

Univerzita Karlova v Praze
Evangelická teologická fakulta

Bakalářská práce

Pavla Hlaváčová

Sport jako prostředek integrace lidí
s tělesným handicapem do společnosti

Mgr. Marie Ortová

2006

Ráda bych poděkovala všem, kteří mi svými radami a připomínkami napomohli k úspěšnému vypracování bakalářské práce. Zejména děkuji vedoucí práce Mgr. Marii Ortové, za odborné vedení a PhDr. Karlovi Hnilicovi, CSc. za cenné rady a podporu při psaní praktické části práce.

Prohlášení

1. Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci, *Sport jako prostředek integrace lidí s tělesným handicapem do společnosti*, zpracovala samostatně a výhradně s použitím uvedených pramenů a literatury.
2. Tuto práci nepředkládám k obhajobě na jiné škole.
3. Souhlasím s tím, aby uvedená práce byla v případě zájmu pro studijní účely zpřístupněna dalším osobám nebo institucím.
4. Souhlasím s tím, aby uvedená práce byla publikována na internetových stránkách Jaboku.

24. 5. 2006

Pavla Hlaváčová

Obsah

Teoretická část

Úvod	6
1. Integrace	9
1.1 Vznik integrace	10
1.2 Pojem integrace.....	11
1.3 Podmínky integrace	11
2. Příčiny vzniku tělesného postižení	14
2.1 Vrozené vady a onemocnění.....	14
2.1.1 Dětská mozková obrna.....	14
2.1.2 Degenerativní onemocnění mozku a míchy.....	15
2.1.3 Rozštěp páteře.....	15
2.1.4 Myopatie (onemocnění svalů)	15
2.1.5 Amputace	15
2.2 Poranění míchy	16
3. Prostředky a programy napomáhající integraci	18
3.1 Porovnání psychické situace jedince zdravého a jedince s handicapem	18
3.2 Rehabilitace a její terminologie	20
3.2.1 Sociální rehabilitace.....	20
3.2.2 Psychologická rehabilitace	21
3.2.3 Léčebná rehabilitace	22
3.2.4 Pracovní rehabilitace.....	22
3.2.5 Pedagogická rehabilitace	23
4. Spokojenost se životem	24
4.1 Společenský život	25
4.2 Pohyb a sport	26
4.3 Práce a pracovní činnost	27
4.4 Zdraví.....	27
5. Sport	29
5.1 Objev ortopedického vozíku a jeho využití ve sportu	30
5.2 Historie sportu na ortopedickém vozíku.....	31
5.3 Historie sportu lidí s handicapem v České republice.....	34
5.4 Význam sportu pro člověka na ortopedickém vozíku	36
5.5 Nejvhodnější pohybový režim	38
6. Druhy sportů	41
6.1 Basketbal.....	41
6.2 Volejbal.....	42
6.3 Sledge hokej.....	43
6.4 Tenis.....	43
6.5 Stolní tenis	45
6.6 Rugby.....	45
6.7 Atletika.....	46
6.8 Vzpírání	47
6.9 Zimní sporty.....	48
6.10 Potápění	50
6.11 Střelba	50
6.12 Lukostřelba	50

6.13 Plavání	50
--------------------	----

Praktická část

1. Cíl výzkumu	53
1.1 Pracovní hypotézy	53
1.2 Cílem je zjistit:	53
2. Použitá metodika	54
2.1 Metoda zpracování	54
3. Charakteristika zkoumaného vzorku	55
3.1 Deskriptivní údaje	55
3.2 Hodnotová orientace a spokojenost se životem - SWLS	59
3.3 Sport	68
3.3.1 Důvody ke sportování	72
3.3.2 Sport jako prostředek integrace lidí s handicapem do společnosti	75
3.3.3 Úroveň sportu pro lidi s handicapem	80
3.4 Postavení lidí s handicapem ve společnosti	82
Závěr	85
Seznam použité literatury	87
Die Zusammenfassung	89
Příloha	90

Úvod

Člověk pro svou spokojenost se životem a pro své plnohodnotné žití musí uspokojit mnoho potřeb. Jednou z takovýchto potřeb, je nutnost někam patřit, mít někde své místo, kde ho ostatní přijmou za rovnocenného se všemi jeho přednostmi či nedostatky. A právě v tomto ohledu jsou lidé s určitým handicapem znevýhodněni. Člověk si často neuvědomuje, jak je pro něho důležité, aby byl přijímán jako rovnocenný partner, nebyl litován a byl plně včleněn mezi ostatní. Tato touha je stejně důležitá jak pro zdravé lidi, tak pro lidi s handicapem, pro které je ale naplnění této tužby ztíženo právě jejich postižením.

Životní spokojenost jedince ovlivňuje mnoho dalších faktorů, např. zdraví, pohyb a sport, pracovní činnost, atd. V dnešní době je mnoho lidí nespokojeno se svou životní situací a často je tato nespokojenost neopodstatněná. Také proto mě zajímalo, jakou spokojenost se životem pociťují lidé s postižením. Jsou vůbec spokojeni? I tato otázka člověka může napadnout, když si uvědomí, s jakými překážkami a problémy se člověk s handicapem denně setkává. Ve své práci se pokusím čtenáři přiblížit, jak spokojení se lidé s handicapem ve svém životě cítí.

Postavení lidí s tělesným postižením ve společnosti se postupem doby zlepšuje, ale stále se můžeme setkat s tím, že spousta lidí neví, kam handicapované zařadit, jak se k nim chovat a nedokážou je přijímat jako rovnocenné partnery bez lítosti a soucitu.

Ve své práci chci ukázat, že lidé s handicapem mají stejná přání a potřeby jako zdraví lidé. Uvědomění si této skutečnosti napomáhá přijímat je jako rovnocenné partnery mezi sebe, pomáhá bourat předsudky a mýty, které se do dnešní doby vytvořili a konečně nám pomáhá vytvořit si na danou situaci svůj vlastní zdravý názor.

Když se řekne integrace a sport, co vás napadne? Tyto dva pojmy, které na první pohled nemají mnoho společného, k sobě přesto patří. Volnočasová aktivita, radost z pohybu, dřina, rehabilitační prvek, prostředek k upevnění zdraví a lepší kondici, možnost vyhrát, pocit štěstí, odreagování, atd. To vše a ještě mnohem více může člověka napadnout, když se řekne sport. Sport a sportovní činnost také splňuje funkci integrační. Cílem mé práce je poukázat na to, že sportem lze dosáhnout návratu k aktivnímu a plnohodnotnému životu, že přispívá k zapojení se do rodinného života, pracovního procesu a zapojení se do intaktní společnosti.

Ve své práci se zabývám motivy, které podněcují ke sportování jedince s handicapem a sportovce zdravé. Jsou stejné nebo různé? Podle mého názoru jsou důvody ke sportovní u obou skupin stejné. Mým úmyslem je také zjistit, zda i

handicapovaní jedinci považují sport za dobrý integrující prvek a zda jim osobně přináší větší pocit sounáležitosti s intaktní společností.

Čtenáře seznámím s různými sportovními disciplínami pro tělesně postižené. Sport pro lidi s handicapem je srovnatelný se sportem lidí zdravých. Obě tyto kategorie sportu vycházejí ze stejných principů. Jediný rozdíl je v úpravách pravidel, tak aby jednotlivé disciplíny byly přístupné lidem se ztíženým pohybem.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Integrace

*„Naučili jsme se létat v povětrí jako
ptáci, potápět jako ryby. Zbývá jedině,
naučit se žít na zemi jako lidé.“*

G. B. Shaw

Kvality života představují velmi rozsáhlou oblast faktorů, které umožňují zdravotně postiženým lidem žít jednak v prostředí intaktní společnosti, t. j. integrovaně, tak také v prostředí subkultury uzpůsobené specificky pro život lidí s postižením příslušné skupiny. Tyto faktory rozdělujeme na dvě skupiny: *vnitřní a vnější*.

K *vnitřním činitelům* patří somatické a psychické vybavení člověka. Z tohoto důvodu nás zajímá všechno co podmiňuje rozvoj a integritu osobnosti lidí se zdravotním postižením.

K *vnějším činitelům* kvalit života patří podmínky existence lidí s postižením v oblastech přírodně ekologických, společensko kulturních, výchovně vzdělávacích, pracovních a ekonomických a materiálně technických.

V řadě těchto oblastí dochází k zátěžím, které znevýhodňují lidi s postižením, i když nepředpokládáme snížené schopnosti postiženého. Vzniká tím potřeba speciálních úprav prostředí nebo potřeba posílení snížených schopností různými kompenzačními pomůckami apod.

Mýlili bychom se, kdybychom se domnívali, že úpravy prováděné z podnětu potřeb zdravotně postižených uspokojují pouze jejich vlastní potřeby a integrací vznikají hodnoty, které jsou významné pouze pro zdravotně postižené. Tyto úpravy vyhovují i intaktnímu člověku, podmiňují komfort, spolehlivost a dochází k vzájemnému obohacování se všech účastníků integračního procesu a to je významná podmínka, která vytváří příznivé okolnosti pro integraci.

Mezi činitele, kteří ovlivňují kvalitu života, patří samozřejmě i sport. Sportovní aktivity, činnosti, sport jsou, podle mého názoru, velmi dobrým integrujícím prvkem, který včleňuje člověka s handicapem do intaktní společnosti. Tělovýchovné aktivity pozitivně ovlivňují plnohodnotné zapojení do společnosti, posilují rodinnou soudržnost a významně rozšiřují zónu sociálních kontaktů. Také sportovní úspěšnost částečně kompenzuje pocity méněcennosti a životní zbytečnosti. Na základě sociologických výzkumů bylo zjištěno, že tělesná výchova a sport umožňují společnou účast zdravých a

postižených. Sport má tu moc nejen integrovat, ale zastává spoustu funkcí a významů důležitých nejen pro sportovce s handicapem, ale i pro sportovce zdravé. K tomu se budu navracet v průběhu celé své práce.

Nejdříve bych Vás chtěla seznámit s pojmem integrace, přiblížit její vznik a podmínky důležité pro uskutečnění integrace.

1.1 Vznik integrace

Pojem integrace je jedním z charakteristických fenoménů druhé poloviny našeho století. Ještě v dobách Komenského mělo lidské poznání a konání poměrně vysokou míru integrity a viditelné souvztažnosti. Dělna práce a rozvoj přírodních věd v pozdějším období, hlavně pak v 19. století a prohloubení strukturalizace společnosti a společenských věd ve 20. století přinesl výrazný dezintegrační proces.¹

V čase, kdy u nás panovalo komunistické zřízení, bylo téma zdravotně postižených tabu, objevovaly se snahy odsunovat tyto lidi do ústraní. Tím pádem se ani nedalo mluvit o něčem takovém, jako je integrace. I když byla zákonem povolená, nebylo obvyklé např. umísťovat děti s postižením do běžných škol. Naštěstí doba pokročila, došlo ke změně státního zřízení a *zdravotní postižení* už není více tabuizováno. Je potěšující, že tato oblast je od roku 1994 součástí obsahu občanské a rodinné výchovy v rozsahu učebních osnov pro základní školy. Veřejnost byla a stále je s tímto jevem seznamována prostřednictvím masových médií, začali jsme jej řešit a snažit se o to, aby se již o zdravotním postižení nemuselo mluvit jako o problému. Začínáme chápat, že potřeby a přání tělesně postižených osob jsou shodné s potřebami a tužbami zdravých lidí. Je velice důležité si uvědomit, že lidé s tělesným postižením mají mít stejnou příležitost k utváření svého způsobu života jako zcela zdravý člověk.

„Integrace zdravotně postižených osob do společnosti prostřednictvím sportu je velmi aktuální. Dokladem společenského zájmu jsou i dokumenty Rady Evropy, které vyjadřují zájem na rozvoji sportu jako významného prostředku podpory a stabilizace zdraví, socializace jedince, prostředku k obohacení kvality života a dalších faktorů.“²

¹ Jesenský, Ján. *Prostor pro integraci*. Praha: Vyd. Comenia Konsult, 1993. 129 s. , str. 59

² Jesenský, Ján. *Integrace – znamení doby*. Praha: 1. Vyd. Karolinum, 1998. 214 s. Kapitola 3, Potměšil, Jaroslav. Pohybové aktivity jako prostředek integrace. ISBN 80-7184-691-0, s. 119

1.2. Pojem integrace

„Integrace zdravotně postižených je chápána jako vytváření společenství, jehož jsou zdraví a zdravotně postižení rovnoprávními členy, jako společné soustředění sil k ochraně a pomoci každému jednotlivci a vzájemné partnerské přijímání ve všech oblastech společenského života.“³

Je to tedy stav soužití postižených a zdravých – intaktních. Stav, kdy „žijí jeden pro druhého, kdy je člověk s postižením včleněn do společnosti, kdy se necítí být z ní vyřazen, kdy se nepovažuje za její zvláštní součást a kdy ani ona intaktní společnost nepocituje člověka se zdravotním postižením jako něco zvláštního. Sociální integrací rozumíme završení vrůstání jedince do společnosti a její kultury. Integrace osobnosti předpokládá vyšší stupeň socializace. Sociální integrace předpokládá vysoký stupeň integrace osobnosti.

O integraci se ovšem nedá mluvit jako o stavu, je to zároveň i proces samotného včleňování, popřípadě znovuvčleňování lidí se zdravotním postižením do společnosti. Proces vzájemného přijetí obou odlišných stran. Na jedné straně stojí člověk se zdravotním postižením (s tělesným, smyslovým nebo mentálním), který potřebuje pomoc, na druhé straně zdravý nebo alespoň relativně zdravý člověk, který může pomoc nabídnout. Určitě se ale nevylučuje to, že člověk s handicapem může pomoci zdravému člověku. Pomoc může spočívat v jakékoliv formě, ať už uvědomění si své síly, svých možností, svého zdraví. Cílem procesu integrace je vymazání těchto rozdílů v tom smyslu, že si je přestaneme uvědomovat a napomoci vyrovnat narušení kvality života.

Aktivní využití volného času, sport, jsou pro občany se zdravotním postižením velice důležitou kompenzací společenských a psychických problémů, které jim jejich zdravotní postižení působí. Při sportovní činnosti nejčastěji dochází ke zcela rovnoprávné integraci s nepostiženou populací, intaktní společností. Téměř pro všechny typy postižení lze totiž najít takové formy aktivit, při kterých nejsou oproti ostatním podstatně znevýhodněni.

1.3. Podmínky integrace

Dosáhnout toho, o co v procesu integrace postižených jde, dokázat se sžít, dokázat vymazat rozdíl mezi člověkem s postižením a intaktní společností, není věc jednoduchá, ale předpokládá vytvoření určitých podmínek.

³ Albrecht, Mil., III. *Celostátní seminář o legislativě pro zdravotně postižené občany a jejich integraci do společnosti*

Nejpodstatnější a nejdůležitější podmínkou je pozitivní postoj intaktní společnosti, ať už se jedná o kolektiv ve škole, v práci nebo veřejnost jako takovou, která musí chtít akceptovat člověka s postižením. To je základním stavebním kamenem úspěšné integrace. Dnes nám naštěstí nepřipadá tak nezvyklé, že se mezi námi objevují lidé s různým zdravotním postižením a přijímáme je s čím dál větší samozřejmostí.

Ovšem nejen společnost, ale také sám člověk s postižením musí chtít a projevit snahu zařadit se mezi ostatní. Překonat bariéru svého postižení a snažit se uplatnit. Pro ně je to však samozřejmě mnohem těžší, zvláště tehdy, jde-li o člověka, který své postižení získal během života. Pokud se člověk s určitým handicapem narodí, už od dětství si prakticky zvyká na to, že například vypadá jinak, pohybuje se jinak, že určité věci, které většina zdravé populace dokáže, on nezvládne vůbec nebo jen s pomocí druhé osoby, uznává jiné hodnoty. Ale právě ten fakt, že nikdy nepoznal jinou kvalitu života, mu pomáhá přijímat svůj handicap. V jiné situaci se však nachází člověk, který se narodí jako zdravý, a ať už náhle nebo postupnou progresí dojde v jeho životě k radikální změně, k narušení dosavadní kvality jeho života. Změní se nejen jeho fyzické či smyslové schopnosti, ale samozřejmě i jeho psychický stav. Náhle dojde k převrácení životních hodnot, věci dříve možné jsou nyní nemožné, věci nedůležité jsou důležitější než kdy dřív a naopak. Změní se pohled na svět i na celou společnost. Dostaví se deprese, apatie, pocity méněcennosti, negativismus apod. Když tyto pocity u něj přetrvávají, ztrácí chuť do života, chuť znovu se pohybovat mezi ostatními lidmi.

Ukázalo se, že všichni lidé se zdravotním postižením chtějí žít v komfortu, pohodě, spokojenosti i v jistotě z hlediska svých životních perspektiv. Je již věcí hodnotového zaměření a postojů postiženého, zda k jeho spokojenosti a pohodě patří také úplná integrace nebo zda se uspokojuje s hodnotami, které jej řadí do některého z nižších stupňů integrace nebo dokonce i do některého ze stupňů segregace.⁴

Segregace znamená odloučení, oddělení, odsunutí lidí s postižením mimo intaktní společnost, což má negativní vliv na jejich psychiku, ztrátu sebevědomí, atd.

Další neméně důležitou podmínkou pro úspěšnou integraci je bezbariérovost. Architektonické bariéry jsou problém, který se týká převážně lidí s tělesným postižením, poněkud i lidí upoutaných na invalidní vozík. S architektonickými bariérami, které jsou obtížně či snadněji překonatelné, se můžeme setkat často. Nejen MHD, ale i jiná kulturní, administrativní, školská nebo sociální zařízení jsou pro tuto

⁴Jesenský, Ján. *Prostor pro integraci*. Praha: Vyd. Comenia Konsult, 1993. 129 s., str. 91

skupinu lidí většinou obtížně přístupná. Nejedná se pouze o znemožnění vstupu z důvodů schodů, ale také o problém se šířkou dveří, s nedostatkem prostoru pro pohyb a manipulaci s vozíkem, s bariérovostí sociálního zařízení nebo s nedostatečnými nájezdy na chodník u přechodu pro chodce, atd. Odstranění těchto bariér by častokrát nemuselo být ani příliš náročné a navíc by posunulo integraci zase o kus dopředu.

Stojí určitě za zmínku také vztahová bariérovost, která vzniká v důsledku malé informovanosti a zájmu veřejnosti. Tyto bariéry mají velký vliv na kvalitu života lidí s tělesným postižením. Lidem s postižením je kvůli bariérám často ztížena možnost pěstovat zájmy a koníčky v kvalitě a množství, v kterém by si přáli a pro svůj plnohodnotný život potřebovali.

2. Příčiny vzniku tělesného postižení

Příčiny tělesného postižení rozdělujeme do dvou hlavních skupin na základě jejich vzniku. Jedná se o vrozené poruchy a onemocnění a o poruchy získané.

Ve své práci se zaměřuji hlavně na jedince s poruchou hybnosti získanou v průběhu jejich života, používající ortopedický vozík. Na vozíčkáře jsem se zaměřila proto, že u nich pociťuji větší problém s integrací do intaktní společnosti z důvodů čtenějšího výskytu bariér, hlavně architektonických bariér. Zaujalo mě překonávání bariér pomocí sportovních kompenzačních pomůcek či sportovních potřeb přizpůsobených lidem pohybujících se pomocí ortopedického vozíku a oceňuji vynalézavost a nápaditost jejich tvůrců.

2.1 Vrozené vady a onemocnění

2.1.1 Dětská mozková obrna

Dětská mozková obrna je závažné centrální onemocnění vznikající na základě poškození mozku v době před porodem, při porodu nebo do jednoho roku po něm. Jedná se o poruchu hybnosti a vývoje hybnosti. Příznaky DMO jsou tělesná nemotornost, zvýšený neklid, impulzivní reakce, výkyvy v duševní výkonnosti, opožděný vývoj řeči a vady řeči. Současně se také objevují poruchy mentálních funkcí, nervové záchvaty a smyslové vady.

Za předporodní činitele (prenatální) se považuje jakákoliv infekční nemoc matky během těhotenství. Nejčastějším porodním činitelem (perinatální) může být označen dlouhotrvající porod, kdy dojde k selhání přísunu kyslíku, nebo porod pánevním koncem, klešťový porod, atd. Mezi poporodní činitele (postnatální) řadíme zánětlivá onemocnění centrálního nervového systému, které prodělá novorozenec nebo kojeneček do dvanácti měsíců věku.

Schopnost těchto lidí sportovat záleží hlavně na rozsahu tělesného postižení a také na rozsahu mentálního postižení. Jak už jsem se zmínila, DMO postihuje jedince již v ranném věku a to má samozřejmě velký vliv na utváření vztahu ke sportu. Jedinci s postižením DMO neměli tu příležitost „zažít“ si ničím neomezený pohyb, kdy by byli pány nad svým tělem. Vždy pociťovali nějaké pohybové omezení a to má v důsledku vliv na jejich postoj ke sportu, o kterém můžeme říci, že není tak vřelý, jako u lidí se získaným postižením v průběhu jejich života. Přesto se můžeme setkat s handicapovanými sportovci s diagnózou dětské mozkové obrny.

2.1.2 Degenerativní onemocnění mozku a míchy

Tato onemocnění jsou podmíněna rozpadem až zánikem nervových vláken a nervových drah. Degenerace postihuje převážně šedou a bílou hmotu mozkovou v průběhu lidského života, nejčastěji v dospělosti.

Do této skupiny onemocnění spadá roztroušená skleróza mozkomíšní. Projevuje se narušením pohybového aparátu, chybnou motorikou, postupnou ztrátou zraku a řeči.

Pro takto stížené jedince je vhodná nepříliš namáhavá sportovní aktivita. Upřednostňují se rekreační, oddychové aktivity, které jsou spíše zaměřeny na mírnou pohybovou činnost prostřednictvím rehabilitace, dále na vycházky, projížďky nebo společenské stolní hry.

2.1.3 Rozštěp páteře

Toto vrozené postižení vzniká nedokonalým uzavřením medulární trubice, páteřního kanálu. Obvykle bývá výhřez částečný a nejčastěji se vyskytuje v bederní krajině. Při rozštěpu páteře nemusí být zasažena mícha. Při zasažení míchy jsou dolní končetiny postiženy částečnou či úplnou obrnou, horní polovina těla bývá normálně vyvinuta.

Lidé s touto vrozenou vadou mají možnost se věnovat sportu, ale často tak činí rekreačně. Na závodní úrovni se setkávají s tím, že jsou ve své kategorii osamoceni a pro závod jim chybí soupeři.

2.1.4 Myopatie (onemocnění svalů)

Tato degenerativní choroba se vyznačuje postižením svalu na úrovni výkonného orgánu svalu, lze sem také řadit i poruchu přenosu vzruchu z nervu na sval. Projevuje se postupným úbytkem a ochabováním svalstva. Hlavními obtížemi jsou únava, slabost končetin, porucha řeči, mimiky, chůze. Někdy dochází k postižení srdečního svalu. Inteligence zůstává u jedinců stížených touto nemocí zachována. Často jsou to lidé plní elánu, kteří se snaží se svou nemocí bojovat aktivním způsobem života. Nebojí se jakékoliv aktivity, ale fyzicky náročný sport pro ně není příliš vhodný.

2.1.5 Amputace

Amputací rozumíme odstranění končetiny nebo její části v důsledku úrazu nebo onemocnění. Jedinci s amputacemi jsou řazeni do zvláštní klasifikace a můžeme se s nimi setkat ve všech možných sportovních disciplínách.

2.2 Poranění míchy

Jednou z nejčastějších příčin upoutání na ortopedický vozík je poranění míchy. Každým rokem lidí s tímto tělesným postižením přibývá. Mezi vozičkáři se častěji setkáváme s muži, kterých je procentuálně více než žen na vozíku. Vysvětlením nám jsou příčiny zranění. Mezi nejčastější příčiny poranění jsou autonehody a sportovní úrazy, jako například skok do vody. K tomuto tématu se vrátím ve své praktické části.

K poranění míchy může dojít:

- a) bez poranění páteře: tato skupina je velmi malá, nejčastěji jde o úrazy způsobené nožem
- b) při poranění páteře: zlomeniny.

Činnost organismu je řízen z mozku a míchy. Poraněním míchy je znemožněn přesun informací z mozku k periferním nervům a zpět. Míšní nervy procházejí otvory meziobratlovými a po výstupu z páteře se dělí na dvě větve, mohutnější větev přední a slabší větev zadní.⁵ Zadní větve míšních nervů zachovávají segmentální uspořádání ovlivňují činnost svalstva zádového a senzitivně kůži zad. Přední větve mají segmentální uspořádání jen u nervů hrudních, kde nervy probíhají v prostorách mezižeberních. Tyto nervy inervují stejnojmenné svaly a kůži hrudníku.

Větve prvních čtyř krčních nervů tvoří pleteň krční. Tyto míšní nervy inervují svaly horních končetin, kořeny hrudních segmentů, svaly zádové a břišní a kořeny bederních a sakrálních segmentů, svaly dolních končetin.

Mícha hřbetní je také velmi důležitým reflexním ústředím důležitých funkcí jako je pocení, činnost močového měchýře a pohlavních orgánů.

Při přerušení míchy, které vzniká nejčastěji poraněním obratle, přestává mícha zprostředkovávat přenos informací z mozku do periferní části nebo z periferní části do mozku.

Pro označení míšní léze (poranění) je velmi důležitá znalost míšních segmentů. Segment je část míchy, ze které vystupují vlákna jednoho kořene.

Poranění míchy můžeme rozdělit na:

1. Krátkodobé porušení funkce
2. Dočasná blokáda specifické funkce
3. Trvalé přerušení funkce v částech vnitřního průřezu
4. Trvalé přerušení funkce v celém míšním průřezu

⁵ Linc, Rudolf a kol. *Biologie člověka pro pedagogické fakulty*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1970. 320 s., str. 209.

Při *krátkodobém porušení funkce* poranění neumírají, není znám mikroskopický nálezn na míše. Za příčinu porušení vodivosti je považován edém míchy, krátkodobá ischemie (místní nedokrvění), atd. Ložisko poruch může vzniknout nejen v místě poranění, ale i na místě vzdáleném (otřesy míchy po prudkém dopadu na kostrč). Porušení vedení může trvat různě dlouhou dobu, od 24 hodin až do 20 dnů.

Dočasná blokáda specifické funkce

Nervová vlákna mají dvě funkce - trofickou a specifickou. V ojedinělých případech může být zachována trofická funkce nervu, ale pro nedostatečnost metabolismu je porušena funkce specifická, a proto není nerv schopen vést vzruch. Často můžeme slyšet o tzv. penumbře - polostínu, v němž jsou některé okrsky nervové tkáně přežívající na bazální úrovni bez schopnosti přenosu vzruchu. Tato schopnost se však může navrátit. Jednou z příčin polostínu může být edém. V takovém případě nikdy nebyly zjištěny příznaky úplného přerušení vodivosti a nikdy nedošlo k úpravě všech neurologických poruch.

Trvalé přerušení funkce v části nebo v celém míšním průřezu

Zde je rozhodující porucha průchodnosti impulsů místem poranění. I oddělený pahýl míchy může mít své vlastní automatické funkce. Funkční diagnóza je rozhodující nejen pro akutní diagnostiku, ale i pro prognózu.

Nejčastějším typem poranění míchy je úplné přerušení funkcí míchy. V akutním stádiu spinálního šoku, kdy dochází k vymizení reflexní aktivity míchy, je pod místem areflexie (vymizení reflexu) až na častou pomalou flexi prstů. Diagnóza úplného přerušení funkce neznamena automaticky úplné anatomické přerušení míchy. O tom rozhodne až operativní zákrok.

3. Prostředky a programy napomáhající integraci

„Nemoc, zvláště pak těžká nemoc, tedy závažně změněný zdravotní stav, je nejen tělesně, ale i duševně náročnou životní situací.“

(Křivohlavý, J. 1985)

Vedle podmínek, jejichž vytvoření je pro integraci nezbytné, jsou tu také prostředky a programy, které tomuto procesu napomáhají.

Jedním z prostředků je komplexní rehabilitace. V rámci komplexní rehabilitace se tým odborníků (lékař, rehabilitační pracovník, psycholog, sociální pracovník) zaměřuje na péči o fyzický i psychický stav klienta, popřípadě na sociální otázky, s tím spojenými. Zároveň by mělo docházet k ovlivnění rodiny klienta, spolupracovníků a nejbližších přátel, kteří mu již svou účastí a zájmem mohou pomoci. Velice zajímavé shledávám výsledky šetření zaměřené na sportovní socializaci, které prokázaly, že na rozdíl od zdravých sportovců, kde je vliv rodiny velice patrný, nehraje rodina u vozíčkáře, tělesně postiženého významnou roli. Významnou roli u nich představují naopak učitelé tělesné výchovy, resp. rehabilitační pracovníci a sportovní terapeuti v rehabilitačních ústavech.

Podmínkou zdařené rehabilitace je samozřejmě seznámení se se situací člověka s handicapem, vcítění se do něho, přiblížení si jeho prožívání, pocitů. To nám napomůže při vytváření vhodných rehabilitačních postupů a motivů. V následující kapitole se proto zmíním o rozdílech psychického prožívání zdravého člověka a člověka s handicapem.

3.1 Porovnání psychické situace jedince zdravého a jedince s handicapem

Zdravý člověk bývá aktivním členem společnosti, zapojuje se do činnosti, stává se hlavním aktérem. Je relativně nezávislý. V podstatě si může dělat, co chce, co ho zajímá, čas si organizuje podle svých zájmů. A to je vlastně jeho životní rytmus, na který je zvyklý a podle potřeby si ho sám vytváří. Když se zabývá nějakou činností, kterou dobře ovládá a odvede dobrý výkon, posiluje své sebevědomí a sebedůvěru. Je velmi aktivně zapojen do rodiny, mezi spolupracovníky a známými, s nimiž je v živé sociální interakci. Mezi těmito lidmi se pohybuje v dobře známém prostředí, kterým je domov, pracoviště a společnost. Také má široký rozsah zájmů jak o práci, tak o

společenské dění a volno časové aktivity, sportovní činnosti, atd. Dobře zná svůj fyzický a psychický stav, jež může svévolně ovládat. V citové oblasti převládají spíše kladné emocionální zážitky – radost, jistota, naděje. Celkově žije v poměrně široké časové dimenzi přítomnosti, budoucnosti i minulosti.

Na straně druhé stojí člověk s handicapem, který je najednou pasivní, stává se předmětem péče jiných lidí, kteří jsou zde hlavním aktérem. Jedná se například o lékaře nebo zdravotní sestru. Klient je na těchto lidech závislý, na jejich péči a pomoci. Není volný, jeho životní rytmus mu určují jiní. Samotnému klientovi se tento stav zdá nepřirozený, nemůže si zvyknout, protože na něj nebyl doposud zvyklý. Často musí dělat činnosti, které dost dobře neovládá, a to samozřejmě snižuje a ničí jeho sebevědomí a sebedůvěru. Tento člověk se nachází v relativní sociální izolaci nemocnice, kde se stýká s neznámými lidmi. Nové prostředí je mu cizí a neznámé. S ohledem na zdravotní stav se zužuje okruh jeho zájmů. Přestává rozumět svému fyzickému i psychickému stavu, neovládá jej. Jeho zážitky mohou být převážně negativní - strach, bolest, nejistota, obavy, a to se odráží v jeho citovém stavu. Začíná žít pouze přítomností, budoucnost je nejistá a minulost se zdá být ztracená.

Je samozřejmé, že každý jedinec s handicapem se sám sebou zabývá mnohem intenzivněji, než jedinec zdravý. Pokud se svým handicapem není zcela vyrovnán, bývá velmi obtížně adaptován na prostředí v němž žije. Tito lidé se často pro svou tělesnou vadu vnímají jako méněcenní. Mají sice přirozenou snahu svými výkony a činnostmi se vyrovnat zdravým lidem, ale jakmile se jim něco nezdaří, dochází u nich k velmi hlubokému pocitu zahanbení a k již zmíněnému pocitu úpadku sebevědomí. Následkem tohoto úpadku sebevědomí může nastat, že daný jedinec už určitou činnost nikdy nebude chtít dělat, odpoutá se od okolního světa, společnosti a začne se utápět ve svém vlastním světě nebo si naopak začne prosazovat své uplatnění a nároky velmi bezohledně, přímočaře a za jakoukoli cenu bude mít snahu se prosadit. Měli bychom se snažit pomoci těmto lidem zapojit se do kolektivu, do různých aktivit, v kterých nebudou mít pocit méněcennosti, budou se v nich moci realizovat, setkávat s ostatními a tím získávat sílu pro život, s kterým budou spokojeni. Dobrým prostředkem pro tyto cíle je dle mého názoru sport a sportovní činnost. Sledování sportovní zátěže tělesně postižených přineslo řadu poznatků využitelných v rámci komplexní rehabilitace tělesně postižených.

3.2 Rehabilitace a její terminologie

V této kapitole vysvětlím základní termíny používané v rehabilitaci.

Rehabilitace je široký soubor společenských opatření vztahujících se k péči o postižené jedince po všech stránkách s cílem jeho společenského a pracovního zvvovuzařazení (resocializace).⁶

Defekt neboli *vada* či *porucha* je každá ztráta, poškození nebo abnormalita anatomické, psychologické nebo fyziologické struktury nebo funkce.

Postižení (*disability*) je porušení, omezení či zhoršení možnosti vykonávat určitou činnost způsobem či v rozsahu považovaném pro člověka za normální. Je důsledkem defektu, poruchy či vady. Je to změněná schopnost (až neschopnost) k něčemu, včetně možnosti provést činnost jinak, obtížněji či s větším úsilím.

Sociální důsledky vyplývající z vady, postižení či oslabení se nazývají *handicap*. Handicapy jsou společenská znevýhodnění postižené osoby, omezující nebo zabraňující jí provádět úkony, které jsou normální pro srovnatelnou nepostiženou osobu.

V následujících kapitolách se budu zabývat otázkou psychologické a sociální rehabilitace, protože je velmi důležité zjistit jak lidé prožívají krizovou situaci, jak se s ní vyrovnávají a zda jsou schopni zapojit se zpět do společnosti. Zmíním se o léčebné rehabilitaci, která ke svým cílům využívá sport a sportovní činnost a také o rehabilitaci pedagogické.

3.2.1 Sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace je jakýsi předstupeň integrace, jejímž úkolem je předejít nebo odstranit handicap, rozvíjet schopnosti člověka s postižením existovat v různých společenských situacích tak, aby byly uspokojeny jeho potřeby a práva. Má učit člověka překonávat neschopnosti či snížené, změněné schopnosti s vadou spojené a rozvíjet uchovalé potence.

„Tato rehabilitace zahrnuje široký okruh všech možných služeb, které mají pomoci občanům se zdravotním postižením při začlenění do života společnosti zdravých lidí a při řešení osobních problémů, vyvstávajících z handicapu. Úkolem sociálních pracovníků je pomoci klientovi nejen hmotně, ale i radou, která mu umožní

⁶ Kříž, Vladimír. *Rehabilitace a její uplatnění po úrazech a operacích*. 1. vyd. Praha: Avicenum. 1986. 332 s., s. 20

lepší vhléd do situace v současné společnosti a pomáhá stát se nezávislým a sociálně integrovaným občanem.“⁷

Do oblasti sociální rehabilitace patří zákony, vyhlášky, nařízení, směrnice a pokyny týkající se výstavby všech typů zařízení, sloužících k rehabilitaci, jejich vnitřního materiálního a personálního vybavení, dále posudková činnost a kulturně výchovná činnost směřující k výchově občanů ke správnému vztahu ke zdravotně postiženým a k výchově zdravotně postižených občanů ke správnému vztahu ke zdravým spoluobčanům, ke společnosti i ke stejně nebo jinak postiženým občanům.

Sociální rehabilitace by měla navazovat na léčebnou, psychologickou, pedagogickou a pracovní rehabilitaci.

3.2.2 Psychologická rehabilitace

Jak jsem se již zmínila, k úspěšné integraci je potřebný souhlas člověka s postižením. Sám osobně musí mít o integraci zájem a projevit snahu. Pokud člověk s postižením o integraci nemá zájem, je potom jakékoliv snažení bezúčelné. Je proto potřebné, aby k takové situaci vůbec nedošlo. Musíme se snažit takovéto situaci předcházet již v akutní fázi postižení pozitivním přístupem k postiženému a jeho možnostem. Je důležité poukázat a vyzdvihnout to, co je pro něj dosažitelné, v čem se může prosadit, klást důraz na jeho zachovalé schopnosti a možnosti jejich dalšího rozvoje. Dávat mu motivaci, která ho nastimuluje k tomu, aby se on sám chtěl co nejdříve vrátit do společnosti, ze které byl na určitý čas vyřazen.

Psychologickou rehabilitaci je možné chápat jako snahu o znovuoobnovení psychického zdraví, které bylo narušeno nějakou krizovou situací. Patří sem i snaha o zabránění sekundárních změn v psychice, kterou doprovází proces vyrovnávání se s těžkou zdravotní situací. Podle Křivohlavého existují tři základní fáze psychické pomoci těžce postiženým a nemocným lidem.

- a) Čin: na tuto fázi je kladen největší důraz. Každý čin, úspěšný či neúspěšný, má svůj psychologický vliv na klienta i jeho okolí.
- b) Vztah ke klientovi: je velice důležité, jaký zaujímáme postoj ke klientovi. Záleží na způsobu jednání s ním, na tónu řeči, mluvě, mimice, výrazu očí, pohybu těla i na vzdálenosti v jaké přistupujeme ke klientovi.

⁷ Křivohlavý, Jaro: *Psychologická rehabilitace zdravotně postižených*. . vyd. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, n. p., 1985. 163 s.

- c) Slovo: slovo je to nejjednodušší, co člověk může dát druhému. Tento dar řeči bychom měli využívat velice citlivě a účinně, protože slovem můžeme nejen potěšit, ale samozřejmě i ublížit.

3.2.3 Léčebná rehabilitace

„Léčebná rehabilitace je soustava medicínských diagnostických a terapeutických metod a postupů, hodnotících poruchy funkce orgánů a organismu jako celku ve vztahu k činnostem, které jsou pro člověka v jeho životním prostředí potřebné.“⁸ Podílí se na zlepšení fyzické kondice postiženého a na zlepšování jeho změněných či snížených funkcí, na zdokonalování sebeobsluhy, čímž mu dává větší možnosti k uplatnění se. Podílí se na tom ve velké míře reedukace a kompenzace. Reedukace (re = znovu, edukace = výchova) je úsilí o obnovení porušených funkcí. Představuje rehabilitační postupy, které vycházejí z možností používat poškozený orgán. Kompenzace je úsilí o nahrazení porušené funkce jinou funkcí. Cílem reedukace a kompenzace je odstranit, upravit nebo alespoň zmírnit dopad handicapu.

Léčebná rehabilitace využívá prostředků tělesné výchovy a sportu a je prvním krokem k osvojení pohybových dovedností, což vyústuje v zapojení do pravidelné tělesné výchovy a sportu. Sportovní činnost obohacuje život, dává životu smysl a činí ho zajímavějším, což je cílem rehabilitace.

3.2.4 Pracovní rehabilitace

Cílem pracovní rehabilitace je, že se člověk s postižením může přesvědčit o tom, co dokáže nebo nedokáže, vyzkouší si práci s různými materiály, různé techniky a napomůže objevit směr nebo obor, ve kterém by se mohl uplatnit a realizovat.

Pracovní rehabilitace je soubor činností zaměřených na překonání změněné pracovní schopnosti a na vytvoření vnitřních podmínek pro pracovní uplatnění. Představuje především obnovu pracovního potenciálu za účelem pracovního uplatnění a péči poskytovanou občanům se změněnou pracovní schopností, která směřuje k vykonávání dosavadního, v případě jiného vhodného zaměstnání. Práce přitom může být i prostředkem léčebné rehabilitace i prostředkem rozvoje osobnosti a sociální integrace postiženého.⁹

⁸ Kříž, Vladimír. *Rehabilitace a její uplatnění po úrazech a operacích*. 1. vyd. Praha: Avicenum. 1986. 332 s., s. 32

⁹ Jesenský, Ján. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 1995. 159 s. ISBN 80-7066-941-1. s. 117

Pracovní rehabilitace se snaží o návrat člověka handicapovaného nemocí, vadou či úrazem do původního povolání. Není-li to možné v plném rozsahu, tak do zaměstnání v původním povolání s určitým omezením činností, které pracovník nemůže ze zdravotních důvodů dělat a není-li ani toto možné, tak zajištění jiného povolání.

3.2.5 Pedagogická rehabilitace

Pedagogická rehabilitace je souvislá pedagogická péče směřující k získání maximálně možné kvalifikace osob se zdravotním postižením pro život a pro společenské uplatnění v závislosti na druhu a stupni zdravotního postižení, na osobních předpokladech pro vzdělání a výchovu, osobních zájmech a na územních možnostech.

Existují základní školy a střední školy specializované pro daná postižení, které poskytují vzdělání v rozsahu přiměřeném postižení. V dnešní době se ve školství setkáváme se snahou zapojit člověka s postižením do třídy zdravých jedinců a o výuku v takto smíšených třídách. Odborné vzdělání nižšího stupně je možno získat krátkodobými kursy, školeními nebo zaškolením na konkrétní práci.

V následující kapitole se budu zabývat spokojeností se životem. Tuto kapitolu jsem do své práce zařadila, protože si myslím, že sport a sportovní aktivita ovlivňuje životní spokojenost jedince. Myslím, že je důležité uvědomit si, co životní spokojenost znamená, co ji způsobuje a jak ji můžeme ovlivnit. V následující kapitole chci také poukázat na to, jaký vliv má zdraví na celkovou životní spokojenost. Osobně se domnívám, že člověk s handicapem bude se svým životem méně spokojen než člověk zdravý. Uvidíme, zda tento můj předpoklad je správný.

4. Spokojenost se životem

*“Abychom našli spokojenost,
musíme se věnovat báječnému a fascinujícímu světu v sobě.”*

(Robert A Johnson, Jerry M. Ruhl, *Kniha o spokojenosti*)

*“ To, co lidi doopravdy uspokojí, není, že jsou bohatí, ale že získají dobrý pocit z
vlastního života.”*

(Mihaly Csikszentmihalyi, *O štěstí a smyslu života*)

“Co je spokojenost? Ve slovníku najdeme, že jde o zážitek uspokojení, kdy si už nepřejeme víc, než máme. Spokojenost s sebou přináší jiný prožitek času. Naše mysl přestane zabíhat do budoucnosti i do minulosti. Příliš mnoho času zbytečně ztrácíme tím, že si přejeme jiné životní podmínky, což je samozřejmě shola nemožné. Spokojenost znamená milovat chvíli, která právě je. Spokojenost vyrůstá z odhodlání vzdát se předem připravených představ a přisvědčit té skutečnosti, která je. Respektovat to, “co je”, znamená přímý opak života s myšlenkou “jen co...” Skutečné se neodehrává vždycky tak jak by se vám to líbilo. Pokud k tomu dojde, můžete být buď frustrovaní, nespokojení a zvýšit úsilí, abyste realitou pohnuli, anebo se ji můžete naučit přijímat, přitakat jí.”¹⁰

Carl Gustav Jung postavil před moderního člověka důležitou otázku týkající se podstaty našeho skutečného “já” a připomněl nám, co dřívější civilizace považovaly za samozřejmost a to, že naše “já” leží mnohem hlouběji než rozum a intelekt, hlouběji než individualita. Proto chceme-li dosáhnout spokojenosti, nemůžeme síly nevědomí jen tak ignorovat, ale musíme si k nim vymezit vztah.

V dnešním moderním životě vypukla epidemie nespokojenosti. Ať člověk dosáhne čehokoli, nikdy nemá dost. Čím to je? Spokojenost nepramení totiž z toho, co vlastníme. Společnost nás učí, že skutečné je jen to, co můžeme pevně chytit. Cení si vnějších zkušeností a materiálních statků. A my potom hledáme spokojenost “vně” a žijeme s myšlenkou “jen co...”. “Jen co to dodělám, odpočinu si”. A spokojenost nám tímto protéká mezi prsty. Ve vnějších projevech spokojenost nenajdeme. Potřebujeme

¹⁰ Johnson, R. A., Ruhl, J. M. *Kniha o spokojenosti*. 1. vyd. Praha: Portál, s. r. o. 2000. 101 str., ISBN 80-7178-380-3, str. 17 - 18

se naučit, jak si víc uvědomovat sami sebe a jak se chápat. Spokojenost totiž pramení zevnitř.

Každý je originál a má jiné předpoklady ke spokojenosti, prožívání štěstí a celkové harmonii. Výzkum z Minnesotské univerzity prokázal, že existuje dobrá nálada (nazvaná pozitivní afektivita) jako vlastnost osobnosti, která je dědičná. Někteří lidé mají v sobě pozitivní afektivitu hodně a to se během života příliš nemění. Lidé s vysokým podílem pozitivní afektivity se většinou cítí skvěle, dobré zážitky jim poskytují dostatek potěšení a radosti a to má kladný vliv na jejich spokojenost se životem. Stejně tak existují lidé, kteří mají velmi nízký podíl pozitivní afektivity. Ti se většinou necítí skvěle.¹¹

V následujících kapitolách se budu věnovat okolnostem, které mají vliv na životní spokojenost.

4.1 Společenský život

Tématem mé práce je integrace, nebo-li zapojení se do společnosti. Proto jsem chtěla zjistit, jaký vliv má společenský život a zapojení se do něho na spokojenost se životem. Dozvěděla jsem se, že výzkumy opakovaně ukázaly, že kvalita života závisí, víc než na čemkoliv jiném, na dvou faktorech: *jak se cítíme v práci a jaké máme vztahy s jinými lidmi.*

Dále výzkumy zjistily, že velmi šťastní lidé se od průměrných a nešťastných lidí významně liší v tom, jak bohatý a uspokojivý společenský život vedou. Nejšťastnější lidé tráví nejméně času o samotě a naopak většinu času tráví ve společnosti. Podle autora knihy *Opravdové štěstí*, Martina Seligmana, je opravdu možné, že bohatý společenský život nás učiní šťastnějšími. Důvodem může být i fakt, že ostatní lidé mají raději jedince, kteří jsou šťastnější od narození, mají větší podíl pozitivní afektivity, a proto mají bohatší společenský život.

Řada dalších studií prokazuje, že oproti nešťastným lidem mají šťastní jedinci více povrchních i blízkých přátel.

Kvalita našich zážitků se velice liší podle toho, zda jsme nebo nejsme ve společnosti jiných lidí. Biologicky jsme naprogramováni tak, aby jiní lidé pro nás byli

¹¹ Seligman, Martin. *Opravdové štěstí*. 1. vyd. Praha: Euromedia Group, k. s., 2003. 392 str. ISBN 80-249-0293-1, str. 47

tím nejdůležitějším na světě. Díky nim může náš život být buď velice zajímavý a uspokojující, nebo naopak. Naše štěstí závisí velmi na tom, jak zvládáme svoje vztahy k ostatním lidem. Jedna z nejhorších lidských obav určitě spočívá v tom, že nám bude odepřen veškerý styk s ostatními lidmi. Jsme společenští tvorové a potřebujeme pro svůj život styk s ostatními lidmi. Člověk by se pro lepší kvalitu svého života měl naučit vycházet s ostatními lidmi.¹²

To ale určitě neznamena, že samota je špatná. Dočasná samota a chvilkové ponechání se sobě samému je určitě pro každého člověka prospěšné. Člověk má v těchto chvílích možnost přemýšlet nad sebou samým, nad jeho cíli, radostmi či starostmi. Spousta lidí má problém být o samotě, zmocňují se jich např. deprese a pocity osamělosti. Je proto důležité naučit se samotu snášet a dokonce ji vychutnávat. Je podstatné nalézt způsoby, jak ovládat své vědomí, i když jsme ponechání sami sobě.

4.2 Pohyb a sport

Všechno, co je tělo schopno dělat, nám může přinášet radost. Přesto mnoho lidí tuto schopnost ignoruje a využívá možností svého těla co nejméně, a ponechává tak schopnost těla poskytovat radost bez užitku. Když necháme své smysly nerozvinuté, budou nám poskytovat chaotické informace: necvičené tělo se bude pohybovat zmateně a neohrabaně. Kvalita prožívání se dá zlepšit pomocí vytříbeného využití tělesných činností.

Zážitky radosti a uspokojení se nedějí pouze v prostředí významných sportovních událostí. Olympionici nemají výlučný dar nacházet radost v posouvání svého výkonu za existující hranice. Každý člověk, bez ohledu na to, v jaké kondici je, má schopnost se zvednout o trochu výš a stát se silnějším. Radost z překonání limitů těla je otevřená všem.

Cvičení a sport ovlivňuje nejen fyzickou stránku člověka. Má vliv na zlepšení řady psychických projevů. Příkladem může být pozitivní vliv cvičení na zlepšování depresí zatížené psychiky, na snižování úrovně úzkosti, zvyšování kladného sebehodnocení a posilování psychiky v boji se stresem. Řada lidí, kteří pravidelně cvičí, si pochvaluje, že se cítí volnější, svěžejší a méně úzkostní. Výzkumy také potvrdily kladný vztah cvičení a sebehodnocení. Cvičení působí kladně na zvyšování

¹² Csikszentmihalyi, Mihaly. *O štěstí a smyslu života*. 1. vyd. Praha: NLN, s. r. o. 1996. 399 str. ISBN 80-7106-139-5. str. 245 - 248

sebedůvěry, pocitu vlastní hodnoty, zdraví, zvýšené energie, povědomí o síle sebekázně a zlepšeném celkovém fyzickém vzhledu, apod.

4.3 Práce a pracovní činnost

Práce a pracovní činnost je jeden z nejzákladnějších faktorů ovlivňující spokojenost jedince s jeho životem. Myslím, že není překvapující fakt, že pokud je nabídka na trhu práce dostatečná, je osobní spokojenost významnější.

Práce je více než jen pracovní síla směřená za očekávanou mzdu. Práce může být zdrojem požitku, který daleko předčí mzdu, a když se stane posláním, prokazuje zvláštní a zázračnou schopnost hluboké oddanosti.

Chceme-li maximalizovat svou pracovní spokojenost, musíme v práci využít své charakteristické silné stránky, kterými disponujeme. Když přetvoříme práci tak, abychom v ní každodenně uplatnili své silné stránky a ctnosti, učiníme ji nejenže zajímavější, ale rutinní práce se přemění ve skutečné poslání. A poslání vykonáváme pro potěšení než pro materiální výhody, které přináší.

V praktické části této práce budu zjišťovat, jaký vliv má práce a pracovní činnost na spokojenost se životem u daných respondentů.

4.4 Zdraví

S největší pravděpodobností si každý myslí, že zdraví je klíčem ke štěstí, neboť je obvykle považováno za nejdůležitější součást lidského života. Zjistilo se však, že objektivně dobrý zdravotní stav se štěstím moc nespojuje. Důležité je subjektivní vnímání vlastního zdravotního stavu a schopnost přizpůsobit se nepříjemnostem. To potvrzuje, že umíme najít způsoby, jak vlastní zdraví kladně ocenit i v případě, kdy jsme poměrně dost nemocní. Návštěvy lékaře a hospitalizace neovlivňují životní spokojenost. Na spokojenost má vliv subjektivní hodnocení zdraví, které je opět ovlivněné negativními emocemi. Pokud je onemocnění, které způsobuje invaliditu, těžké a dlouhodobé, štěstí a životní spokojenost se zmenší, ačkoli nikoli o tolik, jak bychom si mohli myslet.

Na univerzitě v Miláně nashromáždili spoustu příkladů a materiálu z výzkumu skupiny paraplegiků, kteří byli z velké části mladí lidé a v minulosti, většinou v důsledku nehody, ztratili možnost ovládat své končetiny. Nečekané zjištění této studie bylo, že velká část obětí mluvila o nehodě, která způsobila jejich paraplegii, nejen jako o jedné z nejvíce negativních, ale zároveň i nejvíce pozitivních událostí svého života. Důvod, proč chápali tragickou událost jako pozitivní, byl v tom, že je postavila před

velice jasné cíle a naopak si zredukovala odporující nebo nedůležité možnosti. Lidé, kteří se naučili zládat nové úkoly své zhoršené situace, cítili jasně, jaký je smysl jejich života, což předtím postrádali. Naučit se znova žít byl sám o sobě důvod k radosti.¹³

Jiná studia dokázala, že jedinci s paraplegií způsobenou následkem poranění míchy se rychle začnou adaptovat na své velmi omezené schopnosti a do osmi týdnů u nich převažují kladné emoce nad zápornými. Během několika let jsou v průměru jen o něco méně šťastní než lidé, kteří paralyzováni nejsou. Ze skupiny lidí s extrémní kvadplegií se 84 procent domnívá, že je jejich život průměrný nebo nadprůměrný.

Jak malé vlivy mohou mít někdy extrémní rozdíly v objektivních podmínkách na pocit životního štěstí dobře ilustruje také jedna z dalších studií, v níž měli respondenti pomocí šestibodové stupnice posoudit, jak se cítí v daném životním období šťastni (0 = vůbec ne; ...; 5 = velmi mnoho). Těmito respondenty byli buď výherci značných částek v loterii, nebo oběti vážných dopravních nehod (paraplegici), a nebo jedinci, které nepotkala ani jedna z těchto událostí (kontrolní skupina). Obdržené průměrné hodnoty činily 4,00 (výherci loterie), 3,82 (kontrolní skupina) a 2,96 (oběti nehod). Výherci loterie se statisticky významně od kontrolní skupiny nelišili. Rozdíl mezi oběťmi nehod a kontrolní skupinou byl statisticky významný, nicméně stojí za povšimnutí, že jejich hodnocení toho, jak jsou v současné době šťastní, je nad středem stupnice a zdá se, že oběti vážných nehod nejsou zdaleka tak nešťastné, jak bychom očekávali.¹⁴ V průměru se výherci v loterii lišili od obětí nehod na této stupnici o cca jeden bod.

V průběhu psaní této kapitoly se mi vyvrátil předpoklad, že lidé s určitým tělesným handicapem se v životě cítí mnohem více nespokojeni než lidé zdraví. Ukázalo se, že toto mé tvrzení není pravdivé. Lidé s handicapem se dokáží radovat ze života a být spokojeni stejně tak jako lidé zdraví. Člověk, který prožije a obstojí v životní krizi, která má za následek určitý zdravotní handicap, nejspíše přehodnotí své postoje, svá životní měřítka a priority. Člověk si, podle mého názoru, začne vážit věcí, kterých si do této doby nevážil a je šťastný za to co má, za život, který pro něj neskončil, ale naopak pro něj nová životní fáze začala.

¹³ Csikszentmihalyi, Mihaly. *O štěstí a smyslu života*. 1. vyd. Praha: NLN, s. r. o. 1996. 399 str. ISBN 80-7106-139-5, str. 288

¹⁴ Brickman, Coates a Janoff-Bulman, Výzkum životní spokojenosti. Odborná studie. b.m., b.n. 1978.

5. Sport

„Státy učiní opatření zajišťující, aby osoby se zdravotním postižením měly rovnoprávné příležitosti pro rekreaci a sportovní činnost.“

(Standardní pravidla OSN, 1993)

Pojem sport je odvozen z latinského *se desportare* a později starofrancouzského „*se désporter*“, což lze přeložit jako bavit se, trávit příjemně volný čas, rozptýlovat se. Sportem se původně označovala rovněž jakákoliv zábavná činnost, jejímž smyslem bylo příjemné vyplnění volného času po práci. Ve středověku se v Anglii termínem sport označovali nejrůznější zábavy vyšších společenských vrstev, jako například lovecké štvanice, koňské dostihy, nejrůznější hry s míčem a další tělesná cvičení prováděná v místnostech nebo venku. Označení sport se postupně vztahuje jen na určité pohybové činnosti a začínají vznikat určitá pravidla.¹⁵

Sport se rozděluje na pasivní a aktivní. Za pasivní považujeme sport divácký, který se stal populární zejména díky vyspělé komunikační technice a umožňuje širokým masám lidí sledovat nejrůznější sportovní utkání se zajištěním hodnotných zážitků. Aktivní sport dále dělíme na tři skupiny – rekreační, výkonnostní a vrcholový.

Rekreační sport tvoří plynulý přechod mezi sportem a rekreační tělesnou výchovou. Má všechny podstatné znaky sportu, jeho cílem je odpočinek a regenerace sil, upevňování zdraví, zdatnosti. Je projevem dobrovolného zájmu lidí o nejrůznější sportovní činnosti.

Výkonnostní sport je formou organizované sportovní činnosti, člení se na sportovní odvětví. Cílem je dosáhnout individuálně nejvyšších výkonů na základě dlouhodobé přípravy. Je založen na spontánnosti, dobrovolnosti a aktivitě ve volném čase.

Vrcholový sport je relativně samostatnou oblastí sportu, jeho cílem je mezinárodní reprezentace.

Je jisté, že lidé s handicapem potřebují pěstovat tělesnou výchovu a sport stejně nutně jako zdravá populace a to k udržování optimální fyzické a psychické kondice. Nejen zdraví lidé mají právo na příjemné trávení volného času, na sport. Tělesně handicapovaní lidé mohou v dnešní době pěstovat sport na rekreační, výkonnostní nebo

¹⁵ Choutka, M. *Teorie a didaktika sportu*. 1. vyd. Praha: SPN. 1983. str. 13

vrcholové úrovni. Svou praktickou část mám zaměřenou na vozíčkáře, proto následující kapitolu věnuji historii sportu na ortopedickém vozíku. Vozíčkáři používají ke zlepšení a udržení fyzické kondice všech možných forem a prostředků tělesné výchovy a sportu přizpůsobených na pohyb v invalidním vozíku.

5.1. Objev ortopedického vozíku a jeho využití ve sportu

Nejdříve bych se chtěla zmínit o historii vzniku invalidního vozíku. Nejstarší písemně dochovanou zprávu o ortopedickém vozíku přinesl kronikář anglického dvora John Evelyn. 11. ledna 1662 se zúčastnil slavnostní večeře u Ludvíka Stuarta, tehdy lorda D'Aubigny, který předváděl svůj nový dům včetně různých kuriozit, mezi nimiž byl i „wheel – chaire“, tzv. křeslo na kolech. Vozík sloužil majiteli, neboť „byl osobou sice svěžích a bystrých smyslů, ale pohodlného a snadného života“.¹⁶

Teprve ve 20. století začali používat vozíky také osoby postižené ochrnutím nebo deformacemi dolních končetin. Díky tomu se tyto lidé mohli lépe zapojit do společnosti, přestali být závislí na druhých a umožnilo jim to navazovat sociální a pracovní kontakty.

Pro celou historii vozíčkářského sportu je důležitá změna v konstrukci a funkčnosti invalidního sportovního vozíku. Do dnešní doby zaznamenaly sportovní invalidní vozíky spousty konstrukčních a funkčních změn. Zpočátku používali sportovci vozíčkáři při soutěžích běžné vozíky každodenní potřeby. Později se začaly objevovat speciální vozíky, určené pouze ke sportování. Byla vytvořena první pravidla týkající se konstrukce a využití sportovních vozíků.

Na konstruování vozíků se podílejí samotní vozíčkáři, což znamená, že vozíky co nejvíce odpovídají potřebám sportovců s handicapem. První vyrobené sportovní vozíky byly určené pro sálové sporty, druhý směr představoval zaměření na vozíky pro lehkootletické jízdy na dráze nebo na silnici. Postupným vylepšováním sportovního vozíku se měnil jeho design. Hmotnost se snížila použitím hliníku nebo lehkých slitin na jeho konstrukci a tím se zlehčila jeho manipulovatelnost. Existují platná pravidla vyplývající pro konstrukci a výrobu sportovních vozíků, při jejichž nedodržení může vést k diskvalifikaci hráče.

V dnešní době se na trhu objevila spousta sportovní techniky a sportovních vozíků. Vyrábějí se sportovní vozíky, které jsou svou konstrukcí ideální pro dynamické

¹⁶ Kábele, Josef. *Sport vozíčkářů*. 1. vyd. Praha: Olympia, a.s., 1992. 196 s. ISBN 80-7033-233-6. Str. 12

míčové hry jako je basketbal či tenis, nebo pro tanec na vozíku. Můžeme se také setkat s tříkolovým vozíkem určeným pro hráče tenisu. Pro hráče rugby je určen speciální vozík, který je vybaven postranními „křídly“, díky kterým hráči neuvíznou při hře v tlačenici, a chráničem podnožky, který chrání nohy. Pro cyklisty se vyrábí speciální typ vozíku - tříkolky či čtyřkolky, nazývané handbike. Sportovním náčiním handicapovaných lyžařů je speciální odpružená lyže – monoski. Monoski se skládá z jedné běžné lyže (vybírání se podle váhy a technické vyspělosti lyžaře), na které je upevněna v silném vázání nosná konstrukce s tzv. skořepinou, ve které je lyžař posazen. Na skořepině jsou upevněny podle individuální potřeby lyžaře fixační pásy, které nahrazují nefunkční svaly (břišní) a fixují nehybné nohy proti případnému nežádoucímu vychýlení. Stabilitu udržuje monolyžař pomocí tzv. stabilizátorů, což jsou zkrácené, speciálně upravené francouzské hole zakončené krátkými lyžemi. Stabilizátory slouží k udržení rovnováhy, při jízdě v obloucích a nakonec také k brždění. Lyže na stabilizátorech se dají sklopit, takže lyžaři zároveň slouží jako hůlky k odpichování dopředu i dozadu. Každý lyžař vozíčkář = monolyžař musí mít v rámci své vlastní bezpečnosti řádně upevněnou helmu na hlavě. Ke klasickému lyžování jsou určeny monoběžky, kdy ke skořepině je připevněn jeden pár běžeckých lyží. Hole pro klasické lyžování mají typický běžecký hrot.

Každá sportovní pomůcka či doplněk má velký vliv na výsledky a prožitky sportovce, které při aktivitě zažívá, ale hlavně na zdraví, které sportem utužuje. Handicapovaný člověk bezpochyby vyhledává a dává přednost kvalitě před kvantitou. Kvalitní sportovní náčiní je podle mého názoru základ, proto jsem ráda, že i ve sportu handicapovaných jde kvalita a vývoj sportovního náčiní vpřed. Byla jsem mile překvapena, kolik sportovní techniky a sportovních vozíků na dnešním trhu můžeme najít. Na druhou stranu mne ale nemile překvapila cena. Každý handicapovaný sportovec si nemůže dovolit zakoupit tak drahé sportovní náčiní, které by pro svůj aktivní kvalitní život potřeboval. Takže se tu paradoxně setkáváme s dobrým vývojem sportu handicapovaných a s finanční překážkou.

5.2 Historie sportu na ortopedickém vozíku

Následkem druhé světové války zůstalo mnoho mladých lidí, toužících po sportu, odkázáno na ortopedický vozík v důsledku těžkých úrazů páteře nebo dolních končetin. A hlavně z tohoto důvodu se začal v této době pozvolna formovat i zájem o rekreační a sportovní aktivity. Sportování umožňovalo využití rehabilitačních vozíků.

Proto můžeme říci, že paradoxně teprve II. světová válka dopomohla vzniku sportu tělesně postižených, protože jejím krutým následkem byly tisíce raněných mladých lidí, pro které bylo nutné vybudovat velké množství rehabilitačních zařízení a center po celém světě. V těchto rehabilitačních zařízeních se sestavovaly programy, které z velké části využívaly sportovních aktivit, které často mívaly i soutěžní charakter.

Sportovní historie tělesně postižených v Evropě je úzce spojena se jménem lékaře Ludwiga Guttmanna, který v roce 1944 založil nedaleko Londýna ve Stoke Mandeville rehabilitační centrum, kde se především léčili těžce zranění vojáci ve druhé světové válce. Jednalo se zejména o mladé lidi, proto se doktor Guttmann v centru zabýval běžnými léčebně rehabilitačními metodami a technikami, ale kladl důraz i na tělesnou výchovu a sport, který se nejvíce ujal u vozíčkářů. Doktor Guttmann byl přesvědčen, že tělesná výchova a sport napomáhá k překonání psychických i fyzických bariér, které tělesně postižení mají. Samotný Ludwig Guttmann netušil jaký úspěch to bude mít. Ale již v roce 1946 byly provedeny první pokusy o založení sportovních her vozíčkářů.

Vedle lehké atletiky se v Anglii začali věnovat také šermu, kuželkám, lukostřelbě, volejbalu a vzpírání. Většina sportů fungovala na základě pravidel dohodnutých v rámci jednotlivých rehabilitačních center, proto měli sportovní soutěže charakter národní, někde regionální. Dne 21. července 1948 se ve Stoke Mandeville uskutečnily první oficiální sportovní hry vozíčkářů, ovšem za účasti šestnácti sportovců, a to pouze z britských ostrovů. Mezi účastníky byly i dvě ženy. Hlavním organizátorem byl dr. Guttmann, který tyto hry nazval Stoke Mandevillské hry. Soutěže se konaly v lehké atletice, jízdách zručnosti, kuželkách a lukostřelbě.

Nesmíme ale zapomenout na fakt, že první kladrubské sportovní hry se konaly o tři měsíce dříve než hry v Anglii, konkrétně od 15. do 24. dubna 1948.

V roce 1952 rehabilitační centrum ve Stoke Mandeville bylo prvním na světě, které uspořádalo mezinárodní sportovní hry vozíčkářů za účasti sto třiceti sportovců a sportovkyň na ortopedických vozících z mnoha zemí světa. Soutěže byly velice úspěšné a od té doby se konají každoročně. Postupně se do programu zařazovaly další soutěžní disciplíny, jako například bowling, oštěp, disk, stolní tenis a slalomové závody.

Velký zájem přiměl dr. Guttmanna v roce 1957 k založení Mezinárodní sportovní organizace pro vozíčkáře. Na památku prvních her ve Stoke Mandeville nese název Mezinárodní organizace her ve Stoke Mandeville (ISMGF = International Stoke Mandeville Games Federation). Posláním organizace bylo pořádat pravidelné

mezinárodní soutěže a závody v mezinárodním měřítku, usměrňovat vývoj jednotlivých sportovních disciplín, určovat herní pravidla a stanovovat základní kritéria pro sportovní zdravotní klasifikaci tělesně postižených.¹⁷ Doktor Guttmann chtěl vytvořit systém sportovních soutěží pro osoby s tělesným postižením, který by měl stejnou hodnotu jako olympijské hry zdravých sportovců, s tím, že tyto hry by byly pořádány také ve čtyřletém cyklu ve stejné zemi jako hry olympijské. Toto se splnilo v roce 1960, kdy necelé dva měsíce po Olympijských hrách v Římě, proběhla historicky první paralympiáda. Doktor Guttmann byl iniciátorem všech dalších paralympiád až do roku 1980, kdy zemřel. Proto je právem nazýván Coubertinem paralympijského hnutí.

První ročníky paralympiády byly určeny výhradně sportovcům s těžkým postižením páteře, tedy pro paraplegiky. Promítlo se to i do názvu soutěže – paraplegie – paralympiáda. Během dalších let se postupně přidávali sportovci z dalších skupin zdravotně postižených osob (tělesně postižení chodící, svalové dystrofie, mozková obrna, zrakově postižení atd.). Nyní je název paralympiáda chápán a vysvětlován ve významu paralelních her zdravotně postižených a zdravých sportovců. Na přípravě a průběhu paralympiád se podílejí kromě Mezinárodní organizace her ve Stoke Mandeville také další mezinárodní organizace, které jsou zaměřené na tělesnou výchovu a sport zdravotně postižených. Významnou se stala zejména Mezinárodní organizace pro postižené sportovce (ISOD – International Sports Organization for the Disabled), která byla založena v roce 1963. ISOD hájila zájmy a zajímala se o postižené chodící, osoby po mozkové obrně a zrakově postižené. V 80. letech se stala organizací pouze pro tělesně postižené chodící a tzv. skupinu „Les autres“, tj. ostatní postižené. Postižení mozkovou obrnou se v roce 1978 sdružili do Mezinárodní organizace spastiků (CP – ISRA – Cerebral Palsy – International Sports and Recreational Association). Zrakově postižení založili v roce 1981 vlastní sportovní organizace (IBSA – International Blind Sports Association).

„Vzhledem k potřebě koordinovat činnost všech mezinárodních i národních organizací zabývajících se otázkami zdravotně postižených sportovců byl v roce 1992 založen Mezinárodní koordinační výbor (ICC – International Coordinating Committee), který se později přejmenoval na Mezinárodní paralympijský výbor (IPC – International Paralympic Committee), a který úzce spolupracuje s Mezinárodním olympijským

¹⁷ Martínek, Pavel. *Možnosti sportovního využití vozíčkářů v Praze*. Diplomová práce. Praha: Fakulta tělesné výchovy a sportu UK v Praze. 1997. str. 11

výborem.“¹⁸ Společně užívají olympijské symboly a protokol včetně vztyčení olympijské vlajky a zapálení ohně. V 70. letech se začali ozývat propagátoři zimních sportů pro zdravotně postižené. Rozvoj zimních sportů byl pomalejší z důvodů několika překážek: obtížnější dostupnosti zimních areálů, potřeby speciálního materiálního vybavení, kratší možnosti dlouhodobé sportovní přípravy, technické i časově náročnější přípravy a dlouhodobějšího osvojování sportovních dovedností.

Průkopníky zimních sportů pro vozíčkáře byly skandinávské země, Kanada a USA. První zimní paralympiády se konaly roku 1976 ve švédském Örnsköldsviku. Mimo paralympiád dnes probíhají také jednou za čtyři roky světové hry tělesně postižených, letní i zimní. Každoročně se konají hry ve Stoke Mandeville a řada světových i evropských šampionátů v jednotlivých sportech jako např. basketbal, vzpírání, lukostřelba, stolní tenis, kulečník, šerm, plavání, tenis, atd.¹⁹

5.3 Historie sportu lidí s handicapem v České republice

Počátky sportu tělesně postižených osob v naší zemi se vážou k založení rehabilitačních ústavů v Kladrubech a později i na dalších místech republiky, kde se sportovní aktivity zařazovaly jako účinný a oblíbený prvek rehabilitace. Postupně i další rehabilitační zařízení pořádala soutěže po vzoru Kladrubských her. Tak vznikaly hry Severomoravské, Košumberské, Lipnické i Celostátní hry tělesně postižené mládeže. Na těchto hrách se soutěžilo v modifikovaných atletických disciplínách, lukostřelbě a v plavání.

Zkušenosti z rehabilitačních ústavů zanedlouho našly uplatnění v organizované sportovní činnosti. V lednu roku 1961 byla v rámci ČSTV ustavena komise pro tělesně postižené sportovce, která začala pořádat národní mistrovství v jednotlivých sportech. První mistrovství ČSSR v atletice se konalo v roce 1964 v Ostravě, poté v roce 1966 přebory v plavání v Kladrubech a dále se v roce 1967 uskutečnil první domácí šampionát ve stolním tenisu a ve stejném roce i národní turnaj v odbíjené.

V roce 1969 byl založen Český svaz tělesně postižených sportovců, který měl jen minimální podporu státních institucí.

¹⁸ Martínek, Pavel. *Možnosti sportovního využití vozíčkářů v Praze*. Diplomová práce. Praha: Fakulta tělesné výchovy a sportu UK v Praze. 1997. str. 12

¹⁹ Kábele, Josef. *Sport vozíčkářů*. 1. vyd. Praha: Olympia, a.s., 1992. 196 s. ISBN 80-7033-233-6. Str. 12-17

Podobně jako se nazíralo na celou minoritní společnost zdravotně postižených, tj. snaha o totální segregaci od veřejnosti, i sport vozíčkářů neměl šanci se prezentovat u majoritní části občanů našeho státu.

Po roce 1989, s příchodem společenských změn, se změnil přístup společnosti ke zdravotně postiženým lidem. Tyto změny také okamžitě odstartovaly rozvoj sportu zdravotně handicapovaných, o jehož úspěšných výsledcích začaly informovat i všechny druhy masmédií. Postupem doby vznikalo a vzniká stále více neziskových organizací, občanských sdružení, nadací, které se zabývají sportem osob s handicapem a snaží se tímto způsobem o jejich integraci.

Mezi organizace zabývající se sportem tělesně postižených patří např.:

Sportovní klub vozíčkářů Praha

Tento klub je úzce svázán s Centrem Paraple. V současné době má 43 členů a čtyři oddíly (stolní tenis, florbal, lyžování, orientační závod a turistika). Díky spolupráci s Centrem Paraple mohou vozíčkáři brzy po úraze vyzkoušet jednotlivé sporty na vozíku a aktivně se zapojit do kolektivu.

Centrum Paraple

Toto centrum otevřel Svaz paraplegiků a snaží se zde pomoci lidem, kteří se po poranění míchy ocitnou v krizové životní situaci. Pomáhá jednotlivým lidem vrátit se po úraze do běžného života. Zprostředkovávají rehabilitace, sociálně právní poradenství, počítačové kurzy a spolupracují se Sportovním klubem vozíčkářů, kterému poskytují zázemí.

Svaz paraplegiků

Založení tohoto občanského sdružení lidí ochrnutých po poranění míchy se datuje od roku 1990 a usiluje o celkové zlepšení jejich životní situace. Snaží se o zlepšení úrovně zdravotní péče v ČR, současné platné legislativě, připravenosti společnosti k přijetí lidí s handicapem jako plnoprávných občanů, atd.

Český svaz tělesně postižených sportovců

Tato organizace poskytuje širokou nabídku, kvalitních a odborně vedených pohybových aktivit. K pravidelnému sportování se snaží přivést co největší počet tělesně postižených osob. Zabezpečuje podmínky pro vrcholový sport a reprezentaci ČR. Český svaz tělesně postižených sportovců v dnešní podobě vzniknul v roce 1990 a zajišťuje činnost téměř 3000 sportovců sdružených v 82 klubech provozujících 23 sportů z toho 15 paralympijských.

Kontakt bB – občanské sdružení pro studium, rehabilitaci a sport bez bariér

Zabývají se výukou plavání, školí metodiku plavání osob se zdravotním postižením, pořádají týdenní a víkendové pobytové akce a od roku 2004 realizují projekt „Sportem do života bez bariér“. V roce 2005 bylo do projektu zapojeno 315 osob se zdravotním postižením. Mladí sportovci měli možnost se zúčastnit několika domácích závodů, např. závod Eurowaves – Pohár pro všechny Evropany. Zúčastnilo se 230 plavců z 18 evropských zemí.²⁰

Český paralympijský výbor

Česká federace sportovců s centrálními poruchami hybnosti – Spastic handicap

Člověka napadají spousty otázek týkající se sportu handicapovaných, jeho důležitosti a významu. Podle mého názoru s tímto tématem existuje spousta mýtů a předsudků. Mnoho lidí si přínos sportovního vyžití neuvědomuje a nepřikládají mu velkou váhu. Samozřejmě, každý člověk je individuální a každému sport přináší jiné hodnoty nebo mu naopak nepřikládá žádný význam. Ale zamysleli jste se někdy nad tím, jaké rozdílné hodnoty přináší sport sportovcům zdravým a jaké sportovcům s handicapem? Jaké jsou motivy sportování těchto dvou skupin? Jsou stejné nebo rozdílné? Já osobně se domnívám, že motivace handicapovaných sportovců je stejná jako u zdravých sportovců. Jeden z hlavních motivů je zlepšení kondice a zdraví, ukazuje nám určitý životní styl, umožňuje lepší realizaci sebe samého a také umožňuje setkávání s přáteli a lidmi. Ve společnosti se můžeme setkat s nesprávným názorem, že hlavním důvodem provádění sportovní činnosti u osob s postižením je ze snahy vyrovnat se zdravým lidem a snahy prosadit se alespoň někde za každou cenu. Tato nesprávná domněnka napomáhá dívat se na handicap, handicapované, na jejich život a jejich snahy začlenit se do společnosti a být prospěšní podle svých možností značně zkresleně. Proto se v následující kapitole zmíním o významu sportu pro člověka na ortopedickém vozíku.

5.4 Význam sportu pro člověka na ortopedickém vozíku

Pravidelná tělesná výchova, pravidelný pohyb a sport velmi pozitivně ovlivňuje člověka nejen po stránce zdravotní (pohybové), ale i po stránce psychické a sociální. Sport má celkový kladný vliv na rozvoj osobnosti. Člověk při sportovní aktivitě může odstranit stres. Jak víme, z těla se při sportu vyplavují hormony štěstí – endorfiny a

²⁰ Dostupné z <http://www.kontaktbb.cz/default.htm>.,[cit. 2. dubna 2006]

člověk se cítí příjemně znaven a zároveň plný elánu. Prostřednictvím sportovní činnosti se člověk zbavuje nahromaděné přebytečné energie, která v člověku může působit negativně. Výdejem této energie může přijít na jiné myšlenky, na nové nápady a to se týká jak zdravých sportovců, tak sportovců s handicapem.

Nejen tělesně postižený, ale i zdravý člověk, se učí prostřednictvím sportu být soběstačný, snaží se zvládat fyzické i psychické překážky, upevňuje si zdraví a vitalitu, má větší odvalu prosadit se ve společnosti. Sport přispívá k možnosti žít plnohodnotný život, aktivně se zapojit do rodinného, pracovního a společenského prostředí. Za specifické cíle tělesné výchovy a sportu považujeme:

- Rozvoj základních pohybových schopností a dovedností (obratnost, síla, vytrvalost, udržení rovnováhy, prostorová orientace, rychlost reakce, postřeh, zvládnutí jízdy na ortopedickém vozíku ve smyslu „vozík jako součást těla“, manuální zručnost, hygienické návyky apod.).
- Osvojení žádoucích regeneračních a kompenzačních metod (psychorelaxační techniky, automasáž, kompenzační cvičení, strečink, posilování).
- Formování psychických vlastností (schopnost koncentrace, zvládnutí emocí, volní úsilí, vyrovnání se s konfliktní situací, kompenzace pocitů méněcennosti atd.).
- Překonávání sociálních bariér (přijetí sociálních rolí, navazování kontaktů, pozitivní příklad pro dosud nesportující vozíčkáře, výměna zkušeností a informací atd.).
- Předcházení vzniku tzv. civilizačních chorob, např. z nedostatku pohybu, nesprávné životosprávy, vlivem stresů, z časté neurotizace.²¹

Výhodou každého člověka s tělesným postižením dolních končetin je možnost použití síly horních končetin. Horní končetiny, na rozdíl od dolních končetin, nejsou dostatečně kapacitně vybaveny pro lokomoci celého těla. Nadměrné namáhání horních končetin přináší zátěž pro oběhový a dýchací systém. I mírný pohyb na vozíku je pro netrénovaného jedince značnou zátěží, která vyvolává únavu a nadměrná zátěž může brzdit rehabilitační účinky. Proto zde velkou úlohu hraje pravidelný pohyb. Sport

²¹ Kábele, Josef. *Sport vozíčkářů*. 1. vyd. Praha: Olympia, a.s., 1992. 196 s. ISBN 80-7033-233-6. Str. 10

napomáhá i ke společnému soužití mezi zdravými a postiženými, oběma skupinám dodává určitý pocit uspokojení, sebe prosazení a někdy i smysl života.²²

Podle zkušeností je tělesný i duševní stav sportujících lidí s postižením podstatně lepší než těch, kteří se sportu nevěnují. Rozdíl je v psychice, kdy závodně prováděný sport zvyšuje sebevědomí lidí s postižením, kompenzuje pocity méněcennosti, protože často dokáží i se svým handicapem více než většina zdravých lidí.

Psychický stav se odráží i v sociálním postavení, sportující lidé s postižením mají podstatně větší tendence žít společensky aktivně, což se týká nejen práce ve společenských organizacích, ale i běžného pracovního zařazení nebo postavení v rodině. Sportovci s handicapem mají též lepší předpoklady i pro zdravou výchovu svých dětí. Z nesportujících tělesně postižených osob je podstatně více svobodných, rozvedených nebo žijících v bezdětných manželstvích než u sportujících.²³

Sportovní prostředí rozšiřuje i společenské kontakty, které někdy tělesně postiženým chybějí. Sportovní činnost má vliv i na psychické otužování ve smyslu nestydět se za svůj handicap, a to nejen v prostředí tělesně postižených, ale i v běžné společnosti. Handicapovaní sportovci jsou vzorem nejen pro ostatní jedince s handicapem, ale i pro zdravou populaci, pro niž jsou vzorem soustavné cílevědomé píle a vůle překonávat obtížnější životní situace.

5.5 Nejvhodnější pohybový režim

Velmi důležitý je vhodný pohybový režim a trénink, ve kterém se musí brát na zřetel zdravotní stav sportovce, aby nevznikly další zdravotní komplikace a znemožnění dalšího sportovního vyžití a třeba i ztrátu sportovní motivace.

Pohybový režim je souhrn pohybových aktivit v určitém časovém období, a to v denním, týdenním, sezónním nebo celoročním. Aktivitu je potřeba usměrňovat a obohacovat ve spojitosti s fyzickým i psychickým zdravím. U lidí na ortopedickém vozíku se jedná o specializovaný pohybový režim. Dobrá fyzická kondice je u nich jednou ze základních podmínek plnohodnotného zapojení do života. Pohybový režim musí být optimální, proto ho stanovují odborníci (lékaři nebo rehabilitační pracovníci).

²² Kábele, Josef. *Sport vozíčkářů*. 1. vyd. Praha: Olympia, a. s., 1992. 196 s. ISBN 80-7033-233-6. Str. 10-11

²³ Kříž, Vladimír. *Rehabilitace a její uplatnění po úrazech a operacích*. 1. vyd. Praha: Avicenum. 1986. 332 s., s. 205

Režim musí vycházet ze stávající úrovně kondice, rozlišovat postižení a respektovat míru pohybových schopností a dovedností daného jedince.

Při určování doporučeného pohybového režimu musíme uvažovat o tzv. „pohybových nadstavbách“. V týdenním cyklu by se měly provádět pravidelně tři formy: projížďka, cvičení doma a absolvování specializovaného nebo kondičního sportovního tréninku. Tento program je však přijatelný pro paraplegiky a quadruplegiky, kteří nejsou odkázáni na elektrický vozík. Samozřejmě i quadruplegici mají možnost dosáhnout dobré kondice.

Delší jízdy ve volné přírodě se nazývají pojezdy. V průběhu týdenního cyklu se zařazují nejméně dvakrát. Začátečnickům se doporučuje 5 až 10 km v mírně zvlněném terénu, bez prudkých stoupání a nebezpečně rychlých sjezdů. Tempo by mělo být volné, pravidelné, bez zjevného zrychlování, do pocitu příjemné únavy.

Kondiční sportovní trénink v tělocvičně je relativně málo nákladný, nevyžaduje žádné speciální vybavení. Cílem je rozvoj svalové síly, rychlosti, obratnosti a poskytnutí příležitosti k sociální a rekreační interakci. Ideální je provádění této činnosti dvakrát týdně. Náplň kondičního tréninku se skládá ze tří částí:

- a) Zahřívací část: pro rozehrání organismu krátké rozježdění, strečink pro vozíčkáře, uvolňování horních končetin vytřepáváním a dechová cvičení. Tato část by neměla přesahovat 20 minut.
- b) Sportovní část: začíná obratnostními cvičeními na vozíku, která pomáhají rozvíjet techniku jízdy, seznamují s novými prvky a upevňují základní dovednosti. Toto cvičení se také nazývá „kouzlení na vozíku“. Jednotlivci předvádějí různá „kouzla na vozíku“, kterými trénují rozjíždění, zastavování, otáčení, jízdu na zadních kolech, brždění jednou rukou atd. Dále se do této části zařazují hry závodivé a štafetové. Cílem sportovní činnosti není jen vlastní hra, ale také procvičování jednotlivých herních dovedností a prvků. Volná hra by měla trvat nejméně 15 až 20 minut, sportovní část 50 až 60 minut.
- c) Závěrečná část: představuje strečink a relaxační cvičení, nejlépe vleže na zemi s hudbou či tlumeným vyprávěním.²⁴ Strečink je důležitou součástí sportovního tréninku nejen pro sportovce na ortopedickém vozíku, ale i pro sportovce zdravé. Pojem strečink pochází z angličtiny a znamená protahování, natahování, rozpínání, napínání. Ve sportovní terminologii představuje strečink soubor

²⁴ Hladíková, Ilona. *Lidé na ortopedickém vozíku a sport*. Absolventská práce. Praha: Sociálně právní akademie v Praze. 2003. str. 36 - 37

protahovacích cviků, které zvyšují pohyblivost a ohebnost svalů, kloubů a v určitém rozsahu i šlach a vazů. Popis protahovacích cvičení můžeme nalézt již ve starých čínských a indických spisech zaměřených na léčebnou tělesnou výchovu.

Podmínkou účasti na kondičním sportovním tréninku je dobrý zdravotní stav jedince, bez dekubitů, dermatitid a infekčních onemocnění. Kondiční trénink skupiny 12-ti až 15-ti vozíčkářů by měli vést minimálně 3 cvičitelé.

V současné době existuje řada sportovních programů, upravených pro sportovce s tělesným postižením. Jedním z nejstarších a nejlépe propracovaných je program americké národní asociace pro sport a rekreaci postižených (NHSRA), který vznikl na konci šedesátých let pro veterány vietnamské války pod názvem Fitness is for everyone (Zdatnost je pro každého). Tento program je provozován v 35 státech USA.²⁵

²⁵ Kábele, Josef. *Sport vozíčkářů*. 1. vyd. Praha: Olympia, a.s., 1992. 196 s. ISBN 80-7033-233-6. Str. 85-88

6. Druhy sportů

Jak už bylo řečeno, pohybová aktivita a sport je pro lidi s handicapem stejně důležitá jako pro zdravé a přispívá k udržení celkové kondice jak tělesné, tak i psychické.

Existuje mnoho sportů, kterými se lidé s tělesným postižením zabývají. Téměř všechny vznikly z disciplín a her zdravých sportovců. Jednotlivé sporty mají svá specifika a rozdílnosti pravidel oproti pravidlům sportů zdravých sportovců.

V následující kapitole popíší některé základní sportovní disciplíny a hry, jejich vznik a pravidla.

6.1 Basketbal

Basketbal pro tělesně postižené je v současnosti nejrozšířenější sportovní hrou mezi tělesně postiženými. Basketbal vozíčkářů v České republice vznikl v sedmdesátých letech jako doplněk rehabilitace v rehabilitačních ústavech v Kladrubech a Hrabyni.

Hřiště pro basketbal vozíčkářů musí být stejné jako pro basketbal zdravých hráčů. Jedinou podmínkou je umístění v bezbariérovém zařízení, které umožňuje bezproblémový přístup do šaten, hlediště, sociálního zařízení a na hřiště. Hraje se se stejným míčem jako basketbal zdravých lidí. Zápis o utkání se shoduje se zápisem používaným u zdravých basketbalistů s tím, že je doplněn o bodovou hodnotu každého hráče, která odpovídá jeho zdravotní klasifikaci.²⁶

Pro basketbal vozíčkářů platí, že invalidní vozík je součástí hráče. To znamená, že vozík musí splňovat pravidly stanovené technické parametry včetně přídavných zařízení.

Basketbal je jedna z mála her, kde společně hrají osoby s různým druhem postižení. Nejčastěji se v tomto sportu setkáváme s paraplegiky, spastiky, poliomyelitiky a s amputaři dolních končetin. Každý typ postižení je jinak obodován, podle závažnosti postižení, od jednoho do 4 bodů. 1 bod mají nejvíce postižení sportovci. Národní a pohárové soutěže se hrají na celkový bodový součet pěti hráčů na hřišti 14,5 bodu. Mezinárodní mistrovství, kvalifikace a paralympijské hry mají přísnější 14-ti bodový limit.

²⁶ Hladíková, Ilona. *Lidé na ortopedickém vozíku a sport*. Absolventská práce. Praha: Sociálně právní akademie v Praze. 2003. 89 s., str. 39

6.2. Volejbal

Za tvůrce dnešního volejbalu je považován Američan William G. Morgan, který roku 1895 vymyslel pro studenty hru založenou na odbíjení míče přes síť napnutou ve výšce 2 yardů (183 cm). Z USA se volejbal brzy rozšířil do Jižní Ameriky, Asie a po 1. světové válce zásluhou organizace YMCA i do Evropy.

Volejbal je sportem, který je provozován hráči s různými druhy tělesného postižení. Na mezinárodních soutěžích je hrán ve dvou modifikacích – standing a sitting volleyball. Volejbal byl dlouho jediným kolektivním sportem pro chodící tělesně postižené sportovce a byl jedním z prvních provozovaných sportů v Československu. V současnosti je na programu paralympijských her zařazen pouze volejbal sedících, když z POH 2004 v Athénách byl vyřazen volejbal stojících pro malý počet zemí pravidelně se účastnících mezinárodních soutěží. V obou kategoriích se však konají pravidelná mistrovství Evropy a světa. V ČR probíhají pouze soutěže ve volejbalu stojících.

Pro skladbu družstva pro volejbal je v současné době předepsána následující sestava s minimálním postižením :

IA – 4B – 1C: Na hřišti je zastoupen jeden hráč z třídy A, čtyři hráči z třídy B a jeden hráč z třídy C. Z této povinné sestavy může být kterýkoliv hráč skupiny lehčího postižení zastoupen kterýmkoliv hráčem skupiny těžšího postižení dle lékařské klasifikace.

· Třída A : hráč s minimálním postižením, úroveň příslušná pro dovednosti k tomu, aby mohl hrát volejbal. Příklady zahrnují amputace prstů, zkráceniny ruky nebo nohy k určení procentuálnosti, splynutí kotníků nebo zápěstí.

· Třída B : hráč se středním postižením. Příklady zahrnují spodní loketní nebo kolenní amputace a další srovnatelné vady.

· Třída C : hráč s nejtěžším postižením. Příklady ukazují vrchní loketní nebo kolenní amputace, také kombinované amputace a další vady.

V České republice pro domácí soutěže platí následující úprava skladby družstva:

IX – 2A – 2B – 1C

X splňuje hráč, který by podle lékařské klasifikace nebyl zařazen ani do třídy A s minimálním postižením (příklad: ztráta vidění na jedno oko). Tato úprava platí, jelikož v České republice není dostatek hráčů, kteří by mohli být zařazení alespoň do třídy A. Pro volejbal sedících neplatí žádná zdravotně klasifikační hlediska, společně hrají paraplegici, lidé po amputaci, poliomyelitici bez rozdílů postižení, kteří jsou zařazení mezi tělesně postižené podle kritérií International Stoke Mandeville Games Federation

(ISMGF) a International Sports Organisation for the Disabled (ISOD). Volejbal v sedě se hraje ve srovnání s volejbalem zdravých sportovců na hřišti menších rozměrů. Hraje se běžným volejbalovým míčem. Pravidla povolují nošení teplákových kalhot a použití takových chráničů kloubů a pahýlů, které nejsou nebezpečné ostatním.

6.3 Sledge hokej

Sledge hokej by se dal nazvat přímým potomkem ledního hokeje. Kořeny sledge hokeje můžeme najít ve švédském Stockholmu, kde počátkem 60. let skupina Švédů z rehabilitačního centra chtěla pokračovat ve hraní hokeje i přes své tělesné postižení. Rozhodli se sestavit speciální sáně „sledge“, které byly vyrobeny s kovového rámu připevněném na nožích z bruslí. Jako hokejky používali kulaté palice s řidítky jízdních kol.

Toto sportovní odvětví se prosadilo kolem roku 1969, kdy v okolí Stockholmu fungovalo již 5 týmů, ve kterých hráli hráči s tělesným postižením společně s jejich přáteli bez postižení. Později se sledge hokej rozšířil do Velké Británie a do Kanady. Teprve koncem minulého století tento dynamický sport pro vozíčkáře začal nabírat na obrátkách.

„Sledge hokej znamená v doslovném překladu sáňkový hokej. Hraje se na sáňkách, které mají zespodu místo skluznic nože. Hráči se odrážejí dvěma hokejkami. Ty jsou z jedné strany zakončeny bodcem a z druhé strany čepelí. Sledge hokej hrají převážně tělesně postižení hokejisté, ale není to podmínkou. Podle pravidel může být v týmu 5 zdravých hráčů, ale při zápase na ledě v jednu chvíli pouze dva. Zdraví hráči jsou označeni viditelnými proužky na přilbách.“²⁷ Pravidla se velmi podobají pravidlům platným pro normální lední hokej. Hraje se na hřišti stejných rozměrů, rovněž velikost branky je shodná.

Sledge hokej vznikl v České republice teprve v roce 2000 ve Zlíně. V současnosti existuje 5 týmů. Na paralympiádu se tento sport dostal v roce 1994 a ihned se stal jedním z nejatraktivnějších.

6.4 Tenis

Tenis vozíčkářů i přes svou velice krátkou historii patří k nejrozšířenějším a nejpopulárnějším sportům. V roce 1980 založil Brad Parks, tenisový průkopník, nadaci National Foundation of Wheelchair Tennis (NEWT), jejímž účelem bylo zabezpečit další

²⁷ Dostupné z http://www.cstps.cz/cstps/jnp/cz/gen/clanek/sporty-sledge_hokej.html, [cit. 17. března]

rozvoj tenisu vozíčkářů. V Evropě se první turnaje uskutečnily ve Francii v roce 1983. Roku 1985 byla založena European Wheelchair Tennis Federation (EWTf), která se zasloužila o zařazení tenisu vozíčkářů do programu Stoke Mandevillských her.

Hrací plocha pro tenis vozíčkářů se v ničem neliší od tenisových kurtů pro zdravé hráče. Hraje se většinou na tvrdém povrchu (beton, asfalt). Tenisté používají vozíky především pro sálové sporty.

Z hlediska zdravotní klasifikace se rozlišují pouze kategorie paraplegiků a quadruplegiků. Hraje se v kategoriích podle postavení na žebříčku. Muži i ženy hrají v těchto kategoriích: otevřená A, B, C, D, quadru a pro juniory a juniorky do 18 let. V kategoriích C, D a quadru se při počítání hry nehraje na shodu, tzn., že hráč, který dosáhne první čtyř bodů, získává hru.

Pravidla tenisu pro vozíčkáře mají samozřejmě přizpůsobená pravidla s ohledem na handicap. Například při podání se podávající může před zahráním míče jednou odrazit, ale nesmí se dotknout ani jedním kolem jakéhokoliv jiného prostoru než prostoru za základní čarou. Pokud je podání pro hráče fyzicky nemožné (quadruplegik), pak takovému hráči může nadhodit jiná osoba.

Tenis vozíčkářů se na rozdíl od tenisu zdravých hraje na dva dopady - míč může dopadnout na pole podání na druhé straně kurtu, ale nesmí se dotknout sítě. Pokud toto pravidlo hráč poruší, ztrácí automaticky bod. Hráč rovněž nesmí použít jakoukoliv část svých nohou nebo dolní část končetin jako brzdy nebo ke stabilizaci při podání, úderu míče, otáčení nebo zastavení o zem, když je míč ve hře. Hráč může také ztratit bod, pokud neudrží alespoň část hýždí v kontaktu se sedadlem vozíčku při úderu.

Vozíček je považován za součást hráčova těla a veškerá pravidla, která se vztahují na hráčovo tělo se vztahují i na vozíček. Pokud hráč v důsledku postižení nemůže pohybovat vozíčkem pomocí kola, pak může vozíček pohánět pomocí jedné nohy.

Tenis je jedním ze sportů, v kterém se mohou utkat zdraví hráči s handicapovanými hráči. V tomto případě pro vozíčkáře platí pravidla tenisu pro vozíčkáře a pravidla tenisu pro nehandicapovaného hráče.

I když se tenis stává stále více oblíbeným sportem, existují, podle mého názoru, jistá zvyhodnění pro handicapované tenisty a jistá znevýhodnění pro tenistky. Tenis pro handicapované hrají hlavně muži, proto je nedostatečný počet rovnocenných soupeřek pro handicapované tenistky, což způsobuje zhoršení podmínek pěstovat tento sport na profesionální úrovni.

6.5. Stolní tenis

Stolní tenis vozíčkářů je v naší republice v současné době velmi oblíbeným sportem, který umožňuje tělesně postiženým sportovcům možnost vyrovnané hry i se zdravými sportovci, proto tato hra velmi napomáhá integraci tělesně postižených lidí.

Stolní tenis vozíčkářů se hraje podle platných pravidel Mezinárodní federace stolního tenisu ITTF.

Stolní tenis se hraje na stole, který je pro vozíčkáře nesen. Hráči se nemusí ve čtyřhře střídat, hraje kterýkoliv hráč jedné a potom druhé strany. Při podání musí být míček hozen ve směru prodloužení stolu, tj. nesmí při podání vyletět přes boční hranu. Všichni hráči hrající stolní tenis vozíčkářů musí sedět na vozíku. Nejvhodnějším typem je vozík používaný pro sálové sporty. Je dovoleno používat sedací podložku jakékoliv tloušťky.

Hráči na vozíku jsou rozděleni do pěti tříd podle druhu postižení. U nás hráči ve skupinách podle této klasifikace tělesného postižení nehrají, protože by jich bylo v každé skupině příliš málo. Hráči jsou rozděleni do dvou skupin – A,B – podle výkonnosti. Hrají společně muži a ženy, paraplegici s quadruplegiky.

6.6. Rugby

Tato sportovní hra zahrnuje prvky basketbalu, amerického fotbalu a ledního hokeje. Vznikla v roce 1979 v kanadském Winipegu a u jejího zrodu stáli dva quadruplegici, kteří se vzhledem ke svému postižení nemohli uplatnit v basketbale vozíčkářů. Tato hra je výhradně určena pro quadruplegiky. Nabízí skvělou příležitost k rehabilitaci, rychlosti a součástí tréninku je i plavání a činkování.²⁸

V roce 1990 byla hra poprvé zařazena do programu Stoke Mandevillských her. U nás vznikl první tým ragbistů v Hradci Králové v roce 1993.

Hraje se na 4 x 8 minut čistého času, každý tým může mít 12 hráčů, ale na hřišti jsou z nich vždy nejvýše čtyři. Rugby nekončí remízou. Cílem hry je dát gól, to znamená, s míčem plně pod kontrolou přejít aspoň dvěma koly vozíku přes brankovou čáru, kterou vymezují kužely. Hraje se s běžným volejbalovým míčem, který může být házen, odbíjen, kutálen, driblován či nesen, ne však odkopáván. Přísná pravidla se také vztahují k situaci, kdy hráč míč drží na klíně – vždy z něj musí být alespoň 75 procent vidět.

²⁸ Dostupné z <http://www.cstps.cz/cstps/jnp/cz/gen/clanek/sporty-rugby.html>., [cit. 17. března]

Důležité je také počítání času. 10 vteřin je maximální doba držení míče, poté se musí provést dribling nebo nahrát. 10 vteřin je rovněž maximální doba pobytu útočícího hráče v brankovišti soupeře. Déle jak 10 vteřin také nesmí stát útočící hráč s míčem na místě bez aktivity. 15 vteřin je hranice zahrání míče přes půlku při rozehrávání po gólu, čas se začíná počítat po kontaktu hráče s míčem a stopuje se při přerušení, 1 minuta je čas penalizace při porušení pravidel.

Hráči jsou ohodnoceni podle klasifikace. Nejlépe hodnocení hráči mají 3,5 bodu, hráči s největším postižením 0,5 bodu. Bodový součet hráčů na hřišti nesmí přesáhnout 8 bodů.

6.7. Atletika

Atletika byla na programu již první paralympiády v roce 1960 v Římě. Stejně jako na olympijských hrách i na paralympijských je nejpopulárnějším sportem a soutěží v ní největší počet paralympioniků. Atletických disciplín se účastní sportovci všech postižení, soutěží se v kategoriích daných mírou postižení. Někteří závodí na vozíku, jiní s protézou a sportovci se zrakovým postižením mohou mít svého vodiče.²⁹

Za totality se v ČSSR konala pouze mistrovství republiky a memoriál dr. Knapka v Hrabyni (mezinárodní závody, kterých se účastnily země Východního bloku, ale také třeba Rakušané). Do zahraničí vyjížděli českoslovenští atleti pouze na Intersport Invalid Turné, což byly závody pro socialistické země. V roce 1988 se uskutečnilo 1. novodobé mistrovství republiky v Novém Městě nad Metují.

Na počátku 90. let 20. stol. jezdili českoslovenští vozíčkáři sbírat zkušenosti na hry v německém Krautheimu. Účastnili se tam z dnešního pohledu úsměvných disciplín - např. hodů oštěpem na cíl, jízdy na vozíku pozadu atp. Hry měly ale pro naše sportovce velký význam z hlediska osvojení sportovních návyků.

Do roku 1990 nezávodili čeští atleti vozíčkáři v jednotlivých vrhačských disciplínách, ale soutěžili v celém trojboji (oštěp, disk, koule). Ke změně došlo po prvním mezinárodním výjezdu na Mistrovství světa v Assenu. V roce 1991 vyjelo 6 závodníků na hry ve Stoke Mandeville.

Na IX. letních paralympijských hrách v Barceloně v roce 1992 se stala vozíčkářka Miloslava Běhalová první zlatou medailistkou z paralympijských her v československé historii. Po paralympiádě v Barceloně začíná větší profesionalizace českého handicapovaného sportu. Do roku 1994 soutěžili tělesně postižení na české i

²⁹ Dostupné z http://www.cstps.cz/cstps/jnp/cz/gen/clanek/sporty-Atletika_Para.html, [cit. 17. března]

mezinárodní scéně společně se spastiky, teprve potom došlo k jejich oddělení. Čeští spastici se účastní paralympiád teprve od Atlanty roku 1996.

Jízdy:

„Jízdy jsou vozíčkářskou obdobou běhů. Jezdí se na speciálních vozících (formulích), které musí splňovat určité parametry. Vyráběny jsou na míru.“³⁰

Na stadionech jezdí muži i ženy na tratích 100 m, 200 m, 400 m, 800 m, 1.500 m, 5.000 m, 10.000 m. Silniční pojezdy jsou na 10, 15, 20, 25 a 30 km, půlmaratony a klasické maratony.

Vrhy a hody:

Soutěží se ze speciálních vrhačských rámců - židlí (tzv.koz), nebo z klasických vozíků.

„Vrhací rámy nejsou standardizovány. Každý sportovec si jej může přizpůsobit svým potřebám a postižení. Jediné pravidlo je maximální výška sedačky, včetně podložky na sezení, která nesmí překročit výšku 75 cm od země.“³¹

Sportovci soutěží v disciplínách: vrh koulí, hod oštěpem (kuželkou), hod diskem.

Pětiboj:

Vozíčkářský víceboj v sobě kombinuje dvě jízdy a všechny vrhačské disciplíny. Pořadí se stanovuje pro kategorie kvadru a para podle tabulek rozlišených pro každý stupeň postižení.

6.8 Vzpírání

Vzpírání vozíčkářů se velmi liší od vzpírání zdravých sportovců, neboť se provádí vleže na zádech. Je odvozeno od posilovacího cvičení na lavičce, tzv. bench press. První soutěže podle neoficiálních pravidel probíhaly v padesátých letech. Brzy nato se objevilo i na programu Stoke Mandevillských her. Počátkem šedesátých let se v Evropě soutěžilo v šesti váhových kategoriích. K rozvoji tohoto sportu přispělo i zařazení do paralympijských her a následné sjednocení a rozšíření váhových kategorií.

Ve vzpírání tělesně postižených se nerozdělují sportovci podle zdravotní klasifikace, ale podle váhových kategorií. Soutěže jsou vypisovány jednak pro jednotlivce a jednak pro družstva. V současné době se závodí v deseti kategoriích mužů a žen.

³⁰ Dostupné z http://www.cstps.cz/cstps/jnp/cz/gen/clanek/sparty-Atletika_Para.html, [cit. 17. března]

³¹ Dostupné z http://www.cstps.cz/cstps/jnp/cz/gen/clanek/sparty-Atletika_Para.html, [cit. 17. března]

Vzpírá se na lavičce o celkové délce 213 cm a šířce 60 cm pro položení trupu a nohou. Používá se stejných činek jako při vzpírání zdravých jedinců. Při jednotlivých pokusech leží závodník na lavičce, celé jeho tělo a nohy musí být neustále v kontaktu s lavičkou. Je povoleno nohy fixovat páskem maximálně 12 cm a to buď nad kotníky nebo nad koleny.

V soutěži družstev je nasazeno maximálně 10 závodníků. V jedné váhové kategorii mohou být za jedno družstvo dva závodníci, s tím, že jednu kategorii mužstvo neobsadí.

6.9 Zimní sporty

Na zdraví tělesně postižených působí velmi příznivě každý sport. Lyžování je nejdostupnější adrenalinový sport působící velmi účinně na psychiku, který může handicapovaný sportovec provozovat. Při jiných sportech se na handicapovaného člověka může pohlížet s určitým soucitem, ať již se pohybuje na vozíku, či o berlích.

Mládí můžeme charakterizovat radostí z pohybu. Zdravý člověk si nedokáže představit, jak je mladému člověku, kterého jeho mládí žene vpřed, ale jeho postižení ho jako brzda nutí k rozvážnému pohybu. Pakliže takový člověk zkusí lyžovat a překoná počáteční potíže, může zažít při sjezdu iluzi neztíženého pohybu a svou samozřejmou jízdou zapomíná na své postižení.

Historie zimních sportů je kratší než historie sportu letních či sálových. První soutěže proběhly ve skandinávských zemích na konci šedesátých let, kdy převládala disciplína lyžování. V sedmdesátých letech se začaly objevovat i další disciplíny - jízdy na ledě, lední hokej, jízdy na saních.

Na letošních paralympijských hrách v Turíně se poprvé v historii závodí pouze ve třech kategoriích: stojící, sedící a zrakově postižení, muži a ženy.

Alpské lyžování:

Soutěží se v obřím slalomu, speciálním slalomu, sjezdu a super G. Vychází se z platných pravidel pro alpské lyžování zdravých sportovců s některými úpravami: povrch tratí musí být rovný bez boulí a děr, zatáčky nesmějí být příliš ostré a následovat rychle za sebou, trať nesmí být zledovatělá a musí mít dostatek prostoru k manévrování

pro případ vyjetí, dojezdová plocha musí být větší než u zdravých lyžařů, cílové branky musí být minimálně 20 m široké.³²

Vozíčkáři používají vzhledem ke svému postižení pro lyžování speciálního vybavení. Jedná se o speciální odpruženou lyži - monoski.

Klasické lyžování

Klasické lyžování se mezi sportovci velmi rozšiřuje, neboť splňuje kritéria rekreačního sportu a vyhovuje integračním snahám věnovat se této disciplíně spolu se zdravými sportovci za běžných podmínek na vyznačených běžeckých stopách.

V této sportovní disciplíně se závodí na tratích dlouhých pro muže 5 a 10 km a pro ženy 2,5 a 5 km. Muži i ženy dále soutěží ve štafetách.

Trat' nesmí být příliš obtížná, mírné zatáčky musejí být dobře viditelné, esovité zatáčky jsou zde nepřipustné, stejně jako zatáčky při prudkém klesání nebo ihned po něm.

I v této disciplíně lyžaři jezdí ve skořepinách připevněných k jednomu páru běžeckých lyží dlouhých 180 až 190 cm.

Jízda na saních

Tato disciplína je poměrně málo rozšířena, ale přesto pravidelně zařazovaná do zimních olympijských her. Jezdí se na upravených saních nebo na saních připevněných k lyžím.

Jízdy na ledě

Někdy se používá termínu „bruslení na saních“ nebo „saně na ledu“. Soutěží se na standardních oválech dlouhých 400 m na vzdálenosti od 100 do 1500 m. Jezdí se na saních speciální konstrukce, kde sanice nahrazují brusle. K jízdě a zatáčení se používají dvě hole s kovovými hroty. Saně neslouží pouze k těmto jízdám. Někteří je používají i k synchronizované jízdě po ledové ploše. Vznikají tak základy pro vznik krasobruslení vozíčkářů.

³² Hladíková, Ilona. *Lidé na ortopedickém vozíku a sport*. Absolventská práce. Praha: Sociálně právní akademie v Praze. 2003. 89 s., str. 49

6.10. Potápění

Pro náročnost tohoto sportu je nutný dobrý zdravotní stav handicapovaných sportovců, především jejich srdce, krevního oběhu a dýchacího ústrojí.

Každý sportovec projde teoretickou částí, kde se seznámí s přístroji a potápěčskou technikou. Dále trénuje v bazénu s vyhřívanou vodou a v poslední fázi se uskuteční potápění v přírodním prostředí.

Realizaci potápěčských kurzů pro vozíčkáře s potápěním ve volné přírodě i v moři se v České republice zabývá občanské sdružení Restart.³³

6.11. Střelba

Tento sport lze považovat za celoroční. Za zimního počasí se tréninky konají na sportovištích a halách, přizpůsobených potřebám vozíčkářů. V létě jsou využívány střelnice v přírodním prostředí.

Pravidla pro střelbu jsou stejná jako u sportovců bez postižení. Připouští se střelba v sedě. Od roku 1999 se tělesně postižení střelci začali zúčastňovat mistrovství republiky.

6.12. Lukostřelba

Cílem tohoto sportu je co nejlépe střelit šíp do terče, který je vzdálen 90 nebo 70 metrů. V tomto se utkávají týmy i jednotlivci. Vozíčkáři jsou rozděleni do dvou skupin podle míry postižení – sportovci s postižením horních i dolních končetin a sportovci ochrnutí ve spodních partiích včetně nohou.

6.13. Plavání

Tato sportovní disciplína je součástí rehabilitace, protože voda je svým složením nenahraditelná. Při plavání nemusí mít člověk strach z možných tlaků kůže, ke kterým může docházet u jiných sportovních disciplín. Voda je životodárný živel, který umožňuje zažít radost z pohybu každému, i lidem s těžkým tělesným postižením. Umožňuje svobodu pohybu, a provádění cviků, kterých by jedinec na suchu nebyl bez pomoci asistence či ortopedického vozíku schopný. Instruktoři plavání se snaží naučit své chráněnce plavat nebo jim alespoň dodat ve vodě jistotu.

Velmi důležitý je vstup do vody, kterému se musí věnovat zvláštní pozornost. Existují pomůcky napomáhající přesun do vody a také plavecké pomůcky umožňující

³³Dostupné z <http://www.skypraha.org/potapeni.html>, [cit. 18. března]

nadlehčení jednotlivých částí těla, např. plavecké vodotěsné kalhoty, plavecká pádla „packy“, která zvětšují záběrovou plochu a odpor vůči vodě, elastické válce vhodné pro začátečníky, které pomáhají koordinovat nevhodnou polohu těla, neoprenový oblek, atd.

První organizované plavání v ČR pro lidi na vozíku se uskutečnilo v roce 1995 a dnes je nejvíce rozvinutým paralympijským sportem. Občanské sdružení zabývající se výukou plavání je například Kontakt bB.

PRAKTICKÁ ČÁST

1. Cíl výzkumu

1.1 Pracovní hypotézy

Myslím si, že člověk, který prodělal úraz a jeho následkem je tělesný handicap nebo člověk s vrozeným tělesným handicapem, je v životě spíše nespokojený než spokojený.

Domnívám se, že většina sportovců s tělesným postižením se sportovní činnosti věnuje ze stejných důvodů jako zdraví lidé. To znamená: z radosti z pohybu, zábavy, zlepšení kondice a zdraví, setkávání s přáteli, realizace sebe sama, možnosti soutěžit atd.

Jedna z mých hypotéz je, že člověk, který nemá zaměstnání a tudíž má více času, se věnuje sportu intenzivněji, než člověk, který pracuje.

Domnívám se, že sport je dobrou možností integrace lidí s handicapem do společnosti. Také si myslím, že intenzita sportu, kterou se daný jedinec zabývá, bude mít vliv na jeho názor na to, jak vysoce je sport dobrým integrujícím prostředkem (např. vrcholový sportovec vidí sport jako větší prostředek integrace než rekreační sportovec).

Myslím si také, že největším problémem pro jedince s handicapem jsou v dnešní společnosti architektonické bariéry.

1.2 Cílem je zjistit:

- a) základní údaje o respondentech
- b) jaká je jejich hodnotová orientace a spokojenost se životem
- c) co brání v současné společnosti lidem s handicapem lepšímu postavení
- d) jakou důležitost má sport v životě lidí s handicapem
- e) důvody ke sportování
- f) zda sport je dobrým integračním prvkem a zda přináší respondentům větší pocit sounáležitosti s intaktní společností
- g) úroveň sportu v České republice a její růst
- h) názor na bariéry zdravotně handicapovaných ve společnosti

2. Použitá metodika

V rámci výzkumu jsem použila metody sociologického dotazníku vlastní konstrukce (viz. příloha) o 27 otázkách na 6 stranách. Z celkového počtu otázek je 26 uzavřených a 1 otevřená. Dotazník je rozdělen na dvě části. V první části dotazníku zjišťuji osobní údaje respondentů. Tato část obsahuje 9 otázek týkajících se vzniku postižení, vzdělání, zaměstnání nebo spokojenosti se životem. Druhá část dotazníku je věnovaná hlavně sportu a zahrnuje 17 uzavřených a 1 otevřenou otázku. Otázky zjišťují vztah ke sportu, sportovní motivy a aktivity respondentů, jejich názory na sport a jeho úroveň v České republice. Poslední dvě otázky se zabývají postavením zdravotně postižených lidí ve společnosti.

2.1 Metoda zpracování

Při zpracování dat jsem se zaměřila na údaje o středních hodnotách, rozložení proměnných a jejich vzájemných vztazích.

3. Charakteristika zkoumaného vzorku

3.1. Deskriptivní údaje

a) Věk a pohlaví respondentů

Tabulka č. 1

		Pohlaví					
		muž		žena		celkem	
Věk	15 - 20 let	1	6,7%	0	0%	1	5,6%
	21 - 30 let	9	60,0%	3	100,0%	12	66,7%
	31 - 40 let	3	20,0%	0	0%	3	16,7%
	41 - 50 let	0	0%	0	0%	0	0%
	51 - 60 let	2	13,3%	0	0%	2	11,1%
	61 - více let	0	0%	0	0%	0	0%
	celkem	15	100,0%	3	100,0%	18	100,0%

Dotazník byl rozdán 25-ti respondentům na ortopedickém vozíku. Všichni dotazovaní jsou členy Centra Paraple, ale ne každý z nich se zabývá sportem. Návratnost dotazníků byla poměrně vysoká, celkem se mi vrátilo 18 vyplněných dotazníků. Z 18 dále zkoumaných osob bylo 15 mužů a 3 ženy. Nejvíce respondentů bylo ve věku v rozmezí 21 - 30 let, u mužů to činí 60 % a u žen 100 %.

b) Druh postižení a pohlaví respondentů

Tabulka č. 2

		Druh postižení					
		paraplegie, paraparéza		quadruplegie, quadruparéza		celkem	
Pohlaví	muž	12	85,7%	3	75,0%	15	83,3%
	žena	2	14,3%	1	25,0%	3	16,7%
	celkem	14	100,0%	4	100,0%	18	100,0%

Z celkového počtu 18-ti respondentů je 14 paraplegiků, z toho 2 ženy a 12 mužů, a 4 quadruplegici, z toho 1 žena a 3 muži.

c) Druh postižení a věk respondentů

Tabulka č. 3

		Druh postižení					
		paraplegie, paraparéza		quadruplegie, quadruparéza		celkem	
Věk	15 - 20 let	1	7,1%	0	0%	1	5,6%
	21 - 30 let	9	64,3%	3	75,0%	12	66,7%
	31 - 40 let	2	14,3%	1	25,0%	3	16,7%
	41 - 50 let	0	0%	0	0%	0	0%
	51 - 60 let	2	14,3%	0	0%	2	11,1%
	61 - více let	0	0%	0	0%	0	0%
	celkem	14	100,0%	4	100,0%	18	100,0%

Nejčastější věk paraplegiků se pohybuje v rozmezí od 21 do 30 let, celkem 9 osob ze čtrnácti. Toto stejné věkové rozmezí od 21 let do 30 let je nejčastěji zastoupené také u quadruplegiků, celkem 3 osoby ze čtyř.

d) Příčina tělesného postižení

Tabulka č. 4

		Druh postižení					
		paraplegie, paraparéza		quadruplegie, quadruparéza		celkem	
Příčina postižení	vrozená vada	0	0%	0	0%	0	0%
	onemocnění	1	7,7%	0	0%	1	6,3%
	automobilová nehoda	9	69,2%	1	33,3%	10	62,5%
	vlaková nehoda	0	0%	0	0%	0	0%
	úraz - skok do vody	0	0%	1	33,3%	1	6,3%
	úraz - pád z výšky	3	23,1%	1	33,3%	4	25,0%
	sportovní úraz	0	0%	0	0%	0	0%
	pracovní úraz	0	0%	0	0%	0	0%
	jiná příčina	0	0%	0	0%	0	0%
	celkem	13	100,0%	3	100,0%	16	100,0%

Z dotazníků jsem se snažila získat informaci o příčině tělesného postižení respondentů. U 17-ti dotazovaných byl příčinou tělesného postižení úraz, u 1 onemocnění. Nejčastější příčinou handicapu byla automobilová nehoda - 10x, pád z výšky 4x a skok do vody 1x. Dva z dotazovaných respondentů příčinu tělesného postižení neuvedlo. Všechny ženy (3) uvedly jako příčinu svého postižení pád z výšky.

e) Nejvyšší dosažené vzdělání

Tabulka č. 5

		Druh postižení					
		paraplegie, paraparéza		quadruplegie, quadruparéza		celkem	
Nejvyšší dosažené vzdělání	základní škola	1	7,1%	0	0%	1	5,6%
	odborné učiliště	2	14,3%	0	0%	2	11,1%
	střední odborné učiliště	4	28,6%	0	0%	4	22,2%
	střední škola	7	50,0%	2	50,0%	9	50,0%
	vyšší škola	0	0%	0	0%	0	0%
	vysoká škola	0	0%	2	50,0%	2	11,1%
celkem		14	100,0%	4	100,0%	18	100,0%

V porovnání se světem máme velmi malé procento občanů se zdravotním postižením, kteří dosahují středoškolského a vysokoškolského vzdělání. Vyššímu vzdělání těchto občanů brání stejně účinně bariéry psychologické, tak bariéry architektonické, orientační a komunikační. Z mého dotazníku vyplynulo že 50% dotazovaných, 9 respondentů, má jako nejvyšší dosažené vzdělání střední školu, 22% dotazovaných, 4 respondenti, střední odborné učiliště, 11% dotazovaných, 2 respondenti, odborné učiliště, 11% dotazovaných, 2 respondenti, vysokou školu a pouze 1 respondent základní školu.

f) Zaměstnaní respondentů

Tabulka č. 6

Zaměstnaní		Druh postižení					
		paraplegie, paraparéza		quadruplegie, quadruparéza		celkem	
nemám		3	21,4%	2	50,0%	5	27,8%
pracuji - částečný pracovní poměr		4	28,6%	0	0%	4	22,2%
pracuji - hlavní pracovní poměr		5	35,7%	1	25,0%	6	33,3%
jiné		2	14,3%	1	25,0%	3	16,7%
celkem		14	100,0%	4	100,0%	18	100,0%

Tabulka č. 7

Zaměstnaní	V jaké intenzitě se zabýváte sportem nyní?									
	vrcholově		výkonnostně		rekreačně		vůbec		celkem	
nemám	1	33,3%	0	0%	3	50,0%	1	50,0%	5	27,8%
pracuji – část. prac. poměr	1	33,3%	2	28,6%	1	16,7%	0	0%	4	22,2%
pracuji - hlavní prac. poměr	1	33,3%	3	42,9%	1	16,7%	1	50,0%	6	33,3%
jiné	0	0%	2	28,6%	1	16,7%	0	0%	3	16,7%
celkem	3	100,0%	7	100,0%	6	100,0%	2	100,0%	18	100,0%

Do svého dotazníku jsem zařadila otázku týkající se zaměstnání, které respondent v současné době má. Jedním z mých cílů bylo zjistit, nakolik ovlivňuje pracovní vytížení respondentů čas, který věnují sportovní činnosti. Myslela jsem si, že se tyto dva jevy budou navzájem ovlivňovat. Logicky vyplývá, že pokud člověk nepracuje má více času, ve kterém se může věnovat sportu než člověk, který je svým zaměstnáním časově omezen a na volnočasové aktivity, sport, mu nezbyvá dostatek času. Výsledky dotazníků mi tuto hypotézu popřely a ukázaly, že tyto dva jevy se navzájem neovlivňují a neexistuje mezi nimi výrazný vztah.

Potěšil mě ale výsledek, kdy 55,5 % čili 10 respondentů má zaměstnání, z toho 4 pracují na částečný pracovní poměr a 6 z nich pracuje na hlavní pracovní poměr. Celkem 5 respondentů zaměstnání nemá, z toho jsou 2 quadruplegici, kteří mají díky svému handicapu menší možnost získat odpovídající pracovní uplatnění.

Otázka: Kde jste nejvíce pocítli změnu chování k vaší osobě?

Tabulka č. 8

Kde jste nejvíce pocítli změnu chování k vaší osobě?	Druh postižení					
	paraplegie, paraparéza		quadruplegie, quadruparéza		celkem	
u příbuzných	0	0%	0	0%	0	0%
u přátel	5	38,5%	1	25,0%	6	35,3%
u spolupracovníků nebo spolužáků	1	7,7%	1	25,0%	2	11,8%
u cizích osob	6	46,2%	2	50,0%	8	47,1%
nikde	1	7,7%	0	0%	1	5,9%

Bezprostředně po vzniku handicapu je velmi důležitý styk s přáteli a známými, kteří svým chápajícím, ne však litujícím, postojem mohou pomoci tělesně postiženému člověku obnovit jeho minulé zájmy, poskytnout mu styk s dřívějším okruhem osob, umožnit mu co nejvíce přiblížit způsobu života před postižením.

V odpovědích na otázku uvedlo 8 respondentů (47,1%), že největší změnu chování k nim pocítli u cizích osob, 6 respondentů (35,3 %) pocítlo změnu hlavně u přátel, 2 respondenti u spolupracovníků nebo spolužáků a pouze 1 respondent nepocítil změnu chování u nikoho. Jeden respondent na tuto otázku neodpověděl.

3.2 Hodnotová orientace a spokojenost se životem - SWLS

Tabulka č. 9

	průměr	medián	minimum	maximum
Seberealizace	3,18	3,00	1	8
Sebeúcta (úcta k sobě samému)	3,24	2,00	1	9
Vřelé vztahy s druhými	3,94	3,00	1	9
Zábava a radost ze života	4,12	4,00	1	9
Bezpečí	4,82	5,00	1	9
Pocit sounáležitosti	5,00	5,00	2	9
Pocit úspěchu	5,71	6,00	1	9
Vzrušení, pestrý život	6,12	6,00	1	9
Být v úctě	6,12	7,00	1	9

Respondenti měli posoudit každou hodnotu podle toho, jak je důležitá v jejich životě a určit jejich pořadí od 1 = *nejdůležitější* po 9 = *nejméně důležitá*.

Hodnotová orientace představuje hierarchicky uspořádané pořadí hodnot, uznávaných určitou skupinou obyvatelstva. Do škály hodnot použitých v tomto dotazníku jsem nezařadila hodnotu zdraví, protože se často udává jako za jednoznačně nejdůležitější.

Na prvním místě se umístila hodnota seberealizace, která získala průměr 3,18, na druhém místě se umístila hodnota sebeúcta s průměrem 3,24 a na třetím místě se umístily vřelé vztahy s druhými s průměrem 3,94.

Zábavě a radosti ze života dávali respondenti větší přednost před pocitem úspěchu. Podle mého názoru tento výsledek můžeme očekávat i na otázku týkající se důvodů sportování. Domnívám se, že lidé s postižením sportují hlavně pro radost než z důvodu úspěchu či soutěžení.

Na posledních místech se umístila hodnota vzrušení a pestrý život s hodnotou být v úctě. Těmto hodnotám respondenti přikládali nejmenší váhu.

Pro zajímavost jsem vytvořila graf, který nám znázorňuje, jaký vliv má hodnota bezpečí na celkovou spokojenost se životem. Ukázalo se, že čím větší důležitost respondenti připisují hodnotě bezpečí, tím méně jsou se svým životem spokojeni.

SWLS – spokojenost se životem: 1 = *spokojený*

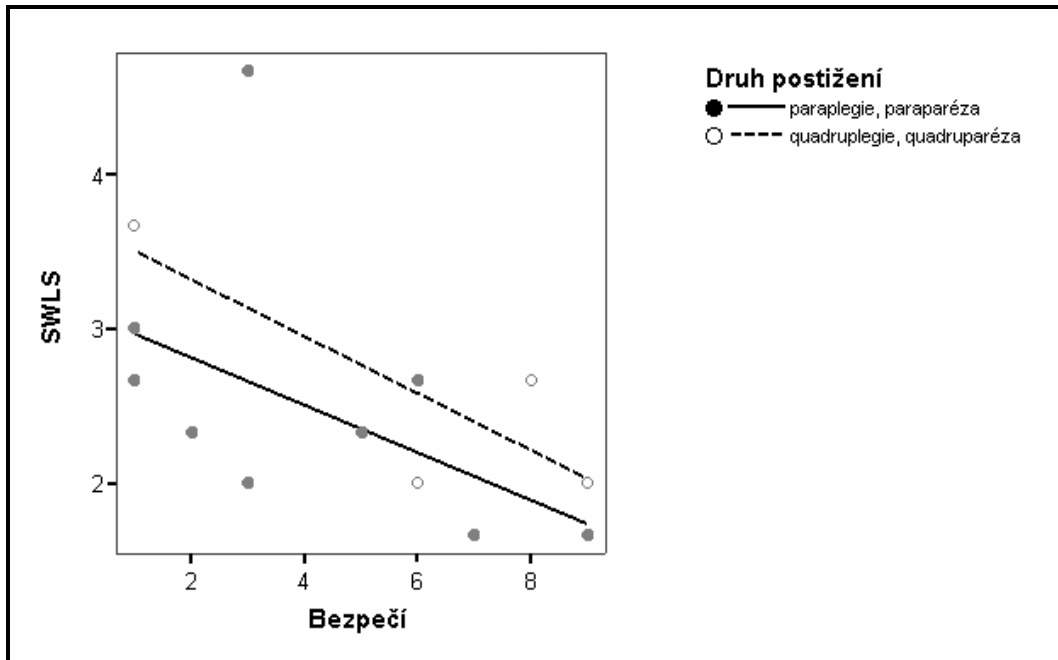
2 = *spíše spokojený*

3 = *nemůže se rozhodnout*

4 = *spíše nespokojený*

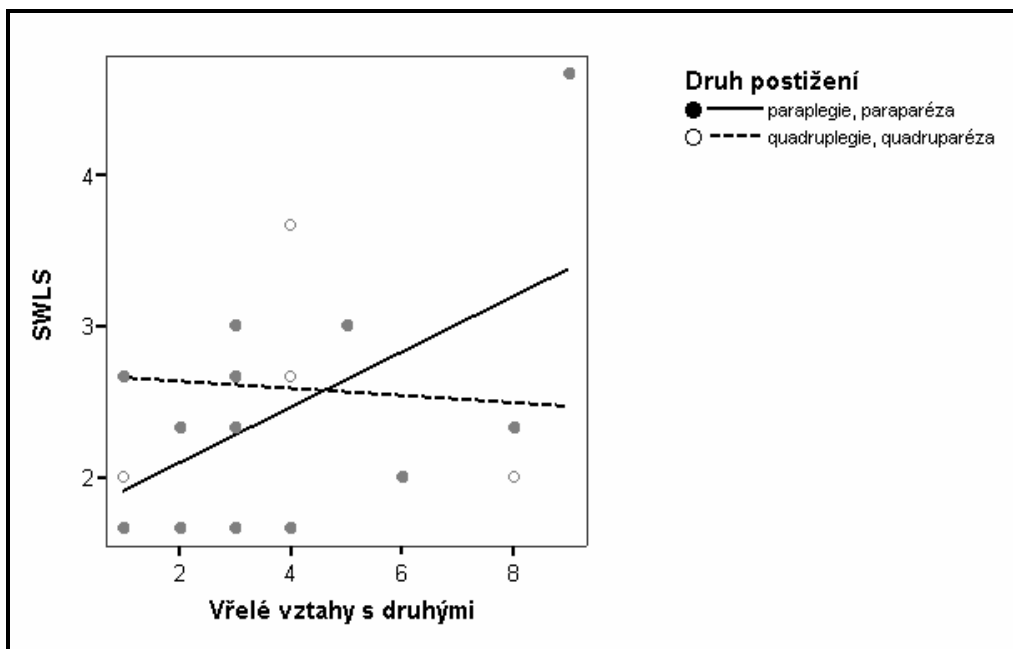
5 = *nespokojený*

Graf č. 1



Druhý graf nám ukazuje jaký vliv má hodnota - vřelé vztahy s druhými na celkovou spokojenost se životem. Ukázalo se, že čím více respondenti - paraplegici tuto hodnotu pokládají za důležitější, tím jsou celkově se životem spokojenější. U quadruplegiků byl vliv této hodnoty na spokojenost spíše neutrální.

Graf č. 2



Spokojenost se životem - SWLS

K měření spokojenosti se životem jsem použila zkrácenou verzi škály spokojenosti se životem (Satisfaction With Life Scale, SWLS).

Dotazovaní měli pomocí čísel od 1 do 5 vyjádřit svůj souhlas či nesouhlas s danou otázkou. Pětibodová stupnice je následující:

- 1 *souhlasím*
- 2 *spíše souhlasím*
- 3 *nemohu se rozhodnout*
- 4 *spíše nesouhlasím*
- 5 *nesouhlasím*

Tabulka č. 10

	průměr	medián	min	max
Téměř vždy se můj způsob života shoduje s mým ideálem.	2,83	3,00	1	5
Podmínky mého života jsou vynikající.	2,61	2,00	1	5
Jsem se svým životem spokojený/á.	2,00	2,00	1	5

Tabulka č. 11

Téměř vždy se můj způsob života shoduje s mým ideálem.	souhlasím	1	5,6%
	spíše souhlasím	7	38,9%
	nemohu se rozhodnout	6	33,3%
	spíše nesouhlasím	2	11,1%
	nesouhlasím	2	11,1%
Podmínky mého života jsou vynikající.	souhlasím	2	11,1%
	spíše souhlasím	8	44,4%
	nemohu se rozhodnout	5	27,8%
	spíše nesouhlasím	1	5,6%
	nesouhlasím	2	11,1%
Jsem se svým životem spokojený/á.	souhlasím	6	33,3%
	spíše souhlasím	9	50,0%
	nemohu se rozhodnout	1	5,6%
	spíše nesouhlasím	1	5,6%
	nesouhlasím	1	5,6%

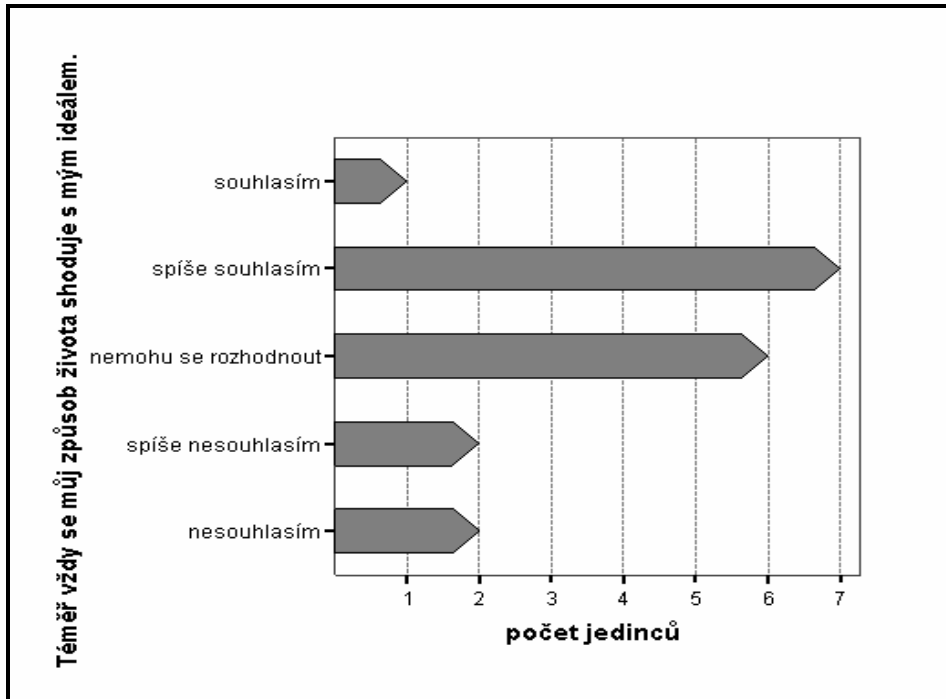
Průměr za celou škálu = 2,48

Jak si můžeme všimnout respondenti jsou se svým životem spíše spokojeni. Spokojenost života převažuje nad nespokojeností. Nejpozitivněji odpovídali na otázku, zda jsou spokojeni se životem, kdy průměr odpovědí dosáhl 2. Otázka, zda podmínky jejich života jsou vynikající, skončila na druhém místě s průměrem 2,61 a nejméně

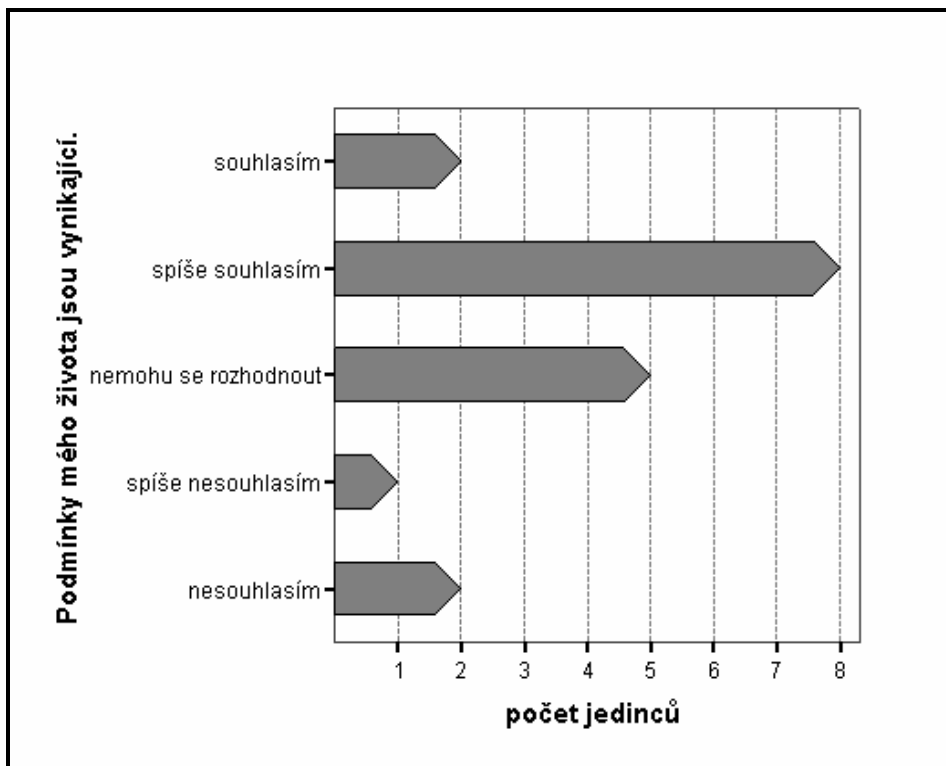
kladně, průměr 2,83, dopadla otázka, zda se způsob života respondentů shoduje s jejich ideálem.

Pro lepší znázornění těchto výsledků jsem vytvořila grafy:

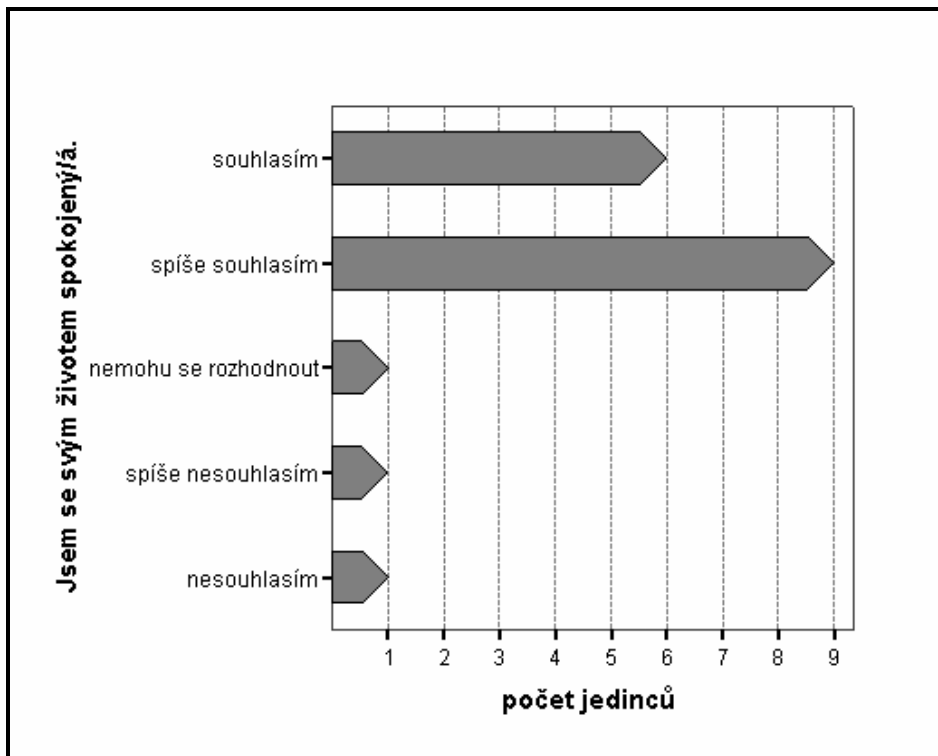
Graf č. 3



Graf č. 4



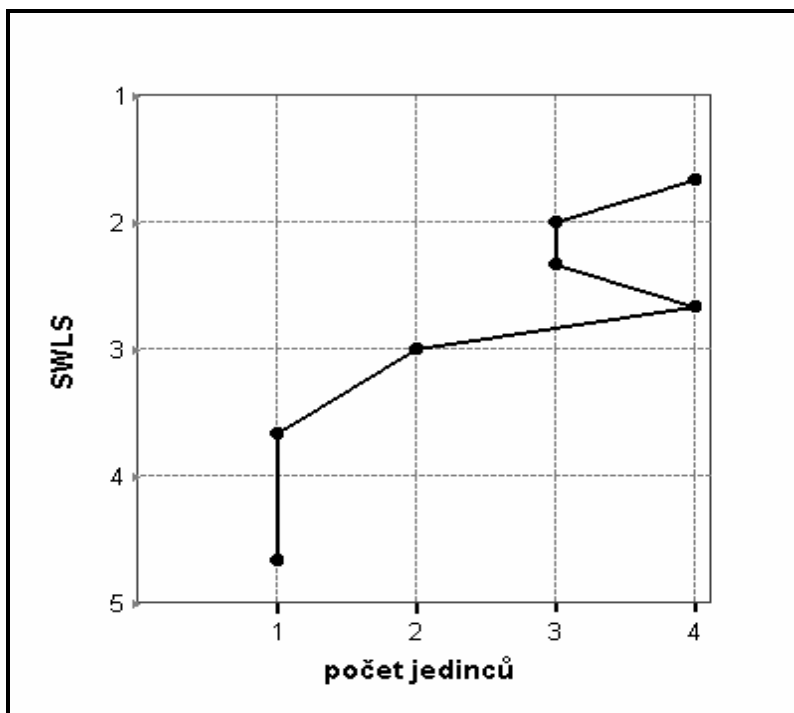
Graf č. 5



Následující graf nám znázorňuje celkovou spokojenost se životem v souvislosti s počtem dotazovaných respondentů.

(1 = spokojenost po 5 = nespokojenost)

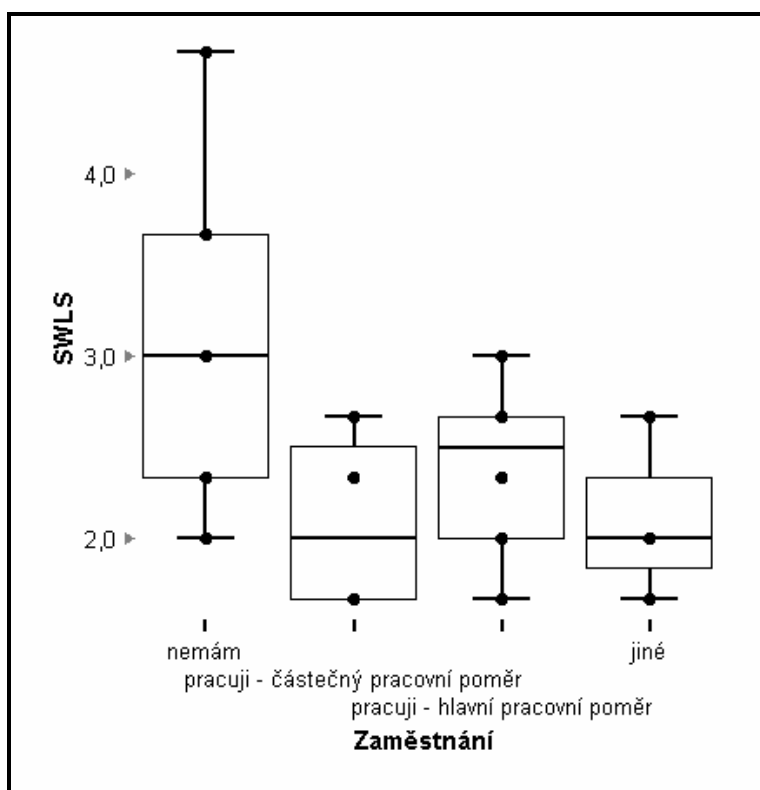
Graf č. 6



Z výsledků jsem byla mile překvapena. Jedinců spokojených se životem je více než počet jedinců spíše nespokojených se životem. Ukázalo se, že člověk s handicapem se dokáže radovat ze života, být šťastný a spokojený. Míra spokojenosti a pocity štěstí nezávisí pouze na rozsahu lidských možností, ale na schopnosti aktivně se vypořádat se životními problémy. Tento výsledek vyvrátil mou hypotézu, že lidé s handicapem jsou v životě spíše nespokojení než spokojení.

V teoretické části této práce jsem se zmínila o důležitosti a vlivu práce a pracovní činnosti na životní spokojenost. Myslím, že tento faktor má velký vliv na životní spokojenost každého člověka. Dává člověku životní smysl, motivuje a aktivizuje jeho činnost dobrým směrem. Graf nám ukazuje, že pokud respondenti pracují, jsou spokojenější se životem více než ti respondenti, kteří nepracují.

Graf č. 7



V následujícím grafu zjišťuji vztah mezi spokojeností respondentů a tím, jakou důležitost sportu přikládají. Ukázalo se, že čím větší důležitost respondenti sportu připisují, tím spokojenější se životem jsou.

Pětibodová stupnice otázky důležitosti sportu je následující:

1 = velmi důležitý

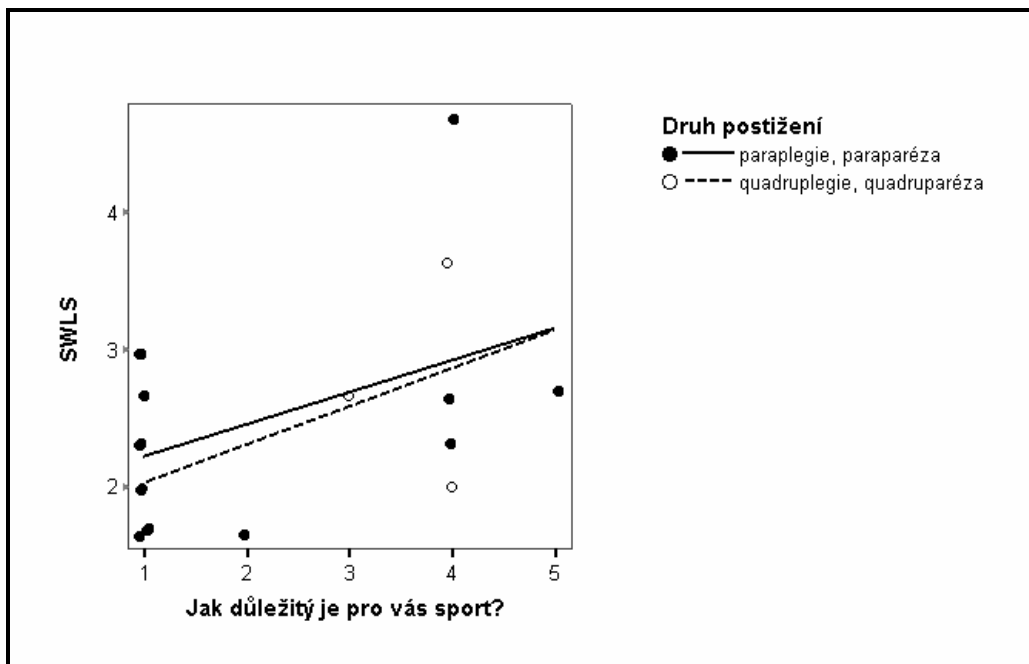
2 = spíše důležitý

3 = důležitý

4 = spíše nedůležitý

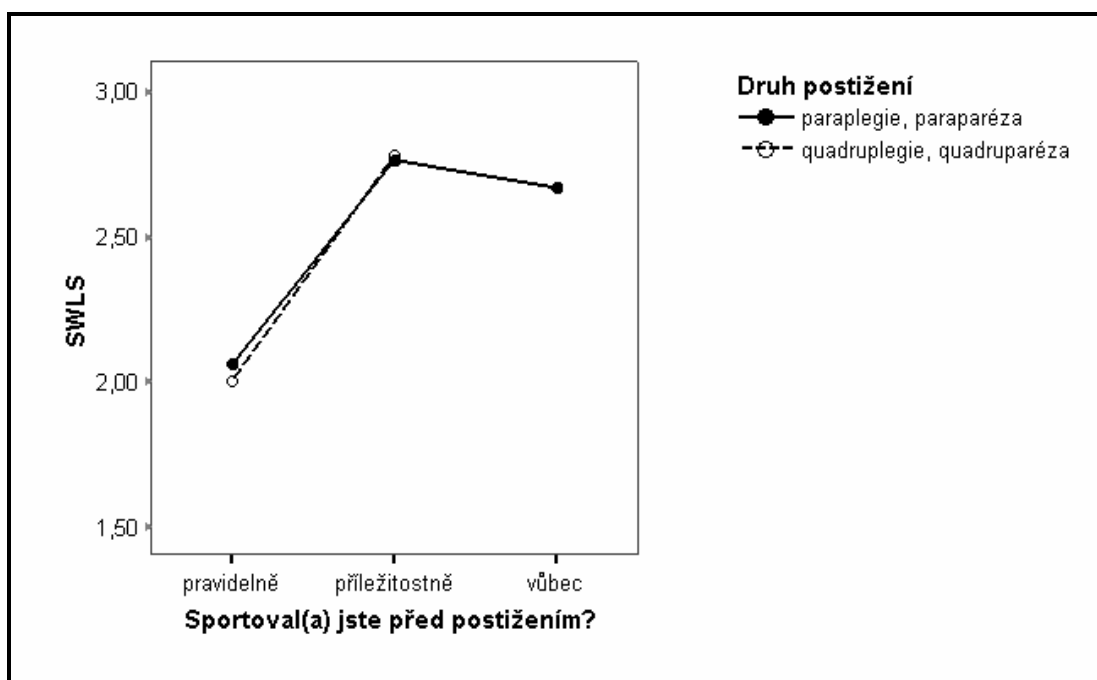
5 = nedůležitý

Graf č. 8

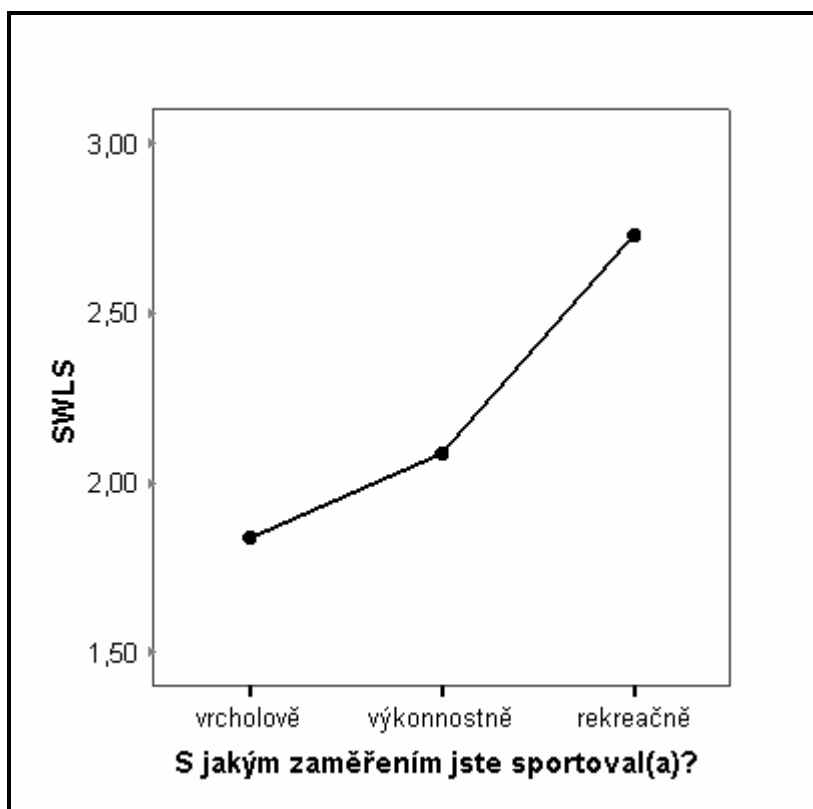


Dále mě zajímalo, jak ovlivňuje faktor míry a intenzity sportování před získáním handicapu nynější spokojenost respondentů? Jsou respondenti, kteří se zabývali sportem vrcholově nyní spokojenější se životem než respondenti, kteří se zabývali v minulosti sportem pouze příležitostně či vůbec? Na tyto otázky nám pomůžou odpovědět následující grafy.

Graf č. 9



Graf č. 10

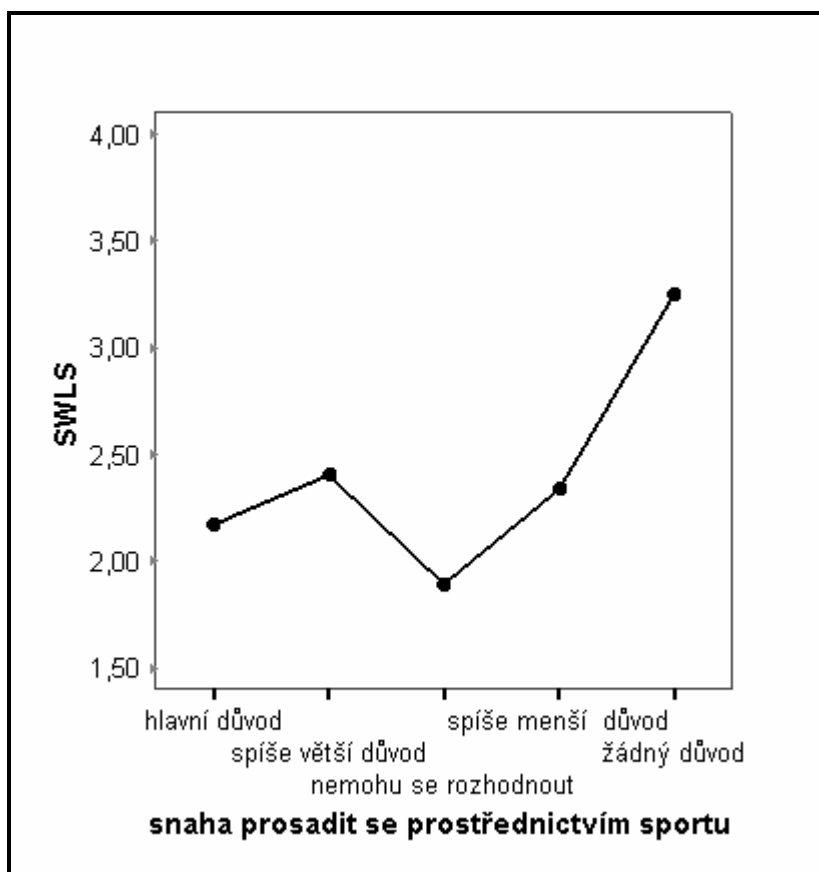


Čím pravidelněji či vrcholověji se respondenti před získáním handicapu sportem zabývali, tím jsou v současnosti spokojenější než ti respondenti, kteří se sportem

zabývali příležitostně, výkonnostně či rekreačně. U škály spokojenosti se životem nebyla v obou grafech překročena hodnota 3 (1 = spokojenost, 5 = nespokojenost) a to znamená, že respondenti jsou se životem spokojeni všichni, ať už se v minulosti sportem zabývali intenzivně či méně intenzivně.

Následující graf nám znázorňuje spokojenost respondentů v závislosti na tom, zda se sportu věnují z důvodu snahy prosadit se prostřednictvím sportu. Výsledek porovnání splnil má očekávání. Předpokládala jsem, že spokojenost bude klesat, pokud se respondent bude zabývat sportem hlavně z důvodu snahy se jeho prostřednictvím prosadit. V grafu sice vyšla křivka, ale odpověď - žádný důvod pro prosazení se prostřednictvím sportu - zvolil pouze jeden respondent, proto v důsledku byl můj předpoklad správný.

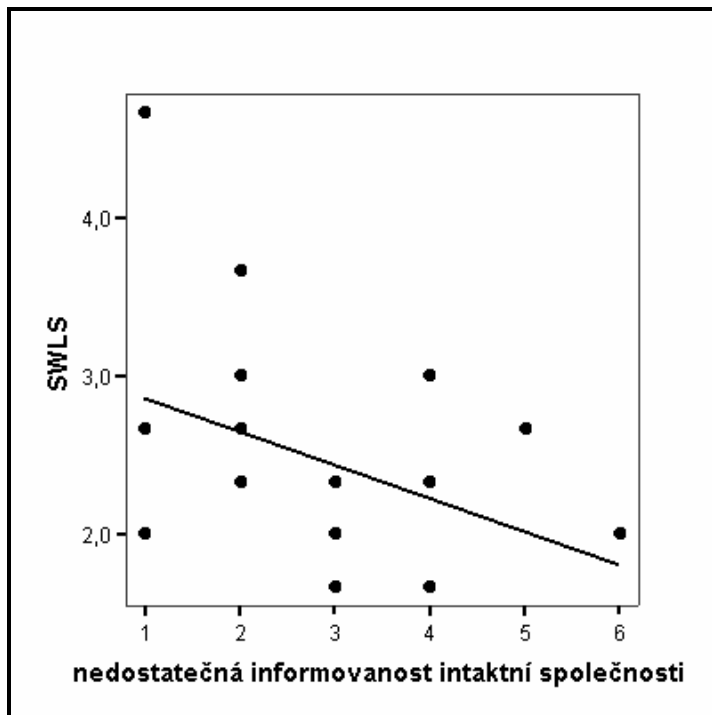
Graf č. 11



V dotazníku jsem se respondentů ptala, co podle nich, nejvíce znemožňuje růst kvality sportu tělesně postižených v dnešní době v České republice. Respondenti měli určit pořadí šesti možných vlivů podle důležitosti, kterou jim přiřadili. Ukázalo se, že podle názoru respondentů druhý největší vliv na růst kvality sportu handicapovaných má nedostatečná informovanost intaktní společnosti. A jaký je výsledek srovnání tohoto vlivu na spokojenost se životem? Ukázalo se, že čím menší vliv přiřítají respondenti nedostatečné informovanosti intaktní společnosti na růst kvality sportu handicapovaných jsou více spokojeni se životem. Čím větší vliv tomuto faktoru přisuzují, tím jsou nespokojenější.

(1 = největší vliv po 6 = nejmenší vliv).

Graf č. 12



3.3 Sport

Druhá část dotazníku obsahuje sportovní anamnézu, jejímž prostřednictvím se snažím přiblížit motivy a důvody sportování handicapovaných. Mým cílem je dozvědět se, jaký sport je u respondentů nejvíce pěstován a zda si myslí, že sport je dobrým integračním prvkem a přináší jim větší pocit sounáležitosti s intaktní společností. Zajímá mě jejich názor na úroveň sportu v České republice a co podle nich znemožňuje jeho rozvoj a růst.

Otázka: Jak důležitý je pro vás sport?

Tabulka č. 12

		Druh postižení					
		paraplegie, paraparéza		quadruplegie, quadruparéza		celkem	
Jak důležitý je pro vás sport?	velmi důležitý	9	64,3%	1	25,0%	10	55,6%
	spíše důležitý	1	7,1%	0	0%	1	5,6%
	důležitý	0	0%	1	25,0%	1	5,6%
	spíše nedůležitý	3	21,4%	2	50,0%	5	27,8%
	nedůležitý	1	7,1%	0	0%	1	5,6%
	celkem	14	100,0%	4	100,0%	18	100,0%

Z výsledných odpovědí na tuto otázku vidíme, že sport je pro 10 respondentů (55,6%) velmi důležitý, pro jednoho spíše důležitý a důležitý a pro 5 respondentů je sport spíše nedůležitým. Z toho vyplývá, že celkově je sport důležitým prvkem v životě respondentů.

Otázka: Sportoval(a) jste před postižením?

Tabulka č. 13

		Druh postižení					
		paraplegie, paraparéza		quadruplegie, quadruparéza		celkem	
Sportoval(a) jste před postižením?	pravidelně	6	42,9%	1	25,0%	7	38,9%
	příležitostně	7	50,0%	3	75,0%	10	55,6%
	vůbec	1	7,1%	0	0%	1	5,6%
	celkem	14	100,0%	4	100,0%	18	100,0%

Dotazníkem jsem se snažila zjistit, jaký je rozdíl v počtu lidí, kteří sportovali již před získáním handicapu a počtem lidí, kteří se začali věnovat sportu až po získání handicapu. Z výše uvedené tabulky můžeme vidět, že 17 respondentů se sportu věnovalo již před postižením a pouze jeden respondent nespotoval vůbec.

To, že se dotazovaní věnovali sportu již před získáním handicapu, nepotvrdilo domněnku některých lidí, že tělesně postižení sportují hlavně z důvodu příležitosti prosadit se nebo vyrovnat se ostatním.

Otázka: S jakým zaměřením jste sportovala(a)?

Tabulka č. 14

		Druh postižení					
		paraplegie, paraparéza		quadruplegie, quadruparéza		celkem	
S jakým zaměřením jste sportoval(a)?	vrcholově	1	7,7%	1	25,0%	2	11,8%
	výkonnostně	4	30,8%	0	,0%	4	23,5%
	rekreačně	8	61,5%	3	75,0%	11	64,7%
	celkem	13	100,0%	4	100,0%	17	100,0%

Otázka: V jaké intenzitě se zabýváte sportem nyní?

Tabulka č. 15

		Druh postižení					
		paraplegie, paraparéza		quadruplegie, quadruparéza		celkem	
V jaké intenzitě se zabýváte sportem nyní?	vrcholově	2	14,3%	1	25,0%	3	16,7%
	výkonnostně	7	50,0%	0	,0%	7	38,9%
	rekreačně	4	28,6%	2	50,0%	6	33,3%
	vůbec	1	7,1%	1	25,0%	2	11,1%
	celkem	14	100,0%	4	100,0%	18	100,0%

Z předcházejících dvou tabulek můžeme získat informaci o tom, že vrcholovým sportem se nyní zabývají 3 respondenti, zatímco před úrazem se jím zabývali pouze respondenti 2. Zvýšil se počet handicapovaných sportovců výkonnostních, kterých je 7, zatímco před úrazem byli pouze 4. Naopak se snížil počet rekreačních sportovců, kterých před úrazem bylo celkem 11 a po úraze jich je 6. 2 respondenti dnes nesportují, zatímco v minulosti nesportoval pouze jeden.

Tabulka č. 16

		V jaké intenzitě se zabýváte sportem nyní?							
		vrcholově		výkonnostně		rekreačně		vůbec	
Jak důležitý je pro vás sport?	velmi důležitý	3	100,0 %	6	85,7%	1	16,7%	0	0%
	spíše důležitý	0	0%	1	14,3%	0	0%	0	0%
	důležitý	0	0%	0	0%	1	16,7%	0	0%
	spíše nedůležitý	0	0%	0	0%	4	66,7%	1	50,0%
	nedůležitý	0	0%	0	0%	0	0%	1	50,0%

Tuto tabulku jsem vytvořila pro porovnání důležitosti sportu v životě respondenta s intenzitou, s jakou se respondenti sportem zabývají. Mým cílem bylo zjistit, zda platí, že čím důležitější je pro jedince sport, tím vrcholověji či výkonnostněji

se jím zabývá nebo naopak, čím vrcholověji se jedinec sportu věnuje, tím je pro něj důležitější. Výsledky ukázaly, že všichni respondenti (3 respondenti), kteří se sportem zabývají vrcholově, považují sport za velmi důležitý. 7 respondentů provozuje sport výkonnostně, 6 z nich považuje sport za velmi důležitý a 1 ho považuje za spíše důležitý. Dotazovaní, kteří se zabývají sportem rekreačně (6 dotazovaných) uvedlo, že sport považují za spíše nedůležitý (4 dotazovaní), důležitý (1 dotazovaný) či za velmi důležitý (1 dotazovaný). 2 dotazovaní, kteří nesportují vůbec považují sport za spíše nedůležitý či nedůležitý.

Výsledky mi mou hypotézu potvrdily. Pokud se respondenti zabývají sportem vrcholově nebo výkonnostně, shledávají sport v životě za velmi důležitý a důležitý a ti, kteří se zabývají sportem pouze na rekreační úrovni považují sport za spíše nedůležitý.

Otázka: Kolik hodin týdně se věnujete sportovní činnosti?

Tabulka č. 17

		Druh postižení					
		paraplegie, paraparéza		quadruplegie, quadruparéza		celkem	
Kolik hodin týdně věnujete sportovní činnosti?	0 - 1 hodina	3	23,1%	1	25,0%	4	23,5%
	2 - 4 hodiny	6	46,2%	0	0%	6	35,3%
	5 - 7 hodin	2	15,4%	2	50,0%	4	23,5%
	8 - více hodin	2	15,4%	1	25,0%	3	17,6%

Respondenti se sportovní činnosti věnují nejvíce 2 - 4 hodiny týdně (35,3% dotazovaných), na druhém místě skončila zároveň odpověď a) 0 - 1 hodina týdně a odpověď c) 5 - 7 hodin týdně.

Otázka: Jakou dobu po úraze jste se začal(a) opět věnovat sportu?

Tabulka č. 18

		Druh postižení					
		paraplegie, paraparéza		quadruplegie, quadruparéza		celkem	
Pokud jste utrpěl(a) úraz, za jakou dobu po úraze jste se začal(a) opět věnovat sportu?	do 1 roku	4	30,8%	2	50,0%	6	35,3%
	po 1 roce	2	15,4%	0	0%	2	11,8%
	po 2 letech	2	15,4%	1	25,0%	3	17,6%
	po 3 letech	1	7,7%	1	25,0%	2	11,8%
	po 4 letech	0	0%	0	0%	0	0%
	po 5 letech a déle	4	30,8%	0	0%	4	23,5%
celkem		13	100,0%	4	100,0%	17	100,0%

Zajímavé je i zjištění po jaké době od úrazu nebo onemocnění se respondenti zařadili do sportovní činnosti. 6 respondentů uvádí, že se sportem začali zabývat do jednoho roku od úrazu, 4 po pěti letech a déle, 3 po dvou letech, 2 po 1 roce a 2 po třech letech.

Otázka: Na které sporty (disciplíny) se zaměřujete?

Tabulka č. 19

		Druh postižení					
		paraplegie, paraparéza		quadruplegie, quadruparéza		celkem	
Na které sporty (disciplíny) se zaměřujete?	lyžování	7	53,8%	1	25,0%	8	47,1%
	florbal	7	53,8%	1	25,0%	8	47,1%
	<i>jiné</i>	6	46,2%	1	25,0%	7	41,2%
	plavání	5	38,5%	2	50,0%	7	41,2%
	šachy	4	30,8%	1	25,0%	5	29,4%
	tenis	4	30,8%	0	0%	4	23,5%
	stolní tenis	2	15,4%	0	0%	2	11,8%
	cyklistika	1	7,7%	1	25,0%	2	11,8%
	atletika	1	7,7%	1	25,0%	2	11,8%
	orientační běh	1	7,7%	1	25,0%	2	11,8%
	basketbal	1	7,7%	0	0%	1	5,9%
	vzpírání	1	7,7%	0	0%	1	5,9%
	střelba	1	7,7%	0	0%	1	5,9%
	sledge hokej	1	7,7%	0	0%	1	5,9%
	curling	0	0%	1	25,0%	1	5,9%
	lukostřelba	0	0%	1	25,0%	1	5,9%
	rugby	0	0%	1	25,0%	1	5,9%

Při výběru sportovního odvětví nebylo v době minulé příliš možností. Preferovány byly hlavně atletické disciplíny pro svou relativní přístupnost a malou náročnost na vybavení. Postupem času se začaly přizpůsobovat bezbariérovým podmínkám i sportovní haly, tělocvičny a bazény. Tím došlo k rozšíření sportovního využití vozíčkářů. Nyní se sportovec může rozhodnout pro sportovní odvětví, které je mu nejbližší, podle svého zájmu, popřípadě podle zaměření před získáním handicapu.

Nejvíce pěstovaným sportem je lyžování (8 respondentů), florbal (8 respondentů), plavání (7 respondentů), šachy (5 respondentů), tenis (4 respondentů), stolní tenis (2 respondenti), atd.

3.3.1 Důvody ke sportování

Dotazovaní měli k dispozici seznam důvodů ke sportování, nad kterým se měli zamyslet a posoudit, jakou mírou každý z těchto důvodů ovlivnil jejich rozhodnutí

sportovat. Tuto míru ovlivnění měli vyjádřit pomocí pětibodové stupnice, která byla následující:

- 1 hlavní důvod
- 2 spíše větší důvod
- 3 nemohu se rozhodnout
- 4 spíše menší důvod
- 5 žádný důvod

Tabulka č. 20

	Druh postižení		
	quadruplegie, quadraparéza	paraplegie, paraparéza	celkem
dobrý prožitek, radost z pohybu, zábava	1,50	1,54	1,53
zlepšení kondice, zdraví	1,50	1,62	1,59
setkávání s lidmi, s přáteli	2,25	1,77	1,88
realizace sebe sama	2,25	1,92	2,00
životní styl	2,00	2,31	2,24
duševní vyrovnaní, zlepšení psychiky	2,00	2,46	2,35
získání sebedůvěry a sebevědomí	2,25	2,92	2,76
touha soutěžit	2,75	2,85	2,82
snaha vyrovnat se lidem bez postižení	2,50	3,15	3,00
ocenění, vyrovnání se s ostatními	2,75	3,08	3,00
snaha prosadit se prostřednictvím sportu	2,75	3,23	3,12
sport jako jedna z možností včlenění se do společnosti	2,25	3,54	3,24

Jedním z cílů mé práce bylo zjistit důvody, které vedou tělesně handicapované ke sportu. Osvětlit, zda jejich důvody ke sportování jsou stejné, podobné nebo se liší od důvodů ke sportování zdravých jedinců. Ve společnosti se můžeme stále setkat s názorem, že sportovci s handicapem sportují hlavně z důvodu snahy prosadit se prostřednictvím sportu. Musím se přiznat, že i já osobně, jsem tento názor sdílela v minulosti také. Ale získáním nových informací jsem tento názor přehodnotila. Podle mého názoru jsou motivy handicapovaných ke sportování stejné jako u zdravých lidí.

Výsledky dotazníku ukázaly, že nejčastěji uváděným motivem pro sportování byl *dobrý prožitek, radost z pohybu a zábava*. Měli bychom si také uvědomit, že pokud sport nepřináší handicapovanému radost a zábavu, mívá se pak sportovní činnost účinkem rehabilitace.

Druhým nejvýznamnějším motivem bylo *zlepšení kondice a zdraví*, což je pochopitelné, protože zdravotní potíže u handicapovaných jedinců nejsou ojedinělé a často znepříjemňují už tak ztížený život.

V prvních chvílích u řady sportovců možná nejde o to sportovat, ale začlenit se mezi určitou partu lidí, najít nové přátele, mít si s kým promluvit o svých problémech. Proto asi bylo *setkávání s lidmi, s přáteli* třetím nejčastějším uváděným důvodem pro provádění sportovní činnosti. Po úrazu se člověk dostává do hluboké krize a právě přátelé, lidé s podobným postižením a pocit sounáležitosti může být prvním záchytným bodem, který vtahuje zpět do života.

Dalším nejčastěji uváděným důvodem byla *realizace sebe sama*. Já osobně si také myslím, že sport je velmi dobrým prostředkem pro seberealizaci člověka, nacházení sama sebe a svých schopností. Na pátém místě se umístil důvod ke sportu jako určitý *životní styl*, který člověk upřednostňuje.

Na devátém místě se umístily *snaha vyrovnat se lidem bez postižení a ocenění, vyrovnání se s ostatními*. Na předposledním místě skončil motiv *snahy prosadit se prostřednictvím sportu*. Toto potvrdilo mou hypotézu, že lidé s postižením se nevěnují sportu hlavně z důvodů snahy prosadit se. Tímto však nepopírám, že existují jedinci, kteří tento motiv považují za hlavní důvod jejich sportovní činnosti.

K mému překvapení na posledním místě skončil motiv sportu, jako jedné z *možností včlenění se do společnosti*. Paraplegici tomuto důvodu připisují menší význam než quadruplegici.

Otázka: Přinesla Vám sportovní činnost splnění Vašich očekávání?

Tabulka č. 21

		Druh postižení					
		paraplegie, paraparéza		quadruplegie, quadruparéza		celkem	
Přinesla Vám sportovní činnost splnění Vašich očekávání?	ano	5	38,5%	1	25,0%	6	35,3%
	spíše ano	5	38,5%	2	50,0%	7	41,2%
	nevím	2	15,4%	0	0%	2	11,8%
	spíše ne	0	0%	1	25,0%	1	5,9%
	ne	1	7,7%	0	0%	1	5,9%
	celkem	13	100,0%	4	100,0%	17	100,0%

Každý člověk, který začíná provozovat určitou činnost, má jistá očekávání a představy v čem by mu mohla být prospěšná. Po určité době zjistí, zda si vybral správně, a zvolené odvětví mu skutečně přináší to, po čem toužil. Jak odpověděli respondenti je patrné z předcházející tabulky č. 21. 76,5 % respondentů souhlasí s tím,

že jim sportovní činnost splnila jejich očekávání. 11,8 % se nedokázalo rozhodnout a zbytek nesouhlasil.

Považovala jsem za důležité dotázat se, kde se respondenti o sportu vozíčkářů dozvěděli. To je tématem následující otázky.

Otázka: Kde a od koho jste se dozvěděl(a) o sportu tělesně postižených?

Tabulka č. 22

		Druh postižení					
		paraplegie, paraparéza		quadruplegie, quadruparéza		celkem	
Kde a od koho jste se dozvěděl(a) o sportu tělesně postižených?	v léč. a rehab. zařízeních	7	50,0%	2	50,0%	9	50,0%
	v rodině	0	0%	0	0%	0	0%
	od přátel s handicapem	6	42,9%	1	25,0%	7	38,9%
	od známých	0	0%	1	25,0%	1	5,6%
	jinde	1	7,1%	0	0%	1	5,6%
	celkem	14	100,0%	4	100,0%	18	100,0%

3.3.2 Sport jako prostředek integrace lidí s handicapem do společnosti

Otázka: Myslíte si, že sport je dobrým prostředkem integrace lidí s postižením do intaktní společnosti?

Tabulka č. 23

		Druh postižení					
		paraplegie, paraparéza		quadruplegie, quadruparéza		celkem	
Myslíte si, že sport je dobrým prostředkem integrace?	ano	10	71,4%	1	25,0%	11	61,1%
	spíše ano	1	7,1%	3	75,0%	4	22,2%
	nemohu se rozhodnout	2	14,3%	0	0%	2	11,1%
	spíše ne	1	7,1%	0	0%	1	5,6%
	ne	0	0%	0	0%	0	0%
	celkem	14	100,0%	4	100,0%	18	100,0%

Na odpovědi na tuto otázku jsem byla velmi zvědavá, protože by mohly popřít mou domněnku, že sport je dobrým prostředkem a jednou z výborných možností integrace lidí s handicapem do společnosti. Výsledek této otázky ale ukázal, že lidé s handicapem považují sport jako dobrý prostředek integrace. Pro odpověď *ano* se rozhodlo 61,1% dotazovaných, pro *spíše ano* 22,2% dotazovaných, 11,1% dotazovaných se *nemohlo rozhodnout*, 5,6% respondentů se rozhodlo pro odpověď *spíše ne* a nikdo si ne zvolil odpověď *ne*.

V souvislosti s tímto dotazem mě napadlo, že by mohlo být zajímavé porovnání této otázky s tím, v jaké intenzitě se daný respondent sportem zabývá. Výsledek tohoto porovnání nám může mnoho říct a vést k zamyšlení.

Tabulka č. 24

		V jaké intenzitě se zabýváte sportem nyní			
		vrcholově	výkon- nostně	rekreačně	vůbec
Myslíte si, že sport je dobrým prostředkem integrace?	ano	3	4	3	1
	spíše ano	0	0	3	1
	nemohu se rozhodnout	0	2	0	0
	spíše ne	0	1	0	0
	ne	0	0	0	0

Všichni respondenti, věnující se sportu vrcholově, uvedli, že sport jednoznačně považují za dobrý prostředek integrace lidí s handicapem do společnosti. Tento výsledek mě vede k otázce, čím to je, že vrcholoví handicapovaní sportovci cítí sport jednoznačně za dobrý integrující prvek? Je to lepšími finančními podmínkami, které by díky sponzorům měli teoreticky mít, nebo ve vrcholovém sportu mají větší možnost setkávat se se zdravými sportovci, měřit s nimi síly a díky tomu mají lepší možnosti se integrovat, nebo je to možností zúčastnit se světových soutěží, např. paralympijských her?

4 sportovci zabývají se sportem výkonnostně odpovědělo na otázku ano, 2 se nemohli rozhodnout a 1 odpověděl spíše ne. 6 sportovců zabývajících se sportem rekreačně na otázku odpovědělo kladně a dokonce 2 nespportovci jsou také toho názoru, že sport je dobrým prostředkem integrace lidí s handicapem do společnosti.

Většina dotázaných považuje sport jako dobrou formou integrace do společnosti a není ani tak podstatné v jaké intenzitě se jedinci sportem zabývají.

Otázka: Přináší Vám osobně sport větší pocit sounáležitosti s intaktní společností?

Tabulka č. 25

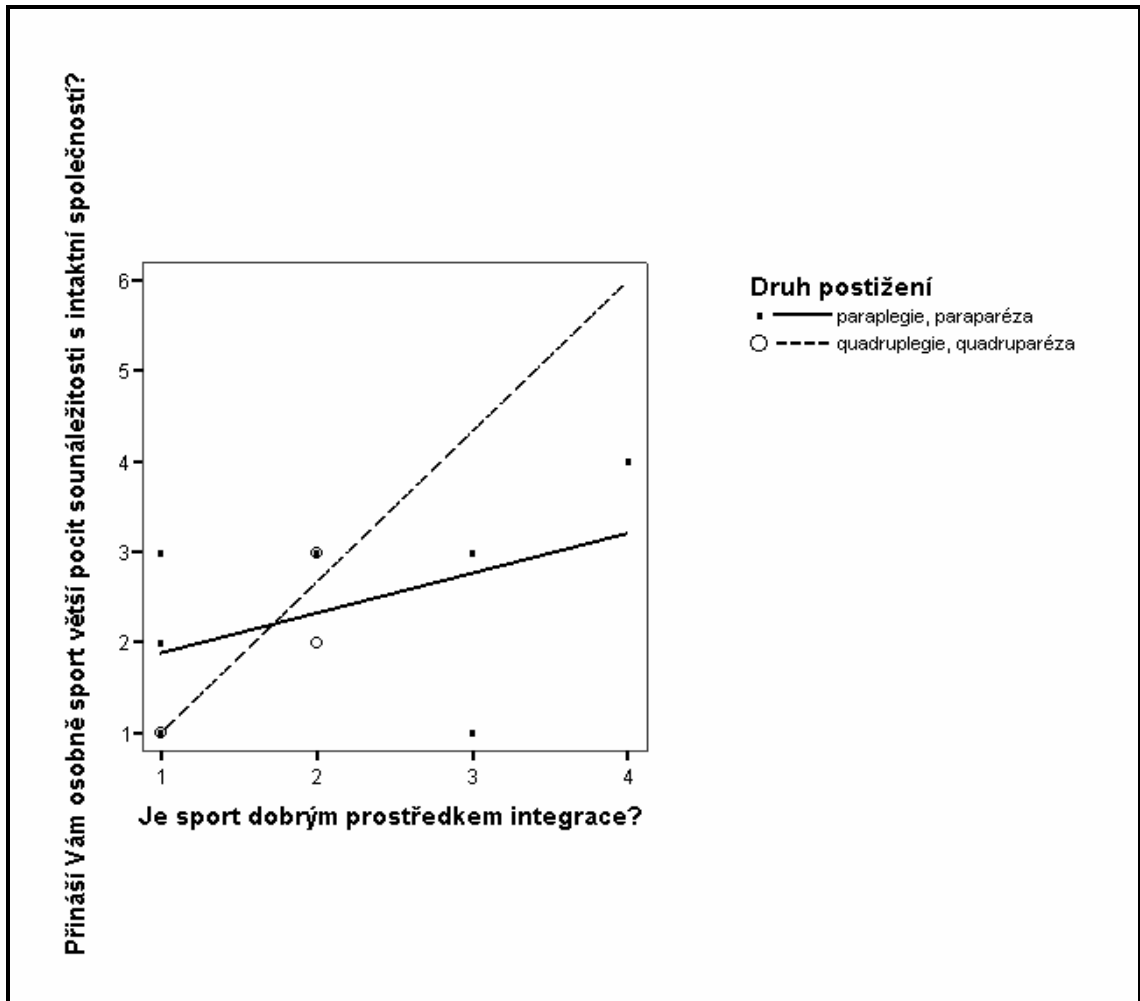
		Druh postižení					
		paraplegie, paraparéza		quadruplegie, quadruparéza		celkem	
Přináší Vám osobně sport větší pocit sounáležitosti s intaktní společností?	ano	4	30,8%	1	25,0%	5	29,4%
	spíše ano	4	30,8%	1	25,0%	5	29,4%
	nemohu se rozhodnout	4	30,8%	2	50,0%	6	35,3%
	spíše ne	1	7,7%	0	0%	1	5,9%
	ne	0	0%	0	0%	0	0%
	celkem	13	100,0%	4	100,0%	17	100,0%

Tuto otázku jsem položila, protože mě zajímalo, zda jedinci, kteří považují sport za dobrý prostředek integrace, jim osobně přináší pocit sounáležitosti s intaktní společností. Výsledek je takový, že i když 83,3% jedinců (tabulka č. 23) považuje sport za dobrý prostředek integrace lidí s postižením do společnosti, už jen 58,8% jedincům sport osobně přináší větší pocit sounáležitosti s intaktní společností. Zápornou odpověď na obě otázky uvedl vždy pouze jeden jedinec. 35,3% dotazovaných se nemohlo rozhodnout, zda jim osobně sport přináší pocit sounáležitosti se společností.

Můžeme také říci, že všichni čtyři quadruplegici, kteří souhlasili s prvním konstatováním, dali za pravdu i konstatování druhému.

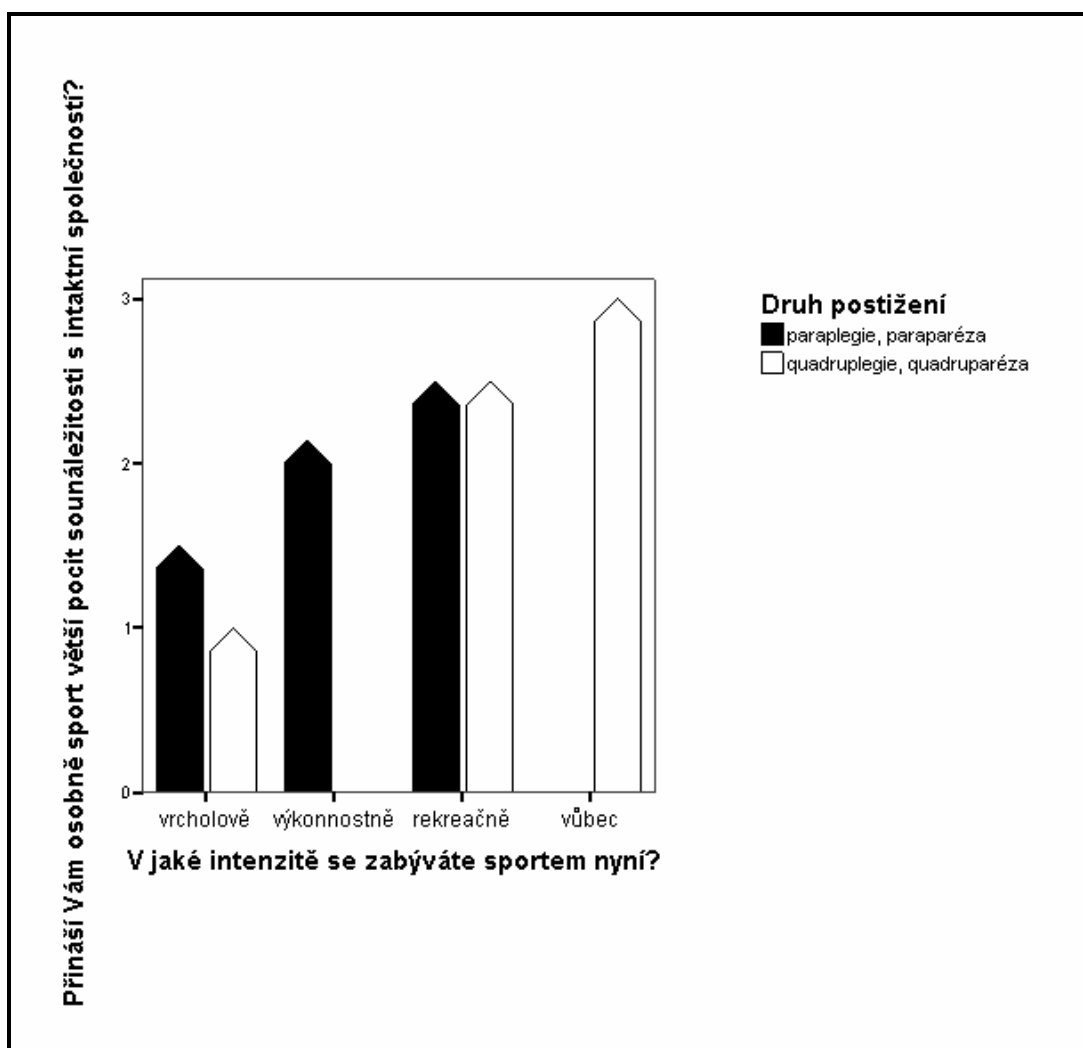
Vzájemný vztah mezi těmito otázkami můžeme vyzorovat v následujícím grafu, který nám ukazuje, že čím více respondent považuje sport dobrým prostředkem integrace, tím jemu osobně přináší pocit sounáležitosti v intaktní společnosti. V grafu je dobře vidět, že u quadruplegiků má výsledná přímka větší rostoucí tendenci než přímka u paraplegiků.

Graf č. 1



V následujícím grafu č.2 můžeme vysledovat vzájemný vztah mezi tím, v jaké intenzitě se respondent zabývá sportem a odpovědí, zda mu sport přináší větší pocit sounáležitosti se společností. Z grafu vyplývá, že s čím větší intenzitou se respondent sportu věnuje, tím větší pocit sounáležitosti se společností mu sport přináší.

Graf č. 2



Otázka: Domníváte se, že mají muži i ženy se zdravotním handicapem stejné možnosti a šance se prosadit ve sportu nebo si myslíte, že jedna z těchto skupin disponuje určitým zvýhodněním?

Tabulka č. 28

	Druh postižení						
	paraplegie, paraparéza		quadruplegie, quadruparéza		celkem		
Domníváte se, že mají muži i ženy se zdravotním postižením stejné možnosti a šance	zvýhodnění mužů	1	7,1%	0	0%	1	5,6%
	zvýhodnění spíše mužů	1	7,1%	3	75,0%	4	22,2%
	stejně šance	12	85,7%	1	25,0%	13	72,2%
	zvýhodnění spíše žen	0	0%	0	0%	0	0%
	zvýhodnění žen	0	0%	0	0%	0	0%
	celkem	14	100,0%	4	100,0%	18	100,0%

Většina dotazovaných (72,2% - 13 respondentů) si myslí, že ženy i muži s handicapem mají stejné možnosti prosadit se ve sportu. 5 dotazovaných, z toho 2 ženy, si myslí, že jsou zvýhodněni muži a nikdo si nemyslí, že by zvýhodněním disponovaly ženy.

K tabulce připojuji i některé odpovědi respondentů na tuto otázku:

„Podle toho v kterých sportech. Samozřejmě, že je žena znevýhodněna třeba ve florbale, protože prostě hraje proti chlapům (zase ale má bodově zvýhodněnou klasifikaci). Třeba v atletice mají ženy své skupiny a své koeficienty, takže proto tam žena má stejnou šanci jako muž.“

„Důvodem zvýhodnění z mého pohledu je, že na invalidním vozíku se ocitá více mužů, proto je i více mužů sportovců.“

„Šance začít se sportem je naprosto stejná, ale když už někdo sportuje, tak je pro ženy snazší prosadit se, protože je zpravidla menší konkurence (hodnotím handbike).“

3.3.3 Úroveň sportu pro lidi s handicapem

Otázka: Podle vašeho názoru je úroveň sportu pro lidi s postižením v ČR?

Tabulka č. 25

		Druh postižení					
		paraplegie, paraparéza		quadruplegie, quadruparéza		celkem	
Podle vašeho názoru je úroveň sportu pro lidi s postižením v ČR:	výborná	0	0%	0	0%	0	0%
	spíše výborná	2	14,3%	2	50,0%	4	22,2%
	průměrná	9	64,3%	2	50,0%	11	61,1%
	spíše podprůměrná	3	21,4%	0	0%	3	16,7%
	podprůměrná	0	0%	0	0%	0	0%
	celkem	14	100,0%	4	100,0%	18	100,0%

Z tabulky č. 25 se dozvídáme, že více než polovina respondentů (61,1% - 11 respondentů) odpověděla, že podle jejich názoru je úroveň sportu pro lidi s handicapem v České republice průměrná. 22,2% (4 respondenti) z celkového počtu 18 respondentů si myslí, že je úroveň spíše výborná a 16,7% (3 respondenti) respondentů shledávají úroveň sportu spíše podprůměrnou.

Otázka: Myslíte si, že úroveň a kvalita sportu pro handicapované stále roste?

Tabulka č. 26

		Druh postižení					
		paraplegie, paraparéza		quadruplegie, quadruparéza		celkem	
Myslíte si, že úroveň a kvalita sportu pro handicapované stále roste?	ano	8	57,1%	0	0%	8	44,4%
	spíše ano	5	35,7%	4	100,0%	9	50,0%
	nemohu se rozhodnout	1	7,1%	0	0%	1	5,6%
	spíše ne	0	0%	0	0%	0	0%
	ne	0	0%	0	0%	0	0%
	celkem	14	100,0%	4	100,0%	18	100,0%

V poslední době se můžeme často setkat s názory, že úroveň sportu a celkově podmínky života lidí s handicapem s postupem doby rostou a zlepšují se. Osobně si respondenti myslí, že úroveň a kvalita sportu pro handicapované roste (44,4% respondentů), spíše roste (50% respondentů) a pouze jeden respondent se pro odpověď nemohl rozhodnout.

S výsledky této otázky jsem spokojená a jsem ráda, že i lidé, kterých se bezprostředně tato věc týká, mají stejný názor jako někteří lidé z intaktní společnosti.

Otázka: Co, podle Vás, nejvíce znemožňuje růst kvality sportu tělesně postižených v dnešní době v České republice?

Respondenti měli určit pořadí možných vlivů podle jejich důležitosti.

1 = největší vliv po 6 = nejmenší vliv.

Vysvětlení: min 1 = alespoň jeden respondent připsal danému tvrzení největší vliv

max 6 = alespoň jeden respondent připsal danému tvrzení nejmenší vliv

Tabulka č. 27

	průměr	medián	min	max
nedostatečné finanční podmínky	1,67	1,00	1	6
nedostatečná informovanost intaktní společnosti	2,78	3,00	1	6
nedostatečná medializace	3,22	3,00	1	6
nedostatečné prostorové podmínky	3,67	3,50	1	6
nedostatečný zájem intaktní společnosti	3,83	4,00	1	6
legislativa	4,06	4,00	1	6

Ukázalo se, že podle názoru respondentů mají největší vliv na růst kvality sportu handicapovaných nedostatečné finanční podmínky. Toto je problém sportu jako takového, o to méně peněz dostávají handicapovaní sportovci. Na druhém místě skončil

vliv nedostatečné informovanosti intaktní společnosti, a dále nedostatečná medializace. S tím mě napadá příklad letošních zimních paralympijských her v Turíně. Myslím si, že by zasloužily větší mediální podporu. Ve srovnání s olympiádou nastává velký rozdíl v medializaci, která má vliv na informovanost a zájem intaktní společnosti. Zájem o paralympijské hry mají televizní společnosti hlavně v Německu, Anglii či Španělsku, v jiných zemích je to slabší. Česká republika je někde v horní polovině pomyslného žebříčku a situace u nás se na štěstí zlepšuje.

Jeden dotázaný mi uvedl takový názor, který stojí na zamyšlenou: „Podle mě, co nejvíc ovlivňuje kvalitu sportu tělesně postižených, je malá konkurence ve většině sportů. A to je dáno tím, že jen malá část tělesně postižených se věnuje aktivně nějakému sportu. Až se zvýší konkurence, zvýší se i kvalita a výkony.“

3.4 Postavení lidí s handicapem ve společnosti

Otázka: Kde jste nejvíce pocítli změnu chování k vaší osobě?

Tabulka č. 8

Kde jste nejvíce pocítli změnu chování k vaší osobě?	Druh postižení					
	paraplegie, paraparéza		quadruplegie, quadruparéza		celkem	
u příbuzných	0	0%	0	0%	0	0%
u přátel	5	38,5%	1	25,0%	6	35,3%
u spolupracovníků nebo spolužáků	1	7,7%	1	25,0%	2	11,8%
u cizích osob	6	46,2%	2	50,0%	8	47,1%
nikde	1	7,7%	0	0%	1	5,9%

Bezprostředně po vzniku handicapu je velmi důležitý styk s přáteli a známými, kteří svým chápajícím, ne však litujícím, postojem mohou pomoci tělesně postiženému člověku obnovit jeho minulé zájmy, poskytnout mu styk s dřívějším okruhem osob, umožnit mu co nejvíce přiblížit způsobu života před postižením.

V odpovědích na otázku uvedlo 8 respondentů (47,1%), že největší změnu chování k nim pocítli u cizích osob, 6 respondentů (35,3 %) pocítlo změnu hlavně u přátel, 2 respondenti u spolupracovníků nebo spolužáků a pouze 1 respondent nepocítil změnu chování u nikoho. Jeden respondent na tuto otázku neodpověděl.

Na závěr jsem respondentům podala otázku týkající se jejich celkového postavení v intaktní společnosti.

Otázka: Co podle Vašeho názoru nejvíce brání lepšímu postavení zdravotně postižených v naší společnosti?

Tabulka č. 29

	N
Co podle Vašeho názoru nejvíce brání lepšímu postavení zdravotně postižených v naší společnosti?	
bariéry - architektonické	12
bariéry - vztahové	4
bariéry - informativní	3
legislativa	3
bariéry jiné	0
malá míra medializace	0
úroveň zdravotního zabezpečení	0

Podle mého názoru patří architektonické bariéry k hlavním negativním prvkům, které ztrpčují život mnoha zdravotně postižených. V největší míře se samozřejmě jedná o lidi na ortopedickém vozíku. Téměř nepřekonatelnou překážkou jsou schody, úzké dveře, malé prostory pro pohyb na vozíku, atd. Tyto překážky ovšem čekají na tělesně postiženého člověka nejen ve veřejných budovách a prostranstvích, ale bohužel i v bytech, jejich projekty až donedávna vůbec s tělesně postiženou populací nepočítaly. Problém vyhrazených parkovacích míst pro lidi s handicapem také není zanedbatelný.

Ukázalo se, že architektonickým bariérám přiřítají dotazovaní také největší vliv. Na druhém místě se umístily bariéry vztahové. Někteří lidé podle mého názoru ještě stále nepochopili, že lidé se zdravotním postižením jsou naprosto normální lidé se stejnými touhami, radostmi a starostmi, a že není možné se jim vyhýbat a odstrkovat je do ústraní. Všichni bychom se měli naučit soužití se zdravotně postiženými s tím, že je budeme brát jako sobě rovné.

Další velkou překážkou je bariéra v informovanosti, která podle mého názoru velice těsně souvisí s bariérami architektonickými. Pokud nemám možnost dostat se do určitých prostor, je samozřejmé, že přicházím o mnohdy cenné informace v nejrůznější podobě. Bylo by dobré, kdyby jednotlivé instituce či organizace informovali o bezbariérovosti jejich zařízení například prostřednictvím webových stránek, letáků, atd.

Další diskutovanou otázkou je legislativa. Legislativní nedostatky jsou v určité míře formou diskriminace občanů se zdravotním postižením v podobě podstatně omezeného přístupu ke vzdělání, omezení možností pracovního uplatnění, nedostupností veřejných budov a prostředků veřejné dopravy atd. Problém v nedokonalé legislativě spatřují 3 respondenti.

Bariéru však nikdo nespatřuje v malé míře medializace nebo v úrovni zdravotního zabezpečení.

Na závěr bych ráda připojila názor jednoho z respondentů:

„Podle mě nejvíce brání lidem se zdravotním postižením, v prosazení se ve společnosti, architektonické bariéry, protože pokud by nebyly, tak by postižení lidé měli stejné šance jako lidi “normální“ a záleželo by hlavně na nich, jestli se dokáží prosadit. Dneska je postižený člověk ještě stále hodně závislý na cizí pomoci, i když je soběstačný a kdyby nebylo architektonických bariér, tak by tu pomoc člověk ani nepotřeboval.“

Závěr

Sport se ukázal jako dobrý integrační prostředek, který vtahuje sportovce s handicapem zpět do života intaktní společnosti. Tento názor na sport mají i handicapovaní lidé, kterým sport přináší větší pocit sounáležitosti s intaktní společností. Potvrdila se mi hypotéza, že existuje vzájemný vztah mezi intenzitou, s jakou se respondent sportu věnuje a jeho pocitem sounáležitosti se společností. Ukázalo se, že s čím větší intenzitou respondent sportuje, tím větší pocit sounáležitosti pociťuje. Ale tato závislost mezi jevy má nepatrný význam. Zajímavým také shledávám, že i když dva respondenti považují sport za dobrý integrující prvek do společnosti, stejně se sportu nevěnují. Pro vyvozování dalších závěrů, bychom si nejdříve museli ujasnit možné překážky, ať už zdravotní nebo jiné, které jim ve sportovní činnosti mohou zabraňovat.

V praktické části práce bylo prokázáno, že existuje užší souvislost mezi intenzitou, s jakou se sportu lidé věnují, a jejich názorem na důležitost sportu v jejich životě. S čím větší intenzitou se respondent sportovní činnosti věnuje, tím větší důležitost pro něj sport v životě má a naopak, pokud se respondent sportu nevěnuje, tím pro něj není také tolik podstatný.

Další oblastí, kterou jsem se zabývala, bylo porovnání, nakolik ovlivňuje pracovní vytížení respondentů čas, který věnují sportovní činnosti. Domnívala jsem se, že člověk, který nepracuje a má více volného času, se bude sportem zabývat intenzivněji, než člověk který pracuje. Výsledky mé práce tuto domněnku vyvrátili. Ukázalo se, že mezi těmito jevy neexistuje užší vztah. Intenzita sportovní činnosti je téměř stejná jak u zaměstnaných či lidí bez práce.

Prokázala se však hypotéza, že sportovci se zdravotním postižením sportují ze stejných důvodů a motivů jako sportovci bez handicapu. Zejména pro radost z pohybu, zábavy, zlepšení kondice a zdraví a pro setkávání s přáteli. Tento výsledek však nepopírá skutečnost, že někteří handicapovaní lidé vyhledávají sport hlavně z důvodu možnosti někde se prosadit a něčeho dosáhnout. Vždyť tento sportovní motiv má také spousta zdravých sportovců. Výsledek této hypotézy považuji za důležitý, protože nám dokazuje, že lidé s handicapem mají stejné potřeby, zájmy, pohnutky a radosti jako lidé zdraví, že jsou rovnocennými partnery či soupeři a nemělo by se na ně pohlížet jako na ty druhé, ale naopak je přijmout bez zábran a rozpaků mezi sebe.

Byla jsem velice mile překvapen výsledkem, že lidé s tělesným postižením jsou v životě spíše spokojeni než nespokojeni. Byla mi vyvrácena má domněnka, že lidé s tělesným postižením pociťují spíše životní nespokojenost, že se nedokážou ze života

řádně radovat a užívat si ho. Naopak, jako by jim daný handicap dal ještě větší odhodlání a sílu učinit svůj život smysluplný. Života si velmi váží a jsou za něj vděční, i když jim přinesl spousty překážek a zkoušek. Z jejich životního elánu a odhodlání bychom si měli vzít všichni příklad.

Lidé si musí uvědomit, že tělesně postižení jsou součástí naší společnosti. Některé z nás může překvapit tvrzení, že po získání handicapu mnozí žijí plnohodnotnější život a svůj handicap berou jako skutečnost, před kterou se nesmí zastavit nebo zůstat poraženými, ale naopak je nutí jít dál a bojovat. K tomuto nejednoduchému úkolu potřebují takové životní podmínky, které jim umožní žít dostatečně plnohodnotný a kvalitní život. Největším problémem v dnešní době respondenti vidí v architektonických bariérách, které jim zneprůjemňují jejich každodenní život a znemožňují jim plně se začlenit do společnosti. Jsem ráda, že se tímto problémem zabývá dnešní společnost čím dál tím více a v architektonických projektech se stávají bezbariérová opatření samozřejmostí.

Celou práci bych chtěla zakončit citátem Sira Ludwiga Guttmanna:

*„Sport by se měl pro postiženého stát hybnou silou,
která mu pomůže nalézt nebo obnovit vlastní vztah k okolnímu světu
a tím i ke svému uznání coby rovnocenného a plnoprávného občana.“*

Seznam použité literatury

1. Albrecht, Mil., III. *Celostátní seminář o legislativě pro zdravotně postižené občany a jejich integraci do společnosti*
2. *Aktivity volného času pro osoby s těžkým a kombinovaným postižením*. Přel. M. Jelínková. 1. vyd. Praha: Nakl. Modrý klíč, 1997. 74 s. ISBN 80-902494-0-X
3. Brickman, Coates a Janoff-Bulman, *Výzkum životní spokojenosti*. Odborná studie. b.m., b.n. 1978.
4. Csikszentmihalyi, Mihaly. *O štěstí a smyslu života*. 1. vyd. Praha: NLN, s. r. o. 1996. 399 str. ISBN 80-7106-139-5
5. Hladíková, Ilona. *Lidé na ortopedickém vozíku a sport*. Absolventská práce. Praha: Sociálně právní akademie v Praze. 2003. 89 s.
6. Hrubý, Jaroslav. *Národní plán opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení*, Dokument schválený usnesením Vlády ČR č. 493 ze dne 8. září 1993. Praha. 38 s.
7. Choutka, M. *Teorie a didaktika sportu*. 1. Vyd. Praha: SPN. 1983
8. Jesenský, Ján. *Prostor pro integraci*. 1. Vyd. Praha: Comenia Konsult, 1993. 129 s. ISBN
9. Jesenský, Ján. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 1995. 159 s. ISBN 80-7066-941-1.
10. Jesenský, Ján. *Integrace – znamení doby*. Sborník z odborné konference na počest 50. výročí Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy a 50. výročí vysokoškolské přípravy speciálních pedagogů. Praha: 1. vyd. Karolinum, 1998. 214 s. ISBN 80-7184-691-0.
11. Johnson, R. A., Ruhl, J. M. *Kníha o spokojenosti*. 1. vyd. Praha: Portál, s. r. o. 2000. 101 str., ISBN 80-7178-380-3,
12. Kábele, František. *Tělesná výchova mládeže vyžadující zvláštní péči*. Praha: 3. vyd. Státní pedagogické nakladatelství, n. p., 1988. 256s.
13. Kábele, Josef. *Sport vozíčkářů*. 1. vyd. Praha: Olympia, a.s., 1992. 196 s. ISBN 80-7033-233-6.
14. Křivohlavý, Jaro. *Psychologická rehabilitace zdravotně postižených*. 1. vyd. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, n. p., 1985. 163 s.
15. Křivohlavý, Jaro. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál, s. r. o., 2001. ISBN 80-7178-551-2

16. Křivohlavý, Jaro. *Vážně nemocný mezi námi*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1989. 108 s.
17. Kříž, Vladimír. *Rehabilitace a její uplatnění po úrazech a operacích*. 1. vyd. Praha: Avicenum. 1986. 332 s.
18. Linc, Rudolf a kol. *Biologie člověka pro pedagogické fakulty*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1970. 320 s.
19. Martínek, Pavel. *Možnosti sportovního využití vozíčkářů v Praze*. Diplomová práce. Praha: Fakulta tělesné výchovy a sportu UK v Praze. 1997
20. Seligman, Martin. *Opravdové štěstí*. 1. vyd. Praha: Euromedia Group, k. s., 2003. 392 str. ISBN 80-249-0293-1
21. http://www.cstps.cz/cstps/jnp/cz/gen/clanek/sporty-Atletika_Para.html
22. <http://www.cstps.cz/cstps/jnp/cz/gen/clanek/sporty-rugby.html>
23. http://www.cstps.cz/cstps/jnp/cz/gen/clanek/sporty-sledge_hokej.html
24. <http://www.kontaktbb.cz/default.htm>
25. <http://www.handisport.cz/lukostrelba.htm>
26. <http://www.paralympic.cz/>
27. <http://www.paraple.cz/texty/cinnost/rhbsportkurz.htm>
28. <http://www.skvp Praha.org/potapeni.html>

Die Zusammenfassung

Sport als eine Möglichkeit der Integration der Körperbehinderten in die Gesellschaft

Der Inhalt meiner schriftlichen Arbeit ist die mögliche Art und Weise der Integration der Körperbehinderten in die Gesellschaft in der Gegenwart. Darunter meine ich den Sport der Körperbehinderten.

Die Arbeit besteht aus dem theoretischen Teil und aus dem praktischen Teil. In dem theoretischen Teil der Arbeit behandle ich die Integration, den Ursprung und die Bedingungen der Integration, die Mittel und Programme der Integration und ich behandle auch die Zufriedenheit mit dem Leben der Körperbehinderten. Dann erwähne ich die Geschichte des Sports der Körperbehinderten in der Welt und in der Tschechischen Republik. Dann schreibe ich über die Geschichte der Benutzung des Rollstuhls in einem gewöhnlichen Leben und selbstverständlich in dem Sport der Körperbehinderten. Ein wichtiger Teil der Arbeit ist die Erwähnung der verschiedenen Sportarten der Körperbehinderten.

Das Ziel meiner Arbeit ist zu zeigen, dass Sport zu der Integration der Körperbehinderten in die Gesellschaft hilft, die Motive zum Sport Treiben festzustellen, welche Qualität der Sport in das Leben der Körperbehinderten bringt und auch das Sportniveau der Körperbehinderten in der Gegenwart in der Tschechischen Republik.

Im Rahmen der Forschung in dem praktischen Teil der Arbeit habe ich soziologische Fragebogen. Die Auswertung der soziologischen Fragebogen zeigte uns, dass der Sport ein gutes Mittel zu der Integration der Körperbehinderten in die Gesellschaft ist, und dass die Gründe zum Sport Treiben der Körperbehinderten gleich wie die Gründe zum Sport Treiben der gesunden Leute sind. Dieses Ergebnis und die Entdeckung ist für manche Leute überraschend.

Příloha

- dotazník

DOTAZNÍK

Milí dotazovaní, již předem Vám děkuji za Vaši ochotu, upřímnost a trpělivost při vyplňování dotazníku. Ve většině položek máte na výběr z více možností odpovědí. Číslo své zvolené odpovědi zapište, prosím, do rámečku, který je umístěn u každé položky.

Osobní anamnéza

1. Pohlaví

- a) muž
- b) žena

2. Věk

- a) 15 - 20 let
- b) 21 - 30 let
- c) 31 - 40 let
- d) 41 - 50 let
- e) 51 - 60 let
- f) 61 - více let

3. Druh postižení

- a) paraplegie, paraparéza
- b) quadruplegie, quadruparéza
- c) dětská mozková obrna
- d) rozštěpy lbi a páteře
- e) vrozená svalová atonie
- f) degenerativní poškození mozku a míchy
- g) jiné

4. Příčina postižení

- a) vrozená vada
- b) onemocnění
- c) automobilová nehoda
- d) vlaková nehoda
- e) úraz - skok do vody
- f) úraz - pád z výšky
- g) sportovní úraz
- h) pracovní úraz
- i) jiná příčina

5. Nejvyšší dosažené vzdělání

- a) základní škola
- b) odborné učiliště
- c) střední odborné učiliště
- d) střední škola
- e) vyšší škola
- f) vysoká škola

6. Zaměstnání

- a) nemám
b) pracuji - částečný pracovní poměr
c) pracuji - hlavní pracovní poměr
d) jiné

7. Kde jste nejvíce pocítli změnu chování k vaší osobě?

- a) u příbuzných
b) u přátel
c) u spolupracovníků nebo spolužáků
d) u cizích osob (na ulici,)

8. Prosím, přečtěte si pečlivě tento seznam abecedně seřazených hodnot a poté posuďte každou z nich podle toho, jak je důležitá ve Vašem denním životě. Určete pořadí od 1 = nejdůležitější po 9 = nejméně důležitá.

Bezpečí	
Být v úctě	
Pocit sounáležitosti	
Pocit úspěchu	
Seberealizace	
Sebeúcta (úcta k sobě samému)	
Vřelé vztahy s druhými	
Vzrušení, pestrý život	
Zábava a radost ze života	

9. Jak jste spokojený/á s vlastním životem? Níže jsou tři věty, s nimiž můžete souhlasit nebo nesouhlasit. Pomocí čísel 1 - 5 vyjádřete stupeň svého souhlasu nebo nesouhlasu s každým tvrzením. Pětibodová stupnice je následující:

- 6 *souhlasím*
7 *spíše souhlasím*
8 *nemohu se rozhodnout*
9 *spíše nesouhlasím*
10 *nesouhlasím*

A) Téměř vždy se můj způsob života shoduje s mým ideálem.	
B) Podmínky mého života jsou vynikající.	
C) Jsem se svým životem spokojený/á.	

Sportovní anamnéza

1. Jak důležitý je pro vás sport?

- a) velmi důležitý
- b) spíše důležitý
- c) důležitý
- d) spíše nedůležitý
- e) nedůležitý

2. Sportoval(a) jste před postižením?

- a) pravidelně
- b) příležitostně
- c) vůbec

3. S jakým zaměřením jste sportoval(a)?

- a) vrcholově
- b) výkonnostně
- c) rekreačně

4. V jaké intenzitě se zabýváte sportem nyní?

- a) vrcholově
- b) výkonnostně
- c) rekreačně
- d) vůbec

5. Kolik hodin týdně věnujete sportovní činnosti?

- a) 0 - 1 hodina
- b) 2 - 4 hodiny
- c) 5 - 7 hodin
- d) 8 - více hodin

6. Pokud jste utrpěl(a) úraz, za jakou dobu po úraze jste se začal(a) opět věnovat sportu?

- a) do 1 roku
- b) po 1 roce
- c) po 2 letech
- d) po 3 letech
- e) po 4 letech
- f) po 5 letech a déle

7. Na které sporty (disciplíny) se zaměřujete? Můžete uvést i více disciplín.

- | | | |
|-------------------|----------------------|---------------|
| a) basketbal | h) lyžování | n) plavání |
| b) volejbal | i) klasické lyžování | o) curling |
| c) tenis | j) sledge hokej | p) vzpírání |
| d) stolní tenis | k) atletika | q) šachy |
| e) rugby | l) střelba | r) cyklistika |
| f) florbal | m) lukostřelba | s) potápění |
| g) orientační běh | | t) jiné |

8. Přečtete si, prosím, tento seznam abecedně seřazených důvodů ke sportování a poté posuďte jakou mírou každý z nich ovlivnil Vaše rozhodnutí sportovat. Vyjádřete to pomocí čísel 1 - 5. Pětibodová stupnice je následující:

- 1 hlavní důvod
- 2 spíše větší důvod
- 3 nemohu se rozhodnout
- 4 spíše menší důvod
- 5 žádný důvod

dobrý prožitek, radost z pohybu, zábava	
duševní vyrovnání, zlepšení psychiky	
ocenění, vyrovnání se s ostatními	
realizace sebe sama	
setkávání s lidmi, s přáteli	
snaha prosadit se prostřednictvím sportu	
snaha vyrovnat se lidem bez postižení	
sport jako jedna z možností včlenění se do společnosti	
touha soutěžit	
získání sebedůvěry a sebevědomí	
zlepšení kondice, zdraví	
životní styl	

9. Přinesla Vám sportovní činnost splnění Vašich očekávání?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) ne

10. Kde a od koho jste se dozvěděl(a) o sportu tělesně postižených?

- a) v léčebných a rehabilitačních zařízeních
- b) v rodině
- c) od přátel s handicapem, kteří již sportovali
- d) od známých
- e) jinde

11. Myslíte si, že sport je dobrým prostředkem integrace (začlenění) lidí s postižením do intaktní („zdravé“) společnosti?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nemohu se rozhodnout
- d) spíše ne
- e) ne

12. Přináší Vám osobně sport větší pocit sounáležitosti s intaktní společností?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nemohu se rozhodnout
- d) spíše ne
- e) ne

13. Podle vašeho názoru je úroveň sportu pro lidi s postižením v ČR:

- a) výborná
- b) spíše výborná
- c) průměrná
- d) spíše podprůměrná
- e) podprůměrná

14. Myslíte si, že úroveň a kvalita sportu pro handicapované stále roste?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nemohu se rozhodnout
- d) spíše ne
- e) ne

15. Co, podle Vás, nejvíce znemožňuje růst kvality sportu tělesně postižených v dnešní době v České republice? Určete, prosím, pořadí od 1 = největší vliv po 6 = nejmenší vliv.

legislativa	
nedostatečné prostorové podmínky	
nedostatečné finanční podmínky	
nedostatečný zájem intaktní společnosti	
nedostatečná medializace	
nedostatečná informovanost intaktní společnosti	

16. Domníváte se, že mají muži i ženy se zdravotním postižením stejné možnosti a šance se prosadit ve sportu nebo si myslíte, že jedna z těchto skupin disponuje určitým zvýhodněním?

- a) zvýhodnění mužů jednoznačně muži
- b) zvýhodnění spíše mužů
- c) stejné šance
- d) zvýhodnění žen
- e) zvýhodnění spíše žen

Pokud Vás napadají příklady nebo důvody zvýhodnění či znevýhodnění, budu velice vděčná, když je zde uvedete:

17. Co podle Vašeho názoru nejvíce brání lepšímu postavení zdravotně postižených v naší společnosti?

- a) legislativa
- b) úroveň zdravotního zabezpečení
- c) bariéry - architektonické
- d) bariéry - informativní
- e) bariéry - vztahové
- f) malá míra medializace
- g) bariéry jiné

18. Kdybyste měli tu moc změnit situaci zdravotně postižených ve společnosti, co byste se snažili změnit nebo odstranit nejvíce?

Velice děkuji za Váš čas a spolupráci