

Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta tělesné kultury

MONITORING BEZBARIÉROVOSTI LYŽAŘSKÝCH AREÁLŮ
Bakalářská práce

Autor: Jakub Řičica, Aplikované pohybové aktivity

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

Olomouc 2015

Bibliografická identifikace

Jméno a příjmení autora: Jakub Řičica

Název diplomové práce: Monitoring bezbariérovosti lyžařských areálů

Pracoviště: Katedra aplikovaných pohybových aktivit

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

Rok obhajoby diplomové práce: 2015

Abstrakt: Bakalářská práce se zabývá monitorováním dostupnosti lyžařských areálů v České republice pro lyžaře s tělesným postižením. V této práci byla zmonitorována bezbariérovost osmi autorem zvolených areálů v České republice. Požadavky bezbariérovosti splňují pouze tři z osmi uvedených ski areálů. Nevyhovuje jeden, ostatní vyhovují částečně. Nejčastějším nedostatkem jsou nevyhovující sociální zařízení, přístup z parkoviště nebo bariérový vstup do restaurace. U každého areálu je uveden návrh na zdokonalení stávající situace pro lyžaře s tělesným postižením.

Klíčová slova: tělesné postižení, lyžování, aplikované pohybové aktivity, monoski

Souhlasím s půjčováním diplomové práce v rámci knihovních služeb.

Bibliographical identification

Author's first name and Surname: Jakub Řičica

Title of the master thesis: Monitoring the accessibility of ski resorts

Department: Adapted Physical Activity

Supervisor: Mgr. Ondřej Ješina, Ph.D.

The year of presentation: 2015

Abstract: This bachelor thesis concerns the topic of monitoring of availability of ski resorts for skiers with physical handicap in the Czech Republic. It was monitoring the wheelchair accessibility of eight ski resorts chosen by author in the Czech Republic. Just three of eight explored ski premises meet the requirements of wheelchair accessibility. The most common deficiencies are unsatisfactory sanitary facilities, access from the parking or no-wheelchair access to the restaurant. Often unsuitable toilets and entrances to the restaurant. I also suggested some improvements for each ski resort separately to enhance current situation for skiers with physical handicap.

Keywords: physical disability, skiing, adapted physical activity, monoski

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

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracoval samostatně pod vedením Mgr. Ondřeje Ješiny, Ph.D., uvedl jsem všechny použité literární a odborné zdroje a dodržoval jsem zásady vědecké etikety.

V Olomouci dne 30. 4. 2015

.....

Na tomto místě bych rád poděkoval Mgr. Ondřeji Ješinovi, Ph.D. za pomoc a cenné rady, které mi poskytl během zpracování této bakalářské práce a dále všem majitelům lyžařských středisek za vstřícný přístup, ochotu a poskytnutí informací o lyžařských areálech a děkuji také všem ostatním, kteří se na vzniku této práce podíleli.

Obsah

Úvod.....	7
1 Přehled poznatků.....	8
1.1 Tělesné postižení.....	8
1.1.1 Vybrané typy tělesného postižení.....	9
1.1.2 Životní styl osob s tělesným postižením.....	13
1.2 Význam pohybových aktivit v životě člověka s tělesným postižením	14
1.2.1 Sport, tělesná výchova	15
1.2.2 Rekreace.....	16
1.3 Bariéry v životě osob s tělesným postižením.....	17
1.3.1 Vnitřní bariéry.....	18
1.3.2 Vnější bariéry (mentální)	19
1.3.3 Architektonické bariéry (bariéry prostředí)	20
1.4 Lyžování osob s tělesným postižením.....	22
1.4.1 Potřebné vybavení pro lyžování osob se všemi typy tělesného postižení	22
1.4.2 Sportovní klasifikace v lyžování u osob s tělesným postižením	24
2 Cíl práce.....	26
2.1 Dílčí cíl.....	26
2.2 Úkoly práce	26
2.3 Výzkumné otázky.....	26
3 Metodika	27
4 Výsledky a diskuze	30
5 Závěr	47
Souhrn.....	49
Summary.....	50
Referenční seznam.....	51

Úvod

Sport a pohyb obecně je pro člověka velice důležitý. To, že má nějaké pohybové omezení, ovšem neznamená, že na sportovní aktivity musí zanevřít úplně. Velká skupina lidí s tělesným postižením našla svou zálibu právě v jízdě po sjezdovce na speciálně upravené lyži.

V dnešní době potkáváme v na sjezdovkách českých ski areálu stále více monoski lyžařů. Dokonce často lyžují lépe než zdraví lidé. Hodně lidí jenom nevěřicně kouká a obdivuje.

Aby si člověk na invalidním vozíku mohl také užít zimních radovánek na monoski je velmi důležitá bezbariérovost lyžařského střediska. Podle mého názoru bylo mapování těchto míst doteď vynecháváno.

Každý člověk má totiž naprosto jinou představu o překážkách, odlišnou míru vnímání bezbariérovosti. Je-li například v lyžařském areálu několikacentimetrový schod, pro člověka sedícího na invalidním vozíku to už je zásadní překážka, člověk, který používá francouzské hole nebo se pohybuje na odlehčeném vozíku, zmíněnou překážku v doprovodu asistenta překoná relativně lehce.

V rámci mé bakalářské jsem zmapoval bezbariérovost v sedmi lyžařských střediscích na různých místech České republiky pomocí ucelené metodiky pro mapování bezbariérovosti lyžařských ski areálů, kterou vytvořil Bc. Pavel Pleva. Snažil jsem se místo podrobně zdokumentovat, popsat, změřit šířku dveří při vstupu do restaurace, na WC, zdokumentoval jsem stav příjezdové cesty a přilehlého parkoviště, také mě například zajímalo, zda se na toaletách určené pro imobilní osoby nachází madla atp. Přidám můj vlastní pohled na bezbariérovost střediska a možné návrhy na zlepšení současné situace.

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

1 Přehled poznatků

V rámci této kapitoly se pokusím přiblížit důležité pojmy, které jsou s tématem práce spojené. Zmíním vybrané typy tělesných postižení, přiblížím význam pohybové aktivity u jedince s tělesným postižením. Dále uvedu specifika lyžování osob s postižením a druhy kompenzačních pomůcek k tomuto sportu určených. Důležitou součástí této kapitoly je také problematika bariér, se kterými se může osoba s tělesným postižením člověk v průběhu života setkávat.

1.1 Tělesné postižení

Müller (2001) zmiňuje, že tělesně postižená osoba je osoba, s vadou pohybového ústrojí tj, kloubů, kostí, svalů a šlach. Může se tak stát i po poruše centrální nervové soustavy.

Michalík (2002) definuje hybnost jako veškeré pohyby člověka. To jsou pohyby reflexní, mimovolní, ale také pohyby řízené (volní), není důležité, jestli probíhají jednotlivě nebo automaticky.

Krhutová et al. (2005) považují za tělesné postižení trvalý nebo dlouhodobý stav, který je spojen s poruchou schopnosti dané osoby vykonávat pohyb, kterou nemůžeme jakkoli odstranit či zmírnit léčebnou péčí. Kukolová a Ješina (2008) však s odkazem na klasifikaci WHO (viz ICF 2001) zdůrazňují interaktivnost a plasticitu vztahu osob s postižením a majoritní skupiny bez postižení a dopadu samotného postižení do reálného života. Člověk s touto poruchou má omezenou úroveň socializace. Mohou se mu hůře navazovat vztahy s jinými lidmi. Může trpět depresemi atp.

Většina lidí si v souvislosti s pojmem tělesné postižení představí patrně někoho na vozíku nebo s berlemi v podpaží. Tělesný handicap ovšem souvisí s daleko širší škálou projevů a patří sem i dlouhodobá zdravotní oslabení, která nemusí být navenek vlastně vůbec zjevná. Přesto mohou působit větší znevýhodnění, než bychom mohli čekat. Pozornost somatopedie si proto zaslouží ten, komu chybí třeba jenom palec na jedné ruce, stejně jako člověk s přerušenu páteřní míchou odkázaný na doživotní používání invalidního vozíku nebo jedinec, u kterého se čas od času objeví epileptický záchvat různého stupně. (Slowík, 2007, 97).

1.1.1 Vybrané typy tělesného postižení

Amputace

Amputace je cílené odstranění horní či dolní končetiny od trupu. Velmi častým důvodem k tomuto zákroku bývá velmi malé prokrvení postižené končetiny (Pipeková, 1998).

Podle Ješiny, Kudláčka, et al. (2011) je amputace horních nebo dolních končetin obrovským zásahem do pohybových schopností. Proto se k ní přistupuje pouze při velmi závažných poraněních. Amputaci volíme, dojde-li na končetině k poranění například cév potřebných k životu, k rozsáhlému poranění končetiny či jedinec dostane velmi závažnou infekci. V dnešní době, kdy lze amputaci kompenzovat různými druhy protéz, proto amputace není až takový problém. Možnost použití protézy vychází ze stavu pahýlu osoby, které byla amputace končetiny provedena.

Za amputaci považujeme odejmutí části kosterního aparátu včetně tkání s ní spojených. Tento zákrok vede ke změně vzhledu a funkčnosti těla osoby, které byla amputace provedena. Jde o operaci, kterou provádíme kvůli onemocnění či poruše funkce dané části těla. Snahou je dosáhnout návratu pohybu alespoň v částečném rozsahu (Kubeš, 2005).

Existují čtyři hlavní důvody pro odstranění všech nebo pouze části končetiny. Prvním z nich jsou poranění, která jsou natolik závažná, že chirurgický nebo jiný zásah je nemožný. Druhým důvodem je přítomnost nádoru v kostech, měkkých tkáních, svalech, cévách nebo nervových zakončeních končetin. Třetí příčinou je rozsáhlá infekce, která nereaguje na obvyklou či konzervativní léčbu. Poslední důvod pro provedení amputace je velmi malé prokrvení končetiny (Fallon, 2013).

Dětská mozková obrna

Lesný (1989) uvádí, že dětská mozková obrna vzniká poškozením mozku dítěte, ještě než se narodí, během porodu nebo krátce po něm. Nejčastějším příznakem je poškození pohybového aparátu daného dítěte.

Ješina, Kudláček, et. al. (2011) tvrdí, že nejčastěji vyskytujícím se typem tělesného postižení je právě DMO. Vzniká kvůli postižení centrální nervové soustavy, z něhož dochází k poškození hybnosti daného jedince. Může vzniknout před porodem nebo

během něj. Dětskou mozkovou obrnou může trpět i dítě nakažené infekcí krátce po příchodu na svět.

Dětská mozková obrna je trvalé postižení hybnosti. Vzniká poškozením mozku většinou velmi brzy po porodu. DMO je charakteristická spasticitou (zvýšený svalový tonus), která brání v protažení jednotlivých svalů na těle. Tato skutečnost může vést až k poruše růstu svalů, deformaci kosterního aparátu. Spasticitu zmírníme pravidelným protahováním, či zásahem ortopeda (Kraus, 2005).

Dětská mozková obrna je způsobena skupinou poruch, které ovlivňují mozek v době do jednoho měsíce od narození dítěte. Což má za následek nedostatečnou kontrolu pohybu. Tyto problémy mohou být zřejmé při narození. Tyto příznaky často nejsou patrné, dokud dítě nepřesáhne devět nebo deset měsíců svého věku. Nemusí být vidět také později, protože oblasti mozku, které řídí pohyb, jsou nezralé a málo efektivní brzy po narození. Dokud dítě dosáhne věku, kdy jsou tyto oblasti funkční, porucha může zůstat skryta. Je možné, že zpozorujeme tyto problémy, až se dítě postaví na nohy. U některých dětí, které mají na začátku života problém s pohybem, je postižení tak mírné, že jim nikdy nebude dětská mozková obrna diagnostikována (Baumann, 2013).

Poranění míchy a páteře

Úrazy páteře a míchy jsou označovány pojmem spinální poranění. Velmi často jsou součástí polytraumat, tj. velmi vážných a komplikovaných sdružených poranění, při kterých se výrazně zvyšuje riziko přehlédnutí poškození páteře a míchy. Tyto úrazy jsou velmi často spojeny s poraněními hlavy (v 74 %) a s poraněními hrudníku (v 62 %) (Anonymous 1, n. d.).

K poranění páteře a míchy dochází hlavně při skocích do vody, automobilových nehodách, pádech z výšky atp. K poranění míchy dochází i při zlomeninách páteře (Majkusová, n. d.).

Dle Kříže (2009) se statistika o četnosti míšního poranění liší. V České republice roste počet zranění míchy zhruba o 150 za rok. Tento úraz si nejčastěji přivodí muži v mladém věku.

Páteř je silný, relativně pružný sloup, tvořící oporu hlavě, tvoří základ opěrného systému těla. Je složena z obratlů, na nichž rozlišujeme tělo obratle a obratlový oblouk.

Mezi jednotlivými obratli jsou meziobratlové ploténky. Ty slouží k tlumení nárazů při chůzi, běhu skocích apod. Obratlové oblouky vzadu na obratlích tvoří tzv. míšní kanál. Tímto kanálem probíhá mícha, která, je tvořena svazky nervů. Tyto svazky se větví a vycházejí s páteře meziobratlovými otvory kudy pokračují do jednotlivých částí těla, kde zajišťují pohyb a cití. Je třeba zmínit prodlouženou míchu, ve které je centrum řídicí dechovou a srdeční činnost, její poškození se projeví poruchou dýchání. Nepřichází podnět k nádechu. Páteř rozdělujeme na čtyři části a to krční, hrudní, bederní a křížovou + kostrč. Zranění může postihnout páteř v celé délce. Nejzávažnější je poranění krční páteře respektive míchy, může jít o více druhů poranění, které se projevují dočasným nebo trvalým ochrnutím tělesných částí níže od místa poškození (Anonymous 5, n. d.).

Progresivní svalová dystrofie

Je svalové onemocnění, které vede k upoutání jedince na invalidní vozík jedince a následné smrti. Účinná léčebná metoda tohoto onemocnění dosud nebyla objevena, ale uvolnění dobré terapie spolu s každodenní rehabilitací lze zpomalit vývoj nemoci razantním způsobem a prodloužit tak délku života postižené osoby (Vondráček & Petrásková, 2007).

Jedná se o onemocnění způsobené genetickou vadou, jedná se o slábnutí svalové struktury člověka. Podle výzkumů za toto onemocnění nese zodpovědnost protein – dystrofin, Průběh dystrofií se liší podle typů této nemoci, jsou různě vážné, většinou ale nevléčitelné (Anonymous 2, n. d.)

Progresivní svalovou dystrofií dělíme na:

- **Duchennovu svalovou dystrofií**

- **Beckerovu svalovou dystrofií**

1. Duchennova svalová dystrofie

Příčiny: Příčinou je chybný gen pro svalovou bílkovinu dystrofin, který je zjednodušeně řečeno nutný pro život svalových buněk. U nemocného s Duchennovou nemocí (DMD) dystrofin zcela chybí. Podobně jako například hemofilie jde o nemoc, kterou podle genetických pravidel mohou onemocnět pouze chlapci. Možnost výskytu této nemoci u dívky je prakticky vyloučena. Nemoc může i nemusí mít rodinný výskyt.

Projevy: Dítě se narodí bez jakýchkoliv příznaků a vyvíjí se naprosto normálně. Během několika let (často mezi 2. a 6. rokem) se ale začne projevovat chybění dystrofinu. Svalové buňky odumírají a jsou nahrazovány vazivem. To se začne projevovat svalovou slabostí. Dítě začne mít problémy při běhu a chůzi do schodů a začne se mu obtížně vstávat ze sedu. Celý proces postupuje a za několik let upoutá chlapce na invalidní vozík. Kromě pohybového postižení jsou na chlapci vidět nenormálně velká lýtka. Toto zvětšení lýtek je způsobeno ukládáním vaziva, které nahrazuje mizející svalovou hmotu. Závažnou komplikací nemoci je postižení dýchacího systému. Dýchací svaly jsou postiženy stejně jako ostatní svaly v těle a to vede k poruchám dýchání (Anonymous 3, n.d.).

2. Beckerova svalová dystrofie

Jde v podstatě o jednu z forem Duchenovy svalové dystrofie. Její průběh je ovšem výrazně pomalejší. Napadá svaly pánve a nohou (Pivoňková, 2013). První příznaky nemoci se u chlapců s DMD začínou objevovat již ve věku tří let. Nemoc postupně ochabuje kosterní svalstvo končetin a trupu. V raném věku dospívání mezi 13 - 19 rokem nebo i dříve jsou zasaženy i svaly dýchací a srdeční. Beckerova svalová dystrofie (BMD) je mírnější forma DMD. Nápor nemoci se projeví obvykle později, progresse je pomalejší a prognózy hůře předvídatelné. Ačkoliv nemoc v 99,9% postihuje výlučně chlapce, ve vzácných případech můžou onemocnět i děvčata. V rané fázi DMD a BMD ochabuje svalstvo hrudníku (ramena se stahují dozadu) (Anonymous 4, n.d.)

Spina bifida (rozštěp páteře)

Nejčastěji se rozštěp páteře nachází v oblasti bederní páteře a níže. Spina bifida je způsobena neúplným uzavřením neurální trubice. Spina bifida se dělí na a) meningokélu při níž dochází k vyhrěznutí plen míšních skrze obratle ven z páteře, dojde k vytvoření viditelného vaku, ve kterém se nachází mozkomíšní mok, b) meningomyelokélu to je stav, při něm dojde k výhrězu míšních plen i míchy jedná se o nejrozsáhlejší postižení schopnosti pohybu, c) okultní spinu bifidu u níž není potřebný chirurgický zásah, může se vyskytovat u řady lidí, aniž by o tom věděli (Kudláček, 2007).

V případě, že neurální trubice není dobře uzavřena. Když se zadní oblast neurální trubice neuzavře, vzniká spina bifida (rozštěp páteře). Tato vada následně ovlivní stavbu svalů, kostí a kůže v postižené oblasti. V místě rozštěpu nejsou správně spojeny obratle (Howard, 2013).

Rozštěp páteře je jedno z nejčastěji se vyskytujících vrozených typů tělesného postižení. Jedná se o deformaci neurální trubice. Lidé s tímto druhem postižení často nedokáží ovládat jejich močový měchýř, což vede k inkontinenci. Kvůli pokroku v lékařství se výrazně snížila úmrtnost osob, které mají rozštěp páteře (Porter & Kelly, 2014).

1.1.2 Životní styl osob s tělesným postižením

Životní styl osoby s postižením z velké části vychází z toho v jakém prostředí a společnosti se pohybuje. Někdo žije aktivně i přes své postižení, jiný sedí doma a neustále sedí u televize. Osoby s tělesným postižením by měli žít aktivně. Mají plno možností. Mohou se začít věnovat nějakému sportu, najít si své koníčky nebo jinou fyzickou aktivitu. Je ovšem potřeba chápat, že ne všechny osoby mohou vykonávat nějakou fyzickou aktivitu. Z průzkumu vyplývá, že u tělesně postižených jedinců je sklon k aktivnímu životnímu stylu mnohem vyšší (Spring, 2013).

Studie prokázala, že většina lidí s tělesným postižením pravidelně alespoň jednou denně cvičí ať už pasivně či aktivně. Toto vede ke zlepšení jejich kondice, předcházení civilizačních chorob a posílení imunity. Za určitý druh pohybové aktivity se počítá i pohyb osoby na jejím invalidním vozíku (Van Der Woude, De Groot, Postema, Bussmann, Janssen, & Post, 2013).

Dodržování aktivního životního stylu, který zahrnuje například pravidelnou pohybovou aktivitu je u jedinců s postižením ve velké míře problém, na který je kladem velký důraz. Dostatečná pohybová aktivita má několik přínosů, které vedou například ke psychické pohodě jedince (Pagán-Rodríguez, 2014).

Tělesně postižení lidé jsou méně zdraví než lidé bez postižení. Trpí také větší mírou obezity, ta je způsobena malou mírou pohybu, který postižení lidé mají. Také jsou často zarputilí kuřáci. Tento fakt si částečně vysvětlujeme znevýhodněním prostředí, ve kterém žijí (Mithen, Aitken, Ziersch, & Kavanagh, 2015).

1.2 Význam pohybových aktivit v životě člověka s tělesným postižením

Pohyb je jak u zdravého, tak i člověka s postižením velmi důležitý. Zvyšuje si ním fyzickou kondici a odolnost. Daný jedinec by si měl ve vykonávané činnosti nalézt zálibu a pravidelně se k ní vracet. Pokud člověk vykonává pohybovou aktivitu ve skupině, zvedne se i jeho úroveň socializace.

Ješina a Hamřík (2011) tvrdí, že pohybové aktivity mohou být jednou z možností, které pomohou osobám s postižením začlenit se do společnosti. Pohybové aktivity mají na člověka celou řadu kladných dopadů.

"Osoby se zdravotním postižením a znevýhodněním (chronickým onemocněním, dlouhodobým onemocněním, po dlouhodobé léčbě apod.) pravidelnou pohybovou činností působí preventivně a předcházejí tím dalším prohlubujícím se zdravotním komplikacím."

(Ješina & Hamřík 2011, 8)

Podle stejných autorů pak dostatečná úroveň pohybové aktivity vede například k :

- nižší úmrtnosti
- snížení rizika kardiovaskulárních onemocnění
- eliminování depresí
- kladnému vlivu na metabolismus tuků
- udržení svalové hmoty
- normálnímu rozvoji kostí a svalových tkání

Nejvýznamnější dopad na osobu s tělesným postižením je neschopnost pohybu. Je doloženo, že každý člověk bez rozdílu by měl mít možnost vykonávat nějakou

pohybovou aktivitu. Například pasivní pohyb končetin, aby nedošlo k úplné ztrátě svalové hmoty (Novosad, 2002).

Podle mého názoru je jakýkoliv pohyb ať už pasivní či aktivní u lidí s tělesným postižením. Může zabránit postupné ztrátě samostatného pohybu nebo pomůže ke zmenšení spasticky a zkracování šlach a svalů.

Díky dostatku pohybu, můžeme předcházet zdravotním problémům. Podle Skopové a Zítka (2005) musíme vycházet ze zkratky FITT= frekvence, intenzita, doba trvání, typ cvičení. Je potřeba vykonávat tuto činnost určitou intenzitou po určitou dobu. Optimální tělesnou zdatnost vnímají tito autoři jako základ pro správné fungování organismu.

Pravidelné vykonávání pohybové aktivity má velký vliv na správnou funkci všech systémů v těle, pohyb zajišťuje také zrychlení metabolismu , prospívá veškerým reakcím, které probíhají uvnitř našeho těla (Svatoň & Tupý, 1997).

Má pozitivní vliv na zdraví a předcházení různým nemocím. Vykonáváním jakéhokoliv sportu se zvyšuje imunita. Při sportování lidé přichází úplně na jiné myšlenky a nemyslí tolik na své postižení.

Pravidelným cvičením svalů, které díky svému postižení nezapojujeme, a tudíž velmi rychle ochabují , odstraníme dysbalance určitých skupin svalů . Jedna z dalších výhod pohybové aktivity je její regenerační schopnost . Urychluje celkovou regeneraci organismu po náročném sportovním výkonu (Svatoň & Tupý, 1997).

1.2.1 Sport, tělesná výchova

Kábele (1992) uvádí, že úspěchy či touha po dobrém výsledku u jedince s postižením, může vést ke zmírnění pocitů zbytečnosti a méněcennosti. Sport a tělesná výchova jednoznačně napomáhají k tomu, že dochází ke styku lidí s postižením a zdravých. Tím se zvyšuje úroveň seberealizace a socializace člověka, který potřebuje k pohybu invalidní vozík či jinou kompenzační pomůcku. Je důležité, aby člověk s postižením nebyl z hodin tělesné výchovy ve škole uvolněn. V rámci sportovních aktivit se tyto jedince snažíme co nejvíce zapojit do daného sportovního odvětví. Při této činnosti se snažíme nedělat rozdíly mezi osobami bez postižení a s postižením.

Účast jedinců s tělesným postižením v hodinách tělesné výchovy má na ně kladný vliv po stránce psychické i fyzické. Mimo jiné se rozvíjí jejich pohybové dovednosti (Karásková, 1993).

"Pravidelná tělovýchovná činnost pozitivně ovlivňuje zdravotní, psychické i sociální klima vozíčkáře." (Kábele, 1992, 10)

Kábele (1992) dále zdůrazňuje, že díky vykonávání jakéhokoliv sportu a účasti v tělesné výchově se postižený jedinec zdokonaluje například v rozvoji obratnosti, koordinačních schopností, zdokonalování reakcí a v neposlední řadě dochází k preciznímu ovládnutí vozíku. Dále si osoby s postižením díky sportování nebo dostatečné pohybové aktivitě v rámci tělesné výchovy zvyšují svou tělesnou sílu a rostě jim svalová hmota. Pozitivní dopad má i zažívání vypjatých situací a velké množství fyzických soubojů. Jedinec se naučí, jak udržet své emoce na uzdě nebo naopak se pozitivně psychicky naladit. Začne hledat na svém postižení kladné stránky. Sport či jakákoliv pohybová aktivita, spojuje lidi. Získáváme nové přátele, potkáváme mnoho dalších kamarádů se stejným osudem. V neposlední řadě se musí jedinec s postižením zdravě stravovat, odpustit si alkohol, má dobré návyky, které zabraňují vzniku civilizačních chorob. Jednou z nejdůležitějších věcí, ke které vede sport a tělesná výchova osob s tělesným postižením, je zapojování se do společnosti jak u lidí s omezenou hybností, tak zdravých lidí.

Zapojení tělesně postižených osob je velmi důležité pro jejich další pozitivní rozvoj. Sport patří mezi velmi důležité prostředky socializace (Duyan, 2007).

Sport a trénink osob s tělesným postižením vede k rozvoji dynamiky, silových schopností a k velkému rozvoji co největšího počtu zachovaných svalů (Machová, 2012).

Sport je v dnešní době nedílnou součástí všech lidí. Výjimkou nejsou ani sportovci s tělesným postižením. Sport a pohybová aktivita těchto lidí se více a více stává prostředkem k integraci sportovců se zdravotním postižením do společnosti (Janečka et al, 2012).

1.2.2 Rekreace

Pro to, abychom byli zdraví, je potřebná dostatečná úroveň pohybové aktivity. Existuje mnoho výzkumů, které potvrzují, že pohybová aktivita prospívá všem lidem kteréhokoliv věku (Kalman, Hamřík, & Pavelka, 2009).

Dobry (2009) uvádí, že pohybová aktivita je druh pohybu těla, při kterém člověk zapojuje fyzickou i psychickou stránku. Tento pohyb je vykonáván zapojením kosterního aparátu a svalové schránky našeho těla, dochází při něm k výdeji energie.

Když se zamyslíme nad tím, že člověk je po celou dobu svého života zatěžován fyzicky, psychicky či sociálně, proto musí tyto ztracené síly nějakým způsobem znovu získávat. Už jen základní životní a biologické procesy berou našemu tělu energii. (velký energetický vývoj, pracovní vytížení atp.). Je potřeba dopřát našemu organismu odpočinek. Rekreace napomáhá k obnově sil a energie našeho organismu.

Rekreace je aktivní činnost, kterou osoba provádí svým vlastním rozhodnutím v jejím volném čase. Tyto činnosti vykonáváme naprosto dobrovolně a přiměřenou intenzitou (Pásková & Zelenka, 2002).

Dohnal a Hodaň (2005) uvádí, že máme různé významy rekreace Intelektuální - během činnosti, která je pro nás koníčkem nové poznatky a vědomosti, Sociální – vytváříme si nové známosti ve společnosti, vytváříme si adekvátní sociální status, Pohybový – tento význam je poněkud specifický, je zaměřen na udržování tělesné kondice, spojené s vykonáváním svých zájmů, Psychický – během rekreace se člověk psychicky uvolní, zapomene na všechny negativní myšlenky a myslí většinou pozitivně.

1.3 Bariéry v životě osob s tělesným postižením

Zdravotně postižení lidé se během života setkávají s velkým množstvím různých bariér. Mezi nejčastější problémy patří vztahy s lidmi v jejich okolí. Lidé to často přehánjí s lítostí a soucitem nebo jsou příliš arogantní a nemají zájem si ke člověku s postižením najít cestu. Osoby s tělesným postižením touží být brány jako ostatní a cítit se rovnocenní. Bohužel u osob, které mají omezenou hybnost, zůstává velké množství těchto překážek doposud nepřekonáno. I když současný směr vede k velké podpoře integrace, stále dost těchto bariér trvá, či vznikají další. Jedná se o bariéry fyzické, psychické a sociální.

Novosad (2011) zmiňuje, že fyzické, sociální a sociální bariéry musíme vnímat jako celek. Překážky se vzájemně ovlivňují. Dále však záleží na schopnostech, věku a chuti učit se používat nové kompenzační pomůcky, které má osoba s postižením k dispozici.

Hlavními prostředky, které používáme k bourání bariér v životě osob s tělesným postižením, jsou například: jsou sociální rehabilitace, speciální výchova a vzdělávání, psychologické působení a pracovní uplatnění. K integraci výrazně napomáhá také použití různých druhů kompenzačních a reedukačních pomůcek. Jejich používání vede ke větší samostatnosti jedince s postižením (Daschel, 1996).

Filipová (1998) říká, že bariéry v životě člověka s tělesným postižením hrají značnou roli. Každý člověk vnímá překážky, na které narazí naprosto jinak. Závisí to na tom, jak jedinec žije, jaké jsou jeho životní potřeby, koníčky a v neposlední řadě závažnost jeho postižení. Řešení toho problému se nyní zabývá řada organizací zejména v rámci projektů, jejichž cílem je zdůraznit stávající bariéry a možnosti jejich odstranění.

1.3.1 Vnitřní bariéry

Tělesné postižení ovlivňuje člověka značnou mírou, záleží však na tom, zda se jedná o postižení vrozené nebo získané během života. Každý jedinec je jiný, proto může být způsob jeho přijetí daným člověkem velmi odlišný.

Vrozené postižení, má značný vliv při vývoji člověka v jeho raném věku. Tato situace není tak traumatizující. Jedinec si na své postižení zvykne a snaží se ho brát jako fakt. Vágnerová (1999) říká, že postižení, které člověk získá během života, pro něj představuje mnohem větší životní trauma. Daná osoba si velice dobře uvědomuje závažnost situace. Často uvažuje o tom, jak bude dál žít. Vzpomíná na to, když byl zdravý a může současnou situaci srovnávat. Samozřejmě velkou roli hraje závažnost získaného postižení, která má zásadní vliv na schopnosti socializovat se.

Novosad (2011) popisuje, že psychika a status člověka ve společnosti, který má své postižení vrozené se formuje jinak než u člověka, který své postižení získá například úrazem atp. během života. Hlavním důvodem je to, že když postižení má daná osoba od narození, lépe ho přijme (neví, jaké je to být "zdravý"). Tato osoba ví, co od sebe samé může očekávat, během života nasbírala množství zkušeností. Každý člověk, který má jakékoliv postižení, svou jinakost nějakým způsobem vnímá. Tento člověk vidí a cítí rozdíl v tom, jak vypadá, či jaké má možnosti on sám, a ideální osobou, kterou preferuje intaktní společnost. Díky vzhledu a úrovni funkčnosti jeho vlastního těla. Může to vyústit až k tomu, že daná osoba začne své tělo nesnášet. Stejný autor uvedl, že osoba s vrozeným postižením má dostatek času na to, aby svoje postižení přijala jako realitu a naučila se s ním žít.

Osoby, u kterých nastane velmi náhlá změna zdravotního stavu, jejich postavení ve společnosti, mají situaci o mnoho složitější. Takle nečekaná změna, kterou jim osud připravil, zcela jistě poznamená jejich psychickou stránku. Velmi rychle si uvědomují,

co ztratili. Náhle se stávají závislí na ostatních. Může to vést až k tomu, že se psychicky zhroutí. Nedokážou si představit další život s postižením. Všechno to souvisí se závažností postižení, které člověk získá. Doba, za kterou se člověk s postižením naučí žít, je velmi individuální a je ovlivněna mnoha faktory (Novosad, 2011).

Lidé s postižením se poněkud obtížněji dostávají mezi lidi. Tato skutečnost vede k tomu, že kontakt s ostatními pro ně může být obtížný. Mohou se začít těmto situacím cíleně vyhýbat.

Těmto osobám často chybí přísun nových informací, protože kvůli tomu, že mají komplexy ze svého postižení, bohužel často nevychází z domu. Také mají psychické problémy, kvůli tomu, že jsou závislí na ostatních osobách (Musil, 2004).

Na psychickém rozpoložení osoby s tělesným postižením má podle mého názoru velký vliv přijetí společnosti, ve které se daná osoba pohybuje. Člověk cítí podporu, mnohdy se necítí být „jiný“. Je velmi důležité, aby se cítil být součástí nějakého kolektivu. Takovému člověku je potřeba dodat pocit, že je pro dnešní svět něčím důležitý.

1.3.2 Vnější bariéry (mentální)

Postoj společnosti k lidem s postižením není jednoduchý pro obě strany. Podle mého názoru se lidé bojí toho, aby příliš neprojevíli soucit nebo lítost. Naopak tělesně postižení lidé zase neví, co mohou od osob bez postižení očekávat. Chtějí být součástí společnosti, žít v domě s rodinou. Bohužel, každého takové velké štěstí nepotká.

Filipová (2002) apeluje na to, že je nutné přistupovat ke člověku s jinakostí bez předsudků. Lidé se zdravotním postižením mají pouze sníženou schopnost lokomoce nebo se hůře orientují v prostoru.

V minulosti u obyvatelů našich zemí docházelo k předsudkům, kvůli kterým byl zdravotně postižený segregován mimo ostatní společnost. Jedná se přeci o „úchylné“ děti a úchylné dospělé, před kterými musí být společnost ochráněna. Lidská práva měla zajisté na začátku minulého století jinou hodnotu než dnes, ale z úhlu současného pohledu, již tehdy docházelo k zasazování semínka nedůvěry majority vůči dnes nepočtenější minoritě na světě. Miliarda zdravotně postižených je sice největší, zároveň je však také nejohroženější. V komunitě zdravotně postižených je nejvyšší počet nezaměstnaných, znásilněných a zneužívaných, největší počet obětí domácího násilí.

Největší počet obětí trestných činů. Zdravotně postižení jsou zároveň v celosvětovém měřítku nejchudšími obyvateli naší planety, nemají přístup k právu, vzdělání a náležitě lékařské a sociální péči (Anonymous, 2013).

Většina lidí se bojí, aby něco neřekla špatně, aby neudělala nějaké faux-pas, trapas. Nechtějí se před člověkem s postižením ztrapnit, nechtějí ho zranit svými slovy. Například se cítí špatně, když se mě zeptají, kdy se zase uvidíme. Je to naprosto neopodstatněný strach. Chápu ale, že mají respekt k něčemu, co neznají. Zjednodušují si tuto situaci pomocí předsudků a stereotypů. Důležité je zbavit se strachu a začít s postiženým komunikovat. Například dotazem jestli mu můžeme pomoci. Mluvit s ním z očí do očí (Jandová, 2013).

Lidé mají slovo hendikep spojeno se slovem pacient. Pacient je totiž vnímán jako ten, kdo se nachází v nežádoucím stavu, a tento stav by se měl snažit co nejdříve změnit, protože významně omezuje jeho možnosti prožívat život plnohodnotně. Řada lidí s trvalým postižením nemůže nikdy naplnit požadavek na změnu „nežádoucího stavu“, i kdyby se snažili sebevíc, protože jejich postižení má trvalý a nevratný charakter - přesto jsou schopni a odhodláni prožívat svůj život skutečně plnohodnotně a kvalitně. Nestojí přitom o litování ani nečekají na zázračné uzdravení. Role pacienta je v naší společnosti sice také spojena s určitými úlevami a privilegii (nemocný člověk má zajištěnou péči, dostává i potřebnou materiální podporu), ale zároveň i s nutným omezením některých práv a svobod (pacient ve většině případů nemůže, resp. dokonce nesmí normálně pracovat, po dobu nemoci se z pochopitelných důvodů někdy nemůže ani zcela svobodně a volně pohybovat atd.); pro taková omezení u většiny osob s postižením neexistuje žádný důvod (Slowik, 2007, 16).

1.3.3 Architektonické bariéry (bariéry prostředí)

Prostředí, které je z hlediska dobrého pohybu orientace vstřícné pro každého bez rozdílu, prostředí, které nazveme bezbariérovým prostředím, by mělo být v každé kulturní a vyspělé společnosti samozřejmostí. Někdo, kdo nemá ve své blízkosti osobu s omezením hybnosti, může mít představu poněkud zkreslenou (Filipová, 2002, 5).

Nejvíce překážek najde člověk, který se pohybuje na vozíku, či s francouzskými holemi v prostředí ve kterém se pohybuje. Slowik (2007) tvrdí, že ani dnešní moderní pomůcky nejsou dost účinné. Člověk má problém se v prostředí plném bariér pohybovat samostatně. V dnešní době je zde markantní rozdíl při stavbě nových budov, které již povinně musí obsahovat prvky bezbariérovosti. Tyto změny můžeme nejčastěji pozorovat na veřejných místech například ve formě upravených nájездů na chodník atp.

Při návrhu nových objektů často projektant zapomene nebo nezná problematiku bezbariérovosti. V případě potřeby jsou výškové rozdíly kompenzovány zdvihací plošinou. Přesun za pomoci plošiny je značně zdlouhavá záležitost, proto je lepší zvolit použití nájездové rampy (Šestáková & Lupač, 2010).

Podle mého názoru by měli projektové kanceláře a jejich projektanti více spolupracovat s lidmi s tělesným postižením. Nejvíce tak vyhoví specifickým potřebám těchto osob. Nezapomenou na žádné důležité prvky, které jsou pro bezbariérový byt či dům důležité. Podle mých vlastních zkušeností jsou tyto stavby velmi často nevyhovující právě z těchto důvodů.

Mezi další velkou překážku pro člověka, který se pohybuje na invalidním vozíku, jsou v neposlední řadě chybějící nájездové rampy u vstupu do budov a malá šířka vstupních dveří. Největším nepřítelem člověka pohybujícího se na invalidním vozíku či s berlemi jsou jednoznačně schody. Většinou bývá k dispozici výtah či rampa

Bydlení

Každý člověk potřebuje střechu nad hlavou. U člověka s postižením to platí dvojnásob. Při výběru bytu musíme brát v úvahu velké množství důležitých kritérií. Hradecká (2013) uvádí, že při výběru bytu a jehož návrhu pro imobilní osobu musíme být ohleduplní na všechny potřeby dané osoby. Patří zde například tyto důležité parametry, které musí byt určený pro osobu odkázanou na invalidní vozík splňovat:

- Manévrovací prostor pro vozík musí být minimálně 1200x1500mm
- Dveře musí mít šířku 800mm
- Nejmenší rozměr WC kabiny 1600x1800mm
- Nesmí chybět sklopná madla na WC
- Minimální rozměr sprchového koutu musí být 1400x1400mm jehož součástí musí být sklopné sedátko ve výši 500mm od podlahy

Pořízení bytu bez bariér bývá velmi nákladné a je možno na jeho pořízení dostat finanční příspěvek.

1.4 Lyžování osob s tělesným postižením

Pobyt v zimním prostředí, pohyb ve sněhu, to všechno může na každého z nás působit úplně jinak. Když přijde zimní období, provází jej obvykle nadšení ze stavění sněhuláků koulování se atp. Ovšem pro tělesně postiženou osobu může být zima značný problém. Z ničeho nic napadne větší množství sněhu a nikam se na invalidním vozíku sami nedopraví. I pro toto často velmi chladné období existuje mnoho zimních sportů, které pomáhají, toto pro tělesně postižené osoby nepříjemné období přečkat.

Zimní příroda přináší spousty zvláštností, které pobyt v tomto prostředí vyžaduje. U tělesně postižených lyžařů musíme dbát především na kvalitní zimní oblečení, protože schopnost termoregulace zde není tak dobrá jako u osob bez postižení. Dalším specifikem zimního prostředí je horší přístupnost lyžařských středisek. V neposlední řadě je velkým problémem vysoká pořizovací cena monolyže (Ješina, 2007).

Při jízdě na lyžích je zapojena většina svalů na těle. Trávení času v náhle se měnících povětrnostních podmínkách, posiluje náš organismus. U lidí s tělesným postižením má lyžování velmi pozitivní dopad na jejich zdravotní stav. Je důležité, aby byl lyžař kvalitně oblečený, jinak může dojít k omrzlinám a jiným nepříjemnostem (Benešová & Štumbauer, 2006).

1.4.1 Potřebné vybavení pro lyžování osob se všemi typy tělesného postižení

Jako každý kus sportovního vybavení je i to, které používáme pro lyžování osob s postižením velmi důležité. V závislosti na míře zdravotního postižení nebo požadavků lyžařů existují různé druhy "lyží, na kterých mohou vesele sjíždět sjezdovky (Anonymous 6, n. d.).

Na sjezdovkách můžeme vidět tyto druhy speciálně upravených lyží:

- Monoski
- Biski
- Dualski
- Tandemski
- Kartski

MONOSKI

Je speciálně upravená lyže určená pro lyžování osob s tělesným postižením. Skládá se z několika velmi důležitých částí.

První částí je skořepina, ve které monolyžař sedí po celou dobu jízdy. Zásadní roli hraje volba správné velikosti skořepiny, která se nejčastěji určuje podle šířky sedáku na invalidním vozíku dané osoby. V neposlední řadě je velice nutné nastavení odpovídající výšky opěrky zad. Součástí skořepiny je také několik fixačních pásů, které zabraňují nežádoucím pohybům lyžaře, fixují tělo a brání tomu, aby osoba během jízdy vypadla. Skořepina je součástí většinou ocelové konstrukce, od jejíž polohy je určena i poloha monolyžaře při jízdě. Dále je na ní umístěné tažné zařízení, pomocí kterého vyjedeme na vleku (Kvasnička, 2012).

Tlumič – Je důležitý hlavně při přejezdech nerovností. Jednotlivé druhy tlumičů se liší zejména kvalitou tlumení nárazů a otřesů, tuhostí a cenou (Kvasnička, 2012).

Stabilizátory jsou důležité k udržení rovnováhy při jízdě a určování vlastního směru jízdy. Pomocí stabilizátorů je lyžař schopný korigovat rychlost jízdy dle vlastního uvážení a schopností. Jedná se speciální francouzské hole, které jsou zakončeny malou lyžičkou, která se dá v případě potřeby sklopit a monolyžař se může samovolně odrážet (Kvasnička, Kudláček, & Ješina, 2008).

Řídítka jsou součástí ocelové konstrukce monoski a používají se hlavně v začátcích lyžování při jízdě s instruktorem, který má tak větší kontrolu nad samotnou jízdou monolyžaře.

Vázání, do kterého je upnutá lyže určená pro jízdu na monoski, je charakteristické svou vysokou vypínací silou, která slouží k tomu, aby nedocházelo k samovolnému vypínání lyže například po pádu (Kvasnička, Kudláček, & Ješina, 2008).

Výběr lyže spočívá v úmyslu, na jaké úrovni bude daná osoba lyžovat. Zejména schopnosti a váha lyžaře nám pomůže vybrat odpovídající lyži. Samozřejmě se bude lišit lyže pro rekreační a závodní lyžování (Kvasnička, 2012).

BISKI

Vyznačuje se větší mírou stability. Nabízí více možností pro osoby s těžkým postižením. Je dostupná pro všechny lyžaře, všech věkových kategorií, dovedností a

velikostí. Oproti Monoski se skládá ze dvou lyží. Systém popruhů se nepatrně liší, zajišťuje naprosto bezpečné připoutání horní části těla lyžaře v Bi-ski

(Anonymous 7, n. d.).

DUALSKI

Dualski jsou určeny pro lyžaře s dobrou stabilitou trupu, bez postižení horních končetin. Používá se na freeride. Mají lepší stabilitu díky dvěma lyžím umístěných pod skořepinou.

TANDEMSKI

Nohy asistenta jsou nedílnou součástí lyží. Jednoznačná výhoda je lepší ovladatelnost této lyže. Stačí lehce naklopit a vykrojíme krásné oblouky.

KARTSKI

Tento druh lyže je specifický tím, že se ovládá dvěma pákami, které jsou uloženy po stranách ocelové konstrukce. Je to poměrně jednoduché, tudíž se naučí lyžovat i nadšenci s největší mírou postižení.

1.4.2 Sportovní klasifikace v lyžování u osob s tělesným postižením

"IPC rozděluje tělesně postižené lyžaře podle druhu postižení do tří hlavních kategorií - zrakově postižení, stojící lyžaři a sedící lyžaři a následně je dělí do několika tříd"(Kvasnička, 2012, 9).

Popis kategorií: LW 1-9 (stojící), LW 10-12 (sedící)

Skupina	Charakteristika
LW 1	Osoba má postižené obě DK. Při jízdě vyžaduje použití dvou stabilizátorů. Lyže mohou být „normální“ nebo spojené dohromady. Např. osoba s oboustrannou nadkolenní amputací.
LW 2	Osoba má postiženou pouze jednu DK. Lyžuje pouze na jedné lyži a rovnováhu udržuje pomocí dvou stabilizátorů. Např. osoba s jednostrannou nadkolenní amputací

LW 3/1	Osoba k jízdě používá dvě lyže, má postižení obou DK. V rukou má při jízdě dva stabilizátory či lyžařské hole. Např. lyžař s oboustrannou podkolenní amputací.
LW 3/2	Osoby s Dětskou mozkovou obrnou klasifikovány do funkčních profilů CP 5, CP 6.
LW 4	Osoba k jízdě musí používat dvě lyže a dvě hole. Má postiženou pouze jednu dolní končetinu.
LW 5/7	Osoba, která k jízdě používá pouze dvě lyže a má postižené obě horní končetiny.
LW 6/8	Osoba, která používá k lyžování dvě lyže a pouze jednu hůl. Má postiženou jednu končetinu používající obě lyže a jednu lyžařskou hůl. Např. osoba, která má amputovanou jednu HK pod loktem.
LW 9/1	Osoba s postižením horní a dolní končetiny používající k jízdě vybavení podle vlastní potřeby.
LW 9/2	Osoby s dětskou mozkovou obrnou klasifikovány dle funkčního profilu CP 7.
LW 10	Osoba k lyžování potřebuje monoski a dva stabilizátory. Má nejtěžší postižení obou DK a také porušenou rovnováhu v sedu.
LW 11	Osoba má postižené obě DK, ale dokáže držet rovnováhu v sedu. Např. Spastici s postižením DK.
LW 12/1	Lyžaři se spinální lézí a dobrou rovnováhou v sedu, paraplegici skupiny 5 a 6.
LW 12/2	Osoba s oboustrannou nadkolenní amputací dolních končetin.

Tabulka 1. Klasifikace tělesně postižených lyžařů (Kvasnička, 2012).

2 Cíl práce

Cílem mé bakalářské práce je zmapovat úroveň bezbariérovosti vybraných lyžařských středisek v České republice.

2.1 Dílčí cíl

Ověřit metodiku pro monitorování bezbariérovosti lyžařských středisek (autor Pleva 2014) v osmi různých ski areálech.

2.2 Úkoly práce

- Získat zpětnou vazbu na metodiku od odborníků a zjistit její použitelnost v praxi
- Odhalit nedostatky metodiky, případně navrhnout její vylepšení
- Zhodnocení výsledků monitorování bezbariérovosti v lyžařských střediscích

2.3 Výzkumné otázky

Jaký je současný stav úrovně bezbariérovosti ve vybraných ski areálech?

3 Metodika

Volba mapovaných středisek

Lyžařské areály, které jsem zmapoval, jsem si vybral na základě svých vlastních zkušeností s lyžováním na monoski. Také jsem využil mé účasti na kurzech a jiných akcích spojených s lyžováním na monoski, na doporučení široké veřejnosti a na základě mých vlastních možností. Zvolené ski areály se nachází v různých oblastech České republiky, mají různou velikost a délku sjezdových tratí.

Pro mapování jsem vybral tyto lyžařská střediska:

- Ski areál Kareš Kouty nad Desnou
- Ski areál Filipovo údolí
- Ski park Červená voda
- Ski areál Rališka Horní Bečva
- Ski areál Olešnice na Moravě
- Ski areál Kouty nad Desnou
- Ski areál Hodonín u Kunštátu
- Ski areál Čenkovice

Výzkumné metody

Lyžařská střediska byla mapována technikou pozorování a zaznamenáváním poznatků do záznamového archu pro mapování bezbariérovosti ski areálů. Pro získání informací, které nebyly dostupné pro veřejnost, jsem zvolil osobní rozhovor s vedoucím areálu nebo osobou k tomu kompetentní a pečlivě si všechny informace zapisoval.

Průběh mapování

Při mapování středisek, které jsem neměl možnost mapovat v průběhu mé účasti na monoski kurzu jsem se s předstihem dohodl se spolužáky nebo s rodiči, kdy a který areál jsou se mnou ochotni navštívit. Bez jejich pomoci bych sám areál zmapovat

nezvládl. Po té jsem telefonicky kontaktoval majitele daného střediska, zda by mně mohl věnovat svůj čas. Sdělil jsem mu důvod mapování příslušného lyžařského střediska, můj cíl a potřeby. Než jsem vyrazil do jednotlivých areálů, vytiskl jsem si záznamový arch pro monitorování úrovně bezbariérovosti lyžařského střediska.

K foto dokumentaci areálu a průběhu mapování jsem použil Digitální fotoaparát FUJIFILM FinePix JX500. Při vybití baterie jsem použil fotoaparát vestavěný v mobilním telefonu Apple Iphone 5. Pro měření potřebných rozměrů byl použitý klasický svinovací metr Ellix 5m. K dopravě do mnou vybraných středisek jsem používal osobní automobil.

Vzhledem k tomu, že všechny areály byly mapovány za plného provozu, nebyl problém vidět všechna místa, která jsou pro mapování důležitá. Přesto jsem o mapování vždy informoval majitele a v případě potřeby se ho zeptal na doplňující informace.

U všech areálů jsem začal monitorováním parkoviště, přístupového chodníku k areálu, přístup k pokladnám až po sedačkovou lanovku nebo vlek, dále sjezdovky, které byly v provozu. Vždy na konec bylo zmapováno sociální zařízení a prostory restaurace nebo bufetu.

Při návštěvě střediska jsem kvůli mému postižení vždy využíval invalidní vozík nebo chodítko, tudíž si myslím, že mé závěry, které jsem po příjezdu z mapování určil jsou velmi reálné.

Použití metodiky

Vybraná lyžařská střediska byla mapována pomocí ucelené metodiky (Pleva, 2014). Vytvořená metodika je podle mého názoru velice kvalitní a vyznačuje se možností použití při monitorování úrovně bezbariérovosti různě velkých ski areálu nejenom v České republice, ale i v zahraničí.

Zhodnocení získaných dat

Pokud lyžařské středisko splňuje vybrané hodnoty z metodiky (Pleva 2014), lze označit lyžařský areál za přístupný pro monolyžaře.

Vybrané hodnoty:

U areálu je možné parkovat
Parkoviště se nachází na rovném terénu
Existuje možnost projetí mimo turnikety
Zábrana průjezdu
Možnost odjezdu z trasy lyžařského vleku po celé délce
Obsluha dolní stanice
Rozměry kabiny (šířka x hloubka) kabiny toalety
Šířka místa pro vozík (vzdálenost od boku mísy ke stěně)
1. madlo na WC
2. madlo na WC
Počet schodů (do stravovacího zařízení)
Průjezdová šířka hlavního křídla (do stravovacího zařízení)
Podjezdová výška stolu
Židle se dají jednoduše přemístit
Je možná regulace rychlosti

Pleva (2014)

4 Výsledky a diskuze

Lyžařské středisko Kareš

Ski areál Kareš je malé lyžařské středisko v podhůří Jeseníků přibližně 18km od Šumperka. Leží v nadmořské výšce 590 - 680 m.n.m. Disponuje třemi sjezdovkami. Z toho dvě jsou střední obtížnosti 400 a 300m dlouhé s převýšením 70m a jednou modrou sjezdovkou, která měří 290m, ta je vhodná pro výuku monoski. V areálu jsou 4 vleky s celkovou kapacitou 600 osob za hodinu.

Průběh mapování bezbariérovosti

Toto lyžařské středisko bylo mapováno 23.1.20014. Lyžařská sezona byla v plném proudu. Pro jízdu na monoski jsou vhodné všechny zde přítomné vleky. Nástupní a výstupní plochy se nachází na rovném terénu. Vleky jsou vybaveny STOP tlačítky u nástupu a výstupu z vleku. Zábrany proti průjezdu jsou samozřejmostí. Nechybí ani možnost projetí mimo turniket.

Hlavní sjezdovka je označena jako středně těžká, průměrná šířka činí 45 metrů. Součástí areálu je také stravovací zařízení, které se nachází u nástupu na vlek. Zde je možnost zakoupit skipas. Vstup do restaurace je bezproblémový přes jednokřídlé 900mm široké dveře. Pokladna se nachází ve výšce 900mm.

Výška stolů činí 760mm, ale není možno k nim přijet s invalidním vozíkem, protože jsou jejich pevnou součástí také lavice. Nachází se zde také WC určené pro imobilní osoby, ale jeho dveře nelze plně otevřít, bez asistenta se monolyžař sám na toaletu nedostane. Chybí zde také madla.

Součástí střediska je parkoviště pokryto drobným kamením a nejsou zde vyhrazena místa pro vozíčkáře. Z parkoviště k areálu vede přístupový chodník, který není v zimě nijak udržován, má značný příčný sklon. Vozíčkář jej překoná pouze s asistentem.

Zhodnocení

Lyžařské středisko v současnosti nesplňuje požadavky především malou průjezdovou šířkou dveří na WC, kde také chybí velmi potřebná madla. Vleky, které

jsou v tomto ski areálu, vyhovují všem dosud stanoveným předpisům. Existuje možnost projet mimo turnikety.

Jsou zde poskytovány slevy na celodenní skipasy pro monolyžaře a jejich asistenty. Vlekaři mají bohaté zkušenosti s obsluhou monoski při nastupování na vlek, protože se zde již každoročně konají kurzy instruktora monoski.

Navrhují vyřešit plnohodnotné otevírání dveří na toaletu a provést instalaci madel. Pro držitele ZTP průkazu je k dispozici sleva 50%.

Fotografická příloha



Obrázek 1. Přístup na WC

Lyžařské středisko Filipov

Ski areál Filipov se nachází v oblasti Bílých Karpat za obcí Javorník u Velké nad Veličkou, která je vzdálená 19 km od Veselí nad Moravou. V nadmořské výšce 430 m.n.m. Areál je vhodný jak pro začátečníky tak pro pokročilé. Hojně je navštěvován lyžařskými kurzy. Hlavní sjezdovka je dlouhá 550m s převýšením 85m . Nachází se zde dva vleky, které jsou schopny přepravit až 250 osob za hodinu. Nechybí zde ani vlek s nízkým vedením lana pro výuku malých lyžařů. Lyžařské středisko je uměle osvětleno.

Průběh mapování bezbariérovosti

Úroveň bezbariérovosti v tomto areálu byla mapována 1. 2. 2015. Lyžování probíhalo již od brzkých ranních hodin. Pro monolyžaře jsou vhodné oba zde přítomné

kotvové vleky, nástup i výstup na vlek je na rovné ploše. Vlek je možno opustit kdekoliv, podle vlastního uvážení. Nebezpečná místa jsou zabezpečena matracemi.

Hlavní sjezdovka je označena jako středně těžká, průměrná šířka činí 60 metrů. V areálu se nachází bufet, při výstupu z vleku. Ke vstupu do restaurace vede 10 schodů. Výška okýnka u výdejny občerstvení je 1100m. Připravované pokrmy je možno si vychutnat v krytém prostoru, do kterého je vstup bezproblémový. I zde se nachází stoly spojené s lavicemi. Podjezdová výška stolu činí 790mm. Ve vzdálenosti 500m od bufetu se nachází hotel Filipov, který požadavky na bezbariérovost rozhodně splňuje. K dispozici není žádné WC pro osoby s postižením, pouze pro osoby chodící. Dveře na WC jsou široké 800mm, dveře se otvírají směrem dovnitř. Rozměry kabiny činí 750mm x 1500mm. K pokladně, jejíž výška je 1200mm není možné přijet po chodníku. Parkování je možné ihned po příjezdu pod vlekem. K dispozici je 60 míst, ovšem žádná vyhrazena pro osoby s postižením. Parkoviště je v zimním období neudržované, pokryté sněhem. Bez větších výtluků a příčných sklonů s asfaltovým povrchem. Odsud k areálu vede asfaltový chodník, jehož šířka činí 1100mm, který taktéž není nijak udržován.

Zhodnocení

Oba vleky splňují veškeré předpisy a jsou vhodné pro jízdu na monoski. Jízda mimo turnikety je zajištěna, v současnosti ji využívají držitele VIP skipasů. V oblasti bezbariérovosti je areál velmi nevyhovující. Požadavky nesplňují toalety ani stravovací zařízení ve formě bufetu. Obsluha u vleků nemá s tělesně postiženými lyžaři. Toaleta nemá žádná madla po stranách ani na dveřích. Rozhodně doporučuji vybudovat nové bezbariérové WC a restauraci. Je také potřeba vyřešit přístup k pokladně protože se zde nachází schody. Sleva pro ZTP je zde k dispozici. Její výše se odvíjí od počtu zakoupených jízd.

Fotografická příloha



Obrázek 2. Schody do areálu



Obrázek 3. Přístup k pokladně



Obrázek 4. Toaleta



Obrázek 5. Přístup do bufetu

Ski park Červená voda

Lyžařský areál se nachází v obci Červená Voda v Orlických horách. Jedná se o nově vybudované lyžařské středisko, které leží v nadmořské výšce 600-985 m.n.m. Areál poprvé otevřel dveře pro nedočkávané lyžaře v roce 2010. Nabízí mimo jiné nejdelší sjezdovku Orlických hor. Na vrchol sjezdovky nadšené lyžaře vyveze čtyřsedačková lanovka s krytím ve formě bubliny pro použití za nepříznivého počasí. Tato luxusní sedačková Lanovka se pyšní přepravní kapacitou 3000 osob za hodinu. Děti mají možnost se vyvézt na menším vleku. K dispozici je Heroltická sjezdovka, která je 2290m dlouhá. Je vhodná pro nepříliš pokročilé lyžaře, její náročnost je značena modrou barvou. Další sjezdovkou, která je zde přítomna je 2150m dlouhá trať kombinována červenou a modrou náročností.

Průběh mapování bezbariérovosti

Tento ski areál jsem mapoval 11. 2. 2015. Podmínky pro lyžování zde byly vynikající. Středisko se právem pyšní čtyřmístnou vyhřívanou sedačkovou lanovkou, která je jediná svého druhu v České republice. Prostor pro projetí mimo turnikety je samozřejmostí a obsluha lanovky je velice ochotná a snaží se monolyžaři vyjít maximálně vstříc. Hlavní sjezdovka je označena červenou barvou, měří 2290m a je široká 70m. Děti mohou jezdit na malé pomě, která má kapacitu 600 osob za hodinu i zde je průjezd mimo turnikety zajištěn. Pod nástupem na lanovku je krásná restaurace, kde vám připraví velké množství výborného jídla. Vstup do restaurace je bezbariérový chodník ke dveřím je bez výtluků a na rovném terénu, následuje průchod přes 900mm široké dvoukřídlé dveře do zádveří. Odtud se dá dostat na toalety. Uvnitř restaurace jsou stoly, ke kterým se člověk s tělesným postižením dostane i s vozíkem. Podjezdová výška je 700mm. Židle se dají jednoduše přemístit. Povrch podlahy restaurace je tvořen kobercem, takže není nijak kluzký. V prostoru lyžařského střediska je bezbariérové WC. Bez větších potíží se na něj dostaneme z venku, nachází se blízko pokladny. Jsou zde madla, dostatečná šířka pro vozík, madlo na dveřích, které se otvírají směrem ven. Vstupní dveře jsou široké 800mm. Celkově má kabina rozměry 2000mm x 1850mm. Umyvadlo se nachází ve výšce 800mm.

Přístup k pokladně je zajištěn také po chodníku, který je v rovině bez výtluků. Pokladna je 930mm vysoko. Hned po příjezdu Vás přivítá velké parkoviště pro 400 aut a 12

autobusů. Vzdálenost do areálu je 20m po zpevněném chodníku, který je široký 3250mm. Jsou zde vyhrazena parkovací místa pro osoby ZTP/P. K sjezdovce se dostaneme po schodech. Pro vozíčkáře je přístup vyřešen po chodníku okolo areálu.

Zhodnocení

Areál je plně přístupný pro vozíčkáře. Za jeden z mála nedostatků lze považovat, že se člověk s postižením nedostane na WC pro imobilní osoby z prostoru restaurace, protože do tohoto prostoru vede 15 schodů. Příjemným překvapením je bezplatné lyžování pro monolyžaře i jeho asistenta.

Fotografická příloha



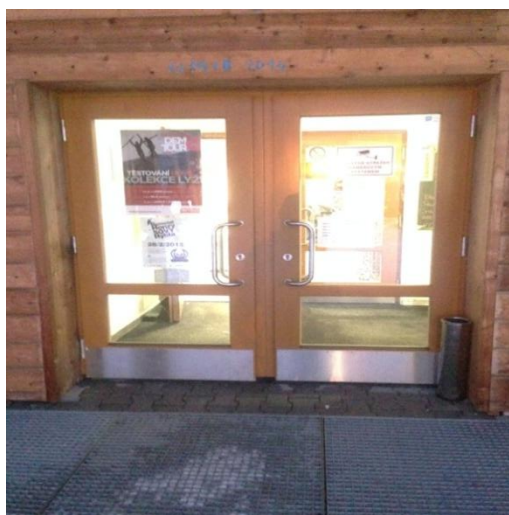
Obrázek 6. Vyhrazené místa pro osoby s TP



Obrázek 7. Přístup k pokladně



Obrázek 8. Bezbariérové WC



35 Obrázek 9. Vstup do restaurace

Ski areál Rališka Horní Bečva

Nachází se nedaleko obce Horní Bečva, leží v nadmořské výšce 605 - 729 m.n.m. Celkově se zde nachází 1850 m sjezdových tratí s převýšením 25 m - 124 m. Z toho dvě tratě jsou mírné obtížnosti a další dvě tratě jsou označeny obtížností červenou. Areál je ideální pro celou rodinu. Na své si přijdou všichni lyžaři od začátečníků po středně pokročilé a své úseky zde najdou i zdatnější lyžaři. O přepravu lyžařů se starají dva lyžařské vleky s celkovou přepravní kapacitou 2327 osob za hodinu a také dvou sedačková lanovka, která je v provozu od roku 2008.

Průběh mapování bezbariérovosti

Mapování bylo provedeno 1. 3. 2015. Opět za plného provozu. Ihned po příjezdu najdeme rozsáhlé parkoviště pro cca 100 aut vzdálené 20m od areálu. Ovšem chybí vyhrazená místa pro vozíčkáře. Do areálu vede 3120mm široký přístupový chodník, jehož povrch není moc kvalitní. V zimě nejsou parkoviště ani přístupový chodník nijak udržovány. Z parkoviště je nádherný pohled na celý areál, takže můžeme své auto neustále kontrolovat. Na sjezdovku vrchol sjezdovky nás vyveze dvou sedačková lanovka dlouhá 520m s přepravní kapacitou 125 osob za hodinu. Další z možností je Tatrapoma dlouhá 420m a zvládne přepravit 100 osob za hodinu. Nechybí zde také vlek pro děti. Obsluha má s monoski zkušenosti, také díky konání dnů na monoski, které zde již několikrát proběhly. Na konci vleků jsou zábrany proti průjezdu, při nástupu a výstupu k dispozici obsluha, která v případě potřeby zmáčkne stop tlačítko. Vlek je možné opustit kdekoliv po celé jeho délce. Lyžování si můžeme užít, na kterémkoliv ze čtyř zde přítomných sjezdových tratí. Nejdelší z nich se označuje červenou čili střední obtížností, je 50m široká s výškovým převýšením 124m. Ihned pod vlekem najdeme stánek s občerstvením. Výška výdejního okýnka je 1500mm Vedle potom budovu s WC, bohužel nevybavenou toaletou pro vozíčkáře. Cesta do této budovy vede přes 130mm vysoký schod. Toto je vyřešeno zakoupením lyžin. Dveře, které vedou na WC jsou široké 800mm. Podlé vlastní zkušenosti není možno to na toaletě zvládnout bez pomoci asistenta, vstupní dveře do kabiny jsou 700mm široké a prostor na toaletách velmi malý. Celkové rozměry kabiny byly 1100x1430mm. Dveře se otvírají ven. Monolyžaři to řešili tak, že nechali invalidní vozík u kabiny, po té se za pomoci asistenta přemístili přímo na záchod. V této budově se nachází i místnost se 40 místy k

sezení tzv. ohřívárna. Pokladna je vysoká 1300mm, najdeme ji hned vedle dvou sedačkové lanovky a vede k ní zasněžený chodník z mírného kopce, na chodníku nejsou zřetelné žádné větší nerovnosti.

Zhodnocení

Tento areál splňuje všechny požadavky na bezpečnost. Jsou zde zábrany proti průjezdu na vleku STOP tlačítka. Nechybí zde ani ochotná obsluha, která má s monoski zkušenosti, protože se zde pořádá akce s názvem Dny na monoski. U sedačky a vleku je zajištěn průjezd mimo turnikety. Hlavní nedostatky tohoto střediska vidím v řešení toalet, které mají nedostatečnou průjezdovou šířku. K toaletě vede schod vysoký 130mm. Při použití lyžin lze tuto překážku překonat. Pokud je však přítomen asistent, je toaleta z části přístupná. Nenajdeme zde žádná madla. Povrch parkoviště není také ideální, místy nalezneme výtluky.

Doporučuji do budoucna vybudovat v tomto areálu novou budovu se sociálním zařízením a restaurací. Při rozhovoru s majitelem bylo zjištěno, že se o renovaci snaží již asi 5 let, ale nebylo mu doposud vydáno povolení ke stavbě kvůli CHKO. Letos už ale jednání se starostou vedou ke zdárnému konci. Slibuje, že příští rok to zde co se týká toalet a občerstvení bude vypadat úplně jinak. Žádné slevy pro monolyžaře, tak asistenta zde možné nejsou.

Fotografická příloha



Obrázek 10. Přístupový chodník



Obrázek 11. Využití lyžin pro přístup na toaletu



Obrázek 12. Přístup k pokladně



Obrázek 13. Toalety

Ski areál Olešnice na Moravě

Ski areál se nachází v těsné blízkosti města Olešnice na Moravě v okrese Blansko. Leží v nadmořské výšce 660 m. n.m. SKI Olešnice je moderní lyžařský areál. Poprvé byl otevřen v roce 2007. Lyžaře na vrchol vyvezou dva vleky s kapacitou 1500 osob za hodinu. Návštěvník si zalyžuje na 500m dlouhém a 70m širokém vždy kvalitně upraveném svahu.

Monitorování bezbariérovosti

Bezbariérovost v tomto lyžařském středisku jsem mapoval 7. 3. 2015. Podmínky byly vzhledem k teplotám, které zde panovaly ideální. V areálu jsou k dispozici dvě sjezdovky první středního a druhá mírného stupně obtížnosti s převýšením 100m. Pro monoski lyžaře jsou zde k dispozici dva vleky, u kterých stojí vždy zkušená obsluha, která má s nasedáním monolyžařů na vlek bohaté zkušenosti, protože se Dny na monoski konají i zde. Moc rádi Vám pomohou s nástupem na vlek. Nechybí také možnost projet mimo turnikety. Na svahu jsou veškeré bezpečnostní prvky. Zábrany průjezdu, bezpečnostní matrace, Kryty na sněhových dělech. Pod vleky se nachází moderní restaurace César. Zde je vstup pro imobilní osoby zajištěn pomocí vybudovaného nájezdu až ke dveřím. Vstupní dveře jsou dvoukřídlé a jejich šířka činí 800mm. Průjezdová výška stolů v této restauraci je 730mm není tedy žádný problém se ke stolu dostat s vozíkem. Židle jdou lehce přemístit a uvolnit tak místo pro vozík. Toalety jsou součástí restaurace. Jsou zde moderní, nově vybudované toalety pro vozíčkáře. Dveře jsou široké standardních 900mm, jejich součástí je madlo. Na toaletě je dostatečné místo pro manipulaci s vozíkem, dvě sklopná madla, umyvadlo v příjemné výšce 800mm. Kabina je 1650mm široká a 1850mm hluboká. Ihned po příjezdu do areálu je možno zaparkovat, na parkovišti, kde se bohužel nenachází vyhrazená místa pro osoby ZTP, ale povrch je bez větších nerovností. Povrch parkoviště se v zimě nijak neudrží. V celém areálu je zámková dlažba. Pro to, aby se člověk ocitnul na svahu, musí sejít 10 schodů, což bez pomoci vozíčkář nezvládne. V pokladně vysoké 1300mm si můžeme zakoupit bodové skipasy.

Zhodnocení

Areál je na vysoké úrovni co do přístupnosti a možností pro lyžaře s tělesným postižením. Přítomná obsluha byla velmi ochotná při brzdění vleku při nástupu a výstupu. Mají zde zkušenosti s monoski, protože se zde konaly již dva ročníky Dnů na monoski, které byly hojně navštěvovány lyžaři s tělesným postižením. Jedinou výtku, kterou mám, je 10 schodů, které musí člověk na vozíku překonat, aby se dostal na snáh. Lyžař včetně doprovodu si v tomto areálu užije celý den jízdu zdarma.

Fotografická příloha



Obrázek 14. Parkoviště



Obrázek 15. Schody k přístupu na snáh



Obrázek 16. Bezbariérové WC

Ski areál Hodonín u Kunštátu

Toto středisko leží v nadmořské výšce 629 m. n. m. Zhruba 30 km od Brna. Zalyžovat si můžeme na 550 metrů dlouhé sjezdovce s převýšením 98 metrů střední obtížnosti. Dětská sjezdovka má délku 100 metrů. Jsou zasněžovány po celé délce. O dopravu lyžařů se zde stará POMA s přepravní kapacitou 780 osob za hodinu.

Mapování bezbariérovosti

Tento ski areál jsem mapoval 5. 3. 2015. Schůzku s majitelem jsem měl domluvenou ještě před ranním otevřením areálu, aby mi mohl všechno v klidu ukázat bez provozu. Všude mimo sjezdovku už sníh nebyl. Před areálem je velké parkoviště, které je v zimě pečlivě udržované a osvětlené. Z parkoviště je od areálu vzdálené 20 metrů. Dle vyjádření majitele předem po telefonické domluvě je schopen na tomto parkovišti vyhradit až 7 míst pro imobilní osoby. Parkování je zcela zdarma. Pro vstup na svah musíme překonat tři schody. Sjezdové tratě a vleky obsahují veškeré bezpečnostní prvky dle předpisů. Obsluha nechybí u dolní ani horní stanice. Doposud zde žádný lyžař na monoski nelyžoval, ale podle vyjádření majitele pana Kšicy, jsou pracovníci, kteří vlek obsluhují velmi učenliví a ochotní. Průjezd mimo turnikety je po domluvě zajištěn. Sjezdovka je osvětlena po celé její délce, takže si lyžaři mohou s radostí užívat večerní lyžování. Ihned pod vlekem se nachází malá hospůdka, kde se můžeme ohřát či občerstvit. Musíme však u vstupu překonat 150 mm vysoký práh. Následují 900 mm široké jednokřídlé dveře, které se otevírají směrem ven. V hospůdce se pohybujeme po koberci, aby to lyžařům neklouzalo. Najdeme zde stoly s rozměry 800 mm x 1200 mm a u nich barové židle, které lze lehce přemístit a zajet tak ke stolu s invalidním vozíkem. Průjezdová výška stolů činí 700 mm. Vedle hospůdky se dále nachází rychlé občerstvení, kde mají pouze teplé nápoje a sladkosti. Výdejní okýnko je 930mm vysoko. V areálu jsou pouze mobilní toalety. WC pro tělesně postižené osoby zde budeme hledat marně. Vstupní dveře jsou 800 mm široké. Rozměry kabiny činí 1200 mm x 1200 mm. Žádná madla zde nejsou. Umyvadlo se nachází ve výšce 540

mm. U pokladu, jejíž okýnko se nachází 1000 mm vysoko zakoupíme skipasy, ze kterých se nám za každou jízdu odečte 12 bodů.

Zhodnocení

Lyžařské středisko hodnotím jako částečně přístupné. Pro zvýšení úrovně dostupnosti pro monolyžaře je potřeba zajistit nájezdovou rampu do restaurace. Hlavním nedostatkem jsou špatně vyřešená sociální zařízení, která nejsou pro imobilní osoby bez pomoci asistenta přístupná. Avšak podle vyjádření pana Kšicy, majitele areálu, se v brzké době chystá tento z mého pohledu velký nedostatek již do další lyžařské sezony vyřešit. Dále rozhodně doporučuji zajistit přístup k vleku z parkoviště mimo schody nebo vyřešit tento problém zakoupením nájezdové rampy. Sleva pro ZTP i jeho asistenta je možná po domluvě.

Fotografická příloha



Obrázek 17. Parkoviště



Obrázek 18. Schody u vstupu do areálu



Obrázek 19. Prostory restaurace



Obrázek 20. Mobilní WC

Ski areál Kouty nad Desnou

Lyžařské středisko se nachází v Jeseníkách. Přímo v Koutech nad Desnou. Leží v nadmořské výšce 1100 m. n. m. Můžete si zde zalyžovat na čtyřech sjezdovkách, z toho dvě měří dva kilometry. Tento areál je největší ze všech dostupných na Moravě. Šestimístná sedačková lanovka, která v tomto areálu vozí lyžaře na vrcholky sjezdovek, byla vůbec první svého druhu v České republice. Je schopna přepravit úctyhodných 3 200 osob za hodinu. Vlaková zastávka je přímo u areálu.

Průběh mapování

Tento lyžařský areál jsem navštívil 14. 3. 2015. Areál byl naplněný k prasknutí. Možnost parkování zcela zdarma je na obrovském parkovišti s kapacitou asi 600 automobilů. Bohužel místa pro postižené osoby zde nejsou vyhrazena. Je zde asfaltový povrch se směsí malého kamení. Asi 20 metrů od parkoviště se nachází pokladny. Po zakoupení bodového skipasu se vydáme přes most asi 100 metrů po nepříliš zpevněném chodníku ke sjezdovce. Ihned vidíme tyčící se šesti místnou sedačkovou lanovku dlouhou 2000 m, která nás vyveze na vrchol sjezdovek. Kromě této unikátní lanovky jsou v tomto středisku také dva vleky, na kterých vyjedou zároveň dvě osoby. Jeden má délku 650 m. Oba vleky lze opustit kdekoliv se nám zachce a mají velice dobře vyřešenou nástupní a výstupní plochu. Průjezd mimo turnikety lze zajistit po domluvě s vlekařem. Obsluha obou těchto menších vleků měla s nasedáním a vysedáním monoski z vleku zkušenosti. Podle jejich slov areál navštěvují asi čtyři monolyžaři, kteří se zde každoročně vrací. Zkušenosti s jízdou monoski na lanovce měla tedy pochopitelně i

obsluha šestimístné sedačkové lanovky. Přítomní návštěvníci si mohou zalyžovat na pěti vždy kvalitně zasněžených a upravených sjezdovkách. Nová modrá sjezdovka se pyšní délkou 3050 m s převýšením 520 m vhodná díky své mírné obtížnosti hlavně pro rodiny s dětmi. Další zde přítomné sjezdovky jsou velmi členité a mají různé stupně obtížnosti. Mají také velice dostatečnou šířku až 50m, což je pro lyžaře na monoski skvělé. Vedle pokladen se najdeme bar Lyžárna, do kterého vedou 800 mm široké dveře otevírající se ven. Před dveřmi je mírná rampa zajišťující pohodlný vjezd osoby na vozíku. Prostředí baru je celé ze dřeva. Sedí se zde u dřevěných stolů s průjezdovou výškou 710 mm. Dále jsou zde staré obyčejné židle, s kterými lze jednoduše manipulovat. Toalety jsou součástí baru, WC pro imobilní osoby nechybí v prostorách ženských toalet. Samozřejmě splňují veškeré předpisy. Dveře, na kterých je madlo, jsou široké 900 mm. Madla jsou zde přítomná dvě sklopná. Nechybí ani dostatek prostoru pro manipulaci s vozíkem a 550 mm vysoké umyvadlo s pákovou baterií. Celkové rozměry kabiny jsou 1780 mm široká a 1912 mm hluboká.

Zhodnocení

Areál je pro monolyžaře rozhodně přístupný. Je radost tady trávit svůj volný čas a užívat si lyžování. Požadavky bezbariérovosti toto středisko jednoznačně splňuje. Jsou zde WC pro osoby s postižením, dveře do restaurace mají dostatečnou průjezdovou šířku. Nechybí zde ani malý nájezd před vstupem do bufetu. Areál má všechny předpoklady například pro pořádání akcí pro lyžaře s postižením. Co se týká úrovně bezbariérovosti nevím, co bych mohl vytknout. Sleva pro ZTP i asistenta je poskytována.

Fotografická příloha



Obrázek 21. Přístup k pokladně



Obrázek 22. Vchod do restaurace



Obrázek 23. Bezbariérové WC

Ski areál Čenkovice

Tento areál najdeme v Orlických horách. V nadmořské výšce 650-958 m. n. m. Toto středisko nabízí 4450 m sjezdovek, které jsou vždy kvalitně upravovány. Na své si přijdou pokročilí, začátečníci až po snowboardisty. Lyžaře, kteří do tohoto areálu zavítají přepravuje pět vleků a dvou sedačková lanovka. Celkově přepraví na vrchol až 5 000 osob za hodinu.

Průběh mapování

Do tohoto areálu jsem dorazil 11. 2. 2015. Bylo zde mnoho nadšených lyžařů. Lyžovat je možné na dvou sjezdovkách střední obtížnost s převýšením 200 metrů nebo na dvou modrých sjezdovkách s převýšením taktéž 200 metrů. Uvedené sjezdovky mají průměrnou šířku 45 metrů. U Svitavské sjezdovky najdeme dvoumístný vlek, který zvládne přepravit až 1100 osob za hodinu. Nechybí obsluha horní ani dolní stanice včetně STOP tlačítek na začátku a konci vleku. Je zde možnost projet mimo turnikety. Jsou zde další dva vleky a lano pro děti. Jeden z nich je TATRA POMA. U všech uvedených vleků nechybí zachycovače průjezdu spolu s možností průjezdu mimo turnikety. Všechny vleky v tomto středisku se dají opustit kdykoliv po celé jejich délce. Sněžná děla jsou zabezpečena matracemi proti nehodě. Vleky obsahují další bezpečnostní prvky v podobě lan, které vypnou vlek, pokud přes ně přejedeme. Na sjezdovkách jsou hydroboxy zajištěny matracemi a nechybí ani oranžové zábrany proti výjezdu se sjezdovky. Pod sjezdovkou Svitavská najdeme SKIBAR, do kterého se

dostaneme po překonání jednoho schodu, jehož výška činí 120 mm. Následují 800 mm jednokřídlé dveře, které se otvírají směrem dovnitř. V restauraci se pohybujeme po dlažbě. Usadit se můžeme ke stolům s průjezdovou výškou 730 mm, židle můžeme velmi rychle přemístit a usadit ke stolu tělesně postiženého lyžaře přímo na invalidním vozíku. WC se nachází hned vedle ski baru ve formě mobilní buňky. Pouze pro muže a ženy. Tudíž invalidní vozík musíme nechat před kabinou. Vstupní dveře jsou široké 750 mm. Celkové rozměry kabiny činí 1190x 1230 mm. V pokladně pod vlekem je možno zakoupení bodové jízdenky na celý den. Svě auto bezpečně zaparkujeme na parkovišti vzdáleném zhruba 300 metrů od areálu. Bohužel vyhrazená místa pro vozíčkáře zde chybí.

Zhodnocení

Tento areál v místech okolo sjezdovky Svitavská mi nezbyvá hodnotit, co se týká bezbariérovosti jako částečně přístupný. Hlavně kvůli současné úrovni toalet, které jsou řešeny pouze provizorní mobilní variantou. Chybí zde toaleta pro osoby s omezenou hybností. Podle slovního vyjádření pana majitele by moc rád tuto nedostačující skutečnost řešil výstavbou nové budovy s toaletami. Bohužel mu to doposud bylo zakázáno, kvůli CHKO ve které se areál nachází. Dále bych zapracoval na odstranění schodu při vstupu do skibaru. Chybí zde také přístupový chodník k pokladně, lyžař se k ní dostane pouze po sněhu. Lyžařské vleky vyhovují všem nařízením. Ale obsluha vleku nemá doposud žádné zkušenosti s nasedáním a vysedáním lyžařů, kteří lyžují na monoski. Slevu na ZTP areál poskytuje po domluvě.

Fotografická příloha



Obrázek 24. Vstup do restaurace



Obrázek 25. Mobilní WC

5 Závěr

Cílem mé bakalářské práce bylo zmapovat úroveň bezbariérovosti v osmi vybraných ski areálech.

Stanovil jsem si výzkumnou otázku: Jaký je současný stav úrovně bezbariérovosti ve vybraných ski areálech?

Úroveň přístupnosti pro lyžaře s tělesným postižením se v jednotlivých areálech lišila.

Lyžařské středisko Kareš Kouty nad Desnou nesplňuje požadavky především malou průjezdovou šířkou dveří na WC, kde také chybí velmi potřebná madla. Vleky, které jsou v tomto ski areálu, vyhovují všem dosud stanoveným předpisům

Lyžařský areál Filipov nevyhovuje hned v přístupu do areálu, kam se dostaneme pouze po schodech. Požadavky nesplňují toalety ani stravovací zařízení, které je zde k dispozici. Stravování probíhá ve stanu, kde jsou velké lavice spojené se stoly, tudíž pro osobu s postižením nevhodné. Toaleta nemá žádná madla po stranách ani na dveřích. Šířka dveří je také velmi nevyhovující. Je zde také velmi špatná dostupnost k pokladně.

Ski areál Červená voda je nově vybudovaný areál, takže zde je úroveň bezbariérovosti zcela uspokojivá. Mezi jediný nedostatek patří nepřístupnost na WC z restaurace.

Hlavní nedostatky střediska Rališka na Horní Bečvě jsou v řešení toalet, které mají nedostatečnou průjezdovou šířku. K toaletě vede schod vysoký 130mm. Při použití lyžin lze tuto překážku překonat. Pokud je však přítomen asistent, je toaleta z části přístupná. Nenajdeme zde žádná madla.

Areál v Olešnici na Moravě je velmi přístupný pro přijíždějící monolyžaře. Jediným nedostatkem je zde deset schodů, které musí postižený člověk překonat, aby se dostal na snůh.

Ve ski areálu v Hodoníně u Kunštátu je problém hlavně ve špatném přístupu do areálu z parkoviště, kde se nachází tři schody. Dále pak chybí nájezdová rampa do prostoru restaurace. WC není bez pomoci asistenta přístupné.

Lyžařský areál Kouty nad Desnou je plně přístupný pro osoby s postižením. Nechybí zde bezbariérové WC, nájezdová rampa do restaurace. Uvnitř restaurace se dají židle jednoduše přemístit.

Ski areál Čenkovice Svitavská sjezdovka zaostává především v dostupných toaletách. Chybí zde toaleta pro osoby s postižením. Jsou řešeny pouze mobilní variantou. Není zde dobře vyřešen vstup do restaurace a k pokladně chybí přístupový chodník.

Souhrn

Cílem mé bakalářské práce bylo zmapovat úroveň bezbariérovosti v osmi vybraných ski areálech.

V teoretické části jsem se zabýval jednotlivými typy tělesného postižení, které jsem vždy krátce charakterizoval. Nezapomněl jsem zmínit také specifika životního stylu osoby s tělesným postižením. V další kapitole je zmíněn význam pohybové aktivity pro člověka s tělesným postižením v oblasti sportu, tělesné výchovy a rekreace. Také jsem zde zahrnul problematiku bariér v životě osob s postižením. Uvedl jsem příklady bariér společnosti bez postižení vůči lidem s postižením. Nechybí ani zmínka o psychických problémech, které může zažívat osoba s postižením. Také se zmiňuji o architektonických bariérách, které jsou pro lidi s postižením v dnešní době velkou překážkou. V poslední řadě uvádím kapitolu, která se zabývá lyžováním osob s tělesným postižením. Jsou zde zdůrazněny specifika zimního prostředí, druhy kompenzačních pomůcek určených pro lyžování nebo také sportovní klasifikace tělesně postižených lyžařů.

Ve výzkumném šetření jsem zjistil, že úroveň bezbariérovosti lyžařských středisek v České republice se velmi liší. Mohu konstatovat, že ve všech ski areálech, které jsem navštívil je velmi dobrá úroveň vleků. Mezi nejčastější nedostatky patří nedostačující úroveň sociálních zařízení. Jedním z dalších závažných problémů je špatné řešení vstupu do restaurace. Tudíž se monolyžař nemá kde ohřát. Ve třech zmíněných areálech nebyly žádné nedostatky. Úroveň bezbariérovosti v těchto střediscích je v současné době velmi dobrá.

Summary

The aim of my study was to map the level of wheelchair accessibility in eight selected ski resorts.

In the theoretical part of the study, I was dealing with particular types of physical handicaps which I briefly characterized. I mentioned also some specifics of lifestyle of a handicapped person. In the next chapter, the importance of a physical activity in sport, physical education and recreation sphere for handicapped people, is mentioned. I also included the problematics of barriers in lives of physically handicapped people. I also comment on architectural barriers which are a huge hindrance for physically handicapped people nowadays. In the last chapter, I am dealing with skiing of people with physical handicap. Some specifics of winter surrounding, types of compensatory devices for skiing or sport classification of physically handicapped skiers, is mentioned.

In the research part I found that the level of wheelchair accessibility of ski resorts in the Czech Republic is very heterogenous. I can observe that ski tows are of the high quality in all of the resorts I visited. The most frequent shorcoming is unsatisfactory level of sanitary facilities. Another severe problems are poor entrances into restaurants. Due to this fact, monoskiers have no place to warm themselves up. There were not any shortcomings in three of the ski resorts. The level of the wheelchair accessibility is currently very good in the investigated ski resorts.

Referenční seznam

- Anonymous. (2013). *Zdravotně postižení byli a stále jsou diskriminováni*. Retrived 22. 3. 2015 from the World Wide Web: <http://www.hrebenar.eu/2013/09/zdravotne-postizeni-byli-a-stale-jsou-diskriminovani/>.
- Anonymous 1. (n.d.). *Úrazy páteře a míchy*. Retrived 17. 3. 2015 from the World Wide Web: <http://ppp.zshk.cz/vyuka/pater-micha.aspx>.
- Anonymous 2. (n.d.). *Svalová dystrofie (úbytek svalstva)*. Retrived 17. 3. 2015 from the World Wide Web: <http://www.vitalia.cz/katalog/nemoci/svalova-dystrofie/>.
- Anonymous 3. (n.d.). *Duchennova choroba*. Retrived 19. 3. 2015 from the World Wide Web: <http://www.stefajir.cz/?q=duchennova-choroba>.
- Anonymous 4. (n.d.). *Svalová (muskulární) dystrofie Duchennova/Beckerova*. Retrived 20. 3. 2015 from the World Wide Web: <http://www.parentproject.cz/description/description.htm>.
- Anonymous 5. (n.d.). *Poranění páteře*. Retrived 17. 4. 2015 from the World Wide Web: http://www.zachranarivlockari.wz.cz/download/25_por_patere.pdf.
- Anonymous 6. (n.d.). *Ski Equipment*. Retrived 17. 4. 2015 from the World Wide Web: <http://www.ski2freedom.com/en/skiing-with-disabilities/disabled-ski-equipment>.
- Anonymous 7. (n.d.). *Co je biski?*. Retrived 17. 4. 2015 from the World Wide Web: <http://www.monoski.info/index.php/co-je-biski>.
- Baumann, R. J. (2013). *Cerebral palsy*. Magill 19s Medical Guide.
- Benešová, D., & Štumbauer, J. (2006). *Školní lyžování II*. Sušice: Nakladatelství Dr. Radovan Rebstöck.
- Daschel, J. (1996). *Můj bratr osel a já: život s berlemi*. Praha: Ústředí diakonie a misie církve československé husitské.
- Dobří, L., et al. (2009). Kiantropologie a pohybové aktivity. In V. Mužík (eds.), *Tělesná výchova a sport mládeže v 21. století* (pp 8-17). Brno: Masarykova univerzita.
- Dohnal, T., & Hodaň, B. (2005). *Rekreologie*, Olomouc: HANEX.
- Duyan, V. (2007). *Amputee Sports for Victims of Terrorism*, 12, 70-77.
- Fallon, L. F. (2013). *Amputation*. Magill's Medical Guide.
- Filipová, D. (1998). *Život bez bariér*. Praha: Grada.
- Filipová, D. (2002). *Projektujeme bez bariér*. Retrived 7. 4. 2015 from the World Wide Web: http://www.filipiova.cz/publikace/odkazy/Projektujeme_bb_web.pdf.

- Hosick, H. L. (2013). *Spina bifida*. Magill 19s Medical Guide.
- Hradecká, J., et al. (2013). *Škola interiérového designu*. Praha: Grada.
- Janečka, Z., et al. (2012). *Vybrané kapitoly ze sportu osob se zdravotním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Jandová, H. (2013). *Postižení není vlastnost. Nebojte se bílé hole či vozík*. Retrived 26. 3. 2015 from the World Wide Web: http://www.tyden.cz/rubriky/zdravi/postizeni-neni-vlastnost-nebojte-se-bile-hole-ci-voziku_258945.html#.VSw2-hOsXQp.
- Ješina, O. (2007). *Aplikované pohybové aktivity v zimní přírodě I*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Ješina, O., & Hamřík Z. (2011). Význam pohybových aktivit pro osoby se speciálními potřebami. In O. Ješina & Z. Hamřík, et al. (eds), *Podpora Aplikovaných pohybových aktivit v kontextu volného času* (pp 8-11). Olomouc: Univerzita Palackého.
- Ješina, O., Kudláček, M., et al. (2011). *Aplikovaná tělesná výchova*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Kábele, F. (1992). *Sport vozíčkářů*. Praha: Olympia.
- Kalman, M. Hamřík, Z., & Pavelka, J. (2009). *Podpora pohybové aktivity pro odbornou veřejnost*. Olomouc: ORE.
- Karásková, V. (1993). *Didaktika tělesné výchovy pro studující speciální pedagogy*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Kraus, J., et al (2005). *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada.
- Krhutová, L., et al. (2005). *Občasné se zdravotním postižením a veřejná správa*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Kříž, J. (2009). Poškození míchy. In P. Kolář, et al. (eds.), *Rehabilitace v klinické praxi* (pp 352-356). Praha: Galén.
- Kubeš, R. (2005). Amputace. In P. Dungl, et al. (eds.), *Ortopedie* (pp 165-176). Praha: Grada.
- Kudláček, M., et al. (2007). *Aplikované pohybové aktivity pro osoby s tělesným postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Kukolová, P. & Ješina, O. (2008). Komunikace s osobami s tělesným postižením. In P. Kurková (eds.), *Nevidíme, neslyšíme, nechodíme, přesto si však rozumíme* (pp 49-63). Olomouc: Univerzita Palackého.
- Kvasnička, J., Kudláček, M., & Ješina, O. (2008). Lyžování na monoski. In O. Ješina, Z. Janečka, et al. (eds.), *Aplikované pohybové aktivity v zimní přírodě II* (pp 16-24). Olomouc: Univerzita Palackého.

- Kvasnička, J. (2012). *Metodika výuky jízdy na monoski*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Lesný, I., & Špitz J. (1989). *Neurologie a psychiatrie pro speciální pedagogy*. Praha: SPN.
- Machová, I. (2012). Atletika osob s tělesným postižením In Z. Janečka, et al. (eds.), *Vybrané kapitoly ze sportu osob se zdravotním postižením* (pp 25-41). Olomouc: Univerzita Palackého.
- Majkusová, A. (n.d.). *Mišní léze*. Retrived 17. 3. 2015 from the World Wide Web: <http://www.jarmila-capova.cz/misni-leze/>.
- Mithen, J., Aitken, Z., Ziersch, A., & Kavanagh, A. M. (2015). *Inequalities in social capital and health between people with and without disabilities*. *Social Science*, 126, 26-35.
- Musil, L. (2004). *Ráda bych Vám pomohla, ale ...*. Brno: Marek Zeman.
- Müller, O., et al. (2001). *Dítě se speciálními vzdělávacími potřebami v běžné škole*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Novosad, L. (2002). *Kapitoly ze základů speciální pedagogiky – Somatopedie*. Liberec: Technická Univerzita.
- Novosad, L. (2011). *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskursivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. Praha: Portál.
- Pagán-Rodríguez, R. (2014). *Research Paper: How do disabled individuals spend their leisure time?*. *Disability and Health Journal*.
- Pásková, M., & Zelenka, J. (2005). *Výkladový slovník cestovního ruchu*. Praha: Ministerstvo pro místní rozvoj.
- Pipeková, J., et al. (1998). *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Masarykova univerzita.
- Pivoňková, E. (2013). *Beckerova svalová dystrofie - příznaky, projevy, symptomy*. Retrived 20. 3. 2015 from the World Wide Web: <http://www.priznaky-projevy.cz/neurologie-neurochirurgie/beckerova-svalova-dystrofie-priznaky-projevy-symptomy>.
- Pleva, P. (2014). *Vytvoření a implementace metodiky pro monitoring bezbariérovosti lyžařských areálů*. Bakalářská práce, Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta tělesné kultury, Olomouc.

- Porter, M., & Kelly, J. (2014). *Pressure ulcer treatment in a patient with spina bifida*. *Nursing Standard*, 28(35), 60-67.
- Skopová, M., & Zítko, M. (2008). *Základní gymnastika*. Praha: Karolinum.
- Slowík, J. (2007). *Speciální pedagogika*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Spring, E. (2013). *EFDS Report Disabled People's Lifestyle Survey*. Retrived 17. 4. 2015 from the World Wide Web:
http://www.efds.co.uk/assets/0000/7297/Disabled_People_s_Lifestyle_Survey_Report_Sept_2013.pdf.
- Svatoň, V., & Tupý, J. (1997). *Program zdravotně orientované zdatnosti* . Praha: Svoboda.
- Šestáková, I., & Lupač, P. (2010). *Budovy bez bariér*. Praha: Grada.
- Vágnerová, M. (1999). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Van Der Woude, L. H. V., De Groot, S., Postema, K., Bussmann, J. B. J., Janssen, T. W. J., & Post, M. W. M. (2013). *Active Lifestyle Rehabilitation Interventions in aging Spinal Cord injury (ALLRISC): a multicentre research program*. *Disability*, 35(13), 1097-1103.