

Univerzita Palackého v Olomouci  
Fakulta tělesné kultury



# **Integrovaná tělesná výchova, rekreace a sport**

**M. Kudláček a O. Ješina**

Olomouc 2013

Oponenti: doc. PhDr. Ludmila Miklánková, Ph.D.  
PaedDr. Ladislav Bláha, Ph.D.



evropský  
sociální  
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,  
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY



OP Vzdělávání  
pro konkurenceschopnost

## INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

Vytvořeno v rámci projektu: Příprava pro tělesnou výchovu osob s postižením,  
registrační číslo: CZ. 1.07/2.2.00/15.0336

Neoprávněné užití tohoto díla je porušením autorských práv a může zakládat občanskoprávní, správněprávní, popř. trestněprávní odpovědnost.

1. vydání

© Martin Kudláček, Ondřej Ješina., 2013

© Univerzita Palackého v Olomouci, 2013

ISBN 978-80-244-3964-8

# Obsah

<b>1 Úvod.....</b>	<b>5</b>
<b>2 Vymezení oblasti specifických potřeb osob se zdravotním postižením .....</b>	<b>9</b>
2.1 Klasifikace mentálního postižení.....	9
2.2 Klasifikace osob s poruchou autistického spektra.....	13
2.3 Klasifikace tělesného postižení .....	15
2.4 Klasifikace zrakového postižení.....	22
2.5 Klasifikace sluchového postižení .....	24
<b>3 Tělesná výchova, sport a rekreace jako lidská práva osob se zdravotním postižením.....</b>	<b>27</b>
3.1 Úmluva o právech osob se zdravotním postižením .....	27
<b>4 Integrace osob se zdravotním postižením do společnosti.....</b>	<b>35</b>
4.1 ICF 2001.....	36
4.2 Postoje k osobám se zdravotním postižením.....	37
4.2.1 Teoretické ukotvení postojů učitelů a žáků k integraci ve školní tělesné výchově .....	38
4.2.2 Postoje intaktních spolužáků k integraci v TV .....	41
4.2.3 Práce s postoji v oblasti školní tělesné výchovy .....	44
4.3 Vliv medií na postoje k osobám se zdravotním postižením .....	45
<b>5 Úvod k problematice integrace ve školní tělesné výchově .....</b>	<b>49</b>
5.1 Situace v České republice.....	50
5.2 Základní principy modifikací pro integraci ve školní tělesné výchově .....	57
5.3 Peer tutoring jako podpůrné opatření v integrované TV.....	61
5.3.1 Interakce mezi tutorem a žákem se SVP .....	62
5.3.2 Další pozitiva peer tutoringů .....	63

5.3.3	Vzdělávání peer tutorů .....	64
5.3.4	Typy peer tutoringů.....	65
5.4	Paralympijský školní den.....	66
5.5	Kompetenční rámec učitelů tělesné výchovy ve vztahu k integraci .....	71
<b>6</b>	<b>Sport osob se zdravotním postižením .....</b>	<b>77</b>
6.1	Paralympijské pojetí sportu.....	78
6.2	Mezinárodní hnutí speciálních olympiád .....	101
6.3	Deaflympijské pojetí sportu .....	103
6.4	Integrace sportovců se zdravotním postižením.....	105
<b>7</b>	<b>Rekreace a volný čas v APA .....</b>	<b>109</b>
7.1	Historie volnočasových aplikovaných pohybových aktivit .....	113
7.2	APA v kontextu subjektivního vnímání vlastního zdraví.....	115
7.3	Kvalita života v APA .....	119
7.4	Podpora APA na různých úrovních .....	122
7.5	Outdoorové integrované kurzy .....	128
	<b>Závěr .....</b>	<b>135</b>
	<b>Resumé.....</b>	<b>137</b>
	<b>Summary .....</b>	<b>139</b>
	<b>Referenční seznam .....</b>	<b>141</b>
	<b>Příloha 1. Specifika komunikace s osobami se zdravotním postižením .....</b>	<b>153</b>
	<b>Příloha 2. Postoje žáků k integrované tělesné výchově (Kinclová, E. &amp; Kudláček, M., 2012) .....</b>	<b>159</b>
	<b>Příloha 3. Hodnocení přístupnosti cykloturistických tras pro vozíčkáře (Korhelíková, M. &amp; Kudláček, M., 2012) .....</b>	<b>163</b>

# 1 Úvod

Tato publikace si klade za cíl představit koncept integrace a společných programů osob se zdravotním postižením v kontextu tělesné výchovy, sportu a rekreace a na základě prezentace relevantních teorií a výzkumů našeho pracoviště poukázat na stávající stav tohoto současného společenského fenoménu. Osoby se zdravotním postižením bývají označovány jako osoby se specifickými potřebami, speciálně vzdělávacími potřebami nebo jako osoby s jinakostí. Termín jinakost označuje fenomén (v našem případě osobu), který se odlišuje od běžně známé a přijímané normy. Většina lidí vnímá jinakost velmi subjektivně a osobně. Jinakost hodnotíme jednak jako odlišnost od námi běžně přijímané normy (př. normy chování, komunikace či pohybových kompetencí – např. lokomoce). V zemích západní Evropy a severní Ameriky tvoří osoby se zdravotním postižením zhruba 10 % populace, což znamená signifikantní část populace, která má nižší míru zapojení do pravidelných pohybových aktivit, nižší míru tělesné zdatnosti a mnohdy také nižší vnímanou kvalitu života (Sherrill, 2004). Tato publikace nabízí kritický a objektivní pohled na fenomén integrace do školní tělesné výchovy, problematiku rekreace a volného času osob se zdravotním postižením a na koncept sportovního zapojení osob se zdravotním postižením.

Pro základní vymezení a pochopení termínů, které běžně používáme pro osoby se zdravotním postižením / jinakostí, patří například pojmy:



**Obr. 1** Dítě s rozštěpem páteře a atlet s DMO (Spina Bifida Ass. a CP ISRA, 2012)

- Porucha: je problém tělesných funkcí nebo struktur, jako je signifikantní odchylka nebo ztráta.
- Postižení: je určitá odchylka ve zdravotním stavu člověka, která jej omezuje v určité činnosti (pohyb, kvalita života, uplatnění ve společnosti).
- Disabilita: je takový problém dané osoby, který je způsobený přímo chorobou, traumatem nebo jinými zdravotními problémy, které vyžadují lékařskou péči, zajištěnou léčením jedince prostřednictvím odborníků (medicínské pojetí konstruktů). Naproti tomu sociálně vytvořený problém je spíše komplex sdružených podmínek, z nichž mnohé jsou vytvářeny společenským prostředím.
- Handicap: sociální znevýhodnění jedince v důsledku jeho postižení (tělesného, smyslového apod.)

Setkání s jinakostí u většiny osob vyvolává silné emoce: např. (a) strach a obavy z vlastní interakce a jednání se zdravotně postiženým (Zvládnuto? Co mu řeknu? Co udělám? Nedotkne se ho to?); (b) strach a obavy o vlastní selhání (Zvládnu daný úkol / situaci? Co když mu ublížím? Neublíží ostatním?); (c) nepřiměřený obdiv, tzv. „Superman effect“ (Ty jo – ta musí být dobrá! To bych nedal!) Silnější emoce většinou vyvolávají těžší či vícečetná postižení (Kudláček, 2013, s. 2).

Jinakost je slovo, které je většinou studentů tak trochu cizí. Bavíme-li se o jinakosti, je dobré se teoreticky ukotvit v oblasti filozofie, psychologie či sociologie. Pro tuto publikaci jsem zvolil odkaz na kolegy sociology, konkrétně na publikaci *Jinakost – postižení – kritika: Společenské konstrukty nezpůsobivosti a hendikepu: Antologie textů z oboru disability studies*, vydané sociologickým nakladatelstvím SLON a editované Kateřinou Kolářovou.

Kolářová (2012, 44) kriticky hodnotí stávající definice postižení: „Definice bez výjimky replikují předsudečné představy o tragičnosti osudu lidí ‚na vozíku‘, ‚trpících depresemi‘, ‚nevidomých‘ ale/produkuje tak symbolické zneuznání ‚postižených‘. ‚Postižení‘ je nazýváno ‚odchylkou‘ a pojmenováno jako příčina ‚zhoršení kvality života‘ a tím, co člověka skutečně *postihuje*.“

„Postižení“ je ideologický konstrukt, který, jak precizně vystihuje Rosemarie Garland-Thomson, „konstruuje představu velké, heterogenní skupiny lidí, jejichž tělesnost, tělesné funkce, hendikepy, tělesné nejednoznačnos-

ti, vzhled jsou považovány za abnormální, defektní, degenerované, oslabené, deformované, nemocné, nezdatné, patologické, obézní, zmrzačené, šílené, ošklivé, retardované či poškozené. Všechna tato označení slouží k patologizaci, stigmatizaci, znehodnocování a vylučování. Přestože se zkušenosti s funkcemi, tělesností a její formou a stejně tak s materiálními podmínkami lidí v těchto široce definovaných kategoriích, postižení jed- na od druhé velmi zásadně liší, sociální, politické a ekonomické dopady toho, že jsou tyto lidé považováni za méněcenné, i postoje a kulturní praxe exkluze a vylučování, kterým tyto lidé čelí, jsou analogické.“ (Garland- Thomson 2004: 780 in Kolářová, 2012)

Většinou jsou tyto pocity či přesvědčení dány nedostatečnou vlastní zkušeností s danou populací. Proto je doporučováno, aby se studenti pedagogických, ale i dalších oborů měli možnost setkat s jinakostí a specifickými potřebami osob se zdravotním postižením, a to nejlépe na základě příběhů a povídání s konkrétními osobami se zdravotním postižením, které již ve svém životě něčeho dosáhly (př. sportovci, umělci, podnikatelé).



**Obr. 2** Rugby na vozíku (USOC, 2010)





## 2 Vymezení oblasti specifických potřeb osob se zdravotním postižením

### 2.1 Klasifikace mentálního postižení

Mentální postižení (MP) nepředstavuje zdaleka jen strohý popis jednotlivých stupňů dle WHO (viz níže). Je to komplex specifík vzhledem k osobnosti, sociální adaptabilitě, chování, motorice, pozornosti a řadě dalších. Často bývá chybně zjednodušováno na deficit pouze v kognitivní oblasti. Dolejší (1978) popisuje řadu charakteristik MP, které se mohou vyskytovat v nejrůznější variabilitě a intenzitě: závislost na rodičích (případně blízkých osobách), nedostatky v intrapersonální identifikaci (vývoj „já“), opoždění psychosexuálního vývoje, zvýšená potřeba uspokojení a bezpečí, porucha interpersonálních vztahů, komunikace, zpomalené chápání, někdy ulpívání na detailech, deficit v oblasti paměti (ať logické, mechanické, krátkodobé nebo dlouhodobé), poruchy vizumotoriky a pohybové koordinace.

S ohledem na specifika v motorice (hrubé, jemné i obou současně), grafo-motorice, senzomotorice, sociomotorice i psychomotorice a na jejich dopad do reálného života se cíleně realizované pohybové aktivity jeví jako esenciální součást života i výchovně-vzdělávacího procesu osob s MP. Správně vedené programy nejen s osobami s MP, ale i s jedinci v jejich bezprostředním okolí (komunita jedince s MP), jsou velmi vhodným prostředkem reedukace, rehabilitace i kompenzace specifík postižení. Pohybové aktivity rozvíjejí bezprostřední vnímání, pozornost, paměť, obrazotvornost, představivost, myšlení a řeč. S tím se ztotožňují Valenta a Krejčířová (1997), když mluví o utváření časoprostorových představ, odhadu vzdálenosti, rychlosti a pochopení předmětových vztahů, promítajících se do celkové anticipace osobnosti.

**Tabulka 1** Klasifikační stupně MP z pohledu 10. revize WHO

Kód	Současné označení	Intelligenční 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 níže
F 78	Jiné	Stanovení stupně mentálního postižení je nesnadné pro přidružené senzorké, somatické postižení, těžké poruchy chování, pro poruchy autistického spektra. Často se jedná o MP vzniklé na základě např. senzorké deprivace.
F 79	Nespecifikované mentální postižení	Mentální postižení je prokázáno, není však dostatek informací pro zařazení osoby do některého z uvedených stupňů MP.

S ohledem na terminologickou nejednotnost jednotlivých oborů majících za předmět zájmu osoby s MP a zároveň na zastaralost některých přístupů si při stručné charakteristice jednotlivých stupňů dovoluujeme (v souladu s Krejčířovou, 2003) uvádět i jiná (často již historická) označení.

### **Lehké MP (F70, IQ 69–50)**

- *lehká slabomyslnost (oligofrenie)*
- *lehká mentální subnormalita*
- *debilita*

Dle Valenty a Müllera (2003) zaznamenáváme opožděný vývoj řeči. Celkově se komunikaci výrazněji věnuje Válková (2008), která uvádí, že schopnost komunikovat je většinou vytvořena, ale vyskytují se časté poruchy formální stránky řeči, obsahová chudost, opožděný vývoj řeči. Řada problémů se u těchto jedinců objevuje při nástupu do vzdělávacího systému kolem 6 let věku. Většina těchto osob je plně nezávislá, jsou schopni vykonávat jednoduchá zaměstnání. Organická etiologie se vyskytuje u menšiny osob (Valenta & Müller, 2004), u většiny se jedná o spodní variantu rozdělení inteligence v populaci. Výrazné problémy se mohou projevovat v období školní docházky: omezená schopnost logického a mechanického myšlení, slabší paměť, jemná a hrubá motorika může být lehce opožděna. Velký význam u osob s lehkým mentálním postižením má výchovné prostředí, které může zásad-

ním způsobem ovlivnit proces socializace jedince a jeho následné uplatnění ve společnosti (Pipeková, 2006). Většina těchto jedinců se dobře orientuje v každodenním životě a velmi dobře prospívá v manuálních a praktických zaměstnáních. Švarcová (2000) uvádí fakt, že mnozí jedinci s lehkým mentálním postižením mohou mít problémy s přizpůsobováním se normám či tradicím společnosti, udržením zaměstnání či se zajištěním bydlení a zdravotní péče.

Z celkového počtu jedinců s MP uvádí Pipeková (2006) cca 80 % osob s lehkou MP, v celkové populaci pak 2,6 %.

### **Středně těžké MP (F71, IQ 49–35)**

- střední mentální subnormalita
- střední slabomyslnost (oligofrenie)
- imbecilita



**Obr. 3** Sportovec s mentálním postižením (SOI, 2011)

Myšlení a řeč jsou výrazně omezené, stejně jako dovednosti v sebeobsluze (Valenta & Müller, 2003). Stejní autoři uvádějí přidruženou epilepsii, neurologické, tělesné a duševní poruchy. Etiologie je již většinou organická. Válková (2012a) se ohledně úrovně a rozvoje řeči vyjadřuje jako o variabilní, někteří jedinci jsou schopni sociální interakce a komunikace, verbální projev

často bývá chudý, agramatický a špatně artikulovaný. Úroveň motorických dovedností kolísá mezi motorickou obratností a dyspraxií jemné i hrubé motoriky, která je spojena s potížemi s koordinací pohybů. Mnozí jedinci se středně těžkým MP potřebují občasný dohled a pomoc v náročnějších situacích. Žáci s tímto stupněm mentálního postižení za dobu školní docházky většinou zvládnou základy trivia. V dospělosti je v jejich životě důležitý stereotyp a organizace pracovní činnosti, při níž jsou schopni vykonávat jednoduché manuální činnosti. Samostatný život je zřídka možný, avšak pro mnohé z nich může být řešením podporované či chráněné bydlení. Své pracovní dovednosti uplatňují většinou v chráněných dílnách a na chráněných pracovištích (Krejčířová & Hutýrová, 2006).

Výskyt jedinců se středně těžkou formou MP je v populaci osob s mentálním postižením asi 12 % a v celkové populaci pak 0,4 % (Pipeková, 2006).

### **Těžké MP (F72, IQ 34–20)**

- těžká mentální subnormalita
- těžká slabomyslnost (*oligofrenie*)
- *idioimbecilita*

Valenta s Müllerem (2003) mluví o výrazném opoždění psychomotorického vývoje, který je patrný již v předškolním věku. Možnosti sebeobsluhy považují za výrazně limitované. Vývoj řeči stagnuje na předřečové úrovni. Motorické poruchy s příznaky celkového poškození CNS. Stereotypní pohybový, sebepoškození, nezřídka tito autoři uvádějí i hry s fekáliemi, agrese a projevy afektivního chování. Válková (2012a) pak uvádí komunikaci převážně nonverbální, neartikulované zvuky, výkřiky, případně jednotlivá slova. V dospělosti jsou osoby s těžkým mentálním postižením odkázány na podporu ze strany intaktní populace, u některých je proto nutné provést omezení v právních úkonech nebo úplné zbavení svéprávnosti.

V celkovém počtu jedinců s MP se s těžkou formou vyskytuje cca 7 %, v celkové populaci pak 0,2 % (Pipeková, 2006).

### **Hluboké MP (F73, IQ pod 20)**

- hluboká mentální subnormalita
- hluboká slabomyslnost (*oligofrenie*)
- *idiocie*

Nutná trvalá péče i v těch nejzákladnějších životních úkonech. Často těžké senzorycké a motorické postižení, podobně jako neurologické poruchy. Komunikační schopnosti maximálně na úrovni porozumění některým slovům a nonverbální odpověď (Valenta & Müller, 2003). Etiologie je organická v kombinaci s celou řadou dalších postižení, poruch, případně onemocnění (Zvolský et al., 1997). Válková (2012a) potvrzuje rudimentální nonverbální komunikaci nebo dodává, že nekomunikují vůbec. Poznávací schopnosti se téměř nerozvíjejí, maximum, kterého dosáhnou, je diferencování známých a neznámých podnětů a reakce na podněty libostí či nelibostí (Vágnerová, 2004). Možnosti vzdělávání jsou velmi omezené. Dlouhodobým tréninkem lze dosáhnout základních orientačních a sebeobslužných činností tak, že se jedinec s postižením může zapojit do různých domácích činností. Tvoří asi 1 % populace osob s mentálním postižením (Pipeková, 2006).

## 2.2 Klasifikace osob s poruchou autistického spektra

Termín PAS pochází z řeckého slova *autos*, což znamená *sám*. Poprvé jej použil v roce 1911 švýcarský psychiatr E. Bleuler, který tento pojem užil k pojmenování jednoho ze symptomů pozorovaných u pacientů se schizofrenií (Thorová, 2006). PAS patří k vývojovým pervazivním poruchám. Nadřazeným používaným pojmem je porucha autistického spektra (PAS). Porucha je trvalá a označení pervazivní ukazuje, že se jedná o postižení ve více oblastech. Podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) může mít PAS několik forem, které jsou definovány pod pořadovým číslem F84.

V dnešní době je PAS samostatnou diagnostickou jednotkou. Až 80 % osob s klasickou formou PAS má inteligenční kvocient pod hranicí 70 bodů. Výjimku tvoří osoby s Aspergerovým syndromem, u kterých je IQ vyšší (Gillberg & Peeters 2003). Mentální postižení je stav, kdy nedošlo k přiměřenému a úplnému rozvoji mentálních schopností člověka. Myšlení, řečové a sociální dovednosti jsou oproti průměru výrazně sníženy.

Mentální postižení a autismus jsou dva rozdílné syndromy, ačkoli se mohou částečně překrývat. Je velice důležité diferencovat mezi mentálním postižením a koexistencí společně s poruchou autistického spektra. Podstatným rozdílem je fakt, že dítě trpící poruchami autistického spektra má typicky

nevyrovnaný vývojový profil, zatímco dítě s mentálním postižením má vývojový profil srovnatelný s intaktním dítětem nižšího věku (Jelínková, 1999).

V současné době jsou využívány dva klasifikační systémy nemocí. První a u nás více využívaný systém je Mezinárodní klasifikace nemocí, desátá revize (MKN-10) z roku 1992, zpracovaná v Ženevě Světovou zdravotnickou organizací (WHO). Druhým klasifikačním systémem je čtvrtá revize amerického klasifikačního manuálu DSM-IV z roku 1994, vydávaného Americkou psychiatrickou asociací. Thorová (2006) upozorňuje na lepší využitelnost manuálu DSM-IV v praxi. Diagnostická kritéria jsou tu přehlednější, lépe definovaná a pro praktické využití srozumitelnější.

MKN-10 (1992) dělí pervazivní vývojové poruchy do osmi základních kategorií:

- F 84.0 – Dětský autismus
- F 84.1 – Atypický autismus
- F 84.2 – Rettův syndrom
- F 84.3 – Jiná dezintegrační porucha v dětství
- F 84.4 – Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby
- F 84.5 – Aspergerův syndrom
- F 84.8 – Jiné pervazivní vývojové poruchy
- F 84.9 – Nespecifikované pervazivní vývojové poruchy

DSM-IV (1994) uvádí pět kategorií:

- Autistická porucha
- Rettův syndrom
- Dětská dezintegrační porucha
- Aspergerova porucha
- Pervazivní vývojová porucha dále nespecifikovaná

**Tabulka 2** Historie klasifikace PAS

Období	Názvy diagnóz	Četnost výskytu
40–50. léta	Kannerův typický autismus	1–2/10 000
60–70. léta	Kannerův časný dětský autismus (zredukováná kritéria Kanner a Eisenberga)	4–5/10 000
80. léta	Pervazivní vývojové poruchy	10–25/10 000
90. léta	PAS poruchy autistického spektra	50/10 000
2000+	PAS poruchy autistického spektra (širší používání nových, přesnějších a obecně rozšířených diagnostických nástrojů)	60/10 000

Vývoj názvosloví (Thorová 2006, s. 224)

## 2.3 Klasifikace tělesného postižení

Termín tělesné postižení je velmi široký. Někteří autoři preferují termín porucha hybnosti, který lépe reflektuje funkční omezení těchto žáků. My se, v souladu s terminologií Světové zdravotnické organizace (WHO) ICF-2001, přikláníme k pozitivnímu nahlížení na schopnosti žáků s tělesným postižením. Snažíme se je vnímat jako žáky se specifickým pohybovým projevem (např. nezaměřujeme se na fakt, že žák nemůže chodit, ale zajímá nás, jak se pohybuje na ortopedickém vozíku). V této kapitole vás seznámíme s nejčastěji se vyskytujícími typy tělesných postižení.

### **Dětská mozková obrna**

Dětskou mozkovou obrnu (DMO, někdy také zkráceně dětská obrna) můžeme rozdělovat podle třech základních kritérií: a) nervosvalové (spastické a nespastické); b) topografické (diparéza, hemiparéza, kvadruparéza); a c) funkčně sportovní (třídy CP-ISRA, resp. Spastik Handicapu od nejtěžších forem CP 1 až po nejlehčí formy CP 8). Dětská mozková obrna (DMO) patří mezi nejčastější postižení žáků s tělesným postižením. DMO je neprogresivní a nestacionární postižení centrálního nervového systému vedoucí k poruchám volní hybnosti, parézám nebo mimovolním pohybům. Vojta (1993) toto postižení nazývá infantilní cerebrální parézou nebo pouze cerebrální parézou (CP). Činitele, kteří se podílejí na vzniku DMO, můžeme rozdělit na prenatální, perinatální a postnatální. Mezi prenatální (předporodní) činitele patří například vývojové malformace, infekce, oběhové poruchy a přenošenost. Nejdůležitější skupinou perinatálních (porodních) činitelů

jsou abnormální porody (porod klešťový, překotný nebo protahovaný). Jejich hlavními následky mohou být krvácení a apoxie. Postnatální činitelé jsou vymezení obdobím prvního roku života, zahrnují hlavně kojenecké infekce a skupiny nedonošených dětí.

Podle Tichého a kol. (1998) tvoří nejpočetnější skupinu formy spastické (61 %), u nichž převládá forma diparetická. U spastických forem je popisována také forma hemiparetická a kvadruparetická. Diparetická forma je charakterizována spastickou diparézou dolních končetin s jejich semiflexí (tzv. nůžkovité držení pro spasmus adduktorů). Hemiparetická forma je charakterizována zpravidla postižením horní končetiny, která bývá ohnutá v lokti, a dolní končetina je napjata tak, že postižený došlapuje na špičku (Kábele, 1988). Kvadruparetická forma je charakterizována postižením všech čtyř končetin, s převážným postižením dolních (zdvojení formy diparetické) či horních končetin (zdvojení formy hemiparetické).

### Rozštěpy páteře

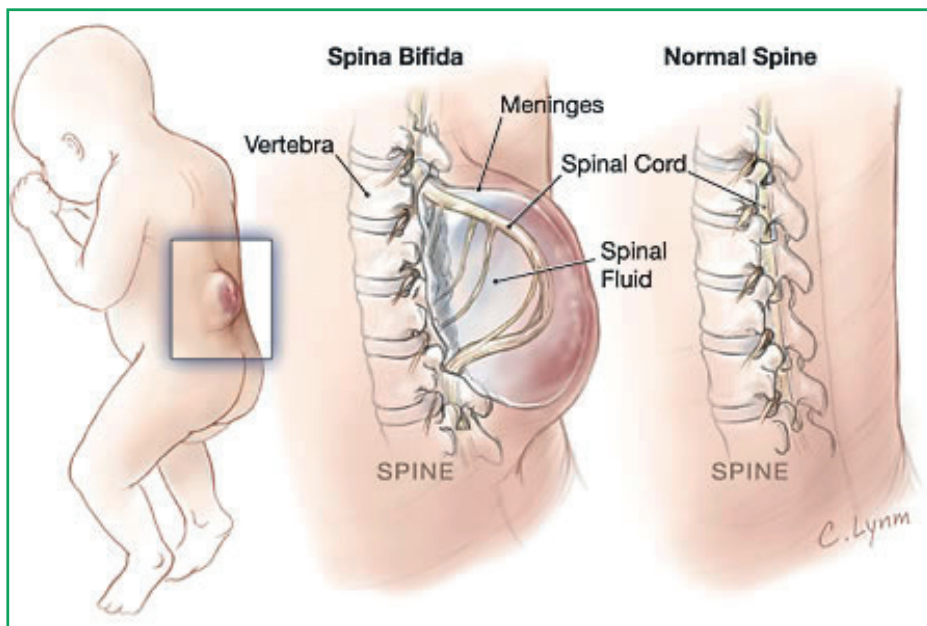
Rozštěp páteře (také spina bifida) patří k vrozeným vývojovým vadám. Sherrill (2004) ji označuje za druhou nejčastější formu tělesného postižení, hned po DMO. Rozštěpy páteře vznikají nedokonalým uzavřením medulární trubice. Obvykle se jedná o částečný výhřez míchy, který se obvykle vyskytuje v bederní oblasti jako různě velký nádorovitý útvar, krytý ztenčenou kůží. Tato kůže se snadno zraní a přidruží se infekce, které někdy děti s rozštěpem podléhají.

Proto se brzy provádí neurochirurgický zákrok, při kterém se vak odstraní za úzkostlivého šetření nervové tkáně. Tecklin (in Sherrill, 2004) tvrdí,



**Obr 5** Aaron Fotheringham  
(První vozíčkář /dg. Rozštěp páteře/, který zvládl salto na vozíku)





**Obr. 4** Rozštěp páteře (© 2001 American Medical Association)

že operace většinou probíhá do 24 hodin po narození, i když někteří lékaři preferují operaci až 9. či 10. den. Důležité je také kosmetické hledisko. Známé tři základní druhy rozštěpů páteře. Jsou to: a) meningokéle, při které dojde pouze k výhřezu míšních plen; b) meningomyelokéle, při níž dojde k výhřezu míšních plen a míchy; a c) spina bifida occulta. Neurologický nález je dán rozsahem rozštěpu. Může být zcela normální až po úplné ochrnutí dolních končetin – paraplegii. Osoby s rozštěpy páteře jsou vhodnými adepty pro sport na vozíku. Proto bychom se měli věnovat rozvoji svalstva horních končetin, které zůstávají většinou nepoškozené. Sherrill (2004) doporučuje plavání, aktivity na skútru (prkénko na kolečkách) a sporty na vozíku. Je vhodné snažit se o zapojení těchto osob do sportovních organizací pro vozíčkáře. Tyto organizace by měly s dětmi rozvíjet pohybové dovednosti na vozíku, které potom mohou uplatnit při pohybové rekreaci i v TV. Tyto osoby se mohou účastnit převážně části sportů na vozíku, příp. lyžování či sledge hokeje.

### **Progresivní svalová dystrofie**

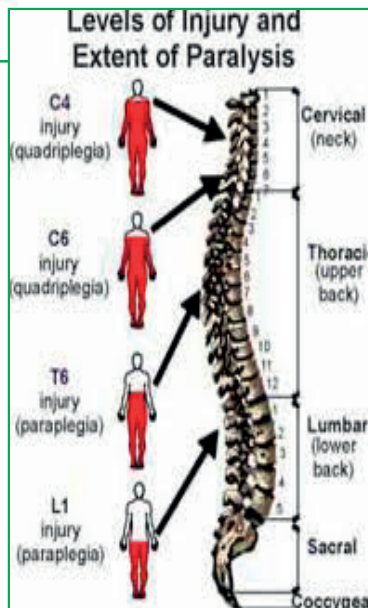
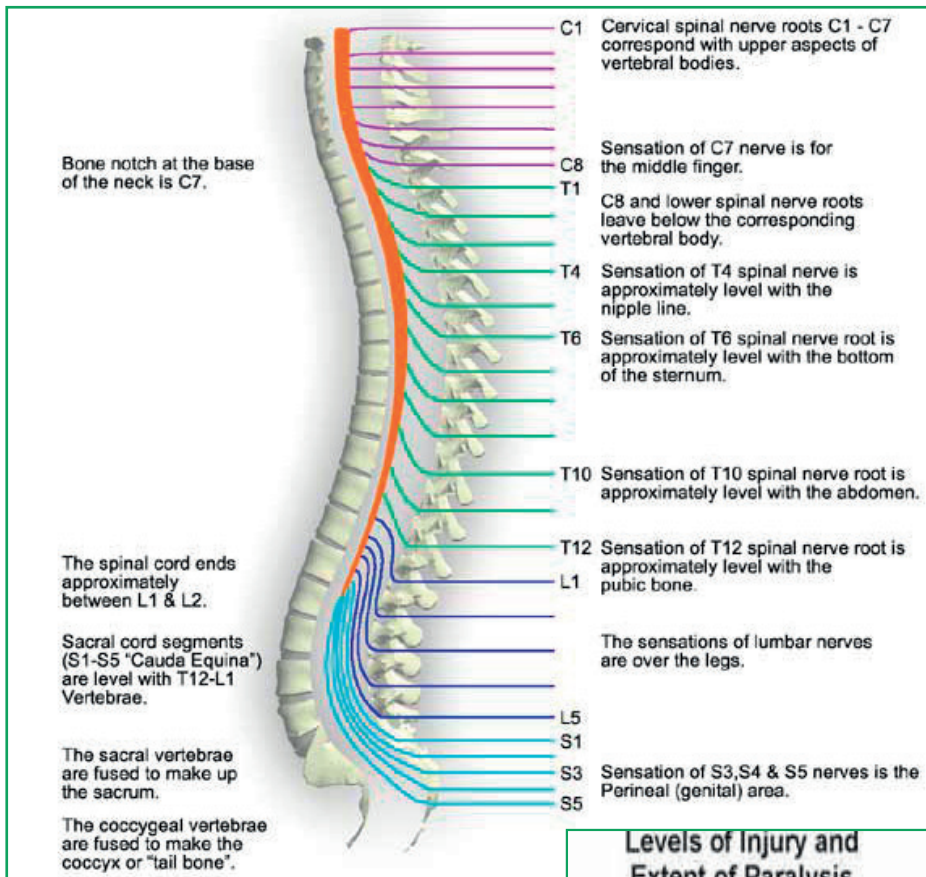
Svalové dystrofie patří mezi primární svalová onemocnění. Začíná nejčastěji v dětství, méně často v pubertě, vzácně v dospělosti. Projevuje se tím, že svaly postupně chudnou, ubývá svalových vláken, která se rozpadají a zanikají. Místo nich se vytváří funkčně bezcenné vazivo s nesteroidně velikou příměsí tuku. Nemoc se zpravidla nápadněji zhorší před nástupem do školy a hlavně pak v pubertě. Překoná-li osoba se svalovou dystrofií v dobrém stavu hybridnosti období dospívání, horší se zpravidla jen nepatrně a jsou známy případy, kdy se nemoc dlouhá léta nemění. Příčina nemoci není doposud plně popsána, ale určitě se na jejím vzniku podílejí poruchy hormonální a metabolické.

Proces ubývání svalových vláken probíhá u různých pacientů různě. V zásadě můžeme pozorovat tzv. sestupný typ a vzestupný typ. Sestupný typ začíná na svalstvu pletence ramenního. Odtud se šíří na horní končetiny, na svalstvo trupu a zvláště na svalstvo bederní, na svalstvo pletence pánevního a dále na dolní končetiny. U vzestupného typu se nejprve proces objeví na svalstvu pánevního pletence a na bederním svalstvu. Dále se potom šíří většinou vzhůru. Někdy se může objevit také značné zvětšení lýtkového svalstva, které je způsobeno nahromaděním tuku, tedy funkčně bezcennou tkání.

Sherrill (2004) zdůrazňuje, aby se děti se svalovou dystrofií účastnily běžné tělesné výchovy, dokud jim to jejich zdravotní stav dovolí. Zapojení do pohybových aktivit v raných stádiích postižení pomůže dětem vytvořit blízká přátelství, která přetrvávají i při zhoršování stavu. Děti by se měly seznámit s aktivitami, kterým se mohou věnovat i v pozdějších stádiích onemocnění (užívají vozík pro lokomoci). Mezi tyto aktivity patří například lukostřelba, házení šipek, rybaření, kuželky, boccia a další. Odborníci doporučují také plavání. Zdravotní stav dětí s dystrofií se většinou horší v období, kdy se jejich vrstevníci věnují týmovým sportům. V těchto aktivitách se mohou uplatnit jako rozhodčí, popř. osoby zodpovědné za sledování stavu utkání. Měli bychom je tedy podrobně seznámit s pravidly a připravovat je na tuto zodpovědnou roli dříve, než se jí ujmou. Mimo tyto integrované hodiny tělesné výchovy je však nezbytně nutné zařadit také hodiny aplikované tělesné výchovy.

### **Ochrnutí po poranění míchy**

K poškození míchy může dojít při těžkých úrazech páteře a výjimečně také při určitých onemocněních. V těchto případech vznikají ochrnutí v roz-



**Obr. 6** Funkční potenciál v závislosti na výši léze (www.apparelyzed.com)

sahu závislém na výšce poškození míchy. Mezi nejčastější příčiny úrazů patří automobilové či motocyklové havárie, případně skoky do mělké vody. U dětí školou povinných není ochrnutí po poranění míchy velmi rozšířené, ale i tak se můžeme ve školní tělesné výchově setkat se žákem s paraplegií či kvadruplegií. V závislosti na výšce léze (poškození míchy) rozeznáváme několik typů ochrnutí.

*Poúrazová chabá paréza:* při poškození míšních kořenů v oblasti dolní bederní páteře dochází k neúplnému ochrnutí (paréze) dolních končetin. Osoby s tímto postižením dokáží většinou chodit o francouzských holích. Vozík používají převážně na delší trasy a také pro sportovní i jiné pohybové aktivity.

*Poúrazová paraplegie:* Jedná se o úplné ochrnutí dolních končetin, většinou po poranění míchy v oblasti hrudní a horní bederní páteře. Za jistých podmínek je možné naučit i chůzi v aparátech. Ta je však většinou velice nejistá, vysilující a slouží jako rehabilitační cvičení.

Žáci s paraplegií používají vozík celodenně. Mohou se také zapojit do mnoha pohybových aktivit. Patří mezi ně atletika, plavání, lukostřelba, basketbal a tenis na vozíku, lyžování na monoski, sledge hokej, saně, windsurfing, jízda na vodních lyžích a mnohé další.

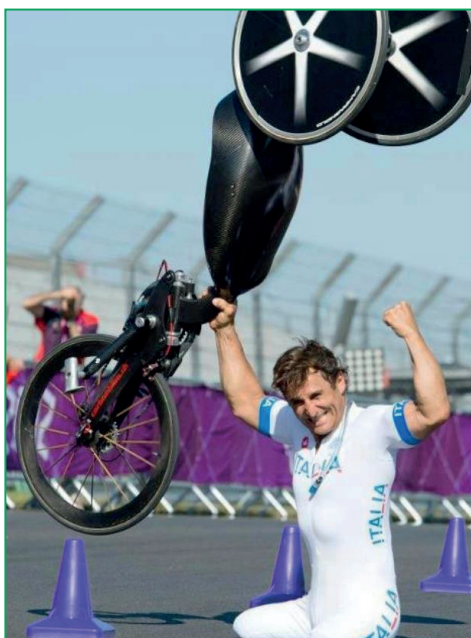
*Poúrazová kvadruplegie:* Toto postižení vzniká po poškození míchy v krční partii. Ochrnutí dolních končetin je zde většinou úplné, ochrnutí rukou v různém stupni od paréz až po praktické plegie (Trojan, et al., 2004). Ochrnutí je vždy horší v nižších partiích rukou (prsty, zápěstí) než v horních (ramena), postiženo bývá i břišní a zádové svalstvo. Zapojení do sportovních aktivit je ovlivněno stupněm postižení. Vhodnými pohybovými aktivitami pro osoby s kvadruplegií jsou například plavání, atletika, stolní tenis, boccia, lukostřelba a jiné. Specifickou sportovní hrou pro tyto osoby je ragby na vozíku. Boccia je vhodná i pro osoby s úplným ochrnutím horních končetin, protože mohou použít speciální rampy a asistenta.

*Poúrazové kvadruparézy:* Toto postižení se vyskytuje poměrně zřídka. Jedná se o neúplné ochrnutí horních i dolních končetin. Stupeň jejich postižení bývá různý, ale dolní končetiny vykazují pohyby, které lze někdy využít k postrkování vozíku, případně i k chůzi (Trojan, et al., 2004).

### Amputace dolních a horních končetin

Amputace na končetinách je velmi drastickým zásahem do pohybových schopností, zvláště pak u dítěte. Důvody vedoucí k rozhodnutí o amputaci končetiny jsou: vážné devastující poranění, hlavně jsou-li zničeny důležité cévy, nezvládnutelné infekce s celkovými septickými projevy ohrožujícími život, např. plynatá sněť. Amputaci lze provést také při dlouhotrvajícím nevyléčitelném místním onemocnění. Amputační pahýl v definitivním stavu musí být odolný, výkonný a dobře pohyblivý. Odolnost pahýlu je závislá hlavně na kvalitě a umístění operačních jizev. Eis (1986) uvádí, že ovládání protézy závisí na délce pahýlu. Čím je pahýl delší, tím lépe se ovládá protéza. Jeho délka však nesmí bránit umístění technického příslušenství protézy. Nesmírně důležitá je také správná péče o pahýl. Existuje několik typů protéz a s vývojem nových materiálů a technologií se každým rokem zlepšují možnosti zapojení osob s amputacemi do pohybových aktivit.

Inspirovujícím příkladem zapojení sportovců (v případě dětí – budoucích sportovců) je jihoafrický sprinter Oscar Pistorius, který dokáže (se dvěma protézami) zaběhnout 100 m za 10,91 s. Pro osoby s amputacemi, které používají dlouhodoběji vozík (oboustranná amputace, jež neumožňuje užívání



**Obr 7** Sportovec s oboustrannou a jednostrannou amputací dolních končetin

protéz), se doporučuje posunutí zadních os vozíku více dozadu. Často také užívají vozík bez stupaček, což jim umožňuje lepší manévrování v menším prostoru. U dětí s amputacemi horních končetin záleží na charakteru a míře amputace. Děti se do pohybových aktivit mohou zapojit s použitím protéz či bez nich.

Možnosti pohybových aktivit osob s amputacemi dolních končetin se liší podle druhu amputace. Většina osob se může díky vhodným sportovním protetickým pomůckám účastnit běžných aktivit. Osoby s jednostrannou nadkolenní (A2) i podkolenní (A4) amputací, či s amputací oboustrannou podkolenní (A3) se mohou účastnit běžeckých závodů v atletice, plavání nebo lyžování se stabilizátory. K těmto aktivitám nepotřebují vozík. Mohou se však zapojit i do sportů na vozíku. Mezi vhodné sporty patří například tenis nebo basketbal na vozíku. Osoby ze skupiny A1 (oboustranná nadkolenní amputace) se věnují také atletickým disciplínám na vozíku. Pro tyto osoby je také výborné plavání, stolní tenis, lukostřelba a většina sportů na vozíku, včetně lyžování a sledge hokeje. Odborníci také doporučují častou návštěvu sauny (Kudláček, et al., 2007).

## **2.4 Klasifikace zrakového postižení**

Z pohledu motorických kompetencí jinak zrakově disponovaných osob je důležité znát případné kontraindikace pro provádění pohybových aktivit. Kraus (Kraus, et al., 1997) dělí zrakové vady na:

- 1) vrozené
  - a) dědičné změny
  - b) změny na podkladě intrauterinní infekce
- 2) získané
  - a) náhlé – úrazy, vaskulární léze
  - b) postupné – retinopatie, záněty, nádory, intoxikace, odchlípení sítnice, glaukom, senilní katarakta, senilní degenerace sítnice

### **Vizus (zraková ostrost)**

Pro určení refrakčního stavu oka je podstatná míra zrakové ostrosti. Zraková ostrost vyjadřuje schopnost vizuální diferenciacce a hodnotí se vidění

na blízko a na dálku. Případné odchylky v refrakci do plusu i mínusu nám pak určují míru zrakového postižení.

**Tabulka 3**

Kategorie zhoršení zraku	Zraková ostrost při pohledu oběma očima s použitím optimální korekce	
	Horní hranice	Dolní hranice
1. Slabozrakost lehká a střední	$6/18 = 0,3$	$6/60 = 0,1$
2. Slabozrakost těžká	$6/60 = 0,1$	$3/60 = 0,05$
3. Těžce slabý zrak	$3/60 = 0,05$	$1/60 = 0,02$
4. Praktická nevidomost	$1/60 = 0,02$	Světlocit se správnou projekcí
5. Úplná nevidomost	Světlocit s chybnou projekcí	Úplná ztráta světlocitu

Definice podle Krause et al. (1997).

### A) Nevidomost

#### 1) Praktická nevidomost:

- a) pokles centrální zrakové ostrosti pod  $3/60$  do  $1/60$  včetně,
- b) binokulární zorné pole menší než  $10^\circ$ , ale větší než  $5^\circ$  kolem centrální fixace.

#### 2) Skutečná nevidomost:

- a) pokles centrální zrakové ostrosti pod  $1/60$  – světlocit,
- b) binokulární zorné pole  $5^\circ$  a méně i bez porušené centrální fixace.

#### 3) Plná nevidomost:

světlocit s chybnou světelnou projekcí až do ztrát světlocitu (amauróza).

B) Slabozrakost je ireverzibilní pokles zrakové ostrosti na lepším oku pod  $6/18$  až do  $3/60$  včetně.

Z praktického hlediska dělíme slabozrakost na:

- 1) těžkou slabozrakost  $6/60$  do  $3/60$  včetně
- 2) lehkou do  $6/60$  včetně

Pro úplnost přehledu doplňujeme ještě klasifikaci IBSA (Mezinárodní organizace sportu zrakově postižených).

Písmeno B je označením blind – nevidomý, číselný index udává stupeň postižení.

B<sub>1</sub> – úplná slepota, neschopnost rozeznávat objekty ani kontury z jakékoliv vzdálenosti, bez světlocitu až světlocit.

B<sub>2</sub> – schopnost rozeznávat předměty nebo kontury, zraková ostrost do vizu 2/60 s horní hranicí zrakového pole do 5°.

B<sub>3</sub> – zraková ostrost 2/60 až 6/60 nebo omezení zrakového pole v rozmezí 5–20°.

Obdobným způsobem je vymezena i klasifikace pro sportovní účely tak, jak byla stanovena mezinárodní organizací sportu zrakově postižených IBSA:

Zorné pole představuje dle (Moravcové, 2004), součet všech bodů, které se při nehybném očním bulbu a pohledu vpřed zobrazí na sítnici. Při fyziologickém stavu dosahuje zorné pole 90° temporálně a 60° nazálně. Nahoře pak 60° a dole 70°. Zorná pole obou očí se v rozsahu asi 60° kolem fixačního bodu překrývají. To umožňuje stereoskopické prostorové vidění. Aufrata a Vančurová (2002, 93) uvádí, že „na realizaci binokulárního vidění spolupůsobí tři funkční složky zrakového orgánu. Optická složka moderuje tok paprsků přes lomivé prostředí oka, tak aby na sítnici dopadal ostrý obraz. Motorická složka nastavuje bulby do takového postavení, aby obraz dopadal do optického centra obou očí. Úlohou senzorycké složky je vést podráždění ze sítnice jednoho i druhého oka do korových center. Tam se uskutečňuje jejich splynutí a my si je uvědomujeme.“

## 2.5 Klasifikace sluchového postižení

Hrubý (1997) vady sluchu rozlišuje podobně jako většina autorů podle závažnosti (nedoslýchavost, hluchota), podle doby vzniku (postlingvální a prelingvální) a místa. V odborné literatuře (např. Souralová & Langer, 2005) je klasifikace sluchových poruch nejčastěji uváděna podle následujícího rozdělení:

- a) podle velikosti sluchové ztráty;
- b) podle místa vzniku;



c) podle doby, kdy k sluchové vadě došlo (souvisí s řečí).

ad a) Kvantita (velikost) sluchové vady se vyjadřuje v decibelech (dB) hlasitosti zvuků, které se vyskytují v blízkosti člověka. Hlasitost různých zvuků je vyjádřena stupnicí 0–140 dB (Souralová & Langer, 2005).

Hrubý (1997) vychází při svém dělení ze stupňů stanovených WHO roku 1980:

- 0–25 dB – normální sluch
- 26–40 dB – lehká nedoslýchavost
- 41–55 dB – střední nedoslýchavost
- 56–70 dB – středně těžká nedoslýchavost
- 71–90 dB – těžké poškození sluchu
- 91 dB a více – velmi závažné poškození sluchu

ad b) Z hlediska fyziologického dělíme vady sluchu podle místa vzniku: vady převodní, percepční a smíšené. Se stejným rozdělením, jaké uvádí Hrubý (1997), souhlasí i Souralová a Langer (2005), kteří rozšiřují klasifikaci o vady centrální.

Převodní vady. Dojde-li (dle Hrubého, 1997) k nějaké poruše v mechanické části sluchové dráhy (vnější nebo střední ucho), dochází k narušení převodu vnímání zvuku, tzv. převodní vadě. Vady převodní (Hložek, 1995) jsou charakteristické poruchou kvantity slyšení a nemůžou vést k úplné hluchotě. Mezi převodní vady patří především ucpání vnějšího zvukovodu (zhoršení sluchu o 30–40 dB). Mezi vrozené vady převodní můžeme zařadit deformity vnějšího a středního ucha (nevytvoření boltce), které se řeší operativně. Záněty vnějšího zvukovodu, které jsou způsobené bakteriemi, viry, plísněmi, ale v poslední době i alergiemi, jsou doprovázeny malou ztrátou sluchu (vady přechodné). Jako další řadíme zánět středního ucha, který nejčastěji postihuje děti. Všechny převodní vady lze kompenzovat moderními pomůckami, jako je např. sluchadlo, nebo operativně.

Percepční vady (senzoneurilní) vznikají, jestliže dojde k poškození vláskových buněk ve vnitřním uchu nebo v nervové části sluchové dráhy a je narušeno vnímání (percepce) zvuku (Hrubý, 1997). Jsou mnohem závažnější než vady převodní. Mohou vést až k úplné hluchotě. Příčin percepčních vad je mnoho, například dříve mezi časté příčiny jejich vzniku patřily ototoxické látky (jedovaté pro sluchové buňky). Vnitřní ucho je velmi citlivé na zásoben

kyslíkem, a proto při porodu (přidušením) může také dojít ke vzniku percepční vady. Centrální vady mohou být způsobeny organickou nebo funkční změnou a jejich příznaky jsou velmi rozmanité (Ludíková et al., 2005).

ad c) Z hlediska doby vzniku dělí Hrubý (1997) sluchové vady na vrozené (v důsledku dědičnosti nebo v době zrání plodu) a získané. Získané vznikají až po narození dítěte. Doba vzniku po narození je důležitá kvůli rozvoji řeči. Souralová a Langer (2005) uvádějí dělení sluchových vad na prelingvální a postlingvální. Prelingvální sluchová vada je vrozená nebo získaná v době, kdy není ještě u dítěte ukončen základní vývoj řeči (tzn. dítě neslyší žádný akustický vjem) a o sluch přišlo před rozvojem řeči (obecně se uvádí do dvou let). Naproti tomu postlingvální sluchovou vadou je stav, kdy ke ztrátě sluchu došlo až po ukončení základního vývoje řeči.

## 3 Tělesná výchova, sport a rekreace jako lidská práva osob se zdravotním postižením

Práva osob se zdravotním postižením jsou definována v nejjobecnější rovině v Chartě lidských práv Organizace spojených národů. Tato práva jsou dále rozvíjena v rámci Ústavy České republiky a dalších zákonů v oblastech: (a) sociálních, (b) medicínských a (c) vzdělávacích. Dále pak můžeme najít vyhlášky, prováděcí předpisy a další podzákoné normy. V této kapitole se zaměříme převážně na oblast vzdělávací, ale okrajově také na oblasti sportu a vyrovnávání příležitostí osob se zdravotním postižením, jako celku.

### 3.1 Úmluva o právech osob se zdravotním postižením

Úmluva o právech osob se zdravotním postižením (ZdP), dále jen Úmluva, je nejvyšším mezinárodním dokumentem, který se zaměřuje na práva osob se ZdP. Úmluva byla sepsána v roce 2007 a důvody, které vedly k její přípravě, jsou patrné v preambuli tohoto dokumentu. V této kapitole budeme pracovat s textem Úmluvy, který je doplněn o výklad z pohledu studentů kinantropologie. Úmluva je založena na následujících zásadách: (a) respektování přirozené důstojnosti, osobní nezávislosti, zahrnující také svobodu volby, a samostatnosti osob; (b) nediskriminace; (c) plné a účinné zapojení a začlenění do společnosti; (d) respektování odlišnosti a přijímání osob se zdravotním postižením jako součásti lidské různorodosti a přirozenosti; (e) rovnost příležitostí; (f) přístupnost; (g) rovnoprávnost mužů a žen; (h) respektování rozvíjejících se schopností dětí se zdravotním postižením a jejich práva na zachování identity. Celkový text Úmluvy má 50 článků a je dostupný na webových stránkách ve všech jazykových mutacích. Pro účely tohoto textu se budeme blíže věnovat článkům: (9) Přístupnost; (24) Vzdělávání; a (30) Účast na kulturním životě, rekreace, volný čas a sport.

## **Výtah z preambule Úmluva o právech osob se zdravotním postižením**

Státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy,

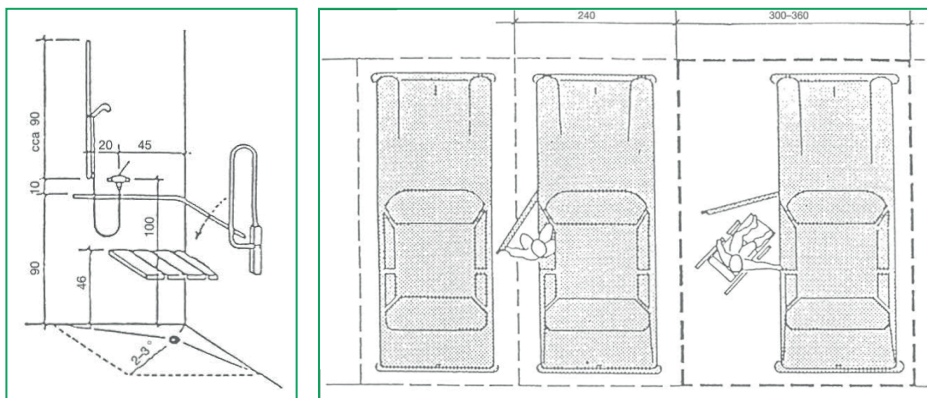
- a) majíce na zřeteli, že podle zásad vyhlášených v Chartě Organizace spojených národů je uznání přirozené důstojnosti a hodnoty a rovných a nezcižitelných práv všech členů lidské rodiny základem svobody, spravedlnosti a míru ve světě,
- b) uznávajíce, že Organizace spojených národů ve Všeobecné deklaraci lidských práv a v mezinárodních paktech o lidských právech prohlásily a dohodly se na tom, že každému přísluší všechna v nich stanovená práva a svobody, a to bez jakýchkoliv rozdílů,
- c) znovu potvrzující všestrannost, nedělitelnost a vzájemnou závislost a souvislost všech lidských práv a základních svobod a potřebu zaručit osobám se zdravotním postižením plné užívání těchto práv a svobod bez diskriminace,
- e) uznávajíce, že zdravotní postižení je koncept, který se vyvíjí a který je výsledkem vzájemného působení mezi osobami s postižením a bariérami v postojích a v prostředí, které brání jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti, na rovnoprávném základě s ostatními,
- h) uznávajíce rovněž, že diskriminace jakékoli osoby na základě zdravotního postižení je porušením přirozené důstojnosti a hodnoty lidské bytosti,
- i) uznávajíce rovněž různorodost osob se zdravotním postižením,
- n) uznávajíce význam, jaký má pro osoby se zdravotním postižením osobní nezávislost a samostatnost, včetně svobody volby,
- o) domnívajíce se, že osoby se zdravotním postižením by měly mít příležitost se aktivně zapojovat do rozhodovacích procesů o politikách a programech, zejména těch, které se jich přímo týkají,
- q) uznávajíce, že ženy a dívky se zdravotním postižením jsou často vystavovány, doma i mimo domov, většímu riziku násilí, zranění nebo zneužívání, zanedbávání nebo nedbalému zacházení, týrání nebo vykořisťování,
- x) přesvědčeny, že rodina je přirozenou a základní jednotkou společnosti a má nárok na ochranu ze strany společnosti a státu a že osobám se zdravotním postižením a jejich rodinným příslušníkům by měla být poskytována nezbytná ochrana a pomoc, aby rodiny měly možnost přispívat k plnému a rovnému užívání práv osobami se zdravotním postižením,
- y) přesvědčeny, že komplexní a ucelená mezinárodní úmluva na podporu a ochranu práv a důstojnosti osob se zdravotním postižením přispěje významným způsobem k odstranění hlubokého sociálního znevýhodnění osob

*se zdravotním postižením a na základě rovných příležitostí podpoří jejich účast ve všech oblastech občanského, politického, hospodářského, sociálního a kulturního života v rozvinutých i rozvojových zemích, ...*

Z výše uvedeného textu preambule je patrné, že osoby se ZdP jsou po celém světě vystavovány jisté míře diskriminace, a právě proto bylo nutné vytvořit tento specifický dokument. Jelikož se jedná o mezinárodní dokument, je nutné mít na zřeteli, že uvedené standardy by měly být relevantní ve všech zemích světa (tedy i v zemích rozvojových). Je tedy dobrým východiskem pro diskuzi k „minimálním právním“ osob se ZdP v České republice, která je politicky i ekonomicky integrální součástí EU. Za zmínku jistě stojí odstavec (q), který upozorňuje na specifická úskalí možné diskriminace žen se ZdP. Kromě odstavce (o) s akcentem na aktivní roli osob se ZdP v zapojování se do rozhodovacích procesů a politiky je velmi důležitý odstavec (x), který zdůrazňuje roli rodiny v životě dětí se zdravotním postižením. Rodina je klíčovým partnerem pro vzdělávání (včetně tělesné výchovy) i aktivní životní styl prostřednictvím zapojování do rekreace a sportu.

#### Článek 9 – Přístupnost:

S cílem umožnit osobám se zdravotním postižením žít nezávislým způsobem života 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,



**Obr. 8** Příklady řešení bezbariérového přístupu na sportovištích (Evropská charta sportu pro všechny: zdravotně postižené osoby, 1987)

k fyzickému prostředí, 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. V českém prostředí řeší tuto problematiku stavební zákon a **vyhláška 398/2009 Sb., o obecných technických požadavcích zabezpečujících bezbariérové užívání staveb**, a zabývá se mj. úpravou veřejných prostranství a budov. Do této skupinky patří také budovy a prostranství určené pro tělovýchovu, rekreaci a sport, mimoškolní vzdělávací objekty, objekty určené pro další volnočasové aktivity apod. Tato vyhláška řeší velmi podrobně architektonické i další úpravy s cílem vytvořit optimální podmínky pro potenciální účast osob se zdravotním postižením. Mj. tato vyhláška řeší vstupy do budov, požadavky na toalety, sprchy, šatny, rampy, výtahy, chodníky či parkovací plochy.

V souladu s touto legislativou připravila Pražská organizace vozíčkářů dokument s názvem „Kritéria pro zařazení objektů do jednotlivých kategorií z pohledu osob s omezenou schopností pohybu.“

**Objekt je možné definovat jako přístupný, pokud:** (a) Je přístupný celý objekt nebo jeho větší část alespoň s jedním bezbariérovým vstupem. Návštěva je možná bez předchozí domluvy; (b) Rampy (mobilní i pevné) před vstupem i uvnitř objektu mají sklon při délce do 3 metrů maximálně 12,5 %, při délce do 9 metrů maximálně 8 %. Šířka pevných ramp je minimálně 110 cm; (c) Dveře a průchody jsou široké minimálně 80 cm, což platí i pro vstupní (hlavní) křídlo dvoukřídlových dveří. Výška prahů je maximálně 2 cm; (d) Pro překonání výškových rozdílů je k dispozici samoobslužný výtah a jeho rozměry jsou minimálně: šířka dveří 80 cm, vnitřní rozměr kabiny – šířka 100 cm × hloubka 125 cm. Objekty s plošinou nevyhodnocujeme jako objekty přístupné; (e) Pokud se jedná o objekt s toaletami pro veřejnost, k dispozici je přístupná toaleta – WC I. (viz vysvětlivky níže), nebo v případě, že jsou všechny ostatní požadavky na přístupnost naplněny, alespoň částečně přístupná toaleta – WC II. (viz vysvětlivky níže); (f) Povrchy a sklon komunikací v objektu a jeho bezprostředním okolí výrazněji nekomplikují pohyb na vozíku.

**Objekt je možné definovat jako částečně přístupný pokud:** (a) Přístupná je jen část objektu nebo objekt nenaplní některé z požadavků uvedených u objektu přístupného. Popis nesplněných požadavků je uveden v textu; (b) Rampy a ližiny (mobilní i pevné) před vstupem i uvnitř objektu mají sklon

při délce do 3 metrů maximálně 16,5 %, při délce do 9 metrů maximálně 12,5 %. Šířka pevných ramp je minimálně 110 cm; (c) Dveře a průchody jsou široké minimálně 70 cm. Výška prahů je maximálně 7 cm; (d) Výtah má rozměry minimálně: šířka dveří 70 cm, vnitřní rozměr kabiny – šířka 100 cm × hloubka 110 cm; (e) Rozměry plošiny jsou minimálně: šířka dveří 70 cm, přepravní plocha – šířka 70 cm × hloubka 90 cm. Informace o nosnosti jsou uvedeny v doplňujícím textu; (f) Před vstupem do objektu je maximálně jeden schod bez řešení k jeho překonání.

Z pohledu přístupnosti sportovišť (včetně sportovních vybavení škol) je, mimo vlastní přístup na sportoviště, velmi důležitý adekvátní prostor pro parkování, ale i přístupnost a zařízení šaten, sprch a WC.

#### **Článek 24 – Vzdělávání:**

Státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, uznávají právo osob se zdravotním postižením na vzdělání. S cílem realizovat toto právo bez diskriminace a na základě rovných příležitostí, státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, zajistí inkluzivní vzdělávací systém na všech úrovních a celoživotní vzdělávání zaměřené na: (a) plný rozvoj lidského potenciálu a smyslu pro vlastní důstojnost a uvědomění si vlastní hodnoty, stejně jako na posilování úcty k lidským právům, základním svobodám a lidské různorodosti; (b) rozvoj osobnosti, nadání a kreativity osob se zdravotním postižením, jakož i jejich duševních a tělesných schopností, v co největší možné míře; (c) poskytnutí přiměřené úpravy podle individuálních potřeb; (d) poskytnutí nezbytné podpory umožňující jejich účinné vzdělávání; (e) účinná opatření individualizované podpory, realizované v prostředí, které v souladu s cílem plného začlenění maximalizuje vzdělávací pokroky a sociální rozvoj.

Významným strategickým dokumentem na národní úrovni je Národní akční plán inkluzivního vzdělávání 2010. Jedná se o strategický dokument MŠMT ČR. Základním cílem akčního plánu je zvýšit míru inkluzivního pojetí vzdělávání v českém vzdělávacím systému. Konečným cílem je pak působit preventivně proti sociální exkluzi jednotlivců i celých sociálních skupin a přispět k úspěšné integraci jedinců s postižením či znevýhodněním do společenských, politických a ekonomických aktivit občanské společnosti. Úkoly a opatření Národního akčního plánu inkluzivního vzdělávání svými dopady překračují rámec školství a jsou významným příspěvkem k rozvoji lidských zdrojů v České republice. Inkluzivní charakter českého školství ovlivní vzdě-

lávací podmínky nejen v případě žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, ale týká se všech jeho účastníků (MŠMT, 2011).

Od roku 2005 je nejvýznamnějším dokumentem v systému vzdělávání v ČR především **zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)**, ve znění pozdějších předpisů, který poskytuje základní orientaci ve vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami. Zákon je doplněn **vyhláškou č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. Vyhláška 73/2005 Sb.**, v §1, odst. 1 deklaruje, že vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a vzdělávání dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných se uskutečňuje s pomocí podpůrných opatření, která jsou odlišná nebo jsou poskytována nad rámec individuálních pedagogických a organizačních opatření spojených se vzděláváním žáků stejného věku ve školách, které nejsou samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením (dále jen „běžná škola“). Vhodnou podporu pak řeší tato vyhláška v následujícím odstavci – §1, odst. 2. Podpůrnými opatřeními při speciálním vzdělávání se pro účely této vyhlášky rozumí využití speciálních metod, postupů, forem a prostředků vzdělávání, kompenzačních, rehabilitačních a učebních pomůcek, speciálních učebnic a didaktických materiálů, zařazení předmětů speciálněpedagogické péče, poskytování pedagogicko-psychologických služeb, zajištění služeb asistenta pedagoga, snížení počtu žáků ve třídě, oddělení nebo ve studijní skupině nebo jiná úprava organizace vzdělávání zohledňující speciální vzdělávací potřeby žáka. Novelizace této vyhlášky (62/2007) se zabývá především podrobnější kategorizací žáků ve vyučovací jednotce i při některých pohybových aktivitách (především kurzech). Další novelizace (147/2011) předznamenává zlom v oblasti povinnosti běžných základních škol přijímat žáky se SVP. Zrušila totiž možnost nepřijetí žáka se SVP a de facto tím potvrdila zákon 561/2004, který odmítnutí neobsahuje. Přestože jsou v naší legislativě definována podpůrná opatření, včetně využívání asistentů pedagoga, kompenzačních pomůcek či individuálního vzdělávacího programu, jsou žáci s tělesným či zrakovým postižením velmi často z tělesné výchovy uvolňováni (více v kapitole integrace ve školní TV).

Další legislativní norma ve školské oblasti je **vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních**. Ta řeší dále problematiku poskytování poradenských služeb,



upravuje obsah poradenských služeb, pojednává o školských poradenských zařízeních, poradnách a centrech, o poskytování poradenských služeb za úplaty atd. Problematiky APA se dotýká také **zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách**. Ten upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách. Zákon dále upravuje předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka, pokud vykonává činnost v sociálních službách nebo podle zvláštních právních předpisů při pomoci v hmotné nouzi, v sociálně-právní ochraně dětí, ve školách a školských zařízeních, ve zdravotnických zařízeních, ve věznicích, v zařízeních pro zajištění cizinců a v azylových zařízeních. Vychovatel je tradičně pedagogickým pracovníkem zodpovědným za volnočasové aktivity uživatelů služeb (označení dle zákona 108/2006). Často se však do organizace a realizace těchto aktivit zapojují i jiní pracovníci. Ačkoliv to jistě nebylo původním cílem tohoto zákona, jeho dopad na oblast účasti osob se zdravotním postižením ve volnočasových pohybových aktivitách je spíše negativní, což se projevuje především v případě osob s mentálním postižením, situaci však komplikuje i u osob s ostatním postižením.

#### **Článek 30 – Účast na kulturním životě, rekreace, volný čas a sport:**

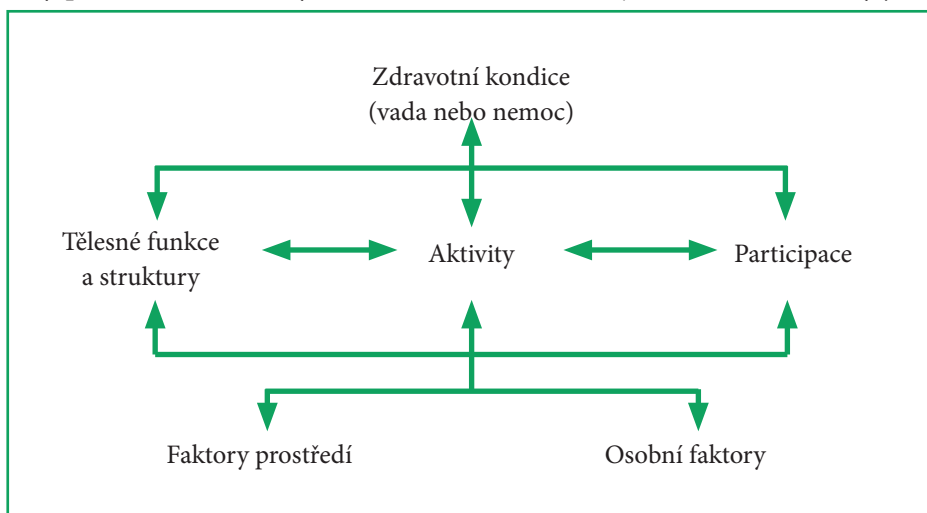
S cílem umožnit osobám se zdravotním postižením podílet se, na rovnoprávném základě s ostatními, na rekreační, zájmové a sportovní činnosti, přijmou státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, odpovídající opatření, která: (a) podnítky a podpoří co nejširší zapojení osob se zdravotním postižením do běžných (integrovaných) sportovních aktivit (př. plavání, atletika, lyžování) na všech úrovních; (b) zajistí, aby osoby se zdravotním postižením měly možnost organizovat a rozvíjet speciální aplikované sportovní a zájmové aktivity (př. boccia, goalball, sledge hokej) 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 rovný přístup, jako ostatní děti, 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.

Státy tedy mají vytvářet příležitosti k integraci do běžných sportů, př. plavání, atletika nebo lyžování. Na druhou stranu existují některé sporty, které jsou specifické pouze pro úzkou skupinu osob se zdravotním postižením. U osob s tělesným postižením se jedná například o bocciu nebo rugby na vozíku. U zrakově postižených se jedná například o goalball nebo showdown. Sportovci s postižením by, dle výše uvedené Charty, měli mít příležitost vytvářet si vlastní sportovní kluby či svazy. Je však potřeba zdůraznit fakt, že většině sportů se dá věnovat v rámci integrace organizační, tréninkové nebo paralelní (více v kapitole k integraci ve sportu). Významným dokumentem, který měl řešit podporu pohybových aktivit ze strany krajů a obcí, měl být **zákon č. 115/2001 Sb., o podpoře sportu**. Kromě jiného tento zákon prikazuje krajům a obcím zabezpečit rozvoj pohybových aktivit (dle zákona „sport“) osob se zdravotním postižením. Tento rozvoj je samozřejmě možné zabezpečit různým způsobem. Přesto jsme za 10 let nezaznamenali výraznou snahu o vytvoření systému podpory pohybových aktivit (včetně sportu) osob se zdravotním postižením. Jednou z možností vytvoření systému podpory je vytvoření pracovních pozic *konzultantů aplikovaných pohybových aktivit* (zkráceně *konzultant APA*). Tito pracovníci by naplňovali svou činností smysl legislativních norem v rezortu MŠMT s výrazným dopadem na oblast sociální a zdravotní. Vytvoření podkladů pro prosazení pozice konzultanta APA deklarovala na 2. valné hromadě i Česká asociace aplikovaných pohybových aktivit (ČAAPA).

## 4 Integrace osob se zdravotním postižením do společnosti

Integrace obecně znamená spojování částí v celek. Myslíme tím tedy zapojování osob se zdravotním postižením do intaktní společnosti a v našem případě konkrétně do pohybových aktivit. Válková (2010) preferuje termín společné programy a zdůrazňuje tak fakt, že sportovci se zdravotním postižením mohou sportovat se sportovci intaktními. Paralela s termínem integrace by se dala nalézt v pojetí Světové zdravotnické organizace ICF 2001 (WHO, 2001) participace. V tomto modelu jsou popisovány následující komponenty: (a) **Tělesné funkce** – fyziologické funkce tělesných systémů; (b) **Tělesné struktury** – anatomické části těla jako orgány, končetiny a jejich součásti; (c) **Aktivita** – provádění úkolu (úkonu) nebo činu jedincem; (d) **Participace** – zapojení dané aktivity do životní, respektive společenské situace, či výkon, který se provádí v prostředí, které může být bariérové nebo facilitující; a (e) spolupůsobící faktory – ucelené pozadí života člověka. Ty se dále dělí na environmentální a osobní faktory. **Faktory prostředí** zahrnují fyzické a sociální faktory a postoje lidí nebo lokalitu, kde lidé žijí a uskutečňují své životy. Faktory prostředí mohou být **bariérové nebo facilitující**. „Osobní faktory jsou



**Obr 9** Model funkční schopnosti a disability (ICF, 2001)

zvláštním základem v životě člověka a skládají se z vlastností, které nejsou součástí zdravotních problémů nebo zdravotního stavu.“ (WHO, 2001, s. 28) Jedná se například o pohlaví, rasu, věk, odolnost, životní styl, vzdělání, individuální psychické vlastnosti či charakteristiky, které mohou hrát jakoukoliv roli ve vztahu k disabilitě či participaci. Pokud je tedy naším cílem integrace, musíme vždy zvažovat všechny faktory v ICF 2001 obsažené.

### **4.1 ICF 2001**

Uvedme si model ICF 2001 na příkladu dítěte s dětskou mozkovou obrnou (DMO). DMO je porucha tělesné funkce daná organickým poškozením mozku. Ta může mít za důsledek například poruchu hybnosti, které se v kontextu pohybových aktivit budeme věnovat. Toto dítě tedy špatně chodí/běhá (aktivita), což může ve svém důsledku vést k omezení participace v dětských hrách. Za určitých okolností můžeme poruchu omezení bipedální lokomoce (chůze) kompenzovat s využitím ortopedického vozíku. Ten může umožnit samostatnou mobilitu a manipulaci s objekty (př. míč, pálka nebo padák pro psychomotorické aktivity). To však pouze za předpokladu, že prostředí bude bezbariérové. Bude-li dětská hra (př. hodina tělesné výchovy) probíhat na nepevněném terénu či trávě, samotný povrch (environmentální faktor) výrazně omezí participaci. Povede-li ke hřišti cesta s několika schody a zúženými průchody (př. dveřmi), vozičkář se na samotné místo aktivity nedostane. Nebude-li na místě cvičení dostupné bezbariérové WC, přístupné šatny a sprchy, dá se předpokládat, že participace bude také výrazně omezena. Ve svém důsledku poté může mít omezená participace (tj. inaktivita) negativní vliv na vlastní dovednosti (aktivity). Může vést například ke snižování kloubní pohyblivosti a flexibility, svalové síly, kardiorepirační vytrvalosti. V případě vrozených postižení může inaktivita vést k pohybové nigramotnosti. Pohybovou nigramotnost můžeme popsat jako absenci základních pohybových dovedností a schopností, umožňujících zdravý rozvoj jedince a zapojování se do široké škály pohybových aktivit (včetně tělesné výchovy, sportu a dalších volnočasových aktivit). To ve svém důsledku může vést k celé škále neinvazivních civilizačních onemocnění (př. obezita, cukrovka, kardiovaskulární onemocnění).

## 4.2 Postoje k osobám se zdravotním postižením

Allport (1935) vymezuje postoj jako mentální stav pohotovosti organizovaný zkušeností, vyvíjející dynamický a direktivní vliv na odpovědi jedince vůči všem objektům a situacím, s kterými je ve vzájemném vztahu. Je to tedy jakási připravenost či nastavení jednat určitým způsobem. Pokud se jedná o relativně jednoduché, časem i prostorem vymezené jednání, můžeme říci, že na základě našeho postoje buď k tomuto jednání tihneme, nebo se mu naopak snažíme vyhnout. Postoje jsou úzce spjaty s hodnotovým systémem, který je založený na našich přesvědčeních. Krech and Crutchfield (1948) definují přesvědčení, jako „přetrvávající organizaci percepce a kognice, reprezentující (a) vědomosti, (b) názory, a (c) víru“ (s. 158). Ve vztahu k našemu pochopení komplexity postojů je zajímavé prezentovat také dřívější definici postojů od Thurstona (1928, s. 529), který definoval postoj jako: „úplný sumář našich nastavení, předsudků, předpojatostí, představ, strachů, obav, ohrožení a přesvědčení vztahující se k jakémukoliv tématu“. Původní postojové teorie pracovaly s konceptem tří složek: (a) kognitivní, (b) emoční a (c) konativní, kdy emoční rovina (viz výše – obavy, strachy, ohrožení) byla stejně tak důležitá jako složka kognitivní (racionální posouzení daného fenoménu). Přední autoři v oblasti psychologie handicapu v České republice Vágnerová, Hadj-Mousová, & Štech (1999, s. 15) uvádějí následující specifika emoční složky postojů k osobám se zdravotním postižením:

... nemoc či defekt jsou hodnocené... jako něco nežádoucího. Takto postižení lidé jsou předmětem lítosti, protože jsou to lidé, kteří měli smůlu, potkalo je neštěstí vesměs bez vlastního zavinění. Avšak tito lidé vzbuzují i hrůzu a odpor... symbolizují něco negativního, čemu je lépe se vyhnout. Do značné míry zde hraje roli právě neinformovanost, protože neznámé nemoci a defekty vzbuzují více strachu než běžná onemocnění. Výsledkem bývá častěji citová ambivalence v postojích, které spojuje soucit s odporem, pozitivní emoce s negativními. Tato skutečnost se odráží např. v typických reakcích laiků: „On je chudák, ale já se na něj nemohu dívat.“

To, že je emoční složka minimálně stejně důležitá jako složka kognitivní, je zcela zřejmé. Pokud chceme pracovat s postoji ve vztahu k jedincům se zdravotním postižením, je potřeba pracovat s oběma složkami (více dále v textu). V tradičních teoriích byla obsažena také složka konativní, která re-

prezentovala vlastní jednání. Z tohoto pohledu bylo tedy jednání stejně tak důležité jako naše pocity a přesvědčení.

Velmi populární v oblasti výzkumu postojů v oblasti integrace je v současnosti Teorie plánovaného chování/Theory of planned behavior (Ajzen, 1991, 2000). Tato teorie se od tradičních teorií liší tím, že součástí konceptu postojů není konativní složka, a také tím, že postoje nejsou definovány ve vztahu k jedincům jako objektům, ale ve vztahu ke konkrétnímu chování, které se jedinců se zdravotním postižením týká (např. pomoci při přecházení ulice, začleňování do hodin školní TV nebo pozvání na oslavu narozenin).

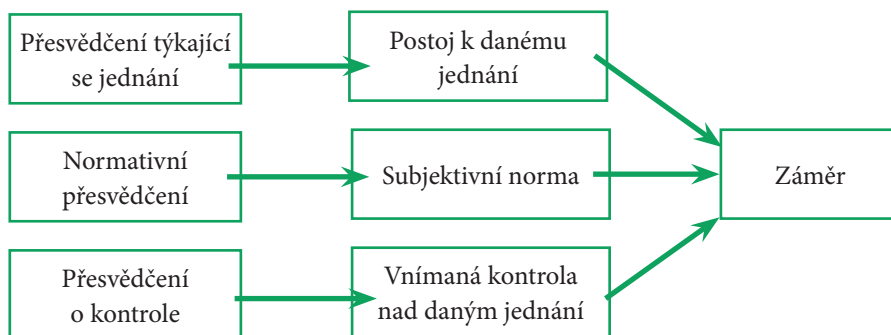
### **4.2.1 Teoretické ukotvení postojů učitelů a žáků k integraci ve školní tělesné výchově**

Teorie plánovaného jednání (Ajzen, 1991, 2000) je nejčastěji využívanou postojovou teorií v oblasti integrace žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. TPB založena na tvrzení, že naše chování lze predikovat ze záměrů chovat se určitým způsobem. Vlastní záměr je ovlivňován postojem k jednání, společenskými (subjektivními) normami a vnímanou kontrolou nad daným jednáním (viz obr. č. 10). Tyto komponenty vycházejí z přesvědčení týkajících se jednání, normativních přesvědčení a přesvědčení v oblasti kontroly. Postoje jsou v TPB definovány jako souhrn dostupných přesvědčení o důsledcích daného jednání.

Dle teorie plánovaného chování (Ajzen, 1991) je možné na základě záměrů jednání předpovídat vlastní chování. Ajzen (1991) tvrdí, že přesvědčení o důsledcích jednání, normativní přesvědčení a přesvědčení o míře kontroly jsou základem vlastního chování. V roce 2002 jsme vytvořili dotazník ATI-PDPE (Kudláček, Válková, Sherrill, Myers, & French, 2002) pro měření záměrů a přesvědčení týkajících se začleňování žáků s tělesným postižením, aby na základě výsledků bylo možné vytvářet programy pro přípravu integrace v tělesné výchově. Výsledky ukázaly, že 23 % variance v záměrech je vysvětlitelné pomocí zmíněných tří škál. V této fázi je nutné prozkoumat strukturu těchto škál, aby bylo možné lépe porozumět přesvědčením v oblasti integrace. Nejvíce studovanou složkou teorie plánovaného jednání (resp. teorie odůvodněného jednání) je postojová škála, která je složena z výroků týkajících se důsledků integrace žáků s postižením do hodin školní TV.

Postoje jsou velmi často vyzdvihovány jako klíčový prvek v úspěšné práci se žáky s postižením (Downs & Williams, 1994; Folsom-Meek, Nearing, Groteluschen, & Krampf, 1999; Hodge & Jansma, 1999; Rizzo, 1985; Rizzo & Kirkendall, 1995). Rizzo (1984) je zakladatelem teoretického bádání v oblasti postojů při integraci žáků s postižením do hodin běžné školní TV. Rizzo vytvořil na základě teorie odůvodněného jednání (Ajzen & Fishbein, 1980) dotazník, který se dnes jmenuje the Physical Educator's Attitudes toward Teaching Individuals with Disabilities (PEATID). Tento dotazník používá 5bodovou Likertovu stupnici pro měření 12 výroků (přesvědčení) týkajících se důsledků začlenění žáků s postižením do hodin běžné školní TV. PEATID se stal nejvíce používaným dotazníkem pro studium postojů v oblasti aplikovaných pohybových aktivit (e.g., DePauw & Karp, 1990; Downs & Williams, 1994; Folsom-Meek et al., 1999; Hodge & Jansma, 1999; Kowalski & Rizzo, 1996; Rizzo & Kirkendall, 1995; Schmidt-Gotz, Doll-Tepper, & Lienert, 1994). Ve všech studiích užívajících PEATID nebo jeho starší verzi PEATH je postojové skóre odvozeno z průměru 12 tvrzení o důsledcích jednání. Faktorová analýza dotazníku PEATID (Folsom-Meek & Rizzo, 2002) ukázala tři faktory: a) důsledky začlenění žáků s postižením do běžných hodin TV, b) efekt na učení žáků, a c) potřeba další akademické přípravy pro vzdělávání žáků s postižením.

Pro pochopení problematiky postojů v českém prostředí budeme prezentovat výsledky studia Kudláčka (2007), který na základě TPB vytvořil a standardizoval postojový dotazník ATIPDPE-R. Na základě analýzy 12položkového dotazníku ATIPDPE-R můžeme říct, že postojová škála měří



**Obr. 10** Teorie plánovaného jednání (Ajzen, 1991).

(obdobně jako 10 položkový dotazník) tři psychologické komponenty. Podrobnější informace o aritmetických průměrech a standardních deviacích pro každou položku jsou zobrazeny v tabulce č. 4. Tři komponenty jsou: a) pozitivní důsledky pro žáky, b) negativní důsledky pro učitele, a c) negativní důsledky pro žáky. Z výše uvedených studií vyplývá, že pro vlastní začleňování žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do hodin školní TV jsou klíčové následující faktory: (a) vnímaná kompetence pedagogů, (b) dostupnost podpůrných prostředků (např. pomůcek, metodických materiálů, vzdělaných asistentů pedagoga a konzultantů v oblasti APA), (c) názory vedení škol, spolupracovníků a rodičů, a v neposlední řadě také (d) vlastní prostorové a materiální podmínky škol. Tato struktura postojů také odpovídá výše prezentovanému zjištění studie amerických kolegů (Folsom-Meek & Rizzo, 2002).

**Tabulka č. 4** Aritmetické průměry a standardní deviace 12 položek postojové škály ATI-PDPE-R

Komponent/ položka #	Popis	M	SD
<b>Pozitivní důsledky pro žáky</b>			
1.	Při začlenění žáků s TP do mých hodin TV se žáci bez postižení naučí jednat s osobami s TP.	16.56	5.18
3.	Při začlenění žáků s TP do mých hodin TV se žáci naučí pomáhat druhým.	17.27	4.43
5.	Začlenění žáků s TP do mých hodin TV povede obecně ke zvýšení tolerance u žáků.	15.76	5.19
6.	Začlenění žáků s TP do mých hodin TV bude mít pro žáky s TP pozitivní vliv na vývoj jejich osobnosti (například sebevědomí, pocit začleněnosti atd.).	16.11	5.24
9.	Začlenění žáků s TP do mých hodin TV povede k větší informovanosti mých žáků o osobách s postižením.	17.18	5.66
10.	Při začlenění žáků s TP do mých hodin TV se žáci naučí vzájemně spolupracovat.	16.91	5.32
<b>Negativní důsledky pro žáky M SD</b>			
7.	Při začlenění žáků s TP do mých hodin TV budou žáci s TP v hodině TV diskriminováni.	-7.23	5.33
8.	Při začlenění žáků s TP do mých hodin TV žáci s TP zpomalí výuku v mé školní TV.	-4.34	6.96
11.	Při začlenění žáků s TP do mých hodin TV budou žáci bez postižení v hodině TV diskriminováni.	-4.81	5.48
12.	Začlenění žáků s TP do mých hodin TV bude znamenat větší náročnost na vedení a organizaci průběhu hodin TV.	-5.64	6.72
<b>Negativní důsledky pro učitele</b>			
2.	Při začlenění žáků s TP do mých hodin TV budou žáci s TP v hodině TV diskriminováni.	6.41	9.27
4.	Při začlenění žáků s TP do mých hodin TV žáci s TP zpomalí výuku v mé školní TV.	6.06	9.15

*Pozn: Skóre všech položek jsou násobky přesvědčení o hodnocení důsledků integrace žáků TP do hodin běžné školní TV a jejich pravděpodobnosti. Možný rozsah hodnot všech položek je od -21 (-3 pro hodnocení a 7 pro pravděpodobnost) do +21 (+3 pro hodnocení a 7 pro pravděpodobnost).*



## 4.2.2 Postoje intaktních spolužáků k integraci v TV

Pro integraci ve školní TV je nutné pracovat také s postoji spolužáků. V českém prostředí jsou zatím dostupné pouze dva přeložené a standardizované dotazníky CAIPE-CZ (Kudláček, Ješina & Wittmannová, 2011) a Adjective Checklist (Siperstein, 1980). Dotazník CAIPE-CZ pokládá žákům ZŠ otázky, které se týkají chlapce jménem Petr, který by s nimi mohl chodit do tělesné výchovy. Než děti odpovídaly na otázky, byly seznámeny s Petrem pomocí následujícího popisu: *Petr je stejně starý jako vy. Protože nemůže chodit, používá ortopedický vozík (vozíček). Rád hraje stejné hry jako vy, ale není v nich moc dobrý. Přestože může jezdit na vozíku, je pomalejší než vy a snadno se unaví. Umí házet míčem, ale ne moc daleko. Umí chytit míč, který letí přímo na něho, a dovede odpálit basebalový míček ze stojánku, ale nemůže při basketbalu vystřelit míč tak vysoko, aby dal koš. Protože nemůže používat nohy, nemůže kopnout do míče.*

Adjective Checklist – ADC (Siperstein, 1980) – je založen na vyjádření přesvědčení ve vztahu k postiženým spolužákům s využitím přídavných jmen. Respondenti jsou v tomto dotazníku vyzváni, aby popsali Petra s použitím níže uvedených přídavných jmen. Respondentům je sděleno, že mohou označit neomezený počet přídavných jmen (charakteristik). Seznam 34 slov se skládal z přídavných jmen, která by mohla Petra charakterizovat. Dotazník (ADC) se skládá ze 17 negativních přídavných jmen (pomalý, nepořádný, bláznivý, chtivý, stydlivý, osamělý, krutý, slabý, znužený, pitomý, smutný, hloupý, nedbalý, nepoctivý, nešťastný, zlý, ošklivý) a 17 pozitivních charakteristik (zdravý, bystrý, ostražitý, fajn, veselý, poctivý, pohledný, hezký, hrdý, bystrý, nápomocný, kamarádský, opatrný, potěšený, chytrý, šťastný, hodný).

Pro pochopení práce s postoji ke spolužákům s tělesným postižením jsme jako intervenci využili program s názvem Paralympijský školní den, který je více popsán v kapitole integrace ve školní TV. PŠD se skládal ze čtyř aktivit: (a) mobilita na vozíku + basketbal, (b) beseda o paralympijských sportech, (c) boccia a atletika a (d) prostorová orientace a sporty osob se zrakovým postižením. V první části se děti seznámily s ortopedickým vozíkem, jeho funkcemi a významem. Vyzkoušely si, jak jsou i jednoduché věci pro vozíčkáře nečekanou obtížností. Například si na vozíku zkoušely otevřít dveře, dostat se přes malý práh, dostat se na záchod, za pomoci kamarádů se dostat do schodů a ze schodů atd. Po tomto úvodu následovalo seznámení

s basketbalem na vozíku, zakončené vlastní hrou. Druhý blok se skládal z videoprojekce paralympijských sportů a besedy se sportovcem a drobných soutěží, kde děti dostávaly různé otázky v návaznosti na předchozí prezentace. Ve třetím bloku měli žáci možnost seznámit se se dvěma sporty osob s tělesným postižením: (a) bocciovou a (b) atletikou. Žáci si pod vedením instruktorů, sportovců a studentů FTK UP vyzkoušeli různé modifikace a disciplíny atletiky vozíčkářů a osvojili si základy hry boccia. V posledním bloku se žáci nejdříve seznámili se základy asistence pro osoby se zrakovým postižením (ZP) a principy prostorové orientace osob se ZP. Poté si osobně vyzkoušeli mobilitu s klapkami na očích. Ve druhé části tohoto bloku byli studenti seznámeni se základy goalbalu a aktivita byla zakončena vlastní hrou.

Výsledky analýzy neparametrickou technikou (Wilcoxonův test). Postoje k integraci se zlepšily u třiceti tří dětí, u 6 dětí se zhoršily a u 7 dětí zůstaly nezměněny. Výsledky deskriptivní statistiky také poukazují na zlepšení míry postojů k integraci. Postoje před intervencí (paralympijský školní den) měly hodnotu 14,86 bodů a po intervenci hodnotu 16,97. Výsledky měření dotazníkem Sipersteina (1980) Adjective Checklist (ADC) se pohybovaly v rozmezí 15 až 35 bodů. Před vlastní intervencí dosahovalo negativních hodnot postojů (hodnoty nižší než 19 bodů) 29,2 % respondentů, zatímco 64,4 % respondentů dosahovalo pozitivních hodnot (více než 21) a 6,2 % studentů dosahovalo neutrálních výsledků (20). Po vlastní intervenci klesl počet respondentů s negativními hodnotami na 14,6 % a zároveň se zvýšil počet respondentů s pozitivními hodnotami na 75 %. Průměrné hodnoty ADC byly před intervencí 22,55 (SD 4,99) a po intervenci se zlepšily na 24,21 (SD 5,09). Na základě neparametrického srovnání s pomocí Wilcoxonova testu jsem zjistil zlepšení postojů u 31 dětí, zhoršení u 11 dětí a žádné změny nebyly pozorovány u 6 dětí. Tyto pozitivní změny postojů byly statisticky významné ( $p = 0,007$ ).

Tabulka č. 5 Frekvence přídavných jmen

	Frekvence (pre)	Frekvence (post)
<b>Zdravý (p)</b>	3	2
Pomalý (n)	34	33
Nepořádný (n)	1	1
<b>Inteligentní (p)</b>	15	30
<b>Ostražitý (p)</b>	10	19
<b>Fajn (p)</b>	30	31
Bláznivý (n)	2	1
Chtivý (n)	3	4
<b>Veselý (p)</b>	21	28
<b>Poctivý (p)</b>	27	27
Stydlivý (n)	15	11
<b>Pořádný (p)</b>	6	6
Osamocený (n)	16	14
<b>Pohledný (p)</b>	8	8
Krutý (n)	1	2
<b>Hrdý (p)</b>	4	3
Slabý (n)	37	38
<b>Bystrý (p)</b>	15	23
Znuděný (n)	9	7
<b>Nápomocný (p)</b>	8	10
Pitomý (n)	0	1
<b>Kamarádský (p)</b>	38	38
Smutný (n)	20	13
<b>Opatrný (p)</b>	34	32
<b>Potěšený (p)</b>	7	10
Hloupý (n)	2	1
Nedbalý (n)	1	2
Nepoctivý (n)	0	1
<b>Chytrý (p)</b>	27	31
Nešťastný (n)	24	11
Zlý (n)	1	1
Ošklivý (n)	6	3
<b>Šťastný (p)</b>	8	11
<b>Hodný (p)</b>	33	37

(p) pozitivní přídavná jména, (n) negativní přídavná jména

Tabulka č. 5 nám umožňuje lépe porozumět struktuře postojů a hodnocení charakteristik dětí s tělesným postižením. V tabulce vidíme, že došlo k posílení pozitivního vnímání dětí s tělesným postižením ve 4 položkách (bystrý, inteligentní, ostražitý a veselý) a k oslabení negativní percepce u 2 položek (nešťastný a smutný). Speciálně vytvořený program „paralympijský školní den“ se ukázal být efektivní strategií ke změně postojů k integraci.

### 4.2.3 Práce s postoji v oblasti školní tělesné výchovy

Jak bychom tedy měli postupovat, pokud chceme pozitivně ovlivňovat postoje okolí k osobám se zdravotním postižením? Komplexnější pojetí práce s postoji v kontextu pohybových aktivit nabízejí například publikace Kudláčka (2008) nebo Tripp a Sherrill (1991). Kudláček (2008) popisuje následující postojové teorie a jejich využití v oblasti TV a sportu: (a) kontaktní teorie (contact theory); (b) persvasivní teorie (persuasive theory); (c) teorie mezilidských vztahů (interpersonal relations theory); a (d) sociálně kognitivní teorie (social cognitive theory). Na tomto místě přiblížíme pouze kontaktní teorii. Tato teorie je založena na faktu, že postoje mohou být velmi efektivně pozitivně ovlivňovány osobním kontaktem s osobami se zdravotním postižením. Tripp, French a Sherrill (1995) popisují potřebnou charakteristiku východisek dle Allporta (1935), která musí být splněna, aby došlo k pozitivnímu dopadu na změnu postojů: (a) srovnatelný společenský statut (př. VŠ studenti s/bez zdravotního postižení), (b) kontakt je oboustranně přínosný (pozitivní), (c) obě skupiny mají stejné cíle, (d) tento kontakt není jednorázový, ale déle trvající. Východiska, která naopak mohou omezit pozitivní změny, jsou: (a) využití soutěží mezi skupinami, (b) prostředí je nepříjemné a účast nedobrovolná, (c) dochází k frustraci zapojených jedinců. Pokud bychom tedy chtěli pracovat s principy kontaktní teorie, je potřeba vytvořit prostředí dle výše uvedených pravidel.

### 4.3 Vliv medií na postoje k osobám se zdravotním postižením

Média ovlivňují veřejné mínění (postoje veřejnosti), včetně možné finanční a jiné podpory sportovních mecenášů nebo firem, které se touto cestou chtějí zviditelnit. Pokud se osoby se zdravotním postižením nebudou objevovat v televizních programech, dokumentech, zprávách a sportovci v přímých přenosech, nemůžeme o naší společnosti tvrdit, že je integrovaná a všichni sportovci mají srovnatelný přístup k propagaci svých sportů a výkonů. Pokud si uvědomíme, že v ČR hraje prim v oblasti sportovního zpravodajství veřejnoprávní televize, mohli bychom očekávat, že v televizi se budeme setkávat s příběhy a zprávami, které mohou ovlivnit životy tisíce lidí se zdravotním postižením a jejich blízkých. Dá se očekávat, že taková mediální podpora by generovala také zájem dalších, tištěných či elektronických médií. Bohužel v posledních několika letech můžeme ve veřejnoprávní televizi sledovat záznamy z paralympijských her pouze v nočním či dopoledním vysílání a pro sporty a sportovce s postižením je velmi obtížné se dostat do povědomí širší veřejnosti.

Zahraniční média jsou v některých zemích více nakloněna sportovcům se zdravotním postižením a v jiných zemích je situace ještě horší než v ČR. Obrovskou výhodou je elektronizace našeho života, která umožňuje kvalitní přímé přenosy a záznamy z vrcholných sportovních soutěží. Výborným příkladem je projekt Paralympic TV, který ve spolupráci se serverem Youtube poskytuje dostatečné pokrytí většiny vrcholných událostí, včetně vybraných mistrovství světa. Na druhou stranu se k těmto informacím většina neinformovaná populace nedostane. V ČR se problematice medializace sportu hendikepovaných nejvíce věnovala novinářka Alice Tejkalová Němcová. Výtah jejího článku z roku 2010, Mediální obraz paralympijských her v českých médiích (Aplikované pohybové aktivity v teorii a praxi, 1(1), 39–47), uvádíme společně s několika komentáři.

*Základní kvantitativní rozbor sledovaného mediálního záznamu dokumentuje především postupný vývoj zpravodajského pokrytí letních paralympijských her (LPH). Jak je možné vidět z tabulky 1 (zde tabulka 6, pozn. ed.), mezi lety 1992–2004 můžeme sledovat setrvalý nárůst celkového počtu*

*zpráv a článků, stejně jako počtu článků středního a delšího rozsahu. V roce 2008 ovšem nastává prudký pokles. V tomto roce je proporce mezi kratšími a delšími texty podobná s rokem 1992! Co se týče celkového počtu textů, i tady se jedná o krok dost výrazně zpět, čísla jsou srovnatelná s rokem 1996 (Tejkalová, 2010, 42).*

**Tabulka 6** Počet článků se zaměřením na letní paralympijské hry podle jejich rozsahu

	Velmi krátký	Krátký	Středně dlouhý	Dlouhý	Velmi dlouhý	Celkový počet
LPH 1992	18	15	2	2	3	40
LPH 1996	7	17	8	5	7	44
LPH 2000	13	23	8	13	6	63
LPH 2004	12	25	14	14	11	76
LPH 2008	14	16	7	5	4	46

O jinakosti přístupu k paralympionikům svědčí také fakt, že se média často zaměřují na zajímavosti více než na úspěchy českých sportovců.

*Mediální prostor byl věnován zajímavostem z dění v Sydney a v závodním zákulisí. Často to však bylo na úkor informací o výsledcích českých reprezentantů. Extrémní podoby to nabylo v krátké zprávě LN z 26. 10. „Čeští paralympici se překonávají“, která následovala po nejúspěšnějším dnu české výpravy v Austrálii. V první půli se informuje pouze o tom, že sportovci mají po předešlém dnu o dvanáct medailí víc, a shrnují se úspěchy atleta Musila. Celá druhá polovina je věnována kurióznímu závěru závodu v běhu na pět kilometrů, ve kterém zrakově postižený Keňan naprosto vyčerpal svého trašéra, jenž se v cíli zhroutil. Těžko si lze představit situaci, ve které by taková redukce informací o českých reprezentantech na úkor zahraniční „perličky“ mohla nastat v případě olympiády. Podobná věc nastala v roce 2008, kdy v Mladé frontě 17. 9. ani žádný z následujících dnů nebyla ani řádka o tom, že by Rostislav Pohlmann získal bronzovou medaili v hodu oštěpem, ale zato v ní byl rozsáhlý text o plavkyni Natalii du Toitové, která startovala kromě paralympijských her i na olympiádě (Tejkalová, 2010, 44).*

Přes veškerou kritiku k mediím je potřeba říci, že každé hry mají své „hrdiny“, o kterých se český divák přece jenom může dozvědět zajímavé informace a možná i s napětím pozorovat jeho výsledky.

*Na LPH v Sydney v roce 2000 už bylo několik sportovců, kteří získali více než jednu medaili. „Mediální hvězdou“ těchto her se stal nejúspěšnější spor-*

tovec českého týmu, spastik Roman Musil, který si tuto pozornost na rozdíl od výše zmiňovaných udržel během celého dalšího období mezi Sydney a Aténami. Bylo to dáno jeho vítězstvími na mistrovstvích světa a Evropy, ale také relativně častým účinkováním v televizních pořadech a pravidelným oceňováním na čelních místech desítky nejúspěšnějších handicapovaných sportovců – Paralympionik roku. Obdobně „mediálně úspěšný“, nejen na stránkách sledovaných deníků, byl také cyklista Jiří Ježek. Atény 2004 patřily plavci Martinu Kovářovi (s výrazným odstupem za ním následovala atletka Veronika Foltová a po ní Jiří Ježek). Nejúspěšnější sportovec české výpravy se třemi zlatými medailemi byl hlavním tématem několika zpráv a článků, po přiletu byl nejžádanějším respondentem novinářských otázek. Kovář, který po hrách oznámil ukončení své paralympijské kariéry, se na konci roku 2004 stal Paralympionikem roku a vrcholem jeho popularity bylo třetí místo v divácké anketě Sportovní hvězda České televize (Tejkalová, 2010, s. 44).

Výjimkou u těchto her byl také několikastránkový rozhovor v Lidových novinách s Martinem Kovářem.

*Jenže například interview s Kovářem tehdy vedl někdejší kanoista Lukáš Pollert, který se netají velkým přátelstvím s tímto plavcem. Otázkou je, zda by nějaký rozhovor vyšel, kdyby přáteli nebyli... Kvůli důrazu na osudy konkrétních lidí postupně ustupuje do pozadí to, co je na paralympiádě kromě sportovců nejdůležitější – samotné závody. Zpracování paralympijských her jako mozaiky dojemných příběhů a sportovních kuriozit, spíš než soustředění se na sportovní výkony, začalo už na hrách v Aténách. Ze zpravodajství z her v Pekingu je patrné, že tento trend se prohloubil. Nebyly publikovány prakticky žádné sportovní reportáže, jenom velmi krátké zprávy, často pouze ve formě přehledů výsledků (Tejkalová, 2010, s. 45).*

Osoby se zdravotním postižením žijí mezi námi. Pokud s nimi nemáme osobní zkušenost, je velmi pravděpodobné, že ve vztahu k nim a jejich zapojení do sportu, rekreace a tělesné výchovy, můžeme mít my sami, naši kolegové, studenti či klienti ambivalentní nebo negativní postoje. Tyto postoje jsou spojeny s tím, nakolik vnímáme naše kompetence ve vztahu k práci s touto populací a jaké emoce v nás osoby se zdravotním postižením (resp. práci s nimi) vyvolává. Postoje je možné ovlivňovat cílenými programy, vytvoře-

nými v souladu s teoriemi sociální psychologie, a klíčovou roli ve zlepšení informovanosti a tím také změně postojů mohou hrát také média. V tomto ohledu si dovoluujeme uvést několik základních principů komunikace s osobami se zdravotním postižením.



## 5 Úvod k problematice integrace ve školní tělesné výchově

V českém prostředí je tělesná výchova tradičně součástí vzdělávacích kurikul na základních i středních školách. Osvícení pedagogové již v dávných dobách věděli, že pohyb a pohybová výchova je součástí lidského bytí. Vlastní pohyb není pouze důležitým projevem lidské existence, ale je také jedním ze základních předpokladů komplexního a harmonického rozvoje všech dětí. Tělesná výchova (TV) je tedy předmět, který by měli navštěvovat všichni žáci. Tento předmět však bohužel mnozí žáci neabsolvuji. Dokážete si představit, že byste jako rodič či pedagog uvolnili žáka například z výuky anglického jazyka nebo matematiky? Tělesná výchova je zřejmě jediným předmětem, ze kterého bývají žáci (na základě „zdravotního omezení“) uvolňováni. Znamená to snad, že školní tělesná výchova není pro výchovu a vzdělání důležitá? Potřebují tělesnou výchovu všechny děti? Může vůbec tělesná výchova být místem pro všechny? Na tyto i mnohé další otázky se pokusíme najít odpověď.

V souladu s platnou legislativou ČR (Vyhláška 73/2005) užíváme v kontextu TV termín *individuální integrace* (dále pouze integrace). Termínem „integrace v TV“ (začlenění žáků) rozumíme zařazení různých typů jedinců do společných forem TV. Začlenění je založeno na filozofii, že žáci by měli být vzděláváni a vychováni společně v jedné třídě oproti odděleným (separovaným) třídám podle typů žáků. Pojem integrace znamená, že učitel TV obecně musí učinit nezbytná opatření v pedagogice, didaktice a osnovách tak, aby zajistil, že všichni žáci mohou dosáhnout cílů TV, budou se cítit bezpečni, spokojeni, v pohodě a také úspěšní v prostředí TV. Do roku 1991 byla většina žáků se zdravotním postižením vzdělávána ve speciálních segregovaných školách. Mezi lety 1991 a 2004 se integrace realizovala na základě metodických předpisů MŠMT a v roce 2004 integraci podpořil nový školský zákon, který byl v roce 2005 doplněn vyhláškou 73/2005, o vzdělávání dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí a žáků mimořádně nadaných. Tyto legislativní normy definují individuální integraci jako přirozenou volbu k naplnění potřeb a práv dětí se zdravotním postižením.

## **5.1 Situace v České republice**

Žáci s tělesným postižením (TP) tvoří největší skupinu integrovaných žáků (Michalík, 2000). Obecně se předpokládá, že při normální úrovni inteligence neexistuje příliš mnoho problémů se začleňováním do běžného kolektivu i do akademických předmětů. V oblasti tělesné výchovy však narazíme na problémy, které vycházejí z charakteru postižení a náplně hodin školní TV. Pokud vyjdeme ze zkušeností s integrací v zahraničí (Block, 1994; Sherrill, 2004) i z našich zkušeností převážně z nedávno ukončených projektů ESF (více informací na [www.apa.upol.cz](http://www.apa.upol.cz)), můžeme konstatovat, že integrace žáků s tělesným postižením je možná. Je však nutno respektovat určitá specifika, která s sebou integrace přináší.

V první řadě bychom si měli uvědomit, že integrace není vhodná pro každé dítě, a že pokud se nepodaří uzpůsobit podmínky ve školní TV, mohou integraci trpět žáci s TP, jejich spolužáci i učitel TV. Integrace v TV je bez dostatečné podpory většinou příliš náročná pro učitele TV. Mezinárodní studie dokazují, že stále více žáků se zdravotním postižením je začleňováno do hodin školní TV, a učitelé TV stojí před problematikou začleňování těchto dětí do svých hodin TV a jejich vzdělávání spolu s ostatními dětmi. Ve většině případů rozhodnutí o začlenění žáka se ZdP není v kompetenci učitele TV (Lienert, Sherrill, & Myers, 2001), ale tito učitelé se poté rozhodují o tom, na kolik tohoto žáka začlení do svých hodin, respektive zapojí do pohybových aktivit (nakolik tedy naplní význam slova integrace). Tato studie poukazuje na nedostatečnou připravenost učitelů pro zdárné začlenění žáků se ZdP do hodin školní TV. Tito učitelé neměli dostatek podpory, měli příliš velké množství žáků ve třídě a nepřiměřené zázemí (tělocvična apod.). Učitelé měli také obavy, že žáci bez postižení si budou dělat legraci ze žáků se ZdP a žáci s postižením zase budou zatěžovat ostatní děti. Dále jim chyběla podpora ve formě poradců ATv, případně asistentů přímo v hodinách TV.

Lieberman, Houston-Wilson & Kozub (2002) se zaměřili na názory 148 učitelů na bariéry v integraci žáků se zrakovým postižením ve školní TV a zjistili, že mezi nejčastěji vnímané bariéry patří: (a) odborná příprava; (b) nedostatek pomůcek; a (c) časová náročnost. Morley, Bailey, Tan and Cooke (2005) se zaměřili na zjištění názorů učitelů TV týkajících se integrace. Jejich zjištění poukazují na nedostatek podpory pro integraci a bariérovost pro-

Tabulka 7

	MP celkem	MP středně těžké	MP těžké	MP hluboké	autis- mus	SP celkem	SP těžké	ZP celkem	ZP těžké	TP celkem	TP těžké	Více vadami
12/13												
Ind. I.	1314	118	5	0	1180	574	200	428	118	1002	303	696
SP. Tř.	17161	2105	741	75	1854	539	308	204	65	254	81	4579
ŠSVP	14756	1912	690	75	1658	519	300	175	57	223	68	4215
11/12												
Ind. I.	1222	138	14	0	946	582	206	398	97	1021	308	663
SP. Tř.	19040	2259	876	82	1239	559	308	273	66	226	65	4769
ŠSVP	16685	2094	840	82	1113	540	302	241	58	195	52	4456
10/11												
Ind. I.	1119	222	20	0	738	581	177	401	91	977	289	703
SP. Tř.	21087	3301	1261	105	1011	635	331	271	50	299	62	4317
ŠSVP	18908	3021	1211	105	919	620	325	244	42	224	40	4127
09/10												
Ind. I.	1091	271	26	0	559	575	131	374	83	987	278	647
SP. Tř.	23553	3845	1640	120	903	680	408	329	72	297	64	4080
ŠSVP	21423	3546	1545	120	836	668	404	290	61	241	59	3899
08/09												
Ind. I.	1069	249	38	0	411	570	101	381	78	1006	255	733
SP. Tř.	24416	4513	2031	117	787	694	407	339	88	308	71	4023
ŠSVP	22203	4211	1920	116	719	683	407	299	79	246	67	3808

Pozn.

Ind. I. – Individuálně integrovaní postižení žáci

SP. Tř. – Žáci ve speciálních třídách podle druhu postižení

ŠSVP – Školy samostatně zřízené pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami

MP – mentální postižení

SP – sluchové postižení

ZP – zrakové postižení

TP – tělesné postižení

středí. Feijgin, Talmor and Erlich (2005) zjistili u 363 učitelů TV z Izraele následující překážky v integraci: (a) nedostatečné prostorové podmínky; (b) problémy s evaluací žáků; (c) otázky bezpečnosti; (d) modifikace vlastní výuky; a (e) komunikace s rodiči dětí se zdravotním postižením.

Existuje mnoho forem podpory, mezi které patří například osobní asistence, vzdělání učitelů, kompenzační pomůcky a v optimálním případě konzultanti v oblasti aplikované tělesné výchovy (odborníci na speciálně pedagogické poradenství v kontextu TV). V České republice do jisté míry fungují asistenti pedagoga a mnohdy je možné získat i vhodné kompenzační pomůcky. Pravděpodobně největšími bariérami v integraci u nás jsou architektonické a postojové bariéry (přesvědčení, že žák s postižením do TV nepatří). Neexistence konzultantů v oblasti ATV a nedostatečná připravenost učitelů TV v oblasti pohybových aktivit osob s postižením hrají významnou roli při nenaplnování podstaty integrace v tělesné výchově.

Přestože architektonické bariéry bývají zmiňovány na prvním místě, bariéry postojové (resp. přesvědčení o fungování integrace, důsledcích začleňování žáků a přesvědčení o zvládnání integrované TV) jsou klíčové pro existenci či úspěch integrace v TV. Pokud je například učitel přesvědčen, že při začlenění žáka na vozíku se nebude moci dostatečně věnovat ostatním žákům, bude pravděpodobně proti začlenění tohoto žáka do hodin školní TV. Pokud se učitel bude domnívat, že by nezvládl začlenit žáka do běžné hodiny, je velmi pravděpodobné, že se bude bránit integraci tohoto žáka (př. Jak si to představujete?! Jak to mám asi zvládnout?!). Tyto postoje mohou být ještě umocněny některými limity v oblasti TV: a) Organizační limity (přesuny na TV, příliš mnoho žáků, nedostatečné prostory); b) Materiální limity (nevhodné kompenzační pomůcky, nedostatek sportovního vybavení); či c) Personální limity (neexistence konzultantů v oblasti ATV, nedostatek asistentů). Je nezbytně nutné uvědomit si, které podmínky ovlivňují úspěšnost integrace, a snažit se o optimalizaci těchto podmínek.

V české legislativě jsou děti s tělesným postižením definovány jako žáci se speciálními vzdělávacími potřebami a jejich výchova a vzdělávání je vymezena ve vyhlášce 73/2005, o vzdělávání dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí a žáků mimořádně nadaných. *„Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami se uskutečňuje s pomocí podpůrných opatření, která jsou odlišná nebo jsou poskytována nad rámec individuálních pedagogických a organizačních opatření spojených se vzděláváním žáků stej-*

ného věku ve školách, které nejsou samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením.“ (par. 1, Vyhláška 73/2005) V kontextu tělesné výchovy bychom tuto formulaci mohli volně vyložit takto: Pokud žák s tělesným postižením nemůže absolvovat „běžnou“ výuku v předmětu tělesná výchova, je nutné zajistit taková podpůrná opatření, která mu umožní výuku absolvovat.

*„Podpůrnými opatřeními se rozumí využití speciálních metod, postupů, forem a prostředků vzdělávání, kompenzačních, rehabilitačních a učebních pomůcek, speciálních učebnic a didaktických materiálů, zařazení speciálně-pedagogické péče, poskytování pedagogicko-psychologických služeb, zajištění služeb asistenta pedagoga, snížení počtu žáků ve třídě... nebo jiná úprava zohledňující speciální vzdělávací potřeby žáka.“* (par. 1, Vyhláška 73/2005)

Pro školní tělesnou výchovu tedy platí, že by pro zajištění vzdělávání žáků s tělesným postižením mělo být využito všech výše uvedených podpůrných opatření. Je možné využívat speciálních metod a postupů, kterým se prakticky a teoreticky v České republice již přes patnáct let věnuje studijní obor aplikovaná tělesná výchova (ATV). ATV se zabývá vytvářením podmínek pro zlepšení kvality života osob se speciálními potřebami a integrací těchto osob mezi intaktní populaci prostřednictvím aktivit pohybového charakteru. Svou činností přispívá k pozitivnímu ovlivnění celé společnosti, ať v rovině kognitivní, postojoyé nebo dovednostní. Snaží se o celkový psychický, fyzický i sociální rozvoj všech stran zainteresovaných v procesu postupného začleňování jedinců z minoritních skupin obyvatelstva mezi majoritní (Ješina, 2007).

Je zajímavé, že o uvolnění z předmětu, jakémsi osvobození od povinností povinné školní docházky, se v kontextu vzdělávání žáků s postižením vůbec nehovoří. Tělesná výchova je důležitou součástí výchovy a vzdělávání. Tělesná výchova je důležitá pro všechny děti. Pro děti s tělesným postižením je tělesná výchova ještě důležitější, protože míra spontánních pohybových aktivit bývá mnohdy omezoována fyzickými bariérami okolního prostředí a absencí organizovaných volnočasových aktivit. Školní tělesná výchova je tedy jedním z mála prostředí, ve kterém si dítě s tělesným postižením může budovat vztah k aktivnímu životnímu stylu, jehož nedílnou součástí jsou také pohybové aktivity. **Podle našeho názoru je uvolňování žáků s tělesným postižením ze školní tělesné výchovy porušováním jejich práv na vzdělání. Bez prokazatelných snah o zajištění výše uvedených podpůrných opatření (vyhláška 73/2005) je uvolnění žáků s TP ze školní TV v rozporu s platnou českou legislativou.**

Výsledky našich šetření poukazují na fakt, že žáci s těžšími formami tělesného postižení (např. kvadruparetická forma DMO) bývají často vyčleňováni z hodin školní TV. Mnozí tito žáci mají potvrzení od lékaře o nevhodnosti tělesné výchovy a rodiče i vedení škol si nepřejí, aby tito žáci byli začleněni do TV s ostatními žáky. Učitelům TV pak chybí převážně znalosti o možnostech a formách integrace žáků s tělesným postižením, modifikací pohybových aktivit, pravidel, vhodnosti cviků a her apod. Většina učitelů by také do hodin integrované TV přivítala asistenta.

Výsledky šetření potvrzují horší situaci u dětí s těžšími formami tělesného postižení. Děti se závažnějšími postiženími bývají častěji vyčleňovány z TV. Přestože v celkovém počtu odpovědí je cca 63 % dětí integrováno v TV, při bližším pohledu na skupinu dětí používajících ortopedický vozík zjistíme, že pouze 29 % je integrováno do hodin TV. Učitelé si myslí, že většina rodičů dětí (70 %), které nejsou začleněny v TV, si integraci nepřeje. Názory na integraci dětí, které v současnosti nejsou integrovány, jsou ze strany vedení škol poněkud lepší než u rodičů, ale i tak cca 59 % si nepřeje integraci těchto dětí. Situaci můžeme shrnout následovně. V České republice existují určité důkazy, že integrace v TV funguje, ale mnozí lékaři, učitelé a rodiče jsou přesvědčeni o tom, že TV není vhodným prostředím pro dítě s TP.

Relativně častým problémem je „uvolňování“ žáků se ZdP z hodin TV. Velká část pediatriů neváhá s vystavením negativního doporučení pro TV, které je velmi obecné a ne zaměřené na určité aktivity. Mnohdy také učitelé a rodiče nevnímají význam TV pro dítě s TP a často nahrazují tělesnou výchovu fyzioterapií.

*Rodič chápe, že musí projít tou matikou, musí umět češtinu, musí umět tady to, ale ten tělocvik je okrajový předmět a odsouvají ho na tu vedlejší kolej, že pro to dítě je důležité hlavně ta rehabilitace. Jo aby se vešlo dál. A ten tělocvik cítí, že to dítě tam není jako úplně začleněné, není to tak důležité pro něho.*

*Rodiče nechtějí proto, že nad nimi drží silnou ochrannou ruku a bojí se. Něže se možná dítěti něco stane, já si myslím, že se bojí možného neúspěchu toho dítěte, který nastane tehdy, když se soutěží.*

Respondenti jsou přesvědčeni o tom, že chybí vyškolení odborníci v oblasti ATV, kteří by fungovali jako poradci a podpořili integraci žáků s TP ve školní TV. V současnosti spadá tento úkol na pracovníky SPC, kteří nejsou

vzdělání v oblasti pohybových aktivit a kteří mají na starosti příliš mnoho studentů ze vzdálených regionů.

*Já můžu jít samozřejmě a ukázat, ale nemůžu je pravidelně vést. Já nemůžu třikrát čtyřikrát za rok na té škole být. To prostě není možné. Jestli jsem tam jednou, tak je to maximum. Tak aspoň na velkých školách by měl být jeden odborník na pohybové aktivity. V současnosti na školách nejsou žádní odborníci na ATV. Asi by měli být alespoň na velkých školách či v SPC. Jeden takový pracovník z maximální vzdálenosti 20 km od žáků, kteří potřebují služby v oblasti ATV.*

*Aby tam byl aspoň trošku nějaký odborník, aspoň trošku. Aby tam byl aspoň proškolený nějaký odborník, aspoň prošel něčím, aby věděli kde se chytnout, kde se zachytit. Aby poradil, když bude na té škole ten výchovný poradce třeba dejme tomu v koncích, tak prostě dohodnout tam nějaké vzdálenosti, aby to nebylo moc daleko.*

Existují také významné rozdíly mezi integrací v TV na prvním a druhém stupni. Respondenti charakterizovali TV na prvním stupni jako TV zaměřenou na vývoj dítěte, učení základních pohybových dovedností. Učitelé (TV) znají dítě ze všech předmětů a jsou schopni lépe zhodnotit specifické dítěte v jednotlivých oblastech.

*Na prvním stupni je to jednodušší, tam jsou ty obecné rozdíly pohybových dovedností a schopností, to znamená takové to jakoby hraní si v tom dobrém slova smyslu. Aktivity psychomotorického typu, to znamená: míči pohazování, hraní si s padákem, aktivity kde ti žáci budou spolupracovat, kde jsou takové hravé. Na druhém stupni je ten charakter TV o něco jináčí.*

*Tam je třeba problém na tom druhém stupni, že tam se střídají ti učitelé na jednotlivé předměty. ... Takže oni vlastně na tom druhém stupni nejsou schopni říct zodpovědně, jestli ten človíček na něco má nebo na něco nemá.*

Respondenti projevíli potřebu začlenit ATV do vzdělávání budoucích i současných učitelů TV. V současnosti tito odborníci nemají vzdělání v oblasti ATV, a proto mohou mít strach z neznáma a nedostatku kompetencí.

*Opravdu nevím, co mohou dělat některé děti s TP. Ačkoliv jsem studoval TV, otázky dětí s tělesným postižením nebyly v rámci studia probrány. V současnosti opravdu nevím... Věřím, že by ATV mělo být součástí kurikula v programech přípravy učitelů TV v době, kdy se začínají učit o principech didaktiky TV.*

Další důvody pro nezařazení žáka s tělesným postižením do hodin školní TV, které jsme získali od 164 pedagogů reprezentujících školy, kde je integrováno 254 žáků s tělesným postižením, jsou pro větší přehlednost znázorněny v tabulce č. 8. Jako největší problém respondenti uvádějí právě omezenou možnost využít asistentů pedagoga ve výuce TV, což je zapříčiněno nedostatkem financí. Asistentských služeb využívá pouze 46 % integrovaných žáků ze sledovaného vzorku, přičemž největší podíl z nich se pohybuje pomocí ortopedického vozíku. Každý sedmý dotazovaný respondent (14 % z celkového počtu dotazovaných) také vyjádřil názor, že rozhodujícími činiteli, znesnadňujícími proces školské integrace, jsou nedostatečné odborné znalosti a zkušenosti v oblasti aplikovaných tělocvičných aktivit.

**Tabulka 8** Důvody znesnadňující začlenění žáka do hodin TV

	Důvody	Četnost odpovědí
1.	Vysoká míra postižení	110
2.	Nedostatek asistentů	95
3.	Nedostatečná spolupráce ze strany rodičů	52
4.	Nedostatek speciálního materiálního vybavení a kompenzačních pomůcek	39
5.	Nedostatečně bezbariérová úprava	24
6.	Chybí odborné znalosti pedagogů	23
7.	Přidružené zdravotní komplikace (např. epilepsie, alergie...)	17
8.	Vzdálenost tělocvičny od budovy školy	9
9.	Příliš velký počet žáků v hodinách TV	7
10.	Žák individuálně rehabilituje a navštěvuje ZTV	7

Prostřednictvím ankety byly též zjišťovány názory učitelů tělesné výchovy na možnosti zlepšení podmínek integrace ve školní TV. Základní východiska pro zlepšení tohoto procesu jednoznačně vychází z aktuálních potřeb a nedostatků školských zařízení (Tabulka č. 9). Mezi nejčastější návrhy patřila možnost využívat proškolených asistentů (94×), dále podpora odborníků v oblasti aplikované tělesné výchovy (28×) a spolupráce rodin žáků s TP (16×). Architektonické bariéry jsou již v kontextu školské integrace evergreenem. Učitelům tělesné výchovy by pomohly také konkrétní rady, náměty a odborná literatura.

**Tabulka 9** Východiska pro zlepšení podmínek integrace



	Možnosti	Četnost odpovědí
1.	Přítomnost proškoleného asistenta	94
2.	Spolupráce a pravidelné konzultace s odborníky v oblasti ATV	28
3.	Větší snaha ze strany rodičů	16
4.	Odstranění architektonických bariér	14
5.	Konkrétní rady, náměty, inspirace, literatura	14
6.	Snížený počet žáků ve třídě	10
7.	Větší podpora ze strany vedení školy	5
8.	Modifikace kurikula TV	3
9.	Vhodnější rozpracování IVP (individuální vzdělávací plán)	2
10.	Lepší přístup ze strany intaktních vrstevníků	2

## 5.2 Základní principy modifikací pro integraci ve školní tělesné výchově

Odhlédneme-li od nejčastěji uváděných podmínek, kterými jsou personální posílení ze strany proškolených asistentů pedagoga a možnosti konzultace s odborníky v oblasti ATV, je další oblastí zájmu přístupnost konkrétních námětů a inspirací. Přestože k řešení úspěšné integrace v TV nelze přistoupit jako k práci s pomocí kuchařky, uvedeme na tomto místě několik základních principů modifikací pro optimalizaci zapojení žáků se SVP do školní TV.

Za jeden ze základních a velmi jednoduchých postupů při realizaci APA považujeme následující (Ješina & Kudláček, 2009): (a) **stanovit si cíle pohybové aktivity (PA)** – obecné cíle doplněné konkrétními úkoly, které musí respektovat zájmy všech žáků, včetně těch se zdravotním postižením, (b) **diagnostikovat motorické i osobnostní kompetence skupiny** (včetně žáka s postižením), (c) **seznámit se s vnějšími podmínkami** – především z důvodu vnější bariérovosti, základní bezpečnosti a možnosti plánování PA, (d) **modifikovat PA pro zapojení všech žáků** – na základě diagnostiky kompetencí skupiny a limitů vnějšího prostředí, (e) **správně žáky motivovat** – především žáky informovat o nutnosti a vhodnosti modifikací, tak aby byla možná participace všech, (f) **seznámit žáky s PA, vysvětlit organizaci, pravidla**, (g) **zajistit bezpečnost** – kromě běžné fyzické bezpečnosti nezapomínat i na psychickou. Při PA samotné pak řešit nepředvídané situace, ak-

ceptovat vývoj PA a do jisté míry ji unikátně tvořit – je důležité být připraven na flexibilní řešení, která přináší participace žáka s postižením.

Pedagog nebo peer tutor (Rybová & Ješina, 2010) by měl v určitý okamžik umět ustoupit do pozadí hry tak, aby průběh nejenom neutrpěl, ale aby **tím byl naopak podpořen. Případně je vhodné zařadit zpětnou vazbu tak, aby byl možný transfer do dalších činností.**

Pro maximální zapojení těchto žáků doporučujeme zvážení způsobu komunikace, prostoru (místo, velikost, vymezení prostoru pro pohyb), počtu účastníků (hráčů), způsobu a množství získaných bodů (zvládnutí aktivity), role hráče, náčiní (druh, tvar, velikost, množství, hmotnost), způsobu lokomoce (pohybu), času na aktivitu, intenzity zatížení a odpočinku, vzdálenosti, výšky, velikosti, množství cílů (košů, branek aj.), využití kompenzačních sportovních (aplikovaných) pomůcek, zapojení dalších podpůrných osob a na závěr kreativní celkovou úpravu (adaptaci) pravidel (Ješina & Kudláček, 2009).

**Způsob komunikace** musíme volit dle věku, pohlaví i jedinečné osobnosti toho, s kým komunikujeme, což je v tomto případě žák. Musíme si uvědomit, že při vyučovací jednotce TV, ale nejen při ní, zdaleka nekomunikujeme pouze verbálně. Některá předem dohodnutá gesta se dokonce stala standardním prostředkem komunikace v rámci např. sportovních her, což částečně napomáhá integraci např. dětí, žáků a studentů se sluchovým postižením. Komunikace musí být nejen přiměřená, ale nesmí u žáků vyvolávat pocit upřednostňování jedinice bez ohledu na jeho postižení.

**Prostor** (místo, velikost, vymezení prostoru pro pohyb) je dalším faktorem, který musíme v rámci TV obecně akcentovat. Prostor musí být bezbariérový, snadno dosažitelný. Velikost zvolené plochy by měla odpovídat počtu a specifickým hráčů (např. s mentálním či zrakovým postižením), především kvůli bezpečnosti, ale i intenzitě zatížení, možnosti pohybu na vozíku, nebo musí být vhodně ohraničena pro participaci žáka se zrakovým postižením. Velikost hřiště přímo ovlivňuje interakci žáků, stejně jako množství aktivních zásahů do dané PA. Vymezení prostoru pro pohyb je nezbytné především z bezpečnostních důvodů, dále pak také z důvodů samotné frekvence zapojení žáka s postižením do PA. Například žákovi na vozíku omezíme možnost vjezdu do území pod košem při basketbalu nebo naopak omezíme možnost

vstupu ostatním stojícím hráčům. Účast žáka se zrakovým postižením naopak klade vyšší nároky na prostor i vně hrací plochy, kde je nutné, aby žák byl s prostorem seznámen a tím byly vytvořeny podmínky pro možnost soustředění se na jednotlivé pohybové aktivity.

**Počty žáků** lze upravit podle potřeb. Víme například, že někteří žáci jsou velmi šikovní. V tom případě k nim zařadíme spolužáky s postižením. Lze upravit jejich počet tak, abychom výkonnostně týmy přiblížili tím, že v jednom družstvu bude počet žáků navýšen.

**Způsob a množství získaných bodů** modifikujeme v případě, kdy hrozí možnost, že šikovnější hráči ty méně šikovné do pohybové aktivity nezapojí. V tomto případě můžeme do pohybové aktivity zařadit pravidlo, které umožní potenciálně méně bodujícím (vybraným) hráčům násobit body za splněný úkol. Například pokud se určenému žákovi podaří vhodit koš, počítá se za 5 bodů. Existuje i možnost zvýhodnění žáka se SVP (ale nejen jeho) například v případě skórování nebo dosažení gólu, čímž dále získává na významu jeho postavení v týmu. Stejně tak zvýhodníme i vybraného žáka protějščího týmu. Pozor však na opakované označení tohoto hráče. Ačkoliv jednáte jednoznačně s vidinou pozitivního dopadu na skupinu, efekt může být opačný – proto doporučujeme střídání těchto hráčů. Zároveň lze rozšířit možnost bodování tím, že ho neomezíme pouze na vstřelení koše, ale poskytneme možnost získat body i vhozením do obroučky, desky, počtem přihrávek bez přerušení apod.

**Role hráče** je velmi důležitá vzhledem k jeho psychické spokojenosti s participací ve vyučovací jednotce TV a z hlediska sociálního statutu ve třídě. Naší snahou by mělo být vytvoření podmínek pro co největší možnost zapojení žáka se SVP do herní činnosti. V případě, že přímé zapojení jako hráče není možné, můžeme zvážit další možnosti (rozhodčí, poradce, supervizor, pomocný rozhodčí, manažer, živá meta, záchrana.).

**Náčíní** (druh, tvar, velikost, množství, hmotnost) může být poměrně klíčové pro některé žáky s postižením. Zdaleka však nejde jen o ozvučené míče v případě žáků se zrakovým postižením, ale i při integraci žáka s tělesným postižením nesmíme zapomínat na používání různých typů sportovního ná-

činí. Například žák s DMO lépe manipuluje s velkým lehkým míčem než s těžkým a malým míčem. Ale nejsou to jen míče. U žáků s mentálním postižením také uvažujeme o barevnosti a tvarech. Musíme si uvědomit, že existuje řada sportovního náčiní, možná i vhodnějšího, z hlediska manipulace a praktického využití – frisbee, ringo kroužky, kruhy, tyče. Je však možné využít jejich specifických tvarů a nepoužívat je pouze jako náhradu za míč (vždyť např. s frisbee se nemusí jen házet). Malá švihadla nahradíme delším lanem pro celou skupinu aj.

**Způsob lokomoce** (pohybu) je samozřejmě nezbytnou součástí PA. Nejpřirozenější je chůze a běh, ale můžeme zařadit i několik dalších (pohyb v sedu, vleže, plazení, po čtyřech, skoky, poskoky po jedné končetině, kombinace všech). Pozor však na to, aby všichni žáci, kvůli zapojení spolužáka na vozíku, stále jen nelezli po zemi. Změny pohybu můžeme zařadit a kombinovat i v průběhu PA. Všichni hráči se nemusí pohybovat stejně, to se týká např. i pohybových her.

**Čas na hru** patří mezi klasické možnosti modifikace aplikovaných her. Jedná se o možnost ovlivnění celkové dynamiky, intenzity i koncentrace emocí. Čas je také důležitý s ohledem na zdravotní rizika, například ve spojení se svalovou únavou u žáků s cerebrálními parézami, únavou způsobenou jednostranným dlouhodobým zatížením u žáků používajících vozík nebo psychickou únavou a ztrátou pozornosti u žáků s mentálním postižením či ADHD aj.

**Intenzita zatížení a odpočinku** je opět jednou z nejklassičtějších možností modifikací her. Např. ve vztahu k žákovi s tělesným postižením je nutné sledovat především možná zdravotní rizika a případné kontraindikace pohybových aktivit, jako je spasmus svalů, celková fyzická únava, vliv na kardiovaskulární aparát, případně další.

**Vzdálenost, výška, velikost, množství cílů** (košů, branek aj.) jsou přímo závislé na úrovni dovedností žáků. Přímou se nabízí kombinovat tento princip s některými dalšími, jako třeba se „způsobem a množstvím získávání bodů“. Efektu dosáhneme i zvýšením počtu branek, kdy vytvoříme podmínky pro

větší možnost úspěchu. Lze také například využít kombinovaných košů, kdy na nižší hází žák s postižením a na vyšší ostatní žáci.

**Využití sportovně-kompenzačních (aplikovaných) pomůcek** je v některých případech komplikovaný aspekt, ale často naprosto nezbytný. Existuje řada kompenzačních pomůcek (sportovní halový vozík, handbike, tandemové kolo, tříkolka, sledge), přičemž je možná jejich kombinace, využití či nevyužití u jednoho nebo více žáků, včetně žáků bez postižení. Při jejich uplatnění je nutno myslet na bezpečnost všech žáků.

**Zapojení dalších podpůrných osob** může být pro integrované programy s využitím PA za určitých okolností klíčové. Okolnostmi máme na mysli především typ a hloubku žákova postižení, vnější podmínky školy a charakter konkrétních činností. Pokud mluvíme o zapojení dalších osob, máme tím na mysli především asistenta pedagoga a peer tutor. Především v zahraniční literatuře (Block, 2007; Sherrill, 2004) je také uváděna role peer tutora, tedy spolužáka, vrstevníka či staršího žáka z vyšší školní třídy. Zapojení může mít podobu asistence (tedy podpory či pomoci), ale také společného partnerského spojení, např. v pohybových či jiných hrách.

**Celkovou adaptaci pravidel** již neřadíme mezi základní modifikace. Přesto ji považujeme za způsob modifikace specifické PA v jinou. Je však nutné respektování sledovaných cílů. Zde se nejlépe projeví kapacita učitele, a to jak kreativní a intelektová, tak někdy také časová. Jednoznačnou podmínkou je také vnitřní motivace. Nejčastěji se týká sportovních a pohybových her, ale i dalších pohybových činností.

### 5.3 Peer tutoring jako podpůrné opatření v integrované TV

Strategie peer tutoring byla vyvinuta jako alternativa systému tradičních forem výuky. Jedná se o efektivní vyučovací strategii, jež může být východiskem pro školy s nedostatečným množstvím nezbytných asistentů pedagoga (osobních asistentů) či kompetentních učitelů (Topping, 1998). Peer tutoring sehrál svou roli již v minulosti a byl pravděpodobně součástí vzdělávání již od počátku civilizace (Goodlad & Hirst, 1989). První zmínky o systematic-

ké aplikaci peer tutoringů však byly zaznamenány až v 80. letech (Goodlad & Hirst 1989). Původně byly peer programy především preventivního charakteru a vznikaly jako reakce na rostoucí problémy s drogově závislou mládeží. I v oblasti tělesné výchovy je pojem peer tutoring znám právě z této doby. Jak uvádí Lieberman & Houston-Wilson (2009), počátky jsou spojené s rokem 1980 a projektem PEOPEL, který kromě jiného zahrnoval písemný doklad a specifické podmínky k realizaci peer tutoringů. Primární motivace rozvinutí tohoto systému byla výhradně ekonomická, neboť využití studentů bylo finančně méně náročné nežli využití profesionálních učitelů (Svenson & Hanson, 1996).

### 5.3.1 Interakce mezi tutorem a žákem se SVP

I přesto, že v současné době neexistuje jednotná definice peer tutoringů, v základních charakteristikách se jednotliví odborníci shodují. Klavina (2007) považuje peer tutoring za efektivní postup, zaručující zlepšení akademických výsledků žáků se SVP i přes omezené množství stávajících lidských zdrojů. Takto řízená výuka spočívá ve vzájemné spolupráci žáků se SVP a jejich vrstevníků (tutorů), kteří se na základě instrukcí vyučujícího stávají aktivní součástí výuky a na určitý čas tak přejímají pedagogickou roli. Peer tutoring je prospěšný pro žáky všech věkových kategorií a úrovní rozumových schopností (Klavina, 2007). Podstatou této strategie je tedy využití vrstevnického prostředí jakožto významného socializačního a formativního činitele. Vrstevníci jsou důležitým socializačním faktorem již od předškolního období a s rostoucím věkem se jejich vliv na jednotlivce zvyšuje. Kontakt s vrstevnickou skupinou ovlivňuje způsob myšlení, jednání a vystupování, vede jedince k sociálnímu srovnávání a sebereflexi. V kontextu výuky je tedy zřejmé, že se žák snadněji ztotožní s jedincem, který je mu bližší z hlediska věku, role a zájmů. Jak už bylo řečeno, je metoda peer tutoringů implikována do školní tělesné výchovy tehdy, kdy je nezbytná individualizace výuky, avšak škola nedisponuje potřebným počtem asistentů pedagoga. Další důvod pro zapojení vrstevníků do výuky může být také posílení rozvoje pozitivních interakcí mezi žáky třídy. Block (2007) v této souvislosti zdůrazňuje fakt, že

právě prostředí školní tělesné výchovy je vhodným zprostředkovatelem pro interakci žáků se SVP s ostatními vrstevníky a vzhledem k povaze předmětu lze rovněž toto vzájemné působení v co možná největší míře podporovat a systematicky řídit. Vrstevnické doučování má pozitivní dopad nejen na samotné žáky se SVP, ale rovněž na tutory podílející se na realizaci tělesné výchovy. Tato strategie poskytuje žákům se SVP větší prostor pro práci ve třídě s ohledem na jejich vývojové zvláštnosti v oblasti rozvoje schopností a nabytí nových dovedností, jež jsou nezbytné pro jejich aktivní začlenění do budoucího života.

### 5.3.2 Další pozitiva peer tutoringů

Na další možné výhody peer tutoringů ve své publikaci poukazují autoři Lieberman & Houston-Wilson (2009). Ti charakterizují peer tutoring především jako efektivní způsob, pomocí kterého lze vytvořit smysluplnou příležitost pro zvýšení motorických kompetencí studentů se SVP. Dodávají, že zavedení proškoleného peer tutora může napomoci při rozvoji celkové úrovně dovedností žáků se SVP. Klavina (2007) zdůrazňuje, že výhoda peer tutoringů spočívá především ve zlepšení sociálních dovedností a může se stát účinnou metodou při rozvoji sociálního chování a zlepšování vzájemných vztahů mezi spolužáky navzájem. Někteří autoři (Lieberman & Houston-Wilson, 2009; Klavina, 2007; Block, 2007) také poukazují na to, že na základě této pravidelné interakce může docházet ke zvyšování sebevědomí a zlepšování sebeovládání žáků se SVP.

Strategie peer tutoringů je svým způsobem postavena na již ověřených modelech sociálního učení A. Bandury. Aby však bylo toto očekávání naplněno, je třeba s vrstevníky nejprve systematicky pracovat a naučit je tomu, aby byli schopni rozpoznat žádoucí chování svých spolužáků s poruchou autistického spektra. Jak již bylo zmíněno dříve, je vrstevnické vyučování prospěšné pro všechny zúčastněné. Značně přínosná bývá pro tutory především zkušenost s výukou a vedením ostatních (Rink, 1998). Tutoři při své práci také přebírají jistou odpovědnost za průběh a organizaci výuky, což vede ke zvyšování jejich angažovanosti během výuky. Zároveň dochází ke konsolidaci jejich dosavadních znalostí či doplnění učiva. Neméně podstatnou výhodou je fakt, že využití peer tutoringů ve školní tělesné výchově vede

ke zvyšování kooperačních dovedností, rozvoji empatie a vzájemné tolerance a akceptace mezi žáky. Stejně tak uvažuje Klavina (2007), který tuto skutečnost podporuje Allportovou kontaktní teorií. Ta je založena na myšlence, že za určitých podmínek může kontakt mezi jednotlivci z odlišných skupin snižovat předsudky působící v těchto skupinách. Allportova kontaktní teorie zdůrazňuje čtyři hlavní kritéria příznivé interakce: přibližně shodný status mezi zúčastněnými, kooperace pro stejný cíl, vzájemný dobrovolný kontakt, podpora nadřazené instituce či úřadu. I přesto, že zmiňovaná teorie nebyla nikdy užívána v kontextu osob se SVP, nalezla v ní celá řada vědeckých oblastí včetně integrativní speciální pedagogiky inspiraci (Klavina, 2007).

Ačkoliv byla realizována celá řada výzkumných šetření zaměřených na učební výstupy týkající se dosažených intelektových dovedností žáků se SVP (Houston-Wilson, Lieberman, Horton, & Kasser, 1997; Lieberman, Newcomer, McCubbin, & Dalrymple, 1997), průzkumů sledujících interakci a dopad integračních programů na všechny zúčastněné žáky bylo provedeno minimum (Klavina, 2007). Zapojení peer tutora do tělesné výchovy by mělo být vždy dobrovolné. V této souvislosti je podstatná vnitřní motivace žáků, popřípadě vnější podpora ze strany pedagoga.

### **5.3.3 Vzdělávání peer tutorů**

Odborníci jsou rovněž přesvědčeni, že zásadní význam pro úspěšný průběh celého procesu má vzdělávání tutorů (Lieberman, Dunn, van der Mars, & McCubbin, 2000). Program vzdělávání peer tutorů může trvat jednu hodinu nebo více, v závislosti na věku tutora a žáka, druhu zdravotního postižení a typu vyučovací jednotky. Výcvik se provádí individuálně či v menších skupinách a jeho intenzita je založena na dosavadních zkušenostech tutora. V první řadě je nutné seznámit tutory se specifickými potřebami a možnostmi zapojení žáků se SVP do tělesné výchovy tak, aby vždy odpovídaly jejich individuálním schopnostem a potřebám (Lieberman, Houston-Wilson, & Kozub, 2002). Pro praxi je rovněž nutná tutorova znalost kompenzačních pomůcek, které žák se SVP v tělesné výchově užívá. Klavina (2007) považuje za nezbytné, aby tutor plně porozuměl, jakým způsobem se spolužákem se SVP komunikovat. Pokud žák užívá nonverbální komunikaci, musí tutor vědět, co je jednotlivými znaky myšleno (při použití toalety atd.). Peer tutor by



měl znát také základní didaktické zásady, například zásada důslednosti. Ku příkladu pokud učitel dává slovní pokyn studentovi, aby hodil míč, a žák danou činnost neprovede správně, měl by tutor předvést daný cvik znovu a trvat na správném provedení. S tím samozřejmě souvisí i další didaktické zásady jako názornost, uvědomělost a aktivita. Základním předpokladem správného provedení úkonu a následného zlepšení žákových dovedností je neustálá zpětná vazba ze strany tutora (Lieberman & Houston-Wilson, 2009), tak aby došlo k uvědomění si chyb ze strany žáka a následným opravám pohybového vzorce. Po absolvování výcviku by měl být tutor schopen vzájemné spolupráce a podat spolužákovi adekvátní pomoc při hodinách tělesné výchovy.

### 5.3.4 Typy peer tutoringů

Existuje několik typů peer tutoringů, které pro větší přehlednost uvádíme v tabulce 1. Je třeba mít na paměti, že peer tutoring a pouhá vzájemná interakce jsou dvě odlišné záležitosti. Pokud není realizováno formální vzdělávání peer tutorů, tehdy se používá termín vzájemná interakce (Klavina, 2007).

**Tabulka 10** Typy peer tutoringů (Lieberman & Houston-Wilson, 2009) pro žáka se SVP, převedené do českých podmínek

Typ peer tutoringů	Popis	Využití pro žáka se SVP
Peer tutoring vrstevníků (stejného věku)	Peer tutor i žák jsou ze stejné či paralelní třídy	Žák s lehkou formou zdravotního postižení 2. stupeň ZŠ a výše
Peer tutoring dvojic (stejného věku)	Celá třída rozdělena na dvojice. Střídání rolí peer tutor a žák.	Žák s lehkou formou zdravotního postižení 2. stupeň a výše
Peer tutoring starším žákem	Peer tutor je z vyššího ročníku a aktivitu realizuje v rámci svého předmětu (např. v rámci průřezových témat, výchovy k občanství, výchovy ke zdraví, tělesné výchovy aj.)	Žák se středně těžkou formou zdravotního postižení Všechny stupně škol
Peer tutoring jednostranný (starším žákem)	Peer tutor je vůdčím po celou dobu výuky	Žák s těžkou formou zdravotního postižení Všechny stupně škol
Peer tutoring se střídáním rolí (starším žákem)	Peer tutor a žák si střídají role. Napomáhá to k lepšímu vcítění se do potřeb druhého.	Žák s lehkou až středně těžkou formou zdravotního postižení 2. stupeň ZŠ a výše

## **5.4 Paralympijský školní den**

Plánujete-li integraci žáka s tělesným či smyslovým postižením do hodin školní TV a chcete-li na tuto situaci připravit vaši třídu nebo školu, doporučujeme využití vzdělávacího programu s názvem Paralympijský školní den. Paralympijský školní den (PŠD) je vzdělávací projekt, který má za cíl informovat děti o problematice paralympijských sportů a osobách se zdravotním postižením. K tomu slouží různé aktivity, mezi něž patří například: setkání a interakce s paralympioniky či vyzkoušení paralympijských sportů. Paralympijský školní den se v prvé řadě zaměřuje na zlepšení postojů k osobám se zdravotním postižením (Kudláček et al., 2008). Cílová skupina jsou děti mezi 8 až 15 lety. Do programu je s drobnými modifikacemi možné zapojit také mladší či starší děti a programu se mohou plnohodnotně účastnit také děti se speciálními vzdělávacími potřebami. Paralympijský školní den může být organizován v průběhu celého roku. Program by měl být upraven na základě podmínek školy a počasí s cílem využít venkovních i vnitřních prostor, pokud to podmínky umožňují.

Pro úspěšnou realizaci PŠD je důležité setkání s osobami se zdravotním postižením. Tato setkávání mají pozitivní vliv na postoje za předpokladu, že dochází k časté interakci, která je smysluplná a příjemná. Pro zlepšení postoje k osobám s postižením bychom měly dodržet následující podmínky: (a) rovnocenný status obou skupin; (b) sociální klima, které vyžaduje častý kontakt; (c) aktivity zaměřené na spolupráci; (d) pozitivní zkušenosti; (e) příkladné postoje učitelů; (f) vědecky podložené přesvědčování (Horne, 1985). Rovnocenný status obou skupin je takový, kdy poskytování a přijímání pomoci, vedení a diskuse probíhají rovnocenně a interaktivně. Příkladem takové aktivity může být problémové řešení v rámci kooperativních her. Vynikajícím příkladem spolupráce mohou být programy zážitkové pedagogiky, organizované v přírodě či v budově. Děti se setkávají se specifickými situacemi a mají jedinečnou příležitost naučit se zdolávat překážky ve vzájemné spolupráci (Kudláček & Valenta, 2004).

Obsah programu PŠD se flexibilně přizpůsobuje (dle počtu žáků) materiálním a především prostorovým podmínkám a specifickým přáním škol. Důležitou součástí PŠD jsou výzkumná šetření. Výzkum se týká především problematiky změny postojů žáků a pedagogických pracovníků k osobám se speciálními potřebami s akcentem na osoby s tělesným postižením. Klíčem

ke změně vnímání osob, které se odlišují, může být cílené vzdělávání vedoucí k vytvoření povědomí nebo změně postojů. Několik přístupů ke změně postojů je popsáno v mezinárodní literatuře, jako např. kontaktní teorie či teorie odůvodněného jednání. Projekt PŠD implementoval existující teorie a poznatky do vzdělávacích materiálů, díky nimž mohou učitelé aplikovat tyto teorie v každodenní výuce za současného (a tolik žádaného) využití nejnovějších poznatků. To je jedním ze základních předpokladů aplikovaných pohybových aktivit, integrace a začlenění dětí do hodin TV.

Nejčastěji jsou v rámci programu uskutečňovány následující aktivity:

- Teoretická přednáška o sportech osob se speciálními potřebami.
- Beseda se sportovcem s postižením.
- Základní mobilita bez zrakové kontroly.
- Základní mobilita na vozíku.
- Sporty osob se zrakovým postižením – goalball, judo.
- Sportovní hry osob s tělesným postižením – basketbal na vozíku, florbal na vozíku, házená na vozíku, rugby na vozíku.
- Atletika – traťové disciplíny i disciplíny v poli sportovců s tělesným a zrakovým postižením.
- Boccia.

PŠD má tři základní cíle. Jedním z nich je změna postojů k osobám se speciálními potřebami. Druhou je seznámení se životem a volnočasovými aktivitami osob se speciálními potřebami se zaměřením na participaci v pohybových programech. Další možný cíl můžeme vysledovat především ve vztahu k rámcovým vzdělávacím programům, respektive Školním vzdělávacím programům.

### *Postoje*

Ke změně postojů dětí k osobám s postižením může vést např. i seznámení žáků základních škol s ideály paralympismu. Snažíme se například zaměřit na rozvoj lidské solidarity, tolerance a vzájemného respektu, podporu míru, vzájemného porozumění, respektu k jiným kulturám, rozvoj základních lidských hodnot a vztahů vzhledem k národním i oblastním požadavkům. Sport a pohybová aktivita se prokázaly jako skvělý edukační prostředek ve vzdělávacím procesu (Kudláček, 2007). Podle Válkové (1980) během společenského života získává každý jednotlivec větší množství postojů, které vy-

tvářejí celý propojený systém, stávají se kompaktnějšími, stereotypnějšími, takže společenské jednání jednotlivce odráží jeho postoje. Postoje se vyvíjejí s postupnou socializací jedince. Postoj se vždy vztahuje k něčemu, má kvalitu – pozitivní, neutrální nebo negativní; má také intenzitu. To znamená, že postoj k určité činnosti je více či méně kladný či záporný.

Vycházíme z předpokladu, že postoj vzniká, když se seskupují poznatky, city a tendence k jednání do relativně trvalé soustavy. Změněné chování lidí znamená změnu jejich postojových soustav. Postoj je tak posledním mezičlánkem, „mostem“ spojujícím vědomí s činy. Postoje se utvářejí rovněž činností lidí ve skupinách (malých i velkých). Přitom záleží na tom, je-li skupina referenční nebo členská, formální nebo neformální. Uspokojuje-li člověka činnost v nějaké skupině, jsou pro něj i informace, které z ní dostává, věrohodnější a tím se vytváří silný postoj (Horák, 1997). Naší snahou je zjišťovat změny postojů k osobám se speciálními potřebami za pomoci intervence v podobě programu Paralympijský školní den. Pokud chceme optimalizovat dopad tohoto projektu ve škole, doporučujeme rozdělit jej na tyto tři fáze (Kudláček et al, 2008, s. 8):

1. Příprava PŠD: tato fáze má dva základní cíle; (a) připravit žáky na vlastní program a (b) organizace vlastního dne, tak aby proběhl bez problémů a vy jste mohli dosáhnout svých výchovně-vzdělávacích cílů.
2. Implementace PŠD: jedná se o vlastní PŠD, který je realizován v hravém a radostném prostředí, kde mají studenti možnost učit se prostřednictvím množství sportovních a kulturních aktivit. V rámci programu mají studenti možnost si aktivně vyzkoušet různé paralympijské sporty, kterých se sami účastní a o nichž si také povídají se sportovci se zdravotním postižením.
3. Po skončení PŠD: cílem této fáze je pokračování výchovně vzdělávacího procesu. V této fázi žáci rozšiřují své dovednosti a vědomosti nabité v rámci PŠD. Žáci mají mít příležitost pracovat se svými zkušenostmi z PŠD a učitelé mají možnost pokračování výuky i v dalších předmětech.

Ačkoliv koncept PŠD je otevřený různým kreativním modifikacím, doporučujeme držet se několika klíčových zásad, které jsou popsány níže:

- (a) PŠD je částí dlouhodobého výchovně-vzdělávacího procesu.
- (b) Musíme mít na mysli také prostředí, ve kterém žáci vyrůstají.

- (c) Paralympijský školní den poskytuje pravdivý portrét.
- (d) Potřebujete dostatek času pro reflexi.
- (e) PŠD je postaveno na čtyřech klíčových hodnotách.

(Ad a) PŠD je částí dlouhodobého výchovně-vzdělávacího procesu.

K pochopení specifických potřeb osob, které mají výrazné tělesné a/nebo mentální odlišnosti, potřebujeme více než jeden den. Změna postojů dětí je otázkou dlouhodobého procesu a PŠD je pouze jedním z milníků na cestě k přijetí a respektování osob se zdravotním postižením. Je zřejmé, že ve společnostech, ve kterých postižení není jejich běžnou součástí, budou děti reagovat specificky při kontaktu s něčím novým. PŠD je dobře strukturovaným výchovně-vzdělávacím programem s vlastní přípravnou a následnou fází. Realizace PŠD záleží na přístupu školy, neboť PŠD může být zařazen na začátek jistého programu, v němž poté děti pracují se svými zážitky. PŠD ale také můžete zařadit jako završení programu zaměřeného na specifické potřeby osob se zdravotním postižením.

(Ad b) Musíme mít na mysli také prostředí, ve kterém žáci vyrůstají.

PŠD je vzdělávacím programem organizovaným ve škole. Pro zdárný přenos zkušeností z PŠD domů doporučujeme informovat rodiče a další příbuzné o cílech a náplni PŠD.

(Ad c) Paralympijský školní den poskytuje pravdivý portrét.

Zkušenosti s aktivitami se „simulovaným postižením“ jsou centrální myšlenkou PŠD a mohou být velmi zábavné. Musíte se však vždy zamyslet nad faktem, zda a jak těmito aktivitami stimulujete učení. Je potřeba vybrat aktivity vyváženě, tak aby některé byly vedeny učitelem, jiné založeny na interakci se sportovcem a v dalších aby studenti měli možnost se sami rozhodovat. Taková skladba PŠD poskytuje velké množství zkušeností a umožní trvalý dopad na učení žáků.

(Ad d) Potřebujete dostatek času pro reflexi.

V průběhu přípravy tohoto projektu jsme v šesti zemích zorganizovali 35 PŠD. Délka jednotlivých aktivit se pohybovala od 15 minut po celé dvě hodiny. Nikdy nesmíme zapomenout na poskytnutí dostatečného časového prostoru pro reflexi. Z těchto důvodů doporučujeme optimální délku aktivity mezi 40 a 45 minutami.

(Ad e) PŠD je postaveno na čtyřech klíčových hodnotách.

Hodnoty PŠD jsou založeny na vizi a misi Mezinárodního paralympijského výboru. Pokud možno, PŠD by mělo zahrnovat aktivity všech čtyř hodnot, jak jsou popsány na následující stránce. Na základě našich zkušeností můžeme potvrdit, že struktura PŠD, která zahrnuje všechny čtyři hodnoty, umožňuje realizaci vyrovnaného programu.

Hodnoty PŠD (Kudláček et al., 2008, s. 10)

### 1. RESPEKT KE SPORTOVNÍMU VÝKONU

- Získat POVĚDOMÍ o různých sportech a adaptacích.
- Získat ZNALOSTI o sportovní klasifikaci a nejtěžších postiženích.
- Získat ZKUŠENOSTI pomocí setkání vrcholovými sportovci s postižením.

### 2. RESPEKT A PŘIJETÍ INDIVIDUÁLNÍCH ODLIŠNOSTÍ

- Získat POVĚDOMÍ o individuálních rozdílech.
- Získat ZNALOSTI o osobách s postižením.
- VYZKOUŠET si, jaké to je být jiný.

### 3. SPORT JAKO LIDSKÉ PRÁVO

- Být si VĚDOM toho, že osoby s postižením mají PRÁVO participovat ve sportovních aktivitách.
- Být si VĚDOM problémů s přístupností (bezbariérovostí).
- Získat ZNALOSTI o postupech integrované TV.
- Být si VĚDOM vlastních postojů k osobám s postižením účastnícím se sportovních aktivit.

### 4. UMOCNĚNÍ A SOCIÁLNÍ PODPORA

- Získat ZKUŠENOSTI s úspěchem a prohrou (vztaženo k EMOCÍM).
- NAUČIT se používat adekvátní podpůrné cesty.
- POZNAT životní příběhy úspěšných (neúspěšných) sportovců s postižením.

Zařazení PŠD do školních vzdělávacích programů

Smyslem PŠD je informovat děti, žáky a studenty o problematice osob se speciálními potřebami s akcentem na sport, čímž se snažíme pozitivním způsobem utvářet jejich postoje k osobám se speciálními potřebami a k přijímání jinakosti jako celku. Velmi výrazně však pomocí bezprostředního zážitku můžeme ovlivňovat a pozitivně formovat i kompetence účastníků

ve vztahu k jednotlivým výstupům některých vzdělávacích oblastí, které najdeme v rámcových vzdělávacích programech. Každá škola si pak dle svých podmínek upravuje vlastní školní vzdělávací program, který však respektuje normy stanovené vyšším dokumentem.

### 5.5 Kompetenční rámec učitelů tělesné výchovy ve vztahu k integraci

Veškeré domácí i zahraniční studie poukazují na nízké hodnocení kompetencí ve vztahu k integrované TV ze strany učitelů tělesné výchovy. Ve většině zemí legislativa vyžaduje integraci žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do běžných škol, a tedy také do hodin tělesné výchovy. Proto je potřeba pojmenovat základní podmínky, za kterých může integrace v TV fungovat. Kromě poskytnutí adekvátních podpůrných opatření, jakými jsou v ČR: (a) asistenti pedagoga, (b) speciální pomůcky, (c) individuální vzdělávací program, (d) konzultace a podpora odborníky APA. Teoreticky můžeme využívat také konceptu peer tutoringů nebo dobrovolníků. I při existenci těchto podpůrných opatření je potřeba, aby učitelé TV získali adekvátní kompetence. Tvorbu těchto kompetencí měl za cíl projekt S názvem European Inclusive Physical Education Training, jehož výstupy následují.

Mezi specifické kompetence patří: (a) schopnost přizpůsobit školní kurikula tělesné výchovy tak, aby odrážela současné podmínky a potřeby všech studentů se speciálními potřebami v tělesné výchově (Kudláček Ješina, 2008); (b) schopnost diagnostikovat aktuální stav dovedností studentů se speciálními potřebami v TV (Janečka, Štěrbová Kudláček, 2008); (c) schopnost plánovat výuku s ohledem na příslušný rozvoj všech žáků v integrované TV; (d) schopnost připravit vyučovací jednotky a třídy pro integraci žáků se speciálními vzdělávacími potřebami; (e) schopnost přizpůsobení vyučování tak, aby byly naplněny potřeby **všech** studentů v integrované TV; (f) schopnost facilitovat chování studentů tak, aby bylo zajištěno nejvhodnější a bezpečné učení pro **všechny** studenty; (g) schopnost komunikace se studenty se speciálními vzdělávacími potřebami a ostatními, kteří jsou přímo nebo nepřímo zapojeni do učení integrované TV (Štěrbová, 2006; Janečka, 2004); (h) schopnost evaluace pokroku žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v integrované TV

ve vztahu k jejich cílům (Górny, 2008); (i) schopnost hodnocení efektivity programu integrované TV; (j) schopnost pokračování rozvoje vlastních profesních dovedností a znalostí ve vztahu k integrované TV (Kudláček, French Myers, 2002; Kudláček, Ješina, Štěrbová, Sherrill, 2008) a (k) schopnost prosazování práv a potřeb studentů se speciálními vzdělávacími potřebami (Kudláček & Ješina, 2008). Na tyto kompetence navazuje okruh specifických dovedností a znalostí, které jsou nezbytné k získání specifických kompetencí (tabulka 11).

**Tabulka 11** Teoretický rámec kompetencí pedagogických pracovníků projektu EIPET

**Kompetence: přizpůsobit školní kurikula tělesné výchovy tak, aby odrážela současné podmínky a potřeby všech studentů se SVP**

**v tělesné výchově.**

**Dovednosti:**

1. dokáže se hodnotit ve vztahu ke schopnosti pracovat v integrované tělesné výchově,
2. dokáže analyzovat současné kurikulum ve vztahu k integrované TV,
3. dokáže modifikovat stávající kurikulum.

**Znalosti v oblasti:**

1. stávajícího školského kurikula (RVP – ŠVP),
2. principů tvorby kurikula,
3. specifických potřeb osob se Zp,
4. sportu osob se Zp, organizace sportu osob s postižením, příslušné profesní organizace.

**Kompetence: diagnostikovat aktuální stav dovedností studentů se SVP v TV.**

**Dovednosti:**

1. dokáže rozpoznat speciální potřeby v TV,
2. dokáže používat příslušné screeningové testy,
3. dokáže rozpoznat připravenost studentů pro zapojení do TV,
4. dokáže komunikovat a spolupracovat s příslušnými centry podpory (specialisté v oblasti aplikované tělesné výchovy – ATV),
5. dokáže komunikovat se studenty, rodiči/pěstouny,
6. dokáže motivovat studenty k účasti.

**Znalosti v oblasti:**

1. příslušných screeningových testů,
2. podpory v ATV,
3. speciálních potřeb ve vztahu k tělesné výchově a záležitostí týkajících se Zp,
4. teorie motivace a adherence v kontextu tělocvičných aktivit.



**Kompetence: plánovat výuku s ohledem na příslušný rozvoj všech žáků v integrované TV.**

**Dovednosti:**

1. dokáže připravit integrovanou TV s odpovídající podporou specialistů,
2. dokáže naplánovat vyučovací jednotku integrované TV, aby bylo zajištěno vhodné učení pro všechny studenty.

**Znalosti v oblasti:**

1. tvorby individuálního vzdělávacího plánu v TV (IVP v TV),
2. adekvátní podpory a umístění žáků se SVP,
3. příslušných komunikačních strategií,
4. příslušné strategie pro vedení (modifikaci) chování,
5. zdraví a bezpečí ve vztahu k integrované TV.

**Kompetence: příprava vyučovací jednotky a třídy pro integraci žáků se SVP.**

**Dovednosti:**

1. dokáže naplánovat odpovídající aktivity k přípravě školy/třídy k integraci,
2. dokáže analyzovat aktivity pro přípravu školy/třídy k integraci,
3. dokáže se přizpůsobit prostředí kvůli zapojení do integrované TV.

**Znalosti v oblasti:**

1. příslušných strategií pro přípravu školy (studentů) pro akceptaci integračních postojů,
2. postojů k osobám s postižením a jejich integrace do TV,
3. vhodných aplikovaných a kompenzačních pomůcek.

**Kompetence: přizpůsobení vyučování tak, aby byly naplněny potřeby VŠECH studentů v integrované TV.**

**Dovednosti:**

1. dokáže přizpůsobit vlastní styl učení pro facilitaci integrace,
2. dokáže modifikovat nebo pořídit příslušné aplikované a kompenzační pomůcky,
3. dokáže přizpůsobit hry a aktivity,
4. dokáže analyzovat motorické dovednosti.

**Znalosti v oblasti:**

1. didaktických stylů ve vztahu k integraci,
2. analýzy motorických dovedností,
3. modifikace pohybových her a dalších pohybových aktivit (aktivity, prostředí, pravidla, pomůcky).

**Kompetence: modifikace chování (kázně) studentů tak, aby bylo zajištěno co nejvhodnější a bezpečné učení pro VŠECHNY studenty.**

**Dovednosti:**

1. dokáže popsat a pochopit příčiny problémů chování,
2. dokáže připravit a aplikovat plán modifikace chování žáků.

**Znalosti v oblasti:**

1. příčin a následků problémů chování,
2. příslušné strategie modifikace chování žáků.

**Kompetence: komunikace se studenty se speciálními vzdělávacími potřebami a ostatními, kteří jsou přímo nebo nepřímo zapojeni do učení integrované TV.**

**Dovednosti:**

1. dokáže komunikovat se studenty se speciálními vzdělávacími potřebami,
2. dokáže komunikovat s podpůrnými pracovníky a agenturami (specialisté v oblasti ATV či asistenti pedagoga),
3. je schopen týmové práce, používání odpovídajících komunikačních nástrojů s rodiči a ostatními relevantními stranami.

**Znalosti v oblasti:**

1. odpovídající komunikační strategie pro studenty se speciálními vzdělávacími potřebami,
2. specifík spolupráce a komunikace s podpůrným personálem,
3. týmové spolupráce,
4. potřeb rodičů žáků se SVP.

**Kompetence: evaluace pokroku žáků se SVP v integrované TV ve vztahu k jejich cílům.**

**Dovednosti:**

1. dokáže identifikovat speciální potřeby v TV,
2. dokáže používat odpovídající screeningové testy,
3. dokáže hodnotit připravenost žáků (vnímání sebe sama, motivace apod.) pro zapojení do TV.

**Znalosti v oblasti:**

1. rozličných metod evaluace,
2. odpovídajících screeningových testů,
3. odpovídajících podpůrných služeb (specialisté v oblasti ATV),
4. potřeb ve vztahu k tělesné výchově a žákům se SVP.

**Dovednosti:**

1. dokáže identifikovat speciální potřeby v TV,
2. dokáže používat odpovídající screeningové testy,
3. dokáže hodnotit připravenost žáků (vnímání sebe sama, motivace apod.) pro zapojení do TV.

**Znalosti v oblasti:**

1. rozličných metod evaluace,
2. odpovídajících screeningových testů,
3. odpovídajících podpůrných služeb (specialisté v oblasti ATV),
4. potřeb ve vztahu k tělesné výchově a žákům se SVP.

**Kompetence: hodnocení efektivity programu integrované TV.**

**Dovednosti:**

1. dokáže analyzovat integrovanou TV.

**Znalosti v oblasti:**

1. teorie a metod hodnocení programů.

**Kompetence: pokračující rozvoj vlastních profesních dovedností a znalostí.****Dovednosti:**

1. dokáže popsat vlastní potřeby pro profesní rozvoj v integrované TV,
2. dokáže popsat potřeby ostatních pro profesní rozvoj v integrované TV,
3. dokáže hodnotit osobní dopad na další profesní rozvoj.

**Znalosti v oblasti:**

1. odpovídajících příležitostí pro profesní rozvoj.

**Kompetence: prosazování práv a potřeb studentů se SVP.****Dovednosti:**

1. dokáže podporovat a prosazovat práva žáků se SVP,
2. zvládá adekvátní komunikaci a prezentaci,
3. zvládá práci v týmu a networking.

**Znalosti v oblasti:**

1. legislativy a odpovídající národní/mezinárodní politiky,
2. služeb pro osoby se zdravotním postižením, struktury APA a sportu osob s postižením,
3. výchovně-vzdělávacího systému.



## 6 Sport osob se zdravotním postižením

Osoby se zdravotním postižením sportovci? Ano! Ve 21. století se tento fakt stává stále více společensky vnímaným fenoménem. Sportovce vidáme v televizních spotech a pořadech, o jejich osudech se dozvídáme v článkách, v časopisech či na webových stránkách. Zkuste si však odpovědět na otázku, které sportovce s tělesným, zrakovým, sluchovým či mentálním postižením byste byli schopni sami pojmenovat. Přes stoupající popularitu těchto „jiných“ sportovců jsou stále (a to nejen v Česku) zdravotně postižení sportovci na okraji zájmu médií a veřejnosti. A přitom je zapojení do sportu důležité nejen ze zdravotního hlediska, ale také z pohledu rozvoje osobnosti, rozvoje sociálních vztahů a kvality života jako takové.

V současnosti existuje několik základních směrů sportovního zapojení osob se zdravotním postižením. Jedná se o pojetí: (a) paralympijské, (b) hnutí speciálních olympiád, (c) deaflympijské a nakonec také pojetí (d) integrované. V paralympijském sportu nacházejí uplatnění převážně sportovci s tělesným a zrakovým postižením. Jednou ze zakládajících organizací Mezinárodního paralympijského výboru byla také sportovní organizace osob s mentálním postižením (INAS-FID). Sportovci s mentálním postižením se paralympiád v současnosti účastní pouze okrajově ve vybraných sportech z důvodu komplikované klasifikace těchto sportovců. Světově velmi známé je hnutí speciálních olympiád (Special Olympics International), které se zaměřuje na rozvoj sportu, zdraví a kvality života osob s mentálním postižením. Osoby se sluchovým postižením se sportu věnují v rámci Mezinárodního deaflympijského výboru. V neposlední řadě mohou sportovci s některými typy postižení soutěžit spolu se sportovci bez zdravotního postižení (intaktními). Existuje celá řada dalších pojetí sportu osob se specifickými potřebami, ale těm se v rámci tohoto textu věnovat nebudeme.

## 6.1 Paralympijské pojetí sportu

Počátky paralympijského sportu můžeme sledovat již v roce 1948, kdy se uskutečnily první slavné Stoke-mandevillské hry sportovců vozíčkářů ve Velké Británii. Těchto her se zúčastnilo 16 sportovců výhradně z britských ostrovů (Kábele, 1992) a je s nimi spojeno jméno zakladatele a propagátora sportu osob na vozíku sira Ludwiga Guttmanna, neurologa, který ve Velké Británii vedl rehabilitační ústav ve Stoke Mandeville. Dr. Guttmann viděl obrovský potenciál sportu ve vztahu ke komplexní, specificky sociální rehabilitaci osob s transverzální míšní lézí. V rehabilitačním centru ve Stoke Mandeville se sport úspěšně rozvíjel, a tak se v roce 1952 mohly uskutečnit první mezinárodní hry vozíčkářů, kterých se účastnilo 130 sportovců na ortopedických vozících. Mezinárodní popularita sportu vozíčkářů stoupala, a tak byla v roce 1952 založena mezinárodní sportovní organizace vozíčkářů (International Stoke Mandeville Games Federation). Sir Guttmann měl sen rozvíjet sport pro osoby s postižením na všech úrovních a vytvořit systém soutěží, který by byl ekvivalentem olympijských her. Tento sen, organizovat hry ve stejném roce a stejném místě jako olympijské hry, se naplnil v roce 1960, kdy necelé dva měsíce po skončení olympiády v Římě proběhly mezinárodní hry (International Stoke Mandeville Games), které později dostaly název paralympiády. V roce 1964 je založena Mezinárodní sportovní organizace pro zdravotně postižené International Sport Organization for the Disabled (ISOD), která je zaměřena na rozvoj sportu osob s amputacemi a dalšími tělesnými postiženími. Díky iniciativě této organizace se sportovci s amputacemi poprvé objevují na Paralympijských hrách v Torontu v roce 1978. V roce 1978 vzniká sportovní organizace CP-ISRA (**Cerebral Palsy – International Sport and Recreation Association** – Mezinárodní asociace sportu a rekreace pro osoby s cerebrální parézou).

Tabulka 12 Letní paralympijské hry – přehled

Rok	Místo	Postižení	Počet zemí	Počet sportovců	Totožné místo s OH?	Výrazné události
1952	Stoke Mandeville, VBR	Poranění míchy	2	130	Ne	První mezinárodní hry pro sportovce s postižením.
1960	Řím, ITA	Poranění míchy	23	400	Ano	První hry pro sportovce s postižením organizovány ve stejném místě jako OH.
1964	Tokio, JAP	Poranění míchy	21	375	Ano	Přidán nový sport: vzpírání
1968	Tel Aviv, ISR	Poranění míchy	29	750	Ne	Přidán nový sport lan bowls.
1972	Heidelberg, GER	Poranění míchy	43	984	Ne	Zařazení závodů kvadruplegiků. Ukázkové sporty osob se zrakovým postižením.
1976	Toronto, CAN	Poranění míchy Amputace Zrak. postižení	38	1657	NE	Přidány nové sporty: volejbal (stojících), goalball a sportovní střelba. Poprvé se objevily speciální závodní vozíky.
1980	Arnhem, NED	Poranění míchy Amputace Zrak. postižení DMO	42	1973	Ne	Volejbal sedících přijat jako nová disciplína.
1984	Stoke Mandeville, GBR & New York, USA	Poranění míchy Amputace Zrak. postižení DMO	41 (GBR) 45 (USA)	1100 (GBR) 1800 (USA)	Ne	Přidány nové sporty: Fotbal pro 7 a boccia. Silniční cyklistika přidána jako nová disciplína. Závody na vozíku součástí LOH v LA.
1988	Soul, KOR	Poranění míchy Amputace Zrak. postižení DMO Les Autres	61	3013	Ano	Přidány nové sporty: judo a tenis na vozíku. Spolupráce mezi organizačními výbory LOH a LPH.
1992	Barcelona, ESP	Poranění míchy Amputace Zrak. postižení DMO Les Autres Ment. postižení	82	3021	Ano	Přelomová událost spojená s excelentní organizací her.

1996	Atlanta, USA	Poranění míchy Amputace Zrak. postižení DMO Les Autres Ment. postižení	103	3195	Ano	Přidán nový sport: jezdeckví. Dráhová cyklistika přidána jako nová disciplína.  48 sportovců z ČR (10 medailí: 2–7–1)
2000	Sydney, AUS	Poranění míchy Amputace Zrak. postižení DMO Les Autres Ment. postižení	122	3843	Ano	Přidány nové sporty: jachting a rugby na vozíku. Rekordní prodej vstupenek. 57 sportovců z ČR (43 medailí: 15–15–13)
2004	Atény, GRE	Poranění míchy Amputace Zrak. postižení DMO Les Autres	136	3806	Ano	Přidán nový sport: fotbal pro 5. Rekordní účast médií. 65 sportovců z ČR (31 medailí: 16–8–7)
2008	Peking, CHN	Poranění míchy Amputace Zrak. postižení DMO Les Autres	150	4000	Ano	Přidán nový sport: veslování.
2012	Londýn, GBR	Poranění míchy Amputace Zrak. postižení DMO Les Autres Ment. postižení	150	4200	Ano	Sportovci s mentálním postižením se po 12 letech vrací na LPH. Budou soutěžit v atletice, plavání a stolním tenise.

Zimní sport osob s postižením se po II. světové válce rozvíjel pomaleji než letní sporty. V roce 1984 se uskutečnil první lyžařský kurz trojstopého lyžování pro osoby s amputacemi dolních končetin. V roce 1970 se konaly první mezinárodní závody v lyžování postižených a v roce 1974 bylo ve Francii (Grand Bornand) zorganizováno první MS v klasickém i sjezdovém lyžování. První zimní paralympijské hry se konaly v roce 1976 ve švédském městě Örnsköldsvik. Závodili zde lyžaři s amputacemi a zrakovým postižením v klasickém i sjezdovém lyžování a v rychlobruslení na speciálních saních. Po úspěšných prvních hrách byly v roce 1980 zorganizovány II. zimní paralympijské hry v norském městě Geilo. Těchto her se účastnili také vozíčkáři



a jako demonstrace zde bylo uvedeno právě lyžování na speciálních saních (předchůdce monolyži).

**Tabulka 13** Zimní paralympijské hry – přehled

Rok	Místo	Postižení	Počet zemí	Počet sportovců	Totožné místo s OH?	Výrazné události
1976	Örnsköldsvik, SWE	Amputace Zrak. postižení	17	250 +	Ne	Ukázkový sport: rychlobruslení na saních.
1980	Geilo, NOR	Poranění míchy Amputace Zrak. postižení DMO Les Autres	18	350	Ne	Ukázkový sport: sjezd na saních.
1984	Innsbruck, AUT	Poranění míchy Amputace Zrak. postižení DMO Les Autres	21	457	Ne	Ukázkový sport při OH v Sarajevu: obří slalom.
1988	Innsbruck, AUT	Poranění míchy Amputace Zrak. postižení DMO Les Autres	22	397	Ne	Zařazení disciplín na sit-ski ve sjezdovém i klasickém lyžování.
1992	Tignes-Albertville, FRA	Poranění míchy Amputace Zrak. postižení DMO Les Autres	24	475	Ano	Zařazení nové disciplíny biatlon. Ukázkově zařazeny také soutěže ve sjezdovém i klasickém lyžování osob s ment. postižením.
1994	Lillehammer, NOR	Poranění míchy Amputace Zrak. postižení DMO Les Autres	31	492	Ano	Přidán nový sport: sledge hokej.  10 sportovců z ČR (1 medaile: 0-0-1)
1998	Nagano, JAP	Poranění míchy Amputace Zrak. postižení DMO Les Autres Ment. postižení	32	571	Ano	Zvýšený zájem diváků a médií.  6 sportovců z ČR (7 medailí: 3-3-1)

2002	Salt Lake, USA	Poranění míchy Amputace Zrak. postižení DMO Les Autres	36	416	Ano	Rekordní počet prodaných lístků předčil očekávání.  6 sportovců z ČR (5 medailí: 2-1-2)
2006	Torino, ITA	Poranění míchy Amputace Zrak. postižení DMO Les Autres	39	474	Ano	Přidán nový sport: curling na vozíku.  5 sportovců z ČR (1 medaile: 0-1-0)
2010	Vancouver, CAN	Poranění míchy Amputace Zrak. postižení DMO Les Autres	45	650	Ano	Rozšíření počtu týmů v soutěžích curlingu o dva.  18 sportovců z ČR (1 medaile: 0-0-1) Poprvé účast sledge hokejového týmu ČR
2014	Sochi, RU	Poranění míchy Amputace Zrak. postižení DMO Les Autres Ment. postižení				

## **LETNÍ PARALYMPIJSKÉ SPORTY**

### **ATLETIKA**

Rychlost sprintéra, síla vrhače, odraz skokana a vytrvalost dálkaře jsou lákadly tisíců diváků královny sportů – atletiky. Atletické soutěže na paralympijských hrách vždy přilákají do ochozů nejvíce diváků, kteří mohou sledovat velké množství soutěží v mnohých disciplínách. Atletika je součástí letních paralympijských her (LPH) od roku 1960 a v současnosti v ní soutěží muži a ženy různých kategorií postižení. Technický rozvoj a odhodlání sportovců pomáhají dosahovat dříve nemyslitelných výkonů. Někteří sportovci soutěží na vozících, jiní s protézami a sportovci se zrakovým postižením s vidícím vodičem (asistentem). Sportovci soutěží ve třídách rozdělených v disciplínách na základě funkční klasifikace, která se průběžně upravuje, tak aby umožnila co největší zapojení sportovců. V atletice jsou následující disciplíny:

- Dráhové disciplíny: sprint (100 m, 200 m, 400 m), střední tratě (800 m, 1500 m), vytrvalostní tratě (5000 m, 10 000 m, maratón) a štafetové závody (4 × 100 m, 4 × 400 m).
- Skokanské disciplíny: skok vysoký, skok daleký a trojskok.
- Vrhácké disciplíny: hod diskem, hod oštěpem (kuželkou), vrh koulí.
- Pětiboj: kombinace disciplín na trati a v poli na základě klasifikace sportovců.

V roce 2006 byla atletika provozována ve 107 zemích pod záštitou IPC skrze technický výbor atletiky (IPC Athletics Technical Committee).



Obr. 10 Paralympijská atletika (IPC, 2004)

## **BASKETBAL NA VOZÍKU**

Basketbal na vozíku vznikl po druhé světové válce v rehabilitačním ústavu ve Stoke Mandeville pod vedením MUDr. Ludwiga Gutmanna, který jej využíval k rehabilitaci válečných veteránů. Sport se rychle rozvíjel a stal se součástí prvních Paralympijských her v roce 1960 v Římě. Basketbal, který je jedním z nejpobulárnějších paralympijských sportů, je určen osobám s tělesným postižením, které nemohou běhat, skákat či pilotovat. Basketbal na vozíku hrají muži i ženy. Tým je sestaven z pěti hráčů, kteří mají přiděleny body (od 0,5 do 4,5) na základě jejich funkčního potenciálu (míry postižení). Počet hráčských bodů na hřišti nesmí překročit 14,5 bodu. Cílem hry je vstřelit protihráčům co nejvíce košů a zabránit jim v získání míče a vstřelení košů. Rozměry hřiště a košů jsou stejné jako u tradičního basketbalu. Basketbal na vozíku je řízen Mezinárodní federací basketbalu na vozíku (International Wheelchair Basketball Federation – IWBF).

## **BOCCIA**



**Obr. 11** Boccia (IPC, 2004)

Boccia je testem svalové kontroly a přesnosti, vyžadujícím velkou míru soustředění. Cílem tohoto sportu je umístit vlastní míčky co nejlíže vymezenému cílovému míčku, který se nazývá „jack“. V současnosti je boccia provozována ve 42 zemích. Boccia je určena spastikům či vozíčkářům s obdobným neurologickým postižením. Boccia byla původně vyvinuta pro rekreační účely a jako sport byla představena na Paralympijských hrách v New Yorku v roce 1984. Muži a ženy soutěží společně o cenné kovy v sedmi soutě-

žích (individuálních, párových a týmových). Jednotlivci a páry hrají na 4 sety a týmové soutěže na 6 setů. Rozměry hracího pole jsou 12,5 m × 6 m, povrch musí být rovný a hladký, jako například dlážděná nebo dřevěná či umělá podlaha v tělocvičně. Boccia je řízena mezinárodním výborem pro boccii (International Boccia Commission), který je součástí mezinárodní organizace CP-ISRA (Cerebrál Palsy International Sports and Recreation Association).

## CYKLISTIKA

Rychlost a vzrušení cyklistických disciplín je pro sportovce s postižením relativně novou zkušeností. Cyklistiku začali jako první provozovat nevidomí sportovci na tandemech, kteří se poprvé účastnili Paralympijských her v Soulu v roce 1988. V současnosti je cyklistika provozována ve více než 40 zemích. V současnosti se cyklistice věnují mimo nevidomých také sportovci s DMO, amputacemi či jinými tělesnými postiženími, v kategoriích dle funkční klasifikace. Podle funkčních možností sportovci používají kola, speciální tříkolky, tandemy nebo handbiky. Soutěže probíhají v kategoriích mužů a žen, na dráhách a silnicích, v jednotlivcích i týmech, ve sprintu, stíhacím závodě a časovkách. Paralympijská cyklistika není speciálním sportem a technická pravidla Mezinárodní cyklistické unie (UCI) jsou aplikována na všech oficiálních soutěžích. Specifická pravidla IPC se věnují odlišnostem cyklistiky osob s postižením. Cyklistika postižených je od roku 2006 řízena Mezinárodní cyklistikou uníí (UCI).



**Obr. 12** Český cyklista Jiří Ježek (IPC, 2004)

## **FOTBAL PRO 5 (ZRAKOVĚ POSTIŽENÝCH)**

Každý, kdo někdy zkoušel hrát fotbal, vám potvrdí, že hrát fotbal není tak jednoduché, jak se jeví v televizi. Přidejte k tomu fakt, že hráči nevidí míč, spoluhráče, soupeře ani bránu a máte velmi zajímavý sport. Fotbal pro 5 je určen hráčům se zrakovým postižením a jednomu vidícímu hráči, který hraje jako brankář. Padesátiminutovou hru (2 × 25 minut) hrají dva týmy o pěti hráčích. Pravidla vycházejí z tradičního fotbalu (FIFA). Hraje se ozvučeným míčem a vidící brankář může hráčům pomáhat s orientací v prostoru. Hřiště je menší než ve fotbalu a ve hře se nepoužívá pravidlo ofsidu. Fotbal pro 5 je řízen sportovně-technickou komisí fotbalu, která je zřízena při Mezinárodní sportovní federaci zrakově postižených (International Blind Sport Association – IBSA). První oficiální soutěže ve fotbalu pro 5 byly organizovány ve Španělsku v roce 1986 a od té doby se tento sport těší rozmachu po celém světě. Na program LPH byl program pro 5 poprvé zařazen v Aténách v roce 2004.



**Obr. 13** Fotbalisté se zrakovým postižením (IPC, 2004)

## **FOTBAL PRO 7 (SPASTIKŮ)**

Fotbal je jedním z nejoblíbenějších a nejzajímavějších sportů na světě. Fotbal pro 7 je určen hráčům s centrálními poruchami hybnosti (CP/ DMO),

kteří hrají dva 30minutové poločasy na hřišti, které je menší než u tradičního fotbalu. Ve hře se nepoužívá pravidlo ofsidu a postranní vhazování může být pouze jednou rukou. Spolu hrají hráči s různou mírou postižení, kteří mají přiděleny body na základě jejich funkčního potenciálu (míry postižení). Fotbal pro 7 je řízen mezinárodní organizací CP-ISRA (Cerebrál Palsy International Sports and Recreation Association). Na program LPH se tento sport dostal v roce 1984 v New Yorku a v současnosti je provozován v pěti světových regionech a počet zapojených zemí neustále narůstá.

### GOALBAL

Goalball je sport speciálně vyvinutý pro sportovce se zrakovým postižením (ZP). Jeho počátky spadají do roku 1946, kdy byl zařazen jako součást rehabilitace nevidomých válečných veteránů. Na program LPH byl zařazen v roce 1976 v Torontu. Goalball je většinou organizován mimo hlavní paraolympijské sportoviště, z důvodu charakteru hry. Hraje se na dva 10minutové poločasy s ozvučeným míčem (s rolničkami uprostřed) a v průběhu hry je tedy vyžadováno naprosté ticho. Cílem hry je vstřelit soupeři gól a zabránit mu ve skórování s využitím blokování tělem. Hra je určena mužům i ženám a v průběhu hry musejí hráči nosit klapky na oči, tak aby společně mohli soutěžit sportovci s různou mírou ZP. Goalball je řízen Mezinárodní sportovní federací zrakově postižených (International Blind Sport Association – IBSA).



**Obr. 14** Goalbal (IPC, 2004)

### **JACHTING**

Jachting byl poprvé zařazen na program LPH jako ukázkový sport v roce 1996 v Atlantě. Jako oficiální paralympijský sport byl jachting zařazen v Sydney 2000. Jachting je určen sportovcům s poškozením míchy, amputacemi, DMO a Les Autres. Klasifikační systém v jachtingu je založen na čtyřech klíčových schopnostech: rovnováha, funkce ruky, mobilita a zraková kontrola. Soutěže probíhají ve třech lodních třídách: jednomístné a trojmístné plachetnice jsou otevřeny téměř všem skupinám postižení a dvojmístné plachetnice jsou určeny sportovcům se závažným postižením. Jachting je v současnosti provozován v 50 zemích, z nichž na LPH startovalo 28 zemí. Jachting je řízen Mezinárodní nadací jachtingu pro postižené (International Foundation for Disabled Sailing), kterou jako autoritu uznává Mezinárodní federace jachtingu (International Sailing Federation).

### **JEZDECTVÍ**

Ačkoliv jízda na koni byla osobami s postižením využívána v rámci rehabilitace (hipoterapie) i rekreace po dlouhou dobu, na program paralympijských her se dostala až v Atlantě v roce 1996. Jezdectví je sport, kde spolu soutěží osoby s různým tělesným a zrakovým postižením. Disciplíny jsou pořádány ve skupinách dle funkčního potenciálu (míry postižení). Jezdci soutěží ve dvou disciplínách paradrezury: předepsaná jízda a volná jízda s hudbou. Soutěže probíhají také v týmech třech či čtyřech jezdců. Rozhodčí hodnotí zvládnutí jezdeckých dovedností v předepsaných jízdách v kroku, klusu či cvalu. Jezdci mohou používat dovolené kompenzační pomůcky (jezdecký bičík, speciální uzdy apod.). Od roku 2006 je jezdectví řízeno Mezinárodní jezdeckou federací (International Equestrian Federation – FEI).

### **JUDO**

Judo bylo nejprve používáno osobami se zrakovým postižením k rozvoji prostorové orientace, sebevědomí, sebedůvěry a nezávislosti, ale postupem času se rozvinulo na soutěžní úroveň. Na program LPH bylo poprvé zařazeno v roce 1988 v Soulu. Ženy se poprvé účastnily soutěží v judu při LPH v Aténách v roce 2004. Cílem v judu je překonat a imobilizovat protivníka. Sportovci se zrakovým postižením soutěží v několika váhových kategoriích.



Zápas trvá pět minut a vítězem je ten, kdo získal ippon nebo vyšší počet bodů. Judo je řízeno Mezinárodní sportovní federací zrakově postižených (International Blind Sport Association – IBSA). Soutěžní pravidla vycházejí z tradičního juda a mají pouze několik drobných modifikací, které umožňují vlastní kontakt judistů před zápasem a po zápase.

### LUKOSTŘELBA

Sportovci s tělesným postižením se lukostřelbě začali věnovat již před 50 lety. Na začátku měla lukostřelba, stejně jako další sporty, spíše rehabilitační a rekreační charakter. První soutěže v lukostřelbě se konaly v rehabilitačním ústavu ve Stoke Mandeville v roce 1948 a od té doby tento sport zažil rapidní rozvoj. Technologický vývoj luků, změny v pravidlech a zájem sportovců stále zvyšují jeho atraktivitu. V roce 2006 byla lukostřelba provozována ve 37 zemích a tento počet neustále roste. Lukostřelba, která je testem přesnosti, síly a koncentrace, byla součástí již prvních Paralympijských her v roce 1960 v Římě. V tomto sportu soutěží sportovci s tělesným postižením (míšní léze, DMO, amputace, les autres) ve třech skupinách dle funkční klasifikace. Soutěže zahrnují jednotlivce a týmy na vozíku i ve stoje. Soutěžící střílejí na terč s deseti soustřednými kruhy ze stanovené vzdálenosti. Lukostřelba je řízena sportovně-technickým výborem IPC (IPC Archery Technical Committee). Soutěže probíhají dle mírně upravených pravidel mezinárodní federace lukostřelby (FITA).

### PLAVÁNÍ

Plavání je jedním z nejdůležitějších paralympijských sportů, zařazených do programu LPH od samého počátku (Řím 1960). Obdobně jako při olympijských hrách plavci soutěží ve volném stylu, prsou, motýlku, znaku a polohovém závodě. Plavci jsou do soutěží rozděleni na základě funkční klasifikace. Plavání je řízeno sportovně-technickým výborem IPC (IPC Swimming Technical Committee). Soutěže probíhají dle mírně upravených pravidel mezinárodní plavecké federace (International Swimming Federation – FINA); možnost startu bez využití startovacích bloků či využití dotekové signalizace pro plavce se zrakovým postižením (protetické ani ortopedické pomůcky nejsou povoleny).

## **RUGBY NA VOZÍKU**

Rugby na vozíku vzniklo v 70. letech v Kanadě pro rozšíření sportovních příležitostí kvadruplegiků. Rugby bylo ukázkovým sportem na Paralympijských hrách v roce 1996 v Atlantě a jako oficiální sport bylo zařazeno na program LPH v roce 2000 v Sydney. V roce 2006 bylo rugby provozováno ve 22 zemích. Rugby je intenzivní kontaktní sport pro muže i ženy s kvadruplegií. Rugby se hraje na hřišti s rozměry hřiště na basketbal. Cílem hry je překonat s míčem brankovou čáru protihráčů a přechod přes hřiště se mnohdy neobejde bez kolizí. Na paralympijských soutěžích hrají spolu hráči s různou mírou postižení, kteří mají přiděleny body na základě jejich funkčního potenciálu (míry postižení). Hraje se na čtvrtiny, které trvají 8 minut. Rugby na vozíku je řízeno Mezinárodní federací rugby na vozíku (International Wheelchair Rugby Federation – IWRF), která je součástí Mezinárodní sportovní federace vozíčkářů a amputařů (International Wheelchair and Amputee Sports Federation – IWAS).



**Obr. 15** Rugby na vozíku (IPC, 2004)

## **SPORTOVNÍ STŘELBA**

Sportovní střelba je na programu LPH od Toronta 1976. V roce 2006 byla sportovní střelba provozována v 51 zemích. Sportovní střelba je testem přesnosti a kontroly. Střílí se série ran na statické terče z pušek a pistolí. Soutěží se účastní muži i ženy ve dvou kategoriích dle míry postižení (SH1 a SH2). Do terčů vzdálených 10, 25 a 50 metrů se střílí ze vzduchových a malorážkových zbraní v rámci soutěží jednotlivců i týmů. Střelba je řízena sportov-

ně-technickým výborem IPC (IPC Shooting Technical Committee). Soutěže probíhají dle mírně upravených pravidel Mezinárodní federace sportovní střelby (International Shooting Sport Federation – ISSF).

### STOLNÍ TENIS

Stolní tenis patří k nejstarším paralympijským sportům (poprvé zařazen na program LPH v Římě 1960). Soutěží se účastní sportovci s poškozením míchy, amputacemi, DMO a Les Autres. Soutěže probíhají v jednotlivcích, párech a družstvech. Zápas sestává z pěti setů po 11 bodech. Vítězem je ten, kdo vyhraje tři z pěti setů. Stolní tenis je řízen sportovně-technickým výborem IPC (IPC Table Tennis Technical Committee). Soutěže probíhají dle mírně upravených pravidel Mezinárodní federace stolního tenisu (International Table Tennis Federation – ITTF).

### ŠERM NA VOZÍKU

MUDr. Ludwig Guttmann představil šerm vozíčkářů ve Stoke Mandeville v roce 1953. Šerm byl součástí prvních Paralympijských her v roce 1960 v Římě. Diváky na první pohled upoutá fakt, že šermíři soutěží na vozících, které jsou připevněny k podlaze. Tento fakt však neomezuje pohyb jejich trupu a sport má tak srovnatelnou rychlost a dynamiku se šermem osob bez postižení. Soutěže mužů a žen s amputacemi, poškozením míchy i DMO probíhají u jednotlivců i týmů (3 šermíři) v následujících disciplínách: flet, kord (muži a ženy) a šavle (muži). Šerm na vozíku je řízen Mezinárodní sportovní federací vozíčkářů a amputářů (International Wheelchair and Amputee Sports Federation – IWAS).

### TENIS NA VOZÍKU

Tenis na vozíku vznikl v 70. letech v USA a v současnosti stále roste jeho obliba na celém světě. Tenis se na programu paralympijských her poprvé objevil v roce 1992 v Barceloně. Tenis na vozíku se hraje dle pravidel tradičního tenisu a úroveň dovedností, zdatnosti i strategie v tenisu na vozíku je srovnatelná s tenisem osob bez postižení. V tenise neexistuje klasifikační systém, ale existuje samostatná skupina pro hráče s kvadruplegií. Hrají se singly (pro

dva hráče) a dubly (pro čtyři hráče) a vítězem se stává hráč, který vyhraje dva sety. Tenis na vozíku je řízen Mezinárodní asociací tenisu na vozíku (International Wheelchair Tennis Association – IWTA).

### **VESLOVÁNÍ**

Veslování je nejmladším paralympijským sportem. Mezi paralympijské sporty bylo zařazeno v roce 2005 a první soutěže budou probíhat v rámci LPH v Pekingu v roce 2008. Aplikované veslování je určeno sportovcům s tělesným postižením, kteří splňují podmínku minimálního postižení. Veslování je specifické využitím sportovních kompenzačních pomůcek (úprav), které umožňují zapojení veslařů s různou mírou postižení. Soutěže mužů a žen probíhají v současnosti ve čtyřech lodních třídách, které jsou součástí programu MS ve veslování (LTA4+, TA2×, AW1× a AM1×). Třídy LTA4+, TA2× jsou určeny společným posádkám mužů a žen. Závody probíhají většinou na vzdálenost 1000 m. Veslování je řízeno Mezinárodní veslařskou federací (International Rowing Federation – FISA).

### **VOLEJBAL (V SEDĚ)**

Volejbal sedících byl poprvé zařazen do programu LPH v Arnhemu 1980. Cílem hry je přehrávat míč přes síť tak, aby dopadl na soupeřovu polovinu hřiště. Soutěže probíhají v kategoriích mužů a žen (6 hráčů v týmu), kteří splní podmínku minimálního postižení. Hraje se na menším hřišti a podmínkou je, aby pánev hráčů byla po celou dobu v dotyku s podlahou. Protože se hraje na menším hřišti s nižší sítí, je hra výrazně rychlejší než u tradičního volejbalu. Hra sestává z pěti setů do 25 bodů. Vítězem se stává tým, který nejdříve vyhraje tři sety. Volejbal je řízen Mezinárodní organizací volejbalu postižených (World Organisation for Volleyball for the Disabled – WOVD).

### **VZPÍRÁNÍ**

Vzpírání bylo na program LPH poprvé zařazeno pro sportovce s poškozením míchy v roce 1964 v Tokiu. V současnosti je vzpírání otevřeno sportovcům s poškozením míchy, amputacemi dolních končetin, DMO a Les Autres splňujícím podmínku minimálního postižení. Vzpírání žen bylo na program

LPH poprvé zařazeno v Sydney v roce 2000. Vzpěrači musejí v lehu na zádech spustit činku na prsa, stabilizovat ji a poté vzepřít do propnutých loktů. Soutěže probíhají v bench pressu v deseti různých váhových kategoriích. Vzpěrači mají na každé váze činky povolené tři pokusy.

## ZIMNÍ PARALYMPIJSKÉ SPORTY

### BĚŽECKÉ LYŽOVÁNÍ

Běžecké lyžování bylo zařazeno již na program prvních Zimních paralympijských her (ZPH) v roce 1976 ve švédském Örnskoldsviku. Paralympijské soutěže jsou určeny mužům i ženám s tělesným postižením (poškození míchy, DMO, amputace a Les Autres) a zrakovým postižením. Sportovci soutěží s přihlédnutím k jejich funkčnímu potenciálu (míře postižení) tak, aby jejich příležitosti byly srovnatelné. Běžecké lyžování je řízeno Mezinárodním paralympijským výborem (sportovně-technickou komisí pro běžecké lyžování) a řídí se pravidly (s mírnými modifikacemi) Mezinárodní lyžařské federace (International Ski Federation – FIS).



**Obr. 16** Běžecké lyžování na sit-ski (IPC, 2004)

### **BIATLON**

Biatlon byl na program zimních paralympijských her (ZPH) zařazen v roce 1994 v Lillehammeru. Biatlon je určen osobám s tělesným i zrakovým postižením. Závodů sestávají ze tří 2,5 km dlouhých úseků běžeckého lyžování. V průběhu závodu hráči střílejí na 10 m vzdálené terče. Za každou střelu mimo terč je hráč penalizován časovým zatížením. Pro úspěch v biatlonu je nejdůležitější co nejlépe zvládnout techniku jízdy na lyžích a střelbu z pušky. Sportovci se zrakovým postižením střílejí s pomocí speciálního akustického naváděcího systému. Biatlon je řízen sportovně-technickým výborem IPC (IPC Nordic Skiing Technical Committee). Soutěže probíhají dle mírně upravených pravidel Mezinárodní federace biatlonu (International Biathlon Union – IBU).

### **CURLING VOZÍČKÁŘŮ**

Curling vyžaduje zvládnutí strategie a velkou míru dovedností. Curling vozíčkářů je poměrně mladým sportem. První mistrovství světa bylo pořádáno v roce 2000 ve Švýcarsku (Crans-Montana) a na pořad zimních paralympijských her byl zařazen v roce 2006 v Turíně. Sport se hraje v koedukovaných týmech a je určen osobám s tělesným postižením (př. poškození míchy, DMO, spina bifida, amputace obou dolních končetin). Tento sport se hraje dle modifikovaných pravidel curlingu (World Curling Federation – WCF).

### **SJEZDOVÉ LYŽOVÁNÍ**

Sjezdové lyžování (slalom a obří slalom) bylo zařazeno již na program prvních Zimních paralympijských her (ZPH) v roce 1976 ve švédském Örnskoldsviku. Soutěže probíhají u osob s tělesným a zrakovým postižením ve všech čtyřech disciplínách. Sjezdaři musejí zvládnout trať s přesností a rychlostí srovnatelnou s lyžaři bez postižení, kdy dosahují rychlosti vyšší než 100 km/h. Soutěže probíhají, obdobně jako na olympijských hrách, ve čtyřech disciplínách: sjezd, super-G, obří slalom, slalom. Paralympijské soutěže jsou určeny mužům i ženám s tělesným postižením (poškození míchy, DMO, amputace a Les Autres) a zrakovým postižením. Sportovci soutěží s přihlédnutím k jejich funkčnímu potenciálu (míře postižení) tak, aby jejich příležitosti byly srovnatelné. Sjezdové lyžování je řízeno Mezinárodním paralympijským výborem (sportovně-technickou komisí pro sjezdové

lyžování) a řídí se pravidly (s mírnými modifikacemi) Mezinárodní lyžařské federace (International Ski Federation – FIS). Lyžaři se zrakovým postižením jsou naváděni pomocí zvukových signálů vidícími průvodci. Lyžaři s tělesným postižením využívají kompenzačně-sportovní pomůcky jako například: stabilizátory, sit-ski (monoski) či jiné ortopedické pomůcky.



**Obr. 17** Sjezdové lyžování (IPC, 2004)

### SLEDGE HOKEJ

Sledge hokej je paralympijskou verzí ledního hokeje. Od svého uvedení na program ZPH v Lillehammeru v roce 1994 se sledge hokej stal největší atrakcí zimních paralympijských her. Sledge hokej je rychlým a tvrdým kolektivním sportem, určeným hráčům s tělesným postižením. Sledge hokej je řízen Mezinárodním paralympijským výborem (sportovně-technickou komisí pro lední hokej) a řídí se mírně modifikovanými pravidly ledního hokeje (International Ice Hockey Federation – IIHF). Hráči bruslí na speciálních saních (sledge), které mají na spodní straně připevněny dva paralelní nože, odrážejí se holemi, které mají na jednom konci bodce a na druhém čepel.

**Tabulka 14** Celkový přehled paralympijských sportů

Letní paralympijské sporty (rok zařazení)		Zimní paralympijské sporty
Lukostřelba (1960)	Sportovní střelba (1976)	Sjezdové lyžování (1976)
Atletika (1960)	Plavání (1960)	Běžecské lyžování (1976)
Boccia (1984)	Stolní tenis (1960)	Biatlon (1988)
Cyklistika (1984)	Volejbal (1976)	Sledge hokej (1994)
Jezdectví (1996)	Basketbal na vozíku (1960)	Curling (2006)
Fotbal CP (1984)	Šerm na vozíku (1960)	Snowboarding (2014)
Triatlon (2016)	Rugby na vozíku (2000)	
Vzpírání (1964)	Tenis na vozíku (1992)	
Veslování (2008)	Jachting (2000)	

Více informací k paralympijským sportům naleznete na webových stránkách

[www.paralympic.org](http://www.paralympic.org).



**Obr. 18** Reklamní kampaň na účast českých sledge hokejistů na paralympiádě v Soči 2014



## KOMPENZAČNÍ POMŮCKY PRO SPORT OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Sportovci s postižením potřebují tradiční sportovní náčiní (basketbalový či fotbalový míč) a většinou při sportu využívají také speciálních kompenzačních pomůcek. Tyto pomůcky prošly v poslední době dynamickým rozvojem a jejich používání pomáhá sportovcům s postižením překonávat jejich funkční limity, dané zdravotním postižením. Tyto speciální pomůcky (modifikace) můžeme rozdělit na několik skupin: (a) osobní, (b) specifické pomůcky pro danou aktivitu a (c) environmentální modifikace. Níže uvádíme několik příkladů pomůcek a modifikací.

	Osobní	Aktivita/ zapojení	Environmentální
Atletika	Protéza Ortopedický vozík	Vodič Vodičí lanko	
Cyklistika	Protéza	Trojcolo/handbike Tandem	
Fotbal pro 5		Klapky na oči	Menší hřiště
Goalbal		Klapky na oči Ozvučený míč	Taktilní označení hřiště
Sport. střelba	Ortopedický vozík	Speciální stolek	Fixace vozíku k podlaze
Šerm na vozíku	Ortopedický vozík		
Sjezd. lyžování	Monoski/biski Stabilizátory	Vodič	

## SPORTOVNĚ-KOMPENZAČNÍ POMŮCKY PRO AMPUTÁŘE

Existuje široká škála protéz, které se vytvářejí přímo na míru klientům a jsou konstruovány se snahou umožnit svým uživatelům plnohodnotný život. U dolních končetin můžeme rozlišovat protézy podkolenní a nadkolenní. Současné protézy pracují na systému aktivních kloubů (např. FLEX-FOOT), které poskytují potřebnou oporu, ale fungují i dynamicky, a mohou tak nahrazovat práci kotníku či kolena. Takovéto protézy můžeme vidět například u atletů či cyklistů. Ne všichni sportovci však k soutěžení používají protézy. Například skokani do výšky či cyklisté s vysokými nadkoleními amputacemi sportují bez protéz. Někteří sportovci s amputacemi mohou také soutěžit ve „sportech v sedě“ (volejbal v sedě), s použitím vozíků (basketbal na vozíku), speciálních saní (sledge hokej) nebo sedačky s lyžemi (monoski

u osob s oboustrannou nadkolenní amputací). Na tomto místě si tedy popíšeme základní složení a funkci protéz dolních končetin a popíšeme také speciální běžecké protézy „Cheetah“ (Gepard) firmy Össur.

Protéza je náhrada končetiny, která se skládá z několika částí. První část tvoří návlek, který si narolujete na pahýl. Moderní návleky jsou vyrobeny například ze silikonu, který je měkký a elastický a slouží jako mezivrstva mezi tvrdým nosným lůžkem protézy a kůží na pahýlu. Návlek chrání amputační pahýl a slouží také k připevnění protézy. Silikonový návlek se naroluje na pahýl a vsune do nosného lůžka protézy. Lůžko protézy je individuálně vytvořeno podle pahýlu. Lůžko může být vyrobeno z různých materiálů. U transtibiálních (bércových) protéz je protetické chodidlo připojeno k lůžku přímo nebo pomocí trubky (na základě délky pahýlu). K nosnému lůžku transfemorální (stehenní) protézy je připojen kolenní kloub. Pod ním je trubka (duralová nebo kompozitová), ke které je připojeno protetické chodidlo.

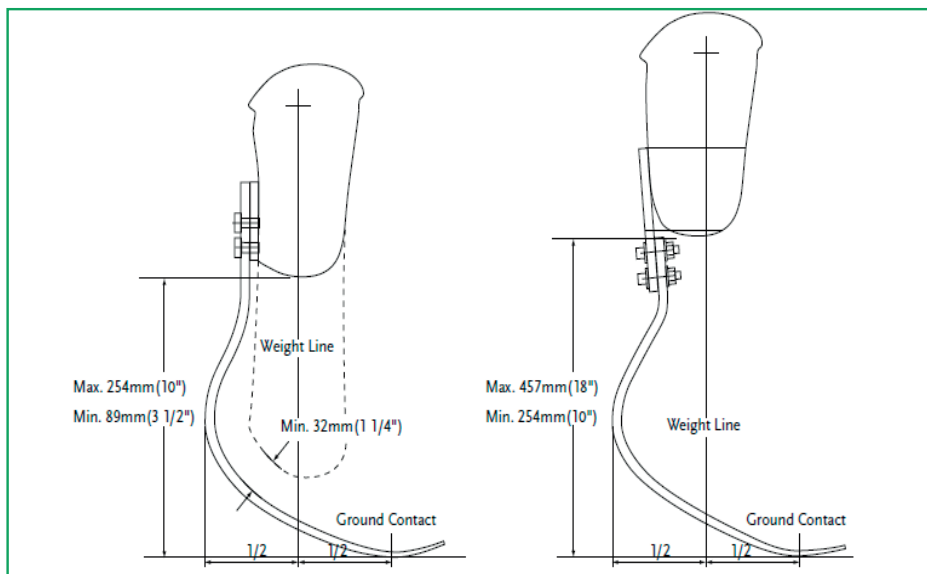


**Obr. 19** Sportovci využívající protézy f. Össur ([www.ossur.cz](http://www.ossur.cz))

Sarah Reinertsen, která získala jako první žena s amputací titul „Ironman“, využívá protetické chodilo Flex-run. Oscar Pistorius závodí s protetickým chodidlem Cheetah, které je ve tvaru písmene „j“ a jeho design byl inspirován zadní nohou geparda ([www.ossur.cz](http://www.ossur.cz)).

### SPORTOVNĚ-KOMPENZAČNÍ POMŮCKY PRO VOZÍČKÁŘE

Ortopedický vozík (*pozn. termín ortopedický vozík preferujeme před termínem vozík invalidní*) je kompenzační pomůcka, která usnadňuje život osobám s různými druhy postižení. Vozík umožňuje těmto osobám pohyb v prostředí bez architektonických bariér, ale nejen to. Vozík může být také dokonalou sportovní pomůckou, která umožní odehrát basketbalový turnaj, vyhrát maratón nebo ovládnout taneční parket. Vozík však může také sloužit k přemístění do odhodového sektoru či na plavecký stadión. Rozlišujeme vozíky elektrické a mechanické. Uživatelé elektrických vozíků jsou především osoby s těžším postižením (kvadruplegie, progresivní svalové onemocnění ap.). Mechanické vozíky můžeme rozdělit na pasivní, každodenní aktivní, sportovní a vozíky pro jízdy (tzv. formulky). Pasivní modely slouží k přepravě s pomocí jiných osob. Jejich uživatel je de facto odkázaný na pomoc okolí.



**Obr. 20** Dva způsoby připojení protetického chodidla Cheetah ([www.ossur.cz](http://www.ossur.cz))

Aktivní modely jsou konstruovány tak, aby jejich majitelům umožnily zapojit se do společnosti. Jsou charakteristické svou nízkou hmotností (kolem 13–15 kg), lehkou ovladatelností, atraktivním vzhledem a možností jejich složení (rozložení) pro přepravu autem. Sportovní vozíky jsou konstruovány tak, aby vyhovovaly jednotlivým sportům. Většinou se jedná o lehké, dobře ovladatelné (na úkor stability) a velmi drahé vozíky. Na jejich konstrukci se podílejí samotní sportovci. Jsou vyráběny z ultralehkých materiálů při využití biomechanických zákonů. Jak tedy vypadá moderní sportovní vozík? Je velmi lehký (hmotnosti sportovních vozíků mezi 8–17 kg), pevné konstrukce a specializovaný. Firma Sivak ([www.sivak.cz](http://www.sivak.cz)) nabízí vozíky TOP END pro tenis, quad rugby a ostatní sporty. Mimoto tato firma nabízí speciální tříkolky, adaptéry na vozíky, monolyže a vodní lyže. Další firmou, která nabízí kompletní řadu sportovně-kompenzačních pomůcek je firma Otto Bock ([www.ottobock.cz](http://www.ottobock.cz)), která v ČR distribuuje sportovní pomůcky WOLTURNS. Zastoupení firmy Sunrise Medical, která v ČR distribuuje sportovní pomůcky QUICKIE, má firma Medicco ([www.medicco.cz](http://www.medicco.cz)). Každým rokem se nadnárodní firmy snaží přicházet s inovacemi, které zlepšují funkční vlastnosti sportovně-kompenzačních pomůcek. Snižuje se jejich váha, zlepšuje ovladatelnost, zvyšuje odolnost a bohužel také cena, která je hlavní bariérou pro aktivnější zapojení vozíčkářů do sportovních aktivit.



**Obr. 21** Nabídka sportovních vozíků WOLTURNS ([www.ottobock.cz](http://www.ottobock.cz))

## 6.2 Mezinárodní hnutí speciálních olympiád

Hnutí speciálních olympiád (SOI) vzniklo z popudu Eunice Kennedy-Shriverové v USA v 60. letech minulého století. Po jednání s Mezinárodním olympijským výborem získalo toto hnutí olympijskou akreditaci v roce 1988. Česká republika se do SOI zapojila v roce 1991 jako České hnutí speciálních olympiád (ČHSO). Sídlo ČHSO je v Praze. Hlavním orgánem je valná hromada. Podstatnou základní jednotkou jsou sportovní kluby SO, ať už jsou to samostatná občanská sdružení, většinou vznikající z iniciativy rodičů, nebo kluby-satelity škol praktických, převážně však domovů pro osoby s MP s denním, týdenním či celoročním režimem (Ješina & Válková, 2013). Sídlem SOI je Washington ([www.specialolympics.org](http://www.specialolympics.org)).

Sportovní filosofie SO je založena **na principu relativity vzhledem k aktuálnímu výkonu**, to znamená na kompozici finálových skupin dle limitů postižení, prezentovaných aktuálním sportovním výkonem mezi kvalifikací a finále. Je vyjádřené pravidlem tzv. čestného soutěžení. Speciální olympiády jsou založeny na přesvědčení, že osoby s mentálním postižením: (a) jsou schopny se učit, prožívat radost z účasti v pohybových aktivitách a SO, (b) mohou mít fyzický, duchovní i sociální prospěch z účasti v SO, (c) mohou zlepšovat schopnosti, zdatnost, rozvíjet motorické dovednosti v programech SO. Kromě prospěchu pro rozvoj bio-fyziologický může SO přispět k návykům aktivního životního stylu a k posílení psychosociálních komponent, jako je sebedůvěra, samostatnost, projevení



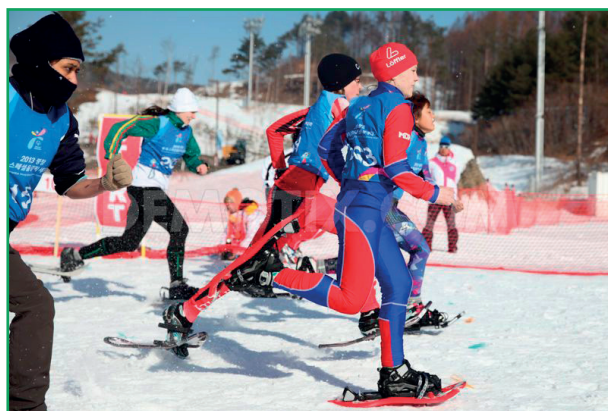
**Obr X** Radost z medailí (SOI, 2013)

odvahy a radosti, upevňování přátelství rodin, začlenění do dané skupiny i do společnosti obecně. Tudiž osoby s MP všech limitů i věkových kategorií mají právo mít příležitost zúčastnit se zvolených programů SO a právo účastnit se tréninků a soutěží. Program SO není cíl, ale prostředek oboustranné výchovy a socializace (sportovci a jejich rodiny na jedné straně, veřejnost na druhé straně). Proces SO musí vždy zdůrazňovat úctu ke sportovcům a pozitivní postoje (kvalita tréninku a tréninkových prostor, přístupy trenéra, kvalita organizace soutěží, oblečení adekvátní sportovní situaci či události apod.) (Ješina Válková, 2013, s. 64)

Mezinárodní hry speciálních olympiád se konají ve čtyřletých cyklech, vždy rok před konáním olympijských a paralympijských her. Zatím poslední zimní hry se uskutečnily v roce 2013 v Koreji a letní hry v roce 2011 v řeckých Aténách.

Sportovci soutěží v těchto letních sportech: atletika, plavání, cyklistika, rytmická gymnastika, boccia, stolní tenis, volejbal (sjednocený), fotbal (sjednocený) a sporty přizpůsobené.

Mezi zimní sporty SOI patří: běžecké lyžování, sjezdové lyžování, snowboarding a floor hokej (sjednocený).



**Obr. 23** Závodů na sněžnicích (SOI, 2013)

Pozn: *přizpůsobené sporty* zachycují spektrum sportovních dovedností pro osoby s intenzivnějšími limity ve schopnostech a v progresu učení se dovednostem. Je to specifikum SO. *Sjednocené (unified) sporty* zachycují spektrum sportů pro osoby s vyššími schopnostmi a možnostmi naučit se určité

dovednosti. Týkají se pouze sportů dyadických a týmových. Kooperují spolu sportovci s partnery. Pravidlo určuje, že na soupisce či v soutěži (na hřišti) může být shodný nebo menší počet partnerů. (Př.: v přehazované 3 a 3, v kopané o 7 hráčích 4 sportovci a 3 partneři.) (Ješina Válková, 2013, s. 65)

### 6.3 Deaflympijské pojetí sportu

Potřeba setkávat se, sportovat, soutěžit a hrát si, hovořit mezi sebou o všem možném, vedla sluchově postižené sportovce napřed k pozvolnému setkávání, následně ke hraní některé z naučených pohybových nebo míčových her. Nutnost pohovořit si se sobě rovnými a potřeba sportovat, a tedy zapůjčovat či pronajímat si sportoviště, vedla tyto sluchově postižené sportovní nadšence k založení adekvátní sportovní organizace. Myšlenka mezinárodních her neslyšících jakožto obdoba olympijských her pro neslyšící vznikla v roce 1924, jejím iniciátorem byl francouz Eugene Rubens-Alcais. Díky jeho přesvědčivé snaze se mu podařilo shromáždit šest oficiálních národních družstev na stadionu Pershing v Paříži: z Belgie, Francie, Velké Británie, Holandska, Polska, Československa (Panská, 2013a).

ICSD (Mezinárodní výbor sportu neslyšících) zaštiťuje olympijské sportovní prostředí neslyšícím sportovcům a jeho vlastním mottem je „rovnost na sportovním poli“. Na letních a zimních deaflympiádách, světových šampionátech a dalších závodech pod patronací ICSD mohou zápolit jen sportovci neslyšící nebo nedoslýchaví. Těmito směrnici se řídí plnoprávní členové ICSD, přidružení členové i regionální konfederace na sportovních akcích mezinárodní úrovně.

#### Směrnice pro způsobilost sportovců

Na letních i zimních deaflympiádách se scházejí neslyšící sportovci ze všech sdružených národních svazů. Ten, kdo chce nastoupit na deaflympiáde nebo jiných závodech pod patronací ICSD, musí splňovat následující požadavky: (a) Sportovec musí být neslyšící, což se definuje jako ztráta alespoň 55 dB na lepším uchu (test na tři čisté tóny o frekvencích 500, 1000 a 2000 Hertzů a vodivosti vzduchu podle normy ISO 1969; (b) Musí být členem sdruženého národního svazu a občanem státu tohoto svazu; (c) Závodníkům

se přísně zakazuje používat při závodě protetiku, jak sluchadla, tak i kochleární implantáty (Panská, 2013a).

### **Vybrané Sporty v České republice (z materiálu S. Panské, 2013b; s. 53)**

Jejich organizace u nás, odlišnosti v tréninku, nácviku, organizaci soutěží, systémy.

#### **Atletika**

Je zakomponována do rámcového vzdělávacího programu ZŠ, klade mimo jiné základ a přípravu na velkou meziškolní akci v České republice – Celostátní sportovní hry sluchově postiženého žactva (CSH SPŽ), případně soutěže žáků společně s intaktní populací. Záleží na volbě vedení škol pro sluchově postižené, zda posílá své žáky na tyto soutěže. Atletika je zařazena rovněž v programu středního školství, navazuje na Celostátní sportovní hry sluchově postižené mládeže (CSH SPM) a následně na atletické závody v regionu. Mistrovství České republiky (MČR) se konají pouze na stadionu, halové MČR zatím není. Účast všech kategorií dle manuálu – směrnic ČSNS – žactvo, dorost, junioři, dospělí. Odlišnosti od věkových kategorií intaktní populace. Je však tendence tuto záležitost sjednotit. Na soutěži (MČR) převládá mládež, dospělí závodníci jsou v posledních letech v menším počtu.

#### **Plavání**

Výuka plavání je zařazena do rámcového programu základních škol pro sluchově postižené. Na CSH SPŽ se soutěží na 50 m volný způsob a 50 m prsa, dále je na programu štafeta 4 × 50 m volný způsob. MČR se konávalo převážně v Olomouci, případně v Praze, v Brně. Na MČR byla účast většinou z Moravy, ale vždy přijeli plavci z Prahy, někdy ve větším počtu (15), jindy menší skupinka (5) závodníků. Celkem se zúčastňovalo v Olomouci vždy kolem 60 závodníků, převážně mládežnické a žákovské kategorie.

#### **Cyklistika**

Silniční cyklistika je představována jako soutěž jednotlivců. V současné době má největší základnu olomoucký sportovní klub SKIVELO, který je zároveň pořadatel a garant většiny cyklistických soutěží v ČR. MČR se pořádají každoročně v srpnu a září, pro menší počet závodníků se tato soutěž



zařazuje do závodů intaktní populace. Pořadatel vybere některý ze závodů, který svými parametry odpovídá soutěži neslyšících. Je zde také problematika licencí, ale závodů je poměrně dost a je z čeho vybírat. Od roku 2001 je pořádán i závod žactva, je to závod separovaný, vznikl jako otevřený závod žactva v Olomouci, kam se neslyšící žáci mohli individuálně přihlásit. Závod těchto kategorií se jezdil na Spartakiádním stadionu v Olomouci. V současnosti mají tedy neslyšící děti 2 cyklistické závody. Účast je ovšem malá, vždy asi kolem 15 dětí.

### Kuželky

Soutěž dospělých, jednotlivci i družstva (6členná nebo 4členná, jak mužů, tak žen). U nás se účastní tyto týmy: Strakonice, Plzeň, Praha, Brno, Ostrava, Blansko, Zlín, Ústí nad Labem, České Budějovice, Kroměříž, Hradec Králové. Putovní poháry se pořádají jako otevřená soutěž. Jednotlivci startují na vlastní náklady nebo na náklady vysílajícího klubu. Není ME ani deaflympiáda, pouze mítink. Při soutěži nejsou problémy, komunikaci s rozhodčími zajišťuje tlumočnick. Tento sport lze využít i jako volnočasovou aktivitu.

### Stolní tenis

Hrají dospělí, mládež, dorostenci, žactvo. Jsou přebory škol, župní soutěže, MČR. Dvouhra, čtyřhra. Máme reprezentaci ČR. Soutěže jsou řízeny propozicemi, v nichž je uvedeno, jaký bude systém soutěže, jak se soutěž bude bodovat – jednotlivci, soutěž družstev. Bodování jednotlivců a následně výběr do reprezentace. 1.–3. postup na MČR ze župní soutěže, atd.

Problematika. Hráč neslyší úder míčku o stůl, o zem. Měl by být kolem klid, aby se hráči a rozhodčí nerozptylovali. Stav by měl být uváděn na počítadle. Zkušený rozhodčí, pokud je neslyšící (neslyší teč, ...), někdy sporné situace. Stolní tenis je u nás rozšířený sport, hraje se na internátech, v klubech, je poměrně velká hráčská základna.

## **6.4 Integrace sportovců se zdravotním postižením**

S rostoucí integrací zdravotně postižených do intaktní společnosti narůstá také potřeba a zájem o integraci v oblasti sportu. Integraci můžeme vnímat ve třech rovinách: (a) organizační, (b) individuální/tréninkovou a (c) integraci v rámci soutěžní činnosti. Je nutné předeslat, že všechny tři roviny mohou (jsou) vzájemně provázané. Na druhou stranu tomu tak vždy není a je možné pozorovat integraci sportovců se zdravotním postižením pouze v některých rovinách.

### **Integrace v rovině organizační**

První rovina zahrnuje organizační aspekty sportu, mezi které patří například: (a) členství v mezinárodních a národních sportovních svazech (př. olympijském výboru), (b) financování a rozvoj sportu, (c) spolupráce na tvorbě a implementaci sportovních pravidel, (d) odborná příprava a vedení trenérů na všech úrovních sportu, (e) zdravotní a vědecké aspekty sportu či (f) organizace a koordinace soutěží a soutěžního kalendáře.

### **Individuální integrace v oblasti tréninkové**

Individuální integrace sportovců se zdravotním postižením je většinou spojena s integrací organizační, tj. pokud například Český svaz cyklistiky (ČSC) organizačně a formálně zaštiťuje také cyklistiku paralympijskou (stejně jako svaz mezinárodní), dá se očekávat, že cyklisti s tělesným či zrakovým postižením budou registrováni ve sportovních klubech (ČSC), kde budou také trénovat. Pokud by se jakýkoliv tělesně či zrakově postižený potenciální cyklista (nebo zákonný zástupce v případě dětí) obrátil na kterýkoliv sportovní klub registrovaný u ČSC, měl by být přijat s otevřenou náručí a porozuměním jeho specifickým potřebám. Je tomu opravdu tak? Těžko říci. Ale úspěšnými příklady integrace v rovině organizační a individuální/tréninkové mohou být úspěšní reprezentanti, kterým špičkový trenéři daných sportů mohou poskytnout profesionální podporu a know-how pro optimalizaci tréninku a zatížení.

Takovými příklady je například profesionální cyklista s jednostrannou podkolenní amputací Jiří Ježek nebo státní reprezentace sledge hokeje. Podle našich zkušeností však tato integrace většinou nefunguje ve fázi sportovních přípravek a identifikace talentů. Na druhou stranu může individuální

integrace v oblasti tréninku probíhat také bez integrace v rovině organizační. Výborným příkladem mohou být sportovci individuálních sportů, kteří mohou trénovat paralelně s intaktními sportovci a využívat sportovní infrastrukturu, pomůcky a trenéry v místních sportovních klubech. V současnosti u nás vidíme úspěšnou integraci například atletů, plavců, stolních tenistů či lukostřelců.

### Integrace v rámci soutěžní činnosti

V některých případech je možné, nebo dokonce žádoucí, aby se sportovci se zdravotním postižením účastnili soutěží a závodů společně s intaktními sportovci. V zásadě se tak může dít dvěma způsoby: (a) paralelně nebo (b) společně. Volba vhodného začlenění vychází z charakteru vlastního sportu (př. disciplín), pravidel, podmínek a postojů sportovců a činovníků sportovních svazů. Paralelní soutěže mohou probíhat: (a) v rámci jednoho závodu, (b) na jednom sportovišti nebo (c) např. na paralelním hřišti. Příkladem sportu, kde může probíhat paralelní soutěž, je například sportovní střelba, kdy v rámci jednoho závodu mohou bok po boku soupeřit sportovci s tělesným postižením spolu s intaktními sportovci. Jejich výsledky se mohou počítat separovaně a zároveň také v rámci celé soutěže. Soutěže na jednom sportovišti mohou probíhat paralelně například v atletice a na paralelním hřišti mohou probíhat soutěže ve stolním tenisu, tenisu nebo sledge hokeji.

Společné soutěže mohou probíhat dle regulí a pravidel sportovních svazů. Bez větších problémů může docházet k integraci sportovců se sluchovým postižením. U sportovců se zrakovým a tělesným postižením záleží na charakteru sportu či disciplíny. Z nedávné historie je známý příklad jihoafrického sprintera Oscara Pistoria, který se ucházel o účast na olympijských hrách a kterému začlenění do soutěží nepostižených atletů nechtěla mezinárodní atletická federace (IAAF), v souladu se svými pravidly, povolit. Nakonec jeho případ rozhodla až mezinárodní soudní arbitráž. Do budoucna můžeme očekávat více podobných případů, souvisejících s rostoucím technologickým vývojem a etickými pravidly spojenými s využitím umělých končetin, svalových úponů či chirurgickými zákroky vedoucími ke zlepšení zraku. Na druhou stranu jsou však případy sportů (př. lukostřelba, šachy, sportovní střelba) do kterých je, bez větších problémů, možné sportovce s tělesným či zrakovým postižením úspěšně zapojit.

Další možností integrace je tzv. obrácená integrace, kdy se do skupiny sportovců se zdravotním postižením zapojují osoby bez postižení. Příkladem této integrace jsou například sjednocené sporty speciálních olympiád, kdy se sportovci s mentálním postižením hrají ve volejbalu, fotbalu a floorhokeji partneri bez postižení. Jiným příkladem je možnost zapojení intaktních hráčů do vybraných sportovních her tělesně postižených (v ČR například sledge hokej na klubové úrovni). V neposlední řadě existuje také možnost integrace v neformálním sportovním prostředí, ve kterém se poměřují síly neorganizovaně nebo poloorganizovaně. Příkladem z této kategorie může být tenisový zápas mezi kamarády, z nichž jeden hraje na ortopedickém vozíku a druhý tradičně ve stoji, poměrování sil v bench pressu nebo společný turnaj známých v bowlingu.

## 7 Rekreační a volný čas v APA

Pohybové aktivity mohou hrát klíčovou roli při společenském začlenění osob se speciálními potřebami či zdravotním postižením, jejich osobnostně-sociálním formování nebo při prevenci zdravotních rizik vztahujících se k nedostatečné realizaci pohybových aktivit. Význam pohybových aktivit pro skupiny osob se speciálními potřebami zdůrazňuje celá řada autorů (Barthoňová & Ješina, 2012; Block, 2007; Janečka, 2004; Ješina, 2010; Kassing et al., 2010; Kudláček & Ješina, 2008; Rybová & Kudláček, 2010; Sherrill, 2004; Štěrbová, 2007; Válková, 2000, 2012; Vyhlídal & Ješina, 2010 aj.). Pozitivní účinky zapojení do pohybových aktivit bychom jednoduše mohli rozdělit na fyzické, psychické a sociální. Konkrétně se v oblasti fyzické jedná o rozvoj motorických kompetencí uplatnitelných v běžném životě a dovolujících zvýšení kvality i kvantity pohybových vzorců. V oblasti psychické a sociální pomáhají pohybové aktivity rozvíjet sebevědomí, sociální dovednosti, podporují vzorce pro vztahová jednání, mohou rozvíjet empatii atd. Například u osob se sluchovým postižením se rozvíjí komunikativní dovednosti ve vztahu k jiným osobám se sluchovým postižením, ale i ve vztahu k příslušníkům slyšící majority. Osoby s mentálním postižením rozvíjejí účast ve volnočasových pohybových aktivitách svoji sociální adaptabilitu, kognitivní schopnosti, řeč, ovlivňována je jejich hodnotová orientace a subjektivní preference (Válková, 2000) aj. Osoby se zdravotním postižením a znevýhodněním (chronickým onemocněním, dlouhodobým onemocněním, po dlouhodobé léčbě apod.) pravidelnou pohybovou činností působí preventivně a předcházejí tím dalším prohlubujícím se zdravotním komplikacím. Z medicínského hlediska ovlivňuje optimální realizace pohybových aktivit pozitivně především oběhový a dýchací systém (redukce stresu, zvýšení aerobní kapacity, zvýšení psychické výkonnosti, pozitivně ovlivňuje případná onemocnění srdce, pomáhá redukovat nadbytečné množství tělesného tuku, pozitivně ovlivňuje psychickou činnost atd. (Kolisko, 2002). Velmi ohroženou skupinou výše uvedenými onemocněními je i skupina osob se speciálními potřebami, především pak zdravotním postižením. U skupin, jako jsou osoby s mentálním nebo tělesným postižením, se často setkáváme se srdečními

chorobami, způsobenými mimo jiné i sníženou pohybovou aktivitou. Spojitost mezi kardiovaskulárními onemocněními a pohybovými aktivitami dokázala řada uskutečněných výzkumných šetření (Börjesson, Assanelli, Carré, Dugmore, Panhuyzen-Goedkoop, Seiler, Senden & Solberg, 2006; Schnohr, Lange, Scharling, & Jensen, 2006; Sofi, Capalbo, Cesari, Abbate, & Gensini, 2008; Zoeller, 2007). Například studie kardiovaskulární zdatnosti (Lakka et al. 1994), při které byla pět let sledována skupina pravidelně cvičících mužů, kteří využívali aerobního druhu cvičení a byli v dalších ukazatelích srovnatelní s kontrolní skupinou mužů, kteří necvičili. Po pěti letech byl u cvičících mužů pětinasobně menší výskyt srdečních chorob než u kontrolní skupiny. Kromě těchto medicínsko-biologických faktorů má tělesný pohyb vliv i na psychiku. Křivohlavý (2003) popisuje pozitivní vliv cvičení na depresivní a úzkostné stavy. Dále se zapojení do pohybových aktivit projevuje na kladném sebehodnocení jedince a hraje významnou roli při zvládnání stresu. Přínos realizovaných pohybových aktivit komplexně shrnuje Americká národní zpráva o pohybové aktivitě a zdraví (1996), kde se mimo jiné uvádí:

- vyšší úroveň pravidelné pohybové aktivity je spojena s nižší úmrtností; lidé, kteří vykonávají pravidelnou pohybovou aktivitu střední intenzity, vykazují nižší úmrtnost než lidé, kteří jsou méně aktivní;
- pravidelná pohybová aktivita snižuje riziko úmrtí na kardiovaskulární onemocnění, zejména pak na ischemickou chorobu srdeční;
- pravidelná pohybová aktivita zamezuje nástupu vysokého krevního tlaku či jej oddaluje a u pacientů s již diagnostikovanou hypertenzí krevní tlak snižuje;
- pravidelná pohybová aktivita snižuje riziko onemocnění rakovinou tlustého střeva;
- pravidelná pohybová aktivita snižuje riziko rozvoje non-inzulin dependentního diabetu mellitu (známý také jako diabetes mellitus II. typu);
- pravidelná pohybová aktivita je nezbytná pro udržení normální svalové síly, kvalitní struktury kostí a správné funkce kloubů; v míře doporučované pro zdraví není pohybová aktivita spojena s poškozením kloubů nebo rozvojem osteoartrózy, může být dále prospěšná pro řadu pacientů s artrózou;
- pohybová aktivita je důležitá pro normální rozvoj kostry u dětí a adolescentů a pro udržení kvality kostní tkáně v mladém věku;

- pohybová aktivita snižuje rychlost úbytku kostní hmoty u žen v menopauze;
- silový trénink a další formy cvičení seniorů zachovávají schopnost udržení nezávislého života a snižují riziko pádů;
- pohybová aktivita příznivě ovlivňuje metabolismus tuků;
- pohybová aktivita redukuje příznaky depresí a úzkosti a zlepšuje náladu.

U osob se speciálními potřebami je tedy zapojení do volnočasových pohybových aktivit jedním z možných nástrojů prevence sociální exkluze. Sallis, Prochaska a Taylor (2000) uvádějí, že jednou z nejvýznamnějších determinant pohybové aktivity či inaktivity je sociální status, který je často u osob se speciálními potřebami nižší. Tato zjištění potvrdila již dříve provedená šetření (Sallis, Patterson, Buono, et al., 1988). Osoby se speciálními potřebami musí být stimulovány a saturovány především v oblastech psychických a sociálních. Hošek (2001) poukazuje na to, že především při organizovaných pohybových aktivitách panují určité zvyklosti a normy. Pohybové aktivity jsou vhodným prostředkem pro jejich účast na společenském životě, vhodně rozvíjejí některé klíčové kompetence a působí na celkové zvyšování kvality života a zdraví osob se speciálními potřebami. Pohybová aktivita obohacuje organismus člověka nejen fyzicky, ale obohacuje i jeho prožitky (Hošek, 2001). Nejhodnotnější prožitky jsou ty, které individuum získá vlastním přičiněním, tedy takové, které si „vytvoří“ vlastním tělem, ať při sportu, či při jiné pohybové aktivitě (Dobrá & Souček, 2003). Hartl a Hartlová (2000) definují zážitek jako každý duševní jev, který individuum prožívá. Je vždy subjektivní, vnitřní a citově propojený. Jedná se o základ pro osobní zkušenost. Kumuluje se celý život a kombinuje se v jedinečné duševní bohatství každého člověka. Zkušenost je transformovatelná do reálného života mimo hranice vymezené jednotlivými pohybovými aktivitami. Právě možnost využití zkušeností nabytých s pomocí záměrných či nezáměrných pohybových aktivit bývá klíčová pro život osob se speciálními potřebami, u kterých často dochází k absenci zážitků spojených se zkušeností.

V oblasti aplikovaných pohybových aktivit hraje významnou roli posílení důvěry ve vlastní schopnosti (angl. termín *empowerment*) (Ješina, Kudláček, et al., 2011). Sherrill (1995) navrhla metateorii APA a užití modelu „*empowerment*“ jako její sociální doktríny. IPC SSC (Hutzler, 2002) navrhuje pro oblast pohybových aktivit osob se zdravotním postižením čtyři morální principy. Jedním z nich je „*empowerment*“ s cílem dát více prostoru jedin-

cům v rozhodovacím procesu. „Empowerment“ vychází ze slova „power“ (moc), které má v anglickém originálu kořeny v latinském slovu „potere“, což znamená „schopný“, ve smyslu něco činit nebo jednat“. Slovník spisovné češtiny pro školu a veřejnost (Filipec et al., 2005, 184) definuje „moc“ jako „způsobilost, schopnost k nějakému působení“. Důležitým termínem v obou definicích je slovo „schopnost“, které také hraje významnou roli v kinantropologii. Vlastní způsobilost (schopnost) je v tomto kontextu obvykle spojena s motorickými schopnostmi a dovednostmi, sociálními dovednostmi a psychologickými charakteristikami (např. soutěživost, sebedůvěra). Uznání okolím a sociální hry v dětství a adolescenci jsou důležité faktory, které posilují důvěru ve vlastní schopnosti. Z těchto důvodů mohou mít osoby s vrozeným postižením nižší sebedůvěru než osoby se získaným postižením (Campbell, 1995).

Vlastní způsobilost je spjata s níže uvedenými kritérii (Akseliuk, 1996 – upraveno):

- schopnost naplňovat vlastní cíle;
- rozvoj sebedůvěry na základě vlastních úspěchů;
- přiměřeně sebevědomé vystupování;
- uznání širší sociální skupiny.

V rámci konceptu „empowerment“ jsou klíčové dvě myšlenky (Ješina, Kudláček, et al., 2011):

- zlepšení environmentálních stimulů podporuje u osob s postižením převzetí vlastní zodpovědnosti ve vztahu ke zdravému životnímu stylu (Hutzler & Sherrill, 1999);
- aktivní přístup zlepšuje způsobilost k řešení situací v sociálním prostředí (Akseliuk, 1996) a sociální dovednosti obecně.

Právě výše uvedená podpora v oblasti APA napomáhá ke zvýšení sebevědomí a sebehodnocení osob se speciálními potřebami (zvláště se zdravotním postižením) a možností nezávislého způsobu života.

Mezi nejčastější bariéry v oblasti volnočasových aplikovaných pohybových aktivit patří vnímání společnosti. O postojích jako jednom z nejvýznamnějších faktorů ovlivňující účast nebo neúčast v pohybových programech mluví zejména Kudláček, French, Myers, Sherrill a Válková (2002), ale i Bartoňová, Kudláček a Bressan (2007) nebo Kudláček a Ješina (2008). Mezi nejčastější problémy, se kterými se v praxi setkáváme, je odsouvání problému až na okraj zájmu. Chybné vnímání nemožnosti aktivní účasti osob se zdravot-



ním postižením v pohybových programech. Nechápaní potřeby pro tuto cílovou skupinu. Neustálé hledání omezení a důvodů, které znesnadňují tuto účast. Za další s vnějších faktorů považujeme zvyšující se komercializaci nabídky volnočasových pohybových aktivit. Vnímáme negativně rozšiřující se nůžky nabízených služeb za úplaty a možností jedinců s postižením. Výrazným limitem jsou také ceny sportovně-kompenzačních pomůcek, zejména u nových (trendy) aktivit a možností. Nejčastěji zmiňované jsou prostorové bariéry. Ačkoliv je také považujeme za důležité, jeví se v poslední době jako méně nebo minimálně stejně závažné, jako některé další. Sledujeme stále limity ve vzdělávání profesionálů v oblasti nabídky volnočasových aktivit, ať už instruktorů nebo dalších pedagogických pracovníků. Někdy je limitním samozřejmě charakter postižení, ale občas jsme svědky zamítavého postoje k pohybovým aktivitám i u samotných osob s postižením. I u nás se také můžeme stále setkávat s legislativními bariérami. Řada podzákonných norem nebo jejich návrhů pomáhá vytvářet limity nebo omezení v přístupu k pohybovým aktivitám, a to navzdory řadě nadnárodních strategických dokumentů (Ješina, in press).

## 7.1 **Historie volnočasových aplikovaných pohybových aktivit**

Vzhledem k významu zejména organizovaných volnočasových aktivit pohybového charakteru v oblasti APA je vhodné připomenout krátce také historii APA v této oblasti. Bylo by chybou domnívat se, že vše týkající se rekreace osob se speciálními potřebami začalo až v 90. letech minulého století. Historie je daleko hlubší a bohatší, i když vzhledem k sociálnímu kontextu se jednalo především o APA segregovaného charakteru (Ješina, 2007). Akce a programy probíhaly nejdříve spontánně, posléze i systémově. Vznik sportovních organizací sdružujících osoby se speciálními potřebami se datuje do dvacátých let minulého století. Nejdříve se za účelem společných pohybových aktivit sdružovaly osoby se sluchovým, později i zrakovým, tělesným a mentálním postižením. Rostl zájem o jednotlivé pohybové programy. To umožnilo práci s fenoménem tělocvičné rekreace jako prostředkem ke změně postojů majoritní společnosti. Díky pohybovým aktivitám rekreačního

charakteru bylo možno důsledněji působit na utváření životních hodnot osob se speciálními potřebami, otevíral se prostor pro osobnostně-sociální rozvoj, později docházelo k realizaci programů podpory a optimalizace životního stylu. Tím, že rekreační aktivity působí na oblast fyzickou, sociální i psychickou, docházelo k výraznému rozvoji sebehodnocení aj. Rozvoj rekreace a organizovanosti osob se speciálními potřebami nabyl na významu díky společenským a legislativním změnám a změnám přístupu v průběhu celého dvacátého století, hlavně ale v jeho druhé polovině, v ČR pak v jeho posledním desetiletí (Ješina, 2007).

Při drobném historickém exkurzu se v souvislosti s rekreačními aktivitami osob se speciálními potřebami často zmiňuje série akcí zaměřených na integraci a pořádaných pod garancí Prázdninové školy Lipnice (Kudláček, 2004). Již v roce 1991 bylo založeno občanské sdružení Užitečný život, které se od svého prvopočátku zabývá velmi intenzivně smysluplným trávením volného času osob se speciálními potřebami, včetně využívání aplikovaných pohybových aktivit. Vzniklo na základě tradičních křesťanských hodnot a jako nástroj pro práci s osobami se speciálními potřebami využívalo i pohybových programů. Ty měly charakter především zážitkových kurzů inspirovaných se právě v Prázdninové škole Lipnice, která se již od poloviny 90. let zabývala pořádáním akcí s účastí osob se speciálními potřebami. Kudláček (2004) uvádí, že úvodní akcí pro tuto cílovou skupinu byly v roce 1994 Mosty I, jež představují první pokus této organizace využít potenciálu, který nabízí soužití různých skupin obyvatel s odlišnými potřebami. Poté následovaly další tři akce s hlavičkou Mosty. V druhé polovině 90. let pak započal projekt nazvaný Seminarium, který školil a motivoval pedagogy pro přetvoření stávajících pohybových programů na integrované. Tři ročníky Seminaria vystřídaly projekty Intertouch a Fénix. Po roce 1999 bohužel Prázdninová škola Lipnice od pořádání podobných akcí upustila.

Na rozvoji volnočasových akcí osob se speciálními potřebami se od roku 1991 podílí také Katedra aplikovaných pohybových aktivit Fakulty tělesné kultury UP v Olomouci. Tato katedra garantuje studijní obory aplikovaná tělesná výchova (ATV) a aplikované pohybové aktivity (APA). Absolventi ATV získávají legislativní i profesní kompetence k učitelství tělesné výchovy na prvním, druhém i třetím stupni všech typů základních a středních škol, včetně škol a tříd zřízených pro děti, žáky a studenty se speciálními vzdělávacími potřebami (Ješina, 2008). Kompetence absolventů APA směřují pře-

devším k volnočasovým aktivitám osob se speciálními potřebami. U obou těchto oborů jsou vytvořeny podmínky pro studium osob se zdravotním postižením a řada těchto studentů již také úspěšně svá studia na bakalářské i magisterské úrovni dokončila. Katedra APA se zabývá již mnoho let organizováním integrovaného zimního výcvikového kurzu s účastí dětí se zrakovým a sluchovým postižením a společně s osobami s tělesným postižením také výukou instruktora monoski, rozvojem aktivit z oblasti psychomotoriky, aktivit ve vodním prostředí, sportovních her, tance aj. Katedra také organizuje společenské a kulturní akce, jako například Karneval APA aneb Roztančujeme bariéry. Centrum APA (oddělení katedry APA, FTK UP v Olomouci) spolupracuje s velkým množstvím školských i neškolských organizací a podílí se na jejich podpoře v oblasti tělesné výchovy, sportu, ale i rekreace (více informací na [www.apa.upol.cz](http://www.apa.upol.cz)).

Rekreace je stále více integrovaná a inkluzivní díky zlepšení legislativy a povědomí o programech APA. Některé země však zaostávají za jinými ve vztahu k právům na rovné příležitosti a jednotlivé země se také liší v míře a kvalitě nabízených rekreačních programů a aktivit (van Coppenolle et al., 2004). Velmi aktivně působí v oblasti inkluzivních programů zejména Užitečný život, Centrum Paraple, SKV Praha, SKV Frýdek-Místek a řada dalších. Jistým specifickým APA v kontextu volnočasových aktivit je fakt, že významná skupina osob se zdravotním postižením, které aktivně vyhledávají rekreační a volnočasové programy, je velmi aktivní i v oblasti vrcholného nebo výkonnostního sportu. Proto i řada významných projektů, jako např. Survival pro vozíčkáře (Jančíková & Pádivý, 2011), mající výkonnostní charakter, podporuje volnočasové aktivity osob se zdravotním postižením bez ohledu na pojmy a definice sportu.

## 7.2 **APA v kontextu subjektivního vnímání vlastního zdraví**

Pojem zdraví dnes ve své odborné terminologii používají nejen lékaři, ale i psychologové, sociologové, kinantropologové, pedagogové, teologové a další. V současné době vzrůstá zájem odborníků různých vědních oborů (sociologie, pedagogika, speciální pedagogika, psychologie, medicína...) o přesné vymezení pojmů zdraví a kvalita života. Všeobecně přijímaná definice zdraví

(i když občas kritizovaná pro přílišnou obecnost) pochází od Světové zdravotnické organizace (WHO, 2003), která je popisuje jako stav naprosté tělesné, duševní a sociální pohody. Otázkou je, zda je správné označovat zdraví jako stav, nejde-li spíše o déletrvající proces (Ješina, Vyhlídal, Rybová, & Kučera, 2011). Přesto tato, dle našeho názoru poněkud diskutabilní definice dodala termínu „zdraví“ nový rozměr, posouvající jej od lékařské kategorie ke komplexnímu pojmu zohledňujícímu celistvost člověka. V souladu s Křivohlavým (2003) lze ještě rozšířit obsah pojmu zdraví na základě různých paradigmat. Autor tvrdí, že zatímco pojem celek v očích biologa představuje například organismus člověka, ze sociologického pohledu je celkem nejen jednotlivý člověk, ale i rodina, obec nebo stát. Stejně tak i Seedhouse (1995) popisuje, jak různé profese vnímají pojem zdraví odlišně. Lékař pojmem zdraví rozumí nepřítomnost nemoci, choroby či úrazu. Sociolog rozumí pojmem zdravý člověk jedince, který je schopen dobře fungovat ve všech jemu příslušných sociálních rolích, humanista slovy zdravý člověk označuje takového člověka, který je schopen pozitivně se vyrovnávat s životními úkoly, jež před ním vystanou, a idealista si pod pojmem zdravý člověk představuje člověka, kterému je dobře tělesně, duševně, duchovně i sociálně (Krejčí, 2011; Seedhouse, 1995).

Kromě tohoto holistického přístupu se na zdraví můžeme dívat i z jiných úhlů pohledu. Břicháček a Habermannová (2007) uvádějí typologizaci založenou na čtyřech možných východiscích. Kromě nám již známého modelu holistického nabízejí autoři model, který představuje dynamický přístup pojímající zdraví jako proměnlivý jev naplňující se v celoživotní perspektivě člověka. Další model, sociální, chápe zdraví v kontextu vnímání člověka v sociálních vztazích a hodnotí zdraví v souvislosti s nimi. Poslední model zdůrazňuje přístup interaktivní, který zachycuje člověka v jeho širším prostředí.

Lékařství často pojem zdraví charakterizuje v nejužším slova smyslu jako nepřítomnost nemoci. Podrobněji je zdraví z medicínského hlediska popisováno jako možnost každého člověka k plnému využití svého genetického potenciálu a prožití svého života bez zbytečného utrpení a ve stavu co největšího fyzického, psychického a sociálního blaha (The British Medical Association, 1993).

Jednotlivé definice se sice v některých aspektech liší, přesto je možné sledovat společné charakteristiky především v tom, že psychologie zdraví je vědní disciplínou užívající specifických postupů za účelem charakteristiky

psychosomatického stavu jedince a prevence onemocnění. Matějček (2001) charakterizuje psychologii zdraví jako obor zabývající se soustavným studiem psychologických faktorů, které hrají roli jak ve zdraví, tak v nemoci. Tento obor se zaměřuje na psychologické momenty udržování a posilování zdraví a zabývá se otázkami prevence narušení či poškození zdraví. „Psychologie zdraví je tou větví obecné psychologie, která se zabývá individuálním chováním člověka a životními styly, jež mají vliv na jeho tělesné zdraví“ (Brannon & Feist, 1997, 14).

Již English a English (1958) tvrdí, že psychické jevy jen velmi zřídka nejsou sociální povahy. Koncem 19. století se začalo uplatňovat poznání, že člověk žije ve společenství s druhými lidmi a je tímto soužitím ovlivňován (Křivohlavý, 2003). Kebza (2005) připomíná, že jediným správným přístupem k pochopení zdraví je propojení systémů a procesů podílejících se na fungování člověka, včetně těch, které spoluvytvářejí jeho existenci. Tím je myšlena sociální podmíněnost zdraví. Se sociálním začleněním souvisí vystavení stresovým situacím a tím i škodlivým účinkům na psychickou pohodu a zdraví. Sociální integrace jedince do sociální struktury je významnou determinantou jeho psychické pohody, a tedy i zdraví (Kebza, 2005). Díky vazbám k druhým osobám či skupinám je jedinci přístupná sociální opora. Je to jakýsi sociální fond, ze kterého může jedinec v případě potřeby čerpat sociální vztahy, které mu mohou být nápomocny při snaze dosáhnout jeho cílů. Vašina (2009) definuje sociální oporu jako existenci, přístupnost nebo blízkost osob, které k nám mají vztah, které mají o nás starost, cení si nás a mají nás rády. Křivohlavý (2003, p. 94) chápe sociální oporu v širším slova smyslu, když uvádí, že je „poskytována druhými lidmi člověku, který se nachází v zátěžové situaci. Obecně jde o činnost, která člověku v tísní jeho zátěžovou situaci určitým způsobem ulehčuje.“

Kinantropologie (už ze své podstaty) jako multidisciplinární věda využívá předešlých přístupů, nachází však vlastní témata a prostředky k jejich monitoringu. Tato především zahraniční výzkumná šetření předznamenávají možný směr vývoje výzkumu a podpory kvality života ve vztahu k zapojení se do pohybových aktivit osob se speciálními potřebami. Kinantropologie nahlíží na vhodně realizované pohybové aktivity jako na nástroj pozitivního ovlivňování vlastního zdraví a celkové kvality života. Pohyb dle kinantropologie velmi úzce souvisí s prožitkem, zážitkem a následným transferem zkušeností do všech životních dimenzí. Blahutková (2007) ve vztahu ke všem

osobám, včetně osob se speciálními potřebami, zmiňuje psychomotoriku jako významnou součást kinantropologie, která prohlubuje dopad pohybových aktivit na zdraví ve své komplexnosti (sociální, psychické i fyzické). Psychomotorika formuje jedince v realitě světa (Blahutková, Kopřivová & Klárová, 1993) a využívá k tomu cíleně zaměřených pohybových aktivit (často her). Jedním z nejvýraznějších subjektů zabývajících se kvalitou života a zapojení se do volnočasových pohybových aktivit představuje tým prof. J. H. Rimmera. Publikoval řadu výzkumných šetření i odborných pojednání zabývajících se výše uvedenou problematikou (Rimmer, 2005; Rimmer et al., 2005; Drum et al., 2009 aj.). Problematikou kvality života ve vztahu k pohybovým aktivitám osob se speciálními potřebami se u nás zabývala především Válková (2000). Na pohybové aktivity jako prostředek podpory kvality života nezapomněla ani Štěrbová (2007), jejíž další přístup byl však spíše psychologický.

Brychnáčová (2007) se zabývá problematikou zdraví v základním vzdělávání. Smyslem vzdělávací oblasti Člověk a zdraví je seznámit žáky se základními poznatky o zdravém životním stylu a vybavit je vědomostmi o ochraně zdraví jednotlivce. Protože zdraví je úzce spjato i s chováním a jednáním jedince, je v této oblasti kladen důraz na pocit odpovědnosti za své zdraví i zdraví jiných. Jedinec se od malička musí dozvídat proč, jak, čím a kdy může zdraví ovlivňovat. K tomu právě škola poskytuje spoustu příležitostí. „Protože jde hlavně o poznávací, rozhodovací a výchovnou činnost směřující k utváření dovedností, postojů, volných vlastností, mezilidských vztahů, odpovědností atd., stává se logicky problematika zdraví nezbytnou součástí základního vzdělávání.“ (Brychnáčová, 2007, 10) K tomu slouží kromě vzdělávacího předmětu tělesná výchova a zdravotní tělesná výchova (u žáků s mentálním postižením a souběžným postižením více vadami i pohybová výchova a rehabilitační tělesná výchova, u žáků sportovních gymnázií ještě sportovní trénink) nově také předmět výchova ke zdraví.

### 7.3 Kvalita života v APA

Štěrbová (2007) uvádí, že pojem kvalita života s sebou nese veškeré životní aspekty, a to jak zdravotně-medicínské a sociálně-kulturní, tak i socio-psychologické. Kvalita života se stala předmětem vědeckého bádání v posledním dvacetiletí minulého století. Otázky konceptu kvality života (termín Quality of Life) jsou dnes ve středu zájmu téměř všech vědních disciplín. Přitom většina výzkumů o kvalitě života je orientována na dospělé (Mareš, 2006). Kvalita života je veličinou vícerozměrnou, dynamickou, bez jednotného teoretického základu (Pyšný, 2008). Z uvedeného vyplývá, že vymezení pojmu a dominantních prvků kvality života je různé, a to podle teoretických přístupů a užitých diagnostických metod. Je tedy zřejmé, že nejde o veličinu jednoznačnou, a jedná se tedy o veličinu obtížně definovatelnou. K dané problematice v současné době existuje bohatá tuzemská i zahraniční literatura. Podrobně se zabývají otázkami kvality života monotematické sborníky (Mareš, 2006; Mareš et al., 2007; Pyšný, 2008). Jejich hlavní autoři odkazují na zahraniční odbornou literaturu (např. Cummins, 1997; Fahey, Maitre, & Whelan, 2004 aj.). Níže uvádíme přehled názorů na pojem kvality života některých autorů, vycházející z myšlenek publikovaných ve sborníku Pyšného (2008).

Slováček (2008) rozumí pod pojmem kvalita života subjektivní hodnocení života jedincem. Podle něj v životě dominují fyzický, psychický a sociální stav a psychologické a spirituální aspekty. Dragomirecká a Škoda (1997) zdůrazňují, že pro kvalitní život jedince je důležitá psychická, fyzická a sociální pohoda a jeho osobní spokojenost. Hnilicová a Bencko (2005) pak vymezují pojem kvality života a jeho význam pro zdravotnictví jako výsledek vzájemného působení vlivů na rozvoj jednotlivce i celé společnosti. Jde zejména o podmínky sociální, zdravotní, ekonomické a environmentální. Cummins (1997) definuje kvalitu života jako subjektivní pohodu života (subjective well-being). Přístup „well-being“ je psychologickým přístupem spočívajícím v celkové pohodě a spokojenosti.

Názory na stav osobní pohody se mohou různit. Doležalová (2003) vysvětluje takový stav jako existenci pozitivních emocí, jako dlouhodobé pozitivní sebehodnocení bez výskytu nepříjemných tělesných, psychických a jiných pocitů. Lze také říci, že jde o pozitivní emoční stav, v němž má spokojenost jedince se svým životem dominující váhu. Payne (2005) a Hnilicová

s Benckem (2005) chápou osobní pohodu jako výsledek subjektivního hodnocení vlastního života.

Fenomén kvality života tvoří velký počet činitelů, které umožňují, aby i např. zdravotně postižený jedinec žil v naší společnosti spokojeně. Jesenský (2000) uvádí dvě skupiny činitelů. Rozeznává jednak činitele vnitřní, jednak vnější. Do první skupiny řadí somaticko-psychickou vybavenost jedince pro život, vyvolanou jeho zdravotním postižením, které ovlivňuje jeho další rozvoj. Druhou skupinu představují podle něj faktory ekonomické, společenské, pracovní, kulturní a jiné, v nichž jedinec žije se svým zdravotním postižením. Vnitřní činitele tedy dle autora odpovídají subjektivnímu rozměru kvality života, kdežto vnější činitele korespondují s objektivní dimenzí života. Stručně řečeno, lze hovořit o subjektivních a objektivních činitelích kvality života. To platí prakticky pro celou populaci, tedy i pro osoby se zdravotním postižením. Naproti tomu Světová zdravotnická organizace (WHO, 2006) uvádí čtyři základní skupiny faktorů, čtyři oblasti, které nejlépe postihují dimenze lidského života bez ohledu na věk, pohlaví, etnikum či postižení. Jsou to:

1. fyzické zdraví a míra samostatnosti;
2. psychické zdraví;
3. sociální klima;
4. prostředí.

Za důležité považujeme především to, že osoba s postižením (nebo jinými speciálními potřebami) vnímá svou kvalitu života a mění svůj názor na svět i sebe samotnou. Přitom vnímání vlastního zdraví a kvality života je v důsledku předchozích zkušeností těchto osob od obecné představy majoritní společnosti často diametrálně odlišné (Titl, 2010). Otázkou kvality života osob se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním se zabývala řada zahraničních autorů (Beyer et al., 2010; Bloom, Petersen, & Kang, 2007; Brown & Brown, 2003; Cadmus et al., 2009; Huberty et al., 2009). V současné době již u nás existuje v mnoha oblastech klinické medicíny všeobecný konsensus týkající se nutnosti sledovat kvalitu života osob se zdravotním postižením či znevýhodněním (dále jen postižením) jako jednu ze základních komponent různých zdravotnických či medicínských intervencí (Jánský, 2007). V této souvislosti se nejčastěji pracuje s termínem „Health Related Quality of Life“, tj. kvalita života ovlivněná zdravím (Jánský, 2007). Podle Koudelkové (2002) vymezuje uvedený pojem tu část kvality života, která je primárně stanovena zdravím jedince a zdravotní péčí, jež může být ovlivněna



klinickými intervencemi. Jedinec považuje za důležité ty hodnoty, které jsou v souladu s jeho očekáváním, s jeho subjektivním hodnocením životní reality (Vymětal, 2003).

Významným faktorem, jenž ovlivňuje kvalitu života osob s postižením, je především hloubka a typ (tedy charakter) daného postižení. Projevy různých zdravotních postižení mohou být důsledkem omezené možnosti účastnit se volnočasových aktivit, zejména pohybového charakteru. Výsledky aktivity jsou ovlivněny vůlí jedince samotného, jeho reálnými možnostmi, dostupností příležitostí a sociální oporou blízkých osob.

Neméně podstatným činitelem, ovlivňujícím kvalitu života osob se speciálními potřebami, bývá rovněž úroveň komunikačních schopností a jiných kompetencí, které umožňují sociální interakci s jinými lidmi (Vágnerová, 2004). Sociální interakce je oboustranný proces, tudíž v žádném případě nesmíme zapomínat na osobnost jedince se speciálními potřebami. Klíčovým faktorem může být úroveň jeho sebedůvěry a celkového sebepřijímání jedince. Proto Jesenský (2000) doporučuje cíleně motivovat osoby s postižením ke společenským aktivitám. Jejich zapojení do různých klubů či kurzů bezesporu přispívá ke zvyšování jejich sebevědomí, sebeúcty a celkové chuti do života. Za podstatné rovněž považuje nácvik specifických dovedností (např. sebeobsluha, manipulace s kompenzačními pomůckami, ovládnutí alternativních forem psaní a čtení, samostatný pohyb), které mohou přispět k dosažení větší míry soběstačnosti a ke vzrůstu celkové nezávislosti jedince. Na rozsáhlé možnosti intervenčních programů u různých skupin, včetně osob se speciálními potřebami, seniorů apod., upozorňuje zejména Krejčí et al. (2010). Kromě různých věkových skupin se autor zabývá i osobami se sociálním znevýhodněním, osobami s neinfekčními onemocněními a dlouhodobě nemocnými.

Konkrétní činitele ovlivňující kvalitu života popisují ve své publikaci také Vaďurová a Mühlpacher (2005). Uvádějí, že kvalita života osob s postižením bývá často ovlivněna nedostatkem vědomostí a negativními postoji jejich okolí. Tento fakt může mít za následek lhostejnost k osobám s postižením, v horším případě diskriminaci. Křížová (2005) v této souvislosti dodává, že klíčovými prvky kvalitního života jsou především vztahy, aktivita, přiměřené zdraví a uspokojené potřeby. Autorka považuje za primární sociální jednotku především rodinu, ale současně zdůrazňuje, že pokud ve vztazích

k lidem chybí vztahy mimo okruh příbuzenstva, není život vnímán jako kvalitní.

Pro kvalitu života dlouhodobě nemocných osob (např. onkologicky) může být určujícím faktorem jak kvalita vztahů s nejbližšími příslušníky rodiny (rodiči, sourozenci, prarodiči...), tak kvalita vztahů s vrstevníky (spolužáky, kamarády) v běžném sociálním prostředí. Zvláště pak u dětí jde o to, aby byl vliv nemoci a následků nemoci minimalizován tak, aby se život po vyléčení příliš nelišil od běžného života, aby byl pokud možno plnohodnotný a vyrovnával se normám zdravých vrstevníků (Koutecký, 2008). V neposlední řadě bývá významným faktorem ovlivňujícím život osob se speciálními potřebami také úroveň sociální opory, jež obecně zahrnuje interpersonální vztahy jedince, jeho vztah k sociálním institucím a sociálním normám. Má pozitivní vliv na proces přizpůsobování jedince a na zmírňování důsledků stresových událostí (Kožený & Tišanská, 2003). Dalším kritériem je také úroveň sociálních služeb, včetně sociálního zabezpečení (Payne, 2005).

### 7.4 Podpora APA na různých úrovních

Termín podpora pohybové aktivity definuje práce *Podpora pohybové aktivity pro odbornou veřejnost* (Kalman, Hamřík, & Pavelka, 2009). Dle těchto autorů se jedná o:

1. systémový nástroj facilitace behaviorálních změn úrovně pohybové aktivity obyvatel na individuální, komunální, regionální, národní i nadnárodní úrovni.
2. systémový nástroj prevence hromadných neinfekčních nemocí (NCD).

Definice vychází z paradigmatu Světové zdravotnické organizace, která definuje pohybovou aktivitu jako „jakoukoli aktivitu produkovanou kosterním svalstvem způsobující zvýšení tepové a dechové frekvence“ (WHO, 2003). V oblasti podpory pohybové aktivity tedy půjde o podporu celého spektra pohybových činností v řadě oblastí lidského konání – tělesná výchova, aktivní transport, tělocvičná rekreace, sport, aktivní hra, tanec či aktivní domácí práce. Pohybová aktivita může být součástí sportu, školních aktivit, dětské hry nebo chůze do školy (Brettschneider & Naul, 2004).

U osob se speciálními potřebami je v oblasti podpory pohybové aktivity nutné respektovat specifika jednotlivých znevýhodnění. Některé činnosti, které jsou v této oblasti efektivní u běžné populace, u osob se speciálními potřebami naprosto selhávají. Příkladem mohou být běžné marketingové a informační kampaně zaměřené na zvýšení úrovně pohybové aktivity a realizované prostřednictvím klasických médií. Drum et al. (2009) vymezili kritéria hodnocení podpory zdraví a pohybových aktivit dospělých osob se speciálními potřebami (hlavní akcent na osoby se zdravotním postižením):

- Podpora zdraví pro osoby se zdravotním postižením by měla obsahovat základní koncepční nebo teoretický rámec.
- Podpora zdraví pro osoby se zdravotním postižením by měla obsahovat kritéria hodnocení.
- Podpora zdraví pro osoby se zdravotním postižením by měla obsahovat návrh vhodných opatření (dle charakteru jednotlivých postižení) na základě výsledků sebraných dat.
- Osoby se zdravotním postižením, jejich rodiny a nestátní organizace by měly být zapojeny v rozvoji a implementaci programů podpory zdraví.
- Programy podpory zdraví pro osoby se zdravotním postižením by měly zvažovat specifika v oblastech psychických, sociálních i fyzických a respektovat individuální volbu zapojení se a účasti.
- Programy podpory zdraví pro osoby se zdravotním postižením by měly být programově, společensky a ekologicky přístupné.
- Programy podpory zdraví pro osoby se zdravotním postižením by měly být cenově dostupné pro ně, jejich rodiny nebo nestátní organizace.

Rovněž koncept, který je v oblasti veřejné politiky (např. obcí) v současné době běžně preferován, tedy vytvoření podmínek pro pohybovou aktivitu, selhává ve vztahu k osobám se speciálními potřebami a izolovaně nemůže mít ve zvýšení jejich účasti na pohybové aktivitě významný vliv. Alespoň v počáteční fázi účasti osoby se speciálními potřebami v pohybových aktivitách je nutná organizace nebo výraznější podpora. Příkladem vhodně realizované komplexní podpory je činnost Centra Paraple (Praha), Centra APA (Olomouc) nebo některých školských organizací v součinnosti s neziskovými organizacemi zřízenými z důvodu doplnění nabídky služeb pro osoby se speciálními potřebami (ZŠ Ukrajinská v Ostravě-Porubě; Obchodní akademie, odborná škola a praktická škola pro tělesné postižené Jánské Lázně – SK Akáda; SŠ, ZŠ a MŠ pro zrakově postižené Kamenomlýnská – SK Orbita;

Střední škola prof. Zdeňka Matějčka v Ostravě a spolupráce se sdružením ABAK – Počítadlo aj.). Jedním z nejužších propojení sociální oblasti a sportu je vznik sportovních klubů registrovaných u Českého hnutí speciálních olympiád při domovech pro osoby se zdravotním (nejčastěji s mentálním) postižením.

### **Nadnárodní úroveň**

Na nadnárodní úrovni řeší v oblasti veřejné politiky problematiku aplikovaných pohybových aktivit Světová zdravotnická organizace (WHO) a Organizace spojených národů (OSN), na evropské úrovni potom Evropská unie, přičemž zásadní strategické dokumenty na evropské úrovni jsou vydávány Evropskou komisí. Dále pak v této oblasti působí řada nestátních neziskových organizací, na globální úrovni například Globální hnutí pro pohybovou aktivitu (GAPA). Speciálně na problematiku aplikovaných pohybových aktivit je zaměřena Mezinárodní federace aplikovaných pohybových aktivit (IFAPA – International Federation of Adapted Physical Activity), založená v roce 1973 v Quebecu v Kanadě. Jedná se o nejuznávanější mezinárodní organizaci v oblasti APA s celosvětovou působností. Jejím cílem je mimo jiné podpora spolupráce v oblasti pohybových aktivit pro osoby se specifickými potřebami, podpora, propagace a koordinace vědeckého výzkumu a zkušeností z oblasti APA a aplikace výsledků výzkumu do dalších oblastí, jako je vzdělávání, rekreace a volný čas, rehabilitace a další. Na evropské úrovni působí Evropská federace aplikovaných pohybových aktivit (EUFAPA – European Federation of Adapted Physical Activity), jejíž činnost byla po krátkém útlumu obnovena v roce 2006 v Olomouci. EUFAPA je nejvýznamnější organizací v oblasti aplikovaných pohybových aktivit s mezinárodní účastí v Evropě. Je členem IFAPA, kde má i svého zástupce ve výkonném výboru.

Velmi důležitým dokumentem z pohledu APA na nadnárodní úrovni je **Úmluva o právech osob se zdravotním postižením**. Jedná se o strategický dokument, vytvořený v roce 2008 OSN, jehož smluvní stranou se ČR stala v roce 2009. Část tohoto dokumentu týkající se přístupnosti deklaruje nutnost toho, aby osobám se zdravotním postižením bylo umožněno žít nezávislým způsobem života a plně se zapojit do všech oblastí života společnosti. Článek 30 je pak věnován právu na kulturní život, rekreaci, volný čas a sport. S cílem umožnit osobám se zdravotním postižením podílet se na rekreační,

zájmové a sportovní činnosti na rovnoprávném základě s ostatními, dokument:

- podníti a podpoří co nejširší zapojení osob se zdravotním postižením do běžných sportovních aktivit na všech úrovních;
- 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, a to na rovnoprávném základě s ostatními;
- zajistí, aby osoby se zdravotním postižením měly přístup na sportoviště a do rekreačních a turistických zařízení;
- zajistí, aby děti se zdravotním postižením měly rovný přístup k účasti ve hře, k rekreačním, zájmovým a sportovním činnostem, včetně účasti na uvedených činnostech v rámci školy – jako ostatní děti;
- zajistí, aby osoby se zdravotním postižením měly přístup ke službám osob a institucí podílejících se na organizaci rekreační, turistické, zájmové a sportovní činnosti.

### **Evropská úroveň**

Evropská charta sportu pro všechny zdravotně postižené osoby (Štrasburk, 1987) se zavazuje provést nezbytné kroky pro to, aby příslušné orgány veřejné správy i soukromé organizace vzaly na vědomí přání i potřeby osob se zdravotním postižením z oblasti sportu a pohybové rekreace, včetně patřičného vzdělávání v dané oblasti. Je vyžadována podpora rozvoje sportu a rekreace osob s postižením jako nedílná součást zdravotní a sociální rehabilitace a jako její přirozené pokračování i vzhledem k obecnějšímu prospěchu. Jako nezbytnou součást rozvoje sportu a rekreace osob se zdravotním postižením se uvádí také výzkum, který vědecky zdůvodní či vymezí psychologický, fyziologický, sociální a další přínos sportu pro všechny věkové kategorie osob s postižením. Dle této normy je nutné podporovat vzdělávací instituce a úřady, aby zajišťovaly odpovídající a skutečnou tělesnou výchovu dětí se zdravotním postižením ve školách a zároveň aby instituce zajistily odpovídající přípravu pro všechny ty, kteří budou tyto děti učit.

Evropská charta sportu (Štrasburk, 2001) doporučuje přijmout opatření poskytující všem občanům možnost sportovat a případná další opatření umožňující skupinám osob zdravotně nebo sociálně znevýhodněným či zdravotně postiženým plně těchto možností využívat.

Doporučení Rady ministrů členských zemí EU (ze dne 30. 4. 2003) ve svém prvním bodě uvádí způsoby, kterými lze zlepšit tělesnou výchovu pro děti a mládež, včetně dětí a mládeže se zdravotním postižením nebo zdravotním či sociálním znevýhodněním.

### Národní úroveň

Na národní úrovni řeší problematiku aplikovaných pohybových aktivit jednak Ministerstvo školství ČR, dále pak Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, které koordinuje komplexní rehabilitaci u osob se speciálními potřebami (Hamřík, Ješina, & Kalman, 2011).

V rámci vysokých škol se jedná především o Katedru aplikovaných pohybových aktivit (oddělení Centrum aplikovaných pohybových aktivit odpovědné za spolupráci s externími subjekty) na Fakultě tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci. Zde je možné studovat obor *aplikovaná tělesná výchova* (ATV), který se primárně orientuje na oblast školství a vzdělávání, a obor *aplikované pohybové aktivity* (APA), zaměřený na volnočasové aktivity a poradenství. Z nevládních neziskových organizací se této problematice věnují například Česká asociace aplikovaných pohybových aktivit (ČAAPA). Ta propaguje a rozšiřuje vědomosti, zkušenosti a výsledky vědeckého bádání v oblasti aplikovaných pohybových aktivit a kinantropologie a jejich praktické aplikace ku prospěchu všech osob. Přestože sdružení podporuje pohybové aktivity pro všechny osoby se specifickými potřebami, speciálně zaměřuje svoje programy a aktivity na osoby se zdravotním postižením či znevýhodněním, jejichž účast v pohybových aktivitách ovlivňují různé limity. Mezi cíle sdružení patří propagace, podpora a koordinace odborných šetření ve spojení s uplatněním zkušeností z oblasti aplikovaných pohybových aktivit (APA) v praxi v České republice i Evropě a podpora aplikace výzkumů v různých praktických oblastech: výchova a vzdělání, inkluze, trénink, rekreace, volný čas. Dále pak zpřístupňování informací a poznatků oblasti APA a praktických zkušeností všem zainteresovaným jednotlivcům, organizacím či zařízením a podpora národní i mezinárodní spolupráce v oblasti aplikovaných pohybových aktivit (ČAAPA, 2011).

Významným dokumentem byl Národní program rozvoje sportu pro všechny, schválený usnesením vlády č. 17 ze dne 5. ledna 2000. Hlavním cílem bylo postupně změnit společenské i materiální podmínky ve prospěch celoživotního aktivního využívání účinných a bezpečných forem pohybo-

vých aktivit nepoškozujících životní prostředí pro co největší počet občanů, včetně osob se speciálními potřebami. Z pohledu zdravotnické politiky je zásadním dokumentem, schváleným vládou ČR v roce 2002 *Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR: Zdraví pro všechny v 21. století*, který je v souladu se zmiňovanými dokumenty a strategiemi Světové zdravotnické organizace.

Pokud se zaměříme na zákony a legislativu ČR v této oblasti, musíme citovat zákon o podpoře sportu. Zde se zákonodárci vyjadřují k úkolům zřizovatelů škol (tedy krajů a obcí), kde kromě jiného uvádí § 5 úkoly krajů (kraje ve své samostatné působnosti vytvářejí podmínky pro sport, zejména zabezpečují rozvoj sportu pro všechny a přípravu sportovních talentů, včetně zdravotně postižených občanů) a § 6 úkoly obcí (obce ve své samostatné působnosti vytvářejí podmínky pro sport, zejména zabezpečují rozvoj sportu pro všechny a přípravu sportovních talentů, včetně zdravotně postižených občanů). Dalším významným strategickým dokumentem na národní úrovni je Národní akční plán inkluzivního vzdělávání 2010. Jedná se strategický dokument MŠMT ČR. Základním cílem akčního plánu je zvýšit míru inkluzivního pojetí vzdělávání v českém vzdělávacím systému (Hamřík, Ješina, & Kalman, 2011).

### **Krajská a regionální (komunální) úroveň**

Dle WHO (2006) jsou to místní samosprávy, kdo sehrává klíčovou úlohu při vytváření prostředí podporujícího příležitosti pro pohybovou aktivitu obyvatel a aktivní životní styl. Vedoucí představitelé měst a další kompetentní pracovníci se mohou zasadit o tvorbu podmínek a zavádění opatření, která podporují aktivní životní styl všech občanů (Hamřík & Kalman, 2011).

V oblasti plánování a implementace strategií zaměřených na aktivní životní styl a podporu pohybové aktivity v obcích musí hrát hlavní roli vedoucí představitelé obcí a příslušné odpovědné odbory, nezbytná je ale i spolupráce partnerů ze soukromého a občanského sektoru (Edwards & Tsouros 2006).

Programy pro aktivní trávení volného času s využitím pohybových aktivit jsou pro osoby se speciálními potřebami v ČR realizovány zejména prostřednictvím neziskového sektoru. V některých státech Evropské unie je však podpora neziskového sektoru výrazně systémovější a smysluplnější. Např. podpora organizací zabývajících se pohybovými aktivitami osob se speciálními potřebami v Irsku je příkladná. Přesto zbývá prostor i pro regionální

neziskové organizace s celospolečenskou podporou (nikoliv pouze finanční). Modely ve skandinávských zemích zase představují propojení volnočasových pohybových aktivit a rehabilitace (např. Malmö ve Švédsku nebo Beitostolen v Norsku). Zajímavým příkladem pak je Finsko (Pátek, Huovinen, Ješina, & Hanelová, 2013), kde historicky vznikla hromadná iniciativa větších obcí, které po vzoru města Jyväskylä zřizují odbory pro pohybové aktivity (sport – nemyšleno výkonnostní, ani vrcholný). Tyto odbory zabezpečují APA nejen osobám se zdravotním postižením, ale všem osobám, které jsou ohroženy sociální exkluzí (matky samoživitelky, senioři, žadatelé o azyl, osoby bez domova a s nižší sociálně-finanční úrovní apod.). Tyto odbory pak koordinují, ale i realizují každodenní programy v prostorách zřízených obcí (v našich podmínkách např. městská hřiště, sportovní haly, školy) v nejtěsnější spolupráci s neziskovým sektorem a nejrůznějšími sdruženími zřízenými obcí (u nás např. kluby seniorů).

### 7.5 Outdoorové integrované kurzy

Cílem této studie bylo popsat český přístup k integrovaným outdoorovým kurzům a zjistit, zda tento přístup může být využit také v kontextu školní tělesné výchovy.

#### Historie integrovaných outdoorových kurzů v ČR

Prázdninová škola Lipnice je samostatné zájmové občanské sdružení, zaměřené na přípravu a realizaci vícedenních kurzů a seminářů. Prázdninová škola Lipnice (PŠL), člen mezinárodní organizace Outward Bound, v letech 1996, 1997 a 1998 nabízela dva kurzy zaměřené na integraci. Byly to programy Mosty a Seminarium. „Myšlenka kurzu pro tělesně postižené v prázdninovce tak nějak latentně dřímala, čas od času ji někdo vytáhl, ale jelikož jsme o tom tématu většinou věděli houby, tak zase zapadl. Na instruktorském kurzu v sezoně 1992/93 ji vytáhl Milan Hanuš v rámci přípravy předmětu ‚projekt vlastního kurzu‘... Tehdy se tenhle zápočtový projekt předkládal v malých týmech, no a s Milanem jsme se v tom týmu octli já Světlá Horáková a Anička Rumianová,“ (Beneš, 2003) V roce 1994 byl uspořádán první kurz, nazvaný Mosty. Tento název symbolizuje pomyslný most, který se



v průběhu kurzu vytváří mezi osobami bez postižení (choďáky) a osobami na vozíku (cyklisty). Poměr účastníků byl stanoven na jeden ku dvěma, tedy jedna osoba na vozíku na dva chodící (Kudláček, 1997). Účastníci Mostů pocházeli z různých regionů. Jedinou podmínkou pro přijetí na kurz byl věk od 17 do 25 let a schopnost samostatného pohybu na mechanickém vozíku.

Na kurz Mosty navázal dceřiný kurz Seminarium, který měl premiéru v roce 1996. Tento kurz byl určený převážně učitelům základních, středních i speciálních škol, studentům pedagogických fakult a jiným pedagogickým pracovníkům, kteří se snaží nebo uvažují o začlenění dětí s postižením do svých tříd a skupin. Seminarium navazuje na zkušenosti z Mostů a nabízí zajímavou integrační metodiku, kterou lze uplatnit v různých formách pedagogického procesu. Zrodila se tak myšlenka uspořádat kurz pro postižené lidi a pedagogy (učitele, vychovatele, vedoucí skautů atd.).

*Když se nám podaří zažehnout doutnající plamínky, když je nakazíme naším posláním, když jim umožníme zažít intenzivní setkání se sebou samým a s různými lidmi v krásném inspirativním prostředí, vytvoříme podmínky k tomu, aby se nastartoval proces společné spontánní tvořivosti. Pak nám toto společenství umožní udělat ten pomyslný krok dál, protože výchova není nikdy jednostranným procesem. Vždy jde o působení oboustranné. Všichni ti učitelé, vychovatelé (v našem případě už účastníci) budou mít příležitost pohlédnout na mnoho věcí z jiného úhlu a v kontextu mnoha dalších souvislostí. Za druhé, a to je také velmi významné, budou si moci znovu zažít opačnou roli v procesu výchovy – být žákem. Je dobré jednou za čas se dostat na druhou stranu katedry, mít možnost nejen dávat, ale také přijímat.* (Magerová, 1998, 11).

Seminarium se konalo ještě v letech 1997 a 1998. Na Seminariu 1997 byla poprvé zbourána bariéra typu postižení, když se jej účastnil jeden nevidomý klient a v týmu byl sluchově postižený instruktor (Svoboda, 1999). Seminariu 1998 neslo také podtitul Vzájemná integrace zdravotně (ne)postižených. Zajímavé ohlédnutí nad kurzy Mosty a Seminarium se zamyšlením napsal Vojta Svoboda (1999): „Jestli Mosty a Seminarium...tím, že ve svém názvu deklarují integraci, tak ji zřejmě porušují a odrazují spoustu potenciálně zajímavých účastníků... Prostě by tu integraci kurz neměl mít v **první** linii, ale pouze jako přirozenou součást.“ Završením dosavadních snah o zpřístupnění kurzů PŠL osobám se zdravotním postižením byl kurz Fenix, který se uskutečnil pod vedením Vojty Svobody v roce 1999. Z pohledu integrovaného kurzu je nejvýznamnějším faktorem navázání na předchozí myšlenku o in-

tegraci „až“ v druhé linii. „...je potřeba Mosty a Seminarium spálit a z jejich popela vystavět kurz nový.“ (Svoboda, 1999) O integraci se tedy v prvním plánu nemluvilo, resp. pouze v kratičké poznámce: Kurz je otevřen i lidem se zdravotním postižením.

Na integrované zážitkové kurzy PŠL, které skončili kurzem Fenix, navázalo občanské sdružení Užitečný život. Užitečný život (UŽ) je občanské sdružení podporující osobní rozvoj mladých lidí bez ohledu na zdravotní postižení. UŽ pořádá zážitkové kurzy otevřené lidem s postižením; víkendové až týdenní výlety za kulturou, přírodou a pohodou v integrované skupině; integrované sportovně-turistické akce; nezávislé cestování i kurzy na objednávku neziskových organizací. UŽ vznikl v roce 1991 za účelem vytvoření organizačního zázemí skupinám nadšených mladých lidí, kteří jezdili do lázní Železnice poblíž Jičína připravovat tamějším malým pacientům, dětem s dětskou mozkovou obrnou (DMO), program, který by byl hodnotnou náplní jejich volného času během lázeňského pobytu (Krump, 2004). Zaměření Užitečného života se výrazně změnilo v roce 1997, kdy hlavní aktéři Evka Reitmaierová a Lukáš Krump, motivováni kurzy PŠL Mosty a Semináriem, přebírají štafetu metodiky PŠL v zážitkových kurzech. V současnosti organizuje UŽ jeden „velký“ letní a zimní kurz a celou řadu kratších programů od raftů, přes koně, putování přírodou. UŽ má vlastní systém výchovy instruktorů. Bez váhání můžeme říci, že UŽ je v současnosti u nás největším specialistou na integrované kurzy a o integraci nemluví, ale naplňují její ideje.

Jak tedy přistoupit k fenoménu integrace na kurzech či aktivitách zážitkové pedagogiky. V současnosti není většina aktivit v ČR otevřena osobám se zdravotním postižením. Sugerman (2001) tvrdí, že ani v zahraničí není většina programů integrovaných. Herbert (2000) zjišťoval přesvědčení ředitelů outdoorových center v USA týkající se integrace v jejich programech. Většina odpovědí týkajících se připravenosti center a možnosti začlenění klientů se ZP byla velmi neutrální (mezi „částečně souhlasím“ a „nejsem si jist“). Hromádková (2003) ve své diplomové práci zdůraznila, že pro úplnou integraci je nutno zodpovědně připravit kurz ve vztahu k možnostem účastníků se ZP. V programech GO je specifický fakt, že o charakteru účastníků (z pohledu postižení) se tým dozvídá asi měsíc před kurzem, kdy už je kurz do velké míry připraven a kdy je již také zamluvený objekt. Právě charakter objektu a jeho bariérovost, resp. bariérovost okolí je důležitou determinantou úspěšnosti integrace.

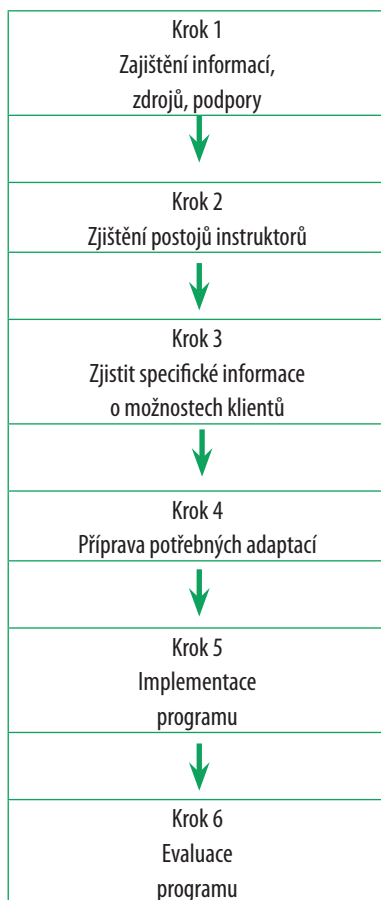
Je pravdou, že architektonické bariéry jsou do jisté míry odrazem stavu přístupnosti ve společnosti a skupině mohou poskytnout prostor pro týmovou spolupráci a hledání míry chtěné (nechtěné) pomoci. Jsme přesvědčeni, že přístupnost prostředí pro většinu aktivit je důležitou „přísadou“ úspěšných kurzů, kde jsou integrováni jedinci s tělesným postižením. Občasné bariéry a jejich překonávání může být využito účelově: „Tím, že člověk bez postižení pomůže člověku s postižením překonat určitou překážku a získá tak možnost být s ním v bližším kontaktu, odbourává zároveň sám v sobě překážky a předsudky k handicapu. Pro člověka s handicapem představuje překonání překážky způsob, jímž se rozšíří pole jeho možností a schopností (Užitečný život, 2004).

### **Postup přípravy integrovaných kurzů**

V současnosti v České republice neexistuje univerzální model postupu při snahách o začlenění jedinců se ZP do outdoorových programů. Z těchto důvodů saháme po inspiraci v zahraničí, kde se s touto problematikou setkávají již déle. Sugerman (2001) navrhla následující konstrukt adaptace programu v 6 krocích (viz tabulka 15). Výchozím bodem je informace, případně rozhodnutí, že se programu budou účastnit osoby se ZP. První přirozenou otázkou často bývá: Co o nich vlastně víme?

**1. Zajištění informací, zdrojů, podpory:** V prvním kroku bychom doporučili spojit se s organizacemi, institucemi či odborníky v dané oblasti. Je možné kontaktovat občanské sdružení Užitečný život, které se nyní podobným programům věnuje asi nejvíce. Je také možné se spojit s některými členy týmů integrovaných kurzů (Mosty, Seminarium či Fenix), případně kontaktovat pracovníky FTK UP Olomouc či FTVS Praha. Literárním zdrojem inspirací může být z českých titulů publikace *UŽ* (2000) průvodce *Rodina a škola, volná čas a integrace mladých lidí s tělesným postižením* (přístupný na [www.uzitecny-zivot.cz](http://www.uzitecny-zivot.cz)) či diplomová práce Moniky Hromádkové (2003, FTK UP Olomouc).

Tabulka 15 Model facilitace integrace v outdoorových programech (Sugerman, 2001).



- 2. Zjištění postojů instruktorů:** Ve druhém kroku je vhodné zjistit, jaké přesvědčení mají instruktoři ve vztahu k osobám s různými typy postižení. Mají strach? Lituji je? Znají někoho s postižením? V případě zjištění potřeb je možno připravit pro instruktory setkání s osobami s postižením s rozhovory a možným vyzkoušením simulačních aktivit na vozíku či s šátkem na očích.
- 3. Zjistit specifické informace o možnostech klientů:** Při vlastním plánování programů (kurzu) je vhodné mít co nejpřesnější informace o možnostech (limitech) klientů, kteří budou součástí integrované skupiny. Většina organizací má své vlastní zdravotní dotazníky, kde zjišťují specifické zdravotní potřeby klientů. Tyto je možné doplnit o otázky směřované k předchozím

zkušenostem účastníků ve vztahu k různým aktivitám, pohybu v určitém prostředí apod.

4. **Příprava potřebných adaptací:** Samotným adaptacím se budeme věnovat později v článku. Je důležité si uvědomit, že můžeme modifikovat prostředí, pomůcky, pravidla, charakter družstev při soutěžních aktivitách. V zásadě můžeme mít zapojení do aktivit plně v rámci skupiny (bez explicitního vymezení role klienta se ZP v rámci skupiny), zapojení do aktivit v rámci skupiny se specifickým úkolem, paralelní účast na aktivitě či oddělenou aktivitu sám nebo s asistentem.
5. **Implementace a evaluace programu:** Podle charakteru kurzů, resp. programů je možné zapojit účastníky se ZP v různé míře (viz výše). Evaluace a využití zpětné vazby je jedním ze základních atributů programů zážitkové pedagogiky. Z hlediska integrace je vhodné evaluovat, kde se nám podařilo naplnit myšlenku integrace a naopak kde je prostor ke zlepšení. Kvalitní evaluace může také přispívat k lepšímu plánování dalších integrovaných projektů.

### Aktivity využívané na integrovaných kurzech

Tým instruktorů Mostů, Seminaria a dalších kurzů vytvořil a modifikoval mnoho specifických aktivit, které jsou zaměřeny na aktivní zapojení všech (tedy osob na i bez vozíku). Zmíněné integrační kurzy začínají více či méně strukturovanými úvodními aktivitami, které jsou zvané Icebrakery a dynamicsy. Aktivitou specifickou pro integrované kurzy je tzv. autoškola (Magerová, 1998). Tato aktivita je zaměřena na seznámení se s vozíkem. Účastníci na vozíku se stávají instruktory a seznamují ostatní se základními technikami jízdy. Všichni se tedy učí, jak přejet terénní nerovnosti, překonat práh, sesednout či nasednout na vozík a také jak pomoci do schodů, ze schodů a na nerovném terénu. Mnozí účastníci si vozík tak oblíbili, že na něm potom strávili většinu volného času. Například na Mostech 1995 bylo k dispozici asi deset vozíků (sportovní typy), které byly využity pro mnohé aktivity a také ve volném čase. Tyto vozíky byly na kurzy zapůjčeny Ligou za práva vozíčkářů (Kudláček, 1997).

Velmi důležitou součástí kurzu je „fyzické seznámení s ortopedickým vozíkem“. Například na začátku kurzu mohou být účastníci překvapeni velkými závody „Le Mans“. Jan Nouza (1996, 8) o nich napsal: „Jezdí se časně ráno, kdy slunce juká přes štítý chalup a utěrkou mlhy leští rosu v trávě.

Po dvou třech hodinách se ,vyštaví všichni – a taky je to náramně spojí. Jeden z chodáků tenhle zážitek komentoval: ,Po autoškole to ještě nic nebylo. Sice jsem se něco naučil, ale až po Le Mans jsme byli jako jeden člověk.‘... Oškubat člověka na holou podstatu osobnosti. Přimět jej, aby si dobrovolně ,hrábnul na dno sil‘, to je účel řady her. Orvávačky mají jasný dramaturgický záměr – dát podnět k rozvoji osobnosti.“

## Závěr

Většina her se dá modifikovat tak aby se jich ve větší či menší míře mohli účastnit i osoby, které se hůř pohybují, nevidí a nebo neslyší. Je škoda, že v nejznámějších českých publikacích (Hrkal & Hanuš, 1998; Janda, 2002; či Neuman, 1998) není této problematice věnován prostor. Na druhé straně nás potěšilo, že v nové edici Zlatého fondu her jsou fotky z integrovaných kurzů, a čtenář může být aspoň takto inspirován k zamyšlení nad možnostmi modifikace jednotlivých aktivit.

Pohybové hry na integrovaných kurzech s vozíčkáři by se daly rozdělit z hlediska začlenění osob na vozíku do několika skupin: a) všichni účastníci používají ortopedický vozík; b) společná činnost vozíčkářů s ostatními; c) doplňkové aktivity, kde vozíčkáři plní určité specifické úkoly. V některých aktivitách jsou na vozíku prostě všichni. Mezi tyto patří například Kokosy v pralese (modifikovaný basketbal na vozíku), či výše zmíněná Le Mans. V některých aktivitách sice nejsou na vozíku všichni, ale na vozících soutěží také mnoho chodících. Potom jsou také aktivity, kdy skupina postupuje spolu, plní určité úkoly a získává body. V nich o úspěšnosti skupiny nerozhoduje pouze její rychlost, ale také kvalita splněných úkolů a týmová spolupráce. Mezi ně patří například Pevnost Boyard, Cesta do pravěku, či Camel trophy. Poslední skupinu tvoří aktivity, v nichž mají účastníci na vozíku specifické úkoly, jiné než chodící. Cyklisti (osoby na vozíku) například řeší složité hlavolamy, zatímco jejich kolegové běhají po lese a plní různé úkoly. Mezi tyto hry patří například Letiště. Většinu aktivit však není potřeba nikterak upravovat. Při divadle, komunikačních i výtvarných dílnách či poslechových večerech vozík nijak neovlivňuje úspěšné začlenění. Na Mostech má své místo také zdravotní pracovník (většinou fyzioterapeut). Tempo kurzu je trochu pozvolnější, aby účastníci měli dostatek prostoru pro osobní hygienu a odpočinek. Po nahlédnutí na kurz Mosty můžeme konstatovat, že zde dochází k tzv. koadaptačnímu druhu integrace, mezi jehož hlavní charakteristiky patří to, že integrace je zde vztahem partnerství a je hodnotou, která je vytvořena jak z hodnoty minority, tak také z hodnot majority (Jesenský, 1998).

Jak jsem se již zmínil, můžeme modifikovat prostředí, pomůcky, pravidla, složení týmů a mnohé další. V našich modifikacích se snažíme hru přizpůsobit tak, abychom nikoho apriori nevyřadili ze hry. Je-li aktivita soutěžního charakteru v prostředí, které není ideálně přístupné, musíme zvážit roli klienta se ZP, který by mohl skupinu „zdržovat“. Můžeme tedy zvolit cestu, která se dá „s asistencí“ zdolat, příp. určit specifické úkoly pro ty, kteří jsou pomalejší než ostatní. Můžeme také stanovit podmínku, že tým musí být na určitých stanovištích pohromadě apod. V modifikaci vycházíme z individuálních potřeb klienta, popř. můžeme využívat postižení jako přednosti. Můžeme například mít všechny účastníky na vozících nebo se šátky na očích. Můžeme také použít speciálních pomůcek, jako jsou sedačky do lodí nebo zvukové majáky, lanové překážky pro vozíčkáře, terénní vozíky, případně lyže či sněžnice. Pro více konkrétních nápadů nahlédněte v rubrice Inspirovat na modifikace her zpracované v DP Moniky Hromádkové (2003). Další inspirace můžete získat u instruktorů UŽ, Mostů, Seminaria a Fenixe.



## Resumé

Tato publikace si klade za cíl představit, na základě relevantních teorií a výzkumných studií, koncept integrace a společných programů osob se zdravotním postižením v kontextu tělesné výchovy, sportu a rekreace. Tato publikace vychází ze zaměření našeho pracoviště, z výzkumného záměru řešeného na Fakultě tělesné kultury UP, několika na sebe navazujících projektů IGA (Interní grantové agentury) a 4 rozvojových projektů evropských strukturálních fondů, přičemž z jednoho z těchto projektů (CZ.1.07/2.2.00/15.0336 – Příprava pro tělesnou výchovu osob s postižením) jsme čerpali prostředky na přípravu a tvorbu této publikace. V zemích západní Evropy a severní Ameriky tvoří osoby se zdravotním postižením zhruba 10 % populace, což znamená signifikantní část populace, která má nižší míru zapojení do pravidelných pohybových aktivit, nižší míru tělesné zdatnosti a mnohdy také nižší vnímanou kvalitu života. Ve světle těchto zjištění se v této odborné publikaci zaměříme monotematicky na fenomén integrace osob se zdravotním postižením v této oblasti. Na začátku práce vymezujeme terminologicky, teoreticky problematiku zdravotního postižení a jinakosti s využitím modelu ICF 2001. Definujeme problematiku postojů ve vztahu k integraci a detailně se věnujeme výzkumným šetřením a možnostem využití v rámci teorie plánovaného chování a kontaktní teorie. V oblasti integrace ve školní TV se věnujeme popisu stávajícího stavu, názorům učitelů TV na integraci a návrhům na řešení této problematiky, včetně popisu výstupů mezinárodního projektu EIPET (European Inclusive Physical Education Training). V oblasti integrace ve sportu a pohybové rekreaci se věnujeme popisu tohoto fenoménu s cílem stimulovat další výzkumy a rozvoj v těchto oblastech.



## Summary

This publication aims to introduce the concept of inclusion in physical activities (physical education, recreation and sport) within frameworks of relevant theories and research studies. This book is the outcome of line of research in our department as well as research project of Faculty of Physical Culture PU Olomouc, several research project funded by IGA (PU internal grant agency) and four European projects, one of which provided funding for the work and publishing of this book (CZ.1.07/2.2.00/15.0336 – Preparation for physical education of persons with disabilities). We focus on phenomenon of inclusion in physical activities and start the book with defining the current situation in the Czech Republic, relevant terminology and theories including ICF 2001 model. We define the concept of attitudes related to inclusion of persons with disabilities in PE, sport and recreation. We focus predominantly on research and developments within the framework of theory of planned behavior and contact theory. We present current situation and beliefs of physical educators and provide some solutions based on our research finding. Furthermore we present the outcome of project titled European Inclusive Physical Education Training (EIPET). In the area of inclusion in sport and recreation we describe related issues with the aim of further research and developments.



## Referenční seznam

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179–211.
- Ajzen, I. (2000). *Construction of a standard questionnaire for the theory of planned behavior*. Unpublished manual for construction of questionnaire.
- Akseliuk, M. (1996). *Power therapy*. Seattle, WA: Hogrefe & Huber.
- Allport, G. W. (1935). Attitudes. In C. Murchinson (Ed.). *A handbook of social psychology* (798–844). Worcester, MA: Clark University Press.
- Bartoňová, R., & Ješina, O. (2011). *Individuální vzdělávací plán ve školní tělesné výchově*. Olomouc: UP v Olomouci.
- Bartoňová, R., Kudláček, M., & Bressan, L. (2007). Attitudes of future physical educators toward teaching children with disabilities in physical education in the Republic of South Africa. *Acta Universitatis Palackianae Olomucensis Gymnica*, 37(4), 69–75.
- Beyer, S., Brown, T., Akandi, R., & Rapley, M. (2010). A Comparison of Quality of Life Outcomes for People with Intellectual Disabilities in Supported Employment, Day Services and Employment Enterprises. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 23(3), 290–295.
- Blahutková, M. (2007). *Psychomotorika*. Brno: Masarykova univerzita.
- Blahutková, M., Kopřivová, J., & Klárová, R. (1993). *Psychomotorika*. Brno: CDVU MU.
- Block, M. (1994). *A teacher's guide to including students with disabilities in regular physical education*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
- Block, M. E. (1995). Development and validation of the children's attitudes toward integrated physical education-revised (CAIPE-R) inventory. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 12, 60–77.
- Block, M. (2007). *A teacher's guide to including students with disabilities in regular physical education*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
- Bloom, J. R., Petersen, D. M., & Kang, S. H. (2007). Multi-dimensional quality of life among long-term (5+ years) adult cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 16, 691–706.
- Börjesson, M., Assanelli, D., Carré, F., Dugmore, D., Panhuyzen-Goedkoop, N. M., Seiler, Ch., Senden J., & Solberg, E. E. (2006). ESC Study Group of Sports Cardiology: recommendations for participation in leisure-time physical activity and competitive

- sports for patients with ischaemic heart disease. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 13(2), 137–149.
- Brannon, L., & Fiest, J. (1997). *Health Psychology*. New York: Books-Cole Publishing Company.
- Brettschneider, W. D., & Naul, R. (2004). *Study on young people's lifestyles and sedentariness and the role of sport in the context of education and as a means of restoring the balance*. Paderborn: University of Paderborn.
- British Medical Association (1993). *The morbidity and Mortality of the Medical Profession – a Literature Review and Suggestions for Future Research*. London: BMA.
- Brown, I., & Brown, R. I. (2003). *Quality of life and disability*. London, New York: Jessica Kingsley Publishers.
- Brychnáčová, E. (2007). *Enviromentální a mediální výchova ve vzdělávací oblasti Člověk a zdraví*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Břicháček, V., & Habermannová, M. (Eds.). (2007). *Studie z psychologie zdraví*. Praha: Ermat.
- Cadmus, L. A., Salovey, P., Yu, H., Chung, G., Kasl, S., & Irwin, M. L. (2009). *Psychology-Oncology*, 18, 343–352.
- Campbell, S. B. (1995). Behavior problems in preschool children: a review of recent research. *The Journal of Child Psychology and Psychiatr*, 36(1), 113–149.
- Cummins, R. A. (1997). *Comprehensive quality of life seale-school version*. Melbourne: School of psychology, Deakin University.
- DePauw, K. P., & Goc Karp, G. (1990). Attitudes of selected college students toward including disabled individuals in integrates settings. In G. Doll-Tepper, C. Dahms, B. Doll, & H. von Selzman (Eds.). *Adapted Physical Activity* (149–158). Berlin: Springer Verlag.
- Dobrá, L., & Souček, O. (2003). *Pedagogická kinantropologie 2003*. Praha: Karolinum.
- Dolejší, M. (1978). *K otázkám psychologie mentální retardace*. Praha: Avicenum.
- Downs, P., & Williams, T. (1994). Student attitudes toward integration of people with disabilities in activity settings: A European comparison. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 11, 32–43.
- Dragomirecká, E., & Škoda, C. (1997). Měření kvality života v sociální psychiatrii. *Česká a Slovenská psychiatrie*, 93(2), 25–27.
- Drum, Ch. E., Peterson, J. J., Culley, C., Krahn, G., Heller, T., Kimpton, T., McCubbin, J., Rimmer, J., Seekins, T., Suzuki, T., & White, G. W. (2009). Guidelines and Criteria for

- the Implementation of Community-Based Health Promotion Programs for Individuals With Disabilities. *The science of health promotion*, 24(2), 93–101.
- Edwards, P., & Tsouros, A. (2006). *Promoting physical activity and active living in urban environments: The role of local government*. Copenhagen: WHO.
- Eis, E. (1986). *Ortopedie pro speciální pedagogy*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- English, H. B., & English, A. C. (1958). *A comprehensive dictionary of psychological and psychoanalytic terms*. New York: David McKay Company.
- Fahey, T., Maitre, B., & Whelan, C. (2004). *Quality of life in Europe*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Fejgin, N., Talmor, R., & Erlich, I. (2005). Inclusion and burnout in physical education. *European Physical Education Review*, 11(1), 29–50.
- Filipec, J., Daneš, F., Machač, J., & Mejstřík, V. (2005). *Slovník spisovné češtiny pro školu a veřejnost*. Praha: Academia.
- Folsom-Meek, S. L., Nearing, J. R., Groteluschen, W., & Krampf, H. (1999). Effects of academic major, gender, and hands-on experience on attitudes of preservice professionals. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 16, 389–402.
- Gillberg, Ch., & Peeters, T. (2003). *Autismus – životní a výchovné aspekty*. Praha: Portál.
- Goodlad, S., & Hirst, B. (1989). *Peer tutoring. A guide to learning by teaching*. New York: Nichols Publishing.
- Górny, M. (2008). The assessment of the aesthetics of the movement at children with visual impairment. *EUCAPA*, Torino, pp. 126.
- Hamřík, Z., Ješina, O., & Kalman, M. (2011). Národní úroveň. In O. Ješina, Z. Hamřík, et al. *Podpora aplikovaných pohybových aktivit v kontextu volného času* (pp. 45–50). Olomouc: UP v Olomouci.
- Hamřík, Z., & Kalman, M. (2011). Krajská a obecní úroveň. In O. Ješina, Z. Hamřík, et al. *Podpora aplikovaných pohybových aktivit v kontextu volného času* (pp. 50–51). Olomouc: UP v Olomouci.
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Hnilicová, H., & Bencko, V. (2005). Kvalita života – vymezení pojmu a jeho význam pro medicínu a zdravotnictví. *Praktický lékař*, 85(11), 656–660.
- Hodge, S.R., & Jansma, P. (1999). Effects of contact time and location of practicum experiences on attitudes of physical education majors. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 16, 48–63.

- Horák, J. (1997). *Škola a hodnotová orientace dětí a mládeže*. Liberec: Technická Univerzita v Liberci.
- Hošek, V. (2001). Pohyb kvalitu života. *Psychologie dnes*, 7(6), 18.
- Hrubý, J. (1997). *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu – 1. díl*. Praha: FRPSP.
- Huberty, J. L., Vener, J., Waltman, N., Ott, C., Twiss, J., Gross, G., McGuire, R., & Dwyer, A. (2009). Development of an Instrument to Measure Adherence to Strength Training in Postmenopausal Breast Cancer Survivors. *Oncology Nursing Forum*, 36(5), 266–273.
- Hutzler, Y. (2002). APA in social environments. *Thenapa (CD). Inclusion and Integration through Adapted Physical Activity*.
- Hutzler, Y., & Sherrill, C. (1999). Disability, physical activity, psychological well being and empowerment: A life span perspective. In R. Lidor & M. Bar-Eli (Eds.), *Sport psychology: Linking theory and practice* (pp. 281–300). Morgantown, WV: Fitness Information Technology.
- Jančíková, A., & Pádívý, M. (2011). Vozekov a survival pro vozíčkáře. In A. Vyskočilová (Ed.), *1. česká národní konference aplikovaných pohybových aktivit* (p. 15). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Janečka, Z. (2004). *Úvod do motorické kompetence jinak zrakově disponovaných dětí mládeže v období prepubescence a pubescence*. Disertační práce, Univerzita Palackého, Fakulta tělesné kultury, Olomouc.
- Jánský, P. (2007). *Vliv kvalifikace a pracovní uplatnitelnosti na kvalitu života zrakově postižených, zejména v oblasti jejich společenského statutu a sociální interakce*. Disertační práce, Jihočeská univerzita, České Budějovice.
- Jelínková, M. (1999). *Autismus I. Problémy komunikace dětí s autismem*. 1. vyd. Praha: IPPP ČR.
- Jesenský, J. (2000). *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. Praha: Karolinum.
- Ješina, O. (2007). *Aplikované pohybové aktivity v zimní přírodě*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Ješina, O. (2008). APA osob s mentálním postižením v zimní přírodě. In O. Ješina, Z. Janečka, et al. *Aplikované pohybové aktivity v zimní přírodě II* (pp. 55–60). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Ješina, O. (2008). Kompetentnost absolventů studijního oboru aplikovaná tělesná výchova ve vztahu k pedagogickým profesím. In M. Kudláček & T. Vyskočil (Eds.), *Integrace Jiná cesta II*. (pp. 20–30).



- Ješina, O. (2010). *Vztah žáků romského etnika k tělocvičným aktivitám*. Disertační práce, Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta tělesné kultury, Olomouc.
- Ješina, O. (2013). Pohybové aktivity jako součást wellness osob se zdravotním postižením. In M. Krejčí. *Konference wellness 2013*. Praha: Palestra.
- Ješina, O., & Kudláček, M. (2009). Modifikace pohybových aktivit pro participaci dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením v integrované školní tělesné výchově. *Speciální pedagogika*, 19(3), 227–237.
- Ješina, O., Kudláček, M., et al. (2011). *Aplikovaná tělesná výchova*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Ješina, O. & Váľková, H. (2013). Aplikované pohybové aktivity osob s mentálním postižením. In M. Kudláček (Ed.). *Základy aplikovaných pohybových aktivit*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Ješina, O., Vyhlídal, T., Rybová, L., & Kučera, M. (2011). Zdraví a kvalita života osob se speciálními potřebami. In O. Ješina, Z. Hamřík, et al. *Podpora aplikovaných pohybových aktivit v kontextu volného času* (pp. 25–40). Olomouc: UP v Olomouci.
- Kábele, F. (1988). *Tělesná výchova mládeže vyžadující zvláštní péči*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- Kábele, F. (1992). *Somatopedie*. Praha: Univerzita Karlova.
- Kalman, M., Hamřík, Z., & Pavelka, J. (2009). *Podpora pohybové aktivity pro odbornou veřejnost*. Olomouc: ORE-institut.
- Kassing, G. et al. (2010). *Inclusive recreation: programs and services for diverse populations*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.
- Klavina, A. (2007). *The Effect of Peer Tutoring on Interaction Behaviors in Inclusive Physical Education*. Disertační práce. Latvian Academy of Sport Education, Department of Sport Medicine and Physical Therapy, Riga.
- Kolářová, K. (2012). *Jinakost– postižení– kritika: Společenské konstrukty nezpůsobilosti a hendikepu: Antologie textu z oboru disability studies*. Praha: Slon.
- Kolisko, P. (2002). *Cesty zdraví*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Koudelková, A. (2002). Kvalita života – základní principy konstrukce dotazníku. In *Sborník studentské celouniverzitní vědecké konference FSV* (pp. 124–126). Praha: MatfyzPress.
- Koutecký, J. (2008). *Život mezi beznadějí a úspěchem*. Praha: Academia.

- Kowalski, E.M., & Rizzo, T.L. (1996). Factors influencing preservice student attitudes toward individuals with disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 13, 180–196.
- Kožený, J., & Tišanská, L. (2003). Index životní spokojenosti LISIA: test nástroje na datech českých seniorek, *Československá psychologie*, 6(17), 544–560.
- Kraus, H., et. al. (1997). *Komppendium očního lékařství*. Praha: Grada.
- Krech, D., & Crutchfield, R. S (1948). *Theory and problems in social psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Krejčí, M., et al. (2010). *Adequate movement regime and bio-psycho-social determinants of active life style (pp. 15–38)*. České Budějovice: Jihočeská univerzita.
- Krejčí, M. (2011). Podpora zdraví v adekvátních pohybových režimech. In J. Hendl. L. Dobrý et al. *Zdravotní benefity pohybových aktivit: monitorování, intervence, evaluace*. Praha: Karolinum.
- Krejčířová, O. (2003). *Speciální pedagogika mentálně retardovaných*. Olomouc: UP v Olomouci.
- Krejčířová, O., & Hutýřová, M. (2006). *Speciální pedagogika 6*. Olomouc: UP v Olomouci.
- Křivohlavý, J. (2003). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Křížová, E. (2005). Sociologické podmínky kvality života. In J. Payne, a kol., *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton.
- Kudláček, M. (2004). Zahraniční organizace v oblasti terapeutické rekreace a aplikovaných pohybových aktivit. *Gymnasion*, 1(2), 68–72.
- Kudláček, M. (2007). *Paralympijský školní den*. Retrieved 21. 8. 2007 from World WideWeb: <http://www.apa.upol.cz>.
- Kudláček, M. (2007). Components of Attitudes toward Inclusion of Students with Physical Disabilities in Physical Education in the revised “ATIPDPE – R” Instrument/Scale for Prospective Czech Educators. *Acta Universitatis Palackianae Olomucensis Gymnica*, 37(1), 13–18.
- Kudláček, M. (2008). *Inclusion of children with physical disabilities in physical education, recreation and sport*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Kudláček, M. (2012). Paralympijské sporty a další vybrané sporty osob s tělesným postižením. In Z. Janečka (Ed.). *Vybrané kapitoly ze sportu osob se zdravotním postižením*. (7–15). Olomouc: Univerzita Palackého.
- Kudláček, et al. (2008). *Paralympijský školní den*. Olomouc: Univerzita Palackého.

- Kudláček, M., & Ješina, O. (2008). *Integrace žáků s tělesným postižením do školní tělesné výchovy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Kudláček, M., French, R., & Myers, B. (2002). Job dissatisfaction among certified adapted physical education specialists in the U.S.A. In *13th International Symposium on Adapted Physical Activity*. [Online]. Wien.
- Kudláček, M., & Ješina, O. (2008). *Integrace žáků s tělesným postižením do školní tělesné výchovy*. Olomouc: UP v Olomouci.
- Kudláček, M., Ješina, O., Štěrbová, D., Sherrill, C. (2008). The nature of work and roles of public school adapter physical educators in the United States. *European Journal of Adapted Physical Activity*, 1(2), 45–55.
- Kudláček, M., Ješina, O. & Wittmannová, J. (2011). Structure of a questionnaire on children's attitudes towards inclusive physical education (CAIPE-CZ), *Acta Universitatis Palackianae Olomucensis. Gymnica*, 41(4), 43–48.
- Kudláček, M., Sherrill, C., Válková, H. (2002). Components/indicators of attitudes toward inclusion of students with physical disabilities in PE in the ATIPDPE instrument/scale for prospective Czech physical educators. *Acta Universitatis Palackianae Olomucensis Gymnica*, 32(2), 35–40.
- Kudláček, M., & Valenta, T., (2004). Inclusion in experiential education outdoor courses. *Proceedings of abstracts of 7th European Congress of Adapted Physical Activity*.
- Lakka, T. A. et al. (1994). Relation of leisure time physical activity and cardiorespiratory fitness to the risk of acute myocardial infarction in men. *New England Journal of Medicine*, 330, 1549–1554.
- Lieberman, L. J., Dunn, J. M., van der Mars, H., & McCubbin, J. (2000). Peer tutor's effects on activity levels of deaf students. *Adapted Physical Quarterly*, 17, 20–39.
- Lieberman, L. J., & Houston-Wilson, C. (2009). *Strategies for Inclusion: A Handbook for Educators (1st ed.)*. Champaign, Illinois: Human Kinetics.
- Lieberman, L. J., Houston-Wilson, C., & Kozub, F. M. (2002). Perceived barriers to including students with visual impairments in general physical education. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 19, 364 – 377.
- Lieberman, L. J., Newcomer, J., McCubbin, J. A., & Dalrymple, N. (1997). The effects of cross-aged peer tutors on the academic learning time in physical education of students with disabilities in inclusive elementary physical education classes. *Brazilian International Journal of Adapted Physical Education*, 4(1), 15–32.
- Lienert, C., Sherrill, C., & Myers, B. (2001). Physical educators' concerns about integrating children with disabilities: A cross-cultural comparison. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 18, 1–18.

- Ludíková, L., et al. (2005). *Kombinované vady*. Olomouc: UP v Olomouci.
- Mareš, J. (2006). *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. Brno: MSD.
- Mareš, J. et al. (2007). *Kvalita života u dětí a dospívajících II*. Brno: MSD.
- Matějček, Z. (2001). *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. Praha: Nakladatelství H & H.
- Moravcová, D. (2004). *Zraková terapie slabozrakých a pacientů s nízkým vizem*. Praha: Triton.
- Morley, D., Bailey, R., Tan, J., & Cooke, B. (2005). Inclusive physical education: teachers views of including pupils with special educational needs and/or disabilities in physical education. *European Physical Education Review*, 11(1), 84–107.
- Organizace spojených národů. (2008). *Úmluva o právech osob se zdravotním postižením*. New York: Autor.
- Panská, S. (2013a). *Aplikované pohybové aktivity osob se sluchovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Panská, S. (2013b). Aplikované pohybové aktivity osob se sluchovým postižením. In M. Kudláček (Ed.). *Základy aplikovaných pohybových aktivit*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Pátek, A., Huovinen, P., Ješina, O., & Hanelová, Z. (2013). *Pohybové aktivity dětí a osob se specifickými potřebami ve městě Jyväskylä, Finsko*. Brno: Mu.
- Payne, J. (2005). *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton.
- Pipeková, J. (2006). *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. Brno: Paido.
- Pyšný, L. (2008). *Kvalita života II*. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem.
- Rimmer, J. H. (2005). The Conspicuous Absence of People With Disabilities in Public Fitness and Recreation Facilities: Lack of Interest or Lack of Access? *The science of health promotion*, 19(5), 327–329.
- Rimmer, J. H., Riley, B., Wang, E., & Rauworth, A. (2005). Accessibility of Health Clubs for People with Mobility Disabilities and Visual Impairments. *American journal of public health*, 95(11), 2022–2028.
- Rink, J. E. (1998). *Teaching physical education for learning*. Boston: McGraw-Hill.
- Rizzo, T. L. (1984). Attitudes of physical educators toward teaching handicapped pupils. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 1, 267–274.

- Rizzo, T. L. (1985). Attributes related to teachers' attitudes. *Perceptual and Motor Skills*, 60, 739–742.
- Rizzo, T. L., & Kirkendall, D. R. (1995). Teaching students with mild disabilities: What affects attitudes of future physical educators? *Adapted Physical Activity Quarterly*, 12, 205–216.
- Rybová, L. & Ješina, O. (2010). Využití peer tutoring v prostředí školní tělesné výchovy. *Aplikované pohybové aktivity v teorii a praxi*, 1(1), 54–58.
- Rybová, L. & Kudláček, M. (2010). Integrace žáků s tělesným postižením do hodin tělesné výchovy, *Studia Sportiva*, 4(1), 127–132.
- Sallis, J. F., Patterson, T. L., Buono, M. J., et al. (1988). Aggregation of physical activity habits in Mexican-American and Anglo families. *Journal Behavioral Medicine*, 11(1), 31–41.
- Sallis, J. F., Prochaska, J. J., & Taylor, W. C. (2000). A review of correlates of physical activity of children and adolescents. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 32(5), 963–975.
- Schmidt-Gotz, E., Doll-Tepper, G., & Lienert, C. (1994). Attitudes of university students and teachers toward integrating students with disabilities in regular physical education classes. *Physical Education Review*, 17(1), 45–57.
- Seedhouse, D. (1995). *Health: The Foundations of Achievements*. New York: John Wiley and Sons.
- Sherrill, C. (1995). *Defining adapted physical activity*. Unpublished presentation during ISAPA congress 1995.
- Sherrill, C. (2004). *Adapted physical activity, recreation and sport: Crossdisciplinary and lifespan* (6th ed.). Boston, MA: WCB/McGraw-Hill.
- Schnohr, P., Lange, P., Scharling, H., & Jensen, J. S. (2006). Long-term physical activity in leisure time and mortality from coronary heart disease, stroke, respiratory diseases, and cancer. The Copenhagen City Heart Study. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 13(2), 173–179.
- Siperstein, G.N. (1980). *Instruments for measuring children's attitudes toward the handicapped*. (Nepublikovaný manuál dostupný u Dr. Gary Siperstein, Center for the Study of Social Acceptance, University of Massachusetts, Boston, MA 02125)
- Slováček, L. (2004). Kvalita života nemocných – jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby. *Vojenské listy*, 73 (1), 6–8.

- Sofi, F., Capalbo, A., Cesari, F., Abbate R., & Gensini, G. F. (2008). Physical activity during leisure time and primary prevention of coronary heart disease: an updated meta-analysis of cohort studies. *Journal of Cardiovascular Risk*, 15(3), 247–257.
- Souralová, E., & Langer, J. (2005). *Surdopedie*. Studijní opora pro kombinované studium. Olomouc: UP v Olomouci.
- Svenson, G. R., & Hanson, B. S. (1996). Are Peer and Social Influences Important Components to Include in HIV-STD Prevention Models? *European Journal of Public Health*, 6(3), 203–211.
- Švarcová, I. (2000). *Mentální retardace*. Praha: Portál.
- Štěrbová, D. (2006). Hluchoslepota. *Lidé s ní a kolem ní*. Olomouc: UP Olomouc.
- Štěrbová, D. (2007). *Pohybové aktivity v životě dětí s hluchoslepotou*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Topping, K. (1998). Peer Assessment Between Students in Colleges and Universities. *Review of Educational Research*, 68(3), 249–276.
- Vaďurová, H., & Muhlpachr, P. (2005). *Kvalita života*. Brno: Masarykova univerzita.
- Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál.
- Vágnerová, M., Hadj-Moussová, Z., & Štech, S. (1999). *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum.
- Valenta, M., & Krejčířová, O. (1997). *Psychopedie: Kapitoly z didaktiky mentálně retardovaných*. Olomouc: Netopejř.
- Valenta, M., & Müller, O. (2004). *Psychopedie (2. vydání)*. Praha: Parta, s. r. o.
- Valenta, M., & Müller, O. (2003). *Psychopedie*. Praha: Parta, s. r. o.
- Válková, H. (1980) *Psychologie tělesné výchovy*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Válková, H. (1998). Education of adapted physical activity professionals in the Czech Republic. *Studies in Physical Culture and Tourism*, 15, 51–55.
- Válková, H. (2000). *Skutečnost nebo fikce? Socializace mentálně postižených prostřednictvím pohybových aktivit*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Válková, H. (2008). Komunikace a mentální postižení. In P. Kurková (ed.). *Nevidíme, neslyšíme, nechodíme, přesto si však rozumíme* (pp. 63–70). Olomouc: UP v Olomouci.
- Válková, H. (2010). Kudy na to? O motorické kompetenci a principech adaptaci v APA. *Aplikované pohybové aktivity v teorii a praxi*, 1 (2), 31–39.

- Válková, H. (2010). Teoretické vymezení APA jako kinantropologické disciplíny: Co to je, když se řekne APA (aplikované pohybové aktivity). *Aplikované pohybové aktivity v teorii a praxi*, 1(1), 25–32.
- Válková, H. (2012). *Teorie aplikovaných pohybových aktivit I*. Olomouc: UP v Olomouci.
- Van Coppenolle, H. et al. (2004). „Adapt“ – Společné evropské kurikulum základů aplikovaných pohybových aktivit a sportu osob se zdravotním postižením. THENAPA [CD-ROM].
- Vašina, B. (2009). *Základy psychologie zdraví*. Ostrava: Pedagogická fakulta Ostravské univerzity.
- Vojta, V. (1993). *Mozkové hybné poruchy v kojeneckém věku*. Praha: Grada.
- Vyhlídal, T., & Ješina, O. (2010). Hodnotová orientace dětí s onkologickým onemocněním ve vztahu ke kvalitě života a pohybovým aktivitám. *Tělesná kultura*, 33(3), 84–100.
- Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie*. Praha: Portál.
- Tejkalová, A. (2010). Mediální obraz paralympijských her v českých médiích. *Aplikované pohybové aktivity v teorii a praxi*, 1(1), 39–47.
- Thorová, K. (2006). *Poruchy autistického spektra*. Praha: Portál.
- Thurstone, L. L. (1928). Attitudes can be measured. *American Journal of Sociology*, 33, 529–554.
- Tichý, J., et al. (1998). *Neurologie*. Praha: Karolinum.
- Titl, Z. (2010). *Vliv sportovních aktivit u osob s pouázrovou amputací (transfemorální) na kvalitu života v kontextu ucelené rehabilitace*. Diplomová práce, Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta tělesné kultury, Olomouc.
- Tripp, A., French, R., & Sherrill, C. (1995). Contact theory and attitudes of children in physical education programs toward peers with disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 12, 323–332.
- Tripp, A., & Sherrill, C. (1991). Attitude theories of relevance to adapted physical education. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 8, 12–27.
- Trojan, S., Druga, R., Pfeiffer, J., & Votava, J. (2004). *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. Praha: Grada.
- WHO. (2001). *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF*. Praha: Grada.
- WHO. (2003). *WHO Global strategy on diet, physical activity and health: European regional consultation meeting report*. Copenhagen: Author.

WHO. (2006). *Promoting Physical Activity and Active Living in Urban Environments*. Geneva: Author.

Zoeller, R. F. (2007). Physical Activity and Fitness in the Prevention of Coronary Heart Disease and Associated Risk Factors. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 1(1), 29–33.

Zvolský, P., et al. (1996). *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum.



# Příloha 1.

## Specifika komunikace s osobami se zdravotním postižením

Vycházíme s publikace vydané Olomouckým krajem (<http://www.kr-olomoucky.cz/clanky/dokumenty/117/desatero-kontaktu-s-osobami-se-zdravotnim-postizenim.pdf>)

### Komunikace s osobami s mentálním postižením

1. **Udržujte se svým partnerem v komunikaci oční kontakt** (umožněte mu i kontakt přerušit), věnujte mu pozornost, buďte k sobě vzájemně natočeni. Dáváte mu tím najevo svůj zájem a připravenost ke kontaktu. To, jak člověka s mentálním postižením vnímáte a jak přijímáte jeho sdělení, se výrazně odráží v jeho ochotě něco vám sdělovat, být s vámi v kontaktu.
2. **Používejte jednoduchou řeč**, krátká slova, krátké věty. Jasně vyjadřujte své myšlenky. Nepoužívejte cizí slova, vyhněte se žargonu a zkratkám. Vyhněte se abstraktním pojmům. Není-li to možné, objasňujte je pomocí konkrétních příkladů nebo srovnání. (Např.: místo „Jakou máš náladu?“ se můžete zeptat „Jsi dnes veselý, nebo smutný?“; pochvalu „Michale, jsi moc šikovný.“ můžete doplnit formulací „Moc mi chutnala svačina, kterou jsi připravil.“)
3. **Mluvte pomalu.** Snažte se, aby tempo vaší řeči toho druhého nezahlcovalo. Buďte trpěliví a dopřejte partnerovi dostatek času na odpověď, zvláště mluvíte-li s člověkem, který má vadu řeči a užívá alternativní způsoby dorozumívání.
4. Dbejte, aby vaši řeč také srozumitelně doprovázela **mimika a řeč těla**.
5. **Ověřujte si, zda vám člověk s postižením rozumí** a jestli s tím, co říkáte, souhlasí či nikoli. Někdy se stačí zeptat. Pomáhá také to, že se na sebe vzájemně díváte, shrnujete, co ten druhý řekl. Dáváte tím najevo svůj zájem o vzájemné porozumění. Mluvte jen o jedné hlavní myšlence. K další přejděte až po ujištění, že vám partner porozuměl.

6. Mějte na paměti, že **lidé s mentálním postižením jsou zpravidla velmi sugestibilní**. (Tzn., že nekriticky přejímají myšlenky druhých. Např. místo „Marku, nechceš zajít do kavárny, kde mají ten dort, co ti tolik chutná?“ se můžete zeptat „Marku, chceš jít do kavárny?“. Sugestibilními otázkami je možné velmi snadno člověka s mentálním postižením ovlivnit, manipulovat jím.)
7. Při kontaktu s lidmi s velmi těžkým mentálním postižením je třeba si uvědomit fakt existence jejich závislosti na druhých lidech. Proto s nimi jedněte s velkou mírou empatie, trpělivosti a respektu k jejich osobnosti. Jedněte s nimi tak, jak byste si přáli, aby jiný jednal s vámi.
8. **Dospělého člověka s postižením oslovujte přímo**. Pokud má s sebou asistenta či doprovod (vychovatele, rodiče, ...), obraťte se na jeho průvodce, jen je-li to nutné.

Dospělý člověk s mentálním postižením má jiné možnosti v porozumění. Neznamená to však, že není dospělý. Proto, když jej budete oslovovat, vykejte mu. Při komunikaci používejte řeč dospělých. I když používáme jednoduché věty, neznamená to, že musíme používat zdobněliny, mluvit moc nahlas nebo něco zbytečně dlouho vysvětlovat „polopatistickým způsobem“.

### **Specifika komunikace s osobami s tělesným postižením (vozičkáři)**

Komunikace osob s tělesným postižením (na ortopedickém vozíku) je ovlivňována dvěma základními specifiky. Setkání s jinakostí – osobou, kterou můžeme vnímat negativně, jako oběť postiženou handicapem, př. jako osobu nesvéprávnou či inferiorní. To pak může vést k tomu, že je tato osoba přehlížena, nebo je komunikováno s asistentem této osoby. Druhá specifika se může vyskytovat u osob s poruchami komunikace, většinou jde o osoby s těžšími formami dětské mozkové obrny či s traumatickým poškozením mozku. Některé osoby mají velmi nesrozumitelnou řeč, která může být spojena s mimovolnými pohyby a grimasami, př. zvýšenou salivací (sliněním). V některých případech mohou tyto osoby používat tzv. komunikační panely nebo alternativní formy komunikace. Níže jsou uvedeny základní body efektivní komunikace s vozičkáři. (Modifikováno z publikace Hanáková, A. (2011). *Pacienti s tělesným postižením in Efektivní komunikace s pacienty, příbuznými a blízkými osobami*. Olomouc: VCI ZP.)

- 1) **Komunikujte s osobou s tělesným postižením, ne s jejím doprovodem**  
– je nutné komunikovat vždy s osobou s tělesným postižením, nikoliv

- s jejím případným doprovodem (osobním asistentem, rodičem, přítelem apod.). Jedinci s postižením je pak velice nepříjemné, když namísto s ním komunikujete s jeho doprovodem, může se cítit nesvéprávný.
- 2) **Nechte se vést pokyny osoby s tělesným postižením** – při nezbytné fyzické pomoci je nutné nechat se vést osobou s tělesným postižením, která přesně ví, jakým způsobem jí můžete pomoci. Jedinec s tělesným postižením zpravidla umí přesně a konkrétně popsat způsob, jak mu můžete pomoci či poskytnout nezbytnou podporu.
  - 3) **Zvyšujte jistotu a pocit soběstačnosti osoby s tělesným postižením** – například poskytnutím nezbytných kompenzačních pomůcek (vořík, berle, schodištní plošiny, rampy, sedačky do vany, antidekubitní podložky atp.). Zvyšujete tím jistotu a pocit soběstačnosti jedince s tělesným postižením.
  - 4) **Zjistěte rozsah postižení a s tím související možná omezení v komunikaci** – u osob s výrazně narušenou expresivní složkou řeči jsou často využívány náhradní a podpůrné způsoby komunikace (tzv. alternativní a augmentativní komunikace – AAK). Zjistěte, zdali jedinec používá některý z těchto systémů (fotografie, piktogramy, Makaton, znak do řeči atp.) a snažte se o komunikaci s využitím daných prvků alternativní nebo augmentativní komunikace.
  - 5) **Nemanipulujte s vozíkem bez vědomí vozíčkáře.** Buďte připraveni na odmítnutí – v případě, že je jedinec s tělesným postižením na vozíku, je mu velice nepříjemné, když s ním manipulujete bez jeho vědomí, proto se ho vždy zeptejte, než ho přemístíte z místa na místo. Neopatrná manipulace (bez vědomí vozíčkáře) může vést k vyklopení z vozíku a poraněním. Myslete na fakt, že přední kolečka vozíku jsou malá a je velmi jednoduché s nimi zapadnout do terénní nerovnosti a vozíčkáře vyklopit. Při velkých terénních nerovnostech se doporučuje vézt vozík po zadních kolech, nebo alespoň s odlehčenými koly předními.
  - 6) **Pokuste se zachovat běžná společenská pravidla v komunikaci** – mnoho lidí se domnívá, že jedinec s tělesným postižením má současně jiné, přidružené postižení. Opak je pravdou – ne všichni jedinci s tělesným postižením mají současně mentální postižení. Proto zachovávejte symetrii vztahu – berte dospělého jedince s tělesným postižením jako dospělého, nepoužívejte např. zbytečné zdvořilky a respektujte svého komunikačního partnera jako rovnocenného. Buďte také připraveni na to, že vidí-

telnost postižení ve vás může vyvolat různé reakce, někdy to jsou reakce nepřiměřené (projevy lítosti, opovržení, posměchu atd.).

- 7) **Přizpůsobte svoji pozici při komunikaci** – pro člověka sedícího na vozíku je někdy velmi obtížné komunikovat s člověkem stojícím, vytváří se velký výškový rozdíl. Snažte se proto vzájemnou komunikaci přizpůsobit například tak, že si k němu sednete, aby vaše komunikace probíhala tzv. „tváří v tvář“.
- 8) **Komunikujte – vzájemná komunikace usnadní další potřebné postupy.** Jedinců na vozíku se neostýchejte optat na jejich pohybové možnosti či potřeby. Ne každý, kdo sedí na vozíku, je na něj upoután nebo naopak, kdo chodí, je schopen se např. sám, bez pomoci zvednout ze židle.

### Specifika komunikace s osobami se zrakovým postižením

Mějte na paměti, že osoby se zrakovým postižením nemusí být vždy úplně nevidomé. Níže uvedená pravidla a doporučení se týkají nejvíce osob s úplnou ztrátou zraku.

- 1) Mějte na paměti, že nevidomí jsou zcela normální lidé, kteří mají různé přednosti i nedostatky jako každý jiný. I mezi nimi jsou lidé výjimeční, inteligentní i méně nadaní.
- 2) Při setkání s nevidomým se chovejte přirozeně a nenuceně. Pomozte tam, kde je to nutné, a to způsobem taktním. Pomoc však nevnučujte. Vyvarujte se projevům soucitu – o ten dnešní nevidomí naprosto nestojí.
- 3) S povděkem ale vždy uvítají i sebemenší pomoc, která jim přijde vhod ve ztížených podmínkách. Nepřipusťte ani podceňující nebo snižující výroky.
- 4) Nevidomého, kterého znáte, pozdravte vždy sami jako první a k pozdravu připojte i jeho jméno, aby věděl, že pozdrav patří jemu. Představte také sebe.
- 5) Když vstoupíte do místnosti, kde se nachází nevidomý, dejte se zřetelně poznat.
- 6) Pokud vás nepozná podle hlasu, povězte své jméno. Tichý pohyb neznámé osoby v jeho okolí působí nepříjemně. Upozorněte také na to, že místnost opouštíte.
- 7) Záležitosti projednávejte vždy přímo s nevidomým, ne s jeho průvodcem. Průvodce nevidomého pouze doprovází, nikoli zastupuje. Při roz-

hovorů buďte otočeni k nevidomému čelem – vnímá odkud přichází hlas.

- 8) Když se nevidomý octne na ulici, na nádraží apod. v orientačních těžkostech, zeptejte se ho, zda mu můžete nějak pomoci. Velký hluk, prudký déšť i sníh zhoršují nevidomému orientaci v prostoru. Potom stačí, když nevidomému nabídnete, aby se lehce zavěsil do vaší paže, protože takto může snadno jít krůček za vámi, sledovat směr vašich pohybů a na vše včas reagovat.
- 9) Při nástupu do dopravních prostředků netlačte nikdy nevidomého před sebou, ale jděte sami první. Nev tlačujte nevidomého na sedadlo, stačí, když položíte jeho ruku na opěradlo. Při vstupu do auta položte jeho ruku na horní rám dveří.
- 10) Když nevidomý vstoupí do restaurace bez průvodce, pravděpodobně ocení pomoc při vyhledání věšáku a volného místa u stolu. S jídlem si poradí sám, stačí, když mu povíte, jak je jídlo na talíři uspořádané (např. pomocí časových údajů). Určitě uvítá informace o tom, co všechno je na stole (sklenice s vodou, váza, popelník atd.) a kdo u stolu sedí.
- 11) Když budete nevidomého doprovázet delší dobu, popište mu hlavní rysy okolí, vybavení místnosti a osoby, které se kolem nacházejí.

### Specifika komunikace s osobami se sluchovým postižením

- 1) Při rozhovoru se sluchově postiženým vyslovujte zřetelně, nezvyšujte hlas a neměňte rytmus řeči.
- 2) Neoslovujte sluchově postiženého zezadu ani ze strany. Dbejte na to, aby váš obličej dobře viděl zepředu. Jen tak může odezírat pohyb rtů a správně porozumět tomu, co chcete říci.
- 3) Mnohdy ani dobře slyšící není schopen vnímat potřebné informace, mluví-li více lidí najednou nebo když rozhovor ruší hudba či hluk. Vnímat řeč pomocí sluchadla a přitom odezírat je značně namáhavé.
- 4) Ujistěte se kontrolními otázkami, že váš partner všemu dobře porozuměl. Potřebné informace opakujte bez nervozity, případně změňte stavbu věty nebo použijte jiných slov.
- 5) Je-li sluchově postižený ve společnosti dalších osob, dbejte na to, aby se zúčastnil rozhovoru. Sdělte mu, o čem je řeč, a neváhejte použít i krátkého písemného sdělení.

- 6) Na pracovišti nenechávejte sluchově postiženého bez pomoci. Postarejte se o to, aby obdržel všechny nezbytné informace a důležitá sdělení.
- 7) Nezapomínejte ani v zápalu vzájemné diskuse na to, že rozhovor vyžaduje od sluchově postiženého plné soustředění, které vyvolává brzy únavu. Tzv. oddechový čas při vážných jednáních s povděkem přijímají i dobře slyšící.
- 8) Pokud spolupracujete s osobami se SP nebo s nimi pracujete v rámci oblasti TV a sportu, povzbuzujte je, aby využívaly všech možných kompenzačních pomůcek a prostředků sociální rehabilitace (jde o různá signalizační zařízení – bytové zvonky, budíky apod., správné nastavení sluchadla, kontrolu zdrojů napětí, pravidelné návštěvy ušního lékaře – foniatra, sluchový trénink, opakování kurzu odezírání, atd.).
- 9) Pokuste se vmyslet do situace sluchově postiženého. Tak snáze porozumíte jeho potřebám, někdy třeba i jeho překvapivým reakcím.

## Příloha 2.

# Postoje žáků k integrované tělesné výchově

(Kinclová, E. & Kudláček, M., 2012)

Cílem této studie bylo porovnat postoje žáků k integraci dětí s tělesným postižením do hodin tělesné výchovy základní školy, kteří mají zkušenost s integrací a těch, kteří tuto zkušenost nemají. Studie se zúčastnilo celkem 60 žáků ze dvou základních škol v okrese Frýdek-Místek. Na první základní škole jsou integrovány děti s tělesným postižením. Tato škola je upravena tak, aby byly zajištěny podmínky pro integraci tělesně postižených žáků, respondenti z této školy zkušenost s integrací měli. Kontrolní základní škola neměla nikdy integrovaného žáka s tělesným postižením a respondenti z této školy zkušenost s integrací nemají. Studie se zúčastnilo celkem 34 chlapců s věkovým průměrem 13,79 a 26 dívek s věkovým průměrem 13,81.

**Tabulka 1** – Složení jednotlivých skupin žáků a jejich věkový průměr

Pohlaví	Počet	Minimum	Maximum	Průměr
Chlapec – věk	34	13	15	13,79
Dívka – věk	26	13	15	13,81

### Dotazník CAIPE-CZ

Dotazník CAIPE-CZ, přeložený z angličtiny do češtiny (Kudláček, Ješina, & Wittmanová, 2011) a poté revidovaný, se skládá z otázek, které nás informovaly o žákovi (jméno, pohlaví, věk, třída, bydliště). Dále nás informuje o tom, jestli v jeho rodině, třídě nebo ve škole má někdo z jeho kamarádů nebo blízkých zdravotní postižení a zda ve škole, například v tělesné výchově, měl někdy spolužáka s postižením. Otázky „soutěživý/á, trochu soutěživý/á, nesoutěživý/á“ nám určují, jak je to se soutěživostí respondentů. Dále byly kladeny otázky, které se týkaly chlapce jménem Petr (dítě s tělesným postižením), který by s nimi mohl chodit do tělesné výchovy. Předtím, než děti začaly odpovídat na otázky, byly seznámeny s Petrem: „Petr je stejně starý jako vy. Protože nemůže chodit, používá ortopedický vozík (vozíček). Rád hraje stejné hry jako vy, ale není v nich moc dobrý. Přestože může jezdit na vozíku,

*je pomalejší než vy a snadno se unaví. Umí házet míčem, ale ne moc daleko. Umí chytit míč, který letí přímo na něho a dovede odpálit basketbalový míč ze stojánku, ale nemůže při basketbalu vystřelit míč tak vysoko, aby dal koš. Protože nemůže používat nohy, nemůže kopnout do míče.*“ Dotazník se v první části skládal z pěti otázek, které byly obecné a zjišťovaly, jaké by to bylo mít s Petrem tělesnou výchovu. Tato část byla zaměřená na postoje dětí k integraci žáků s TP do školní TV. Druhá část dotazníku s otázkami číslo 9–13 byla zaměřena na modifikace v basketbale.

### Dotazník – vlastnosti žáků s tělesným postižením

V části dotazníku zkoumající vlastnosti dětí s tělesným postižením (Adjective checklist – Siperstein, 1980) žáci označovali slova, která by charakterizovala Petra (dítě s tělesným postižením). Ve výčtu byl seznam 34 slov a označit mohli libovolný počet slov, kterými by Petra charakterizovali. Z tohoto seznamu 34 přídavných jmen bylo 17 negativních (pomalý, nepořádný, bláznivý, chtivý, stydlivý, osamělý, krutý, slabý, znužený, pitomý, smutný, hloupý, nedbalý, nepoctivý, nešťastný, zlý, ošklivý) a 17 pozitivních (zdravý, bystrý, ostražitý, fajn, veselý, poctivý, pohledný, hezký, hrdý, bystrý, nápomocný, kamarádský, opatrný, potěšený, chytrý, šťastný, hodný).

### Výsledky

Výsledky všech částí dotazníku jsou zaznamenány do tabulky č. 2. Část obecná je v tabulce označena „*atpe*“, část zaměřená na basketbal má své označení v tabulce „*attbasket*“ a poslední oddíl, týkající se přiřazování přídavných jmen, je označen „*adj*“. Žáci z integrované třídy mají pozitivnější postoj k integraci (20,91) než žáci ze třídy bez zkušeností s integrací (17,15) i žáci ze třídy ze školy s integrací, ale bez osobní zkušenosti (15,22). V části zaměřené na basketbal dopadla v rámci postojů opět nejlépe třída s integrovaným žákem s hodnotou 18,5. Druhou nejvyšší hodnotu 16,61 dosáhla třída ze školy s integrací, ale bez osobní zkušenosti a hodnota 16,2 byla zjištěna u třídy, která nemá s integrací žádnou zkušenost. Míra postojů se hodnotí podle součtu pozitivních a negativních přídavných jmen s přidáním hodnoty 20, z čehož vyplývá možnost 3 až 37. Číslo 20 přitom určuje střední hodnotu



tohoto rozmezí. Pod hodnotu 20 je vše negativní, nad 20 pozitivní. Pozitivní postoj zaujímá pouze třída bez integrovaného žáka, ale se zkušeností integrací, a to s hodnotou 20,00. U ostatních tříd byl postoj negativní, u integrované třídy je výsledek 19,91 a u třídy bez zkušeností s integrací je hodnota 19,85. Analýza rozptylu ANOVA prokázala statisticky významné rozdíly: (a) u postojů k TV – ATTPE a u (b) postojů k modifikaci pravidel v basketbalu – ATTBASKET.

**Tabulka 2** – výsledky jednotlivých částí dotazníku

Část dotazníku	Třída s integrovaným žákem		Třída bez integrovaného žáka se zkušeností		Třída bez zkušeností s integrací	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
<b>attpe</b>	20,91	1,77	15,22	3,06	17,15	2,52
<b>attbasket</b>	18,5	1,68	16,61	2,17	16,2	1,54
<b>adj</b>	19,91	2,07	20	1,46	19,85	1,95

Z výsledků testu Post Hoc Test vyplývá, že u integrované třídy a třídy se zkušeností s integrací je výsledek při porovnávání těchto dvou tříd  $p < 0,05$ , a tímto se stal pro nás statisticky významný. Z tabulky č. 2 je zřejmé, že integrovaná třída má pozitivnější postoj k integraci než třída se zkušeností s integrací. U integrované třídy jsme dosáhli hodnoty 20,9, která je vyšší než u třídy se zkušeností s integrací, kde byl výsledek 15,22. Integrovaná třída a třída bez zkušeností s integrací dosáhla při srovnání hodnoty  $p < 0,05$  a výsledek je statisticky významný. Z tabulky č. 2 je patrné, že integrovaná třída má pozitivnější postoj k integraci (20,91) než třída bez zkušeností, která dosáhla výsledku 17,15.



### Příloha 3.

## Hodnocení přístupnosti cykloturistických tras pro vozíčkáře

(Korhelíková, M. & Kudláček, M., 2012)

Hlavním cílem této studie byla analýza podmínek pro turistiku vozíčkářů v Beskydech. Dílčím cílem bylo vybrat a zhodnotit vhodné turistické trasy pro vozíčkáře. Hodnocení bylo zaměřeno na **kvalitu povrchu** z hlediska materiálů a stavu. Hodnotilo se, z jakých materiálů (asfalt, kočičí hlavy, dlažba, štěrk atd.) je povrch, zda je i při deštivém počasí nekluzký. Rovněž byl posuzován povrch trasy z hlediska kvality povrchu a přítomnosti defektů a terénních nerovností, které by bránily sjízdnosti pro vozíčkáře.

Vhodná trasa by měla být široká min. 1500 mm pro bezpečné míjení dvou vozíčkářů, pokud toto kritérium trasa nesplňuje, je potřeba si všimnout přítomnosti rozšíření na trase, která umožňují bezpečné vyhnutí dvou vozíků. Za maximální příčný sklon neboli sklon kolmo k chůzi byla pokládána hodnota 2 %. Trasy, které překračují hodnotu 2 % příčného sklonu, jsou hodnoceny jako nevhodné z důvodu nepohodlné chůze a můžeme je považovat za nebezpečné z hlediska jízdy na vozíku. Měření se provádělo následujícím způsobem. Do roviny se rozložil jeden metr, počátek „0“ je na chodníku, druhá strana je nad zemí, změřením výškového rozdílu máme sklon – rozdíl 100 mm = 10 %.

Podélný sklon byl hodnocen slovním vyjádřením ve smyslu: rovinatý, mírně zvlněný, zvlněný, kopcovitý, mírné, prudší, prudké, krátké, dlouhé stoupání nebo klesání apod. **Bezpečnost trasy** je ovlivněna slunečním svitem. Trasa vedoucí po přímém slunci může být nepříjemná a v slunečných, horkých dnech i nebezpečná. Bylo popisováno, zda trasa vede chráněným lesním porostem, úbočími údolí nebo zda celá trasa vede lesem. Na nebezpečných úsecích, např. strmých svazích, kde hrozí sjetí, či trasách vedoucích v určité výšce nad zemí, bylo posuzováno, zda je trasa lemována obrubníky, zábradlím nebo madly. Z hlediska charakteru povrchu byly přesně popisovány překážky vyskytující se na trasách, které by mohly omezovat uživatele vozíků při jízdě. Byly měřeny přesné hodnoty výškových rozdílů a za nevy-

hovující byly pokládány hodnoty, kdy byl rozdíl větší jak 20 mm. Za překážky byly rovněž považovány díry, závory, svodnice vody, otvory, kameny, kořeny atd., které nelze žádným způsobem objet nebo se jim vyhnout. Také bylo hodnoceno, zda je trasa osvětlená.

Z hlediska komfortu a pohodlí vozíčkářů při zdolávání trasy byla hodnocena přítomnost, umístění a rozvržení **mobiliářů**, zdrojů pitné vody, odpadkových košů a bezbariérových WC podél trasy. Dle kritérií od Klacr s. r. o. je vhodná lavička vysoká 450–500 mm, má opěrky na záda i na ruce pro usnadnění vstávání, je bezbariérově přístupná a na trase zasazena ve výklencích, tak aby nepřekážela v jízdě jiným vozíčkářům. Nesmí zasahovat do prostoru trasy. Posezení nebo místo pro piknik, kde je součástí stůl, který musí být vysoké minimálně 700 mm z důvodu podjezdu vozíků. Stůl a lavičky by neměly být spojeny dohromady. Pokud je součástí posezení ohniště, mělo by mít okolo otevřený prostor min. 900 mm. Odpadkové koše by měly být vzdáleny od okraje trasy max. 450 mm, aby byly na dosah vozíčkářům. Zároveň je vhodnější, pokud jsou umístěny ve výklencích, aby nebyly překážkou na trase. Za zdroj pitné vody byly považovány různé fontánky, studánky, pítka atd. Opět musí být přístupné pro vozíčkáře, tzn. maximálně vzdálené od okraje trasy 450 mm a v max. výšce 750 mm nad zemí.

Za **bezbariérové WC** je považováno každé, které má přímý bezbariérový vstup z venkovního prostoru. Pokud jsou při vstupu schody vyšší jak 20 mm, je nutné umístit nájezdovou rampu. Dveře bezbariérového WC musí být široké min. 800 mm a otvírat se ven, současně by měly být vybaveny madly ve výšce 800–900 mm. Uvnitř WC kabiny musí být zachován volný manipulační prostor v průměru 1500 mm. WC mísa by měla být ve výšce 460–480 mm a měla by mít zachován volný prostor. Po obou stranách toaletní mísy by měly být umístěny sklopná madla, a to ve výšce 800 mm nad podlahou. Každé bezbariérové WC by mělo být vybavené umyvadlem, zásobníkem na osušky, odpadkovým košem a věšákem – rovněž použitelné pro vozíčkáře.

Na trase bylo hodnoceno značení, a to **informační a orientační prvky**, které poukazují na směr trasy nebo ukazují cestu k cíli. Navigační prvky jako rozcestníky, směrové ukazatele, značení trasy nebo orientační panely s mapou by měly obsahovat jasné a srozumitelné informace. Měly by být dobře čitelné, tudíž musí být zachováno určité umístění informačního panelu, a to tak, aby byla zachována výška spodní linie informačních prvků 1000 mm, horní hrana by neměla být výš než 1600–1800 mm. Pokud je zachována tato

výška informační tabule a vzdálenost tabule je menší než 1830 mm, pak by měla být min. velikost znaku 16 mm, pokud je vzdálenost větší než 1830 mm, pak by měla být min. výška znaku 16 mm + 3,2 mm na každých 305 mm horizontální vzdálenosti pohledu. Barva písma musí být kontrastní s barvou podkladu. Musí být zachován přístup k panelu a nesmí zasahovat do průchozího prostoru.

V rámci hodnocení byla posuzována i **okolní infrastruktura**. Zda okolí trasy nabízí možnost bezbariérového občerstvení, kiosku nebo restaurace. Také jestli se v okolí nacházejí zařízení v podobě různých atrakcí, jako jsou např. vyhlídky, rozhledny, mola, dětská hřiště a rovněž jsem hodnotila jejich bezbariérovost.

Hodnocení také obsahovalo zjištění skutečnosti, zda je možné se o trasu předem dozvědět a dočíst se o podrobnějších **informacích o trase**, ať už v podobě tištěných informačních letáků, plánek, publikací, nebo může klient informace získat v elektronické podobě z webových stránek nebo z audiovizuální prezentace.

Součástí formuláře bylo zjišťování, zda je trasa obsluhována **personálem** a jestli je personál proškolen a připraven poskytovat kvalitní služby osobám se **specifickými potřebami**, v mém případě osobám s omezenou schopností pohybu, využívajícím ortopedický vozík. Důležitou informací pro klienta je možnost využití různých **služeb na trase**. Mohou být poskytovány služby, jako je možnost zapůjčení vozíků nebo motorového vozítka, možnost sjednání asistenční služby nebo průvodce. Neméně důležité je i zaznamenání, do jaké míry je trasa pokrytá signálem, a uvedení místa nejbližší nemocnice nebo lékařského zařízení, případně poskytnutí kontaktu na horskou službu, která v dané oblasti působí.

Mimo samotné trasy byl monitoring zaměřen na **přístupnost trasy** ve smyslu možnosti parkování, hodnocení přístupového chodníku k trase, a pokud se nacházel, tak samotný vstup na trasu s jeho příslušenstvím, tzn. hygienickým zařízením, pokladnou, restaurací a podobně.

**Parkoviště** bylo posuzováno hlediskou kapacity stání osobních aut, lokalizací parkoviště, tzn. umístění parkoviště vůči začátku trasy, jak je vzdáleno od začátku trasy a zda je parkoviště osvětleno. Dále z jakého materiálu (asfalt, kočičí hlavy, dlažba, štěrk, travnatá plocha atd.) je povrch parkoviště a v jakém je stavu, tzn. zda se v povrchu vyskytují značné nerovnosti, defekty nebo výmoly bránící sjízdnosti vozíků. Kromě toho bylo monitorováno,

zda na něm jsou vyhrazená parkovací místa pro vozidla přepravující osoby tělesně postižené, jaká je kapacita těchto parkovacích míst, jak je toto parkovací místo vyznačené a kde se nachází. Mělo by být značeno svisle i podélně. Vyhrazené parkovací stání by mělo být široké min. 3500 mm pro kolmé i podélné stání a dlouhé 7000 mm pro podélné stání. Sklon tohoto parkovacího stání by neměl přesáhnout 2 %. Také bylo zjišťováno, zda je možné případně zastavit přímo u vchodu na danou trasu.

**Přístupovým chodníkem** je myšlena cesta od parkoviště k začátku trasy. Na ní byl hodnocen materiál, zda je povrch přístupového chodníku nekluzký i při deštivém počasí. V jakém stavu je přístupový chodník, zda je bez defektů a výmolů, případně byly měřeny výškové rozdíly mezi rozdílnými povrchy, které by neměly přesahovat hodnotu 20 mm nebo 5 mm při stejném povrchu. Bez povšimnutí by neměla zůstat skutečnost, kudy přístupový chodník vede, jestli vede po silnici nebo je nutné silnici přecházet. Minimální šířka přístupového chodníku by měla být 1500 mm a v zúženém místě min. 900 mm. Hodnoty příčného sklonu by neměly přesahovat 2 % a podélného sklonu 8,33 %. Bylo také zaznamenáváno, zda je chodník osvětlený, či nikoli.

**Vstupy na trasu** jsou výjimkou, ale pokud se vyskytují, je důležité všimnout si, zda je vstup shodný pro všechny nebo je zde vstup speciálně pro lidi s omezením pohybu. Vstup by měl být průchodný bez jakýchkoli překážek typu závor, sloupků, turniketů nebo schodů a široký min. 900 mm. U vstupu bylo hodnoceno bezbariérové hygienické zařízení. Pokud se vyskytla pokladna, bylo měřeno, zda je uzpůsobená pro vozíčkáře, tzn. aby byl prostor před pokladnou dostačující. Manipulační prostor pro otáčení vozíků je minimální kruh o průměru 1500 mm nebo obdélník o rozměrech 1200 × 1500 mm. Maximální výška pultu by měla být 800 mm a min. délka 900 mm. Měl by být zachován prostor pro podjetí vozíků ve výšce 700 mm a do hloubky alespoň 300 mm.

Každou mapovanou trasu a cíl bylo potřeba fyzicky prověřit a sledované charakteristiky zaznamenat do připraveného formuláře. Metoda pozorování a měření se uplatňovala přímo v terénu. Především se jednalo o ověření vhodnosti terénu trasy, jejího povrchu, měření podélných a příčných sklonů jednotlivých úseků trasy a měření vzdáleností a následná korelace sledovaného stavu s mapovým podkladem. Dále měření a pozorování parkovišť, přístupových chodníků, případných vstupů a příslušenství. Sledována byla i dopravní dostupnost k trase a hodnocena náročnost dané trasy.

## Výsledky

Z hlediska povrchu turistické cesty bylo monitorováno šest tras s asfaltovým povrchem. Tyto můžeme pokládat jako zcela vhodné pro jízdu na vozíku. Šest tras tvoří kombinace asfalt a jiný povrch typu lesní cesta nebo šterkový povrch, tudíž se tyto trasy stávají částečně vhodné pro jízdu na vozíku. Většinou je sjízdna jen část trasy nebo je úsek s obtížnějším povrchem sjízdny jen s asistencí, případně se dá tomuto úseku vyhnout jinou trasou. Jedna trasa byla označena jako trasa s povrchem typu lesní chodník, tudíž nesjízdna pro vozíčkáře.

Obtížnost tras byla hodnocena dle kritérií Klubu českých turistů. Trasy byly rozděleny do tří skupin dle obtížnosti – vzestupně modrá, červená a černá s následnou charakteristikou.

Modrá trasa je určena pro zdatné vozíčkáře, vozíčkáře s doprovodem, handbiky a elektrické vozíčky; vede po cestách s asfaltovým, betonovým nebo i přírodním zpevněným povrchem, který se však ani při deštivém počasí nepodmočí a nerozbahní; většinou bez stoupání nebo max. stoupání 8 %; příčný sklon max. 2 %; šířka cesty min. 1,8 m, krátké přímé průjezdy min. 1,0 m; stupně max. 2 cm.

Červená trasa určena pro zdatné vozíčkáře, vozíčkáře s doprovodem, handbiky a elektrické vozíčky; vede po cestách s asfaltovým, betonovým nebo i přírodním zpevněným povrchem, který se však ani při deštivém počasí nepodmočí a nerozbahní, stoupání do 6 %, občas max. 12 %, příčný sklon max. 4 %, šířka cesty min. 1,2 m, krátké přímé průjezdy min. 0,9 m, stupně max. 5 cm.

Černá trasa určena pro vozíčkáře s doprovodem a terénní elektrické vozíčky; trasa může vést i po cestách s přírodním povrchem, který se může při deštivém počasí mírně podmočit nebo rozbahnit; stoupání do 12 %, občas max. 20 %; příčný sklon max. 8 %; šířka cesty v rovných úsecích min. 1 m, v zatáčkách 1,2 m, krátké přímé průjezdy min. 0,8 m; stupně max. 7 cm. Pro modrou obtížnost nesplňovala kritéria žádná trasa. Pět tras bylo označených jako červené, které zdatný vozíčkář většinou sám zvládne. Pět tras bylo označeno jako černé, které vozíčkář zvládne pouze v doprovodu, proto jsou částečně vhodné. Nejčastěji byla trasa označena jako černá z důvodu úseku s prudkým stoupáním nebo úseku s obtížným povrchem, který vyžaduje asi-

stenci. Tři trasy nesplňovaly žádné z těchto kritérií, byly vozíčkáři nesjízdné, proto byly označeny jako pro vozíčkáře nevhodné.

Parkoviště s vyhrazeným stáním pro osoby s tělesným postižením obsahovaly jen dvě trasy. Většina tras parkoviště měla, ale bez vyznačeného stání pro osoby s tělesným postižením. Na dvou trasách se nevyskytuje žádné parkoviště. Zde je nutno parkovat podél cesty. Mimo tato kritéria byla parkoviště hodnocena z hlediska materiálu a povrchu. V jakém stavu parkoviště je, zda je bez defektů, výmolů a jiných nerovností. Všechna parkoviště byla asfaltová, bez defektů, výmolů a jiných nerovností bránících jízdě na vozíku. Zabezpečení bezbariérovým hygienickým zařízením na trase je velmi podstatný faktor, díky kterému se může stát trasa pro vozíčkáře neakceptovatelná. V hodnocení pět tras mělo na trase nebo ve svém blízkém okolí bezbariérové WC. Na pěti trasách se vyskytovala pouze WC bariérová a 3 trasy byly bez jakéhokoli hygienického zařízení.



## Bílá



Trasa: parkoviště Bílá – Maxova nádrž – parkoviště Bílá

Délka: 11 km

Značení: zelená turistická značka

Obtížnost: červená

Charakteristika trasy: asfaltový povrch, rovina a mírně táhlé stoupání, max. sklon trasy 8% v krátkém úseku. Trasa vede v prostředí lesa

GPS začátku trasy: 49°26'35.135"N, 18°27'28.590"E

GPS konce trasy: 49°24'26.383"N, 18°26'26.718"E

Možnost parkování: asfaltové parkoviště bez vyhrazeného stání pro osoby s tělesným postižením

Občerstvení: u parkoviště a okolní bariérové restaurace v obci Bílá

Bezbariérové WC: na parkovišti

Posezení, lavičky: podél trasy, u Maxové nádrže

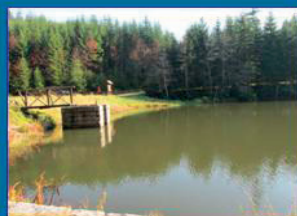
Atrakce: dětská hřiště, minigolf – na začátku trasy

Zajímavosti: dřevěný kostel sv. Bedřicha na Bílé, lovecký zámek na Bílé, pramen "Smradlavky",

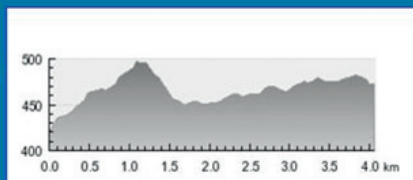
Maxova nádrž

Průvodce: ne

Lékařská péče: Horská Služba: mob 606 769 010, nemocnice Frýdek – Místek



## Z Čeladné do Kunčic pod Ondřejníkem



Trasa: žst. Čeladná – žst. Kunčice pod Ondřejníkem

Délka: 4 km

Značení: cyklotrasa 6008

Obtížnost: červená

Charakteristika trasy: asfaltový povrch, terén mírně zvlněný, max. sklon trasy 8% v úseku asi 80m

Trasa vede volným prostranstvím s výhledy

GPS začátku trasy 49°33'10.468"N, 18°20'4.140"E

GPS konce trasy 49°32'5.371"N, 18°17'42.079"E

Možnost parkování: bez značeného parkoviště, možnost parkovat u žst. Čeladná

Dostupnost bezbariérovým vlakovým spojením

Občerstvení u žst. Čeladná - restaurace u Pařezu s venkovním bezbariérovým posezením, v areálu

BRC –bezbariérová kavárna Lara, bezbariérová restaurace u Sestřiček

Bezbariérové WC: žst. Čeladná, kavárna Lara, restaurace u Sestřiček

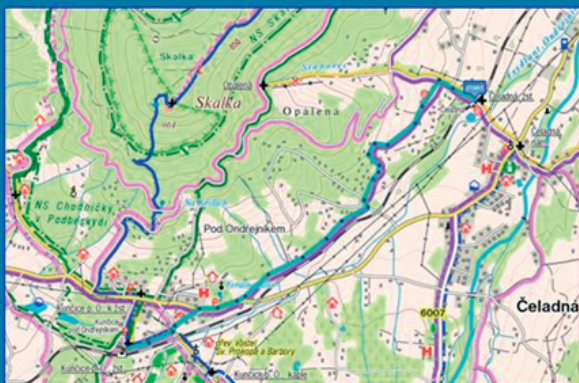
Posezení, lavičky: jen u restauračních zařízeních

Atrakce: zoopark s ovceři a kamerunskými kozami, wellness Lara

Zajímavosti: Ferdinandovo zřídlo a dřevěná kaplička Blahoslavené panny Marie v areálu lázni

Průvodce: ne

Lékařská péče: nemocnice Frýdek – Místek, poliklinika Frenštát pod Radhoštěm



## Grůň



Trasa: parkoviště na Grůni – Bílý Kříž – parkoviště na Grůni

Délka: 13 km

Značení: žlutá turistická značka

Obtížnost: černá

Charakteristika trasy: první polovina trasy asfaltový povrch, druhá polovina lesní kamenitá cesta. Zvlhžený terén, max. sklon trasy 12% v dvou 200m dlouhých úsecích. Trasa vede po hřebeni

GPS začátku trasy: 49°29'8.444"N, 18°28'36.473"E

GPS konce trasy: 49°29'57.770"N, 18°32'32.322"E

Možnost parkování: asfaltové parkoviště bez vyhrazeného stání pro osoby s tělesným postižením

Občerstvení: u parkoviště bariérová restaurace Charbulák, v polovině trasy bariérové občerstvací zařízení Švarná Hanka, na konci trasy bariérová restaurace Sulov

Bezbariérové WC: není

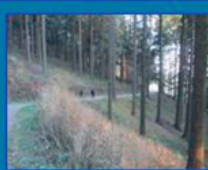
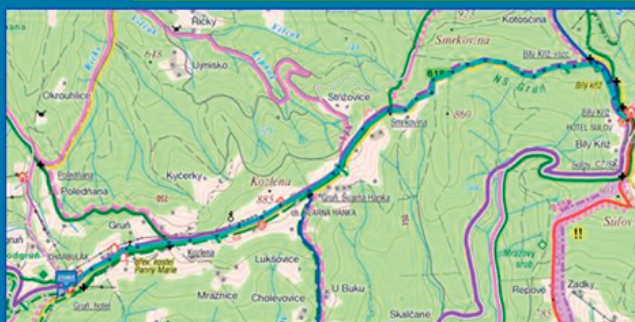
Posezení, lavičky: před koncem trasy

Atrakce: dřevěný kostel Panny Marie Sněžné na Grůni, Bosý chodník, naučná stezka podél trasy, dětské hřiště u restaurace Sulov

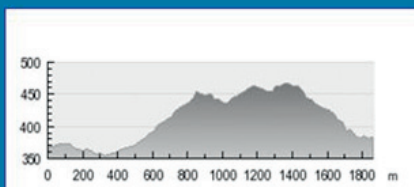
Zajímavosti: dřevěný kostel Panny Marie Sněžné na Grůni

Průvodce: ne

Lékařská péče: Horská Služba Grůň: 558 437 871, Horská Služba non-stop: 606 769 010, Nemocnice Frydek – Místek.



## Hradní vrch



Trasa: okruh Hukvaldskou oborou (sjiždňá vyznačená část)

Délka: 2 km

Značení: naučná stezka červená

Obtížnost: černá

Charakteristika trasy: sjiždňý úsek - asfaltový povrch, rovina následně táhlé stoupání, max. sklon trasy 12%. Trasa vede v prostředí lesa

GPS začátku trasy: 49°37'22.076"N, 18°13'24.122"E

GPS konce trasy: 49°37'16.914"N, 18°13'37.341"E

Možnost parkování: asfaltové parkoviště bez vyhrazeného stání pro osoby s tělesným postižením

Občerstvení: bariérové občerstvovací zařízení v Hukvaldské oboře s bezbariérovým venkovním posezením.

Bezbariérové WC: ne

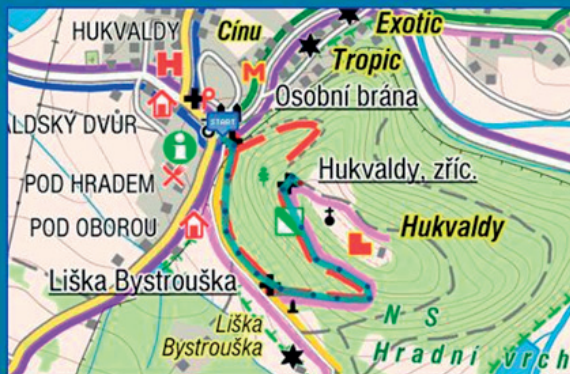
Posezení, lavičky: podél trasy

Atrakce: dle kulturního programu Hradu Hukvaldy (<http://www.janackovyhukvaldy.cz/cz/hrad/program/hradu/>)

Zajímavosti: naučná stezka seznamující s živočichy a rostlinami obory, hrad Hukvaldy

Průvodce: ne

Lékařská péče: nemocnice Frýdek – Místek



## Naučné chodníčky v Podbeskydích



Trasa: žst. Kunčice pod Ondřejníkem – Obecní úřad Kunčice pod Ondřejníkem

Délka: 3,5 km

Značení: naučná stezka bílý čtverec s modrým pruhem

Obtížnost: černá

Charakteristika trasy: asfaltový povrch, zvlněný terén, max. sklon trasy 12%. Trasa vede po volném prostranství i v prostředí lesa

GPS začátku trasy: 49°32'5.371"N, 18°17'42.079"E

GPS konce trasy: 49°32'35.101"N, 18°16'21.922"E

Možnost parkování: asfaltové parkoviště bez vyhrazeného stání pro osoby s tělesným postižením

Občerstvení: bariérové občerstvovací zařízení podél trasy

Bezbariérové WC: ne

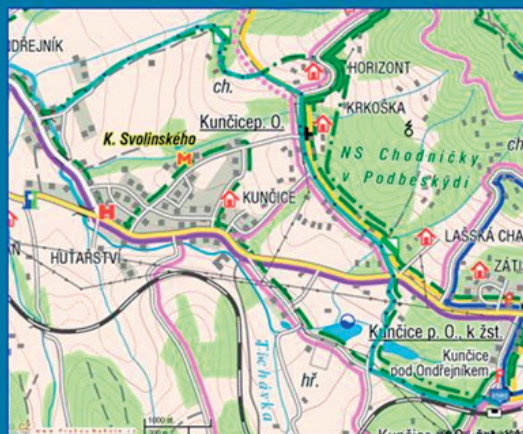
Posezení, lavičky: podél trasy

Atrakce: ne

Zajímavosti: naučná stezka seznamující s přírodními zajímavostmi na území Kunčice pod Ondřejníkem

Průvodce: ne

Lékařská péče: nemocnice Frýdek – Místek



## Pod Stolovou



Trasa: žst. Kunčice pod Ondřejníkem – Horní Čeladná kaplička

Délka: 4,5 km

Značení: modrá turistická značka

Obtížnost: červená

Charakteristika trasy: asfaltový povrch, zvlněný terén, max. sklon trasy 12%. Trasa vede po volném prostranství luk

GPS začátku trasy: 49°32'5.371"N, 18°17'42.079"E

GPS konce trasy: 49°30'46.508"N, 18°20'16.028"E

Možnost parkování: asfaltové parkoviště bez vyhrazeného stání pro osoby s tělesným postižením

Občerstvení: podél trasy není

Bezbariérové WC: ne

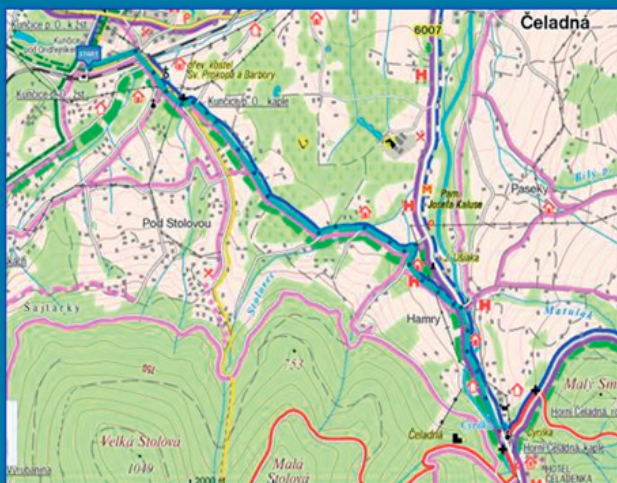
Posezení, lavičky: ne

Atrakce: ne

Zajímavosti: golfové hřiště, dřevěný kostel sv. Prokopa a Barbory, Pramen Cyrilka a roubená kaple sv. Cyrila a Metoděje v Horní Čeladné

Průvodce: ne

Lékařská péče: nemocnice Frýdek – Místek



## Radegast



Trasa: žst. Pustevny – Radhošť kaple Cyrila a Metoděje - Pustevny

Délka: 8 km

Značení: modrá turistická značka

Obtížnost: černá

Charakteristika trasy: povrch asfaltová cesta, kamenitá lesní cesta, zvlněný terén, max. sklon trasy 12%. Trasa vede po hřebeni převážně volným prostranstvím

GPS začátku trasy: 49°29'21.104"N, 18°15'53.855"E

GPS konce trasy: 49°29'27.964"N, 18°13'21.765"E

Možnost parkování: asfaltové parkoviště bez vyhrazeného stání pro osoby s tělesným postižením

Občerstvení: bezbariérová kolíba Valaška na začátku trasy, barierové restaurace na konci i začátku trasy

Bezbariérové WC: na začátku trasy

Posezení, lavičky: na začátku a podél trasy

Atrakce: ne

Zajímavosti: soubor útulen na Pustevnách, socha pohanského boha Radegasta, kaple Cyrila a Metoděje

Průvodce: ne

Lékařská péče: Lékařská služba první pomoci Rožnov p R. tel.: 571 655 444(so,ne,sv. 8:00 - 21.00hodin), Lékařská služba první pomoci Val. Meziříčí tel.: 571 758 758, Horská služba non - stop : 606 769 010, Horská služba Pustevny: +420 597 431 707



## Šance



Trasa: hráz vodní nádrže Šance – ústí Poledňany - hráz vodní nádrže Šance

Délka: 8 km

Značení: modrá turistická značka

Obtížnost: červená

Charakteristika trasy: povrch asfaltový, zvlněný terén, max. sklon trasy 12%. Trasa vede okolo přehrady Šance v prostředí lesa

GPS začátku trasy: 49°30'45.856"N, 18°25'4.306"E

GPS konce trasy: 49°30'39.345"N, 18°26'50.104"E

Možnost parkování: asfaltové parkoviště bez vyhrazeného stání pro osoby s tělesným postižením

Občerstvení: ne

Bezbariérové WC: ne

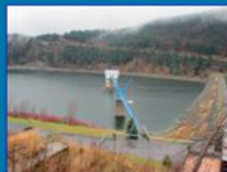
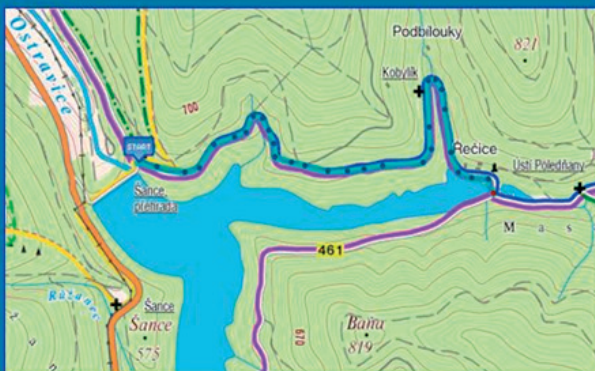
Posezení, lavičky: ne

Atrakce: ne

Zajímavosti vodní nádrže Šance

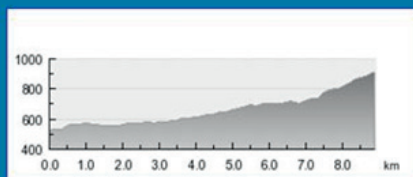
Průvodce: ne

Lékařská péče nemocnice Frýdek – Místek, Horská Záchraná Služba non-stop 606 769 010





## Údolím Černé



Trasa: Staré Hamry Černá – Bílý Kříž - Staré Hamry Černá

Délka: 17 km

Značení: cyklotrasa zelená 6181

Obtížnost: červená

Charakteristika trasy: povrch asfaltový, rovina a převážně táhlé stoupání, max. sklon trasy 12% na konci trasy. Trasa vede v prostředí lesa

GPS začátku trasy: 49°27'24.003"N, 18°28'15.361"E

GPS konce trasy: 49°29'56.071"N, 18°32'32.796"E

Možnost parkování: bez vyznačeného parkoviště, možnost odstit auto na začátku trasy nebo v zálievěch podél trasy. Není zde vyznačené parkoviště

Občerstvení: bariérové na konci trasy

Bezbariérové WC: ne

Posezení, lavičky: v polovině trasy

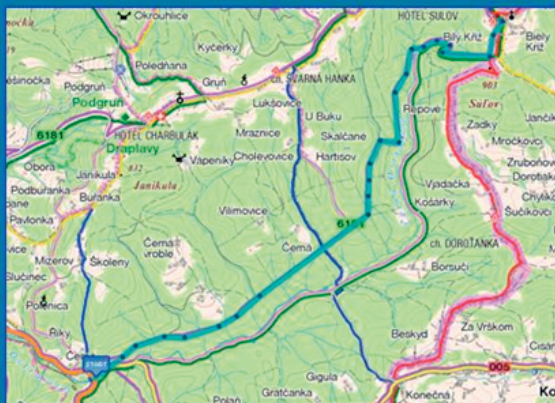
Atrakce: na konci trasy dětské hřiště

Zajímavosti: Bílý Kříž, malířský ateliér olejomalby

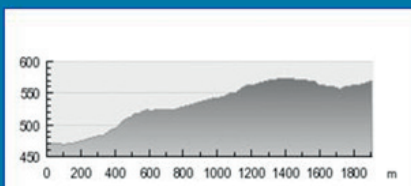
Průvodce: ne

Lékařská péče: nemocnice Frýdek – Místek, Horská Záchranná Služba non-stop: 606 769 010,

Horská Služba Grůň: 558 437 871



## Kunčice pod Ondřejníkem – Na Pekliskách



Trasa: žst. Kunčice pod Ondřejníkem – Na Pekliskách – žst. Kunčice pod Ondřejníkem

Délka: 3,6 km

Značení: zelená turistická značka

Obtížnost: černá

Charakteristika trasy: asfaltový povrch, v jednom úseku kamenitý, zvlněný spíš táhle stoupavý terén, max. sklon trasy 12% v jednom úseku asi 200m dlouhém. Trasa vede po volném prostranství

GPS začátku trasy: 49°32'5.371"N, 18°17'42.079"E

GPS konce trasy: 49°31'24.075"N, 18°16'57.179"E

Možnost parkování: asfaltové parkoviště bez vyhrazeného stání pro osoby s tělesným postižením

Občerstvení: banérová restaurace na konci trasy

Bezbariérové WC: ne

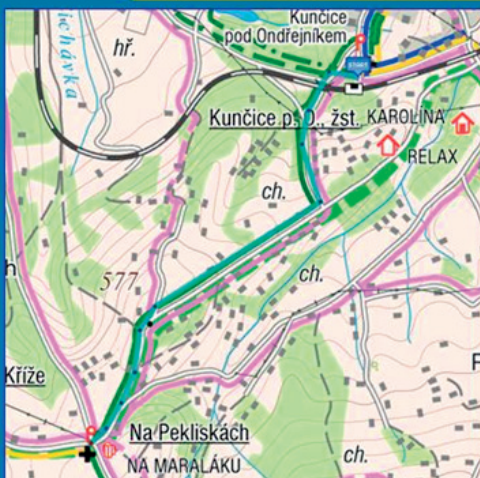
Posezení, lavičky: ne

Atrakce: dětské hřiště u restaurace Marelák na konci trasy

Zajímavosti: vyhlášené bramboráky v restauraci Marelák

Průvodce: ne

Lékařská péče: nemocnice Frýdek – Místek





**doc. Mgr. Martin Kudláček, Ph.D.,  
Mgr. Ondřej Ješina, Ph.D.**

## **Integrovaná tělesná výchova, rekreace a sport**

Výkonný redaktor prof. PhDr. Ivo Jirásek, Ph.D.

Odpovědný redaktor Bc. Otakar Loutocký

Technický redaktor RNDr. Helena Hladišová

Obálka Jiří Jurečka

Foto na obálce doc. Mgr. Martin Kudláček, Ph.D. & Mgr. Ondřej Ješina, Ph.D.

Vydala Univerzita Palackého v Olomouci

Křížkovského 8, 771 47 Olomouc

[www.vydavatelstvi.upol.cz](http://www.vydavatelstvi.upol.cz)

[www.e-shop.upol.cz](http://www.e-shop.upol.cz)

[vup@upol.cz](mailto:vup@upol.cz)

Vytiskl Papírtisk, s. r. o.

Chválkovická 223/5

779 00 Olomouc

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

1. vydání

Olomouc 2013

ISBN 978-80-244-3964-8

Neprodejná publikace

VUP 2013/989







