

**Západočeská univerzita v Plzni**

**Fakulta pedagogická**

**KATEDRA TĚLESNÉ A SPORTOVNÍ VÝCHOVY**

**REKREAČNÍ A POHYBOVÉ AKTIVITY PRO JEDINCE S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM V  
PLZEŇSKÉM KRAJI**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Tomáš Strnad**

Tělesná výchova a sport se zaměřením na vzdělávání, obor TVSV

Vedoucí práce: Mgr. Věra Knappová, Ph.D.

**PLZEŇ, 2013**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně s použitím uvedené literatury a zdrojů informací.

červen 2013 v Plzni

.....

Poděkování patří mé vedoucí Mgr. Věře Knappové Ph.D. za její cenné rady, které mi poskytla při psaní mé bakalářské práce. Bakalářská práce vznikla v rámci projektu Příprava pro tělesnou výchovu osob s postižením CZ.1.07/2.2.00/15.0336.

## Obsah

1. Úvod.....	3
2. Cíle a úkoly.....	5
2.1. Cíle.....	5
2.2. Úkoly .....	5
3. Historie .....	6
4. Zdravotní klasifikace vozíčkářů .....	9
4.1. Klasifikace sportovců s dětskou mozkovou orbou.....	11
4.2. Základní rozdělení pohybových vad u tělesně postižených.....	12
4.2.1. Mozková a traumatická obrna .....	13
4.2.2. Získané a vrozené vady .....	15
4.2.3. Svalová onemocnění .....	15
4.2.4. Malformace a amputace .....	16
4.2. Klasifikace kompenzačních pomůcek .....	17
4.2.1. Druhy kompenzačních pomůcek.....	17
5. Pojem tělesné postižení.....	19
5.1. Specifika tělesného postižení.....	19
6. Rekreační sport versus vrcholoví sportovci .....	21
7. Aplikované pohybové aktivity .....	22
7.1. Katedra aplikovaných pohybových aktivit v České republice.....	22
8. Vhodnost sportu podle specifík tělesného postižení .....	24
9. Význam tělesné kultury pro tělesně postižené s cílem socializace .....	25
9.1. Integrace tělesně handicapovaných ve sportu .....	26
9.1.1. Integrace žáků do tělesné výchovy .....	26
9.2. Komunikace s jedinci s tělesným postižením.....	27
10. Centra poskytující rekreační pohybovou aktivitu tělesně postižených.....	29
10.1. Metoda získávání dat .....	30
10.2. Analýza dat.....	30
10.3. Vyhodnocení dat .....	38
11. Diskuze.....	41
12. Závěr .....	43

13. Resumé .....	45
14. Summary.....	46
14. Seznam použité literatury a pramenů .....	47
15. Seznam příloh .....	1

## 1. Úvod

V historii se můžeme setkat s různými přístupy k lidem s tělesným postižením, často byli takoví jedinci naprosto vyčleněni ze společenského života. Po druhé světové válce se veřejnost začala více zajímat o osoby s tělesným postižením a možnosti, jak takovým lidem pomoci, což souviselo s velkým množstvím vojáků, kteří utrpěli na frontě různá zranění, a ta jim dále znemožňovala normální pohyb. Odborníci se později začali zabývat také pohybovými aktivitami lidí s tělesným postižením. Přesto se domnívám, že sportu tělesně postižených je věnována stále mnohem menší pozornost než sportu zdravých jedinců a tělesně postižení jsou v této oblasti odsouváni na vedlejší kolej, a proto jsem si vybral jako téma své bakalářské práce Rekreační a pohybová aktivita pro jedince s tělesným postižením v Plzeňském kraji.

Lidé s tělesným postižením jsou lidé, kteří mají poruchu funkce pohybového ústrojí. Někteří z nich jsou odsouzeni na invalidní vozík. V dnešní době narůstá výskyt pracovních zranění a také procento poranění při provozování pohybové aktivity. Zranění páteře, které mívají za následek částečné či úplné ochrnutí a s tím související poruchu či ztrátu hybnosti, jsou poměrně časté a měli bychom si uvědomit, že takové zranění může potkat každého z nás. Lidé s tělesným postižením se často setkávají s předsudky svého okolí (např. „člověk na vozíku = člověk mentálně postižený“), které má tendence s nimi jednat „jinak“ (i přehnaná starostlivost většinou není na místě a není potřebná). Přitom lidé s tělesným postižením by byli mnohdy jistě nejraději, kdybychom se k nim chovali naprosto stejně jako k lidem bez tělesného postižení.

Co se týče sportu, i tam by lidé s tělesným postižením měli mít stejné příležitosti pohybových aktivit jako jedinci „zdraví“. Z tohoto důvodu jsem se ve své bakalářské práci rozhodl zjistit možnosti pohybových aktivit tělesně postižených v Plzeňském kraji. Integraci osob s tělesným postižením a možnost jejich sportovního vyžití vidím jako nesmírně důležitou. Právě za pomoci pohybových aktivit lze dosáhnout lepšího začlenění do společnosti. A je ideální, aby tento proces probíhal už od raného dětství.

Mnoho lidí s tělesným postižením najde ve sportu smysl života. Mají pak velkou motivaci a duševní sílu k dosahování vynikajících výkonů v pohybových aktivitách. Sport obecně přispívá ke zdokonalení individuálních schopností, na základě nichž se pak zpravidla zlepšuje samostatnost jedince v běžném životě a minimalizuje se potřeba pomoci od druhé osoby, člověk s tělesným postižením se tak stává více soběstačným.

Tato práce by mohla posloužit hlavně lidem, kteří se chtějí zabývat rekreační pohybovou aktivitou tělesně postižených v Plzeňském kraji. Měla by je informovat částečně o historii, typech a o klasifikaci tělesného postižení. Dále se zabývá různými pomůckami, které handicapovaní využívají. V neposlední řadě informuje o centrech v Plzeňském kraji, která nabízejí pohybové aktivity tělesně postiženým. Informace o centrech byly získávány výzkumnou metodou dotazníku a polostrukturovaného rozhovoru.

## **2. Cíle a úkoly**

### **2.1. Cíle**

Cílem mé bakalářské práce je zmapovat možnosti rekreačních pohybových aktivit pro tělesně postižené v Plzeňském kraji.

### **2.2. Úkoly**

Pro splnění cílů jsem si dal tyto dílčí úkoly:

1. Vytvořit dotazník pro centra a sdružení pečující o tělesně postižené
2. Vyhledat, kontaktovat a vyplnit s centry dotazník
3. Analyzovat data z dotazníků
4. Vyhodnocení analyzovaných dat



### 3. Historie

Kapitolu historie jsem do práce zahrnul, jelikož považuji za důležité zde zmínit důležitá data a osoby, které se pojí s touto problematikou. Tato kapitola by měla sloužit k uvedení historických souvislostí pro následné pochopení dalších poznatků. V historii zdravotních pomůcek pro tělesně postižené bych chtěl zmínit dvě jména. To první je Ludwig Stuart. Z nejstarších dochovaných zpráv, se můžeme dočíst o tzv. „křesle na kolech“. Bylo tomu 11. ledna roku 1662, kdy Stuart pořádal slavnostní večeři. Při této příležitosti ukazoval hostům na svém sídle různé kuriozity. Mezi nimi právě zmíněné křeslo. Stuart nepatřil k zdravotně postiženým, ale jelikož to byl člověk velice pohodlný, chtěl si usnadnit pohyb z místa na místo, a proto si vynalezl tuto pomůcku. Díky němu se tělesně postižení stali soběstační a zvýšili tak možnost socializace do společnosti. V průběhu integrace začala být poptávka o pohybových aktivitách, která bohužel přispěla velkým počtem mladých lidí, kteří byli odkázáni na invalidní vozík z důvodu úrazu ve válce. Až ve 20. stoletím se invalidní vozík stal součástí tělesně handicapovaných ve sportovní sféře.

Druhou významnou osobou je Sir Ludwig Guttmann. Ten prohlásil, že: *„Sport by se měl stát pro postižené hybnou silou, která pomůže nalézt nebo obnovit vlastní vztah k okolnímu světu a tím ke svému uznání coby rovnocenného a plnohodnotného občana.“* Sir Ludwig Guttmann byl neurolog. V roce 1944 založil a dále vedl ve Velké Británii rehabilitační ústav Stoke Mandeville. Zabýval se vojáky, kteří utrpěli zranění v průběhu druhé světové války. Jejich poškození se týkalo většinou v oblasti míchy. Vojáci byli obvykle mladí jedinci, proto jim naordinoval nejen rehabilitační procedury, ale díky své představě, která měla velký potenciál ve sportu, také tělesnou výchovu a sport. Zejména sport se uchytil mezi vozíčkáři. Překvapivě hodnotné výkony vozíčkářů přivedli Guttmanna na myšlenku uspořádat sportovní soutěže. Díky rehabilitačním ústavům pro válečné veterány se rozvíjí sport i mimo Evropu, především v Americe a Kanadě. Právě v těchto zemích se modifikují sporty, kterými jsou například: lehká atletika, plavání, sportovní hry, basketbal, softbal a vodní polo. Ve Velké Británii se kromě těchto disciplín rozvíjejí sporty, jako je šerm, kuželky, lukostřelba, vzpírání a volejbal. Sportovní klání se prováděla jen v rehabilitačních ústavech nebo pouze regionálně, protože pravidla ve sportovní činnosti

se ústav od ústavu lišila. První oficiální hry byly v roce 1948, zúčastnilo se 16 vozíčkářů z Anglie, včetně dvou žen. Své síly porovnávali v lehkootletických disciplínách, v jízdě zručnosti, lukostřelbě a kuželkách (Historie sportu vozíčkářů).

V českém prostředí se pohybové aktivity začaly rozjíždět v roce 1948 v rehabilitačních centrech Kladruby a v Chuhelné u Opavy. Po návratu z léčebných ústavů lidé hledali další možnosti sportovního vyžití. Na základě zvýšené poptávky vznikaly další oddíly pro tělesně postižené jedince, které byly zpočátku při tělovýchovných jednotách. „V roce 1951 byla zřízena v Československém svazu tělesné výchovy Komise pro sport defektních osob, která byla v roce 1961 přeměněna v Sekci defektních sportovců.“ V roce 1970 vzniká samostatný svaz ČSVT, který zahrnuje tělesně a zrakově postižené. Po roce 1989 svaz zaniká a vznikají jednotlivé svazy (Kábele 1992: 12–17).

Za zmínku v historii si zaslouží i první krůčky paralympiády. První byla v roce 1960. Paralympiáda je obdobou klasických olympijských her, koná se taktéž jednou za 4 roky. Jedince nominuje Český paralympijský výbor, který vzniká až v roce 1994 po iniciativě Mezinárodního paralympijského výboru. Zpočátku se paralympiády zúčastnili jenom jedinci s těžkým poraněním páteře, tedy paraplegici. Toto slovo pak dalo základ k názvu paralympiáda. Časem se paralympiád zúčastňovali i sportovci s lehčím poraněním. S tím se pojí zavedení klasifikace sportovců, které bylo nutné, a následné rozšiřování o další sportovní činnosti (Kudláček Martin 2007: 5).

### Historický přehled letních a zimních paralympijských her

Rok konání	Země konání	Město	Počet účastníků
------------	-------------	-------	-----------------

#### Letní paralympiády

1960	Itálie	Řím	400
1964	Japonsko	Tokio	370
1968	Izrael	Ramat Gat	750
1972	NSR	Heidelberg	1004
1976	Kanada	Toronto	1560

1980	Nizozemí	Arnhem	1973
1984	USA	New York	1800
1988	Jižní Korea	Soul	3020
1992	Španělsko	Barcelona	3100
1996	USA	Atlanta	3195
2000	Austrálie	Sydney	4125
2004	Řecko	Athény	3837

### Zimní paralympiády

Rok konání	Země konání	Město	Počet účastníků
1976	Švédsko	Ornskoldsvik	420
1980	Norsko	Geilo	450
1984	Rakousko	Innsbruck	457
1988	Rakousko	Innsbruck	800
1992	Francie	Tignes	750
1994	Norsko	Lillehammer	1000
1998	Japonsko	Nagano	1000
2002	USA	Salt Lake City	1100

(Kábele 1992: 16).

## Teoretická část

### 4. Zdravotní klasifikace vozíčkářů

Klasifikace sportovců je nezbytná a určuje rozdělení do několika skupin. Toto rozdělení by mělo zajistit fair play. V mé bakalářské práci to považuji za důležité, protože i v rekreačním sportu se může člověk s klasifikací setkat. Klasifikace vozíčkářů je systém, který se vyvíjí ruku v ruce se sportem těchto osob. Právě systém dokáže spravedlivě zapojit do sportovní činnosti lidi na vozíku s ohledem na jejich postižení. Každá pohybová aktivita má svůj systém, který rozeznává míry postižení. *„Klasifikace může být mezinárodní, národní a permanentní.“* (Kábele 1992: 94).

Za pomoci množství ukazatelů, které bodově hodnotí klasifikaci tělesně postiženého vozíčkáře, můžeme dostat spravedlivé rozdělení. Zde jsou faktory, které jsou brány v úvahu:

#### 1. Testování svalové síly

Testuje se podle (Danielse a Worthingama 1980), kteří hodnotí svalovou sílu na pětistupňové škále. První stupeň je 0, ten je definován, jako žádné volní kontrakce. Druhý stupeň je už se slabou kontrakcí, ale bez pohybu končetin. Třetí stupeň vypovídá o kontrakci s celým pohybem proti gravitaci. Předposlední, tedy čtvrtý bod je s plným rozsahem pohybu. Poslední bod se vyznačuje normální silou s celým rozsahem pohybu proti odporu.

#### 2. Proprioceptivní vnímání

Tato metoda se používá u sporných případů, kdy testovaná osoba je zkoušena z úrovně přijímání podnětů. Není založena na vnímání, ale na pohybové úrovni jedince. Pohybová úroveň je na základě pohyblivosti segmentů těla a pohyblivosti kloubů.

#### 3. Udržení rovnováhy v sedu

Testování je určeno hlavně pro paraplegiky. Je to totožné s testováním funkce břišního svalů a s extenzory zádočných svalů. Dále se zaměřuje na supinace v dolní končetině a na pronaci v horní končetině. Testování bylo rozděleno do 5 stupňů. První stupeň je označován jako normální. Jedinec dokáže udržet rovnováhu proti tlaku bez pomoci horních končetin. Za dobrou rovnováhu považuje udržení rovnováhy bez většího úsilí proti střednímu tlaku. Méně dobrá rovnováha je u jedinců, kteří si proti mírnému tlaku dopomáhají pažemi. Slabá rovnováha je, když jedinec proti mírnému tlaku ztrácí rovnováhu. Nejhorší hodnocení pro jedince je nulová rovnováha. Jedinec si nedokáže sednout a neudrží se v sedu bez pomoci paží.

#### 4. Spasticita – křečové stažení svalů

Zvýšení svalového napětí, které brání jedinci, aby dál pokračoval v pohybu. V některých případech si jedinec fixuje postiženou končetinu k vozíku, což se někdy dostává do sporu s pravidly.

#### 5. Míra fixace k vozíku

Fixace má nesporně kladný dopad na výkon jedince, ať už je to fixace končetin nebo trupu k vozíku. Jak už jsem uvedl v bodě čtyři, je to vždy otázka pravidel, kdy se může fixace využít, a kdy se použít nesmí.

#### 6. Deformity kloubů a kostí

Jedná se o možnou deformaci kosti, či klouby z důvodu zranění zdeformovat. Jedinec si pak zlomeninu fixuje k vozíku, a proto je velice těžké u této klasifikace spravedlivě rozhodnout. Zde musíme brát zřetel na vliv zlomeniny na výkon.

#### 7. Uměle vyvolané znehybnění končetiny nebo kloubu

Jinak bychom mohli říct artrodéza, což znamená, že dochází k znehybnění kloubu. Sportovec tím ztrácí pružnost a ohebnost, ale může získat na rovnováze. Někteří vozíčkáři využívají na pomoc protetické pomůcky.

#### 8. Používání kompenzačních pomůcek

Pro klasifikaci je nezbytné, aby tyto pomůcky, které chtějí použít při tělesné aktivitě, měli i při testování.

## 9. Tréninkový efekt

Posouzení jedince vychází především z neurologického nálezu, zde se nebere ohled na schopnosti a dovednosti tělesně postiženého (Kábele 1992: 94–96).

### 4.1. Klasifikace sportovců s dětskou mozkovou orbou

Tuto kapitola jsem zařadil proto, že dětská mozková obrna se nejčastěji vyskytuje mezi členy v centrech poskytující pohybovou aktivitu pro tělesně postižené. Klasifikace sportovců s dětskou mozkovou obrnou je rozdělena do 8 profilů.

#### Funkční profil - CP1

Kvadruparik je těžké postižení. Má chabou pohyblivost všech končetin, včetně trupu. Není schopen samostatného pohybu, a proto využívá elektrický vozík a asistenta. Dolní končetiny jsou pokládány za nefunkční a horní jsou těžce omezené v pohybu. Trup má špatné statické a dynamické vlastnosti a je problém vrátit trup do vzpřímené polohy.

#### Funkční profil - CP2

Kvadruparik je těžké až střední postižení. CP2 může oproti CP1 pohánět invalidní vozík. Dolní končetinu mívají částečně funkční, ale jsou zřídka schopni chůze. Statická poloha trupu je o něco lepší, dynamická je stále chabá. Zpět do osy těla mu pomáhají ruce a částečně hlava. Horní končetiny mají těžké až střední postižení. Jestliže jsou ruce těžce postižené, rozhoduje se zařazení podle funkčnosti dolních končetin. Jedinec je schopen využívat horní končetiny k pohonu vozíku.

#### Funkční profil - CP3

Kvadruparik střední postižení. U tohoto typu je úplná funkční síla v jedné horní končetině. Funkčnost spočívá v omezené extenzi a dotažení paže. Je schopen samostatně pohánět vozík. Částečná funkce dolních končetin. Rotace trupu žádná, stabilizace trupu je dobrá. Odhad vychází z paže a ne z trupu.

#### Funkční profil - CP4

Diparetik je střední až těžké postižení. Střední až těžké postižení dolních končetin s nemožností chůze. Horní končetiny mají relativně normální sílu. Trup má velmi malé omezení. Při stožení si můžeme všimnout špatné rovnováhy.

#### Funkční profil - CP5

Diparetik má střední postižení. Je schopen chůze za pomoci kompenzačních pomůcek. Horní končetiny mají střední nebo vážné omezení, které můžeme zpozorovat při odhodu. Normální statická rovnováha, ale špatná dynamická.

#### Funkční profil - CP6

Střední postižení, obvykle s ataxií. Jedinec je schopný bipedální lokomoce bez kompenzačních pomůcek. Funkčnost dolních končetin se liší v závislosti na daný sport. Horní končetiny jsou středně až těžce postiženy, u odhodu vykazují uvolněnost pohybu.

#### Funkční profil - CP7

Hemiparetik je jedinec, který dokáže lokomoci bez kompenzačních pomůcek. Často tito jedinci kulhají, je to převážně způsobeno funkčností jedné strany těla. Dolní končetiny jsou při chůzi dotaženy. Dominantní paže má dobrou funkční kontrolu.

#### Funkční profil - CP8

Do této skupiny patří jedinci s velmi lehkým postižením. Aby byli zařazeni do profilové skupiny č. 8, musí vykazovat zřetelné křečovitě známky (Kudláček 2007: 17-21).

## **4.2. Základní rozdělení pohybových vad u tělesně postižených**

Rozdělení pohybových vad tělesně postižených lze třídit do několika skupin. Do první kategorie bychom mohli zařadit vady, které vznikly v prenatálním, perinatálním

a postnatálním období. Patří do nich vady vrozené a dědičné, které mohou být způsobeny nemocí, či traumatickým zraněním. Pro další skupinu jsou kritéria podle určení místa postižení. Tím mohou být například: obrna centrální, periferní nebo amputace. Další kategorie se týká svalového onemocnění a jeho řešení a problém hledáme přímo ve svalu (Kudláček 2007: 16).

#### **4.2.1. Mozková a traumatická obrna**

##### **Dělení obrny podle dvou specifíků**

- a) Paréza – se popisuje jako neúplná obrna, kdy jedinec může postiženou končetinou částečně pohybovat
- b) Plegie – je definována jako úplná ztráta v hybnosti postižené končetiny

##### **Pojmy k mozkové obrně**

Monoparéza/monoplegie – v tomto případě je postižena jenom jedna končetina. Můžeme se to také definovat, jako hemiplegii v začátcích stadia.

Diparéza/diplegie – postižené je celé tělo, především dolní končetiny. U těchto jedinců si můžeme všimnout flexe v koleni a v kyčli. Postavení dolních končetin je proanci.

Triparéza/triplegie – postiženy jsou tři končetiny. V případě postižení všech čtyř končetin to nazýváme jako quadraparesa. Triparéza lze odlišit od hemiparézy velice obtížně.

Hemiparéza/hemiplegie – jedná se o postižení poloviny těla. Postižené jsou jak horní, tak dolní končetiny. Horní končetiny jsou v tomto případě na tom mnohem hůř. Nachází se buď v abdukci, nebo v addukci. Ruce jsou v pronačním postavení obvykle i s flexí v lokti. (Vítková 1998: 20).

Podle Kudláčka (2007) je dětská mozková obrna (DMO) patologický stav jedince, kdy dochází k ranému poškození vývoje člověka. Postihuje svalový tonus, pohyb a motorické schopnosti. Ovlivňuje svalovou kontrolu a koordinaci i jednoduché pohyby.



Problémy nastávají například i u dlouhodobého stání. Ovlivňuje to také další životně důležité funkce (např. motoriku svalů). Mezi ně řadíme dýchání, ovládání močového měchýře a střev, stravování a učení. Obrna je obvykle způsobena poškozením mozku. Poškození mozku, které vede k mozkové obrně, může také vést k jiným zdravotním problémům, včetně zhoršení zraku, sluchu a řeči, problémy a poruchami učení. Mozková obrna je jedním z nejčastějších vrozených poruch. Využívá se léčebné terapie. Také existují speciální zařízení, kde se těmito lidem věnují. V některých případech může chirurgie pomoci dítěti, které je poté schopné žít částečně samostatně.



<http://www.pomocjedendruhemu.sk/pribehy/3/Jakub%20KUZ%C3%81R?region=ba>

Traumatická obrna vzniká po úrazu hlavy, při kterém dochází ke zranění lebky i mozku. Mezi nejlehčí poranění hlavy řadíme otřesy mozku, jinak řečeno také komoce, která je dále rozdělena do tří stupňů. Na otřes lehký, střední a těžký. Další a závažnější poranění hlavy je stlačení mozku neboli komprese. Mezi nejtěžší poranění mozku řadíme zhmoždění, jinak řečeno kontuze. Důsledky poranění mozku můžou přijít až o několik hodin později a následky závisí pochopitelně na části poškozeného mozku. Traumatické poškození mozku je spjata také se značnými a i dlouhodobými poruchami po stránce psychické (Kraus 2005: 89–90), (Kudláček Miroslav 2012: 28–82).

#### **4.2.2. Získané a vrozené vady**

Mezi vrozené vývojové vady páteře řadíme rozštěpení páteře (spina bifida). Nejčastěji vzniká okolo 25 týdne těhotenství. Důsledkem je neuzavření jednoho či více páteřních kanálků. Nejčastěji se tento defekt objevuje v oblasti bederní páteře. Jedinec pak částečně nebo úplně ztrácí hybnost v dolních končetinách.

Dalším typy jsou deformace získané nebo vrozené vady, které se vyznačují nesprávným tvarem některé z části těla. Mezi vrozené vady bychom mohli zařadit vykloubení kyčlí, ať už je jednostranné či oboustranné. Příčinou je nedostatečné vyvinutí kyčelního kloubu. Následkem je úplné vykloubení hlavice, tedy luxace nebo částečné vykloubení hlavice, jinak řečeno subluxe. Jestliže se včas zasáhne, může se do jisté míry předejít budoucím potížím u jedince. U těchto jedinců se po vyléčení nedoporučuje, aby se věnovali vrcholovému sportu, výjimkou je plavání. Další získaná vada je Perthesova choroba. Jedná se o chorobu, při které se rozpadá kyčelní kloub. Důsledkem je ztráta krevního zásobení kloubu, kvůli kterému se chybně utváří hlavice a jamka. Poté se hlavice poddá nekróze, což je odumření buněk a tkání. Vyskytuje se častěji u chlapců ve věku 4–10 let. Projevem je kulhání, křeče do svalů a bolesti v oblasti kyčelního kloubu. Získané vady vznikají obvykle ze špatného držení těla. To se projeví v první řadě na páteři. Ve frontální rovině nazýváme nežádoucí zakřivení, jako skoliózu. V rovině sagitální se pak jedná o hyperlordózu nebo hyperkyfózu. Příčiny špatného držení těla dělíme podle vlivů na vlivy vnější a vnitřní. Mezi vnitřní řadíme dědičné dispozice, nerovnoměrný růst jedince, psychický stav nebo výživu. Do skupiny faktorů z vnějšího okolí zahrnujeme obezitu, nesprávné a jednostranné zatížení, předčasné zapojení bez kompenzace do vrcholového sportu a také předčasné posazení kojence. Vnější vadám lze snadno předejít, stačí zlepšit špatné návyky a pravidelně zapojit do všedních dnů našeho života zdravotní tělesné cvičení (Šácha 2010).

#### **4.2.3. Svalová onemocnění**

Svalové onemocnění není vždy způsobeno centrálními nebo periferními neurony. Za omezenou nebo úplnou hybností může stát problém přímo ve svalu. Tato problematika se nazývá myopatie. Jde o onemocnění, které zasahuje kosterní svalstvo a konkrétněji

jejich svalové vlákna. Může to být způsobeno poruchou endokrinního systému, metabolickými poruchami, zevními poruchami až nádorovým onemocněním. Myopatii bychom mohli rozdělit do dvou skupin. Jednou skupinou je svalová dystrofie. Jedná se o genetickou vadu, při níž mutuje proteinový gen distrofin. Při onemocnění tímto jevem dochází k neustálému ochabování kosterního svalstva a zároveň úbytku svalové hmoty. Nemoc se projevuje nejčastěji u chlapců. Jedinec okolo druhého a třetího roku ztrácí rovnováhu, často padá na zem nebo má abnormální chůzi. Ve věku okolo puberty jedinec nezvládá chůzi a následkem toho je odsouzen na invalidní vozík. Logicky se stává méně soběstačným a je odkázán na pomoc druhých lidí. Tito jedinci se nedožívají vysokého věku, obvykle je to kolem třiceti let. Tato nemoc je bohužel nevléčitelná, jediná pomoc pro člověka je oddálení stávajících komplikací. Mezi metody, které napomáhají oddálení, řadíme například plavání, alternativní medicínské postupy, různé rehabilitační pomůcky a nepochybně fyzioterapeuty. V těchto případech je častá obezita, která zatěžuje svalové skupiny, což má za následek urychlení vývoje nemoci a výrazné zhoršení kvality života. Do druhé skupiny řadíme myositidu. Jedná se o zánět svalů, který je zapříčiněn infekcí, zraněním nebo selháním autoimunitního systému. Může mít vliv na další části těla, jako jsou například plíce, srdce nebo také střeva. Vyskytuje se především u žen ve věku od 30. do 60. let nebo u dětí ve věku 5 až 15 let. Hlavním příznakem této nemoci jsou svalové slabosti v oblasti kyčelního a ramenního kloubu (Vitalion), (Bachrach 2012).

#### **4.2.4. Malformace a amputace**

Malformace je vrozená vývojová vada. Jedná se o významné tvarové a funkční poruchy. Tyto změny mohou nastat už v embryonálních stádiích. Příčiny malformace mohou být vnitřní (abnormální geny) a zevní (působení chemických, fyzikálních i chemických vlivů na plod skrze tělo matky). Obecně bychom mohli říci, že jde o snížení rychlosti vývoje jedince. Druh a stupeň znetvoření je závislý na fázi, ve které dojde ke zpomalení.

Amputace je umělé chirurgické odstranění končetin. Většina dnešních amputací dolních končetin je provedena v důsledku komplikací cévního systému, velmi časté jsou amputace u osob trpících cukrovkou. Amputace horních končetin jsou nejčastěji

důsledkem úrazů (např. dopravní nehoda, poranění trhavinou, popáleniny). Další příčinou amputace bývá výskyt nádorů. (Paneš 1993: 168).

## **4.2. Klasifikace kompenzačních pomůcek**

Osoba zaměřující se na tělesně postižené by měla znát principy klasifikace kompenzačních pomůcek. Klasifikace pomůcek je jako každá jiná rozdělena do skupin. Sportovci by měli mít relativně všichni stejnou šanci a neměl by být nikdo z nich znevýhodněn. Kompenzační pomůcky pomáhají při lokomoci a vynahrazují tak končetiny, které jedincům chybí či je nedokážou ovládat.

Současná moderní klasifikace kompenzačních pomůcek se dělí do dvou směrů. Prvním směrem je funkční neboli lékařská klasifikace. Ta je používána jenom orientačně, jelikož si klade za cíl začlenit jedince přesně do skupin. Používání této klasifikace má za následek zbytečně velké množství kategorií a s tím související menší konkurenceschopnost závodníků. Druhým směrem se vydává sportovní klasifikace. Její využití je pro sportovce mnohem výhodnější. Každý sport v ní má svoji specifickou klasifikaci a oproti lékařské usměrňuje počet kategorií a umožňuje lepší porovnání soutěžních výkonů (Kudláček Martin 2007: 29–30).

### **4.2.1. Druhy kompenzačních pomůcek**

Kompenzační pomůcky bychom mohli rozdělit do tří skupin. Jsou to pomůcky pro jedince s amputací horní nebo dolní končetiny a dále pomůcky pro jedince, kteří jsou upoutáni na invalidní vozík. Lidé s amputací dolních končetin využívají jako kompenzační pomůcky protézy, které se dále dělí na podkolenní a nadkolenní. Mohou žít téměř ve všech ohledech relativně plnohodnotný život. Protézy mají dnes tu výhodu, že dovedou zastat funkci aktivních kloubů. Lidé využívající protézu mají potřebnou jistotu a protéza jim pomáhá při dynamickém pohybu. Tyto protézy můžeme vidět například u cyklistů, atletů a dalších. Někteří sportovci protézy nepoužívají a snaží se prosadit i bez nich.

Pro jedince, kteří buď nechtějí, nebo nemůžou používat protézy, je kompenzační pomůckou invalidní vozík. Vozík nabízí širokou škálu možností. Jedinec se díky němu může přepravovat z místa na místo, ale také mu může sloužit jako výborný pomocník při sportovní aktivitě. Vozíky rozdělujeme na mechanické a elektrické. Elektrický vozík je

ideální pro jedince s těžkým postižením či onemocněním. Mechanické vozíky jsou rozděleny do skupin podle použití na pasivní, aktivní, sportovníky a formulky. Při použití pasivního vozíku potřebuje jedinec s postižením pomoc od druhé osoby na rozdíl od aktivního, kdy se jedinec podílí na lokomoci.

Sportovní vozíky jsou dále odlišené podle specifik daného sportu. Bývají lehčí a ovladatelnější. Jako i u jiných výrobků můžeme vidět rozdíly mezi vozíky české výroby a vozíky ze zahraničí v kvalitě, použitých materiálech atd. Na vylepšení vozíků se často podílejí sami sportovci. Se zvýšením ovladatelnosti vozíku se však snižuje jeho stabilita, proto se u sportovních invalidních vozíků dělají sklopená zadní kola kvůli zlepšení jeho rovnováhy. Další „vychytávkou“ na sportovním invalidním vozíku je nastavitelná výška posedu. Vozíky jsou pochopitelně odlehčené a některé mají i kola na rychloupínáky. Dalším specifikem mezi závodními vozíky jsou tříkolky, které udrží směr a dobře se ovládají do zatáček. Říká se jim také formulky, jejich váha je okolo 5 kg a dosahují rychlosti i okolo 40 km/h (Kudláček Martin 2007: 30–31).

## 5. Pojem tělesné postižení

Slovo postižení může být vysvětlováno v mnoha významech. V minulosti bylo postižení rozděleno do kategorií podle druhu a stupně defektu. „*V současném pojetí péče, a zejména v rámci pedagogické rehabilitace, mnohem lépe odpovídá vnímání postižení jakožto dimenze, tedy rozměru života.*“ (Jankovský, J., 2001, s. 30). Jedinec s tělesným postižením není schopen úplně normálně fungovat, ať už je to z důsledku úrazu, nemoci či vrozené vývojové vady. Pod tělesným postižením bychom si měli představit vady pohybového a nosného aparátu, které se projevují špatnou hybností. Handicap těchto lidí spočívá v omezeném pohybu. Jejich motorické schopnosti jsou omezeny buď částečně, nebo v podstatném měřítku, to se pak odráží na osobnosti člověka.

„*Z hlediska speciální pedagogiky se za tělesná postižení považují přetrvávající nebo trvalé nápadnosti v pohybových schopnostech s podstatným působením na výkony v oblasti kognitivní, emocionální a sociální.*“ (Vítková 1998). Tělesné postižení má vliv na všechny stránky osobnosti jedince.

### 5.1. Specifika tělesného postižení

Lidé s tělesným postižením jsou jedinci, kteří jsou částečně nebo úplně omezení v pohybu. Mají obvykle problémy s koordinací a s motorikou. Jejich patologické pohybové stereotypy vedou k dalším druhotným zdravotním postižením. Jako příklad si můžeme uvést osobu, která používá berle. Permanentní používání berlí vede k poškození kloubů horních končetin a k zánětům šlach, ale i ke zhoršení stavu páteře. Toto všechno může přispět k tomu, že jedinec skončí na invalidním vozíku. Jedinci s tělesným postižením potřebují technické pomůcky, bezbariérové prostředí, bezbariérovou dopravu atd. Jsou v menší či větší míře závislí na pomoci druhých.

Lidé s tělesným postižením bývají často deprimováni, postihuje je např. citová deprivace, podnětová a zkušenostní deprivace apod. Mnohdy nemohou plně využít svůj potenciál. Zásadním zlomem v životě jedince s tělesným postižením může být čas osamostatnění, kdy jedinec opouští ústavní péči či rodinu a měl by se začlenit do běžného života. Zde hrozí velké nebezpečí sociální izolace a ztráta možnosti navázání dalších

kontaktů. Lidé s tělesným postižením mají také často zkreslené sebehodnocení, neadekvátní prožívání, bývají emočně labilní.

Dalším problémem jedinců s postižením jsou komunikační bariéry. Jejich příčinu můžeme hledat v narušení hybnosti mluvidel nebo v křečových pohybech, které v některých případech vedou k mylnému dojmu okolí, že jedinec trpí mentální retardací. Další bariérou jsou obtíže s porozuměním nebo formulováním myšlenek, sociální učení je omezeno. Také smyslové postižení (sluch, zrak) je velkou překážkou v komunikaci. Komplikovaná může být i situace v oblasti partnerských vztahů, zkušenosti spjaté s partnerskými vztahy jsou malé. Nevyjasněné pohledy do budoucna mohou vést ke snížené motivaci.

Tato specifika tělesně postižených však nelze generalizovat. Je nutné si uvědomit, že i člověk tělesně postižený je plnohodnotná lidská bytost, tedy individuum (Novosad 2009: 105–107).

## 6. Rekreační sport versus vrcholoví sportovci

Tato kapitola by měla jasně vymezit rozdíly mezi rekreačním sportem a vrcholovým sportem. Slovo rekreace bychom mohli doslovně přeložit jako „znovustvoření“. Směřuje jedince k smysluplnému využití volného času a k rozvoji jeho osobnosti po stránce biopsychosociální. Jedinčovo nasazení a vymezení si času pro rekreační sport záleží čistě na jeho svobodném rozhodnutí, které souvisí především s jeho motivací. Rekreační sport zahrnuje nejen soutěžní činnosti, ale také činnosti nesoutěžní. Jedinčův sportovní výkon nehraje v rekreačním sportu zásadní roli. Sport je veden tak, aby nad výsledkem a nad stresem z přepokládaného výsledku převládal prožitek, radost z pohybu a ze setkání. Dalším úkolem rekreačního sportu je vést jedince k všestrannému rozvoji a směřovat ho ke zdravotním cílům (Ondřej 1988: 5–8), (Konopka 2004: 11), (Rekreace).

U vrcholového sportu jde především o výsledek, jemuž předchází tvrdý trénink často bez ohledu na zdravotní rizika a duševní pohodu. Obvykle vrcholový sportovec začíná trénovat už od útlého věku, takže jeho organismus, psychika a klouby dostávají nepřiměřenou zátěž. Někteří vrcholoví sportovci mají po ukončení kariéry problémy se začlenit do normálního života, často se kariéra vrcholového sportovce odráží v mezilidských vztazích v rodině, mezi přáteli apod. Známy citát, který vystihuje vrcholový sport, je od Bertolta Brechta „*Velký sport začíná tam, kde končí zdraví*“ (Biospace).



## 7. Aplikované pohybové aktivity

Aplikované pohybové aktivity se zabývají modifikací podmínek a obsahu výchovně-vzdělávacího procesu, která má vést ke zlepšení životních podmínek osob s tělesným postižením skrz pohybovou aktivitu. Tento obor se věnuje tělesné výchově, rekreačnímu sportu, ale i souhrnu rehabilitací pro jedince s tělesným postižením. Aplikované pohybové aktivity mají za úkol zlepšit motorické schopnosti jedinců, psychický stav a integraci do společnosti za pomoci pohybových aktivit. Se zavedením názvu aplikované pohybové aktivity přišla v České republice prof. Hana Válková v roce 1991. V roce 1996 ho definovala jako „*multidisciplinární strukturovaný systém veškerých kontextů pohybových (i sportovních) aktivit osob se specifickými potřebami, ať už v prostředí separovaném, paralelním či integrovaném, realizovaný v souladu se zájmy, schopnostmi či limity daných osob.*“ (Válková 1996).

Mezinárodní organizace International Federation of Adapted Physical Activity (IFAPA) propaguje celosvětově aplikované pohybové aktivity. Opírá se o výzkumy z oborů, jako jsou výchova a vzdělání, trénink, rekreace, volný čas a rehabilitace aj. Od roku 1984 vydává vědecký časopis s názvem Adapted Physical Activity Quarterly. Svoji aktivitou zlepšuje IFAPA informovanost společnosti o lidech s tělesným postižením a její postoje k těmto jedincům. Činnost IFAPA má teoretický i praktický charakter, spojení teorie a praxe je pro další vývoj integrace a socializace nezbytně nutný (Kudláček Martin 2007: 16).

### 7.1. Katedra aplikovaných pohybových aktivit v České republice

V Olomouci byla v roce 2011 založena katedra Aplikovaných pohybových aktivit, která se zabývá celospolečenskou integrací zdravotně postižených. Jejich doménou je socializace přes sport, tělesnou výchovu a volnočasové aktivity.

- Školní tělesná výchova:
  1. aplikovaná tělesná výchova (ATV) na školách či ve třídách pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami (oblasti speciálního školství)

2. ATV na běžných školách integrovaném prostředí – označovaná také jako integrovaná tělesná výchova (ITV)
  3. zdravotní tělesná výchova (ZTV) na běžných základních školách i školách zřízených pro žáky se SVP
  4. pohybová výchova na základních školách speciálních
  5. rehabilitační tělesná výchova (RTV) na základních školách speciálních
- Sport:
    1. rámci sportovních organizací osob s mentálním postižením (speciální olympiády či hnutí INAS-FID)
    2. rámci sportovních organizací osob s tělesným postižením (IWAS)
    3. rámci sportovních organizací osob se zrakovým postižením (IBSA)
    4. rámci sportovních organizací osob se sluchovým postižením (CISS)
    5. rámci specifických sportů osob s postižením (např. basketbal na vozíku IWBF, volejbal osob s tělesným postižením WOVD)
    6. rámci vybraných paralympijských sportů (např. sledge hokej, atletika, plavání)
    7. v integrovaném pojetí se svazy intaktních sportovců (např. cyklistika nebo veslování)
  - Rekreace – ve smyslu pohybové (či tělocvičné) rekreace dle Hodaně (2005)
  - Rehabilitace – ve smyslu komplexní rehabilitace dle Kábeleho (1988)

(Ješina 2012a)

## 8. Vhodnost sportu podle specifík tělesného postižení

Obecně se doporučuje u tělesně postižených rozvíjet vytrvalost. Ideální je sportovní aktivitu zaměřenou na vytrvalost zařadit 2x týdně v časovém rozmezí minimálně 6-15 minut. U dětí s dětskou mozkovou obrnou se jejich pohybu věnují různá centra nebo instituce. Sportovní aktivity zlepšují fyzický i psychický stav jedinců a zlepšují jejich začlenění do společnosti, proto je velmi vhodné aby byli tito jedinci ke sportu vedeni od dětství. Někteří rodiče však nejsou zastánci sportu, a tak svoje děti neuvážlivě vysvobozují z hodin pohybových aktivit. Nejčastěji se děti seznámí se sportem na léčebných pobytech.

Po ochrnutí nebo poranění páteře závisí vhodnost sportu na nálezu. Paraplegici jsou celý den na vozíku, a proto je vhodné, aby do svých pohybových aktivit zapojili tyto druhy sportu: atletiku, plavání, lukostřelbu, basketbal a tenis na vozíku, lyžování na monoski, sledge hokej na saních, windsurfing, jízdu na vodních lyžích a další. Jedinci při infekční obrně mají podobnou nabídku jako paraplegici. Pro kvadruplegiky jsou vhodné zase tyto sporty: plavání, atletika, stolní tenis, boccia, lukostřelba a jiné. Především boccia je rozšířena mezi jedinci, kteří mají ochrnuté i horní končetiny, při této hře mohou používat rampy a asistenta. Pro osobu s oboustrannou nadkolenní amputací jsou vhodné tyto aktivity: plavání, stolní tenis, lukostřelba a většina sportů na vozíku, lyžování a hokej. Pro osoby s rozštěpy páteře jsou vhodné sporty na vozíku.

Faktorem hrajícím roli při dané pohybové aktivitě je nepochybně rozsah postižení jedince. Při amputaci dolních končetin záleží na délce pahýlu, na který bychom případně mohli nasadit protézu. Někteří jedinci se mohou účastnit běžných sportovních aktivit.

Sherill (2004) zastává názor, že děti s progresivní svalovou dystrofií by se měly normálně, pokud jim to zdravotní stav dovolí, účastnit běžných pohybových aktivit. Také doporučuje, aby si děti osvojily takové pohybové aktivity, ve kterých pak při zhoršení stavu budou moci pokračovat, těmi jsou např.: lukostřelba, házení šipek, rybaření, kuželky, boccia a jiné (Ješina 2012).

## 9. Význam tělesné kultury pro tělesně postižené s cílem socializace

Tato kapitola objasňuje důležitost tělesné kultury při socializaci tělesně postižených. Do složky tělesné kultury bychom mohli zařadit tyto podbody: sport, turistika, pohybová rekreace. Obecně platí (i pro jedince bez handicapu), že pravidelné tělesné cvičení pozitivně ovlivňuje zdravotní, psychický a sociální naladění. Rozvíjí se schopnosti a dovednosti a možnost stát se více soběstačným. Člověk se při pohybových aktivitách seberealizuje, a to může vést k odstranění nebo zmírnění fyziologických a psychických stresů. Tělesná kultura nahrává k plnohodnotnějšímu životu, zapojení do rodinného života, pracovního procesu a společenských akcí, tedy celkově k integraci.

Význam tělesné výchovy pro tělesně postižené spočívá v následujícím:

1. Rozvoj schopností, dovedností, obratnosti, vytrvalosti, rychlosti, rovnováhy, prostorové orientaci a dalším. U jedinců na invalidním vozíku vede ke zlepšení jeho ovládání.
2. Učení se regeneračním a kompenzačním metodám, mezi které řadíme automasáž, posilování, strečink a další.
3. Pozitivní přetvoření jedince a jeho psychických vlastností. Vylepšení zvládnutí emocí, volního úsilí, schopnosti koncentrace aj.
4. Zvládnutí sociálních překážek, tj. integrace mezi tělesně postižené a přijetí sociální role, ale také mezi jedince zdravé. Navnazení zatím nesportujících k pohybové aktivitě.
5. Zabránění vzniku civilizačních chorob, jejichž příčinu můžeme hledat ve špatné životosprávě a v nedostatku pohybu.

Je prokázáno, že tělovýchovné cvičení rozšiřuje možnosti socializace jedince. Sportovní výkony mohou vést ke kompenzování pocitu méněcennosti a k seberealizaci. Participace mezi zdravé jedince při tělesné výchově má kladný dopad pro tělesně handicapovaného (Kábele 1992: 10–12).

## **9.1. Integrace tělesně handicapovaných ve sportu**

Integrace do společnosti je nezbytnou součástí každého člověka. Jedinci s tělesným handicapem mají podmínky pro začlenění stížené. Nedostatečná integrace tělesně postiženého může vést až k jeho vytěsnění na okraj společnosti. To má pak za následek omezení přístupu ke zdrojům (bydlení, zdravotní péče, vzdělání) a následný fatální dopad na jedince (Kudláček Martin 2007: 13–14), (Programy sociální intervence).

Evropská charta představuje důležitost sportu jako faktoru rehabilitačního a dále jako faktoru napomáhajícího v integračním procesu. U lidí s tělesným postižením (stejně tak jako u zdravých jedinců) se zdravý styl života neobejde bez sportovního vyžití. Je dokázáno, že úspěchy ve sportovní sféře mohou kompenzovat tělesné postižení, pocit méněcennosti a usnadnit včlenění do společnosti. Nesmíme také opomenout, že sport obecně vytváří důležité sociální hodnoty, kterými jsou například solidarita, tolerance a fair play.

Jedním typem integrace tělesně handicapovaného do společnosti je „oboustranná integrace“. Ta probíhá dvěma způsoby. Jedním ze způsobů je integrace tělesně postiženého do „normální“ společnosti v oblasti pohybových aktivit. Druhým způsobem je začlenění jedince bez tělesného postižení do sportů tělesně postižených (např. posadíme zdravého jedince na invalidní vozík). (Vyskočil 2008: 56–60).

### **9.1.1. Integrace žáků do tělesné výchovy**

Mezi širší sociální procesy patří nepochybně začlenění žáka s tělesným postižením do běžných škol. Zákon a vyhlášky zajišťují vzdělání jedinců se speciálními potřebami. Faktory, které ovlivňují začlenění jedince s tělesným postižením do běžné školy.

- 1) žák samotný
- 2) rodiče a rodina
- 3) škola a učitelé
- 4) poradenství a diagnostika
- 5) forma integrace

- 6) prostředky speciálně pedagogické podpory
- 7) podpůrný učitel, osobní asistent (případně asistent pedagoga), doprava žáka do školy, rehabilitační a kompenzační pomůcky, úprava vzdělávacích podmínek (IVP)
- 8) architektonické bariéry
- 9) sociálně psychologické mechanismy
- 10) organizace zdravotně postižených

(Vyskočil 2008: 8–11).

Integrace žáka do tělesné výchovy s sebou nese mnoho nezbytných opatření, která by měl pedagog tělesné výchovy znát. Souvisí s tím změny v osnovách a didaktice. Zároveň by měl zajistit bezpečnost, spokojenost a možnost dosažení cílů v prostředí tělesné výchovy. Musíme si uvědomit, že žáci s tělesným postižením tvoří největší počet integrovaných osob z oblasti postižených. Je důležité, aby byla integrace jedince úspěšná, když se tak nepovede, trpí tím celý třídní kolektiv, učitel i samotný jedinec s tělesným postižením. (Kudláček Martin 2007: 93–96).

## **9.2. Komunikace s jedinci s tělesným postižením**

Člověk, který se chce věnovat problematice tělesně postižených, by měl mít přehled o tom, jak správně přistupovat k lidem s tělesným postižením a jak s nimi komunikovat. Velmi důležité je prolomení komunikačních bariér a první kroky na cestě k úspěšné komunikaci s jedinci s tělesným handicapem. Tomuto tématu se věnuje několik odborných publikací.

Podle Fialové (2006) jde komunikace ruku v ruce se socializací jedince do společnosti. To obecně platí pro každou lidskou bytost. Musíme si uvědomit, že tělesné postižení je viditelné, a proto je pro okolí více handicapující než postižení skryté, např. zrakové postižení. Lidé se často nechají ovlivnit haló-efektem, který je spojen s nepříjemnými pocity (pocity strachu, ostychu) a mylnými předsudky. Jedná se o přirozený efekt, který nám však brání v navázání komunikace, proto je třeba tyto pocity vědomě překonat.

Jedním z nežádoucích předsudků je ten, že lidé si spojují tělesně postiženého s jedinci, kteří trpí vadou řeči (dětská mozková obrna, mozkové příhody) nebo s jedinci, kteří ztrácí porozumění a produkci řeči, například lidé s afázií (porucha myšlení, chápání a nacházení slov).

V odborné literatuře najdeme několik rad a doporučení, kterých bychom se měli držet při kontaktu s tělesně postiženým.

1. Vozíčkář má jiný zorný úhel než my, proto se při komunikaci snížíme, v lepším případě posadíme.
2. Bez dovolení vozíčkáře se o vozík neopíráme.
3. Jestliže jde s tělesně postiženým druhá osoba, buď jako pomoc nebo jako doprovod, tak hovoříme vždy s tím, s kým mluvíme, druhá osoba by neměla za tělesně postiženého hovořit.
4. Tělesné postižení nemusí být zákonitě spojeno s dalšími postiženími.
5. Naslouchejme, nechme mluvícímu čas a prostor, ověřujme si zpětně obsahy komunikace.
6. Nezáleží na formě komunikace, když to bude nezbytné, použijme komunikaci neverbální (gesta, mimika, písmo ...)
7. Pomoc člověku by měla být vždy v rovině slušného chování, neměli bychom se vnucovat. Jestliže má jedinec asistenčního psa, neměli bychom ho rušit při jeho poslání pískáním, hlazením a dalšími rušivými elementy.

(Slowik 2010: 23–44), (Fialová 2006: 1–3)

## Praktická část

### 10. Centra poskytující rekreační pohybovou aktivitu tělesně postižených

V této kapitole jsem udělal seznam center, která jsem našel v celém Plzeňském kraji. Jejich hledání bylo za pomoci internetu, letáků, katalogů a doporučení od oslovených lidí. Ne vždy bylo snadné centrum najít nebo ho kontaktovat. Musím říct, že když už jsem navázal kontakt, ať telefonický nebo osobní, lidé byli vstřícní a ochotní.

Seznam center a sdružení v Plzeňském kraji:

1. Projekt Ariel – svoboda pod hladinou
2. Popojedem
3. Hipocentrum Jitřenka
4. Motýl o. s.
5. Lucky kolečka o. s.
6. Centrum pobytových a terénních sociálních služeb Skh Meteor Plzeň
7. Sdružení ty a já
8. Help me
9. Tak pojd' s náma
10. Vozíčkáři Plzeňska
11. Cestovní klub KID

Centra mimo Plzeň:

1. Svaz tělesně postižených v České republice, o. s. Místní organizace Domažlice
2. Stolní tenis vozíčkářů Domažlice



3. Občanské sdružení MCT cz Domažlice
4. Centrum pro zdravotně postižené Plzeňského kraje Rokycany
5. Centrum pro zdravotně postižené Plzeňského kraje Tachov
6. Dům sociální péče p. o. Kralovice

### **10.1. Metoda získávání dat**

V této kapitole zmiňuji výzkumné metody, které jsem použil při šetření dané problematiky. Kvalitativní výzkum se liší od kvantitativního tím, že nedosahuje statistických rozměrů. Kvalitativní výzkum se zaměřuje především na život lidí, chování a také na chod organizací. Vzhledem k těmto charakteristikám jsem si ho vybral pro svou práci. Kvalitativní výzkum je tvořen třemi hlavními složkami. Za prvé jsou to shromážděné údaje, které pocházejí z více zdrojů, za druhé je to analytický postup a ve třetí části tvoříme výzkumné zprávy, které prezentují souhrnný závěr (Straus 1999: 10–12).

Záznamy informací byly vpisovány do otevřených dotazníků. Dotazník byl jednou z výzkumných metod. Někdy bylo nutné shánět informace po telefonu, tudíž jsem použil jako další metodu polostrukturovaný rozhovor. Jeho struktura se částečně opírala o již zmíněný dotazník.

### **10.2. Analýza dat**

Seznam center a sdružení v Plzeňském kraji:

1. Projekt Ariel – svoboda pod hladinou

Projekt Ariel se zabývá potápěním tělesně postižených. Nabízí jim poznání podvodního světa. Učení probíhá v rovině teoretické i praktické. Po absolvování kurzu jsou schopni samostatně provozovat tuto pohybovou aktivitu. Počet členů není stálý, pohybuje se vždy do 10 jedinců. Nemají vyhraněné věkové omezení. Součástí centra jsou instruktoři. Nejčastěji se setkávají s poraněním míchy. Jsou to lidé, kteří mají ochrnuté dolní nebo horní končetiny. Projekt je financován ze sponzorských darů a z členských příspěvků. Jedním ze sponzorů je klub Prodrive, který projektu Ariel nabízí k zapůjčení

potápěčskou výstroj a školené instruktory. Projekt Ariel pořádá výlety za potápěním až do Egypta – Hurghady a Rakouska. V tomto typu aktivit chtějí nadále pokračovat a připravují další lokality vhodné k potápění. Někteří členové se zúčastnili i sportovních turnajů, které jsou například: paintballový turnaj a petangue. Tyto turnaje si klub pořádá sám. Na rozdíl od beachvolejbalových turnajů, které pro členy Ariel zorganizovala třetí osoba. Do budoucna chce projekt Ariel rozšířit členskou základnu.



<http://www.arieldiving.cz/index.php/galerie>

## 2. Popojedem

Organizace, která pořádá mnoho pohybových aktivit. Jsou sledge hokej, rugby, florbal, boccia, basketball. Spolupracují s Meteorem. Nemají stálý počet členů a nemají věkovou hranici. Obecně jsou to vozíčkáři, u kterých se nezkoumá původ postižení a pohyblivost. V organizaci nejsou odborníci přes pohybovou aktivitu. Organizace je samostatně financovaná. Pravidelně pořádají turnaje ve sledge hokeji a v basketbalu. Organizovali tento rok 2013 akci v rámci 700 let města Plzně, kde měli svoje stanoviště,

u kterých bylo možné zapůjčit si invalidní vozík pro zdravé jedince s cílem vyzkoušet si pohybovou aktivitu trochu jinak. Je důležité říct, že organizace začleňuje do pohybové aktivity také jedince zdravé. Organizace má v Plzni na náměstí Republiky kavárnu, kde si široká veřejnost může vyzkoušet, jaké je to být vozíčkářem. Tímto způsobem se snaží změnit pohled na tělesné postižení a omezení, která s tím souvisí.



<https://www.facebook.com/photo.phpfbid=526351294089523&set=pb.344565772268077.-2207520000.1371375186.&type=3&theater>

### 3. Hipocentrum Jitřenka

Centrum se zabývá především hipoterapií dětí s handicapem. Terapie není jen o kontaktu s koněm, ale součástí terapie je také jízda na koni, což napomáhá dětem s postižením bořit zábrany. Můžeme říct, že terapie probíhá skrze pohybovou aktivitu. V centru jsou i tělesně postižení, proto jsem se rozhodl ho zařadit do svého seznamu center, která pečují, i když jen částečně, o tělesně postižené. V centru je mnoho členů, ale s tělesným postižením jsou stálí jen 3 jedinci. Centrum je určeno dětem od 2–15 let. Nejčastěji se setkávají s vrozenými vadami, nebo s dětskou mozkovou obrnou. V tomto centru se vyskytují školení pracovníci a jeden fyzioterapeut. Centrum je financované ze

členských příspěvků. Jitřenka pořádá i sportovní akce pro děti. Netýká se to jen jezdeckých aktivit, kterou je například soutěž v jízdě zručnosti a parkurovém skákání do 50cm pro děti, ale také turistické akce s názvem Hurá na Radyni, což je celodenní podzimní výlet s koňmi.

#### 4. Motýl o. s. a Vlnka

Motýl poskytuje sociální služby zdravotně postiženým. Jejich činnost se zaměřuje hlavně na terapeutické dílny. Pro zdravotně postižené, ale i pro tělesně postižené nabízejí volnočasové aktivity. Pohybové aktivity jsou ve formě pohybových her. Do pohybových her řadí házení s míčem, obručemi, ale také klasické hry, kterými jsou honičky, úpolové a štafety. Také do svých pohybových her zařazují hru s názvem boccia. Konkrétně mají 8 členů z řad tělesně postižených. Věková kategorie jedinců je od 16 let až do 64 let. Nejčastěji se sdružení setkává s dětskou mozkovou obrnou a se svalovou dystrofií. Cvičitelé nejsou odborníky na pohybovou aktivitu, nýbrž samoukové. Tato organizace je dotována městem Plzeň a z příspěvků členů. Organizace nepořádá soutěžní akce v oblasti pohybové aktivity.

Vlna vznikla při Motýlu o. s. Dopolnední hodiny jsou určeny pro rodiče s kojenci a staršími dětmi. V odpoledních hodinách děti navštěvují volnočasové aktivity samostatně. Tělesně postižení jsou vmíseni mezi zdravé jedince. Tělesně postižení mají v případě potřeby asistenta z řad dobrovolníků nebo studentů vysoké školy.

#### 5. Lucky kolečka o. s.

Lucky kolečka nabízejí bocciu, kartski a turistiku. Mají 5 členů, kteří jsou v dospělém věku. Nejčastěji jsou to jedinci s postižením míchy a dětskou mozkovou obrnou. Cvičitelé jsou z řad studentů tělesné výchovy. Jejich organizace je financovaná ze členských příspěvků, se sbírek a z projektu Nadace O2. Kolečka pořádají akce i pro veřejnost a oficiální závody. Dne 28. 5. 2013, se sdružením Popojedem, se stali součástí projektu Kontejnery 2013 v Plzni. Zde nabízeli pro širokou veřejnost možnost zahrát si speciální hru pro vozíčkáře s názvem boccia. Tato hra vychází z petague. Další akcí byla Vozíčkářská míle, která se konala okolo Boleveckého rybníku. Při této akci probíhala soutěž, kdy účastníci si mohli zkusit překážkovou trať na invalidním vozíku. Akce jsou jak

pro tělesně postižené, tak pro zdravé jedince. Organizace usiluje o získání speciální pomůcky kartski. Ta je vhodná pro jedince na invalidní m vozíku, kteří pomocí ní sjíždějí sjezdovku. Což vedlo ke zvýšení poptávky o zimní sport. Získat tuto pomůcky není z hlediska financí snadné. V České republice je těchto pomůcek pouze několik. Lucky kolečka zajistili možnost specifického lyžování na kartski na Železnorudských sjezdovkách.

#### 6. Centrum pobytových a terénních sociálních služeb Zbůch

Centrum ve Zbůchu nabízí velké množství pohybových aktivit. Jsou jimi: atletika, cyklistika, turistika, lukostřelba a kuželky. Mají 218 členů, kteří jsou od 5 let a výše. Jedinci jsou kombinovaně postižení (kvadruplegie, paraplegie, spasticita). Cvičitelé jsou odborníci přes pohybové aktivity. Jejich krytí nákladů je ze sponzorských darů, dotací a z rozpočtu sportovního svazu. Centrum pořádá pro tělesně postižené soutěžní akce.

#### 7. Skh Meteor Plzeň

Skh Meteor nabízí florbal na ligové úrovni. Ale také rekreační pohybovou aktivitu v rámci tréninků, které se konají dvakrát v týdnu. Nyní má oddíl 13 členů. Hráči nejsou věkově omezení. Jedinci jsou všichni odkázáni na invalidní vozík, podmínkou účasti pro tyto aktivity je hybnost horních končetin. Trenéři nejsou přímo odborníky na florbal. V tomto oddíle se neplatí členské příspěvky, protože jsou financováni sponzory. Liga má dohromady 7 kol a jedno z nich klub meteor pořádá v Plzni.

#### 8. Sdružení ty a já

Sdružení Ty a já nabízí taneční pohybovou aktivitu a zdravotní cvičení. Členů mají okolo 13 ve věku od 15 –40. Nejčastěji jsou postiženi dětskou mozkovou obrnou. Cvičitelé jsou z řad budoucích doktorů. Peníze pro sdružení jsou získávány z členských příspěvků a z nadačních fondů. Akce pořádají ve spolupráci s jinými centry. Ve sdružení Ty a já jsem se dozvěděl, že jedinci, i přestože mají pohybovou aktivitu, tak někdy i velkou část pohybu musí za ně udělat asistent, jelikož postižení nedovoluje jedinci celý pohyb vykonat samostatně.

## 9. Help me

Středisko Help me nabízí tábory, kde se jedinci pasivně podílejí na pohybové aktivitě. Je to velice specifické středisko ohledně pohybu. Pohybová aktivita je taková, že na táboře podnikají celodenní pěší pochody, kde za ně pohyb vykonává zdravý jedinec, který tlačí vozík. Mají 40 členů, kteří mají těžké tělesné postižení kvadruplegie. Všichni jedinci jsou postiženi dětskou mozkovou obrnou. Středisko není věkově omezené. Jejich financování je ze sbírek a z peněz sponzorů.



<https://www.facebook.com/photo.phpfbid=320575018075877&set=pb.290326304434082.-2207520000.1371375228.&type=3&theater>

## 10. Tak pojd' s náma

Občanské sdružení Tak pojd' s náma nabízí pohybovou aktivitu ve formě plavání, turistice, zdravotních cvičení, cyklistice a tanci. Počet je v současné době 25 ve věku od 6–35 let. Jejich postižení je převážně mentální s přidruženým tělesným postižením. Cvičitelé nejsou odborníci přes pohybovou aktivitu. Financování jsou z dotací a členských příspěvků. Sdružení nepořádá žádné sportovní akce.

## 11. Vozíčkáři Plzeňska

Tato organizace nabízí rekondiční cvičení, které spočívá k udržení kondičních schopností u tělesně postižených. Nyní má 109 členů ve věkovém rozmezí 25–80 let. Nejčastěji jsou to jedinci na invalidním vozíku nebo o francouzských holích. Organizace je financovaná hlavně z členských příspěvků a menší část financí pochází z dotací. Toto centrum pořádá 3x do roka soutěžní akce. Dále se každoročně zúčastní sportovní akce, která probíhá na Bílé hoře u příležitosti Pražského sportovního dne.

## 12. Cestovní klub KID

Klub se pohybuje ve sféře cestování, turistiky a sportu tělesně postižených. Její hlavní činností je uskutečňovat akce turistického a sportovního charakteru. Nejčastěji jednodenní cesty, kde se vyskytují jedinci s tělesným postižením, nebo vícedenní, kde jsou spíše jedinci zdraví, nebo s lehčím typem tělesného postižení. Členové nemusí být vždy z řad tělesně postižených, ale také z řad zdravých jedinců. Věkové omezení není stanoveno.

Centra mimo Plzeň:

Co se týče center mimo Plzeň, ta jsou těžko dohledatelná, a je jich nedostatečné množství na to, aby pokryly celý Plzeňský kraj. Pohybové aktivity se vyskytují nejčastěji v centrech pro osoby důchodového věku. U těchto jedinců převažuje výskyt zdravotního postižení nad postižením tělesným.

1. Svaz tělesně postižených v České republice, o. s. Místní organizace Domažlice

Organizace v Domažlicích nabízí pohybovou aktivitu plavání a rekondiční pobyty. Tato organizace je složena z několika členů, kteří nejsou věkově omezení. Nejčastějšími členy jsou lidé v důchodovém věku. Financuje je přímo svaz tělesně postižených. Cvičitelé nejsou odborníky v dané problematice. Jediné co organizace pořádá, jsou již zmíněné rekondiční pobyty.

## 2. Stolní tenis vozíčkářů Domažlice

Klub nabízí pohybovou aktivitu ve formě stolního tenisu. Členové v Plzeňském kraji jsou jenom dva, zbytek klubu je ve městě Cheb. Klub nemá věkové omezení pro jedince. Oba členové jsou na invalidním vozíku. Odborníci v této oblasti nejsou, oba jedinci jsou jen aktivními hráči. Financování stolního tenisu je převážně z vlastních zdrojů a částečně z peněz sponzorů. V Klatovech pořádá klub jednou ročně turnaj.

## 3. Občanské sdružení MCT cz Domažlice

Sdružení MCT cz Domažlice nabízí okrajově pohybovou aktivitu plavání a stolní tenis. Centrum tvoří 60 členů. Jejich věk se pohybuje okolo 6–15 let. Nejčastější postižení, se kterým se sdružení setkává, je dětská mozková obrna. Mezi cvičiteli není odborník na pohybovou aktivitu. Toto sdružení je financované ze všech různých směrů, jak sponzorskými dary, tak i státem. Jednou za rok organizují závod na saních. Sdružení se podílí na integraci tělesně postižených tak, že do pohybových aktivit začleňují i zdravé jedince.

## 4. Centrum pro zdravotně postižené Plzeňského kraje Rokycany

Centrum pro své členy nabízí plavání a cvičení. Všichni členové mají možnost individuálního přístupu do místního bazénu. Počet členů je v současné době 140. Okolo 20 členů navštěvuje cvičení, které vede cvičitelka ze sokola. Jedinci jsou převážně důchodového věku, jen někteří jsou tělesně postižení, většina z nich je postižena zdravotně. Centrum je financované svazem tělesně postižených a také z ročních členských příspěvků. Organizace nepořádá sportovní turnaje soutěžního typu.

## 5. Centrum pro zdravotně postižené Plzeňského kraje Tachov



Toto je další centrum, které nabízí pro lidi vysokého věku z Tachovska a okolí jógu a plavání. Obě tyto aktivity se konají jednou týdně. Jógy se účastní 12 - 15 členů u plavání se počet ustálil na 30 členů. Centrum má dohromady 300 členů, opět to jsou jedinci převážně se zdravotním postižením, jen málo z nich je tělesně postižených. Tělesné postižení je z oblasti získaných vad páteře. Věk členů se pohybuje od 60 let a výše. Cvičitelka na jógu je osoba s certifikátem na rozdíl od cvičitelky, která vede plavání, vychází z vlastních zkušeností. Organizace žije ze sponzorských darů a z členských příspěvků.

#### 6. Dům sociální péče p. o. Kralovice

Jak jsem zde v několika předchozích centrech uvedl, i toto centrum zaměřuje svou pozornost na osoby důchodového věku. Pohybová aktivita je zde velice okrajovou záležitostí. Centrum zde uvádím pouze pro přehled, jelikož se téměř nezaměřují na pohybovou činnost tělesně postižených, ale čistě na rehabilitační cvičení, a ty jak dobře víme, nepatří do kategorie rekreační pohybové aktivity.

### 10.3. Vyhodnocení dat

S organizacemi jsem komunikoval prostřednictvím telefonu, emailu, sociální sítě Facebook a také jsem organizace navštěvoval osobně. Lidé v nich byli vstřícní a ochotní. Jenom s jedním klubem jsem nedokázal navázat kontakt. Nejvíce se mi osvědčilo s respondenty komunikovat osobně, protože jsem se mohl dozvědět i něco mimo obsah dotazníku a rozšířit tak své poznání o této problematice. Osobní kontakt však nebyl vždy možný.

Lidé s tělesným postižením mají možnosti sportovního vyžití. Konkrétně v Plzni je velké množství center, sdružení a organizací, které nabízejí pestrou škálu sportů. Poněkud horší situace je mimo město Plzeň. Center, které se zabývají rekreační pohybovou aktivitou tělesně postižených, je mimo Plzeň podstatně méně. Když už nějaké centrum najdeme, jedná se o pohyb lidí v důchodovém věku. Ale samozřejmě i v této sféře nacházíme jedince s tělesným postižením. Další centra, která jsou v Plzeňském kraji a nezabývají se lidmi v důchodovém věku, mají velice malý počet členů.

Centra nabízejí několik druhů sportovních činností. Nejčastěji jsem narazil na turistiku, která je v několika případech hlavní náplní táborových akcí. Další sporty, kterými se centra zabývají, jsou plavání, zdravotní cvičení a specifické sporty jako např. boccia. Z průzkumu jsem zjistil, že převahu má sport kolektivní. Integraci jedinců tělesně postižených mezi zdravé jedince se věnuje 5 center (Help me, Občanské sdružení MCT cz, Meteor, Popojedem, Lucky Kolečka).

Počet členů v centrech se nedá konkrétně vypovědět. Jejich počet buď není stálý, nebo má velice široké rozmezí. Věkové omezení jedinců není ve většině center striktně dané. Členové bývají nejčastěji dospělí lidé a ve 4 případech se jednalo o centra, která mají členy mladší 18 let.

Nejčastější tělesné postižení, se kterým se centra setkávají, je dětská mozková obrna. Dalším častým je kombinované postižení. Mnohdy jsou jedinci závislí na invalidním vozíku.

Z odpovědí na otázku „Jsou cvičitelé odborníci v oboru pohybových aktivit pro tělesně postižené?“ jsem zjistil, že je v centrech téměř rovnováha mezi odborníky a neoborníky přes pohyb tělesně postižených.

Centra jsou z velké většiny financována ze členských příspěvků. Dále pak z dotací od státu, města nebo svazů a v neposlední řadě také sponzorskými dary peněžními nebo materiálními (např. vybavení).

Až na pár výjimek se centra snaží poskytovat pohybové aktivity i v soutěžních kláních a turnajích. Některá centra pořádají tábory, turistické akce, rekonvalescenční pobyty a také například potápění v zahraničí v rámci projektu Ariel.

Mimo dotazník jsem se dozvěděl, především od centra Ty a já, že centra v Plzni jsou často propojena. Ke shromažďování a propojování center dochází hlavně při pořádání sportovních akcí.

Dále jsem zjistil, že někteří asistenti tělesně postižených musí často část pohybu provádět s jedinci, jelikož postižení by jim samostatnost v pohybu nedovolilo.

Kapitola 8. nám nabídla ukázkou sportů pro tělesně postižené. Většinou se sporty zmiňované v kapitole 8. objevily v centrech, ale jenom některé z nich. Je tomu tak pravděpodobně proto, že sporty jako lyžování na monoski, sledge hokej a tenis se speciálními vozíky jsou finančně dosti náročné. Z vyhodnocení dotazníků vyplývá, že převážnou většinu financování tvoří členské příspěvky. Předpokládám, že lidé s invalidním důchodem obvykle nemají tolik peněz, aby si některé sporty mohli dovolit.

## 11. Diskuze

Dotazník jsem vytvořil tak, aby obsahoval přiměřené množství otázek, které by co nejvíce pokryly problematiku, a abych z odpovědí na ně získal potřebné informace ke zpracování praktické části bakalářské práce. Dotazník měl tedy 7 otázek, které začínaly druhem sportu přes druh tělesného postižení až k financování center. Některé byly uzavřené, jiné nabízely otevřenou odpověď.

Vyhledával jsem centra pomocí internetu, reklamních letáků, osobního doporučení a na základě brožur. Internetové stránky nebyly vždy dobře dohledatelné. Centra, jejichž webové stránky byly funkční, měla tyto stránky poměrně přehledně zpracované, ale někde byl problém nalézt potřebné kontakty a informace o tom, co přesně centrum nabízí, nebyly vždy dostatečné. Reklamní letáky jsem dostal od vedoucí své bakalářské práce. Ty mi pomohly hlavně v tom, že jsem přesně věděl, pod jakým názvem mám centra hledat. Osobní doporučení jsem získal na základě toho, že lidé, kteří pečují o tělesně postižené, mě nasměřovali na další centra.

Kontaktování center probíhalo ve čtyřech rovinách. Zpočátku jsem se snažil centra navštěvovat, když jsem ale zjistil, že se občas na udané adrese nenacházejí, rozhodl jsem se odeslat dotazníky přes email. Nakonec ani tato varianta nebyla ve většině případů úspěšná. Dotazníky přes email se nevracely. Začal jsem tedy kontaktovat všechna nalezená centra přes telefon. To bylo řešení, které fungovalo. Přes telefon jsem vedl polostrukturovaný rozhovor, který jsem hned zaznamenával do dotazníku. Některá centra se mi podařilo na dané adrese zastihnout a vyplnit s nimi dotazník osobně. Všichni respondenti byli ochotní a vstřícní.

Data jsem analyzoval z vyplněných dotazníků. Některé otázky byly otevřené a jejich zpracování bylo poněkud složitější. Ale na druhou stranu mi poskytly informace, které bych se z uzavřených otázek nikdy nedozvěděl. Při zpracování výzkumu jsem použil i některé fotky, které vypovídají o činnostech center poskytujících pohybovou aktivitu.

Než jsem začal vyhodnocovat data, rozdělil jsem si dotazníky na centra v Plzni a mimo Plzeň. Dále jsem se snažil zaznamenat výskyt některých jevů, které mi pak usnadnily zobecnění a zpřehlednění situace. Například jsem si zaznamenával výskyt tělesných postižení, abych zjistil, jaké jsou nejčastější a jaké jsou naopak méně časté. Kdybych příště dělal podobný výzkum, snažil bych se o osobnější kontakt s centry. Myslím si, že by to bylo přínosnější. Mohl bych si tak dovolit rozšířit počet otázek nebo některé otázky podrobněji prodiskutovat.

## 12. Závěr

Cílem bakalářské práce bylo seznámit veřejnost se situací rekreačních pohybových aktivit tělesně postižených v Plzeňském kraji. Ke splnění cílů bylo třeba zhotovit dotazníky pro centra zabývající se pohybovou aktivitou tělesně postižených, vyhledat centra a rozšířit mezi ně dotazníky. Na základě odpovědí z dotazníků jsem následně analyzoval data a vyhodnotil výsledky.

Pro komplexní pochopení problematiky tělesně postižených a sportu, kterým se tyto jedinci zabývají, bylo důležité zpracovat teoretickou i praktickou část bakalářské práce. Teoretická část se opírá o poznatky z historie, rozdělení pohybových vad u tělesně postižených, klasifikace handicapovaných a druhy kompenzačních pomůcek. Dále jsem se zabýval samotným pojmem tělesného postižení a specifiky sportu tělesně handicapovaných a aplikovanými pohybovými aktivitami. V závěru teorie jsem zmínil integraci jedinců do společnosti pomocí pohybových aktivit. Poslední kapitola teoretické části se zabývá praktickou částí, respektive výzkumnou metodou, kterou jsem použil pro svoje šetření.

Všem těmto úkolům předcházelo prostudování literatury, která se věnuje problematice tělesně postižených a sportu tělesně postižených. Literatury o této problematice není mnoho, jelikož sport tělesně postižených je relativně novou záležitostí. Často bylo třeba čerpat i z literatury, která se nezabývá přímo touto problematikou, ale tématy s touto problematikou souvisejícími.

Z výsledků mého šetření jsem zjistil, že pohybových aktivit pro tělesně postižené je v Plzni velké množství. Oproti tomu mimo Plzeň se v Plzeňském kraji vyskytují centra zaměřující se na pohybovou aktivitu jedinců s tělesným postižením velice zřídka. Nejvíce se v centrech praktikují kolektivní pohybové aktivity, které vedou z větší části odborníci na pohybovou činnost.

Centrum pečujícím o tělesně postižené bych doporučil, aby se více zviditelňovala prostřednictvím internetových stránek. Dále bych navrhoval, aby svoji činnost nahlásila na Magistrátu města Plzně, a byla tak lépe dohledatelná. Domnívám se, že centrum by také

prospělo, aby se více snažila o získání sponzorských darů a dotací od státu a mohli si tak dovolit větší škálu pohybových aktivit.

Tato práce by mohla být přínosem hlavně lidem, kteří se chtějí zabývat rekreační pohybovou aktivitou tělesně postižených v Plzeňském kraji, nebo kteří mají zájem se něco o dané problematice dozvědět. Předpokládám, že by práce mohla být zajímavým podnětem k založení nějakého dalšího centra, které by nabízelo pohybové aktivity pro tělesně postižené mimo Plzeň, kde je takových center nedostatek.

### **13. Resumé**

Téma mé bakalářské práce je Rekreační a pohybová aktivita tělesně postižených v Plzeňském kraji. Cílem bakalářské práce bylo seznámit veřejnost se situací rekreačních pohybových aktivit tělesně postižených v Plzeňském kraji.

Shromážděním teoretických informací a sestavením dotazníků pro centra jsem získal důležitá data pro vyhodnocení mého šetření. Výsledkem bylo zjištění možností pohybových aktivit pro tělesně postižené v Plzeňském kraji.

Klíčová slova: tělesné postižení, aplikované pohybové aktivity, Plzeňský kraj



## **14. Summary**

The topic of my thesis is Recreational physical activities for the disabled in the Pilsen region. The aim of this study was to publicize the situation of recreational physical activity disabled in the Pilsen Region. I got the important data for the evaluation of my investigation by a gathering of theoretical information and constructing questionnaires for centers. The result was the identification of options of physical activities for disabled people in the Pilsen region.

Keywords: disability, adapted physical activity, Pilsen Region

## 14. Seznam použité literatury a pramenů

### Tištěné publikace

FIALOVÁ, Klára. *Jak na to aneb umíme komunikovat se zdravotně postiženými lidmi?*

Knihovnicko-informační zpravodaj U Nás. 31. 3. 2006, 1–3. Dostupné na:

[http://www.svkhk.cz/SVKHK/u-nas-pdf\\_archiv/666.pdf](http://www.svkhk.cz/SVKHK/u-nas-pdf_archiv/666.pdf).

KÁBELE, Josef. *Sport vozíčkářů*. Vyd. 1. Praha: Olympia, 1992, 196 s. Kondice. ISBN 80-703-3233-6.

KONOPKA, Peter. *Sportovní výživa*. České Budějovice: Kopp, 2004, 125 s. ISBN 80-723-2228-1.

KRAUS, Josef. *Dětská mozková obrna*. /1. vyd.. Praha: c2005. ISBN 80-247-1018-8.

KUDLÁČEK, Martin. *Aplikované pohybové aktivity pro osoby s tělesným postižením*. 1. vyd.

Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007, 124 s. ISBN 978-802-4416-557.

KUDLÁČEK, Miroslav. *Svět dětské mozkové obrny: nahlížení vlastního postižení v průběhu socializace*. Praha: Portál, 2012, 186 s., [8] s. obr. příl. ISBN 978-802-6201-786.

PANEŠ, Václav. *Vybrané kapitoly z chirurgie, traumatologie, ortopedie a protetiky*. 1.vyd.

Olomouc: Epava, 1993, 168s. ISBN 80-901471-2-7.

NOVOSAD, Libor. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011, 166 s. ISBN 978-807-3678-739.

ONDŘEJ, Oldřich; ROUBAL, Bohumír: *Rekreační sport: Návod a pokyny pro cvičitele*.

*Atletika, badminton, bruslení, lyžování, orientační běh, plavání, stolní tenis, sportovní gymnastika, triatlon, tenis, windsurfing a další*. 1. vyd. Praha: 1988.

SLOWIK, Josef. *Komunikace s lidmi s postižením*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010, 155 s. ISBN 978-807-3676-919.

STRAUSS, Anselm. *Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody zakotvené teorie* Přel. S. Ježek. 1.vyd. Boskovice: Albert, 1999, ISBN 80-858-3460-X.

VÍTKOVÁ, Marie. *Paradigma somatopedie*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 1998. ISBN: 80-210-1953-0.

VYSKOČIL, Tomáš; KUDLÁČEK, Martin (eds). *Integrace - jiná cesta II: sborník příspěvků ze semináře: Olomouc 2008*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. ISBN 978-802-4420-295.

### **Internetové zdroje**

Answers. *Handicapped*. (<http://www.answers.com/topic/handicapped>, 18. 4. 2013).

Bachrach, S. J. (2012). *Cerebral palsy*. Kidshealth. 2012. ([http://kidshealth.org/parent/medical/brain/cerebral\\_palsy.html#](http://kidshealth.org/parent/medical/brain/cerebral_palsy.html#), 20. 5. 2013).

Biospace. *Vrcholový sport*. (<http://www.inbody.cz/vrcholovy-sport.php>, 20. 5. 2013).

Historie sportu vozíčkářů. (<http://www.ktv.zcu.cz/pages/paralymp.doc>, 18. 4. 2013).

Ješina, O. (2012a). *Co je to APA?* Centrum APA. 2012. (<http://www.apa.upol.cz/web/index.php/component/content/article/398-co-to-je-apa.html>, 20. 4. 2013).

Ješina, O. (2012b). *Modifikace pohybových a sportovních her pro osoby s tělesným postižením*. (<http://www.apa.upol.cz/web/index.php/e-learningove-texty-cols3/apa-osob-s-tp.html>, 23. 4. 2013).

Pomoc jeden druhému (<http://www.pomocjedendruhému.sk/pribehy/3/Jakub%20KUZ%C3%81R?region=ba>, 8. 6. 2013).

Programy sociální integrace. *O sociálním vyloučení.*

([http://www.integracniprogramy.cz/index.php?option=com\\_content&view=article&id=892&Itemid=294](http://www.integracniprogramy.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=892&Itemid=294), 13. 5. 2013).

Rekreace. Definice. *Českojede.cz.* (<http://www.ceskojede.cz/rubriky/obecne-informace/definice/>, 25. 5. 2013).

Šácha, P. (2010). *Perthesova choroba.* *Celostnimedica.cz.* 17. 12. 2010.  
(<http://www.celostnimedica.cz/perthesova-choroba.htm>, 17. 5. 2013).

Vitalion. *Myopatie* (<http://nemoci.vitalion.cz/myopatie/>, 15. 4. 2013).

## 15. Seznam příloh

Dotazník pro centra:

1. Jaké pohybové aktivity nabízíte?
2. Kolik máte členů?
3. Pro jaké věkové kategorie nabízíte pohybové aktivity?
4. S jakým typem tělesného postižení se nejčastěji setkáváte?
5. Jsou cvičitelé odborníci v oboru pohybových aktivitách pro tělesně postižené?
6. Jakým způsobem jsou vaše nabízené aktivity financované?
7. Pořádáte turnaje a soutěžní akce?

## Kontakty na centra a sdružení v Plzeňském kraji

### 1. Projekt Ariel – svoboda pod hladinou

Klatovská třída 2130/119, 301 00 Plzeň

Jan Zábrodský - 604 714 952

E-mail: [arieldiving@arieldiving.cz](mailto:arieldiving@arieldiving.cz)

<http://www.arieldiving.cz/>

### 2. Popojedem

Martina Eibichtová - 602 873 523

[popojedem2012@gmail.com](mailto:popojedem2012@gmail.com)

<http://www.popojedem.org/>

### 3. Hipocentrum Jitřenka

Adresa: Koterovská 134, 326 00, Plzeň

Eva Charvátová - 774 740 740

e-mail: [hipocentrumjitrenka@seznam.cz](mailto:hipocentrumjitrenka@seznam.cz)

<http://www.jitrenka.info/>

### 4. Motýl o. s.

Žlutická 2, 323 00, Plzeň

+420 774 855 133

E-mail: [motyl.plzen@centrum.cz](mailto:motyl.plzen@centrum.cz)

<http://www.motyl-plzen.cz/>

5. Lucky kolečka o. s.

Turistická 1780/2, 323 00, Plzeň

Josef Augusta (předseda sdružení) - 775 550 091

e-mail: [luckykolecka@seznam.cz](mailto:luckykolecka@seznam.cz)

<http://www.luckykolecka.cz/>

6. Centrum pobytových a terénních sociálních služeb Skh Meteor Plzeň

Bzenecká 14, 323 00, Plzeň

Martin Černý – 737535083

email: [skh.meteor.plzen@seznam.cz](mailto:skh.meteor.plzen@seznam.cz)

<http://www.skhmeteorplzen.wz.cz/>

7. Sdružení ty a já

Resslova 14, 301 00, Plzeň

Jitka Vachulková – 776488008

[sdruzenityaja@seznam.cz](mailto:sdruzenityaja@seznam.cz)

<http://www.sdruzenityaja.cz>

8. Help me

Kaznějovská 43, 323 00, Plzeň

Ladislav Nový - 731 475 386  
ladislav.novy@moznostitujsou.cz  
<https://cs-cz.facebook.com/Helpmeplzen>

9. Tak pojd' s náma

Úslavská 29, 32600, Plzeň

Předseda: 775260459

[takpojdsnama@seznam.cz](mailto:takpojdsnama@seznam.cz)

<http://www.takpojdsnama.cz/>

10. Vozíčkáři Plzeňska

Mgr. Olga Puflerová - předsedkyně - 373 315 182

[vozickari@volny.cz](mailto:vozickari@volny.cz)

<http://www.vozickari.estranky.cz/clanky/kdo-jsme-1.html>

11. Cestovní klub KID

[http://www.ckkid.cz/index\\_kontakt.html](http://www.ckkid.cz/index_kontakt.html)

Centra mimo Plzeň:

1. Svaz tělesně postižených v České republice, o. s. Místní organizace  
Domažlice



Mgr. B. Staška 265, 344 01, Domažlice-Hořejší Předměstí

379 723 237

stpdomazlice@seznam.cz

2. Stolní tenis vozíčkářů Domažlice

SKV ZR Cheb - Kontaktní osoba: Ing. Tomáš Harant

777 266 217

e-mail: harant(at)mestocheb.cz

3. Občanské sdružení MCT cz Domažlice

Nový Spálenec č. 25, 344 01, Domažlice

Josef Holý - předseda MCT CZ o.s. - 737 111 649

mct.cz@seznam.cz

<http://www.mct.domazlice.cz/cs/kontakty/>

4. Centrum pro zdravotně postižené Plzeňského kraje Rokycany

Masarykovo nám. 215, 337 01, Rokycany - Střed

Petra Mynaříková - 377 440 943

rokycany@czppk.cz

[www.czppk.cz/](http://www.czppk.cz/)

5. Centrum pro zdravotně postižené Plzeňského kraje Tachov

Bělojarská 1541, 347 01, Tachov

Petra Mynaříková - 377 440 943

tachov@czppk.cz

[www.czppk.cz/](http://www.czppk.cz/)

6. Dům sociální péče p. o. Kralovice

Plzeňská 345, 331 41, Kralovice

373 301 111

podatelna@dspkralovice.cz

<http://www.dspkralovice.cz/>