Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta tělesné kultury

Prezentace výsledků mapování bezbariérovosti areálů určených k volnočasovým pohybovým aktivitám

Diplomová práce (magisterská)

Autor: Bc. Edita Maříková
Vedoucí práce: Mgr. Ondřej Ješina, Ph.D.
Olomouc 2020

Bibliografická identifikace
Jméno a příjmení autora: Bc. Edita Maříková
Název diplomové práce: Prezentace výsledků mapování bezbariérovosti areálů určených k volnočasovým pohybovým aktivitám
Pracoviště: Fakulta tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci, Katedra aplikované pohybové aktivity
Vedoucí diplomové práce: Mgr. Ondřej Ješina, Ph.D.
Rok obhajoby diplomové práce: 2020

Abstrakt: Diplomová práce se zabývá nabídkou zmapovaných bezbariérových areálů pro zákazníky se speciálními potřebami. Cílem je popsat a analyzovat implementaci současných systémů mapování bezbariérovosti objektů a prostor pro sport a volný čas ve vztahu k osobám se speciálními potřebami. Jedná se nám zejména o prezentaci výsledků tohoto mapování u volnočasových areálů a prostor sloužících k pohybovým aktivitám. Prostřednictvím analýzy nejčastěji využívaných webových portálů, oficiálních systémů koordinovaných či monitorovaných Ministerstvem pro místní rozvoj, legislativních norem i tištěných dokumentů a map práce prezentuje nedostatečné mapování areálů a budov pro volnočasové pohybové aktivity. Ačkoliv se Česká republika již několik let snaží o zlepšení stavu bezbariérovosti budov a služeb, tak trochu ve stínu těchto snah stojí areály určené pro sport a volný čas. Velké nedostatky jsme zaznamenali zejména ve vztahu k uživatelům těchto areálů z pozice aktivní sportovec či rekreant. Pokud je bezbariérovost výše uvedených areálů prezentována, pak buď pro pasivnější pozice jako divák či volnočasových areálů určených primárně pro pohybové aktivity. Případně je možné využít jen doplňkových služeb jako restauračních, ubytovacích či parkovacích. Velké nedostatky zaznamenáváme zejména pro praktické využití z hlediska funkčnosti a prezentaci potenciálním zákazníkům současného mapovacího systému u lyžařských areálů, menších fitness center, cyklostezek, ale i některých dalších aktivních služeb. Za jeden z klíčových limitů považujeme současný relativně rigidní systém mapování bezbariérovosti neakceptující specifika primárně aktivně pohybové zaměřených služeb.

Klíčová slova: aplikované pohybové aktivity, pohybová rekreace, osoby se speciálními potřebami, životní styl, právo na sport

Souhlasím s půjčováním diplomové práce v rámci knihovních služeb.

Bibliographical identification
Author′s first name and surname: Bc. Edita Maříková
Title of master thesis: Results presentation of mapping of barriers-free areas intended for leisure-time physical activities
Department: Faculty of Physical Culture, Palacký University Olomouc, Department of Adapted Physical Activities
Supervisor: Mgr. Ondřej Ješina, Ph.D.
The year of presentation: 2020

Abstract: The diploma thesis deals with the offer of mapped accessibility of the areas for customers with special needs. The aim is to describe and analyze the implementation of current systems of mapping the accessibility of facilities and space for sport and leisure in relation to people with special needs. We are mainly concerned with the presentation of the results of this mapping in leisure facilities and areas used for physical activities. Through the analysis of the most frequently used web portals, official systems coordinated or monitored by the Ministry for Regional Development, legislative standards and printed documents and maps of the work presents an inadequate mapping of areas and buildings for leisure-time movement activities. Although the Czech Republic has been trying to improve the accessibility of buildings and services for several years, the sports and leisure facilities are somewhat in the shadow of these efforts. We have noticed major shortcomings especially in relation to users of these areas from the position of active sportsman or holidaymaker. In the case of barrier-free access to the above-mentioned areas, it is either for passive viewer positions or for leisure activities designed primarily for physical activities. Alternatively, it is possible to use only additional services such as restaurant, accommodation or parking. There are major shortcomings especially for practical use in terms of functionality and presentation to potential customers of the current mapping system at ski resorts, smaller fitness centres, cycle paths, but also some other active services. One of the key limits is the current relatively rigid barrier-free mapping system, which does not accept the specifics of primarily active movement-oriented services.

Keywords: Adapted Physical Activity, leisure time physical activities, people with special needs, life style, right to sport.

I agree with lending of this thesis in library range.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně pod vedením Mgr. Ondřeje Ješiny, Ph.D., uvedla jsem všechny použité literární a odborné zdroje a dodržela zásady vědecké etiky.

V Olomouci dne …….

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu mé diplomové práce, Mgr. Ondřeji Ješinovi, Ph.D, za jeho cenné rady, podněty, připomínky a jeho čas. Dále děkuji za podporu své rodině.

Obsah

Úvod 7
1 Přehled poznatků 8
1.1 Terminologické vymezení 8
1.1.1 Zdravotní postižení 10
1.1.2 Integrace 11
1.2 Osoby s tělesným postižením 13
1.3 Osoby se zrakovým postižením 21
1.3.1 Aplikované pohybové aktivity zrakově postižených 24
1.4 Osoby s mentálním postižením 24
1.4.1 Aplikované pohybové aktivity mentálně postižených 27
1.5 Osoby se sluchovým postižením 28
1.5.1 Aplikované pohybové aktivity sluchově postižených 29
1.6 Pohybová aktivita v seniorském věku 30
1.7 Úmluva o právech osob se zdravotním postižením a další strategické dokumenty 32
1.7.1 Článek 9 – Přístupnost 34
1.7.2 Článek 30 – Účast na kulturním životě, rekreace, volný čas a sport 37
1.7.3 Další dokumenty 38
1.8 Význam pohybových aktivit v životě člověka s postižením 39
1.9 Bariéry 43
2 Cíle práce 45
2.1 Hlavní cíl 45
2.2 Úkoly práce 45
2.3 Výzkumné otázky 45
3 Metodika 47
3.1 Postup práce 47
3.2 Techniky a postup sběru dat 49
3.3 Výzkumný soubor 51
3.4 Metody zpracování dat 52
4 Výsledky 53
4.1 Obyvatelstvo v České republice 53
4.2 Osoby se zdravotním postižením 54
4.3 Počet sportovních zařízení v ČR 59

4.4 Mapy bezbariérovosti 61
5 Diskuse 72
Závěr 77
Souhrn 79
Summary 80
Referenční seznam 81
Seznam použitých zkratek 95

Úvod

Již od nepaměti jsou osoby se zdravotním postižením součástí naší společnosti. Postavení k těmto lidem se vyvíjelo v historickém kontextu. Z historických pramenů víme, že v předkřesťanských dobách, byly tyto osoby vražděny. Často přežívali pouze jedinci s lehčím zdravotním postižením, jako např. amputace. Lidstvo zaznamenalo od těchto dob velký pokrok, a to nejen technický, kulturní, ale i v oblasti myšlenek úplné segregace těchto osob, až po jejich integraci v současné době. Jednalo se však o dlouhý časový úsek, kde se společnost pokoušela najít vztah a cestu, jak vytvořit vhodný prostor pro osoby s postižením.

I na území našeho státu jsme zaznamenali pokrok v této oblasti. Zaměření na osoby s postižením se postupně začleňuje do legislativy nejen v České republice, ale i na území Evropy a celého světa. To pozitivně ovlivňuje podporu těchto lidí a otevírá cesty k získání sebevědomí a do jisté míry i soběstačnosti a nezávislého života. Zákonná opatření, která zajišťují bezbariérovost objektů, vytváření speciálních map pro lepší orientaci, snaha o začleňování žáků s postižením do běžných vyučovacích hodin a naproti tomu jsou žáci bez postižení vedeni k tomu, že být na vozíku nebo mít problém se zrakem není nic „divného“. S tím vším se můžeme každý den setkávat v našem okolí.

Jednou ze základních lidských potřeb je potřeba pohybu. Ta ovlivňuje vývoj člověka po psychické, fyzické, sociální a spirituální stránce. Mnoho autorů zdůrazňuje, že vliv pohybové aktivity je nenahraditelný. Ve vztahu k osobám s postižením se touto problematikou zabývají Aplikované pohybové aktivity. Termín „aplikované“ znamená, že pohybové aktivity bývají modifikovány/aplikovány na základě specifických potřeb. Právě koncept problematiky osob se zdravotním postižením z pohledu pohybové aktivity, implementaci legislativy a systémů mapování nás vedl k sepsání této diplomové práce. Očekáváme, že i přes veškerou snahu integrace, budeme nacházet nedostatky, a to především v praktické aplikaci.

1 Přehled poznatků

V současnosti lze najít k problematice jedinců se zdravotním postižením a bezbariérovosti velké množství literatury. Touto problematikou se zabývá mnoho autorů jak v zahraničí, tak v České republice. I já, jsem během výběru vhodné literatury, pracovala se zdroji českými i zahraničními a zaměřovala se na odkazy s novějším datem vydáním. Z knih, které byly vydány již před několika desítkami let, jsem se pokoušela vybrat ty nejcennější a nejdůležitější informace, jejichž pravdivost se ani po tolika letech nemění.

V dokumentu Charta lidských práv Organizace spojených národů jsou definovány v nejobecnější rovině práva osob se zdravotním postižením. Tato práva se dále rozvíjí v rámci Ústavy České republiky a dalších zákonů. Dále můžeme najít celou řadu vyhlášek, norem a předpisů (Kudláček & Ješina, 2013).

1.1 Terminologické vymezení

Definice a pohled na zdravotní postižení se v jednotlivých částech světa liší. Na pojmu se vždy odráželo sociální, ekonomické a náboženské prostředí, dále vliv zákonů, lékařských a technologických znalostí a osobní předpoklady. Z hlediska významových nuancí je rozhodující také specifický jazyk, ze kterého je termín přejímán. Např. anglické vnímání rozdílnost termínů disability a impairment je z hlediska češtiny jen těžko uchopitelný a snahy o zavedení termínu disabilita do češtiny se ani po 10 letech implementace úspěšně v mnoha oborech neujal (Ješina, 2018).

Samotné vnímání postižení se vyvíjí a mění v průběhu historie. Zdravotní omezení, která bývají označována jako postižení, provázejí lidstvo již od jeho počátku. Jak uvádí Titzl (1998), tak tato realita, vytváří ve společnosti pole, kde dochází k nejednoduchým řešením vztahů mezi majoritou, tedy těmi zdravými, silnými a „nepostiženými" a minoritou, tedy jedinci slabými, nemocnými, postiženými.

Definice pojmů impairment, handicap a disability v roce 1980 publikovala Světová zdravotnická organizace (WHO). Dle WHO v sobě pojem postižení zahrnuje termín „impairment“ tedy vada, poškození, omezení participace nebo aktivity (World Health Organization [WHO], 1980). Termín handicap (postižení) je užíván v případě, pokud poškození/omezení limituje nebo zabraňuje naplnění obvyklé role jedince. Dále zahrnuje složku vnímání postižení okolím a jedincem samotným (Best, Heller, & Bigge, 2009). V roce 1997, změnila Světová zdravotnická organizace pojmy, používané od roku 1980 v Mezinárodní klasifikaci postižení. Tak byl starý model impairment (poškození), disability (omezení), handicap (postižení), nahrazen novým modelem impairment (poškození), aktivity (aktivita), participation (účast) (Bartoňová 2005; Pipeková, 2006).

Disability (neschopnost, omezení, zdravotní postižení) označuje ztrátu nebo omezení schopnosti provádět činnost obvyklým způsobem a v předpokládaném rozsahu. V roce 2006 byl v Praze přijat návrh definice disability: „disabilita je snížení funkčních schopností na úrovni těla, jedince nebo společnosti, která vzniká, když se občan se svým zdravotním stavem (zdravotní kondicí) setkává s bariérami prostředí.“ Tento pojem je jedním ze základních pilířů Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví WHO (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF) (Kalvach et al., 2010).

V souvislosti s tím, že se dožíváme stále vyššího věku, což má za následek i narůstající zdravotní obtíže ve stáří, se otázka disability (zdravotního postižení) dostává do popředí. Vědci očekávají, že v roce 2020 bude třetina obyvatel Evropy starší 60ti let (Pfeiffer & Švestková, 2008). V jisté míře můžeme předpokládat, že tento stav bude mít za následek tzv. kompresy morbidity. Tato teorie považuje snižování úmrtnosti a zlepšování zdravotního stavu za současně probíhající jevy (Fries, 2002).

U disability dochází k posunu od medicínského modelu k modelu sociálnímu a biopsychosociálnímu (Obrázek 1). U tohoto modelu jde o disabilitu, která je způsobená „disabling situation“, tedy prostředím (Pfeiffer & Švestková, 2008). Pojem disabilita nemá stále v češtině jasný asociativní význam. Nejčastěji bývá tento termín spojován s pojmem „zdravotně postižený“. Švestková, Angerová a Sládková (2009) však uvádí, že tento termín je nepřesný, někdy až zavádějící, protože se nejedná o „nemocného člověka“.

1.1.1 Zdravotní postižení

Pro definování pojmu zdravotní postižení, je nejprve důležité definovat pojem zdraví. Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje zdraví jako „stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody“, nikoliv tedy pouze nepřítomnost nemoci (WHO, 2001). Najít však jednotnou definici zdravotního postižení není jednoduché. Poprvé se o mezinárodně platnou definici v roce 1980 pokusila Světová zdravotnická organizace (WHO) a to ve svém dokumentu Mezinárodní klasifikace poruch, postižení a handicapů (ICIDH). Dle Světové zdravotnické organizace je postižení charakterizováno jako „částečné nebo úplné omezení schopnosti vykonávat některou činnost či více činností, které je způsobeno poruchou nebo dysfunkcí orgánu“ (WHO, 1980). Nejčastěji tedy lze zdravotní postižení definovat jako odchylku ve zdravotním stavu, která u člověka vyvolává omezení v určitých činnostech (kvalita života, pohyb nebo uplatnění ve společnosti). V praxi se nejčastěji můžeme setkat s možností dvou pohledů na tuto problematiku, a to sice sociologický a medicínský. *Medicínské hledisko* vychází z předpokladu, že zdravotní postižení je přímo způsobené zraněním či nemocí a považuje ho za individuální problém jedince. Nikoliv jako individuální problém, ale problém jedince a jeho okolí, chápe zdravotní postižení *sociální pohled*. To znamená, že zdravotní postižení není chápáno pouze jako nedostatek zdraví nebo následek úrazu, ale je výsledkem vytvořených bariér mezi okolím a jednotlivcem. Vzniklé bariéry tak jednotlivci se zdravotním postižením zamezují plně participovat na životě ve společnosti a mohou tak mít nejen fyzickou, ale i sociální povahu (Bruthasová & Jeřábková, 2012).

Na konferenci v Miláně se v roce 2007 sešli zástupci OSN, WHO, OECD, Rady Evropy a zástupci evropských organizací lidí se zdravotním postižením. Výsledkem konference bylo, že pro základní metodiku hodnocení funkčních schopností osob se zdravotním postižením (disabilitou) bude využívána Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví – MKF, známá pod anglickým názvem International Classification of Functioning, Disability and Health - ICF. V příloze 5 „MKF a osoby s disabilitami“ se tato klasifikace vyrovnává s termínem osoby se zdravotním postižením (Pfeiffer & Švestková, 2008).

S pojmem „osoba zdravotně postižená“ se setkáváme i v defektologickém slovníku. Ten udává, že tento pojem se v současnosti označuje osoby, které byli původně nazývány jako vadné, úchylné či defektní. Zahrnuje v sobě tak všechny vady, úchylky a poruchy (Edelsberger, 2007).

Michalík (2012) dělí zdravotní postižení na tělesné, zrakové, sluchové, řečové, mentální a kombinované. Dále zde řadí hromadná neinfekční onemocnění. Pro účely této diplomové práce budeme vycházet ze základního dělení, které bývá nejčastěji uváděno v publikacích aplikovaných pohybových aktivit, tedy: tělesné, zrakové, sluchové, mentální (Kudláček & Ješina, 2013; Kudláček, Ješina, Spurná et al., 2013).

Osoby se zdravotním postižením byly a jsou označovány více způsoby. V současnosti využívá české sociální právo k označení narušení zdravotního stavu několik pojmů, s kterými se můžeme setkat v různých právních předpisech. Jsou to pojmy:

- Invalidita – zákon o důchodovém pojištění,
- Poškození zdraví – zákon o úrazovém pojištění,
- Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav – zákon o státní sociální podpoře (Koldinská, 2013).

1.1.2 Integrace

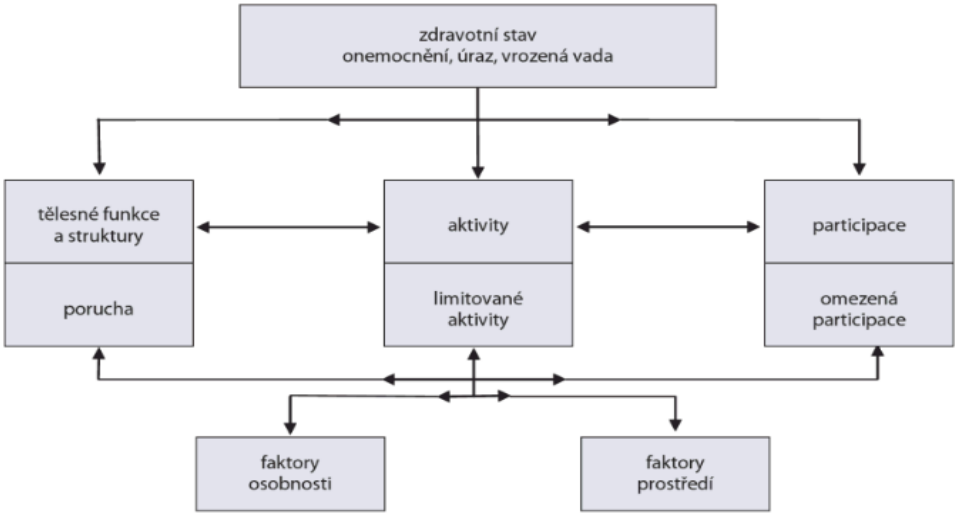
Integrace je v současnosti diskutovaným a často slýchaným pojmem. V minulosti byly osoby s postižením často oddělovány od společnosti a umisťovány do institucionálních zařízení. Termín integrace se používá především v zemích západní Evropy, ale v posledních letech se dostává i do vzdálenějších zeměpisných šířek. V České republice je tento termín často používán (Bazalová, 2004).

Katoda a Miron (1990) definovali čtyři formy integrace:

- Fyzická integrace – vytváří snížení vzdálenosti mezi osobou s postižením a ostatními lidmi,
- Funkcionální integrace – popisuje funkcionální vzdálenost mezi osobou s postižením a ostatními lidmi. Dále se zabývá společným užíváním pomůcek a zařízení,
- Sociální integrace – popisuje kontakt mezi osobou s postižením a ostatními lidmi,
- Společenská integrace – zajišťuje stejná práva všem, tedy bez rozdílů.

Integrací se obecně rozumí spojování částí v celek, tedy spojování postojů, hodnot, chování a také směřování aktivit. Integrace ovlivňuje nejen interpersonální a skupinové vztahy, ale i identitu jedinců a skupin. Potřeba integrace nastává v okamžiku, kdy se navzájem setkávají odlišné jevy, situace, postoje nebo aktivity a může tak docházek ke konfliktům. Právě díky integraci dochází k napomáhání překonání těchto rozporů (Jesenský, 1996). Příkladem činnosti, která má pro osoby se zdravotním postižením integrační charakter může být zájmová činnost. Pokud je integrace úspěšná, napomáhá k intelektuálnímu rozvoji jedince s postižením, učí ho práci v týmu, kooperaci, sociálním dovednostem a komunikaci. Na druhou stranu působí přítomnost postiženého jedince ve skupině pozitivně na chování, respektování odlišnosti a toleranci (Pipeková, 2006).

Spojitost s termínem integrace můžeme nalézt ve výrazu participace v pojetí Světové zdravotnické organizace (WHO). V tomto modelu jsou popisovány následující prvky: *Tělesné funkce* – jsou to fyziologické funkce tělesných systémů (včetně psychických funkcí); *Tělesné struktury* – jsou anatomické části těla jako končetiny, orgány a jejich součásti. Tělesné funkce a tělesné struktury jsou uváděny paralelně i když jsou klasifikovány ve dvou samostatných sekcí. *Aktivita* – je provádění úkolů, úkonů nebo činu jedincem; *Limitovaná aktivita* – je vytvářena obtížemi, které může jedinec mít, při provádění aktivit; *Participace* – zapojení jedince do životní situace; *Restringovaná participace* – problémy, které může jedinec prožívat, při zapojení do životních situací. Ucelené pozadí o životu člověka představují spolupůsobící faktory. Obsahují dvě komponenty: faktory prostředí a osobní, které mohou ovlivňovat zdravotní problémy a stavy člověka. *Faktory prostředí* – tvoří je sociální, fyzické a postojové prostředí. V tomto prostředí lidé žijí svůj život. Vzhledem ke člověku se jedná o externí faktory, které mohou mít pozitivní, ale i negativní vliv na provádění činností jedince jako člena společnosti. Faktory prostředí působí společně s komponentami tělesných funkcí a strukturami, aktivitami a participací. Faktory prostředí mohou být bariérové (tj. nepřístupné budovy) nebo facilitační (tj. nedostupnost asistivních pomůcek). *Osobní faktory* – skládají se z vlastností individua, které nejsou součástí zdravotního stavu nebo zdravotních problémů. Těmito faktory jsou například: rasa, pohlaví, věk, sociální zázemí, výchova, zvyky, vzdělání, povolání, ostatní zdravotní problémy, zkušenosti, nadřazené vzory chování a způsob života, individuální psychické vlastnosti a charakteristiky, tedy vše, co může hrát roli v disabilitě na jakékoliv úrovni (WHO, 2001).



Obrázek 1. Mezinárodní klasifikace funkčních schopností (ICF) - Biopsychosociální model.

1.2 Osoby s tělesným postižením

Když se řekne osoba tělesně postižená, tak se většině lidí vybaví člověk na vozíku. Možná právě z tohoto důvodu je na tyto osoby, při řešení otázek přístupnosti, kladen vysoký důraz. Stejně tak, se i mapy přístupnosti v praxi nejčastěji zaměřují na osoby, které jsou upoutány na invalidní vozík. Můžeme se tedy domnívat, že tito lidé čelí překážkám nejčastěji. Z tohoto předpokladu vycházejí i mapy přístupnosti a samotná vyhláška 398/2009 Sb.

> Tělesné (resp. lokomoční, pohybové) postižení je omezení hybnosti, až znemožnění pohybu a dysfunkce motorické koordinace v příčinné souvislosti s poškozením, vývojovou vadou či funkční poruchou nosného a hybného aparátu, centrální nebo periferní poruchou inervace nebo amputací či deformací části motorického systému. Takové vady či dysfunkce jsou zpravidla patrné na první pohled a mají charakter trvalého snížení funkční výkonnosti i ztráty schopnosti v některé nebo více oblastech lokomoce (Michalík et al., 2011, p. 186).

Kisvetrová a Ježorská (2014) označují jako tělesné postižení stav, který je trvalý nebo dlouhodobý, a je charakterizovaný poruchou funkční, orgánovou nebo anatomickou. S podobnou definicí se můžeme setkat i u Michalíka el al. (2011), který však uvádí, že tento stav nelze i přes veškerou léčebnou péči významným způsobem zmírnit nebo odstranit.

Kudláček a Ješina (2013) uvádí, že tělesné postižení je natolik širokým pojmem, že někteří z autorů se přiklání k pojmu porucha hybnosti.

Tělesná postižení můžeme dělit na *vrozené*, případně *raně získané* (dětská mozková obrna, vrozené vady končetin, periferní a centrální obrny), *tělesné postižení získané následkem úrazu* (poúrazové poškození periferních nervů, zlomeniny obratlů,) a *tělesné postižení získané na základě nemoci* (dětská infekční obrna, Perthesova nemoc, revmatická onemocnění, myopatie-progresivní svalová dystrofie). Autorka Renotiérová (2004) řadí mezi nejčastější příčiny vrozených vad prodělání infekčních onemocnění a užívání léků během gravidity, dále nepříznivé sociální a klimatické podmínky. Jako nejčastější příčinu uvádí dědičnost.

V literatuře můžeme najít tzv. *kategorizaci.* Ta je poměrně složitá a v literárních zdrojích můžeme nacházet různé druhy kategorizace. Jako nejpřehlednější a nejsrozumitelnější kategorizaci, lze použít podle Filipiové (1998), která rozdělila osoby do čtyř skupin s rozdílnými potřebami a orientací. *První kategorie* – zde zapadají lidé s lehčím tělesným postižením. Často se pohybují pomocí hole nebo francouzské hole, popř. se jedná o starší osoby. Problémové jsou pro tuto kategorii vstávání ze židle nebo vysoké schodišťové stupně. *Druhá kategorie* – lidé s lehčím tělesným postižením. Ke svému pohybu využívají francouzské hole, ortopedické a protetické pomůcky. Tyto osoby těžce vstávají, mají problém s chůzí. Nepřekonatelný problém mohou být schody, jsou-li bez zábradlí, kluzký terén nebo dopravní prostředky. *Třetí kategorie* – kategorie tzv. „vozíčkářů“. Ovšem samotná skupina je rozdílná. Jsou vozíčkáři, kteří potřebují vozík pouze pro pohyb venku, dále připoutáni na elektrický vozík, ale samostatní a nakonec vozíčkáři, kteří potřebují pomoc čtyřiadvacet hodin denně. Může se např. jednat o kvadruparetiky. *Čtvrtá kategorie* – osoby s progresivní nemocí. S postupem nemoci dochází k zařazení k předchozím uvedeným kategoriím.

Dětská mozková obrna

V dětském věku se mezi nejčastější poruchy hybnosti řadí dětská mozková obrna (DMO), která je charakterizována jako následek prenatální, perinatální nebo raně postnatální mozkové léze (Urbanová, 2012). Mezi prenatální činitele můžeme zařadit například infekce, přenošenost dítěte, vývojové malformace a oběhové poruchy. Abnormální porody, jako protahovaný, překotný nebo porod pomocí kleští jsou hlavní skupinou perinatálních činitelů.

Ty mohou mít za následek apoxii nebo krvácení. Postnatální činitelé se vyskytují v prvním roce života a zahrnují v sobě především kojenecké infekce a skupiny nedonošených dětí (Kudláček & Ješina, 2013).

Z pohledu medicíny bývá DMO definována jako neprogresivní neurologický syndrom, který je vyvolaný lézí nezralého mozku (Kraus, 2011). Prevalence DMO byla prokázána u 2-2.5 z 1000 živě narozených jedinců (1 z 400 dětí) za posledních 20 let ve východním světě (Cans, 2000). DMO je porucha, která má velice pestrou etiologii a širokou škálu projevů. Asi u dvou třetin případů, je DMO doprovázena mentálním handicapem různého stupně a dalšími komplikacemi, jako jsou smyslové vady, epilepsie, poruchy řeči, atd. (Slowík, 2016).

Kudláček a Ješina (2013) rozdělují DMO podle třech základních kritérií:

- nervosvalové (spastické a nespastické),
- topografické (diparéza, hemiparéza a kvadruparéza,),
- funkčně sportovní (třídy CP-ISRA).

Zdravé dítě získává zkušenost s umístěním věcí v prostoru a odhadováním vzdálenosti již od batolecího věku. U dětí s DMO je manipulace s předměty a orientace v prostoru omezena. Je potřeba tyto zkušenosti dítěti doplňovat i v pozdějším věku (Kraus, 2011). Jednou z možností, jak zmírnit dopady nemoci, je účast na pohybových aktivitách (Fischer & Škoda, 2008). Reedman, Boyd a Sakzewski (2017) uvádí, že volnočasové aktivity a pohybová aktivita mají pozitivní vliv na mladé lidi a adolescenty s DMO. Stejně pozitivně působí propojení pohybové aktivity a zdravého životního stylu (Levitt & Addison, 2018).

Dětská mozková obrna není dědičná ani nakažlivá. I přes dosavadní pokrok ve výzkumu však není možné toto onemocnění léčit. Díky symptomatologické léčbě umožňuje současná medicína postiženým osobám alespoň částečně zmírnit projevy nemoci. Avšak vývoj v neurozobrazování, kam můžeme zařadit magnetickou rezonanci a výpočetní tomografii, napomáhají k identifikaci rozsahu a určení lokality neurologické léze (Himmelmann, Horber, De La Cruz, Horridge, Mejaski-Bosnjak, Hollody, & Krägeloh-Mann, 2017).

Rozštěpy páteře (spina bifida)

Sherrill (2004) označuje rozštěp páteře jako druhou nejčastější formu tělesného postižení po DMO. Jedná se o velmi závažné vrozené postižení, které vzniká v důsledku nesprávného uzavření páteřního kanálu v průběhu prenatálního stádia vývoje plodu. Rozštěp postihuje pouze páteř, nejčastěji v bederní části, v závažnějších formách postihuje i míchu a plény. Rozštěp páteře způsobuje částečnou a v některých případech úplnou obrnu dolních končetin a svěračů (Pipeková, 2006). Zbytek těla však zůstává nepoškozen a může se plně vyvíjet. Environmentální a genetické faktory řadíme do rizikových ve vztahu k tomuto tělesnému postižení. Patří mezi ně rodinná anamnéza - cukrovka, obezita, horečky na počátku těhotenství, příjem léků nebo nedostateční příjem kyseliny listové v těhotenství. V roce 2019 byl proveden výzkum, ve kterém bylo zahrnuto 38 matek. 26,3 % matek užívalo léky proti bolesti během těhotenství, 23,7 % zaznamenalo během těhotenství středně závažnou až vysokou horečku. Většina z dotázaných (86,8 %) nedostávala kyselinu listovou před těhotenstvím a 42,1 % je nedostávala ani během prvního trimestru (Othman, AlOjan, AlShammari, & Ammar, 2019). Věnovat bychom se měli především rozvoji svalstva horních končetin (Kudláček & Ješina, 2013).

Osoby s rozštěpem páteře bývají vhodnými adepty pro sporty na vozíku. Mezi doporučenou pohybovou aktivitu řadí většina autorů plavání, sporty na vozíku (Sherrill, 2004) nebo sledge hokej, lyžování (Kudláček & Ješina, 2013).

Svalová dystrofie

Svalová dystrofie se řadí mezi primární svalová onemocnění. Nejčastěji začíná v dětství, méně často v pubertě a jen vzácně se vyskytuje v dospělosti. Svalová dystrofie je dědičná všemi typy mendelovské dědičnosti, tedy autosomálně dominantně (AD), autosomálně recesivně (AR) a gonosomálně ve vazbě na chromozom X. U AD typu je nejčastěji pozitivní rodinná anamnéza. Občasné formy, kdy jedinec nemá v rodině příbuzné s podobným typem postižení, nejčastěji poukazují na AR typ dědičnosti. Ve vazbě na chromozom X se nejčastěji dědí dystrofie dětského věku - Duchennova progresivní svalová dystrofie a Beckerova (Mazanec, Mensová, Baumgartner, Potočková, & Zámečník, 2019).

Pro svalovou dystrofii je charakteristické postupné ochabování svalstva následované ubýváním svalových vláken, která se postupně rozpadají a zanikají. Takto zaniklá svalová vlákna jsou nahrazována funkčně bezcenným vazivem a tukem. Příčina nemoci není doposud popsána. Mezi nejčastější příčiny se však řadí hormonální a metabolické poruchy (Kudláček & Ješina, 2013).

Typy svalových dystrofií podle Komárka a Zumrové (2000):

- Duchennova progresivní svalová dystrofie.
- Beckerova svalová dystrofie.
- Pletencová forma svalové dystrofie.
- Svalová dystrofie typu Emeryho-Dreifussové.
- Facioskapulohumerální svalová dystrofie.
- Distální forma svalové dystrofie.
- Kongenitální svalové dystrofie.

Sherrill (2004) doporučuje, aby se děti se svalovou dystrofií, zapojovaly do běžné tělesné výchovy. Je také důležité, aby se děti seznámily s aktivitami, kterým se mohou věnovat i v pokročilém stádiu nemoci. Mezi tyto aktivity patří například kuželky, házení šipek, rybaření, boccia, atd. V týmových sportech se mohou uplatnit jako rozhodčí (Kudláček & Ješina, 2013).

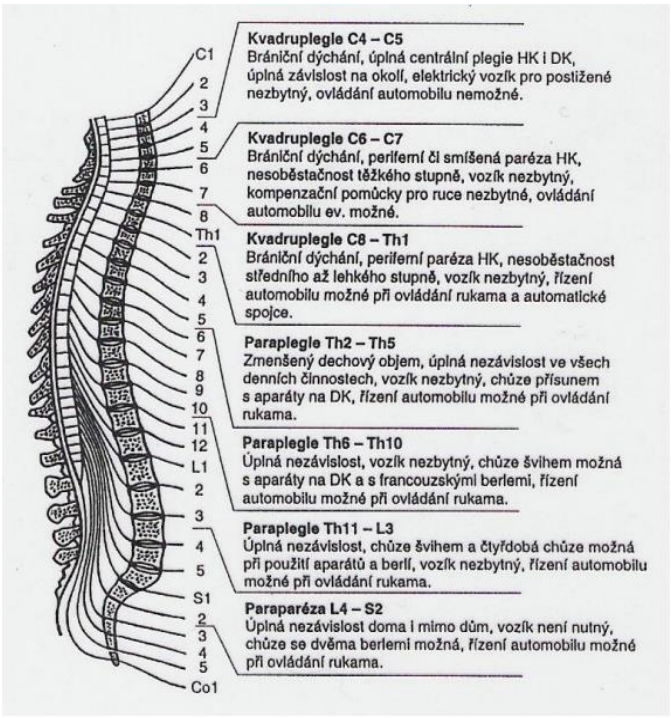
I když je svalová dystrofie nevyléčitelné onemocnění, tak pokrok v multioborové péči a možnosti terapie, výrazně zvyšují kvalitu života pacientů a umožňují vést samostatný život. Významnou roli hrají vedle rodiny a přátel, také organizace a nadace (Juříková, Bálinková, & Haberlová, 2019).

Poranění míchy

K poranění míchy dochází nejčastěji při těžkých úrazech a ve výjimečných případech mohou vznikat následkem nemocí. Jako nejčastější příčiny úrazů bývají automobilové a motocyklové havárie nebo skoky do mělké vody (Ješina, Kudláček, Janečka et al., 2011). Každým rokem se v České republice zvyšuje počet pacientů s úrazovými i neúrazovými míšními lézemi (250-300 nových pacientů). Až 200 z nich musí ke svému pohybu využívat invalidní vozík (Kříž & Hlinková, 2016).

V závislosti na poškození míchy rozlišuje Kudláček a Ješina (2013) několik typů ochrnutí:

- *Poúrazová chabá paréza* – v důsledku poškození míšních kořenů v dolní části bederní páteře paréze dolních končetin. Lidé s tímto postižením se mohou pohybovat pomocí francouzských holí, ale vozík nadále používají pro sportovní a pohybové aktivity.
- *Poúrazová paraplegie* – jedná se o úplné ochrnutí dolních končetin. Paraplegie bývá nejčastěji následkem poranění míchy v oblasti horní a hrudní bederní páteře. Za jistých podmínek se lze naučit chůzi v aparátech. Děti s paraplegií používají vozík každý den, protože se díky němu mohou zapojit do mnoha pohybových aktivit. Patří mezi ně například plavání, atletika, lyžování monoski, sledge hokej, tenis na vozíku.
- *Poúrazová kvadruplegie* – vzniká při poškození míchy v krční partii. U dolních končetin většinou dochází k úplnému ochrnutí, ochrnutí rukou od paréz až po praktické plegie (Trojan, Druga, Pfeiffer, & Votava, 2004). V nižších partiích rukou (zápěstí, prsty) bývá ochrnutí vždy horší než v horních končetinách (ramena). Postiženo také bývá zádové a břišní svalstvo. Vhodné pohybové aktivity jsou atletika, plavání, boccia, rugby na vozíku nebo lukostřelba.
- *Poúrazová kvadruparéza* – s tímto typem postižení se můžeme setkat jen ojediněle. Jedná se o neúplné ochrnutí dolních a horních končetin.



Obrázek 2. Funkční potenciál v závislosti na výši léze (Trojan, 2004 in Kudláček & Ješina, 2013).

Rozsah míšního poranění nám udává počet svalů, které jsou paretické či plegické. Svalová síla však není oslabena jen v důsledku poruchy inervace, ale také dekondicí, která je následkem dlouhodobé imobilizace. Úroveň míšního poranění má vliv na zvládání každodenních aktivit a do určité míry ovlivňuje jejich kvalitu. Pokud je pacient schopen, alespoň částečné sebeobsluhy, je důležité mu ji umožnit (Kříž & Hlinková, 2016).

Amputace

Pejšková a Mareček (2010) uvádí, že „amputace je umělé oddělení části těla od organizmu, v užším smyslu je to chirurgické odnětí končetiny nebo její části s přerušením kontinuity kosti. Při odstranění končetiny nebo její části v kloubu jde o exartikulaci.“ Právě amputaci řadíme mezi historicky nejdéle doložené chirurgické zákroky. Technika amputace se vždy nejvíce rozvíjela v období válek (Jindra, Věchtová, & Bielmeierová, 2015).

Vzhledem k naléhavosti případu můžeme amputace dělit na:

- Primární – amputace se provádí do nejdříve od vzniku úrazu nebo projevu nemoci,
- Sekundární – k amputaci se přistupuje, až po vyčerpání všech možností léčby,
- Terciální – amputace se provádí z kosmetických důvodů nebo za účelem zlepšení funkce končetiny (Pejšková & Mareček, 2010).

K nejčastějším důvodům amputace patří neadekvátní cévní zásobení končetiny, těžké infekce, traumata, odstranění zhoubného nádoru a další vzácné příčiny. Rizikovými faktory jsou věk, obezita, cévní onemocnění mozku a srdce, infekce, medikace steroidy atd. (Badash, 2009). Mezi hlavní komplikace po amputaci patří bolestivost pahýlu, omezení rozsahu pohybu, svalové oslabení, špatná kondice, infekce, otok pahýlu nebo psychické komplikace (Záhumenský, 2014).

Kudláček a Ješina (2013) dělí amputace dolních končetin na amputaci nadkolenní a oboustrannou, jednostrannou nadkolenní, oboustrannou nadkolenní a jednostrannou podkolenní. Jindra, Věchtová a Bielmeierová (2015) dělí amputace podle výšky, a to na nízké, střední a vysoké.

Možnost pohybových aktivit se u osob s amputacemi liší podle druhu amputace. Většina osob se však díky vhodným sportovním protetickým pomůckám může účastnit každodenních i pohybových aktivit bez problémů (Kudláček & Spurná in Kudláček et al., 2007).

Aplikované pohybové aktivity tělesně postižených

Osoby tělesně postižené často využívají kompenzační pomůcky nebo modifikace vybraných pohybových aktivit. To umožňuje účast těchto osob prakticky na všech rekreačních i sportovních aktivitách (Kudláček, Spurná, & Ješinová, 2013). Pohybové aktivity, které provozují tělesně postižení (Kudláček et al., 2013):

- posilování,
- plavání,
- lyžování,
- cyklistika,
- turistika,
- jachting,
- lední bruslení,
- florbal,
- vodní lyžování,
- potápění,
- horolezectví,
- adrenalinové sporty na vodě,
- golf,
- orientační závod.

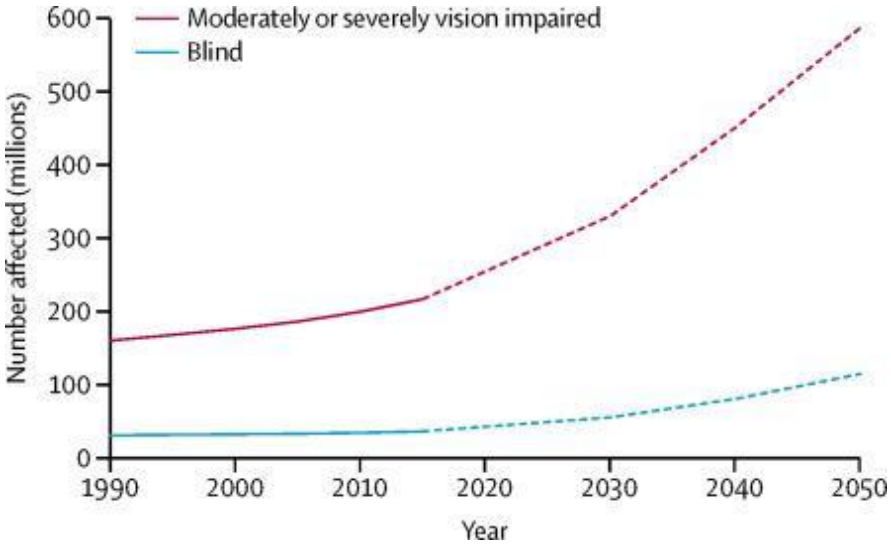
Pokud navštívíme např. internetové stránky Českého svazu tělesně postižených sportovců, z.s., tak můžeme najít celou další řadu sportů, jako je: rugby vozíčkářů, kuželky, stolní tenis, šachy, šipky, badminton, aj.

Účast nejen dětí, ale i adolescentů s tělesným postižením na fyzické aktivitě je komplexní proces. Existuje zde celá řada faktorů, které mohou podporovat, ale i zabraňovat pohybové aktivitě. Zásadní vliv může mít individuální přístup. Tvůrci politiky ve školním prostředí, sportovních klubech a obecné komunitě si musí být vědomi důležitosti tohoto přístupu (Bloemen et al., 2014).

1.2 Osoby se zrakovým postižením

Zrakové vnímání je pro člověka zdrojem mnoha informací. V případě zrakové poruchy se jedná o poruchu jednoho z lidských smyslů, což může mít vliv na vývoj osobnosti jedince, a to jak po fyzické, tak po psychické stránce. Zrakové postižení ovlivňuje kognitivní, emočně-sociální funkce, díle pak motoriku a orientaci. Z hlediska orientace, jak ve vzdáleném, tak i blízkém prostoru, se jedná o nejdůležitější smysl člověka (Venclík et al., 2016).

Při poškození zraku přichází člověk o značnou část informací. Musí začít využívat kompenzační činitele jako sluch, hmat nebo paměť. V České republice je zrakové postižení třetím nejrozšířenějším. S postižením zraku se však setkáváme i u starších osob. Jak již bylo zmíněno, tak nadále dochází k tzv. *stárnutí generace* a tedy zvyšování počtu osob, u kterých se mohou projevit problémy se zrakem. Bourne, Flaxman, Braithwaite, Cicinelli, Das, & Jonas (2017) předpokládají, že podle odhadů, bude v roce 2020 slepých 38,5 milionu lidí (Obrázek 3). Hlavní příčina toho, že se počet nevidomých během třiceti let trojnásobně zvýší, je neustálý nárůst celosvětové populace a její stárnutí. Z tohoto důvody, by neměla být tato kategorie při vytváření a mapování bezbariérovosti opomíjena.



Obrázek 3. Nárůst počtu nevidomých za třicet let (Bourne et al., 2017).

V případě, že má jedinec i po korekci vady (chirurgické, optické, medikamentózní) i nadále narušeno zrakové vnímání, mluvíme o osobě se zrakovým postižením. Korekce v tomto případě nestačí ke zlepšení stavu a narušení visu představuje každodenní potíže (Finková, 2010).

Zrakové vady můžeme dělit na vady vrozené a vady získané, dále podle poruchy orgánu či jeho anatomické struktury na vady funkční a orgánové. Z hlediska doby trvání rozeznáváme vady krátkodobé (akutní), dlouhodobé (chronické) a opakující se (recidivující) (Keblová, 2001). Světová zdravotnická organizace (WHO) ve své desáté decenální revizi Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN – 10) využívá dělení dle stupně zrakové ostrosti (Obrázek 4) (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [ÚZIS ČR], 2011).

Položka	Druh zdravotního postižení
1.	**Střední slabozrakost** zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 6/18 (0,30) - minimum rovné nebo lepší než 6/60 (0,10); 3/10 - 1/10, kategorie zrakového postižení 1
2.	**Silná slabozrakost** zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 6/60 (0,10) - minimum rovné nebo lepší než 3/60 (0,05); 1/10 - 10/20, kategorie zrakového postižení 2
3.	**Těžce slabý zrak** **a)** zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 3/60 (0,05) - minimum rovné nebo lepší než 1/60 (0,02); 1/20 - 1/50, kategorie zrakového postižení 3 **b)** koncentrické zúžení zorného pole obou očí pod 20 stupňů, nebo jediného funkčně zdatného oka pod 45 stupňů
4.	**Praktická nevidomost** zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí 1/60 (0,02), 1/50 až světlocit nebo omezení zorného pole do 5 stupňů kolem centrální fixace, i když centrální ostrost není postižena, kategorie zrakového postižení 4
5.	**Úplná nevidomost** ztráta zraku zahrnující stavy od naprosté ztráty světlocitu až po zachování světlocitu s chybnou světelnou projekcí, kategorie zrakového postižení 5

Obrázek 4. Klasifikace zrakového postižení podle WHO (WHO, 2001).

Skupinu zrakově postižených můžeme dále dělit na nevidomé a slabozraké. Nevidomost dále dělíme na praktickou, skutečnou a plnou. Z praktického hlediska můžeme dělit slabozrakost na lehkou a těžkou (Kudláček & Ješina, 2013).

Přesný počet zrakově postižených se nikdy nedozvíme. Je možné však čerpat z průzkumů, statistik a zjištěného počtu uživatelů u vybraných služeb. Světová zdravotnická organizace (WHO) uvádí, že na světě žije se zrakovým postižením 285 milionů lidí. Odhaduje se, že v Evropě je to přibližně 30 milionů lidí. V roce 2013 provedl Český statistický úřad šetření, kde bylo zjištěno, že v České republice žije přibližně 65 tisíc lidí s těžkým zrakovým postižením (Pavlíček, 2018).

1.3.1 Aplikované pohybové aktivity zrakově postižených

Janečka (2010) uvádí celou řadu vhodných pohybových aktivit pro zrakově postižené. Můžeme zde zařadit například:

- atletika,
- cyklistika,
- fotbal,
- goalball,
- lukostřelba,
- alpské a běžecké lyžování,
- turistika,
- plavání, aj.

Dále autor zmiňuje speciální hry pro nevidomé, kterých existuje celá řada. Patří mezi ně například alternativa stolního tenisu - rollping, sálová kopaná, kombibal (přehazovaná) nebo torball (Janečka, 2010).

1.4 Osoby s mentálním postižením

Mentální postižení (MP) je velice složitý jev vzhledem k celé řadě kritérií a faktorů, kterými může být determinován – sociální hlediska, psychologické funkce nebo posouzením IQ biologickými faktory. Již na začátku je důležité si uvědomit, že ke stanovení diagnózy mentální retardace nepatří jen selhání jedince v testech inteligence, ale současně dochází k selhávání chování a jednání jedince dle společensky přijatelných norem (Janků, 2014). Kudláček a Ješina (2013) upozorňují, že mentální postižení není pouze pouhý popis jednotlivých stupňů, jako je tomu např. u WHO (Tabulka 1). Jedná se o celkový souhrn specifik ve vztahu k osobnosti, chování, pozornosti nebo motorice jedince.

Bohužel, mentálně postižený jedinec, bývá často vnímán jako „komická postava“. Důsledkem tohoto jevu je skutečnost, že slova, která byla původně označována jako terminus technicus, se časem stávají nadávky: debil, imbecil, kretén, atd. Vlivná asociace AAIDD (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities), která sama změnila své jméno z původního AAMR (American Association for Mental Retardation), dospěla v tomto

ohledu nejdále. V jejím novém vymezení poruchy byl nahrazen termín mental retardation termínem intellectual disability (Valenta, Michalík & Lečbych, 2018).

Slowík (2007) uvádí, že k definici mentálního postižení můžeme přistupovat z více pohledů:

- Biologické hledisko – jedná se o syndrom, který vzniká v důsledku chorobného procesu v mozku. Jedná se o velmi závažné a nezvratné funkční a organické poškození.
- Psychologické hledisko – mentální postižení je určeno sníženými intelektovými schopnostmi, které jsou měřitelní IQ testy.
- Sociální hledisko – pro mentální postižení je charakteristická špatná orientace ve společnosti a okolním světě.
- Pedagogické hledisko – u jedince dochází ke snížené schopnosti učit se novým věcem, a to i při využívání specifických postupů a metod při výuce.
- Právní hledisko – u jedinců s mentálním postižením dochází k omezení k právním úkonům.

Mentální postižení je často chápáno jako synonymum pro mentální retardaci. Mentální retardace (zpoždění duševního vývoje) je termínem, který je nejednoznačný a v současnosti vymezovaný množstvím definic (Valenta, Michalík & Lečbych, 2018). Tito autoři ve své publikaci z roku 2012 (Valenta, Michalík & Lečbych, 2012) definují mentální retardaci jako: „vývojovou poruchu rozumových schopností demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i časně postnatální etiologií, která oslabuje adaptační schopnosti jedince“.

Dle mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) zařadila mentální postižení pod písmeno F7 (Tabulka 1). Výše mentální retardace je stanovena orientačně měřitelným inteligenčním kvocientem. Tato klasifikace také rozlišuje, kromě stupně mentálního postižení, odlišné a poruchové chování (afekty, agrese, sebepoškozování, atd.) (Janků, 2014).

Tabulka 1

Klasifikace jednotlivých stupňů mentální retardace dle MKN-10 vydaná WHO 1992

Kód	Označení	Inteligenční kvocient
F 70	Lehké mentální postižení	69-50
F 71	Středně těžké mentální postižení	49-35
F 72	Těžké mentální postižení	34-20
F 73	Hluboké mentální postižení	20 a méně
F 78	Jiné	
	Používá se v případě, kdy stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod je nesnadné nebo nemožné. Nejčastěji se jedná o MP vzniklé na základě senzorického nebo somatického postižení.	
F 79	Nespecifikované mentální postižení	
	Mentální postižení je prokázáno, ale není dostatek informací pro zařazení jedince do některé z výše uvedených kategorií.	

Mimo stupně mentálního postižení MKN-10 rozlišuje v kódu, za pomoci přidání další číslice za tečku s číslicí vyjadřující stupeň postižení, i postižené chování u těchto jedinců (sebepoškozovaní, afekty, atd.) (Valenta, Michalík & Lečbych, 2018):

- 0 – žádné nebo minimálně postižené chování,
- 1 – výrazně postižené chování, které vyžaduje intervenci,
- 8 – jiná postižení chování,
- 9 – bez zmínky o postižení chování jedince.

1.4.1 Aplikované pohybové aktivity mentálně postižených

Jak potvrzuje řada legislativních dokumentů na národní i mezinárodní úrovni, účast na volnočasových pohybových aktivitách je právem všech jedinců, a to i s mentálním postižením. Je důležité si uvědomit, že u jedinců s MP, souvisí rozvoj pohybových aktivit s rozvojem poznávacích schopností a mimo jiné rozvíjí pozornosti, vnímání, paměti nebo myšlení a řeč. Vzhledem k rozmanitému a širokému spektru limitů a schopností jedinců s MP je neustále zapotřebí respektovat možnosti pohybových dovedností a později i činností (Ješina & Válková in Kudláček et al., 2013).

Dle studie z roku 2009, má na pohybovou aktivitu jedinců s mentálním postižením vliv několik činitelů. Jedním z nich jsou trenéři, zaměstnanci ústavů nebo rodiče, kteří jedincům s MP ukazují, jak správně vykonávat aktivity (např. jak cvičit na posilovacím stroji) a s tím spojená
i podpora jejich zájmů. Dále motivace pro počáteční a následující účast, která byla spojena s přátelstvím a společenským vztahem (Temple, 2009).

U osob s mentální postižením lze rozdělit aplikované pohybové aktivity na oblast tělesné výchovy a oblast sportu. V oblasti sportu působí organizace INAS-FID (International Sports Federation for Persons with Intellectual Disability) a dále hnutí Speciálních olympiád. Na národní úrovni ČR je to ČSMPS (Český svaz mentálně postižených sportovců), který rozvíjí sporty:

- atletika,
- florbal,
- košíková,
- cyklistika,
- plavání,
- běžecké a sjezdové lyžování,
- tenis a stolní tenis,
- turistika,
- přespolní běh.

Dále je vhodná chůze, volejbal, modelové hry nebo fotbal. Ovšem ne všechny sporty jsou u osob s MP doporučené. Jedná se především o sportovní disciplíny, u kterých může docházet k nebezpečným situacím, a to v důsledku neočekávanému chování sportovce. Jsou to např. box, motoristické sporty, potápění (Ješina & Válková in Kudláček et al., 2013).

1.5 Osoby se sluchovým postižením

Postižení sluchu, patří dle statistik Českého statistického úřadu k jednomu z nejméně rozšířenému v České republice. I tak, se mnoho z nás každý den setkává s celou řadou osob, které tzv. špatně slyší. Ve většině případů se jedná o osoby ve vyšším věku. Tito lidé, často využívají kompenzačních pomůcek, např. ve formě naslouchátek, které si volně zakoupí, a z tohoto důvodu, se neřadí do statistik osob se sluchovým postiženým. Již v textu výše bylo zmíněno, že se dožíváme vyššího věku. Lze tedy předpokládat, že počty těchto osob se budou neustále zvyšovat.

Pojem postižení sluchu se týká velice heterogenní skupiny osob, která se rozlišuje především podle stupně a typu sluchového postižení. V odborné literatuře se nejčastěji můžeme setkat s klasifikací podle následujícího rozdělení: podle velikosti sluchové vady, podle místa vzniku
a podle doby, kdy došlo k sluchové vadě (Kudláček & Ješina, 2013).

Podle objemu sluchové ztráty je vytvořena klasifikace WHO. Měrná jednotka jsou decibely (dB), přičemž platí, že čím vyšší je hodnota, tím více je sluch poškozený. Klasifikace WHO z roku 2001:

- 0-25 dB – normální sluch,
- 26-40 dB – lehká nedoslýchavost,
- 41-55 dB – střední nedoslýchavost,
- 56-70 dB – středně těžká nedoslýchavost,
- 17-90 dB – těžké poškození sluchu,
- 91 dB a více – velice závažné poškození sluchu (Panská, 2013).

Podle místa vzniku rozlišujeme vady periferní a centrální. Vady periferní dále dělíme na převodní, percepční a smíšené (Barvíková et al., 2015):

- *Převodní vady sluchu* – u této vady bývá narušeno střední nebo zevní ucho. Vzniká jako důsledek srůstu sluchových kůstek, infekcí středního ucha, tekutinou ve zvukovodu, aj. Převodní vada se často může vyléčit pomocí léků nebo chirurgického zákroku.
- *Percepční vady sluchu* - poškozeno je vnitřní ucho nebo sluchový nerv. Příkladem této poruchy může být stařecká nedoslýchavost, poškození sluchu hlukem, genetická porucha nebo infekce. Tato vada je trvalá, ale je možné ji kompenzovat kochleárním implantátem nebo sluchadly.
- *Smíšené vady sluchu* – poškozeno bývá jak střední či vnější, tak i vnitřní ucho. Kompenzace probíhá pomocí chirurgického zákroku nebo pomocí léčiv.
- *Vady centrální* – tato vada způsobuje komplikace v porozumění řeči, ale vnímání čistých zvuků narušeno není. Postižen je podkorový a korový systém sluchových drah.

Podle doby vzniku dělíme vady na vrozené a získané. Vrozené vady vznikají na genetickém, ale i negenetickém základě. Vady sluchu vzniklé v období po narození dítěte jsou vady získané (Barvíková et al., 2015). Protože doba po narození dítěte je důležitá pro rozvoj řeči, rozlišují Souralová a Langer (2005) prelingvální a postlingvální dělení. Prelingvální sluchová vada je vytvořena v době, kdy u dítěte není ještě ukončen základní vývoj řeči. K postlingvální vadě dochází až v období, kdy byl ukončen základní vývoj řeči.

1.5.1 Aplikované pohybové aktivity sluchově postižených

Jak zabezpečit kvalitu vzdělávacího procesu ve sportu, tělesné výchově a pohybové aktivitě je jedním z problémů osob sluchově postižených. Do jisté míry přebírá u neslyšících osob ztracenou funkci zrak. Tito lidé jsou tak zaměření na sledování optických jevů a mají velice dobrý postřeh. Není tedy divu, že se věnují míčovým hrám, tenisu, badmintonu.

Další aktivity jsou:

- cyklistika,
- atletika,
- bowling,
- lukostřelba,
- přespolní běh,
- šachy, aj. (Panská, 2013).

Bylo prokázáno, že různé pohybové aktivity mohou představovat jeden z důležitých ukazatelů sociálního vývoje u mladších i starších dětí s postižením sluchu. Při srovnání mladých lidí se sluchovým postiženým a osob s jiným zdravotním postižením mají neslyšící nebo sluchově postižení nejvyšší úroveň fyzické aktivity (Arsic, Slavnic, & Kovacevic, 2012). Bohužel, však jedním z klíčových problémů v pohybových aktivitách těchto osob může být komunikace s okolím, což může mít za následek vytváření bariér. Může to také být jedním z důvod, proč jsou právě neslyšící sportovci nejdéle organizovaní v ČR. Každý sportovní oddíl nebo klub, má svoji základu aktivních sportovců nebo nesportovců, a většinou i svoji klubovnu, kde se mohou pravidelně scházet (Panská, 2013).

1.6 Pohybová aktivita v seniorském věku

V dnešní době neustále narůstá počet osob, kteří i v seniorském věku mají zájem o sport a pohybovou aktivitu. Zejména se tomu tak děje ve vyspělých zemích, tedy i v České republice. Tento jev, může být následkem neustálého zlepšování zdravotní péče. Mimo jiné, můžeme zaznamenat i nárůst zájmu o tuto skupinu a to např. v podobě mezinárodních soutěží určených pro seniory (Prugsawan & Horisberger in Valderrabano et al., 2016).

V roce 2001 dosahoval průměrný věk populace obyvatel ČR úrovně 39,0 let, do roku 2017 narostl na 42,2 let a do roku 2050 by se měl podle ČSÚ navýšit na 46,3 let. Dochází tak ke stárnutí populace a tento trend bude pokračovat i v následujících dekádách. „Podle věku se bude nejvýrazněji měnit seniorská skupina osob. V roce 2001 činil její podíl na celkové populaci

13,9 %, do roku 2017 narostl na 19,2 % (Tabulka 2) a v roce 2050 by měla představovat 28,6 %," říká Jana Křesťanová z oddělení demografické statistiky ČSÚ (Cieslar, 2019).

Tabulka 2

Počet osob (tis.) ve věku 65 let a více v krajích, 2001-2017 (k 31.12.2018) (ČSÚ, 2018a)

Kraj	Rok																
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
ČR	1 415	1 418	1 423	1 435	1 456	1 482	1 513	1 556	1 599	1 636	1 701	1 768	1 826	1 880	1 932	1 989	2 040
Hl. město Praha	187	186	185	184	184	186	190	195	201	206	214	220	225	230	234	239	243
Středočeský	160	160	161	162	164	166	170	175	181	186	195	204	212	220	227	235	243
Jihočeský	85	86	86	87	88	90	92	94	97	99	103	108	111	115	118	122	125
Plzeňský	79	79	79	80	81	83	84	87	89	92	95	99	102	106	108	111	114
Karlovarský	36	37	38	38	39	40	41	42	43	44	46	48	50	52	54	56	57
Ústecký	100	100	100	102	104	106	108	111	114	117	123	130	135	141	145	150	155
Liberecký	55	55	55	55	56	57	59	61	63	64	68	71	74	77	80	83	86
Královéhradecký	80	80	80	81	82	83	84	87	89	91	95	99	102	105	108	111	114
Pardubický	71	72	72	73	74	75	76	78	80	81	85	88	90	93	96	98	101
Vysočina	72	73	73	74	74	75	76	78	80	82	85	88	90	93	95	98	100
Jihomoravský	162	162	163	164	167	170	173	178	183	187	195	202	208	213	218	224	229
Olomoucký	87	87	88	89	91	93	95	97	99	101	105	109	112	116	119	122	125
Zlínský	82	83	84	85	86	88	89	92	94	96	99	102	105	107	110	113	116
Moravskoslezský	157	158	160	162	167	172	176	181	186	189	194	201	207	213	219	226	231

V souvislosti s věkem existují dva termíny - *biologické stáří*, které je určeno vitalitou a zdatností a *kalendářní stáří*, které udává náš věk. Kalendářní a biologické stáří se však nemusí shodovat. Světová zdravotnická organizace (WHO) dělí stáří na tři období, která jsou určena věkem: rané stáří (60-74 let), vlastní stáří (75-89 let), dlouhověkost (90 let a více) (Mlýnková, 2011). Jiní auto dělí stáří na časné a vysoké (Langmeier & Krejčířová, 2006).

S nástupem do důchodu se pojí i nárůst volného času. S nadsázkou můžeme říci, že volného času mají penzisté více než ostatní věkové kategorie. Podle statistik Eurostatu z roku 2014 se sportem zabývá pouhých 10 % českých občanů starších šedesáti pěti let. Obyvatelé České republiky v této statistice navíc zaznamenali největší nepoměr mezi sportovně nejaktivnější věkovou skupinou (15-24 let) a nejpasivnější věkovou skupinou (65 +), který činil 58 procentních bodů (Anonymous, 2019).

Význam pohybové aktivity zde hraje významnou roli. Je však velice důležité si uvědomit, že i přes veškerá pozitiva, která nám PA nabízí, může docházet u této věkové skupiny ke kontraindikaci. Není proto vhodné zařazovat jisté druhy PA a cviků nebo zadržovat dech po delší dobu u (Suchá, Jindrová, & Hátlová, 2013).

Na pohybovou aktivitu seniorů v České republice se zaměřuje výzkum autorů Mudrák, Slepička a Slepičková (2014). Z výsledků je patrné, že senioři se věnují pohybové aktivitě a ve srovnání se zahraničními výzkumy dokonce nadprůměrně. Ovšem 74,6 % uvedlo, že se nevěnují intenzivní pohybové aktivitě. Velkou část pohybových aktivit tvořily pohybové činnosti, jako například chůze. Z těžších pohybových aktivit bylo nejčastěji uváděné plavání a cyklistika. Většina seniorů uváděla, že má dostatek volného času, ale jako největší bariéry pro pohybovou aktivitu vnímají nedostatek sociální podpory a vhodných sportovních programů.

Světová zdravotnická organizace doporučuje osobám nad 65 let volnočasové pohybové aktivity:

- chůze,
- plavání,
- jízdu na kole,
- tanec, aj. (WHO, n.d.).

Dále:

- tenis,
- golf,
- aerobní cvičení,
- vodní aerobik („Physical Activity for Older Adults", n.d.).

1.7 Úmluva o právech osob se zdravotním postižením a další strategické dokumenty

Tato úmluva byla i s Opčním protokolem přijata Valným shromážděním OSN 13. prosince 2006. K podpisu byla otevřena v roce 2007 a v platnost vstoupila 3. května 2008. K dni 16. května 2010 byla tato Úmluva podepsána 148 státy (90 Opční protokol) a ratifikovalo jí 100 států (61 Opční protokol). V Evropě (státy Rady Evropy) ratifikovalo úmluvu 26 států, z toho 17 států Evropské unie. Úmluvu 23. prosince 2010 ratifikovala také Evropská unie (Makovcová, 2011).

Úmluva doplňuje sedm stávajících základních lidskoprávních úmluv OSN a je významnou smlouvou o lidských právech a základních svobodách. Zaručuje osobám se zdravotním postižením plné uplatnění všech lidských práv a je založena na principu rovnoprávnosti. Dále podporuje aktivní zapojení těchto osob do společenského života. Úmluva je založena na obecných zásadách: nediskriminace; respektu k lidské důstojnosti a nezávislosti; přístupnost; plné zapojení do společnosti; rovnost příležitostí; rovnost žen a mužů; respektování k vývoji schopností dětí a jejich právu na zachování identity. S textem úmluvy byl na shromáždění OSN přijat i text Opčního protokolu, který umožňuje smluvním státům uznat pravomoc Výboru OSN (Ministerstvo práce a sociálních věcí [MPSV], n.d.)

Česká republika podepsala mezi prvními signatáři dne 30. března 2007 v sídle OSN v New Yorku jak samotnou Úmluvu, tak i Opční protokol. Následně byl v České republice zahájen proces ratifikace Úmluvy. V rámci procesu byl na jaře 2007 text Úmluvy i s Opčním protokolem rozeslán všem členům vlády a vedoucím dalších zúčastněných orgánů státní správy. Text byl zaslán společně se žádostí o jmenování experta za resort do meziresortní pracovní skupiny. Tato skupina byla zřízena za účelem koordinace přípravy ratifikace (MPSV, n.d.).

Návrh na ratifikaci Úmluvy (nikoli jejího Opčního protokolu) byl vládou České republiky 16. února 2009 schválen a zaslán Parlamentu České republiky se žádostí o vyslovení souhlasu s ratifikací Úmluvy. Pro Českou republiku vstoupila Úmluva v platnost dne 28. října 2009. K ratifikaci Opčního protokolu Česká republika doposud nepřistoupila (MPSV, n.d.).

Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV) je v České republice gestorem implementace Úmluvy. Spolugestorem je sekretariát Vládního výboru pro zdravotně postižené (VVZPO). Součástí realizace Úmluvy je vytvoření vnitrostátních podmínek k zajištění usnadnění provádění a monitorování Úmluvy. Tuto povinnost stanovuje Úmluva v čl. 33 a konkrétně se jedná o – kontaktní místo (Focal point), koordinační mechanismus a monitorovací mechanismus. Zajištění těchto podmínek navrhuje MPSV. MPSV je v ČR také kontaktním místem a gestorem Úmluvy a odpovídá tak za její implementaci (MPSV, n.d.).

V roce 2010 byl v ČR zahájen proces vytváření monitorovacího mechanismu. Doposud však nebyla zřízena žádná instituce, která by se vnitrostátně systematicky zabývala otázkami lidských práv. V letech 2011 až 2014 působila při MPSV pracovní skupina, která byla složena ze zástupců MPSV, sekretariátu Vládního výboru pro zdravotně postižené občany, Národní rady osob se zdravotním postižením ČR, Ligy lidských práv a zástupce reprezentující „hlavní" druhy zdravotního postižení (rodiče dětí se zdravotním postižením, osoby s tělesným postižením, osoby se zrakovým postižením, osoby se sluchovým postižením, osoby s duševním onemocněním, osoby s mentálním postižením, osoby chronicky nemocné). Tato skupina byla v roce 2014 rozšířena o zástupce kanceláře Veřejného ochránce práv. Pracovní skupina byla zřízena za účelem pro vypracování návrhu zřízení nezávislého monitorovacího mechanismu Úmluvy v ČR. Výsledkem jednání byl požadavek na zakotvení nezávislého monitorovacího mechanismu pomocí zákona, a to v souladu s Pařížskými principy. V právním rámci České republiky se nejvíce s požadavky shoduje Veřejný ochránce práv. Na tomto základě byla roku 2014 předložena novela zákona o Veřejném ochránci práv. Tato novela tuto novou kompetenci přisuzuje (MPSV, n.d.).

Dle návrhu si má Veřejný ochránce práv zřídit poradní sbor, který bude složen z osob se zdravotním postižením a osob, které hájí jejich zájmy. Tento sbor bude sloužit k monitorování Úmluvy. Za účelem monitorování se má Veřejný ochránce práv zabývat: problematikou týkající se práv osob se zdravotním postižením, provádět výzkum, navrhovat opatření směřující k ochraně, zvyšování povědomí veřejnosti o problematice tělesně postižených a jejich právech, zajišťovat výměnu informací s ostatními státy (MPSV, n.d.).

1.7.1 Článek 9 – Přístupnost

(1) S cílem umožnit osobám se zdravotním postižením žít nezávisle a plně se zapojit do všech oblastí života společnosti, přijmou státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, příslušná opatření k zajištění přístupu osob se zdravotním postižením, na rovnoprávném základě s ostatními, k hmotným životním podmínkám, dopravě, informacím a komunikaci, včetně informačních a komunikačních technologií a systémů, a k dalším zařízením a službám dostupným nebo poskytovaným veřejnosti, a to v městských i venkovských oblastech. Tato opatření, která budou zahrnovat identifikaci a odstraňování překážek a bariér bránících přístupnosti, se budou týkat, mimo jiné:

(a) budov, dopravní sítě, dopravy a dalších vnitřních i venkovních zařízení, včetně škol, obytných budov, zdravotnických zařízení a pracovišť;

(b) informačních, komunikačních a dalších služeb, včetně elektronických služeb a záchranných služeb.

(2) Státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, přijmou také příslušná opatření, jejichž cílem bude:

(a) vypracovat a vyhlásit minimální vnitrostátní standardy a normy pro zajištění přístupnosti zařízení a služeb dostupných nebo poskytovaných veřejnosti a kontrolovat jejich provádění;

(b) zajistit, aby soukromé subjekty, které provozují zařízení a služby dostupné nebo poskytované veřejnosti, braly v úvahu všechna hlediska přístupnosti pro osoby se zdravotním postižením;

(c) zajistit pro zainteresované osoby školení o problémech v přístupnosti, kterým čelí osoby se zdravotním postižením;

(d) vybavit budovy a další veřejně přístupná zařízení značením v Braillově písmu a ve snadno čitelných a srozumitelných formách;

(e) zajistit různé formy asistence a prostředníky, včetně průvodců, předčitatelů a profesionálních tlumočníků znakového jazyka, k usnadnění přístupu do budov a dalších veřejně přístupných zařízení;

(f) podporovat další vhodné formy asistence a podpory pro osoby se zdravotním postižením s cílem zajištění jejich přístupu k informacím;

(g) podporovat přístup osob se zdravotním postižením k novým informačním a komunikačním technologiím a systémům, včetně internetu;

(h) podporovat plánování, vývoj, výrobu a distribuci informačních a komunikačních technologií a systémů již v rané fázi způsobem, který zajistí jejich přístupnost za vynaložení minimálních nákladů (Veřejný ochránce práv, n.d.).

V České republice se zabývá touto problematikou stavební zákon a *vyhláška 398/2009 Sb., o obecných technických požadavcích zabezpečující bezbariérové užívání staveb.* Zabývá se, mimo jiné, úpravou veřejných prostranství a budov. Do této skupiny spadají i budovy a prostranství, které jsou určené ke sportu, rekreaci, tělovýchovu, apod. Vyhláška podrobně řeší architektonické a další úpravy s cílem vytvořit vhodné podmínky pro účast osob se zdravotním postižením. Jsou to především: požadavky na toalety, sprchy, výtahy, šatny, rampy, vstupy do budov, parkovací plochy a chodníky (Kudláček & Ješina, 2013).

V souladu s legislativou vypracovala Pražská organizace vozíčkářů se spoluprací institucí a organizací z celé ČR za podpory Ministerstva pro místní rozvoj dokument - *Kritéria pro zařazení objektů do jednotlivých kategorií z pohledu osob s omezenou schopností pohybu*. Na základě tohoto dokumentu lze objekt zařadit do kategorie: přístupný, částečně přístupný nebo nepřístupný (Obrázek 5). K vyznačení jednotlivých kategorií jsou použity speciální ikony a semaforová barevnost: zelná, žlutá a červená (Pražská organizace vozíčkářů, o.s., 2014).

Obrázek 5. Ikony jednotlivých kategorií (Pražská organizace vozíčkářů, o.s., 2014).

1.7.2 Článek 30 – Účast na kulturním životě, rekreace, volný čas a sport

(1) Státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, uznávají právo osob se zdravotním postižením účastnit se kulturního života společnosti na rovnoprávném základě s ostatními a přijmou veškerá odpovídající opatření, aby osoby se zdravotním postižením:

(a) měly přístup ke kulturním materiálům v přístupných formátech;

(b) měly přístup k televizním programům, filmům, divadelním a jiným kulturním činnostem v přístupných formátech;

(c) měly přístup na místa určená pro kulturní aktivity, jako jsou divadla, muzea, kina, knihovny a služby pro turisty a, v co největší možné míře, přístup k historickým památkám a významným místům národního kulturního dědictví.

(2) Státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, přijmou odpovídající opatření, aby poskytly osobám se zdravotním postižením příležitost rozvíjet a využívat jejich tvůrčí, umělecký
a intelektuální potenciál, a to nejen ve svůj vlastní prospěch, ale také pro obohacení celé společnosti.

(3) Státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, podniknou, v souladu s mezinárodním právem, veškeré odpovídající kroky s cílem zajistit, aby zákony na ochranu duševního vlastnictví nevytvářely nepřiměřené nebo diskriminační překážky bránící přístupu osob se zdravotním postižením ke kulturním materiálům.

(4) Osoby se zdravotním postižením mají právo, na rovnoprávném základě s ostatními, na uznání a podporu své specifické kulturní a jazykové identity, včetně znakového jazyka a kultury neslyšících.

(5) S cílem umožnit osobám se zdravotním postižením podílet se, na rovnoprávném základě s ostatními, na rekreační, zájmové a sportovní činnosti, přijmou státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, odpovídající opatření, která:

(a) podnítí a podpoří co nejširší zapojení osob se zdravotním postižením do běžných sportovních aktivit na všech úrovních;

(b) zajistí, aby osoby se zdravotním postižením měly možnost organizovat a rozvíjet speciální sportovní a zájmové aktivity a účastnit se jich, a za tímto účelem podporují poskytování odpovídajícího výcviku, školení a prostředků, na rovnoprávném základě s ostatními;

(c) zajistí, aby osoby se zdravotním postižením měly přístup na sportoviště a do rekreačních a turistických zařízení;

(d) zajistí, aby děti se zdravotním postižením měly na rovnoprávném základě s ostatními dětmi přístup k účasti ve hře, k rekreačním, zájmovým a sportovním činnostem, včetně účasti na uvedených činnostech v rámci školy;

(e) zajistí, aby osoby se zdravotním postižením měly přístup ke službám osob a institucí podílejících se na organizaci rekreační, turistické, zájmové a sportovní činnosti (Veřejný ochránce práv, n.d.).

Stát má tedy vytvářet vhodné podmínky pro integraci do běžných sportů, jak ne např.: atletika, plavání, lyžování. Na druhou stranu, existuje celá řada sportů, které jsou specifické pro určitou skupinu osob se zdravotním postižením. Na našem území je významným dokumentem *zákon č. 115/2001 Sb., o podpoře sportu*. Mimo jiného, tento zákon přikazuje krajům a obcím zabezpečovat rozvoj pohybových aktivit (podle zákona „sportu“) osob se zdravotním postižením (Kudláček & Ješina, 2013).

1.7.3 Další dokumenty

Venclík et al. (2016) doplňují další dokumenty, které se týkají této problematiky:

- Evropská sociální charta - v ČR publikována pod č. 14/2000 Sb.m.s.
- Směrnice Rady 2000/78/ES.
- Evropská charta základních práv.
- Amsterodamská smlouva, Amsterodamská smlouva o revizi zřizovacích smluv a Maastrichtské smlouvy o EU.
- Závěrečná Vídeňská deklarace.
- Kodaňská deklarace (Copenhagen Declaration).
- Přijetí Standardních pravidel pro vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením (Standard Rules on Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities).
- Deklarace práv zdravotně postižených osob (Declaration on the Rights of Disabled Persons).

- Deklarace práv mentálně postižených osob (Declaration on the Rights of Mentally Disabled persons).
- Světový akční program činnosti týkající se zdravotně postižených osob (World Programme of Action Concerning Disabled Persons).
- Zelená kniha evropské sociální politiky.
- Akční program (Pro gramme of Action adopted in Copenhagen).
- „Nová strategie Evropského společenství v oblasti invalidní politiky.
- Dokument o zaměstnávání zdravotně postižených v Evropském společenství (Council recommendation of 24 July 1986 on the employment of disabled people in the Community).
- Směrem k bezbariérové Evropě pro zdravotně postižené.
- Zpráva komise Radě, Evropskému parlamentu, hospodářskému a sociálnímu výboru a výboru regionů, „Program sociální politiky.
- Usnesení Rady ze dne 15. července 2003 o podpoře zaměstnanosti a sociální integrace zdravotně postižených osob 2003/C 175/01.

1.8 Význam pohybových aktivit v životě člověka s postižením

Pohybová aktivita (PA) má nenahraditelný vliv na zdraví člověka (Dostálová, 2011 in Ješina, 2016). Nejen u člověka „zdravého“, ale i u člověka se speciálními potřebami. Sport ve všech jeho projevech a formách (rekreační nebo vrcholový), a obecně pohyb, nám napomáhá udržet naše tělo v kondici a učí nás důležitým vlastnostem, jako je: spolupráce, trpělivost, pozornost, pokora a přispívá k rozvoji adaptace a koncentrace. To potvrzuje studie z roku 2013. Sport a PA zde byli spojovány s pozitivními psychologickými a sociální výsledky, jako je vyšší sebeúcta, blahobyt a zlepšení sociálních dovedností (Eime, Young, Harvey, Charity, & Payne, 2013).

PA je druh pohybu těla, při kterém je zapojována fyzická i psychická stránka člověka. Při tomto pohybu dochází k výdeji energie a je zapojen kosterní a svalový aparát (Dobrý et al. 2009 in Mužík). Ješina, Hamřík et al. (2011) uvádí, že PA může být jednou z možností, která napomáhá osoby s postižením začlenit do společnosti. Pravidelná aktivita působí na osoby se zdravotním postižením preventivně a napomáhá předcházet dalším prohlubujícím a zdravotním komplikacím. Dále má pravidelnost PA vysoký vliv na správné fungování všech funkcí v těle.

Napomáhá k odstranění dysbalancí v těle, které vznikají z důsledků nezapojování některých svalů, které mohou následně ochabovat. PA napomáhá k celkové regeneraci organismu (Svatoň & Tupý, 1997).

Dostatečná úroveň PA, vede podle Ješiny, Hamříka et al. (2011) například k:

- snížení depresí,
- snížení morbidity,
- snížení rizika kardiovaskulárních onemocnění,
- udržení svalové hmoty,
- k rozvoji kostí a svalových tkání,
- pozitivnímu vlivu na metabolismus tuků.

Aktivní životní styl a podpora pohybových aktivit (aplikovaných pohybových aktivit - APA) je problematika, která se v posledních letech dostává do celospolečenského tématu a řeší se nejen na lokální úrovni, ale také na úrovni regionální, národní a mezinárodní. Přirozeně, se zde dostává do popředí téma pohybové aktivity osob se speciálními potřebami. V České republice se však vztah k osobám se speciálními potřebami často řeší pouze z pohledu sociální podpory a oblast podpory pohybových aktivit je často zanedbávaným tématem. I přes značné množství norem a národních doporučení je tato problematika nadále řešena nekomplexně. Ovšem právě multidisciplinárnost může být klíčová při řešení tohoto tématu. Je tedy zjevné, že zaměřit se na tuto problematiku pouze z jednoho hlediska (např. vrcholově orientovaný sport) je postup chybný (Ješina, Hamřík et al., 2011).

Práce s právy osob se zdravotním postižením ve Velké Británii (VB) v oblasti veřejného zdraví VB, přehled 237 kvantitativních studií, 18 kvalitativních studií a více než 15 systematických přezkumů a metaanalýz odhalují, že existuje dostatek důkazů, které potvrzují, že pohybová aktivita může zlepšit zdraví a snížit riziko chronických onemocnění u dospělých osob se zdravotním postižením (Smith et al., 2018). Aby byla PA podstatně zdravotně přínosná, bylo zdůrazněno, že dospělí zdravotně postižení jedinci mají vykonávat 150 minut pohybové aktivity s mírnou až intenzivní intenzitou. Současně existovaly důkazy, že dospělí zdravotně postižení mohou zlepšovat své zdraví, když se věnují fyzické aktivitě při nižší intenzitě (např. střední) a trvání (např. 60 minut/týden). Ovšem tyto přínosy nebyly tak velké, jako u 150 minut (Smith & Sparkes, 2019).

Pohybové aktivity často sehrávají klíčovou roli při společenském začleňování žáků se zdravotním postižením a znevýhodněním. V praxi se však často setkáváme s vytvářením bariér, a to ve formě uplatňování zákonů a vyhlášek. Jedná se především o § 50, který umožňuje ředitelům škol uvolňování žáků (na základě žádosti zákonného zástupce) a to zcela nebo zčásti z vyučovacích předmětů. Na tomto základě, tak často vzniká uvolňování z tělesné výchovy, a to bez vytvoření nabídky alternativy (Ješina, 2016). Pokud se žáci nesetkají s různorodou nabídkou pohybových aktivit a nebudou tak mít možnost sociálního kontaktu, sdílení emocí nebo rozvoje svých motorických kompetencí ve školní tělesné výchově, mohou v budoucnu mít snížené možnosti k přístupu PA. To může mít za následek snížení zájmu o vlastní zdraví a kvalitu života (Ješina, Kudláček, & Bartoňová, 2015 in Ješina, 2016).

Ješina (2016) upozorňuje na rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví ČR (MZ ČR) a vydání vyhlášky č. 391/2013 Sb., o zdravotní způsobilosti k tělesné výchově a sportu. Tento dokument často vytváří podmínky pro bezdůvodné vyčleňování žáků s tělesným postižením nebo znevýhodněním, a to nejen z účasti na školní tělesné výchově, ale i sportu a volnočasových neorganizovaných PA. Tento dokument navíc nevytváří žádné další vhodné alternativy. Avšak právě těmto žáků, by se měla věnovat pozornost, a to s ohledem na neustále narůstající počet hromadných neinfekčních onemocnění (Kalman & Vašíčková, 2013 in Ješina, 2016).

Mezi zdravotní komplikace 21. století můžeme zařadit například obezitu. Bohužel u žáků se smyslovým, mentálním a fyzickým postižením je trojnásobná pravděpodobnost, že budou mít nižší kondici a navýší se jim tak riziko obezity, než u jejich běžně se rozvíjejících vrstevníků (United States Department of Health and Human Services, 2018).

V současnosti neustále narůstá převaha hromadných neinfekčních onemocnění, což představuje nejen nedostatečnou úroveň PA, ale i nadměrný energetický příjem a nezdravé stravování. Jak potvrzuje několik autorů (Brownson, Baker, Housemann, Brennan, & Bacak, 2001; Humpel, Owen, & Leslie, 2002 in Ješina, Hamřík et al., 2011), na konečné participaci na pohybových aktivitách se podílí vliv environmentálních faktorů. Tito autoři mimo jiné upozorňují na to, že komerční nabídka pohybových aktivit je mnohem méně využívaná osobami, které jsou ohroženi sociální exkluzí. Zároveň dochází k rostoucí propasti mezi aktuální komercionalizací pohybových aktivit a podílení se těchto skupin obyvatel (zde řadíme i jedince se speciálními potřebami), pro které PA představují jednoznačný přínos.

Obecně mají lidé se zdravotním postižením nízkou participaci na sportu. V časovém období 2011/2012 infografika Sport England Active People Survey ukazuje, že se pravidelně na sportu zúčastnilo 1 739 000 osob se zdravotním postižením. V letech 2005/2006 to bylo 1 419 000 osob. I když se jedná o vítané zlepšení účasti zdravotně postižených na sportovních aktivitách, znamená to, že se sportu v těchto letech zúčastnilo pouze 18,5 % zdravotně postižených lidí ve Velké Británii (Burrows, 2016).

Pokyny pro fyzickou aktivitu pro Američany doporučuje, aby se všichni dospělí jedinci účastnili aerobní fyzické aktivity, která je ekvivalentní střední intenzitě nejméně 150–300 min / týden, což přináší významné zdravotní přínosy. Méně než polovina (45,2 %) dospělých v USA s pohybovým postižením uvedla, že se účastní aerobní fyzické aktivity, 39,5 % splnilo jednu nebo obě složky pokynů pro fyzickou aktivitu. Dle výsledků studie je chůze (34,0 %) běžný typ aktivity u dospělých s pohybovým postižením. Snahy o to, aby se chůze nebo jízda na invalidním vozíku stala bezpečnou a životaschopnou alternativou, jsou důležité při snižování bariér, které mohou omezit schopnost osob se zdravotním postižením zapojit se do chůze nebo jiných typů fyzické aktivity (Hollis, Zhang, Cyrus, Long, Watson, & Caroll, 2017). Jednou z nevládních organizací, která poskytuje lidem se zdravotním postižením sportovní a rekreační příležitosti a působí na území USA, je Gold Coast Recreation & Sport Inc (GCRS). Organizace nabízí outdoorové i indoorové programy. GCRS podporuje koncepci účasti osob na sportovních a rekreačních aktivitách, a to především díky prvkům jako je zážitek, dovednost, výkon nebo sociální interakce (Gold Coast Recreation & Sport Inc, n.d.).

Jednou z aktivních činností, kterou člověk provádí ze svého vlastního rozhodnutí, přiměřenou intenzitou a ve svém volném čase je rekreace (Pásková & Zelenka, 2002). Rekreace může mít více významů, a to Intelektuální – během činnosti dochází k osvojování nových poznatků a vědomostí, Sociální – osoba si vytváří adekvátní sociální status, nové vztahy ve společnosti, Pohybový – tento význam je zaměřen na udržování tělesné kondice, spojené s vykonáváním svých zájmů, Psychický – dochází k psychickému uvolnění člověka (Dohnal & Hodaň, 2005).

Ješina (2010) a Janečka (2004) došli k závěrům, že u osob se sociálním znevýhodněním, je důležité činnosti organizovat. Tyto osoby méně preferují neorganizované činnosti, a to včetně pohybových aktivit. Pro jejich realizaci často stačí vytvoření vnějších podmínek.

1.9 Bariéry

Během provozování sportovních aktivit mohou vznikat bariéry, jako: šok z postižení - u získaných postižení tzv. „medicínský ochranářský postoj“ (neriskovat, nepřetěžovat, nepřeceňovat), nedostatečná spolupráce se sportovními svazy nepostižených a se zástupci správy na regionální úrovni, nedostatečná organizační, odborná a zvláštní propagační činnost sportovních svazů, nevyhovující ekonomické a materiální podmínky (Potměšil, 1997).

V psychologickém slovníku je bariéra označena jako fyzická překážka či zábrana (Hartl & Hartlová, 2015). Zdařilová (2011) definuje bariéry jako překážky, vytvářející omezení participace nebo aktivit ve společenském životě. Bariéry nemusíme vždy definovat pouze jako technickou překážku, ale i jako společenské a psychické. Bariéry psychické jsou v lidech samotných, ať už s postižením nebo bez. Oproti tomu fyzické, jsou vytvořeny skutečným omezením v prostředí, ve kterém se nacházíme (Opařilová & Zámečníková, 2008). Pokud hovoříme o bezbariérovosti, jedná se o bariéry dopravní, architektonické, komunikační a také mentální.

Společnost v České republice si uvědomuje odpovědnost za odstraňování bariér, které brání občanům s tělesným postižením v plnohodnotném zapojení do všech oblastí života ve společnosti. Právě úkolem společnosti, je nadále odstraňovat bariéry a zároveň zabraňovat vytváření bariér nových. Nadále pak zlepšovat kvalitu života a kvalitu podmínek spoluobčanům s tělesným postižením (Opatřilová & Zámečníková, 2008).

Zajímavá studie proběhla v lednu 2020. Ukázalo se, že přesvědčivé zprávy o PA motivují zdatnou mládež s postižením, aby se zapojila do PA (Obrázek 6). Výsledky této studie mohou být užitečné pro organizace zabývající se PA (Larocca, Fraser-Thomas, & Bassett-Gunter, 2020).

Main Theme	Subtheme
1. Factors That Facilitate Motivation for PA	1a. Reliability
	1b. Happiness/Hope
	1c. Disability Does Not Limit PA
	1d. Thinking Deeply
	1e. Motivational
	1f. Inclusivity
	1g. Accessible Information
	1h. Success Stories
2. Factors That Negatively Influence Motivation for PA	2a. Sad and Negative Feelings
	2b. Jealousy
	2c. Not Relatable
	2d. Reinforced Physical Limitations

Obrázek 6. Výsledky studie (Larocca, Fraser.Thomas & Bassett-Gunter, 2020).

Často samotné postižení bývá příčinou psychicky náročných situací. Lidé s postižením si často musí volit kompromis mezi jejich přáním a reálnými možnostmi, jako např. seberealizace, volba životního partnera nebo zaměstnání. Slowík (2007) upozorňuje na hyperkompenzaci, která představuje nebezpečí, kdy se jedinec snažící se o překonání vlastních omezení sklouzává až k přeceňování sil.

V roce 2014 se autoři z University of Groningen zaměřili na zkoumání bariér a participaci na PA u osob se zrakovým postižením. Chůze (43 %), fitness (34 %) a rekreační cyklistika (34 %) byly nejčastěji uvedenými aktivitami. Mezi nejčastěji uvedenými environmentálními bariérami byla doprava (26 %), dále pak příliš málo možností v okolí (14 %) a pro 12 % nejsou známé sportovní možnosti (Jaarsma, Dekker, Koopmans, Dijkstra, & Beertzen, 2014).

2 Cíle práce

2.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem diplomové práce je popsat a analyzovat implementaci současných systémů mapování bezbariérovosti objektů a areálů ve vztahu k osobám se speciálními potřebami. Jedná se nám zejména o prezentaci výsledků tohoto mapování u volnočasových areálů a prostor sloužících k pohybovým aktivitám. Mezi dílčí cíle práce patří:

- Vytvoření přehledu map, které se zaměřují na popis bezbariérovosti u objektů a budov určených k volnočasovým pohybovým aktivitám.

2.2 Úkoly práce

- Stanovit si kritéria pro výběr objektů a areálů, které budou v mapách vyhledávány.
- Stanovit si klíčová slova a portály pro vyhledávání.
- Vyhledat a následně vytvořit seznam map, který bude rozdělen na mapy komerční a mapy ze speciálních webových portálů.
- Provést analýzu výsledků vyhledávání a data zaznamenat do tabulek.
- Získané výsledky porovnat s demografickými údaji a údaji získanými na stránkách Českého statistického úřadu a České unie sportu.
- Podrobit výsledky kritické analýze v konfrontaci s mezinárodními a národními normami a doporučeními.

2.3 Výzkumné otázky

- Je implementace současných systémů mapování a jejich prezentace dostatečná?
- Jak jsou výsledky současných systémů mapování sportovních a volnočasových areálů interpretovány a prezentovány s ohledem na uživatele v pozici pohybově aktivních zákazníků?

- Je množství prezentovaných dat týkající se mapování sportovních a volnočasových areálů a prostor odpovídají v komparaci s ostatními mapovanými objekty?
- Je množství prezentovaných dat týkající se mapování sportovních a volnočasových areálů a prostor odpovídají v komparaci s počtem existujících sportovišť a areálů databází Českého statistického úřadu a České unie sportu?

3 Metodika

3.1 Postup práce

Zahájení výzkumu předcházelo prostudování odborné literatury a článků, pro vytvoření orientace v dané problematice. Zpracování teoretické části práce proběhlo s ohledem na etiku psaní a na základě manuálu psaní odborných prací v kinantropologii podle normy APA. Pro naplnění cílů práce bylo zvoleno vyhledání, analýza a porovnání map, které se zaměřují na mapování bezbariérových areálů a budov, které jsou zaměřeny na volnočasové pohybové aktivity.
Pro vydefinování jednotlivých, pojmů byly použity definice, podle zákona č. 115/2001 Sb., § 2 – Zákon o podpoře sportu, který definuje:

(1) Sportem je pro účely tohoto zákona každá forma tělesné činnosti, která si prostřednictvím organizované i neorganizované účasti klade za cíl harmonický rozvoj tělesné i psychické kondice, rozvoj společenských vztahů, upevňování zdraví a dosahování sportovních výkonů rekreačně nebo v soutěžích všech úrovní, a to individuálně nebo společně.
(4) Sportem pro všechny se rozumí organizovaný a neorganizovaný sport a pohybová rekreace určená širokým vrstvám obyvatelstva.
(5) Sportovní zařízení je objekt, pozemek, vodní plocha, budova nebo jejich soubor sloužící výhradně nebo převážně pro provozování sportu.

Sportovní zařízení, která byla započtena do výsledků jsou:

a) plochy a budovy k vodním pohybových aktivitám (bazény venkovní i vnitřní, aquaparky, koupaliště přírodní i umělá, oficiální přírodní plochy určené ke koupání, lázně s bazény pro veřejnost),

b) areály pro aktivity spojené s vodou /mimo plavání/ (plochy určené k sportovnímu rybolovu, loděnice u tekoucí i klidné vody),

c) stadiony (atletický otevřený i uzavřený, fotbalový),

d) hřiště pro sportovní hry (kryté i venkovní, multifunkční i monofunkční),

e) zimní stadiony (kryté i venkovní),

f) lezecké areály (kryté i venkovní, umělé i přírodní, lanová centra),

g) multifunkční fitness centra (monofunkční i multifunkční, s mokrou zónou i bez ní),

h) jízdárny/hipodromy (kryté i venkovní),

ch) golfové resorty (kryté i venkovní),

i) prostory pro cyklistiku a cykloturistiku (sportovní i rekreační, kryté i venkovní, dopravní hřiště)

j) volně přístupná dětská hřiště,

k) tenisové kurty a monofunkční prostory pro "racket games" (kryté i venkovní),

l) parky pro "street" aktivity (bikeparky, skateparky, oficiální parkour parky),

m) lyžařské a běžkařské areály,

n) kempy, chatkové a táborové areály,

o) turistické trasy, parky primárně pro pěší, zajímavá místa primárně propojená s pěší turistikou,

p) tělocvičny (sokolovny, orlovny, multifunkční sportovní haly, veřejné i školní otevřené pro veřejnost, včetně tělocvičen, tanečních sálů a heren školských organizací)

q) další volnočasové objekty a zařízení (střelnice, lukostřelnice, minigolf, bowling centra, domy dětí a mládeže, volnočasová centra a centra pro zdravotně postižené),

r) venkovní workoutová hřiště a venkovní posilovny.

3.2 Techniky a postup sběru dat

Vyhledávání probíhalo pomocí internetového vyhledávače Google.com. Tento vyhledávací nástroj byl zvolen z důvodu nejširšího rozsahu jeho zaměření a také je nejvíce využívaným internetovým vyhledávačem v České republice. To potvrzuje i Ladislav Kos (2019), který uvádí, že „na konci roku 2018 byl podíl organické návštěvnosti Google vs. Seznam 75 %:25 %. Tato data ukazují organickou návštěvnost ze všech zařízení dohromady (desktopy + mobily + tablety).“ Vyhledávání probíhalo v českém jazyce v období prosinec 2019 - březen 2020.

Vyhledávač Google vyhledává po zadání klíčových slov. V diplomové práci byla použita slova: *bezbariérovost, bariéry, mapy, mapování, přístupnost, handicap, postižení, sport, sportoviště.* Ve všech případech bylo nalezeno vysoké množství výsledků (Tabulka 3).

Primární vyhledávací technikou je použití kombinovaných operátorů Booleovy logiky spolu s klíčovými slovy. Mezi základní operátory řadíme AND, OR a NOT.

- AND (a, i) – tento výraz je možné nahradit mezerou. Jedná se o logický součin. Vyhledává výsledky, které obsahují všechny používané výrazy.
- OR (nebo) – logický součet. Vyhledává jeden nebo druhý výraz, a zároveň oba tyto výrazy.
- NOT (ne) – negace. Výraz se ve výsledku nezobrazí (Zeman & Krška, 2011).

Tabulka 3

Výsledky vyhledávání kombinace klíčových slov

Klíčová slova	Počet výsledků
Mapy and bezbariérovost	6 970 00
Mapování and přístupnost	240 000
Mapy and bariéry and handicap	86 800
Bezbariérovost and mapy and handicap	61 700
Mapování and přístupnost and sport	60 300
Mapování and přístupnost and postižení	47 400
Bezbariérovost and mapy and postižení and sport or sportoviště	25 700
Bezbariérovost and mapování and postižení and sport or sportoviště	7 750
Bezbariérovost and mapování and handicap and sport or sportoviště	3 510

K sekundárnímu vyhledávání bylo použito vyhledávání přímo zadaných výrazů. Výsledky vyhledávání jsou uvedeny v závorkách za použitými výrazy.

- Bezbariérová mapa Praha (988 000),
- Bezbariérová mapa Středočeský kraj (145 000),
- Bezbariérová mapa Jihočeský kraj (133 000),
- Bezbariérová mapa Plzeňský kraj (216 000),
- Bezbariérová mapa Karlovarský kraj (133 000),
- Bezbariérová mapa Ústecký kraj (185 000),
- Bezbariérová mapa Liberecký kraj (197 000),
- Bezbariérová mapa Královéhradecký kraj (132 000),
- Bezbariérová mapa Pardubický kraj (143 000),

- Bezbariérová mapa kraj Vysočina (244 000),
- Bezbariérová mapa Jihomoravský kraj (208 000),
- Bezbariérová mapa Olomoucký kraj (207 000),
- Bezbariérová mapa Zlínský kraj (221 000),
- Bezbariérová mapa Moravskoslezský kraj (196 000),
- Mapy bez bariér (7 010 000),
- Mapy pro vozíčkáře (540 000),
- Mapy pro zrakově postižené (6 600 000),
- Mapy pro mentálně postižené (209 000),
- Mapy pro sluchově postižené (6 600 000).

Aby byly zobrazeny pouze relevantní výsledky, je potřeba si uvědomit řadu faktorů, které vyhledávání ovlivňují. Na výsledky mohou mít vliv aktuální trendy, události v politice, kultuře, sportu, aj. (Janouch, 2014).

Většina lidí otevírá odkazy na první stránce vyhledávání. Na druhé a další stránky se dostanou pouze 2 % uživatelů (Anonymous, n.d.). Z tohoto důvodu bylo prohlíženo jen prvních 5 stránek vyhledávání.

Porovnány byly mapy komerční – Google mapy, Mapy.cz, Mapy.iDNES.cz, OpenStreetMap a Bing.com, ale i mapy specializované na bezbariérovost v České republice a jednotlivých městech. V mapách bylo sledováno, zda mapují areály a budovy určené pro volnočasové aktivity z pohledu bezbariérového přístupu a jejich celkový počet. Pozorováno bylo pouze území České republiky.

3.3 Výzkumný soubor

Výzkumným souborem jsou mapy komerční, ale i mapy zaměřené na mapování bezbariérových objektů a areálů.

3.4 Metody zpracování dat

V diplomové práci jsem pracovala s rešerší literatury, zákonů a výzkumných prací, dále s daty, které jsem získala vlastní analýzou map dostupných na internetu. Tyto informace jsem komparovala s daty, které jsou především statistického charakteru a podrobila logické analýze. Jednalo se především o informace z Českého statistického úřadu a České unie sportu. Veškerá data jsou následně sumarizovaná a zpracována pro následné výstupy – grafy a tabulky.

Za limity práce považuji nepřehlednost některých map. S nimi je spojený problém s výpočtem objektů a areálů. Limitem je také skutečnost, že i v dnešní době internetu, nejsou zdaleka všechny objekty a areály na internetu řešeny. Jako další limit práce považuji problém spojený s „efektem proměnlivosti na internetu", tedy to, co bylo vyhledáváním dosaženo před měsícem nebo týdnem, nemusí platit dnes. Informace na internetu také ne vždy musí být aktuální a pravdivé.

4 Výsledky

4.1 Obyvatelstvo v České republice

Podle dat Českého statistického úřadu bylo v roce 2019 na našem území 10 669 324 obyvatel. K 31. prosinci 2019 to bylo 10 693 939. to bylo Z toho nejvíce ve Středočeském kraji. Data z konce roku 2018 ukazují věkové složení obyvatel v České republice.

Tabulka 4

Složení obyvatel České republiky 2010-2019 (ČSÚ, 2019a)

Absolutní údaje — Území: Ceská republika

	Střední stav obyvatel	Živě narození	Zemřelí	Přistěhovalí	Vystěhovalí	Přírůstek (úbytek)			Sňatky	Rozvody	Potraty
						přirozený	stěhováním	celkový			
2010	10 517 247	117 153	106 844	30 515	14 867	10 309	15 648	25 957	46 746	30 783	39 273
2011	10 496 672	108 673	106 848	22 590	5 701	1 825	16 889	18 714	45 137	28 113	38 864
2012	10 509 286	108 576	108 189	30 298	20 005	387	10 293	10 680	45 206	26 402	37 733
2013	10 510 719	106 751	109 160	29 579	30 876	-2 409	-1 297	-3 706	43 499	27 895	37 687
2014	10 524 783	109 860	105 665	41 625	19 964	4 195	21 661	25 856	45 575	26 764	36 956
2015	10 542 942	110 764	111 173	34 922	18 945	-409	15 977	15 568	48 191	26 083	35 761
2016	10 565 284	112 663	107 750	37 503	17 439	4 913	20 064	24 977	50 768	24 996	35 921
2017	10 589 526	114 405	111 443	45 957	17 684	2 962	28 273	31 235	52 567	25 755	35 012
2018	10 626 430	114 036	112 920	58 148	19 519	1 116	38 629	39 745	54 470	24 313	32 952
2019	10 669 324	112 231	112 362	65 571	21 301	-131	44 270	44 139	54 870	24 141	31 777

Tabulka 5

Věkové složení obyvatel ČR (ČSÚ, 2019b)

Kód území *Code of NUTS/LAU*	Region soudržnosti, kraj, okres *NUTS 2, NUTS 3, LAU 1*	Počet obyvatel *Population*			Průměrný věk *Average age*		
		celkem *Total*	muži *Males*	ženy *Females*	celkem *Total*	muži *Males*	ženy *Females*
Kraje (Regions-NUTS 3)							
CZ010	Hlavní město Praha	1308632	638009	670623	41,9	40,5	43,3
CZ020	Středočeský kraj	1369332	676696	692636	41,2	40,0	42,4
CZ031	Jihočeský kraj	642133	317268	324865	42,7	41,4	43,9
CZ032	Plzeňský kraj	584672	290226	294446	42,7	41,5	43,9
CZ041	Karlovarský kraj	294896	145674	149222	42,9	41,5	44,2
CZ042	Ústecký kraj	820789	407395	413394	42,0	40,7	43,4
CZ051	Liberecký kraj	442356	217791	224565	42,1	40,7	43,5
CZ052	Královéhradecký kraj	551021	271591	279430	43,1	41,6	44,5
CZ053	Pardubický kraj	520316	257948	262368	42,4	41,0	43,8
CZ063	Kraj Vysočina	509274	253061	256213	42,8	41,4	44,1
CZ064	Jihomoravský kraj	1187667	582516	605151	42,4	40,9	43,8
CZ071	Olomoucký kraj	632492	309620	322872	42,8	41,2	44,3
CZ072	Zlínský kraj	582921	285883	297038	43,1	41,4	44,7
CZ080	Moravskoslezský kraj	1203299	590516	612783	42,7	41,1	44,2

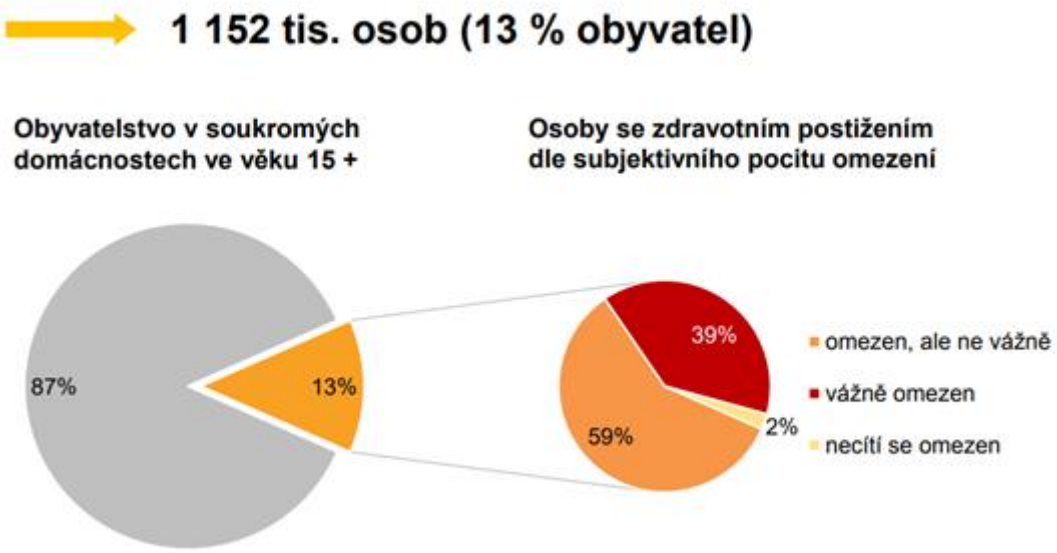
Tabulka 6

Věkové složení obyvatel k 31.12.2018 v ČR (ČSÚ, 2018b)

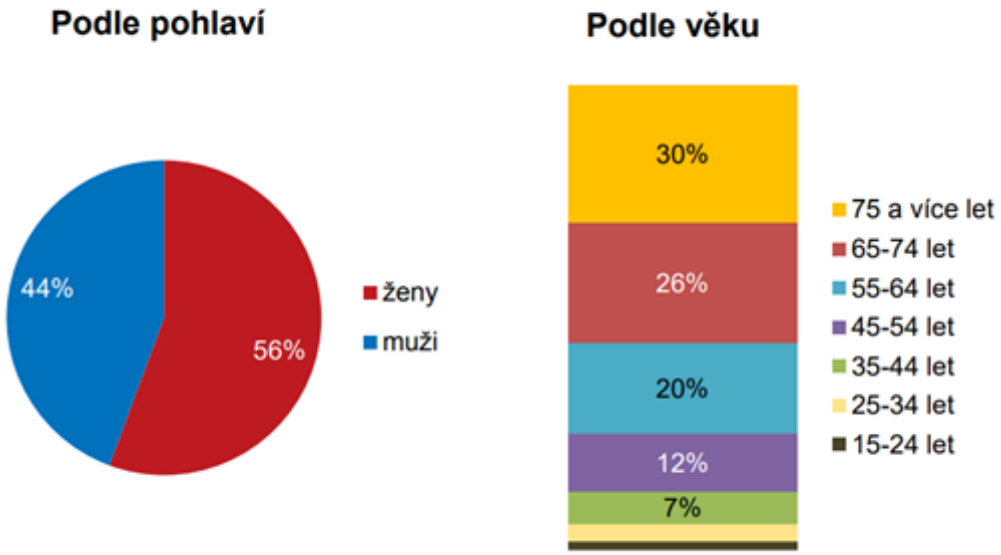
0-14 let	15-64 let	65 a více let
1 693 060	6 870 123	2 086 617

4.2 Osoby se zdravotním postižením

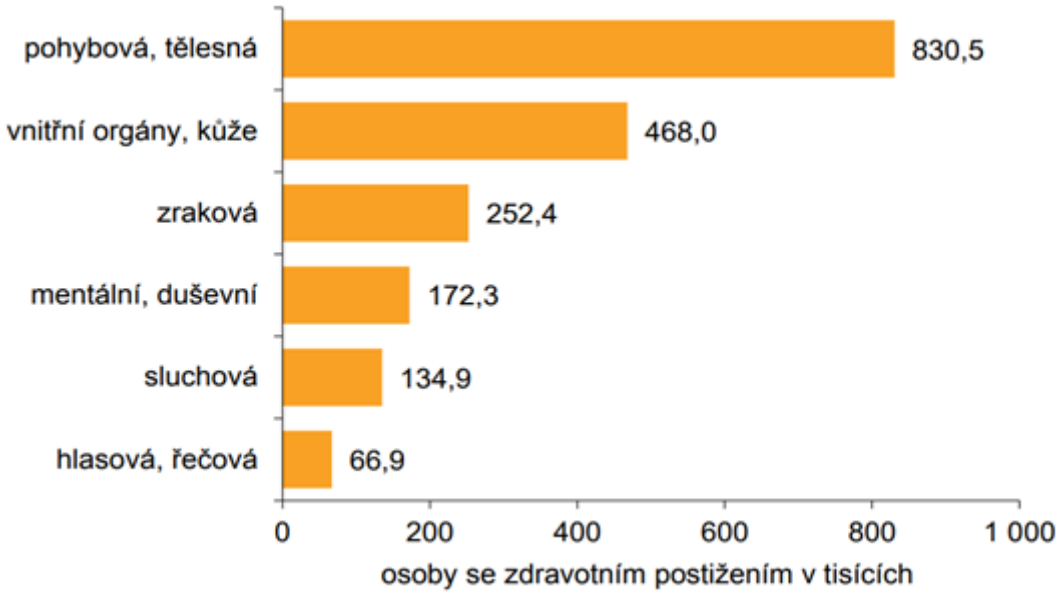
V České republice žije zhruba 13 % osob se zdravotním postižením ve věku 15 let a více. Jde tedy o 1 mil 152 tis. lidí, kteří jsou z důvodu postižení dlouhodobě omezeni v každodenních činnostech. Velkou skupinu osob se zdravotním postižením tvořili starší lidé. 55. narozeniny oslavilo tři čtvrtiny osob a více jak polovina přesáhla hranici 65 let. Ke dni 31. 12. 2018 bylo v České republice celkem 356 967 držitelů průkazů osob se zdravotním postižením a z toho 15 818 do 18ti let. Osoby se zdravotním postižením jsou velice různorodá skupina a to jak s ohledem na pohlaví, věk, rodinný stav nebo příčinu zdravotního postižení. Zdravotní postižení se nejvíce projevuje v oblasti pohybové/tělesné (830) následuje oblast vnitřních orgánů/kůže (468), zraková (252,4), mentální/duševní (172,3), sluchová (134,9) a nakonec hlasová/řečová (66,9). V různých věkových skupinách se liší i potřeby osob se zdravotním postižením. Mladí lidé spíše pociťují nedostatek financí a pracovního uplatnění, tak starším lidem více chybí bezbariérovost, a to jak v domácím, tak i veřejném prostoru. Většinu osob omezuje zdravotní postižení v možnostech vykonávat své záliby a volnočasové aktivity. Téměř 27 %, pociťuje omezení v možnosti zapojení se do společenských, kulturních a náboženských aktivit (ČSÚ, 2019c).



Obrázek 7. Osoby se zdravotním postižením v ČR (ČSÚ, 2019c).



Obrázek 8. Osoby se zdravotním postižením podle pohlaví a věku (ČSÚ, 2019c).



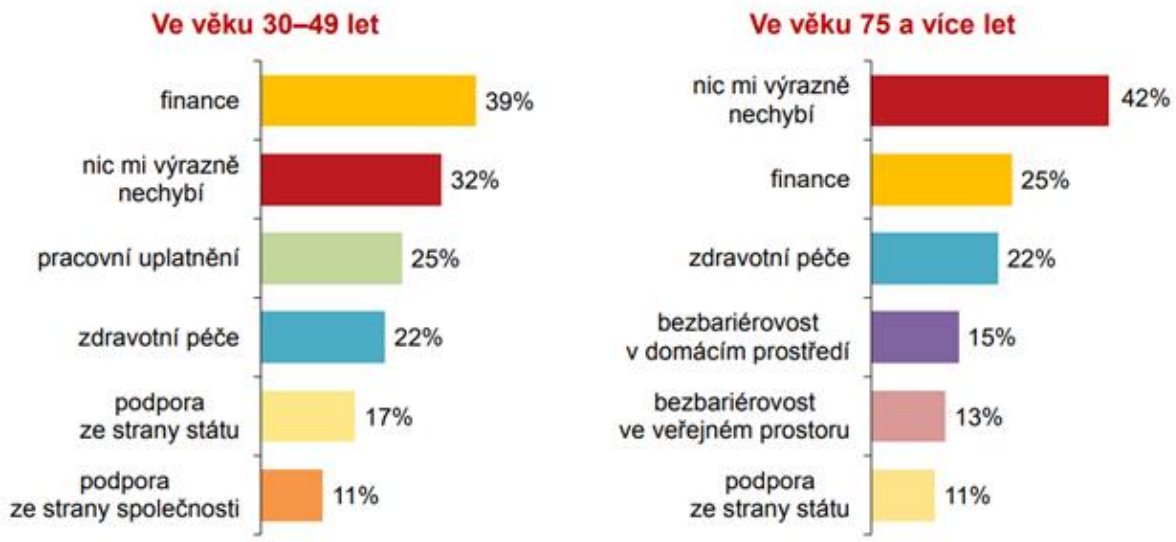
Obrázek 9. Počet osob se zdravotním postižením podle typu (ČSÚ, 2019c).

Tabulka 7

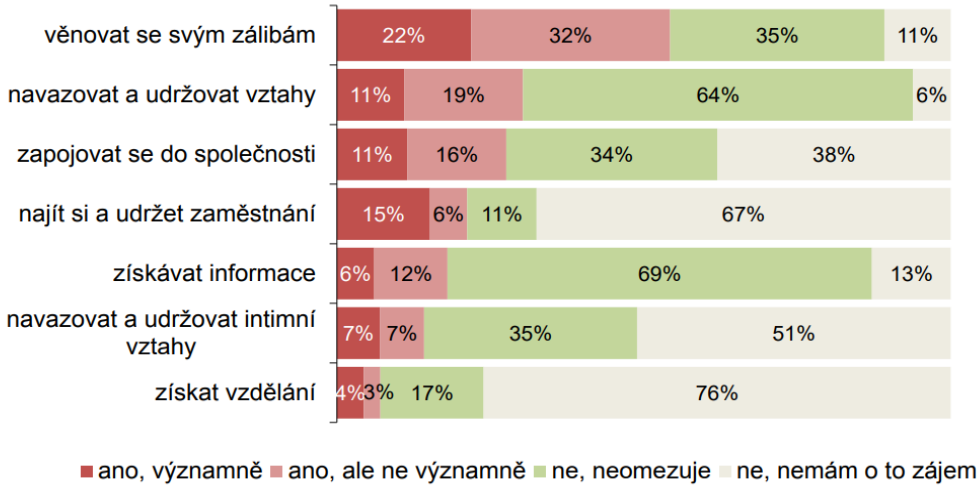
Držitelé průkazu ZTP podle krajů k 31.12.2018 (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2018)

ČR, kraje	Držitelé průkazů		z toho průkazy					
			TP		ZTP		ZTP/P	
	celkem	z toho do 18 let	celkem	z toho do 18 let	celkem	z toho do 18 let	celkem	z toho do 18 let
Česká republika	**356 967**	**15 818**	**30 523**	**730**	**231 344**	**4 767**	**95 100**	**10 321**
Hl. m. Praha	35 681	1 284	4 901	74	22 081	356	8 699	854
Středočeský	38 756	1 895	3 123	75	24 919	530	10 714	1 290
Jihočeský	22 572	867	1 708	45	15 706	279	5 158	543
Plzeňský	21 581	988	1 482	58	14 531	342	5 568	588
Karlovarský	8 484	478	808	27	4 871	123	2 805	328
Ústecký	30 884	1 745	2 781	95	18 859	492	9 244	1 158
Liberecký	18 763	824	1 266	35	12 902	215	4 595	574
Královéhradecký	20 018	909	1 218	35	13 627	327	5 173	547
Pardubický	17 977	854	1 575	34	11 451	269	4 951	551
Vysočina	18 818	666	1 124	16	13 373	199	4 321	451
Jihomoravský	42 887	1 825	4 125	89	28 178	616	10 584	1 120
Olomoucký	20 584	894	1 886	32	13 234	278	5 464	584
Zlínský	23 907	949	1 312	31	16 619	280	5 976	638
Moravskoslezský	36 055	1 640	3 214	84	20 993	461	11 848	1 095

Pozn.: TP=těžké postižení, ZTP=zvlášť těžké postižení, ZTP/P=zvlášť těžké postižení s průvodcem



Obrázek 10. Bariéry osob se zdravotním postižením podle věku (ČSÚ, 2019c).



Obrázek 11. Bariéry osob se zdravotním postižením podle aktivity (ČSÚ, 2019c).

Hendikepovaní sportovci mají možnost se v rámci České republiky sdružovat do svazů a klubů. Počet členů jednotlivých svazů Unie zdravotně postižených sportovců ČR a Českého hnutí speciálních olympiád je 14 677. Na podobné úrovni stojí Česká asociace sport pro všechny, která sdružuje 35 996 členů, z toho je 17 043 zařazeno do kategorie dospělých.

Tabulka 8

Počet členů dle statistik svazů sdružených v Unii zdravotně postižených sportovců ČR ke dni 31.12.2018 a Českého hnutí speciálních olympiád (UZPS, 2018; ČHSO, n.d.)

Svaz	Počet členů	Počet klubů
ČATHS	721	20
ČFSH	4009	11
ČSMPS	2331	34
ČSNS	1509	15
ČSTPS	1396	47
ČSVPS	964	8
ČSZPS	1247	20
ČHSO	2500	130
CELKEM	14677	285

Tabulka 9

Počet členů České asociace sport pro všechny 2018 (ČASPV, 2018)

Členové	Celkem	Dospělí	Ženy	Muži
	35996	17043	12953	4090

4.3 Počet sportovních zařízení v ČR

Celkový počet sportovních zařízení v České republice může vycházet z údajů ČUS (Česká unie sportu) a ČSÚ (Český statistický úřad). Údaje z ČSÚ byly zaslány na vyžádání e-mailem. Získané údaje se však od sebe výrazně liší, a to nejen rokem, ve kterém jsou informace získány, ale i celkovým počtem zařízení. Podle údajů ČUS je v roce 2020 na našem území 7 806 sportovních zařízení. Údaje ČSÚ z roku 2006 udávají celkový počet 22 980 sportovních zařízení. I když jsou údaje ČUS aktuálnější, tak údaje poskytované ČSÚ z roku 2006, jsou více komplexní.

Tabulka 10

Počet sportovních zařízení (ČUS, 2020)

Sportovní zařízení celkem	**POČET**
Hlavní město Praha	355
Středočeský kraj	1226
Jihočeský kraj	594
Plzeňský kraj	639
Karlovarský kraj	178
Ústecký kraj	467
Liberecký kraj	425
Královehradecký kraj	550
Pardubický kraj	451
Kraj Vysočina	378
Jihomoravský kraj	887
Olomoucký kraj	407
Zlínský kraj	560
Moravskoslezký kraj	689
Celkem	**7806**

Tabulka 11

Počet sportovních zařízení dle ČSÚ

Sportovní zařízení celkem	POČET
Hlavní město Praha	604
Středočeský kraj	2106
Jihočeský kraj	1940
Plzeňský kraj	1114
Karlovarský kraj	683
Ústecký kraj	1745
Liberecký kraj	1437
Královehradecký kraj	1849
Pardubický kraj	1494
Kraj Vysočina	1479
Jihomoravský kraj	2443
Olomoucký kraj	1908
Zlínský kraj	1538
Moravskoslezký kraj	2640
Celkem	**22980**
Z toho:	
- koupaliště a bazény	1276
- kryté bazény	342
- hřiště (s provozovatelem)	10182
- tělocvičny vč. škol s přístupem veřejnosti	5286
- stadiony otevřené	876
- stadiony kryté	91
- zimní stadiony kryté i otevřené	221
- ostatní zařízení pro tělovýchovu	4706

4.4 Mapy bezbariérovosti

Popis jednotlivých map zahrnuje název; místo, které je zmapováno v rámci mapy; zpracovatele, tedy osoby nebo organizace, které mapují objekty/areály (u některých map nebyl tento údaj možný dohledat).

1. *Název:* Mapy bez bariér

   Místo: Česká republika

   Zpracovatel: Pražská organizace vozíčkářů, o.s.

2. *Název:* Vozejkmap

   Místo: Česká republika

   Zpracovatel: Uživatelé map

3. *Název:* Wheelmap.org

   Místo: Česká republika

   Zpracovatel: Uživatelé map

4. *Název:* Mapa přístupnosti

   Místo: Praha

   Zpracovatel: Pražská organizace vozíčkářů, o.s.

5. *Název:* Bezbariérová mapa Pardubice

   Místo: Pardubice a okolí

   Zpracovatel: Česká abilympijská asociace, z.s. - Poradenské a konzultační středisko bezbariérovosti

6. *Název:* Mapa města Hodonína s bezbariérovými přístupy

   Místo: Hodonín

7. *Název:* Bezbariérová mapa města Třeboně

   Místo: Třeboň

   Zpracovatel: Studenti ve spolupráci s osobami s omezenou schopností pohybu

8. *Název:* Česko-saské pohraničí bez bariér

   Místo: Ústecký kraj/Sasko

9. *Název:* Atlas přístupnosti objektů na území města České Budějovice

   Místo: České Budějovice

   Zpracovatel: Dobrovolníci z řad handicapovaných v doprovodu studentů

10. *Název:* Mapa města Český Krumlov i pro handicapované

    Místo: Český Krumlov

    Zpracovatel: Kiwanis Klub Český Krumlov

11. *Název:* Mapa bezbariérových objektů a zařízení

    Místo: Plzeň

    Zpracovatel: Západočeská Univerzita v Plzni (dříve se podílela), Útvar koncepce a rozvoje města Plzeň (dříve se podílel), Správa veřejného statku města Plzně, Plzeňské městské dopravní podniky, a.s.

12. *Název:* Bezbariérové a přístupové trasy

Místo: Ústí nad Labem

Zpracovatel: Statutární město Ústí nad Labem ve spolupráci s projektem CIVITAS Archimedes

13. *Název:* Bezbariérový Hradec

Místo: Hradec Králové

Zpracovatel: Centrum pro integraci osob se zdravotním postižením Královéhradeckého kraje, o.p.s., TyfloCentrum Hradec Králové, o.p.s.

14. *Název:* Digitální mapa bezbariérového přístupu

Místo: Uherské Hradiště

Zpracovatel: Bakalářská práce studenta

15. *Název:* Mapa přístupnosti

Místo: Brno

Zpracovatel: Odbor zdraví MMB, Dopravní podnik města Brna, a.s., Brněnské komunikace, a.s., Handmedia

16. *Název:* Bezbariérová Olomouc

Místo: Olomouc a okolí

Zpracovatel: realizátoři projektu na základě územní studie Bezbariérová doprava v Olomouci a výsledků studií a výzkumů

17. *Název:* BezBariérZlín.cz

Místo: Zlín a okolí

Zpracovatel: Odbor sociálních věcí magistrátu města Zlín

18. *Název:* Mapa přístupnosti Opavy

Místo: Opava

Zpracovatel: Opavskem bez bariér, z.s., Pavel Carbol

Mapy byly rozděleny na mapy komerční, a mapy, které jsou na mapování bezbariérovosti specializované. Pouze u Mapy.cz a Google mapy bylo nalezeno mapování bezbariérovosti. V případě Mapy.cz byla nalezena mapa haptická. V obou případech se však většinou jednalo o mapování dopravy (např. zastávky MHD), veřejných institucí nebo restauračních zařízení. Mapy, které jsou specializované na bezbariérovost, a mapují celé území České republiky, jsou: Mapy bez bariér, Vozejkmap a Wheelmap.org. Mapy bez bariér a Vozejkmap jsou českými projekty, Wheelmap je projekt zahraniční. Nejvyšší počet zaznamenaných objektů/areálů, které se zaměřují na volnočasové pohybové aktivity je na Mapy bez bariér (n = 544), z toho nejvíce (n = 89) je v kraji Vysočina a kraji Jihomoravském.

Tabulka 12

Komerční mapy

Název mapy	Bezbariérovost	Volnočasově-pohybové objekty/areály
Mapy.cz	A *(haptická mapa)*	N
Google mapy	A	N
Mapy.iDNES.cz	N	N
OpenStreetMap	N	N
Bing.com	N	N

Poznámka. A = ano; N = ne.

Tabulka 13

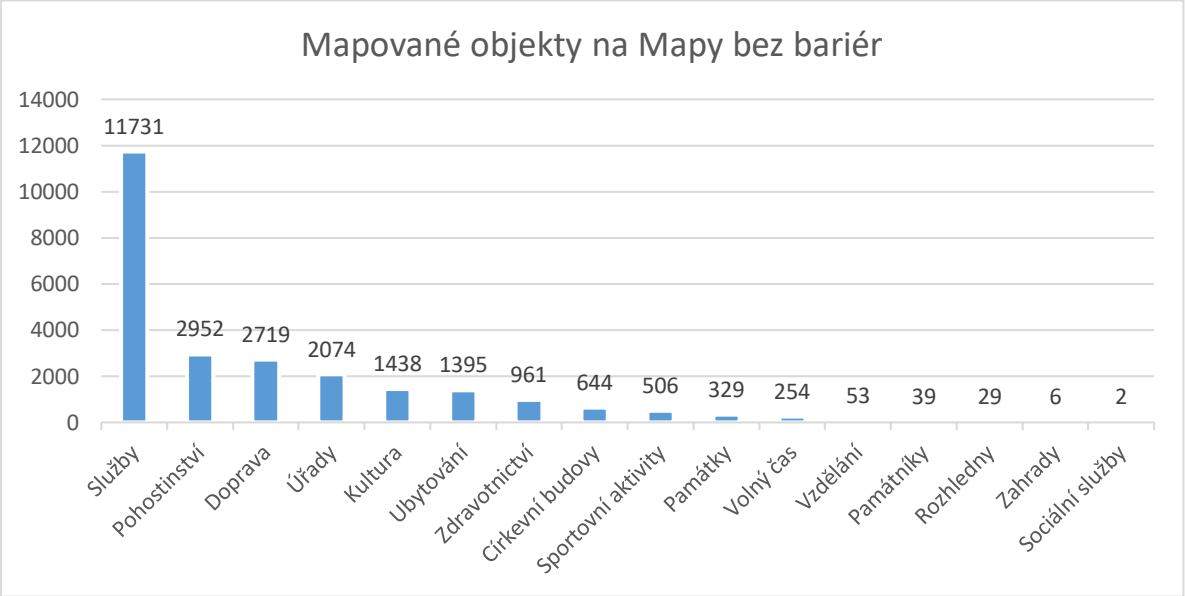
Mapy bezbariérovosti

Název mapy	Město/kraj	Digitální	Sport,PA	Počet objektů
Mapy bez bariér	Česká republika	A	A	544
Vozejkmap	Česká republika	A	A	233
Wheelmap.org	Česká republika	A	A	405

Poznámka. A = ano; N = ne.

V Mapách bez bariér je zmapovaná celá řada objektů. Jak si můžeme všimnout v Grafu 1., tak nejvíce objektů je umístěno je pod záložkou *služby* (n = 11731). S více jak tisícem zmapovaných objektů se můžeme setkat pod záložkou *pohostinství, doprava, úřady, kultura a ubytování.* U záložky *sportovní aktivity* je 506 objektů, *volný čas* 254 objektů.

Graf 1. Mapované objekty na mapy bez bariér



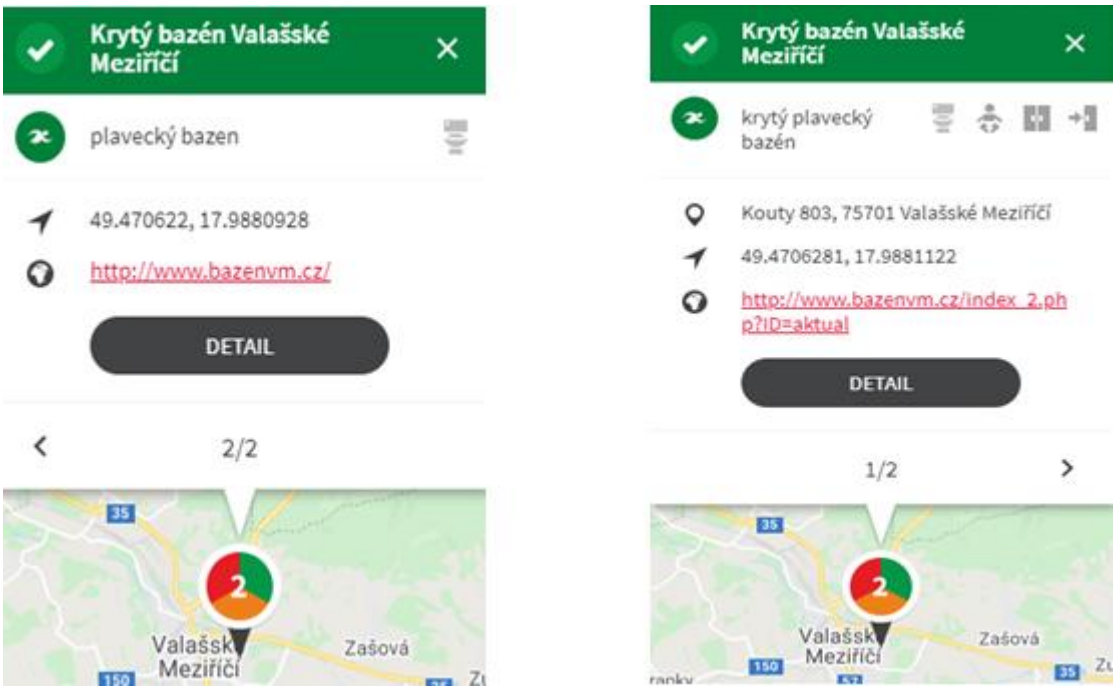
Rozsah informací získaných z Map bez bariér se často liší. Pro získání informací jsem procházela především záložky *sportovní aktivity, volný čas, zahrady, rozhledny* a *kultura.* Nacházela se zde i záložka *jiné*, ale informace zde zařazené jsem do výsledku nezapočítala. Bylo to především z důvodu, že jsou pod touto záložkou umístěny objekty nepřístupné a chybí zde informace.

Tabulka 14

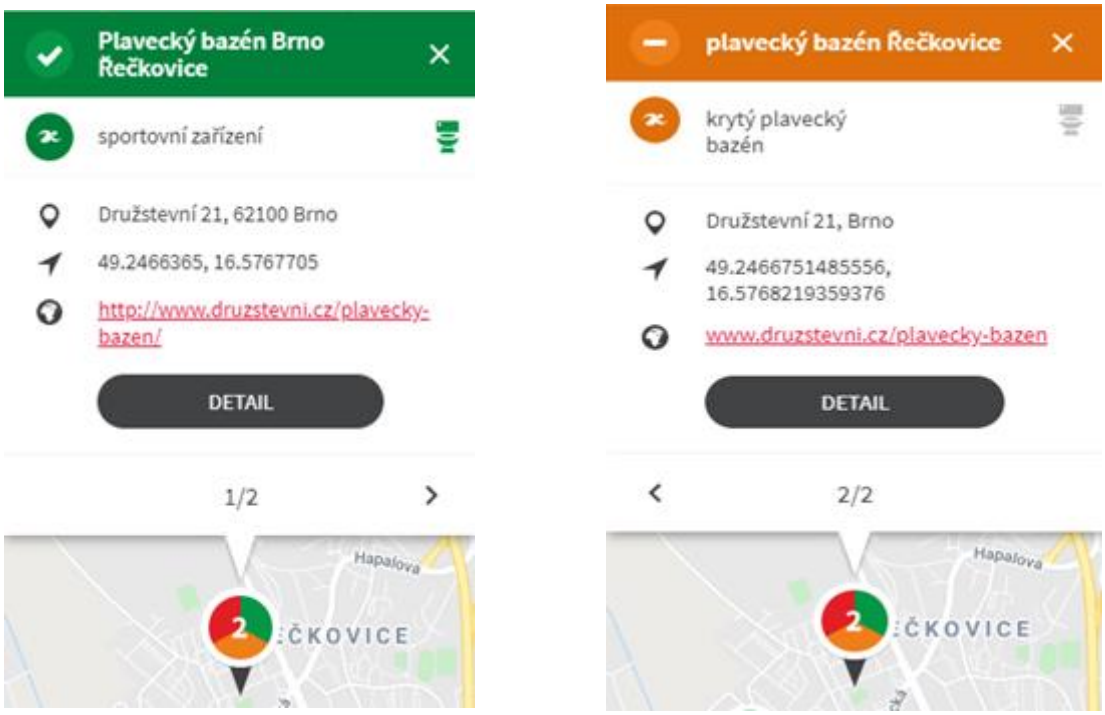
Počet zmapovaných volnočasových sportovních objektů/areálů na Mapy bez bariér.cz

Mapy bez bariér	**POČET OBJEKTŮ**
Hlavní město Praha	48
Středočeský kraj	50
Jihočeský kraj	37
Plzeňský kraj	19
Karlovarský kraj	27
Ústecký kraj	30
Liberecký kraj	16
Královéhradecký kraj	17
Pardubicky kraj	16
Kraj Vysočina	89
Jihomoravský kraj	89
Olomoucký kraj	44
Zlínský kraj	34
Moravskoslezký kraj	28
Celkem	**544**

V Mapách bez bariér se můžeme setkat s objekty, u kterých je přístupnost detailně popsaná, ale i s těmi, které bývají popsané nedostatečně. V mapách se v některých případech setkáváme s duplicitou údajů. Hlavním nedostatkem map však není pouze samotná duplicita, ale protichůdný popis objektů. Např. u plaveckého bazénu Brno-Řečkovice je tento objekt nejen zaznamenán a popsán dvakrát, ale jeho popis přístupnosti se liší. V prvním případě je objekt přístupný a v druhém ne.



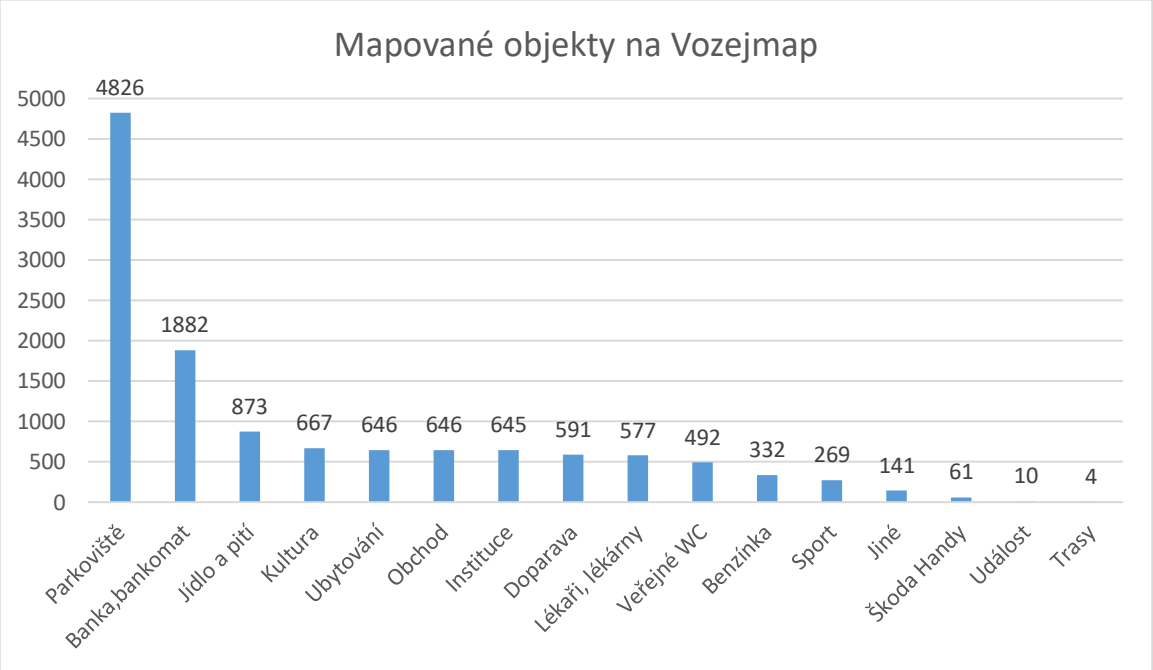
Obrázek 12. Příklad duplicity u objektu Krytý bazén Valašské Meziříčí.



Obrázek 13. Příklad duplicity u objektu Plavecký bazén Brno Řečkovice.

Parkoviště se řadí mezi nejvíce zmapovaná místa (n = 4826) v aplikaci Vozejkmap. Následuje zmapování bankovních služeb v podobě bankomatů a bank (n = 1882). U záložky sport je počet zmapovaných objektů 269, u tras jsou to pouhé 4. Pro získání informací o počtu objektů a areálů, které se zaměřují na sportovní volnočasové pohybové aktivity jsem pro vyhledávání využila především záložku *sport, trasy, kultura, instituce* a *jiné*.

Graf 2. Mapované objekty na Vozejkmap

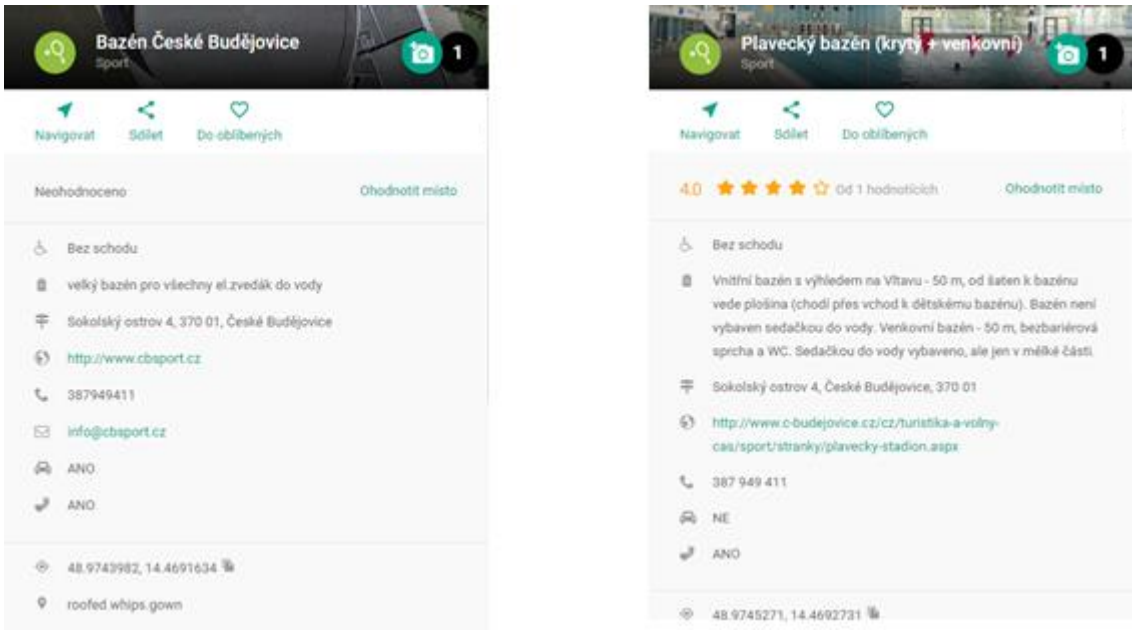


V aplikaci Vozejkmap je zaznamenáno 233 zmapovaných volnočasově-pohybových objektů/areálů. Bohužel i zde se setkáváme s duplicitou, a tak jako u Mapy bez bariér, se v některých případech informace o přístupnosti liší. Příkladu duplicity si můžeme všimnou např. u objektu Bazén České Budějovice. Zde jsou rozdílné informace, které se týkají parkování u objektu.

Tabulka 15

Počet zmapovaných objektů na Vozejkmap.cz

Vozejkmap	POČET OBJEKTŮ
Hlavní město Praha	20
Středočeský kraj	43
Jihočeský kraj	21
Plzeňský kraj	17
Karlovarský kraj	17
Ústecký kraj	16
Liberecký kraj	10
Královéhradecký kraj	21
Pardubický kraj	16
Kraj Vysočina	3
Jihomoravský kraj	14
Olomoucký kraj	4
Zlínský kraj	9
Moravskoslezský kraj	22
Celkem	**233**



Obrázek 14. Příklad duplicity u objektu Bazén České Budějovice.

V důsledku špatné přehlednosti Wheelmap.org. jsem oslovila administrátory této aplikace o zaslání počtu zmapovaných objektů/areálů, které jsou zařazeny pod hlavičkou sport. Celkový počet byl k dubnu 2020 - *405* objektů/areálů. 262 - dostupných, 94 - částečně dostupných, 49 - nedostupných, 405 - neznámých. Do výsledků jsem nepočítala objekty označené jako neznámé.

Pomocí vyhledávání bylo nalezeno 15 map, které zaznamenávají bezbariérovost. Ve většině případů se jednalo o mapy digitální, ale byly nalezeny i mapy převedené na pdf. verzi. Nejrozsáhlejší mapou, co se týče počtu zaznamenaných míst je bezbariérová mapa Olomouce (n = 129). Pokud se však zaměříme na popis míst v mapách, tak se na první místo dostává Mapa přístupnosti města Prahy (n = 80). Některé z map slouží jako podklad pro Mapy bez bariér.

Tabulka 16

Mapy přístupnosti krajů/měst

Název mapy	Město/kraj	Digitální	Sport a volný čas	Počet objektů
Mapa přístupnosti	Praha	A	A	80
Bezbariérová mapa	Pardubice a okolí	A	A	11
Mapa s bezbariérovými přístupy	Hodonín	N pdf.	A	6
Mapa města Třeboně	Třeboň	N pdf.	A	2
Atlas přístupnosti objektů na území města	České Budějovice	A	A	5

Mapa města Český Krumlov i pro handicapované	Český Krumlov	N pdf.	A	2
Bezbariérová mapa města Plzeň	Plzeň	A	A	15
Pohraničí bez bariér	Ústecký kraj	A	A	26
Bezbariérové a přístupové trasy Ústí nad Labem	Ústí nad Labem	N pdf.	A	3
Bezbariérový Hradec	Hradec Králové	A	A	9
Bezbariérová mapa Uherské Hradiště	Uherské Hradiště	A	A	3
Mapa přístupnosti	Brno	A	A	6
Bezbariérová Olomouc	Olomouc a okolí	A	A	129
BezBariérZlín	Zlín a okolí	A	A	22
Mapa přístupnosti Opava	Opava	A	A	2

5 Diskuse

Jedním ze znaků civilizované společnosti může být péče o její členy, kteří jsou z jakéhokoliv důvodu oslabení. Přijetím Úmluvy osob se zdravotním postižením přijímá stát povinnost, zajistit na straně legislativy a exekutivy její naplnění. Na státní úrovni jsou tak koordinovány resorty, které tuto povinnost naplňují. Mimo jiné, má Česká republika zvyšovat povědomí o osobách se zdravotním postižením. Provázanosti mapování bezbariérovosti a resortu na státní úrovni si můžeme všimnout u Mapy bez bariér, kde právě tento projekt vznikl za podpory Ministerstva pro místní rozvoj. Je důležité si uvědomit, že přijetím této úmluvy přijímá stát tuto povinnost, kterou předává na jednotlivé resorty, a ty je ve většině případů předávají dále. Stále je to ovšem stát, který tuto povinnost přijímá a ne organizace, která tuto činnost zajišťuje.

Samotné téma mapování bezbariérovosti je velice aktuální a zabývá se jím celá řada autorů. Není tedy velkým překvapením, že lze najít řadu diplomových prací, které se touto problematikou zabývají. Značná část z nich, se tématem zabývá z pohledu IT technologií a zaměřuje se na technologické zpracování map, jiní autoři přibližují problematiku při vytváření aplikací, které napomáhají k mapování bezbariérovosti. Příkladem může být digitální Bezbariérová mapa Uherského Hradiště, která byla vytvořena v rámci praktické části bakalářské práce autorky Supové (2017). Můžeme tedy předpokládat, že samotné vytvoření mapy je náročné z hlediska časového, ale z hlediska technologického, si s tímto problémem poradí každý, kdo se zajímá o IT technologie a orientuje se v problematice programování.

Druhou část diplomových a bakalářských prací tvoří ty, které se zaměřují na samotné mapování daných objektů nebo areálů (Sís, 2010; Řičica, 2015; Jarmar, 2017). V našem případě se bude jednat o sportovní volnočasové objekty a areály. Někteří autoři při svém mapování využívají již vytvořený formulář, který poskytuje Pražská organizace vozíčkářů, o.s. - Mapování přístupnosti objektů dle metodiky kategorizace přístupnosti objektů (MKPO). Jiní tento formulář použijí jako podklad nebo inspiraci pro vytvoření vlastního formuláře. Takto vytvořený formulář lépe uspokojuje potřeby mapování specifických míst, jako jsou např. lyžařské areály nebo některá sportoviště a služby. S doplněným formulářem se můžeme setkat v diplomové práci autorky Šrámkové (2016), která tento formulář doplňuje o sociální zařízení, vstupy do bazénů, vstupy na sportovní plochy či prostory a divácké tribuny. Doplnění metodiky o tyto položky považuji za nezbytný krok. Tak jako „zdraví lidé", tak se i lidé s postižením

účastní sportovních aktivit jako diváci a informace o dostupnosti tribun pro ně může být důležitá.

Bohužel však značná část výsledků těchto prací, není i přes jejich kvalitní zpracování využita. Badinová (2016) ve své práci mapuje bezbariérovost bazénů a aquaparků v Brně a pro jejich mapování využívá již zmínění MKPO formulář. Při náhledu na Mapy bez bariér, které využívají stejný formulář pro mapování, však tyto data nikde nejsou zanesena. Na čí straně tedy vzniká problém nevyužitých informací?

U komerčních map bylo nalezeno mapování bezbariérovosti pouze u Google mapy a Mapy.cz a to ve většině případů pouze v oblasti zastávek MHD. Můžeme se jen domnívat, z jakého důvodu není tato cílová skupina pro mapování atraktivní. Přitom tato část naší populace tvoří 13 % z celkového počtu v České republice. Nejedená se tedy o zanedbatelné číslo.

Jak již bylo zmíněno v kapitole Metodika, při vyhledávání map jsem se po zadání klíčových slov setkala s velkým množstvím výsledků. Do popředí vyhledávání se ve většině případů dostávala stránka Mapy bez bariér a Vozejkmap. Obě stránky jsou českými projekty, které však pracují na odlišném principu. Stránka Mapy bez bariér je projektem, který doplňuje komplexní pomoc Nadace Charty 77 – Konta Bariéry. Mapování objektů zde realizují odborní pracovníci osobně a zjištěné informace zaznamenávají do připravených formulářů. Mapy bez bariér jsou vytvořeny, aby napomáhaly při plánování výletů a dovolených osobám, které mají omezenou pohyblivost. Mezi tyto osoby zde nejsou zařazeni pouze lidé s omezením pohybu, ale i senioři a matky s kočárky. Vzhledem k faktu, že velkou část osob se zdravotním postižením tvoří právě lidé v důchodovém věku, považuji zaměření map pro tuto skupinu jako dobrý krok. Ovšem při porovnání primárního účelu map a statistik z roku 2018, nastává otázka, zda je primární cíl zvolen vhodně. Ze statistiky, kterou prováděl ČSÚ vyplývá, že mezi nejčastější bariéry osob s postižením řadíme finance. Pokud si představíme Maslowovu pyramidu potřeb, tak jistě potřeba výletů a dovolených bude odsunuta na druhou kolej, a často budou finance využívány na zajištění základních lidských potřeb.

Původnímu záměru map odpovídá i samotné zpracování informací. Pokud nahlédneme pod záložku *památky*, tak u velké části z nich se můžeme setkat s dostatečnými informacemi o dostupnosti místa. To však nelze říci u záložek *sportovní aktivity* a *volný čas*, pod kterými jsem většinu informací pro diplomovou práci hledala. Informace o tom, zda je místo přístupné nebo ne je viditelné na první pohled, ale bližší informace zde u drtivé většiny míst nenajdete. V některých případech se setkáte s duplicitou a protichůdnými informacemi o dostupnosti místa. Celá stránka tak působí spíše jako začínající projekt.

Vozejkmap je mapa, do které samotní uživatelé vkládají data o přístupnosti místa. Data zadávají samotní vozíčkáři a následně je i ověřují. Jedním z partnerů tohoto projektu jsou Mapy bez bariér. Jako hlavní problém vnímám, že do mapy mají být vložena pouze místa, která svými kritérii splňují bezbariérovost. Uživatelé map, se tedy nemusí vůbec dozvědět o místech s částečným přístupem, který právě pro ně nemusí představovat problém, a jsou tak ochuzeni o další možnosti. V mapách Wheelmap, která jsou jako Vozejkmap primárně určena osobám na vozíku, jsou data zadávána samotnými uživateli map, ovšem s tím rozdílem, že informace zde může vložit každý kdykoliv a kdekoliv. Bohužel, jsou tyto mapy velice nepřehledné, a špatně se v nich místa vyhledávají. Ani informace zde nejsou dostačující, a spíše bych řekla, že žádné. Dle mého názoru tento problém způsobuje právě otevřenost tohoto systému. Informace vkládají i lidé, kteří se v této problematice neorientují a bariéry vnímají jinak než osoby na vozíku.

Velká část lokálních map bezbariérovosti odkazuje již na výše zmíněné mapy. V mapách lze zaznamenat provázanost s Pražskou organizací vozíčkářů, o.s., a to nejčastěji v podobě využití Metodiky kategorizace přístupnosti objektů. Jedná se například o Mapu přístupnosti Brna, Mapu přístupnosti Opavy. Mapy jsou také často součástí projektů, které jsou financovány ze strany krajů a měst (Opava bez bariér, Bezbariérová Olomouc), na státní úrovni (Ministerstvo pro místní rozvoj, Konto Bariéry), ale i na úrovni nadnárodní (Evropský fond pro mezinárodní rozvoj). Mapa města Třeboně *v*znikla v rámci pracovní skupiny Bezbariérová Třeboň a projektu Zdravé město a MA21. Za zmínku jistě stojí Mapa přístupnosti Prahy. Stejně jako u Mapy bez bariér, tak se u Mapy přístupnosti Prahy podílí na mapování objektů Pražská organizace vozíčkářů, o.s. Tato mapa je dle mého názoru opravdu dobře zpracovaná a obsahuje dostatečné a praktické informace, nechybí fotografie místa a označení přístupnosti. Je ovšem zarážející, že i přes stejné zpracovatele informací jako u Map bez bariér, nejsou tyto informace

propojeny. Např. u objektu Žluté lázně je na Mapách bez bariér objekt označen jako přístupný, ale v Mapě přístupnosti Prahy pouze jako částečně přístupný.

Projekt, který má jistě potenciál, je Bezbariérová Olomouc. Na první pohled se může zdát, že je v mapě vysoký počet objektů/areálů, kde lze pohybově-volnočasové aktivity realizovat. Bohužel jsou však objekty/areály v mapě pouze zaznačené, ale chybí informace o přístupnosti objektů. Dohledatelné jsou pouze u sportovišť při ZŠ. Z celkového počtu 129 se tedy dostáváme na pouhých 15.

Velká část map je zaměřena především na osoby s omezením pohybu. Je to pochopitelné, protože dané postižení je nejvíce rozšířené. Na místě třetím, se dle statistik ČSÚ nachází postižení zraku. Pro tuto skupinu osob, s vyjímkou map Haptických na Mapy.cz, však žádné speciální mapy nenajdeme. S mapou pro sluchově postižené jsem se setkala u Mapy přístupnosti pro sluchově postižené ve městě Brno. Vzhledem k tomu, že komunikace s osobami s postižením sluchu je zásadní bariérou u toho typu postižení, je pochopitelné, že mapování těchto míst bude náročné.

Jaarsma, Dekker, Koopmans, Dijkstra a Beertzen (2014) potvrzují, že pokud nejsou známé sportovní možnosti v okolí osob s postižením, tak dochází k vytváření bariér pro vykonávání pohybové aktivity. Jak jistě víme, tak nedostatek pohybové aktivity je spojen se sedavým chování a narůstající obezitou. Prevalence obezity i zdravotního postižení každým rokem neustále roste. Ells at al. (2015) potvrzují, že existuje spojitost mezi těmito dvěma fenomény. Stejný problém představuje i stárnutí generace a dopadů obezity na ni, což může mít za následek zdravotní postižení vznikající v průběhu života. Souvislost mezi obezitou a zdravotním postižením potvrzuje i práce autorů Chang, Alley a Dowd (2017). Upozorňují, že se trend narůstajícího vztahu mezi obezitou a zdravotním postižením v posledních letech ustálil a u některých opatření se dokonce zlepšuje. Je tedy patrné, že podpora pohybové aktivity u zdravotně postižených, vytváření možností pro její realizaci, a hlavně informovanost o těchto možnostech je důležitá nejen dnes, ale především do budoucna.

Pohybová aktivita je u osob s postižením velice různorodá. V diplomové práci Kaštánka (2010) je nejčastěji provozovanou PA chůze a týmové sporty jako je florbal a kopaná, u Horákové (2019) je to především chůze, ale také cyklistika a plavání. Chůze dominuje například u osob s postižením zraku (Bláha, Frömel, & Válková, 2012). Je to pochopitelné, protože chůze je přirozená, není k ní potřeba žádné vybavení a lze ji lehce přizpůsobit časovým možnostem.

I před kontaktování ČSÚ a Eurostatu, nebylo možné získat ucelená data o počtu sportovních a volnočasových objektech na území České republiky. Ano, na základě získaných statistik je možné v obecné rovině vyhodnotit výsledky jako tristní, ale navzájem tyto hodnoty porovnat nelze. Na povrch se tedy dostávají další otázky: Z jakého důvodu jsou data u ČSÚ evidována pouze do roku 2006? Jakým způsobem lze získat ucelené informace a počtu sportovních a volnočasových objektů? Je tento problém vytvořen z důvodu financí nebo nedostatkem lidských zdrojů?

Závěr

Diplomová práce se věnuje problematice mapování bezbariérovosti objektů a areálů, které jsou určeny k volnočasovým pohybovým aktivitám ve vztahu k osobám se zdravotním postižením. Cílem této práce, je popsat a analyzovat implementaci současných systémů mapování bezbariérových objektů a areálů v oblasti volnočasových pohybových aktivit. Ačkoliv je bezbariérovost aktuálním tématem a v České republice dochází k neustálému zlepšování stavu bezbariérovosti nejen budov, ale i jednotlivých služeb, tak oblast volnočasových pohybových aktivit je spíše „odsunuta na druhou kolej“. Prezentovaná data týkající se mapování sportovních a volnočasových objektů a areálů v komparaci s ostatními mapovanými objekty lze vyhodnotit jako nízké a mnoha případech nedostatečné. Značné nedostatky jsou zaznamenány z pozice aktivního sportovce nebo rekreanta. V mapách je upřednostňováno mapování doplňkových služeb jako jsou parkovacích plochy, ubytovací zařízení, pohostinství a doprava.

Pro vyhledání přístupnosti míst, která jsou určena pro sport a volný čas, může zákazník se speciálními potřebami využít mapy komerční a specializované. V oblasti komerčních map, bylo mapování bezbariérovosti nalezeno pouze u Mapy.cz, kde byla nalezena mapa haptická, a u Google mapy. V obou případech se jednalo o mapování především veřejné dopravy, veřejných institucí a restauračních zařízení. U specializovaných map, bylo nalezeno map 15. Mapy bez bariér, Vozejkmap a Wheelmap zaznamenávají celé území České republiky. V ostatních mapách se jedná o jednotlivé regiony nebo města. Na území České republiky, je nejvíce objektů/areálů zaznamenáno v Mapy bez bariér (n = 544). U map, které se zaměřují na region nebo konkrétní město to je Bezbariérová mapa Prahy (n = 80).

Porovnání statistických údajů ČSÚ a ČUS s daty vlastního šetření nekorespondují. Hlavním důvodem je, že do šetření diplomové práce bylo zahrnuto více volnočasově-pohybových objektů/areálů, než jsou zaznamenány ve statistikách ČSÚ a ČUS. Na základě dostupných dat je zřejmé, že v České republice neexistuje jednotná databáze zařízení určených pro sport a volný čas.

Doporučení pro teorii: zpracování jednotné metodiky sběru záznamů a údržby dat v oblasti sportovních objektů a areálů na národní úrovni. Tato metodika by měla minimalizovat chybovost pořizovatelů, subjektivní zkreslení a nechtěnou neobjektivitu. Dále sjednocení mapových podkladů.

Doporučení pro praxi: zapojení zřizovatelů a majitelů sportovních objektů a areálů, zapojení organizací sdružující občany s různými druhy postižení. Zapojit poskytovatele komerčních map, např. Mapy.cz, Google mapy a nabídnout participaci na doplnění jejich map o údaje o bezbariérovém přístupu.

Souhrn

Diplomová práce se zabývá nabídkou zmapovaných bezbariérových objektů a areálů pro osoby se zdravotním postižením. Cílem je popsat a analyzovat implementaci současných systémů mapování bezbariérovosti objektů a prostor pro volnočasové pohybové aktivity. Prostřednictvím analýzy prezentuje diplomová práce nedostatečné mapování areálů a budov pro volnočasové pohybové aktivity. Práce se skládá s teoretické a praktické části.

Teoretická část diplomové práce, se zaměřuje na vymezení základních termínů a definic v oblasti zdravotního postižení. Úvod práce se věnuje dělením zdravotního postižení, aplikovaným pohybovým aktivitám ve vztahu k postižení a pohybové aktivitě v seniorském věku. Následující kapitoly jsou zaměřené na poznatky z problematiky práva osob se zdravotním postižením, významu pohybových aktivit a bariérám. Vzhledem k povaze diplomové práce, je metodika zaměřena na analýzu internetových zdrojů. Tato analýza byla realizována v období prosinec 2019 - březen 2020.

Dílčím cílem práce bylo vytvoření přehledu map, které se zaměřují na popis bezbariérovosti u objektů a budov určených k volnočasovým pohybovým aktivitám. Do seznamu bylo zařazeno map 18. Objevují se zde mapy, které mapují celé území České republiky, ale i ty, které se zaměřují pouze na regiony nebo města. Výsledky byly zpracovány do tabulek a grafů a složí jako podklad pro diskuzi, závěry a doporučení.

Výzkum prokázal nedostatky v mapování objektů a areálů, které se zaměřují na volnočasové pohybové aktivity. V mnoha případech je mapování zaměřeno na doplňkové služby jako jsou parkovací plochy, ubytování, restaurační zařízení a doprava. Diplomová práce dále upozorňuje na problém nejednotného systému mapování a přibližuje další témata, která mohou být předmětem dalšího zkoumání.

Summary

The diploma thesis deals with the offer of mapped barrier-free buildings and areas for people with disabilities. The aim is to describe and analyze the implementation of current systems of mapping the accessibility of objects and spaces for leisure-time physical activities. Through the analysis, the thesis presents insufficient mapping of areas and buildings for leisure-time physical activities. The thesis consists of theoretical and practical part.

The theoretical part of the diploma thesis focuses on the definition of basic terms and definitions in the field of disability. The introduction deals with the division of disability, applied physical activities in relation to disability and physical activity in senior age. The following chapters focus on the knowledge of the issue of the rights of persons with disabilities, the importance of physical activities and barriers. Given the nature of the thesis, the methodology is focused on the analysis of web resources. This analysis was carried out in December 2019 - March 2020.

A partial aim of the work was to create an overview of maps that focus on the description of barrier-free access to buildings and buildings intended for leisure-time physical activities. Map 18 has been included. There are maps that map the entire territory of the Czech Republic, but also those that focus only on regions or cities. The results were compiled into tables and graphs and are used as a basis for discussion, conclusions and recommendations.

Research has shown shortcomings in mapping of objects and areas that focus on leisure-time physical activities. In many cases, the mapping focuses on additional services such as parking lots, accommodation, restaurants and transport. The thesis also draws attention to the problem of non-uniform mapping system and describes other topics that may be subject to further investigation.

Referenční seznam

Anonymous. (2019). *Moderní senioři.* Retrieved 1.10.2019 from the World Wide Web: https://www.ceskovdatech.cz/clanek/136-moderni-seniori/#article-content

Anonymous. (n.d.) *Ať je váš web k nalezení aneb optimalizace webu pro začátečníky.* Retrieved from the World Wide Web: https://www.active24.cz/jak-na-tvorbu-webu/tvorba-stranek-pokrocila/at-je-vas-web-k-nalezeni-aneb-optimalizace-webu-pro-zacatecniky

Arsic, R, Slavnic, S., & Kovacevic, J. (2012). Sports Activities an a Factor in Socialization of Deaf Students. *Journal of Physical Education and Sport, 12*(1), 3-8.

Badash, M. (2009). *Above the Knee Amputation (transfemoral amputation).* Foundhelath.

Badinová, B. (2016). *Monitoring bezbariérovosti plaveckých bazénů a akvaparků v Brně.* Bakalářská práce, Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta tělesné kultury, Olomouc.

Bartoňová, M. (2005). *Současné trendy v edukaci dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v České republice.* Brno: MSD.

Barvíková, J., Baslerová, P., Doležalová, I., Dvořáčková, H., Koutská, M., Michalík, J., Nováková, I., & Tichá, A. (2015). *Katalog dílčích opatření, dílčí část. Pro žáky s potřebou podpory ve vzdělání z důvodu sluchového postižení nebo oslabení sluchového vnímání.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouc.

Bazalová, B. (2004). *Problematika integrace osob s postižením v současné době.* Praha: Portál.

Best, S. J., Heller, K. W., & Bigge, J. L. (2009). *Teaching Individuals with Physical, Health, or Multiple Disabilities (6th ed.).* Pearson Education.

Bláha, L., Frömel, K, & Válková, H. (2012). *Vybrané ukazatele pohybové aktivity a inaktivity osob s postižením zraku.* Retrieved from the World Wide Web: https://telesnakultura.upol.cz/pdfs/ tek/2013/02/02.pdf

Bloemen, M.A.T., Backx, F.J.G., Takken, T., Wittink, H., Benner, J, Mollema, J., & Groot, J.F. (2014). Factors associated with physical activity in children and adolescents with a physical disability: a systematic review. *Developmental Medicine & Child Neurology, 57*(2), 137-148.

Bourne, R., Flaxman, S., Braithwaite, T., Cicinelli, M., Das, A., & Jonas, J. (2017). Magnitude, temporal trends, and projections of the global prevalence of blindness and distance and near vision impairment: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*, 5, 888–897.

Brownson, R. C., Baker, E. A., Housemann, R. A., Brennan, L. K., & Bacak, S. J (2001) Enrironmental and policy determinants of physical aktivity in United States. *American Journal of Public Health.*

Bruthasová, D., & Jeřábková V. (2012). *Koordinovaná rehabilitace.* Praha: VÚPSV, v. v. i.

Burrows, S. (2016). Barriers to participation in disability sport. *Hodder Education,* 11(3).

Cans, C. (2000). Surveillance of cerebral palsy in Europe: a collaboration of cerebral palsy surveys and registers. *Developmental Medicine & Child Neurology, 42*(12), 816–824.

Cieslar, J. (2019). *Věková struktura populace se výrazně mění.* Praha: Český statistický úřad. Retrieved from the World Wide Web: https://www.czso.cz/csu/czso/vekova-struktura-populace-se-vyrazne-meni

Česká asociace sport pro všechny, z.s. (2018). *Výroční zpráva 2018.* Retrieved 21.3.2019 from the World Wide Web: http://www.caspv.cz/cz/o-nas/dokumenty/vyrocni-zpravy/

ČHSO [České hnutí speciálních olympiád]. (n.d.). O nás. Retrived from the World Wide Web: https://www.specialolympics.cz/o-nas

ČSÚ [Český statistický úřad]. (2018a). Podíl osob (%) ve věku 65+ let v krajích, 2001-2017 (k 31.12). *Veřejná databáze ČSÚ* [online]. Retrieved 29.3.2019 from the World Wide Web:https://www.czso.cz/documents/10180/92011146/1301581904.pdf/fede0956-aeb5-4cd9-9b68- b3b87ddb9c0d?version=1.2

ČSÚ [Český statistický úřad]. (2018b). *Věková struktura k 31.12.2018.* Retrieved from the World Wide Web: https://www.czso.cz/staticke/animgraf/cz/index.html?lang=cz

ČSÚ [Český statistický úřad]. (2019a). Pohyb obyvatelstva – vybrané území. *Veřejná databáze ČSÚ* [online]. Retrieved 31.12.2019 from the World Wide Web: https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/index.jsf?page=vystup-objekt&pvo=DEM05&z=T&f =TABULKA&skupId=546&katalog=30845 &pvo=DEM05&str=v94

ČSÚ [Český statistický úřad]. (2019b). *Počet obyvatel v regionech soudržnosti, krajích a okresech České republiky k 1.1.2019.* Retrieved 30.4.2019 from the World Wide Web: https://www.czso.cz/documents/10180/91917344/1300721901.pdf/31ed5e58-ade2-4884 -89b8-2d3c362d5b66? version =1.0

ČSÚ [Český statistický úřad]. (2019c). *Výběrové šetření osob se zdravotním postižením.* Retrieved 16.12.2019 from the World Wide Web: https://www.czso.cz/documents/ 10180/90600407/ 26000619.pdf/b1d5a2b3-a309-4412-a962-03d847d3d1a0?version=1.5

ČUS [Česká unie sportu, z.s.]. (n.d.). Sportovní zařízení. *Informační systém České Unie Sportu* [online]. Retrieved from the World Wide Web: https://iscus.cz/web/pasport/?is_map _active =0

Dobrý, L., et al. (2009). Kinantropologie a pohybové aktivity. In V. Mužík (Ed.), *Tělesná výchova a sport mládeže v 21. století,* (pp. 8-17). Brno: Masarykova univerzita.

Dohnal, T., & Hodaň, B. (2005). *Rekreologie.* Olomouc: HANEX.

Dostálová, I. (2011). Teorie a praxe zdravotní tělesné výchovy. Tělesná kultura, *34*(2), 114-126. In O. Ješina (Ed.), *Fenomén neoprávněného uvolnění z tělesné výchovy v základním a středním školství* (p.2). Olomouc: Univerzita Palackého.

Edelsberger, T. (2007). *Defektologický slovník, 3. upr. vyd.* Jinočany: H & H.

Eime R. M., Young J. A., Harvey J. T., Charity M. J. & Payne W. R. (2013). A systematic review of the psychological and social benefits of participation in sport for adults: informing development of a conceptual model of health through sport. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity,* 10, 135–49.

Ells, L.J., Lang, R., Shield, J.P.H., Wilkinson, J.R., Lidstone, J.S.M., Coulton, S., Summerbell, D. (2006). Obesity and disability – short review. Journal of World Obesity,7(4), 341-345.

Filipová, D. (1998). *Život bez bariér – projekty a rekonstrukce.* Praha: Grada Publishing.

Finková, D. (2010). *Základy tyflopedie: předmět, cíle, techniky prostorové orientace a komunikace.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Fischer, S., & Škoda, J. (2008). *Speciální pedagogika.* Praha: Triton.

Fries, J. F. (2002). *Reducing Disability in Older Age.* Retrieved 25. 12. 2002 from the World Wide Web: https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/195638

Hartl, P., & Hartlová, H. (2015). *Psychologický slovník.* Praha: Portál.

Gold Coast Recreation & Sport In. (n.d.). Retrieved from the World Wide Web: http://gcrs.com.au/

Himmelmann, K., Horber, V., De La Cruz, J., Horridge, K., Mejaski-Bosnjak, V., Hollody, K., & Krägeloh-Mann, I. (2017). MRI classification system (MRICS) for children with cerebral palsy: development, reliability and recommendations. *Developmental Medicine & Child Neurology,* 59, 57-64.

Hollis, N. D., Zhang, Q. C., Cyrus, A. C., Long, E. C., Watson, K., & Carroll, D. D. (2017). Physical activity types among US adults with mobility disability, Behavioral Risk Factor Surveillance Systém. *Disability and Health Journal.*

Horáková, E. (2019). *Monitoring nabídky aplikovaných pohybových aktivit ve volném čase pro osoby se zdravotním znevýhodněním v okrese Znojmo.* Diplomová práce, Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta tělesné kultury, Olomouc.

Humpel, N., Owen, N., & Leslie, E. (2002). Environmental factors associated with adults' participation in physical activity: A review. American Journal of Preventive Medicine, 22, 188–199. In O. Ješina (Ed.): *Fenomén neoprávněného uvolnění z tělesné výchovy v základním a středním školství*. Olomouc: Univerzita Palackého.

Chang, V.W., Alley, D. E, & Dowd, J. B. (2017). Trends in the Relationship Between Obesity and Disability, 1988–2012. *American Journal of Epidemiology, 186*(6), 688-695.

Chodounská, H. & Pištorová, M. (2019). *Jak se žije lidem se zdravotním postižením?* Praha: Český statistický úřad. Retrieved from the World Wide Web: https://www.czso.cz/documents/10180/118374921/csu_tk_jak_se_zije_lidem_se_zdravotnim_postizenim_3.pdf/606bb166-e424-4248-967b-f00e98213c81?version=1.0.

Jaarsma, E. A., Dekker, R., Koopmans, S. A., Dijkstra, P. U., & Beertzen, J. H. B. (2014). Bariéry a facilitátory sportovní participace u osob se zrakovým postižením. *Aplikované pohybové aktivity v teorii a praxi,* 2016/7 (1), 31–41.

Janečka, Z. (2004). *Úvod do motorické kompetence jinak zrakově disponovaných dětí.* Disertační práce, Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta tělesné kultury, Olomouc.

Janků, K. (2014). *Speciální pedagogika osob s mentálním postižením – vybraná základní témata.* Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě.

Janouch, V. (2014). *Internetový marketing* (2nd ed.). Praha: Albatros Media, a.s.

Jarmar, A. (2017). *Mapování bezbariérovosti vybraných zařízení poskytujících organizované outdoorové pohybové aktivity pro osoby se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním ve zlínském kraji.* Diplomová práce, Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta tělesné kultury, Olomouc.

Jesenský, J. (1996). Příspěvek k rozvoji teorie integrace zdravotně postižených. *Speciální pedagogika.*

Ješina, O. (2010). *Vztah žáků romského etnika k tělocvičným aktivitám.* Disertační práce, Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta tělesné kultury, Olomouc.

Ješina, O. (2016). *Fenomén neoprávněného uvolnění z tělesné výchovy v základním a středním školství.* Olomouc: Univerzita Palackého.

Ješina, O. (2018). *Školní TV a volný čas osob se speciálními potřebami.* Seminář sport a pohybová gramotnost [nepublikovaná prezentace]. Praha: Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR.

Ješina, O., & Hamřík, Z. (2011). Význam pohybových aktivit pro osoby se speciálními potřebami, (p. 8). In O. Ješina, Z. Hamřík et al. (Eds.), *Podpora aplikovaných pohybových aktivit v kontextu volného času.* Olomouc: Univerzita Palackého.

Ješina, O., & Válková, H. (2013). Aplikované pohybové aktivity osob s mentálním postižením. In M. Kudláček, O. Ješina, M. Spurná et al. (Eds.), *Základy aplikovaných pohybových aktivit.* Olomouc. Univerzita Palackého v Olomouci.

Ješina, O., Hamřík, Z, Bartoňová, R., Janečka, Z., Kalman, M., Kučera, M., Panská, S., Rybová, L., & Vyhlídal, T. (2011). *Podpora aplikovaných pohybových aktivit v kontextu volného času.* Olomouc: Univerzita Palackého.

Ješina, O., Kudláček, M., & Bartoňová, R. (2015). *Metodika práce asistenta pedagoga, Podpora žáků s tělesným postižením v tělesné výchově*. Olomouc: UP v Olomouci.

Ješina, O., Kudláček, M., Janečka, Z., Kukolová, P., Nekudová, B., Němcová, D., Rybová, L., & Štěrbová, D. (2011). *Aplikovaná tělesná výchova.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Jindra, M., Věchtová, B., & Bielmeierová, J. (2015). Základní principy a úskalí rehabilitace u diabetiků po amputaci (Czech). *Vnitřní Lékařství / Internal Medicine, 61*(6), 604.

Juříková, L., Bálinková, Z., & Haberlová, J. (2019). Duchennova svalová dystrofie. *Neurologie pro praxi, 20* (3), 180-182.

Kalman, M. & Vašíčková, J. (2013). Zdraví a životní styl dětí a školáků. In O. Ješina (Ed.), *Fenomén neoprávněného uvolnění z tělesné výchovy v základním a středním školství*. Olomouc: Univerzita Palackého.

Švestková, O., & Angerová, Y. (2010). Rehabilitace a její legislativa. In. P. Kalvach et al. (Eds.), *Mozkové ischemie a hemoragie - 3., přepracované a doplněné vydání* (p. 371). Praha: Grada Publishing.

Kaštánek, M. (2010). *Pohybové aktivity osob se zdravotním postižením žijících v zařízeních sociálních služeb.* Diplomová práce, Univerzita Karlova v Praze, Fakulta tělesné výchovy a sportu, Praha.

Katoda, H., & Miron, G. (1990). Educational integration for persons with handicaps: A conceptual discussion. *European Journal of Special Needs Education, 5*, 126-135.

Keblová, A. (2001). *Zrakově postižené dítě.* Praha: Septima.

Kisvetrová, I., & Ježorská, H. (2014). *Osoby se zdravotním postižením: vybrané kapitoly I.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Koldinská, K. (2013). *Sociální právo* (2.nd ed.). Praha: C. H. Beck.

Komárek, V., & Zumrová, A. (2000). *Dětská neurologie: vybrané kapitoly.* Praha: Galén.

Kos, L. (2019). *Infografika: Podíl vyhledávačů Google a Seznam na českém internetu #2019.* Retrieved 24. 1. 2019 from the World Wide Web: https://www.evisions.cz/blog-2019-01-24-infografika-podil-vyhledavacu-google-a-seznam-na-ceskem-internetu-2019/

Kraus, J. (2011). Dětská mozková obrna. *Neurologie pro praxi, 12*(4), 222-224.

Kříž, J., & Hlinková, Z. (2016). Neurorehabilitace senzomotorických funkcí po poranění míchy. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie, 79/112*(4), 378–396.

Kudláček, M., & Ješina, O. (2013). *Integrovaná tělesná výchova, rekreace a sport.* Olomouc: Univerzita Palackého.

Kudláček, M., Ješina, O., Spurná, M., Ješinová, L., Janečka Z., Bláha, L., Panská, S., & Válková, H. (2013). *Základy aplikovaných pohybových aktivit.* Olomouc: Univerzita Palackého.

Kudláček, M., Spurná, M., & Ješinová, L. (2013). Aplikované pohybové aktivity osob s tělesným postižením. In M. Kudláček, O. Ješina, M. Spurná et al. (Eds.), *Základy aplikovaných pohybových aktivit.* Olomouc. Univerzita Palackého v Olomouci.

Kudláček, M., Ticháčková, J., Machová, I., Válek, J., Wittmannová, J., Janák, J., & Ješina. O. (2007). *Aplikované pohybové aktivity pro osoby s tělesným postižením.* Olomouc: Univerzita Palackého.

Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie* (2.nd ed.). Praha: Grada Publishing.

Larocca, V., Fraser-Thomas, J., & Bassett-Gunter, R. (2020). Even if someone has a physical disability, they can still participate: Youth with physical disabilities' motivational physical activity message preferences. *Disability and Health Journal,* 13, 1.

Levitt, S., & Addison, A. (2018). *Treatment of Cerebral Palsy and Motor Delay.* Wiley – Blackwell.

Makovcová, S. (2011). *Úmluva o právech osob se zdravotním postižením.* Praha: MPSV.

Mazanec, R., Mensová, L., Baumgartner, D., Potočková, V., & Zámečník, J. (2019). Diagnostický algoritmus u svalových dystrofií. *Neurologie pro praxi, 20*(3), 190-194.

Michalík, J. (2012). *Osoby se zdravotním postižením - speciálně pedagogické aspekty komunikace.* Ústí nad Labem: EdA.

Michalík, J., Krhutová, L., Mlčáková, R., Novosad, L., Potměšil, M., & Valenta, M. (2011). *Zdravotní postižení a pomáhající profese* (p.186). Praha: Portál.

Ministerstvo práce a sociálních věcí. (n.d). *Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením.* Retrived from the World Wide Web: https://www.mpsv.cz/umluva-osn-o-pravech-osob-se-zdravotnim-postizenim.

Ministerstvo práce a sociálních věcí. (2018). *Držitelé průkazů osob se zdravotním postižením.* Retrieved 31.12.2018 from the World Wide Web: https://www.czso.cz/documents/10180/90404487/19002919411.pdf/09ffd825-91f14b2e81851b2c5672cda2?version=1.3

Mlýnková, J. (2011). *Péče o staré občany.* Praha: Grada Publishing.

Mudrák, J., Slepička, P., & Slepičková, I. (2014). Vnímané zdraví a motivace k pohybové aktivitě u seniorů. *Kontakt - Journal of Nursing and Social Sciences related to Health and Illness, 16*(1), 44-50.

Opařilová, D., & Zámečníková, D. (2008). *Možnosti speciálně pedagogické podpory u osob s hybným postižením.* Brno: Masarykova univerzita.

Othman, S. A, AlOjan, A., AlShammari, M., & Ammar, A. (2019). Awareness of spina bifida among family of affected child. A cross sectional questionnaire. *Saudi Medical Journal., 40*(7), 727-731.

Panská, S. (2013). Aplikované pohybové aktivity osob se sluchovým postižením. In M. Kudláček (Ed.), *Základy aplikovaných pohybových aktivit.* Olomouc: Univerzita Palackého.

Pásková, M., & Zelenka, J. (2005). *Výkladový slovník cestovního ruchu.* Praha: Ministerstvo pro místní rozvoj.

Pavlíček, R. (2018). *Kolik je v České republice zrakově postižených lidí?* Retrived 1. 6. 2018 from the World Wide Web: https://poslepu.cz/kolik-je-v-ceske-republice-zrakove-postizenych-lidi/

Pejšková, I., & Mareček, A. (2010). Rehabilitační a protetická péče o pacienty – diabetiky po amputaci končetiny. *Medicína pro praxi, 7*(5), 216–220.

Pfeiffer, J., & Švestková, O. (2008). *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví.* Praha: Grada Publishing.

Pipeková, J. (2006). *Kapitoly ze speciální pedagogiky.* Brno: Paido.

Potměšil, J. (1997). Sport zdravotně postižených. In: P.Tilinger & T. Perič: *Sborník referátů z národní konference Tělesná výchova a sport na přelomu století (1st. ed.).* Praha: FTVS UK.

Pražská organizace vozíčkářů, o.s., (2014). *Metodika kategorizace přístupnosti objektů. Kritéria pro zařazení objektů do jednotlivých kategorií z pohledu osob s omezenou schopností pohybu.* Retrived from the World Wide Web: https://zbb.cz/sites/default/files/datauzivatele/banyrova/PDF2014/metodika_kategorizace_pristupnosti.pdf

Prugsawan. K, & Horisberger, M. (2017). Sports in Seniors. In V. Valderrabano, M. Easley et al. (Eds.). *Foot and Ankle Sports Orthopaedics* (pp. 105-109). Springer: Cham.

Reedman, S., Boyd, R. N., & Sakzewski, L. (2017). The efficacy of interventions to increase physical activity participation of children with cerebral palsy: a systematic review and meta-analysis. *Developmental Medicine & Child Neurology, 59,* 1011-1018.

Renotiérová, M. (2004). Speciální pedagogika osob s postižením hybnosti. In M. Renotiérová, L. Ludíková et al. *Speciální pedagogika.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Říčica, J. (2015). *Monitoring bezbariérovosti vybraných lyžařských areálů.* Bakalářská práce, Univerzita Palackého Olomouc, Fakulta tělesné kultury, Olomouc.

Sís, E. (2010). *Analýza sportovišť v Brně z hlediska bezbariérového přístupu.* Diplomová práce, Masarykova univerzita v Brně, Fakulta sportovních studií, Brno.

Smith, B., Kirby, N., Skinner, B., Wightman, L., Lucas, R. & Foster, C. (2018). Physical Activity for General Health Benefits in Disabled Adults: Summary of a Rapid Evidence Review for the UK Chief Medical Officers'Update of the Physical Activity Guidelines'. London: Public Health England. In B. Smith & A. Sparkes (Eds.), *Disability, sport and physical aktivity*. Routledge Handbook of Disability Studies (2nd ed., pp. 391-403).

Smith, B. & Sparkes A. (2019). *Disability, sport and physical aktivity.* Routledge Handbook of Disability Studies (2nd ed., pp. 391-403).

Sherrill, C. (2004). *Adapted physical aktivity, recreation and sport: Crossdisciplinary and lifespan (6th ed.).* Boston, Mass.

Slowík, J. (2007). *Speciální pedagogika.* Praha: Grada Publishing.

Slowík, J. (2016). *Speciální pedagogika 2., aktualizované a doplněné vydání.* Praha: Grada Publishing.

Souralová, E. & Langer, J. (2005). *Surdopedie: studijní opora pro kombinované studium.* Olomouc: Univerzita Palackého.

Stehlíková, J. & Řezník, T. (2018). An accessible Brno city centre for people with impaired mobility. *Journal of Maps, 14*(1), 81-87.

Suchá, J., Jindrová, I., & Hátlová, B. (2013). *Hry a činnosti pro aktivní seniory.* Praha: Portál.

Supová, I. (2017). *Digitální mapa bezbariérového přístupu pro město Uherské Hradiště.* Bakalářská práce, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta aplikované informatiky, Zlín.

Svatoň, V., & Tupý, J. (1997). *Program zdravotně orientované zdatnosti.* Praha: Svoboda.

Šrámková, L. *Mapování bezbariérovosti sportovišť a vybraných zařízení pro výuku studentů Fakulty tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci.* Diplomová práce, Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta tělesné kultury, Olomouc.

Švestková, O., Angerová, Y., & Sládková, P. (2009). Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (ICF) – kvantitativní měření kapacity a výkonu. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie, 72/105*(6), 580–586.

Temple, V. A. (2009). Factors associated with high levels of physical activity among adults with intellectual disability. *International Journal of Rehabilitation Research, 32*(1), 89-92.

Titzl, B. (1998). *Postižený člověk ve společnosti. Hledání počátků.* Praha: Pedagogická Fakulta Univerzity Karlovy v Praze.

Trojan, S., Druga, R., Pfeiffer, J., & Votava, J. (2004). *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka.* Praha: Grada.

UZPS [Unie zdravotně postižených sportovců České republiky, z.s.] (2019). Zpráva o činnosti za rok 2018. Retrieved 17.4.2019 from the World Wide Web: http://www.uzps.cz/wp-content/uploads/2019/04/20190417_Vyrocni_zprava_UZPS_CR_za_rok_2018.pdf

United States Department of Health and Human Services. (2018). *President's council on sports, fitness and nutrition. Physical activity facts.* Retrieved 26.1.2017 from the World Wide Web: https://www.hhs.gov/fitness/be-active/physical-activity-initiative/index.html

University of Nebraska - Lincoln. (n.d.). *Physical Activity for Older Adults.* Retrieved from the World Wide Web: https://food.unl.edu/physical-activity-older-adults

Urbanová, A. (2012). Dětská mozková obrna v systému sociální péče. *Revision & Assessment Medicine / Revizní A Posudkové Lékařství, 15*(1), 13-22.

Ústav zdravotnických informací a statistiky. (2012). *Aktualizace MKN-10 s platností od 1.ledna 2012.* Retrieved 2.2.2012 from the World Wide Web: http://www.uzis.cz/zpravy/aktualizace-mkn-10-platnosti-1-ledna-2012

Valenta, M. (2012). Referenční rámec MKF. In M. Valenta et al. (Eds.), *Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu.* Praha: Grada.

Venclík, M. (2016). Práva osob se zdravotním postižením a příslušná světová legislativa. In M. Venclík et al. (Eds.), *Začleňování osob s tělesným postižením do společenského a pracovního života.* Jihomoravský kraj.

Venclík, M., Venclíková, S., Juhová, E., Slavíčková, A., Chladová., E., Svobodová, H., Pezlarová, B., Ergens, T., Škaroupka, Z., & Přikrylová Kučerová, H. (2016). *Začleňování osob s tělesným postižením do společenského a pracovního života.* Jihomoravský kraj.

Venclíková, S. (2016). Základní typy zdravotního postižení. In M. Venclík et al. (Eds.), *Začleňování osob s tělesným postižením do společenského a pracovního života.* Jihomoravský kraj.

Veřejný ochránce práv. (n.d.). *Článek 30: Účast na kulturním životě, rekreace, volný čas a sport.* Retrieved from the World Wide Web: https://www.ochrance.cz/monitorovani-prav-lidi-se-zdravotnim-postizenim/umluva-ve-znakovem-jazyce/clanek-30-ucast-na-kulturnim-zivote-rekreace-volny-cas-a-sport/

Veřejný ochránce práv. (n.d.). *Článek 9: Přístupnost.* Retrieved from the World Wide Web: https://www.ochrance.cz/monitorovani-prav-lidi-se-zdravotnim-postizenim/umluva-ve-znakovem-jazyce/clanek-9-pristupnost/

World Health Organization. (1980). *Intenational Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps.* Geneva: Author.

World Health Organization. (2001). *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF.* Praha: Grada Publishing, a.s.

World Health Organization. (n.d.). Physical Activity and Older Adults. Retrieved from the World Wide Web: https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/en/

Záhumenský, E. (2014). Sulodexid (Vessel Due F) v léčbě rozsáhlé bércové ulcerace u polymorbidní pacientky. *Kazuistiky v angiologii, 2*(4), 23–24.

Zdařilová, R. (2011). *Bezbariérové užívání sportovních staveb.* Praha: Ministerstvo pro místní rozvoj.

Zeman, M., & Krška, Z. (2011). *Chirurgická propedeutika (3rd ed.).* Praha: Grada Publishing.

Seznam použitých zkratek

AAIDD	American Association on Intellectual and Developmental Disabilities
APA	Aplikované pohybové aktivity
ČSMPS	Český svaz mentálně postižených sportovců
ČSÚ	Český statistický úřad
ČUS	Česká unie sportu
DMO	Dětská mozková obrna
INAS-FID	International Sports Federation for Persons with Intellectual Disability
MKF	Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví
MP	Mentální postižení
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
OECD	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
OSN	Organizace spojených národů
PA	Pohybová aktivita
VVZPO	Vládního výboru pro zdravotně postižené
WHO	Světová zdravotnická organizace