyšetřuje pomocí optotypů a výsledek je zaznamenáván pomocí zlomků, kdy čitatel označuje vzdálenost, z níž je osoba testována a jmenovatel číslo řádku na optotypu, který přečte zdravé oko. Můžeme se setkat s lékařskou zprávou, kde je udána zraková ostrost např. 5/25, znamená to, že dotyčný vidí z 5 metrů to, co by zdravé oko vidělo z 25 metrů (Černohorský et al., 1998).

1.5.1 Typy zrakového postižení

Janečka a Bláha (2013) uvádějí, že zrakové postižení můžeme dělit podle funkční schopnosti na střední slabozrakost, silnou slabozrakost, těžce slabý zrak, praktickou nevidomost a úplnou nevidomost. World Health Organisation (2008) v Mezinárodní statické klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů uvádí a popisují tyto druhy zrakového postižení:

- **Střední slabozrakost** – zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 6/18 a minimum rovné nebo lepší než 6/60
- **Silná slabozrakost** – zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 6/60 a minimum rovné nebo lepší 3/60
- **Těžce slabý zrak** – zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 3/60 a minimum rovné nebo lepší 1/60
- **Praktická slepota** – zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí 1/60, 1/50 až světlocit nebo omezení zorného pole
- **Úplná slepota** – ztráta zraku zahrnující stavy od naprosté ztráty světlocitu až po zachování světlocitu s chybnou projekcí

Některé vědní obory preferují jiný typ dělení, do kterého se prolínají i konkrétní typy onemocnění. Dělí se na osoby nevidomé, se zbytky zraku, slabozraké a osoby s poruchami binokulárního vidění (Janečka & Bláha, 2013).

Sportovní klasifikace

Daďová a kol. (2008) uvádějí rozdělení zrakově postižených sportovců. Sportovci soutěží pod hlavičkou IBSA (International Blind Sport Association neboli mezinárodní sportovní asociace pro nevidomé). Klasifikaci provádí oftalmolog a většinou platí tři roky a provádí se vždy na lepším oku a s co nejlepší korekcí. Pro některé sporty, jako je goalbal nebo showdown, se využívají klapky nebo černé brýle, což značí povinné zakrytí očí.

- **B1** je úplně nevidomý sportovec, nebo má světlocit, avšak není schopen rozeznat tvar ruky ze žádné vzdálenosti a směru
- **B2** je sportovec se zbytky zraku, kdy je schopen rozeznat tvar ruky až po vizus 2/60 nebo zorným polem menším než 5°
- **B3** jsou slabozrací, kdy vizus je od 2/60 do 6/60 nebo se zorným polem od 5° do 20°
- **B4** je speciální kategorie v České republice, nazývaná tzv. „open“, kam patří lehce slabozrací žáci speciálních škol pro zrakově postižené s dobrou korekcí (asi 5/20, což jsou laicky řečeno, žáci, kteří už nemůžou získat řidičský průkaz

Důležité je vědět, ještě před zahájením nebo plánováním jakékoli aktivity, jak dítě nebo jedinec vidí, jaké jsou kontraindikace a je-li zraková vada nebo postižení stacionární nebo progresivní (Janečka & Bláha, 2013).

1.5.2 Zrakové vady

Zraková vada ovlivňuje vývoj jedince se zrakovým postižením v závislosti na charakteru, závažnosti vady, na fázi života, ve které vada vznikla a na její etiologii. Zrakové postižení všech stupňů je výraznou komplikací jak pro sport tak pro každodenní život (Janečka & Bláha, 2013).

Refrakční vady

Refrakční vady popisují autoři Janečka a Bláha (2013) jako oční vadu, při které dochází k chybné lomivosti dopadajících paprsků, které se následně nezobrazí na sítnici tak jak je potřeba a tím pádem se nevytvoří ostrý obraz. Často jsou doprovázeny i šilháním neboli strabismem, samo o sobě však refrakční vadou není.

Dalekozrakost neboli hypermetropie je vada, při které se paprsky světla sbíhají až za sítnicí, tudíž na sítnici nevzniká ostrý obraz, díky nerovnováze mezi délkou očního bulbu a optickou mohutností oka, kdy v tomto případě je oční bulbus příliš krátký v poměru k jeho optické mohutnosti. Charakteristická je neschopnost postiženého vidět ostře blízké předměty, ale naopak vidět dobře do dálky, což vede k označení „dalekozrakost“ (Hamadová, Květoňová, & Nováková, 2007).

Krátkozrakost, jiným slovem myopie je vada, při které se paprsky světla usměrněné čočkou sbíhají už před sítnicí, tudíž stejně jako u dalekozrakosti nevzniká ostrý obraz na sítnici. Hlavním příznakem je zamlžené nebo neostré vidění na delší vzdálenost (Hamadová et al., 2007).

Astigmatismus je refrakční vada, způsobující nepřesné zaostření světla na sítnici. V tomto případě nemá rohovka pravidelný kulovitý tvar, ale je v jedné ose nebo dvou zakřivena (Janečka & Bláha, 2013).

Zraková onemocnění a poruchy

Zelený zákal neboli glaukom je označení pro určitý typ poškození skupinu chorobných stavů, jehož podstatou je poškození očního nervu. Obvyklou příčinou poškození může být vysoký nitrooční tlak. Pro glaukom jsou typické změny zorného pole (Hamadová et al., 2007).

Šedý zákal čili katarakta se projevuje úplnou nebo částečnou ztrátou průhlednosti čočky, což působí jako pohled přes špinavé sklo. V případě, že zákal blokuje průchodnost světla k sítnici, musí být čočka operativně odstraněna, čímž vzniká tzv. „afakie“, což je nepřítomnost čočky v oku, popřípadě může dojít k nahrazení zakalené lidské čočky tenkou umělou čočkou (Janečka & Bláha, 2013).

Nystagmus je charakterizován kmitavým pohybem očních bulbů. Tato vada způsobuje nekontrolovatelné, rychlé a trhavé pohyby očí, většinou ze strany na stranu, někdy i nahoru a dolů či krouživým pohybem (Hamadová et al., 2007).

Albinismus patří mezi vrozené vady metabolismu aminokyselin, kdy dochází k poruše tvorby melaninu, což je pigmentové barvivo. Postižené osoby jsou silně světloplaché, jelikož díky nedostatku pigmentu v duhovce přichází do oka příliš mnoho světla. Nutné je respektovat jejich světloplachost a upravit podmínky zrakové práce tak, aby jim zrakové vnímání nepůsobilo nepříjemné pocity a ty je neodrazovaly od používání zraku. Nevhodný je pobyt na přímém slunci (Hamadová et al., 2007).

2 Cíl

Cílem mé bakalářské práce je zmapování bezbariérovosti vybraných lyžařských areálů v Beskydech.

2.4 Dílčí cíle

V případě zjištěných nedostatků navrhnout možné úpravy v oblasti bezbariérovosti tak, aby mohl být umožněn přístup cílové skupině v co největší míře.

2.5 Úkoly práce

- Vybrat lyžařské areály v Beskydech pro mapování.
- Za pomoci internetu provést základní monitoring a průzkum lyžařských areálů v Beskydech.
- Naučit se pracovat s laserovým měřičem.
- Oslovení provozovatelů.
- Provést mapování jednotlivých areálů.
- Zpracovat získané výsledky do předem připraveného formuláře.

2.6 Výzkumné otázky

Na základě mých cílů jsem vytvořila výzkumné otázky, na které budu odpovídat v mé práci.

- 1) Jaký je aktuální stav bezbariérovosti vybraných lyžařských areálů v Beskydech?
- 2) Která konkrétní střediska jsou bezbariérová a která naopak bariérová?
- 3) Jaké zkušenosti má personál střediska a samotný provozovatel s lyžaři zdravotně postiženými?

3 Metodika

Jednotlivá střediska jsem mapovala technikou přímého pozorování a měření laserovým měřičem a následným zaznamenáváním poznatků do záznamového archu. Pro získání informací, které se nedaly získat pozorováním nebo nebyly dostupné pro veřejnost, jsem zvolila osobní rozhovor s provozovatelem střediska.

Vybraná lyžařská střediska byla mapována pomocí upravené ucelené metodiky (Pleva, 2014) Danielem Gondekem (2019). Zmapovaná střediska byla poté na základě získaných informací a hodnot rozdělena a kategorizována dle následující škály Pražské organizace vozíčkářů:



OBJEKT PŘÍSTUPNÝ, BEZBARIÉROVÝ



OBJEKT ČÁSTEČNĚ PŘÍSTUPNÝ, ČÁSTEČNĚ BARIÉROVÝ



OBJEKT NEPŘÍSTUPNÝ, BARIÉROVÝ



Obtížný povrch



Obtížný sklon



Bezbariérový vstup hlavním vchodem



Bezbariérový vstup bočním vchodem



Točité schodiště



Výtah



Plošina, výtah pro osoby s omezenou hybností



Úzké dveře nebo průjezdy



Bezbariérová toaleta



Upravená toaleta



Standartní toaleta



Ližiny nebo rampa



Schody

3.4 Výběr lyžařských středisek

Lyžařské areály, které jsem zmapovala jsem si vybrala na základě doporučení veřejnosti se zkušenostmi na monoski, dále dle mých vlastních zkušeností s areály a následně podle velikosti a polohy. Jednotlivé ski areály pokrývají téměř celou oblast Beskyd.

Ski areál Bílá

Nachází se v údolí řeky Bílá Ostravice, v bezprostřední blízkosti státní silnice z Frýdku-Místku, vedoucí směrem na hranici se Slovenskem na Bumbálce. Přímo na tuto cestu navazuje parkoviště areálu s kapacitou cca 650 míst. Sjezdovky jsou na obou stranách cesty, na severní straně se nachází parkoviště, hlavní budova, od které vede zhruba 40 m dlouhá rovina přes most k lanovce a jeden vlek, oboje střední obtížnosti, zatímco na druhé straně cesty, na jižní straně se nachází dva vleky lehčí obtížnosti a jeden dětský vlek.

Ski park Gruň

Lyžařské a rekreační středisko Ski park Gruň se nachází v údolí potoka Poledňana na severovýchodním úbočí beskydského Gruně. Celá lokalita se nachází v chráněné krajinné oblasti. Cesta na vrchol je v zimních měsících poněkud obtížná, kdy je nutné auto s pohonem na všechny čtyři kola nebo použít sněhové řetězy. Samotná cesta je úzká, tudíž je náročné vyhnout se projíždějícímu auto v protisměru, v některých místech poměrně strmá a často namrzlá, odkud plyne důležitost pohonu čtyř kol nebo řetězů. Je také možné využít ski bus, kdy se jedná o dodávky ovšem nikoli bezbariérové, tudíž je nutné domluvit se dopředu pro zajištění dostatku místa.

Ski areál Razula

Lyžařský areál Razula, nacházející se v srdci Beskyd v obci Velké Karlovice, spadá pod komplex tří sjezdovek vzdálené od sebe jeden a čtyři kilometry. Disponuje jednou z nejdelších sjezdovek Beskyd certifikovanou FIS. Možností je také půjčovna lyží i běžek.

Ski areál Karolinka

Ski areál Karolinka se nachází na okraji města Karolinka na Valašsku v údolí mezi hřebeny Vsetínských vrchů a Javorníků. Nachází se v těsné blízkosti hlavní silnice mezi Vsetínem a Velkými Karlovicemi. Cesta je celou zimu ošetřována.

Ski centrum Kohútka

Lyžařské středisko Kohútka se nachází ve Zlínském kraji v nadmořské výšce od 715 až 913 metrů. Denně upravovaných 10 sjezdovek o délce přes 6 kilometrů se i za nepříznivého počasí uměle zasněžuje. Areál disponuje dětskou školkou pro začátečníky a malé lyžaře s pojízdným kobercem a na místě je možné půjčit si veškerou lyžařskou a snowboardovou výbavu nebo se přihlásit do lyžařské školky.

3.5 Výzkumné metody

Lyžařská střediska byla mapována technikou přímého pozorování a zaznamenávání poznatků do záznamového archu pro mapování bezbariérovosti ski areálů. Pro získání informací, které nebylo možné změřit, získat pozorováním nebo nebyly dostupné veřejnosti, jsem volila osobní rozhovor s personálem a s provozovatelem střediska.

3.6 Průběh mapování

Nejprve bylo důležité telefonicky kontaktovat provozovatele daného střediska, zda je možné přijet a věnovat mi svůj čas. Po sdělení důvodu mapování lyžařského střediska a mých cílů mi vždy byli ochotni pomoci a domluvili jsme si termín návštěvy. Před návštěvou areálu jsem si vytiskla záznamový arch pro monitorování úrovně bezbariérovosti lyžařského střediska vytvořeným Pavlem Plevou (2014) a upraveným Danielem Gondekem (2019).

K měření jsem použila laserový měřič vzdáleností typu GLM 80 Professional, značky BOSCH. Pro správné použití jsme byli proškoleni na Univerzitě Palackého v Olomouci, fakultě tělesné kultury, na katedře aplikovaných pohybových aktivity Mgr. Lucíí Ješinovou. K fotodokumentaci areálů jsem použila zrcadlový fotoaparát Nikon d3200.

Díky mapování v zimním měsíci, tudíž za plného, nebylo problém si prohlédnout všechny místa, která byla potřeba.

Vždy jsem začala mapováním parkoviště a přístupového chodníku k areálu. Dále přístup k pokladnám a samotnou pokladnu. Následoval přístup k lanovkám a vlekům se sjezdovkami. Jako poslední jsem mapovala toalety a prostory restaurace či bufetu.

4 Výsledky

Ke zmapování jsem si vybrala pět lyžařských areálů tak, aby pokryly co největší část Beskyd a zároveň jsem vybírala podle velikosti, polohy a doporučení veřejnosti areálu. K jednotlivým areálům jsem si nejprve vyhledala informace na jejich internetových stránkách, následně jsem si domluvila telefonicky schůzku s provozovatelem a poté jsem na místě prošla areál a nasbírala potřebné údaje a zaznamenala do archu.

4.1 Ski areál Bílá



OBJEKT PŘÍSTUPNÝ



Vyhrazené parkovací stání

V areálu není vyhrazené parkovací místo pro zdravotně postižené osoby, ovšem je možné, po předchozí telefonické domluvě zaparkovat na místě pro vedení, které se nachází přímo vedle budovy, necelých 20 metrů od pokladny. Další možností, kde zaparkovat, je z druhé strany budovy, u vchodu do bufetu, téměř v bezprostřední blízkosti mostu, přes který se jde k hlavní lanovce. Prostor parkoviště je zpevněný v podobě asfaltové cesty. Parkovací prostory jsou v zimních měsících udržovány a pravidelně odklizen sníh, v případě namrznutí je povrch posypán šterkem proti klouzavosti.

Hlavní vstup

Lyžařský areál nedisponuje vnitřními prostory pro prodej skipasů či informací, tudíž za hlavní přístup k pokladně umístěné venku, z boku na hlavní budově, ke které

náleží i sociální zařízení, půjčovna a menší bufet, je považován zpevněný chodník lemující budovu. Úsek jak od parkoviště vedení, tak od místa u bufetu je rovinatý, bez příčného i podélného sklonu.

Pokladna / prodejní, informační okno

Pokladní okénko se nachází venku, vpravo, od parkovacího místa vedení na severní straně areálu. Cesta k pokladně je rovná, z dlažebních kostek, kdy na levé straně lemují hlavní budovu a na pravé straně přechází přes cca 7 cm vysoký obrubník ve štěrk a postupně v trávník. V zimních měsících může být cesta pokrytá sněhovou vrstvou. Výška pokladny je 1110 mm, kdy hlasový mikrofon pro lepší komunikaci se nachází ve výšce bez mála 1300 mm.

Lidé s průkazem ZTP mohou oficiálně získat 20% slevu na denní, půldenní, večerní či hodinové skipasy a asistenti osob se ZTP průkazem nikoli. Ovšem po telefonické domluvě ohledně místa k parkování je vedení areálu schopné a ochotné slevu dodat.

Lyžařské zázemí

Lyžařské středisko disponuje jednou lanovkou, čtyřmi vleky, kdy z toho dva vleky jsou určené pro děti v dětském parku a pro úplně začátečníky i dětský koberec. Celkově lze lyžovat na pěti sjezdovkách (2 střední obtížnosti a 3 lehké obtížnosti) rozdělené na jižní a severní stranu. Na Severní straně se nachází sedačková lanovka pro čtyři osoby a také vlek typu kotva. Dvě sjezdovky jsou na téhle straně střední obtížnosti označené červenou barvou a třetí sjezdovka lehčí obtížnosti s modrou barvou. Na straně Jižní můžeme najít vlek taktéž typu kotvy a dětský park, kde se nachází dva vleky, jeden posuvný koberec pro děti a dvě sjezdovky označené modře. Součástí jedné z těchto sjezdovek je i snowpark. Nástupní stanice s turnikety jdou u všech vleků areálu i lanovky objet snadným způsobem. Obsluha vleků i lanovky v nástupní i výstupní stanici ochotně zpomalí rychlost pro pohodlnější nastupování a vystupování. Z vleků lze jednoduše odjet po celé délce svahu.

Sociální zařízení

Toaleta pro osoby s omezenou hybností je k dispozici v oddělení WC ženy, jako volně přístupná toaleta. Dveře s šířkou 800 mm jsou otvírány směrem ven do chodby. Dveře jsou opatřeny madlem jak uvnitř, tak venku na chodbě umístěným ve výšce 800 mm. Rozměry kabiny jsou 1810 mm široká a 1850 mm hluboká. Mísa je umístěna v pravém rohu, naproti vstupním dveřím, vedle umyvadla, 1010 mm od levé stěny. Standardní mísa ve výšce 375 mm je umístěna mezi pravou zdí a sklopným madlem, o délce 820 mm a výšce nad podlahou 800 mm. Splachování je umístěno na zdi za mísou, za zády sedící osoby. Zásobník s toaletním papírem má sedící osoba na levé straně v dosahu z mísy ve výšce 1000 mm od podlahy. Umyvadlo je umístěno na pravé zdi od dveří, ve výšce 790 mm s pákovou baterií. Zrcadlo je pevné ve výšce 1150 mm. Osvětlení kabiny je mechanické, vypínač se nachází napravo od vstupních dveří ve výšce 985 mm. Součástí kabiny není přebalovací pult.

Interiér

Hlavní budova je přízemní, takže výtah ani schodiště není nutné. Prostor před dveřmi do bufetu prostorný, kde venkovní povrch je tvořen dlažebními kostkami, kde jsou umístěny stoly a lavice pro možné venkovní posezení. Vstup do objektu je přes 800 mm široké dveře otevírající se dovnitř bufetu a jedním schodem vysokým 250 mm. Povrch v místnosti je tvořen kachličkami, takže může být problém s klouzavostí podlahy. Součástí bufetu není žádné WC, tudíž nejbližší zařízení je na druhé straně budovy, kam musí člověk přes venek. Bufet funguje samoobslužně, všem ochotná obsluha je schopná objednávku přinést po domluvě. Místnost je poměrně malá, do šířky cca 1000 mm a do hloubky cca 1500 mm s maximálním počtem stolů 9. Se stoly i se židličkami se dá jednoduše manipulovat.

Personál

Obsluha i provozovatel mají zkušenosti s lyžaři s tělesným i zrakovým postižením, proto jsou i seznámení s možnou problematikou a jsem ochotni jakkoli pomoci, zastavit či zpomalit vlek nebo lanovku.

Fotodokumentace



Obrázek 1. Vstup do bistra.



Obrázek 2. Bezbariérová toaleta.



Obrázek 3. Objízdňá trasa vleku.

4.2 Ski park Gruň



OBJEKT NEPŘÍSTUPNÝ



Vyhrazené parkovací stání

Parkovacích ploch, které náleží areálu Ski park Gruň je hned několik. Je možné parkovat dole a nechat se nahoru vyvézt skibusem, který lyžaře vyveze až nahoru, ale není však bezbariérový. Jedná se o dodávky s omezeným počtem míst a vedení na internetových stránkách doporučuje zajistit si telefonicky místenku. Další možností je zaparkovat těsně nad areálem, kde je kapacita parkovacích míst cca 60, odkud vede z kopce dolů cesta k areálu. V zimním období je však pokryta sněhovou či ledovou vrstvou a není úplně vhodná pro osoby s omezenou hybností. Třetí možností je parkování přímo v areálu, kde je však kapacita maximálně 20 aut. Vyhrazené parkovací stání v areálu není, ovšem je možné po domluvě zaparkovat na vyhrazeném místě pro autobusy nebo pro vykládání a nakládání zavazadel. Je ovšem nutné po nachystání auto přeparkovat a z důvodu plného parkoviště v areálu většinou na horní parkoviště. Krom vyhrazeného místa v areálu nejsou parkoviště osvětlená.

Hlavní vstup

Vstup do hlavní budovy, je přes parkoviště učené pro autobusy na vykládání a nakládání zavazadel a také přes 7 schodů bez plošiny nebo možného objezdu. Dvoukřídlé dveře otevírající se manuálně dovnitř s průjezdem šířkou celkem 1800 mm. Součástí hlavní budovy je bariérový záchod a také pouze bariérové ubytování a jídelna. Zlevněný skipas lze koupit pouze zde, na recepci hlavní budovy, kde je také možnost koupit obyčejný skipas. Je zde také jídelna a možnost ubytování, nikoli však bezbariérové.

Pokladna / prodejní, informační okno

Venkovní pokladna se nachází u lanovky z boční strany. Přístupový chodník k pokladně není k dispozici, cesta je z obou stran s převýšením cca 5 metrů, tudíž nevhodná jak pro vozík, tak pro monoski. Povrch u pokladny je beton, kdy za zimních měsíců je přikrytý sněhem.

Zlevněné jízdné se slevou 20 % je možné získat po předložení karty ZTP, kdy oficiálně asistent nemá nárok na slevu, po předchozí telefonické domluvě je majitel ochoten zlevnit i doprovodu. Slevu lze využít pouze na denní skipas.

Lyžařské zázemí

Areál disponuje jednou lanovkou a dvěma vleky, 3,8 km sjezdovek, z toho dvě střední obtížnosti homologované pro konání závodů a dvě lehké obtížnosti. Možná je také lyžařská a snowboardová škola pro děti i dospělé a servis a půjčovna lyží a snowboardů. Všechny sjezdové tratě jsou pravidelně upravovány a v případě nedostatku sněhu i zasněžovány, večerní lyžování není možné.

Dvoumístná sedačková lanovka, která je dlouhá 550 m s převýšením 135 m má přepravní kapacitu zhruba 1400 osob/hodinu. Turnikety k lanovce jsou široké 515 mm a vysoké 620 mm, které se dají díky sněhu projet kolem budovy vlekařů, ovšem na konci je menší schodek, který navazuje na gumovou podložku hned vedle plastového pojízdného pásu. Prostor mezi nástupními brankami je široký 1480 mm. Sjezdovka se střední obtížností pod lanovkou je mírně nakloněná na pravou stranu. Vlek nacházející se vedle lanovky je typu tatrapoma, s lehkým sklonem doprava. Po celé délce je možné odjezdu z trasy a díky brance je možné projet mimo turnikety. Druhý vlek, taktéž tatrapoma se nachází nalevo přes cestu od lanovky. Jedná se o dětský vlek o délce 710 m a převýšením 115 m. Objekt turnikety je možné hned vedle, kde jsou předem nachystané zábrany průjezdu. Lyžařská stopa vleku, a i sjezdovka je bez příčných sklonů.

Sociální zařízení

V celém objektu se nenachází jediná toaleta pro osoby s omezenou hybností. Jedna toaleta, nacházející se v hlavní budově, kdy je nutné projít nejprve úzkou místností s umyvadlem s průjezdnou šířkou dveří 800 mm je také oddělena s venkovním prostředím sedmi schody. Další tři toalety se nacházejí v restauraci na sjezdovce, ke které

se dá dostat po překonání zhruba 80 metrů s výrazným sklonem. Sociální zařízení se nachází v místnosti se třemi schody. Jednotlivé kabiny mají rozměry 1000 mm na šířku a 1200 mm do hloubky s průjezdovou šířkou dveří 600 mm a otevíráním ven. Kabiny jsou bez madel.

Interiér

Hlavní objekt je menší restaurace, která je v zimních měsících dokola obehnaná sněhem díky umístění na sjezdovce. Při vstupu do objektu je nutné překonat jeden schod o výšce 235 mm. Dveře jsou jednokřídlé a mechanické s otevíráním ven a s průjezdovou šířkou 900 mm. Průjezdová šířka druhých dveří do hlavní místnosti je 700 mm. Podlaha je z dřevěných desek, židle i stoly se dají jednoduše přemístit. Výška stolu je 750 mm.

Personál

Personál lyžařského střediska Ski park Gruň se díky své pozici a celkové bariérovosti, neměl šanci setkat s lyžařem zrakově postiženým či tělesně postiženým. Majitel popisoval pouze jeden případ, kdy jel monolyžař na dvoj sedačce s asistentem a monoski na sedačce zvlášť. Obsluha vleků je však ochotna jakkoli pomoci nebo zpomalit či zastavit vlek.

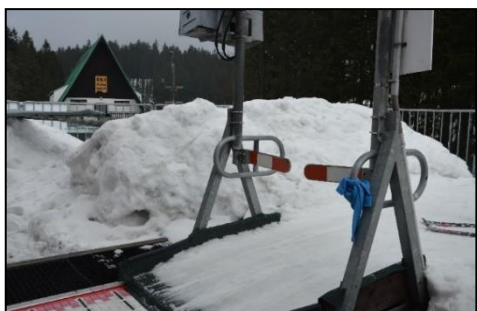
Fotodokumentace



Obrázek 4. objíždná trasa mimo turnikety.



Obrázek 5. Vchod do hlavní budovy.



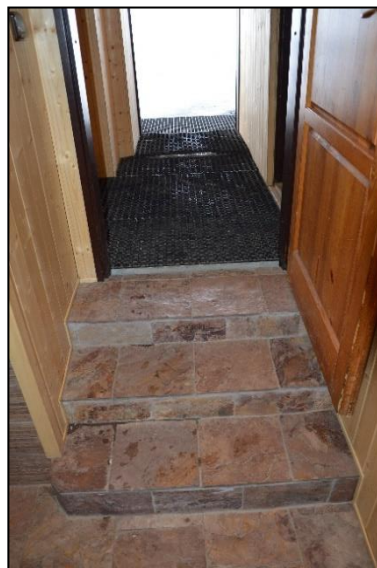
Obrázek 6. Bezpečnostní branky.



Obrázek 7. Cesta do bistra.



Obrázek 8. Vstup do bistra.



Obrázek 9. Schody na toalety v bistra.



Obrázek 10. Toaleta v bistra.



Obrázek 11. Toaleta v hlavní budově.

4.3 Ski areál Razula



OBJEKT ČÁSTEČNĚ PŘÍSTUPNÝ



Vyhrazené parkovací stání

Na hlavním parkovišti určeném pro lyžaře vyhrazený prostor není, ovšem po domluvě je možné projet závorou přes mostek až do areálu, kde je dostatek prostoru. Za stání na hlavním parkovišti je poplatek 100kč, který je odečten u pokladny při koupi skipasu. Pokladna je od hlavního parkoviště vzdálena zhruba 50 metrů bez větších sklonů a od vyhrazeného stání za závorou necelých 20 metrů, taktéž bez výrazných sklonů. Je možné parkovat téměř na sjezdovce, tudíž je vhodné na přímý vstup do monoski. Obě parkoviště se nachází na rovném terénu a v zimních obdobích ošetřování šterkem. Kapacita hlavního parkoviště je 120 míst. Hlavní parkoviště není nijak osvětleno.

Hlavní vstup

Hlavní vstup do budovy se nachází z druhé strany parkoviště na podestě, přes několik schodů, u kterých jsou ale připevněny ližiny.

Pokladna / prodejní, informační okno

Pokladna se nachází venku, mimo hlavní budovu. Od parkoviště k pokladně vede rovná cesta bez příčného a podélného sklonu tvořená dlažebními kostky, v zimních měsících je povrch pokryt sněhem, který je udržovaný v rovný chodník a postupně přechází do rovného dojezdu sjezdovky. Okno pokladny je ve výšce 1150 mm, bez hlasového mikrofону. Pro osoby s průkazem ZTP mají vyhraněnou slevu 20 % pro

jakýkoli typ jízdenek. Pro asistenta oficiálně slevu nemají, ale po předložení karty ZTP si monolyžař a asistent kupují pouze jeden skipas.

Lyžařské zázemí

Ski areál Razula disponuje pouze jedním vlekem a jednou sjezdovkou. Vlek „Razula“, typu kotvy, je dlouhý 1000 metrů s převýšením 210 metrů. Turnikety jdou jednoduše objet rovnou k vleku, bez jakýchkoli potíží. Obsluha vleku je seznámena s problematikou s lyžováním na monoski, se kterými mají také zkušenosti, ohledně lyžování zrakově postižených zkušenosti nemají. Jsou ovšem ochotni vlek přibrzdit nebo zastavit, a to jak obsluha dole, tak i nahoře, popřípadě jakkoli pomoci. Trasa vleku je mírně skloněná doprava a nelze po celé délce odjet, protože část vleku vede mezi stromy. Samotná sjezdovka je střední obtížnosti, barvy červené, o délce 1000 metrů. Za nepříznivého počasí je uměle zasněžována a osvětlená, protože se používá i na večerní lyžování. Sjezdovka je po téměř celé délce výrazně nakloněna doprava, tudíž se jedná o náročnější sjezdovku.

Sociální zařízení

Volně přístupná toaleta určená pro osoby s omezenou hybností je umístěna samostatně na podestě u hlavního vchodu do bistra. Nutné je překonat osm schodů, díky posuvným ližinám je nutný jen doprovod či dopomoc. Průjezdová šířka dveří je 900 mm s otevíráním do kabiny. Světlo je automatické. Rozměry kabiny jsou 1800 mm do šířky a 1500 mm do hloubky. Madlo chybí jak na dveřích, tak v samotné kabině. Umyvadlo se nachází na levé straně od mísy s výškou 890 mm, s pákovou baterií a pevným zrcadlem. V kabině je také umístěn sklápěcí přebalovací pult.

Interiér

Bistro se nachází na podestě společně se sociálním zařízením. Hlavní dveře jsou dvoukřídlé, mechanické otevírající se ven s průjezdovou šířkou hlavního křídla 900 mm a 460 mm vedlejšího křídla. Práh je vysoký zhruba 20 mm. Židle i stoly jsou v bistru jednoduše přemístitelné, stůl má podjezdovou výšku 745 mm. Podlaha je pokryta dlažbou, tudíž za mokra může být kluzká.

Personál

Personál areálu se prozatím neseťkala s lyžařem se zrakovým postižením, ovšem s monolyžařem zkušenosti mají. Jsou vždy ochotni vlek zpomalit nebo pomoci.

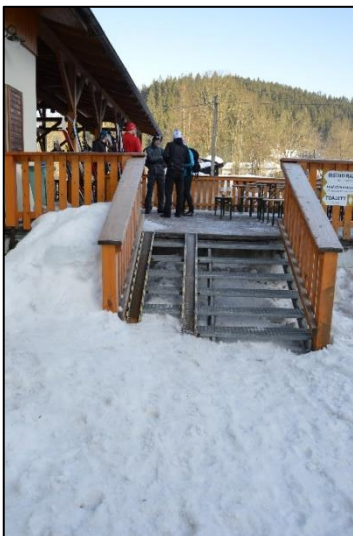
Fotodokumentace



Obrázek 12. Vjezd do areálu.



Obrázek 13. Pokladna.



Obrázek 14. Vchod k WC a bistra.



Obrázek 15. Bezbariérová toaleta.

4.4 Ski areál Karolinka



OBJEKT NEPŘÍSTUPNÝ



Vyhrazené parkovací stání

Areál Karolinka nemá speciálně vyhrazené místo, ovšem je možné projet kolem zátaras přímo na sjezdovku. Vše se nachází na rovině, tudíž s přemístováním nebude problém. Hlavní parkoviště má kapacitu zhruba 150 aut, částečně zpevněného povrchu. V zimních měsících je prostor posypáván štěrkem proti klouzavosti a pravidelně odklizen sněh. Na speciálně vybraném místě pro možnost parkování osob s omezenou hybností se nachází sněh, který není odklizen, jelikož se jedná o dojezd sjezdovky. Je možné dojet autem až k pokladně a následně k vleku. Parkoviště není osvětleno.

Hlavní vstup

Jelikož jediné pokladní místo je mimo hlavní budovu, tak se dá za hlavní vstup považovat vstup od parkoviště, tudíž nejbližší možný vstup k toaletám. Jiný vstup je ovšem z druhé strany budovy do restaurace.

Pokladna / prodejní, informační okno

Pokladna se nachází na druhé straně sjezdovky od parkoviště, zhruba 50 metrů. Výška pokladny je 1020 mm a bez hlasového mikrofónu. K prodejnímu oknu není možné dojet po chodníku, ale jen po spodní části sjezdovky pokryté sněhem. Zlevněné skipasy není možné oficiálně získat, ovšem po domluvě je možná sleva pro osobu s kartou ZTP, na asistenty se sleva nevztahuje.

Lyžařské zázemí

Ski park Karolinka disponuje jedním vlekem typu kotva a třemi sjezdovkami z toho jedna těžké obtížnosti a dvě střední obtížnosti červené barvy, kdy jedna zahrnuje i nejdelší snowpark v Beskydech.

Jediný vlek o délce 850 metrů s převýšením 215 metrů je možné téměř po celé délce opustit, krom prvních 20 metrů a posledních 30 metrů, kdy je vlek z obou stran kryt stromy. Lyžařská stopa je mírně nahnuta doprava. Možnost objet turnikety, které mají šířku 670 mm a výšku 715 mm, se dá po objetí zátaras a zařazení se rovnou na začátek. Večerní lyžování ve ski areálu Karolinka je možné vždy od středy do soboty.

Hlavní sjezdovka podél vleku, která je střední obtížnosti, je dlouhá 1000 metrů, je mírně nahnutá doprava a v některých úsecích je lehce strmá. Druhá sjezdovka, je taktéž střední obtížnosti, která objíždí hlavní, tudíž není tolik strmá a je vhodná pro rodiny s dětmi. Další sjezdovka, ovšem těžké obtížnosti nese název freeride z důvodu, že povrch není nijak upravován. Posledním lákadlem areálu je snowpark, který lemují téměř celou sjezdovku.

Sociální zařízení

Toaleta pro osoby s omezenou hybností není v areálu k dispozici. Nachází se zde pouze několik kabiněk rozdělených na dámské a pánské v hlavní budově. K toaletám se lze dostat dvěma způsoby. Po příchodu hlavním vstupem je nutné překonat 3 schody a druhou možností je vstup ze sjezdovky přes restauraci, kde je ovšem překážkou 16 schodů.

Interiér

Vstup do restaurace je možná ze dvou stran, a to hlavním vchodem po překonání devatenácti schodů nebo ze strany sjezdovky, kdy je nutné překonat mírné převýšení, ovšem v případě, že míříte do restaurace rovnou po dojezdu ze sjezdovky není žádný problém. Vstup ze sjezdovky se dá tedy považovat za bezbariérový. Dveře jsou dvoukřídlé, mechanické s otevíráním dovnitř s průjezdovou šířkou hlavního křídla 900 mm a vedlejšího křídla 420 mm. Mezi prvními a druhými dveřmi je zádveří o šířce 1800 mm a hloubce 1475 mm. Druhé dveře jsou taktéž dvoukřídlé, mechanické s otevíráním dovnitř s totožnou průjezdovou šířkou jako dveře první. Povrch v restauraci je tvořen dlažbou a se stoly a židlemi lze jednoduše pohybovat. Podjezdová výška stolu je 725 mm.

Personál

Personál areálu Karolinka nemá žádné zkušenosti s lyžaři s tělesným či zrakovým postižením, tudíž neznají problematiku, ale jsou ochotni zpomalit vlek a jakýmkoli způsobem pomoci.

Fotodokumentace



Obrázek 16. Hlavní vstup.



Obrázek 17. Vedlejší vstup ze sjezdovky.



Obrázek 18. Schody.



Obrázek 19. Toalety.

4.5 Ski centrum Kohútka



OBJEKT PŘÍSTUPNÝ



Vyhrazené parkovací stání

Parkování je možné na dvou místech, a to na záchytném parkovišti v údolí Vranča, odkud jezdí bariérový skibus nebo na centrálním parkovišti v areálu Kohútka. Není zde nikterak vyhrazené místo pro osoby s omezenou hybností, ovšem je možné po domluvě zaparkovat přímo u vrchní stanice lanovky, kde se nachází parkoviště pro zaměstnance a horskou službu. Centrální parkoviště se nachází na rovném, zpevněném terénu upravovaném šterkem, kdežto dolní záchytné parkoviště je mírně z kopce pokryté asfaltem. Na parkovišti je pravidelně odklizen sníh a kapacita centrálního parkoviště je zhruba 250 míst. Parkoviště není nijak osvětleno.

Hlavní vstup

Vstup do hlavní budovy je přes tři schody, ovšem podél budovy vede nájezdový chodník pro tělesně postižené osoby.

Pokladna / prodejní, informační okno

Pokladní místa jsou v areálu dvě. Jedno u spodní stanice hlavní lanovky, ke které je jednoduchý přístup z parkoviště skibusu, který jezdí ze záchytného parkoviště. Druhá a hlavní pokladna je na centrálním parkovišti. Výška hlavní pokladny je 800 mm s asfaltovým povrchem kolem. Po předložení karty ZTP je možné získat slevu 10 % na všechny typy jízdenek. Pro asistenta není oficiální sleva, ovšem po domluvě je možné i pro něj získat slevu.

Lyžařské zázemí

Areál disponuje pěti vleky, jednou hlavní lanovkou deseti sjezdovkami a dětským parkem pro nejmenší. Večerní lyžování není možné.

Hlavní čtyř sedačková lanovka s označením „Velká Kohútka“ má délku 730 metrů a převýšení 210 metrů. Turnikety o šířce 640 mm a výšce 650 mm je nutné objet kolem zátaras, kdy po domluvě s obsluhou lanovky uvolní místo pro projetí rovnou k pojízdnému plastovému pásu.

Všechny vleky v areálu jsou typu tatrapoma a jsou rozmístěny různě po areálu a vždy lze na místě jednoduše objet turnikety. U jednotlivých vleků je vždy obsluha dolní i horní stanice a každý vlek lze jednoduše opustit po celé délce tratě, jelikož ani jeden není obklopen stromy z obou stran.

Z deseti možných sjezdovek v areálu je jedna černá, čtyři červené a pět modrých. Černá sjezdovka o délce 850 metrů se nachází pod hlavní sedačkovou lanovkou, která je připravena pro náročnější lyžaře. Téměř všechny sjezdovky jsou bez příčného sklonu.

Sociální zařízení

Toaleta pro osoby s omezenou hybností je k dispozici v hlavní budově u vrchní stanice lanovky. Nachází se v přízemí jako součást restaurace, do které je bezbariérový přístup díky vybudovanému nájezdu pro osoby na vozíku mimo schodiště. Kabina se nachází samostatně a volně přístupná s průjezdnou šířkou dveří 900 mm s otevíráním ven a bez madla. Rozměry kabiny jsou jak do šířky, tak do hloubky 1350 mm. U mísy se nachází dvě madla, jedno sklopné, druhé pevné. Umyvadlo se nachází na levé straně od mísy ve výšce 820 mm s pákovou baterií a pevným zrcadlem. Součástí toalety je přebalovací pult na pravé straně, který nijak nepřekáží.

Interiér

V hlavní budově u centrálního parkoviště se nachází menší restaurace. Přístup je bezbariérový díky nájezdové plošině, popřípadě je nutné vystoupat 3 schody. První i druhé dveře jsou totožné, jednokřídlé a mechanické s průjezdnou šířkou 900 mm. První se otevírají dovnitř a druhé ven. V případě průchodu do budovy přes nájezdovou plošinu se neprochází prvními dveřmi. Zádveří mezi prvními a druhými dveřmi je o rozměrech

cca 4000 mm na šířku a 5000 do hloubky. Židle i stoly jsou jednoduše přemístít. Povrch v objektu je tvořen dlažbou.

Personál

Veškerý personál je ochotný zpomalit či úplně zastavit vlek nebo lanovku, popřípadě jakkoli jinak pomoci. S lyžaři se zrakovým i tělesným postižením na monoski mají zkušenosti, proto jsou obeznámeni s problematikou.

Fotodokumentace



Obrázek 20. Pokladna.



Obrázek 21. Vedlejší vstup do budovy.



Obrázek 22. Objízdná trasa mimo turnikety.



Obrázek 23. Toaleta.

5 Závěr

V závěru mé práce zodpovím stanovené výzkumné otázky a shrnu dílčí výsledky mapování jednotlivých zmapovaných objektů.

Jaký je aktuální stav bezbariérovosti vybraných lyžařských areálů v Beskydech?

Nemůžeme nikterak říct, že by areály v Beskydech splňovaly podmínky bezbariérovosti. Na osoby se zdravotním postižením jsou připraveni snad jen větší střediska, zatímco menší, o jedné či dvou sjezdovkách, kterých je v Beskydech spousta připravené nejsou. Po rozhovorech s provozovateli bariérových a částečně bariérových areálů mi bylo sděleno, že lyžaři s tělesným či zrakovým postižením raději pojedou do většího areálu, proto u nich není potřeba přeměny architektonických bariér.

Která konkrétní střediska jsou bezbariérová a která naopak bariérová?

Mezi bezbariérová střediska můžeme zařadit ski areál Bílá a ski centrum Kohútka, které splňují dle výsledků mapování podmínky přístupných objektů. Jak personál, tak provozovatel se s lyžaři s tělesným i zrakovým postižením setkali a mají patřičné zkušenosti.

Za bariérová střediska můžeme označit ski park Gruň a ski areál Karolinka, jelikož nikterak nejsou připraveny pro osoby se zdravotním postižením. Areály nedisponují bezbariérovým sociálním zařízením, součástí areálů je nespočet schodů, které nejsou nijak zajištěny rampou nebo plošinou a v oblasti střediska je značné a náročné převýšení, pro osobu na vozíku téměř nepřekonatelnou.

Ski areál Razula se jeví jako částečně bariérový, jelikož ač středisko disponuje nájezdovými ližinami přes schody, bylo by velmi náročné dostat se bez pomoci asistenta na horní podestu, kde se nachází bezbariérové samostatné WC a bufet.

Jaké zkušenosti má personál střediska a samotný provozovatel s lyžaři zdravotně postiženými?

Jelikož se kromě Ski areálu Bílá a Ski centrum Kohútka bavíme o malých a bariérových či částečně bariérových střediscích, v kterých nepředpokládají, že k nim přijedou lyžaři s tělesným nebo zrakovým postižením, je celkem zřejmé, že personál a

ani provozovatel nebude mít zkušenosti s touto problematikou. Ve dvou bezbariérových areálech (Ski areál Bílá a Ski centrum Kohútka) zkušenosti s těmito lyžaři mají, jelikož je pravidelně v zimním období navštěvují. Ovšem jak jsem se dozvěděla z rozhovorů, to že nemají dostatek zkušeností neznamená, že nejsou ochotni pomoci. Personál ve všech pěti střediscích je ochoten jakkoli pomoci, zpomalit či úplně zastavit vlek nebo lanovku, a to jak na spodní stanici, tak i horní stanici.

Shrnutí

V mé bakalářské práci jsem se zaměřila na mapování bezbariérovosti vybraných lyžařských areálů v Beskydech.

V teoretické části jsem se zabývala vymezením pojmů zrakové a tělesně postižení. Zaměřila jsem se především na hlavní rozdělení, klasifikaci a základní bariéry osob se zdravotním postižením. Dále jsem se zmínila o lyžování tělesně postižených osob a o základních kompenzačních pomůckách.

Ve výzkumné části jsem se zaměřila na mapování bezbariérovosti pěti vybraných lyžařských středisek a následném zhodnocování výsledků. Dva z pěti splnili podmínky bezbariérovosti, zbylé tři buď splňovaly podmínky částečně nebo vůbec. Požadavky byly stanoveny dle publikace Metodika kategorizace přístupnosti objektů, kterou vydala Pražská organizace vozíčkářů.

V závěrečné části práce jsem zodpověděla výzkumné otázky, a to jaký je aktuální stav bezbariérovosti vybraných lyžařských areálů v Beskydech, která konkrétní střediska jsou bezbariérová a která naopak bariérová a jaké zkušenosti má personál a provozovatel s lyžaři se zdravotním postižením.

Summary

In my bachelor thesis I focused on mapping certain barrier-free ski areas in Beskydy.

In theoretical part I looked into the terms of visual and physical impairment. First of all, I inquired into main dividing, classification and elemental barriers of persons with physical and visual disabilities. Secondly, I mentioned skiing for people with physical disabilities and fundamental compensatory aids.

For research, I focused on mapping five specific barrier-free ski areas followed by outcome evaluations. Two out of five ski areas complied with barrier-free requirements, remaining three complied only partly or not at all. Requirements barrier-free are given by publication “Metodika kategorie přístupnosti objektů” realised by “Pražská organizace vozíčkářů”.

In final part, I answered researchable questions, that are what the current barrier-free status of certain ski areas in Beskydy is which of the ski areas are barrier-free and which are not, what experience does the staff and operator have with skiers with *physical* disabilities.

Referenční seznam

- Černohorský, D., Hadraba, V., Hon, J., Janečka, Z., Jelinek, J., Lacinová, J., ... Veselý, P. (1998). *Sport a rekreační aktivity zdravotně postižených dětí*. Praha: Univerzita Karlova.
- Daďová, K., Čichoň, R., Potměšil, J., & Švarcová, J. (2008). *Klasifikace pro výkonnostní sport zdravotně postižených*. Praha: Karolinum.
- Dvořák, K. (1999). *Patologie CNS*. Praha: Karolinum.
- Filipová, D. (1998). *Život bez bariér: Projekty a rekonstrukce*. Praha: Grada.
- Filipová, D. (2002). *Projektujeme bez bariér*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí.
- Gondek, D. (2019). *Úprava a implementace metodiky pro monitoring bezbariérovost lyžařských areálů*. Diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Hamadová, P., Květoňová, L., & Nováková, Z. (2007). *Oftalmopedie*. Brno: Paido.
- Jakobová, A. (2011). *Komplexní péče o děti s tělesným a kombinovaným postižením*. Ostrava.
- Janečka, Z., & Bláha, L. (2013). *Motorické kompetence osob se zrakovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Ješina, O., & Kudláček, M. (2011). *Aplikovaná tělesná výchova*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Ježorská, Š., & Kisvetrová, H. (2014). *Osoby se zdravotním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Kudláček, M., Ješina, O., Spurná, M., Ješinová, L., Janečka, Z., Panská, S., & Válková, H. (2013). *Základy aplikovaných pohybových aktivit*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

- Klusoňová, E., & Pitnerová, J. (2005). *Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti*. Brno: NCO NZO.
- Kábele, F. (1992). *Sport vozíčkářů*. Praha: Olympia.
- Kvasnička, J. (2012). *Metodika výuky lyžování na mono-ski*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Ludvíková, L., & Stoklasová, V. (2005). *Tyflopedie pro výchovné pracovníky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Novosad, L. (2011). *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita*. Praha: Portál.
- Opatřilová, D., & Zámečnicková, D. (2014). *Podpora rozvoje hybnosti osob s tělesným postižením*. Brno: Masarykova univerzita.
- Opatřilová, D., & Zámečnicková, D. (2007). *Somatopedie*. Brno: Masarykova univerzita.
- Opatřilová, D., & Zámečnicková, D. (2008). *Možnosti speciálně pedagogické podpory u osob s hybným postižením*. Brno: Masarykova univerzita.
- Pokorná, V. (1997). *Teorie, diagnostika a náprava specifických poruch učení*. Praha: Portál.
- Renotiérová, M. (2003). *Somatopedické minimum*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Šestáková, I., & Lupač, P. (2010). *Budovy bez bariér*. Grada.
- Vítková, M. (1999). *Somatopedické aspekty*. Brno: Paido.
- Vítková, M. (2006). *Somatopedické aspekty*. Brno: Paido.

Přílohy

Příloha č.1 Formulář pro mapování bezbariérovosti dle Daniela Gondeka (2019).

Název lyžařského areálu									
Adresa									
Telefon:					Fax:				
Email:					Web:				
Odpovědný vedoucí:					Datum:				
A0	DOPRAVNÍ DOSTUPNOST								
A01	Autobusem	Ano	Ne	*Vzdálenost zastávkym	Bariérovost zastávky		K dispozici bezbariérové autobusy		
					Ano	Ne	Ano	Ne	
A02	MHD	Ano	Ne	*Vzdálenost zastávkym	Bariérovost zastávky		K dispozici bezbariérové autobusy		
					Ano	Ne	Ano	Ne	
A03	Vlak	Ano	Ne	*Vzdálenost zastávkym	Bariérovost zastávky		K dispozici bezbariérové vlaky		
					Ano	Ne	Ano	Ne	
A04	Ski-bus	Ano	Ne	*Vzdálenost zastávkym	Bariérovost zastávky		K dispozici bezbariérové autobusy		
					Ano		Ne		
A	PARKOVÁNÍ						ANO		NE
A1	U areálu je bezbariérové parkování Poznámky:								
A2	K pokladně je bezbariérový přístup								
A3	Je možné parkovat u sjezdovky pro přímý vstup do monoski?						Speciální vjezd/vyhrazené místo		
A4	Vzdálenost parkoviště od areálu				m				

A5	Parkoviště se nachází na rovném terénu			
A6	V zimním období je pravidelně odklizen sníh			
A7	Povrch je ošetřován přípravky proti neklouzavosti Jakým:			
A8	Povrch parkoviště	Zpevněný	Nezpevněný	
A9	Kapacita parkoviště		míst	

B	VYHRAZENÁ PARKOVACÍ MÍSTA		ANO	NE
B1	U areálu jsou vyhrazená parkovací místa			
B2	Počet vyhrazených míst	míst		
B3	Vzdálenost parkovacího místa od areálu	metrů		
B4	Nachází se na rovném terénu			
B5	Je označeno dopravní značkou			
B6	Má dostatečné rozměrové parametry umožňující manipulaci osoby na vozíku			
B7	V zimě je udržované (odklizen sníh, ošetření proti sněhu a ledu)			
B8	Na povrchu vyhrazených parkovacích míst nejsou výtluky ani jiné defekty, které by bránily sjízdnosti vozíku			
B9	Platba za parkování Cena: ZTP:			

C	OSVĚTLENÍ PARKOVIŠTĚ	ANO	NE
C1	Parkoviště je osvětleno		
C2	Osvětlena je celá plocha parkoviště		
C3	Osvětlení funguje již za šera		

D	PŘÍSTUPOVÝ CHODNÍK	ANO	NE
D1	Je k dispozici přístupový chodník		
D2	Chodník má zpevněný povrch		
D3	Povrch chodníku je bez výtluků a dalších defektů		
D4	Při použití ocelové konstrukce s rošty jsou velikosti otvorů do 15 mm		
D5	V zimě je chodník udržován (odklizen a posypáván)		
D6	Šířka je min. 1200 mm, v místě zúžení min. 900 mm		
D7	Příčný sklon je maximálně 2 % (20 mm na metr)		
D8	Podélný sklon je maximálně 8,33 % (83 mm na metr)		
D9	Chodník je osvětlen		
D10	Osvětlena je celá plocha chodníku		
D11	Osvětlení funguje již za šera		

E	LYŽAŘSKÉ VLEKY – základní informace (vypište)				
E1	Název vleku, označení				
E2	Typ vleku Poznámky:				
E3	Délka vleku			m	
E4	Převážná kapacita			osob/hodinu	
E5	Převýšení			m	
E6	Výška závěsu nebo kotvy			mm	
E7	Rychlost vleku			m/s	
E8	Turnikety	Šířka mm	Výška mm		
	Odpovídající stav zakřížkujte			ANO	NE
E9	Existuje možnost projetí mimo turnikety (jaké) Poznámky:				

E10	Lyžařská stopa je bez příčných sklonů Poznámky:		
E11	Obsluha vleků je ochotná regulovat rozjezd a rychlost lyžařského vleku		
E12	Zábrana průjezdu		
E13	Možnost odjezdu z trasy lyžařského vleku po celé délce		
E14	Obsluha dolní stanice		
E15	Obsluha horní stanice		
E16	Zajištění vleku při výstupu: dohled vlekáře		
E17	Zajištění vleku při výstupu: bezpečnostní lanko		
E18	Vlek je označen piktogramy dle ČSN 01 8027		
E19	Vlek se používá i pro večerní lyžování		
Odpovídající stav zakroužkujte			
E20	V jakém terénu je plocha pro čekání lyžařů Poznámky:	Rovina	Do kopce Z kopce
E21	V jakém terénu je nástupní plocha Poznámky:	Rovina	Do kopce Z kopce
E22	V jakém terénu je výstupní plocha Poznámky:	Rovina	Do kopce Z kopce
E23	V jakém terénu je místo, kde se dá objet turniket	Rovina	Do kopce Z kopce

F	LANOVKY – základní informace (vypište)	
F1	Název lanovky, označení	
F2	Typ lanovky	
F3	Délka lanovky	m
F4	Přepravní kapacita	osob/hodinu
F5	Převýšení	m
F6	Výška sedačkové nebo kabinkové lanovky	mm

F7	Přístup do kabinkové lanovky			
F8	Zpomalí obsluha v případě žádosti (např. monoski, malé děti) lanovku			ANO/NE
F9	Počet míst k sezení			
F10	Materiál sedačkové lanovky. V případě, kde by mohla monoski poškodit její povrch, je k dispozici deska pod monoski? Poznámky:			
F11	Turnikety	Šířka	mm	Výška mm
F12	Plocha při nástupu	Pojízdný pás Povrch:	Nepojízdné Povrch:	Jiné Jaké:
	Odpovídající stav zakřížkujte			ANO
				NE
F13	Existuje možnost projetí mimo turnikety Poznámky:			
F14	Plocha pro čekání lyžařů je zabezpečena nástupními brankami			
F15	Šířka nástupní branky			mm
F16	Existuje možnost projetí mimo nástupní branky			
F17	Horská/záchranná služba má zkušenosti s evakuací monolyžaře na lanovce			
F18	Lanovka je označena piktogramy dle ČSN 01 8027			

F19	Lanovka se používá i pro večerní lyžování			
	Odpovídající stav zakroužkujte			
F20	Přístup k lanovce	Rovina	Do kopce	Z kopce
F21	V jakém terénu je výstupní plocha	Rovina	Do kopce	Z kopce

G	SJEZDOVKA – základní informace (vypište)	
G1	Název sjezdovky, označení	
G2	Obtížnost sjezdovky	
G3	Délka sjezdovky	m

G4	Převýšení	m		
Odpovídající stav zakřížkujte		ANO	NE	
G5	Umělé zasněžování			
G6	Plocha s upraveným prostorem pro úplné začátečníky Poznámky (rovina, mírný svah s dojezdem do roviny, dětský park):			
G7	Na sjezdovce se nachází místa se značným příčným sklonem Poznámky (levou, pravou stranu):			
G8	V areálu je orientační mapa			
G9	Orientační mapa obsahuje manuální či elektronické informace o provozu			
G10	Obtížnost je barevně vyznačená			
G11	Nouzové osvětlení při výpadku el. energie je k dispozici			
Odpovídající stav zakroužkujte				
G12	Na sjezdovce je orientační tabule	Ano	Ne	Není třeba
G13	Kritická místa jsou označena signálními tabulemi s piktogramy	Ano	Ne	Žádná nejsou
G14	Večerní lyžování	Ano	Ne	

H	TOALETY			
H1	Toaleta pro použití osobami s omezenou hybností je k dispozici			ano ne
H2	Kabina je	volně přístupná / uzamčená	klíče jsou k dispozici u	Přístupná pro euroklíč
H3	Kabina se nachází	v oddělení WC ženy	v oddělení WC muži	samostatně
H4	Šířka dveří			mm
H5	Směr otevírání	z kabiny	do kabiny	posuvné
H6	Madlo	uvnitř	vně	chybí
H7	Je možné WC zamknout			ano ne

H8	Vypínač	ano	chybí	automat	výška:	mm	
H9	Rozměry kabiny (šířka x hloubka)					mm	
H10	Šířka místa pro vozík (vzdálenost od boku mísy ke stěně)					mm	
H11	Výška sedátka					mm	
H12	Toaletní papír v dosahu z mísy					ano	ne
H13	1. madlo	sklopné / pevné	délka		šířka		
H14	2. madlo	sklopné / pevné	délka		šířka		
H15	Osová vzdálenost madel					mm	
H16	Výška umístění umyvadla					mm	
H17	Baterie:	typ	páková / bezdotyková / kohoutek				
		výška od podlahy				mm	
H18	Zrcadlo:	ano/ne	sklopné – výška páky v horní poloze			mm	
			pevné – výška spodní hrany			mm	

H19	Přebalovací pult	ano/ne	sklopný/mobilní	Překáží při obsluze WC: ano/ne
-----	------------------	--------	-----------------	--------------------------------

I	POKLADNA							ANO	NE
I1	Výška pokladny							mm	
I2	Typ povrchu u pokladny								
I3	Je možné k pokladně dojet po chodníku								
I4	Schody	ano/ne	Počet schodů			Povrch schodů			
I5	Hlasový mikrofon v pokladně		ano/ne			Výška			mm
I6	Slevy na průkaz ZTP								
I7	Typ zlevněných jízdenek	Denní	Půldenní	Večerní	Bodová	Hodinová	Sezónní	Jiné	
I8	Sleva asistenta ZTP osoby								
I9	Procentuální sleva asistenta							%	

J	OBJEKT – BUFET, RESTAURACE					
J1	Typ stravovacího zařízení					
J2	Počet schodů					
J3	Práh	ano/ne		výška		mm
J4	Zvonek	pouze zvonění		interkom (vysílačka)	chybí	výška mm
J5	Nika	ano/ne	šířka mm		hloubka mm	
J6	Dveře	jdnokřídle		dvoukřídle		karuselové
J7	Otevírání	mechanické		automatické	posuvné	kyvné (lítací)
J8	Otevírání	ven		dovnitř	do stran	do strany
J9	Průjezdová šířka hlavního křídla		mm		Průjezdová šířka vedlejšího křídla	mm
J10	Zádveří	ano/ne	šířka mm		hloubka mm	
J11	Dveře 2	jdnokřídle		dvoukřídle		karuselové
J12	Otevírání 2	mechanické		automatické	posuvné	kyvné (lítací)
J13	Otevírání 2	ven		dovnitř	do stran	do strany
J14	Průjezdová šířka hlavního křídla 2		mm		Průjezdová šířka vedlejšího křídla	mm
J15	Výška stolu					mm
J16	Podjezdová výška stolu					mm
J17	Druh povrchu v restauraci					
J18	Židle se dají jednoduše přemístit					
J19	Je k dispozici bezbariérové WC					
J20	Je k dispozici obsluha					
J21	Šířka stolů				mm	

K	Specifika lyžařských středisek pro účast osob s tělesným a zrakovým postižením			
Setkala se obsluha s lyžováním osob s TP		ANO/NE		
Poznámky:				
Setkala se obsluha s lyžováním osob s ZP		ANO/NE		
Poznámky:				
Pracovníci jsou u vstupu na vlek obeznámeni s nasazováním monoski na vlek, lanovku a u výstupu s odepínáním z vleku		ANO/NE		
Poznámky:				
Pracovníci jsou u vstupu a výstupu na vlek obeznámeni s možnými komplikacemi osob s ZP		ANO/NE		
Poznámky:				
Umožněn vstup do uzavřených parků		ANO/NE		
Poznámky:				
Odpovídající stav zakroužkujte				
Orientační mapa upravená pro osoby ZP	Zvětšené písmo	Braillovo písmo	Elektronický výstup	Výrazné barvy
Na sjezdovce jsou orientační tabule	Zvětšené písmo	Braillovo písmo	Elektronický výstup	Výrazné barvy
Vyznačení obtížnosti sjezdovek pro osoby ZP	Zvětšené písmo	Braillovo písmo	Elektronický výstup	Výrazné barvy

VÝTAH		
Lokalizace výtahu	v přízemí	
Typ výtahu	volně přístupný / uzamčený	přístup do výtahu zajistí:
	osobní / nákladní	výtah spojuje patra: -
	dojezd na hlavních podestách / dojezd v mezipatrech	
Nástupní plocha	šířka: cm	hloubka: cm
	převýšení (rozdíl výšek mezi podlahou klece a nástupištěm): cm	
Dveře	šachetní:	šířka: cm
		otevírání: automatické / mechanické ven / mechanické dovnitř
	klecové:	šířka: cm
		otevírání: automatické / mechanické ven / mechanické dovnitř
Ovladače na nástupních místech	výška horního tlačítka ve všech patrech max.: cm	
	označení:	relief:
		ryté / vystouplé
		ploché
Braille:	ano / ne	
AOM (akustický orientační majáček)	ano / ne	
	nad osou dveří: ano / ne	
	lokalizace AOM v případě, že není nad osou dveří:	
	hlášení: fráze / trylek	
Klec	rozměry:	šířka: cm
		hloubka: cm
	přůchozí:	ano / ne
		druhé dveře na čelní stěně / boční stěně
Ovladače uvnitř klece	vzdálenost ovladače od nejbližšího rohu: cm	
	výška horního tlačítka: cm	

	označení:	relief:	ryté / vystouplé
		ploché	grafické / digitální (dotyk)
		Braille:	ano / ne
	hlášení:	akustické:	ano / ne
		fonetické:	ano / ne
Vybavení klece	madlo:	ano / ne	
		čelní stěna / boční stěna / boční stěny	
	zrcadlo:	ano / ne	
		čelní stěna / boční stěna / boční stěny	
		výška spodní hrany: cm	
	sedátko:	ano / ne	
		funkční ve všech polohách: ano / ne	
		ovladač v dosahu: ano / ne	
Poznámky	-		
Slovní popis úseku	-		