

Editorial

Změna je život a život je plný změn. Říká se, že po několika letech práce na jednom pracovišti, v partnerském životě nebo při užívání auta (po každé jde o jiný časový údaj a jiný typ změny) se má změna provést. V souladu s tím se i redakce časopisu APA v teorii a praxi rozhodla k několika inovacím. Jednou z nich je změna na postu vedoucího redakčního týmu. Velké poděkování za práci odvedenou v průběhu prvních let fungování časopisu patří panu doc. Martinu Kudláčkovi, který se nemalou měrou zasloužil na spuštění časopisu. Stál úplně na začátku jako hybná síla, přesvědčil nepřesvědčené, přemluvil nepřemluvitelné, a společně s nimi pak zajistil nezajistitelné.

Mým úkolem je štafetový kolík poponést jen o pár metrů dál a předat kolegyni Julii Wittmannové, která se od příštího čísla bude naplno věnovat tomu, aby si časopis vydobyl kredit zejména na elektronickém internetovém poli. Přesto je zřejmé, že pro členy České asociace aplikovaných pohybových aktivit a pro potřeby zájemců ze strany knihoven bude připravována i papírová verze.

Letošní rok je pro APA bohatý a plný setkávání - Integrace jiná cesta VIII, Evropský kongres APA, sekce na konferenci pořádané na půdě FTVS. Tak vzhůru do práce, vzhůru do setkávání a ... dobré je však být nejen vzhůru, ale chodit někdy i spát.

Za redakci časopisu Ondřej Ješina

PRAXE

- **Osobnost v oblasti APA** (redaktorka rubriky Radka Bartoňová)
 - Otázky pro Evu Kacanu..... 2
 - Ondřej Ješina*
- **Informace o projektech** (redaktor rubriky Ondřej Ješina)
 - Projekt Krtek v pohybu..... 4
 - Tomáš Vyhliđal*
 - Vybrané aktivity Fakulty tělesné kultury UP v Olomouci..... 8
 - Ondřej Ješina*
 - Vybrané aktivity Fakulty tělesné výchovy a sportu UK v Praze..... 11
 - Klára Dađová, Jitka Vařeková, Eva Prokešová*
- **Jak na to...** (redaktor rubriky Martin Kučera)
 - Tábory pro děti se zdravotním postižením a znevýhodněním (1. díl)..... 12
 - Ondřej Ješina, Tomáš Vyhliđal*
- **APA v praxi** (redaktor rubriky Tomáš Vyhliđal)
 - Bezbaexpedice Norsko 2015..... 16
 - studenti APA*
 - Expedice PřesBar 2015 20
 - studenti AP*
- **Řekněte to jinak** (redaktorka rubriky Svatava Panská)
 - Teorie znakového jazyka..... 25
 - Svatava Panská*
- **Informace ze zahraničí** (redaktor rubriky Martin Kudláček)
 - Nordic conference in APA and disability sport..... 28
 - Radka Bartoňová, Ladislav Baloun*

TEORIE

- **Recenzovaná sekce**
 - Bariéry a facilitátory sportovní participace u osob se znakovým postižením..... 31
 - Eva A. Jaarsma, Rienk Dekker, Steven A. Koopmans, Pieter U. Dijkstra, Jan H. B. Geertzen*
 - Integrace žákyně s epidermolysis bullosa dystrophica do tělesné výchovy na prvním stupni základní školy .. 42
 - Roman Kepič, Jitka Vařeková, Klára Dađová*
 - Postoje horolezců na účast osob s tělesným postižením v různých formách lezeckých aktivit 53
 - Jan Klega, Ondřej Ješina*
 - Vliv půlroční pohybové intervence a nutriční edukace na redukci hmotnosti u jedinců po poškození míchy.. 63
 - E. Jarošová, J. Vařeková, J. Pokuta, M. Panáčková*

Redakční rada: prof. PhDr. Hana Válková, CSc. (FTK UP Olomouc), PaedDr. Zbyněk Janečka, Ph.D. (FTK UP Olomouc), doc. Mgr. Martin Kudláček, Ph.D. (FTK UP Olomouc), Mgr. Ondřej Ješina, Ph.D. (FTK UP Olomouc), doc. PaedDr. Ladislav Bláha, Ph.D. (PedF UJEP Ústí nad Labem), doc. PaedDr. Jitka Kopřivová, CSc. (FSpS MU Brno), Ružena Popović, Ph.D. (Faculty of Sport and PE, University of Niš, Srbsko), Mirosław Górny, Ph.D. (AWF Poznań, Polsko), Mgr. Iva Obrusníková, Ph.D. (University of Delaware, USA), prof. PhDr. Jela Labudová, CSc. (FTVŠ UK Bratislava, Slovensko). Vydala a vytiskla Univerzita Palackého v Olomouci, Křížkovského 8, 771 47 Olomouc, www.upol.cz/vup, e-mail: vup@upol.cz. K vydání připravila Fakulta tělesné kultury UP v Olomouci ve spolupráci s Českou asociací aplikovaných pohybových aktivit (ČAAPA). Olomouc 2016. Vychází dvakrát ročně. Časopis je od r. 2011 registrován v databázi EBSCO. ISSN 1804-4204. ISSN 1804-4220 (on-line). Reg. č. MK ČR E 19549.

Osobnost v oblasti APA (redaktorka Radka Bartoňová)

Otázky pro Evu Kacanu

Ondřej Ješina

Katedra aplikovaných pohybových aktivit,
Fakulta tělesné kultury, Univerzita Palackého v Olomouci

Narodila se roku 1965 v Jablonci nad Nisou, rodina však přišla ze středního Řecka. Je světovou rekordmankou, paralympijskou vítězkou ve vrhu koulí, mistrýní světa, mistrýní Evropy a mnohonásobnou přebornicí ČR. Vystudovala psychologii, pracovala v ústavu pro osoby zrakově postižené, poté v dětském domově, nyní pracuje jako odborný konzultant a inspektor kvality v oblasti sociálních služeb. Angažuje se v Asociaci pro osobní asistenci, pomáhá při pořádání různých akcí pro osoby se zdravotním postižením. Napsala knihu Jsme lidé – kniha o tom, jak efektivně komunikovat a pomáhat lidem se zdravotním postižením (<http://zpravodajstvi.olomouc.cz/clanky/Eva-Kacanu-14057>). Eva Kacanu je od roku 1996 na vozíku pro paraplegii obou dolních končetin. Rekreačně začala atletiku provozovat v roce 1999. O dva roky později se na základě svých výkonů dostala do reprezentace České republiky. Její hlavní disciplínou je vrh koulí a hod oštěpem. Trenérkou je Mgr. Iva Machová a Mgr. Martina Musilová. Na paralympiádě 2004 v řeckých Aténách získala stříbrnou medaili a na paralympiádě 2008 v Pekingu zvítězila ve světovém rekordu. Eva je držitelkou českého rekordu ve své kategorii F54 v hodu oštěpem (10,81 m) a světového rekordu ve vrhu koulí (6,73 m) (<http://atletika.olomouc.cz/handicap/kacanu.htm>). Její sportovní kariéra však stále pokračuje a úspěchů na mezinárodním poli dosahuje dodnes. Jedním z největších letošních úspěchů je např. 2. místo na Grand prix v Dubaji a další skvělé výsledky ji určitě čekají. Není jen sportovkyní, ale také vedoucí Atletiky v ČR a vede spolek Atletiky vozíčkářů, věnuje se juniorskému týmu, který povede již po třetí na Světové hry IWAS.

■ Jak jsi se dostala k atletice a kolik sportů jsi před tím vyzkoušela, než jsi se k ní dostala?

Když jsem ještě chodila tak jsem sportovala rekreačně, plavání, turistika, jízda na kole, chůze. K Atletice na vozíku jsem se dostala v r. 1997, kdy jsem byla na nováčkovském soustředění v tenise a tam mi poradili, že bych měla vyzkoušet atletiku a tak jsem to vyzkoušela a už jsem u ní zůstala.

■ Čím to, že nejen v atletice, ale i v některých dalších sportech (např. lyžování) se můžeme setkávat stále s těmi stejnými jmény už více než 15 let?

Nikdy jsem o tom nepřemýšlela, ale asi je to tím, že atletika je individuální sport a, když už se člověk do ní zakousne, tak ji dělá, pokud má sílu a energii. Nedělá to pro peníze, ale většinou proto, že je to hnací motor pro překonávání samu sebe.

■ Jaký je tvůj recept na sportovní dlouhověkost?

Nevzdávat to, nenechat se odradit neúspěchy a hlavně dělat sport pro radost. Nenechat se odradit změnou pravidel a slučováním skupin bez přepočtu atp. Prostě sportovat a radovat se, že to stále jde a také těšit se se setkání s ostatními na závodech.

■ Jak a kam se podle tebe paralympijský sport na mezinárodní úrovni za posledních 15 let posunul?

No ve světě určitě hodně – týmy se profesionalizují, u nás bohužel ne. Není na to politická vůle a podpora. Jediné co se v tomto směru u nás změnilo, že již trochu, ale opravdu trochu více o nás dává vědět v médiích a periodikách. Stále je to však málo. Je paralympijský rok a propagace není žádná o jiných velkých soutěžích ani nemluvíme neboť tam je to ještě horší. Pak je tady další úroveň a to přístup mezinárodního paralympijského výboru, který dělá rozhodnutí, které nevedou k rozvoji sportu, ale spíše utlumování. Jedná se zejména o rušení disciplín v některých kategoriích, o slučování skupin bez přepočtu, rušení skupin, nelogické pravidlo ohledně sezení na vrhačské stoličce, kdy sportovec nesmí vůbec odlepit zadek od podložky, ale to je nereálné při jakémkoliv pohybu dojde k odlepení. Stačí jen mírné zavrtění a dojde k pohybu. Tyto úpravy mi skoro připadají jako snaha co nejvíce redukovat skupiny vozíčkářů a to je hodně frustrující.

■ Co chybí českému paralympijskému sportu, aby se na mezinárodní úrovni udržel nebo (možná ještě lépe) vrátil na dříve dobyté pozice?

Profesionalizace, finance na přípravu, finance na výjezdy, na závody, placený realizační tým, který to v současné době dělá v podstatě zadarmo, bere si na akce dovolenou a volno atd.

■ Jak se daří naplňovat tvoje plány s rozvojem atletiky sportovců s postižením v ČR, zejména pak v Olomouci?

V tomto směru se domnívám, že se daří, v současné době mám v Olomouckém oddíle aktivně sportujících atletů 11, což je velice slušné číslo. Také se podařilo, že máme na stadionu zaměstnanou trenérku, která se sportovcům může věnovat. Pravidelně se jim věnuje Martina jako zaměstnanec AK a Aneta jako pomocná trenérka. Což je opravdu super a hlavně mám radost z toho, že pravidelně trénují a že se jim pomalu a jistě daří. Ale v ČR je to tak, že se pomalu a jistě obměňuje tým, kdy někteří sportovci ukončili kariéru a noví se zatím pomalu a jistě realizují. V posledních třech letech se podařilo, že máme reprezentační juniorský tým, který

je poměrně úspěšný i na mezinárodním poli a to i přesto, že všechny výjezdy jsou realizovány díky penězům, které seženu a, které si seženu sami.

■ **Co ti dělá v poslední době radost?**

V osobním životě je to zdraví, které se celkem drží i přesto, že mám problém s ramenem tak se to dá, a v atletice, že jsou noví a mladí lidé, kteří mají zájem a pracují na sobě, že to co dělám a čemu věnuji svůj čas má smysl.

■ **Co tvoje mimoatletické aktivity, jaké máš plány, kde vidíš svůj přínos i mimo atletické ovály?**

Ráda bych se věnovala i nadále prosazování práv osob se zdravotním postižením, zejména v oblasti samostatného života. Dále mě hodně baví šíření problematiky osob se zdravotním postižením mezi širokou veřejnost a také přibližování života osob se zdravotním postižením dětem a mládeži pomocí přednášek atp. Chtěla bych se také věnovat problematice pečujících, kteří se starají o někoho s postižením, ale nikdo se nijak nestará o ně, mnohdy nevědí co je to dovolená atp.

■ **Je něco, co (nebo kdo) tě dokáže spolehlivě pobavit nebo na druhou stranu rozesmutnit?**

Naprosto spolehlivě mě pobaví příběhy humoristy Martina Macka Cabicara, no a pak mě vždy rozesmějí a pobaví malé děti a jejich bezprostřednost, ta je prostě úžasná.

Rozesmutnit mě dokáže lidská zloba, závist a také lidská lhostejnost. Nebo také, když lidé nedokáží ocenit snahu druhého člověka a místo toho jen nekonstruktivně kritizují.

■ **Kdybys byla ministryní sportu pro osoby s postižením, co bys nejspíš první měsíc v úřadu chtěla realizovat?**

Zmapovala bych si fakticky sportující členy jednotlivých svazů a oddílů, zmapovala bych si jednotlivé akce a účast na těchto akcích. Také bych zrevidovala členské základny, kdy bych si nechala prověřit jednotlivé členy, kde a kdy na jaké akci byli přítomni a jak jsou aktivní, zda se nejedná jen o papírové členy. Pak na základě zjištěných údajů a faktů bych nechala zpracovat klíč pro přidělování peněz pro reprezentaci dospělých a mládeže a to jak na přípravu, tak na účast na závodech a také na vybavení a trenéry, další na činnost jednotlivých oddílů, na odměny trenérů atp. A v neposlední řadě bych začala pracovat s médii, aby zahrnuli do zpravodajství pravidelné informace o sportu ZP.

■ **Na závěr prosím o nějaký pozitivní vzkaz pro čtenáře tohoto rozhovoru...**

Život je příliš krátký na to, abychom se zabývali hloupostmi:

Takže žijte život naplno, radujte se z každého dne, naučte se milovat a hlavně rychle odpouštět. ■



Projekt Krtek v pohybu

Tomáš Vyhlídal

*Katedra aplikovaných pohybových aktivit,
Fakulta tělesné kultury, Univerzita Palackého v Olomouci*

Hlavním cílem projektu je vytvoření pohybového programu zaměřeného na pohybové aktivity pro děti s onkologickým onemocněním. Tyto aktivity budou mít za následek zvyšování kvality života dětí s onkologickým onemocněním a budou zaměřené na oblast sociální (týmové pohybové hry, hry na rozvoj spolupráce...), psychickou (psychomotorické aktivity, zážitkové hry, pohybové aktivity na posílení sebe-důvěry...), oblast zdravotní (pohybové aktivity zaměřené na zvyšování rychlosti, síly, vytrvalosti...). V rámci této aktivity bude vytvořen booklet (text, který vyjde v elektronické verzi a bude obsahovat popis programu a doporučení pro praxi). Tento materiál bude předán klinikám dětské onkologie a hematologie v ČR a zaslán nadacím a nadačním fondům, které řeší tuto problematiku.

Další z cílů projektu

Realizace pohybových programů pro děti s onkologickým onemocněním. v rámci této aktivity dojde k uskutečnění pohybového programu zaměřeného na děti s onkologickým onemocněním. Zde bude aplikován, ověřován a upravován vzniklý pohybový program. Dojde k uskutečnění letního 13denního pobytu (12 nocí) a zimního 6denního pobytu (5 nocí). V rámci této aktivity bude podpořeno 70 dětí s onkologickým onemocněním.

Realizace pohybových programů pro rodiny s dětmi s onkologickým onemocněním. V rámci této aktivity dojde k podpoření rodin dětí s onkologickým onemocněním. Dojde k realizaci 3 pobytových programů pro celé rodiny (každý pobyt 3 noci). V rámci této aktivity bude podpořeno 210 účastníků.

Praxe studentů. Studenti absolvují pohybové programy pro rodiny s dětmi s onkologickým onemocněním, kde se budou podílet na přípravě a organizaci pohybového programu. Získání zkušeností s touto cílovou skupinou zvýší jejich profesní kompetence a umožní větší uplatnitelnost na trhu práce. V rámci této aktivity bude podpořeno 25 studentů.

Školení. V rámci této aktivity dojde k realizaci 2 školení, které budou zaměřené na problematiku aplikovaných pohybových aktivit využitelných u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami. Pohybové aktivity jsou nedílnou součástí prevence a zmírnění sekundárních následků léčby. V rámci této aktivity bude proškolen 40 účastníků.

Účast na konferencích. Dojde zde k prezentování výsledků projektu, které podpoří publicitu projektu a také udržitelnost projektu. V rámci této aktivity dojde k prezentování 4 příspěvků o této problematice na konferencích v ČR.

Realizace konference. Závěrem projektu dojde k uskutečnění konference, na které dojde ke sdílení zkušeností získaných v rámci projektu. Konference se účastní organizace pracující s touto cílovou skupinou (zdravotnický personál, nadace, nadační fondy, volnočasové organizace...). V rámci této aktivity bude podpořeno cca 50 účastníků.

Název projektu: KRTEK V POHYBU

Registrační číslo projektu: CZ.11/MGS/069

Doba trvání projektu: 15. 4. 2014–31. 4. 2016

Hlavní řešitel projektu: Nadační fond dětské onkologie KRTEK

Partner projektu: Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta tělesné kultury

Garant projektu za FTK UP: Mgr. Tomáš Vyhlídal, email: tomas.vyhlidal@upol.cz

PROJEKTOVÉ AKCE

První pobyt projektu KRTEK V POHYBU se uskutečnil v Mílovech

Ve dne 30. 4.–3. 5. 2015 se v malebném prostředí Mílovského rybníka uskutečnil první pohybový program pro rodiny s dětmi s onkologickým onemocněním. Tento program byl realizován novým projektem KRTEK V POHYBU, na kterém se společně s Nadačním fondem dětské onkologie KRTEK podílí také katedra aplikovaných pohybových aktivit FTK UP.

Nedělnou součástí pobytu byli také studenti oboru APA, ATV, kteří se podíleli na přípravě a realizaci celé akce.

A jak vlastně vnímali sami studenti celý pobyt?

Očima studenta:

...a tak jsme tam stáli, my studenti pod vedením lidí, kteří se kdysi rozhodli dělat děti šťastnějšími. Myslím, že můžu mluvit za všechny studenty, že jsme byli plni různých pocitů, přijížděli jsme sem s nervozitou i strachem, zda zvládneme psychickou zátěž práce s dětmi s onkologickým onemocněním, zda se nás soucit nepromění v lítost a budeme mít dostatek sil tvořit zábavu. Ve chvíli, kdy jsme stáli před rodiči s dětmi a měli jsme možnost strávit pár úvodních chvil všichni u jednoho táboráku, pálit čarodějnici a společně s ní zahazovat do ohně všechny negativní věci i pocity, jsme si byli jistí, že pobyt tady bude více než příjemný. Další den jsme už dostali prostor



se realizovat a našim úkolem bylo, zajistit program na následujících pár dní, tedy od pátku do neděle, s tím, že rodiče si mohou vybrat z aktivit, které jim nabídneme. První den jsme zahájili různými míčovými hrami a jelikož

byl první máj, lásky čas, tak jsme se odpoledne vydali na prvomájovou cestu, den jsme završili poklidným lampionovým průvodem, všichni s vlajkami na obličeji protože se blížil hokejový zápas. Potěšující bylo vidět úsměvy rodičů a dětí z prvního podařeného dne a tak jsme se s chutí pustili do dalšího. Na programu byla výuka partnerským masáží pro odpočinek rodičů, zábavné hry pro děti, lanové aktivity na kterých se všichni mohli řádně vyřádit a také odpolední olympijské hry, kde se děti na chvíli stali olympijskými sportovci a mohli plnit nejednu disciplínu. Večer, jelikož byl náš poslední společný, proběhlo hromadné rozloučení a poděkování všem zúčastněným, který jsme ještě završili



diskotékou s dětmi. V neděli následoval odjezd a myslím, že i nemálo postesků, že pobyt utekl tak rychle. Děti i rodiče byli naprosto skvělí, s radostí se účastnili našich aktivit a tvořili pozitivní a usměvavou atmosféru po celý pobyt. Pokud bych mluvila za sebe, odjíždět se mi nechtělo, byla jsem nadšená z neskutečné iniciativy všech organizátorů a zároveň šťastná, že jsem se mohla podílet na další akci pro děti s onkologickým onemocněním. Byl to pro mě nejen příjemně strávený prodloužený víkend, ale především jsem si uvědomila jak krásnou cestou lze dělat věci, které mají opravdický smysl, jak lze rozdávat radost a jak smysluplné je čerpat vlastní energii do akcí, které kouzlí úsměv na tváři nejen dětem ale i dospělým. Myslím, že jsme všichni odjížděli nabití energií díky všem zúčastněným, díky jejich zdatné síle, kterou mnozí z nás postrádají. ■



Školení zdravotních sester Kliniky dětské onkologie Brno



Ve dne 30. 5. 2015 se v krásném prostředí Uherského Hradiště v obci Buchlovice uskutečnilo první školení projektu Krtek v pohybu pod garancí projektového partnera Katedry aplikovaných pohybových aktivit FTK UP. Školení bylo zaměřeno na zdravotní sestry Kliniky dětské onkologie Brno a to z Oddělení jednotky intenzivní péče,



Oddělení ambulantní, Oddělení transplantační a Oddělení standardní.

Cílem školení bylo představení vybraných pohybových her a jejich uplatnění v praxi, představení sportovně kompenzačních pomůcek, diskuze nad využíváním těchto aktivit v nemocničním prostředí a v neposlední řadě modifikace a využití her psychomotorických. Tohoto školení se uskutečnilo 19 zdravotních sester a daná akce proběhla ve spolupráci s hlavním partnerem projektu Nadačním fondem dětské onkologie KRTEK. ■

Letní pobyt pro děti s onkologickým onemocněním – Mílovy

V rámci projektu Krtek v pohybu se uskutečnil ve dnech 15.–28. 8. 2015 v Mílovech letní pobyt pro děti s onkologickým onemocněním, jejich sourozence a kamarády. S projektu bylo podpořeno 54 dětí s onkologickým onemocněním léčených na Klinice dětské onkologie Fakultní nemocnice Brno, která je komplexním onkologickým centrem pro malé pacienty z Moravy a Slezska. Jedním z dílčích cílů pobytu bylo ověřovat a upravovat pohybové aktivity, které v rámci resocializace této cílové skupiny zvyšují jejich sebevědomí, samostatnost, sociální interakci, komunikaci a další. ■



XXV. konference dětských hematologů a onkologů České a Slovenské republiky

Ve dnech 16.–18. 10. 2015 se v Brně uskutečnila významná konference dětských hematologů a onkologů České a Slovenské republiky. Těto konference se účastnili i členové projektu Krtek v pohybu, kteří zde sezna-



movali odborníky z řad lékařského i nelékařského personálu s projektovými aktivitami. Během konference došlo k jednáním a diskuzím o možnosti zapojení se do projektu a řešení projektových aktivit. ■

Pobyt pro rodiny s dětmi s onkologickým onemocněním Horní Bečva - Martinák

Od 14. do 17. listopadu se uskutečnil v malebném prostředí hotelu Martinák pobyt pro rodiny s dětmi s onkologickým onemocněním. Na přípravě tohoto pobytu, který byl realizován v rámci projektu Krtek v pohybu se podíleli i studenti Fakulty tělesné kultury, katedry aplikovaných pohybových aktivit.

Pobyt očima studentů:

Nadační fond dětské onkologie Krtek uspořádal ve dnech 14. 11. - 17. 11. 2016 pobyt pro rodiny s dětmi. Samotný pobyt se uskutečnil v horském hotelu Martinák, který najdeme uprostřed nádherné krajiny na jednom z vrcholů Beskyd, nedaleko Rožnova pod Radhoštěm. Pohybový program pro rodiny mělo pod taktovkou devět studentek studijních oborů APA a ATV. I přesto, že nám počasí příliš nepřálo, mohu za celý tým říct, že na pozitivní atmosféře se to rozhodně nepodepsalo.

Během prvního dne se děti i rodiče mohly zajít pořádně protáhnout a zatančit si zumbu, nebo se seznámit s brazilským bojovým tancem – capoeira. V odpoledním programu bylo vyhrazeno místo oblíbenému lidskému „Člověče, nezlob



rodiče s dětmi a tak se do boje o nejvyšší příčku musel zapojit skutečně každý člen. Cílem bylo poznávat krátké filmové ukázky pohádek, seriálů, filmů a reklam. Videostop měl obrovský úspěch, po sečtení bodů a samotném vyhlášení těch nejlepších jsme se rozloučili, popřáli si šťastnou cestu a navzájem si poděkovali za příjemně strávené dny.

Věřím, že program děti bavil, což lze usuzovat z úsměvů od ucha k uchu na jejich tvářích. Předaly jsme spoustu pozitivní energie těm, kterým chyběla a budou ji teď ještě hodně potřebovat. Při zpáteční cestě domů jsme si rekapitulovaly uplynulé dny a podle pozitivních ohlasů věříme, že naše práce byla odvedena dobře, neboť jsme po velmi aktivních pár dnech jedna do jedné usnuly. ■

Kristýna Navrátilová, studentka oboru APA

se“, dále také hře s obrázky, která měla za cíl procvičit dětskou paměť a v neposlední řadě hra na zvířátka, která měla taktéž obrovský úspěch. Kdo by si taky jen tak rád nezakřičel jako lev, že? Večery patří diskotékám a jinak tomu nebylo ani na tomto pobytu. Prostor zatančit si a naučit se tanečním sestavám dostali nejen ti nejmenší, ale během večera na taneční parket zavítali i rodiče.

Během pondělního rána jsme uspořádaly menší výlet do hor, který šel ruku v ruce s pohybovými aktivitami a jinými hrami. Jak už jsem zmínila, pobyt se konal nedaleko Rožnova pod Radhoštěm, ve kterém se nachází vyhlášené Valašské muzeum, pro jiné známý také jako skanzen, kam během odpoledne zamířili rodiče s dětmi. Poslední večer byly děti ohodnoceny sladkostmi, proběhlo společné focení a večerní program patřil aktivitě - Videostop. Týmy tvořili



5. mezinárodní konference Výchova ke zdraví a aktivní životní styl



Ve čtvrtek 26. listopadu 2015 se uskutečnila 5. mezinárodní konference Výchova ke zdraví a aktivní životní styl, kterou organizovala Katedra výchovy ke zdraví Pedagogické fakulty JU.

Konference se konala v aule Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Konference byla zaměřená na zdravotní aspekty životního stylu a to především na pohybové aktivity, výživu a aplikované pohybové aktivity.



Akce se zúčastnili také zástupci projektu Krtek v pohybu Tomáš Vyhřídál a Ondřej Ješina, kteří prezentovali své příspěvky zaměřené na oblast dětské onkologie a pohybových aktivit. ■

Vybrané aktivity Fakulty tělesné kultury UP v Olomouci

Ondřej Ješina

*Katedra aplikovaných pohybových aktivit,
Fakulta tělesné kultury, Univerzita Palackého v Olomouci*

Punčový rekord drží FTK a Centrum APA



Sedmdesát tisíc korun pro ranou péči. Rekord. Takto jednoduše by se dal shrnout včerejší večer na stánku organizace Dobré místo pro život, který opanovali zaměstnanci fakulty tělesné kultury včetně několika členů vedení. U žádného jiného stánku na trzích v centru města tak živo nebylo. Už první směna, v níž byl proděkan Svatopluk Horák a Ondřej Ješina z fakulního Centra APA, měla co dělat, aby nápor punčechtivých zvládla. S přibývajícím časem se shromáždění jen rozrůstalo, a to nejen o lidi spojené s neředínskou fakultou. Ani fronta, ani dešť neodrazovaly.

Naopak. Lákala podpora dobré věci a přátelská až bouřlivá atmosféra, kterou umocňovali také muzikanti se svými písněmi. „To je nesku-

tečný. Paráda! Jen by si příště mělo Dobré místo pro život pronajmout minimálně dva stánky. Když prodává APA, je to bezkonkurenční!“ komentoval výsledek prodeje jeden z muzikantů Tomáš Prycl.

„Před akcí jsem říkal lidem, ať tipují, že utržíme kolem 47 tisíc, ale toto mě vážně mile překvapilo. Ve skutečnosti se prodalo punče asi za 68 tisíc, ale to číslo se nám moc nelíbilo. Třeba takový ročník 1968 není v naší historii zrovna šťastný. Tak jsme se rozhodli částku zakulatit,“ prozradil Ondřej Ješina.

V kase tak bylo přesně 70 311 korun. Organizace Dobré místo pro život na svém Facebooku ještě v noci napsala, že jde o rekordní částku.

Výtěžek z prodeje poputuje stejně jako v předchozích letech na podporu činnosti olomouckého Střediska rané péče, které pomáhá rodinám s dětmi se zrakovým a kombinovaným postižením v Olomouckém a částečně též Pardubickém a Zlínském kraji. ■

Martin Višňa

Velké poděkování za účast na sbírce pro Středisko rané péče

*Drazí kolegové, studenti, všichni další účastníci po-
dařeného podvečera, večera a noci. Chtěl bych Vám
jménem svým i organizátorů poděkovat za velmi ak-
tivní účast na stánku Dobrého místa pro život u příle-
žitosti sbírky pro Středisko rané péče Olomouc. Díky
Vám bylo vybráno více než 70 000, z čehož nemalá
částka (po odečtení všech nákladů) poputuje na účet
partnerské organizace a mimo jiné podpoří i společné
projekty FTK a střediska.*

*Zvláštní poděkování patří Věrce Novotné za pří-
ležitost, kterou FTK a Katedře APA dává; Martinu
Kučerovi za komunikaci a celkovou koordinaci akce;
Renče Slezákové za dotažení řady nápadů a celko-
vou grafickou i mediální podporu; Martinu Višňovi*

*nejen za domluvení prostoru pro následnou společen-
skou akci; hudebníkům za udržování zábavy; panu
děkanovi Zbyňku Svozilovi, proděkanскому týmu,
zúčastněným vedoucím kateder a zástupcům Katedry
APA a Centra APA (včetně jejich některých rodinných
příslušníků) za prodej; Františkovi za konzumaci;
všem, kteří přivedli své kamarády a samozřejmě ře-
diteli Střediska rané péče Tomáši Vyskočilovi za vřelý
vztah, který nám toto všechno umožňuje. O cenu pro
nejefektivnějšího prodejce si řekl tajemník FTK Pavel
Král, což však vzhledem k jeho finanční gramotnosti
nikoho ze zainteresovaných nepřekvapilo. ☺*

Ondřej Ješina

Jde to i jinak – vzdělávací program na ZŠ ve Šternberku

Centrum aplikovaných pohybových aktivit –
APA při Fakultě tělesné kultury UP v Olomouci
pro děti z naší školy zorganizovalo 24. 11. program
„Jde to i jinak.“

Děti z 1. C a celého 2. ročníku tento den vymě-
nily učebnice a sešity za sportovní oblečení a po-
hybové aktivity s pomůckami pro zdravotně
znevýhodněné jedince a postupně si na čtyřech
stanovištích vyzkoušely mobilitu na běžném
i sportovním invalidním vozíku, mobilitu s klapka-
mi na očích se slepeckou holí, hru Curling, hru pro
děti s tělesným postižením zvanou Boccia a krátce
se seznámily prostřednictvím videozáznamů s pa-
ralympijskými hrami.

I když některé děti uchvátila jízda na sportov-
ním invalidním vozíku natolik, že by vozík rádi při-
psaly na seznam pro Ježíška, nakonec zjistily, že
zdravé nohy jsou rychlejší než kolečka na vozíku...

Velký dík patří studentům a odborným asisten-
tům Centra APA, kteří dětem skvěle zorganizovali



zábavnou formou akci, která pozitivně působila
na postoje zdravých dětí k osobám se zdravotním
handicapem. Doufáme, že to nebyla první, a zá-
roveň poslední akce s Centrem APA a těšíme se
na další spolupráci. ■

Hana Mádrová

Sportovní hry Lanškroun 2015

*Jak už je každoročním zvykem i letos
zavítali studenti a pracovníci z katedry
APA v rámci Centra APA do Lanškrou-
na, kde dne 21. 10. 2015 pomohli uspo-
řádat sportovní hry pro žáky s mentál-
ním a kombinovaným postižením. Her
se účastnilo 11 týmů z východu Čech
a i jeden tým z nedalekého Polska.
Sportovci absolvovali 10 stanovišť, ze*

*kterých byly poté sečteny body či časy
a určeno výsledné pořadí týmů a nej-
lepších jednotlivců v kategorii dívky,
chlapci a vozíčkáři.*

*Nešlo až tak o jednotlivé výsledky, ale
spíše o sportovního ducha v rámci fair
play, jak si sportovci na startu slíbili,
radost a zážitek z pohybových aktivit
a možnost být součástí jednoho týmu se*

*společným cílem. Na závěr proběhla ob-
líbená diskoteka a slavnostní předávání
cen. Celé dopoledne pomáhali k poho-
dové atmosféře a k všeobecnému veselí
všude přítomní barevní klauni a nepře-
konatelný DJ a moderátor Láďa. Děku-
ji za tým Centra APA studentům, kteří
se zúčastnili a vše skvěle zvládli. ■
Za organizační tým Radka Bartoňová*

Projekt UFIT dokončen



Projekt, který měl za úkol vytvořit a odstartovat realizaci kurzů prohlubujících kompetence fitness trenéru o problematiku práce s osobami se zdravotním postižením byl završen v půlce října 2015 konferencí ve francouzském Marseille. Konference se zúčastnili zástupci Katedry APA (Martin Kudláček a Ondřej Ješina) společně s dalšími zástupci FTK UP v Olomouci.

Celý projekt byl koncipován jako dvouletý a řešiteli projektu byli partneři z Irska, Velké Británie, Francie a Španělska. Výstupem projektu je podoba 9hodinového školení, které je zaměřeno pro již praktikující fitness trenéry. Je však otevřen i absolventům

vysokoškolských tělovýchovných oborů, kterým prohlubuje jejich dosavadní vzdělání. V průběhu projektu byl na půdě FTK UP v Olomouci realizován pilotní kurz na jehož realizaci se spolupodíleli i zástupci Centra Paraple, České asociace sportu pro všechny nebo Centra Pohybu Olomouc. ■

Ondřej Ješina

Dvě významné události Wilderness Therapy projektu v prázdninovém čase



Během prázdninového času proběhly dva milníky projektu Wilderness Therapy ve Višegradské čtyřce. Byl to sedmidenní výcvik WT (27. 6.–3. 7. 2015, Bukovské Vrchy) a dvoudenní uzavírací konference (28.–29. 8. 2015, Přerov).

Sedmidenní výcvik hostila panenská příroda Bukovských vrchů. Dvacet účastníků ze čtyř zemí (Maďarsko, Polsko, Slovensko

a Česko) byli s přístupem Wilderness Therapy seznámeni skrze anglickou odbornici Jo Roberts z Wilderness Foundation z Anglie.

Anglická odbornice zaštiťovala psychologickou část, praktické ukázky a cvičení, technické zabezpečení přechodu hor měl na starosti tým z Fakulty tělesné kultury. Přechod části hor z Osadného do Sniny přinesl účastníkům praktické zkušenosti, které měli možnost v mezidobí vyzkoušet a realizovat ve svých organizacích.

Dvoudenní závěrečná konference nabídla prostor pro sdílení zkušeností po realizaci a využití Wilderness Therapy prvků v konkrétních organizacích. Své zkušenosti prezentovali zástupci z resocializačního centra Návart ze Slovenska, z Česka to byl Aleš Neusar a zástupci z protidrogového P-centra z Olomouce, polští zástupci z Fundacie Sempre a Frente a z Stowarzyszenie Mier Wysoko. Konference přinesla shrnutí poznatků do tzv. Best practice, které budou sloužit pro realizaci Wilderness pobytů na území Višegradského prostoru. Best practice a foto ze všech třech částí jsou ke stažení na webových stránkách wt.upol.cz. ■



Tým projektu WT

Vybrané aktivity Fakulty tělesné výchovy a sportu UK v Praze

Katedra zdravotní TV a tělovýchovného lékařství,
Fakulta tělesné výchovy a sportu, Univerzita Karlova v Praze

Seminář APA na FTVS

Dne 10. 11. 2015 se na Fakultě tělesné výchovy a sportu Univerzity Karlovy v Praze konal seminář „APA Praha“ zaměřený na aplikované pohybové aktivity. Organizační výbor byl tvořen zejména členy katedry zdravotní TV a tělovýchovného lékařství (autorky tohoto textu, doc. PhDr. Blanka Hošková, CSc., a PhDr. Andrea Levitová, Ph.D.). Významnou měrou na organizaci participoval také Mgr. Rostislav Čichoň, Ph.D., z katedry pedagogiky, psychologie a didaktiky TV a sportu.

Celodenní seminář byl určen zejména vysokoškolským pedagogům a studentům (především oborů tělesná výchova a sport, aplikovaná TV a sport osob se specifickými potřebami, fyzioterapie a ortotik-protektik), zástupcům organizací, které zajišťují pohybové aktivity u osob se zdravotním postižením a členům České asociace aplikovaných pohybových aktivit.

Program otevřela přednáška primáře Spinální jednotky FN Motol MUDr. Jiřího Kříže, Ph.D., na téma „Význam pohybové aktivity v ucelené rehabilitaci jedinců po poranění míchy“. Pan primář zajímavě hovořil o úvodních fázích rehabilitace paraplegiků/kvadruplegiků, o přidružených komplikacích a roli sportu. Po příspěvku následovala zajímavá diskuse. Po krátké přestávce prezentovali svůj příspěvek o preventivním působení pohybu u jedinců s míšní lézí sportovní terapeuti Mgr. Lenka Honzátková, DiS., a Mgr. Jiří Pokuta z Centra Paraple. Poukázali na to, jak důležitý je aktivní životní styl u vozíčkářů, neboť pravidelná pohybová aktivita znamená nejen prevenci civilizačních onemocnění, ale také podporu soběstačnosti, zlepšení psychiky a rozvoj sociálních vazeb. Prezentovali příklady pohybových programů, které jsou v Centru Paraple již řadu let úspěšně realizovány. Na toto téma navázaly Zdeňka Faltýnková a Mgr. Dominika Horáková, DiS., z České asociace paraplegiků, které posluchače seznámily s problematikou sedu u vozíčkáře, řešením problémů různých kompenzačních pomůcek a sociální rehabilitací. Jasně zaznělo, že otázka aktivního životního stylu vozíčkáře je záležitostí multidisciplinárního týmu odborníků. Další příspěvek Mgr. Artema Vetkasova, doktoranda katedry ZTV a TVL, byl zaměřený na dechová cvičení u osob po poranění míchy. Dopolední program byl zakončen dvěma zajímavými příspěvky z oblasti sportu. Mgr. Jan Feher z katedry atletiky UK FTVS hovořil o některých změnách pravidel a klasifikace u vozíčkářského vrhu koulí. Filip Hruša z Centra sportovních aktivit zdravotně postižených studentů UK prezentoval zkušenosti z lyžování na lyžařských protézách ProCarve.

Dopolední část programu se věnovala hned na počátku integraci v ČR a ve světě. Téma přednesl předseda České asociace aplikovaných pohybových aktivit Mgr. Ondřej Ješina, Ph.D. Následně Mgr. Julie Wittmannová, Ph.D., z FTK UP v Olomouci krátce pohovořila o historii a současnosti Českého hnutí speciálních olympiád. Tématem ze školní praxe pokračoval Mgr. Roman Kepič ze ZŠ Chabařovice,

kteří představil možnosti integrace dítěte s nemocí motýlích křídel do hodin tělesné výchovy. Hovořil zejména o tom, jaké podmínky je třeba k úspěšnému začlenění žáka splnit i jaké problémy mohou při dané integraci vzniknout. Studentka doktorského studia kinantropologie Mgr. Petra Štekllová vystoupila s tématem sportovního tréninku spastiků. Popsala desetileté zkušenosti s tréninkem atletky třídy T38. Zdůrazněna byla důležitost kompenzačního cvičení, cvičení pro rozvoj obratnosti a relaxačních technik. S volejbalem sedících seznámila přítomné studentka UK FTVS Kristýna Kůtová. Přednáškový program byl zakončen zajímavou prezentací o výzkumu motoriky neslyšících dětí pomocí testové baterie MABC-2, kterou připravila rovněž studentka UK FTVS Kateřina Tesařová.

Po skončení přednášek měli účastníci možnost navštívit jeden ze dvou souběžně probíhajících workshopů. Na workshopu Sportovního klubu vozíčkářů bylo možné vyzkoušet sportovní pomůcky jako např. handbike a monoski a také shlédnout videa z jejich akcí. Druhý workshop organizovaný firmou DMA Praha byl zaměřený na kompenzační pomůcky denního použití a možnosti jejich získání.

Celou akci zakončil kulatý stůl zúčastněných členů České asociace aplikovaných pohybových aktivit, ke kterému zasedli zástupci UK FTVS, FTK UP a sportovní terapeuti z Centra Paraple. Hovořilo se o koncepci výuky budoucích trenérů a terapeutů, prostupnosti oborů i vzniku regionálních center APA v ČR.

Semináře se během celého dne zúčastnilo více než 70 osob. Za organizační tým máme radost, že se akce mohla uskutečnit a být první vlaštovkou seminářů tohoto zaměření na FTVS UK. Rádi bychom, aby z této akce vznikla tradice pravidelných „APA seminářů“ s konáním jednou za dva roky. ■

PhDr. Klára Daďová, Ph.D.,
PhDr. Jitka Vařeková, Ph.D.,
Mgr. Eva Prokešová, Ph.D.

Jak na to...**(redaktor Martin Kučera)**

Tábory pro děti se zdravotním postižením a znevýhodněním (1. díl)

Ondřej Ješina, Tomáš Vyhlídal

V tomto miniseriálu článků týkajících se táborové činnosti a podpory dětí se zdravotním postižením a znevýhodněním se v prvním dílu věnujeme základním motivům a zejména legislativě – tedy proč by měl být kladen důraz na jejich podporu a vytváření systémových opatření v součinnosti s vybranými aktuálními legislativními normami. Tento text vznikl úpravou textu Metodika pro pořádání zotavovacích pobytových akcí v dětské onkologii zpracovaného jako výstup projektu Krtek v pohybu.

Realizované volnočasové aktivity s dominantním pohybovým režimem v přírodním prostředí jsou tématy, čím dál častěji diskutovanými, argumentovanými a poptávanými. Některé organizace, často zážitkově orientované (např. Prázdninová škola Lipnice a některé další), upozorňují poeticky na to, že skutečná integrace (z dnešního pohledu inkluze) začíná tam, kde se o ní přestává mluvit. Z našich zkušeností je však zřejmé, že když se na úrovni státní (resorty jednotlivých ministerstev), krajské nebo obecní, případně komunitní, nezdůrazňují specifika podpory pohybových aktivit pro osoby se zdravotním postižením či znevýhodněním ve volném čase, pak všechna systémová rozhodnutí mají negativní, nebo případně nemají žádný, dopad právě na tuto cílovou skupinu.

Je třeba otevřeně přiznat, že nežijeme v inkluzivním prostředí!!! Alespoň, co se reálné systémové podpory pohybových programů ve školách, sportu a především volného času týká. Propojení školní tělesné výchovy a dalších pohybově interaktivních činností školy (adaptační kurzy, výlety, tělovýchovné chvílky, besídky a další) a doplnění smysluplně vedenými pohybově rekreačními programy (s prvky a efekty rehabilitačními a terapeutickými) je více než vhodný. V ideálním případě je velmi žádoucí doplňovat potenciální pohybové aktivity ve škole, v případě dětí po fázi intenzivní léčby či rehabilitace například i v nemocničním prostředí (včetně aktivit ve škole při zdravotnickém zařízení). U dětí s dlouhodobým onemocněním (např. onkologickým) pak zejména pak po ukončení léčby.

Tábory, pro potřeby tohoto článku (a dál i miniseriálu), myslíme jakékoliv vícedenní pobyty využívající dominantním způsobem outdoorové aktivity jako nástroj formování dětí a jejich sociálního okolí. Z hlediska forem

se jedná o víkendové formy, případně programy do 5 dnů a zotavovací pobyty, které jsou s ohledem na českou legislativu realizovány jako 5 a vícedenní, s účastí více než 30 dětí do 15 let. V českém prostředí je známý ještě i jiný typ akcí s označením příměstské tábory. Ty představují kombinaci intenzivních programů mimo domácí prostředí s ubytováním v místě bydliště. Jelikož jsou pedagogické nástroje (tedy obsah) obdobné, zařazujeme je pod toto označení také.

Pohybové aktivity mohou hrát klíčovou roli při společenském začlenění dětí, jejich osobnostně-sociálním formování nebo při prevenci sekundárních zdravotních rizik vyplývajících z jejich nedostatečné realizace. V oblasti psychické a sociální pomáhají pohybové aktivity rozvíjet sebevědomí, sociální dovednosti, podporují vzorce pro vztahová jednání, mohou rozvíjet empatii, zvládání stresu atd. U dětí se zdravotním postižením či zdravotním znevýhodněním je tedy zapojení do pohybových aktivit jedním z možných nástrojů prevence sociální exkluze. Děti se zdravotním postižením a znevýhodněním (chronickým onemocněním, dlouhodobým onemocněním, po dlouhodobé léčbě apod.) pravidelnou pohybovou činností jednájí preventivně a předchází tím dalším prohlubujícím se zdravotním komplikacím. Z hlediska medicínského optimální realizace pohybových aktivit pozitivně ovlivňuje především oběhový a dýchací systém – zvýšení aerobní kapacity, pozitivně ovlivňuje případná onemocnění srdce. Pozitivně ovlivňují psychickou činnost. Pohybové aktivity bývají dávány do souvislosti se zvýšením psychické výkonnosti a redukcí stresu. Pomáhají redukovat nadbytečné množství tělesného tuku atd. 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 dětí se zdravotním postižením a znevýhodněním.

Legislativa

Velmi důležitým dokumentem z pohledu realizace organizovaných programů pro děti (ale i dospělé) se zdravotním znevýhodněním nebo postižením je **Úmluva o právech osob se zdravotním postižením**. Jedná se o strategický dokument vytvořený v roce 2006 OSN, jehož smluvní stranou se ČR stala v roce 2009 (zařadila ji do Sbírký mezinárodních smluv 2010). Účelem této úmluvy je podporovat, chránit a zajišťovat plné a rovné užívání všech lidských práv a základních svobod všemi osobami se zdravotním postižením a znevýhodněním a podporovat úctu k jejich přirozené důstojnosti. Tato rezoluce vyjadřuje znepokojení nad obtížnými podmínkami osob se zdravotním postižením a znevýhodněním, které jsou vystavovány mnohonásobným a závažným formám diskriminace.

Článek 30 je pak věnován právu na kulturní život, rekreaci, volný čas a sport. S cílem umožnit osobám se zdravotním postižením a znevýhodněním podílet se na re-

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

- podnití a podpoří co nejširší zapojení osob se zdravotním postižením a znevýhodněním do běžných sportovních aktivit na všech úrovních;
- zajistí, aby osoby se zdravotním postižením a znevýhodněním 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 a znevýhodněním měly přístup na sportoviště a do rekreačních a turistických zařízení;
- zajistí, aby děti se zdravotním postižením a znevýhodněním 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 a znevýhodněním měly přístup ke službám osob a institucí podílejících se na organizaci rekreační, turistické, zájmové a sportovní činnosti.

Pokud věnujete pozornost výše uvedenému a zamyslete se nad zařazováním a umožněním účasti na táborové činnosti je nezadatelné právo dětí se zdravotním postižením a znevýhodněním. Je však nutné zabezpečit organizačně, personálně i materiálně podmínky tak, aby jejich účast byla možná a optimálně realizovaná.

Povinnosti osoby pořádající zotavovací akce jsou dány těmito předpisy:

- zákonem č. 267/2015 Sb., o ochraně veřejného zdraví ve znění pozdějších předpisů,
- vyhláškou MZ ČR č. 106/2001 Sb., ve znění pozdějších předpisů (novelizovaná vyhláškou č. 148/2004 Sb.).

Další povinnosti související s pořádáním zotavovací akce jsou zahrnuty v těchto vyhláškách:

- vyhláška MZ ČR č. 602/2006 Sb., o požadavcích na stravovací služby a zásadách osobní a provozní hygieny při činnostech epidemiologicky závažných;
- vyhláška MZ ČR č. 83/2014 Sb., kterou se stanoví hygienické požadavky na pitnou a teplou vodu a četnost a rozsah kontroly pitné vody;
- vyhláška MZ ČR č. 238/2011 Sb., kterou se stanoví hygienické požadavky na koupaliště, sauny a hygienické limity písku v pískovištích venkovních hracích ploch.

Zotavovací akce

Zotavovací akcí je organizovaný pobyt 30 a více dětí ve věku do 15 let na dobu delší než 5 dnů, jehož účelem je posílit zdraví dětí, zvýšit jejich tělesnou zdatnost, popř. získat specifické dovednosti. (§ 8, zákona č. 258/2000 Sb., v platném znění; v současné době je platný zákon č. 267/2015 Sb.).

Povinnosti pořádající osoby – ohlašovací povinnost. Pořádající osoba je povinna **jeden měsíc** před zahájením zotavovací akce ohlásit příslušnému orgánu ochrany veřejného zdraví (hygienické stanici v místě konání akce):

- termín a místo jejího konání,
- počet dětí zúčastněných na zotavovací akce,
- způsob jejího zabezpečení pitnou vodou,
- způsob zajištění stravování.

Na zotavovací akci lze přijmout pouze dítě, které

- je zdravotně způsobilé k účasti na ní a podrobilo se pravidelným očkováním nebo má doklad, že je proti nákaze imunní, nebo že se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci. Zdravotní způsobilost dítěte posuzuje a posudek vydává praktický lékař pro děti a dorost, který dítě registruje. Posudek má platnost **po dobu jednoho roku od data vystavení**, pokud během této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti dítěte. Vzor posudku o zdravotní způsobilosti upravený pro potřeby organizace táborů pro děti s se zdravotním postižením či znevýhodněním;
- nejeví známky akutního (myšleno infekčního) onemocnění;
- ve 14 kalendářních dnech před odjezdem nepřišlo do styku s fyzickou osobou nemocnou infekčním onemocněním nebo podezřelou z nákazy ani mu není nařízeno karanténní opatření. Toto potvrzuje v písemném prohlášení (tzv. bezinfekčnost) zákonný zástupce dítěte. Toto potvrzení **nesmí být starší než jeden den**.

Fyzické osoby, které vykonávají na zotavovací akci dozor nebo zdravotní péči musí být k této činnosti zdravotně způsobilé. Posudek má **platnost jeden rok od data vystavení**, pokud během této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti. Tato povinnost se nevztahuje na profesionální pedagogické a zdravotní pracovníky.

Jelikož se předpokládá, že součástí táborových (zotavovací akce) činností jsou také pohybové aktivity a je možné přepokládat zdravotní omezení dětí při nebo po intenzivní léčbě, je možné také požadovat vyjádření v souladu s vyhláškou 391/2013 o zdravotní způsobilosti k tělesné výchově a sportu.

Pořádající osoba je dále povinna

- zajistit základní péči o zdraví všech účastníků po dobu konání zotavovací akce včetně kontroly dodržování zásad osobní hygieny u osob činných ve stravování způsobilou fyzickou osobou (zdravotníkem), za způsobilou se považuje fyzická osoba, která má alespoň úplné střední odborné vzdělání v oborech všeobecná sestra, dětská sestra nebo porodní asistentka. Student lékařství po ukončení třetího ročníku a fyzická osoba, která absolvovala kurs první pomoci se zaměřením na zdravotnickou činnost při škole v přírodě nebo zotavovací akci rozsah a náplň kurzu je závislý na aktuálním znění legislativních norem (aktuálně č. 422/2013 Sb.);
- zajistit vedení zdravotnického deníku, seznam účastníků, „prohlášení“ a výpisy z posudků o zdravotní způsobilosti dětí a fyzických osob činných při zotavovací akci, uchovávat tyto dokumenty 6 měsíců po skončení zotavovací akce;

- informovat osobu, která má dítě v péči o zdravotních potížích, které dítě v průběhu zotavovací akce prodělalo, a o případném kontaktu s infekcí;
- zajistit vybavení lékárníčky pro zotavovací akci podle druhu akce. Minimální rozsah vybavení lékárníčky je uveden v aktuálním legislativním dokumentu (aktuálně č. 422/2013 Sb.);
- zajistit péči praktického lékaře dostupného z místa konání zotavovací akce, s výjimkou putovní zotavovací akce. U dětí se zdravotním postižením či znevýhodněním pak jednoznačně doporučujeme kontaktovat oddělení nejbližší dostupného zdravotnického zařízení specializovaného na děti relevantní diagnózou.

Stravování

Podmínky zajištění stravování na zotavovací akci jsou uvedeny ve vyhlášce č. 106/2001 Sb., ve znění pozdějších předpisů (aktuálně č. 422/2013 Sb.) a dle charakteru a způsobu poskytované stravovací služby také ve vyhlášce č. 137/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů jsou uvedeny skupiny potravin, které nelze podávat ani používat k přípravě pokrmů a podmínky pro použití některých potravin.

Ubytování

Legislativa umožňuje ubytování v budově, chatkách (tedy stavbách) i stanech. Stanové tábory se pak pořádají jako stálé nebo putovní. Doporučujeme však až u dětí s delším časovým odstupem od ukončení jakékoliv intenzivní léčby. K pozemku, na kterém je umístěna zotavovací akce, s výjimkou putovních táborů, musí vést přístupová cesta. Stavby využívané pro pořádání zotavovacích akcí pro děti s omezením schopností pohybu a orientace musí být v souladu s požadavky zvláštního právního předpisu (vyhláška č. 398/2009 Sb.). Stany, určené pro ubytování dětí, musí mít pevnou nepromokavou stanovou plachtu. Prostory pro spaní musí být izolovány od země proti vlhku a chladu a prostory pro uložení osobních věcí musí být izolovány proti vlhku.

Jiné podobné akce pro děti

Při organizovaném pobytu dětí v počtu menším nebo po dobu kratší než stanové definice zotavovací akce, s výjimkou akcí pořádaných pro děti v poměru rodinném a obdobném, musí osoba, která akci pořádá zajistit hygienicky nezávadný stav zařízení, zásobování akce pitnou vodou a účast pouze fyzických osob, které splňují podmínky stanovené příslušným legislativním ustanovením.

Počty dětí při specifických pohybových aktivitách

Metodický pokyn k zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních zřizovaných Ministerstvem školství, mládeže a tělo-

výchovy stanoví počty pro specifické pohybové aktivity ve školách a školských zařízeních. Z doporučení tohoto pokynu lze vycházet i pro oblast volného času mimo tyto zařízení. Pro pochopení principů předcházení bezpečnostním rizikům doporučujeme studium tohoto metodického pokynu. Přičemž si dovoluujeme upozornit na zneužívání článku 6 v praxi a bezdůvodnému vytváření bariér pro účast některých žáků v pohybově orientovaných programech.

Při akcích, kdy jsou jejich účastníci ubytováni v objektech a areálech dodržují žáci předpisy k zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví a předpisy o požární ochraně platné v těchto objektech. Děti dodržují stanovený režim dne a pokyny vydané pro dobu nočního klidu. Za seznámení dětí s těmito pokyny a za kontrolu jejich dodržování odpovídá vedoucí akce nebo jím určený pedagogický (v našem případě i instruktor, táborový či skupinový vedoucí) pracovník. Vedoucí akce (hlavní vedoucí) rozhodne o způsobu provádění dohledu v době nočního klidu.

Letní i zimní tábory (akce) jsou vedeny pedagogickými pracovníky, kteří odpovídají za činnost instruktorů. Pedagog (v našem případě instruktor či jiný pracovník vykonávající náležitý dohled nad svěřenou osobou) vydává jasné, přesné a žákům srozumitelné povely a pokyny, kontroluje bezpečnost a funkčnost tělocvičného nářadí a náčiní před zahájením výuky. Přihlíží zejména k fyzické vyspělosti žáků, k jejich věku a předchozím zkušenostem. Při pohybových činnostech v přírodních podmínkách je třeba volit terén a překážky úměrné věku, klimatickým podmínkám, rozumovému a fyzickému vývoji s přihlédnutím ke kvalitě výzbroje a výstroje žáků.

Velmi zajímavým aspektem je, že některé činnosti jsou s ohledem na zdravotní postižení či znevýhodnění (ve smyslu speciální vzdělávací potřeby) řešené (např. lyžování, plavání) jiné však nejsou dále specifikované, zřejmě chyběně ani očekávané (vodní turistika, horská turistika, horolezení). Přes toto pochybení doporučujeme zvážit personální možnosti pedagogického (instruktorského) týmu a vhodně jej doplnit, tak, aby bylo možno rizikům v maximální možné míře předcházet. Berte níže uvedené limity jako minimální.

Z hlediska programového mohou být pro Vás důležité zejména tyto informace, které vychází a jsou v souladu s výše uvedeným metodickým pokynem:

- Při **pohybových a sportovních činnostech** (míčové hry apod.) se účastníci řídí ustanoveními o bezpečnosti obsaženými v pravidlech pro příslušnou pohybovou činnost, danou věkovou skupinu a jejich modifikaci pro dané prostorové podmínky zařízení a ustanoveními soutěžních řádů daných sportů.
- **Plavání** se uskutečňuje v zařízeních k tomu určených. Nejvyšší počet žáků-plavců ve skupině je 15, děti-neplavců 10. Koupání ve volné vodě se uskutečňuje pouze na vyhrazených místech, kde není koupání zakázáno. Skupina na jednoho pedagogického (instruktorského) pracovníka je maximálně 10 dětí. *Naše doporučení pro děti-neplavce je však výrazně přísnější, ideálně jeden instruktor na jedno dítě nebo jim koupání umožnit pouze ve vyhrazeném prostoru typu s mělkou vodou, kde se jim*

bude skupinově věnovat instruktor plavání. Pro žáky škol a tříd samostatně určených pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami se tento počet řídí zvláštním předpisem. Ten v aktuálním znění praví, že v jedné skupině dětí při koupání a plaveckém výcviku připadají na 1 pedagogického (instruktorského) pracovníka nejvýše 4 žáci; vyžaduje-li to zdravotní stav žáka, je možné s žáky konat plavecký výcvik individuálně.

- Vedoucí kurzu (**zimního tábora**) před odjezdem na akci upozorní na nutnost seřízení bezpečnostního vázání lyží. Děti prokáží seřízení bezpečnostního vázání lyží potvrzením servisu, popř. čestným prohlášením zákonných zástupců. Pedagog (instruktor) realizující lyžařský nebo snowboardový kurz je držitelem odpovídající licence či oprávnění, které uděluje MŠMT nebo jím pověřené vysokoškolské pracoviště. *Jelikož je již několik let možné získat i oprávnění pro realizaci sjezdového lyžování osob s postižením na FTK UP v Olomouci, doporučujeme tento kurz absolvovat, včetně kurzu pro instruktory sit-ski.* Doporučuje se, aby zákonní zástupci nezletilého žáka a zletilí žáci předložili před odjezdem prohlášení o tom, že je dítě zdravé a ve stavu schopném absolvovat lyžařský výcvik. *Neradi, ale s ohledem na praktické zkušenosti, upozorňujeme na to, že je nutné anticipovat problém a vysvětlit svému pediatrovi motivy účasti na této akci a případě jej kontaktovat s odborníky v oblasti aplikovaných pohybových aktivit.* Družstvo má nejvýše 15 členů, u žáků se zdravotním postižením se počet snižuje vzhledem k charakteru postižení žáků a dalším okolnostem. Lyžařský výcvik provádí 1 pedagogický (instruktorský) pracovník s nejvýše 8 dětmi se zdravotním postižením. U dětí slabozrakých a dětí s tělesným postižením připadá na 1 pracovníka nejvýše 6 dětí, u dětí nevidomých na 1 pracovníka připadá 1 dítě. Zpravidla třetí den lyžařského kurzu (tábora) se doporučuje z hlediska zdravotního zařadit odpočinkový půlden s aktivním programem a bez lyžařského nebo snowboardového výcviku. *Naše doporučení je obecně snížit počet 8 dětí se zdravotním postižením a znevýhodněním s ohledem na věk, charakter a hloubku postižení.*
- Před zahájením **cyklistického kurzu** ověří vedoucí kurzu povinné vybavení, technický stav jízdních kol (včetně povinnosti mít ochrannou přilbu) a znalosti žáků o pravidlech silničního provozu, bez jejichž znalosti se žáci nemohou kurzu zúčastnit. V silničním provozu má družstvo maximálně 10 cyklistů, za které odpovídá vedoucí družstva. Při přesunech v rámci cyklistického kurzu za dopravního provozu musí být na začátku a na konci skupiny zletilá osoba, která je plně způsobilá k právním úkonům a v pracovněprávním vztahu k organizaci realizující akci, přičemž minimálně jedna osoba musí být pedagogickým pracovníkem. *Ideálně je tento pedagogický pracovník nositelem relevantní licence nebo kurzu realizované akreditovaným pracovištěm nebo pověřenou vysokou školou tělovýchovného zaměření. Pokud jsou účastníky i děti se zdravotním postižením či znevýhodněním, pak by měl tento pracovník odpovídat*

školení v problematice cyklistiky osob s postižením. To mu kromě jiného dovoluje reálně zhodnotit možnosti skupiny a navrhnout potřebná snížení počtu dětí ve skupině, případně užití vhodných sportovně-kompenzačních pomůcek.

- Před zahájením **kurzu vodní turistiky** zjistí vedoucí kurzu stupeň plavecké vyspělosti žáků. Vedoucí kurzu odpovídá za zhodnocení stavu sjízdnosti trasy. Pedagogický (instruktorský) pracovník odpovídá nejvýše za pět kanoí (kajaků) nebo za dvě pramice (rafty). *Limítem tohoto dokumentu je definování počtu osob v raftu. Jednoznačně je profesní povinností to, že realizátory aktivit jsou nositelé licence instruktor vodní turistiky, případně jejího ekvivalentu s vyšší úrovní. Doporučení je také seznámit se specifiky vodní turistiky osob s postižením a využitelnosti sportovně-kompenzačních pomůcek pro vodní turistiku.* Při obtížnějších podmínkách vedoucí kurzu počet lodí na jednoho pedagoga sníží. Děti jsou vybaveni při jízdě plovací vestou, při jízdě na divoké vodě nebo obtížně sjízdných propustech plovací vestou a přilbou.
- Při **horské turistice** je pedagogický pracovník povinen seznámit žáky s možným nebezpečím hrozcím v horách. Při horských túrách se musí důsledně respektovat momentální zdravotní stav žáků, aktuální podmínky (zejména povětrnostní), značení a pokyny Horské služby. Na horskou túru doprovázejí družstvo nebo skupinu dětí vždy nejméně dvě zletilé osoby, které jsou plně způsobilé k právním úkonům a v pracovněprávním vztahu k organizaci realizující akci, přičemž minimálně jedna osoba musí být pedagogickým pracovníkem. *Ideálně je tento pedagogický pracovník nositelem relevantní licence nebo kurzu realizované akreditovaným pracovištěm nebo pověřenou vysokou školou tělovýchovného zaměření, jejíž součástí by mělo být i školení týkající se osob s postižením.*
- **Horolezecký výcvik**, včetně základního kurzu, vede pedagogický pracovník, který odpovídá za činnost instruktora, člena Českého horolezeckého svazu, pokud sám není nositel licence instruktora lezení (avšak pozor na rozdílnost prostředí – umělé stěny, skály, nízké lanové překážky apod.) při dodržení všech pravidel k zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví stanovených horolezeckým svazem. *Ideálně je tento pedagogický pracovník nositelem relevantní licence nebo kurzu realizované akreditovaným pracovištěm nebo pověřenou vysokou školou tělovýchovného zaměření, jejíž součástí by mělo být i školení týkající se osob s postižením.*
- Při **bruslení** odpovídá za bezpečnost žáků dohled konající pedagog (instruktor), který posoudí kvalitu plochy a případně i mantinelů. V případě bruslení na přírodním ledu posoudí tloušťku ledu z hlediska nosnosti. Žáci bruslicí na kolečkových bruslích používají ochranné prostředky zmírňující následky pádů (na kolena, na lokty, rukavice, přilbu). *Ideálně je tento pedagogický pracovník nositelem relevantní licence nebo kurzu realizované akreditovaným pracovištěm nebo pověřenou vysokou školou tělovýchovného zaměření, jejíž součástí by mělo být i školení týkající se osob s postižením.* ■

V příštích dílech se hodláme s radostí věnovat přestavení různorodých typů táborových akcí a budeme se také zabývat příklady dobré praxe. Těšte se...

APA v praxi*(redaktor Tomáš Vyhlídal)***Bezbaexpedice Norsko 2015***studenti APA***Očima studentů**

Na desetidenní expedici do Norska jsme po náročných přípravách vyrazili v pátek 1. 5. 2015 plni očekávání, ale také otázek. A na mnohé z nich, troufáme si říci, jsme za hranicemi všedních dní našli odpověď, a to nejen v Norsku samotném, ale zejména během cesty. Nyní můžeme bez nadsázky říci, že cesta je cíl. A cíl naší báječné expedice považujeme za 100% splněný.

Původně jsme předmět s názvem expediční projekt brali jako nutné zlo a stejně tak většina z nás k němu přistoupila. Nebýt našich dvou hlavních tahounů Radima Antla – šéfa přes nápady a ptákoviny, a Jitky Dostálové – šéfky přes získávání financí, plánování, medializaci a dotahování nápadů, zřejmě bychom neodjeli.

Tito dva, dokázali ostatní expedičníky dostrkat před startovní pásku expedice. Když však padl startovní výstřel, začali všichni spolupracovat jako dobře fungující hodinky. V cíli jsme se shodli na tom, že o nějakém splnění předmětu je zbytečné hovořit. Kdyby byly všechny předměty takové, zřejmě bychom soutěžili, kdo bude studovat déle :-).

V současné době, s návratem do reality všedních dní, můžeme rekapitulovat plusy a mínusy celé expedice. A ať hledáme, jak hledáme mínus má celá akce jen jeden. Někteří z nás, po báječné stravě našeho kuchařského tandemu Martin Kotyz a Helena Trnčíková, nedopnou kalhoty :-).

Plusů však máme bezpočet. Společnými zážitky v neznámém prostředí jsme získali, cenné zkušenosti. Naučili jsme se zajistit a zorganizovat sportovně-poznávací akci a jako bonus jsme pochopili skutečné potřeby kamarádů se zrakovým a tělesným handicapem. A heslo naší Bezbaexpedice „Disability is not inability“ bylo den ode dne skutečnější.

Výchozím místem byla naše Alma mater, avšak expedice samotná začala až po vylodění z trajektu ve Švédsku, kde jsme se zastavili v Tanumshede a očima i rukama obdivovali krásku středověkých, skalních rytin. V témže dni jsme dojeli do Oslo a užili si trochu bloudění v metru i nočních výhledů v centru města. Následující den jsme navštívili

Vzdělávací expediční projekt Bezbaexpedice Norsko 2015 je projektem Fakulty tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci, během něhož studenti katedry aplikovaných pohybových aktivit umožní šesti osobám se zdravotním postižením poznávací cestu do Norska. Hlavním cílem expedice je zprostředkovat nevšední cestovatelské a sportovní zážitky lidem se zdravotním postižením a vyzkoušet si společně s nimi několikadenní pobyt v drsné, severské přírodě Norska. Snahou je pochopení skutečných potřeb lidí s hendikepem, jejich tužeb a snů v oblasti trávení volného času a umožnění překonání bariér, se kterými se během cestování mohou potkávat. Studenti tak získají cenné zkušenosti při zajišťování a realizaci akce pro osoby s handicapem.

Viglands park, jemuž vévodí 212 soch lidských těl. Sochy jsme obdivovali pohledem i hmatem a stejně tak jsme prozkoumávali na ostrově Bygdøy Nansenův a Amundsenův Fram či Heyerdalovy RA I a RA II. Všichni jsme ocenili, že můžeme plnými doušky užívat atmosféru města.

Po noci strávené v příjemném hostelu v Oslo jsme plní dalších očekávání pokračovali směr Røros. Cestu lemovaly řeky s divokými peřejemi, horskými vodopády a horami, které byly vyšší a vyšší. Mnohá místa byla pokryta sněhem. Během cesty nás zaujaly typické norské stavby. Menší domečky, většinou na samotě, a my jsme si uvědomili, že ke spokojenému bytí stačí tak málo. Což nám potvrzuje i dvoudenní pobyt v Røros. Kde jsme strávili dvě noci v tepee, nebo ve stanu a objevovali kouzlo mushingu i lukostřelby. O mushingu bychom dnes mohli bezpochyby psát několikastránkové ódy na radost. Když je však máme shrnout do jedné věty, shodujeme se na tom, že jde o naprosto nesdělitelný zážitek a všem vřele doporučujeme. „Jedte do Alaskan Husky Tours a vyzkoušejte si vést psí spřežení širými, bílými pláněmi na vlastní kůži.“ Avšak i zdejší, přátelští musherši se v těchto dnech učili. I pro ně byl „blind mushing“ výzvou, kterou jsme společně zdolali s obrovským uspokojením. Třešničkou na dortu byla v těchto dnech lukostřelba, beseda s mushery a večery v tepee za zvuku kytar, flétny, bubínku a společného zpěvu, který byl po nevšedních společných zážitcích, zvláště procítěný.

53 kamarádky psů husky se nám opouštělo velmi těžce, ale nové zážitky na sebe nenechaly dlouho čekat.

Následující den jsme se přesunuli do Aure, kde odváživce (a že jich bylo :-)) čekalo koupání v šestistupňovém moři. Jízda na motorovém člunu, mořský rybolov a večerní grilování námi ulovených tresek.

Během naší norské Bezbaexpedice jsme zažili slunce, déšť, sníh, kroupy, vítr, teplo, zimu, červánky i duhu. A byť bylo naší cílem ukázat lidem s postižením možnosti trávení volného času a spolu s nimi překonávat bariéry, které jim osud připravil, získali jsme všichni bezpochyby mnohem více. Máme nové, báječné kamarády, spoustu zážitků a jen tak, obyčejnou radost ze života.

Se slovy garanta expedice Zbyňka Janečky: „Výjimeční lidé, při výjimečné příležitosti“, nelze než souhlasit.

Nezbývá než poděkovat sponzorům akce. Vážíme si Vaší podpory a děkujeme, že jste nám umožnili uspořádat Bezbaexpedici Norsko 2015.

KARIREAL, RWE, KRÁSNÁ PRÁCE, KAZETO, VICTORIA AGENCY, MOTO MORAVA, TOSHULIN, Keramika Sekerešovi, SOLEN, Nadace českého rozhlasu SVĚTLUŠKA, SKI RAAN, Český rozhlas Olomouc, CK Periscope Skandinávie a další dárci...

S díky Expedičníci

Plán cesty

1. 5. 2015 – pátek – Olomouc – Rostock

Odjezd v dopoledních hodinách z Olomouce (cca v 10.00 hod.). Následuje tranzit přes Wrocław a Berlín do přístavního města Rostock. V nočních hodinách (ve 23.00 hod.) se nalodíme na osmihodinovou plavbu do švédského Trelleborgu.

2. 5. 2015 – sobota – Rostock – Trelleborg – Oslo

Ranní východ slunce prožijeme na moři. Po vylodění se vydáme podél jihozápadního pobřeží Švédska na trasu Helsingborg – Halmstad – Varberg – Göteborg – Udevalla – Oslo. Z dálnice E6 odbočíme do oblasti fjordů za městem Torp, kde si u malebného fjordu uděláme přestávku s vyhlídkou. Kolem oběda zastavíme v oblasti s pravěkými skalními kresbami Tanumshede (UNESCO). Odpoledne budeme pokračovat podél šérového pobřeží dále na sever. Do Norska přejedeme přes hraniční přechod Swinesund, kde si také uděláme krátkou zastávku, na níž je krásný pohled na další z mnoha fjordů – Iddefjorden a poté dorazíme k fjordu Oslofjorden. Následuje cesta do Osla, kde si prohlédneme zejména centrum města a muzea. Prohlídku zahájíme výjezdem do dějiště jedné z olympiád Holmenkollenu. Kromě panoramatického výhledu na Oslo si zde adrenalinový nadšenci mohou vyzkoušet na trenažéru seskok můstku nebo obří slalom. Pro fajnšmekry se zde nachází také nová atrakce 361 metrů dlouhý „zipline“, při kterém se na úvazu spustíte z můstku rovnou dolů s jedinečným výhledem na Oslo. Poté se vydáme zpět do Osla, abychom se zastavili v parku Vigelandsparken. Zde se setkáme se symbolem města Sinnataggen (v překl. „Vztekaající se chlapeček“), fontánou, monolitem a dalšími z 212 soch Gustava Vigelanda, nejznámějšího norského sochaře. V centru města je možné navštívit královský palác, radnici apod. Na střeše budovy nové opery Operahuset zažijeme jeden z nejúžasnějších výhledů na Oslo – ideálně během západu Slunce. V Oslu strávíme i první noc na pevnině. Hlavu složíme v turistické ubytovně Anker Apartment v centru Osla. (V Oslu je výhodné zakoupení tzv. Oslo passu v našem případě na 24 hod., který zaručuje volné vstupy do všech muzeí a parků).



3. 5. 2015 – neděle – Oslo – Roros

Po ranní rozcvičce zamíříme místní lodní dopravou na ostrov Bygdøy osahat si historii na polární lodi Fram, na které se plavili polární dobyvatelé Nansen, Amundsen a Sverdrup k severnímu a jižnímu pólu. V muzeu Kon Tiki, které je věnováno norskému cestovateli Thoru Heyerdalovi, uvidíme jeho člun z balsového dřeva a jeho papyrusové lodi RA I. a RA II., na nichž podnikal své plavby. Po prohlídce muzeí

a po obědě se s Oslem rozloučíme a vyrazíme opět směr sever. Tři další noci strávíme v nejchladnějším místě Norska – Røros.

4.–5. 5. 2015 – pondělí, úterý – Roros

Další dva dny strávíme v okolí městečka Røros. Jedná se o nejchladnějším místo v Norsku. Je to způsobeno především nadmořskou výškou kolem 600 m a kontinentálním klimatem. My zde okusíme nezapomenutelné zážitky s psím spřežením, ale rozhodně si nenecháme ujít ani samotné městečko. Město Røros bylo zapsáno na Seznam světového dědictví UNESCO v roce 1980. Město je známé svými měděnými doly, je jedním ze dvou norských význačných důlních měst, kde těžba začala již v 17. století (tím druhým městem je „stříbrné město“ Kongsberg). Město má nádvoří, které si zachovalo středověký vzhled.

U pejsků budeme rozděleni do dvou skupin, tak abychom se vystřídali a psí spřežení se řádně užili. Další program bude ale také pestrý. Čeká nás lukostřelba, turistika, návštěva dolu apod. Okolí Rørosu je totiž



velice rozmanité a krásné. Kolem jezera Femund (třetího největšího jezera Norska) najdeme nádhernou přírodu a možnost vyrazit za vodní turistikou, na své si přijdou možná i rybáři. V blízkosti Rørosu se nachází také horský masiv Forollhogna s nejvyšší horou jižního Norska a krásnými panoramaty, které si jistě užijeme při turistickém výletu a možná zde potkáme nebo aspoň zahlédneme také stádo sobů. Folldalen nacházející se blíže k Savalenu je dalším z důlních měst s dlouhou historií. Dnes město nabízí

- 4. 5. Jedna skupina mushing, druhá skupina lukostřelba, turistika, společenský večer.
- 5. 5. Výměna skupin.



6.–7. 5. 2015 – středa, čtvrtek – Roros–Aure

Po krátké zastávce ráno opět vyrážíme na cestu. Tentokrát se vydáme z Rørosu přes Trondheim do Aure. Pohoří v oblasti Trondheimsfjordu je protkané řekami, o kterých se říká, že jsou nejlepší loviště lososů v zemi. Trondheim je staré královské město, které založil vikinský král Olaf Trogvasson v roce 997 n. l. jako tržiště. Dnes se jedná o třetí největší město Norska se 145 000 obyvateli. Má svoji Univerzitu, založenou v roce 1910, která se těší dobré pověsti. Je to město univerzitní a také korunovační místo norských králů. Historické jádro města je na poloostrově, jež utvořila řeka Nidelv. Stojí zde symbol města, katedrála Nidarosdom, největší norská sakrální stavba, národní svatyně a jeden z nejvýznamnějších poutnických cílů v Evropě. Katedrální kostel se vypíná nad hrobem Olafa Haraldssona, jenž padl v roce 1030 v bitvě u Stiklestandu a do dějin vešel jako Olaf Svatý. V sousedství tohoto svatostánku je situován Arcibiskupský palác. Z dalších pamětihodností města: chrám Matky Boží, Stiftsgarden, pevnost Kristiansen,

a další. Cíl naší cesty je pro tento den rybářská vesnička Aure. Zde si na vlastní kůži vyzkoušíme mořský rybolov a zdržíme se dvě noci. V Aure nás během dvou dní čeká nabitý adrenalinový i pohodový program. Kromě rybolovu budeme moci vyzkoušet jízdu na rychlých člunech, projet se trajektem po fjordu či si užít pohodu na kajaku.

6.5. Cesta z Rørosu přes Trondheim – prohlídka města, večer příjezd do Aure – ubytování.

7.5. Mořský rybolov, možnost rychlých člunů, projížďka trajektem fjordem, výlet na lodích, kanoe, kajaky, večer v kempu rybí dobroty – nocleh.

8. 5. 2015 – pátek – Aure–Skeikampen

Ráno odjezd z Aure přes Sunndalsøra do Oppdalu a dále a na jih po E6. Mimo jiné průsmekem Dovrefjell, kde žije nepočtenější stádo turů pižmových v Evropě. Pokračovat budeme přejezdem známým údolím Gudbrandsdalen s peřejnatou řekou Logen. My se budeme kochat zdejší krajinou při procházce mezi lesy a jezery. Zastavíme se také u nádherného sloupového kostela v Ringebu. Ubytování budeme ve Skeikampenu na cestě Peera Gynta (Silnice Peera Gynta (Peer Gyntveien), která vede z Vinstry do Trettenu. Jedná se o vyhlídkovou silničku panoramatickým krajem Valdres v nadmořské výšce cca 1000 m n. m. Nejvyšší místo leží 1053 m n. m. Zájemci si mohou ve Skeikampen půjčit kola a využít některou z mnoha desítek kilometrů zdejších terénních cest různé kvality a náročnosti.

9. 5. 2015 – sobota – Skeikampen–Trelleborg

Ráno se vydáme z kempu Skeikampen do Lillehammeru. V olympijském parku je nachází nejsevernější bobová a sáňkařská dráha v Evropě. V oblasti nad olympijským městem Lillehammer, se nachází i středisko Sjusjoen, které proslavil dálkový běžec na lyžích Standa Řezáč svým výrokem „zkusit šůšn“. My se budeme ale pohybovat hlavně jižně od Lillehammeru, kde se nachází skanzen Maihaugen. Prohlídka nejhezčího norského muzea v přírodě, při které se neubráníme pocitu, že jsme se ocitli ve světě pohádek. Sandvigske Samlinger, jak se toto muzeum-skanzen jmenuje, se rozkládá na kopci Maihaugen, a o jeho vznik se zasloužil zubní lékař Anders Sandvig (1862–1950). Při svých lékařských vyjíždkách od jednoho selského dvora ke druhému vyzoboval, že tradiční dřevěné předměty, kterých se tu běžně používalo, se nahrazují novými keramickými a kovovými pomůckami. Začal tedy dřevěné věci sbírat a často se spokojil za svou práci s honorářem, který představovaly právě takové „starožitnosti“. V roce 1887 se mu podařilo přesvědčit obec Lillehammer, aby mu dala k dispozici kopec Maihaugen. A tak vlastně vznikla iniciativa pro pozdější založení muzea. Dnes má tento skanzen více než 100 domů a dvorů, z nichž některé jsou kompletně zařízené. Nejstarším exponátem je tu dřevěný kostel z Garma, jehož některé části pocházejí až z 12. století Kromě něho jsou zvláště zajímavé domy učitelů, farářů a správních úředníků, ale i velkostatek, sroubený z mohutných kmenů, nebo tzv. chalupa Peer Gynta z roku 1700.

V jedenáct hodin se vydáme opět na cestu podél největšího norského jezera Mjøsa přes letiště v Oslu (kolem jedné hodiny), kde nás obě Hanky opustí. Před přechodem norské hranice zastávka ve Fredrikstadu. Úzký zalesněný pruh pevniny přiléhající k Oslofjordu nese název Ostfold a právě zde se nachází Fredrikstad, město založené v 16. století králem Frederikem II. na řece Glommě. Kouzlo mu propůjčuje především dokonalé spojení nového a starého – jedno z nejlépe zachovaných opevněných měst v celé Skandinávii Gamlebyen je odděleno od moderní čtvrti jen řekou. Většina návštěvníků sem míří právě za prohlídkou ferdikstadského Starého města (Gamlebyenu), které bylo postaveno jako hlavní obchodní bod spojující Norsko s evropskou pevninou. Najdeme tu původní hrázděné domy, příkopy, brány i padací most a pozůstatky opevnění, které kdysi střežilo na 200 kanónů. Opevnění se dnes proměnilo v zatravněné valy, které jako by vybízely k poklidným procházkám. V této části města stojí za návštěvu především stará věznice, kamenný sklad a Fredrikstadské muzeum, kde si můžete prohlédnout modely starého města a exponáty související s historií Gamlebyen. Uprostřed řeky naproti Starému městu se nachází ostrov Isegran, kde stávala pevnost, z níž se dodnes dochovaly jen rozvaliny. Ve městě se nachází ještě jedna pevnost – Kongsten Festning na jihovýchodě. Za pozornost stojí také místní Velrybářské muzeum (Hvalfanger) a katedrála. Nedaleko Fredrikstadu se nachází Hvidsten, rodiště polárníka Roalda Amundsena, na jehož počest zde byla vybudována expozice mapující jeho život. Nedaleko od Fredrikstadu můžeme navštívit také Halden s pěknou pevností.

Naší pozornosti by neměl uniknout ani Storedal (mezi Fredrikstadem a silnicí E6) – je to park, který založil Erling Stordahl, jeden z průkopníků pomoci nevidomým. Park má podobu listu, pozornost upoutá 19,5 m vysoká socha nazvaná Óda na světlo, kterou tvoří dvě sepnuté kovové ruce. Socha vydává zvuky podle toho, jak se mění intenzita světla. Má v sobě fotobuňky a každá intenzita má nastavený jiný zvuk. Všechny rostliny i kameny jsou opatřeny popiskami v Braillově písmu. V této oblasti můžeme nalézt též skalní kresby z doby bronzové, a to poblíž obce Begby. Odpoledne (mezi třetí a čtvrtou) budeme pokračovat až do Trelleborgu, kde se nalodíme na noční trajekt (22.45 hod.).

10.5.2015 – neděle – Trelleborg–Roztok–Olomouc

Odpoledne v Olomouci nebo cestou zastávka v Berlíně. ■



Expedice PřesBar 2015

studenti APA

Projekt Expedice PřesBar představuje vzdělávací expediční projekt studentů katedry Aplikované pohybové aktivity zabývajícími se osobami se zdravotním postižením dále jen (ZdP). Expedice, která by měla umožnit realizujícím studentům v roli odborníku volnočasových aktivit osob ZdP a osobám s tělesným, zrakovým a mentálním postižením překonat bariéry Drávské stezky. Ve spolupráci s katedrou Aplikovaných pohybových aktivit, je naším cílem zprostředkovat ZdP účastníkům řadu nevědných sportovních a cestovatelských zážitků na handbiku, tandemu, v pěší turistice a jiných aktivit. Expedice procházející Drávskou stezkou přes území Itálie a Rakouska v úpatí Slovinských karavanských alp, bude přitahovat pozornost okolí svojí jedinečností. Díky několikanásobnému společnému pobytu v neznámém prostředí se nám studentům podaří získat cenné zkušenosti pro zajišťování a realizaci akcí osob se ZdP. Pomozte nám uskutečnit zdánlivě nemožné a dokázat, že to společně dokážeme.

Očima studentů

Vypadalo to jako nemožný úkol, ale studenti oborů Aplikované pohybové aktivity a Aplikovaná tělesná výchova na Fakultě tělesné kultury Univerzity Palackého se nebáli postavit výzvě. V září dopřáli devíti lidem s postižením cestovatelský zážitek, na který budou ještě dlouho vzpomínat.

S cílem překonat bariéry vyrazila skupina na sedmidenní cestu přes italské Dolomity a rakouské Korutany podél řeky Drávy.

Samotné akci předcházely několikaměsíční přípravy, kdy se studenti museli poprat s mnoha úkoly. Rozhodovali se o trase a možnostech své cesty, vymýšleli program, vybírali dopravu a bezbariérové ubytování, řešili stravu, oslovovali své handicapované účastníky expedice, sháněli sponzory a komunikovali s nadacemi. Byl to nelehký úkol, ale následně velmi obohacující zkušenost.

Expedice se v roli průvodců a asistentů zúčastnilo dvacet šest studentů, kteří se starali o devět handicapovaných kolegů – se sluchovým, zrakovým a tělesným postižením. Každý z nich má své individuální potřeby, které je třeba pochopit a porozumět jim. „Vymysleli a zařídili přesně to, co potřebuju, a nikdo neřešil, jestli to půjde nebo nepůjde, prostě to šlo a já si to moc užila,“ uvedla vozičkářka Veronika Vítková.

Celý sportovně laděný program byl opravdu nabitý a každý si přišel na své. Účastníci mohli vyrazit na pěší túry, cyklovýlety, ferraty nebo na plavbu na jezeře či si vyzkoušet sjíždění řeky Drávy, čekal na ně také zasloužený odpočinek v termálních lázních. Handicapovaní, ale

i studenti, měli možnost si některé z výše uvedených aktivit vyzkoušet úplně poprvé a tím posunout své hranice. „Nikdy by mě nenapadlo, že pojedou 25 km sjezdu a že mi budou hořet brzdy na tříkolce. Ta mi ještě dlouho nezapomene, jak jsem jí dal za uši,“ dodal s úsměvem Jakub Řička.

Během cesty se společnými silami museli vypořádat s několika překážkami, ať už to byl přírodní terén, mrazivé a deštivé počasí nebo selhání techniky a vybavení. Odměnou bylo všem nádherné prostředí italského přírodního parku Tre Cime di Lavaredo (2404 m n. m.), jezero Lagi di Misurina (1754 m n. m.), jezero Lago di Braies (1496 m n. m.), pohoří Gerlitz (1911 m n.m.), rakouské jezero Ossiacher See pod hradem Landskron a statutární město Klagenfurt na pobřeží jezera Wörthersee, které účastníci během své cesty navštívili.

Největší odměna však studenty čekala až na samém závěru, kde se mnoho očí lesklo deroucími se slzami, když z úst handicapovaných spolucestujících zazněla celková zhodnocení. Jak přiznal Rostislav Čichoň: „Ta soběstačnost tam určitá je, ale přesto všechno jsou věci, které nevládneme a potřebujeme asistenci studentů.“

Velké poděkování za pomoc s realizací expedice zaslouží garant předmětu Ondřej Ješina z Katedry aplikovaných pohybových aktivit a student a koordinátor akce Marek Zaoral. Expedice je nenahraditelnou zkušeností, praxí, poznáním, ale také zážitkem pro každého účastníka.

Studentka APA a účastnice Expedice PřesBar
Bc. Zuzana Studihradová





Plán cesty

1. den – pátek 18. 9. 2015

Sraz v odpoledních (večerních) 18 hodin, nakládání a odjezd (předběžně 19 hodin), noční přesun do Itálie.

2. den – sobota 19. 9. 2015

Ráno výjezd mýtnou silnicí od jezera Misurina k chatě Refugio Auronzo (2320 m). Pěšky pod masivem Tre Cime di Lavaredo přes chatu Rif. Lavaredo (2340 m) do sedélka a dále až na chatu Rif. Locatelli (2405 m) – cesta zvládnutelná i pro vozíky. Náročnější varianta okolo celého masívu Tre Cime.

Odpoledne sjezd na kole z Rif. Auronzo k jezeru Misurina a dále na Schluderbach, kolem jezer Lago di Landro a Lago di Dobbiaco do Toblachu (cca 30 km sjezdu). Ubytování v kempu (2 noci na jednom místě). Večer: ubytování a zpětné vazby; příprava a plánování dalších etap.

3. den – neděle 20. 9. 2015

Na kolách přes Toblach k odbočce k prameni řeky Drávy. Údolím Pustertall do Innichenu (Innichenský dóm – románská katedrála) a dále do Rakouska do Sillianu (hrad) podél Drávy do Lienzu a autobusem zpět do kempu (cca 50 km sjezd podél řeky). Obtížnost: lehká (1–2). Alternativy po návratu a pro kuchaře přes den: cyklo k jezeru Lago di Braies a zpět 25 km. Bus (mikro) tamtéž; případně kombinace bus a pěší. Obtížnost: lehká (2).

Večer: zpětná vazba a plánování; společné posezení; organizovaný „entertainment“ – každý tým se postará o zábavu ostatním týmům (rozsah a obsah na jednotlivých týmech).

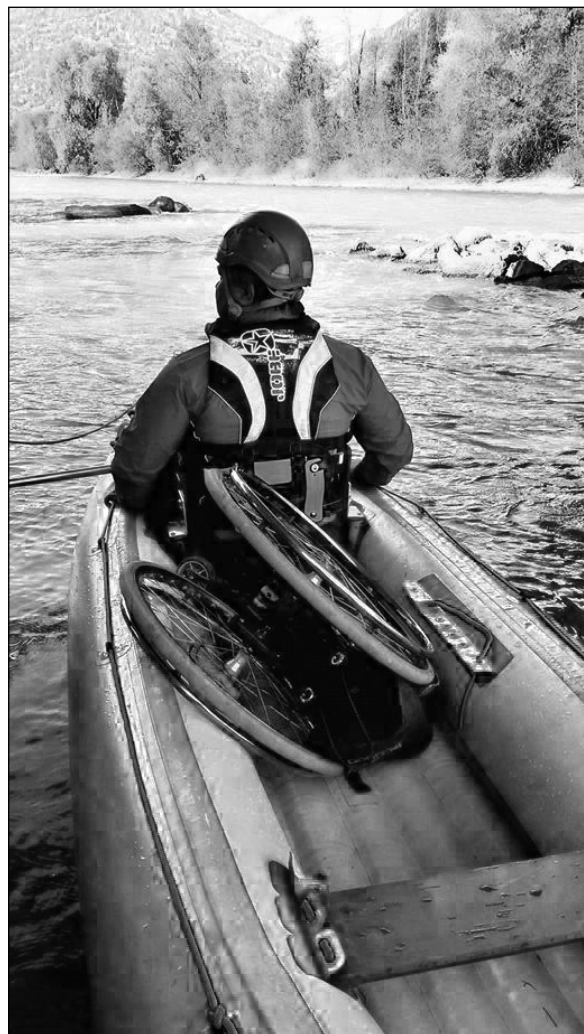
4. den – pondělí 21. 9. 2015

Nabídka čtyř programů:

Bus jede z Toblachu – Obervierschach (výsadek) – možný výsadek na řece Gail za Sillianem – Galitzenklamm (výsadek) – možný výsadek na řece Drávě – zpět vše posbírat – Camp Ossiachersee.

a) Pěší turistika – busem do Obervierschachu (případně Sextenu – větší lanovka), kabinkovou lanovkou výjezd do výšky 2050 metrů pod vrchol Helm. Pěšky na Sillianerhutte a zpět přes vrchol Helmu (nebo stejnou cestou) k lanovce. Cestou krásné výhledy na Sextenské Dolomity.

- b) Lezení zajištěných cest (via ferraty) v soutěsce Galitzenklamm – výběr ze tří cest, obtížnost C–E, dle volby (dětská, normální a těžká J).
- c) Rafting na řece Drávě nebo alternativní řeka Gail.
- d) Cyklovýlet z místa výsadku poblíž Lienzu – podél Drávy k Wiessensee – k benzínce u Steinfeld (46.7513422N, 13.2496258E). Délka cca 50 km. Obtížnost: lehká (1–2).



Odpoledne přesun k Ossiacher See. Večer ubytování (3 noci na jednom místě). Zpětné vazby a plánování.

5. den – úterý 22. 9. 2015

Nabídka ze čtyř programů:

a) (Pěší) Ossiacher See kemp – Landskron (hrad), Silbersee jezero. Celkem 18 km. Obtížnost: lehká (1–2).

b) (Cyklo) Ossiacher See kemp – Silbersee – Faakersee – Rosegg – podél Drávy zpět. cca 50 km. Obtížnost: lehká (2).

c) (Komb. cyklo/pěší; bus/pěší) kemp Ossiacher See Do: Dobratsch Naturpark (cca 3 hodiny nahoru + 2 hodiny dolů, cyklo 40 km; Judendorf – Rosstratte „bezba“ pěší 30 km; „ba“ pěší 25 km, 8 hod. Možnosti využití shuttle busu ověříme; případně možnost využít doprovodný vůz.). Obtížnost: střední – obtížná (3–4).

Pozn.: Při kombinaci s busem vhodné pro všechny. Kombinace však bude možná jen u bodu c) nebo d) ten stejný den.

d) (Cyklo nebo komb. cyklo/pěší; bus/pěší) kemp Ossiacher See Do: Gerlitzten (varianty: 1. kolo 2:45 tam a 1:15 zpátky; 2. auto převezve část cesty a zbytek kolo nebo pěší; 3. kombinace předešleho). Celkem 40 km. Obtížnost: obtížná (4).

Večer zpětné vazby a plánování. Večerní procházka podél jezera, případně do Villachu.

6. den – středa 23. 9. 2015

Nabídka čtyř programů:

a) (Pěší) Ossiacher See kemp – Landskron (hrad), Silbersee jezero. Celkem 18 km. Obtížnost: lehká (1–2).

b) (Cyklo) Ossiacher See kemp – Silbersee – Faakersee – Rosegg – podél Drávy zpět. cca 50 km. Obtížnost: lehká (2).

c) (Cyklo/pěší; bus/pěší) kemp Ossiacher See Do: Dobratsch Naturpark (cca 3 hodiny nahoru + 2 hodiny dolů, cyklo 40 km; Judendorf – Rosstratte „bezba“ pěší 30 km; „ba“ pěší 25 km, 8 hod. Možnosti využití shuttle busu ověříme; případně možnost využít doprovodný vůz.). Obtížnost: střední – obtížná (3–4).

d) (Cyklo; cyklo/pěší; bus/pěší) kemp Ossiacher See Do: Gerlitzten (varianty: 1. kolo 2:45 tam a 1:15 zpátky; 2. auto převezve část cesty a zbytek kolo nebo pěší; 3. kombinace předešleho). Celkem 40 km. Obtížnost: obtížná (4).

Večer zpětné vazby a plánování.

Další alternativy pro 5. a 6.

V případě špatného počasí a v důsledku nedodaných podkladů improvizace na místě!

(Pěší/voda) Ossiacher See kemp – Ossiachersee (lod' – cca 3 km) – Heiligen Gestade – pěší do Ossiachu a zpět (cca 8 km podél jezera) – lod' zpět. Obtížnost: lehká (1). Vhodné pro všechny.

(Cyklo) Ossiacher See kemp – Pyramidenkogel vyhlídka 60 km celkem. Obtížnost: střední (3). Vhodné pro všechny zdatné cyklisty.

(Cyklo) Ossiacher See kemp – Loiblpass (cykloturistika) 100 km celkem. Obtížnost: obtížná (4–5). Vhodné pro všechny velmi zdatné cyklisty.

7. den – čtvrtek 24. 9. 2015

Varianta 1: Cyklovýlet Ossiacher See kemp – Klagenfurt (45 km) bez návratu do kempu. Varianta 2: Ti, kteří nepojedou na kole vezme bus do Klagenfurtu. Tam prohlídka Klagenfurtu, přístavu a Minimundusu. Odjezd z Klagenfurt am Wörthersee nejpozději ve 14 hod. do ČR



BAKALÁŘSKÝ STUDIJNÍ OBOR APLIKOVANÉ POHYBOVÉ AKTIVITY

PROFIL ABSOLVENTA studijního oboru

Profil absolventa oboru je v souladu s doporučením Rady Evropy a Kartotékou typových pozic v ČR. Absolvent bakalářského studia **Aplikované pohybové aktivity** je vysoce kvalifikovaný pracovník s orientací na aplikované pohybové aktivity, který komplexně zajišťuje nebo řídí výchovně vzdělávací a koordinační činnosti v oblasti využití volného času dětí, mládeže a dospělých se zdravotním postižením v zařízeních různého typu. Je způsobilý pro komunikaci a kooperaci se sportovními federacemi, svazy, občanskými sdruženími. Absolvent může zvyšovat své profesní kompetence v licenčních kurzech, v programech celoživotního vzdělávání, případně v navazujících magisterských programech.

PRACOVNÍ UPLATNĚNÍ absolventů Bc. studia Aplikované pohybové aktivity

- **Odborný lektor**, odborný pracovník školského zařízení pro zájmové vzdělávání, samostatný pedagog volného času, vedoucí (zástupce, pracovník) střediska volného času, asistent pedagoga, lektor, pedagog volného času, pracovník vzdělávacího zařízení mimo resort MŠMT.
- **Pracovník Centra zdravotně postižených**, Sportovních svazů a oddílů osob se ZdrP, pedagogický pracovník sociálních zařízení a zařízení poskytujících adiktologické služby.
- **Vychovatel v domově mládeže**, družině, klubu, vychovatel speciální školy, odborného učiliště, vychovatel v mimoškolském zařízení, vychovatel speciální mateřské školy, vychovatel zařízení ústavní a ochranné výchovy.
- **Administrativní pracovník specialista**, samostatný administrativní pracovník.
- **Asistent pedagoga** v běžných školách i školách určených pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami.

MAGISTERSKÝ STUDIJNÍ OBOR APLIKOVANÉ POHYBOVÉ AKTIVITY

PROFIL ABSOLVENTA studijního oboru

Absolvent magisterského studia **Aplikované pohybové aktivity** je v souladu s Kartotékou typových pozic, pedagog volného času specialista, vysoce kvalifikovaný pracovník s orientací na aplikované pohybové aktivity, který komplexně zajišťuje nebo řídí výchovně vzdělávací a manažerskou činnost v oblasti využití volného času dětí, mládeže a dospělých se zdravotním postižením v zařízeních nejrůznějšího typu. Uplatnit se může jako vysoce kvalifikovaný pracovník ve Speciálně pedagogickém centru, případně dalších center s klienty se speciálními potřebami. Absolvent je způsobilý pro komunikaci a kooperaci se specifickými sportovními federacemi, svazy, občanskými sdruženími. Absolvent může zvyšovat svoji profesní kompetenci v licenčních kurzech a doktorandském studijním programu „kinantropologie“.

PRACOVNÍ UPLATNĚNÍ absolventů NMgr. studia Aplikované pohybové aktivity

- **Pedagog volného času specialista**: Pedagog volného času specialista je vysoce kvalifikovaný pracovník, který zajišťuje tvorbu obecných forem a metod výchovy a vzdělávání v oblasti volného času dětí, mládeže nebo dospělých. Provádí specifická pedagogická vyšetření.
Požadovaná kvalifikační úroveň: Magisterský studijní program.
Obor činností: Výchova a vzdělávání (dle <http://ktp.istp.cz>).
- **Konzultant aplikovaných pohybových aktivit** speciální pedagog specialista (školy a SPC pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami – zvláště zrakové postižení, tělesné postižení, sluchové postižení. Poruchy chování a mentální postižení) Náplň práce dle 72/2005 Sb (konzultant, speciální pedagog, metodik prevence s využitím specifických prostředků – pohybových aktivit v souladu se standardy www.eusapa.eu).
Požadovaná kvalifikační úroveň: Magisterský studijní program.
Obor činností: Výchova a vzdělávání (dle <http://ktp.istp.cz>).
- **Poradenství a management životního stylu osob se zdravotním postižením**. Tento studijní obor využívá NMgr. modulu rekreologie nabízeného na FTK UP, který připravuje absolventy na práci v oblasti managementu životního stylu.
Doporučená kvalifikační úroveň: Magisterský studijní program. Pracovní uplatnění těchto absolventů je v zařízeních typu Paraple (<http://www.paraple.cz/>) nebo paracentrum Fénix (<http://www.paracentrum-fenix.cz/>).
- **Učitel tělesné výchovy na školách zřízených pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami**.

Ucházet o studium se mohou i zájemci se zdravotním postižením, kteří splňují požadavky sportovní mobility.

Baví vás sport a práce s lidmi?
Máte rádi výzvy?

Pak je tu pro vás...

APLIKOVANÁ TĚLESNÁ VÝCHOVA

ATV je vysokoškolským studijním oborem v programu tělesná výchova a sport. Cílem je vzdělávat odborníky v oblasti tělesné výchovy, sportu a rekreace pro všechny, tedy i osoby se speciálními potřebami. ATV je součástí zastřešujícího vědního oboru aplikované pohybové aktivity (APA), jehož snahou je vytvářet podmínky pro zlepšení kvality života osob se speciálními potřebami a integraci těchto osob mezi intaktní populaci prostřednictvím aktivit pohybového charakteru.

CO TO JE ATV?

Fakulta tělesné kultury UP v Olomouci nabízí unikátní obor spojující tělesnou výchovu a speciální pedagogiku ve studijní obor aplikovaná tělesná výchova. Vzhledem ke specifickým potřebám (nejen) s osobami se speciálními potřebami je obsah studia zaměřen na:

- tělesnou výchovu;
- speciální pedagogiku;
- pedagogickou/učitelenskou způsobilost;
- aplikované pohybové aktivity.

Studium je zpřístupněno i pro osoby se zdravotním postižením.

Nabízíme Vám možnost bakalářského (tříletého) a magisterského (dvouletého) studia v prezenční i kombinované formě.

Magisterské studium je otevřeno absolventům vysokoškolského studia (Bc. i Mgr.) ve studijním programu TV a sport a příbuzných oborů.

PROFIL ABSOLVENTA ATV – BAKALÁŘ

Absolvent získá pedagogickou a organizační způsobilost v oblasti aplikovaných pohybových aktivit s možností působit jako:

- asistent pedagoga;
- specialista pro práci v centrech speciálních, výchovných, charitativních a v institucích veřejné správy;
- sociální pracovník, pracovník v sociálních službách;
- pedagogický pracovník, instruktor, trenér ve školních i mimoškolních klubech a centrech;
- pedagog volného času.

PROFIL ABSOLVENTA ATV – MAGISTR

Absolvent získá pedagogickou a organizační způsobilost v oblasti aplikovaných pohybových aktivit s možností působit jako:

- učitel všeobecně vzdělávacího předmětu TV na základních a středních školách všech typů (včetně škol pro žáky a studenty se speciálními vzdělávacími potřebami);
- pedagog volného času;
- vychovatel;
- speciálně pedagogický pracovník zaměřený na APA;
- řídicí pracovník na pozici: instruktor, organizátor, poradce pro pohybové aktivity v zařízeních sociálních služeb, léčebnách, ve veřejné správě.

KONTAKTY

Fakulta tělesné kultury UP v Olomouci, tř. Míru 115, 771 11 Olomouc
sekretariát katedry APA, tel.: 585 636 353, e-mail: eva.hrbackova@upol.cz
www.ftk.upol.cz/katedry/apa/uvod.html, www.apa.upol.cz
www.ftk.upol.cz/katedry/apa/uvod.html, www.apa.upol.cz

Teorie znakového jazyka

Svatava Panská

Katedra aplikovaných pohybových aktivit, Fakulta tělesné kultury, Univerzita Palackého v Olomouci

V předchozích číslech byly prezentovány znaky českého znakového jazyka, nacházeli jsme pojmy z různých oblastí činností, aktivit nebo sportů. Nyní nabízíme teoretické podklady, které se týkají jak samotného znakového jazyka neslyšících nebo velmi často frekventovanému způsobu komunikace mezi sluchově postiženými lidmi a intaktní populací – odezírání a zároveň předkládáme praktickou interpretaci některých komunikačních situací.

Za základní komunikační systém neslyšících osob v České republice, považujeme znakový jazyk, který je považován i za hlavní formu komunikace neslyšících.

Znakový jazyk je přirozený a plnohodnotný komunikační systém tvořený specifickými vizuálně-pohybovými prostředky, tj. tvary rukou, jejich postavením a pohyby, mimikou, pozicemi hlavy a horní části trupu. Znakové jazyky vznikaly spontánně v komunitách neslyšících, kde se i současnosti dále vyvíjejí. Členy této komunity mohou být kromě neslyšících a nedoslýchavých také přátelé a rodinní příslušníci neslyšících, tlumočníci a další.

Český znakový jazyk je přirozený jazyk neslyšících, má vlastní slovník a vlastní gramatiku. Není nijak odvozený z mluveného českého jazyka a je s ním funkčně souměřitelný (oba plní úplně stejné funkce). Tyto dva jazyky se liší pouze způsobem své existence: český jazyk je jazyk audio-orální („slyší se a mluví se“) a český znakový jazyk je jazyk vizuálně-motorický („vidí se a ukazuje se“). Znakový jazyk má dvě důležité složky: manuální (tvary, pohyby, pozice rukou) a nemanuální (mimika, pohyby a pozice hlavy a horní části trupu). Obě tyto složky jsou nositeli gramatických a lexikálních významů a jsou nedílnou součástí znakového jazyka.

Dalším komunikačním systémem, který je ponejvíce používán v kontaktu slyšící–sluchově postižení, je odezírání.

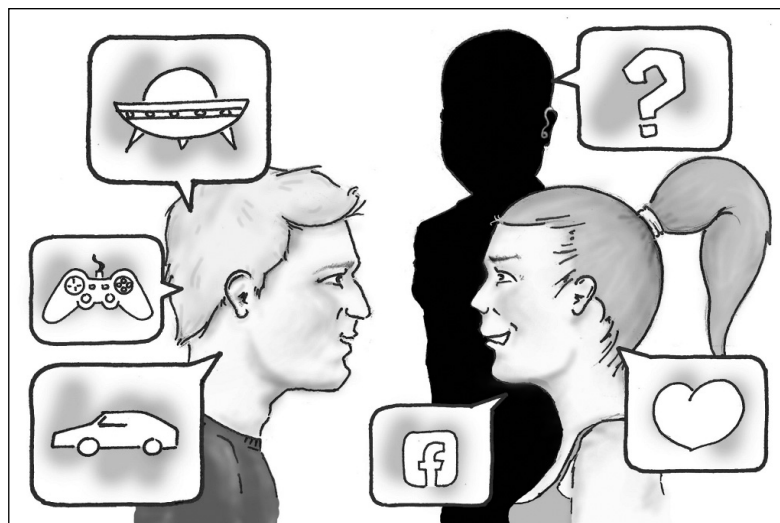
Odezíráním nazýváme dovednost jedince vnímat mluvenou řeč zrakem, kterým dochází k pochopení obsahu sdělení nejen podle pohybů, ale i podle mimiky obličeje, výrazu očí a gestikulace. Je to tedy specifická forma vizuální percepce řeči (Janotová 1996).

Podle Strnadové (2001), je odezírání pouze jeden z mnoha způsobů komunikace mezi slyšícími a neslyšícími lidmi. A právě ta slyšící populace bere odezírání jako samozřejmost u člověka se sluchovým handicapem.

Schopnost odezírání je schopností přirozenou, a ta si ovšem žádá určitý talent (vlohy), který je potřeba „pečlivě“ rozvíjet a neustále stimulovat u jedinců se sluchovým postižením (Holmanová, 2005).

Vzdálenost při odezírání. Zde rovněž záleží na spouště okolností jako prostředí, osvětlení. Ale jako nejvhodnější vzdálenost u tzv. proxemiky se pro odezírání uvádí 0,5 m až 3–4 m. Nekompromisně je důležité navázání zrakového kontaktu mezi komunikujícími tak, aby nedocházelo ke změně směru pohledu a tak zmatení odezírajícího (Janotová, 1999).

Řeč mluvící osoby. Způsob, jak osoba mluví, může odezírání usnadňovat, ale také omezovat. Je dobré vybrat vhodný slovník, např. pokud jedinec se sluchovým postižením neporozumí danému slovu či větě, je důležité zvolit vhodné synonymu. Je doporučováno například dělit řeč na logické celky po-



Potom ti to povíme. Autor: Štěrba Tomáš (2016)

mocí pauz, což vede k lepšímu porozumění obsahu textu (Janotová, 1999).

Některé důležité poznatky, týkající se odezírání, shrnula Strnadová (2001) v doporučení pro intaktní populaci. Odezírání není jen sledování mluvních pohybů zrakem. To, co vnímáme, je jen materiál, který pak musíme dále sami zpracovávat. Vytváříme varianty svých domněnek o tom, co asi bylo řečeno, a z nich pak vybíráme nejpravděpodobnější verzi. Nestačí pouze slovní zásoba, ale také jazyková zkušenost, jak se dané slovo v řeči používá. Jeden mluvní obraz může odpovídat několika různým slovům. Pro úspěšné odezírání je tedy třeba, abychom předem znali téma, o kterém se bude hovořit.

„Přede mnou o mně beze mne“ tak je nazvána kapitola z knížky Věry Strnadové (1994), kde zdůrazňuje, že vůči neslyšícímu člověku je neetické hovořit v jeho přítomnosti „o něm bez něj“. Slyšící lidé se mylně domnívají, že o tom neslyšící člověk nic neví. U slyšících lidí byla v průběhu vývoje schopnost „číst“ řeč těla dost potlačena, protože jsou zvyklí zaměřit svou pozornost na zvukovou stránku řeči. Ale i přesto je neslyšící člověk mezi slyšícími členy své vlastní rodiny často v postavení „cizince“: neví, o čem si ostatní povídají, čemu se smějí, na čem se domlouvají, co oceňují a co odsuzují.

V rodinné (i jiné) debatě nenechávejte sluchově postiženého stranou, ale jedněte s ním jako s ostatními. Budete-li při společných rozhovorech mluvit vždy tak, aby neslyšící mohl odezírat, nebude mít

pocit, že je odsunutý od chodu rodiny. Nepoužívejte větu: „Počkej, potom ti to povíme“.

Komunikace prelingválně neslyšících znakovým jazykem je jejich přirozeným sdělovacím modem. Zrakový kontakt a nonverbální prvky ujišťují komunikační partnery, že sdělení probíhá a je chápáno.



Komunikace neslyšících

Někteří lidé (slyšící i neslyšící) mohou být temperamentnější než ostatní vrstevníci. Je možné, že jim dá více práce ovládat projevy svých pocitů a usměrňovat své chování.



Temperamentní aktivní dívka

Jiný způsob osvojování si řeči a jazyka. U lidí, kteří ztratili sluch před spontánním vytvoření mluvené řeči sluchovou cestou, lze předpokládat výrazné problémy při osvojování si a používání mluvené i psané češtiny. Je-li písmo grafickým záznamem mluveného jazyka, pak se lexikální i gramatické zvláštnosti neslyšících lidí projeví i v jejich písemném projevu. Je to jazyková bariéra.



Vysvětlování komponentů na jízdním kole

Pro sluchově postižené (děti) je velmi důležitá náznorná ukázka, předvedená samozřejmě správně. Děti se soustředí na výklad učitele.



Pauza na cyklovýletě

Sluchově postižené děti měly na sportovním táboře mimo jiné aktivity rovněž orientační běh. Zde proběhla první přednáška a byly vysvětlovány základy orientačního běhu, který je jedním ze sportů letních Deaflympiád. Vše bylo tlumočeno do znakového jazyka, aby děti měly o tomto zajímavém sportu co nejvíce informací.



Tlumočení a vysvětlování prvků orientačního běhu

Strnadová (1994) uvádí, že informace neslyšících jsou zprostředkovány omezenými vjemy – bez sluchu. Nejsou to tedy plnohodnotné informace, ale jen částečné, neúplné. Z toho může vyplývat větší množství problémů nebo konfliktů, které neslyšící člověk někdy nedokáže sám řešit, zkreslený obraz celé situace může vyvolat i nesprávné postoje, emoce, a chování. To může následně vést ke vzniku různých vztahových poruch v rodině i mimo rodinu. ■

Literatura

- Holmanová, J. (2005). *Raná péče o dítě se sluchovým postižením*. Praha: Septima.
- Janotová, N. (1996). *Rozvíjení zrakového vnímání a odezírání sluchově postižených dětí*. Praha: Septima.
- Janotová, N. (1999). *Odezírání u sluchově postižených*. Praha: Septima.
- Strnadová, V. (1994). *Potom ti to povíme*. Česká unie neslyšících.
- Strnadová, V. (2001). *Hádej, co říkám, aneb, Odezírání je nejisté umění*. Praha: ASNEP.
- Parlament ČR. (2008). *Zákon č. 384/2008 Sb., o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob*.

Nordic conference in APA and disability sport

Radka Bartoňová & Ladislav Baloun



Ve dnech 19.–21. srpna 2015 jsme se s kolegy Tomášem Vyhlídalem, Tomášem Zelenkou a Jarmilou Štěpánovou zúčastnili konference, která se konala v prostorách sportovního institutu ve finském Liikuntakeskus Pajulahti (cca 20 km od Lah-ti). Toto sportovní centrum je situováno u jezera Iso-Kukkanen a nebylo pro pořádání konference vybráno náhodně. Kromě toho, že se v Pajulahti připravují sportovci nejen z Finska, ale z celé Evropy (my jsme zastihli hokejistky z ruského Petrohradu), je zde také středisko finského národního týmu hendikepovaných sportovců, kteří zde mají optimální podmínky pro přípravu na vrcholné sportovní akce.

Konference se nezabývala pouze teoretickými prezentacemi, ale byla doplněna praktickými workshopy a představením kompenzačních pomůcek, což také vystihoval celý název akce: *Nordic conference 2015 – From theory to practice – Ideas for participation* aneb od teorie k praxi – náměty pro participaci.

Účastníky této konference, jak už název napovídá, jsou především odborníci na APA ze severských zemí (konkrétně Finsko, Švédsko, Norsko

a Dánsko). Výjimkou však nejsou, podobně jako v případě naší delegace zástupci z jiných evropských států. Naše skupinka přispěla na konferenci jednou přednáškou a čtyřmi postery.

Témata konference byly zaměřeny na aplikované pohybové aktivity ve všech sférách, ať už se jedná o venkovní a halové sporty, tělesnou výchovu na školách, rehabilitační činnosti či kompenzační pomůcky pro osoby s těžkým postižením a další.

Konference byla organizována již zmíněným Pajulahti Sport Institutem ve spolupráci s ministerstvem školství a kultury, finským svazem tělesné výchovy pro osoby se zdravotním postižením (VAU), finskou federací aplikovaných pohybových aktivit (Soveli), University of Jyväskylä a dalšími.

Hlavními řečníky byli např. Harri Ahtee a Marku Poikela s tématem *Pohybové aktivity v rehabilitaci*; Kari Koivumäki, Lars Kristen, Anne- Merete Kissow, Linda Torége přednáškou o *Aplikovaných pohybových aktivitách v severských zemích*; Rita van Driel s tématem *Integrace v Paralympijském sportu*; Nina Kilpelä s přednáškou o *Dostupnosti sportovního vybavení*; Mariuz Damentko s téma-

tem *Zlepšení komunikačních dovedností účastí na Speciálních olympiádách.*

Paralelně s konferencí probíhal seminář o Speciálních olympiádách pro trenéry, sportovce, rodinné členy, dobrovolníky a studenty. Chairmanem byl ředitel národních Speciálních olympiád ve Finsku Riikka Juntunen.

Ve workshopu s názvem *Outdoorové aktivity a vybavení k APA* jsme se mohli podrobně seznámit a vyzkoušet si nejnovější outdoorové kompenzační pomůcky, což potěšilo zejména nejstaršího člena naší výpravy Tomáše Zelenku. Tomáš ocenil především pohodlnost a variabilitu vyzkoušených pomůcek, které důkladně otestoval na organizátory připraveném terénu okruhu v okolí sportovního střediska v Pajulahti.

Jedna z nejzajímavějších praktických přednášek byla zaměřena na prezentaci tréninku finského reprezentanta v atletice Toniho Piispanena (jde o současného viceprezidenta Evropské Federace Aplikovaných Pohybových Aktivit – *EUFAPA*). Toni je zlatým medailistou z poslední letní paralympiády, která se konala v roce 2012 v Londýně, a to v disciplíně sprint na 100m vozíčkářů. Při výkladu se mimo jiné zaměřil na novou techniku odrazu, která byla dle jeho slov jedním z nejdůležitějších faktorů jeho životního sportovního úspěchu na XIV. letních paralympijských hrách.

Každý den odpoledne byl po teoretických a praktických přednáškách připraven kulturní program v podobě sportovních a vzdělávacích aktivit. Vyzkoušet jsme si mohli například lekci tance s temperamentní instruktorkou Suvi či geocaching s půvabnou Heidi. Radku a Tomáše však nejvíce



uchwátit birdwatching s fundovaným výkladem Kariho Koivumäkiho, který je mimo jiné zaměstnancem finského ministerstva školství a kultury v oblasti pohybových aktivit.

Součástí konference byl i koncert s názvem *Stg Pepper's BEATLES*, ve kterém společně šest interpretů (tři ženy a tři muži) zpívali největší hity od skupiny Beatles za doprovodu symfonického orchestru. Pro celou naši výpravu to byl neočekávaný a jedinečný hudební zážitek. Koncert proběhl ve městě Lahti, konkrétně v kongresovém a koncertním centru Sibelius postaveném na břehu jezera Vesijärvi. Budova je pojmenována po nejvýznamnějším finském hudebním skladateli přelomu devatenáctého a dvacátého století Johanu Juliusi Sibeliusovi.

Finští organizátoři opět potvrdili, že pro pořádání mezinárodních konferencí mají nejen výborné zázemí v podobě sportovního centra situovaného do úchvatné přírody plné lesů a jezer, ale především schopnosti pro zajištění vyváženého a zajímavého programu na téma Aplikovaných pohybových aktivit. ■





Aplikované pohybové aktivity & Univerzita Karlova v Praze, Fakulta tělesné výchovy a sportu



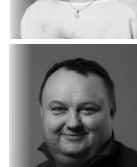
Pracovní skupina pro oblast Aplikovaných pohybových aktivit

- Podpora tělesné výchovy a volnočasových aktivit osob se zdravotním postižením a oslabením,
- přes 20 let tradice studijního oboru se zaměřením na APA,
- podpora studentů se specifickými potřebami,
- výuka a další podpora studentů k práci v oblasti APA,
- výzkum a vědecká spolupráce v oblasti APA, organizace seminářů,
- podpora regionální spolupráce s organizacemi v oblasti tělesné výchovy a sportu osob se zdravotním postižením (Centrum Paraple, Jedličkův ústav, Sportovní klub vozíčkářů a mnohé další) a propagace jejich činnosti,
- podpora mezifakultní, meziuniverzitní a mezinárodní spolupráce v oblasti APA,
- spolupráce v rámci České asociace aplikovaných pohybových aktivit a naplňování cílů sdružení.

Kontaktní osoby:

PhDr. Jitka Vařeková, Ph.D.
PhDr. Klára Daďová, Ph.D.
PhDr. Andrea Levitová, Ph.D.
Mgr. Eva Prokešová, Ph.D.
PhDr. Rostislav Čichoň, Ph.D.

varekova@ftvs.cuni.cz
dadova@ftvs.cuni.cz
levitova@ftvs.cuni.cz
eprokesova@ftvs.cuni.cz
cichon@ftvs.cuni.cz



Adapted Physical Activity &



Faculty of Physical Education and Sport Charles University Prague Czech Republic

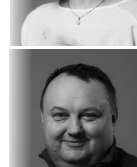
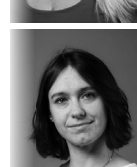


- Support of physical education and sport of people with disabilities
- More than 20-year tradition of APA study program
- Education of PE students in the APA field
- Support of special needs students
- Research and scientific cooperation in APA,
- National and international cooperation in APA
- Support of regional organisations in APA (e.g. Centrum Paraple, Jedličkův ústav, Sportovní klub vozíčkářů)
- Cooperation within Czech Association of Adapted Physical Activity

Contact:

PhDr. Jitka Vařeková, Ph.D.
PhDr. Klára Daďová, Ph.D.
PhDr. Andrea Levitová, Ph.D.
Mgr. Eva Prokešová, Ph.D.
PhDr. Rostislav Čichoň, Ph.D.

varekova@ftvs.cuni.cz
dadova@ftvs.cuni.cz
levitova@ftvs.cuni.cz
eprokesova@ftvs.cuni.cz
cichon@ftvs.cuni.cz



Adapted Physical Activity Quarterly, 2014, 31, 240–264 <http://dx.doi.org/10.1123/apaq.2013-0119> © 2014 Human Kinetics, Inc.

Official Journal of IFAPA www.APAQ-Journal.com RESEARCH

Barriers to and Facilitators of Sports Participation in People With Visual Impairments Eva A. Jaarsma, Rienk Dekker, Steven A. Koopmans, Pieter U. Dijkstra, and Jan H. B. Geertzen University of Groningen

Bariéry a facilitátory sportovní participace u osob se zrakovým postižením

Eva A. Jaarsma, Rienk Dekker, Steven A. Koopmans,
Pieter U. Dijkstra, Jan H. B. Geertzen
University of Groningen

Zkoumali jsme bariéry a participaci u pohybových aktivit osob se zrakovým postižením. K vyplnění byli přizváni účastníci z Royal Visio, Bartiméus a Eye Association (po telefonu či online). Šest set čtyřicet osm pozvaných účastníků (13 %) vyplnilo dotazník a 63 % respondentů uvedlo participaci na pohybových aktivitách. Chůze (43 %), fitness (34 %) a cyklistika (34 %) byly nejčastěji zmiňovanými pohybovými aktivitami. Náklady, nedostatek osob se stejným zaměřením a zrakové postižení byly s participací u pohybových aktivit spojovány negativně, kdežto vysokoškolské vzdělání a užívání počítačové softwaru byly spojovány s pozitivním ohlasem. Nejdůležitější osobní bariérou bylo zrakové postižení, přeprava zase nejdůležitější bariérou enviromentální. Pohybově aktivní účastníci také jako osobní bariéru zmiňovali závislost na druhých. Zásadním osobním zprostředkovatelem bylo zdraví, zábava a sociální kontakty, podpora rodiny zase nejvýznamnějším environmentálním povzbuzovačem. Chceme-li zlepšit účast na pohybových aktivitách osob se zrakovým postižením, důraz na sportovní programy by měl být pozitivním hlediskem, tak jako jsou zábava, zdraví a sociální kontakty.

Klíčová slova: zrakové postižení, bariéry a zprostředkovatelé, pohybová aktivita.

V roce 2005 se uvádí přibližně 300 000 osob v Nizozemí (celková populace 16,3 mil.) se zrakovým postižením, 75 % z nich byli starší 50 let a víc (Limburg, 2007). Vzhledem k tomu, že se výskyt zrakových vad zvyšuje s věkem, pravděpodobně tak i počet osob se zrakovým postižením v Nizozemí naroste na více než 345 000 osob, a to v letech 2005 až 2020 z důvodu stárnutí holandské populace (Limburg, 2007).

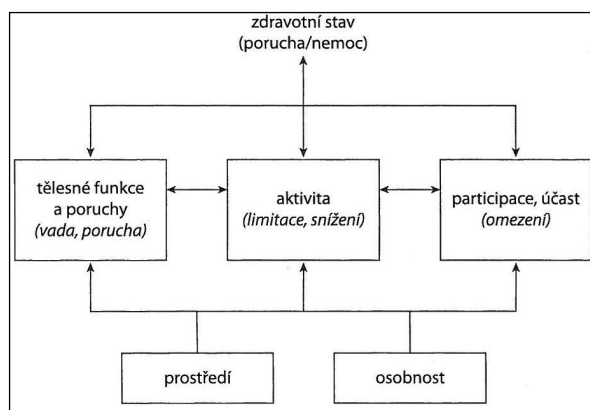
Eva A. Jaarsma, Rienk Dekker, Pieter U. Dijkstra and Jan H. B. Geertzen are with the Department of Rehabilitation Medicine, Center for Rehabilitation, University of Groningen, University Medical Center Groningen, the Netherlands. Rienk Dekker is with the Center of Sports Medicine, University of Groningen, University Medical Center Groningen, the Netherlands. Steven A. Koopmans is with the Department of Ophthalmology, University of Groningen, University Medical Center Groningen, the Netherlands. Pieter U. Dijkstra is with the Department of Oral and Maxillofacial Surgery, University of Groningen, University Medical Center Groningen, the Netherlands. Address author correspondence to Eva A. Jaarsma at e.a.jaarsma@umcg.nl.

Výzkum prokázal, že osoby se zrakovým postižením mají chudší zdravotní status a je u nich vyšší pravděpodobnost výskytu nadváhy nebo obezity v porovnání s intaktní populací (Crews & Campbell, 2001;

Holbrook, Caputo, Perry, Fuller, & Morgan, 2009). V rámci skupiny postarších osob se zrakovým postižením budou i počty v obou skupinách (související s postižením + související s věkem) rapidně narůstat, stejně jako obtížnosti s participací na denních aktivitách (West et al., 2002). Pokud chceme, aby osoby se zrakovým postižením byly schopny účastnit se denních aktivit, je zapotřebí „obyvatelného“ prostředí v rámci jejich komunity s odpovídajícími podmínkami jako jsou hmatatelné obrubníkové omezení, průchodné dočasné překážky a přístupná veřejná doprava (Gallagher, Hart, O'Brien, Stevenson, & Jackson, 2011; Rimmer, 2006). V Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, zdravotního postižení a zdraví (dále ICF), patřící pod Světovou zdravotnickou organizaci (2001), je participace jednou z komponent, která determinuje zdravotní stav (dohromady s tělesnými funkcemi, strukturou a aktivitami; Obrázek 1). Z hlediska participace model ICF rozlišuje faktory osobní a faktory prostředí. Účast na každodenních činnostech osob se zrakovým postižením úzce souvisí s účastí na pohybových aktivitách (Alma, Van der Mei, Groothoff, & Suurmeijer, 2012; Anaby a kol., 2009; Lamoureux, Hassell, a Keefe, 2004). V průměru pouze jedna třetina

osob se zdravotním postižením (včetně lidí se zrakovým postižením) pravidelně sportuje v porovnání se dvěma třetinami osob bez zdravotního postižení (U. S. Department of Health and Human Services, 2010; von Heijden, van den Dool, van Lindert, & Breedveld, 2013).

Jak tedy zvýšit účast osob se zrakovým postižením na pohybových aktivitách? Povědomí o tom, co brání pohybové participaci a co ji umožňuje, má klíčový význam. Budeme proto využívat ICF model jako náš teoretický rámec k přezkoumání, které (ať už osobní nebo environmentální) bariéry a facilitátory ovlivňují pohybovou participaci osob se zrakovým postižením.



Obrázek 1 Interakce faktorů a komponent podle ICF

Výzkum v oblasti pohybové participace u intaktní populace prokázal, že nedostatek času, nedostatek motivace a obtížně přístupná sportovní zařízení patří k nejčastějším překážkám pravidelného pohybu (Buckworth & Dishman, 2007). Kromě toho jsou zmíněné překážky, se kterými mají osoby s tělesným postižením svou zkušenost, náročné na výdej energie, dopravu, přístup k informacím, kvalifikaci supervize a adaptaci sportovních zařízení (Bragaru, Dekker, Geertzen, & Dijkstra, 2011; Buckworth & Dishman, 2007; Jaarsma, Geertzen, de Jong, Dijkstra, & Dekker, 2013; Kehn & Kroll, 2009; Rimmer, Rubin, & Braddock, 2000). Často uváděnými facilitátory osob s i bez tělesného postižení jsou požitky, motivace, zdravotní benefity a sociální aspekty (Buckworth & Dishman, 2007; Godin, Shephard, & Colantonio, 1986; Kehn & Kroll, 2009; Shihui, Jin, Mei, & Lau, 2007; Wu & Williams, 2001). Předchozí studie také ukázala, že pro zachování pohybové aktivity u osob s tělesným postižením se staly facilitátory stejně důležité jako zdraví, soutěžení nebo vyhrávání (Jaarsma et al., 2013). Jen pár studií se zabývalo překážkami u pohybových aktivit, například dostupností zdravotních zařízení konkrétně dle zkušeností osob se zrakovým postižením (Rimmer, Riley, Wang, & Rauworth, 2005). Obsáhlejší vhléd do možných překážek a zprostředkovatelů nám může pomoci při vývoji strategií ke snižování těchto bariér a v konečném důsledku může obohatit zprostředkovatele

pohybové participace osob se zrakovým postižením a tím zvýšit jejich zdravotní status.

V současné studii jsme tedy chtěli určit faktory, které ovlivňují pohybovou participaci u osob se zrakovým postižením. Porovnali jsme aktivní a pasivní účastníky se zrakovým postižením s bariérami a zfacilitátory, se kterými měly zrakově postižené osoby již zkušenosti. Zkoumali jsme také rozdíly v zahájení a udržení sportovní participace u aktivních účastníků. Nakonec jsme zjistili, které proměnné obsahovaly statisticky významný vliv na účast ve sportu.

METODY

Účastníci

Věk účastníků této studie byl 18 let a více. Jednalo se o osoby se zrakovým postižením. Studie se uskutečnila v dubnu roku 2012 v Royal Dutch Visio, v Bartimeus a v Eye Association, které se pyšní titulem tří největších expertizních středisek pro osoby se zrakovým postižením v Nizozemí. Tato střediska poskytují informace a rady osobám se zrakovými vadami (Bartimeus, 2012; Royal Dutch Visio, 2012; Eye Association, 2013), rovněž zajišťují rehabilitaci (Royal Dutch Visio, 2012) nebo pomáhají s životními plány, pracovním uplatněním nebo s pomocnými zařízeními potřebnými ke každodenním činnostem (Bartimeus, 2012; Royal Dutch Visio, 2012).

Dotazník

Vytvořili jsme třicetipoložkový dotazník, který byl transformován z dotazníku paralympijských sportovců a publikován jinde (Jaarsma et al., 2013). Jednotlivé položky byly upraveny tak, aby byly relevantní pro osoby s poruchami zraku. Za prvé, účastníci mohli klasifikovat své poškození zraku jako mírné (zraková ostrost $\geq 20/70$), střední (zraková ostrost $< 20/70$ and $\geq 20/200$), těžké (zraková ostrost $< 20/200$ and $\geq 20/400$) nebo úplně ($< 20/400$). Tyto hodnoty pocházejí z Mezinárodní klasifikace chorob (ICD-10; World Health Organization, 2010). Účastníci mohli také klasifikovat své zrakové postižení jako „jiné“, pokud se jim žádná z nabízených kategorií nezdála jako vhodná. Za druhé, položky z původního dotazníku týkající se duševního tréninku a výživy se v tomto případě vyloučily. Nakonec byla stanovena definice pro sportovní klasifikaci takto: „Činnost zahrnující fyzickou námahu s nebo bez herních a soutěžních prvků trvající minimálně 30 minut alespoň 2krát týdně, jež vyžaduje dovednosti a tělesnou kondici nebo je zapotřebí jejich zlepšení“ (Kemper, Ooijendijk, & Stiggelbout, 2000, p. 180). Položky týkající se překážek a zprostředkovatelů pohybových aktivit byly rozděleny na osobní a environmentální ukazatele podle vzoru ICF.

Postup

Participantů byli osloveni třemi odbornými středisky formou e-mailu, aby se zúčastnili studie v období dubna až září 2012. Motivační elektronický dopis vysvětloval účel a metodiku studie. Dopis mimo jiné ujistil potenciální účastníky o tom, že veškerá data by byla zpracovávána anonymně a účast by byla zcela dobrovolná. Osoby pak byly na základě svého souhlasu vyzvány ke kliknutí na příslušný odkaz umožňující vyplnění online dotazníku. Účastníci evidovaní ve více než jednom odborném středisku vyplňovali dotazník pouze jednou. Přípomínka byla poslána třemi odbornými středisky šest týdnů po počátečním e-mailu. Dotazník prošel kontrolou kompatibility a dostupností počítačovým softwarem pod dohledem profesionálního testovacího týmu z Eye Association, dříve než byl dotazník zpřístupněn účastníkům.

Možnost účasti na studii pro zrakově postižené jedince bez e-mailové adresy byla přiblížena za pomoci výzkumných pracovníků během každoroční výstavy pro osoby s poruchami zraku (duben 2012), zde byli vyzváni k účasti pomocí telefonních rozhovorů. Informace o telefonickém rozhovoru byly zajištěny asistenty výzkumu a telefonní čísla osob, které souhlasily s účastí na studii, byla sesbírána během každoročního veletrhu. Účastníci byli poté kontaktováni výzkumnými asistenty přibližně týden po výročním veletrhu. Na začátku každého rozhovoru byl znovu objasněn účel a struktura dotazníku a také byl získán souhlas. Všichni asistenti výzkumu (10) prošli školením o telefonních pohovorech ještě před začátkem studie. Studie byla schválena Medical Ethical Committee of University Medical Center Groningen (METc 2010.264).

Sběr dat a analýza

Informace o průměrném věku a procentech mužské a ženské populace přiblížil elektronický dotazník poskytovaný třemi odbornými středisky pro zrakově postižené osoby. Účastníci, kteří vyplnili dotazníky, byli rozděleni do aktivní a neaktivní skupiny na základě svých odpovědí na otázku, zda se považují za pohybově aktivní dle námi uvedené definice. Použili jsme Mann-Whitney U test k analýze rozdílů v počtu bariér a zprostředkovatelů aktivních a neaktivních účastníků a chi-kvadrát test k analýze rozdílů mezi aktivními a neaktivními účastníky. K analýze párových proporcí mezi zahájením a udržením pohybové aktivity jsme použili test McNemar. Pokud jsme chtěli zjistit, které proměnné byly spojeny se sportovní participací, bylo třeba použít logistickou regresi (metoda enter), která zahrnuje všechny proměnné spojené s aktivní účastí během pohybových aktivit ($p \leq .1$). U dalších testů jsme si stanovili hladinu statistické významnosti 0.05.

VÝSLEDKY

Oslovili jsme celkem 4 838 účastníků, z toho 4 763 účastníků bylo osloveno k vyplnění online dotazníku a 75 pomocí telefonického rozhovoru. Průměrný věk (SD) ve skupině online dotazníků byl 50,2 (19,4) let, z toho 51 % žen. Dohromady 1 348 osob (28 %) odpovědělo na pozvání a 648 (13 %) účastníků vyplnilo dotazník. Průměrný věk těchto účastníků byl 49,1 (18) let, přičemž 52 % tvořily ženy. Nebyly zde shledány signifikantní rozdíly mezi celkovou populací účastníků z Royal Visio, Bartiméus, nebo Eye Association ve věku a pohlaví. Šedesát tři procent ($n = 411$) účastníků uvedlo, že se považují za pohybově aktivní (Tabulka 1).

Nejistili jsme ani žádné statisticky významné rozdíly mezi aktivními a neaktivními účastníky v měsíčním příjmu jednotlivých domácností, ani v úrovni zrakového postižení (tzn. mírné a mírně zhoršené poruchy zraku ve srovnání s těžkým postižením či slepotou). Z aktivních účastníků mělo 73 % vysokoškolské vzdělání v porovnání s 59 % neaktivních účastníků $\chi^2(1) = 13.946$, $p < 0,001$. Kompenzační pomůcky pro běžný život využívalo 85 % účastníků. Nejčastěji se jednalo o lupu (62 % aktivních, 64 % neaktivních), bílou hůl (55 % aktivních, 47 % neaktivních) a počítačový software (60 % aktivních, 44 % neaktivních). Aktivní účastníci (60 %) využívali speciální software častěji než neaktivní (44 %; Tabulka 1), $\chi^2(1) = 14.206$, $p < 0,001$. Více účastníků s vysokoškolským vzděláním (41 %) než účastníků s nižším vzděláním (14 %) využívalo speciální počítačový software, $\chi^2(1) = 12.391$, $p < 0,001$. Chůze (43 %), fitness (návštěva posilovny; 34 %) a (rekreační) cyklistika (34 %) byly nejčastěji zmiňované sporty aktivních účastníků (Tabulka 2).

Bariéry

Pohybově aktivní účastníci zmiňovali závislost na druhých z 28 % a zrakové postižení (14 %) jako osobní bariéru. Zatímco neaktivní účastníci uvedli zrakové postižení jako osobní bariéru z 24 % (Tabulka 3), $\chi^2(1) = 8,771$, $p = 0,003$. Pohybově aktivní účastníci uvedli dopravu (26 %) a nedostatek možností vyžití v okolí (14 %) jako environmentální bariéry, zatímco neaktivní účastníci zapsali nedostatek cvičení s přáteli (24 %), ceny sportovních aktivit (23 %) a dopravu (22 %). Neaktivní účastníci zmínili cvičení s přáteli (24 %), $\chi^2(1) = 45,490$, $p < 0,001$ a ceny sportovních aktivit (23 %), $\chi^2(1) = 23,707$, $p < 0,001$, jako environmentální bariéry mnohem častěji než aktivní účastníci (6 % a 9 % v tomto pořadí). Aktivní účastníci uváděli nedostatek (kvalifikované) supervize (11 %) jako environmentální bariéru mnohem častěji než neaktivní účastníci (2 %), $\chi^2(1) = 15,950$, $p < 0,001$.

Tabulka 1 Charakteristiky vše participantů (pohybově aktivních i neaktivních)

Věk v letech, průměr (SD) [rozsah]	Participantí (n = 648)		Aktivní (n = 411)		Neaktivní (n = 237)	
	49,1 ±17,9 [18-92]		49,3 ±16,9 [18-92]		48,7 ±19,6 [18-92]	
	n	%	n	%	n	%
Pohlaví						
Ženy	339	52	219	53	120	51
Zrakové postižení^a						
Mírné	64	10	38	9	26	11
Střední	200	31	121	29	79	33
Těžké	295	46	191	47	104	44
Slepota	61	9	39	10	22	9
Ostatní zrakové vady ^b	28	4	22	5	6	3
Vzdělání^c						
Nižší vzdělání	207	32	109	27*	98	41*
Vysokoškolské vzdělání	441	68	302	73*	139	59*
Druh bydlení						
Nezávislé, samostatně	178	28	120	29	58	25
Nezávislé, s partnerem a/nebo dětmi	370	57	237	58	133	56
Bydlení u rodičů (s poručníkem)	68	11	37	9	31	13
Chráněné bydlení	14	2	8	2	6	3
Jiné	18	3	9	2	9	4
Čistý měsíční příjem domácnosti						
< € 913	72	11	41	10	31	13
€ 913–€ 1304	118	18	71	17	47	20
€ 1305–€ 1700	98	15	63	15	35	15
€ 1701–€ 3000	189	29	125	30	64	27
€ 3001–€ 3500	53	8	32	8	21	9
> € 3500	79	12	52	13	27	11
Raději bez komentáře	39	6	27	7	12	5
Kompenzační pomůcky						
Používám kompenzační pomůcky	548	85	354	86	194	82
Lupa a podobné	346	53	220	54	126	53
Počítačový software	298	46	213	52*	85	36*
Bílá hůl	285	44	193	47	92	39
Lupa k počítačové obrazovce	203	31	123	30	80	34
Vodící pes	89	14	65	16	24	10
Braillovo písmo	93	14	64	16	29	12
Brýle, čočky	51	8	38	9	13	6
DAISY digitální mluvicí kniha	45	7	31	8	14	6
Jiné	79	12	56	14	23	10

*Poznámka: Uvedená procenta ve sloupcích neudávají součet 100 % z důvodu zaokrouhlení. ^aNeexistují zde žádné statisticky významné rozdíly mezi mírným a středním postižením vs. těžké postižení a slepota mezi aktivními a inaktivními participanty. ^bOstatní zrakové postižení zahrnuje tunelové vidění a hluchoslepotu. ^cNižší vzdělání bylo myšleno jako žádné vzdělání, základní škola nebo nižší všeobecné vzdělání ze střední školy; vysokoškolské vzdělání bylo definováno vysokoškolským diplomem, odborným vysokoškolským vzděláním, aplikovanými vědami nebo univerzitním diplomem. *Signifikantní rozdíly mezi aktivním a inaktivními participanty činily ($p < 0,001$).*

Tabulka 2 Sporty zmíněné pohybově aktivními účastníky

Druhy sportů	Pohybově aktivní (n = 411)	
	n	%
Chůze	176	43
Fitness	141	34
Cyklistika (rekreační)	138	34
Plavání	78	19
Vytrvalostní trénink	55	13
Jóga	27	7
Běh	26	4
Spinning	23	6
Cyklistika (výkonnostní)	22	5
Atletika	19	5
Showdown	19	5
Bruslení na ledě	17	4
Lyžování	17	4
Tanec	14	3
Cvičení s hudbou	14	3
Veslování	14	3
Aerobik	13	3
Jezdectví	13	3
Tělesná cvičení	11	3
Tenis	11	3
Gymnastika	11	3
Fotbal	10	2
Cvičení/běh ve vodě	9	2
Goalball	9	2
Golf	8	2
Bojové umění	5	1
Potápění	4	1
Plachtění	4	1
Sportovní střelba	4	1
Squash	2	1
Stolní tenis	2	1
Judo	2	1
Lezectví	1	0
Basketbal	1	0
Jiné	63	15

Poznámka: Participanti měli možnost zvolit více odpovědí.

Facilitátoři

Nejčastěji zmiňovanými osobními facilitátory pro zahájení/udržení participace ve sportu pro pohybově aktivní účastníky byly zdraví (85%/84%), zábava, (74%/75%), a sociální kontakty (50%/52%; Tabulka 4). Nejčastěji uvedeným environmentálním facilitátorem pro zahájení/udržení participace byla podpora rodiny (31%/34%). Hlídkání hmotnosti bylo označeno jako osobní facilitátor pro udržení sportovní participace (31%) mnohem častěji než pro zahájení

participace (27%), $\chi^2(1) = 4,320$, $p = 0,038$. Lékařské rady rehabilitačních profesionálů byly zmíněny jako environmentální facilitátory mnohem častěji u zahájení sportovní participace (16%) než u jejího udržení (10%), $\chi^2(1) = 17,361$, $p < 0,001$.

Logická regrese

Vzdělání, používání bílé hole, používání počítačového softwaru, vlastní vodící pes, zdravotní postižení (vnímáno jako bariéra), náklady, nedostatek asistentů,

věk a pohlaví byl uveden jako prediktory sportovní participace v logické regresi (Tabulka 5). Mezi statisticky významné faktory předpovídající sportovní participaci patřily vzdělání, zdravotní postižení (vnímáno jako bariéra), náklady, nedostatek asistentů a používání počítačového softwaru. Celkově lze říci, že správná predikce sportovní participace byla 72%. Aktivní

účastníci uvedli nedostatek kvalifikovaného dohledu jako bariéru mnohem častěji než inaktivní účastníci. Protože pouze malá část inaktivních participantů zmínila nedostatek kvalifikované supervize jako bariéru, byla tato proměnná vyloučena jako prediktor logické regrese.

Tabulka 3 Bariéry pro již absolvované cvičení aktivních a inaktivních participantů

	Aktivní (n = 411)		Inaktivní (n = 236) ^a	
	n	%	n	%
Osobní faktory^b				
Schopen cvičení s pomocí ostatních	116	28		
Neschopen cvičení z důvodu zrakového postižení	59	14*	56	24*
Pocit diskomfortu v přítomnosti ostatních	51	12		
Příliš zaměstnán jinými aktivitami	42	10	29	12
(Strach ze) zranění	29	7	18	8
Bez motivace ke cvičení	38	16		
Nechuť cvičit	29	12		
Stud	11	5		
Únava/energetická náročnost	10	4		
Věk	9	4		
Ostatní bariéry	55	13	13	6
Enviromentální faktory^b				
Doprava	106	26	52	22
Příliš málo možností v okolí	56	14	31	13
Sportovní možnosti jsou neznámé	48	12	27	11
Vybavení není (dostatečně) upraveno	43	11		
Žádný/nedostatečně kvalifikovaný dohled	44	11**	5	2**
Sportovní aktivity jsou moc drahé	38	9**	55	23**
Praxe/trénink není (dostatečně) přizpůsobený	34	8		
Nedostatečná podpora prostředí	25	6		
Materiály nejsou (dostatečně) upraveny	25	6		
Bez možnosti cvičení s asistenty/kamarády	23	6**	56	24**
Sportovci s postižením nejsou (plně) akceptováni	21	5		
Materiální zabezpečení je finančně náročné	18	4		
Nedostatek podobně postižených sportovců	13	3		
Velká konkurence ve sportu	11	3		
Nedostatečné materiální zabezpečení	5	1		
Ostatní bariéry	37	9	6	3
Bez bariér	112	17**	3	1**

Poznámka: ^aChybějící hodnota. ^bParticipantů měli možnost volby více odpovědí. *Statisticky významné rozdíly mezi aktivními a inaktivními účastníky ($p = 0,003$). **Signifikantní rozdíly mezi aktivními a inaktivními participanty ($p < 0,001$).

Tabulka 4 Facilitátory pro zahájení a vedení participace u aktivních účastníků

	Zahájení participace (n = 411)		Vedení participace (n = 411)	
	n	%	n	%
Osobní faktory^a				
Zdraví, fyzická zdatnost	349	85	344	84
Zábava, relaxace	304	74	310	75
Sociální kontakty	206	50	212	52
Síla	119	29	119	29
Hlídaní hmotnosti	110	27*	129	31*
Ztráta energie	98	24	90	22
Sebedůvěra	71	17	67	16
Nezávislost ^b	51	12	42	10
Učení se novým dovednostem	50	12		
Soutěživost/výhra	36	9	39	10
Přijetí zdravotního postižení	34	8		
Dohoda se zdravotním postižením a pomocným zařízením	23	6		
Ostatní	28	7	38	9
Enviromentální faktory^a				
Podpora rodiny, partnera nebo dětí	128	31	139	34
Podpora přátel a kolegů	85	21	96	23
Lékařská rady profesionálních terapeutů	65	16**	39	10**
Ostatní	75	8	35	9

Poznámka: ^aParticipanti měli možnost volby více odpovědí. ^bFaktory pouze pro zahájení cvičení. *Statisticky významné rozdíly mezi zahájením a vedením participace ($p = 0,04$). **Signifikantní rozdíly mezi zahájením a vedením participace ($p < 0,001$).

Tabulka 5 Proměnné spojené se sportovní participací, které byly součástí logistické regrese

Proměnná	Koeficient	SE	p	OR	95% CI
Vzdělání (1 = vysokoškolské, 0 = nižší) ^a	0,0440	0,213	0,039	1,553	[1,022, 2,359]
Zdravotní postižení (myšleno jako bariéra; 1 = uvedeno, 0 = neuvedeno) ^b	-0,561	0,258	0,030	0,571	[0,344, 0,947]
Náklady (1 = uvedeno, 0 = neuvedeno) ^b	-0,326	0,285	< 0,001	0,266	[0,152, 0,465]
Asistenti/kamarádi (1 = uvedeno, 0 = neuvedeno) ^b	-1,907	0,323	< 0,001	0,149	[0,079, 0,280]
Užívá počítačový software (1 = uvedeno, 0 = neuvedeno) ^b	0,635	0,212	0,003	1,888	[1,245, 2,862]
Užívá bílou hůl (1 = uvedeno, 0 = neuvedeno) ^b	0,053	0,211	0,801	1,054	[0,698, 1,593]
Vodící pes (1 = uvedeno, 0 = neuvedeno) ^b	0,412	0,300	0,170	1,510	[0,838, 2,719]
Věk (1 = uvedeno, 0 = neuvedeno) ^b	0,005	0,006	0,368	1,005	[0,994, 1,016]
Pohlaví (1 = uvedeno, 0 = neuvedeno) ^b	0,186	0,203	0,361	1,204	[0,808, 1,794]
Konstanta	-0,642	0,587	0,274	0,526	

Poznámka: ^avysokoškolské vzdělání = 1, nižší vzdělání = 0. ^buvedeno = 1, neuvedeno = 0. SE = směrodatná odchylka. OR = poměrový koeficient. CI = interval spolehlivosti.

DISKUZE

Naším cílem bylo získat vhled do problematiky bariér a facilitátorů sportu u osob se zrakovým postižením. Aktivní účastníci použili počítačový nebo specializovaný software a více participantů s vysokoškolským vzděláním použilo počítačový software. Inaktivní participanté uváděli své zdravotní postižení, náklady a nedostatek cvičení s asistenty nebo přáteli jako bariéru ke sportu či cvičení. Mezi nejvíce zmiňované facilitátory patřily zdraví, zábava a sociální kontakty. Pozitivní asociace ke vzdělání a používání počítačové techniky by mohly znamenat, že tyto osoby se naučily používat více nástrojů pro vyrovnání se s potencionálními problémy. Osoby s dokončeným středním nebo vysokoškolským vzděláním mohly mít více zkušeností při řešení problémů nebo úkolů, které by jim také mohly pomoci najít řešení nebo alternativy bariér sportovní participace. Protože většina účastníků vyplňovala dotazník online, očekávalo se, že počítač nebo počítačový software bude často využívaným pomocným zařízením. Nicméně používání pc nebo počítačových softwarů se také ukázalo být pozitivním faktorem z hlediska sportovní participace, neboť umožňuje účastníkům získat více informací o sportovních nabídkách. Internet jako takový může být také velkým zdrojem informací týkajících se sportovního využití u osob se zrakovým postižením. Nedostatek kvalifikované supervize nebyl zahrnut do logistické regrese jako proměnná i přesto, že se zde vyskytly statisticky významné rozdíly mezi aktivními a inaktivními participanty. Někdo by se mohl domnívat, že inaktivní účastníci nepovažují nedostatek supervize jako bariéru, pokud nikdy dříve nebyli výrazně pohybově aktivní. Nemohou totiž znát vliv negativní supervize v rámci jejich sportovní participace. Proto by měla být interpretace této proměnné zvažována velmi pečlivě. Supervize byla zmíněna několikrát ($n = 5$) inaktivními účastníky, které by to mohlo vést k přehodnocení regresní analýzy. Pokud je vzorek příliš malý, konkrétní hodnota proměnné v tomto modelu bude nadhodnocena a výsledek nelze zobecnit vzhledem k celkové populaci (Tabachnick & Fidell, 2001). Po zvážení těchto okolností byla proto supervize vyloučena jako proměnná v logistické regresní analýze. Ostatní faktory signifikantně související se sportovní participací budou popsány níže.

Bariéry

Osobní bariéry. Vrozené zrakové postižení jako osobní bariéra byla zmíněna aktivními i inaktivními participanty a byla negativně spojena se sportem. Aktivní účastníci také zapsali závislost na pomoci ostatních během cvičení jako osobní bariéru. Předchozí výzkum u paralympijských sportovců s poruchami hybnosti páteře také zjistil závislost na ostatních jako osobní bariéru

(Jaarsma et al., 2013; Kehn & Kroll, 2009). Tito sportovci uvedli, že se cítí jako přítěž, když potřebují jednu či více osob, aby jim pomohla zajistit přístup k potřebnému zařízení nebo pomáhala s vlastním cvičením (Kehn & Kroll, 2009). Chceme-li získat větší nezávislost a nést menší břemeno, jeví se být důležité zaměřením více na dovednosti než přímo na zrakové postižení, což by také mohlo zvýšit sebevědomí zrakově postižených osob.

Mnoho neaktivních účastníků uvedlo svůj druh postižení jako bariéru ke sportovní participaci. Nicméně předchozí údaje naznačují, že trvání, úroveň a příčina zrakového postižení neovlivňují sportovní participaci (Alma et al., 2012; Desrosiers et al., 2009). Účastníci neuvádí vždy postižení jako bariéru, ale místo toho mívají potíže s vyrovnáváním se s daným postižením. Studie týkající se motivace a sportovních strategií u žen s roztroušenou sklerózou ukázala, že inaktivní participanté uvádějí méně strategií v překonávání nemoci – specifických bariér ve sportu a také méně přizpůsobují aktivity k překonávání bariér než aktivní participanté (Dlugonski, Joyce, & Motl, 2012). Proto by rozvojové strategie měly snadněji překonávat bariéry a stimulovat sportovní participaci u osob se zrakovým postižením.

Úroveň zrakového postižení v naší populaci neměla statisticky významný vliv na sportovní participaci, která je v souladu s nedávnou studií, v níž byly použity krokoměry ke zjištění sportovní participace u osob se zrakovým postižením (Holbrook, Kang, & Morgan, 2013). Avšak jiný výzkum zjistil, že vyšší úroveň postižení byla spojena s nižší sportovní participací (Ramulu et al., 2012; van Landingham, Willis, Vitale, & Ramulu, 2012). Vzhledem k tomu, že se hodnoty participantů v této studii lišily, je více než vhodné zařazení dalšího výzkumu k poskytnutí více průkazných výsledků o vlivu úrovně zrakového postižení vzhledem ke sportovní participaci.

Environmentální faktory. Doprava je často zmiňovanou environmentální bariérou pro obě skupiny participantů. Předchozí výzkumy týkající se sportu osob s tělesným postižením také uvedly dopravu jako bariéru (Rimmer et al., 2000; Rimmer, Riley, Wang, Raurworth, & Jurkowski, 2004). Inaktivní účastníci v této studii také uváděli náklady vyplývající ze sportovní participace jako environmentální bariéru, která je v souladu s předchozím výzkumem u osob s tělesným postižením (Rimmer et al., 2000; Scelza, Kalpakjian, Zemper, & Tate, 2005). Náklady náležící ke sportovní participaci by tak mohly snižovat možnosti výběru sportovních programů prováděných v místě bydliště i členství ve sportovních klubech.

Nedostatek asistentů nebo kamarádů během sportovní participace byl uveden inaktivními participanty jako další environmentální bariéra, navíc byla také negativně spojována se sportovní participací. Proto

se doporučuje, aby společenské rámce zdokonalily systém asistentů, kteří by se podíleli na organizování společenských aktivit, jako jsou chůze, fitness a rekreační cyklistika. Zavedené cyklistické kluby by zase mohly zvážit zařazení tandemového kola. Pouze několik vybraných týmových sportů je uzpůsobeno pro osoby se zrakovým postižením, tím pádem je vcelku obtížné nastavení závodů a soutěží pro tyto sporty. Například goalball je sport určen především pro osoby se zdravotním postižením. Cílem hry je vsítit míč do protější branky, zatímco protihráči se snaží zablokovat míč pomocí vlastního těla (International Paralympic Committee, 2013). V Nizozemí funguje pouze 13 goalballových týmů nacházejících se především v jižní části země (Goalball.nl, 2013), a tedy dostupnost těchto lokalit je složitá pro osoby se zrakovým postižením, které pocházejí z různých koutů státu.

Facilitátoři

Zatímco nedostatek asistentů a kamarádů byl vnímán jako environmentální bariéra, získávání sociálních kontaktů bylo zmíněno jako důležitý osobní facilitátor pro zahájení a udržení sportovní participace. Další významné facilitátory zastupovalo zdraví a zábava. Předchozí výzkum rovněž uvedl zdraví, zábavu a sociální kontakty jako sportovní facilitátory u osob se zrakovým postižením. Paralympijští sportovci zdůraznili zdraví a zábavu pro zahájení a udržení sportovní participace (Jaarsma et al., 2013), jako pomoc při prevenci sekundárních podmínek (kardiovaskulární onemocnění, obezita a Diabetes mellitus II. typu) a udržení fyzické kondice (Lee, Arthur, & Avis, 2008; Marcus et al., 2006; US Department of Health and Human Services, 2010). Dobré zdraví může také přispět k zachování nezávislosti (Barker et al., 2009; Kehn & Kroll, 2009). Kontrola hmotnosti byla jediným facilitátorem, který byl považován za více důležitý pro udržení participace než pro zahájení aktivního způsobu trávení volného času (Tabulka 4). Předchozí výzkum u sportujících žen s roztroušenou sklerózou také prokázal, že kontrola hmotnosti se stala důležitým motivem pro udržení pohybové aktivity (Dlugonski et al., 2012).

Podpora rodiny byla uvedena jako nejdůležitější environmentální facilitátor u osob se zrakovým postižením, aby se staly a zejména zůstaly sportovně motivovány. Zmíněné skutečnosti kooperují s předchozím výzkumem u paralympijských sportovců (Jaarsma et al., 2013; Martin, 2006).

Limity

Míra odpovědí v této studii činila 13 % včetně osob se zrakovým postižením, které byly registrovány ve více než jednom odborném centru. Proto by bylo rozumné se domýšlet, že skutečná míra odpovědí by byla vyšší,

pokud by informace o dvojí evidenci byly poskytnuty ze strany odborných center. Mnoho předchozích studií nevykazovalo žádné míry odpovědí z důvodu použití praktických ukázek (Desrosiers et al., 2009; Holbrook et al., 2009; Lamoureux et al., 2004; Rimmer, Riley, Wang, & Rauworth, 2005). Studie, které uvedly míru odpovědí, mají širokou škálu odezvy. Výzkum, ve kterém byly dotazníky součástí rozsáhlé studie, obvykle vykazují vysokou míru odezvy (mezi 66 a 83 %; Livingston, McCarty, & Taylor, 1997; West et al., 1997). Průřezový výzkum používající výhradně dotazník (Saebu & Sorensen, 2011) má pozoruhodně nižší odpověď na léčbu (27 %). Bohužel proto, jak uvádí studie, je nízká míra odpovědí v průřezovém výzkumu běžná.

Téměř dvě třetiny účastníků v této studii byly pohybově aktivní dle naší definice. Ačkoli neexistovaly žádné rozdíly mezi celkovou populací a participanty z hlediska průměrného věku a pohlaví, není možné dospět k závěru, zda tyto procentuální hodnoty sportovní participace jsou reprezentativní pro celkovou populaci. Mimo jiné předchází výzkum (U. S. Department of Health and Human Services, 2010) jiných skupin osob se zdravotním postižením ukázal na mnohem nižší procento sportovního zapojení osob s tělesným postižením (44 %). Vysoké procento v uvedené studii by mohlo být výsledkem zaujatosti výběru. V nadcházejících studiích bychom měli být opatrní při výběru definic pohybu nebo sportu pro získání vhodnějšího zastoupení obyvatel. Vysoké procento sportovní participace se může vyskytovat z důvodu použití metod klasifikace zrakového postižení (tj. zraková ostrost). Předchozí výzkumy ukázaly odlišnou míru zrakových poruch jako (binokulární) zorné pole, které by mohlo být vhodnějším prediktorem mobility místo zrakové ostrosti (Noe, Ferraro, Lamoureux, Rait, & Keeffe, 2003; Tabrett & Latham, 2011; Tabrett & Latham, 2012). Tudíž by to mohl být jeden z důvodů zastoupení aktivních účastníků v této studii. Výzkum uvádí, že ztráta binokulárního vidění je spojena s nízkou sportovní participací (van Landingham et al., 2012). Bohužel poruchy zorného pole nejsou zahrnuty do této studie, protože stupeň zrakové vady byl uváděn samostatně. Následující studie by tedy měly opatrně určit klasifikaci zrakového postižení a získat tak reprezentativní vzorek.

Je možné, že počet aktivních účastníků studie je nadhodnocený. I proto je pravděpodobné vyšší procento inaktivních účastníků, než bylo popisováno. Osoby se zrakovým postižením, které nechtěly být sportovně aktivní, by měly alespoň zkusit zlepšit svou fyzickou aktivitu. Budoucí výzkumy by také mohly zvážit zaměření na bariéry a facilitátory u všech druhů sportu z důvodu benefitů pohybové aktivity pro inaktivní osoby se zrakovým postižením.

ZÁVĚRY

Profesionální zdravotníci by se měli pokoušet snižovat bariéry stejně jako komplikace s dopravou, nedostatek informací a nedostatek asistentů ke sportovním aktivitám dříve, než začnou pohybové programy. Jak osobní, tak environmentální bariéry a facilitátory by měly být zváženy vzhledem ke sportovní participaci u osob se zrakovým postižením. Pozitivní postoj a podpora rodinných příslušníků a kamarádů jsou zásadní pro úspěšnou sportovní participaci. Důraz na sportovní programy by měl mít pozitivní vliv směrem k pohybové aktivitě stejně jako zábava, zdraví a sociální kontakty. To vše s cílem zvýšení sportovní participace u osob se zrakovým postižením.

Poděkování

Autoři by rádi poděkovali, jmenovitě Royal Visio (S. van der Steen), Bartiméus (M. Benning) a také Eye Association (R. van Vliet), za podporu a pomoc při distribuci dotazníků. Dále by autoři rádi vyjádřili díky pánům R. van der Vlietovi a T. van Weerdenburgovi za jejich rady a doporučení k dotazníku a za testování kompatibility elektronického dotazníku. Všichni autoři získali plný přístup k údajům a převzali odpovědnost za integritu a přesnost analýzy dat.

REFERENCE

- Alma, M. A., Van der Mei, S. F., Groothoff, J. W., & Suurmeijer, T. P. (2012). Determinants of social participation of visually impaired older adults. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, *21*(1), 87–97. PubMed doi:10.1007/s11136-011-9931-6.
- Anaby, D., Miller, W. C., Eng, J. J., Jarus, T., Noreau, L., & PACC Research Group. (2009). Can personal and environmental factors explain participation of older adults? *Disability and Rehabilitation*, *31*, 1275–1282. doi:10.1080/09638280802572940.
- Barker, R. N., Kendall, M. D., Amsters, D. I., Pershouse, K. J., Haines, T. P., & Kuipers, P. (2009). The relationship between quality of life and disability across the lifespan for people with spinal cord injury. *Spinal Cord*, *47*, 149–155. PubMed doi:10.1038/sc.2008.82.
- Bartimeus. (2012). http://www.bartimeus.nl/over_bartimeus_index.
- Bragaru, M., Dekker, R., Geertzen, J. H., & Dijkstra, P. U. (2011). Amputees and sports. *Sports Medicine*, *41*, 721–740. doi:10.2165/11590420-000000000-00000.
- Buckworth, J., & Dishman, R. C. (2007). Exercise adherence. In G. Tenenbaum, & R. C. Eklund (Eds.), *Handbook of sport psychology* (pp. 509–536). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Crews, J. E., & Campbell, V. A. (2001). Health conditions, activity limitations, and participation restrictions among older people with visual impairments. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, *95*, 453–467.
- Desrosiers, J., Wanet-Defalque, M. C., Temisjian, K., Greset, J., Dubois, M. F., Renaud, J., ... Overbury, O. (2009). Participation in daily activities and social roles of older adults with visual impairment. *Disability and Rehabilitation*, *31*, 1227–1234. PubMed doi:10.1080/09638280802532456.
- Dlugonski, D., Joyce, R. J., & Motl, R. W. (2012). Meanings, motivations, and strategies for engaging in physical activity among women with multiple sclerosis. *Disability and Rehabilitation*, *34*, 2148–2157. doi:10.3109/09638288.2012.677935.
- Eye Association. Retrieved from <http://www.oogvereniging.nl>.
- Gallagher, B. A., Hart, P. M., O'Brien, C., Stevenson, M. R., & Jackson, A. J. (2011). Mobility and access to transport issues as experienced by people with vision impairment living in urban and rural Ireland. *Disability and Rehabilitation*, *33*, 979–988. doi:10.3109/09638288.2010.516786.
- Goalball.nl. (2013). *Verenigingen* [Sports clubs]. Retrieved from www.goalball.nl/verenigingen.
- Godin, G., Shephard, R. J., & Colantonio, A. (1986). The cognitive profile of those who intend to exercise but do not. *Public Health Reports*, *101*, 521–526. PubMed.
- Holbrook, E. A., Caputo, J. L., Perry, T. L., Fuller, D. K., & Morgan, D. W. (2009). Physical activity, body composition, and perceived quality of life of adults with visual impairments. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, *103*, 17–29.
- Holbrook, E. A., Kang, M., & Morgan, D. W. (2013). Acquiring a stable estimate of physical activity in adults with visual impairment. *Adapted Physical Activity Quarterly*, *30*, 59–69. PubMed.
- International Paralympic Committee. (2013). *Goalball*. Retrieved from <http://www.paralympic.org/goalball>.
- Jaarsma, E. A., Geertzen, J. H., de Jong, R., Dijkstra, P. U., & Dekker, R. (2013). Barriers and facilitators of sports in Dutch Paralympic athletes: An explorative study. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*. Advance online publication. doi:10.1111/sms.12071.
- Kehn, M., & Kroll, T. (2009). Staying physically active after spinal cord injury: A qualitative exploration of barriers and facilitators to exercise participation. *BMC Public Health*, *9*, 168. PubMed doi:10.1186/1471-2458-9-168.
- Kemper, H. G. C., Ooijendijk, W. T. M., & Stiggebout, M. (2000). Consensus over de Nederlandse norm voor gezond bewegen [Consensus on Dutch norm for healthy exercise]. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, *78*, 180–183.
- Lamoureux, E. L., Hassell, J. B., & Keeffe, J. E. (2004). The determinants of participation in activities of daily living in people with impaired vision. *American Journal of Ophthalmology*, *137*(2), 265–270. doi:10.1016/j.ajo.2003.08.003. PubMed doi:10.1016/j.ajo.2003.08.003.
- Lee, L. L., Arthur, A., & Avis, M. (2008). Using self-efficacy theory to develop interventions that help older people overcome psychological barriers to physical activity: A discussion paper. *International Journal of Nursing Studies*, *45*, 1690–1699. PubMed doi:10.1016/j.ijnurstu.2008.02.012.

- Limburg, H. (2007). *Epidemiologie van visuele beperkingen en een demografische verkenning*. [Epidemiology of people with visual impairments and a demographic exploration]. Retrieved from http://www.vision2020.nl/contents/InZicht_rapport.pdf.
- Livingston, P. M., McCarty, C. A., & Taylor, H. R. (1997). Visual impairment and socioeconomic factors. *The British Journal of Ophthalmology*, *81*, 574–577. PubMed doi:10.1136/bjo.81.7.574.
- Marcus, B. H., Williams, D. M., Dubbert, P. M., Sallis, J. F., King, A. C., Yancey, A. K., ... Interdisciplinary Working Group on Quality of Care and Outcomes Research. (2006). Physical activity intervention studies: What we know and what we need to know: A scientific statement from the American Heart Association Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism (subcommittee on physical activity); council on cardiovascular disease in the young; and the interdisciplinary working group on quality of care and outcomes research. *Circulation*, *114*, 2739–2752. PubMed doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.106.179683.
- Martin, J. J. (2006). Psychosocial aspects of youth disability sport. *Adapted Physical Activity Quarterly*, *23*, 65–77.
- Noe, G., Ferraro, J., Lamoureux, E., Rait, J., & Keeffe, J. E. (2003). Associations between glaucomatous visual field loss and participation in activities of daily living. *Clinical & Experimental Ophthalmology*, *31*, 482–486. PubMed doi:10.1046/j.1442-9071.2003.00712.x.
- Ramulu, P. Y., Maul, E., Hochberg, C., Chan, E. S., Ferrucci, L., & Friedman, D. S. (2012). Real-world assessment of physical activity in glaucoma using an accelerometer. *Ophthalmology*, *119*, 1159–1166. doi:10.1016/j.ophtha.2012.01.013.
- Rimmer, J. H. (2006). Building inclusive physical activity communities for people with vision loss. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, *100*, 863–865.
- 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*, 2022–2028. PubMed doi:10.2105/AJPH.2004.051870.
- Rimmer, J. H., Riley, B., Wang, E., Rauworth, A., & Jurkowski, J. (2004). Physical activity participation among persons with disabilities: Barriers and facilitators. *American Journal of Preventive Medicine*, *26*, 419–425. PubMed doi:10.1016/j.amepre.2004.02.002.
- Rimmer, J. H., Rubin, S. S., & Braddock, D. (2000). Barriers to exercise in African American women with physical disabilities. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *81*, 182–188. PubMed doi:10.1016/S0003-9993(00)90138-2.
- Royal Dutch Visio. Retrieved from <http://www.visio.org/home/over-visio>.
- Saebu, M., & Sorensen, M. (2011). Factors associated with physical activity among young adults with a disability. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, *21*, 730–738. doi:10.1111/j.1600-0838.2010.01097.x.
- Scelza, W. M., Kalpakjian, C. Z., Zemper, E. D., & Tate, D. G. (2005). Perceived barriers to exercise in people with spinal cord injury. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, *84*, 576–583.
- Shihui, C., Jin, W., Mei, J., & Lau, K. O. (2007). Motivation of sport participation in elite athletes with physical disabilities in mainland China. *Asian Journal of Exercise & Sports Science*, *4*, 63–67.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). Multiple regression. In *Using multivariate statistics* (4th ed., pp. 117–194). Boston: Allyn and Bacon.
- Tabrett, D. R., & Latham, K. (2011). Factors influencing self-reported vision-related activity limitation in the visually impaired. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, *52*, 5293–5302. doi:10.1167/jovs.10-7055.
- Tabrett, D. R., & Latham, K. (2012). Important areas of the central binocular visual field for daylight functioning in the visually impaired. *Ophthalmic & Physiological Optics: The Journal of the College of Optometrists*, *32*, 156–163. doi:10.1111/j.1475-1313.2012.00892.x.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2000). *Healthy people 2010: Understanding and improving health*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office. Retrieved from <http://www.healthypeople.gov/2010/document/tableofcontents.htm?visit=1#Volume2>.
- van Landingham, S. W., Willis, J. R., Vitale, S., & Ramulu, P. Y. (2012). Visual field loss and accelerometer-measured physical activity in the United States. *Ophthalmology*, *119*, 2486–2492. doi:10.1016/j.ophtha.2012.06.034
- von Heijden, A., van den Dool, R., van Lindert, C., & Breedveld, K. (2013). Sports participation of people with a physical disability. In *(On)beperkt sportief 2013: monitor sport- en beweegdeelname van mensen met een handicap [(Un)limited exercise 2013: Monitoring sports and physical participation of people with a disability]* (pp. 101–105). Utrecht/Nieuwegein, The Netherlands: Mulier Instituut/Arko Sports Media.
- West, S. K., Munoz, B., Rubin, G. S., Schein, O. D., Bandeen-Roche, K., Zeger, S., ... Fried, L.P. (1997). Function and visual impairment in a population-based study of older adults. the SEE project. Salisbury Eye Evaluation. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, *38*, 72–82. PubMed.
- West, S. K., Rubin, G. S., Broman, A. T., Munoz, B., Bandeen-Roche, K., & Turano, K. (2002). How does visual impairment affect performance on tasks of everyday life? the SEE project. *Archives of Ophthalmology*, *120*, 774–780. PubMed doi:10.1001/archophth.120.6.774.
- World Health Organization. (2010). International Classification of Diseases, 10th revision (ICD-10). Retrieved from <http://www.who.int/classifications/icd/en/>.
- World Health Organization. (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Retrieved from <http://www.who.int/classifications/icf/en/>.
- Wu, S. K., & Williams, T. (2001). Factors influencing sport participation among athletes with spinal cord injury. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, *33*, 177–182. PubMed doi:10.1097/00005768-200102000-00001.

Integrace žákyně s epidermolysis bullosa dystrophica do tělesné výchovy na prvním stupni základní školy

Integration of the pupil with epidermolysis bullosa dystrophica in physical education at the first grade of primary school

Roman Kepič¹, Jitka Vařeková², Klára Daňová²
¹ZŠ Chabařovice, ²Katedra ZTV a TVL, FTVS UK, Praha

ABSTRAKT

Východiska a cíle: V českém školství je patrný trend podpory integrace žáků s tělesným postižením. Začlenění žáka se závažným onemocněním do vyučování s sebou nese celou řadu úskalí. Ta jsou nejvýraznější při výuce tělesné výchovy (TV), kde jsou důsledky tělesného postižení největším handicapem. Cílem práce je poukázat na možnosti integrace žáka se závažným progresivním onemocněním do TV na 1. stupni základní školy (dále jen ZŠ). Metodika: Výzkumné šetření proběhlo zpracováním případové studie žákyně s onemocněním epidermolysis bullosa dystrophica (EBD) integrované do běžné základní školy. Dílčí výzkumná šetření probíhala jak se žákyní, tak s učiteli, spolužáky, asistentkou pedagoga a rodinou dívky. Jako metody sběru dat byly využity dotazníky, rozhovory a analýza odborné dokumentace.

Výsledky: Z výsledků vyplývá, že integrovat žáka s EBD do výuky TV lze pouze částečně. Nejvhodnějším obdobím se jeví doba od 1. do 3. ročníku základní školy. Širší šetření ukázalo, že žákyně se ve třídě cítí dobře, do třídního kolektivu zapadá a je vnímána pozitivně jak spolužáky, tak učiteli. Významná je v tomto směru práce třídní učitelky a asistenta pedagoga. Výsledkem našeho šetření je upravený tematický plán TV, sestavený na základě výstupů školního vzdělávacího programu (dále jen ŠVP) a rámcového vzdělávacího programu (dále jen RVP), v němž je uvedeno, jak se postižená žákyně může zapojit. Byl vytvořen sborník několika pohybových her do hodin TV a obecná karta žáka s EBD.

Závěry: Při motivaci a spolupráci všech zúčastněných subjektů (žák, rodiče, učitel, asistent pedagoga, další učitelé) a podpoře odborných organizací (např. Česká asociace aplikovaných pohybových aktivit, Debra) lze úspěšně integrovat do tělesné výchovy i žáka s tak závažným onemocněním, jakým je EBD. S postupující progresí onemocnění se však zvyšují limity integrace.

Klíčová slova: epidermolysis bullosa, nemoc motýlích křídel, integrace, aplikované pohybové aktivity, aplikovaná tělesná výchova, základní škola.

ABSTRACT

Background and objectives: In Czech education system, there is clear trend to support integration of pupils with physical disability. However, inclusion of a pupil with severe impairment brings many difficulties. Those are most prominent in physical education where consequence of physical impairment leads to biggest handicap. The aim of this work is to point out at possibilities of integration of pupil with severe progressive disease into physical education ("the PE") at first grade of primary school.

Methods: We have used a case study, questionnaire and interview methods because of unique occurrence of this disease in primary school. The case study is focused on pupil with epidermolysis bullosa dystrophica ("the EBD") disease. Part of the research is focused on classmates, teachers, teacher's assistant and girl's family.

Results: Results have shown a partial possibility to integrate pupil with EBD disease into PE. The most suitable period of time was from 1st to 3rd school year. The research has shown girl's fitting in class and also her good feelings there. In generally we can say, that pupil is well perceived by classmates and teachers. The most important is teacher's and assistant's activity. The practical outcome of our work is adapted thematic plan of PE, which was compiled on the base of School education plan (corresponding with Framework Education Programme for Elementary Education), where we have added ways of participating disabled pupil in activities. We have also created the PE movement games collection and general EBD pupil's card.

Conclusions: With the motivation and cooperation of all participating subjects (a pupil, parents, teacher, teacher's assistant, other teachers) and support of special organizations (e.g. Czech Association of Adapted Physical Education,

Debra) it is possible to integrate even a pupil with severe disease as EBD into PE classes. As the disease progresses the limits of integration increase.

Keywords: *epidermolysis bullosa, butterfly children, integration, adapted physical activities, adapted physical education, primary school.*

ÚVOD

Současná situace školního vzdělávání klade vysoké nároky na odbornost pedagogických pracovníků. Vzhledem k nynějšímu trendu integrace a inkluze se učitelé setkávají se širokým spektrem žáků se speciálními vzdělávacími potřebami z důvodu různých typů postižení (pohybových, smyslových), specifických poruch učení, poruch pozornosti aj. Tuto skutečnost dokazují i zvyšující se počty individuálně integrovaných žáků v běžných třídách (Kudláček & Ješina, 2013). Jak uvádějí Hájková & Strnadová (2011), začlenění těchto dětí do dětského kolektivu na běžné základní škole je možné a vhodné, vyžaduje nicméně individuální přístup, respektování potřeb žáka a splnění určitých podmínek, a to jak ze strany rodiny, zaměstnanců školy, tak i dětí-spolužáků. Pro častější typy postižení existují určité standardy práce a doporučení, jak k žákům přistupovat. V případech onemocnění vzácných je učitel doslova „hozen do vody“, protože ani odborná literatura k tématu není dostačující.

Jedním z takových onemocnění je *epidermolysis bullosa* (EB). Jedná se o systémové geneticky podmíněné onemocnění, při kterém v důsledku patologických změn v soudržnosti jednotlivých vrstev kůže dochází ke zvýšení její citlivosti, křehkosti a zranitelnosti. Abnormální citlivost kůže je přirovnávána k citlivosti motýlích křídel, z čehož vyplynul český ekvivalent „nemoc motýlích křídel“ (Debra CZ, 2014).

Většina autorů se shoduje na definici 3–4 základních typů onemocnění, které se odlišují jak po stránce genetické, tak i v klinické symptomatologii (Debra CZ, 2014; Fine, Eady, Bauer, et al., 2008; Boeira et al., 2013). Jsou to:

- EB simplex (epidermolysis bullosa simplex – EBS),
- EB junkční (epidermolysis bullosa junctionalis – EBJ),
- EB dystrofická (epidermolysis bullosa dystrophica – EBD),
- Syndrom Kindlerové.

V současné době je v České republice 250–300 pacientů s nemocí motýlích křídel, z toho přibližně 30 % trpí právě onemocněním EBD. Onemocnění se může projevit v různém věku a trpí jím jak muži, tak ženy (Rudolph, 2003).

Míra postižení a rychlost progresu je u jednotlivých forem EB různá. Některé silně progresivní formy EB

vedou k úmrtí již v kojeneckém věku, jiné k těžkým zdravotním postižením, u některých je však postižení méně závažné.

Základní charakteristikou onemocnění je tvorba puchýřů v různých vrstvách kůže. Puchýře vznikají po lehkém tlaku na kůži nebo i spontánně. Při závažnějších formách nemohou jedinci udržet v ruce ani předměty a chůze je pro ně extrémně bolestivá. Při nejzávažnějších formách je celé tělo zasaženo puchýři, jejichž hojení je velmi zdlouhavé. Chronický zánět kůže může vést až k deformacím (jizvení a srůsty tkání). Progresivní zjizvení po puchýřích na prstech rukou i nohou se nazývá rukavicová deformace, a vede vždy k výraznému funkčnímu postižení. Komplexní náprava této deformace, spočívající v kombinaci chirurgické i ošetrovatelské péče se nazývá degloving (od „glove“ – angl. rukavice). Jejím cílem je separovat srůstající prsty a zachovat (obnovit) maximální možnou pohyblivost ruky a správné postavení palce vůči dlani. To je důležité pro soběstačnost při ADL (Activities of Daily Living) a pro kvalitu života, které jsou u jedinců s EBD snižované a s funkcí ruky významně korelují (Eismann, Lucky, & Cornwall, 2014).

Ranky se však nemusí tvořit pouze na kůži. V různém rozsahu jsou postiženy rovněž nehty, zuby a vlasy, nejzávažnější komplikace však způsobuje postižení sliznic. Puchýře v jícnu například způsobují dysfagii, což přispívá k nutričnímu deficitu. Mezi jícnové komplikace patří také krvácení, aspirační pneumonie nebo karcinom v dospělosti. Často je potřeba přísné dodržování atraumatické diety (Rudolph, 2003; Bučková & Buček, 2010). Pacienti často trpí chronickou zácpou, která způsobuje bolestivé zpuchřování v okolí rektálního svěrače. Objevit se mohou i eroze spojivek a rohovky, které mohou vést ke srůstu víčka s očním bulbem, tvorbě symblefaronu, ulceraci a perforaci rohovky. Recidivující zpuchřování močové trubice u dystrofické EB přispívá k retenci moči a poškození ledvin (Rudolph, 2003; Boeira et al. 2013).

Jedinci s EB musí čelit také velké zátěži po psychické stránce, pokud vezmeme v potaz život s chronickou bolestí, nezbytnost každodenní náročné ošetrovatelské péče, časté hospitalizace, viditelné deformující známky onemocnění a vyloučení z řady běžných aktivit. Onemocnění má velký vliv na rodinu postiženého – často vede ke změně ve vztahu rodičů až k rozpadu rodiny (Fine, Johnson, Weiner, & Suchindran, 2005).

Z důvodu četných systémových komplikací je nezbytný mezioborový přístup zahrnující pediatri,

dermatology, nutriční specialisty, oční lékaře, zubní lékaře, urology, otorinolaryngology, gastroenterology, dětské sestry, chirurgické sestry, sociální pracovníky, fyzioterapeuty, ergoterapeuty a další odborníky (Ahmad & Bruckner, 2014). Při komplexní odborné péči, dodržování doporučení lékařů a příznivém vývoji mohou jedinci s EB žít kvalitní život, založit si vlastní rodinu a dožít se 50–70 let (Bučková & Dlapková, 2011). Jedinci se závažnější formou EB se dožívají věku mezi 30–40 roky (University of Dundee, 2005; Rudolph, 2003). U osob s EB není zasažen intelekt a děti tedy mají předpoklady pro vzdělávání podle osnov ZŠ. Vzhledem k četným a závažným klinickým projevům však musí toto vzdělávání vždy probíhat za speciálních podmínek (individuální vzdělávací plán, asistent pedagoga). Možnou volbou je také domácí vzdělávání, které ale prohlubuje sociální izolaci rodiny. Cílem této práce je ověřit možnosti integrace žáka s onemocněním epidermolysis bullosa dystrophica do TV na 1. stupni ZŠ.

METODIKA

Výzkumné šetření proběhlo zpracováním případové studie žákyně s EBD integrované do běžné základní školy. Kasuistika zahrnuje longitudinální sledování dívky (v textu dále uváděna jako Jana) od začátku školní docházky (v osmi letech) až do páté třídy (věk 12 let). V 5. třídě bylo realizováno výzkumné šetření, jehož cílem bylo zhodnotit dosavadní proces integrace z pohledu různých účastníků (žákyně samotné, spolužáků ze třídy, participujících učitelů a matky, která působila rovněž v roli asistenta pedagoga).

V rámci zjišťování handicapu žáka jsme využili i dotazníku WHODAS 2.0 (WHO Disability Assessment Schedule 2.0), verzi s 36 otázkami, která pokrývá 6 oblastí: poznávání, schopnost pohybu, sebeobsluhu, komunikaci a kontakt s ostatními, běžné aktivity včetně školy a začlenění. Bylo prokázáno, že tento dotazník je dostatečně reliabilní a validní pro měření následků změněného zdravotního stavu (Üstün, Chatterji, Kostanjsek, Rehm, Kennedy, Epping-Jordan, Saxena, Von Korff, & Pull, 2010).

Dílčí výzkumná šetření probíhala jak s žákyní, tak s učiteli, spolužáky, asistentkou pedagoga a rodinou dívky. Jako metody sběru dat byly využity dotazníky (pro učitele, pro Janu a pro spolužáky), rozhovory (rozhovor s třídní učitelkou, s matkou – jako rodičem i jako asistentkou pedagoga) a analýza odborné dokumentace. Anketu vlastní konstrukce jsme sestavili ve třech podobách. Jeden typ byl určen pouze pro sledovanou žákyni, další vyplňovali její spolužáci a poslední typ ankety byl vytvořen pro učitele, kteří žákyni v průběhu posledních pěti let vyučovali (bez rozdílu aprobeace a odbornosti).

S ohledem na cíl práce jsme použili přímé participativní pozorování, přičemž jsme u probandky sledovali tyto situace: a) metody podpory při výuce, b) okamžiky nutné pomoci, c) okamžiky nutného vyčlenění z kolektivu, a d) specifické reakce.

Třidu, do níž byla dívka integrována, tvořilo 15 žáků (8 dívek, 7 chlapců). Kromě sledované dívky třídu navštěvovalo několik žáků s diagnostikovanou specifickou poruchou učení (dysgrafie, dyslexie, dysortografie, dyspraxie či poruchou pozornosti).

Anketního šetření zaměřeného na pedagogu se zúčastnilo celkem 6 osob. Jednalo se o třídní učitelku, dvě učitelky anglického jazyka, učitelku pracovních činností, učitele TV a studentku učitelství 1. stupně ZŠ, která si v době výzkumu ve škole plnila pedagogickou praxi.

VÝSLEDKY

Osobní anamnéza

Postižení bylo u dívky zjevné hned po porodu (mnohočetná ložiska plošných puchýřů) a následně byla stanovena diagnóza EBD (AR forma). Každý den musí dívka podstupovat speciální léčebný a ošetrovatelský režim. Jeho významnou součástí je péče o kožní defekty, zajišťování speciální výživy, rehabilitace (prevence kontraktur), pomoc při sebeobsluze (hygienu, oblékání, přesun v prostoru...) aj. Největší podíl péče spočívá na rodině (matka, v současnosti působí i jako asistent pedagoga), nicméně nezbytné jsou i pravidelné lékařské kontroly (EB centrum v Brně a FN Motol v Praze). V průběhu života Jana prodělala několik operací (2005, 2008, 2009, 2013, 2014 – separace prstů na rukách, 2008 – uvolnění flekčních kontraktur, 2008 – dilatace stenózy jicnu). Onemocnění je progresivní. Postupně dochází k omezování funkčních schopností v oblasti jemné i hrubé motoriky. Jana je nadaná žákyně a po intelektové stránce nejsou její schopnosti omezené. Přes svůj handicap je Jana společenská a otevřená dívka, která je ráda ve společnosti ostatních dětí.

Sociální anamnéza

Jana žije spolu s oběma rodiči v rodinném domě v malém městě s 2,5 tis. obyvatel. Sourozence nemá. Jana se nejvíce přátelí se svými spolužáky ze třídy, kteří ji také chodí navštěvovat domů. Pro rodinu je onemocnění dcery finanční zátěží (např. 10 000 Kč měsíčně je třeba na obvazové materiály a krytí). Rodina čerpá příspěvek na péči, příspěvek na provoz motorového vozidla a přídavek na dítě.

Vzdělávací anamnéza

Optimální postup vzdělávání Jany byl konzultován se spádovou pedagogicko-psychologickou poradnou (PPP).

Mateřskou školu Jana navštěvovala pouze jeden den v týdnu v posledním roce před začátkem školní docházky. Ve věku 8 let začala Jana navštěvovat 1. ročník ZŠ.

Pohyb po škole: Architektonicky škola v místě bydliště sice není bezbariérová (jedná se o prvorepublikovou budovu bez výtahu), ale prostorné učebny i chodby umožňují Janě relativně bezpečný pohyb. V 1.–3. třídě byla její třída umístěna v přízemí, ve 4. a 5. třídě pak již ve 2. patře. Chůze do schodů je sice pro Janu obtížná a bolestivá, ale zvládnutelná.

Pedagogická asistence: V první třídě asistence u Jany fungovala bez problémů. Ve druhé třídě byla asistentka jiná a spolupráce byla obtížnější. Od 3. třídy již roli asistentky pedagoga plní pouze matka Jany.

Sebeobsluha: Pro Janu je ve škole asistence nepostradatelná. Jana potřebuje dopomoc při většině běžných denních činností – při pohybu po budově, při používání toalety, oblékání, stravování.

Studijní výsledky: Po studijní stránce Jana zvládá školu výborně a prospívá s vyznamenáním. Ve třídě patří prospěchem k nejlepším žákům. Z důvodu postižení nemůže mluvit (číst) silným hlasem (další omezení jsou popsány v kartě žáka s EB a dále v textu).

Jemná motorika: V oblasti jemné motoriky se projevuje Janino postižení jednak z důvodu starších jizev (srůsty a kontraktury omezující hybnost) a jednak z důvodu bolestivosti a rizika poškození a otlaků při použití různých pomůcek. Už na začátku školní docházky byl problém s úchopem psacích potřeb, a ten se dále zhoršuje. S řadou činností jí pomáhá asistentka pedagoga, která také pomůcky připravuje. V hodinách matematiky je například nutné asistovat Janě při rýsování, kde je užíváno pravítko či kružítko. Asistentka pedagoga přidržuje pravítko a žákyně rýsuje. Bez problémů pracuje s klávesnicí počítače.

Výuka tělesné výchovy: Integrace do TV probíhala zejména od 1. do 3. třídy. Od 4. třídy již nebyl Janin zdravotní stav takový, aby mohla cvičit společně s ostatními žáky pravidelně. V dalších ročnících se již nepředpokládá, že by se mohla účastnit běžných hodin TV a cílem bude dále zřejmě cvičení pouze doma nebo v hodinách zdravotní tělesné výchovy (protahování a relaxace postižených tkání).

1. třída (2010/2011): Již od 1. třídy měla Jana asistentku pedagoga, ale její zdravotní stav ještě umožňoval provádět velkou část běžných školních činností. Z hodin TV byla oficiálně uvolněna, avšak učitelé (i na doporučení ředitele školy) hledali cesty, jak s ní pracovat, aby nebyla vyčleněna ze třídy. Jana byla přítomna vždy na začátku hodiny TV, vyslechla cíl hodiny, absolvovala nástup a sledovala část rozcvičky a zapojila se, když mohla. Poté mohla odejít s asistentkou pedagoga cvičit své rehabilitační cviky – pomalé

protahování, mačkání míčku) a vrátila se v posledních 10 minutách na nástup, zhodnocení a závěr. Jana se někdy účastnila dokonce i vybitené či pochodových cvičení a při cvičení v hodině se snažila, ale často následně trpěla bolestmi. Z obavy před způsobením následných bolestí bylo nakonec preferováno Janino samostatné cvičení s asistentem pedagoga (měkké míče, overbally).

2. třída (2011/2012): Ve druhé třídě došlo (z personálních důvodů) ke změně asistenta pedagoga. Nová asistentka pedagoga Janu vyčleňovala a necvičila s ní („přihlížely hodině jako divačky“). Právě z tohoto důvodu začala třídní učitelka opět více zapojovat Janu do výuky. Třídní učitelka tedy musela v hodinách TV pracovat s celou třídou a Janu začleňovat do vybraných her a cvičení. Když Jana cvičila (protahování, hry), tak se o ni třídní učitelka bála – Janina kůže byla (a je) velmi křehká, a tak třídní učitelka kontrolovala takřka po každém cviku. Bylo to pro ni psychicky velice náročné.

3. třída (2012/2013): Žákyně až do 3. třídy mohla hrát víceméně všechny bezkontaktní hry (se sníženou intenzitou). Mohla také skákat panáka, házet na koš (samostatně nebo ve formě „vyřazovák“). V tomto ročníku absolvovala třídní výlet na Říp (učitelé s sebou vezli „kočárek/kárku“ a v případě bolestí jí vozili, event. nosili na zádech). V této době se začaly více projevovat příznaky nemoci, např. v letním období jí více vysychala kůže, oděrky se začaly hojit hůře a možnosti začlenění byly omezenější. Učitelka ve výuce proto postupně více využívala bezpečnější hry pro nižší ročníky (chodící, pomalejší).

4. třída (2013/2014): V TV Jana již rozeznávala své limity a sama si řekla, kdy chtěla hrát určitou hru. Hry byly modifikovány především do chůze. Spolužáci sami vycítili, kdy by mohli pozvat Janu k nějaké hře (např. Na vrabčáky, Na pravítka, Cesta deštným pralesem, Letadlo v mlze). Příklady her i s modifikacemi jsou popsány v Tabulce 1. V tomto roce došlo ke změně učitele tělesné výchovy. Učitel nebyl ze svých studií plně připraven na to, jak pracovat s takto postiženou žákyní. Trvalo skoro celé pololetí, než dokázal „přijít na způsob“, jak se žákyně pracovat. V tomto směru mu velmi pomohla její třídní učitelka i asistentka pedagoga.

5. třída (2014/2015): Aktivně (pohybově) se Jana do hodin TV již nezapojovala. Pokud chtěla, sama si řekla a učitel TV zvážil možnosti zapojení (pouze „chodící“¹ hry). Obtížná a nebezpečná byla i dlouhá chůze. Více chyběla, byla často u lékaře. I přesto vztahy se spolužáky zůstaly dobré. Pracovala také s různými formami alternativních úkolů (role rozhodčí, teorie hry, vyhledání informací o sportu aj.)

¹ „Chodící“ hry – hry jsou pomalejší, bezkontaktní. Jsou upravené tak, aby byla zajištěna minimální možnosti fyzického střetu (i náhodného) s jiným žákem.

Tabulka 1 Seznam modifikovaných her pro žáka s EBD

Název hry	Popis hry	Poznámky	Doporučený ročník
Relaxační cvičení	V rámci hodiny TV provádí doporučené cviky od lékaře (relaxační, dechová apod.)		1.-5. třída
Na autíčka a autobusy	Žáci rozdělení do 4 skupin podle barevného volantu (frisbee, ringo, míč). Na písknutí vyjedou družstva, první drží volant, další žáci jsou za ním a drží se za pas (autobus). Žák s EB je v autobuse poslední a řídí autobus – určuje pomocí povelů: Stůj – zastaví; Volno – jedou; Vyhýbají se překážkám a ostatním vozidlům.		1.-2. třída
Na molekuly	Žáci se seskupí podle toho, jaké číslo řekne učitel. Žákyně přejímá tuto roli – ukazuje na prstech, píše číslo na tabuli (učitelka zapískala a žákyně napsala číslo) po kolika se mají žáci seskupit.	Jana mohla ukazovat na prstech pouze do 2. třídy.	Kdykoliv
Na včelky a medvěda	Obdoba hry „Na autíčka a autobusy“. Na zemi leží obruče a v každé obruči je jedna královna, která má za sebou včelí roj (drží se za pas). Na povel vyletí včeličky s královnou a mávají pažemi a bzučí. Úkolem je posbírat na zemi různě vysypané květiny své barvy (barevná plastová kolečka či jiná tomu podobná pomůcka). Zabuří-li medvěd, včelky se musí co nejdříve vrátit domů.	Jana je královna. Když zabručel medvěd, letěla si vlastním tempem, kam chtěla a tam měla „domeček“ – ostatní žáci se s ní nemohli potkat, protože museli letět zpět do úlů.	1.-2. třída
Soutěž družstev – štafeta	Jana nesla na lžici ping-pongový míček (ostatní nosily golfové). Neběhala, ale chodila v družstvu, které mělo o 1 člena méně – nikdo nešel 2× – časová ztráta se vyrovnala. Soutěžilo se i s pěnovými míčky, míčky s masážními výstupky (ježci). Kutálet míček po lavičce zvládne.	Dá se aplikovat jako soutěže s využitím netradičních her – žáci se nemusí vůbec potkat.	1.-3. třída
„Vyřazovák“	Hody s malým měkkým míčkem (případně s „haky-sákem“) na jakýkoliv cíl – plechovky, obruče, kužele, koše apod.		3.-5. třída
Opičí dráhy	Jana na žáky „střílela míčky ze zálohy“. Ti museli reagovat na míček tak, aby je netrefil.		3.-5. třída
Na vrabčáky	Chůze po určité dráze s míčkem na rameni tak, aby žákům nespádl na zem.		2.-5. třída
Na pravítka	Chůze po určité dráze s míčkem na hlavě.		2.-5. třída
Nástup na začátku hodiny	Nástup absolvovat vždy se všemi žáky.		Kdykoliv
Rychlochůze – běh mezi metami	Závody v rychlochůzi mezi vytyčenými metami.		3.-5. třída
Skákání panáka	Klasické skákání panáka.	Jana v 1., 2. a 3. ročníku skákat mohla. Ve 4. a 5. už kvůli zhoršenému zdravotnímu stavu ne.	
Letadlo v mlze	Žáci dostanou pásky přes oči a vytvoří letadlo – spojí se rukama. Jeden žák je určený jako navigátor, stoupne si do libovolného prostoru a vydává signál – pípnutí. Naviguje tím k sobě letadlo, které se ztratilo v mlze.	Jana je vždy navigátor. Učitel hlídá její bezpečí v případě rychlého přiletu letadla.	3.-5. třída
Cesta deštným pralesem	Žáci vytvoří dvojice. Jeden z dvojice má zavázané oči. Žák, který nemá zavázané oči, provází druhého žáka deštným pralesem. Prales je tělocvična, event. chodba ve škole a žáci musí projít skrze různé překážky – lavičky, švihadla, kužely, schody apod.). Průvodce určuje pomocí pokynů směr chůze a „diriguje“ druhého žáka.	Jana je vždy průvodce	3.-5. třída

Chůze dvojic	Žáci vytvoří dvojice a stoupnu si k sobě bokem a švihadlem (či páskou) si sváží blíží nohy. Poté hrají na chodící babu a její modifikace.	Hlídat bezpečnost – aby žáci dodrželi neběhat. Jana mohla tuto hru hrát, ale švihadlo muselo být uvázané velmi volně – současně byla ve dvojici vždy se stejnou žákyní.	2.-4. třída
Na Mrazíka	Klasická honička. Mrazík – honič, dotykem zmrazí ostatní žáky. Ti se musí vysvobodit (např. podlézáním, oběhnutím). Jana byla sluničko – stála vedle učitele na lavičce a házela po zmražených spolužácích míčky – koho trefila, byl rozmražen a mohl hrát dál.		1.-3. třída

Výsledek dotazníku WHODAS

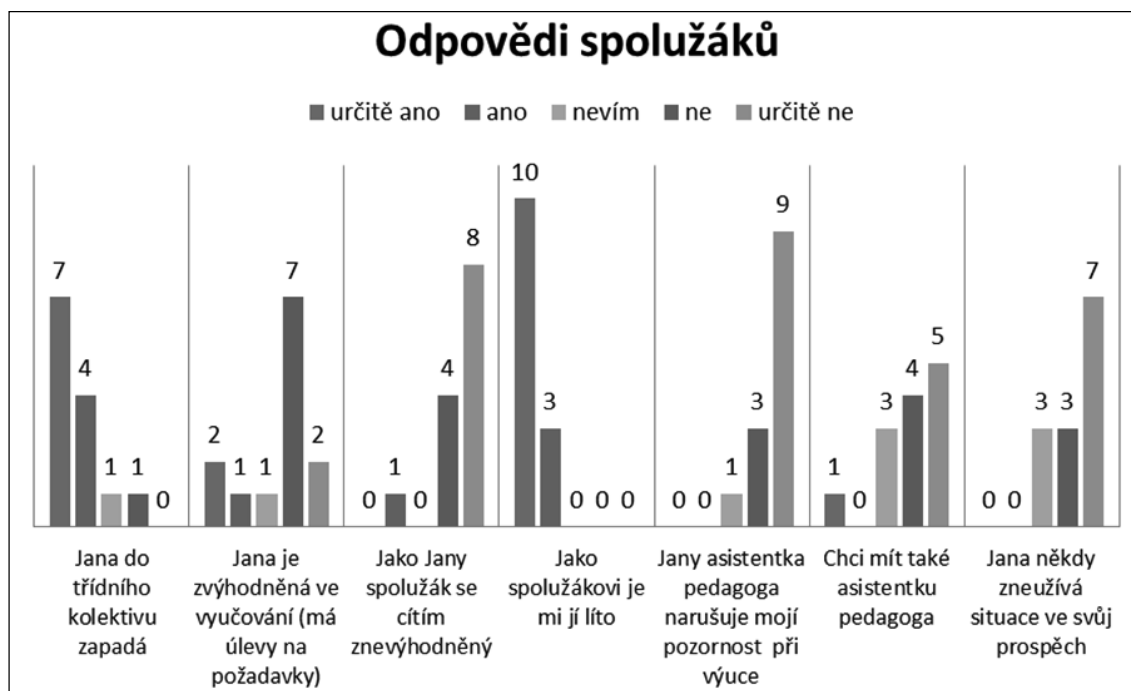
Pomocí zkrácené verze dotazníku bylo vyhodnoceno, že Jana je z 67,01 % závislá na pomoci ostatních.

Výsledky anketních šetření

Z výsledků dotazování Jany můžeme konstatovat, že se v třídním kolektivu cítí dobře a do tohoto kolektivu zapadá. Sama od spolužáků přehnanou lítost necítí, a ani ze strany učitelů nevnímá nějaké zvláštní zvýhodnění ve výuce. Domnívá se, že nezneužívá při

vyučování situace ve svůj prospěch a asistentka pedagoga neruší ostatní spolužáky při výuce.

Z ankety mezi spolužáky vyplynulo, že atmosféra ve třídě je dobrá. Obrázek 1 ukazuje četnost odpovědí spolužáků na vybrané otázky. Spolužákům je Jana líto, současně však říkají, že ji učitelé nezvýhodňují ve vyučování, a že celkově zapadá do třídního kolektivu. Žáci neuváděli, že by je při vyučování rušila práce asistentky pedagoga s Janou.



Obrázek 1 Četnost jednotlivých odpovědí v anketě pro spolužáky [n = 13]

Z dotazování učitelů je rovněž patrné, že Jana do třídního kolektivu zapadá. Zajímavá situace nastala při otázce zvýhodnění Jany při vyučování. Ta se však dá pochopit, protože dotazování učitelé neučili Janu na všechny předměty. Například v pracovních činnostech při motorických úkolech, při činnostním učení je zvýhodnění (resp. zohlednění) nezbytné, naopak

při výpočtech v matematice či při informatice, kde píše na klávesnici, to není nutné. Proto jsme vytvořili kartu žáka s EB, kde jsou uvedeny činnosti, které může žákyně v jednotlivých předmětech provádět (Tabulka 2). V tabulce uvádíme možnosti práce ve vyučovací jednotce příslušného předmětu. Tyto činnosti byly primárně prováděny ve 3.-4. ročníku.

Tabulka 2 Příklad karty žáka s modifikací pro dívku s EBD pro 1. stupeň ZŠ

Předmět	Možnosti práce v 1 hodině
Tělesná výchova	<ul style="list-style-type: none"> • společný nástup se žáky v tělocvičně • rozcvička s protahovacími cviky, ne posilovací (nutná kontrola a usměrňování, aby nedělala pohyby v tempu a v rozsahu jako ostatní) • stopuje čas, měří, startuje • zaznamenává výkony spolužáků • koučuje – např. rozděljuje pokyny při hrách; řídí hráče při střídání
Pracovní činnosti	<ul style="list-style-type: none"> • samostatné stříhání, lepení, modelování již zvládá obtížně – asistent připraví potřebný pracovní materiál i pomůcky, přidrží, podpírá, popř. vystřihne • montáž a demontáž modelů – samostatně zvládá se speciální pěnovou stavebnicí • navlékání větších korálek • trhání barevného papíru • práce na pozemku školy (záhon) – dozoruje, zapisuje • práce s měkčím materiálem
Výtvarná výchova	<ul style="list-style-type: none"> • s pomocí asistenta žákyně zvládá většinu činností – asistent připravuje vodové a temperové barvy, čtvrtky a další výtvarný materiál • provázková technika s asistencí • frotáž provede asistent, žákyně zkusí frotáž s křídami, jsou měkčí • kresbu a malbu křídami i na zem žákyně zvládá
Přírodověda, vlastivěda	<ul style="list-style-type: none"> • kopírování zápisů z hodiny (asistent vlepí do sešitu) • k zápisu lze využít tablet či počítač • pokusy neprovádí, pouze přihlíží
Český jazyk (čtení, psaní)	<ul style="list-style-type: none"> • zkrácené diktáty, zápisky • respektovat tišší vyjadřování • nehodnotit kvalitu písma • uvolňovací cviky (před psaním – lze používat ve více předmětech)
Matematika	<ul style="list-style-type: none"> • geometrie (rýsování) – pouze s asistentem • při výpočtech a zápisech výsledků – samostatně bez problému

Součástí výzkumného šetření byl **rozhovor s matkou/asistentkou pedagoga**, z něhož vybíráme nejdůležitější informace.

„Mezi dětmi se Jana cítila dobře, paní učitelka jí pomohla zařadit se do kolektivu,“ uvádí matka. Janino písmo podle svědectví matky patřilo v první třídě: „k nejlépeším ve třídě, dnes už ho ale trochu odbývá“. V případě bolesti pravé ruky psala levou rukou. Co se týče hygieny, Jana navštěvuje toaletu pro zaměstnance, která je samostatná a je zde prostor pro kontrolu, zda se neposunulo obvazové krytí. Matka se vyjádřila také k oblečení. Janino onemocnění vyžaduje oblečení bez švů, nejlépe krátké rukávy, bundu bez zipů (dopínání ke krku jí může způsobit zranění). Žáci, kteří se připravují na hodinu tělesné výchovy, se převlékají v oddělených šatnách (chlapci, dívky). Jana se samozřejmě převlékat nemůže, nicméně do šaten chodí pravidelně s děvčaty. Se zvyšujícím se věkem by se Jana také chtěla strojit jako její vrstevnice do hezkého oblečení, to však není vždy možné. V tomto ohledu je podle slov matky nutné s Janou mluvit „na rovinu a otevřeně“. Stejně tak to platí pro obuv, která musí být pohodlná, tyto požadavky podle matky splňují značkové sportovní boty. Jana by ráda nosila „baleríny“, ty jí však způsobovaly puchýře. Jana také nosí speciálně upravené oblečení na břicho, ruce a nohy má vyvázané.

Z rozhovoru je patrné, že starost o dítě s EBD je psychicky náročná. O to více je pro rodinu náročné, pokud matka pracuje s dítětem každý den i ve školním prostředí.

Konkrétní postupy pro integraci do TV byly prováděny průběžně, v případě nutnosti byly konzultovány s matkou Jany i s třídní učitelkou. V rámci jednotlivých témat školního vzdělávacího programu jsme připravili tematický plán tělesné výchovy od 1. do 5. ročníku. Plán byl upraven tak, že obsahoval výstupy ŠVP (korespondující s RVP), u nichž jsme určili, jak lze postiženou žákyni zapojit. Pokud nebylo možné, aby Jana cvičila, přejímala například v rámci TV roli učitele při jednotlivých hrách a cvičeních. Dále jsme využívali dotykové zařízení k vyhledávání informací v rámci jednotlivých témat. V atletice se Jana např. učila startovní povely, startovala žákům výběhy z bloků; a zapisovala výsledky. Při skocích měřila vzdálenosti žákům. S pomocí dotykového zařízení vyhledávala informace o nejrychlejších běžcích a jejich časech při sprintech (světový rekord apod.). Ukázkou ŠVP (zkrácený a upravený plán) uvádíme v Tabulce 3.

Jana se ráda a bez větších obtíží účastnila tanečních aktivit. Na Obrázku 2 je fotografie ze školního plesu, kde se Jana účastnila předtančení.

Tabulka 3 Část upraveného tematického plánu tělesné výchovy pro 3. ročník

Téma hodiny ²	Školní výstup – cíl hodiny ³	Zapojení Jany
Opakování nástupu a procvičování jednoduchých pořadových cvičení Běh – zjednodušené povely pro běh a skoky	<ul style="list-style-type: none"> dovede se samostatně převléci do cv. úboru používá základní pojmy související s během (prvky atletické abecedy) 	<ul style="list-style-type: none"> nepřevléká se techniku běhu pouze kontroluje ostatním cvičení provádí v chůzi
Nástup – zkouší jednotlivce s pomocí učitele	<ul style="list-style-type: none"> reaguje na základní pokyny, signály, hesla a gesta učitele 	
Skok – průpravná cvičení pro rozvoj odrazové síly a obratnosti	<ul style="list-style-type: none"> používá odraz z místa používá zákl. pojmy související se skokem umí upravit doskočiště 	<ul style="list-style-type: none"> skoky provádí v mírné intenzitě určuje, které cviky budou žáci provádět
Šplh – opakování pravidel, poučení o bezpečnosti	<ul style="list-style-type: none"> správně a dostatečně rychle reaguje na povely 	<ul style="list-style-type: none"> nešplhá, zapisuje pořadí žáků na tabuli
Lavičky – zjednodušené startovní povely a signály		<ul style="list-style-type: none"> určuje pořadí cviků na lavičkách
Hod – průpravná cvičení pro hod kriketovým míčkem za chůze Hod za chůze i s rozběhem	<ul style="list-style-type: none"> používá aktivně zákl. osvoj. pojmy související s hodem míčkem hází z místa i za chůze na cíl 	<ul style="list-style-type: none"> hod pouze za chůze se sníženou intenzitou
Startovní povely Nízký start na povel – procvičování techniky nízkého startu	<ul style="list-style-type: none"> uplatňuje pravidla bezpečnosti při atletických disciplínách umí připravit start běhu umí vydat pokyny pro start 	<ul style="list-style-type: none"> aktivně rozlišuje startovní povely a umí je použít je v roli startéra
Rytmická gymnastika – tvořivé vyjádření rytmu a melodie pohybem scénické vyjádření melodie	<ul style="list-style-type: none"> vyjadřuje rytmus a melodii pohybem pokouší se o scénický tanec- uvědomuje si, že lze pohyb spojovat s hudbou příběhem, pohádkou, představou 	<ul style="list-style-type: none"> bez omezení



Obrázek 2 Vystoupení ze školního plesu 2014 – Tanec s deštníky (foto: Roman Kepič)

² Téma hodiny: Témata jsou v ŠVP rozdělena podle „sportovních odvětví“. Na 1. stupni jsou zastoupeny primárně atletika, gymnastika a sportovní hry. Cílem je celkový rozvoj pohybových schopností, nácvik a osvojení příslušných dovedností.

³ Školní výstup – cíl hodiny: Výstup, fráze, která je zapsaná v třídní knize. Činnost, kterou žák provádí, používá apod.

U Jany byla krajně důležité minimalizovat riziko zranění, a to i při běžném kontaktu se spolužáky a pohybu ve třídě. Tomu musela být neustále věnovaná pozornost a aplikovány speciální postupy na zajištění bezpečnosti žákyně. Například v kmenové třídě seděla Jana při vyučování vedle velmi klidného, trpělivého a pečlivého chlapce, který dokázal své pohyby koordinovat tak, aby dívka neublížil. V učebně informatiky, kam se žáci přesouvají, seděla Jana na „podsedáku“ u učitelské katedry tak, že byla z jedné strany chráněna učitelem, z druhé asistentkou. Při přesunech po chodbách chodila vždy poslední společně s asistentkou.

DISKUSE

Diagnóza EBD je specifická tím, že největší nároky na zajištění vhodných podmínek pro takového žáka kladou situace, kdy dochází k fyzickému kontaktu. Proto tito žáci zpravidla nebývají integrováni do hodin tělesné výchovy. Podle Ješiny & Kudláčka (2011) ovlivňuje začlenění dětí s postižením do vyučování (včetně TV) pozitivně jak jedince s handicapem, tak celý kolektiv. Z těchto důvodů jsme se rozhodli integrovat dívku s EBD do vyučovacích hodin tělesné výchovy, a zároveň tento proces sledovat metodami kvalitativního výzkumu.

Vzhledem k nemoci, kterou Jana trpí, bylo velmi náročné připravit každou hodinu TV tak, aby Jana mohla cvičit s ostatními. Z výsledků však vyplynulo, že integrace je možná. Těžiště integrace může být ve využití rytmické gymnastiky a tance. Zde se ukázaly nejmenší problémy se zapojením žákyně – žáci mohou tančit samostatně, přitom vytváří jednu taneční skupinu, jeden celek. Současně by tím také byly splněny výstupy v ŠVP v rámci rytmické gymnastiky.

V obecné rovině můžeme konstatovat, že u pacientů s touto nemocí je integrace do TV možná a je důležité začít „co nejdříve“ a snažit se ji umožnit co nejdéle. Je ovšem třeba respektovat jejich aktuální zdravotní stav a potřeby. Domníváme se, že za „úspěšnou“ integraci v naší případové studii stojí dlouhodobá a náročná práce třídní učitelky a asistentky pedagoga. Obě dokázaly vytvořit ve třídě domácí, přátelskou a pohodovou atmosféru. Můžeme říci, že vytvoření ideálního klimatu třídy je cestou k úspěchu, a to nejen při integraci jedince, ale obecně v třídním kolektivu. Klimatem ve třídě se zabývala také Viktorinová (2012). Uvádí, že žáci na prvním stupni běžných ZŠ jsou schopni se relativně dobře vyrovnávat s integrovaným žákem (tělesně postižený, DMO, Aspergerův či Downův syndrom). Rovněž zjistila, že dotazovaní žáci nevnímají všechna postižení stejně.

V dotazování učitelů na otázku: „*Cítím, že Jany spolužáci jsou kvůli jejímu postižení znevýhodnění*“ byla jedna odpověď kladná [ano]. Pro učitele, který není

specialista (speciální pedagog) a nemá žádnou (nebo jen malou) zkušenost s výukou postižených žáků, může být práce v integrované třídě velmi náročná. Má sice dobrou vůli integraci podpořit, nicméně čelí zvýšené zodpovědnosti za bezpečnost žákyně. Pouze na základě studia a dosavadní praxe neví, jakým způsobem se žákem pracovat, jak k němu přistupovat, co si smí dovolit a co ne. Získání takových informací je čas navíc, který není v úvazku nijak zohledněn. Neustále řeší, jakým způsobem modifikovat výuku a balancuje mezi situacemi „raději vyloučit žákyni z bezpečnostních důvodů“ a nastavit aktivity tak bezpečně, že si „raději nezahraje nikdo, aktivity jsou všechny vsedě a bez rizika“. Řešení těchto dilemat stojí učitele mnoho energie i času. Otázkou je, jakým způsobem budoucí pedagogy připravovat na tyto situace. Stačí učitelům „jeden předmět v semestru o zdravotně postižených“ nebo by měli studovat speciální pedagogiku? Domníváme se, že pokud je učitel na běžné ZŠ takto konfrontován, nemůžeme mu mít za zlé jeho nepřipravenost. Jak popisují Baloun, Kudláček, & Čepička (2014), na českých vysokých školách bohužel není pro přípravu učitelů do integrovaného školství dostatečný prostor. O nedostatečných pedagogických kompetencích učitelů z oblasti aplikované TV, které mají negativní vliv na průběh integrace, se zmiňují také Rybová a Kudláček (2010).

Při pozorování třídy byl vidět pozitivní přístup spolužáků k Janě. Nebáli se jí pomoci či hrát s ní o přestávce hry (karty, skládačky). Skutečnost, se kterou se nový učitel musí vyrovnat, ale spolužáci dítěte ji mají již zažitou, je dotýkání se Jany, její přidržování při chůzi, podávání tašky a dalších školních pomůcek. Žáci neměli problém Janu chytit za paži a dělali to s dostatečnou opatrností. I z tohoto usuzujeme na to, Janu vnímají žáci pozitivně, a že ji „mají rádi“. Při určitém počátečním odstupu učitele je výhodné, když nového učitele „nasměrují“ rodiče a třídní učitel.

V celém procesu Janina úspěšného zařazení do školy hrála zásadní roli asistentka pedagoga. Bez její asistence by si Jana nemohla připravit školní pomůcky, najít se či dojit na toaletu. Pomocí dotazníku WHO-DAS 2.0 bylo vyhodnoceno, že Jana je z 67,01 % závislá na pomoci ostatních, tedy při více jak dvou třetinách běžných denních činností je nesoběstačná. Největší handicap se projevuje v oblasti motoriky (nemožnost běhání i dalších pohybových aktivit, nutná podpora při oblékání, chůzi do schodů, hygieně, ošetřování kůže). Žádný handicap naproti tomu není v oblasti kognitivních funkcí. Jana nemá problémy s myšlením, orientací, pamětí aj. Pouze malý handicap je v oblasti komunikace (nemožnost hlasitého mluvení). Podle manuálu WHO pro vypracování tohoto dotazníku se hodnocení pohybuje v rozmezí 0–100%; 0 = bez nutnosti pomoci (no disability); 100 = vyžadující plnou asistenci (full disability). Průměrná hodnota podle stu-

die WHO pro dotazník s 36 otázkami (36-item) uvádí, že 90 % populace je na skóru 41 % (Üstün, Kostanjsek, Chatterji, & Rehm, 2010).

Při výběru asistenta pedagoga je nutné dbát na zkušenost, odbornost, ale také empatii a trpělivost. Jako zásadní potom spatřujeme vztah třídní učitelky a asistenta pedagoga. Třídní učitelka se ve 2. třídě setkala s asistentem nevhodným, který neplnil úkoly, a to se projevovalo jak v přípravách na hodinu, tak v celkové atmosféře ve třídě. Od 3. třídy došlo k výměně asistenta pedagoga, jehož pozici až doposud zastává matka Jany. Matka nejlépe zná Janin aktuální stav a ví, jakým způsobem s ní zacházet, kdy a jak potřebuje pomoci. Zároveň je třeba poznamenat, že přítomnost asistenta pedagoga ve třídě je někdy vnímána jako nepříjemná, vyučující je vlastně pod neustálým dohledem, v tomto případě o tom však nelze hovořit. V našem šetření dotazovaní shodně vypovídali, že asistentka je plně zapojena do života třídy a i ostatní žáci ji přijímají jako její součást.

Význam spolupráce asistenta pedagoga s učitelem dokládá i práce Pavličkové (2012), která se zabývala integrací žáka s Aspergerovým syndromem na I. stupni ZŠ. Jedná se sice o jiné onemocnění než v našem případě, ale ve své práci uvádí jako problémovou oblast právě nutnost spolupráce mezi asistentem, učitelem a rodinou postiženého žáka. Komínová (2006) zase zmiňuje, že největší úlohu v naplnění kvality života dětí s EB zastávají jejich rodiče. S tímto tvrzením naprosto souhlasíme. V našem případě zastává rodič i funkci asistentky pedagoga.

Integraci žáků s tělesným postižením do školní tělesné výchovy se věnovala také Mígdauová (2012). Těžištěm její práce bylo dotazování škol a pracovišť na zapojení tělesně postiženého žáka do TV. Popisuje, že integrace žáků s tělesným postižením do hodin tělesné výchovy je možná, a to i u žáků s těžším typem tělesného postižení. Jako klíčovou roli při začleňování žáků do výuky TV uvádí především roli rodičů. Vedení škol se vůči tomuto procesu projevuje velmi pasivně či negativně a téměř u všech žáků nechává rozhodnutí o jejich začlenění či uvolnění pouze v rukou lékařů. Pokud se zaměříme na individuální potřeby žáka s EBD, tak by škola měla respektovat přání rodičů i doporučení lékařů. V našem šetření se tato zkušenost nepotvrdila. Ačkoli byla Jana již od začátku uvolněná lékařem z výuky TV, ředitel školy i učitelé si byli vědomi významu TV pro její celkový rozvoj a začlenění do kolektivu a usilovali o maximální možné zapojení.

Domníváme se, že existuje velmi tenká hranice mezi rozhodnutím „integrovat či neintegrovat“, a obtížně se usuzuje, zda je či není integrace vhodná. V našem případě lze konstatovat, že podle učitelů je integrace pozitivní a probíhá dobře.

Za další zkoumání by jistě stálo zjištění, zda by pro žáky s EB byla vhodnější účast v hodinách zdravotní

tělesné výchovy, i vzhledem k omezenému množství žáků a zdravotní náplni předmětu.

ZÁVĚR

Z výsledků tohoto jedinečného výzkumu vyplynulo, že integrace žáka s EBD do výuky klasické tělesné výchovy je možná, i když pouze částečně. Zapojení dívky s EBD mělo pro její rozvoj pozitivní dopad. Nejvhodnějším obdobím byl 1. až 3. ročník ZŠ, nicméně možnosti zapojení byly i ve vyšších ročnících (např. účast na tanečním vystoupení). U jedince s EBD je vždy důležité respektovat aktuální zdravotní stav žáka a metody integrace mu uzpůsobovat. Nejmenší limity jsou v teoretických předmětech a informatice. Specifické postupy je třeba volit při interaktivní výuce jazyků, při pracovní výchově, při geometrii apod. K nejvýraznější limitaci dochází při výuce TV. Jedním z výstupů naší práce je tematický plán tělesné výchovy, upravený pro výstupy ŠVP (korespondující s RVP) pro žáky s EBD. Jako těžiště integrace v tělesné výchově v našem konkrétním případě se jeví zapojení žákyně do rytmické gymnastiky a zájmových kroužků zaměřených na tanec.

Při integraci žáka s EBD je třeba věnovat pozornost také bezpečnosti – minimalizovat rizika při pohybu po škole, sezení ve třídě, převlékání v šatnách, používání toalet aj. Pro integraci je zásadní práce třídního učitele a asistenta pedagoga.

REFERENČNÍ SEZNAM

- Ahmad, R. C. S., & Bruckner, A. L. (2014). A Survey of Epidermolysis Bullosa Care in the United States and Canada. *Pediatric Dermatology*, 31(2), 169–75.
- Baloun, L., Kudláček, M., & Čepička, L. (2014). Analýza nabídky předmětů z oboru aplikovaných pohybových aktivit pro studenty učitelství tělesné výchovy na vysokých školách v České republice. *Tělesná kultura*, 37(1), 95–112.
- Boeira, V. L., Souza, E. S., Rocha Bde, O., Oliveira, P. D., Oliveira Mde, F., Régo, V. R., & Follador, I. (2013). Inherited epidermolysis bullosa: clinical and therapeutic aspects. *An Bras Dermatol*, 88(2), 185–98.
- Buček, J., & Bučková, H. (2000). *Epidermolysis bullosa congenita: současné možnosti diagnostiky, terapie, prevence*. Brno: FN Brno, Dětské kožní oddělení.
- Bučková, H., & Dlapková, L. (2011). *Epidermolysis bullosa congenita (EB) a EB Centrum: Stručný průvodce pro lékaře*. Plzeň: Tiskárna Bílý slon, s. r. o.
- Debra CZ., Bek, T., (2014). Dostupné z: <http://www.debra-cz.org/o-eb/#formy>.
- Eismann, E. A., Lucky, A. W., & Cornwall, R. (2014). Hand Function and Quality of Life in Children with Epidermolysis Bullosa. *Pediatric Dermatology*, 31(2), 176–182.

- Fine, J. D., Eady, R. A., Bauer, E., A., et al. (2008). The classification of inherited epidermolysis bullosa (EB): report of the third international consensus meeting on diagnosis and classification of EB. *Am Acad Dermatol*, 58(6), 931–950.
- Fine, J. D., Johnson, L. B., Weiner, M., & Suchindran, C. (2005). Impact of inherited epidermolysis bullosa on parental interpersonal relationship, marital status and family size. *British Journal of Dermatology*, 152(5), 1009–1014.
- Hájková, J., & Strnadová, I., (2011). *Inkluzivní vzdělávání, teorie a praxe*. Havlíčkův Brod: Grada.
- Ješina, O., Kudláček, et al. (2011). *Aplikovaná tělesná výchova*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Komínová, O. (2006). *Epidermolysis bullosa, fyzioterapie a psychosociální péče* (Bakalářská práce). Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta, Praha.
- Kudláček, M., & Ješina, O., (2013). *Integrovaná tělesná výchova, rekreace a sport*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Migdauová, A. (2012). *Integrace žáků s tělesným postižením do školní tělesné výchovy v Praze a Středočeském kraji* (Diplomová práce). Univerzita Karlova, Fakulta tělesné výchovy a sportu, Praha.
- Pavličková, L. (2012). *Integrace žáka s Aspergerovým syndromem na I. stupni základní školy - problémové oblasti* (Bakalářská práce). Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, Praha.
- Rudolph, C. D. (2003). *Rudolph's pediatrics*. (21st ed). New York: McGraw-Hill, Medical Pub. Division.
- Rybová, L., & Kudláček, M. (2010). Integrace žáků s tělesným postižením do hodin školní tělesné výchovy. *Studia Sportiva*, 4(1), 127–132. <https://www.sussexfa.com/~media/CountySites/sussexfa/documents/news/steps-principle-pdf.ashx>.
- University of Dundee, External Relations, Press Office. (2005). Dostupné z: <http://app.dundee.ac.uk/pressreleases/prmay05/butterfly.html>.
- Üstün, T. B., Chatterji, S., Kostanjsek, N., Rehm, J., Kennedy, C., Epping-Jordan, J. Saxena, S., Von Korf, M. & Pull, C. (2010). Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. *Bulletin of the World Health Organization [online]*. 88(11): 815–23 [cit. 2015-07-08]. DOI: 10.2471/BLT.09.067231. ISSN 0042-9686. Dostupné z: <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/11/09-067231.pdf>.
- Üstün, T. B., Kostanjsek, N., Chatterji, S. & Rehm, J., Measuring health and disability: manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). World Health Organization; 2010. Dostupné z : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43974/1/9789241547598_eng.pdf?ua=1&ua=1.
- Viktorinová, B. (2012). *Postoje mladších školních žáků k integraci spolužáků se zdravotním postižením* (Diplomová práce). Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, Praha. <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en>.

Tato práce vznikla v rámci Programu rozvoje vědních oblastí na Univerzitě Karlově č. P38 Biologické aspekty zkoumání lidského pohybu.

Postoje horolezců na účast osob s tělesným postižením v různých formách lezeckých aktivit

Attitudes of Non-disabled Climbers towards Joint Climbing Activities with Persons with Physical Disabilities

Mgr. et Bc. Jan Klega¹, Mgr. Ondřej Ješina, Ph.D.²

¹Katedra rekreologie, Fakulta tělesné kultury, UP v Olomouci,

²Katedra aplikovaných pohybových aktivit, Fakulta tělesné kultury, UP v Olomouci

ABSTRAKT

Horolezectví si ve všech svých formách získává stále větší počet příznivců, osoby s tělesným postižením nevyjímaje. Cílem této práce je zjistit, jak intaktní lezci vnímají společnou účast na horolezeckých aktivitách s lidmi s tělesným postižením. Dílčím cílem práce je zmapovat míru zkušeností, které mají lezci bez zdravotního postižení s lezením s lidmi s tělesným postižením. Horolezectví představuje pohybovou aktivitu s obrovským potenciálem pro osobně-sociální rozvoj a spolupráci s impaktem na vzájemnou důvěru. Vyvolává hluboké emoční dopady, rozvíjí soustředění, vnitřní disciplínu a řadu specifických motorických schopností a dovedností. Nabízí relativně bezpečný způsob návratu k přírodě a k přirozenosti člověka, včetně formování individuálních životních hodnot prostřednictvím vytváření subjektivně vnímaných stresových situací a zkušeností. Ty jsou nejčastěji prožívané v dyádě či ve skupině.

Do analýzy anketního šetření vlastní konstrukce bylo zařazeno 79 respondentů, z toho 66 mužů a 13 žen. Průměrný věk byl 29,5 let. Nejmladší respondent měl 17 a nejstarší 57 let. Zkušenosti s lezením s osobami s tělesným postižením mělo 14 % z nich. Z analýzy vyplývá, že se intaktní lezci k lezení s lidmi s tělesným postižením většinou staví pozitivně, ovšem s přihlédnutím ke konkrétnímu postižení a náročnosti provozované formy horolezectví. Nejčastěji provozovanou společnou formou horolezectví bylo lezení na cvičných skalách (37 %) následované lezením na umělé stěně (27 %), vícedélkovým lezením (18 %), lezením v horách a boulderingem (shodně 9 %). Respondenti (s osobními zkušenostmi i bez nich) považují v případě postižení horní i dolních končetin za vhodné lezení na umělé stěně a cvičných skalách. Při představě společné účasti však preferují bouldering. Kromě těchto třech forem by byli ochotni se společně věnovat pouze s ohledem na charakter a závažnost tělesného postižení spolulezce. Ačkoliv si lezci bez postižení uvědomují osobní přínos zejména ve vlastním rozvoji tolerance, trpělivosti, ohleduplnosti, podobně jako v motivaci ke zlepšení vlastních výkonů, uvědomují si i rizika v podobě ohrožení bezpečnosti, negativního vlivu na vlastní psychiku. Nedůvěra v lezecké dovednosti lezce s tělesným postižením pak vyvolává představu snížení obtížnosti při výběru tras a dalších výzev.

Klíčová slova: aplikované pohybové aktivity, spolupráce, vnitřní bariéry.

ABSTRACT

Climbing in all its forms gains more and more supports, including the persons with physical disabilities. The aim of this thesis is to find out how non-disabled climbers perceive joint climbing activities with persons with physical disabilities.

A further aim of the project is to map the degree of experience to the climbers without disability with crawling with people with disabilities. Climbing represents a physical activity with enormous potential for personally-social development and cooperation with impaktem on mutual trust. It raises the deep emotional impacts, developing concentration, internal discipline, and a number of specific motor abilities and skills. It offers a relatively safe way to return to nature and to the nature of man, including the formation of individual life values through the creation of subjectively perceived stress situations and experiences. It's the most enjoyed in pair or in a group. Analysis of the investigation included 79 respondents, 66 men and 13 women. The average age was 29.5 years. The youngest respondents had 17 and the oldest 57 years. The experience of climbing with persons with disabilities had a 14 % of them. The analysis suggests that attitude of intact climbers to climb with people with physical disabilities usually is positive, however, with regard to the specific disability and complexity of operating forms of climbing. The most common form of rock climbing was run by climbing on training rocks (37%), followed by artificial climbing wall (27%), multi pitch climb (18%), climbing, climbing in the mountains and bouldering (9%). The respondents (with personal experience and

without them) consider for appropriate the upper and lower extremities climbing training wall and rocks. If they think about common participation, prefer the bouldering. In addition to these three forms would be willing to collectively pay only with regard to the nature and severity of disability your climbing partner. Although the climbers without disabilities recognize the personal benefit, in particular, in its own development, tolerance, patience, thoughtfulness, similar in motivation to improve their own performance, they realize and risk in the form of a safety hazard, the negative impact on his own psyche. Distrust in the climbing skills climbers with disabilities then raises the idea of reducing the difficulty in choosing the routes and other challenges.

Keywords: adapted physical activity, cooperation, inner barriers.

ÚVOD

Zdravotní postižení v současnosti považováno za dlouhodobý nebo trvalý stav (Michalík et al., 2011), jenž je charakteristický orgánovou či funkční poruchou, kterou již nelze zcela odstranit nebo alespoň významně zmírnit. Dle našeho názoru to však neznamená, že by tento „stav“ měl být vnímán jako něco neměnného, neovlivnitelného nebo společensky stále stejně přijímaného. Postoje a názory majoritní sociální skupiny jsou však pro zařazování osob s postižením do pohybových aktivit za určitých okolností klíčové. Dle Štěrbové (2011) lze postoje změnit vždy, ale ne vždy se to daří. Při společných činnostech je formování postojů a názorů důležitou součástí následné konativní složky. To znamená, že více než postižení samotné by měl být vnímán člověk ve vztahu s ostatními vnějšími determinanty jak společenskými, materiálními, kulturními, tak např. přírodními. Postoji k osobám zejména s tělesným postižením v kontextu pohybových aktivit se věnuje řada autorů u nás i v zahraničí (Campos, Ferreira, & Block, 2013; Kudláček, 2008; Kudláček, Ješina, & Wittmannová, 2011; Papaioannou et al., 2013; Yang, Kudláček, & Ješina, 2010); Postižení jednoznačně působí na kvalitu života jedince, avšak ne vždy musí být toto působení vnímáno negativně. Některá šetření potvrzují pozitivní vliv zejména pohybových aktivit na subjektivní vnímání kvality života v průběhu života osob s tělesným postižením (Hrouda & Rybová, 2010; Titl, Amr, & Ješina, 2011). Získané postižení jedné či více oblastí obvyklého fungování člověka v průběhu života přináší nejčastěji výraznou redukci jeho reálných možností i životních šancí oproti situaci před úrazem. U vrozených postižení je pak začleňování a účast v jakýchkoliv aktivitách celoživotním procesem se svým individuálním často velmi proměnlivým průběhem. Vitková (2006, 39) za tělesné postižení považuje, „...takové vady pohybového a nosného ústrojí, tj. kostí, kloubů, šlach i svalů a cévního zásobení, jakož i poškození nebo poruchy nervového ústrojí, jestliže se projevují porušenou hybností“. V našem šetření jsme se zaměřili zejména na vybrané typy tělesného postižení relevantního k horolezení jako jednoho z pilířů outdoorových pohybových aktivit. V souladu např. s Novosadem (2011) jsme si vědomí celého portfolia

chronických (způsobených dlouhodobým onemocněním) a lokomočních postižení, avšak toto spektrum typů a charakteru tělesného postižení není známo zástupcům široké veřejnosti (v našem případě lezcům). Postižení jsme rozdělili topologicky na dvě základní skupiny a těmi jsou osoby s postižením horních končetin (amputace, vrozené malformace, DMO apod.) a osoby s postižením dolních končetin (amputace dolních končetin, vrozené malformace, spina bifida, ochrnutí, DMO apod.). Toto dělení bylo pro respondenty dostatečně známé i bez znalosti dopadu konkrétních diagnóz.

Pojem horolezectví, který ve svém prvotním významu vyjadřuje aktivitu vedoucí k výstupu na vrchol, dnes zahrnuje celý soubor činností a specializovaných sportovních disciplín (Frank, Kublák, T., et al., 2007). Podle Vomáčky a Boštickové (2003) je lezení charakteristické neustálým střídáním stavu jistoty a nejistoty, napětí a uvolnění. Vidí v něm výzvu, při níž je potřeba řešit rizikové situace a přemáhat strach z výšky či zřícení. Tito autoři (Frank, Kublák, T., et al., 2007; Vomáčka & Bošticková, 2003) horolezectví dělí podle různých hledisek. Zásadním se stává hledisko etické, podle kterého rozlišujeme tradičně a gymnasticky pojímané horolezectví. Tradiční pojetí horolezectví je možné považovat za pojetí původní, které ovlivňuje celou řadu lezeckých disciplín. Jeho základním principem je požadavek, aby přirozený terén zůstal po výstupu ve své původní podobě. Gymnastické pojetí horolezectví je charakteristické snahou o zvládnutí lezeckého pohybu nutného k přezení určité části výstupu. Do terénu jsou vpravovány trvale osazené jistící prostředky, díky kterým se snižuje psychická zátěž lezce. Potlačení strachu z následků nebezpečných pádů dovozuje intenzivnější soustředění na čím dál náročnější pohyb. Kromě etického hlediska můžeme horolezectví dále dělit dle intenzity výkonu (vrcholová, výkonnostní a rekreační úroveň), podle prostředí, ve kterém je provozováno (skály, hory, velehory s věčným sněhem a ledem, umělá lezecká stěna atd.), dle ročních období (zimní a letní horolezectví). Opomenout rovněž nelze rozlišení mezi závodním a nezávodním horolezectvím. Dle Frank et al., 2007 se horolezectví nejhruběji dělí na sportovní, tradiční a užitě. Každé z jednotlivých typů horolezení vyžaduje

jiné aspekty a různě působí na lezce. Horolezectví je specifickou pohybovou s velkým důrazem na fyzickou (Rotman, Machold, & Voborníková, 2002) i psychickou (Winter, 2007) stránku lezce a jeho partnerů (tedy sociální skupiny, která jej nejčastěji při společných aktivitách obklopuje) – nutná je dobrá technika dýchání; vysoce funkční oběhový systém, specifické motorické schopnosti jako je např. síla, vytrvalost; nervosvalová koordinace zaručuje schopnost požadované obratnosti a orientaci v prostoru; významný dopad horolezectví je zejména na kosterně-svalový a kloubní aparát; subjektivní vnímání rizika a nebezpečí a především reakce na ně; schopnost soustředění; vzájemné důvěry i důvěry sám ve své dovednosti; sebeovládání; trpělivost; představitost ale i dovednost využívat některé sportovně-psychologické techniky (vnitřní hlas, ideomotorický trénink). Z nepřeberného (a nově vznikajícího) množství typů jsme si vybrali ty, které jsou v českých (respektive středoevropských) podmínkách nejčastější. Metodice a bezpečnostním aspektům horolezectví se u nás věnuje zejména Lienert a Baláš (2011), kteří se v praxi věnují okrajově i metodice týkající se osob se zdravotním postižením. Kromě této metodiky je možné setkat se i s některými dalšími obdobnými pracemi zaměřenými na jinou skupinu osob s postižením (Pastorek, 2015). Avšak jen velmi sporadicky se věnují horolezení osob s tělesným postižením (jako např. Musálek, 2010).

CÍL VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Hlavním cílem výzkumné šetření bylo zjistit, jak lezci bez zdravotního postižení vnímají společnou účast na horolezeckých aktivitách s lidmi s tělesným postižením.

Dílčím cílem výzkumné šetření bylo zmapovat míru zkušeností, které mají lezci bez zdravotního postižení s lezením s lidmi s tělesným postižením.

Na základě takto stanovených cílů jsme si vytyčili následující úkoly.

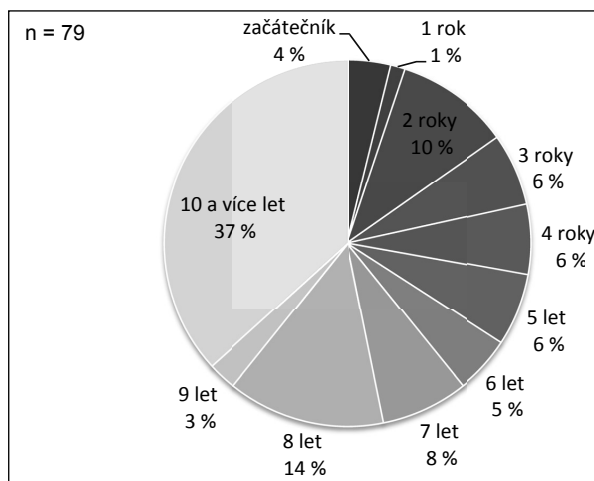
- Výzkumná otázka 1: Jaké zkušenosti mají osoby, které se horolezectví věnují, s lezením s tělesným postižením?
- Výzkumná otázka 2: Jaká odvětví horolezectví jsou podle osob, které se mu věnují, vhodná pro lidi s tělesným postižením?
- Výzkumná otázka 3: Jaké formy horolezectví preferují osoby bez zdravotního postižení vzhledem ke společné účasti s lidmi s tělesným postižením?
- Výzkumná otázka 4: Jaké problémy může podle osob, které se horolezectví věnují, přinášet lezení s lidmi s tělesným postižením?

- Výzkumná otázka 5: Jaké důvody považují osoby věnující se horolezectví za natolik závažné, aby kvůli nim nelezli s lidmi s tělesným postižením?
- Výzkumná otázka 6: Jaký přínos může mít dle osob, které se horolezectví věnují, lezení s lidmi s tělesným postižením?

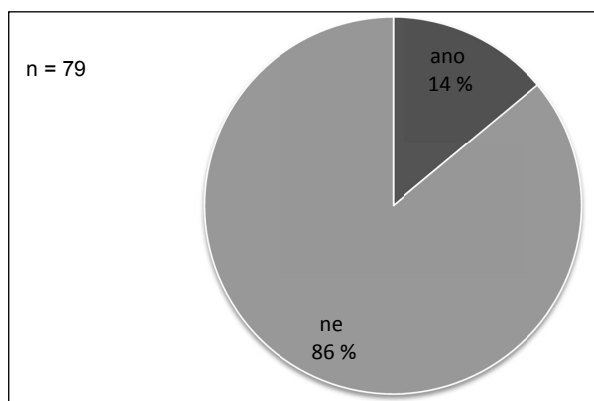
METODIKA

Výzkumný soubor je tvořen osobami, které se aktivně věnují horolezeckým aktivitám, lze je tedy označit za horolezce. Věk, pohlaví ani míra zkušeností nebyly omezeny, proto je skupina zúčastněných osob velmi rozmanitá.

Anketního šetření se zúčastnilo 91 respondentů, přičemž 12 z nich byly pro neúplnost vyřazeny. Výsledný vzorek čítá 79 osob, z toho 66 mužů a 13 žen. Průměrný věk respondentů je 29,5 let. Nejmladšímu z dotazovaných je 17 let, nejstarší uvádí věk 57 let. Zkušenosti respondentů s horolezeckými aktivitami znázorňuje Obrázek 2.



Obrázek 1 Míra zkušeností respondentů s horolezeckými aktivitami



Obrázek 2 Podíl respondentů, kteří lezli s člověkem s tělesným postižením

Pro sběr dat byla prostřednictvím anket vlastní konstrukce využita metoda dotazovací. V úvodu ankety je uvedeno to, co chceme s její pomocí zjistit, tedy jaké jsou postoje lezců bez zdravotního postižení ke společné účasti na horolezeckých aktivitách s lidmi s tělesným postižením. Pro správné pochopení je pojem tělesné postižení v krátkosti charakterizován.

Na první část anket, která slouží ke zjištění údajů o dotazovaném, navazuje 16 faktických otázek. Součástí tohoto souboru jsou dvě uzavřené otázky, u nichž respondent vybírá z nabídnutých možností. V sedmi otevřených otázkách formuluje své odpovědi sám dotazovaný. Osm otázek je škálovacích, z toho u dvou je přiřazována hodnota ze čtyřbodové škály, u šesti z pětibodové. Anketa byla distribuována formou internetového formuláře vytvořeného prostřednictvím služby Google Drive. Odkaz na něj byl vyvěšen v komunitních skupinách na sociální síti Facebook a na internetových stránkách věnovaných horolezecké problematice.

Data získaná z anketního šetření byla zkontrolována a po vyřazení neúplně vyplněných formulářů zpracována pomocí programu Microsoft Excel. Vyhodnocení bylo realizováno prostřednictvím matematických, statistických a logických postupů. Výsledky jsou uváděny v procentech a zobrazeny pomocí tabulek a výsečových a pruhových grafů. Odpovědi respondentů jsou vyhodnoceny samostatně podle toho, zda mají či nemají zkušenost s lezením s člověkem s tělesným postižením.

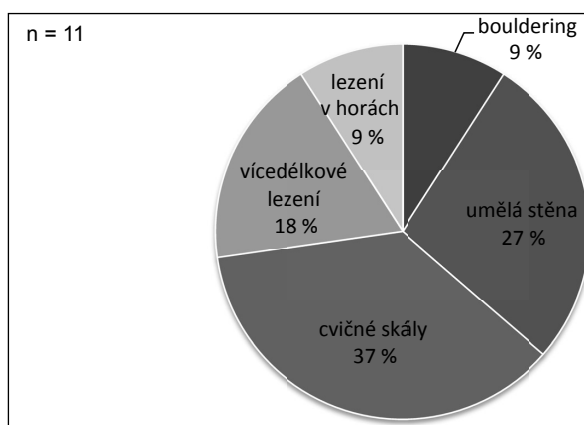
VÝSLEDKY

Data jsme si v úvodní fázi rozdělili na dvě základní skupiny.

Respondenti se zkušenostmi s lezením s člověkem s tělesným postižením

První skupinu tvořili respondenti, kteří měli zkušenostmi s lezením s osobami s tělesným postižením.

Nejčastější společně provozovanou pohybovou aktivitou bylo lezení na cvičných skalách a umělých stěnách. Minimální zkušenosti mají respondenti s boulderingem a lezením v horách. Postižení dolních končetin mělo 5 osob s tím, že 3 lidé byli na vozíku, jeden měl podkolenní amputaci a u jednoho byla omezena hybnost dolních končetin od kolen níže. Respondenti nevnímají tělesné postižení partnera jako handicap týmu (7 ne a 2 ano, 1 vnímal postižení jen velmi omezeně, další pouze zpočátku lezení), přičemž 8 osob nezaznamenalo problém, 2 ano a jeden



Obrázek 3 Podíl disciplín provozovaných s člověkem s tělesným postižením

jen v počátku. Pokud by však uvažovali o případných limitech, problémech či rizicích, pak za nejdůležitější považují nutnost přizpůsobit zvolenou lezeckou linii postižení partnera; nutnost využití kompenzačních pomůcek; zvýšení bezpečnostních rizik během vícédělkového lezení a lezení v horách v důsledku možného pomalejšího postupu.

Velmi zajímavě se lezci se zkušeností s lezením s osobou s tělesným postižením staví k otázce, zda by lezení s člověkem s tělesným postižením mohlo být přínosem. 8 respondentů odpovědělo, že ano, 2 ne a jeden neví. Oblasti, v nichž by mohla být tato zkušenost obohacující, jsou dle dotázaných následující:

- rozvoj tolerance a trpělivosti,
- lepší pochopení problematiky tělesného postižení,
- motivace ke zlepšení vlastních výkonů,
- hledání nových řešení a přístupů v metodice lezení.

Z hlediska vhodnosti horolezeckých disciplín pro společnou účast s lezci s tělesným postižením považují lezci bez postižení zejména umělou stěnu a cvičnou skálu (viz Tabulka 1 a 2). Vyjádření se ke konkrétním postižením pak uvádíme v Tabulkách 3–8. Naopak nevhodné je podle nich lezení v ledu. Při postižení horní končetiny doporučují lezení v horách, ale negativně se staví k boulderingu, vícédělkovému lezení a bigwallu. V případě postižení dolní končetiny je bouldering a vícédělkové lezení označeno za spíše vhodné, avšak bigwall a lezení v horách jako spíše nevhodné. Přesto 7 respondentů odpovědělo, že by případné limity způsobené tělesným postižením nebyly překážkou pro společnou účast. Kladně se vyjádřili 2 respondenti, z toho u obou byla důvodem bezpečnost při lezení. Ve 2 případech by záleželo na konkrétním postižení.

Tabulka 1 Vhodnost disciplín pro lidi s postižením horní končetiny (n = 11)

	bouldering	umělá stěna	cvičné skály	vícédélkové lezení	bigwall	lezení v horách	lezení v ledu
ano	27,27 %	63,64 %	45,45 %	27,27 %	18,18 %	18,18 %	9,09 %
spíše ano	9,09 %	27,27 %	45,45 %	18,18 %	9,09 %	45,45 %	9,09 %
spíše ne	54,55 %	9,09 %	9,09 %	54,55 %	36,36 %	18,18 %	54,55 %
ne	9,09 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	36,36 %	18,18 %	27,27 %

Tabulka 2 Vhodnost disciplín pro lidi s postižením dolní končetiny (n = 11)

	bouldering	umělá stěna	cvičné skály	vícédélkové lezení	bigwall	lezení v horách	lezení v ledu
ano	36,36 %	72,73 %	72,73 %	27,27 %	18,18 %	9,09 %	9,09 %
spíše ano	18,18 %	27,27 %	27,27 %	18,18 %	27,27 %	18,18 %	18,18 %
spíše ne	36,36 %	0,00 %	0,00 %	27,27 %	45,45 %	45,45 %	45,45 %
ne	9,09 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	9,09 %	27,27 %	27,27 %

Tabulka 3 Lezení s člověkem, který nemá celou paži (n = 11)

	bouldering	umělá stěna	cvičné skály	vícédélkové lezení	bigwall	lezení v horách	lezení v ledu
ano	45,45 %	36,36 %	27,27 %	0,00 %	0,00 %	9,09 %	0,00 %
spíše ano	27,27 %	45,45 %	45,45 %	18,18 %	18,18 %	18,18 %	9,09 %
nevím	18,18 %	18,18 %	27,27 %	54,55 %	36,36 %	27,27 %	36,36 %
spíše ne	0,00 %	0,00 %	0,00 %	18,18 %	18,18 %	27,27 %	36,36 %
ne	9,09 %	0,00 %	0,00 %	9,09 %	27,27 %	18,18 %	18,18 %

Tabulka 4 Lezení s člověkem, který nemá prsty na jedné ruce (n = 11)

	bouldering	umělá stěna	cvičné skály	vícédélkové lezení	bigwall	lezení v horách	lezení v ledu
ano	54,55 %	81,82 %	81,82 %	45,45 %	27,27 %	36,36 %	27,27 %
spíše ano	27,27 %	18,18 %	9,09 %	27,27 %	27,27 %	27,27 %	9,09 %
nevím	9,09 %	0,00 %	9,09 %	9,09 %	18,18 %	9,09 %	27,27 %
spíše ne	9,09 %	0,00 %	0,00 %	9,09 %	9,09 %	9,09 %	18,18 %
ne	0,00 %	0,00 %	0,00 %	9,09 %	18,18 %	18,18 %	18,18 %

Tabulka 5 Lezení s člověkem, který má vývojovou vadu prstů na obou rukou (n = 11)

	bouldering	umělá stěna	cvičné skály	vícédélkové lezení	bigwall	lezení v horách	lezení v ledu
ano	36,36 %	27,27 %	27,27 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %
spíše ano	18,18 %	63,64 %	45,45 %	36,36 %	18,18 %	9,09 %	9,09 %
nevím	18,18 %	0,00 %	18,18 %	27,27 %	27,27 %	36,36 %	18,18 %
spíše ne	18,18 %	9,09 %	9,09 %	18,18 %	27,27 %	36,36 %	36,36 %
ne	9,09 %	0,00 %	0,00 %	18,18 %	27,27 %	18,18 %	36,36 %

Tabulka 6 Lezení s člověkem, který má podkolenní amputaci na jedné noze (n = 11)

	bouldering	umělá stěna	cvičné skály	vícédélkové lezení	bigwall	lezení v horách	lezení v ledu
ano	54,55 %	81,82 %	72,73 %	18,18 %	9,09 %	18,18 %	9,09 %
spíše ano	36,36 %	18,18 %	18,18 %	36,36 %	9,09 %	0,00 %	9,09 %
nevím	9,09 %	0,00 %	9,09 %	36,36 %	36,36 %	36,36 %	27,27 %
spíše ne	0,00 %	0,00 %	0,00 %	9,09 %	36,36 %	45,45 %	36,36 %
ne	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	9,09 %	0,00 %	18,18 %

Tabulka 7 Lezení s člověkem, který má podkolenní amputaci na obou nohou (n = 11)

	bouldering	umělá stěna	cvičné skály	vícédélkové lezení	bigwall	lezení v horách	lezení v ledu
ano	54,55 %	36,36 %	36,36 %	9,09 %	9,09 %	9,09 %	9,09 %
spíše ano	9,09 %	45,45 %	18,18 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %
nevím	9,09 %	9,09 %	27,27 %	36,36 %	27,27 %	18,18 %	9,09 %
spíše ne	18,18 %	9,09 %	18,18 %	36,36 %	27,27 %	45,45 %	45,45 %
ne	9,09 %	0,00 %	0,00 %	18,18 %	27,27 %	27,27 %	36,36 %

Tabulka 8 Lezení s člověkem, který má amputovanou nohu nad kolenem (n = 11)

	bouldering	umělá stěna	cvičné skály	vícédélkové lezení	bigwall	lezení v horách	lezení v ledu
ano	54,55 %	45,45 %	45,45 %	9,09 %	9,09 %	9,09 %	9,09 %
spíše ano	18,18 %	45,45 %	27,27 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %
nevím	9,09 %	9,09 %	18,18 %	54,55 %	36,36 %	36,36 %	18,18 %
spíše ne	9,09 %	0,00 %	9,09 %	27,27 %	36,36 %	36,36 %	45,45 %
ne	9,09 %	0,00 %	0,00 %	9,09 %	18,18 %	18,18 %	27,27 %

Z tabulek je zřejmé, že respondenti při lezení s člověkem s tělesným postižením preferují bouldering, lezení na umělé stěně a na cvičných skalách. Z ostatních disciplín považují s ohledem na závažnost postižení za proveditelné pouze vícédélkové lezení. U bigwallu, lezení v horách a v ledu si nejsou jisti či se přímo ke společné účasti na těchto aktivitách stavějí negativně.

Respondenti bez zkušenosti s lezením s člověkem s tělesným postižením

Je zřejmé, že v případě postižení horní končetiny považují respondenti za spíše vhodné lezení na umělé stěně a cvičných skalách. Naopak jako spíše nevhodné označují bouldering, vícédélkové lezení a lezení v horách. Bigwall a lezení v ledu nedoporučují vůbec. Při postižení dolní končetiny je dotázanými považováno za vhodné lezení na umělé stěně a za spíše vhodné

lezení na cvičných skalách a bouldering. Vícédélkové lezení, bigwall, lezení v horách a v ledu shledávají za spíše nevhodné.

Jako největší potenciální problémy vidí lezci bez zkušenosti s lezcem s tělesným postižením v lezení tyto:

- eventuální přecenění schopností a možností,
- nutnost pečlivějšího plánování lezeckého podniku,
- nutnost využití kompenzačních pomůcek,
- problém v manipulaci s lezeckým materiálem, obzvláště při jištění či záchranných technikách,
- zvýšení bezpečnostních rizik během vícédélkového lezení a lezení v horách v důsledku možného pomalejšího postupu,
- omezení flexibility reakcí na nepředvídatelnou situaci.

Tabulka 9 Vhodnost disciplín pro lidi s postižením horní končetiny (n = 68)

	bouldering	umělá stěna	cvičné skály	vícédélkové lezení	bigwall	lezení v horách	lezení v ledu
ano	14,71 %	35,29 %	19,12 %	1,47 %	2,94 %	11,76 %	5,88 %
spíše ano	25,00 %	36,76 %	42,65 %	23,53 %	13,24 %	23,53 %	13,24 %
spíše ne	44,12 %	26,47 %	32,35 %	38,24 %	32,35 %	35,29 %	30,88 %
ne	16,18 %	1,47 %	5,88 %	36,76 %	51,47 %	29,41 %	50,00 %

Tabulka 10 Vhodnost disciplín pro lidi s postižením dolní končetiny (n = 68)

	bouldering	umělá stěna	cvičné skály	vícédélkové lezení	bigwall	lezení v horách	lezení v ledu
ano	30,88 %	47,06 %	30,88 %	7,35 %	5,88 %	4,41 %	13,24 %
spíše ano	38,24 %	42,65 %	52,94 %	27,94 %	14,71 %	23,53 %	11,76 %
spíše ne	29,41 %	10,29 %	10,29 %	39,71 %	47,06 %	36,76 %	44,12 %
ne	1,47 %	0,00 %	5,88 %	25,00 %	32,35 %	35,29 %	30,88 %

72 % respondentů odpovědělo, že by samotné tělesné postižení (ve smyslu vada) nebylo tím důvodem, proč by s lezcem s tělesným postižením nelezli. Pro 6 respondentů by bylo podmiňující bezpečné zvládnutí jištění a pro jednoho předchozí lezecké zkušenosti člověka s tělesným postižením. Pro 3 dotazované by bylo určující konkrétní tělesné postižení a u dalších 3 náročnost lezecké aktivity, kdy by upřednostňovali bouldering, lezení na umělých stěnách a cvičných skalách. Omezení v podobě nutnosti volit nižší obtížnost výstupu by hrálo roli u 2 dotazovaných. V 1 případě byla odpověď nevim. Kladně odpovědělo 9 respondentů, přičemž důvodem by pro ně bylo následující:

- negativní vliv na psychiku,
- ohrožení bezpečnosti,
- negativní dopad na bezpečnost jištění,
- nedůvěra v podání 100% výkonu lezce s tělesným postižením.

Na otázku, zda by lezení s člověkem s tělesným postižením mohlo být přínosem, odpovědělo 46 respondentů ano, 18 ne a 4 nevim. Obohacení, které tato zkušenost může dle dotazovaných přinést, lze rozdělit do následujících oblastí:

- rozvoj tolerance, trpělivosti a ohleduplnosti,
- lepší pochopení problematiky tělesného postižení,
- motivace ke zlepšení vlastních výkonů,
- vzor pevné vůle a odhodlání,
- hledání nových řešení a přístupů v metodice lezení,
- rozšíření vlastních obzorů,
- vnitřní uspokojení z pomoci člověku s tělesným postižením.

Názory na zapojení lezců s konkrétním postižením horních či dolních končetin je v následujících tabulkách.

Tabulka 11 Lezení s člověkem, který nemá celou paži (n = 68)

	bouldering	umělá stěna	cvičné skály	vícedélkové lezení	bigwall	lezení v horách	lezení v ledu
ano	51,47 %	39,71 %	33,82 %	8,82 %	7,35 %	11,76 %	7,35 %
spíše ano	19,12 %	29,41 %	27,94 %	5,88 %	1,47 %	8,82 %	7,35 %
nevím	5,88 %	10,29 %	13,24 %	22,06 %	17,65 %	16,18 %	22,06 %
spíše ne	11,76 %	11,76 %	11,76 %	20,59 %	25,00 %	22,06 %	20,59 %
ne	11,76 %	8,82 %	13,24 %	42,65 %	48,53 %	41,18 %	42,65 %

Tabulka 12 Lezení s člověkem, který nemá prsty na jedné ruce (n = 68)

	bouldering	umělá stěna	cvičné skály	vícedélkové lezení	bigwall	lezení v horách	lezení v ledu
ano	66,18 %	73,53 %	67,65 %	29,41 %	20,59 %	32,35 %	23,53 %
spíše ano	22,06 %	17,65 %	16,18 %	27,94 %	16,18 %	16,18 %	16,18 %
nevím	4,41 %	5,88 %	10,29 %	11,76 %	23,53 %	19,12 %	25,00 %
spíše ne	5,88 %	0,00 %	2,94 %	10,29 %	17,65 %	11,76 %	14,71 %
ne	1,47 %	2,94 %	2,94 %	20,59 %	22,06 %	20,59 %	20,59 %

Tabulka 13 Lezení s člověkem, který má vývojovou vadu prstů na obou rukou (n = 68)

	bouldering	umělá stěna	cvičné skály	vícedélkové lezení	bigwall	lezení v horách	lezení v ledu
ano	67,65 %	54,41 %	44,12 %	13,24 %	13,24 %	16,18 %	13,24 %
spíše ano	16,18 %	23,53 %	20,59 %	8,82 %	7,35 %	19,12 %	13,24 %
nevím	5,88 %	13,24 %	19,12 %	26,47 %	19,12 %	16,18 %	23,53 %
spíše ne	7,35 %	5,88 %	11,76 %	33,82 %	36,76 %	27,94 %	27,94 %
ne	2,94 %	2,94 %	4,41 %	17,65 %	23,53 %	20,59 %	22,06 %

Tabulka 14 Lezení s člověkem, který má podkolenní amputaci na jedné noze (n = 68)

	bouldering	umělá stěna	cvičné skály	vicedélkové lezení	bigwall	lezení v horách	lezení v ledu
ano	73,53 %	77,94 %	69,12 %	30,88 %	20,59 %	14,71 %	22,06 %
spíše ano	20,59 %	16,18 %	22,06 %	35,29 %	29,41 %	30,88 %	29,41 %
nevím	0,00 %	0,00 %	2,94 %	17,65 %	17,65 %	17,65 %	17,65 %
spíše ne	4,41 %	4,41 %	4,41 %	10,29 %	17,65 %	22,06 %	14,71 %
ne	1,47 %	1,47 %	1,47 %	5,88 %	14,71 %	14,71 %	16,18 %

Tabulka 15 Lezení s člověkem, který má podkolenní amputaci na obou nohou (n = 68)

	bouldering	umělá stěna	cvičné skály	vicedélkové lezení	bigwall	lezení v horách	lezení v ledu
ano	58,82 %	52,94 %	42,65 %	10,29 %	5,88 %	5,88 %	8,82 %
spíše ano	17,65 %	26,47 %	29,41 %	20,59 %	10,29 %	13,24 %	10,29 %
nevím	5,88 %	5,88 %	5,88 %	20,59 %	23,53 %	17,65 %	20,59 %
spíše ne	7,35 %	2,94 %	10,29 %	20,59 %	26,47 %	27,94 %	25,00 %
ne	10,29 %	11,76 %	11,76 %	27,94 %	33,82 %	35,29 %	35,29 %

Tabulka 16 Lezení s člověkem, který má amputovanou nohu nad kolenem (n = 68)

	bouldering	umělá stěna	cvičné skály	vicedélkové lezení	bigwall	lezení v horách	lezení v ledu
ano	70,59 %	69,12 %	52,94 %	13,24 %	11,76 %	8,82 %	16,18 %
spíše ano	14,71 %	20,59 %	25,00 %	22,06 %	11,76 %	14,71 %	8,82 %
nevím	5,88 %	4,41 %	10,29 %	22,06 %	19,12 %	19,12 %	20,59 %
spíše ne	7,35 %	4,41 %	8,82 %	23,53 %	32,35 %	27,94 %	25,00 %
ne	1,47 %	1,47 %	2,94 %	19,12 %	25,00 %	32,35 %	26,47 %

Dle výsledků je patrné, že by respondenti byli ochotni věnovat se s člověkem s tělesným postižením boulderingu, lezení na umělé stěně a na cvičných skalách. U vicedélkového lezení, bigwallu, lezení v horách a v ledu lze až na výjimky sledovat výrazné odmítavé postoje.

DISKUSE

Pohybové aktivity přispívají nejen k socializaci a zlepšení kvality života osob s tělesným postižením, ale mají pozitivní vliv na celou společnost, především v rovině kognitivní, postojové a dovednostní. Během procesu integrace dochází k psychickému, fyzickému a sociálnímu rozvoji všech zainteresovaných. Specifika, které zapojení osob s tělesným postižením do pohybových aktivit přináší, spočívají především v bariérách znesnadňujících samotnou participaci. Kromě těch, které jsou dány charakterem postižení, rozlišujeme také bariéry legislativní, fyzické a mentální (Ješina, 2009). Právě posledně jmenované se může v určité míře projevit i při vykonávání horolezeckých aktivit, které jsou charakteristické komplexním zapojením pohybového aparátu. Z tohoto důvodu je pro mnoho lidí spojení tělesného postižení a horolezectví těžko představitel-

né. Účastníci anketního šetření považují lezení s člověkem s tělesným postižením převážně za přínosné. Výrazným prvkem je zde motivace, kdy to, že člověk s tělesným postižením dokáže prostřednictvím své vůle a odhodlání překonávat těžkosti spojené s přelezením dané lezecké linie, vede ke snaze po zlepšování vlastních výkonů. Zjednodušeně se dá říci: „Když to dokáže on s postižením, proč bych to neměl dokázat já?“ Osobní zkušenost, při níž je často nutné hledat nová řešení, je respondenty označována za východisko pro lepší pochopení problematiky tělesného postižení. Spolu s rozvojem tolerance, trpělivosti a ohleduplnosti je toto možné považovat za cíl výše uvedené integrace.

Horolezectví je v takřka všech svých formách sport, který vyžaduje vysokou míru vzájemné důvěry mezi těmi, kdo jej společně provozují. Případné tělesné postižení jednoho z partnerů na laně je jistě prvkem, který má na celý lezecký podnik výrazný vliv, přičemž ne vždy to musí být v pozitivním směru. Díky tomu nemusí být intaktní lezci společně účastí na horolezeckých aktivitách vždy příznivě nakloněni. Na základě výsledků anketního šetření lze konstatovat, že určujícím prvkem je zejména bezpečnostní hledisko. Z tohoto důvodu preferují lezci bez zdravotního postižení disciplíny, při kterých je míra možného rizika nižší, jako jsou bouldering, lezení na umělé stěně a na cvič-

ných skalách. Vícedélkové lezení, bigwall, lezení v horách a lezení v ledu kladou vyšší nároky na fyzickou zdatnost, psychickou odolnost, metodickou přípravu a schopnost řešit krizové situace svépomocí. Tyto disciplíny jsou také daleko více ovlivněny změnami počasí, které mohou i lehký výstup několikanásobně ztížit. Srovnáme-li odpovědi respondentů se zkušeností a bez zkušenosti s lezením s lidmi s tělesným postižením, zjistíme, že hlavním rozdílem je výrazně vyhraněnější postoj skupiny bez zkušeností. U obou je ovšem možné sledovat tendenci k samostatnému posouzení konkrétního postižení a schopnosti jeho nositele. V případě méně závažného postižení jsou intaktní lezci ochotni věnovat se i náročnějším disciplínám.

Přihlédneme-li k otázce problémů, které mohou při lezení s člověkem s tělesným postižením nastat, lze říci, že si je dotázaní uvědomují v jejich plně šíři, přičemž opět převládají ty, které mají přímý vliv na bezpečnost. Stejně tomu je i v otázce toho, zda by bylo tělesné postižení důvodem pro to, aby s jeho nositelem nelezli. Většina respondentů sice odpověděla záporně, avšak v několika případech byla odpověď kvůli možnému zvýšení rizika a s tím spojené zvýšené psychické náročnosti kladná. Určitou roli zde sehrála i neochota k nutnému přizpůsobení volby obtížnosti lezecké linie.

Každý, kdo se horolezectví věnuje, si musí být vědom svých vlastních limitů, a to nejen fyzických a psychických, ale též těch, které určuje míra zkušeností a úroveň praktických dovedností spojených s metodickými postupy. Přecenit své možnosti a ohrozit tak sebe i své spolulezce může kdokoli. Při volbě konkrétní formy horolezectví a obtížnosti dané linie by tyto faktory měly být určující v každém případě.

ZÁVĚR

Hlavním cílem bylo zjistit, jak lezci bez zdravotního postižení vnímají společnou účast na horolezeckých aktivitách s lidmi s tělesným postižením. Dílčím cílem bylo zmapovat míru zkušeností, které mají lezci bez zdravotního postižení s lezením s lidmi s tělesným postižením. Oba tyto cíle se podařilo splnit na základě vyhodnocení dat získaných anketním šetřením.

Výzkumná otázka 1: Jaké zkušenosti mají osoby, které se horolezectví věnují, s lezením s lidmi s tělesným postižením?

Anketním šetřením bylo zjištěno, že s lidmi s tělesným postižením lezlo 11 ze 79 respondentů (14%), přičemž v 6 případech se jednalo o postižení horní končetiny a v 5 o postižení dolní končetiny. Nejčastěji provozovanou formou horolezectví bylo lezení na cvičných skalách (37%) následované lezením na umělé stěně (27%), vícedélkovým lezením (18%), lezením

v horách a boulderingem (shodně 9%). Během lezení respondenti tělesné postižení svého partnera vnímali jako handicap pouze ve 2 případech, v jednom velmi omezeně a v jednom pouze na počátku. Problém v podobě nutnosti zohlednit obtížnost vybrané lezecké linie uvádějí 2 dotázaní. V jednom případě byl pro přípravu jistění nutný delší čas, než je obvyklé. Změnu ve vlastním postoji k lezení s lidmi s tělesným postižením uvádí 6 respondentů, z toho u 5 to bylo v pozitivním směru a u jednoho v negativním. Ve 4 případech ke změně nedošlo, v jednom se změnil postoj ke konkrétnímu člověku.

Výzkumná otázka 2: Jaká odvětví horolezectví jsou podle osob, které se mu věnují, vhodná pro lidi s tělesným postižením?

Respondenti, kteří mají osobní zkušenost, považují v případě postižení horní končetiny za vhodné lezení na umělé stěně a cvičných skalách, za spíše vhodné lezení v horách. Při postižení dolní končetiny označují jako vhodné lezení na umělé stěně a cvičných skalách, jako spíše vhodné bouldering a vícedélkové lezení.

Respondenti, kteří vlastní zkušenost nemají, považují při postižení horní končetiny za spíše vhodné lezení na umělé stěně a cvičných skalách. V případě postižení dolní končetiny označují jako vhodné lezení na umělé stěně a za spíše vhodné lezení na cvičných skalách a bouldering

Výzkumná otázka 3: Jaké formy horolezectví preferují osoby bez zdravotního postižení vzhledem ke společné účasti s lidmi s tělesným postižením?

Bez ohledu na to, zda měli respondenti osobní zkušenost s lezením s člověkem s tělesným postižením či ne, preferovali shodně bouldering, lezení na umělé stěně a na cvičných skalách. Dalším disciplínám by byli ochotni se věnovat pouze s ohledem na závažnost tělesného postižení partnera.

Výzkumná otázka 4: Jaké problémy může podle osob, které se horolezectví věnují, přinášet lezení s lidmi s tělesným postižením?

- eventuelní přecenění schopností a možností,
- nutnost pečlivějšího plánování lezeckého podniku,
- nutnost přizpůsobit zvolenou lezeckou linii postižení partnera,
- nutnost využití kompenzačních pomůcek,
- problém v manipulaci s lezeckým materiálem, obzvláště při jistění či záchranných technikách,
- zvýšení bezpečnostních rizik během vícedélkového lezení a lezení v horách v důsledku možného pomalejšího postupu,
- omezení flexibility reakcí na nepředvídatelnou situaci.

Výzkumná otázka 5: Jaké důvody považují osoby věnující se horolezectví za natolik závažné, aby kvůli nim nelezli s lidmi s tělesným postižením?

- negativní vliv na psychiku,
- ohrožení bezpečnosti,
- nedůvěra v podání 100% výkonu lezce s tělesným postižením,
- nutnost volit nižší obtížnost lezecké cesty.

Výzkumná otázka 6: Jaký přínos může mít dle osob, které se horolezectví věnují, lezení s lidmi s tělesným postižením?

- rozvoj tolerance, trpělivosti a ohleduplnosti,
- lepší pochopení problematiky tělesného postižení,
- motivace ke zlepšení vlastních výkonů,
- vzor pevné vůle a odhodlání,
- hledání nových řešení a přístupů v metodice lezení,
- rozšíření vlastních obzorů,
- vnitřní uspokojení z pomoci člověku s tělesným postižením.

REFERENČNÍ SEZNAM

Campos, M., J., Ferreira, J., P., & Block, M. (2013). An analysis into the structure, validity and reliability of the children's attitudes towards integrated physical education-refised (CAIPE-R). *European Journal of Adapted Physical Activity*, 6(2), 29–37.

Frank, T., Kublák, T., et al. (2007). *Horolezecká abeceda*. Praha: Epoque.

Hrouda, T., & Rybová, L. (2010). Sport v životní dráze člověka s tělesným postižením. *Aplikované pohybové aktivity v teorii a praxi*, 1(2), 56–61.

Ješina, O. (2009). Osoby se speciálními potřebami. In Kalman, M., Hamřík, Z., & Pavelka, J. (2009). *Podpora pohybové aktivity pro odbornou veřejnost* (104–110). Olomouc: ORE-institut.

Kudláček, M. (2008). Inclusion of children with physical disabilities in physical education, recreation and sport. Olomouc: UP v Olomouci.

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.

Lienierth, R., & Baláš J. (2011). *Výuka lezení na ZŠ a SŠ – umělé horolezecké stěny*. Brno: Masarykova Univerzita.

Michalík, J., et al. (2011). *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál.

Pastorek, D. (2015). Specifika organizace a realizace pobytu v otevřené krajině se zaměřením na horolezení pro osoby se zrakovým postižením. Diplomová práce, Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta tělesné kultury, Olomouc.

Musálek, P. (2010). Specifika lezení na umělé stěně žáků s tělesným postižením. Bakalářská práce, Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta tělesné kultury, Olomouc.

Novosád, L. (2011). *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita*. Praha: Portál.

Papaioannou, Ch., Evaggelinou, Ch., Barkoukis, V., & Block, M. (2013). Disagility awareness program in a summer camp. *European Journal of Adapted Physical Activity*, 6(2), 19–28.

Rotman, I., Machold, P., & Voborníková, J. (2002) *Základy zdravotní péče pro instruktory horolezectví*. Lékařská komise Českého horolezeckého svazu a Společnost horské medicíny: Praha.

Titl, Z., Amr, Z., & Ješina, O. (2011). Vliv sportovních aktivit na kvalitu života osob s transfemorální amputací. *Aplikované pohybové aktivity v teorii a praxi*, 2(1), 61–67.

Štěrbová, D. (2011). Přístup k odstraňování bariér: integrace/inkluze nejen v aplikovaných pohybových aktivitách. *Aplikované pohybové aktivity v teorii a praxi*, 2(2), 41–45.

Vitková, M. (2006). *Somatopedické aspekty*. (2nd ed.). Brno: Paido.

Vomáčko, S., Boštíková, S. (2008). *Lezení na umělých stěnách*. (2nd ed.). Praha: Grada.

Winter, S. (2007). *Sportovní lezení*. (2nd ed.). (L. Česenková, Trans.). České Budějovice: KOPP.

Yang, L., Kudláček, M., & Ješina, O. (2010). The influence of Paralympic School Day on children's attitudes towards people with disabilities, *Acta Universitatis Palackianae Olomucensis. Gymnica*, 40(2), 63–69.

Vliv půlroční pohybové intervence a nutriční edukace na redukci hmotnosti u jedinců po poškození míchy

E. Jarošová^{1,2}, J. Vařeková¹, J. Pokuta^{1,2}, M. Panáčková¹

¹UK FTVS, Praha, ²Centrum Paraple, Praha

ABSTRAKT

Východiska: U jedinců po poškození míchy v důsledku pohybového omezení dochází k výraznému snížení objemu pravidelné pohybové aktivity, riziku různých sekundárních postižení i značné psychické zátěži. Negativní změny v životním stylu činí tuto skupinu vysoce náchylnou k rozvoji obezity, která má na kvalitu života jedince řadu dalších sekundárních negativních důsledků, ať již v rovině zdravotní, psychické či sociální. U jedinců po transverzální míšní lézi (TML) se k běžným důsledkům obezity přidávají navíc komplikace specifické: zhoršení sebeobsluhy, zvýšené riziko dekubitů, omezení možnosti používat některé pomůcky, přetížení ramenních kloubů aj.

Cíle: Cílem práce bylo zjistit vliv půlročního intervenčního programu zaměřeného na pohybovou aktivitu a změnu stravovacích návyků na tělesné složení u vybrané skupiny osob po poškození míchy.

Metodika: Výzkumný soubor tvořili 4 muži ve věku 35–50 let po poškození míchy v segmentu Th8–Th12 s nadváhou (BMI v rozmezí 25,0–29,9). Program byl zahájen individuálním sestavením plánu pohybové intervence a dvoutýdenním zacvičením pod dohledem sportovního terapeuta a pokračoval cvičením v domácím prostředí. Současně proběhla individuální nutriční edukace. Antropometrické charakteristiky i testové výsledky byly vyhodnoceny základní deskriptivní statistikou (průměr ± směrodatná odchylka).

Výsledky: U všech probandů došlo ke snížení celkové tělesné hmotnosti, a to v průměru o 8 ± 3 kg a ke snížení celkového tělesného tuku (z 33 ± 5 % na 27 ± 3 %). Procento tukuprosté hmoty se snížilo u 50 % jedinců a u 50 % jedinců se zvýšilo. U probandů bylo zjištěno nižší procento celkové tělesné vody (50 % celkové tělesné hmotnosti) oproti normám pro zdravou populaci (55–65 %). Výrazně se od norem zdravé populace lišil naměřený podíl intracelulární tekutiny (25 % oproti 40 % dle normy) a poměr intracelulární a extracelulární tekutiny, který u testovaného souboru byl téměř 1 : 1 (oproti fyziologickým hodnotám 2 : 1). Bazální metabolismus se u 75 % probandů snížil.

Závěr: Změnou dietního a pohybového režimu lze u osob po poškození míchy pozitivně ovlivnit zvýšenou hmotnost i procento tělesného tuku. Edukační programy zaměřené na zdravý životní styl by měly být vždy součástí komprehenzivní rehabilitace jedinců po TML. Měly by obsahovat individuální nastavení plánu pohybové aktivity sportovním terapeutem a dietní doporučení včetně sestavení jídelníčku nutričním terapeutem. Při vymezení kategorií nadváhy a obezity podle hodnot BMI doporučujeme využívat upravených hodnot pro jedince pro TML.

Klíčová slova: pohybová aktivita, nutriční edukace, poranění míchy, nadváha, redukce hmotnosti, edukace.

ÚVOD

Každoročně přibude v ČR kolem 300 osob s transverzální míšní lézí (TML). Nejčastější příčinou TML jsou dopravní nehody, skoky do vody, pády z výšek a sportovní úrazy. Pokud je TML kompletní, jedná se o tzv. tetraplegii (úplné ochrnutí dolních a horních končetin) nebo paraplegii (úplné ochrnutí dolních končetin). V případě inkompletní TML se jedná o tetraparézu (částečné ochrnutí dolních a horních končetin) nebo paraparézu (částečné ochrnutí dolních končetin) (Faltýnková, 1997). Poranění míchy v oblasti hrudní a bederní páteře vede ke ztrátě volní hybnosti dolních končetin a části trupu, poranění míchy v oblasti krční páteře vede ke ztrátě volní hybnosti horních a dolních

končetin a téměř celého trupu. Osoby s takovým poraněním jsou následně doživotně upoutány na invalidní vozík a potýkají se s celou řadou dalších komplikací (neurologické, urologické, dermatologické aj.).

Až u dvou třetin jedinců po TML dochází po úrazu také k rozvoji obezity (Gater, 2007). Závěry různých studií prokázaly zvýšený výskyt nadváhy a obezity u různých skupin jedinců po TML (veteráni, jedinci s odlišnou dobou po poškození míchy aj.). De Groot, Post, Posma, Sluis a van der Woude (2010) uvádějí, že BMI je vyšší u mužů (oproti ženám), paraplegikům (oproti tetraplegikům), u jedinců vyššího věku a jedincům s delší dobou od úrazu. Nárůst hmotnosti je jedním z faktorů, který ovlivňuje rehabilitaci,

soběstačnost, návrat do zaměstnání, návrat do běžného života (Jesenský, 1995; Gupta, 2006).

Příčiny obezity u jedinců po TML

Ztrátou volní hybnosti kosterních svalů dochází u osob po poranění míchy ke snížení energetické potřeby jejich těla. Snížení bazálního metabolismu po poškození míchy je potřeba přizpůsobit i stravovací návyky (pravidelná vyvážená strava a snížení množství přijímané energie), což však v praxi řada jedinců nedodrží, a tak po úrazu postupně u většiny z nich dochází k nárůstu hmotnosti až obezitě (Grater, 2007). U jedinců se ztrátou hybnosti horních končetin je stravování navíc ztíženo nemožností přípravy jídla a sebe-sycení, a tak se tyto jedinci stávají v této oblasti plně závislími na rodinných příslušnících a ošetřujících osobách. Může zde docházet k patologickým nutričně-sociálním vzorcům, kdy rodina (maminky, babičky) nabízí jedinci s TML neadekvátně vysoce kalorické (sladké, tučné) potraviny.

Jedinci po TML také často preferují pasivní životní styl a nezahrnou do svého denního režimu dostatek pohybových aktivit. Špatné stravovací návyky spolu se sníženou možností pohybu vedou u lidí po poranění míchy k postupnému nárůstu hmotnosti.

Velice významná v celém procesu je role psychiky. Ta ovlivňuje zásadním způsobem celý proces životní správy. Riziko, že dojde k nepříznivému vývoji psychického stavu či dokonce psychickému poškození, je značné (Kábrtová, 2005). Jedinci s vyšší psychickou odolností, vyšší mírou optimismu a odhodlání mají větší tendenci po úrazu usilovat o návrat k pohybovým, společenským i pracovním aktivitám.

V této souvislosti Kudláček a Ješina (2013) zmiňují termín Health Related Quality of Life, tedy kvalita života ovlivněná zdravím. U jedinců po TML se jako důležité faktory psychického zvládnutí situace uplatňují výše léze (a tedy tíže postižení), typ osobnosti jedince, sociální zázemí, přítomnost sekundárních komplikací, pohybový režim před úrazem a adherence k pohybovým aktivitám po úrazu.

Důsledky obezity u jedinců po TML

Zvýšená tělesná hmotnost má celou řadu negativních důsledků. Ty se projevují jak v rovině zdravotní,

tak v rovině psychické i sociální (Gater, 2007). Jedná se zejména o zvýšený výskyt kardiovaskulárních onemocnění (infarkt myokardu, hypertenze, angina pectoris), respiračních komplikací (dušnost, spánková apnoe), obtíží pohybového systému (osteoartritida), riziko rozvoje metabolických onemocnění (diabetes mellitus, inzulinová rezistence, dyslipidémie, hyperurikémie) a vzniku některých nádorových onemocnění (karcinom plic, kolorektální a ovariální karcinom) aj. (Gater, 2007; de Groot, Post, Posma, Sluis, van der Woude, 2010; de Groot, Post, Hoekstra, Valent, Faber, van der Woude, 2014; Goosey-Tolfrey, 2010).

Kromě negativních důsledků, které má obezita pro běžnou populaci, jsou u jedinců po TML některá rizika specifická. Obezita u nich zvyšuje riziko snížení soběstačnosti a zvýšení závislosti na pomoci okolí při přesunech (z lůžka na vozík, z vozíku do auta) a sebe-obsluhy (hygieně, oblékání). Nárůst množství podkožního tuku má velké množství praktických dopadů:

- Snižuje se rozsah pohybu v kloubech a jedinec po TML se tak stává neobratným i při běžných denních aktivitách.
- Při zvětšení obvodu pasu a boků vozíčkáři musí následně měnit nejen šatník, ale také svůj invalidní vozík. Nevhodný („těsný“) vozík zvyšuje riziko otlaků na různých částech těla.
- Vyšší hmotnost může být omezením i pro používání dalších pomůcek z důvodu jejich omezené nosnosti.
- Obezita přetěžuje pohybový systém (je nutné vynakládat větší námahu na přesuny větší hmotnosti) a důsledkem toho dochází k poškozování různých tkání pohybového aparátu. Zatímco u běžné populace se to projevuje především poškozením nosných kloubů končetin a páteře, u jedinců po TML trpí zejména klouby ramenní (Eriks-Hoogland, de Groot, Snoek, Stucki, Post a van der Woude, 2016).

Režimová opatření v prevenci obezity u jedinců po TML

Je celá řada věcí, kterým jedinci po TML musí oproti zdravé populaci dlouhodobě věnovat pozornost a zvláštní péči (pohybová rehabilitace, péče o kůži, vylučování aj.) Neměla by však být zanedbaná ani pozornost věnovaná zdravému životnímu stylu, který se

Tabulka 1 Hlavní faktory ovlivňující nárůst tělesné hmotnosti u jedinců po TML

Snížení výdeje energie	Zvýšení příjmu energie - ovlivnitelné
snížení bazálního metabolismu v důsledku ztráty volní hybnosti značného množství kosterních svalů - nelze ovlivnit	v důsledku zhoršení možnosti uvařit si vyváženou dietní stravu a preference méně vhodných potravin
snížení energetického výdeje v důsledku preference pasivního životního stylu a nedostatečného množství pohybové aktivity - lze ovlivnit	v důsledku psychického stresu a dostupnosti jeho uspokojení skrze vysoce kalorické potraviny - ať již kupované či věnované rodinou jako forma „sociální podpory“ (čokoláda, alkohol)

musí přizpůsobit změněným okolnostem. Různí autoři (de Groot, Post, Hoekstra, Valent, Faber, van der Woude, 2014; Riegerová, Přidalová, M., Ulbrichová 2006; Gater, 2007) zdůrazňují, že v následné rehabilitaci po TML musí být tedy velká pozornost věnovaná:

- monitorování BMI,
- příjmu potravy a
- objemu pohybové aktivity.

Gater (2007) uvádí, že ačkoli není k dispozici dostatek studií zaměřených speciálně na stravovací doporučení pro jedince po TML, v základních principech lze vycházet z guidelines pro běžnou populaci Dietary Guidelines of America (Gater, 2007; Lucas & Blyler, 1997).

Jako vhodnou nutriční intervenci lze doporučit respektování základních zásad: jíst pravidelně 5× denně a upravit skladbu jídel tak, aby jídla byla zdravá a lehká. V jídelníčku musí být zařazeno dostatečné množství čerstvého ovoce a zeleniny. Je nezbytné dodržovat také pitný režim. Jako nápoj je vhodná především čistá voda. Je vhodné omezit pití kávy a alkoholu. Alkohol obsahuje tzv. „prázdné kalorie“, a tedy znamená zbytečný kalorický příjem bez nutriční hodnoty. Redukce hmotnosti prostřednictvím drastických diet zaměřených na rychlý pokles hmotnosti je rozhodně nevhodná, neboť při ní dochází k významnému poklesu svalové hmoty. To ve svém důsledku způsobí i další pokles bazálního metabolismu a do budoucna znevýhodňuje jedince při udržování rovnováhy mezi příjmem a výdejem energie (Gater, 2007).

Edukace pohybové aktivity hraje zásadní roli. Plán pohybové aktivity musí respektovat odborná doporučení a teprve pak můžeme očekávat žádoucí pozitivní výsledky.

V důsledku pravidelné pohybové aktivity nicméně dochází ke zlepšení mnoha dalších parametrů. Rámcově je můžeme dělit na odezvy v oblasti funkce pohybového systému (prevence funkčních poruch, zvýšení koordinace, síly, vytrvalosti), metabolické odezvy (snížení hmotnosti, změny lipidového spektra), vliv na psychiku (zmírnění stavů únavy a deprese, podpora „well being“, pozitivní změny režimu spánku–bdění) aj. Pravidelná pohybová aktivita má pozitivní vliv také na prevenci stárnutí a kognitivní funkce, jako je pozornost, myšlení, vnímání, paměť, představivost a řeč (Vařeková & Dařová, 2014).

U každého jedince po TML je tedy vhodné nastavit individuální plán pohybové aktivity. Za optimální se považuje u osob s poškozením míchy cvičení (pohybová aktivita) prováděné 2–3krát týdně střední až submaximální intenzitou po dobu 20–60 minut (Haluzík, 2015), někteří autoři však doporučují dávky i podstatně vyšší (60–90 min/d) (Gater, 2007). To je ovšem cíl, ke kterému je možné dojít i postupně během několika týdnů. Jako cvičební jednotku chápeme různé formy pohybové aktivity (tedy i zdravotní cvičení, posilování) (Vetkasov, Hošková, Sobotková 2014), nicméně pro redukci obezity a zvýšení fyzické kondice má největší význam aerobní aktivita střední intenzity. Sem lze zařadit např. jízdu na vozíku, handbike, treňažery (handbike, veslování), tanec, dostupné sporty v přírodě apod. (Gater, 2007).

Nastavený plán pohybové aktivity se nepodaří vždy plně udržet, nicméně je třeba si uvědomit, že jakékoli zvýšení objemu pohybové aktivity je lepší nežli aktivita žádná. Na doporučený objem pohybové aktivity se jedinec postupně adaptuje. Při nastavení příliš vysokých dávek PA na začátku tréninku může množství negativních subjektivních pocitů odradit jedince od pokračování. Mezi tyto průvodní jevy patří únava při i po zátěži, bolesti svalů při i po zátěži (DOMS – delayed onset muscle soreness), dušnost a jejich přítomnost může mít významný podíl na předčasném ukončení tréninku. Při dlouhodobém udržení pohybového plánu tyto negativní pocity postupně ustupují a naopak dochází k vyplavování endorfinů a zlepšení celkového pozitivního nastavení – well being. Jedince tedy motivujeme a podporujeme v adherenci k pohybové aktivitě a překonání počátečních obtíží. Vhodnou součástí ucelené rehabilitace jsou edukační programy (Vařeková, 2001).

Studie ukazují, že bezprostředně po tréninku nelze prokázat žádné pozitivní změny v tělesném složení a k prokazatelným změnám dochází až po 4 týdnech pravidelné aerobní zátěže (Bajič, Ponorac, Raseta, Bajič, 2013). Za dobu 6–12 týdnů jsou již jasně průkazné výsledky, že program zvyšuje vytrvalost a svalovou sílu, má vliv na tělesné složení a snižuje riziko kardiovaskulárních onemocnění (Hicks et al. 2011, Duran, Lugo, Ramirez, Eusse, 2001; 1998; Le Foll-de Moro, Tordi, Lonsdorfer, Lonsdorfer, 2005).

Tabulka 2 Účinky pohybové aktivity v čase (Haluzík, 2015, s. 48)

Krátkodobé změny (min., hod., dny)	glykemie, krevní tlak (u většiny hypertoniků reaguje fyziologicky poklesem po cvičení)
Střednědobé (týdny)	obvod pasu, snížení procent tukové tkáně, zlepšení tolerance zátěže (subjektivního vnímání)
Dlouhodobé (měsíce)	zvýšení fyzické zdatnosti, snížení hmotnosti, dlouhodobá kompenzace DM, úprava lipidového spektra, zlepšení tzv. well-being (především u jedinců se sportovní anamnézou)

Při pohybové aktivitě vozíčkářů nesmíme zapomenout na komplexnost problematiky spinálních lézí a věnovat pozornost dílčím specifickým tématům: péče o kůži (např. prevence dekubitů, ochrana před sluncem při pobytu v přírodě), prevence prochlazení, dehydratace, poranění, urologických infekcí aj. U jedinců s vyšším rizikem interních komplikací (vyšší věk, obezita, diabetes mellitus, hypertenze) je vhodné před zahájením řízené pohybové intervence zajistit lékařské vyšetření.

Sociálně rehabilitační programy v Centru Paraple

Předkládané výzkumné šetření bylo realizováno ve spolupráci Centra Paraple a Fakulty tělesné výchovy a sportu Univerzity Karlovy.

Centrum Paraple vzniklo v roce 1994 a jedná se o obecně prospěšnou společnost zaměřenou na ucelenou rehabilitaci lidí s poškozením míchy následkem úrazu nebo onemocnění v průběhu života a jejich rodiny. Hlavním cílem je umožnit návrat jedinců po TML do plného života. Za tím účelem jsou v Centru Paraple poskytovány poradenské a sociálně rehabilitační služby, které jsou ambulantní i pobytové. Dále je realizováno velké množství aktivit, které jsou zaměřené jednak na samotné vozíčkáře a jejich rodiny, ale také na širokou veřejnost (šíření informací o problematice).

Sociálně rehabilitační programy Centra Paraple jsou zaměřeny na zlepšení fyzické a psychické kondice a dosažení co možná nejvyšší míry soběstačnosti. Jsou realizovány ve dvou formách:

- *Intenzivní sociálně rehabilitační program* je určen novým klientům (do 1 roku od prvního využití služeb Centra Paraple), kteří jsou krátce po úrazu či onemocnění, jehož následkem je poškození míchy.
- *Rekondiční sociálně rehabilitační program* je určen jako navazující služba pro klienty, kteří již absolvovali intenzivní sociálně-rehabilitační program v Centru Paraple.

Dále jsou v Centru nabízeny specificky zaměřené poradenské programy. Jedná se např. o kurzy a semináře zaměřené na zdravý životní styl, kondiční trénink v posilovně, rodičovství vozíčkářů, výtvarné a sportovní kurzy aj. Také je zde k dispozici půjčovna pomůcek a servis vozíků. Na programech se podílí multidisciplinární tým ve složení: zdravotnický personál, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, sociální pracovníci, psychologové, sportovní a nutriční terapeuti.

Nutriční a pohybová edukace v Centru Paraple

Jak již bylo uvedeno, jedinci po TML jsou výrazně ohroženou skupinou, co se týče rozvoje obezity a následných závažných komplikací, a je tedy žádoucí, aby v ucelené rehabilitaci byla této problematice věnována dostatečná pozornost. V Centru Paraple je v tomto

směru prováděna systematická edukace, a to v následujících formách:

- teoretické informace (individuální poradenství, semináře, publikace),
- praktické seznámení s doporučenými postupy a vhodnými formami self-monitoringu,
- motivace a podpora v adhezenci k navrženým režimovým opatřením.

Na sestavení jídelníčku a dalších aspektech se podílejí nutriční terapeuti.

Na doporučení vhodné pohybové aktivity, sestavení kondičního plánu, podrobného vysvětlení a praktickém zácvičku se podílejí sportovní terapeuti. Centrum Paraple má celkem tři sportovní terapeuti, kteří zajišťují chod úseku sportu. Na činnosti se podílejí i další pracovníci centra a dobrovolníci (studenti lékařských fakult a Fakulty tělesné výchovy a sportu). Přímou v centru je k dispozici tělocvična a speciálně vybavená posilovna. Některé sporty je nezbytné realizovat mimo Centrum Paraple a pronajímat externí sportoviště. Několikrát za rok se konají sportovní kurzy (vodácké, lyžařské aj.).

METODIKA

V rámci empiricko-teoretické studie byl sledován vliv pohybové aktivity a změny stravovacích návyků na tělesné složení u osob po poškození míchy. Byl hodnocen vliv šestiměsíční individuálně nastavené pohybové intervence a nutriční edukace na tělesné složení u osob po poškození míchy. Výzkumný soubor tvořili 4 osoby po poškození míchy mužského pohlaví ve věku 35–50 let, výška poranění segmentu Th8–Th12, BMI v rozmezí 25,0–29,9 (nadváha). Jednalo se o záměrný výběr z 25členné skupiny účastníků kurzu Zdravého životního stylu. Cílem práce bylo zjistit, zda u vybrané skupiny osob dojde po půlroční intervenci ke změně tělesného složení, zejména pak ke změně procenta tělesného tuku, svalové složky a vody v organismu.

Na základě vstupních dat byl každému účastníkovi připraven podrobný individuální pohybový program i individuální stravovací režim na následujících 14 dnů strávených pod odborným dohledem pracovníků Centra Paraple. Po ukončení kurzu dostal každý jedinec přesná výživová i pohybová doporučení na následující intervenci doma. Klienti docházeli pravidelně na kontroly a osobní konzultace.

V rámci experimentu jsme využili pro stanovení tělesného složení u osob po poranění míchy hodnocení pomocí bioimpedance (BIA) – na měření jsme využili zařízení Bodystat QuadScan 4000. Pomocí BIA byl sledován objem celkové tělesné vody (TBW – total body water) a její distribuce, poměr ECM/BCM (ex-

tracellular mass / body cell mass), množství FFM (fat free mass) – jako předpoklad pro pohybovou a pracovní zátěž osob po poranění míchy. V rámci výzkumu byly použity predikční rovnice platné pro českou populaci odpovídajícího věku. Parametry tělesného složení byly zjišťovány vleže pomocí bioimpedanční metody v tetrapolární konfiguraci elektrod v místech doporučených výrobcem – B.I.A. 2000M Datainput, SRN. Predikční rovnice byly stejné jako pro zdravou populaci. Antropometrické charakteristiky i testové výsledky byly vyhodnoceny základní deskriptivní statistikou (průměr \pm směrodatná odchylka). Významnost rozdílů mezi parametry tělesného složení byla vyhodnocena párovým t-testem, který slouží k porovnání středních hodnot mezi prvním a druhým měřením u téhož výzkumného souboru. Za významné byly považovány rozdíly na hladině $p < 0,05$.

VÝSLEDKY

Zpracováním a následným vyhodnocením naměřených dat byly zjištěny následující změny v tělesném složení po půlroční intervenci u osob po poškození míchy: u všech probandů došlo ke snížení celkové tělesné hmotnosti v průměru o 8 ± 3 kg, k statisticky významnému ($p < 0,01$) snížení celkového tělesného tuku (z $33 \pm 5\%$ na $27 \pm 3\%$), k mírným změnám v tukuprosté hmotě (u poloviny probandů došlo ke snížení a u druhé poloviny ke zvýšení tukuprosté hmoty).

Průměrné hodnoty celkové tělesné vody se u 50% probandů zvýšily a u 50% snížily. Ke stejným změnám došlo i u intracelulární tekutiny, kdy jsme zaznamenaly mírný nárůst hodnot z 29 ± 4 litry na 31 ± 2 litry (avšak k nárůstu došlo pouze u 50% probandů). Hodnoty extracelulární tekutiny se u 85% probandů mírně snížily a celkově jsme tedy zaznamenaly změnu z 27 ± 5 litrů na 26 ± 3 litry. Celkové rozložení intracelulární a extracelulární tekutiny bylo téměř 1 : 1 (oproti fyziologickým hodnotám 2 : 1, bazální metabolismus se u 75% probandů snížil).

Tělesný tuk

Průměrná hodnota celkového procenta tělesného tuku naměřeného před začátkem intervenčního programu se u probandů pohybuje kolem $33 \pm 5\%$. Průměrná hodnota celkového tělesného tuku naměřeného po půlroční intervenci se pohybuje kolem $27 \pm 3\%$.

Je tedy patrné, že u vybraného měřeného souboru došlo po půlročním intervenčním programu ke snížení celkového tělesného tuku (Graf 1).

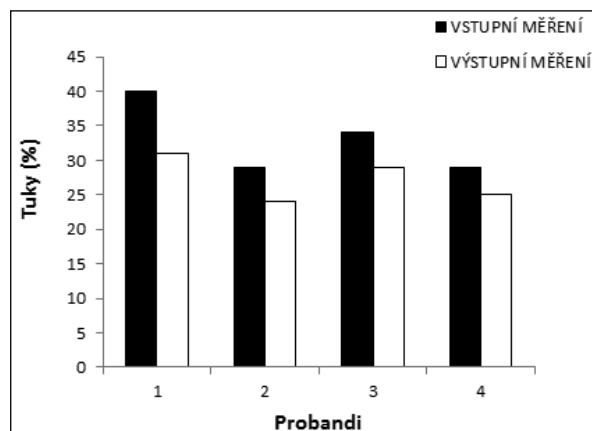
Celková tělesná voda

Průměrná hodnota celkové tělesné vody 56 ± 9 litrů naměřená před intervencí se vzhledem k hodnotám

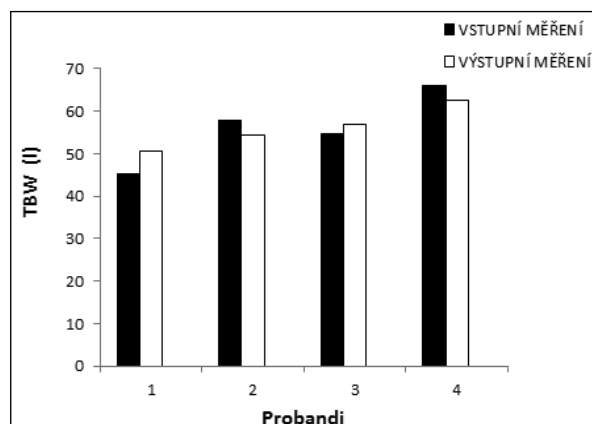
naměřeným po intervenci výrazně nezměnila, jelikož u dvou probandů došlo k mírnému poklesu celkové vody (proband č. 2 a č. 4), u dvou probandů naopak k mírnému nárůstu celkové vody (proband č. 1 a č. 3) (Graf 2).

Průměrná hmotnost probandů (naměřená před intervencí) byla 113 ± 10 kg a průměrná hodnota celkové tělesné vody (před intervencí) 56 ± 9 litrů, znamená to, že průměrné hodnoty celkové tělesné vody před intervencí se v procentech pohybují okolo 50%.

Graf 1 Změna procent tuku u vybraného výzkumného souboru před a po intervenčním programu



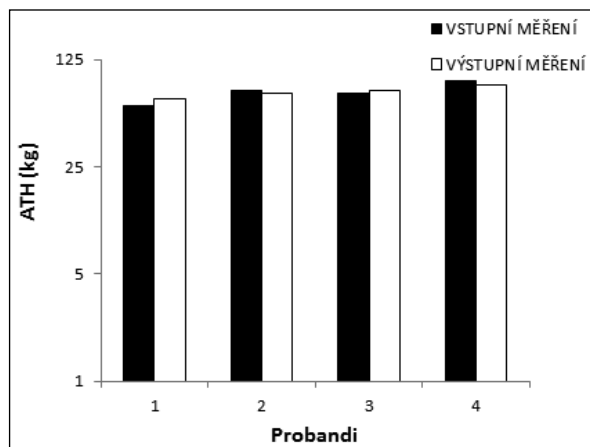
Graf 2 Změna objemu celkové vody u vybraného výzkumného souboru před a po intervenčním programu



Tukuprostá hmotnost

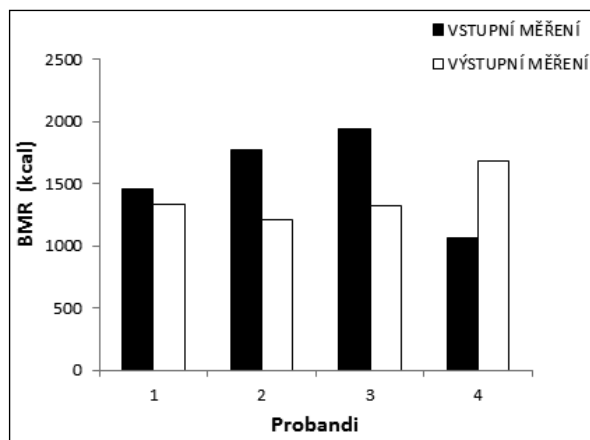
U výzkumného souboru se tukuprostá hmotnost naměřená před intervenčním programem pohybovala okolo 76 ± 12 kg. Hodnoty naměřené po ukončení intervenčního programu se pohybovaly okolo 77 ± 7 kg.

Jak lze vyčíst z Grafu 3, u dvou z probandů došlo k mírnému poklesu těchto hodnot (proband č. 2 a č. 4), u druhých dvou byl naopak zaznamenán mírný nárůst hodnot (proband č. 1 a č. 3).

Graf 3 Změna tukuprosté hmoty u vybraného výzkumného souboru před a po intervenčním programu

Bazální metabolismus

U tří probandů (75 %) došlo vlivem půlroční pohybové a stravovací intervence ke snížení bazálního metabolismu. Pouze u jednoho probanda (č. 4) došlo ke zvýšení jeho bazálního metabolismu. Jeho vstupní hodnoty však byly oproti ostatním probandům nízké.

Graf 4 Změna bazálního metabolismu u vybraného výzkumného souboru před a po intervenčním programu

DISKUZE

Obyvatelé vyspělých západních zemí se v posledních dekádách potýkají s epidemií obezity a jejími následky. Zdá se, že jedinci po transverzální míšní lézi jsou obezitou ohroženi ještě více, nežli průměrná populace (Gater, 2007). Stejný autor předkládá data z jedenácti dříve publikovaných studií a shrnuje, že lze předpokládat výskyt obezity u více než dvou třetin jedinců po TML. Odlišnosti v interpretaci závěrů některých studií mohou být způsobeny přístupem k hodnocení BMI. Příkladem může být retrospektivní studie, kterou v roce 2001 prováděli Weaver a kol.

(2007) u 7 959 válečných veteránů po TML, kteří byli z různých důvodů hospitalizováni ve Veterans Affairs (VA) hospitals. Byla shromážděna a analyzována klinická data: výška, váha a krevní tlak, která jsou významnými faktory při rozvoji kardiovaskulárních onemocnění. Nadváha (BMI 25,0–29,9) byla zaznamenána u 33 % z nich. Autoři nicméně vyvozují, že BMI u osob po TML by mělo být upraveno (tj. snížení hranice nadváhy a obezity) vzhledem k přítomné atrofii svalové tkáně, která výsledky zkresluje. Při upravení hodnot byla zaznamenána nadváha (BMI 23–27) u 37 % a obezita (BMI 28+) u 31 % jedinců. To v součtu znamená 68 % jedinců s BMI vyšším než 23. Riziko obezity bylo vyšší u bělochů, paraplegiků a u jedinců vyššího věku. Riziko zvýšeného krevního tlaku bylo vyšší u jedinců černé rasy, vyššího věku a obézních.

Závěry zajímavé longitudinální studie zveřejnili Hatchett, Mulroy, Eberly, Haubert a Requejo v roce 2016. Po tři roky sledovali skupinu 222 jedinců s paraplegií v rozmezí 2–20 let po TML (průměrný věk skupiny 34 let, průměrně 8,7 let po TML). U 23 % sledovaných byla zjištěna nadváha a u 44 % obezita. V průběhu 3 let vzrostl BMI průměrně o 0,46 kg/m². K závěrům studie patřilo, že čím kratší vzdálenost jedinci během dne ujeli (nižší objem pohybové aktivity), tím větší byl nárůst hmotnosti. Čím vyšší byla tělesná hmotnost při pohybové aktivitě, tím rostlo riziko přetížení a poškození ramenních kloubů. De Groot, Post, Posma, Sluis, van der Woude (2010) sledovali skupinu 184 jedinců po TML v období 5 let po úrazu. Prokázali, že v průběhu těchto pěti let došlo u zkoumané skupiny k významnému nárůstu BMI. Riziko obezity bylo vyšší u mužů, paraplegiků a jedinců vyššího věku (průměrně byl zaznamenán nárůst BMI o 1 kg/m² na každou dekádu věku probandů). Naopak nižší bylo u žen, tetraplegiků a mladších jedinců.

Přítomnost nadváhy a obezity jsou jednoznačně rizikovými faktory při rozvoji řady sekundárních komplikací a onemocnění. Je prokázána přímá souvislost mezi obezitou a zvýšeným krevním tlakem, dyslipidemií, zvýšeným rizikem onkologických onemocnění, psychických onemocnění (deprese) i řadou dalších závažných poruch a onemocnění. V jejich důsledku dochází ke snižování kvality života nebo i jeho délky (Brown et al. 2000, Grater 2007 aj.). Studie věnovaná důsledkům obezity na rozvoj dekubitů u jedinců s TML, prokázala zvýšené riziko poškození tkání v důsledku kombinace dlouhodobého vyššího zatížení a přítomné svalové atrofie (Elsner & Gefen, 2008).

Z těchto důvodů musí být u jedinců po TML velká pozornost věnována prevenci a léčbě obezity. K základním pravidlům při léčbě obezity patří, že se snažíme pro daného jedince stanovit optimální příjem a výdej energie tak, aby docházelo k negativní bilanci. Celkový denní energetický výdej (total daily energy

expenditure – TDEE) musí být větší, nežli množství energie přijímané. Problémem však je, že oproti běžné populaci je u jedinců po TML energetický výdej nižší o 12 až 54 % v závislosti na výšce léze, množství tukuprosté tělesné hmoty a pohybové aktivitě (Gater 2007). To ve svém důsledku znamená, že nutnost jak snížení množství přijímané potravy, tak zvýšenou pozornost věnovanou její kvalitě a složení. Monitorování BMI, příjmu potravy a objemu pohybové aktivity musí být samozřejmou součástí následné péče po TML (de Groot, Post, Hoekstra, Valent, Faber, van der Woude, 2014).

Otázka optimální nutriční u jedinců po TML není ve vědeckých studiích nová, jak dokazuje již práce z 80. let (Baboriak, Rooney, El Ghatit, Spuda Anderson, 1983), v níž autoři sledovali příjem potravy u 22 tetraplegiků a 15 paraplegiků. V závěru studie autoři doporučují snížení poklesu přijímané energie vzhledem k nižšímu výdeji, ovšem zdůrazňují nutnost zachování dostatečného množství živin ve stravě tak, aby nedošlo k malnutriční.

Cox, Weiss, Posuniak, Worthington, Prioleau, a Heflex (1985) sledovali příjem potravy a vývoj hmotnosti u pacientů v jednom roce po TML. Zjistili, že pokud není u těchto jedinců řízena dieta, mají tendenci po počátečním poklesu hmotnosti (větší u tetraplegiků) k jejímu postupnému nárůstu až k obezitě (opět vyšší u tetraplegiků). Průměrný nárůst hmotnosti byl alarmujících 1.7 kg/týdně. Úspěšnost dietní intervence v redukci hmotnosti prokazují různé studie (např. Webber a kol., 2011, Lucas a Blyler, 1997).

Řada studií věnuje pozornost také pohybové aktivitě osob po poškození míchy (Buchholz a kol., 2009; Jacobs a kol., 2001; Kehn a kol., 2009) a prokazují, že pravidelná pohybová aktivita vede ke zvýšení fyzické zdatnosti jedince, zlepšení metabolismu sacharidů a lipidů a k redukci hmotnosti.

V Centru Paraple v Praze je dlouholetá zkušenost s aplikací těchto principů do rehabilitační péče osob po TML. V rámci programů probíhá jak nutriční edukace, tak doporučení pohybové aktivity včetně individuálně nastavených programů. Otázkou, kterou jsme si kladli v rámci překládané studie, bylo, do jaké míry je možné verifikovat změny, ke kterým dochází v důsledku pohybové aktivity. Výzkum proběhl ve spolupráci s Biomedicínskou laboratoří UK FTVS v Praze.

Ve studii se potvrdila základní teze, že po půlroční intervenci zaměřené na změnu stravovacích návyků a změnu pohybové aktivity došlo ke snížení celkové tělesné hmotnosti i tělesných tuků u všech měřených probandů. Výsledky dále ukazují, že ačkoli u všech probandů došlo ke snížení tělesného tuku, pouze u dvou z nich došlo ke zvýšení tukuprosté hmoty a u dalších dvou probandů došlo naopak k mírnému snížení tukuprosté hmoty. Tento fakt mohl být ovlivněn celkovou

tělesnou vodou, jejíž hodnoty u dvou probandů klesly a u dvou probandů stouply. Dalším důvodem mohlo být nastavení intenzity zátěže, kdy intenzita pohybové aktivity byla dostatečná na snížení celkového tuku v organismu, nikoli však k nárůstu svalové hmoty.

Dalším sledovaným ukazatelem byla celková tělesná voda, která tvoří největší podíl na složení lidského organismu. Otázkami, které vedly ke sledování tohoto parametru, byly, zda se množství tělesné vody bude lišit od průměrných hodnot zdravých lidí a zda dojde ke změnám v důsledku pohybové intervence. Riegerová, Přidalová, M., Ulbrichová (2006) uvádí, že celková tělesná voda se u muže pohybuje mezi 55 % a 65 %. Z našich výsledků vyplývá, že u měřených probandů se průměrné hodnoty celkové tělesné vody pohybovaly kolem 50 % a hodnoty jsou tedy o něco nižší. Je otázkou, zdali snížené množství vody může mít souvislost s nižším procentem svalové tkáně (kde se fyziologicky nachází vysoké procento tělesné vody), s poruchou pitného režimu či poruchami mikce u jedinců po TML (nesprávně ošetřený močový měchýř, časté močení).

Dále byl podrobněji sledován podíl intracelulární (ICT) a extracelulární tekutiny (ECT). Jak již bylo řečeno, voda tvoří průměrně 60 % tělesné hmotnosti. To za fyziologických okolností obnáší 40 % tělesné hmotnosti v podobě ICT (voda uvnitř buněk) a 20 % tělesné hmotnosti v podobě ECT (krevní plazma, lymfa, močovina aj.). Námi naměřené výsledky však vykazovaly od norem značné odchylky. U měřených jedinců ICT tvořila pouze 25 % tělesné hmotnosti. Při průměrné hmotnosti 113 ± 10 kg byla naměřená ICT pouze 29 ± 4 litry, zatímco fyziologická hodnota při této hmotnosti by byla 45,2 litrů. Vypočítaná ECT by se měla pohybovat kolem hodnoty 22,6 litrů, ale námi naměřené hodnoty byly průměrně 27 ± 5 litrů. U zdravého jedince je poměr intracelulární a extracelulární tekutiny 2 : 1 (40 % : 20 %), avšak poměr námi naměřených hodnot před intervencí byl 29 ± 4 litry : 27 ± 5 litrů, což je téměř 1 : 1! Po intervenci nedošlo k významným změnám v poměru ICT a ECT (31 ± 2 litry : 26 ± 3 litry). Výrazné odchylky poměru ICT a ECT od normálních hodnot, které byly naměřené u tohoto souboru by zasloužily hlubší zkoumání. Vzhledem k tomu, že významné procento vody nalezneme ve svalové tkáni (Riegerová, Přidalová, M., Ulbrichová, 2006), je pravděpodobné, že tento nepoměr mezi intracelulární a extracelulární tekutinou je dán diagnózou míšního poranění, zejména atrofií svalů dolních končetin, případně trupu (dle výšky poranění).

Při nastavení pohybového plánu jsme si vědomi nesporných benefitů PA, nicméně musíme respektovat i možná rizika. U jedinců se zvýšeným rizikem kardiovaskulárních onemocnění (angina pectoris, infarkt myokardu) má předcházet zátěžové lékařské vyšetření na specializovaném oddělení. Postupným

zvyšováním zátěže předcházíme vzniku DOMS neboli pozátěžové bolesti svalů. Spolu se zásadami kondičního tréninku motivujeme i k provádění kompenzačních cvičení a ochraně funkčních svalů před přetížením. Eriks-Hoogland, de Groot, Snoek, Stucki, Post a van der Woude (2016) zveřejnili výsledky studie, v níž byla u 138 jedinců po TML v osmi specializovaných rehabilitačních centrech sledována bolest ramenního kloubu a rozsah pohybu. Účastníci byli sledováni při prvním přijetí do rehabilitačního centra a následně po pěti letech. Průměrný věk na konci studie byl 39 let, 72 % účastníků byli muži. Na konci studie se bolest v ramenních kloubech vyskytovala u 39 % a omezený rozsah pohybu u 32 % účastníků.

Z uvedených dat jednoznačně vyplývá, že nízká pohybová aktivita je nezávislým rizikovým faktorem civilizačních chorob, a to jak u běžné populace, tak u osob po TML. Dařová, Radvanský, Pelíšková, Slabý, Smitková a Máčková (2007) se ve své studii zabývali otázkou preskripce pohybové aktivity lékaři různých specializací. Ve studii bylo dotazováno 657 lékařů na přístup k této otázce. 96,4 % uvedlo, že svým pacientům PA doporučuje, z toho 66,2 % včetně konkrétních doporučení týkajících se typu, intenzity, délky a frekvence PA. Většina dotazovaných pro optimální doporučení pohybového režimu dále odkazuje na konzultaci jiného odborníka (rehabilitačního lékaře, fyzioterapeuta). Lékaři ve svých doporučeních vycházeli spíše z osobní zkušenosti s pohybem, neboť v průběhu vzdělání těmto otázkám nebyla věnována dostatečná pozornost. To je bezpochyby zajímavý fakt, neboť při obecném povědomí o významu pohybové aktivity je dosud malá pozornost věnovaná kvalitní preskripci PA a vytváření týmů zaměřených na tyto aspekty v praxi. Jsme přesvědčeni, že v ucelené rehabilitaci jedinců po TML jsou sportovní terapeuti nezastupitelnými specialisty.

ZÁVĚRY

Závěry naší studie potvrzují, že změnou stravovacích návyků a nastavením přiměřené pohybové aktivity u osob po poškození míchy s nadváhou lze dosáhnout snížení celkové tělesné váhy a snížení celkového procenta tuku. Zjistili jsme také, že abychom zároveň se snížením celkového tělesného tuku dosáhli zvýšení tukuprosté hmoty, zejména nárůstu svalové hmoty, museli bychom lépe specifikovat a nastavit pohybovou aktivitu, která v našem případě nebyla dostatečně intenzivní na to, aby došlo ve větší míře k nárůstu svalové hmoty.

Tato pilotní studie nám přináší velké množství možností pro další zkoumání této problematiky. Při jejím vzniku, průběhu a vyhodnocování jsme narazili

na mnoho faktů, kterým bychom v budoucnosti chtěli věnovat pozornost. Nejvýznamnější z těchto témat je rozložení celkové tělesné vody v organismu u osob po poškození míchy. Jde o složku tělesného složení, která může být nejméně srovnávána s fyziologickými hodnotami u zdravého jedince, neboť u osob po poškození míchy je velmi ovlivněna fyziologickými změnami, které v organismu vlivem diagnózy nastávají. Z tohoto důvodu si myslíme, že právě této složce tělesného složení by mělo být věnováno další šetření.

REFERENČNÍ SEZNAM

- Anson, C. A. & Shepherd, C. (1996) Incidence of secondary complications in spinal cord injury. *International Journal of Rehabilitation Research*, 19(1), 55–66.
- Baboriak, J. J., Rooney, C. B., El Ghatit, A. Z. & Spuda, K. Anderson, A. J. (1983) Nutrition in spinal cord injury patients. *J Am Paraplegia Soc*, 6(2), 32–6.
- Bajič, Z., B., Ponorac, N., Raseta, N. & Bajič, D. (2013) Body Composition Changes Under the Influence of Aerobic Physical Activity. *Homo Sporticus*. 15(1), 47–52.
- Brown, C. D., Higgins, M., Donato, K. A., Rohde, F. C. Garrison, R., Obarzanek, E., Ernst, N. D. & Horan, M. (2000) Body mass index and the prevalence of hypertension and dyslipidemia. *Obes res*, 8(9), 605–19.
- Buchholz, C., & Bugaresti, J. M. (2005). A review of body mass index and waist circumference as markers of obesity and coronary heart disease risk in persons with chronic spinal cord injury. *Spinal Cord*, 43(9), 513–518.
- Buchholz, A., Ginis, M., Bray, S., Craven, C., Hicks, A. & Hayes, K. at al. (2009) Greater daily leisure time physical activity is associated with lower chronic disease risk in adults with spinal cord injury. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 34(4), 640–647.
- Cox, S. A., Weiss, S. M., Posuniak, E. A., Worthington, P., Prioleau, M. & Hefflex, G. (1985) Energy expenditure after spinal cord injury: an evaluation of stable rehabilitating patients. *J Trauma*, 25(5), 419–423.
- Dařová, K., Radvanský, J., Pelíšková, P., Slabý, K., Smitková, H. Máčková, J. (2007) Je preskripce pohybové aktivity součástí léčebně-preventivní péče civilizačních chorob? *Časopis lékařů českých*, 146(5), 503–507.
- Duran, F., Lugo, L., Ramirez, L. & Eusse, E. (2001) Effects of an exercise program on the rehabilitation of patients with spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 82(10), 1349–1354.
- Elsner, J. J. & Gefen, A. (2008) Is obesity a risk factor for deep tissue injury in patients with spinal cord injury? *Journal of Biomechanics*, 41(16), 3322–31.
- Eriks-Hoogland, I., de Groot, S. Snoek, G., Stucki, G., Post, M. & van der Woude, L. (2016) Association of Shoulder Problems in Persons With Spinal Cord Injury at Discharge From Inpatient Rehabilitation With Activities an Participation 5 Years Later. *Arch Phys Med Rehabil*, 97(1), 84–91.
- Faltýnková, Z. (1997). *Paraplegie, tetraplegie*. Praha, Svaz paraplegiků.

- Gater, D. (2007). Obesity after spinal cord injury. *Phys Med Rehabil Clin N Am*, 18(2), 333–351.
- de Groot, S., Post M. V., Posma, K. Sluis, T. A. & van der Woude, L. H. (2010) Prospective analysis of body mass index during and up to 5 years after discharge from inpatient spinal cord injury rehabilitation. *J Rehabil Med*, 42(10), 922–8.
- de Groot, S., Post M. V., Hoekstra, T., Valent, L. J., Faber, W. X. & van der Woude, L. H. (2014) Trajectories in the course of body mass index after spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil*, 95(6), 1083–92.
- Gupta, N., White, K. T. & Sanford, P. R. (2006) Body mass index in spinal cord injury – a retrospective study. *Spinal Cord*, 44(2), 92–94.
- Haluzík, M. (2015) *Průvodce léčbou diabetu 2. typu pro internisty*. Praha, Mladá fronta.
- Hatchett, P. E., Mulroy, S. J., Eberly, V. J., Haubert, L. L. & Requejo, P.S. (2016) Body mass index changes over 3 years and effect of obesity on community mobility for persons with chronic spinal cord injury. *J Spinal Cord Med* (v tisku).
- Hicks, A. L., Martin Ginis K. A., Pelletier, C. A., Ditor, D. S., Foulon, B. & Wolfe, D. L. (2011) The effects of exercise training on physical capacity, strength, body composition and functional performance among adults with spinal cord injury: a systematic review. *Spinal Cord*, 49(11), 1103–1127.
- Jacobs, P., Nash, M., & Rusinowski, J. (2001) Circuit training provides cardiorespiratory and strength benefits in persons with paraplegia. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 33(5), 711–717.
- Jesenský, J. (1995). *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. Praha: Karolinum.
- Kábrtová, A. (2005). *Doporučené postupy pro práci psychologů*. Praha: Svaz Paraplegiků.
- Le Foll-de Moro, D., Tordi, N., Lonsdorfer & E., Lonsdorfer, J. (2005) Ventilation efficiency and pulmonary function after a wheelchair interval training program in subjects with recent spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil*, 86(8), 1582–6.
- Lucas, B. L. & Blyler, E. (1997) Position of American Dietetic Association: Nutrition in comprehensive program planning for persons with developmental disabilities. *Journal of American Dietetic Association*, 97(2), 189–192.
- Riegerová, J., Přidalová, M., Ulbrichová, M. (2006) *Aplikace fyzické antropologie v tělesné výchově a sportu: (příručka funkční antropologie)*. Olomouc: Hanex.
- Vařeková, J. (2001). Skupinová fyzioterapie (možnosti využití skupinové edukace v léčebné rehabilitaci). *Rehabilitace a fyzikální lékařství*, 8(2), 57–61.
- Vařeková, J. & Daďová, K. (2014). Pohybová aktivita a kognitivní funkce. *Med Sport Boh Slov*, 23(4), 210–215.
- Vetkasov, A., Hošková, B. & Sobotková, I. (2014). Objektívizace významu dechových cvičení u osob s poraněním míchy. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*, 21(2), 68–72.
- Goosey-Tolfrey, V. (ed.) (2010). *Wheelchair. Sport: A complete guide for athletes, coaches, and teachers*. United states: Human Kinetics publishers.
- Weaver, F. M., Collins, E. G., Kurichi, J., Miskevics, S., Smith, B. Rajan, S. & Gater, D. (2007) Prevalence of obesity and high blood pressure in veterans with spinal cord injuries and disorders: a retrospective review. *Am J Phys Med Rehabil*, 86(1), 22–9.
- Webber, K. H., Lee, E., Durrer, D. a Moral, I. (2011) The diet quality of adult women participating in a behavioural weight-loss programme. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 24(4), 360–369.

Kontakty:

Bc. Eliška Jarošová, eliskajaroso@gmail.com
 PhDr. Jitka Vařeková, Ph.D. varekova@ftvs.cuni.cz
 Mgr. Jiří Pokuta – pokuta@paraple.cz

Studie vznikla za podpory SVV 2016-260346.

Pokyny autorům recenzované sekce

Publikační styl

Standard časopisu **Aplikované pohybové aktivity v teorii a praxi** je založen na publikačním stylu Americké psychologické asociace – *Publication Manual of the American Psychological Association*, 6th edition, 2008 (viz www.apastyle.org). Hlavním jazykem časopisu je **čeština**. Název článku, abstrakt a klíčová slova jsou publikována také v angličtině.

Formátování textu

Soubor příspěvku musí být ve formátu souboru Microsoft Word (.doc nebo .docx). Text má jednoduché řádkování, je zarovnaný do bloku, používá dvanáctibodový font Times New Roman a všechny ilustrace, obrázky a tabulky jsou umístěny v samostatných souborech s vyznačením jejich umístění v textu. Maximální povolená délka příspěvku je 15 stran celkem (včetně obrázků, tabulek a případných příloh).

Abstrakt a klíčová slova

Doporučená délka abstraktu je 400 slov a nesmí přesáhnout 500 slov. Autoři musí uvést 3 až 10 klíčových slov.

Struktura příspěvku

Výzkumný článek musí být strukturován následujícím způsobem: ÚVOD, METODIKA, VÝSLEDKY, DISKUZE, ZÁVĚRY, REFERENČNÍ SEZNAM. Doporučená struktura teoreticky orientovaného článku: ÚVOD, CÍLE PŘÍSPĚVKU, VÝSLEDKY, DISKUZE, ZÁVĚRY, REFERENČNÍ SEZNAM. Názvy kapitol musí být napsány velkými písmeny a zarovnaný doleva.

Tabulky a obrázky

Tabulky a obrázky musí být zaslány v samostatných (zdrojových) souborech ve formátech .xls, .jpg, .tif apod. V textu bude uvedeno umístění každé tabulky a obrázku a jejich identifikace. Identifikace je zarovnaná doleva a sestává z popisku (např.: Tabulka 1, Obrázek 1) a názvu tabulky nebo obrázku pokračujícím na stejném řádku.

Referenční seznam

Reference jsou umístěny na konci příspěvku v abecedním pořadí a musí být v souladu s APA publikačním stylem (viz příklady). Pro reference nelze nikdy použít poznámky pod čarou. Pečlivě přezkontrolujte reference, abyste se ujistili, že jsou správně a zařazeny pouze v případě, že jsou citovány v textu. Kde je to možné, musí být uvedena URL adresa odkazující na referenci.

Příklady

NEPERIODIKA (knihy, závěrečné zprávy, monografie, brožury)

Autor, A. A., & Autor, B. B. (rok). *Název práce*. Místo: Vydavatel.

Např.:

Kudláček, M., & Ješina, O. (2008). *Integrace žáků s tělesným postižením do školní tělesné výchovy*. Olomouc: Univerzita Palackého.

ČÁST NEPERIODIKA (kapitoly knih, sborníky)

Autor, A. A. (rok). Název kapitoly. In A. Editor & B. Editor (Eds.), *Název knihy* (pp. strany). Místo: Vydavatel.

Např.:

Válková, H. (2008). Integrace v evropském kontextu. In M. Kudláček & T. Vyskočil (Eds.), *Integrace - jiná cesta II* (pp. 83-113). Olomouc: Univerzita Palackého.

PERIODIKA (články v časopisech)

Autor, A. A., Autor, B. B., & Autor, C. C. (rok). Název článku. *Název periodika, ročník*(číslo), strany.

Např.:

Janečka, Z., Štěrbová, D., & Kudláček, M. (2008). Psychomotorický vývoj a vývoj motorických kompetencí kongenitálně nevidomých dětí do 36 měsíců věku. *Tělesná kultura*, 31(1), 20-29.