

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
FAKULTA TĚLESNÉ VÝCHOVY A SPORTU



**Pohybové aktivity osob se zdravotním postižením žijících v zařízeních
sociálních služeb**

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce:

Mgr. Alena Lejčarová, Ph.D.

Vypracoval:

Bc. Milíč Kaštánek

Praha, červen 2010

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracoval samostatně a uvedl v ní veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem použil.

V Praze, dne

.....

podpis diplomanta

Evidenční list

Souhlasím se zapůjčením své diplomové práce ke studijním účelům. Uživatel svým podpisem stvrzuje, že tuto diplomovou práci použil ke studiu a prohlašuje, že ji uvede mezi použitými prameny.

Jméno a příjmení:

Fakulta / katedra:

Datum vypůjčení:

Podpis:

Poděkování

Vytvoření této diplomové práce bylo pro mne velmi náročné. Bez významné podpory rodiny, přátel a odborníků by dokončení mého snažení nebylo možné. Především děkuji za možnost konzultace mnoha problémů, které během vypracovávání práce vyvstaly, své vedoucí práce Mgr. Aleně Lejčarové, Ph.D., Mgr. Andree Nezbedové, své ženě Bc. Ivaně Kaštánkové a dalším osobám, které mě při tvorbě podporovaly.

Velký dík také patří vedoucím i klientům všech pěti zařízení, které se na výzkumu velmi významně podíleli.

Abstrakt

Název: Pohybové aktivity osob se zdravotním postižením žijících v zařízeních sociálních služeb

Cíle: Cílem této práce bylo zjistit množství nabízených pohybových aktivit pro občany se zdravotním postižením žijících v zařízeních sociálních služeb ve Středočeském kraji. Výzkumný záměr sledoval dostupnost, osobní zkušenost a objektivní četnost volnočasových pohybových aktivit cílové skupiny.

Metody: Stav a úroveň nabízených pohybových aktivit pro osoby se zdravotním postižením byly zjištěny pomocí smíšeného výzkumu (kombinací kvalitativního a kvantitativního výzkumu). Sběr dat probíhal formou řízeného rozhovoru, při kterém byl s respondenty ve věku od 18–40 let (průměrný věk činil 31,4 let) vyplněn nestandardizovaný dotazník dělený do šesti tematických celků. Součástí těchto celků bylo 94 polytomických otázek, 20 dichotomických otázek a 6 otázek volných, na které odpovídalo celkem 40 osob (20 mužů a 20 žen) z pěti zařízení. V každém zařízení bylo také uskutečněno osobní dotazování s jedním vedoucím pracovníkem, který odpovídal na pět předem definovaných otevřených a informativních otázek.

Výsledky: Předpoklad, že minimálně 80 % všech respondentů provádí pohybové aktivity, se nepotvrdil, avšak 72,5 % sportujících jedinců se našemu odhadu blíží. Více sportovních aktivit využívají muži (65,5 %) než ženy. Prostorová vybavenost pro pohybové aktivity v zařízeních je dobrá. Naši hypotézu o vybavenosti alespoň třemi prostory, které jsou určeny pro sportování nesplňuje jen jedno z pěti sledovaných zařízení. Touha respondentů po vyhledávání nových sportů je menší, než jsme očekávali (50 %). Naš předpoklad byl, že nový sport by rádo provozovalo nejméně 60 % respondentů.

Klíčová slova: Sportovní aktivity, osoby se zdravotním postižením, tělesně postižení, mentálně postižení, kombinované vady, ústav sociální péče, domovy, sociální služby.

Abstract

Title: Locomotive activities of handicapped persons living in social services facilities

Objectives: The objective of the thesis was to determine the quantity of locomotive activities offered to handicapped persons living in social services facilities in the Central-Bohemian Region. The research plan pursued the availability, personal experience with, and objective frequency of, free-time locomotive activities of the target group.

Methods: The status and the level of locomotive activities offered to handicapped persons were established using mixed research (a combination of qualitative and quantitative research). The collecting of data took place in the form of controlled interviews within which a non-standardized questionnaire divided in six topical modules was filled out with respondents of the age of 18 to 40 (the average age was 31.4). Such topical modules comprised of 94 polytomic questions, 20 dichotomic questions, and 6 open questions that were responded to by the total of 40 persons (20 males and 20 females) from 5 facilities. Personal questioning of a manager also took place in each facility, the manager responding to five pre-defined open and informative questions.

Results: Provided that at least 80% of all respondents performed physical activity, has not been confirmed, but 72.5% of individuals engaged in sports with our estimation approach. More sports activities benefiting men (65.5%) than women. Space facilities for physical activity in plants is good. Our hypothesis about the availability of at least three areas, which are designed for sports doesn't meet only one of the five monitored devices. The desire of the respondents found the new sport is less than expected (50%). Our assumption was that the new sport would like to operated at least 60% of respondents.

Keywords: Sporting activities, handicapped persons, physically handicapped persons, mentally handicapped persons, combined handicaps, institution of social care, homes, social services.

OBSAH

1 ÚVOD	13
2 TEORETICKÁ VÝCHODISKA PRÁCE	15
2.1 Pojem a definice zdravotního postižení,.....	15
2.1.1 Tělesné postižení	17
2.1.2 Mentální postižení	18
2.1.3 Postižení smyslové a řeči	19
2.1.4 Autismus	21
2.1.5 Kombinované postižení	21
2.2 Sociálně právní problematika osob se zdravotním postižením	22
2.2.1 Práva tělesně postižených	25
2.2.2 Práva mentálně postižených	25
2.2.3 Sociální služby	26
2.3 Pohybové aktivity u osob se zdravotním postižením	28
2.3.1. Vliv pohybu na životní pochody člověka	28
2.3.2 Vztah pohybu k funkci centrální nervové soustavy	29
2.3.3 Vliv pohybu na zevní prostředí a společnost	30
2.3.4 Potřeba pohybové aktivity pro osoby se zdravotním postižením	30
2.3.5 Sport a pohybové aktivity osob se zdravotním postižením	31
2.3.6 Motivace osob se zdravotním postižením k pohybovým aktivitám	32
2.3.7 Doplnkové, alternativní a kombinované metody pohybových aktivit osob se zdravotním postižením	33
2.4 Organizace sportu osob se zdravotním postižením	33

2.4.1 Mezinárodní organizace zabývající se sportem osob se zdravotním postižením	33
2.4.2 Organizace sdružující sportovce se zdravotním postižením v České republice	37
3 CÍLE A ÚKOLY PRÁCE, HYPOTÉZY	42
4 METODIKA PRÁCE	44
4.1 Popis výzkumného souboru	44
4.1.1 Charakteristika jednotlivých poskytovatelů sociálních služeb – domovů	45
4.1.1.1 Vyšší Hrádek, poskytovatel sociálních	45
4.1.1.2 Domov Laguna Psáry, poskytovatel sociálních služeb	46
4.1.1.3 Domov Svatý Jan, poskytovatel sociálních služeb	48
4.1.1.4 Centrum u Bartoloměje, poskytovatel sociálních služeb	49
4.1.1.5 Domov Mladá, poskytovatel sociálních služeb	50
4.2 Použité metody	51
4.2.1 Úvodní pilotáž	52
4.3 Sběr dat	53
4.4 Analýza dat	54
5 VÝSLEDKY	55
5.1 Rozdělení výzkumného souboru do jednotlivých skupin	55
5.2 Výsledky první fáze dotazníkového šetření	57
5.2.1 Pohybové aktivity respondenta	57
5.2.2 Sporty pro osoby se zdravotním postižením	60
5.2.3 Volnočasové a terapeutické aktivity	68
5.2.4 Sportovní a pohybové zázemí domova	73
5.2.5 Důvody a příčiny nepraktikování sportovních aktivit	75

5.2.6 Nejoblíbenější sportovní aktivity	76
5.3 Výsledky druhé fáze dotazníkového šetření	78
6 DISKUZE	82
7 ZÁVĚR	88
Seznam použité literatury	90
Přílohy	99

1 ÚVOD

Motto:

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

(Sir Ludwig Guttmann, in Kudláček, 2007)

Takřka všechny pohybové aktivity, které lidé ve svém volném čase praktikují, je možné nabízet i spoluobčanům se zdravotním postižením, ať už žijí samostatně, v rodinách nebo v zařízeních sociálních služeb. Vždy je třeba dbát na individualitu každého jedince a veškeré aktivity mu nabízet, nikoli vnucovat. Při hledání vhodných pohybových aktivit je třeba myslet na jednotlivá zdravotní omezení daného člověka a v případě jeho zájmu o zvolenou aktivitu hledat možnosti, jak tuto činnost přizpůsobit (aplikovat) tak, aby ji mohl praktikovat buď samostatně nebo s pomocí asistenta. Při začleňování osob se zdravotním postižením do každodenního života je role asistenta často nezastupitelná. Důležitým předpokladem pracovníka, který nabízí pohybové činnosti nebo sport osobám s postižením, je empatie.

Asistent by měl při hledání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením využívat svoji empatii a mít všeobecný přehled o možných aplikovaných aktivitách. Je třeba dbát na osobní požadavky a možnosti klienta, aby v rámci plánování sestavil co nejpestřejší a klientem respektovaný individuální plán, v němž budou v rámci celého dne, týdne, měsíce a roku zastoupeny komplexní aktivity, jak si je běžně plánují všichni lidé.

Je také vhodné využívat aktivit nabízených různými organizacemi a společnostmi, které se dlouhodobě a profesionálně věnují problematice osob s postižením a smysluplným využíváním jejich volného času.

O komplexní životní naplnění jedince s postižením tak, jak jsme tomu zvyklí z našeho soukromého života, se často dokáže dobře postarat jeho rodina. Z různých příčin však mnoho osob se zdravotním postižením rodinu nemá, nebo se o tohoto člověka nedokáže postarat tak, aby byly plně zajištěny jeho potřeby a přání. V této souvislosti je dobré si uvědomit, že není možné vždy splnit všechna přání. Je zcela přirozené, že některé

požadavky jsou spíše snem, který se může uskutečnit až po delší době. Např. pokud si člověk přeje vyrazit na drahou dovolenou, na které plánuje zvyšovat svou kondici turistikou v horách, musí si na takovou dovolenou nejprve ušetřit peníze a pořídit patřičné vybavení.

Při oslovení cílové skupiny osob s postižením uvažujeme také o podmínkách, ve kterých žijí. Dle regionálních podmínek a možností společnosti nejprve hledáme a nabízíme aktivity v jeho okolí. Pokud nabídka neuspokojuje klientovu poptávku, je třeba vytvářet další možnosti, ať už samostatně, nebo s pomocí národních či mezinárodních organizací, společností nebo zařízení poskytujících požadované služby.

Cílem této diplomové práce je zhodnocení současné situace, zda jsou pohybové aktivity pro osoby se zdravotním postižením důležité. Předpokládám, že u obyvatel žijících v zařízeních sociálních služeb zjistíme zájem o pohybové aktivity sportovní, pracovní, rehabilitační i rekreační. Aktivizační možnosti pohybových aktivit, které tato zařízení nabízejí, bývají často jedinou příležitostí, jak mohou osoby se zdravotním postižením efektivně a smysluplně naplňovat svůj volný čas. Pro integraci těchto obyvatel je ideální, aby netrávili svůj volný čas jen v oddělené komunitě, ale aby využívali i jiných pohybových aktivit mimo domov. Tyto aktivity přináší osobám se zdravotním postižením přirozenou možnost potkat se s novými lidmi a řešit běžné životní problémy, jako je zpoždění autobusu apod. Předpokládáme rovněž zjištění, že poskytovatelé sociálních služeb svým klientům aktivně nabízí nejen vlastní aktivity, ale i aktivity dostupné mimo zařízení.

K výběru tématu diplomové práce mě inspirovala zkušenost, kdy jsem před pěti lety jako lektor občanského sdružení „Quip-společnost pro změnu“ navštěvoval ústavy sociální péče (dnešní domovy) ve Středočeském kraji. Úkolem sdružení „Quip-společnosti pro změnu“ je podporovat a rozvíjet kvalitu v sociálních službách, šířit vzdělanost v této oblasti a posilovat vědomí a práva uživatelů sociálních služeb. Naším úkolem bylo přinášet nabídku různých pohybových možností pro osoby s velmi těžkým zdravotním postižením. Díky této příležitosti jsem navázal vztah s lidmi, kteří dlouhodobě žijí v zařízeních sociálních služeb. Během rozhovorů s nimi jsem zjistil, že mají chuť život opravdově žít. Jsem přesvědčen, že pohybové aktivity patří k základním lidským potřebám. V případě absence těchto aktivit není život plný, dokonalý a harmonický.

2 TEORETICKÁ VÝCHODISKA PRÁCE

Lidé s různou mírou zdravotního postižení tvoří přibližně 10 % populace nejen u nás, ale i v evropském průměru a tento podíl se vlivem rostoucích civilizačních ohrožení zvyšuje. Jedná se o početnou skupinu obyvatel, která je přímo předurčena k tomu, aby měla ve společnosti orientované na výkon problematické postavení. Na druhé straně historie a ideály, k nimž se evropská kultura vztahuje (křesťanství, altruismus, filantropie, solidarita, lidská a sociální práva), pomáhají nacházet a využívat mechanismy, které přispívají k sociálnímu začleňování osob se zdravotním postižením a jsou zásadní ve vztahu k sociální soudržnosti (Čabanová, 2007).

2.1 Pojem a definice zdravotního postižení

Pod pojmem zdravotně postižený si mnozí z nás představí člověka na invalidním vozíku nebo s berlemi či holí. Jedná se však o velmi různorodou skupinu lidí s rozdílnými problémy, potřebami a zájmy. Po prostudování odborné literatury jsme zjistili, že jednotná definice zdravotního postižení neexistuje. Každý obor má jiný pohled na strukturování své definice dle potřebného vyjádření k dané problematice.

Sociální model nabízí poněkud odlišný přístup. Chápe postižení nikoli jako individuální záležitost jedince, nýbrž jako produkt vztahů a souvislostí mezi jedincem a jeho okolím.

Takzvaný medicínský přístup vychází z toho, že postižení je individuální problém jednotlivce definovaný přímo samotným nedostatkem zdraví způsobeným nemocí, zraněním apod. Z toho vychází i způsob řešení, které je spatřováno především v medicínské rehabilitaci (Brunel university, 2002).

Již v roce 1980 Světová zdravotnická organizace (dále jen WHO) pochopila nutnost zpřehlednit problematiku ucelené definice zdravotně postižených osob pro všechny země a zároveň přistoupit k této problematice individuálně, a proto vydala *Mezinárodní klasifikaci vad, postižení a znevýhodnění* (dále jen ICDH). Nehodnotí člověka jako takového, ale situace, ve kterých se nachází a které mohou být omezující (disabling), ve kterých je člověk disabled, ale jinak je zdravý. To vše také závisí na faktoru prostředí

(environmental factors), které může danou situaci vytvářet jako bariérovou nebo facilitující (Jankovský, Pfeiffer, Švestková, 2005).

Mezi hlavní tři definované termíny dle Bubeníčkové (2006) patří:

- „*Vada (Impairment): Jakákoliv ztráta nebo abnormálnost psychologické, fyziologické nebo anatomické struktury nebo funkce.*“
- „*Postižení (Disability): Jakékoliv omezení nebo ztráta (vyplývající z vady) schopnosti jednat a provádět činnosti způsobem nebo v mezích, které se pro lidskou bytost považují za normální.*“
- „*Znevýhodnění (Handicap): Nevýhoda, vyplývající pro daného jedince z jeho vady nebo postižení, která omezuje nebo znemožňuje, aby naplnil roli, která je pro tohoto jedince (s přihlédnutím k věku, pohlaví a sociálním a kulturním činitelům) normální.*“

V roce 2001 provedla WHO revizi ICIDH nazvanou *Mezinárodní klasifikace funkčnosti, postižení a zdraví* (International Classification of Functioning, Disability and Health – dále jen ICF). Nově zvolený koncept zde vychází z širšího, komplexnějšího pojetí zdravotního postižení. Předpokládá se univerzální použití ICF, neboť situace každého z nás se nějakým způsobem vztahuje ke zdraví. Postižení je zde chápáno již jako zastřešující pojem zahrnující jak funkční či orgánovou poruchu lidského těla nebo psychickou poruchu lidské osobnosti, tak i nemožnost vykonávat z těchto důvodů určité aktivity či být účasten určitých běžných životních situací, a to i v důsledku existence bariér, jež vytváří prostředí, ve kterém zdravotně postižení žijí.

Dalším důležitým mezníkem v utváření definice osob s postižením bylo přijetí *Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením* dne 13. prosince 2006 v New Yorku. Pro Českou republiku vstoupila v platnost dne 28. října 2009. V této úmluvě jsou osoby se zdravotním postižením definovány jako osoby mající dlouhodobé fyzické, duševní, mentální nebo smyslové postižení, které v interakci s různými překážkami může bránit jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními.

V témže roce uvedla Bubeníčková (2006) na konferenci Internet a informační systémy pro osoby se specifickými potřebami v Praze, že kromě osob se zdravotním postižením uvedených v Úmluvě o právech osob se zdravotním postižením patří do této skupiny i osoby s vnitřními a civilizačními chorobami.

Ministerstvo práce a sociálních věcí (dále jen MPSV) přistupuje k problematice zdravotního postižení především z hlediska zařaditelnosti osob se zdravotním postižením do pracovního procesu. V zákoně č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, v č. 3 § 67 – Zaměstnávání osob se zdravotním postižením, definuje MPSV osoby se zdravotním postižením takto: „*Osobami se zdravotním postižením jsou fyzické osoby, které jsou orgánem sociálního zabezpečení uznány invalidními v třetím stupni, orgánem sociálního zabezpečení uznány invalidními v prvním nebo druhém stupni, rozhodnutím úřadu práce uznány zdravotně znevýhodněnými.*“

Jinou definici zdravotního postižení zná i zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, kde je v §3 písm. g) chápáno zdravotní postižení jako „*tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby*“.

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy v zákoně č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, uvádí jako zdravotní postižení mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, vady řeči, souběžné postižení více vadami, autismus a vývojové poruchy učení nebo chování.

Můžeme si vybrat z nepřeberné řady definic jak v České republice, tak v zahraničí. Otázkou by mohlo být, zda je vůbec možné vymyslet pouze jednu správnou definici, která by byla použitelná pro různé organizace.

Z našeho pohledu se jeví pro účely zpracování diplomové práce jako nejvíce výstižná definice OSN, jelikož vymezuje cílovou skupinu výzkumu a naráží na jednu z hypotéz, týkající se přítomnosti bariér sportování osob se zdravotním postižením.

2.1.1 Tělesné postižení

Jako osobu s tělesným postižením označujeme člověka, který je omezen v pohybových schopnostech v důsledku postižení podpůrného nebo pohybového aparátu nebo jiného organického postižení (Vítková, 1998, s. 132). Toto postižení může snížit seberealizaci v sociální interakci a na rozdíl od nemoci se jedná o dlouhodobý nebo trvalý stav.

Pohybové postižení můžeme dělit podle různých kritérií. Monatová (1994) rozlišuje dvě základní skupiny poruch – vrozené včetně dědičných a získané.

Vítková (1998) rozděluje typy tělesných vad na obrny centrální a periferní, deformace, amputace aj.

Jednotlivé druhy obrn se od sebe liší rozsahem a stupněm závažnosti a dělí se na parézy (částečné ochrnutí) a plégie (úplné ochrnutí).

Dětská mozková obrna (DMO) je postižení centrální nervové soustavy a příčiny mohou být v období prenatálním, perinatálním nebo v raně postnatálním. Pro DMO je typické hybné postižení, tělesná neobratnost, zejména v jemné motorice, těžkavost, nedokonalé vnímání a nedostatečná představivost, překotné a impulzivní reakce, střídání nálad, výkyvy v duševní výkonnosti. Podle charakteru tonusové a hybné poruchy rozlišujeme na spastické (diparetické, hemiparetické, kvadruparetické) a nespastické formy (hypotonické, dyskinetické) (Vítková, 1998).

Lehká mozková dysfunkce je lehčím typem poruchy centrální nervové soustavy (dále jen CNS), kdy je oslabena celková úroveň aktivace, sebekontroly, pozornosti psychomotorickým neklidem a dyskoordinací (Vítková, 1998).

Deformace zahrnují velkou skupinu vrozených a získaných vad. Skoliózy a kyfózy jsou získané deformace. Příčiny vadného držení těla se dělí na vnitřní (fyziologické) a vnější (způsobené prostředím). Četnou skupinu pohybových vad zahrnuje nesprávný vývoj kyčelního kloubu. Do deformací s příznivou prognózou patří Perthesova choroba a závažnější druh deformace je progresivní svalová dystrofie.

Malformace, amputace - malformací rozumíme patologické vyvinutí různých částí těla, nejčastěji končetin – amélie (částečné chybění končetiny) a fokomelie (končetina navazuje přímo na trup). Malformace patří do skupin vrozených vývojových vad. Amputace je umělé odnětí části končetin od trupu. Příčinou mohou být úrazy nebo onemocnění (Vítková, 1998).

2.1.2 Mentální postižení

Mentální retardace je souhrnné označení vrozeného postižení rozumových schopností, které se projeví neschopností porozumět svému okolí a v požadované míře se mu přizpůsobit. Mentální retardace je vrozená a trvalá, přestože je v závislosti na etiologii a kvalitě stimulace možné určité zlepšení (Vágnerová, 2004).

WHO uvádí klasifikaci mentální retardace z roku 1992 takto (Švarcová, 2000):

- Lehká mentální retardace IQ 50-69
- Středně těžká mentální retardace IQ 35-49
- Těžká mentální retardace IQ 20-34
- Hluboká mentální retardace IQ je nižší než 20
- Jiná mentální retardace
- Nespecifikovaná mentální retardace

Jedná se spíše o kvantitativní hodnocení, které opět nedokáže přesně definovat určitou osobu s mentálním postižením. Proto by se mělo používat i kvalitativní hodnocení, o kterém se zmiňuje Fischer a Škoda (2008) a jenž má poukázat více na individuální hodnocení zvláštností, předností a nedostatků.

2.1.3 Postižení smyslové a postižení řeči

Sluchové postižení

Postižení sluchu představuje nejtěžší bariéru v komunikaci a následně se odráží do celého vývoje osobnosti. Může se vyskytovat jako vrozené nebo získané.

Slowík (2007) například klasifikuje sluchové poruchy takto:

- Dle místa poruchy: periferní a centrální sluchová vada
- Podle typu: převodní, percepční a smíšené sluchové vady
- Podle stupně, intenzity sluchové ztráty: nedoslýchaví (lehce, středně, středně těžce a těžce), neslyšící a ohluchlí
- Podle doby vzniku: vrozené a získané (prelingvální sluchová ztráta a postlingvální sluchová ztráta)
- Podle etiologie: orgánové a funkční

Zrakové postižení

Zrakové poruchy se člení podle příčiny vzniku na dědičné a vrozené, dle etiologie na orgánové, funkční.

Další možné dělení je dle Pipekové (2006) – dle stupně postižení na:

- *Slabozrakost* – je charakterizována jako ireverzibilní pokles zrakové ostrosti.
- *Zbytky zraku* – částečně vidící jsou mezi slabozrakostí a nevidomostí.
- *Nevidomost* – jde o neschopnost jedince vnímat zrakem. Slepota lze rozdělit na praktickou (světlocit zachován, příp. i projekce) a totální (úplná absence vidění).
- *Poruchy binokulárního vidění* - vznikají na základě omezení zrakové funkce jednoho oka. Poruchy binokulárního vidění můžeme ještě rozdělit na šilhavost, tupozrakost, ztrátu ostrosti, postižení zorného pole, okulomotorické problémy, obtíže se zpracováním zrakových informací a poruchy barvocitu.

Těžké zrakové postižení způsobuje mimo jiné nedostatek pohybu, což může být způsobeno obavou z pohybu, nesnadností naučit se samostatně se pohybovat a orientovat, nebo obavou a psychickými zábranami. O to důležitější je přivést zrakově postiženého, pokud to dovoluje jeho zdravotní stav, ke sportu a k aktivnímu pohybu (helpnet.cz, 2007).

Postižení řeči

Pojem poruchy řeči je velmi zúžený, neboť se zabývá jen foneticko-fonologickou stránkou řeči, proto budeme dále pracovat s širším pojmem narušená komunikační schopnost. Příčiny narušené komunikační schopnosti jsou různé. Dělíme je na orgánové a funkční, z časového hlediska na prenatální, perinatální, postnatální a z lokalizačního hlediska na genové mutace, aberace chromozomů, vývojové odchylky, orgánové postižení receptorů, centrální nervové soustavy i efektorů, nepříznivé vlivy prostředí (Klenková,1998).

2.1.4 Autismus

V současnosti řadíme autismus mezi pervazivní vývojové poruchy. Slovo pervazivní znamená, že je postiženo něco hluboko v člověku, něco, co zasahuje celou osobnost. Porucha je trvalá a vyžaduje celoživotní specializovanou péči o postiženého. Osoba s autismem má celou řadu problémů hlavně ve třech oblastech (triáda postižení): oblast komunikace, oblast sociálního porozumění a oblast imaginace (Peeters, 1997).

Rozlišujeme několik druhů autistických poruch, které mají své specifické symptomy: Kannerův dětský autismus, Rettův syndrom, Klinefelterův syndrom, atypický autismus, Aspergerův syndrom (Vítková, 2004).

2.1.5 Kombinované postižení

Respondenty našeho výzkumu byly osoby s tzv. kombinovaným postižením, proto na tuto část klademe větší důraz. U osob s kombinovaným postižením je třeba dbát na individualitu jednotlivých lidí danou specifičností vlastního postižení. Je třeba si uvědomit, že díky těmto specifikům je těžké sestavit sourodý výzkumný vzorek osob.

Kombinovanému postižení se v současné době věnuje řada autorů. S tím je spojena i terminologická nejednotnost. V odborné literatuře se setkáváme hned s několika termíny - těžké mentální postižení, kombinované vady, osoby s extrémně psychomotoricky retardovaným vývojem, osoby s těžkým narušeným vnímáním apod. Každý vybraný termín signalizuje určitý akcent, který zdůrazňuje těžiště postižení. Termíny ve speciální pedagogice se rychle přezívají, a proto i mění. Z tohoto důvodu se používá neutrální termín těžké postižení (Vítková, 2004).

Závažnější postižení, poruchy a vady se velmi často sdružují, mají tendenci vyskytovat se společně, a tak jejich nositel může být postižený více vadami (Opatřilová, 2005).

O kombinovaném postižení hovoří také Edelsberger (2000) jako o postižení, kdy je jedinec postižen současně dvěma nebo více vadami.

Vítková (2001) zase chápe těžké postižení jako komplex omezení člověka jako celku ve všech jeho prožitkových sférách a výrazových možnostech. Podstatně omezeny a

změněny jsou schopnosti emocionální, kognitivní a tělesné, ale také sociální a komunikační.

Ludíková (2005) používá termín vícenásobné postižení, které definuje jako multifaktoriální, multikauzální a multisymptomatologicky podmíněný fenomén, který se projevuje signifikantními nedostatky v kognitivní, motorické, komunikační, nebo psychosociální oblasti.

Ve všeobecnosti lze říci, že čím závažnější je stupeň mentálního postižení, tím závažnější bude i stupeň dalších postižení, které se spolu kombinují, a tím vyšší bude jejich početnost. Taktéž je velmi pravděpodobné, že čím je těžší stupeň projevů a příznaků jednotlivých tělesných či smyslových poruch a komunikačních narušení, tím závažnější v negativním smyslu budou jeho (jejich) vlivy na oblast kognice a mentálních schopností vůbec (Valenta, Müller, 2004).

2.2 Sociálně právní systém v České republice týkající se osob se zdravotním postižením

Základ pro tvorbu legislativy týkající se osob se zdravotním postižením vychází z *Listiny základních práv a svobod*, přijaté roku 1992 jako součást ústavního pořádku České republiky.

Pro potřeby této diplomové práce zmiňujeme několik důležitých listin, které se týkají pohybových aktivit a sportu.

V Bruselu roku 1975 byla na konferenci ministrů odpovědných za sport schválena *Evropská charta sportu pro všechny* (The European Sport for All Charter). Oficiálně však byla přijata o rok později (Council of Europe, 2010). Charta pomáhá popularizovat všechny možné formy sportu a zapojovat do sportovních aktivit dříve znevýhodněné skupiny osob (Rada Evropy, 1999).

V roce 1992 byla přijata *Evropská charta sportu* (navazuje na zásady Evropské charty sportu pro všechny), která vyzývá vlády, aby učinily opatření, jež povedou k zajištění přístupnosti využívání tělovýchovných programů všem mladým lidem, zajistí každému možnost sportovat a účastnit se rekreační tělovýchovné činnosti v bezpečném a zdravém životním prostředí. Tato opatření jsou formulována ve 14 člancích pro rozvoj tělesné

výchovy a sportu na všech jeho výkonnostních úrovních, a to podle zásad humanismu a demokracie. Druhou část tvoří kodex sportovní etiky, ve kterém je objasněna funkce a podstata fair play, a to ve všech jeho praktických souvislostech (Dovalil, 2010).

Česká republika se v posledních dvou desetiletích zařadila mezi státy, které si uvědomují zvýšenou odpovědnost za odstraňování bariér bránících občanům se zdravotním postižením v plnohodnotné účasti a zapojení do společnosti. Systematicky usilovala o postupné řešení jednotlivých dílčích oblastí, které se bezprostředně zdravotně postižených dotýkají, s cílem zlepšit podmínky i kvalitu jejich života.

Za tímto účelem byly v uplynulém období postupně vypracovány, vládou schváleny a realizovány již čtyři Národní plány, které formulovaly politiku státu ve vztahu ke zdravotně postiženým občanům a byla v nich pro jednotlivá ministerstva stanovena konkrétní opatření, která byla pro dané období vytipována jako důležitá a prioritní. Plnění Národních plánů každoročně vláda kontrolovala a v případě potřeby prováděla jejich změny či doplnění.

Prvním přijatým vládním dokumentem byl *Národní plán pomoci zdravotně postiženým občanům*, který byl schválen v roce 1992 usnesením vlády ČR č. 466. Mezi jeho prioritní cíle patřilo zejména odstranění nejzávažnějších případů diskriminace a zahájení systémových změn v oblasti podpory občanů se zdravotním postižením.

Na tento dokument bezprostředně navázal *Národní plán opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení*, který byl přijat v roce 1993 usnesením vlády ČR č. 493.

Třetím v pořadí se stal *Národní plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením*, který vláda ČR přijala v roce 1998 svým usnesením č. 256. Struktura tohoto plánu vycházela z mezinárodního dokumentu „*Standardní pravidla vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením*“, který byl schválen Valným shromážděním Organizace spojených národů v roce 1993.

Posledním doposud realizovaným je *Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením na období 2006 - 2009*, který byl přijat v roce 2005 usnesením vlády ČR č. 1004.

Vzhledem k tomu, že platnost dosavadního Národního plánu skončila dnem 31. prosince 2009, vláda při projednávání Zprávy o plnění jednotlivých opatření

Střednědobé koncepce státní politiky vůči občanům se zdravotním postižením realizovaných v letech 2007 – 2008 uložila svým usnesením ze dne 9. března 2009 č. 273 ministroví pro lidská práva a výkonnému místopředsedovi Vládního výboru pro zdravotně postižené občany vypracovat a předložit vládě do 31. března 2010 návrh nového Národního plánu pro osoby se zdravotním postižením na období 2010 – 2014 navazujícího na cíle a úkoly Střednědobé koncepce.

Dalším důležitým dokumentem, který je třeba v této souvislosti také zmínit, je *Střednědobá koncepce státní politiky vůči občanům se zdravotním postižením* schválená v roce 2004 usnesením vlády ČR č. 605.

Je možno objektivně konstatovat, že naplňováním Národních plánů prokazatelně došlo ke zlepšení přístupu státu k občanům se zdravotním postižením, což se pozitivně promítlo v řadě oblastí, které jsou k zajištění podmínek pro kvalitní a důstojný život této skupiny osob důležité a napomáhají jejich integraci do společnosti.

Kladem je rovněž skutečnost, že se na přípravě Národních plánů vždy aktivně podílely reprezentace zastupující zájmy zdravotně postižených a konečné znění opatření tak bylo kompromisem mezi těmito reprezentacemi a příslušným ústředním orgánem státní správy (Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010-2014, 2010).

Dne 28. října 2009 vstoupil pro Českou republiku v platnost předpis č. 10/2010 Sb. m.s., o sjednání *Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením*. Jedním z mnoha cílů této úmluvy je umožnění osobám se zdravotním postižením podílet se na rovnoprávném základě s ostatními, na rekreační, zájmové a sportovní činnosti. Z této úmluvy jasně vyplynuly úkoly státu, jež by měly vést k podnícení a podpoře co nejširšího zapojení osob se zdravotním postižením do běžných sportovních aktivit na všech úrovních, k zajištění podmínek, které by umožnily osobám se zdravotním postižením organizovat a rozvíjet speciální sportovní a zájmové aktivity a účastnit se jich, a za tímto účelem podporovat poskytování odpovídajícího výcviku, školení a prostředků, na rovnoprávném základě s ostatními. Dále zajišťovat přístup osobám se zdravotním postižením na sportoviště a do rekreačních a turistických zařízení. Děti se zdravotním postižením by měly mít na rovnoprávném základě přístup s ostatními dětmi k účasti ve hře, k rekreačním, zájmovým a sportovním činnostem, včetně účasti na uvedených činnostech v rámci školy. V neposlední řadě by pak také osoby se zdravotním

postizněním měly mít přístup ke službám osob a institucí podílejících se na organizaci rekreační, turistické, zájmové a sportovní činnosti (Úmluva o právech osob se zdravotním postižením, 2007).

2.2.1 Práva tělesně postižených

Tělesné postižení vede k omezení pohybové aktivity a taková osoba se stává ve zvýšené míře závislou na okolním prostředí, na svých blízkých i na celé společnosti. Je proto povinností společnosti napomáhat při integraci těchto našich spoluobčanů do života. Postižení mají plné právo na samostatný a nezávislý způsob života, jaký si sami zvolí. Mají právo začlenit se do společenského života, mají právo na splnění všech svých přání a tužeb. Těm, kteří chtějí žít v domovech s pečovatelskou službou, má být umožněno vybrat si kvalitní domov, kde by byla plně respektována jejich osobnost. Tělesně postižené osoby mohou využívat i soukromé domy či byty a společnost jim musí dát příležitost je přizpůsobit pro pohodlný, nezávislý a bezpečný život (Práva tělesně postižených, 2005).

Charta práv tělesně postižených vychází z Prohlášení lidských a občanských práv, Všeobecného prohlášení o lidských právech, Evropské konvence lidských práv a Všeobecného zákona o tělesně postižených, vydaného v Paříži v roce 1975.

V souladu s těmito dokumenty má každá tělesně postižená osoba stejná práva a povinnosti jako kdokoliv jiný.

V článku 7, obsaženém v Chartě práv tělesně postižených osob, je jasně vyjádřeno umožnění komunikace, pohybu a přístupu ke společnosti, vzdělání, úřadům, ekonomickým a profesním aktivitám i k aktivitám ve volném čase a sportu (Práva tělesně postižených, 2005).

2.2.2 Práva mentálně postižených

V roce 1971 schválilo Valné shromáždění OSN *Deklaraci práv mentálně postižených osob*. V článku 1 se píše o tom, že osoba mentálně postižená má stejná práva jako

ostatní občané. Na to navazuje článek 2, v němž je zmínka o nároku mimo jiné i na vzdělání, trénink, rehabilitaci a podporu, které co nejvíce mohou rozvinout možný potenciál a schopnosti jedince. Poslední článek, který bychom pro účely této práce zmínili, je čtvrtý, v němž je důležitá poslední věta: „*Pokud je nutný pobyt v zařízení, pak by se způsob života v tomto zařízení a podmínky v něm měly přiblížit normálnímu životu, jak je to jen možné.*“ (Deklarace OSN o právech lidí s mentálním postižením, 2007)

Další listinou, která obsahuje pokyny k integraci osob s mentálním postižením, jsou „Standardní pravidla pro vyrovnávání příležitostí osob s postižením“, která přijala OSN v roce 1993 s cílem zajistit osobám s postižením stejná práva jaká mají ostatní občané.

Pravidlo číslo 11 obsahuje následující nařízení: „*Státy učiní opatření, aby osoby se zdravotním postižením měly rovnoprávné příležitosti pro rekreaci a sportovní činnosti.*“

I Evropská unie učinila důležitý krok, neboť vydala Chartu základních práv Evropské unie, kde v článku 26 (Práva postižených) uvádí, že Unie uznává a respektuje právo postižených na opatření, která jim mají zajistit nezávislost, společenskou a profesní integraci a účast na životě společnosti (Listina základních práv Evropské unie, 2010).

2.2.3 Sociální služby

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který vstoupil v platnost 1. 1. 2007, přinesl do pojetí sociální péče (dříve ústavní péče) nové trendy, podmínky v poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v jejich nepříznivé sociální situaci, ale i novou terminologii.

Matoušek (2007) uvádí, že sociální služby jsou poskytovány lidem společensky znevýhodněným, a to s cílem zlepšit jejich kvalitu života, případně je v maximální možné míře do společnosti začlenit.

Matoušek (2007) se také zmiňuje o změnách v legislativě sociální sféry, která by měla být velkým pokrokem, jenž posiluje úlohu klienta jako objednavatele služeb a měl by zvýšit nárok na poskytovatele služeb. Během našeho výzkumu by mělo být zřejmé, zda s tímto závěrem můžeme souhlasit a potvrdit tak pozitivní vliv nové sociální legislativy na umožnění pohybových aktivit osobám zdravotně postiženým.

Pro účely této diplomové práce je důležité objasnit formy a druhy sociálních služeb. Sociální služby jsou poskytovány ve formě terénní, ambulantní nebo pobytové (§ 33, 34 zákona č. 108/ 2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění):

Terénní sociální služby jsou poskytovány v přirozeném sociálním prostředí uživatele (klienta) sociálních služeb – např. v druhu sociální služby osobní asistence, rané péče, pečovatelské služby.

Ambulantní sociální služby jsou služby, za kterými uživatel (klient) dochází nebo je doprovázen nebo dopravován do zařízení sociálních služeb, jehož součástí není ubytování – např. v druhu sociální služby centra denních služeb, denního stacionáře.

Pobytovými službami se rozumí služby, které jsou spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb – např. v druhu sociální služby týdenního stacionáře, domova pro osoby se zdravotním postižením, domova pro seniory, domova se zvláštním režimem, chráněného bydlení.

Na jeden z obecných problémů poskytování ústavní péče poukazuje Matoušek (2007). Tím je nerovnovážná péče o klienty těžce a lehce postižené, kdy často dochází k poskytování jen základní starosti o fyziologické potřeby u klientů s těžším postižením a naopak lidé s lehčím stupněm postižení jsou zahlcovány nadbytečnými službami, brzdící jejich osobní rozvoj.

Domovy – na rozdíl od již překonaných ústavů – mají menší počet klientů a bývají koncipovány tak, aby klienti byli více vtaženi do chodu a programu svého zařízení (Novosad, 2009).

Zřizovateli zařízení poskytujících sociální služby v rezortním pojetí mohou být v České republice obce, kraje a Ministerstvo práce a sociálních věcí (Matoušek, 2007). Avšak státní organizace nestačí k vybudování kvalitních zařízení sociálních služeb, a tak do této problematiky zasahují i nestátní neziskové organizace, které mohou dostávat dotace na svou činnost z veřejných rozpočtů.

Definovaná cílová skupina osob s tělesným, event. v kombinaci s mentálním postižením pro účely této diplomové práce využívá pobytových sociálních služeb, většinou služeb týdenních stacionářů nebo domovů pro osoby se zdravotním postižením.

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, v platném znění, definuje podmínky poskytování sociálních služeb včetně

standardů kvality poskytovaných sociálních služeb. Standardy kvality sociálních služeb zastřešují všechna lidská práva.

Kvalitu služeb je možné garantovat tím, že bude prověřována podle předem definovaných – nejlépe měřitelných – parametrů. Dobře připravené standardy mají umožňovat zacvičeným posuzovatelům dostatečnou shodu hodnocení. Většinou se hodnotí kvalita prostředí, personálu, péče a řízení daného zařízení poskytující sociální služby (Matoušek, 2007).

V roce 2002 vydalo Ministerstvo práce a sociálních věcí brožuru Standardy kvality sociálních služeb, ve které tehdejší I. místopředseda vlády a ministr práce a sociálních věcí PhDr. Vladimír Špidla vyslovuje tento názor: *„Všiml jsem si problému s nedostatkem pohybových aktivit, které se lidem žijícím v běžných rodinách mohou zdát samozřejmé. Pomocí tohoto zkoumání bych rád poukázal na to, že nedostatek pohybu většinou není dán nezájmem klientů žijících v těchto sociálních zařízeních, ale spíše v nedostatečné podpoře pohybu ze strany ošetrujícího personálu.“* (Johnová, 2003, s. 2).

Tento poznatek o problému s nedostatkem pohybových aktivit, kterého si všiml Špidla v roce 2002, byl dalším podnětem pro náš výzkum, abychom zjistili aktuální stav v této problematice.

2.3 Pohybové aktivity u osob se zdravotním postižením

2.3.1 Vliv pohybu na životní pochody člověka

Pohyb je široký pojem, který je nahlížen a posuzován z mnoha úhlů. Pedagogika uvažuje o pohybu jako o základním fenoménu rozvoje člověka. Medicínské vědy zase akceptují podíl pohybu na somatopsychickém stavu člověka v celém průběhu života a konečně z psychologického hlediska je pohyb vnímán jako jeden z faktorů mezi motivem a cílem (Hátlová, 2003).

Novosad (2002) se domnívá, že pohyb přímo působí na socializaci člověka i na vývoj jeho osobnosti. Bezprostředně ovlivňuje jeho samostatnost, fyzické a psychické zdraví,

schopnost prožívat a spoluprožívat, i jeho schopnost sdružovat se, komunikovat a vyvíjet cílenou, smysluplnou aktivitu.

Při nedostatku pohybu dochází v organismu ke strukturálním změnám, např. k úbytku svalové hmoty (*atrophia ex inactivitate*), ke zkrácení vazivových struktur svalů i ligament, a dokonce ke změnám struktury skeletu. Protože pohybový systém působí i jako podpůrný aparát krevního oběhu (jako periferní oběhová pumpa), dochází při nedostatku pohybu ke snížení krevního oběhu. Pohybový aparát je i největším spotřebitelem energeticky bohatých látek, a proto má podstatný vliv na průběh metabolických pochodů v organismu. Při nedostatku pohybu se metabolický proces obleňuje (Kudláček aj., 2007).

2.3.2 Vztah pohybu k funkci centrální nervové soustavy

Pohyb je řízen z centrální nervové soustavy (dále jen CNS), a proto pohybová aktivita přímo souvisí s činností CNS, a tudíž i s intelektem a psychikou, jako nejvyšší úrovní řídicího procesu. Existuje určitý vztah mezi rozvojem intelektu a rozvojem jemné motoriky. Tohoto vztahu motoriky a psychiky si všimli již ve starém Řecku, kde vznikl pojem *kalokagathia*, který zdůrazňoval harmonický rozvoj tělesných i duševních (intelektových) schopností. Tento pojem je znám u nás jako heslo „ve zdravém těle zdravý duch“.

Protože CNS řídí pohyb na podkladě zpracování aferentní signalizace jak z vnějšího, tak i z vnitřního prostředí, je pohyb závislý velmi silně na senzorních podnětech a pro zdůraznění této závislosti se nahradil výraz *motorika* výrazem „senzomotorika“. Pohybová aktivita ovlivňuje zpětně i psychické procesy, a proto je možno použít motoriky i k ovlivňování psychiky. Dokazuje to praktická aplikace např. „autogenního tréninku“. Této techniky se používá k navození relaxace zklidněním pohybu spojeným s představami klidu a uvolnění (Kolektiv autorů, 1998).

2.3.3 Vliv pohybu na zevní prostředí a společnost

Člověk svým pohybem ovlivňuje okolní prostředí tak, aby ho přizpůsobil svým vlastním potřebám. Dosahuje toho vytvářením artefaktů, tj. nástrojů, zbraní, staveb a jiných prostředků k udržení a „zlepšení“ života jedince, rodiny, kmene a společnosti.

Aktivita pohybového systému jedince se ve společnosti živých bytostí (lidí i zvířat) přizpůsobuje aktivitě okolních jedinců. Pohyb slouží i k interindividuální komunikaci a k přetváření zevního prostředí ve shodě s okolními jedinci pro účely nejen jedince, ale celého společenství. Tím vzniká vedle individuálního chování i chování společensko-sociální, které ve svých důsledcích vede jak ke vzniku a rozvoji kultur a civilizací při převaze tvůrčí činnosti tak i k jejich pádu a zániku při převaze destrukční činnosti. Pohyb se stal prostředkem k vytváření vztahů mezi vnitřním prostředím organismu a zevním prostředím (Kolektiv autorů, 1998).

2.3.4 Potřeba pohybové aktivity pro osoby se zdravotním postižením

Potměšil (2000) poukazuje na zásadní význam pohybové aktivity u jedinců s vrozeným zdravotním postižením, jelikož má formativní vliv na biologický, mentální a sociální vývoj jedince.

S tímto názorem se ztotožňuje i Novosad (2009), jenž uvádí, že schopnost pohybu, orientace a komunikace přímo působí na socializaci člověka i na vývoj jeho osobnosti. Bezprostředně ovlivňuje jeho samostatnost, fyzické a psychické zdraví, schopnost prožívat a spoluprožívat i jeho schopnost sdružovat se, komunikovat a vyvíjet cílenou, smysluplnou aktivitu.

V metodické brožuře Modrého klíče (1997) se autoři zmiňují o důležitosti pomáhat a povzbuzovat osoby s tělesným postižením, aby se mohli těšit z prospěchu, který jim plyne z tělesné aktivity konané jak venku, tak uvnitř budov, kde tráví hodně času.

Vztahy mezi pohybem, tělem i duchem byly známy od samých počátků kultury. V době, kdy pohybová zdatnost byla nutností k přežití v těžkých podmínkách, vznikaly školy pohybové aktivity s harmonickým rozvojem fyzických i psychických schopností. Tyto snahy ve starověku se nejvíce odrazily v řeckých olympiádách. Ideál fyzické

zdatnosti, intelektuálních a morálních kvalit byl i ideálem středověkých rytířů. V současné době se o to snaží obnovené olympiády (Kolektiv autorů, 1998).

2.3.5 Sport a pohybové aktivity osob se zdravotním postižením

Hlavním cílem organizování aplikovaných sportů pro osoby se zdravotním postižením by měla být vždy zábava a radost ze hry (Modrý klíč, 1997).

Hanáková (2005) uvádí, že sport má dvě základní motivace, a to hru a závodění. Hra je více spojena s radostí, optimismem, dobrou náladou, zatímco závod nebo soutěživost jsou propojeny s určitou energií, s touhou po vítězství, s obětí a vytrvalostí.

Cílem zdravotně postižených sportujících není snaha o soupeření se zdravými nebo snaha o přehnanou sebe prezentaci. Proto není nutné hledat rozdíly v tom, jaký význam má pohyb a sportovní aktivita pro lidi „zdravé“ a lidi s postižením. Z hlediska základních potřeb individua je tento význam stejný či podobný. Pohyb a specifické pohybové aktivity mají pro lidi se zdravotním, zejména tělesným postižením, obdobné psychosociální účinky – jen s tím rozdílem, že jejich působení může bránit nějaká překážka (Novosad, 2002).

Musíme mít na paměti, že některé bariéry pro aktivaci osoby s tělesným postižením vyplývají přímo z problematiky tělesného postižení samé. Například Novosad (2009) se zmiňuje o konkrétních problémech osob s tělesným postižením, jež trpí obavami ze zranění, pádu či nezdaru při zátěži, trémy, úzkostlivosti a zvýšeného psychického napětí. Zejména pak u spastiků zátěžové situace zhoršují projevy jejich postižení.

V metodické brožůře Modrého klíče (1997) se dočteme o potřebě odborníků, kteří by při sportovní činnosti mohli odborně pohybovou aktivitu vést a lépe tak motivovat osobu s TP nebo naopak předcházet negativním dopadům sportování (přetížení, úraz, deprese..).

Jde tedy o to, spolupracovat při eliminaci vlivů, které lidem s postižením redukuje příležitosti k uspokojování běžných lidských potřeb, tedy i těch, které jsou spojeny s pohybem a fyzickou, resp. sportovní aktivitou. U lidí s postižením je sport navíc (ve srovnání s nepostiženými lidmi) prostředkem terapeutickým a socializačním, to znamená, že spojuje léčebné motorické aktivity (např. léčebný tělocvik, hipoterapie,

jízda na upraveném bicyklu, pracovní nebo zájmově-činnostní terapie, posilování apod.) s pozitivními prožitky (včetně zpřístupnění příležitostí k prožití katarze, paradoxně posilujícího a očišťujícího či osvobozujícího „dosáhnutí“ na hranici svých sil a schopností) i s možnostmi sebe prezentace či sebepotvrzení a příležitostmi k překračování vlastní osamělosti a vytváření nových sociálních vztahů (Novosad, 2002).

Obvyklé sporty a hry je možné upravit rozmanitými způsoby, což umožní účast lidí s různými typy postižení. Samozřejmě každý jedinec bude dávat přednost jinému druhu her či sportu (Modrý klíč, 1997).

2.3.6 Motivace osob se zdravotním postižením k pohybovým aktivitám

Potměšil (2000) píše o motivaci k pohybu, která se prvotně může objevovat již v raném věku osoby se zdravotním postižením, a to prostřednictvím rodiny. Pokud kdokoliv z členů rodiny má kladný vztah ke sportu nebo jinému koníčku, vytváří tak pozitivní atmosféru pro rozvoj této činnosti i u osoby se zdravotním postižením.

Další možnost motivace pak přichází zařazením do školní docházky, kde je jedním z předmětů i tělesná výchova, která podle Potměšila (2000) dává základy pohybového vzdělání mládeži se zdravotním postižením. V rámci škol fungují i volnočasové sportovní a zájmové kluby, kde mohou osoby se zdravotním postižením rozvíjet své dovednosti.

Zásadní význam pro motivaci osoby se zdravotním postižením je navození přátelské a hlavně partnerské atmosféry, kterou do jisté míry ovlivňuje i osobnost člověka, která pohybovou aktivitu vede.

Potřeba kvalitních odborníků se specializací na sport či jinou zájmovou činnost související s pohybovou aktivitou je zmiňována v mnoha publikacích týkajících se dané problematiky (Modrý klíč, 1997; Hadraba, 1998; Potměšil, 2000).

V období života osob se zdravotním postižením, kdy se dostává do zařízení poskytující sociální služby pro dospělé, je potřeba umožnit či pomoci vyhledat těmto handicapovaným kontaktní osoby či přímo zařízení, která mohou lidem se zdravotním

postižením nabídnout pokračování v předchozí sportovní či jiné zájmové aktivitě nebo jim nabídnout nové možnosti využití volného času v tomto odvětví.

2.3.7 Doplnkové, alternativní a kombinované metody pohybových aktivit osob se zdravotním postižením

Rozmanitost forem ucelené podpory osob se zdravotním postižením dokumentují i mnohé tzv. doplňkové, alternativní či kombinované terapeutické metody, k nimž náleží např. výtvarná a hudební reedukace, dramaterapie, terapie hrou i nespecifickým herním působením, různé „školy“ tanečního vyjádření a alternativního pohybového sebevyjádření i mnohé zážitkově-činnostní formy terapie. K nim patří také zooterapie a její aplikace v podobě canisterapie (uvedený pojem je neoficiálním, avšak již relativně zavedeným termínem). Jde o rozvíjení terapeutického vztahu mezi člověkem dlouhodobě nemocným, osamělým a starými lidmi. Přitom jsou vybírána taková zvířata, jejichž vlastnosti mohou člověka obohacovat a nepředstavují pro něho nebezpečí či ohrožení (Dvořáková, 2000).

2.4 Organizace sportu osob se zdravotním postižením

2.4.1 Mezinárodní organizace zabývající se sportem zdravotně postižených

Organizovaný sport pro sportovce se zdravotním postižením je obecně rozdělen do tří hlavních skupin podle zdravotního postižení: neslyšící, osoby s tělesným postižením a osoby s mentálním postižením. Každá skupina má odlišnou historii, organizaci, program soutěží a přístup ke sportu (Wikipedia, 2010).

Formální mezinárodní soutěže ve sportu neslyšících začaly v roce 1924 v Paříži s názvem *Silent Games*, pořádané *Comité International des Sports des Sourds* (dále jen CISS) (The International Committee of Sports for the Deaf /Mezinárodní výbor sportu pro neslyšící). Tyto hry se vyvinuly do moderní *Deafolympiády*, řízené CISS. CISS

udržuje tyto hry pro neslyšící odděleně na základě počtu těchto sportovců, jejich speciálních komunikačních potřeb na hřišti a sociální interakci, která je nezbytnou součástí sportování

http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=cs&sl=en&u=http://en.wikipedia.org/wiki/Disabled_sports&prev=/search%3Fq%3Ddisabled%2Bsport%26hl%3Dcs%26sa%3DG%26prmd%3Dvbi&rurl=translate.google.cz&usg=ALkJrhgzRa993CzeZ-IBbtH8_XmDbg5rsQ - cite_note-0(International Committee of Sports for the Deaf - News, 2010).

Organizovaný sport pro osoby s tělesným postižením se vyvinul díky rehabilitačním programům. Po druhé světové válce, v reakci na potřeby velkého počtu zraněných veteránů a civilistů, byl sport zaveden jako klíčová součást rehabilitace (Official Website of the Paralympic Movement, 2010).

V roce 1960 mezinárodní federace válečných veteránů (International War Veterans Federation) založila *Mezinárodní sportovní organizaci pro postižené* (International sport organization for the disabled), která původně měla zastřešovat sportovce s amputacemi, zrakovým postižením a poraněním míchy (Kudláček, 2007, s. 12).

Sportování v rámci rehabilitace přerostlo v rekreační sportování a po té do soutěžní formy. Průkopníkem tohoto přístupu byl sir Ludwig Guttmann ze Stoke Mandeville Hospital v Anglii. V roce 1948, zatímco se v Londýně konaly olympijské hry, on organizoval sportovní soutěž pro sportovce na invalidním vozíku v Stoke Mandeville. To byl počátek Stoke Mandeville her, které se vyvinuly v moderní paralympijské hry. V současné době je paralympijský sport řízen *Mezinárodním olympijským výborem*, ve spojení s celou řadou dalších mezinárodních sportovních organizací (Official Website of the Paralympic Movement, 2010).

V roce 1968 byla založena *Mezinárodní společnost pro cerebrální parézy*, která měla velký vliv na vytvoření *sportovní organizace CP-ISRA*. Tato organizace si klade za úkol přivést ke sportu co nejvíce osob s DMO. Sportovci s centrálními poruchami hybnosti jsou účastníky paralympijských her od roku 1980 (Kudláček, 2007).

Program speciálních olympiád (dále jen SO) pro mentálně postižené založila na sklonku 60. let 20. století v USA paní Eunice Kennedyová - Shriverová, sestra prezidenta Johna F. Kennedyho, když roku 1962 na svém pozemku uspořádala letní tábor pro děti a dospělé s poruchami intelektu, kde vyzkoušeli své schopnosti v různých sportech a

fyzických aktivitách. Uvedla tak v život myšlenku sportování jako prostředku rozvoje osobnosti a integrace lidí s mentálním postižením. První oficiální mezinárodní *Speciální Olympiáda* se konala v červnu roku 1968 a zúčastnilo se jí kolem tisícovky osob s mentální poruchou. Uznání této myšlenky bylo projevováno americkým olympijským výborem, když roku 1971 oficiálně udělil těmto hrám statut Olympiády (Specialolympics, 2010).

Středová (2010) uvádí, že cílem SO je umožnit co největšímu počtu lidí s mentálním postižením pravidelně sportovat a účastnit se sportovních soutěží bez ohledu na absolutní výkonnost. Výkon je v případě SO chápán jinak než je tomu u běžných soutěží a to především individuálně. Sportovci jsou při sportovních soutěžích rozděleni zásadně do skupin podle své výkonnosti a každému z nich se nakonec dostane ocenění a uznání. Vyhrát tak mohou i sportovci s těžkým stupněm mentálního postižení.

Tato pravidelná odborně vedená sportovní aktivita mentálně postižených tvoří vlastní speciální olympijský program a může v současnosti zahrnovat 19 letních (atletika, plavání, gymnastika, badminton, košíková, volejbal, kopaná, házená, kuželky, boccia, vzpírání, jezdeckví, bruslení na kolečkových bruslích, cyklistika, jachting, softball, tenis, stolní tenis, golf) a 5 zimních (sjezdové lyžování, běžecké lyžování, krasobruslení, rychlobruslení, halový hokej) sportů.

Speciální olympijský program je otevřen všem lidem s mentálním postižením, ale má i svá kritéria mezi něž patří věk (nutné je dovršení 8 let), dále pak hodnota IQ (nesmí být vyšší než 80, dolní hranice IQ není určena), což znamená, že do sportovní činnosti mohou a mají být zapojováni i jedinci s těžkým stupněm mentálního postižení. SO hry pak představují vyvrcholení SO programů a mohou být pořádány na různých úrovních - regionální, národní, mezinárodní, evropské a světové. Na všech SO hrách mohou účastníci zažít krásnou atmosféru pohody, radosti a vzájemného porozumění, neboť tyto hry doslova naplňují ono známé Coubertinovo heslo "Není důležité zvítězit, ale zúčastnit se" (Středová, 2010).

V roce 1986 vznikla *Mezinárodní sportovní federace pro osoby s mentálním postižením* (International Sports Federation for Persons with Intellectual Disability) (dále jen INAS-FID), jejímž úkolem byla podpora elitní soutěže pro sportovce s mentálním postižením. Na nějaký čas byli sportovci s mentálním postižením součástí paralympijských her. Po podvodných skandálech na Letních paralympijských hrách

2000 , kde několik účastníků se sportovců s mentálním postižením zdravotní postižení jen předstíralo, vyloučila INAS-FID sportovce s mentálním postižením z paralympijských her. Pracuje se na opětovné integraci těchto sportovců do Paralympijského hnutí (International Sports Federation for People with an Intellectual Disability, 2010).

V roce 2006 vznikly Extremity Games, jež jsou určeny lidem se ztrátou končetin nebo jinou rozdílností končetin s cílem soutěžit v extrémních sportech. College Park Industries, výrobce protetických chodidel, pořádal tuto událost pro umožnění soutěžení sportovců s amputací v tomto stále populárnějším sportovním žánru, známém také jako akční sporty. Tato každoroční akce zahrnuje soutěže v skateboardingu, wakeboardingu (jízda na prkně za člunem), horolezectví, jízdě na horském kole, surfování, moto-x a na kajaku. Různé organizace, jako je Paradox Sports, vznikly na pomoc posílit a inspirovat lidi se zdravotním postižením prostřednictvím vybavení a přivítat je do společnosti extrémních sportovců (Extremity Games, 2010).

Koncem 80. a začátkem 90. let 20. století byly zahájeny práce v rámci několika zemí a organizací za účelem zařazení sportovců se zdravotním postižením do určitého sportovního systému. To zahrnovalo i přidání sportovců se zdravotním postižením do velkých her, jako jsou Olympijské hry a Commonwealth Games a začlenění těchto sportovců do organizací intaktních sportovců (Daignault, 2010).

Od roku 1984 byly součástí olympijských her i soutěže paralympijských sportovců. V rámci Commonwealth Games byli poprvé zdravotně postižení sportovci začlenění do soutěžních sportovních disciplín v roce 1994 (Byl, 2004) a na Commonwealth Games v Manchesteru roku 2002 byli zařazení jako plnoprávní členové národních týmů, čímž se tyto hry staly prvními plně integrujícími mezinárodními sportovními hrami (Commonwealth Games Federation - The Story of The Commonwealth Games, 2010).

Tato politika pokračovala v Melbourne roku 2006 na Commonwealth Games, kdy se kanadský sportovec Chantal Petitclerc stal prvním závodníkem se zdravotním postižením, který nesl vlajku své země na slavnostním zahájení integrujících her (Melbourne2006, 2006).

Z důvodu profilace jednotlivých sportovních organizací a potřeby koordinace jejich činností byl roku 1982 ustanoven *Mezinárodní koordinační výbor* (dále jen ICC – International Coordination Committee). Hlavním posláním tohoto výboru byla

organizace paralympijských her a zastupování výše zmíněných organizací sportovců s postižením při jednáních s Mezinárodním olympijským výborem. V roce 1987 ICC zorganizoval setkání zástupců sportovních organizací pro postižené a po sériích dlouhodobých debat v roce 1989 založil *Mezinárodní paralympijský výbor* (International Paralympic Committee - dále jen IPC). IPC byl ustanoven jako demokratická organizace s cíli, jako je pomoc při přípravě paralympiád, koordinace a supervize regionálních mistrovství a Mistrovství světa, koordinace kalendáře mezinárodních sportovních soutěží, integrace sportovců s postižením do běžných sportovních soutěží, spolupráce s mezinárodním olympijským výborem a podpora vzdělávacích a rehabilitačních programů, výzkumu a propagace (Kudláček, 2007).

V současnosti je tedy IPC přímo zodpovědný za rozhodování a supervizi ve věcech pořadatelských paralympijských her. Existuje také několik sportovních organizací, které fungují jako autonomní ve vztahu k IPC a svoji činnost koordinují s IPC především ve vztahu k participaci daného sportu na paralympiádách. Příkladem mohou být organizace basketbalu na vozíku (IWBF), tenisu na vozíku (IWTF) či volejbalu (WOVD) (Kudláček aj., 2007).

Přehled zahraničních organizací zabývajících se sportem zdravotně postižených najdeme v příloze č. 4.

2.4.2 Organizace sdružující sportovce se zdravotním postižením v České republice

V České republice zastřešuje sport pro osoby s postižením *Unie zdravotně postižených sportovců* (dále jen UZPS, Unie), která vznikla v roce 1993 po rozdělení Československa. Unie má nezastupitelné místo v tuzemském sportu handicapovaných – jejím posláním je nejen všestranná podpora a rozvoj sportu zdravotně postižených, ale podporuje také a podílí se na rozvoji tělesné výchovy a turistiky zdravotně postižených všech věkových kategorií na území České republiky.

UZPS je občanským sdružením, které se řídí stanovami, zaregistrovanými u Ministerstva vnitra ČR. Unii tvoří šest sportovních asociací, federací a svazů, které reprezentují jednotlivé druhy trvalého zdravotního postižení a které jsou buď řádným nebo přidruženým členem Českého paralympijského výboru (dále jen ČPV). Jsou to:

- *Česká asociace tělesně handicapovaných sportovců (ČATHS)*
- *Česká federace Spastic Handicap o. s. (ČFSH)*
- *Český svaz mentálně postižených sportovců o. s. (ČSMPS)*
- *Český svaz neslyšících sportovců (ČSNS)*
- *Český svaz vnitřně postižených sportovců o. s. (ČSVPS)*
- *Český svaz zrakově postižených sportovců o. s. (ČSZPS)*

V rámci kompetencí, předaných sdruženými svazy Unie spolupracuje a jedná jménem všech sdružených svazů se státními institucemi i relevantními nevládními organizacemi. Vzhledem k tomu, že sport handicapovaných je v ČR financován zejména z prostředků státního rozpočtu, klíčovými partnery Unie jsou Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy a Český svaz tělesné výchovy (Unie zdravotně postižených sportovců - Kdo jsme, 2008).

Z iniciativy Mezinárodního paralympijského výboru (IPC), Mezinárodního výboru sportů neslyšících (ICSD) a po dohodě národních svazů zdravotně postižených sportovců byl dne 26. ledna 1994 založen - jako paralelní organizace vůči Českému olympijskému výboru - *Český paralympijský výbor* (dále jen ČPV) .

ČPV prostřednictvím sdružených sportovních svazů podporuje rozvoj sportu zdravotně postižených, a tím také přispívá k jejich společenské integraci, a zajišťuje přípravu handicapovaných sportovců na vrcholné světové soutěže, jako jsou letních i zimních Paralympiády, Deaflympiády a Global Games pro mentálně postižené sportovce.

Svazy sdružené v ČPV jsou členy příslušných mezinárodních federací, Český paralympijský výbor je členem IPC a v České republice plní funkci národního paralympijského výboru. ČPV ve svých aktivitách navazuje na činnost Unie zdravotně postižených sportovců ČR a při zajišťování státní reprezentace úzce spolupracuje s orgány státní správy a případně i dalšími subjekty.

Český paralympijský výbor zastřešuje přibližně 18 tisíc sportovců v pěti sportovních svazech, které jsou řádnými členy.

Řádným členem ČPV není od listopadu 2004 Český svaz tělesně postižených sportovců. Od dubna roku 2005 tělesně postižené sportovce v rámci ČPV reprezentuje Česká

asociace tělesně handicapovaných sportovců (Oficiální stránky Českého paralympijského výboru - ČESKÝ PARALYMPIJSKÝ VÝBOR, 2009).

Zatímco ČPV se zaměřuje na podporu a přípravu českých handicapovaných sportovců na paralympiádách, na deaflympiádách pro sluchově postižené sportovce a na Global Games pro mentálně postižené sportovce, záběr Unie je mnohem širší a zahrnuje i takzvané neparalympijské sporty, jakož i podporu dalších sportovních a tělesných aktivit zdravotně postižených sportovců. Logickou symbiózu Unie a ČPV pak podtrhuje skutečnost, že UZPS respektuje Etický kodex Mezinárodního paralympijského výboru (IPC).

Níže uvádíme jednotlivé sportovní organizace se zaměřením na konkrétní druh postižení.

Český svaz tělesně postižených sportovců (dále jen ČSTPS)

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. Poskytuje širokou nabídku, kvalitních a odborně vedených pohybových aktivit, která k pravidelnému sportování přivede co největší počet tělesně postižených osob a zabezpečuje podmínky pro vrcholový sport a reprezentaci ČR navazující na kvalitní rehabilitačně rekreační úroveň, z níž do náročného vrcholového tréninku sportovci dorůstají (Český svaz tělesně postižených sportovců, 2010).

Česká federace sportovců s centrálními poruchami hybnosti SPASTIC HANDICAP

Česká federace sportovců s centrálními poruchami hybnosti je občanským sdružením pro zájemce o sportovní a tělovýchovnou činnost osob se zdravotním postižením, převážně osob s dětskou mozkovou obrnou. Hlavním posláním je podpora tělovýchovné a rekreační činnosti základních sportovních klubů a tělovýchovných jedno, se zvláštním zájmem o podporu sportu mládeže. Zajišťuje také reprezentaci a spolupracuje s mezinárodní organizací CP-ISRA a IPC (Kurková, 2005).

Český svaz mentálně postižených sportovců (dále jen ČSMPS)

Český svaz mentálně postižených sportovců je občanským sdružením samostatných sportovních oddílů, odborů, klubů a tělovýchovných jednot, případně dalších organizací a jednotlivců, které zajišťuje tělovýchovnou, sportovní a turistickou činnost sociální skupiny mentálně postižených sportovců. Členy svazu jsou především mentálně postižení sportovci, jejich doprovodné osoby - bez rozdílu věku. Za mentálně postižené sportovce jsou pokládány osoby, které na základě pedagogicko-psychologického vyšetření, prokazujícího snížení rozumových schopností, jsou vzdělávány a vychovávány v zařízeních pro mentálně postižené – základní školy praktické, speciální, a se speciálním vzdělávacím programem, praktické škole, odborném učilišti, ústavu sociální péče pro mentálně postižené či v jiném zařízení podobného typu (Český svaz mentálně postižených sportovců - Úvodní strana, 2008).

Český svaz neslyšících sportovců (dále jen ČSNS)

ČSNS sdružuje sportovce se sluchovým postižením, kteří mají sluchovou ztrátu větší než 55 decibel v lepším uchu. Hlavním posláním je podpora tělovýchovné a sportovní činnosti sportovních klubů a tělovýchovných jednot s důrazem na rozvoj sportu a výkonnosti všech věkových kategorií v deaflympijských sportech. Zajišťuje také reprezentaci a spolupracuje s mezinárodní organizací IDC (International Deaflympic Committee), EDSO (European Deaf Sport Organization) a ICSC (International Committee of Silent Chess) (Kurková, 2005).

Český svaz zrakově postižených sportovců (dále jen ČSZPS)

ČSZPS je specifickou sportovní institucí, se zaměřením na sportovní aktivity zrakově postižené populace v české republice. ČSZPS sdružuje tělovýchovné jednoty a sportovní kluby vytvořené pro nevidomé a zrakově postižené, ale i sportovní oddíly nevidomých, které vznikly uvnitř sportovních útvarů pro zdravou veřejnost. Do sportovních aktivit ČSZPS jsou zařazeny i školy I. a II. cyklu pro zrakově postiženou mládež a posluchači vysokých škol (Kurková, 2005).

Český svaz vnitřně postižených sportovců (ČSVPS)

ČSVPS je specifickým občanským sdružením samostatných sportovních oddílů, klubů a tělovýchovných jednot. Sdružuje sportovce s vnitřním postižením, například se srdečně cévním onemocněním, hypertenzí, po mozkových příhodách, s diabetes mellitus, po transplantaci vnitřních orgánů, s plicním onemocněním (astmatici) atd. (Unie zdravotně postižených sportovců - Kdo jsme, 2008)

České hnutí speciálních olympiád (dále jen ČHSO)

ČHSO je dobrovolná, nezávislá a nevýdělečná organizace, registrovaná jako občanské sdružení. Sdružuje jednotlivce a skupiny zapojené do programu speciálních olympiád a další osoby, které se rozhodly podporovat tento program. Posláním Hnutí je rozšiřovat základnu pro pravidelné a odborně vedené cvičení a sportování mentálně postižených a jejich zapojení do programu speciálních olympiád. Toto úsilí je zaměřeno na všechny osoby s mentálním postižením nad 8 let věku bez ohledu na to, kde žijí a jaký je stupeň jejich postižení (Kurz, 2010).

Česká asociace aplikovaných pohybových aktivit (dále jen ČAAPA)

ČAAPA je národní organizací propagující koncept aplikovaných pohybových aktivit v ČR. Jedná se o subjekt sdružující akademické pracovníky i odborníky z praxe, kteří rozvíjejí APA na všech úrovních. Organizace byla založena v roce 2009 a její sídlo je v Olomouci. Při své práci spolupracuje především s Fakultou tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci, Národním institutem dětí a mládeže, Centrem pro zdravotně postižené Zlínského kraje, Fakultou tělesně výchovy a sportu v Praze, Sportovním klubem vozíčkářů Praha (SKV), Střediskem rané péče Olomouc a řadou dalších (Česká asociace aplikovaných pohybových aktivit, 2005).

3 CÍLE A ÚKOLY PRÁCE, HYPOTÉZY

Cílem této práce bylo zjistit množství nabízených pohybových aktivit pro občany se zdravotním postižením žijících v zařízeních sociálních služeb ve Středočeském kraji. Výzkumný záměr sledoval dostupnost, osobní zkušenost a objektivní četnost volnočasových pohybových aktivit cílové skupiny.

Dalším cílem našeho výzkumu bylo také zvýšit informovanost jedinců se zdravotním postižením o možnostech využití zájmových a volnočasových pohybových aktivit.

Bylo stanoveno pořadí jednotlivých kroků, které vedly k úspěšnému dokončení stanovených cílů.

- 1) Vyhledání a studium odborné literatury a jiných zdrojů s danou problematikou (definování osob se zdravotním postižením, specifika některých zdravotních postižení, informace o dostupnosti zařízení sociálních služeb, práva osob se zdravotním postižením, potřeba pohybových aktivit – důvody sportování, nabídka dostupných pohybových aktivit).
- 2) Stanovení cílů, úkolů a hypotéz diplomové práce.
- 3) Žádost o vyjádření etické komise Univerzity Karlovy, Fakulty tělesné výchovy a sportu.
- 4) Naplánování harmonogramu a pracovního postupu diplomové práce.
- 5) Vytvoření nestandardizovaného dotazníku a promyšlení způsobu, jak získat co nejpřesnější informace od osob se zdravotním postižením
- 6) Zkušební pilotáž na vzorku známých osob - dobrovolníků se zdravotním postižením využívajících služeb Dětského centra Paprsek.
- 7) Výběr zařízení sociálních služeb ve Středočeském kraji, která nabízejí týdenní a celoroční pobyty pro osoby se zdravotním postižením.

- 8) Telefonické oslovení vedoucích pracovníků vybraných zařízení - domovů ve Středočeském kraji splňujících stanovené podmínky pro zjištění požadovaných dat.
- 9) Předložení informovaného souhlasu a osobní dohoda s vedením jednotlivých zařízení k participaci na výzkumu.
- 10) Výzkum dvou skupin respondentů (řízený rozhovor s obyvateli zařízení s vyplněním dotazníku a osobní rozhovor s vedoucím zařízení) . Vysvětlení důvodu a získání souhlasu k vyplnění dotazníků.
- 11) Analýza a zpracování dat z dotazníků.
- 12) Vyhodnocení zjištěných dat.

Před zahájením výzkumu jsme s ohledem na naše zkušenosti a po prostudování odborné literatury stanovili tyto hypotézy:

- 1) Předpokládáme, že minimálně 80 % všech dotazovaných respondentů provádí pohybové aktivity na úrovni kondiční, rekreační nebo vrcholové.
- 2) Předpokládáme, že více sportují muži než ženy.
- 3) Předpokládáme, že všechna sledovaná zařízení mají alespoň 3 prostory určené k pohybovým aktivitám.
- 4) Předpokládáme, že minimálně 60 % respondentů by rádo nově vyzkoušelo některou z pohybových aktivit uvedených v dotazníku.

4 METODIKA PRÁCE

4.1 Popis výzkumného souboru

Středočeský kraj zaujímá třetí místo v počtu zařízení poskytujících sociální služby, jejichž zřizovatelem je kraj. Celkem je ve Středočeském kraji 69 příspěvkových organizací – poskytovatelů sociálních služeb. Telefonicky bylo osloveno 16 zařízení sociálních služeb, která splňovala naše podmínky výběru: Respondenty měly být osoby se zdravotním postižením, které využívají celoročních nebo týdenních služeb zařízení sociálních služeb, jak znázorňuje Tabulka č. 2 v kapitole 5.1. Vzhledem k časové náročnosti bylo pro náš výzkum vybráno pět zařízení. Během telefonického rozhovoru s vedoucím pracovníkem byla také konzultována vhodnost výzkumu v jejich zařízení. Zařízení sociálních služeb, která splnila naše podmínky výběru, souhlasila s participací na výzkumu. Jednalo se o tyto poskytovatele: Vyšší Hrádek, poskytovatel sociálních služeb; Domov Mladá, poskytovatel sociálních služeb; Domov Laguna Psáry, poskytovatel sociálních služeb; Domov Svatý Jan, poskytovatel sociálních služeb a Centrum U Bartoloměje, poskytovatel sociálních služeb. Všechna zařízení sociálních služeb byla demograficky dostupná v dosahu do 100 km od Prahy.

V těchto zařízeních bylo dotazováno celkem 40 osob. Jednalo se o 20 žen a 20 mužů (viz Tabulka č. 1 v kapitole 5.1), jejichž věk se pohyboval v rozmezí 18–40 let. Průměrný věk činil 31,4 let.

Z hlediska hodnocení úrovně mentální retardace se jednalo o osoby s lehkou mentální retardací. Aby data byla porovnatelná i z hlediska demografického, všechna zařízení byla záměrně vybrána ze Středočeského kraje. V době výzkumu žilo 26 účastníků ve městě a 14 účastníků na venkově. Dopravní obslužnost byla složitá pro jedno zařízení sociálních služeb, tedy pro šest respondentů.

Během výzkumu jsme si všimli, že v oslovených zařízeních bylo také několik dalších respondentů, kteří by zřejmě uvítali potřebnou speciální pomoc při sportu, tak aby se

mohli více zapojit do společného sportování s ostatními spolubydlicími. Jednalo se většinou o osoby s těžším postižením, které bohužel nebyli do našeho výzkumu zařazené z důvodu nesplnění podmínek pro porozumění otázek našeho dotazníku. I když byl řízený rozhovor při našem výzkumu veden velmi individuálně, výzkum pro skupinu osob s těžkým zdravotním postižením by vyžadoval specifický přístup.

V každém zařízení byl také veden s vedoucím pracovníkem (ředitelem nebo zástupcem ředitele) rozhovor týkající se pohybových aktivit obyvatel zde žijících.

4.1.1 Charakteristika jednotlivých poskytovatelů sociálních služeb – domovů

Pro lepší informovanost o našem výzkumném souboru uvádíme popis jednotlivých zařízení sociálních služeb, která tvořila základ našeho výzkumu. Informace k samotnému popisu byly čerpané ze zdrojů dostupných na internetu, z informací z brožur, které zařízení vydávají a v neposlední řadě i z informací získaných při rozhovorech s vedoucími zařízení a jednotlivými respondenty.

4.1.1.1 Vyšší Hrádek, poskytovatel sociálních služeb

Nabídka služeb

Vyšší Hrádek je zařízením poskytujícím celoroční, týdenní či denní sociální služby lidem se zdravotním postižením, kteří nemohou žít trvale, nebo samostatně ve vlastní rodině. Vhodnou formou podpory usiluje o jejich začlenění do běžného způsobu života ve společnosti. Své služby zařízení poskytuje převážně v Brandýse nad Labem – Staré Boleslavi a okolí.

Poslání, cíle

Posláním tohoto zařízení je umožňovat, podporovat, nabízet, měnit a zkvalitňovat své služby ve prospěch svých klientů. Nabízí lidem využívajícím sociální služby možnost

ŽÍT svůj život - umožňuje jim rozhodovat o sobě, díky podpoře svá rozhodnutí realizovat a nést za ně odpovědnost.

Cílová skupina

Cílovou skupinou jsou dospělí lidé, kteří potřebují určitou míru podpory, aby mohli žít samostatně, uplatňovat svá práva a nést odpovědnost za svůj život (Vyšší Hrádek - poskytovatel sociálních služeb, Brandýs nad Labem, 2010).

Vybavení pro pohybové aktivity/zázemí

Snahou zařízení je, aby se většina volnočasových aktivit odehrávala mimo domov tak, jak to bývá běžně v rodinách. Například zařízení zprostředkovává pravidelné kurzy jógy, které se konají v prostorách místní základní školy mimo domov. Jedná se o vedené skupinové cvičení s dohledem externí cvičitelky. Součástí zařízení je tělocvična, kde je k dispozici vybavení pro stolní tenis. V této chvíli se tělocvična příliš nevyužívá, avšak v případě zájmu obyvatele je přístup možný. Klienti mají možnost využití relaxační a aktivizační místnosti. Místnost je rozdělena na čtyři koutky: relaxační, počítačový, čtenářský a pracovní. K dispozici je také kuchyň a zahrada. Tyto prostory jsou využívány dle individuálních potřeb obyvatel domova. V domově najdeme kromě společenské místnosti (jidelny) také zázemí pro tkaní.

4.1.1.2 Domov Laguna Psáry, poskytovatel sociálních služeb

Nabídka služeb

Domov Laguna Psáry již skoro 45 let nabízí nejen profesionální speciálněpedagogickou péči, výchovu a vzdělávání, ale také normální lidský přístup a podmínky ke spokojenému životu. V současné době poskytuje Domov ve svých dvou areálech celoroční, týdenní a denní služby. Domov je pro své obyvatele atraktivní nejen krásnou přírodou, která ho obklopuje, ale i vybavením nových moderních areálů.

Součástí zařízení je také Základní škola speciální Psáry, která je zařazena v síti škol a slouží celému jílovskému regionu.

Poslání, cíle

Cílem zařízení je, aby zaměstnanci v Psárech vytvořili klidné domácí prostředí, ve kterém budou svým klientům nabízet širokou škálu zajímavých aktivit. Snaží se jim pomáhat najít co nejschůdnější a nejpřirozenější cestu životem. O naplňování cílů zařízení se stará 78 zaměstnanců - speciální pedagogové, terapeuti pro pracovní a pohybovou výchovu, arteterapii, muzikoterapii, logoped, vychovatelé, zdravotničtí a rehabilitační pracovníci.

Cílová skupina

Domov své služby nabízí klientům (dětem, mládeži i dospělým lidem) s různou mírou a závažností zdravotního postižení. Věková hranice je stanovena od tří let až do dospělosti. Kapacita domova je ve dvou sousedících areálech 107 klientů.

Vybavení pro pohybové aktivity/zázemí

Součástí školy jsou učebny muzikoterapie, arteterapie a cvičná kuchyň. V suterénu jsou pak chráněné dílny – keramická a textilní.

Architektonicky je velice pěkně vyřešena prostorná tělocvična a přibližně 15metrový relaxačně-rehabilitační bazén, který má sloužit zejména rehabilitaci a sportovnímu využití klientů. Tělocvična je využívána nejen ke sportovním aktivitám, ale i jako místo k setkávání na kulturních akcích a diskotékách. V blízkosti tělocvičny jsou prostory pro rehabilitaci.

V rámci ubytování mohou klienti využívat velkou místnost pro společné posezení s televizí. Součástí je rovněž malé kadeřnictví a místnost pro přeprání, usušení a vyžehlení drobného prádla. V areálu je také klubovna - místnost pro konání malých kulturních akcí a pro volnočasové aktivity. Všechny objekty jsou plně bezbariérové.

Obyvatelé mohou také využít prostory pro klubové posezení včetně občerstvení, které slouží klientům i příchozím (Ústav sociální péče Laguna Psáry, 2010).

4.1.1.3 Domov Svatý Jan, poskytovatel sociálních služeb

Nabídka služeb

Domov Svatý Jan poskytuje tyto sociální služby: domov pro osoby se zdravotním postižením, podpora samostatného bydlení a odlehčovací služby. Klienti využívají služeb zařízení ve formě ročního pobytu.

Poslání, cíle

Sociálních služby tohoto domova spočívají v dlouhodobé podpoře, pomoci a péči uživatelům s cílem naplňovat jejich individuální zájmy, potřeby a přání tak, aby žili co možná nejběžnějším způsobem života. Snahou všech zaměstnanců domova je, aby každodenní život klientů co nejvíce odpovídal běžnému životu spoluobčanů žijících v okolí.

Cílová skupina

Služby Domova Svatý Jan jsou určeny mládeži a dospělým osobám s mentálním postižením a osobám s mentálním postižením v kombinaci s postižením tělesným nebo smyslovým, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Vybavení pro pohybové aktivity/zázemí

Domov se potýká s bariérovostí ubytovaných klientů, neboť v přízemí hlavní budovy se nachází technické zázemí domova, kuchyň a prádelna. Dostupnost k bydlení v patře pro osoby méně mobilní je řešena výtahem.

V obci Svatý Jan není ideální pokrytí sítě veřejné dopravy, a proto je doprava obyvatel domova zajišťována třemi automobily typu tranzit.

Ke sportu je možno využít travnaté plochy, obecního fotbalového hřiště, multifunkční tělocvičny a posilovny. Ve výbavě zařízení je dostatečné množství kvalitních kol (silničních, horských a lopedů) (Domov Svatý Jan, 2005).

4.1.1.4 Centrum u Bartoloměje, poskytovatel sociálních služeb

Nabídka služeb

Centrum u Bartoloměje, poskytovatel sociálních služeb nabízí ubytování ve 14 jedno- až čtyřlůžkových pokojích. Přestože je v každém pokoji vybavení centra, každá místnost je osobitá. Osobní věci si klienti mohou zamknout do nočního stolku a pokoj si dotvořit osobními věcmi.

Dále zařízení nabízí služby vzdělávací a výchovné. Vzdělávání klientů zajišťují pedagogové dle individuálních plánů ve třídě v budově zařízení; popřípadě klient dojíždí přímo do Speciální školy Kutná Hora.

O zdravotní stav klientů pečují diplomované zdravotní a rehabilitační sestry. Výchovnou činnost v Centru U Bartoloměje zajišťuje sedm vychovatelů, kteří s klienty pracují dle individuálních plánů.

Poslání, cíle

Zaměstnanci Bartolomějského Centra se, kromě základních výše zmíněných služeb, snaží nabízet svým klientům aktivity pro využití jejich volného času. Daří se spolupráce se sousedícím zařízením sociálních služeb Barbora. Klienti z obou zařízení se vzájemně navštěvují a pořádají společné aktivity. Obyvatelé se účastní sportovních her pořádaných jinými zařízeními.

Cílová skupina

Cílovou skupinou Centra U Bartoloměje jsou především osoby s mentálním postižením. Věková hranice klientů se pohybuje ve dvou stupních. V prvním stupni se jedná o

skupinu mladých dospělých ve věkovém rozmezí 19-26 let. Druhá skupina dospělých je tvořena osobami ve věku od 27 do 64 let.

Vybavení pro pohybové aktivity/zázemí

Centrum spolupracuje s organizací Dítě a kůň, která pro zařízení zajišťuje hipoterapii. V prostorách budovy na Masarykově ulici je vybudováno muzikoterapeutické centrum. Dále je využívána útulná keramická dílna a stolní tkalcovský stav. Centrum také spolupracuje s Oblastní charitou Kutná Hora, kam klienti dojíždí na ergoterapii.

Centrum pro své klienty pořádá několikrát do roka ve společenské místnosti karnevaly s maskami, diskotéky a besídky (ÚSP U Bartoloměje - nabídka služeb, 2005 - 2009).

Multifunkční tělocvična „kaple“ slouží kromě společných sportovních aktivit (florbal, stolní tenis, basketbal) také jako ideální prostor pro dramaterapii a muzikoterapii. V těchto prostorách se také nachází cvičebna a posilovna. V létě klienti mohou využívat venkovní bazén s ohřevem vody. Zahrada nabízí příležitost k pohybu na travnaté ploše.

4.1.1.5 Domov Mladá, poskytovatel sociálních služeb

Nabídka služeb

Domov Mladá v Milovicích poskytuje sociální služby, které podporují samostatnost a soběstačnost lidem s postižením, nebo jejich rodinám, převážně v regionech Nymburk, Mělník, Mladá Boleslav, Praha – Východ.

Domov nabízí služby denního stacionáře s kapacitou pět míst a možnost celoročního pobytu s kapacitou do 65 míst. Poskytované služby jsou na základě zpracovaných individuálních plánů zaměřeny na výchovnou, zdravotní, rehabilitační, vzdělávací terapii. U mládeže a dospělých je podporováno i pracovní zařazení dle jejich schopností a zájmu.

Poslání, cíle

Domov Mladá, poskytovatel sociálních služeb respektuje a posiluje naplňování práv svých klientů. Služby jsou poskytovány na principu partnerství, podle individuálních

potřeb a s umožněním začlenění uživatelů do běžné společnosti, či co nejvíce přiblížit jejich životní styl běžnému životu vrstevníků

Cílová skupina

Obyvateli domova jsou osoby s mentálním postižením v kombinaci s jiným postižením (tělesným, smyslovým). Domov je určen mobilním i imobilním klientům od tří let věku až po dospělé, pokud možno bez psychiatrické diagnózy a denní lékařské péče.

Vybavení pro pohybové aktivity/zázemí

Součástí budovy je malá tělocvična, cvičebna, venkovní zastřešený bazén a dvě dílny (keramická a textilní). K pravidelným sportovním aktivitám zařízení běžně využívá obecní venkovní sportoviště určené pro atletiku. Existuje také dohoda o dlouhodobém využití velké tělocvičny základní školy, která sídlí v blízkosti.

V zařízení je také k dispozici rehabilitace s místností pro pracovní terapii.

Zařízení je umístěno v prostorné zahradě, kde má svůj prostor skleník, pozemek pro pěstování zeleniny, koza a dva koně pro hipoterapii a hiporehabilitaci.

V rámci domova je zajišťováno i vzdělávání, a to ve třech detašovaných třídách základní a praktické školy Lysá nad Labem, a pravidelná canisterapie (Domov - Mladá, 2008).

4.2 Použité metody

Data pro tuto diplomovou práci byla získána od dvou skupin respondentů.

První skupinu dotazovaných tvořili obyvatelé zařízení sociálních služeb – domovů. Zvolili jsme formu řízeného rozhovoru, při kterém byl s každým respondentem vyplněn nestandardizovaný dotazník. Podmínkou byla schopnost respondentů pochopit a zodpovědět otázky v připraveném dotazníku. V tomto dotazníku byly zastoupeny otázky

otevřené, uzavřené, informativní, alternativní a kontrolní (Pokorný, 1994, s. 51-52) (viz Příloha č. 3). Cílem těchto dotazníků bylo zjistit, jak obyvatelé využívají volný čas, které sporty a druhy pohybových aktivit oslovení respondenti praktikují a zda udržují svou kondici sportem nebo jinými pohybovými aktivitami.

Dotazník se skládal z šesti tematických oddílů:

- 1) Identifikace respondenta
- 2) Provozování pohybové aktivity respondenta
- 3) Znalost vybraných sportů pro osoby se zdravotním postižením
 - vybrané sporty pro osoby s mentálním postižením
 - vybrané sporty pro osoby s tělesným postižením
 - další sporty (zájmové)
 - soutěže
- 4) Provozování volnočasových a terapeutické aktivity respondenta
 - rehabilitační pohybové aktivity
 - volnočasové pohybové aktivity
- 5) Sportovní zázemí domova
- 6) Důvody a příčiny nesportování

Druhou skupinou byl vždy jeden zástupce z vedení zařízení. Ve většině případů se jednalo přímo o ředitele nebo zástupce ředitele domova, s nímž byl veden polostrukturovaný rozhovor. Uskutečněný rozhovor přispěl k dokreslení informací o zařízení i respondentech. Vedoucí zařízení odpovídali na pět předem definovaných otevřených a informativních otázek (Pokorný, 1994, s. 51-52) (viz Příloha č. 8). Cílem tohoto rozhovoru bylo zjistit, jak zařízení funguje, na jakých principech, jaké služby poskytuje a také jaký je vztah mezi poptávkou sportu a pohybových aktivit klientů a reálnými možnostmi zařízení.

4.2.1 Úvodní pilotáž

Před zahájením samotného výzkumu byla provedena pilotáž na osmi respondentech v Dětském centru Paprsek v Praze, kteří se při jakékoliv nejasnosti a nesrozumitelnosti otázek sami k těmto nejasnostem ihned vyjadřovali. Tato data nebyla zařazena do výsledků práce. Data z pilotáže a rozhovor sloužily pouze pro získání správných formulací do dotazníku a vytvořily nám představu, jakou formu otázek a dotazování budeme ve výzkumu využívat.

4.3 Sběr dat

Sběr dat probíhal v následujícím harmonogramu:

Informační příprava, příprava dotazníku, stanovení metod	leden, únor 2010
Úvodní pilotáž.....	březen 2010
Výzkum v zařízeních sociálních služeb	duben, květen 2010
Zpracování výsledků	červen 2010

Osloveni byli obyvatelé a vedoucí zařízení pěti domovů ve Středočeském kraji (viz kapitola 4.1). Jednalo se o tato zařízení: Vyšší Hrádek, poskytovatel sociálních služeb s počtem 9 respondentů; Domov Mladá, poskytovatel sociálních služeb s počtem 9 respondentů; Domov Laguna Psáry, poskytovatel sociálních služeb s počtem 8 respondentů; Domov Svatý Jan, poskytovatel sociálních služeb s počtem 6 respondentů a Centrum U Bartoloměje, poskytovatel sociálních služeb s počtem 8 respondentů.

Po příchodu do zařízení jsme náš výzkum zahájili úvodním představením a přivítáním většinou s ředitelem zařízení. Tento seznamovací akt byl důležitý nejen pro získání potřebných dat, ale také pro navázání bližšího kontaktu s tímto zařízením. Poté jsme požádali o krátkou prohlídku areálu. Zejména těch prostor, které souvisí s tématem naší práce. Domluvili jsme se na pravidlech, která se v zařízení dodržují, aby byl chod zařízení dotazováním co nejméně narušen.

Při osobním dotazování respondenta byly využity tyto jednotlivé fáze, jak popisuje Pokorný (1994). Jednalo se o fáze navázání kontaktu (představení, monitorování), vytvoření vhodné atmosféry (senzitivita, empatie, flexibilita), vlastní rozhovor, při kterém byl vyplněn nestandardizovaný dotazník a ukončení rozhovoru. Vždy jsme se

setkali s obrovským zájmem respondentů o účast na dotazování, ale také s chutí dotazovaných povídat a hovořit o jejich volném času a úspěchu v různých pohybových aktivitách. Vyplnění dotazníku mělo různou časovou délku, dle individuálních možností klientů. Často chtěl respondent podrobněji sdělit své poznatky. Důležité bylo nespěchat a dopřát oslovenému dostatek času na rozhovor tak, aby pro něj množství požadovaných informací nebylo únavné. Díky řízenému rozhovoru se nám vždy podařilo vrátit se k tématu a vyplnit dotazník až do konce. Přibližná doba vyplnění dotazníku se u jednoho respondenta pohybovala od 20 do 30 minut. Vzhledem k chuti, se kterou zúčastnění informace sdělovali, byla jejich soustředěnost vysoká. Tomuto faktu přispělo i prostředí, ve kterém jsme řízený rozhovor vedli. Rozhovory se většinou odehrávaly v klidném prostředí společenských místností (obývacích pokojích, jídelnách, pokojích, chodbách...). V několika případech jsme některým odpovědím neporozuměli, v těchto případech často pomohlo pantomimické znázornění dané aktivity. Výhodou byla také občasná přítomnost místních pracovníků, kteří některé otázky pomohli vysvětlit. Po ukončení rozhovoru byl každý respondent odměněn za investovaný čas müsli tyčinkou.

V druhé fázi výzkumu jsme využili informací přímo od vedoucího pracovníka zařízení, s nímž byl veden polostrukturovaný rozhovor s předem definovanými otázkami. Během tohoto rozhovoru jsme si vzájemně sdělili poznatky o pohybových aktivitách osob se zdravotním postižením.

Cílem našeho společného setkání nebylo jen vyplnit dotazník, ale vytvořit také příjemnou atmosféru, navázat komunikační vztah a v neposlední řadě vyslechnout obyvatele a obohatit den naší přítomností.

4.4 Analýza dat

Analýza dat byla poslední etapou našeho výzkumu. Při této etapě jsme vycházeli z odpovědí zaznamenaných v dotaznících. V počáteční fázi proběhla sumace výsledků a rozdělení dat podle výzkumných souvislostí. Poté došlo k porovnání jednotlivých dat. Bylo možné porovnávat souvislosti mezi jednotlivými zařízeními, dále jednotlivé skupiny (ženy/muži). Důležitou částí analýzy dat také bylo nalézt odpovědi na vznesené hypotézy.

Všechna analyzovaná data byla slovně vyhodnocena. Pro přehlednost výstupní informace byla také schematicky zaznamenána do grafů a tabulek.

5 VÝSLEDKY

Výsledky jsou prezentovány pomocí slovního hodnocení. Pro větší názornost jsou výsledná data také znázorněna v tabulkách a grafech.

Pro přehlednost a snadnější orientaci v tabulkách a grafech jsme každé zařízení označili písmenem:

A) Centrum U Bartoloměje, poskytovatel sociálních služeb.

B) Domov Laguna Psáry, poskytovatel sociálních služeb

C) Domov Svatý Jan, poskytovatel sociálních služeb

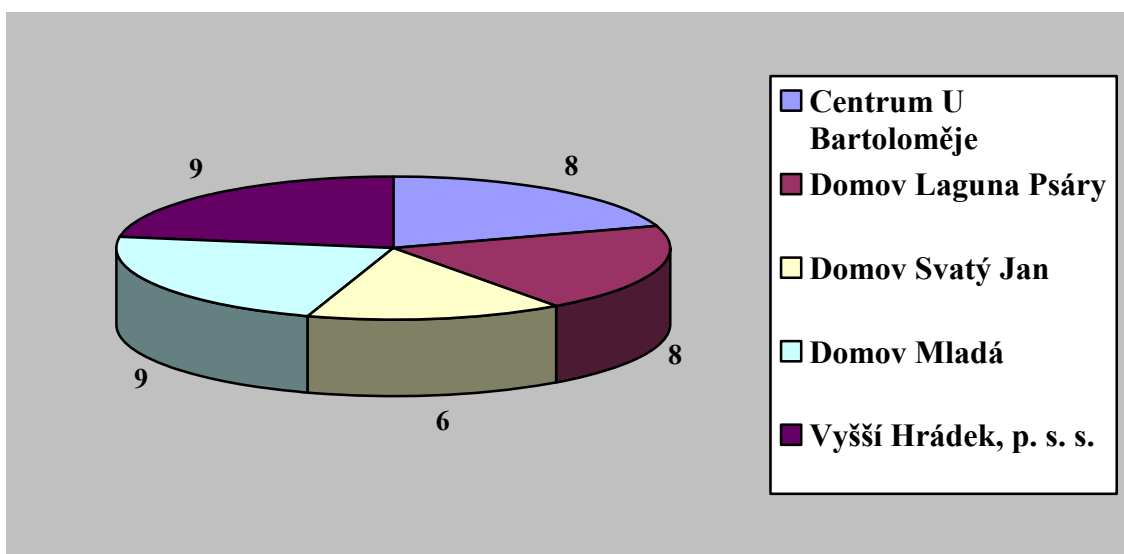
D) Domov Mladá, poskytovatel sociálních služeb

E) Vyšší Hrádek, poskytovatel sociálních služeb

5.1 Rozdělení výzkumného souboru do jednotlivých skupin

Dotazováno bylo celkem 40 obyvatel zařízení sociálních služeb. Průměrný věk všech respondentů činil 31,4 let. Výzkumný soubor jsme rozdělili do jednotlivých skupin podle zařízení, v nichž respondenti žijí (viz graf č. 1.). Dále byl výzkumný soubor rozdělen dle pohlaví a pracovního zařazení (pracuje/nezaměstnaný/student).

Graf č. 1: Počet respondentů podle umístění v zařízení sociálních služeb



Informace o rozdělení souboru podle pohlaví, průměrného věku a doby pobytu v zařízení sociálních služeb prezentuje tabulka č. 1. Tato skupina byla s ohledem na pohlaví velmi vyrovnaná. Výzkumu se zúčastnilo 20 mužů a 20 žen.

Tabulka č. 1: Identifikace respondentů podle pohlaví, věku a délky pobytu v zařízení

	Počet Celkem	Ženy	Muži	Ø věk (roky)	Ø délka pobytu (roky)
A) Centrum U Bartoloměje	8	5	3	30	12,1
B) Domov Laguna Psáry	8	2	6	31	9,8
C) Domov Svatý Jan	6	2	4	28	2,6
D) Domov Mladá	9	4	5	33	11,1
E) Vyšší Hrádek, p. s. s.	9	7	2	35	12,7

Celkem	40	20	20	31,4	9,7
---------------	-----------	-----------	-----------	-------------	------------

V tabulce č. 2 nalezneme informace o identifikaci respondentů podle studia a zaměstnání. Ze 40 respondentů tři studují, 19 navštěvuje pravidelně zaměstnání a zbývajících 18 dotazovaných je řazeno mezi nezaměstnané.

Tabulka č. 2: Identifikace respondentů podle studia, zaměstnání a druhu pobytu

	Student	Pracující	Nezaměstnaný	Pobyt - týdenní	Pobyt - roční
A) Centrum U Bartoloměje	2	3	3	8	0
B) Domov Laguna Psáry	0	4	4	0	8
C) Domov Svatý Jan	0	2	4	0	6
D) Domov Mladá	1	4	4	0	9
E) Vyšší Hrádek, p. s. s.	0	6	3	0	9
Celkem	3	19	18	8	32

5.2 Výsledky první fáze dotazníkového šetření

Dotazník se skládal z šesti tematických oddílů. První oddíl se tematicky dotýkal identifikace výzkumného souboru (viz kapitola 5.1). Dalšími tematickými oddíly, které se objevily v dotazníku, byly provozované pohybové aktivity respondenta, jeho povědomí o vybraných sportech pro osoby se zdravotním postižením, provozování volnočasových a terapeutických aktivit, sportovní zázemí domova a důvody a příčiny nesportování. Všechny oddíly postupně vyhodnotíme.

5.2.1 Pohybové aktivity respondenta

Cílem otázek v tematickém oddílu pohybových aktivit respondenta bylo zjistit, zda jedinci se zdravotním postižením sportují a pokud ano, tak na jaké úrovni a zda se účastní sportu se skupinou nebo sportují samostatně. Zjistili jsme, že 72,5 % ze všech respondentů sportuje na úrovni kondiční, rekreační a vrcholové (10 žen a 19 mužů) (viz Tabulka č. 3). Z hlediska zaměstnanosti se jednalo o 12 zaměstnaných, 15 nezaměstnaných sportovců a dva sportující studenty. Tímto se ukazuje (z hlediska % podílu), že zaměstnání má na participaci v aktivitách vliv. Školní povinnosti a nezaměstnanost jsou pro sportování výhodnější, neboť tyto jedinci mají více času. V této souvislosti je třeba zmínit, že někteří dotazovaní, kteří v době šetření nesportovali, měli se sportem zkušenosti v minulosti a nebo využívají jiných pohybových činností, které budou zmíněny později (viz kapitola 5.2.3).

Tabulka č. 3: Pohybová aktivita respondentů a úroveň sportování

	Sportuje	Nesportuje	Kondičně	Rekreačně	Vrcholově
A) Centrum U Bartoloměje	6	2	4	2	0
B) Domov Laguna Psáry	8	0	6	1	1
C) Domov Svatý Jan	5	1	4	1	0
D) Domov Mladá	8	1	5	1	2
E) Vyšší Hrádek, p. s. s.	2	7	1	1	0
Celkem	29	11	20	6	3

Odpovědi obyvatel zařízení sociálních služeb nám naznačují, že tři ze 40 oslovených respondentů hodnotilo svou sportovní úroveň jako vrcholovou. Jde však pouze o subjektivní hodnocení jejich vlastních sportovních výkonů. Jediným kritériem této vrcholové úrovně je potvrzená účast na Paralympijských hrách (1 respondent) nebo na Speciální olympiádě (2 respondenti). Nelze si tedy představit usilovný denní trénink, který bychom předpokládali u vrcholového sportovce. Tato informace spíše potvrzuje fakt, že smyslem takovýchto her (Paralympiáda, Speciální olympiáda), zvláště pro osoby s mentálním nebo kombinovaným postižením, není výkonnostní sportovní zatížení, ale spíše radost ze společenství s lidmi (týmem, soupeři, organizátory), prožívání nových zážitků při navštívení známých i neznámých míst. Při vyplňování

dotazníku bylo patrné, že účast ve vyšších soutěžích a olympiádách vysoce zvedá osobní sebevědomí a osobní prestiž. Rádi své zážitky sdělují. A je zajímavé, že sport není ústředním tématem při vyprávění událostí z olympiád. Při vyprávění našich respondentů jsme zaznamenali mnoho informací o atmosféře, ubytování, dopravě, stravování, ale také o samotném výkonu.

Převážná část (70 %) z celkového počtu 29 sportujících respondentů sportuje kondičně (20), rekreačně pouze šest osob (viz Tabulka č. 4). Již jsme vymezovali přesnější představu o vrcholové úrovni sportování našich respondentů. Zbývá ještě zmínit, co si přestavit pod rekreační a kondiční úrovní. Jak již bylo naznačeno, u osob žijících v zařízeních sociálních služeb není sportování prioritně bráno jako zdroj vysokých cílů či medailí. Alespoň z rozhovorů s vedoucími zařízení zazněly informace o tom, že sport a pohybové aktivity jsou podporovány hlavně z důvodu celkového blahodárného vlivu na jejich klienty. Prioritou je udržení či zlepšování zdravotního stavu a dlouhodobé udržení dobré kondice. Je třeba nazírat na skupiny respondentů, kteří se subjektivně řadí ke skupině kondičních sportovců. Většinou se jedná o jedince, kteří sportují skupinově 2-3x do týdne po dvou hodinách. Respondenti, kteří se zařadili do skupiny sportujících na rekreační úrovni a které využívají pohyb k běžným denním činnostem (nákupy, uklízení, vaření, kroužky atd.), ale zároveň také k některým pravidelným sportovním aktivitám s nižším výkonem (kuželky, šipky, minigolf). Většina dotazovaných (20) sportuje kondičně. Tyto informace poukazují na to, že jsou preferovány aktivity, které se pravidelně opakují a kde je větší možnost sociálních kontaktů.

Z tabulky č. 4 je patrné, že pouze tři respondenti potřebují ke sportovní aktivitě speciální pomoc či dopomoc od odborného nebo proškoleného odborného asistenta. Jedná se většinou o zajištění bezpečnosti, která je vždy při sportování na prvním místě a poté o speciální individuální dopomoc podle typu postižení. V oslovených zařízeních bylo také několik respondentů, kteří speciální pomoc při sportu potřebují. Z důvodu nesplnění podmínek při porozumění otázek v dotazníku však nebyli do našeho výzkumu zařazeni. Rozhodně jde ale o nemalou skupinu, se kterou by bylo přínosné pracovat v jiném výzkumu. Téměř všichni z našeho výzkumného souboru praktikují sport v místě zařízení, pouze tři dotazovaní uvedli místo jiné. Častěji se jedná o sport ve skupinové formě. Tři jedinci sportují ve skupině i samostatně (dva z Domova Svatý Jan a jeden muž z domova Laguna Psáry). Hlavním důvodem, proč je sport v 89,7 %

vedený skupinově, jsou personální možnosti zařízení. Z důvodu bezpečnosti je většinou nutná přítomnost některého ze zaměstnanců. Jelikož se jeden zaměstnanec stará vždy o početnou skupinu klientů s různým typem postižení, není dostatek personálu pro individuální aktivity. Právě docházení za aktivitami ven z domova je jedním z hlavních cílů jednoho ze zařízení sociálních služeb (Vyššího Hrádku). Jejich klienti dochází pravidelně na cvičení jógy, ale bohužel z oslovených respondentů jógu praktikují jen dva účastníci. Jeden respondent, využívá pro místo svého sportování prostory jak v zařízení, tak i mimo něj. Jeho oblíbenou disciplínou je běh, pro který využívá městských venkovních prostor.

Tabulka č. 4: Pohybová aktivita respondentů – forma a místo praktikování sportu

	Samostatně	Ve skupině	Vyžaduje pomoc asistenta	V zařízení	Jinde
A) Centrum U Bartoloměje	2	4	0	5	1
B) Domov Laguna Psáry	1	8	0	8	1
C) Domov Svatý Jan	2	5	2	5	0
D) Domov Mladá	0	8	0	8	0
E) Vyšší Hrádek, p. s. s.	0	2	1	0	2
Celkem	5	26	3	26	4

5.2.2 Sporty pro osoby se zdravotním postižením

V rámci tohoto oddílu bylo sledováno, které konkrétní sporty určené osobám se zdravotním postižením respondenti již zkusili, které nyní provozují a které prozatím neprovozovali. Kapitola 5.2.2 je tvořena třemi skupinami sportů. Část *a)* je určena především osobám s mentálním postižením, část *b)* se dotýká hlavně sportovců s tělesným postižením a třetí část *c)* obsahuje ostatní sporty. Jedná se o výběr sportů, které nabízejí některé sportovní organizace v České republice (stejně rozdělení nalezneme i v dotazníku v příloze č. 3. Respondentům jsme však dali možnost odpovídat na všechny otázky bez ohledu na jejich postižení.

a) *Pro výběr sportů pro osoby s mentálním postižením* jsme se inspirovali sportovními aktivitami Českého svazu mentálně postižených sportovců a Speciálních olympiád. V této skupině sportů pro osoby s mentálním postižením je patrný důraz na skupinové sporty, které jsou většinou organizovány v tělocvičně. Důvodem oblíbenosti skupinových sportů je zřejmě možnost kontaktu s osobami, které mají stejné zájmy. Míčové hry jsou také ideální příležitostí pro udržení kondice. Ve výsledcích byly zaznamenávány informace o pravidelném provozování sportů, jako je např. košíková v počtu 17 respondentů, kopaná (16) a florbal (13) (viz tabulka č. 5) V levém a pravém sloupci tabulky jsou informace od všech 40 respondentů, tedy i těch, kteří uvedli, že nesportují. Střední sloupec koresponduje pouze s účastí 29 sportujících respondentů.

Z výsledků je také vidět účast na individuálních sportech, které mohou být provozovány ve skupině. Jedná se například o cyklistiku v počtu 18 účastníků výzkumu, kteří jezdí na kole pravidelně, dále o atletiku (13) a plavání (12). Například skok do dálky praktikuje pouze sedm respondentů. 13 jedinců nikdy skákat do dálky nezkoušelo stejně jako nezkoušelo hod do dálky (13 osob). U těchto atletických disciplín je důležitá motivace a správná příprava. Ještě více zúčastněných uvedlo, že nemají rádi běh. Počet 16 osob, které nepraktikují, je opravdu velký. Zdá se, že vzhledem k vyššímu věku našeho výzkumného vzorku jsou spíše preferovány vycházky (viz kapitola 5.2.3).

Nejfrekventovanějším sportem, který respondenti dříve vyzkoušeli, je plavání. Důvodem je patrně systém komplexního rehabilitačního přístupu, ve kterém většina osob s postižením vyrůstá. Úkolem tohoto přístupu je, aby jedinec se zdravotním postižením dostával co největší podporu pro správný psychomotorický vývoj. Součástí tohoto přístupu je i rehabilitace a plavání. Devět z našich respondentů plavání nepraktikuje, ani z vlastní vůle nezkoušelo. Číslo, kdy z 19 osob, které dříve plavali, nyní plave jen 12, poukazuje na to, že lidé s postižením na některé své rehabilitační činnosti v dospělosti nenavazují. Důvodem může být změna prostředí, odloučení od rodiny nebo fakt, že si mohou o svých volnočasových aktivitách více rozhodovat sami. Z celkového počtu 40 respondentů plave 12 a dříve plavalo 19 osob.

I přesto, že jsme do dotazníku k otázce praktikování tenisu připojili softtenis, tento sport aktivně hraje pouze pět jedinců a vyzkoušelo ho dříve osob šest. Domníváme se, že důvodem takového malého množství pozitivních odpovědí je technická náročnost tenisu. O něco více je provozován stolní tenis. Tento sport je respondentům více dostupný, vzhledem k tomu, že se většinou hraje v místnosti. I přes to stolní tenis hraje

pouze 31 % sportujících. Důvody jsou zřejmě stejné jako u tenisu. Ke stolnímu tenisu je třeba postřeh a zvládnutí alespoň základní techniky hry.

V našem výzkumu byl patrný velký rozdíl mezi praktikováním běžeckého a sjezdového lyžování. Respondenti uvedli, že pět z nich provozuje běžecké lyžování, pouze 6 jedinců praktikovalo tento sport dříve, avšak nikdo z dotazovaných dříve ani nyní neprovozuje sjezdové lyžování. Je možné, že důvodem tohoto faktu je materiální a finanční i odborná náročnost sjezdového lyžování a protor pro lyžování. Výhodou běžkového sjezdování je, že není nutné sportovat na upraveném prostoru. U lyžařských aktivit je důležité nepodceňovat komplexní rehabilitační přípravu na tuto činnost. Dotazovaní jedinci však nejsou ochuzeni o pobyt na sněhu, neboť 82 % respondentů vyzkoušelo jiné zimní sportovní aktivity, jako je bobování či sánkování. Tyto zimní sporty jsou daleko dostupnější a emočně velmi přínosné (viz tabulka č. 7).

Tabulka číslo 5: Praktikování sportů pro osoby s mentálním postižením

	Zkusil / praktikoval dříve						Provozuje nyní						Nezná/nepraktikuje					
	A	B	C	D	E	Celk.	A	B	C	D	E	Celk.	A	B	C	D	E	Celk.
Běh	4	3	1	3	3	14	0	4	3	3	0	10	4	1	2	3	6	16
Skok	4	3	3	4	2	16	0	3	1	3	0	7	5	1	1	1	5	13
Hod	2	3	4	1	4	14	1	4	1	7	0	13	5	1	1	1	5	13
Cyklistika	0	2	0	1	1	4	6	4	4	4	0	18	2	2	2	4	8	18
Florbal	2	2	4	0	0	8	4	3	0	6	0	13	2	3	2	3	9	19
Košiková	2	1	2	0	4	9	0	6	4	7	0	17	6	1	0	2	5	14
Kopaná	2	2	3	0	1	8	2	6	1	7	0	16	4	0	2	2	8	16
Plavání	5	3	5	1	5	19	2	5	0	4	1	12	1	0	1	4	3	9
Stolní tenis	1	4	4	1	3	13	3	4	0	2	0	9	4	0	2	6	6	18
Soft tenis	1	3	2	0	0	6	1	4	0	0	0	5	6	1	4	9	9	29

Lyžování	2	2	1	1	0	6	1	1	1	2	0	5	5	5	4	6	9	29
-běžecké	2	2	1	1	0	6	1	1	1	2	0	5	5	5	4	6	9	29
-sjezdové	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	8	6	9	9	40
Celkem						123						130						263

b) Druhá skupina je tvořena sporty, které jsou inspirovány Českým paralympijským výborem, Českou asociací tělesně handicapovaných sportovců, Českou federací Spastic Handicap, Českým svazem tělesně postižených sportovců a CP-ISRA. Jedná se o *sporty určené především osobám s tělesným a smyslovým postižením*. Na první pohled v tabulce č. 6 je patrné, že z naší výzkumné skupiny nikdo nevyužívá aplikované sporty, jako jsou boccia, curling, goalbal a showdown. Důvodem může být jak různá diagnostika, tak i pestrá nabídka jiných sportů, které nevyžadují tak drahé speciální vybavení. V jednom zařízení jsme získali informaci od vedoucího pracovníka, že v budoucnu plánují rozšířit svou sportovní nabídku pro své klienty o bocciu. Z tabulky č. 6 také vyplývá, že jsou více praktikovány skupinové sporty, jako jsou šipky (provozuje 14 osob), přehazovaná (15 osob) a kuželky (14 osob), oproti sportům individuálním. Například golf a minigolf vyzkoušelo jen 11 respondentů (z 29 sportujících) a pouze jeden jedinec minigolf hraje pravidelně. Důvodem je zřejmě malá příležitost k individuálním sportům z personálních příčin. Golf je také finančně náročný sport a aby mohl hráč na trávník, musí zvládnout poměrně složitou přípravu, což by mohlo tvořit našim respondentům překážku. Minigolf je daleko přístupnější a technicky méně náročný. Individuální sporty praktikují spíše respondenti, kteří jezdí na víkend ke své rodině nebo jsou schopni samostatného pohybu mimo zařízení.

Jednou z velmi dostupných her je přehazovaná. Není technicky příliš náročná a její výhodou je možnost hrát ve smíšených družstvech. Ač 15 uvedlo, že pravidelně přehazovanou praktikuje, 16 jedinců nikdy nezkusilo. Myslíme si, že zde je velký prostor pro oslovení nových sportovců. Důvodem bude zřejmě fakt, že ve dvou zařízeních tento sport nevyužívají.

Překvapivě mnoho respondentů nemá žádnou zkušenost s vodními sporty. Například jízdu na kajaku nezkusil žádný z dotazovaných. 38 jedinců také nikdy nezažilo sjíždění

řeky na kánoji nebo raftu – tzv. vodáctví. Důvodem může být nebezpečí, které voda pro neplavce přináší, finanční a personální zajištění. Dnes je ovšem vybavení (neopreny, vesty, helmy) na velmi dobré úrovni a pod vedením zkušeného vodáckého vedoucího by se osobám se zdravotním postižením otevřel nový obzor sportování. Lepší je zkušenost s bezpečnějšími rekreačními plavidly (šlapadla, pramice), na kterých se již svezlo 12 respondentů.

Díky různým akcím (sportovní hry, tematické hry), jež jsou pořádány zařízeními sociálních služeb, mají respondenti zkušenost s lukostřelbou, kterou již vyzkoušelo 15 z dotazovaných osob. V rámci sportovních dnů klienti také hrají kuželky (14). Naproti tomu závěsný kuželník hraje jen sedm osob, neboť ve třech zařízeních nemají vůbec závěsný kuželník k dispozici.

Oblíbenou zábavou nejen mladých lidí bývá bowling. S ním má zkušenost 10 respondentů, ale nikdo nechodí bowling hrát pravidelně. Zřejmě vzhledem k dostupnosti a finanční náročnosti.

Tabulka č. 6: Praktikování sportů pro osoby s tělesným postižením

	Zkusil / praktikoval dříve						Provozuje nyní						Nezná/nepraktikuje					
	A	B	C	D	E	Celk.	A	B	C	D	E	Celk.	A	B	C	D	E	Celk.
Boccia	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	8	7	6	9	9	39
Curling	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	8	6	9	9	40
Goalbal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	8	6	9	9	40
Golf	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	8	6	9	9	40
Minigolf	1	3	1	4	2	11	0	1	0	0	0	1	7	4	5	5	7	28
Hokej	1	2	2	0	0	5	0	1	0	0	0	1	7	5	4	9	9	34
Kuželky	1	1	4	2	4	12	1	6	2	5	0	14	6	1	0	1	5	13

Bowling	1	3	1	4	1	10	0	0	0	0	0	0	7	5	5	5	8	30
Lukostřelba	1	2	4	6	2	15	0	5	1	1	0	7	7	1	1	2	7	18
Showdown	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	8	6	9	9	40
Střelba	3	2	3	5	1	14	0	1	1	0	0	2	5	5	2	4	8	24
Šachy	1	2	1	1	1	6	1	3	0	2	0	6	6	3	5	6	8	28
Šerm	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	8	6	9	9	41
Šípky	3	0	3	1	3	10	1	5	1	7	0	14	4	3	2	1	6	16
Kanoistika	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	7	8	6	9	9	39
Kajak	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	8	6	9	9	40
Vodáctví	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	8	8	4	9	9	38
Pramice	1	3	1	1	1	7	0	0	1	4	0	5	7	5	4	4	8	28
Volejbal	1	2	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	7	6	6	9	9	37
Přehazovaná	4	1	3	0	1	9	0	6	1	8	0	15	4	1	2	1	8	16
Závěsný kuželník	0	0	5	3	3	11	1	6	0	0	0	7	7	2	1	6	6	22
Celkový součet						117						72						651

Ve skupině c) najdeme sporty, které se nehodí do předchozích dvou skupin a přesto jsme při tvoření dotazníku předpokládali, že jsou to *sporty vhodné pro využití volného času* naší cílové skupiny. Většinou se jedná o sporty *zájmové*. Oproti malému zájmu o lyžování (viz tabulka č. 5) zimu využívá nebo využívalo 82,5 % respondentů k radovánkám na sněhu, což je dáno dostupností. Pouze 17,5 % osob bobování a sáňkování neprovozuje. Zajímavé je, že respondenti v 90 % neznali kriket. (viz tabulka č. 7) Myslíme si, že je tento sport přístupný téměř každému, zvláště, když většina zařízení vlastní zatravněnou plochu. Také je škoda, že obyvatelé zařízení sociálních služeb příliš nehrají korfbal, košandu nebo badminton. Jedná se o velmi

přístupné a finančně nenáročné sporty pro osoby se zdravotním postižením. Do dotazníku dřívější aktivitu korfbal / košanda vyplnily jen čtyři osoby a pouze jediný respondent korfbal / košandu aktivně hraje. Koše pro tento sport nejsou ve výbavě ani jednoho zařízení.

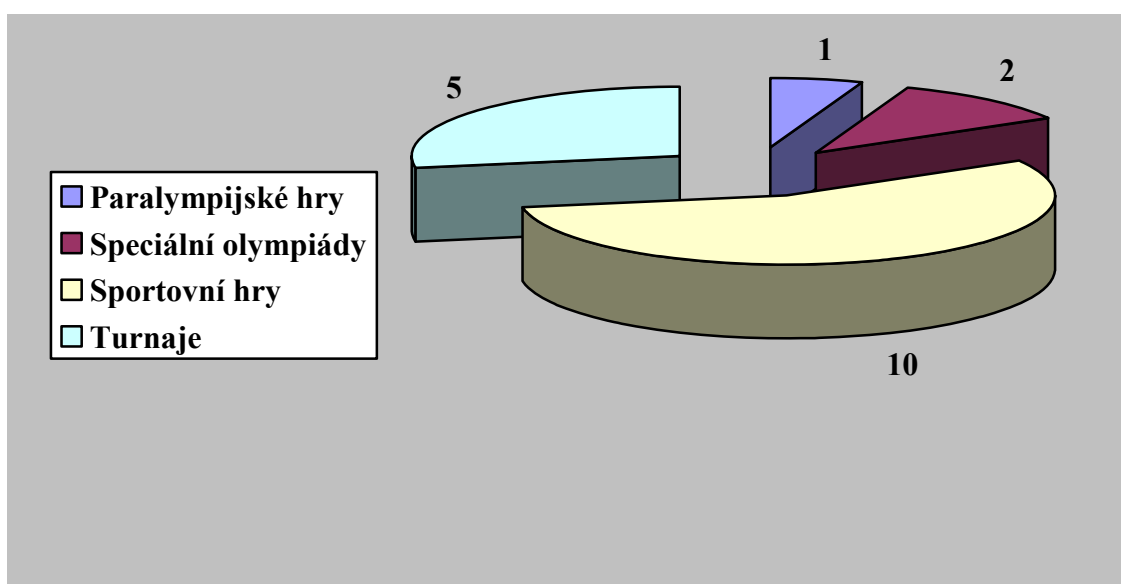
Tabulka č. 7: Další sporty: zájmové

	Zkusil / prakticoval dříve						Provozuje nyní						Nezná/nepraktikuje					
	A	B	C	D	E	Celk.	A	B	C	D	E	Celk.	A	B	C	D	E	Celk.
Badminton	1	3	3	1	0	8	0	2	0	0	0	2	7	3	3	8	9	30
Korfbal / košanda	0	1	2	0	1	4	0	1	0	0	0	1	8	6	4	9	9	36
Kroket	0	0	2	0	3	5	0	1	0	0	0	1	8	7	4	9	6	34
Pétanque	1	1	3	0	2	7	4	3	0	0	0	7	3	4	3	9	7	26
Frisbee / házečí talíř	1	5	3	0	1	10	3	2	0	5	0	10	4	1	3	4	8	20
Zimní sporty (boby)	4	1	3	1	6	15	3	6	2	6	1	18	1	1	1	2	2	7
Celkem						49						39						153

Graf č. 2 znázorňuje sportovní soutěže, kterých se z celkového počtu (29) sportujících alespoň jednou zúčastnilo 18 respondentů. Jedná se o tyto sportovní soutěže:

paralympijské hry, speciální olympiády, sportovní hry a turnaje. Turnaje a sportovní hry organizují většinou samotná zařízení sociálních služeb pro své klienty. Většinou jsou pozvaná další zařízení sociálních služeb. Zbylých 11 jedinců soutěže nepraktikuje. Je patrné, že relativně velký počet respondentů stojí o soutěžení. Převládá však zájem o společenství a zážitek než o maximální výkon sportovce. Domníváme se, že je tento trend správný. Pravidelný sport by měl být pro osoby s postižením radostí a ne povinností a úmornou dřinou. Samozřejmě se i mezi osobami s postižením najdou někteří, pro které je vrcholové sportování velkou výzvou a radostí, ale takové osoby v našem výzkumu nebyly. 15 respondentů, kteří se účastní sportovních her a turnajů, spíše vyhledávají kondiční úroveň sportování. Akce jsou pořádány právě pro zážitek, setkávání a příjemné vyplnění volného času. Je však třeba dodat, že osoby, které se účastní paralympijských her (1 v lehké atletice) a speciálních olympiád (2), mají také mnoho zážitků a velkou radost z účasti na těchto akcích.

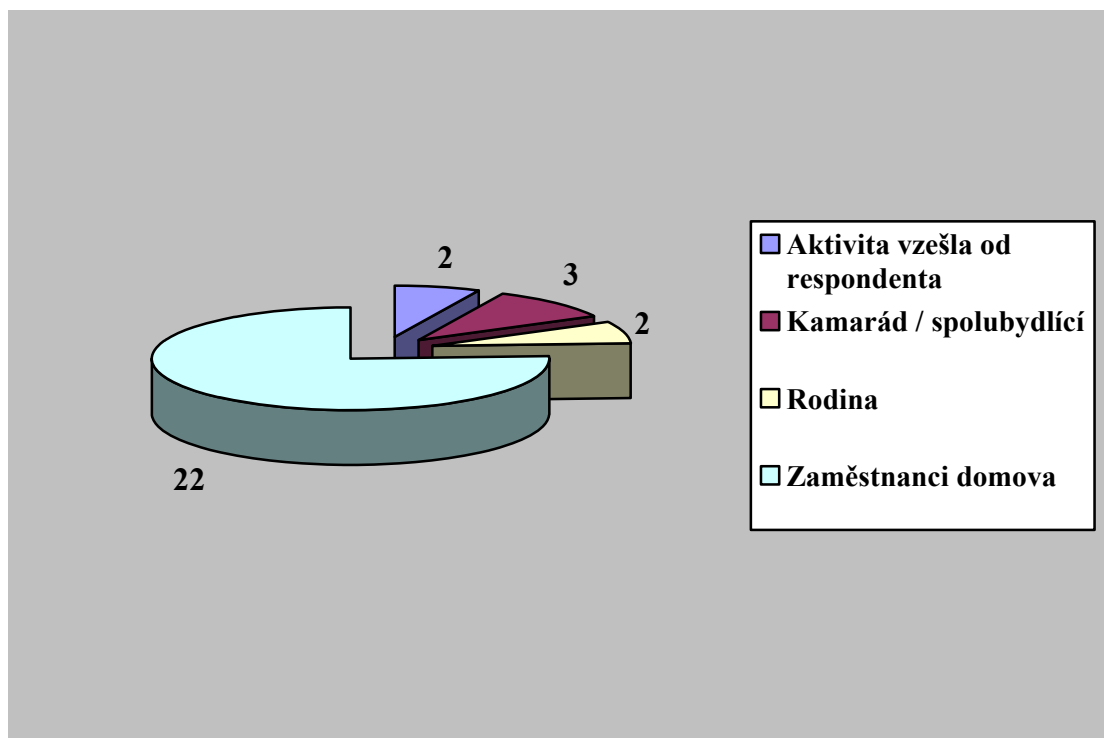
Graf č. 2: Účast respondentů na sportovních soutěžích



Během řízeného výzkumu bylo účastníkům řízeného rozhovoru položeno několik volných otázek. Jedna z nich získávala informace o tom, kdo přivedl respondenta ke zmiňovaným pohybovým aktivitám. Zjištěním byl fakt, že většinu (75,8 %) jedinců k nim přivedli zaměstnanci domova. Tři uchazeči hovořili o kamarádech, kteří je motivovali k započatí některé z aktivit. Smutné je, že motivaci od vlastní rodiny uvedli

pouze dva uchazeči. Také dva respondenti své aktivity vyhledali samostatně. Vše je dobře patrné z grafu č. 3. Z těchto výsledků je zřejmé, že funkci rodiny v životních rozhodnutích a motivaci ke sportu u našich respondentů nahrazuje zařízení, ve kterém žijí. Také se zdá, že může být pobyt v zařízení, oproti rodinám žijící s osobou se zdravotním postižením, v určitých ohledech výhodou. Výhodou beze sporu bývá blízkost početné skupiny lidí, která je zvláště pro skupinové pohybové aktivity důležitá. Oproti životu v běžné rodině je bezesporu další významnou výhodou kvalitní vybavení a přístup do prostor zařízení pro velkou škálu pohybových aktivit. 29 sportujících respondentů, kteří využívají celoročního pobytu, odpovědělo na otázku, kdo je přivedl k pohybovým aktivitám takto: 19 x pracovník zařízení (9 žen a 10 mužů), v němž žijí, dva udali, že si aktivitu vybrali samostatně (2 muži) a dvakrát byl motivačním faktorem kamarád (1 žena a 1 muž), který byl také ze stejného zařízení. Oproti tomuto faktu obyvatelé týdenních služeb uvedli dvakrát rodinu (1 žena, 1 muž), jednou kamaráda (1 muž) a zařízení (3 ženy). Z výsledku je patrné, že druh pobytu má dopad na zastoupení osob, kteří ovlivňují motivaci našich respondentů.

Graf č. 3: Zastoupení osob, které přivedly respondenta k dotazovaným pohybovým aktivitám



5.2.3 Volnočasové a terapeutické aktivity

Podobně jako kapitola 5.2.2, i volnočasové a terapeutické aktivity členíme na dvě části. V části *a)* sledujeme množství a využití umění, rehabilitačních aktivit a dalších terapií našich respondentů. V části *b)* se věnujeme jednotlivě množství a přehledu volnočasových pohybových aktivit.

a) Rehabilitační aktivity, umění a jiné terapie

Zřejmým extrémem v tabulce č. 8 je porovnání počtu respondentů, kteří ve volném čase vyhledávají tanec, a počtu osob (30), které alespoň vyzkoušelo taneční terapii (0). Jde tedy o poměr 75 % ku 0 % v neprospěch taneční terapie. Myslíme si, že zde je velká a zajímavá možnost pro nabídku pohybových aktivit v budoucnu. Hlavní příležitostí pro tanec bývají diskotéky a plesy pořádané jednotlivými zařízeními. Je zajímavé, že z 30 respondentů, kteří tancují, je 18 mužů a 12 žen. Domníváme se, že muži jsou při tanci méně stydliví, a proto ve statistice převládají. Jak vyplynulo z našich rozhovorů, muži také častěji taneční akce pomáhají připravovat.

Méně než polovina respondentů (14) využívá hipoterapii. Stejně velká část (14) ji nezná nebo nepraktikuje. 12 osob uvedlo, že již dříve hipoterapii provozovalo. Jedním z hlavních důvodů, které jim neumožňují tuto terapii provádět, je finanční, personální i materiální vybavení a problémy s dopravou. Dalším důvodem z hlediska respondentů může být i strach ze zvířat, či alergie. Zajímavé je, že oproti hipoterapii využívají canisterapii jen dvě osoby. Pět osob ji v minulosti absolvovalo, ale 33 jedinců o canisterapii neslyšelo nebo ji nepraktikovalo. Důvodem je zřejmě absence této rehabilitační aktivity. Pouze v jednom zařízení canisterapie byla k dispozici, ale byla prioritně určena skupině osob s těžším postižením.

Významnou roli v životě našich respondentů hraje také zpěv. Ve čtyřech zařízeních je přímo organizovaná muzikoterapie, které se účastní 17 dotazovaných osob. Ve volném čase si samostatně zpívá 24 respondentů. Dramaterapii však nabízí pouze dvě zařízení.

V jednom ze zařízení je účast na dramaterapii 100 %. Respondenti uváděli hru na hudební nástroj (12) většinou právě v souvislosti s dramaterapií. Nejvíce jsou využívány bonga, bubínky, Orffovy nástroje. Jeden z aktivních hudebníků hraje na klávesy a dokonce sám skládá hudbu. Zájem o dramaterapii a muzikoterapii je dán osobností, která by měla dokázat klientům nabídnout příjemné kulturní chvíle, nalákat je na společné aktivity. Často je pro účastníky velkou poctou, když mohou své nacvičené vystoupení prezentovat před veřejností formou představení. Při vystupování je však třeba dát důraz na důstojnost herců nebo zpěváků. Musíme mít vždy na paměti, že pracujeme se skupinou dospělých lidí.

Nezanedbatelnou činností je také malování. 25 klientů uvedlo pravidelné praktikování malování s různou frekvencí. 11 respondentů uvádí, že malovalo dříve a pouze čtyři klienti malování nevyužívají. Vzhledem k tomuto zjištění je škoda, že žádné zařízení nenabízí organizovanou arteterapii.

Tabulka č. 8 Rehabilitační aktivity, umění a jiné terapie

	Zkusil / praktikoval dříve						Provozuje nyní						Nezná/nepraktikuje					
	A	B	C	D	E	Celk.	A	B	C	D	E	Celk.	A	B	C	D	E	Celk.
Hipoterapie	1	1	3	1	6	12	6	5	2	1	0	14	1	2	1	7	3	14
Canisterapie	0	1	0	2	2	5	0	2	0	0	0	2	8	5	6	7	7	33
Fyzioterapie	1	0	0	0	0	1	0	8	2	9	0	19	7	0	4	0	9	20
Ergoterapie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	8	6	9	9	40
Lázně	2	0	3	2	2	9	0	6	0	1	0	7	6	2	3	6	7	24
Taneční terapie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	8	6	9	9	40
Tanec ve volném čase	0	2	0	0	1	3	8	5	5	7	5	30	0	1	1	2	3	7
Muzikoterapie	0	2	0	0	0	2	6	2	3	6	0	17	2	4	3	3	9	21

Zpěv ve volném čase	1	2	0	1	3	7	4	2	6	8	4	24	3	4	0	0	2	9
Hra na hudební nástroj	0	0	0	0	0	0	4	0	3	5	0	12	4	8	3	4	9	28
Arteterapie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	8	6	9	9	40
Malování ve vol. čase	1	3	0	4	3	11	6	3	5	5	6	25	1	2	1	0	0	4
Dramaterapie	0	1	2	3	1	7	8	1	0	0	0	9	0	6	4	6	8	24
Celkem						57						159						305

b) Volnočasové pohybové aktivity

Předpokládali jsme, že většina respondentů bude k základnímu udržení své kondice využívat vycházky. Mile nás překvapilo, že opravdu všichni dotazovaní vycházky provozují. 35 klientů denně a pět klientů nejméně třikrát týdně. S touto problematikou souvisí také turistika. 13 respondentů uvedlo, že turistiku nepěstuje většinou z důvodu zdravotních. 25 praktikuje a dva jedinci využívali turistiku dříve (viz tabulka č.9).

100 % respondentů také uvedlo jako svou pravidelnou aktivitu úklid vlastních prostor. Tuto informaci můžeme potvrdit, protože nás při vyplňování dotazníků přátelští respondenti zvali do svých bytů nebo pokojů, kde bylo ve všech případech uklizeno. Na stole však měli pracovní nepořádek od činnosti, kterou zrovna vykonávali (např. rovnání pohlednic, skládání hudby s pomocí elektronických kláves, zapnutý počítač, aj.). Klienti jsou také vedeni k pomoci úklidu o společné prostory (obývací pokoj, kuchyň aj.). 34 respondentů se podílí na společném úklidu a šest respondentů ne. Myslíme si, že důvodem neaktivity těchto šesti osob je nejspíše nezájem o tento druh činnosti.

Všechna zařízení sociálních služeb také nabízejí svým klientům zájmové kroužky (textilní, keramiku, vaření a dílny). Nabídku těchto služeb naši respondenti příliš nevyužívají. Nejmenší zájem je o vaření (3) a největší o textilní (12). Tyto nabídky ručních a domácích prací jsou pro klienty velmi důležité také proto, že je o všechny základní potřeby klientů postaráno. Pokud nechtějí, nemusí si uklízet, vařit, prát ani umývat nádobí. Zařízení se o všechny tyto činnosti stará globálně. Byli jsme potěšeni, že klienti jsou ve všech zařízeních vedeni k udržování pořádku. Bylo to patrné hned při

vstupu do zařízení, kdy jsme během celého našeho dotazování měli příjemný pocit z prostor i svěžího ovzduší. Vedení k těmto aktivitám bývá často základním předpokladem pro budoucí samostatné nebo chráněné bydlení klientů.

Jako všichni lidé i naši respondenti rádi cestují a rekreují se. Potvrdilo nám to 31 respondentů, kteří jezdí na rekreaci minimálně jednou ročně. Jeden z respondentů se nám pochlubil, že má více míst na rekreaci, a tak se rekreuje 5x do roka.

Vzhledem k vyšší věkové skupině respondentů jsme nepředpokládali vysokou účast na letních táborech (1), ale mysleli jsme si, že letními kurzy prošlo více jedinců. 32 osob do dotazníku uvedlo, že nikdy na takovém pobytu nebylo. Předpokládáme, že kdyby všichni oslovení vyrůstali v rodinách, byla by účast na letních táborech vyšší.

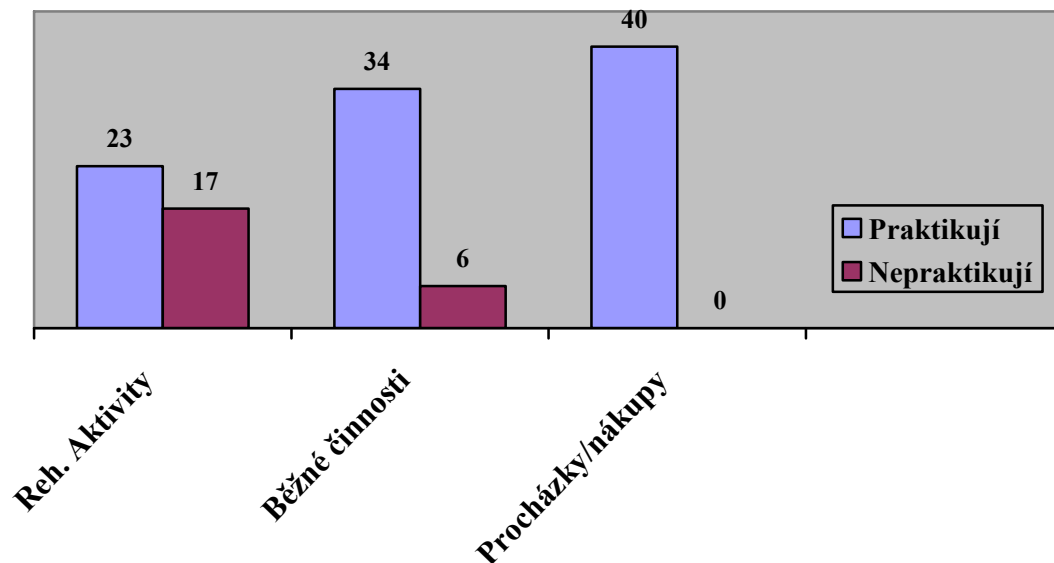
Tabulka č. 9: Volnočasové pohybové aktivity

	Zkusil / praktikoval dříve						Provozuje nyní						Nezná/nepraktikuje					
	A	B	C	D	E	Celk.	A	B	C	D	E	Celk.	A	B	C	D	E	Celk.
Letní tábory	0	0	3	4	0	7	0	0	0	1	0	1	8	8	3	4	9	32
Rekreace	0	0	0	0	0	0	6	7	5	8	5	31	2	1	1	1	4	9
Oddílové aktivity (ymca)	0	0	1	1	3	5	0	1	0	0	0	1	8	7	5	8	6	34
Práce na zahradě / dvoře	0	0	0	0	0	0	7	3	5	8	3	26	1	5	1	1	6	14
Úklid vl. prostor	0	0	0	0	0	0	8	8	6	9	9	40	0	0	0	0	0	0
Úklid spol. prostor	0	0	0	0	0	0	8	8	5	9	4	34	0	0	1	0	5	6
Praní	1	0	1	2	2	6	2	7	1	1	3	14	5	1	4	6	4	20
Žehlení	0	0	1	1	3	5	3	7	2	1	0	13	5	1	3	7	6	22
Vaření	2	0	0	3	3	8	3	6	4	4	2	19	3	2	2	2	4	13
Péče o zvířata	3	3	2	2	0	10	2	4	0	1	0	7	3	1	4	6	9	23
Turistika	0	1	0	0	1	2	6	7	4	8	0	25	2	0	2	1	8	13

Vycházky	0	0	0	0	0	0	8	8	6	9	9	40	0	0	0	0	0	0
Záj. kroužek vaření	0	0	0	0	2	2	0	0	3	0	0	3	8	0	3	9	7	27
Záj. kroužek textil. dílna	0	0	0	0	3	3	2	3	2	3	2	12	6	5	4	6	4	25
Záj. kroužek: keram.	0	0	0	0	0	0	5	4	1	1	0	11	3	4	5	8	9	29
Záj. kroužek: dílna	0	0	1	0	0	1	2	1	1	0	0	4	6	7	4	9	9	35
Celkový součet						49						281						302

Součástí našeho výzkumu byl poznatek, kolik osob žijících v zařízení sociálních služeb využívá pohybu k běžným denním činnostem. Běžnými činnostmi jsou myšleny aktivity jako např. práce na zahradě, úklid, vaření, praní a jiné činnosti, které vykonávají osoby žijící samostatně. 85 % obyvatel domovů tyto každodenní aktivity vykonává. Překvapilo nás však zjištění, že 42,5 % osob se zdravotním postižením žijících v zařízení sociálních služeb nevyhledává rehabilitační péči. Ve třech zařízeních byla rehabilitace poskytovaná službou přímo v zařízení, kterou však využívají jen někteří klienti. Ve dvou případech součástí rehabilitace byla i vodoléčba (perličková koupel, vířivky). Mile nás překvapilo, že 100 % respondentů vyráží na procházky s různými cíli. Nejčastějším cílem bývá udáváno nakupování (viz graf č. 4).

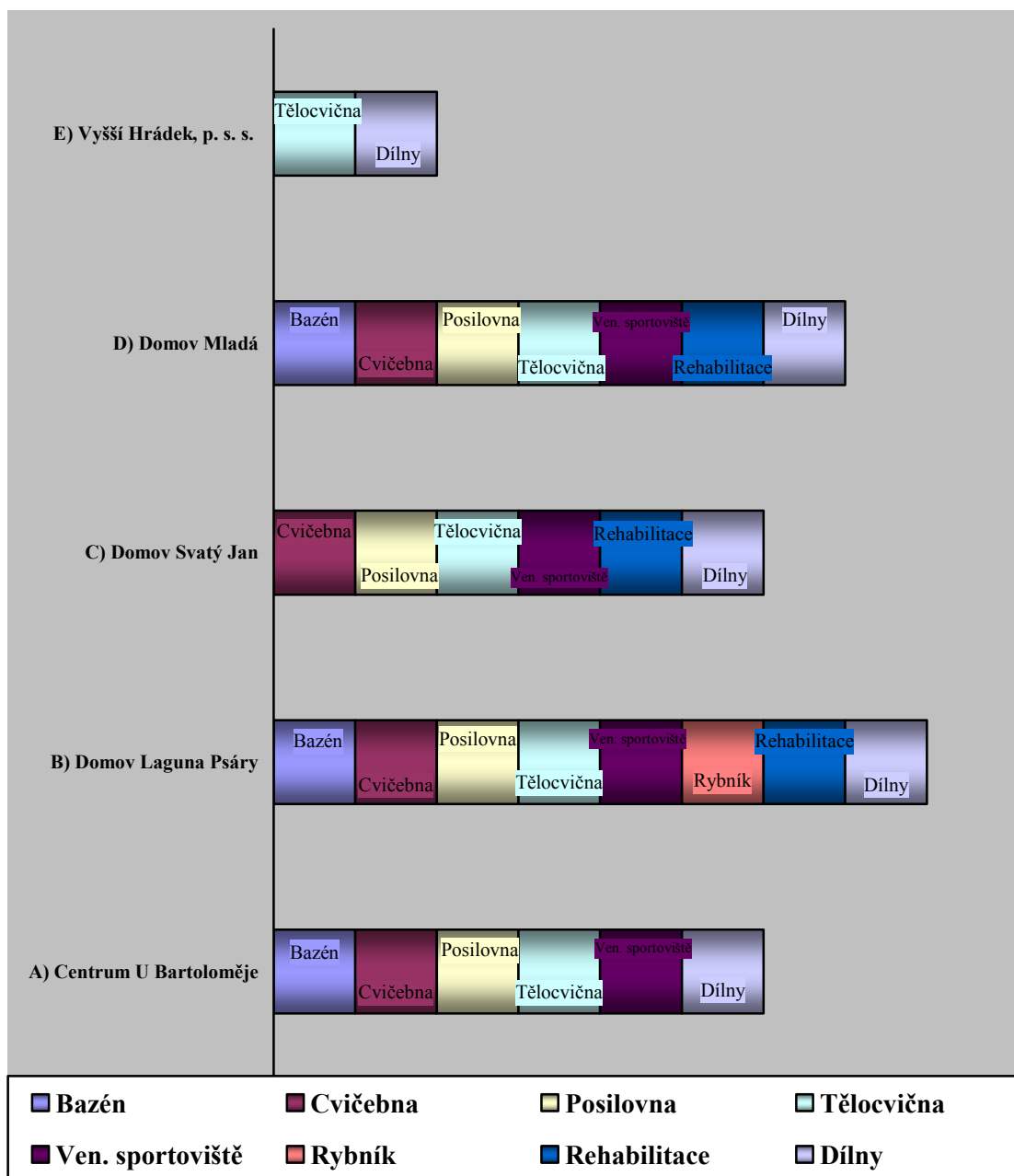
Graf č. 4: Rehabilitační aktivity / běžné činnosti / procházky



5.2.4 Sportovní zázemí domova

V rámci této kapitoly jsme zjišťovali, jaké je zázemí domova pro pohybové aktivity. V grafu č. 5 nalezneme informace o tom, které zařízení vlastní bazén, tělocvičnu, rehabilitaci, cvičebnu, venkovní sportoviště, dílny a posilovnu. Jedno zařízení dokonce má ve svém užívání rybník. Zdá se to jako nezajímavá informace pro náš výzkum, ale během řízeného rozhovoru jsme se dověděli, že je rybník v létě využíván pro rybaření a v zimě, pokud rybník zamrzne, k bruslení na ledu. Čtyři zařízení mají ideální podmínky pro rozvíjení sportu a pohybových aktivit. V grafu č. 5 V jediném zařízení (Vyšší hrádek, poskytovatel sociálních služeb) jsme v dotazníku zaznamenali ze zmíněných osmi prostor dvě vyplněné možnosti. Ideou tohoto zařízení však je vyrazet za veškerými aktivitami mimo domov.

Graf č. 5: Sportovní zázemí domova

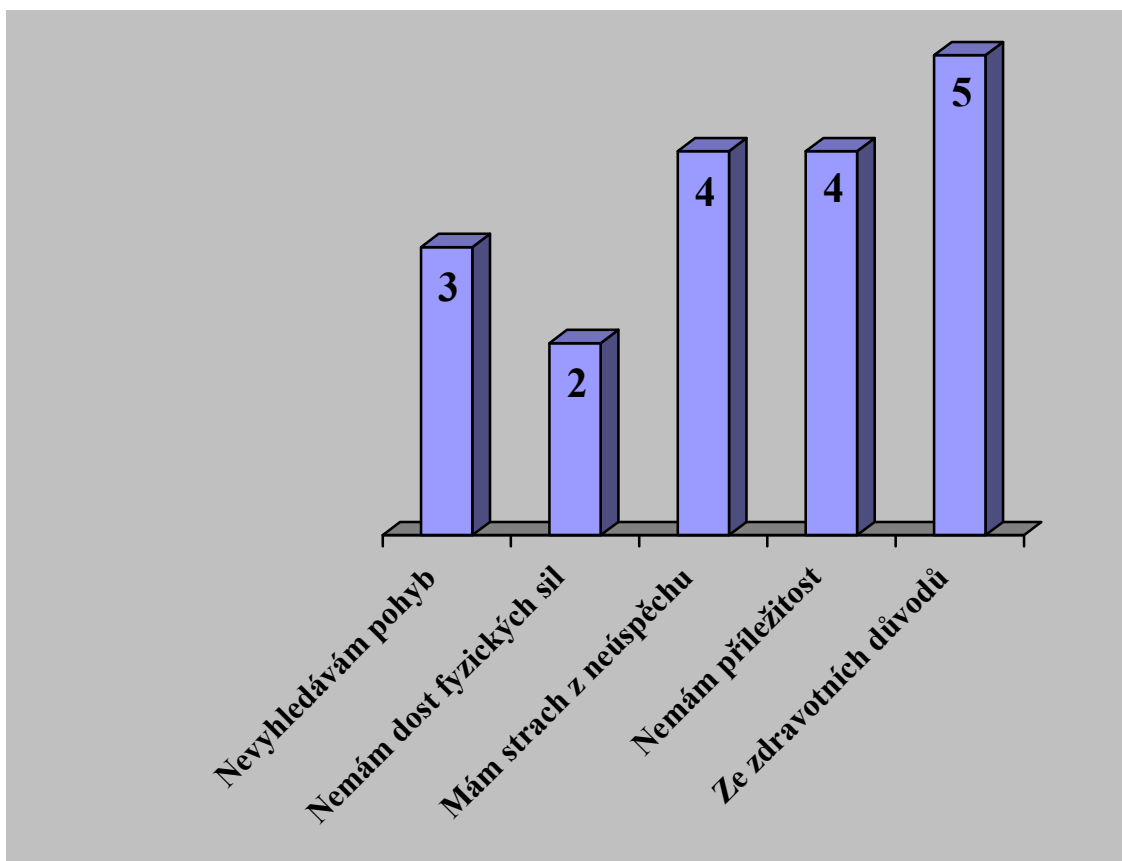


5.2.5 Důvody a příčiny neprovozování sportovních aktivit

Poslední tematický oddíl byl zaměřen na jedince, kteří nesportují nebo některé činnosti pro svá postižení nemohou vykonávat. Cílem bylo zjistit, proč tomu tak je. V grafu č. 6. jsou zachyceny informace získané od 18 osob, které se k této otázce vyjádřily. I když bylo 11 zjištěných nesportujících, na otázku odpovídali i někteří sportující, kteří nemohou vykonávat jiný sport z těchto důvodů. Nejčastějším důvodem byly zmíněny 5x zdravotní důvody (4 ženy a 1 muž), 4x pak strach z neúspěchu (3 ženy a 1 muž), stejný počet obyvatel vybralo jako důvod nedostatek příležitostí (3 ženy a jeden muž),

fyzické síly uvedli 2 dotazovaní (1 muž a jedna žena) a 3 obyvatelé pohyb nezajímá (2 ženy a 1 muž). Z hlediska zaměstnanosti naše výzkumná skupina tvořila vyrovnanou skupinu devíti zaměstnaných a devíti nezaměstnaných. Žádný ze studentů neudával problémy s pohybovou aktivitou. Myslíme si, že příležitostí pro různé sportovní aktivity je v každém zařízení kromě jednoho (Vyšší hrádek) relativně dost, příčinu vidíme spíše v nedostatku personálu nebo dobrovolníků, kteří by mohli nabízet více individuálních aktivit nebo by mohli tvořit menší skupiny, aby nebylo nutné na všechny aktivity chodit v tak velkém počtu. Tento problém některá zařízení řeší tím, že mají odborníky, kteří praktikují různé kroužky. Individuální přání klienta (např. posilovna, běhání) je často z personálních důvodů potlačeno. Také si myslíme, že zdravotní stav zmiňovaných respondentů nebyl důvodem ke kontraindikaci všech sportovních aktivit. Věříme, že při správné motivaci a při vedení odborníka by i tyto osoby dokázaly najít sport, který by je zajímal a přinášel jim příjemné vyplnění volného času. Byl by to však úkol na delší čas. V první řadě by bylo nutné přesvědčit nespportující jedince o pozitivním významu sportování pro jejich celkový zdravotní stav a kondici. Poté by bylo třeba najít správnou aplikaci ke zvolenému sportu dle zájmu s ohledem na zdravotní postižení.

Graf č. 6: Důvody a příčiny, pro které respondenti nespportují

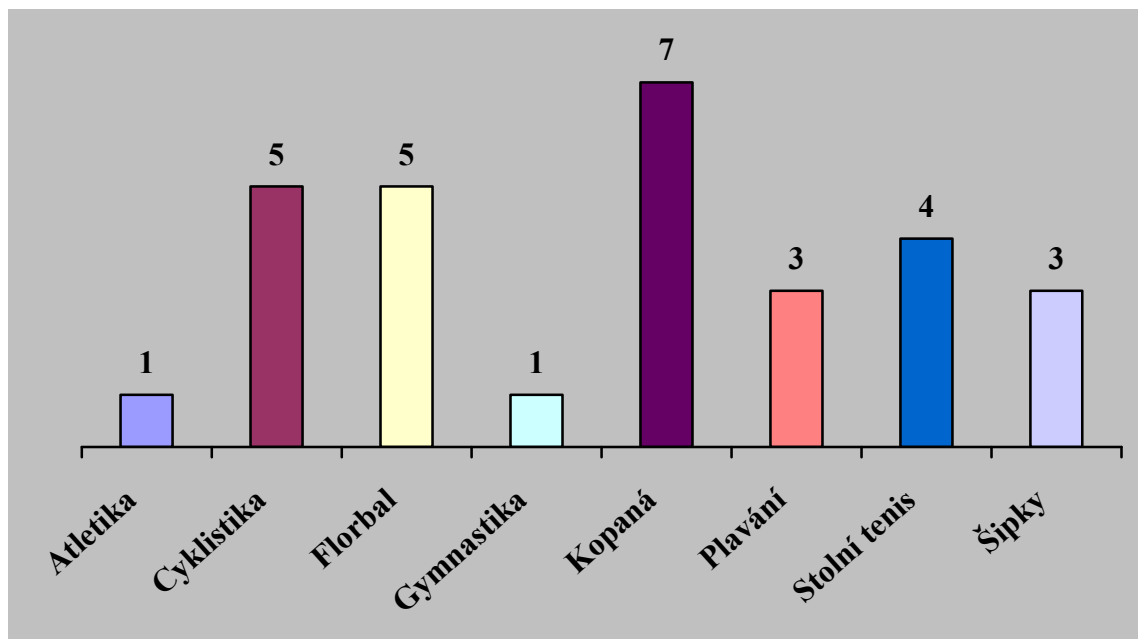


5.2.6 Nejoblíbenější sportovní aktivity

Závěrem našeho výzkumu byly položeny prostřednictvím řízeného rozhovoru dvě otevřené otázky. První otázka zjišťovala nejoblíbenější pohybovou aktivitu respondentů. Nejoblíbenějším sportem byla v sedmi případech kopaná, shodně pět respondentů se vyslovilo pro florbal a cyklistiku (Graf č. 7). Jak už jsme se dříve zmiňovali, výhodou pobytu v zařízeních sociálních služeb je přítomnost skupiny osob, které jsou ochotné společně sportovat. Uvedené skupinové sporty (florbal a kopaná) opět dokazují, že jsou v domovech vyhledávány nejen proto, že jsou skupině sportujících dostupné, ale i pro jejich popularitu. Skupinové míčové sporty a jejich pravidelné praktikování jsou možností, jak příjemně a zábavnou formou udržovat své tělo v kondici. Také cyklistika se v našem výzkumu umístila mezi nejoblíbenějšími pohybovými aktivitami, a to zejména proto, že v jednom ze zařízení (Domov Svatý Jan, poskytovatel sociálních služeb) je přímo organizován cyklistický kroužek.

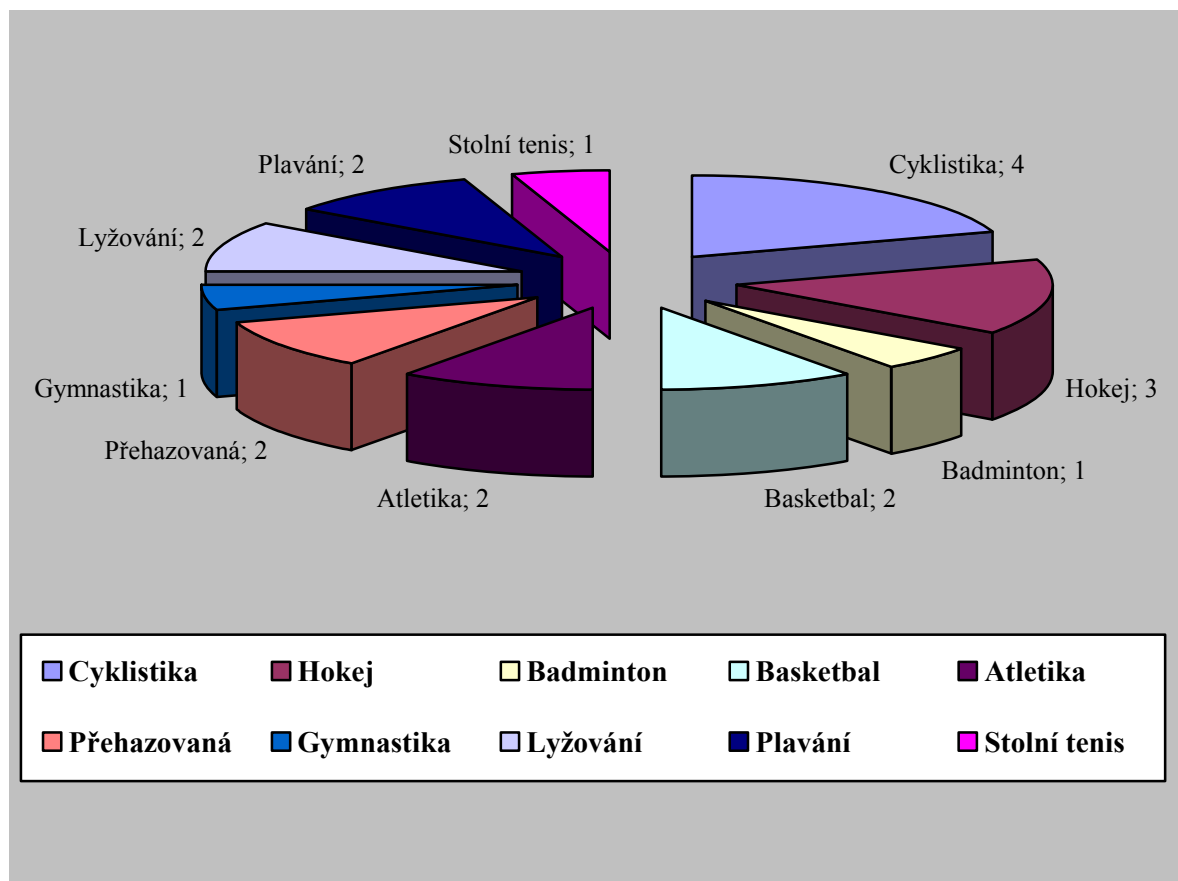
Oproti tomu individuální sporty, atletika a gymnastika, jsou sporty technicky náročnější a méně zábavné. Tuto naši teorii potvrzují informace od našich 29 sportujících respondentů, když se pro atletiku a gymnastiku vyslovil shodně vždy jen jeden z dotazovaných.

Graf č. 7: Nejoblíbenější sportovní aktivity respondentů



Druhá otevřená otázka se týkala budoucnosti respondentů. Zjišťovala, které zmiňované pohybové aktivity respondenty nejvíce zaujaly a zda-li by rádi některou aktivitu vyzkoušeli. Škála vybraných sportů byla rozmanitá, z čehož jsme měli radost. Je to milá informace pro případný další rozvoj pohybových aktivit pro osoby se zdravotním postižením. Ze 40 jedinců by rádo nový sport nebo nějakou další pohybovou aktivitu vyzkoušelo 20 dotazovaných, jak nám ukazuje graf. č. 8. Druhá polovina respondentů by novou pohybovou aktivitu nevyhledávala. Patří mezi ně i 9 sportovců. Nejčastěji jako důvod udávali nedostatek času především u pracujících, zdravotní důvody nebo nezájem o pohybové aktivity. Myslíme si, že by tyto bariery bylo možno individuálně odbourat.

Graf č. 8 Pohybové aktivity, které respondenty při výzkumu zaujaly a které by rádi v budoucnu vyzkoušeli



5.3 Výsledky druhé fáze dotazníkového šetření

V druhé fázi výzkumu jsme využili informací od pěti vedoucích pracovníků oslovených zařízení, s nimiž byl veden polostrukturovaný rozhovor s předem definovanými otázkami.

V druhé fázi výzkumu jsme v polostrukturovaném rozhovoru zjišťovali informace od vedoucích pracovníků.

Otázka č. 1 hodnotila množství nabízených pohybových aktivit. Nejvíce (8) pohybových aktivit nabízí Domov Laguna Psáry (dále jen B.) (dílny, plavání, organizovanou práci na zahradě, chov zvířat, sportovní, keramický a textilní kroužek a rybolov). Centrum u Bartoloměje (dále jen A.) nabízí šest aktivit (taneční terapie, divadelní kroužek, muzikoterapie, keramika, textilní kroužek a možnost zaměstnání v kavárně). Domov Svatý Jan (dále jen C.) čtyři aktivity (turistika, plavání, pořádání plesů a lyžování). Domov Mladá (dále jen D.) tři aktivity (sportovní kroužek, turistika, pořádání turnajů) a Vyšší Hrádek (dále jen E.) uvádí dvě aktivity (jóga, turistika) a také pomoc při individuálních plánech klientů. Všech pět vedoucích se shoduje na každodenním praktikování vycházek svých klientů. V odpovědích byly také informace o četnosti rehabilitačních pohybových aktivit. Rehabilitační aktivity nabízí tři zařízení v rozsahu individuální rehabilitace, vodoléčby, canisterapie a hipoterapie.

Otázka č. 2 pojednávala o personálním zabezpečení. Zařízení A. klade důraz na vlastní kvalifikované zaměstnance, kteří nejčastěji nabízejí pohybové aktivity klientům skupinově. Zařízení B. klade důraz na pracovní tým (zubní lékař, obvodní lékař, sestry, fyzioterapeut, vychovatel) a zaměstnance v přímé péči. C. se snaží přibližovat ideální personální obsazenosti (1 zaměstnanec na jednoho klienta). Nyní se jeden pracovník v přímé péči stará přibližně o 4 klienty. D. využívají 3 kvalifikované pracovnice pro pořádání sportovních aktivit. D také klade důraz na vlastní kvalifikované pracovníky. E. k zajištění pohybových aktivit pro své klienty využívá externích pracovníků.

Otázka č. 3 o finančním zabezpečení vedla k odpovědím, kdy A. finančně zabezpečuje prostory a základní vybavení pro sportovní hry. V případě většího zájmu o sport si klienti kvalitnější vybavu hradí sami (florbalové hole, pálky na stolní tenis). B. se snaží veškeré nabízené pohybové aktivity financovat z vlastních prostředků, které jsou určeny pro běžný provoz zařízení. Při využití masérských služeb přispívají symbolickou částkou. Formou sponzoringu jsou zajišťovány sportovní akce, které zařízení pravidelně pořádá. C. finanční podporu pro pohybové aktivity zajišťuje zařízení – klienti si hradí jen speciální vybavení (cyklistické). D. zajišťuje vybavení sportovních aktivit s přispěním sponzorů. Klienti si částečně hradí výjezdy za sportem a rekreací. V zařízení E. se každý klient samostatně rozhoduje, na které činnosti vydá své peníze ze svých volných prostředků (kapesného).

Otázka č. 4 sloužila ke zjištění prostorového vybavení pro různé pohybové aktivity. V zařízení A. je využívána multifunkční tělocvična zvaná „kaple“. Neslouží pouze ke sportovním účelům (florbal, stolní tenis, košíková, aj.), ale také je tento prostor využíván pro dramaterapii a muzikoterapii. V zařízení je také posilovna a cvičebna. V létě se využívá venkovní bazén s ohřevem vody. Venkovní travnatá plocha nabízí ideální povrch pro různé pohybové aktivity (např. kopaná). Klienti zařízení B. využívají bazénu, multifunkční halové tělocvičny, venkovního sportoviště. K dispozici jsou také prostory pro dílny (textilní, keroamická) a rehabilitaci. V blízkosti je také rybník a les (houbaření). Zařízení C. má pro zájemce cyklistiky ve své výbavě několik druhů kol. Ke sportu je možno využít travnaté plochy, multifunkční tělocvičny a tělocvičny. V blízkosti je také obecní fotbalové hřiště. D. je vybaveno malou tělocvičnou, cvičebnou, venkovním zastřešeným bazénem. V rámci kroužků jsou vymezeny prostory pro keramickou a textilní dílnu. V okolí zařízení D. je využíváno obecní sportoviště určené pro atletiku. D. má také dohodu se základní školou o možnosti pravidelně využívat velkou tělocvičnu. E. vlastní tělocvičnu s výbavou pro stolní tenis, který se v době výzkumu příliš nevyžíval. V případě zájmu klientů je však přístup do tělocvičny možný. Součástí zařízení je také aktivizační místnost určená k relaxaci i aktivizaci.

Otázka č. 5 zaznamenala sportovní kluby v zařízeních, spolupráci s okolím a akce, kterých se zařízení účastní. V zařízení A. funguje úzká spolupráce s domovem Barbora, který s A. přímo sousedí. Klienti se každoročně účastní soutěže „v tanci a dramatické tvorbě v Mladé Boleslavi Slunce svítí všem“. Obyvatelé se také účastní sportovních her pořádaných jinými zařízeními. A také spolupracuje s organizací Dítě a kůň, která pro zařízení zajišťuje hipoterapii. Členem speciálního olympijského hnutí je SK (sportovní klub) Laguna Psáry v domově B. Funguje zde regionální spolupráce se základními školami a dalšími zařízeními v regionu a kraji (např. s diagnostickým ústavem sociální péče v Tloskově). B. se spoluúčastní pořádání „Krajských her“. Jedná se o dvoudenní akci se soutěžemi v lehké atletice, přizpůsobených sportech (přechod po kládě, snášení břemen, trefování cíle aj.), plavání, cyklistice, aj. Letos se klienti žijící v B. zúčastnili Hervis Půlmaratonu Praha 2010. Domov C spolupracuje s místním spolkem cyklistů, organizuje a účastní se sportovních her ve spolupráci s dalšími domovy (např. Tloskov, Lochovice, Kamýk). Přínosná je také spolupráce se zvířecím útlukem, ve kterém někteří

obyvatelé pracují. Je také navázána spolupráce s místní mlékárnou – obyvatelé pomáhají s údržbou jejich rozsáhlého areálu (sekání trávy apod.). Na ranči „Íhahá“ někteří klienti využívají čtrnáctidenních zážitkových kurzů, na kterých poznávají život na farmě. Zařízení D. je členem Českého hnutí speciálních olympiád (ČHSO) pod názvem „SK Sršni Milovice“ (Atletika – běhy, hody, skok do dálky). Klienti D. jsou také účastníky zimních paralympijských her v běžeckém lyžování (50 – 100m). V D. působí hudební seskupení „Vážky“. D. spolupracuje s místní ZŠ (půjčování lyžařského vybavení, přístup do tělocvičny), s o.s. Hafík (canisterapie), s o. s. PRSK Benátky nad Jizerou (keramika). D se podílí na spolupořádání sportovních her s jinými domovy (např. domov Lipník). V rámci akce „Společně pro život“ klienti D. vyrábí a prodávají keramiku. D. se také účastní místního projektu „Pracuji rád“ (s finančním ohodnocením účastníků). Obyvatelé domova E. individuálně využívají nabídky jógy. Zařízení funguje jako prostředník, který přináší informace o pořádaných akcích ke svým klientům. Nedávno se obyvatelé E. zúčastnili těchto akcí: „Uklízíme po čuňatech“ (pořadatel město), fotbalový turnaj (pořádal domov v Kladně).

Všechny polostrukturované rozhovory se nesly v přátelském duchu a s chutí vedoucích pracovníků participovat na výzkumu prostřednictvím předávání informací.

6 DISKUZE

Po vyhodnocení všech výsledků bychom se rádi zmínili o skutečnostech, ke kterým jsme během výzkumu dospěli.

U osob s mentální retardací je vždy nutným předpokladem smysluplného rozhovoru jeho obsahová i formální přiměřenost. Je tedy rozhodující jeho mentální věk, nikoliv kalendářní (Novosad, 2009). Tento poznatek byl důležitý zejména při vytváření dotazníku, jenž byl určen respondentům s kombinovaným postižením. Bylo nutné používání obecných slov, stálé kontroly, zda respondent otázku chápe, a v některých případech i spolupráce s asistentem respondenta. Vždy se vyplatilo termín vysvětlit více způsoby a hlavně nespěchat, aby během celého dotazování byla zachována příjemná atmosféra. Vzhledem k obsáhlosti našeho dotazníku jsme měli strach, zdali respondenti udrží pozornost až do konce. V několika případech bylo nutné dotazování přerušit. Důvodem byla únava, která může podle Opatřilové (2005) vzniknout z předchozího psychického úsilí a způsobuje neschopnost následně vykonávat další činnost. Všechny dotazníky jsme díky klidnému přístupu v řízeném rozhovoru vyplnili až do konce se všemi respondenty. Po této zkušenosti, bychom příště dotazník více zestručnili a rozčlenili na menší tématické oddíly. Během řízeného rozhovoru bychom používali i obrazové podklady, které by pomohly respondentům s identifikací méně známých sportů či pohybových aktivit.

V literatuře jsme našli mnoho informací o pozitivním vlivu pohybových aktivit na lidský organismus (viz. kapitola 2.3.1) , ale i o důležitosti sociální interakce, která je velice potřebná pro osoby se zdravotním postižením. Možnosti sportovního vyžití pro osoby se zdravotním postižením se dnes již hojně rozvinuly , ale ne vždy ve stejné míře jako pro lidi bez postižení (Modrý klíč, 1997). Domnívali jsme se, že mezi skupinu lidí se zdravotním postižením, jimž nemusí být poskytována stejná míra pohybových aktivit se nachází v zařízeních poskytující sociální služby s celoročním pobytem. I tento fakt byl brán v potaz, při vytváření **hypotézy č.1**, která předpokládala, že min 80 % oslovených respondentů provádí pohybové aktivity na úrovni kondiční a rekreační nebo vrcholové. Byli jsme velice překvapeni, jelikož 72,5 % (19 mužů, 10 žen) všech respondentů sportuje na kondiční, rekreační nebo vrcholové úrovni. Předpokládaná 80% účast na pohybových aktivitách se sice nenaplnila, ale nebyla daleko této úrovni.

V diplomové práci Šostého (2009), který podobně jako my, zkoumal pohybové aktivity osob s tělesným a kombinovaným postižením, kteří využívají zařízení sociálních služeb, najdeme podobné výsledky. Jeho výzkum prokázal až 77 % účast respondentů na sportovních nebo pohybových aktivitách. Výsledky obou výzkumů jsou podobné i přes to, že výzkumný soubor Šostého byl v průměru o 11,6 let mladší než náš výzkum.

Zajímaly nás také důvody (viz graf č. 6), pro které respondenti nesportují. Nejčastěji se jednalo o zdravotní stav, strach z neúspěchu a nedostatek příležitostí. Potměšil (2000) ve své studii, prováděné s osobami s vrozeným zdravotním postižením, které studují na školách uvádí, že nejčastějším důvodem pro nesportování byl nedostatek volného času. Rozdíl v těchto poznatecích může být dán odlišným věkem respondentů, jelikož sledovaná skupina Potměšila měla věkový průměr 18,7 let, kdežto naše skupina byla věkově starší (průměrný věk 31,4 let). Dalším důležitým rozdílem u těchto porovnávaných skupin může být odlišný počet studentů, jelikož našeho výzkumu se kromě tří studentů účastnilo i 19 pracujících a 18 nezaměstnaných osob. Jelikož je naše skupina starší, je přirozené předpokládat více zdravotních komplikací než u mladší výzkumné skupiny Potměšila.

Avšak to by nemělo být až takovým handicapem, jelikož jak uvádí Potměšil (2000), jde-li o využívání zbytkového potenciálu ve smyslu minimalizace důsledku postižení, pak jsou zde aplikované pohybové aktivity, které jsou přizpůsobené různým druhům postižení.

V roce 1995 Rada Evropy ve svém doporučení (95) 17 vidí příznivost účinků pohybových aktivit pro zdraví v pravidelném provádění, které je u populace dosahováno podporou motivace a vytvářením příležitostí pro tělesné aktivity v každém věku. Důležité je, aby to byly takové aktivity, které může provádět co největší počet lidí jako součást jejich každodenního života. Zajímalo nás, které sporty jsou nejvíce preferované u osob se zdravotním postižením. Mezi zkoumané sporty patřila cyklistika, která se v našem výzkumu umístila mezi nejoblíbenějšími pohybovými aktivitami, a to zejména proto, že v jednom ze zařízení (Domov Svatý Jan, poskytovatel sociálních služeb) je přímo organizován cyklistický kroužek. Na tomto příkladu je jasné, jak důležitá je podpora vzniku těchto klubů při zařízení a jak moc záleží na schopnosti personálu zvyšovat motivaci osob se zdravotním postižením k pohybovým aktivitám. To vše dle Potměšila (2000) je zásadně ovlivněno situací a možnostmi ústavního zařízení.

V hypotéze č.2 jsme předpokládali , že kladnější vztah ke sportovním aktivitám mají více muži nežli ženy. Naše teze vycházela z osobních profesionálních zkušeností, kdy jsme se v zařízeních sociální péče častěji setkávali s větší aktivitou mužů než žen. Zjištěným výsledkem byl potvrzen náš odhad, neboť ve výzkumném vzorku opravdu sportuje více mužů (19) než žen (10). Domníváme se, že je tento fakt dán společenskou rolí muže v zařízeních sociální péče. Dříve i během rozhovoru s dotazovanými jsme si potvrdili, že muži bývají častěji organizátory a vyzyvateli k pohybovým aktivitám než ženy.

Jednou ze zkoumaných pohybových aktivit, bylo sportování v zimním období, jelikož jak uvádí Hruša (2006) možnosti pohybu a pobytu na sněhu v České republice pro osoby se zdravotním postižením rozšiřují pohybové možnosti postiženého a vracejí jej do zimní krajiny. Přispívají k samostatnosti, přinášejí nové prožitky a vedou k psychické rovnováze . V našem výzkumu byl patrný velký rozdíl mezi praktikováním běžeckého a sjezdového lyžování. Respondenti uvedli, že pět z nich provozuje běžecké lyžování, pouze 6 jedinců praktikovalo tento sport dříve, avšak nikdo z dotazovaných dříve ani nyní neprovozuje sjezdové lyžování. Je možné, že důvodem tohoto faktu je materiální a finanční i odborná náročnost sjezdového lyžování na což upozorňuje ve svém článku Hruša. Dotazovaní jedinci však nejsou ochuzeni o pobyt na sněhu, neboť 82 % vyzkoušelo jiné zimní sportovní aktivity, jako je bobování či sáňkování. Tyto zimní sporty jsou daleko dostupnější a emočně velmi přínosné.

Vodní sporty jsou další sezónní pohybové aktivity, které jsme zařadily do našeho dotazníku. Zejména vodní turistika má v naší zemi tradici již od dvacátých let 20.století. Vedle organizované vodní turistiky se velké přízni stále těší neorganizované vodáctví, zejména jako romantická a cenově dostupná forma dovolené. Zatímco tradice vodáckých táborů je u nás velmi silná, organizovaná vodní turistika osob se zdravotním postižením nemá dlouhou tradici (Kolektiv autorů, 1998), což se potvrdilo i v našem výzkumu, kde 5 (4 muži, 1 žena) respondentů jezdí v rámci organizovaných pobytů na pramicích, dalších 7 (4 muži, 3 ženy) tuto vodní aktivitu zkusilo dříve. Pouze jeden respondent (muž) zkoušel plavbu na kanoi s asistentem, ale nyní již ne, jelikož není v kontaktu s tímto asistentem. Žádný z respondentů nejezdí a ani se nepokusil o jízdu na kajaku.

U všech organizovaných pohybových činností je však třeba dbát na bezpečnost a zajistit odbornost vedení takovýchto aktivit. Odborník, např. absolvent speciálního vzdělání

(speciální pedagog, absolvent Fakulty tělesné výchovy a sportu), který se problematice zdravotního postižení soustavně věnuje, je v programech pro osoby se zdravotním postižením důležitou osobností. I sport a rekreační aktivity pro zdravotně postižené mají být prováděny s nezbytným teoretickým vzděláním, zejména proto, aby při dobře míněném snažení nebyla osoba se zdravotním postižením poškozována (Hadraba, aj., 1998). K účasti na většině sportovních činností osoby se zdravotním postižením často potřebují pomoc a radu od lidí s odbornými znalostmi a použití správného vybavení.. Toto vybavení se neustále vyvíjí a vylepšuje, což je samozřejmě správné, ale na druhou stranu je velmi těžké si udržet přehled o tom, co je dostupné. Proto je vhodné se v první řadě obracet na specializované sportovní organizace, které mají nejaktuálnější informace (Modrý klíč, 1997).

Další součástí našeho výzkumu také bylo sledování terapeutických a volnočasových aktivit. Novosad (2002) uvádí, že jednou z neznámějších alternativních forem terapie osob se zdravotním postižením je hipoterapie, avšak v našem výzkumu méně než polovina respondentů (14) tuto aktivitu využívá a stejně velká část (14) ji nezná nebo nepraktikuje. 12 osob uvedlo, že již dříve hipoterapii provozovalo. Jedním z hlavních důvodů, které neumožňují tuto terapii provádět je finanční personální i materiální vybavení. Dalším důvodem z hlediska respondentů může být i strach ze zvířat, či alergie.

Velmi závažným poznatkem byla absence individuální ergoterapie ve všech dotazovaných zařízeních. Podle Světové zdravotnické organizace jde u rehabilitace a habilitace o souhrn všech opatření potřebných k zařazení nebo návratu postiženého člověka do společenského prostředí a života. Mezi tato opatření řadíme i ergoterapeutickou činnost (Novosad, 2002).

Méně překvapivým výsledkem byla vysoká atraktivita tanečních aktivit, zejména pak u osob s mentálním postižením o které píše Kováčová (2009 A), jelikož 75 % respondentů (30) ve svém volném čase rádi tancují. Hlavní příležitostí pro tanec bývají diskotéky a plesy pořádané jednotlivými zařízeními. I na tomto příkladu se ukazuje, že jsou muži v pohybových aktivitách aktivnější. Z našeho výzkumného vzorku tanec vyhledává 18 mužů a 12 žen (**viz hypotéza č. 2**).

Jak se ukázalo, velmi oblíbenou aktivitou našich respondentů, jsou každodenní vycházky a turistika. Turistické vycházky stimulují koncentraci pozornosti, pohybovou

vytrvalost, orientaci v prostoru a v neposlední řadě se dotýkají i skupinové spolupráce (Kováčová, 2009 B). Vycházky provozuje 100 % respondentů. Jedná se o jedinou dotazovanou pohybovou činnost s úplnou účastí všech respondentů. 62,5 % dotazovaných dokonce provozuje dálkovou turistiku. Jednou z možností proč tuto aktivitu provádějí všichni, je finanční, profesionální a materiální nenáročnost.

S předchozím odstavcem souvisí naše hypotéza č.3, která pojednává o prostorovém vybavení jednotlivých dotazovaných zařízení, kde by se daly uskutečňovat sportovní aktivity.

Předpokládali jsme, že všechna oslovená zařízení mají alespoň tři prostory určené k pohybovým aktivitám. Abychom mohli tuto hypotézu zodpovědět, zanesli jsme při tvorbě dotazníku oddíl, který přímo zjišťoval vybavení a sportovní zázemí jednotlivých zařízení. Respondenti měli možnost zvolit jednu z těchto možností, kterými jejich zařízení disponuje: tělocvična, cvičebna, bazén, venkovní sportoviště, posilovna. Pokud se v zařízení nacházel ještě jiný prostor určený pro pohybové nebo terapeutické aktivity, mohli je do dotazníku doplnit. Výsledek předčil naše očekávání. Kromě 5 zmiňovaných prostor po doplnění přibyla ještě další čtyři místa, která obyvatelé využívají (venkovní sportoviště, rybník, rehabilitaci a dílny).

Krom jednoho všechna zařízení převyšují náš hypotetický počet a nabízí svým klientům prostory pro pohybové aktivity v tomto počtu: Centrum U Bartoloměje, poskytovatel sociálních služeb - 6; Domov Laguna Psáry, poskytovatel sociálních služeb – 8; Domov Svatý Jan, poskytovatel sociálních služeb – 6; Domov Mladá, poskytovatel sociálních služeb – 7; Vyšší Hrádek, poskytovatel sociálních služeb – 2.

Lze tedy konstatovat, že až na jedno zařízení ,zázemí pro pohybové aktivity osob, které žijí v zařízení sociálních služeb, jsou většinou dostačující. Tím ovšem hypotéza nebyla potvrzena.

Ke konci řízeného rozhovoru byla položena účastníkům našeho výzkumu otevřená otázka, která zjišťovala představu respondentů o možnosti budoucího praktikování některé ze zmiňovaných pohybových aktivit. Naše **hypotéza č. 4** předpokládala, že minimálně 60 % respondentů by rádo nově vyzkoušelo některou z pohybových aktivit uvedených v dotazníku. Výsledek 50% zájmu o nové pohybové aktivity nebyl pro nás příjemným zjištěním. Předpokládali jsme, že pokud klientům představíme širokou

nabídku různých aktivit, vyvoláme v nich chuť k vyzkoušení nových sportů. Naše motivace se zdařila jen u dvaceti jedinců.

7 ZÁVĚR

V této diplomové práci jsme se věnovali problematice pohybových aktivit u osob se zdravotním postižením žijících v zařízeních sociálních služeb.

Cílem našeho zkoumání bylo podrobně analyzovat množství nabízených pohybových aktivit pro osoby se zdravotním postižením žijících v zařízeních sociálních služeb ve Středočeském kraji. Součástí výsledků je také informace o dostupnosti, osobní zkušenosti a objektivní četnosti a zájmu o volnočasové pohybové aktivity našeho výzkumného souboru.

Hypotéza č. 1 předpokládala, že min 80 % oslovených respondentů praktikuje pohybové aktivity. Vysoké procento bylo stanoveno záměrně, neboť se domníváme, že pravidelné pohybové aktivity by měly být nesdílňnou součástí každého člověka. Předpokládaný odhad vysokého podílu sportujících osob se nenaplnil, avšak výsledek 72,5 % nebyl daleko od odhadovaného procenta. Tento fakt vnímáme jako kladný přístup k pohybovým aktivitám.

Hypotéza č. 2 předpokládající větší zapojení mužů do pohybových aktivit se dle našeho očekávání vyplnila. Zatímco z 20 dotazovaných mužů se pohybu věnuje 19 respondentů, z 20 žen, které se účastnily našeho výzkumu jich sportuje 10.

V **hypotéze č. 3** byla stanovena teze, že všechna oslovená zařízení mají alespoň tři prostory určené k pohybovým aktivitám. Kromě jednoho (Vyšší Hrádek nabízí 2 prostory) všechna zařízení převýšila naši hypotézu a nabízí svým klientům prostory pro pohybové aktivity v tomto počtu: Centrum U Bartoloměje, poskytovatel sociálních služeb - 6; Domov Laguna Psáry, poskytovatel sociálních služeb – 8; Domov Svatý Jan, poskytovatel sociálních služeb – 6; Domov Mladá, poskytovatel sociálních služeb – 7.

Zklamání našich odhadů přišlo v poslední **hypotéze č. 4**, která předpokládala, že minimálně 60 % respondentů by rádo nově vyzkoušelo některou z pohybových aktivit uvedených v dotazníku. Překvapil nás nezájem 50 % respondentů, kteří neplánují v budoucnu hledat jakékoliv nové pohybové aktivity.

Práce na tomto projektu byla velmi zajímavá. Obohatila nás o nové poznatky ve světě sportujících, kteří žijí v zařízeních sociálních služeb. Z výsledků je patrné, že v mnoha ohledech jsou zařízení sociálních služeb plnohodnotnou náhradou rodin a že nabízejí nabídku mnoha pohybových aktivit. Náš výzkum však také odhaluje prostor pro další aktivity, které by bylo možné nadále rozvíjet. Během řízených rozhovorů bylo patrné, že mnoho z oslovených respondentů vyhledává příležitost k socializaci. O tom svědčí jejich rychlá náklonnost k neznámým lidem. Myslíme, že by respondenti mohli více rozvíjet svou individualitu a samostatnost, kdyby byla zařízení personálně početněji obsazena. Individuální pohybové aktivity jsou často mimo možnosti zařízení, neboť nelze vždy dostatečně zajistit bezpečnost. Z poznatků ze zahraničí víme, že ke zkvalitňování sociálních služeb přispívá role dobrovolníků. Za předpokladu zachování odborného vyškolení těchto dobrovolníků by mohlo dojít k objevu nových možností nejen pro naše zkoumané jedince, ale i pro další osoby se zdravotním postižením.

Seznam použité literatury

- 1) BRUNEL UNIVERSITY. *Definitions of Disability in Europe. A Comparative Analysis*. [online]. (c) 2002, [cit. 2010-06-24]. Dostupné z: <<http://www.bbk.ac.uk/polsoc/research/projects/definitions-disability-europe/final-report>>.
- 2) BUBENÍČKOVÁ, H. *E-bariéry osob se zdravotním postižením*. [online]. (c) 2006, [cit. 2010-05-31]. Dostupné z: <<http://kzv.kkvysociny.cz/archiv.aspx?id=740&idr=6&idci=15>>.
- 3) BYL, J. *Commonwealth games 1994*. [online]. (c) 2004, [cit. 2010-06-24]. Dostupné z: <www.sporthamilton.com/pdfs/1994commonwealthgames.pdf>.
- 4) COMMONWEALTH GAMES FEDERATION - THE STORY OF THE COMMONWEALTH GAMES [online]. (c) 2010, [cit. 2010-06-28]. Dostupné z: <<http://www.thecgf.com/games/story.asp>>.
- 5) COUNCIL OF EUROPE. *European Sport for All Charter*. [online]. (c) 2010, [cit. 2010-06-27]. Dostupné z: <http://www.coe.int/t/dg4/sport/resources/texts/spchart2_en.asp>.
- 6) ČABANOVÁ, B. *Sociální politika ve vztahu ke zdravotně postiženým – principy EU a česká realita*. [online]. (c) 2007, [cit. 2010-06-01]. Dostupné z: <http://veda.fsv.cuni.cz/doc/KonferenceRCS/soc_cabanova.doc>.
- 7) ČESKÁ ASOCIACE APLIKOVANÝCH POHYBOVÝCH AKTIVIT. [online]. (c) 2005, [cit. 2010-06-28]. Dostupné z: <http://www.apa.upol.cz/web/index.php?option=com_content&view=article&id=62&Itemid=77>.
- 8) Český svaz mentálně postižených sportovců - Úvodní strana [online]. (c) 2008, [cit. 2010-06-28]. Dostupné z: <http://www.uzps.cz/svazy/csmps/hlavni_stranka/>.
- 9) ČESKÝ SVAZ TĚLESNĚ POSTIŽENÝCH SPORTOVců [online]. (c) 2010, [cit. 2010-06-23]. Dostupné z: <<http://www.cstps.cz/cstps/jnp/cz/gen/clanek/cstps.html>>.

- 10) DAIGNAULT, L. *Integration Battle Heats Up At Commonwealth Games*. [online]. (c) 2010, [cit. 2010-06-28]. Dostupné z: <<http://www.abilities.ca/agc/article/article.php?pid=&cid=&subid=349&aid=882>>.
- 11) *Deklarace OSN o právech lidí s mentálním postižením*. [online]. (c) 2007, [cit. 2010-06-24]. Dostupné z: <<http://www.helpnet.cz/dokumenty/deklarace-prav/291-3>>.
- 12) DOMOV SVATÝ JAN [online]. (c) 2005, [cit. 2010-05-02]. Dostupné z: <<http://www.domovsvatyjan.cz/index.htm>>.
- 13) DOMOV-MLADÁ [online]. (c) 2008, [cit. 2010-06-04]. Dostupné z: <<http://www.uspmilovice.cz/index.php?multi=sluzby&parent=1>>.
- 14) *Doporučení (95)17, O významu sportu pro společnost*. [online]. (c) 1995, Dostupné z: <http://www.radaevropy.cz/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=103&Itemid=97>.
- 15) DOVALIL, J. *Sport pro všechny v Olympijském hnutí*. [online]. (c) 2010, [cit. 2010-06-27]. Dostupné z: <www.olympic.cz/downow.php?filename=/public/.../sport_pro_vsechny>.
- 16) DVOŘÁKOVÁ, H. *Didaktika tělesné výchovy nejmenších dětí a dětí s hendikepy*. 1. vyd. Praha: UK v Praze – Pedagogická fakulta, 2000. ISBN 80-7290-005-6.
- 17) ECO, U. *Jak napsat diplomovou práci*. 1. vyd. Olomouc: Votobia, 1997. ISBN 80-7198-173-7.
- 18) EDELSBERGER, L., aj. *Defektologický slovník*. 3. upr. vyd. Praha: Nakladatelství H&H, 2000. ISBN 80-860-22-76-5.
- 19) EXTREMITY GAMES [online]. (c) 2010 [cit. 2010-06-28]. Dostupné z: <http://www.extremitygames.com/calendar.php>.
- 20) FISCHER, S., ŠKODA, J. *Speciální pedagogika*. 1.vyd. Praha : Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-014-0.

- 21) HADRABA, V., aj. *Sport a rekreační aktivity zdravotně postižených dětí*. 1. vyd. Praha: Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí v ČR, 1998.
- 22) HANÁKOVÁ, M. Sport rozvíjí osobnost. *Rodina a škola*. 2005, roč.52, č.7, s. 20.
- 23) HÁTLOVÁ, B. *Kinezioterapie*. 2. vyd. Praha : Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0719-0.
- 24) HELPNET.CZ [online]. (c) 2007, [cit. 2010-06-24]. Dostupné z: <<http://www.helpnet.cz/zrakove-postizeni/kultura-sport-zajmovacinnost/sport-zrakove-postizenych>>.
- 25) HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
- 26) HRUŠA, J. I děti s postižením mohou lyžovat. *Děti a my: Časopis pro rodiče; učitele a pracovníky pomáhajících profesí*. 2006, roč. 36 , č. 3, s. 20-21.
- 27) INTERNATIONAL COMMITTEE OF SPORTS FOR THE DEAF - NEWS [online]. (c) 2010, [cit. 2010-06-24]. Dostupné z: <<http://www.deaflympics.com/news/index.asp?ID=242>>.
- 28) INTERNATIONAL SPORTS FEDERATION FOR PEOPLE WITH AN INTELLECTUAL DISABILITY [online]. (c) 2010, [cit. 2010-05-02]. Dostupné z: <<http://www.inas-fid.org/aboutinas.html>>.
- 29) JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2005. ISBN 80-7040-826-X.
- 30) JOHNOVÁ, M. *Standardy kvality sociálních služeb*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2003. ISBN 80-86552-23-3. str. 2.
- 31) KLENKOVÁ, J. Logopedie. In Pipeková, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-7315-120-0. s.69.
- 32) KOLEKTIV AUTORŮ. *Sport a rekreační aktivity zdravotně postižených dětí*. 1. vyd. Praha: Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí v České republice, 1998.

- 33) KOVÁČOVÁ, B. Športová záujmová činnosť jednotlivcov s postihnutím; narušením a ohrozením v ich voľnom čase. *Vychovávateľ*, 2009 A, roč.56, č.6, s. 7-9.
- 34) KOVÁČOVÁ, B. Športová záujmová činnosť jednotlivcov s postihnutím; narušením a ohrozením v ich voľnom čase. Část 2. *Vychovávateľ*, 2009 B, roč.56, č.7, s. 26-28
- 35) KUDLÁČEK, M. aj. *Aplikované pohybové aktivity pro osoby s tělesným postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-244-1655-7.
- 36) KURKOVÁ, P. *Pohybové aktivity a sport osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1263-2.
- 37) KURZ, L., *Program speciálních olympiád*. [online]. (c) 2010, [cit. 2010-06-24]. Dostupné z: <<http://www.specialolympics.cz/cz/promo.htm>>.
- 38) *Listina základních práv Evropské unie* [online]. (c) 2010, [cit. 2010-06-28] Dostupné z: <<http://eur-lex.europa.eu/cs/treaties/dat/32007X1214/hm/C2007303CS.01000101.htm>>.
- 39) LUDÍKOVÁ, L. *Kombinované vady*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1154-7. s. 7-13.
- 40) MATOUŠEK, O. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.
- 41) *MELBOURNE 2006* [online]. (c) 2006, [cit. 2010-06-28]. Dostupné z: <<http://www.melbourne2006.com.au/Sports%20and%20Venues/Athletics/News/20060315%20Canada%20rolls%20into%20Games>>.
- 42) MODRÝ KLÍČ, *Aktivity volného času pro osoby s těžkým a kombinovaným postižením*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Modrý klíč, 1997. ISBN 80-902494-0-X.
- 43) MONATOVÁ, L. *Pedagogika speciální*. 1. vyd. Brno: MU, 1994. ISBN 80-210-1009-6.
- 44) *Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010-2014 (Národní rada osob se zdravotním postižením ČR)*

- [online]. (c) 2010, [cit. 2010-06-29]. Dostupné z: <<http://www.nrzp.cz/userfiles/file/npvrp2010-2014.doc>>.
- 45) NOVOSAD, L. *Kapitoly ze základů speciální pedagogiky – SOMATOPEDIE*. 1. vyd. Liberec: Fakulta pedagogická, 2002. ISBN 80-7083-563-X.
- 46) NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-509-7.
- 47) OFFICIAL WEBSITE OF THE PARALYMPIC MOVEMENT http://www.paralympic.org/Paralympic_Games [online]. (c) 2010, [cit. 2010-06-15]. Dostupné z: <http://www.paralympic.org/Paralympic_Games>.
- 48) OFICIÁLNÍ STRÁNKY ČESKÉHO PARALYMPIJSKÉHO VÝBORU - ČESKÝ PARALYMPIJSKÝ VÝBOR [online]. (c) 2009, [cit. 2010-06-26]. Dostupné z: <<http://www.paralympic.cz/cs/ceskyparvyb/Default.aspx>>.
- 49) OPATŘILOVÁ, D. *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. 1. vyd. Brno: MU, PedF, 2005. ISBN 80-210-3819-5. s. 8.
- 50) PEETERS, T. *Autism: From Theoretical Understanding to Educational Intervention*. 1 vyd. London: Singular Publishing Group, Inc, 1997. ISBN-13: 978-1565938465.
- 51) PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. rozš. vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0. s. 233.
- 52) POKORNÝ, J. *Diplomová práce příležitost k seberealizaci*. 1. vyd. Brno: Akademické nakladatelství CERM s.r.o., 1994. ISBN 80-85867-59-1.
- 53) POTMĚŠIL, J. Vztah osob s vrozeným zdravotním postižením k tělesné výchově a sportu. *Tělesná výchova a sport mládeže*, 2000, roč. 66 , č.5, s.42-45.
- 54) *Práva tělesně postižených* [online]. (c) 2005, [cit. 2010-06-24]. Dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/cs/841>>.
- 55) Rada EVROPY. *Kdo jsme*. [online]. (c) 1999, [cit. 2010-06-28]. Dostupné z: <http://www.pf.jcu.cz/stru/katedry/spol_vedy/kdo.htm>.
- 56) SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: GRADA, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3. s. 74-75.

57) SPECIALOLYMPICS

<http://specialolympics.org/content.aspx?id=6368&terms=history> [online]. (c) 2010, [cit. 2010-06-28]. Dostupné z: <<http://specialolympics.org/content.aspx?id=6368&terms=history>>.

58) STŘEDOVÁ, M. *Co jsou speciální olympiády*. [online]. (c) 2010 [cit. 2010-06-24]. Dostupné z: <<http://www.specialolympics.cz/cz/promo.htm>>.

59) ŠOSTÝ, M. *Pohybové aktivity jedinců s tělesným event. kombinovaným postižením*. Praha, 2010. 35 s. Diplomová práce na Karlova Univerzita, Fakulta tělesné výchovy a sportu. Vedoucí práce Alena Lejčarová

60) ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-506-7.

61) *Úmluva o právech osob se zdravotním postižením (Národní rada osob se zdravotním postižením ČR)* [online]. (c) 2007, [cit. 2010-06-24]. Dostupné z: <<http://www.nrzp.cz/userfiles/file/text-umluvy-cj.doc>>.

62) UNIE ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝCH SPORTOVců - KDO JSME [online]. (c) 2008, [cit. 2010-06-24]. Dostupné z: <http://www.uzps.cz/kdo_jsme>.

63) UNIE ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝCH SPORTOVců - KDO JSME [online]. (c) 2008, [cit. 2010-06-28]. Dostupné z: <http://www.uzps.cz/svazy/csvps/kdo_jsme/>.

64) *Usnesení vlády ČR č. 1004/2005, k Národnímu plánu podpory a integrace občanů se zdravotním postižením na období 2006 – 2009* [online]. (c) 2010, [cit. 2010-06-28]. Dostupné z: <[http://racek.vlada.cz/usneseni/usnweb.nsf/0/BEC00B760E6729DC12571B6006D3D04/\\$FILE/uv050817.1004.doc](http://racek.vlada.cz/usneseni/usnweb.nsf/0/BEC00B760E6729DC12571B6006D3D04/$FILE/uv050817.1004.doc)>.

65) *Usnesení vlády ČR č. 256/1998, o schválení Národního plánu vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením*. [online]. (c) 2010, [cit. 2010-06-28]. Dostupné z: <<http://racek.vlada.cz/usneseni/usnweb.nsf/0/5AC620DFC5812607C12571B6006BD148>>.

- 66) *Usnesení vlády ČR č. 273/2009, ke Zprávě o jednotlivých koncepčních opatřeních Střednědobé koncepce státní politiky vůči občanům se zdravotním postižením realizovaných v letech 2007 - 2008* [online]. (c) 2010, [cit. 2010-06-28].
Dostupné z: <[http://racek.vlada.cz/usneseni/usneseni_webtest.nsf/0/9A8496B0517E7153C125757100386389/\\$FILE/273%20uv090309.0273.pdf](http://racek.vlada.cz/usneseni/usneseni_webtest.nsf/0/9A8496B0517E7153C125757100386389/$FILE/273%20uv090309.0273.pdf)>.
- 67) *Usnesení vlády ČR č. 466/1992, o Národním plánu pomoci pro zdravotně postižené občany* [online]. (c) 2010, [cit. 2010-06-28]. Dostupné z: <<http://racek.vlada.cz/usneseni/usnweb.nsf/0/0532CFC97E874E44C12571B6006BBEDF>>.
- 68) *Usnesení vlády ČR č. 493/1993, o schválení dokumentu "Národní plán opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení"* [online]. (c) 2010, [cit. 2010-06-28]. Dostupné z: <<http://racek.vlada.cz/usneseni/usnweb.nsf/0/2ED61EA730C194C5C12571B60070C557>>.
- 69) *Usnesení vlády ČR č. 605/2004, o Střednědobé koncepci státní politiky vůči občanům se zdravotním postižením* [online]. (c) 2010, [cit. 2010-06-28]. Dostupné z: <http://racek.vlada.cz/usneseni/usneseni_webtest.nsf/0/7EFFB5688A7136C4C12571B6007102CB>.
- 70) ÚSP U BARTOLOMĚJE - NABÍDKA SLUŽEB [online]. (c) 2005-2009, [cit. 2010-06-03]. Dostupné z: <http://www.uspubartolomeje.info/nabidka_sluzeb.html>.
- 71) ÚSTAV SOCIÁLNÍ PÉČE LAGUNA PSÁRY [online]. (c) 2009, [cit. 2010-05-30]. Dostupné z: <<http://www.lagunapsary.cz>>.
- 72) VÁGNEROVÁ, M. *Psychopalogie pro pomáhající profese*. 3. rozš. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3. s. 289.
- 73) VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie. Teoretické základy a metodika*. 2. vyd. Praha: Parta, 2004. ISBN 80-7320-063-5.

- 74) VÍTKOVÁ, M. *Podpora vzdělávání dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením I. Základní informace. Speciálně pedagogická diagnostika*. 1. vyd. Praha: IPPP ČR, 2001.
- 75) VÍTKOVÁ, M. Somatopedie. In Pipeková, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. rozš. vyd. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-7315-120-0. s.130-162.
- 76) VÍTKOVÁ, M. Těžké postižení dětí/žáků jako trvalé ohrožení vývoje a života. In Vítková, M. *Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální*. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-9. s. 325-326.
- 77) *Vyhláška č. 505/2006 Sb.*, kterou se provádějí některá ustanovení o sociálních službách. (*Sbírka zákonů 2006, částka 164*) [online]. (c) 2010, [cit. 2010-06-29]. Dostupné z: <<http://www.sbirka.com/POSLATYD/NOVE/10-162.htm>>
- 78) VYŠŠÍ HRÁDEK - POSKYTOVATEL SOCIÁLNÍCH SLUŽEB [online]. (c) 2010, [cit. 2010-05-30]. Dostupné z: <<http://vyssihradek.cz/index.php>>.
- 79) WIKEPEDIA http://en.wikipedia.org/wiki/Disabled_sports [online]. (c) 2010, [cit. 2010-06-24]. Dostupné z: <http://en.wikipedia.org/wiki/Disabled_sports>.
- 80) *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (Sbírka zákonů ČR, 2006, částka 37)* [online]. (c) 2010, [cit. 2010-06-29]. Dostupné z: <<http://www.atre.cz/zakony/page0048.htm>>.
- 81) *Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti (Sbírka zákonů ČR 2006)* [online]. (c) 2010, [cit. 2010-06-29]. Dostupné z: <http://portal.mpsv.cz/sz/obecne/prav_predpisy/akt_zneni/z_435_2004/zoz_od01012010.rtf>.
- 82) *Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)* [online]. (c) 2006, [cit. 2010-06-29]. Dostupné z: <<http://aplikace.msmt.cz/Predpisy1/sb190-04.pdf>>.

PŘÍLOHY

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FAKULTA TĚLESNÉ VÝCHOVY A SPORTU

José Martího 31, 162 52 Praha 6-Vešslavín

tel.: 220 171 111

<http://www.ftvs.cuni.cz/>

Žádost o vyjádření etické komise UK FTVS

k projektu výzkumné, doktorské, diplomové (bakalářské) práce, zahrnující lidské účastníky

Název: Pohybové aktivity osob se zdravotním postižením žijících v zařízeních sociálních služeb

Forma projektu: diplomová práce

Autor (hlavní řešitel): Bc. Milíč Kaštánek

Školitel (v případě studentské práce): Mgr. Alena Lejčarová, Ph.D.

Popis projektu

Diplomová práce se bude zabývat problematikou pohybových aktivit u osob se zdravotním postižením. Výzkum bude prováděn v zařízeních sociálních služeb (domovech pro osoby se zdravotním postižením) Středočeského kraje u cca 50 jedinců ve věku 18-40 let. Metody použité pro zjišťování dat budou nestandardizovaný dotazník a řízený rozhovor.

Zajištění bezpečnosti pro posouzení odborníky:

Z hlediska bezpečnosti pro posouzení odborníky nebudou zveřejněny osobní údaje respondentů. Při výzkumu (dotazník, řízený rozhovor) respondentům žádné riziko nehrozí.

Příloha č. 2

Vzor informovaného souhlasu

Informovaný souhlas:

Zařízení sociálních služeb

Souhlasím, aby obyvatelé našeho zařízení ve věku od 18–40 let byli osloveni ve věci vyplnění dotazníku a v případě zájmu se zúčastnili řízeného rozhovoru na téma „pohybové aktivity“.

Takto získané informace budou anonymně využity v praktické části diplomové práce s názvem

„Pohybové aktivity osob se zdravotním postižením žijících v zařízení sociálních služeb,

řešené studentem UK FTVS Milíčem Kaštánkem.

Pro větší názornost souhlasím s použitím fotografií prostor a klientů našeho zařízení za předpokladu zachování etiky, intimity a anonymity. (Na případných ilustračních snímcích budou skryté obličeje zachycených osob.)

Datum:

.....

Podpis ředitele, popř. vychovatele zařízení

Příloha č. 3

Dotazník pro osoby žijící v zařízení sociálních služeb

[6 dotazník PDF](#)

Příloha č. 4

Přehled některých zahraničních organizací zabývajících se sportem osob se zdravotním postižením (http://www.cstps.cz/cstps/jnp/cz/gen/clanek/ruzne-odkazy_na_mezinarodni_www.html, 2010)

Název organizace	Zkratka	Kontakt
International Paralympic Committee	IPC	www.paralympic.org
International Paralympic Table Tennis Committee	IPTTC	www.ipttc.org
World Organization Volleyball for Disabled	WOVD	www.wovd.com
International Wheelchair Basketball Federation-Eurozone	IWBF	www.eurozone-iwbf.org
Paralympic Games Athens 2004		www.athens2004.com
IPC Swimming		www.ipcswimming.org
Irish Wheelchair Association SPORT		http://www.iwasport.com/home.html
International Paralympic Equestrian Committee	IPEC	http://www.ipec-athletes.de
American Associations of Adapted Sports Programs		www.aaasp.org
Atletická sekce IPC		www.ipc-athletics.org
Dansk Handicap Idraets-Forbund		www.dhif.dk
Disabled Sports USA		www.dsusa.org
English Federation of Disability Sports		http://www.efds.net
European Paralympic Committee		www.europaralympic.org
General disAbility Resources		www.makoa.org/sports.htm
Handisport (Švýcarsko)		www.handisport.ch
International Council of Sport Science and Physical Education		http://www.icsspe.org
International Sports Organization for the Disabled - Světová sportovní organizace pro tělesně postižené		353 Ontario Street, Newmarket Ontario, Canada L3X.2K2
International Stoke Mandeville Wheelchair Sports Federation - Světová sportovní organizace pro vozíčkáře		www.wsw.org.uk
Mezinárodní federace postižených střelců		www.shootonline.org
Osterreichischer Behinderten Sport Verand		www.oebsv.or.at
World team sports		www.worldteamsports.org

Příloha č. 5



Historický přehled letních a zimních paralympijských her (Kudláček, 2007, s. 10)

Letní paralympijské hry				
Rok	Město - země	Počet účastníků	Počet zemí	Poznámky
1960	ŘÍM - Itálie	400	23	
1964	TOKIO - Japonsko	390	22	
1968	RAMAT GAN - Izrael	750	29	
1972	HEIDELBERG - SRN	1000	44	
1976	TORONTO - Kanada	1600	42	Účast nevidomých sportovců a amputářů
1980	ARNHEM - Nizozemí	2550	42	Účast sportovců s CP (DMO)
1984	NEW YORK - USA	1800	45	Sportovci s amputacemi, CP, ostatní a ZP
1984	AYLESBURY - Velká Británie	1100	41	Sportovci s poškozením míchy
1988	SOUL - Jižní Korea	3053	61	
1992	BARCELONA - Španělsko	3020	82	
1996	ATLANTA - USA	3195	103	48 sportovců z ČR (10 medailí: 2-7-1)
2000	SYDNEY - Austrálie	3824	127	57 sportovců z ČR (43 medailí: 15-15-13)
2004	ATÉNY - Řecko	3837	136	65 sportovců z ČR (31 medailí: 16-8-7)
Zimní paralympijské hry				
Rok	Město - země	Počet účastníků	Počet zemí	Poznámky
1976	ÖRNSKÖLDSVIK - Švédsko	250	14	
1980	GEILO - Norsko	350	18	
1984	INNSBRUCK - Rakousko	350	22	Ukázka sportů při ZOH v Sarajevu
1988	INNSBRUCK - Rakousko	397	22	Zařazeno lyžování vozičkářů ve třídách sit-ski
1992	TIGNES - Francie	475	24	
1994	LILLEHAMMER - Norsko	500	31	10 sportovců z ČR (1 medaile: 0-0-1) Zařazení sledge hokeje
1998	NAGANO - Japonsko	571	32	6 sportovců z ČR (7 medailí: 3-3-1)
2002	SALT LAKE CITY - USA	416	36	6 sportovců z ČR (5 medailí: 2-1-2)
2006	TURÍN - Itálie	477	39	5 sportovců z ČR (1 medaile: 0-1-0) Zařazení curlingu

Příloha č. 6

České organizace zastřešující sport osob s tělesným postižením

(r. 2005) (Kudláček aj., 2007, s.13)

UZPS - Unie zdravotně postižených sportovců ČPV - Český paralympijský výbor			
<p>ČSTPS Český svaz tělesně postižených sportovců</p> <p>Základní informace: rok založení (1969) 2235 členů 76 TJ a SK 21 sportů</p> <p>Adresa: Strahov, blok 1 Vaníčkova 7 169 00 PRAHA 6 www.cstps.cz</p> 	<p>Provozované sporty</p> <p>Atletika Basketbal na vozíku Cyklistika Florbal Jachting Jezdectví Kučelky Lukostřelba Lyžování Orientační závod Plavání Ragby vozičkářů Sledge hokej Stolní tenis Střelectví Šachy Tenis Triatlon, handbike Turistika Volejbal Vzpírání</p>	<p>Provozované sporty</p> <p>Atletika Boccia Cyklistika Fotbal --- Jezdectví Kučelky Lukostřelba Lyžování --- Plavání --- --- Stolní tenis --- Šachy Tenis --- Vodní turistika Závěsný kuželník Vzpírání</p>	<p>ČFSCPH - SH Česká federace sportovců s centrálními poruchami hybnosti SPASTIK HANDICAP</p> <p>Základní informace: rok založení (1992) 4 300 členů 11 TJ a SK 12 sportů</p> <p>Adresa: Jaselská 355, 415 03 TEPLICE www.handicapsports.cz</p> 
<p>Rok 2005 byl pro sportovce s tělesným postižením velmi svízelný, neboť se stali v jistém slova smyslu rukojmími mocenského boje mezi vrcholnými představiteli ČPV a ČSTPS. V roce 2005 také vzniká nový subjekt ČATHS (Česká asociace tělesně handicapovaných sportovců), který má na základě rozhodnutí ČPV převzít roli ČSTPS. Zástupci ČPV trvají na tom, že ČSTPS dobrovolně vystoupil z jeho řad. Zástupci ČSTPS zase trvají na tom, že ČSTPS nikdy z ČPV formálně nevystoupil.</p>			

Příloha č. 7

Organizace sdružující sportovce na základě sportů (Kudláček aj., 2007, s 12)

Organizace sdružující sportovce na základě sportů		
IWBF International Wheelchair Basketball Federation Mezinárodní federace basketbalu na vozíku	IWTF International Wheelchair Tennis Federation Mezinárodní federace tenisu na vozíku	WOVD World Organization for Volleyball of the Disabled Světová organizace volejbalu pro zdravotně postižené
IPC International Paralympic Committee (1987) (Mezinárodní paralympijský výbor MPV)		
ISMWSF (1952) International Stoke Mandeville Wheelchair Sports Federation Mezinárodní federace sportů vozíčkářů ve Stoke Mandeville	ISOD (1964) International Sport Organization for the Disabled Mezinárodní sportovní organizace pro zdravotně postižené	CP-ISRA (1978) Cerebral Palsy - International Sport and Recreation Association Mezinárodní asociace sportu a rekreace pro osoby s cerebrální parézou
R. 2004 se ISMWSF a ISOD sloučily do jedné organizace pod sjednocujícím názvem IWAS (International Wheelchair and Amputee Sports Federation)		
Organizace sdružující sportovce na základě postižení (IPC také zaštiťuje organizace zrakově a mentálně postižených sportovců.		

Příloha č. 8

Dotazník týkající se pohybových aktivit obyvatel žijících v domovech pro osoby se zdravotním postižením – pro vedení zařízení

Otázky řeší vztah mezi poptávkou klientů a reálnými možnostmi vašeho zařízení.

- 1) Jaké pohybové aktivity nabízíte klientům ve vašem zařízení?
- 2) Jaké je personální obsazení pro pohybové aktivity ve vašem zařízení?
- 3) Jaké je finanční zajištění pohybových aktivit?
- 4) Jaké prostorové zázemí nabízí vaše zařízení pro pohybové aktivity Vašich klientů?
- 5) S kým spolupracujete ve smyslu zajištění a rozvíjení sportovních aktivit?

Příloha č. 9

Tabulka s přehledem sportů konajících se během jednotlivých sportovních her organizovaných pro osoby se zdravotním postižením (http://en.wikipedia.org/wiki/Disabled_sports, 2010)

Deaflympics	Paralympijský sport	Speciální olympiáda	Extremity games	Ostatní sporty
Alpské lyžování	Alpské lyžování	Alpské lyžování	Skateboarding	Ostatní sporty
Atletika	Lukostřelba	Vodní sporty	Wakeboarding	Kriket pro nevidomé
Badminton	Atletika	Atletika	Lezení	Golf pro nevidomé
Basketball Košíková	Basketbal	Badminton	Surfování	Fotbal na elektrickém invalidním vozíku
Beach volejbal	Boccia	Košíková	Moto kros	Hokej na elektrickém invalidním vozíku
Bowling	Bowls	Petanque	Kayaking	Golf
Běžecské lyžování	Kulečnický	Bowling	Horská cyklistika	Handcycling
Metaná	Jízda na kole	Běžecské lyžování	BMX	Baseball vozíčkářů
Jízda na kole	Jezdecký	Jízda na kole		Hokej vozíčkářů
Kriket	Fotbal 5	Jezdectví		Rugby vozíčkářů
Fotbal	Fotbal 7	Krasobruslení		Skateboarding vozíčkářů
Házená	Goalball	Pozemní hokej		Blokarting
Lední hokej	Lední sledge hokej	Fotbal		
Džudo	Ledové Sledge Racing	Golf		
Karate	Džudo	Gymnastika		
Orientační běh	Devět-pin bowling	Silový trojboj		
Střelba	Severského lyžování	In-line bruslení		
Snowboard	Silový trojboj	Plachtění		
Skibob	Plachtění	Snowboarding		
Plavání	Natáčení	Sněžnice		
Stolní tenis	Měření sil	Softball		
Taekwon-do	Plavání	Rychlobruslení		
Tenis	Stolní tenis	Stolní tenis		
Volejbal	Bowling	Házená		
Vodní pólo	Tenis	Tenis		
Wrestling	Torball	Volejbal		
	Volejbal			
	Basketbal vozíčkářů			
	Curling vozíčkářů			
	Sportovní tanec vozíčkářů			
	Šerm vozíčkářů			
	Rugby pro vozíčkáře			
	Tenisu vozíčkářů			