

UNIVERZITA KARLOVA
HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

**MOŽNOSTI SPORTOVNÍHO VYŽITÍ U OSOB S TĚLESNÝM
POSTIŽENÍM JAKO PRVEK PROCESU INTEGRACE DO SPOLEČNOSTI**

**POSSIBILITIES OF SPORTS ACTIVITIES FOR PEOPLE WITH
PSYSICAL DISABILITIES AS AN ELEMENT OF THE PROCESS OF
INTEGRATION INTO SOCIETY**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

PhDr. Miloslav Čadík

Autor práce:

Tereza Dolenská

Praha 2021

Poděkování

Děkuji všem, pedagogům Husitské teologické fakulty UK, kteří se podíleli na přípravě kompozice školního vzdělávacího plánu obecně a koncepce bakalářských prací zvláště. Mé poděkování také patří těm studentům, s nimiž jsem jednotlivé problémy probírala. Zvláštní dík patří Pedagogické knihovně Jana Amose Komenského za poskytnutí materiálu k vytvoření této bakalářské práce.

Tereza Dolenská

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předpokládanou bakalářskou práci „*Možnosti sportovního vyžití u osob s tělesným postižením, jako prvek procesu integrace do společnosti,*“ vypracovala samostatně. Dále prohlašuji, že všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a, že tato práce k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne

Jméno autora

Anotace

Hlavním cílem této bakalářské práce je prokázat, že sport napomáhá lidem s tělesným postižením lepšímu zapojení a začlenění (integraci) do společnosti a svého okolí. Svoji hypotézu bych chtěla dokázat prostřednictvím strukturovaného dotazníku, rozeslaného mezi sportovce s tělesným postižením po celé České Republice.

Klíčová slova: Tělesné postižení, integrace, sport, společnost

Annotation

The main aim of this bachelor thesis is to prove that sport helps people with physical disabilities to better participate and integrate into society and their surroundings. I would like to prove my hypothesis through a structured questionnaire distributed among athletes with physical disabilities throughout the Czech Republic.

Keywords: physical disability, integration, sport, society

Úvod.....	11
1. Vymezení základních pojmů.....	12
2. Tělesné postižení.....	13
2.1. Klasifikace tělesných vad.....	13
2.1.1. Obrny centrální a periferní.....	13
2.1.2. Deformace	16
2.1.3. Malformace a amputace.....	17
2.1.4. Vrozené vady.....	17
2.1.5. Získané vady.....	18
2.1.6. DMO.....	19
3. Vztah společnosti ke zdravotně postiženým.....	22
3.1. Do roku 1989.....	22
3.2. Po roce 1989.....	22
4. Integrace.....	24
4.1. Pojem integrace	24
4.2. Vznik integrace	24
4.3. Směry integrace.....	24
4.3.1. Asimilační směr integrace	24
4.3.2. Adaptační směr integrace	25
4.4. Podmínky integrace	25
4.5. Příležitosti a prostředky integrace	25
4.5.1. Sociální rehabilitace	26
4.5.2. Pracovní rehabilitace	26
4.5.3. Léčebná rehabilitace	27
4.5.4. Psychologická rehabilitace	27
4.6. Sociální integrace zdravotně postižených	28
4.7. Integrace ve sportu s tělesným postižením	28

5.	Sport s postižením.....	30
5.1.	Klasifikace sportovců s postižením	30
5.1.1.	Definice a cíle klasifikace.....	31
5.2.	Historie Paralympijského sportu	32
5.3.	Letní paralympijské sporty	32
5.3.1.	Atletika.....	33
5.3.2.	Badminton	33
5.3.3.	Basketbal na vozíku.....	33
5.3.4.	Boccia	34
5.3.5.	Cyklistika.....	34
5.3.6.	Fotbal pro nevidomé.....	34
5.3.7.	Goalball.....	35
5.3.8.	Jezdectví	35
5.3.9.	Judo.....	35
5.3.10.	Kanoistika	36
5.3.11.	Lukostřelba.....	36
5.3.12.	Plavání.....	36
5.3.13.	Rugby na vozíku	37
5.3.14.	Stolní tenis.....	37
5.3.15.	Střelba.....	37
5.3.16.	Šerm na vozíku.....	38
5.3.17.	Taekwondo.....	38
5.3.18.	Tenis na vozíku.....	38
5.3.19.	Triatlon	39
5.3.20.	Veslování	39
5.3.21.	Volejbal sedících.....	40
5.3.22.	Vzpírání.....	40
5.4.	Zimní paralympijské hry a sporty.....	43
5.4.1.	Alpské lyžování.....	43

5.4.2.	Běžecské lyžování.....	43
5.4.3.	Biatlon	44
5.4.4.	Curling.....	44
5.4.5.	Para hokej.....	44
5.4.6.	Snowboarding.....	44
6.	Organizace sportu osob se zdravotním postižením	48
6.1.	Mezinárodní paralympijský výbor.....	48
6.2.	Český paralympijský výbor.....	48
7.	Praktická Část.....	50
7.1.	Cíle práce	50
7.2.	Hypotézy.....	50
7.3.	Použité metody	50
7.4.	Popis výzkumného souboru	51
7.5.	Sběr dat	51
7.6.	Charakteristika zkoumaného vzorku	51
7.7.	Shrnutí výsledků.....	52
7.7.1.	Deskriptivní údaje.....	52
7.7.2.	Hodnotové tabulky	58
7.7.3.	Sport.....	60
7.7.4.	Důvody ke sportování.....	67
7.7.5.	Postavení lidí ve společnosti.....	74
7.8.	Diskuze	75
8.	Závěr	77
9.	Seznam literatury	78

Seznam zkratek

VVV- Vrozená vývojová vada

DMO- dětská mozková obrna

ISOD- Mezinárodní sportovní organizace pro zdravotně postižené

CP- ISRA- Mezinárodní sportovní organizace pro sport a rekreaci osob s centrální parézou

PH- paralympijské hry

IPC- mezinárodní paralympijský výbor

NPC- národní paralympijský výbor

IF- mezinárodní federace

CP- ISRA- Mezinárodní asociace pro sport a rekreaci osob s dětskou mozkovou obrnou

IBSA- Mezinárodní sportovní federace nevidomých sportovců

INAS- FID- Mezinárodní sportovní federace osob s postižením intelektu

IWAS- Mezinárodní sportovní federace vozíčkářů a amputářů

ICSD (dříve CISS)- Mezinárodní deaflympijský výbor

IWBF- Mezinárodní federace basketbalu na vozíku

IWFT- Mezinárodní federace tenisu na vozíku

WOVD- světová organizace volejbalu pro zdravotně postižené

ISMWSF- mezinárodní federace sportů vozíčkářů ve Stoke Mandevile

ČATHS- Česká asociace tělesně handicapovaných sportovců

ČFSH- Česká federace Spastic handicap

ČSMPS- Český svaz mentálně postižených sportovců

ČSNS- Český svaz nevidomých sportovců

ČSTPS- Český svaz tělesně postižených sportovců

ČSZPS- Český svaz zrakově postižených sportovců

ČSVPS- Český svaz vnitřně postižených sportovců

ČPV- Český paralympijský výbor

Úvod

Bakalářská práce s názvem „Možnosti sportovního vyžití u osob s tělesným postižením jako prvek procesu integrace do společnosti“ se zaměřuje na téma vztahu integrace a sportu tělesně postižených. Práce se tak dotýká oblasti mého studia, kterou je sociální práce a charitativní činnost.

Každý člověk, proto, aby byl ve svém životě spokojený, a cítil se plnohodnotně, musí naplnit své potřeby. Jednou z nejdůležitějších potřeb je touha patřit někam, kde bude vnímán jako rovnocenný s ostatními členy. Lidé se zdravotním postižením jsou v tomto ohledu značně znevýhodněni.

I přesto, že se situace lidí s hendikepem neustále pomalu zlepšuje, setkáváme se stále s tím, že hodně lidí vůbec netuší, jak se k takovým lidem chovat, komunikovat s nimi nebo je přijímat jako rovnocenné a bez předsudků nebo přílišného litování.

Ve své práci chci poukázat na to, že pojmy integrace a sport k sobě mohou patřit, i když to nemusí být na první pohled zřejmé. Protože sport je nejen volnočasová aktivita, rehabilitační prvek, možnost k udržení stávající kondice, odreagování nebo relaxace, ale hlavně plní funkci integrační. Sport pro lidi s postižením je totiž jedna z mála věcí srovnatelných s aktivitami zdravých lidí, upravených jen v rámci bezbariérové dostupnosti. Hlavním úkolem práce je právě dokázat, že sport přispívá, dosažení určité úrovně aktivního samostatného a plnohodnotného života. A také přispívá k zapojení do intaktní společnosti. Mým záměrem je prozkoumat a zjistit jestli i samotní lidé s hendikepem považují sport za účinnou integrační složku a umožňuje jim více se začlenit do okolního světa.

Práce se dělí na dvě části, první částí je teoretická, kde se nejprve snažím popsat co to vlastně je zdravotní postižení a jak se dělí, dále pak jak vzniká integrace a jaké podmínky a překážky mohou nastat, pak pozvolna přecházím do oblasti sportu a v druhé praktické části společně s dotazníkem ověřuji svojí hypotézu, že sport a sportovní činnosti slouží jako integrační element pro osoby s postižením.

1. Vymezení základních pojmů

Zdravotní postižení – Můžeme, sem zařadit společně s újmou na zdraví, která je způsobena následkem vrozené nebo získané poruchy (ať už ve formě struktury nebo funkce organismu), ale i všechny hendikepy mající za následek výrazné snížení pohybových možností a funkce mozku (mentální postižení) mající vliv na postavení a vliv takového jedince v intaktní společnosti. (Matějček 2001 s. 7).

Vada – Poškození podpůrného a s tím spojeného pohybového aparátu, změny ve fungování orgánů, nebo deformace

Sport – pohybová aktivita, která má seznam pravidel organizačního charakteru. Zaměřuje se na zvýšení osobní fyzické kondice sportujícího, doprovázeným dobrým pocitem z vlastního výkonu a dosažením požadovaného výkonu a zlepšujících se výsledků.

Somatopedie - lze definovat jako *speciálně* pedagogickou disciplínu, která se zabývá výchovou, vzděláváním a dalším rozvojem osob s poruchami hybnosti. Název oboru pochází z řeckých slov soma (tělo) a paidea (výchova).

2. Tělesné postižení

O Tělesných postiženích se dá mluvit jako o omezení fyzických dovedností s dlouhou či trvalou dobou trvání. Tělesné postižení. Má velký vliv na všechny oblasti života postiženého jedince. Můžeme je rozdělovat na postižení pohybové, nosné soustavy a v neposlední řadě nervového ústrojí. (Renotiérová, Ludvíková 2003, s. 204)

Hybnost nazývána také motorika je definována jako veškeré pohyby organismu, které zahrnují celou řadu pohybů, od pohybů reflexních, mimovolných až po pohyby řízené. (Renotiérová, Ludvíková, 2003, s. 205).

Příčinou tělesného postižení mohou být různé dědičné faktory, onemocnění nebo úrazy. U fyzického vývoje často dochází ke slábnutí a následovně až k atrofii svalů. Toto zdravotní postižení způsobuje, že zasažené části pohybového ústrojí jsou využívány jinak, než u normální osoby.

Smyslový a rozumový vývoj je z velké části závislý na množství podnětů, které se jim dostává. Právě u postižených osob je tento vývoj poznamenán nedostatkem podnětů, které jsou kvůli postižené motorice špatně zvládnutelné.

Tělesné postižení má vliv na vývoj osobnosti jako plnohodnotné bytosti. Proto by se při práci a komunikaci s těmito klienty měl brát na vědomí nejen druh a stupeň postižení, ale domýšlet i další možné faktory, které mají vliv na vlastnosti a chování jedince.

2.1. Klasifikace tělesných vad

Tato problematika je složitější, než by se mohlo zdát. Různé úhly pohledu na klasifikaci tělesných vad se mezi odborníky liší, a to v podle kritérií, která jsou určena pro její dělení. Nejčastěji se používá dělení dle místa nebo doby vzniku postižení.

Klasifikace tělesných vad dle místa postižení:

Klasifikace tělesných vad se člení vzhledem k místu, kde došlo k postižení části těla. Rozlišujeme tedy pět základních skupin postižení, jsou to tyto:

- Obrny centrální a periferní
- Deformace
- Malformace a Amputace

Klasifikace tělesných vad dle doby vzniku:

- Vrozené a dědičné vady
- Získané vady

2.1.1. Obrny centrální a periferní

Tyto obrny souvisí s centrální nervovou soustavou (mozek, mícha) a periferní nervovou soustavou (obvodové nervstvo). Podle velikosti a závažnosti postižení rozlišujeme parézy a plegie. Parézou rozumíme ochrnutí částečné, plegií pak ochrnutí úplné (kompletní).

- **Podle svalového tonusu**

- Hypertonii – spasticita, rigidita
- Hypotonii – čistá mozková hypotonie, ataxie
- Střídavý tonus – atetóza

- **Podle místa rozlišujeme:**

- Tetra/ kvadru plegie/ paréza – postižení celého těla.
- Diplegie/ diparéza – při ní je postiženo celé tělo, dolní končetiny více. Typický je postoj na špičkách se vtočenými koleny a pánví nakloněnou vpřed.
- Hemiplegie/ hemiparéza – ochrnutí poloviny těla, V případě pravostranné hemiplegie bývají častější poruchy řeči a křeče.
- Triplegie/ triparéza – hemiplegii s postižením jedné končetiny.
- Monoplegie/ monoparéza – postižena je jen jedna končetina

- **Mozkové pohybové postižení:**

jedná se v podstatě o notorické postižení držení a pohybu těla v důsledku zranění nebo poškození, která zasáhla mozek v období jeho vývoje. Zmíněné poškození mozku může, vzniknou pre-, peri- či postnatálně do 4 let věku jedince. Poškození, která se objeví, až po 4 roce života jsou většinou způsobené nemocí nebo zapříčiněná úrazem. (Vítková 1998, s. 20)

Mezi centrální postižení můžeme nalézt i dětskou mozkovou obrnu známou pod zkratkou DMO a lehčí forma centrálního postižení zvaná LMD, lehká mozková dysfunkce.

- **Mozkové nádory:**

Komplikovaná onemocnění, která po operaci zanechávají dočasné nebo trvalé následky v oblasti pohybové i řečové (afázie). (Pipeková, 1998, s.30).

- **Mozkové příhody a mozkové embolie:**

Mozkové příhody vznikají v důsledcích krvácení do mozku. Příčinou bývá vysoký krevní tlak. Mozkové embolie jsou často zapříčiněny špatným průtokem krve, určitou oblastí mozku a postupným zanikáním mozkové tkáně nebo až zaklíněním embolu. (Pipeková, 2006 s. 20).

- **Mozkové záněty:**

Onemocnění má zpravidla 3 fáze. V první pronikne škůdce (mikrob) do krve a následovaném objevení se příznaků připomínajících chřipku s vysokou horečkou.

Následuje fáze zdánlivého zlepšení, a poté se objevují vysoké teploty, třes a ochrnutí končetin.

- **Traumatické obrny:**

Vznikají při úrazu s následkem otevřeným nebo uzavřeným poraněním hlavy. Zasažena může být lebka i mozek.

- Otřes mozku (komoce)- nejlehčí forma, může být lehký střední a těžký.
- Stlačení mozku (komprese).
- Zhmoždění mozku (kontuze).

- **Dětská obrna (již existuje vakcína):**

je infekční onemocnění, které postihovalo nejčastěji děti v předškolním věku a zanechávalo trvalé a často velmi těžké následky. U nás se od roku 1958 nevyskytuje (očkování Sabinova vakcína).

- **Obrna míchy:**

Nejčastější příčinou je úraz páteře s následným poraněním míchy. Čím je mícha zasažena blíže ke krční míše, tím je stav závažnější (Pipeková, 1998, s. 33).

- **Rozštěpy páteře:**

- Rozštěp páteře (spina bifida)- bez postižení míchy nebo jejích plen.
- Meningokéla- rozštěp páteře a míšních plen.
- Meningomyelokéla- Jedná se o vrozená postižení, kdy vada vzniká nesprávným zavřením páteřního kanálu. Vada může způsobit částečnou nebo až úplnou obrnu dolních končetin a obrnu svěračů. (Pipeková, 1998 s. 35).

- **Degenerativní onemocnění mozku a míchy:**

Nervová vlákna a později i nervové dráhy postihuje proces rozpadu a zániku nervových buněk.

- Mozečková heredoataxie - je dědičné onemocnění, které vzniká postižením jedné nebo obou hemisfér. Projevuje se vrávoravou chůzí, atrofií a poruchami řeči.
- Roztroušená skleróza mozkomíšní - Jedná se o poruchy pohybového aparátu, poruchy zraku a řeči. V pokročilejším stadiu se objevuje demence.
- Degenerativní onemocnění míchy (Friedrichova heredoataxie) - podmíněné degenerací míšních provazců. Základní znak tohoto onemocnění je deformovaná noha nohy spojená s nejistou chůzí.

Může se projevit i spastická obrna dolních končetin (Pipeková, 2006, s 25).

2.1.2. Deformace

Deformace jsou vrozené nebo získané vady. Typické svým nesprávným tvarem poškozené části těla. (Vítková 1998, s. 32)

Deformity páteře, mají různé příčiny, které můžeme rozdělit na příčiny vnitřní (fyziologické, např. dědičnost) a vnější (výživa, atd.). Dělíme tyto deformity následovně:

- **Podle roviny na:**
 - sagitální (předozadní rovina těla, např. hyperlordóza, kulatá záda)
 - frontální:
 - C – vybočení vlevo
 - D – vybočení vpravo
 - S – složená kyfóza

- **Získané deformace:**
 - Páteř - rovina sagitální (lordózy, kyfózy)
- rovina frontální (skoliózy).
 - Bočitost kolen (zevní a vnitřní)
 - Plochá noha

- **Nesprávný vývoj kyčelního kloubu:**

zapříčiněno vrozeným nebo nedostatečným vývojem kyčelního kloubu. Deformace může být jednostranná nebo oboustranná, vykloubení úplné (luxace), neúplné (subluxace).

- **Deformity hrudníku:**
 - **Vrozené deformity**
 - Ptačí hrudník
 - Nálevkový hrudník
 - **Získané vady** (vzniklé druhotně u vad páteře):
 - Žeberní hrb
 - Křivice (nedostatečné ukládání vápníku do kostí) - rachitický hrb.
 - Tuberkulózní hrb
 - Perthesova choroba (postihuje hlavici stehenní kosti)
 - Myopatie (progresivní svalová dystrofie)- postihuje pletenec ramenní a pletenec pánevní
 - Duchennova svalová dystrofie (výskyt u chlapců)
 - Scheuermannova choroba (jsou postižena těla obratlů)

- Bechtěrevova choroba (chronický zánět chrupavčitých tkání)
- Artróza (degenerativní onemocnění kostních chrupavek)
- Revmatismus, revmatická artritida
- DNA (typ artritidy, kdy dochází k usazování kyseliny močové, ze které se vytvářejí krystalky a ty pak pronikají do kloubů)
- Juvenilní revmatická artritida (otoky kloubů, výskyt v době 2-4 let a v období dospívání)
- Osteoporóza (zvýšená křehkost a lámavost kostí)
(Pipeková, 2006, 30).

2.1.3. Malformace a amputace

Malformace je špatné vyvinutí částí těla, nejvíce se malformace nacházejí v oblasti končetin. Pokud chybí jen část končetiny, jedná se o amélie nazýváme amélie, naopak situace kdy je končetina přímo napojena na trup označujeme jako fokomélie. Malformace se řadí mezi vrozené vývojové vady. (Vítková 1998, s. 33)

Amputace je stav umělého odebrání končetiny od trupu. Příčinou jsou úrazy (autonehody, poranění elektrickým proudem), dále pak různé druhy cévního onemocnění, zhoubné nádory, infekce (Pipeková, 1998).

2.1.4. Vrozené vady

Vrozené vady jsou zapříčiněny poruchou vývoje zárodku. Na vznik má vliv velké množství různých faktorů, hlavně v období prenatalním, perinatálním, a postnatálním ve vývoji plodu dítěte. Nejčastějšími důvody mohou být infekční a parazitární onemocnění matky během jejího těhotenství, úrazy, vliv návykových látek nebo komplikovaností samotného porodu atd. (Renotírová 2002, s. 30)

- **Vrozené vady lebky a páteře**
 - **Poruchy tvaru lebky** – nejčastěji způsobeny předčasným růstem lebečních švů Podílí se na ní záněty v době nitroděložního vývoje atd.
 - Brachycefalie – zploštělá hlava
 - Skafocefalie – zúžený, prodloužený tvar
 - Trigonocefalie – trojúhelníková deformace
 - Plagiocefalie – jednostranná, šikmá deformace lebky
 - **Poruchy velikosti lebky** – bývají spojeny s různým stupněm retardace.
 - Hydrocefalus – neboli vodnatelnost mozku.
 - Makrocefalus – nadměrná velikost hlavy.
 - Mikrocefalus – příliš malá hlava
 - **Další poruchy lebky a páteře**

- Anecefalus – není vyvinutý koncový mozek a kosti mozkovny.
- Rozštěp lebky – spojen s výhřezem mozku či plen.
- Rozštěp rtu, čelisti, patra – často je rozštěpeno jen měkké patro nebo dochází k různým kombinacím rozštěpů. Výskyt na levé straně, vzácně pak oboustranně.
- Rozštěp páteře – jedná se o nedokonalé uzavření medulární trubice.
- **Vrozené vady končetin a růstové odchylky**
 - Amélie – úplné nevyvinutí končetin.
 - Dysmélie – tvarová vývojová odchylka.
 - Syndaktilie – srůsty prstů horních nebo dolních končetin.
 - Polydaktilie – zmnožení prstů horních nebo dolních končetin.
 - Luxace – vykloubení, nejčastěji dochází k luxaci kyčelního kloubu.
 - Akromegalie – projev zvýšené činnosti hypofýzy, dochází k nápadnému zvětšení okrajových částí těla.
 - Gigantismus – obrovský vzrůst, opět při zvýšené činnosti hypofýzy.
 - Nanismus – trpasličí vzrůst.

2.1.5. Získané vady

Získané vady jsou součástí jedné z následujících kategorií:

- **Tělesná postižení po úraze**
 - Úrazová onemocnění mozku a míchy
 - Otřes mozku
 - Zhmoždění mozku
 - Zlomeniny obratlů – mají za následek poruchy hybnosti, citlivosti,
 - Úrazové poškození periferních nervů
 - Neuropraxis – porušené vedení nervem, toto je nejlehčí stupeň postižení. Dochází pouze k dočasnému ochrnutí svalů inervovaných daným nervem.
 - Axonotmesis – těžší stupeň, obrna je chabá, následně zůstává porucha cití.
 - Neurotmesis – je z úrazových poškození periferních nervů nejtěžší. V tomto případě je nutný chirurgický zákrok a umělá stimulace svalu, která zabrání jeho atrofování.

- Amputace - viz. výše
- **Tělesná postižení po nemoci**
 - **Revmatická onemocnění**
 - Akutní revmatismus – je zapříčiněn streptokokovou infekcí. Mezi hlavní příznaky můžeme zařadit postižení kloubů a srdce, (klouby bývají zduřelé, teplé.)
 - Velký kloubní revmatismus – hrozí dlouhodobá nebo i trvalá invalidita. Nemoc ovlivňuje jak funkčnost horních končetin (snížení uchopovací schopnosti), tak dolních končetin (deformity kolene).

2.1.6.DMO

Dětská mozková obrna je vrozené onemocnění. Jde o centrální obrnu, která má vliv na motorické, kognitivní, senzorycké a další funkce.

Vzniká pre-, peri- či postnatálně a je způsobena mechanickým, biologickým, chemickým či fyzikálním poškozením vyvíjejícího se mozku.

Typická u DMO je hlavně špatné fungování jemné motoriky, rozvoj řeči je buď velmi zpomalený, nebo se vyskytují poruchy řeči. Může se objevit i zvýšený svalový tonus a další. (Vítková 1999, s. 31)

DMO můžeme rozlišovat dle typu hybného postižení, na formy spastické, které tvoří přibližně 61% z celkového počtu. Druhým typem je forma dyskineticko-dysotonická (21%), smíšené formy tvoří 12% a poslední formou jsou postižení hypotonická a cerebelární (6%).

- **Obecné klinické příznaky:**

- Spasticita - abnormálně zvýšený svalový tonus, zvýšené svalové reflexy, abnormální pohyby a držení (vnitřní rotace a addukce v kyčlích, pronace a flexe předloktí),
- Dystonie - abnormální trvalé svalové kontraktury, které vedou k abnormálnímu dystonnímu držení a abnormálním pohybům (flexe, pronace zápěstí s nataženými prsty nebo torzí trupu).
- Atetóza - generalizované, nekoordinované, přehnané, mimovolní hyperkinetické pohyby, normální nebo snížený svalový tonus.
- Ataxie - soubor příznaků, který znamená poruchu správné koordinace vůli ovládaných pohybů (Jemná a hrubá motorika)

- **Příčiny vzniku DMO**

- a) **Příčiny prenatální**

- nedostatečné okysličení tkání (anoxie), infekční nemoci matky, toxické vlivy chemických látek, úrazy matky, těžká psychická traumata, dědičnost, nedonošenost nebo přenošenost dítěte

b) Příčiny perinatální

- protahovaný porod, asfyxie novorozence, těžká novorozenecká žloutenka, překotný porod pánevním koncem, vcestné lůžko, užití nadměrného množství anestetik

c) Příčiny postnatální

- těžká infekční onemocnění, zánětlivá onemocnění CNS, průjmovitá onemocnění s toxickými následky pro organismus, hnisavé záněty středního ucha, úrazy hlavy, bronchopneumonie, novorozenecká žloutenka při RH inkompatibilitě (Renotiérová, 2003, s. 30)

- **Těžší druh DMO má čtyři formy:**

- Hypotonickou, diparetickou, hemiparetickou, kvadruparetickou

- **Formy DMO**

- **Spastické formy**

Vyznačují se zvýšeným svalovým tonem. S ohledem na místo postižení rozlišujeme spastické formy diparetické, hemiparetické a kvadruparetické.

- **Diparetická forma**

Je nejčastější formou DMO. Vyskytuje se u předčasně narozených dětí, které tím pádem mají nízkou porodní váhu. Diparetická forma může být způsobena i asfyxií nebo krvácením do mozku. Postihuje zejména dolní končetiny.

Postižení jedinci mají odlišné držení těla, a to tak že chodidla mají vtočena dovnitř, s koleny směřují k sobě a pánví je vychýlenou dopředu.

- **Hemiparetická forma**

Dochází k postižení hlavy a ho končetin rukou. Zatímco postižená ruka je zařata v pěst, obličej je otočen ke zdravé straně.

- **Kvadruparetická forma**

V tomto případě jsou postiženy všechny čtyři končetiny. U tohoto typu postižení se běžně setkáváme s přidruženým mentálním postižením. S touto formou postižení jsou obvykle spojeny i symptomatické poruchy řeči, smyslové vady či epilepsie.

- **Nespastické formy:**

- **Forma hypotonická**

Snížené svalové napětí, výraznější spíše na dolních končetinách. Stoj je nejistý, chůze vrávoravá, nejistá. (Renotiérová, 2003, s. 33).

- **Forma dyskinetická** (dříve extrapyramidová)

Typická nepotlačitelnými mimovlnnými pohyby. Tyto pohyby jsou buď atetotické (pomalé), choreatické (prudké, nečekané), balistické (prudké, obvykle celou končetinou), myoklonické (drobné pohyby svalů) a lordotická dystonie (projevují se při chůzi kroucením trupu- vzniká lordóza). Občas postihuje i svalstvo obličejové, a svalstvo účastníci se na tvorbě hlasu a řeči. (Renotiérová 2003, s. 35).

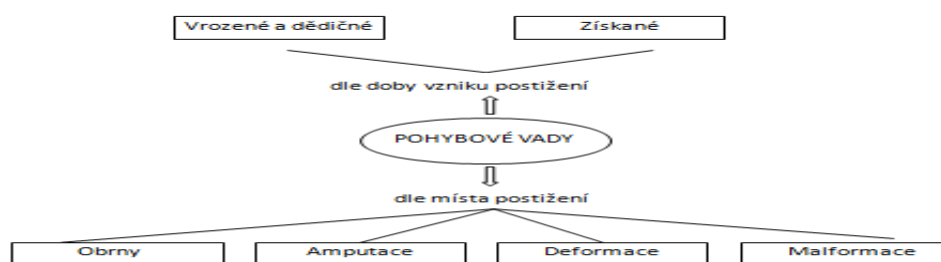
- **Forma mozečková**

Časté jsou poruchy pohybové koordinace. Spojeno s velmi těžkým postižením intelektu. (Pipeková, 1998).

- **Lehká mozková dysfunkce**

Mezi lehčí typ postižení centrální nervové soustavy řadíme lehkou mozkovou dysfunkci, zkráceně LMD. „Základem LMD je oslabení schopností a vlastností řady psychických funkcí zodpovědných za řízení, kontrolu, regulaci, koordinaci a integraci chování“¹

Obrázek č. 1 Schéma dělení pohybových vad



(Pipeková 2006 s 170)

¹ VÍTKOVÁ, Marie, Paradigma somatopedie. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita 1998. 140 s. str. 27 ISBN: 80-210-1953-0

3. Vztah společnosti ke zdravotně postiženým

Postižení lidé byli pokaždé v historii chápáni a zapojováni okolní společností dvojnásobně – se sklonem je podceňovat, odsuzovat, pronásledovat dokonce i zabíjet, nebo je litovat, přeceňovat a připisovat jim mimořádné, či nadpřirozené vlastnosti a schopnosti. V devatenáctém, s návazností na století dvacáté byl zaznamenán zásadní obrat v institucionální péči o postižené.

V lidské společnosti, od počátku jejího vzniku do současnosti, se pokaždé objevovaly lidé, kteří byli odlišní ve srovnání k většinovému uspořádání společnosti (tělesnou nebo smyslovou vadou nebo nemocí). Pro většinovou společnost to znamenalo nalézt způsob, jak se s těmito lidmi naučit soužít. Tyto způsoby vyrovnání byly a jsou ovlivněny mnoha faktory, mezi které můžeme zařadit například vyspělostí společnosti, kultura, historii atd. (tím, co bylo považováno za společensky žádoucí a co nikoli).

3.1. Do roku 1989

Lidé se zdravotním postižením byli v minulosti vnímání společností převážně negativně. Mezi důvody pro negativní postoj bylo v té době mnoho věcí týkajících se lidí s postižením, ale asi největší problém s nimi spojený, byl ten, že jejich postižení bylo viditelné na první pohled.

Přístup naší společnosti k této skupině obyvatel v době před rokem 1989 byl výrazně segregační. Setrvání postiženého člena v kruhu rodinném znamenalo ztrátu potenciální pracovní síly (těch, kteří se o postiženého člena rodiny starali), a to byl důvod ,proč společnost lidi s postižením chtěla přednostně a nuceně umisťovat do ústavní péče.

3.2. Po roce 1989

Žádná společnost nezaručuje stejnou rovnost všem svým členům. Každá společnost byla, je a bude rozdělena do vrstev a skupin, které se liší svým podílem na službách, přístupem k moci a výši své prestiže, zisků a postavením v rámci společnosti

Po roce 1989 se přístup společnosti ke zdravotně postiženým zásadním způsobem změnil. Je zde snaha o pochopení a prosazení procesu integrace zdravotně postižených do společnosti. Bohužel i přesto některé předsudky a stereotypy týkající se osob se zdravotním postižením přetrvávají dodnes.

Posun ke zlepšení lze ukázat například u estetického problému, dnes mnoho problémů dnes řeší velice moderní a funkční protetika. Někteří handicapovaní lidé se zapojují do speciálně upraveného pracovního procesu. Architektura se přizpůsobuje potřebám handicapovaných (jakákoliv nová stavba sloužící veřejnosti nebo její rekonstrukce, musí splňovat kritéria „bezbariérovosti“). U bezbariérovost budov čas od času probíhají kontroly, zda odpovídá aktuálním požadavkům určených v příručkách a zákonech.

Samozřejmě existují i lidé se zdravotním postižením, u kterých je stacionární péče jediným možným řešením a nejlepší volbou pro určitou kvalitu jejich života, ale stále se preferuje, pokud je to jen trochu možné, ponechat zdravotně postiženého v jeho přirozeném sociálním prostředí, nejlépe v rodině a ve společnosti známých lidí. Znakem toho, že lidé začínají mít jiný pohled a pochopení pro lidi s postižením bylo i přijetí Zákona o sociálních službách (Zákon č. 108/2006 Sb.).

4. Integrace

4.1. Pojem integrace

Integrace se dá vnímat jako změna a uzpůsobení společnosti tak, aby byli lidé s hendikepem a lidé bez něj rovnoprávními občany a společně vytvářeli vhodné prostředí postavené na principu vzájemné ochrany a s tím související pomoci a udržování pozitivního vzájemného vztahu mezi lidmi ve společnosti (Albrecht III celostátní seminář pro zdravotně postižené)

Jedná se o stav, kdy lidé s postižením a bez něj mohou žít vedle sebe. Osoba s postižením je tedy začleňována do intaktní společnosti, ve které se, ale necítí, že je z takovéto společnosti vyřazen nebo nežije s pocitem zvláštnosti, ale naopak on sám i okolní společnost takového člověka vnímají jako zcela normální součást většinové společnosti.

Integraci však nelze chápat jen jako stav, jelikož je to současně i proces samotného integračního včlenění, nebo znovu začlenění lidí s hendikepem do intaktní společnosti. To znamená proces vzájemného přijetí dvou „odlišných,“ skupin lidí, kdy se jedné skupině můžeme vidět člověka s postižením (ať už tělesného, smyslového nebo mentálního), který pomoc potřebuje a na straně druhé osobu bez hendikepu, jenž může hendikepovanému pomoci (může nastat ale i situace, kdy se strany prohodí.). Cílem integrace je smazání těchto rozdílů.

4.2. Vznik integrace

Po skončení komunistické nadvlády v naší zemi došlo ke změně ve vnímání osob s hendikepem. Od roku 1994 je oblast integrace zdravotně postižených součástí obsahu občanské a rodinné výchovy. Veřejnost začala chápat, že věci potřebné k životu tělesně postižených jsou podobné, ne-li až stejné s potřebami zdravých lidí a, že mají tím pádem stejnou příležitost k vytváření způsobu svého života jako má zdravá osoba, která je součástí intaktní společnosti.

4.3. Směry integrace

4.3.1. Asimilační směr integrace

„Základní podmínkou integrace je přijetí psaných, fixovaných i nepsaných norem existence majoritní společnosti, hlavní způsobem řešení integrace je začlenění znevýhodněných lidí do institutů majority intaktních.

V tomto pojetí je integrace splýváním znevýhodněné minority s intaktní či s proudem dění ve společnosti. Pro uvedený směr je spíše typická rychlá, praktická, organizační a legislativní řešení než systémová opatření, respektive teoretická příprava.“²

4.3.2. Adaptační směr integrace

„Adaptační směr má následující rysy: Integrace je společným problémem lidí postižených i intaktních a je založena na vztahu partnerství mezi všemi zúčastněnými.“³

4.4. Podmínky integrace

Pro naplnění cílů procesu integrace postižených osob, jako je vžít se do intaktní společnosti a vymazat rozdíly mezi zdravými a postiženými, se nutně musí vytvořit určité podmínky pro integraci.

Jednou z nejdůležitějších podmínek je pozitivní postoj intaktní společnosti. Jak ve školním či pracovním kolektivu, tak v běžném životě. V současné době už není zase tak nezvyklé vidět ve společnosti lidi s hendikepem. Další důležitou součástí je přijetí do společnosti, a to jak se sám postižený člověk dokáže zapojit mezi ostatní ve společnosti. Samozřejmě pro lidi, kteří postižení získali během svého života (skok do vody, pracovní úraz), je znovu začleňování se do většinové společnosti v mnohém těžší, než je to pro lidi s hendikepem, vrozeným. Jelikož člověk, který postižení získá v průběhu života a pokud je to ještě k tomu následkem nečekané situace, je v podstatě ze dne na den vytržen ze života, na který byl zvyklý a nemůže dělat určité věci, které předtím byli brány za samozřejmost. Postupem času se může dostat do fáze psychického vyčerpání nebo depresí.

V neposlední řadě je jednou z důležitých podmínek napomáhajících integraci bezbariérovost nejen architektonická, ale i v jiných oblastech života jako například bezbariérovost kulturní, administrativní, školská. Všechny zmíněné bariéry mají nemalý vliv na stupeň kvality života s tělesným postižením. Právě kvůli bariérám je lidem s postižením částečně omezena nebo snížena možnost plánovat své potřeby a zájmy pro plnohodnotný život.

4.5. Příležitosti a prostředky integrace

² NOVOSAD, Libor. Základy speciálního poradenství: [struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním]. Vyd. 2. Praha: Portál (vydavatelství), 2006. Str. 21, 159 s.

³ NOVOSAD, Libor. Základy speciálního poradenství: [struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním]. Vyd. 2. Praha: Portál (vydavatelství), 2006. Str. 21, 159 s.

Při budování dobrých podmínek pro integraci je nutné nejprve začít pracovat na odstranění bariér. Jedná se v první řadě o bezbariérový pohyb, konkrétně tedy o odstranění překážek omezujících pohyb lidí s postižením (schody, vysoké chodníky). Možnost využívat bezbariérovou dopravu a nebránit jejímu rozvoji, dostupnost bezbariérových toalet atd. Dále také umožnit lidem s postižením využívat kompenzační pomůcky.

Jednou z hlavních překážek může být izolace lidí s hendikepem ve speciálních centrech nebo ústavech, z důvodu nemohoucnosti těchto osob. Socializaci by jistě hodně pomohlo, kdyby se na lidi s postižením společnost přestala koukat jako na osoby omezené svým hendikepem, ale kladla větší pozornost na dovednosti, které u lidí se zdravotním postižením zůstaly neporušené. Jak se společnost postaví k otázce zdravotního postižení má velký význam a určuje to také stupeň vyspělosti dané společnosti.

Jedním z nástrojů napomáhajícím integraci je komplexní (ucelená) rehabilitace. Komplexní rehabilitace znamená, spolupráci odborníků v týmu (rehabilitační pracovník, lékař, psycholog a sociální pracovník) orientuje na snahu pomoci, nejen po fyzické stránce klientova stavu a zároveň hledají odpovědi na otázky spojené se sociálními problémy, které se mohou během rehabilitace objevit. Zároveň by měla být snaha o zapojení rodiny a přátel do procesu rehabilitace jedince.

Podmínkou úspěšné rehabilitace je obeznámení se se situací a zdravotním stavem klienta s hendikepem a s tím spojená empatie. To napomůže při určování vhodných rehabilitačních metod a postupů.

4.5.1.Sociální rehabilitace

Pod pojem Sociální rehabilitace se dají, zahrnou veškeré činnosti vedoucí k podpoře nebo úplné samostatnosti a nezávislosti lidí, za využití jejich vlastních dovedností a společenských návyků pro potřeby zapojení do života. Je poskytována ve formě terénní, ambulantní nebo pobytové služby. (zákon č. 108/2006 sb. § 70)

Sociální rehabilitace má za úkol zabránit nebo úplně vymazat hendikep, za pomoci rozvíjení schopností daného člověka v negativních sociálně- společenských situacích tak, aby se naplněny jeho osobní potřeby a společenská práva. Sociální rehabilitace učí člověka řešit úskalí spojená s hendikepem a procvičovat zachovalé schopnosti. Sociální rehabilitace má být propojena jak na léčebnou, psychologickou tak i na pracovní rehabilitaci.

4.5.2.Pracovní rehabilitace

Pracovní rehabilitace je soubor činností zaměřených na vytváření pracovních podmínek pro pracovní uplatnění. Jde hlavně o obnovu pracovních schopností člověka pro

získání pracovního uplatnění a pomoc dávanou od státu občanům, kteří trpí právě změnou výš zmíněných pracovních schopností, které vedou k vykonávání v současném nebo popřípadě i v jiném vhodnějším zaměstnání. „Práce přitom může být i prostředkem léčebné rehabilitace i rozvojem osobnosti a sociální integrace postiženého.“⁴

4.5.3. Léčebná rehabilitace

Léčebná rehabilitace obsahuje postupy a procesy napomáhajících léčebnému procesu. Na prvním místě se snaží o odstranění poškození a na druhém místě je zde snaha o mírnění následků způsobených poškozením některé funkce těla. (Jesenský 1995 s. 35). V podstatě se tento typ rehabilitace podílí na zkvalitnění změněných či snížených funkcí organismu a na zdokonalení samostatnosti a soběstačnosti jedince s postižením, to vede k větší možnosti na uplatnění ve společnosti.

Podílí se na tom velkou měrou dvě složky léčebné rehabilitace a to redukce a kompenzace. Redukce je snaha o znovu zapojení porušených funkcí, a je zastoupena pomocí rehabilitačních postupů, které chtějí dosáhnout až možnosti používat poškozený orgán. Kompenzace je nahrazení porušené funkce jinou podobnou funkcí. Jejím úkolem je zcela odstranit nebo zmenšit následky vzniklé poškozením.

„Pfeiffer a Votava rozlišují léčebnou rehabilitaci vertikální, kdy se v důsledku léčebných rehabilitačních prostředků podaří obnovit původní stav organismu a léčebnou rehabilitaci horizontální, kdy má poškození trvalý charakter a nese s sebou širší okruh důsledků.“⁵ Léčebná rehabilitace využívá některé prvky tělesné výchovy a také sportu.

4.5.4. Psychologická rehabilitace

Je jí možné pochopit jako prostředek pro obnovení psychického zdraví, které bylo a je kvůli krizové situaci určitou měrou narušeno. Snaží se i zabránit druhotným změnám v oblasti psychiky, které mohou nastat během procesu vyrovnávání se s těžkou nemocí, či zdravotním stavem. Vyskytují se tři fáze psychické pomoci:

- Čin: úspěšný nebo neúspěšný má psychologický vliv na člověka a jeho okolí.
- Vztah ke klientovi: důležitost hraje, jak vnímáme klientova, a také způsobu jednání, který zvolíme, na tom jaký typ hlasu použijeme v řeči, mimice, pohybu těla atd.

⁴ Jesenský, Jan. Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených. 1. Vydání Praha: Karolinum. 1995. Str. 117, 159 s.

⁵ Jesenský, Jan. Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených. 1. Vydání Praha: Karolinum. 1995. Str. 36, 159 s

- Slovo: měli bychom si dávat pozor, jaká slova chceme zvolit s ohledem na čas, situaci i citové rozpoložení klienta.

4.6. Sociální integrace zdravotně postižených

sociální integrace je proces umožňující lidem stejné příležitosti pro začlenění do intaktního společenského prostředí (vzdělávací a pracovní možnosti a zapojení do každodenního, běžného života svého okolí. Jedná se o nejvyšší možnou míru socializace, kterou může člověk dosáhnout. Jde především o dodržování stanovených norem a pravidel společnosti a schopnost budovat si vzájemné vztahy mezi jednotlivci, skupinami osob a společnostmi. (Jesenský 1998, s. 35). Proto rozlišujeme 4 základní stupně integračního (socializačního) procesu:

1. Integrace - úplné začlenění a splynutí člověka s hendikepem do společnosti. Je zde samozřejmá samostatnost a nezávislost jedince, na jiné osobě. Který nechce skoro žádné zvláštní ohleduplnost od ostatních lidí a okolí.
2. Adaptace - nižší fáze socializace, jde o schopnost hendikepovaného jedince přizpůsobovat se všem společensko- kulturním, a sociálním podmínkám dané společnosti.
3. Utilita - Označuje míru sociálního upotřebení postiženého člověka, jehož vývoj je značně znemožněn a potřebuje bezpodmínečně pomoc druhé osoby.
4. Inferioritou - nejnižší možný stupeň socializace. Typická je sociální nepoužitelnost a sociální izolace. (Jesenský 1998, s. 37)

Jak už je zmíněno výše, možnosti socializace nejsou pro všechny hendikepované stejné. Jejich život, možnost se socializovat je ovlivněn faktory, které můžeme rozdělit do dvou skupin. V první skupině jsou subjektivní činitelé, jako například osobní rysy, charakter, zázemí daného jedince a v neposlední řadě zdravotní stav. V druhé skupině pak jsou objektivní činitelé jako poskytované služby, sociální politika, životní prostředí, prostorové bariéry.

4.7. Integrace ve sportu s tělesným postižením

„Integrace zdravotně postižených osob do společnosti prostřednictvím sportu je velmi aktuální. Dokladem společenského zájmu jsou i dokumenty Rady Evropy, které vyjadřují zájem

*na rozvoji sportu jako významného prostředku podpory a stabilizace zdraví, socializace jedince, prostředku k obohacení kvality života a dalších faktorů.*⁶

Využití volného času a právě sport je pro osoby s hendikepem důležitou kompenzační pomůckou jak na úrovni společenských tak i psychických problémů, kterým díky svému postižení musí čelit. Právě při sportovní činnosti dochází k integraci za účasti lidí bez hendikepu, protože ve sportu se mohou najít aktivity, které velkou měrou snižují velikost znevýhodnění.

Již od začátku sportování postižených byla vyzdvihována socializační role sportu. Jehož se dá bez známek násilného způsobu začleňování osob s hendikepem mezi intaktní společnost a zároveň vyzdvihuje sport umožňuje lepší komunikaci a tím napomáhá zdárnější integraci. Sportem se také dochází k odbourávání sociálních bariér. To vedlo, až ke vzniku Mezinárodního výboru pro integraci sportovců s postižením (ICAD) roku 1990. Ten se zaměřil na možnost účasti sportovců s hendikepem na vrcholové soutěže (například paralympiáda), později byl pojmenován na komisi pro inkluzi sportovců s postižením.

*„Důležitou součástí je také tzv. Obrácená integrace. To znamená účast nepostižených sportovců na sportovních aktivitách pro osoby s postižením.”*⁷

Integrace je významná pro rozvoj samotného sportu a socializaci jedinců s postižením.

⁶ Jesenský, Jan. Integrace- znamení doby. Sborník z odborné konference na počest 50. výročí Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy a 50. výročí vysokoškolské přípravy speciálních pedagogů. 1. Vydání Praha: Karolinum 1998. Str. 119 s214 s.

⁷ Kudláček, Martin. Aplikované pohybové aktivity pro osoby s tělesným postižením. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2007. Str. 14, 122 s. ISBN: 978-80-244-1655-7

5. Sport s postižením

Zásadní význam v oblasti celoplošné péče o vozíčkáře má, již zmíněná léčebná rehabilitace, která využívá prostředků tělesné výchovy a sportu. Jedná se tedy o jeden z prvních kroků k osvojení pohybových aktivit a dovedností na invalidním vozíku. Stejně tak jako zdravá populace potřebují i lidé s hendikepem sportovat k udržení fyzické a psychické kondice. Vše je samozřejmě realizováno s ohledem na druh omezení pohybu. Pravidelná sportovní aktivita zlepšuje, jak zdravotní, psychické tak i sociální stav vozíčkáře. V podstatě má sport pozitivní vliv na rozvoj osobnosti a to konkrétněji na individuální schopnosti nebo také získání částečné nebo úplné samostatnosti, seberealizaci a v neposlední řadě zvládnání stresových situací. Sport tak přispívají k možnosti žít plnohodnotný život. Za cíle sportu pro hendikepované můžeme považovat:

- Rozvíjení základních pohybových schopností a dovedností, což jsou obratnost, síla, vytrvalost, udržení rovnováhy, prostorová orientace, manuální zručnost atd.
- Osvojení žádoucích regeneračních a kompenzačních metod jako jsou psycho-relaxační techniky, kompenzační cvičení atd.
- Formování psychických vlastností – schopnost koncentrace, zvládnání emocí, vyrovnávání se s konflikty.
- Překonávání sociálních bariér, přijetí sociálních rolí, navazování kontaktů jak ve společnosti lidí s hendikepem tak i v intaktní společnosti.
- Předcházení vzniku tzv. civilizačních chorob například z nedostatku pohybu, nezdravé životosprávy atd.

5.1. Klasifikace sportovců s postižením

Původní zaměření sportu bylo hlavně na bázi rehabilitace či léčebné činnosti postupem času, a i vývojem sportu pro postižené došlo ke změně vnímání sportu jako rekreační nebo až soutěžní aktivitě, která může vest až k vrcholové úrovni. Ta je pro sportovce s postižením nejvíce spojena s paralympijským hnutím. Sportovní soutěže pro sportovce s hendikepem jsou samozřejmě náročnější na organizaci, potřebu asistentů a speciálních pomůcek, na financování. Ani soutěžení v rámci dané sportovní třídy, která je dána klasifikací, situaci příliš neulehčuje.

Pojem klasifikace však není nový, začíná se objevovat již od 50. let minulého století. Na rozdíl od klasifikace sportovců bez hendikepu, která se může rozdělovat podle váhové kategorie, věku či pohlaví, se klasifikace u sportovců s postižením určuje podle typu a

velikosti zdravotního postižení nebo podle funkčních schopností závodníka. Na rozdíl od nepostižených sportovců je klasifikace u tělesně a zrakově postižených dána pro většinu sportů.

5.1.1. Definice a cíle klasifikace

„Klasifikace může být definována jako „hodnotící systém, který se používá k rozdělení sportovců do tříd při různých sportovních aktivitách tak, aby jim poskytl srovnatelný výchozí bod pro trénink a soutěže a tím zajistil fair play.“⁸

Klasifikace má za cíl zmenšovat vliv postižení na hodnocení sportovních soutěží. Získání cenných kovů i úspěchy ve zlepšování osobních omezení (hranic – překonání svého vlastního sportovního času) sportovec je tím pádem závislý pouze na svém talentu, taktice, tréninku a dovednostech, bez ohledu na stupeň nebo druhu postižení, který by mohl sportovce oproti ostatním znevýhodnit. Klasifikační systém rozděluje sportovce do sportovních tříd, které jsou většinou specifické pro jednotlivé sporty a zahrnují vždy měřitelnou úroveň minimálního postižení.

Problém klasifikace spočívá v individuálních rozdílech mezi jednotlivými sportovci s postižením. Proto je celkem nemožné mít stejné podmínky pro všechny a každá klasifikační třída má kvůli tomu určitý rozsah. Klasifikace se proto neustále vyvíjí. Správně a efektivně nastavený klasifikační systém má obsahovat:

- umožnit soutěž fair play
- umožnit všem sportovcům mít stejnou šanci účastnit se mezinárodních her s mezinárodní úrovní
- měřit respektive hodnotit pouze funkční omezení způsobena zdravotním postižením
- být dostatečně jednoduchý, aby byl použitelný v každé účastnické zemi
- být sportovně specifický

Naopak následující vlastnosti by v efektivním klasifikačním systému neměly mít vliv na sportovní třídu:

- schopnosti a technika jejich provedení
- talent
- genetické propozice

⁸ Daďová, Klára. Klasifikace pro výkonnostní sport zdravotně postižených. 1. vyd. Praha : Karolinum (nakladatelství), 2008. Popis: 89 s. ISBN: 978-80-246-1520-2

- tělesné rozměry
- pohlaví
- tréninkový efekt
- technické parametry používaných pomůcek

5.2. Historie Paralympijského sportu

Začátky sportu osob se zdravotním postižením můžeme nalézt již v roce 1944, kdy neurolog Ludwig Guttmann založil ve Stoke Mandeville (VB) rehabilitační centrum, které využívalo léčebnou rehabilitaci, spojenou též s tělesnou výchovou a sportem. Tyto sportovní činnosti vedli až k pořádání soutěží mezi jednotlivými rehabilitačními centry a to nejen na území Velké Británie (dostali se i do USA).

První oficiální sportovní hry vozíčkářů konané roku 1948 a známé také pod názvem Stoke Mandevillské hry, můžeme považovat za rané počátky paralympijského sportu. Hry byly jednoznačně spojené se jménem jejich zakladatele a propagátora sportu pro postižené Sirem L. Guttmannem, který prohlásil: *„Sport by se měl stát pro postiženého silou, která mu pomůže obnovit vlastní vztah k okolnímu světu a tím ke svému uznání coby rovnocenného občana“*⁹

Po ukončení Stoke Mandevillských her se začal sport poměrně rychle rozvíjet, a tak v roce 1952 se mohly uskutečnit svého druhu první mezinárodní hry vozíčkářů, na kterých bylo 130 sportovců z různých zemí. Ještě ten stejný rok byla založena Mezinárodní sportovní organizace vozíčkářů (International Stoke Mandeville Games Federation). Cílem sira Guttmanna bylo vytvořit systém co nejvíce totožný s organizací olympijských her. Jeho cíl konat hry na stejném místě a ve stejném roce jako olympijské hry se stal realitou v roce 1960. Dva měsíce po skončení olympiády v Římě se konaly mezinárodní hry, které později dostaly název paralympiáda (určena pouze pro paraplegiky). Proto se v roce 1964 zakládá Mezinárodní sportovní organizace pro zdravotně postižené (ISOD), která se zaměřuje na sport osob s amputacemi a dalším tělesným postižením. A nakonec v roce 1978 vzniká také mezinárodní sportovní organizace CP-ISRA pro sport a rekreaci osob s centrální parézou.

5.3. Letní paralympijské sporty

Existuje velké množství sportů, určené pro lidi s hendikepem. Skoro u všech můžeme nalézt jejich ekvivalent u sportovních aktivit pro zdravé osoby. Každá z jednotlivých níže

⁹ Kudláček, Martin. Aplikované pohybové aktivity pro osoby s tělesným postižením. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2007. Str. 5, 122 s. ISBN: 978-80-244-1655-7

uvedených sportovních aktivit má svá specifická pravidla, která jsou odlišná od pravidel sportu pro zdravé sportovce.

V následující kapitole popíši základní charakteristiku jednotlivých sportů zařazených na program letních paralympijských her, jejich vznik a rok, kdy se staly paralympijským sportem a základní pravidla pro daný sport.

5.3.1. Atletika

První mezinárodní závody pro hendikepované sportovce v atletice se konaly v roce 1952 ve Stoke Mandeville (Velká Británie). Závody se pořádaly pro veterány druhé světové války. Atletika byla jedním z osmi sportů zařazených na první paralympijské hry v Římě roku 1960. I proto se právě tato disciplína řadí mezi nejrozšířenější sporty (věnují se jí sportovci z více než 120 zemí). Například nevidomí nosí černé brýle a běhají s trasérem, který může používat akustické signály pro skoky. Spastici se mohou účastnit maratonu a amputáři mají speciální běžecké protézy.

Disciplíny v atletice jsou běhy na dráze – sprinty (100m, 200m, 400m), běh na střední vzdálenost (800m, 1500m), běh na dlouhou vzdálenost (5000m) a štafety (4x100m, 4x400) dále pak silniční běh – maraton. Mezi disciplíny označované jako technické patří skok do výšky, skok do dálky, trojskok, hod diskem, vrh koulí, hod oštěpem, hod kuželkou. Poslední disciplínou je pětiboj (pro vozičkáře víceboj). (Český paralympijský výbor, *sporty, paralympijské sporty, atletika* [online]. [par. 8. 9. 2020] dostupné z paralympic.cz/cpv/cpt/sporty/paralympijské_sporty/atletika/)

5.3.2. Badminton

Badminton je mezinárodně provozován od 90. let 20. století. První mistrovství světa se uskutečnilo v nizozemském městě Amersfoort v roce 1998. Pod vedení Mezinárodní badmintonové federace se dostal až v roce 2011, v současné době je provozován v 63 zemích. Badminton se poprvé zařadil na program paralympijských her v Tokiu v roce 2020.

Stejně jako u zdravých, v para-badmintonu hrají sportovci v kategoriích ženy a muži jednotlivci, mužské a ženské čtyřhry a smíšené čtyřhry. V badmintonu jsou sportovci členěni do 6 sportovních tříd podle hendikepu. (Český paralympijský výbor, *sporty, paralympijské sporty, atletika* [online]. [par. 8. 9. 2020] dostupné z paralympic.cz/cpv/cpt/sporty/paralympijské_sporty/badminton/)

5.3.3. Basketbal na vozíku

Basketbal na vozíku se poprvé objevil v USA v roce 1945 díky válečným veteránům z druhé světové války. Nezávisle na nich, začali váleční veteráni ve Velké Británii hrát

basketbal na vozíku v roce 1948 v nemocnici ve Stoke Mandeville. První národní basketbalový turnaj se odehrál se šesti týmy v Illinois (USA) v roce 1949. Stejný rok byla založena Národní asociace basketbalu na vozíku v USA. Na program paralympijských her se zařadil roku 1960 v Římě.

Jedná se o jeden nejnámějších sportů pro vozíčkáře a je určen pro všechny, kteří mají postižení dolních končetin. Klasifikaci a pravidla určuje Mezinárodní federace basketbalu vozíčkářů. Hráči se dělí do 4 kategorií, Na hřišti hraje pět hráčů a součet jejich bodové (osobní- určeno číslo postižení) klasifikace na paralympijských hrách může být maximálně 14 bodů. (paralympic.cz)

5.3.4. Boccia

Boccia se poprvé objevila na paralympijských hrách v roce 1984 (New York USA). Boccia je jedním ze dvou sportů, které nemají svůj ekvivalent na olympijských hrách (druhý sport je goalbal). Tento sport je určen pro osoby s centrální poruchou hybnosti a jinými těžkými pohybovými hendikepy. Hra je velmi podobné pétanque, cílem hry je dostat kožené míčky, červené nebo modré, co možná nejvíc blízko bílému míčku (jack). Všechny disciplíny hrají muži i ženy zároveň. (Český paralympijský výbor, *sporty, paralympijské sporty, atletika* [online]. [par. 8. 9. 2020] dostupné z paralympic.cz/cpv/cpt/sporty/paralympijské_sporty/boccia/)

5.3.5. Cyklistika

Cyklistika se začala mezinárodně rozvíjet už v roce 1980 a byla v první řadě určena pro sportovce se zrakovým hendikepem, kteří se účastnili závodů na tandemech. Postupem času se, ale přidali sportovci s poruchou centrální nervové soustavy, amputaři a další tělesná postižení. Závodí se na klasických kolech, tricyklech nebo handbiku. Silniční cyklistika se prvně představila na paralympiádě v roce 1984 (New York/ Stoke Mandeville), dráhová cyklistika byla zařazena v roce 1996 (Atlanta).

Disciplíny v cyklistice se dělí na dva „oddíly“ dráhovou cyklistiku, která se dále dělí na silniční závod, časovka na 1 km/ ženy 500m, týmový sprint a silniční cyklistiku kam patří silniční závod, silniční časovka, závod týmů. (Český paralympijský výbor, *sporty, paralympijské sporty, atletika* [online]. [par. 8. 9. 2020] dostupné z paralympic.cz/cpv/cpt/sporty/paralympijské_sporty/cyklistika/)

5.3.6. Fotbal pro nevidomé

Na paralympijském programu od roku 2004 v Aténách. Jedná se o sport pro zrakově postižené. Na hřišti jsou za každý tým 4 hráči. Hráči v poli musí mít klasifikaci B1 (úplně

nevidomí- nízká vizuální schopnost nebo nevnímají světlo), brankáři mají klasifikaci B2 nebo B3 (částečně vidí). Všichni hráči v poli nosí černé masky (férové podmínky). Můžou se využívat asistenti na okrajích hřiště. Uvnitř míče je zvukový systém (hráči slyší pohyb míče), s tím souvisí nutná povinnost naprostého ticha v hledišti. (Český paralympijský výbor, *sparty, paralympijské sporty, atletika* [online]. [par. 8. 9. 2020] dostupné z [paralympic.cz/cpv/cpt/sparty/paralympijské sporty/fotbal pro nevidomé/](http://paralympic.cz/cpv/cpt/sparty/paralympijské_sporty/fotbal_pro_nevidomé/))

5.3.7. Goalball

Vznikl v roce 1946 jako sport, který pomáhal vrátit do běžného života válečné veterány z druhé světové války, kteří přišli o zrak. Na paralympiádě poprvé v roce 1976 v Torontu (jen muži) pro ženy byl na program zařazen až v New Yorku v roce 1984.

Jde o týmový sport, u kterého musí mít hráči při zápasu na očích neprůhledné klapky. Všichni sportovci na mezinárodním poli musí být nevidomí (schopnost vidět je méně než 10%) a musí patřit do jedné z klasifikačních tříd – B3,B2 nebo B1. Týmy se skládají z 6 hráčů, kdy na hřišti jsou pokaždé 3 hráči. Soutěže jsou rozděleny na dvě kategorie, muži a ženy.

Smyslem hry je dát co nejvíce gólů. Na rozdíl od fotbalu se do míče nekope, ale naopak kutálí se po zemi jako u bowlingu, hráči se po hřišti přesouvají po kolenou a rukou. Míč má v sobě rolničku, která napomáhá bráncům slyšet, kde se míč pohybuje. Na ploše hřiště jsou nataženy pásky, podle kterých se hráči mohou orientovat. (Český paralympijský výbor, *sparty, paralympijské sporty, atletika* [online]. [par. 8. 9. 2020] dostupné z [paralympic.cz/cpv/cpt/sparty/paralympijské sporty/goalball/](http://paralympic.cz/cpv/cpt/sparty/paralympijské_sporty/goalball/))

5.3.8. Jezdectví

I jezdectví bylo začleněno na paralympiádu v Atlantě roku 1996. Je přístupné osobám se všemi druhy postižení, Kategorie jsou smíšené a dělí se podle jejich funkčního profilu. Sportovci soutěží v drezuře, kde mají povinné sestavy a freestyle test na hudbu. Dá se soutěžit i v týmu, kde startují 3 až 4 sportovci. Jezdci se hodnotí za svou dovednost vést koně a smějí používat jezdecké pomůcky, jako jsou drezurní bičků, otěže atd. Nejde pouze o sportovní aktivitu ale také o prvek rehabilitace. (Český paralympijský výbor, *sparty, paralympijské sporty, atletika* [online]. [par. 8. 9. 2020] dostupné z [paralympic.cz/cpv/cpt/sparty/paralympijské sporty/jezdectví/](http://paralympic.cz/cpv/cpt/sparty/paralympijské_sporty/jezdectví/))

5.3.9. Judo

Do paralympijských her se dostalo v roce 1988 (Soul) a to pouze pro muže, ženská kategorie byla přidána v roce 2004 (Atény) Dosud se jednalo o jediný bojový sport na hrách. V roce 2020 (přesunuto na 2021) v Tokiu bude druhým bojovým sportem taekwondo.

Judo je sport pro zrakově postižené sportovce všech klasifikačních tříd, kteří spolu navzájem bojují a stejně jako u zdravých sportovců jsou rozděleni do váhových kategorií. Jediným rozdílem mezi judem pro zdravé a pro postižené je, že postižení judisté se po celou dobu boje drží soupeřova judogi (judistické kimono). Souboj trvá u žen 4 a u mužů 5 minut. Cílem je získat šikovným útokem více bodů než soupeř nebo provést ippon – technika, kdy dostanete soupeře na záda, znehybníte ho nebo přinutíte, aby se vzdali. (Český paralympijský výbor, *sporty, paralympijské sporty, atletika* [online]. [par. 8. 9. 2020] dostupné z paralympic.cz/cpv/cpt/sporty/paralympijské_sporty/judo/)

5.3.10. Kanoistika

Rychlostní kanoistika byla zařazena na paralympijské hry v Riu 2016. Rychlostní kanoistika pro tělesně postižené, je totožná s rychlostní kanoistikou pro zdravé. Závodí se na dvou typech lodí – kajak (na pohánění se používá oboustranné kajakářské pádlo) a kanoe (jednostranné pádlo). Muži i ženy závodí na trati dlouhé 200m. (Český paralympijský výbor, *sporty, paralympijské sporty, atletika* [online]. [par. 8. 9. 2020] dostupné z paralympic.cz/cpv/cpt/sporty/paralympijské_sporty/kanoistika/)

5.3.11. Lukostřelba

Lukostřelba je prvním sportem, ve kterém se konaly závody (v roce 1948 nemocnice Stoke Mandeville) a patřila mezi první sporty, které se objevily na paralympiádě v Římě roku 1960. Od roku 2009 spadá lukostřelba pod Světovou lukostřeleckou federaci.

V soutěži jednotlivců lukostřelci střílí 72 šípů do terče s 10 kruhy během dvanácti kol. Každý sportovec má 4 minuty na kolo, kde střílí 6 šípů. Jednotlivý vítězové z prvních kol, se dostávají do (vyřazovacích) soubojů jeden na jednoho, kde se střílí 15 šípů. Střelci mají dva typu luků, z reflexních luků střílí na terč o průměru 1,22m vzdáleného 70 m a z kladkových luků střílí na terč s průměrem 80 cm na vzdálenost 50m. (Český paralympijský výbor, *sporty, paralympijské sporty, atletika* [online]. [par. 8. 9. 2020] dostupné z paralympic.cz/cpv/cpt/sporty/paralympijské_sporty/lukostřelba/)

5.3.12. Plavání

Plavání je součástí paralympijských sportů už od první paralympiády v Římě roku 1960. Jedná se o sport, který dává možnost soutěžit společně všem druhům a typům postižení (tělesně, zrakově, mentálně postižení, amputaři atd.) v plavání jsou sportovci rozděleni do 14 klasifikačních tříd dle svého hendikepu. Plavci s tělesným postižením jsou zařazováni do tříd 1-10. Nižší třída odpovídá těžšímu postižení. Sportovci je udělena jedna třída pro styl motýlek a volný způsob (S), jedna třída pro prsa (SB) a jedna třída pro polohový závod (SM). U tříd S1-S11 je také možnost v případě potřeby (závisí na postižení) startovat z vody.

Výsledkem klasifikace je například S4/SB3/SM4. Plavci se zrakovým postižením jsou pak zařazováni do tříd S11-S14, třída S11 je určena pro osoby s absolutní ztrátou zraku (na závodech mají začerněné plavecké brýle a na obrátkách při delších tratích od 100m výše asistent čeká na koncích bazénu, aby se nevidomého plavce dotkli míčkem upevněným na konci dlouhé tyče a tím mu dali pokyn, že za chvíli se má připravit k obrátce), třída S13 je určena pro jedince s nejmenší ztrátou zraku a třída S14 je určena pro plavce s mentálním postižením. (Český paralympijský výbor, *sporty, paralympijské sporty, atletika* [online]. [par. 8. 9. 2020] dostupné z [paralympic.cz/cpv/cpt/sporty/paralympijské sporty/plavání/](http://paralympic.cz/cpv/cpt/sporty/paralympijské_sporty/plavání/))

5.3.13. Rugby na vozíku

Rugby na vozíku vymysleli v 70. letech v Kanadě sportovci s kvadruplegií. Na paralympiádě byl tento sport nejprve představen v roce 1996 v Atlantě, ale přijat byl až později v novém tisíciletí (rok 2000) v Sydney. Rugby na vozíku může být smíšený týmový sport. Tento sport kombinuje prvky rugby, basketbalu a házené. Tým má 4 hráče na speciálních manuálních vozících.

Cílem hry je, aby hráč týmu skóroval respektive dotkl se nebo přejel brankovou čáru s míčem ve svém držení. S míčem může hráč na hřišti driblovat, házet, posílat po zemi nebo ho nést. Každá hra je rozdělena do 4 části po 8 minutách, vítězem je tým, který má na konci nejvyšší počet gólů. (Český paralympijský výbor, *sporty, paralympijské sporty, atletika* [online]. [par. 8. 9. 2020] dostupné z [paralympic.cz/cpv/cpt/sporty/paralympijské sporty/rugby na vozíku/](http://paralympic.cz/cpv/cpt/sporty/paralympijské_sporty/rugby_na_vozíku/))

5.3.14. Stolní tenis

Stolní tenis se objevil hned po prvních paralympijských hrách. Stolní tenis je určen, jak osobám se zrakovým postižením, tak lze soutěžit také v kategorii stojících nebo sedících. Muži a ženy soutěží v jednotlivcích, čtyřhrách nebo týmových soutěžích, a každý zápas se hraje na 5 setů s 11 body. (Český paralympijský výbor, *sporty, paralympijské sporty, atletika* [online]. [par. 8. 9. 2020] dostupné z [paralympic.cz/cpv/cpt/sporty/paralympijské sporty/stolní tenis/](http://paralympic.cz/cpv/cpt/sporty/paralympijské_sporty/stolní_tenis/))

5.3.15. Střelba

Prvně byla střelba zařazena na paralympijských hrách v Torontu (1976). Nyní už se provozuje ve více než 65 zemích. Sportovci s tělesným postižením soutěží ve střelbě z pušky, z pistole a z brokovnice. Střílí se na vzdálenost 10m, 25m, 50m na letící asfaltové terče. Soutěží se v kategoriích smíšené disciplíny, muži, ženy. (Český paralympijský výbor, *sporty, paralympijské sporty, atletika* [online]. [par. 8. 9. 2020] dostupné z [paralympic.cz/cpv/cpt/sporty/paralympijské sporty/střelba/](http://paralympic.cz/cpv/cpt/sporty/paralympijské_sporty/střelba/))

5.3.16. Šerm na vozíku

Šerm na vozíku představil sir L. Guttmann zakladatel paralympijských her, na hrách pro hendikepované válečné veterány ve Stoke Mandeville v roce 1952. Hned v roce 1960 byl šerm zařazen do paralympijských her. V šermu se soutěží v kategoriích jednotlivců tak i v týmech (po 3 šermířích). Jedná se o sport určený hlavně pro osoby s amputací, poškozením páteře nebo spasticky hendikepované.

Šermíři si mohou vybrat ze tří zbraní fleret a kord (muži a ženy) a šavle (muži), podle typu zbraně se snaží šermíř zasáhnout oponenta do povolených míst. V předkolech se bojuje do 5 zásahů, v eliminacích poté do 15 zásahů. Stejně jako v šermu zdravých jsou zásahy zaznamenávány elektronicky díky vodivé vestě/oblek. Každé kolo trvá 3 minuty a následné eliminace poté jsou 3x3 minuty. (Pravidla jsou upravena podle potřeb sportovců na vozíku, např. šermíři jsou upevněni s vozíkem v úhlu 110 stupňů na jednom místě, aby k sobě byli tváří v tvář. Vzdálenost upevnění od sebe je dána podle šermíře, který má kratší dosah.)

Fleret – lehká bodná zbraň, kterou šermíři zasahují oblast trupu. Kord – bodná i sečná zbraň, šermíři zasahují plochu celého těla od pasu nahoru. Šavle – sečná zbraň, šermíři zasahují plochu trupu nad pasem, včetně hlavy a rukou. Fleretem a kordem může šermíř zasáhnout oponenta jen hrotem, u šavle může zasáhnout hrotem i čepelí. (Český paralympijský výbor, *sporty, paralympijské sporty, atletika* [online]. [par. 8. 9. 2020] dostupné z [paralympic.cz/cpv/cpt/sporty/paralympijské sporty/šerm na vozíku/](http://paralympic.cz/cpv/cpt/sporty/paralympijské_sporty/šerm_na_vozíku/))

5.3.17. Taekwondo

První mistrovství světa v taekwondo se konalo v ázerbájdžánském Baku v roce 2009. Taekwondo se stalo paralympijským sportem v roce 2015 a poprvé bude zařazeno do programu, na paralympiádě v Tokiu v roce 2020 (přesunuto na rok 2021).

V roce 2005 se začala vytvářet jedna z disciplín taekwonda (kyorugi- technika útoku a obrany) další disciplína (poomsoa) vznikla v roce 2013 (jedná se o souborná cvičení – kombinací úderů a krytů prováděných nohou nebo rukou). Jde se o závodní formát pro sportovce s tělesným, zrakovým a intelektovým postižením. Kromě disciplíny poomsoa je para taekwondo určeno převážně pro sportovce s amputací horních končetin nebo vadou končetin (svalová atrofie, chybějící končetiny.) Váhové kategorie jsou ženy do 49 kg, do 58 kg a nad 58kg/ muži do 61 kg, do 75 kg a nad 75 kg. (Český paralympijský výbor, *sporty, paralympijské sporty, atletika* [online]. [par. 8. 9. 2020] dostupné z [paralympic.cz/cpv/cpt/sporty/paralympijské sporty/taekwondo/](http://paralympic.cz/cpv/cpt/sporty/paralympijské_sporty/taekwondo/))

5.3.18. Tenis na vozíku

Tenis na vozíku vymysleli v roce 1976, a to zásluhou bývalého freestylového lyžaře Brada Parksona. Od roku 1992 se pořádají pravidelné mezinárodní turnaje (v dnešní době se každoročně koná více než 150 turnajů po celém světě), turnaje jsou i součástí tenisových Grand Slamů: Australian Open, Roland Garros, Wimbledon, US Open a v poslední řadě Masters. Na paralympiádě se tenis na vozíku poprvé objevil v roce 1992 v Barceloně.

Tenis na vozíku je jedním z nejrychleji se rozvíjejících sportů pro lidi na vozíku, hraje se na běžném tenisovém kurtu bez úprav rozměrů hřiště, tenisových raket či míčků, sportovci pouze používají speciálně upravené vozíky. Pravidla jsou stejná s pravidly tenisu pro zdravé sportovce, jedinou výjimkou je pravidlo, které umožňuje dopadnutí míčku na zem dvakrát. Sport je určen pro osoby s tělesným postižením, kteří mají ztrátu funkčnosti jedné či obou dolních končetin. Soutěží se v kategoriích muži, ženy a čtyřhry. (Český paralympijský výbor, *sporty, paralympijské sporty, atletika* [online]. [par. 8. 9. 2020] dostupné z paralympic.cz/cpv/cpt/sporty/paralympijské_sporty/tenis_na_vozíku/)

5.3.19. Triatlon

Na paralympijských hrách se poprvé ukázal v roce 2016 v Rio de Janeiro. Triatlon je určen pro sportovce s tělesným nebo zrakovým postižením. Závodí se ze tří disciplín: plavání (750m), jízda na kole (20 km), běh (5 km). Závodní kategorie jsou rozděleny podle typu postižení, v cyklistické části závodí sportovci buď na kolech či handbiku (tělesné postižení), nebo na tandemech (zrakové postižení). V běžecké části pak mohou tělesně postižení používat vozíky (formulky). (Český paralympijský výbor, *sporty, paralympijské sporty, atletika* [online]. [par. 8. 9. 2020] dostupné z paralympic.cz/cpv/cpt/sporty/paralympijské_sporty/triatlon/)

5.3.20. Veslování

Veslování mělo dříve název adaptivní veslování a první mistrovství světa se uskutečnilo v roce 2002 ve španělské Seville. Na paralympiádě se objevilo o 6 let později tedy v roce 2008 v Pekingu Mezinárodní závody jsou pravidelně součástí světových pohárů a mistrovství světa zdravých sportovců. Od roku 2017 se všechny disciplíny jezdí na vzdálenost 2000m.

V současné době má para veslování 5 lodních tříd:

PR3 (LTAMix4)- smíšená čtyřhra s kormidelníkem (sportovci u veslování používají ruce, trup a nohy), PR3 (TAMix 2x)- smíšený dvojskif (min. váha 27 kg) – používají trup a ruce (není paralymp. disciplína), PR2 (TAMix 2x)- smíšený dvojskif (min. váha 37 kg)- používají trup a ruce, PR1 (ASW 1x)- ženský skif (používají převážně ruce nebo ramena), PR1 (ASM

1x)- mužský skif (používají ruce nebo ramena). (Český paralympijský výbor, *sporty, paralympijské sporty, atletika* [online]. [par. 8. 9. 2020] dostupné z paralympic.cz/cpv/cpt/sporty/paralympijské_sporty/veslování/)

5.3.21. Volejbal sedících

Poprvé se na paralympiádě objevil v roce 1980 (v Arnhemu) a hraje se ve více než 75 zemích světa. Jde se o sport hraný v týmech, kde jsou proti sobě dva týmy, na každé straně je 6 hráčů. Hráči během zápasu sedí na zemi a po dobu hry se musí vždy pánev dotýkat země. Oproti klasickému volejbalu mohou hráči podání blokovat, nebo při něm smečovat. Při hře smí blokovat max. 3 hráči, kteří jsou v přední zóně. Libero se vždy nachází v zadní zóně.

Tým je složen max. ze 12 hráčů, všichni hráči musí mít klasifikaci (amputáři, ztráta svalové síly, omezený pohyb kloubů). Hráči mohou mít klasifikaci MD (minimální hendikep) nebo D (hendikep) Na soupisce může mít tým max. dva hráče s klasifikací MD na hřišti pak pouze jednoho. Hraje se na 3 vítězné sety. První 4 sety se hrají do 25 bodů, případný rozhodující pátý se hraje do 15 bodů a každý set se musí vyhrát o 2 body. (Český paralympijský výbor, *sporty, paralympijské sporty, atletika* [online]. [par. 8. 9. 2020] dostupné z paralympic.cz/cpv/cpt/sporty/paralympijské_sporty/volejbal_sedících/)

5.3.22. Vzpírání

Poprvé se ukázalo na paralympiádě v Tokiu 1964 a soutěžili v něm jen muži s poškozením míchy, ženy ve vzpírání soutěžily až v Sydney roce 2000. Sport je určený pro sportovce s tělesným nebo spastickým hendikepem. Soutěží se v jedné sportovní třídě, ale v 10 různých váhových kategoriích (muži- do 49 kg, 54 kg, 65 kg, 72 kg, 80 kg, 97 kg, 107 kg a nad 107kg/ ženy – do 41 kg, 45 kg, 50 kg, 55 kg, 61 kg, 67 kg, 73 kg, 79 kg, 86 kg a nad 86kg). Jedinou sportovní disciplínou je bench press. (Český paralympijský výbor, *sporty, paralympijské sporty, atletika* [online]. [par. 8. 9. 2020] dostupné z paralympic.cz/cpv/cpt/sporty/paralympijské_sporty/vzpírání/)

Tabulka č. 1 – Paralympijské hry

Letní paralympijské hry								
Rok	Místo a země	Počet zemí	Počet sportovců	Postižení	Počet sportovců z ČR	Úspěchy ČR	Totožné místo s OH	Významné události
1952	Stoke Mandeville (VB)	2	130	Poranění míchy	-	-	Ne	První mezinárodní hry pro sportovce s postižením

1960	Řím (Italie)	23	400	Poranění míchy	-	-	Ano	První hry pro sportovce s postižením konané na stejném místě jako OH
1964	Tokio (Japonsko)	22	390	Poranění míchy	-	-	Ano	Přidán nový sport vzpírání
1968	Ramat Can (Izrael)	29	750	Poranění míchy	-	-	Ne	-
1972	Heidelberg (SNR)	44	1000	Poranění míchy	-	-	Ne	Zařazení závodů kvadruplegiků. Ukázkové sporty osob se zrakovým postižením
1976	Toronto- (Kanada)	42	1600	Poranění míchy, amputace Zrakové postižení	-	-	Ne	Přidány nové sporty: volejbal, goalball a sportovní střelba. Poprvé se objevily i speciální vozíky
1980	Arnhem- (Nizozemí)	42	2550	Poranění míchy, amputace. Zrakové postižení, DMO	-	-	Ne	Nová disciplína volejbal sedících
1984	New York (USA), Stoke Mandeville (VB)	41 (VB), 45 (USA)	1100 1800	Poranění míchy, amputace. Zrakové postižení, DMO,	-	-	Ne	Přidány nové sporty jako je fotbal pro 7 a boccia. Silniční cyklistika.
1988	Soul (jižní Korea)	61	3053	Poranění míchy, amputace, zrakové postižení, DMO	-	-	Ano	Přidány sporty judo a tenis na vozíku. Spolupráce mezi organizačními výbory LOH a LPH
1992	Barcelona (Španělsko)	82	3020	Poranění míchy, amputace, zrakové postižení, DMO, mentální posti.	-	-	Ano	-
1996	Atlanta (USA)	103	3195	Poranění míchy,	48	10 medailí	Ano	Přidané nové sporty

				amputace, zrakové postižení, DMO, mentální posti.		(2-7-1)		jezdectví, dráhová cyklistika
2000	Sydney (Austrálie)	127	3824	Poranění míchy, amputace, zrakové postižení, DMO, mentální posti.	57	43 medailí (15-15-13)	Ano	Přidané sporty jachting a rugby na vozíku
2004	Atény (Řecko)	136	3827	Poranění míchy, amputace, zrakové postižení, DMO, mentální posti	65	31 medailí (16-8-7)	Ano	Přidán fotbal pro nevidomé
2008	Peking-(Čína)	146	3951	Poranění míchy, amputace, zrakové postižení, DMO, mentální posti.	56	27 medailí (6-3-18)	Ano	Přidáno veslování
2012	Londýn (VB)	166	4200	Poranění míchy, amputace, zrakové postižení, DMO, mentální postižení	47	11 medailí (1-6-4)	Ano	Sportovci s mentálním postižením se po 12 letech vrací na LPH, budou soutěžit v atletice, plavání, a stolní tenis
2016	Rio de Janeiro (Brazílie)	170	4350	Poranění míchy, amputace, zrakové postižení, DMO, mentální postižení	37	7 medailí (1-2-4)	Ano	Přidané sporty rychlostní kanoistika, triatlon
2020/2021	Tokio - Japonsko						Ano	Bude zařazeno Taekwondo
2024	Paříž – Francie						Ano	
2028	Los Angeles - USA						Ano	

(Aplikované pohybové aktivity pro osoby s tělesným postižením s. 14 – doplněno o aktuální data)

5.4. Zimní paralympijské hry a sporty

Zimní sporty pro osoby s postižením se po skočení druhé světové války vyvíjel o poznání pomalejším tempem než u rozvoje letních sportů. Sice se roce 1964 uskutečnil jeden z prvních lyžařských kurzů lyžování pro osoby s amputacemi, ale až v roce 1970 se uskutečnily mezinárodní závody lyžování a v roce 1974 bylo ve Francii (Grand Bornand) zorganizováno první mistrovství světa v klasickém i sjezdovém lyžování. Roku 1976 se začali pořádat paralympijské hry, první byli ve švédském městě Örnköldsvik.

5.4.1. Alpské lyžování

Alpské lyžování je na programu v průběhu celé historie konání zimních paralympijských her. Na prvních PH v roce 1976 ve Švédsku, byly zařazeny dvě disciplíny - slalom a obří slalom. O dvě zimní paralympijské hry později, tedy v roce 1984 v Rakousku se přidal sjezd a v roce 1994 (Norsko) se zařadil super-G.

Na programu paralympiád jsou závody pro ženy i muže s tělesným a zrakovým postižením, rozděleny do tří kategorií podle funkčnosti pohybu, vše je nastaveno tak, aby společně sportovci s různým postižením mohli soutěžit. Závodníci se zrakovým postižením využívají například při závodě své traséry. Tělesně postižení sportovci pak používají upravené lyžařské vybavení jako třeba monoski (speciální lyžařské sportovní náradí, které tvoří jedna běžná lyže, na které je upevněný sedák (skořepina) K udržování stability používá lyžař stabilizátory (jsou to zkrácené a upravené francouzské hole na konci s krátkými lyžemi). Mezi disciplíny alpského lyžování patří sjezd, slalom, obří slalom, super-G a kombinace. (Český paralympijský výbor, *sporty, paralympijské sporty, atletika* [online]. [par. 8. 9. 2020] dostupné z paralympic.cz/cpv/cpt/sporty/paralympijské_sporty/alpské_lyžování/)

5.4.2. Běžecké lyžování

Běžecké lyžování se na paralympijských hrách objevilo poprvé roku 1976 (Örnköldsvik, Švédsko), na programu byly pouze disciplíny klasickým stylem. Volný styl (bruslení) se zařadil až v roce 1984 (Innsbruck, Rakousko), ale jako medailové disciplíny byly uvedeny na program až v roce 1992 (Alberville, Francie)

Běžecké lyžování je určeno pro tělesně a zrakově handicapované sportovce. Postižení sportovci závodí buď na klasických běžkách nebo na běžkařských saních (sledge). Zrakově handicapovaní sportovci závodí společně s trasérem. (Český

paralympijský výbor, *sporty, paralympijské sporty, atletika* [online]. [par. 8. 9. 2020] dostupné z [paralympic.cz/cpv/cpt/sporty/paralympijské sporty/klasické lyžování/](http://paralympic.cz/cpv/cpt/sporty/paralympijské_sporty/klasické_lyžování/))

5.4.3. Biatlon

Biatlon se poprvé představil na zimních paralympijských hrách v roce 1984 (Innsbruck, Rakousko). Biatlon je sport pro tělesně a zrakově handicapované sportovce. Zrakově handicapovaným sportovcům napomáhá při střelbě zvuková signalizace, hlasitost zvuku naznačuje, jak přesně míří sportovec na terč. (Český paralympijský výbor, *sporty, paralympijské sporty, atletika* [online]. [par. 8. 9. 2020] dostupné z [paralympic.cz/cpv/cpt/sporty/paralympijské sporty/biatlon/](http://paralympic.cz/cpv/cpt/sporty/paralympijské_sporty/biatlon/))

5.4.4. Curling

První světový pohár se konal v lednu 2000 ve švýcarském městě Crans-Montana a první mistrovství světa se konalo o dva roky později, opět ve Švýcarsku. Curling vozíčkářů se poprvé paralympijských hrách 2006 (Torino, Itálie).

Curling je sport jak pro ženy, tak muže, kteří mají postižení dolní části těla a využívají vozík ke každodennímu životu. Týmy je složeny jak z mužů, tak z žen. Turnaje jsou hrány dle pravidel Světové curlingové federace (WCF) s jedinou úpravou pro sportovce na vozíku - nemetá se. (Český paralympijský výbor, *sporty, paralympijské sporty, atletika* [online]. [par. 8. 9. 2020] dostupné z [paralympic.cz/cpv/cpt/sporty/paralympijské sporty/curling/](http://paralympic.cz/cpv/cpt/sporty/paralympijské_sporty/curling/))

5.4.5. Para hokej

Sledge hokej se poprvé začlenil do programu na paralympiádě konané v roce 1994 (Lillehammer, Norsko). Para hokej (dříve sledge hokej) je verzí ledního hokeje, která je určena především pro sportovce s postižením dolní části těla. Sportovci se na ledě pohybují na sáňkách (sledge) a mají v každé ruce malé hokejky. V jednom týmu má být max. 15 hráčů. V případě, že je v týmu i žena, tak celkový počet hráčů smí být 16. (Český paralympijský výbor, *sporty, paralympijské sporty, atletika* [online]. [par. 8. 9. 2020] dostupné z [paralympic.cz/cpv/cpt/sporty/paralympijské sporty/para hokej/](http://paralympic.cz/cpv/cpt/sporty/paralympijské_sporty/para_hokej/))

5.4.6. Snowboarding

Snowboarding se zařadil na programu zimních paralympijských her v roce 2014 (Sochi, Rusko), kde se objevila disciplína snowboardcross. Na programu byl závod mužů, i žen. Sportovci jsou rozděleni do 3 kategorií podle postižení: SB LL1 a SB-LL2 – postižení dolních končetin a SB-UL – postižení horních končetin. Disciplíny

snowboardingu jsou s snowboardcross, slalom, obří slalom (Český paralympijský výbor, *sporty, paralympijské sporty, atletika* [online]. [par. 8. 9. 2020] dostupné z paralympic.cz/cpv/cpt/sporty/paralympijské_sporty/snowboarding/)

Tabulka č. 2 – Zimní paralympijské hry

Zimní paralympijské hry								
Rok	Město a země	Počet zemí	Počet účastníků	Postižení	Počet sportovců z ČR	Úspěchy ČR	Totožné místo s OH	Významné události
1976	Örnsköldsvik (Švédsko)	14	250	Amputace, zrakové postižení	-	-	Ne	Ukázkový sport rychlobrusle - ní na saních
1980	Ceilo- (Norsko)	18	350	Poranění míchy amputace zrak. postižení DMO	-	-	Ne	Ukázkový sport: Sjezd na saních
1984	Innsbruck (Rakousko)	22	350	Poranění míchy amputace Zrak. postižení DMO	-	-	Ne	Ukázkový sport při OH v Sarajevu: Obří slalom.
1988	Innsbruck (Rakousko)	22	397	Poranění míchy amputace zrak. postižení DMO	-	-	Ne	Zařazení disciplín na sit-ski ve sjezdovém i klasickém lyžování.
1992	Tignes Albertville (Francie)	24	475	Poranění míchy, amputace zrak. postižení, DMO	-	-	Ano	Zařazení nové disciplíny Biatlon. Ukázkově zařazeny také soutěže ve sjezdovém i klasickém lyžování osob s ment. postižením.
1994	Lillehammer (Norsko)	31	500	Poranění míchy, amputace zrakové	10	1 medaile (0-0-1)	Ano	Přidán nový sport Sledge hokej.

				postižení, DMO				
1998	Nagano (Japonsko)	32	571	Poranění míchy amputace zrak. postižení DMO, mentální posti.	6	7 medailí (3-3-1)	Ano	Zvýšený zájem diváků a médií.
2002	Salt Lake City (USA)	36	416	Poranění míchy amputace zrak. postižení DMO, mentální posti.	6	5 medailí (2-1-2)	Ano	-
2006	Turín – (Italie)	39	477	Poranění míchy Amputace zrak. postižení DMO, mentální posti.	5	1 medaile (0-1-0)	Ano	Přidán nový sport Curling na vozíku
2010	Vancouver (Kanada)	45	650	Poranění míchy amputace zrak. postižení DMO, mentální posti.	18	1 medaile (0-0-1)	Ano	Rozšíření počtu týmů v soutěžích curlingu o dva. Poprvé účast sledge hokejového týmu ČR
2014	Sochi – (Rusko)	45	550	Poranění míchy Amputace Zrak. postižení DMO, mentální posti.	18	-	Ano	-
2018	Pyeongchang (Jižní Korea)	49	564	Poranění míchy Amputace Zrak. postižení DMO, mentální posti.	21	-	Ano	-
2022	Peking (Čína)							

2026	Miláno a Cortina (Itálie)							
------	---------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

(aplikované pohybové aktivity pro osoby s tělesným postižením s. 14 – doplněno o aktuální data)

6. Organizace sportu osob se zdravotním postižením

6.1. Mezinárodní paralympijský výbor

Vize Mezinárodního paralympijského výboru: Usilujte o inkluzivní svět prostřednictvím sportu Para.

IPC, která byla založena dne 22. září 1989 jako mezinárodní nezisková organizace, je zaměřená na postižené sportovce. Od roku 1999 má sídlo v Bonnu v Německu. Primární odpovědností IPC je podpora svých členů při rozvoji Para sportu a prosazování sociálního začlenění, zajišťování úspěšných realizací a organizace paralympijských her. Členství sdružuje národní paralympijské výbory (NPC), mezinárodní federace (IF), regionální organizace a mezinárodní organizace sportu pro zdravotně postižené (IOSD). V dnešní době jsou paralympijské hry pevně zavedeny jako světová sportovní událost číslo jedna pro podporu sociálního začlenění. Cílem paralympijského výboru je:

- a) pomoc při přípravě paralympiád
- b) koordinace a supervize regionálních mistrovství a MS
- c) koordinace kalendáře mezinárodních sportovních soutěží
- d) integrace sportovců s postižením do běžných sportovních soutěží
- e) spolupráce s Mezinárodním olympijským výborem
- f) podpora vzdělávacích a rehabilitačních programů, výzkumu a propagace

Mezinárodní paralympijský výbor:

- Organizuje a dohlíží na provoz a konání paralympijských her i mezinárodních soutěží
- prosazuje integraci sportu zdravotně postižených do sportu nepostižených za vzájemné bezpečnosti a pochopení
- podporuje vzdělávací a rehabilitační programy atd.
- prostřednictvím sportu chce dosáhnout rozšiřování příležitostí pro postižené osoby. (Český paralympijský výbor, [online]. [par. 8. 9. 2020] dostupné z paralympic.cz/cpv/)

6.2. Český paralympijský výbor

Ze začátečního impulzu Mezinárodního paralympijského výboru (IPC), a Mezinárodního výboru sportů neslyšících (ICSD) a po následné dohodě národních svazů postižených sportovců byl 26. ledna 1994 založen český olympijský výbor.

Hlavním cílem ČPV je rozvoj a vylepšování myšlenek paralympijského deaflympijského sportu do podvědomí postižených sportovců Český paralympijský výbor má oprávnění organizovat a řídit paralympijské organizace na území Česka a zároveň zastupuje naši zemi na mezinárodních hrách a paralympiádě.

Hlavou ČPV je předseda *Ondřej Sejpka* a výkonnou předsedkyní je Mgr. *Alena Erlebachová*. ČPV navazuje svou činností na aktivity Unie zdravotně postižených sportovců ČR Český paralympijský výbor má pod sebou přibližně 12 tisíc sportovců v šesti sportovních svazech, které mají pod svojí záštitou jednotlivé kluby. Mezi sportovní svazy řadíme:

- ČFSH, ČSMPS, ČSNS, ČATHS, ČSTPS, ČSZPS

7. Praktická Část

7.1. Cíle práce

Hlavním cílem práce je zjistit, zda sportovci s hendikepem vnímají sportovní aktivitu jako jeden z prostředků napomáhající lepší integraci do většinové (intaktní) společnosti. K dosažení zmíněných cílů poslouží strukturovaný dotazník.

7.2. Hypotézy

V rámci jednoho hlavního cíle práce byly stanoveny menší hypotézy, spadající pod hlavní hypotézu, které jsou uvedeny níže:

- a) Vzniklé bariéry mezi lidmi s hendikepem a lidí bez hendikepu se pomocí sportu snižují nebo úplně mizí.
- b) Sportovní činnost napomáhá vžívat se do okolního prostředí a získávat nové kontakty a přátele.

Základním impulzem pro vytvoření těchto hypotéz je ten, že Jesenský ve své knize *Integrace - znamení doby* (1998) píše, o integraci postižených osob do společnosti za pomoci sportu jako aktuální téma dnešní doby.

Hodnotu významu sportu a zájmu společnosti o lidi s hendikepem jsou například dokumenty Rady Evropy, které podporují rozvoj sportu jako důležitého prvku stabilizace zdraví, socializace jedince.

Důležitým faktorem pro stanovení hypotéz je i kniha *Aplikované pohybové aktivity pro osoby s tělesným postižením* (2007), od autora Kudláčka, který se zmiňuje o takzvané obrácené integraci, která znamená zapojení zdravých sportovců do sportovních aktivit pro lidi s hendikepem a tím se zasazuje o lepší propojení a pochopení ve společnosti

7.3. Použité metody

Ke zpracování této bakalářské práce byl vybrán kvantitativní výzkum s použitím dotazníkové metody sběru dat. Dotazník měl dvě části. První z nich obsahovala otázky týkající se pohlaví, věku a druhu a příčiny postižení respondenta. Druhá část dotazníku obsahovala otázky týkající se sportu, například, jaký sport respondenti dělají, jak dlouho a od kterého roku svého života sportují, co jim sportovní aktivita přináší do života nebo zda mají pocit, že jim sport pomáhá v zapojení se do společnosti. Celkový rozsah dotazníku činí 27 otázek. První část dotazníku týkající se obecných otázek má rozsah 9 otázek a druhá část týkající se sportovní činnosti má rozsah 19 otázek. Dotazník byl částečně skompilován z jiných bakalářských prací s podobným tématem.

7.4. Popis výzkumného souboru

Výzkumný soubor by měl být složen z osob s tělesným, kombinovaným postižením nebo s tělesným postižením po úraze. Kromě typu postižení by respondenti měli mít i další společný znak a to, že všichni se věnují nějakému sportu, ať už na vrcholové, výkonnostní, rekreační či rehabilitační úrovni. Dolní věková hranice je určena na 15 let, horní hranice není omezena věkem

7.5. Sběr dat

Sběr dat probíhal od poloviny listopadu 2020 do začátku března 2021 a to formou uzpůsobenou aktuální pandemické situaci s ohledem na typ respondentů prostřednictvím vyplňování dotazníku v elektronické podobě, po přechodí telefonické nebo emailové komunikaci s vedením oslovené organizace či klubu zaměřených na pohybové aktivity osob s postižením po celé České Republice.

7.6. Charakteristika zkoumaného vzorku

Dotazník byl rozeslán mezi sportovní kluby Českého para sportu. Pod organizaci Českého para sportu spadají sportovní kluby po celé České republice. (sídla klubů)

V Praze jsou to kluby: Paraplavání Praha, TJ Meta Praha, Prague Robots, Sportovní klub vozíčkářů Praha, Tělovýchovná jednota Slovan Svoboda Praha, Kronos Praha, Šachový klub Gemini Praha, Tělovýchovná jednota Tatran Praha, EWSC Praha, Spolek Flor-in, Sportovní klub Akáda Jánské Lázně. Ve Středočeském kraji jsou to kluby: Šachový oddíl tělesně postižených Nova Kladno, Tělovýchovná jednota Labe Kolín oddíl invalidních sportovců, Cesta životem bez bariér. V Jihočeském kraji se mezi tyto kluby řadí: FBC Štíří České Budějovice, Kontakt České Budějovice – spolek pro volnočasové aktivity, rehabilitaci a sport bez bariér. V Plzeňském kraji jsou to: TJ Sokol Lhůta, Spolek sportovní klub hendikepovaných Meteor Plzeň, Lenox. V Karlovarském kraji jsou to kluby: Sportovní klub vozíčkářů západočeského regionu, SK kontakt Karlovy Vary. V Ústeckém kraji: SSVM – Sportovní sdružení vozíčkářů v Mostě, Sportovní klub Děčín. V Libereckém kraji jsou to kluby: Klub hendikepovaných EURO- klub Handicap, Sportovní klub stolního tenisu Liberec. V Královéhradeckém kraji jsou to: Tělovýchovná jednota zdravotně postižených sportovců Čechie Hradec Králové, TJ Jičín, Sportovní klub Jánské Lázně. V Pardubickém kraji jsou to kluby: Atletika bez bariér Pardubice, Sportovní klub vozíčkářů Pardubice Nezlomní. V Jihomoravském kraji jsou to: Sportovní klub Moravia Brno, Bulldogs Brno, Kuželkářský klub Blansko, SK kontakt Brno, Šachový oddíl tělesně postižených Habrovany. V Olomouckém kraji: Tělovýchovná jednota Invaclub Loštice. V Moravskoslezském kraji jsou to kluby: Sportovní klub SK Ostrava, Sportovní klub vozíčkářů Ostrava, SK kontakt Ostrava, Tělovýchovná jednota Baník Ostrava, Sportovní klub tělesně postižených Opava, Šachový

klub postižených Hrabyně, ABAK – počítaadlo, Tělovýchovná jednota Horní Benešov, Rehabilitačně sportovní centrum TJ Respekt, SK Jiskra Rýmařov. Ve Zlínském kraji: Plavecký klub Zlín

Dotazník byl rozeslán i mezi organizace mimo Český para sport a to konkrétně do: Černých koní, České federace Boccii, Sportovního klubu Jedličkova ústavu, Para hokeje, TJ Orion, AC Wozmeni Zlín, Atletika Ostrava ZTP.

Návratnost dotazníku byla poměrně dobrá, ze všech zmíněných sportovních klubů a organizací se mi navrátilo 102 vyplněných dotazníků od respondentů s tělesným postižením, zabývajících se nějakou sportovní aktivitou.

7.7. Shrnutí výsledků

V této práci jsem prozkoumala oblast možností sportovních pohybových aktivit, které mohou s ohledem na své pohybové omezení vykonávat osoby s tělesným postižením a zároveň tím přispívat k lepšímu pochopení a zapojení do většinové společnosti.

V první části výsledků získaných z výzkum, které obsahují obecné informace o respondentech jako je pohlaví, věk nejvyšší dosažené vzdělání, druh a příčina postižení. Další části výsledku jsou zaměřeny na určení prioritních hodnot v životě respondenta, sportovní aktivity (jaké, jak často, v jaké intenzitě atd.) a v neposlední řadě s hodnocení současného postavení lidí s hendikepem ve společnosti (návrhy na zlepšení).“

Výsledky jsou uváděny za pomoci celých čísel a v případě procentuálního obsahu v daném výzkumném souboru je uvedena hodnota zaokrouhlena na jedno desetinné místo (z důvodu lepší přehlednosti v tabulkách a následném komentáři, ke každému výsledku).

7.7.1.Deskriptivní údaje

Tabulka č. 1 – pohlaví a věk respondentů

Věk	Pohlaví					
	Muž		žena		Celkem	
15 let	1	1,5%	1	2,9%	2	2,%
16-20 let	2	2,9%	2	5,9%	4	3,9%
21-30 let	12	17,6%	22	64,7%	34	33,3%
31-40 let	20	29,4%	5	14,7%	25	24,5%
41-50 let	16	23,5%	2	5,9%	18	17,6%
51-60 let	8	11,8%	1	2,9%	9	8,8%
61 a více let	9	13,2%	1	2,9%	10	9,8%
Celkem	68	100%	34	100%	102	100%

Ze 102 zkoumaných respondentů bylo 68 mužů a 34 žen. Nejvíce mužů bylo ve věkové kategorii 31-40 let, nejvíce žen ve věkovém rozmezí 21-30 let. Z celkového počtu respondentů byl nejvyšší počet odpovědí u věkové kategorie 21-30 let.

Tabulka č. 2- pohlaví a druh postižení respondentů

Pohlaví	Druh postižení								celkem
	svalová atonie/dystrofie	Paraplegie/pararéza	Kvadruplegie/pararéza	DMO, dětská obrna	rozštěpy lbi a páteře	Degenerativní onemocnění mozku a míchy	Amputace, (chybí část končetiny)	jiné	
Muž	1/100%	22/84,6%	16/84,2%	17/51,5%	2/50%	0/0%	6/75%	4/40%	68/66,7%
Žena	0/0%	4/15,4%	3/15,8%	16/48,5%	2/50%	1/100%	2/25%	6/60%	34/33,3%
Celkem	1/100%	26/100%	19/100%	33/100%	4/100%	1/100%	8/100%	10/100%	102/100%

Ze 102 respondentů má 33 dětskou mozkovou obrnu nebo dětskou obrnu, z tohoto množství je 17 mužů a 16 žen. 26 respondentů má paraplegii/paraparézu, z toho je 22 mužů a 4 ženy. Mezi respondenty je i 19 kvadruplegiků/ kvadruparetiků z nich je 16 mužů a 3 ženy. Dalším postižením, které jsem označila jako „jiné“ (Cgd syndrom, Fallotova tetralogie, hemiplegie a další). Tyto hendikepy označované jako „jiné“ jsou ve výzkumu zastoupeny 10 respondenty, z toho jsou to 4 muži a 6 žen. Dalším z hendikepů zmíněných v dotazníku jsou amputace, zkrácená část končetiny nebo omezený pohyb končetiny. Dotazník mi s tímto typem hendikepu vyplnilo 8 respondentů, konkrétně 6 mužů a 2 ženy. Rozštěpy lbi a páteře mají 4 respondenti, 2 muži a 2 ženy. Na posledním místě podle počtu respondentů mající tento hendikep se umístily svalová dystrofii/atonie a degenerativní onemocnění mozku a míchy. Svalovou dystrofii/atonii má 1 muž a degenerativní onemocnění mozku a míchy má 1 žena.

Tabulka č. 3 – věk a druh postižení respondentů

Věk	Druh postižení
-----	----------------

	svalová atonie/dystrofie,	Paraplegie /paréza	Kvadruplegie /paréza	DMO, dětská obrna	rozštěpy lbi a páteře	Degenerativní onemocnění mozku a míchy	Amputace, chybí část končetiny,	jiné	celkem
15 let	0/0%	0/0%	0/0%	1/3%	0/0%	1/100%	0/0%	0/0%	2/2%
16-20 let	1/100%	0/0%	0/0%	3/9,1%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	4/3,9%
21-30 let	0/0%	3/11,5%	3/15,8%	22/66,7%	0/0%	0/0%	3/37,5%	3/30%	34/33,3%
31-40 let	0/0%	7/26,9%	9/47,4%	2/6,1%	3/75%	0/0%	1/12,5%	3/30%	25/24,5%
41-50 let	0/0%	5/19,2%	6/31,6%	3/9,1%	1/25%	0/0%	1/12,5%	2/20%	18/17,6%
51-60 let	0/0%	5/19,2%	1/5,3%	0/0%	0/0%	0/0%	1/12,5%	2/20%	9/8,8%
61 a více let	0/0%	6/23,1%	0/0%	2/3%	0/0%	0/0%	2/25%	0/0%	10/9,8%
Celkem	1/100%	26/100%	19/100%	33/100%	4/100%	1/100%	8/100%	10/100%	102/100%

Nejvíce respondentů s dětskou mozkovou obrnou a dětskou obrnou jsou ve věku od 21-30 let a to 22 respondentů z 33. U paraplegiků/ paraparetiků je z celkových 26 respondentů 7 ve věku 31-40 let. Kvadruplegici/kvadruparetici mají největší zastoupení ve věku 31-40 let. Mezi hendikepy označenými jako „jiného“ typu z celkového počtu 10 lidí, jsou respondenti ve stejném počtu 3 osob ve věku 21-30 let a 31-40 let. Mezi 8 respondenty s amputacemi, chybějící částí končetiny nebo s omezeným pohybem končetiny je nejvíce zastoupen věk 21-30 let a to počtem 3 respondentů. Čtyři respondenti s rozštěpy lbi a páteře jsou s počtem 3 osob ve věku 31-40 let. Respondent se svalovou dystrofií/atoníí je ve věku 16-20 let a respondent s degenerativním onemocněním mozku a míchy je ve věku 15 let. Nejvíce respondentů ze 102 je ve věkové kategorii 21-30 let a to 34 respondentů.

Tabulka č. 4- příčina postižení a druh postižení respondentů

Příčina	Druh postižení
---------	----------------

postižení	svalová atonie, dystrofie,	Paraplegie/paréza	Kvadruplegie, /paréza	DMO, dětská obrna	Rozštěpy lbi a páteře	Degenerativní onemocnění mozku a míchy	Amputace, chybí část končetiny	jiné	celkem
Vrozená vada	1/100%	3/11,5%	2/10,5%	26/78,8%	4/100%	1/100%	2/25%	5/50%	44/43,1%
onemocnění	0/0%	1/3,8%	0/0%	3/9,1%	0/0%	0/0%	0/0%	1/10%	5/4,9%
Auto. nehoda	0/0%	8/30,8%	5/26,3%	0/0%	0/0%	0/0%	1/12,5%	2/20%	16/15,7%
Vlaková nehoda	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	2/25%	0/0%	2/2%
Úraz-skok do vody	0/0%	0/0%	8/42,1%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	8/7,8%
Úraz-pád z výšky	0/0%	3/11,5%	1/5,3%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	1/10%	5/4,9%
Sportovní úraz	0/0%	2/7,7%	2/10,5%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	1/10%	5/4,9%
Pracovní úraz	0/0%	2/7,7%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	2/25%	0/0%	4/3,9%
jiné	0/0%	7/26,9%	1/5,3%	4/12,1%	0/0%	0/0%	1/12,5%	0/0%	13/12,7%
celkem	1/100%	26/100%	19/100%	33/100%	4/100%	1/100%	8/100%	10/100%	102/100%

U 33 respondentů s DMO nebo dětskou obrnou je nejčastější příčinou vzniku postižení, vrozená vada, jako příčinu jí uvedlo 26 respondentů. Z tohoto počtu respondentů s paraplegií/paraparézou napsalo 8, že příčinou postižení je automobilová nehoda. Kvadruplegici/kvadruparetici, jejichž celkový počet je 19 osob, uvedlo 8 z nich příčinu postižení úraz způsobený skokem do vody. U možnosti „jiné“ z 10 respondentů napsalo 5 jako příčinu postižení vrozenou vadu. Osm respondentů s amputacemi, chybějící částí končetiny nebo s omezeným pohybem končetiny, uvedlo hned tři různé možnosti příčin vzniku postižení a to se stejným počtem odpovědí (2). Tři zmíněné možnosti jsou vrozená vada, vlaková nehoda, pracovní úraz. Všichni respondenti (4) s rozštěpy lbi a páteře uvedli za příčinu postižení vrozenou vadu. Jak respondent s vrozenou svalovou dystrofií/atoníí tak i respondent s degenerativním onemocněním mozku a míchy uvedli jako příčinu postižení vrozenou vadu. Jako nejčastější příčinu postižení ze 102 respondentů napsalo 44 vrozenou vadu.

Tabulka č. 5- Nejvyšší dosažené vzdělání a druh postižení respondentů

Nejvyšší	Druh postižení
----------	----------------

ší dosažené vzdělání	svalová atonie, dystrofie,	Paraplegie/paréza	Kvadruplegie/paréza	DMO, obrna, dětská obrna	Rozštěpy lbi a páteře	Degenerativní onemocnění mozku a míchy	Amputace, chybí část končetiny	jiné	celkem
Základní škola	1/100%	1/3,8%	1/5,3%	5/15,2%	0/0%	1/100%	0/0%	1/10%	10/9,8%
Odborné učiliště	0/0%	2/7,7%	3/15,8%	1/3%	1/25%	0/0%	1/12,5%	0/0%	8/7,8%
Střední odborné učiliště	0/0%	1/3,8%	1/5,3%	1/3%	1/25%	0/0%	2/25%	2/20%	8/7,8%
Střední škola	0/0%	12/46,2%	8/42,1%	20/60,6%	2/50%	0/0%	3/37,5%	4/40%	49/48%
Vyšší odborná škola	0/0%	2/7,7%	0/0%	3/9,1%	0/0%	0/0%	0/0%	1/10%	6/5,9%
Vysoká škola	0/0%	8/30,8%	6/31,6%	3/9,1%	0/0%	0/0%	2/25%	2/20%	21/20,6%
celkem	1/100%	26/100%	19/100%	33/100%	4/100%	1/100%	8/100%	10/100%	102/100%

Dosažené vzdělání je u respondentů je se 48%, střední škola odpovědělo tak 49 dotazovaných. Na druhém místě se s počtem 21 odpovědí tedy 20,6% objevuje vysoká škola. 10 respondentů (9,8%) uvedlo jako nejvyšší dosažené vzdělání základní školu. Stejný počet respondentů, 8 (7,8%) má odborné učiliště a střední odborné učiliště. Na posledním místě se s 5,9%, 6 respondentů, umístila vyšší odborná škola.

Tabulka č. 6- zaměstnání a druh postižení respondentů

Zaměstnání	Druh postižení								celkem
	svalová atonie/dystrofie,	Paraplegie/paréza	Kvadruplegie/paréza	DMO, dětská obrna	Rozštěpy lbi, páteře	Degenerativní onemocnění mozku a míchy	Amputace, chybí část končetiny,	jiné	
Nemá	0/0%	2/7,7%	2/10,5%	5/15,2%	2/50%	0/0%	2/25%	3/30%	16/15,7%
Pracující částečný pracovní poměr	0/0%	7/26,9%	7/36,8%	7/21,2%	0/0%	0/0%	1/12,5%	1/10%	23/22,5%

<i>Pracuji na hlavní pracovní poměr</i>	0/0%	9/34,6%	6/31,6%	2/6,1%	2/50%	0/0%	2/25%	4/40%	25/24,5%
<i>studuji</i>	1/100%	1/3,8%	0/0%	13/39,4%	0/0%	1/100%	1/12,5%	1/10%	18/17,6%
<i>Studuji při práci</i>	0/0%	1/3,8%	0/0%	2/6,1%	0/0%	0/0%	1/12,5%	0/0%	4/3,9%
<i>jiné</i>	0/0%	6/23,1%	4/21,1%	4/12,1%	0/0%	0/0%	1/12,5%	1/10%	16/15,7%
<i>Celkem</i>	1/100%	26/100%	19/100%	33/100%	4/100%	1/100%	8/100%	10/100%	102/100%

Tabulka č. 7- zaměstnání a vliv na to v jaké intenzitě se respondenti zabývají sportem

<i>Zaměstnání</i>	<i>V jaké intenzitě se zabýváte sportem</i>					
	<i>vrcholově</i>	<i>Výkonnostně</i>	<i>Rekreačně</i>	<i>Vůbec</i>	<i>jiné</i>	<i>celkem</i>
<i>Nemám</i>	5/26,3%	6/11,8%	5/16,1%	0/0%	0/0%	16/15,7%
<i>Pracuji- na částečný pracovní poměr</i>	3/15,8%	11/21,6%	9/29%	0/0%	0/0%	23/22,5%
<i>Pracuji na hlavní pracovní poměr</i>	4/21,1%	16/31,4%	5/16,1%	0/0%	0/0%	25/24,5%
<i>studuji</i>	5/26,3%	10/19,6%	3/9,7%	0/0%	0/0%	18/17,6%
<i>pracuji při studiu</i>	1/5,3%	2/3,9%	1/3,2%	0/0%	0/0%	4/3,9%
<i>jiné</i>	1/5,3%	6/11,8%	8/25,8%	0/0%	1/100%	16//15,7%
<i>Celkem</i>	19/100%	51/100%	31/100%	0/0%	1/100%	102/100%

K odpovědím týkajících se zaměstnání (otázky 5 a 6 dotazníku) se vážou dvě tabulky, kde můžeme vidět, že 24,5% dotazovaných, 25 respondentů pracuje na hlavní pracovní poměr. 22,5% dotazovaných tedy 23 respondentů, pracuje na částečný pracovní poměr. Na třetím místě je s 17,6%, 18 respondentů, kteří studují. Opět se zde sešly dvě odpovědi se stejným počtem 16 respondentů, to znamená 15,7%, jde o respondenty, kteří práci nemají nebo zaškrtnli možnosti „jiné“ (důchod, invalidní důchod, OSVČ, atd.). S nejmenším počtem hlasů je odpověď studuji při práci s 3,9% a 4 respondenty.

Druhá tabulka související s touto otázkou v tom smyslu, že se snaží ukázat jestli a jak moc ovlivňuje zaměstnání intenzitu sportovní aktivity. Z výsledků výzkumu vyplývá, že pracovní zatížení nemá vliv na intenzitu se, kterou se respondenti věnují sportu.

Tabulka č. 8- kde respondenti pocítili změnu v chování k jejich osobě a druh postižení

<i>Kde jste</i>	<i>Druh postižení</i>	
-----------------	-----------------------	--

<i>pocítili změnu v chování k Vaší osobě</i>	<i>svalová atonie, dystrofie</i>	<i>Paraplegie /paréza</i>	<i>kvadruplegie /paréza</i>	<i>DMO dětská obrna</i>	<i>rozštěpy lbi a páteře</i>	<i>Degenerativní onemocnění mozku a míchy</i>	<i>Amputace, chybí část končetiny</i>	<i>jiné</i>	<i>celkem</i>
<i>U příbuzných</i>	0/0%	1/5,9%	0/0%	2/6,1%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	3/2,9%
<i>U spolužáků, spolu. Prac.</i>	1/100%	1/5,9%	2/10,5%	8/24,2%	1/25%	0/0%	1/12,5%	2/20%	16/15,7%
<i>U přátel</i>	0/0%	2/7,7%	4/21,1%	4/12,1%	1/25%	0/0%	2/25%	3/30%	16/15,7%
<i>Na ulici</i>	0/0%	17/65,4%	9/47,4%	16/48,5%	2/50%	0/0%	2/25%	4/40%	50/49%
<i>jiné</i>	0/0%	5/19,2%	4/21,1%	3/9,1%	0/0%	1/100%	3/37,5%	1/10%	17/16,7%
<i>celkem</i>	1/100%	26/100%	19/100%	33/100%	4/100%	1/100%	8/100%	10/100%	102/100%

Otázka je určena jak osobám se získaným postižením, kteří získali svůj hendikep například kvůli pracovnímu, sportovnímu nebo jinému úrazu, tak i lidem, kteří mají své postižení od narození. Cílem otázky bylo zjistit, zda pokud osoba získala postižení v průběhu života, kde zachytili největší změnu v chování oproti původnímu životu bez hendikepu. U osob, kteří mají hendikep od narození je otázka myšlena tak, jestli osoby s postižením od narození vnímají, kde se projevují změny v chování okolnímu a k lidem bez hendikepu.

Nejvíce změn dotazovaní pocítili u osob na ulici 49% to je 50 respondentů. 16,7%, 17 respondentů dalo možnost „jiné“ (nikde, úřady, ostatní více pomáhají). Na třetím místě se umístily změny chování u přátel, u spolužáků a spolupracovníků, z dotazovaných je to 15,7%, jedná se tedy u obou případů o 16 respondentů. Nejmenší počet ve změnách chování uvedli 3 respondenti u příbuzných, to je z celkového počtu dotazovaných 2,9%.

7.7.2.Hodnotové tabulky

Tabulka č. 9- nejdůležitější hodnoty v životě respondentů

	<i>Průměr</i>	<i>medián</i>	<i>Možnost (bod)</i>	<i>Minimum</i>	<i>Možnost (bod)</i>	<i>maximum</i>
<i>Bezpečí</i>	2,1	6	4	1	1	49
<i>seberealizace</i>	2,5	7	6	1	1	41
<i>sebeúcta</i>	2,6	9	7	1	1	39
<i>Vřelé vztahy s druhými</i>	2,8	5	9	2	1	36
<i>zábava a radost ze života</i>	3	6	6	1	1	34
<i>Pocit</i>	4	9	8	2	1	25

<i>sounáležitosti</i>						
<i>Pocit úspěchu</i>	4,3	12	9	1	2	24
<i>Být v úctě</i>	4,9	7	7	3	2	21
<i>vzrušení, pestrý život</i>	5,4	10	9	6	3	19

Dotazovaní měli za úkol pečlivě si přečíst abecedně seřazený seznam hodnot a následně je posoudit číselnou škálou od 1- nejdůležitější po 9- nejméně důležitá, podle toho jak důležitou roli hrají tyto hodnoty v jejich životě.

Na prvním místě se umístila hodnota bezpečí s průměrem 2,1, na druhé místo se zařadila hodnota seberealizace s průměrem 2,5, na třetí pozici skončila sebeúcta, a to s průměrem 2,5. Na posledním místě skončila hodnota vzrušení a pestrý život s průměrem 5,4. Dalšími hodnotami, které respondenti hodnotili, a umístily se před hodnotou vzrušení a pestrý život jsou vřelé vztahy z druhých lidí, zábava a radost ze života, pocit sounáležitosti, pocit úspěchu a být v úctě.

Tabulka č. 10- spokojenost respondentů se svým životem

	<i>Průměr</i>	<i>medián</i>	<i>Možnost (bod)</i>	<i>Minimum</i>	<i>Možnost (bod)</i>	<i>maximum</i>
<i>Podmínky mého života jsou vynikající</i>	2,2	18	5	2	2	46
<i>Jsem se svým životem spokojený/á</i>	2,3	18	5	4	2	44
<i>Téměř vždy se můj způsob života shoduje s mým ideálem</i>	2,5	13	5	10	2	41

Tabulka č. 11

<i>Věta</i>	<i>Odpověď</i>	<i>počet</i>	<i>procenta</i>
<i>Jsem se svým životem spokojený/á</i>	Souhlasím	29	28,4%
	Spíše souhlasím	44	43,1%
	Nemohu se rozhodnout	18	17,6%
	Spíše nesouhlasím	7	6,9%
	Nesouhlasím	4	3,9%
<i>Podmínky mého života jsou vynikající</i>	Souhlasím	18	17,6%
	Spíše souhlasím	46	45,1%
	Nemohu se rozhodnout	18	17,6%
	Spíše nesouhlasím	18	17,6%
	Nesouhlasím	2	2%
<i>Téměř vždy se můj způsob života shoduje s</i>	Souhlasím	10	9,8%
	Spíše souhlasím	41	40,2%

<i>mým ideálem</i>	Nemohu se rozhodnout	28	27,5%
	Spíše nesouhlasím	13	12,7%
	Nesouhlasím	10	9,8%

Respondenti měli odpovídat na 3 věty: Téměř vždy se můj život shoduje s mým ideálem. Podmínky mého života jsou vynikající. Jsem se svým životem spokojený.

Měli tyto věty hodnotit pomocí číselné škály od 1- souhlasím do 5- nesouhlasím . Respondenti, jak můžete, vidět odpovídali nejčastěji tak, že podmínky jejich života jsou vynikající s průměrem 2,2. Věta zda: Jsem se svým životem spokojený s průměrem 2,3. Na třetím místě skončila věta: Téměř vždy se můj život shoduje s mým ideálem s průměrem 2,5.

7.7.3.Sport

V druhé části dotazníku se zaměřuji na sportovní anamnézu, tedy otázky týkající se sportu. Hlavně jde o otázky, prostřednictvím nichž se snažím přiblížit motivaci a odůvodnění sportovní aktivit hendikepovaných. Mezi mé úkoly patří také zjistit jaký sport je mezi respondenty nejčastější a zda považují sport za dobrý integrační prvek do intaktní společnosti. Zároveň jsem se respondentů ptala, co si myslí o kvalitě a úrovni sportu pro postižené v ČR.

Tabulka č. 12- Jak důležitý je pro respondenty sport a druh postižení

Jak důležitý je pro Vás sport	Druh postižení								celkem
	svalová atonie, dystrofie,	Paraplegie/ paréza	Kvadruple gie /paréza	DMO dětská obrna	rozštěpy lbi a páteře	Degenerativní onemocnění mozku a míchy	Amputace, chybí část končetiny	jiné	
Velmi důležitý	0/0%	14/53,8%	12/63,2%	20/60,6%	1/25%	1/100%	5/62,5%	9/90%	62/60,8%
Spíše důležitý	0/0%	9/34,6%	3/15,8%	9/27,3%	1/25%	0/0%	2/25%	1/10%	25/24,5%
důležitý	1/100%	3/11,5%	4/21,1%	4/12,1%	2/50%	0/0%	1/12,5%	0/0%	15/14,7%
Spíše nedůležitý	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%
nedůležitý	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%
celkem	1/100%	26/100%	19/100%	33/100%	4/100%	1/100%	8/100%	10/100%	102/100%

Prostřednictvím výše uvedené tabulky, můžeme zjistit, že pro 60,8%, 62 respondentů je sport velmi důležitý. Pro 25 respondentů (24,5%) je sport spíše důležitý. 15

respondentů (14,7%) uvedlo, že je pro ně sport důležitý. To nám ukazuje, že sport má v životě hendikepovaných velkou roli.

Tabulka č. 13- věk ve, kterém respondenti začali se sportem (vrozená postižení) a druh postižení

Od kolika let sportujete (postižení od narození)	Druh postižení								celkem
	svalová atonie, dystrofie,	Paraplegie/ paréza	kvadruplegie/ paréza	DMO, dětská obrna	rozštěpy lbi a páteře	Degenerativní onemocnění mozku a míchy	Amputace, chybí část končetiny	jiné	
Od pár měsíců	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	1/100%	0/0%	1/20%	2/3,8%
1-3 roky	0/0%	0/0%	0/0%	1/3,1%	0/0%	0/0%	0/0%	1/20%	2/3,8%
4-5 let	0/0%	0/0%	1/33,3%	4/12,5%	0/0%	0/0%	2/66,7%	0/0%	7/13,2%
6-7 let	0/0%	1/25%	1/33,3%	4/12,5%	0/0%	0/0%	0/0%	1/20%	7/13,2%
8-9 let	0/0%	0/0%	0/0%	10/31,3%	0/0%	0/0%	0/0%	1/20%	11/20,8%
10-11 let	0/0%	1/25%	0/0%	3/9,4%	0/0%	0/0%	1/33,3%	0/0%	5/9,4%
12-13 let	1/100%	0/0%	0/0%	3/9,4%	1/25%	0/0%	0/0%	1/20%	6/11,3%
14-15 let	0/0%	0/0%	0/0%	2/6,3%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	2/3,8%
16-17 let	0/0%	1/25%	0/0%	2/6,3%	1/25%	0/0%	0/0%	0/0%	4/7,5%
18-20 let	0/0%	0/0%	1/33,3%	0/0%	1/25%	0/0%	0/0%	0/0%	2/3,8%
22-49 let	0/0%	1/25%	0/0%	2/6,3%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	3/5,7%
jiné	0/0%	0/0%	0/0%	1/3,1%	1/25%	0/0%	0/0%	0/0%	2/3,8%
Celkem	1/100%	4/100%	3/100%	32/100%	4/100%	1/100%	3/100%	5/100%	53/100%

Otázka vztahující se k této tabulce je určena pouze pro respondenty, kteří mají hendikep od narození, jelikož následující dvě tabulky se týkají respondentů s hendikepem získaným. Nejvíce respondentů s postižením od narození začalo sportovat mezi 8-9 rokem a to konkrétně 11 respondentů (20,8%). O druhé místo se dělí věk od 4-5 let a od 6-7 let, obě dvě věkové kategorie uvedlo 7 respondentů (13,2%). Na třetím místě se s počtem 6 respondentů (11,3%) umístila věková kategorie 12-13 let. S 5 respondenty (9,4%) začali lidé s hendikepem od narození sportovat mezi 10-11 rokem života. Ve věkové kategorii 16-17 let, začali se sportem 4 respondenti (7,5%). Na předposledním místě se umístil věk mezi 22-49 lety, který uvedli 3 respondenti (5,7%). Na posledním místě se umístilo se stejným počtem 2 respondentů (3,8%) hned několik věkových kategorií. Od pár měsíců, 1-3 let, 14-15 let, 18-20 let a možnost „jiné“. Na tuto otázku neodpovědělo 49 respondentů.

Tabulka č. 14- Sportovali respondenti před postižení (získané postižení) a druh postižení

Sportoval/	Druh postižení
------------	----------------

<i>a jste před postižením</i>	<i>svalová atonie, dystrofie,</i>	<i>Paraplegie/paréza</i>	<i>kvadruplegie/paréza</i>	<i>DMO, dětská obrna</i>	<i>rozštěpy lbi a páteře</i>	<i>Degenerativní onemocnění mozku a míchy</i>	<i>Amputace, chybí část končetiny</i>	<i>jiné</i>	<i>celkem</i>
<i>Pravidelně</i>	0/0%	16/66,7%	9/50%	8/44,4%	0/0%	1/100%	4/90%	6/90%	44/60,3%
<i>příležitostně</i>	0/0%	7/29,2%	7/38,9%	0/0%	0/0%	0/0%	1/10%	1/10%	16/21,9%
<i>vůbec</i>	0/0%	1/4,2%	2/11,1%	10/55,6%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	13/17,8%
<i>Celkem</i>	0/0%	24/100%	18/100%	18/100%	0/0%	1/100%	5/100%	7/100%	73/100%

Otázka byla zaměřena na respondenty, kteří získali své postižení během svého života, bohužel musím konstatovat, že někteří respondenti, kteří odpovídali na dotazník, zřejmě nepochopili otázku nebo si správně nepřečetli, pro koho je otázka určena a tak se u této otázky objevují i odpovědi respondentů, kteří mají postižení od narození. Takže výsledek na tuto otázku je poněkud zkreslený. (i u tabulky č. 15)

Nicméně respondenti u této otázky odpovídali nejčastěji, tak, že před postižením sportovali pravidelně, tuto možnost uvedlo 44 respondentů (60,3%). Před postižením sportovalo příležitostně 16 respondentů (21,9%) a možnost vůbec uvedlo 17,8% respondentů, čili 13 dotazovaných. Na tuto otázku neodpovědělo 29 respondentů.

Tabulka č. 15- S jakým zaměřením respondenti sportovali (získané postižení) a druh postižení

<i>S jakým zaměřením jste Sportoval/a</i>	<i>Druh postižení</i>								<i>celkem</i>
	<i>svalová atonie, dystrofie,</i>	<i>Paraplegie/paréza</i>	<i>kvadruplegie/paréza</i>	<i>DMO, dětská obrna</i>	<i>rozštěpy lbi a páteře</i>	<i>Degenerativní onemocnění mozku a míchy</i>	<i>Amputace, chybí část končetiny</i>	<i>jiné</i>	
<i>Výkonnostně</i>	0/0%	10/45,5%	4/26,7%	6/42,9%	0/0%	0/0%	3/50%	3/42,9%	26/40%
<i>vrcholově</i>	0/0%	3/13,6%	6/40%	5/35,7%	0/0%	0/0%	1/16,7%	3/42,9%	18/27,7%
<i>rekreačně</i>	0/0%	9/40,9%	5/33,3%	3/21,4%	1/100%	0/0%	2/33,3%	1/14,3%	21/32,3%
<i>vůbec</i>	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%
<i>Celkem</i>	0/0%	22/100%	15/100%	14/100%	1/100%	0/0%	6/100%	7/100%	65/100%

Respondenti odpovídali následovně, dotazovaní, kteří získali své postižení během života, sportovali před postižením nejčastěji výkonnostně, takto odpovědělo 40% respondentů, tedy 26 dotazovaných. Rekreačně se sportem zabývalo 21 respondentů

(32,3%). Nejméně respondentů se sportem zabývalo na vrcholové úrovni, pouze 18 dotazovaných (27,7%). Na tuto otázku neodpovědělo 37 respondentů.

Tabulka č. 16- v Jaké intenzitě se respondenti zabývají sportem a druh postižení

V jaké intenzitě se sportem zabýváte	Druh postižení								celkem
	svalová atonie, dystrofie,	Paraplegie/ paréza	kvadruplegie/ paréza	DMO, dětská obrna	rozštěpy lba a páteře	Degenerativní onemocnění mozku a míchy	Amputace, chybí část končetiny	jiné	
Výkonnostně	1/100%	10/38,5%	9/47,4%	18/54,5%	1/25%	1/100%	6/75%	5/50%	51/50%
vrcholově	0/0%	5/19,2%	3/15,8%	6/18,2%	1/25%	0/0%	2/25%	2/20%	19/18,6%
rekreačně	0/0%	11/42,3%	7/36,8%	9/27,3%	2/50%	0/0%	0/0%	3/30%	32/31,4%
vůbec	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%
Celkem	1/100%	26/100%	19/100%	33/100%	4/100%	1/100%	8/100%	10/100%	102/100%

Celkově ze 102 respondentů se výkonnostně sportem zabývá 50% dotazovaných, to znamená, že takto odpovědělo 51 respondentů. Na druhém místě se podle počtu odpovědí umístil sport rekreační s 32 respondenty (31,4%). Nejméně respondentů tedy 19 (18,6%), dělá sport na vrcholové úrovni.

Tabulka č. 17- důležitost sportu pro respondenty a intenzita sportovní činnosti

Jak důležitý je pro Vás sport	V jaké intenzitě se zabýváte sportem					
	vrcholově	Výkonnostně	Rekreačně	Vůbec	jiné	celkem
Velmi důležitý	13/68,4%	35/68,6%	13/41,9%	0/0%	1/100%	62/60,8%
Spíše důležitý	5/26,3%	8/15,7%	12/38,7%	0/0%	0/0%	25/24,5%
důležitý	1/5,3%	8/15,7%	6/19,4%	0/0%	0/0%	15/14,7%
Spíše nedůležitý	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%
Nedůležitý	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%
celkem	19/100%	51/100%	31/100%	0/0%	1/100%	102

Tato tabulka má ukázat vzájemný vztah mezi důležitostí sportu pro hendikepované respondenty a v intenzitou, se kterou se respondenti sportem zabývají a tak potvrdit nebo vyvrátit hypotézu, že respondenti pro které je sport velmi důležitý se sportu budou věnovat intenzivněji, než ti, kteří vnímají sport jako důležitý nebo nedůležitý.

Sportem se vrcholově zabývá 19 respondentů, výkonnostně 51 respondentů, rekreačně se sportem zabývá 31 respondentů a jedna odpověď byla označena jako „jiné“

Celkově ze 102 respondentů vnímá sport jako velmi důležitý 62 respondentů (60,8%), z toho se 35 respondentů (56,5%) zabývá sportem v intenzitě výkonnostní a u obou dvou zbývajících možností, tedy vrcholově (21%) nebo rekreačně (21%) odpověděli respondenti stejným počtem 13 a je tu i jedna možnost „jiné“. Pro 25 respondentů (24,5%) je sport spíše důležitý, z toho se 12 respondentů (48%) zabývá sportem rekreačně, 8 respondentů (32%) dělá sport výkonnostně a 5 respondentů (20%) dělá sport vrcholově. Jako důležitý označilo sport 15 respondentů (14,7%), z tohoto počtu se 8 dotazovaných (53,3%) zabývá sportem výkonnostně, 6 respondentů (40%) rekreačně a jeden respondent (6,7%) se sportem zabývá vrcholově. Z těchto údajů vyplývá, že existuje souvislost mezi důležitostmi sportu a intenzitou s jakou se hendikepovaní sportu věnují.

Tabulka č. 18- Kolik hodin týdně se respondenti věnují sportu a druh postižení

Kolik hodin týdně věnujete sportovní činnosti	Druh postižení								celkem
	svalová atonie, dystrofie,	Paraplegie/paréza	Kvadruplegie/paréza	DMO, dětská obrna	rozštěpy lbi a páteře	Degenerativní onemocnění mozku a míchy	Amputace, chybí část končetiny,	jiné	
0-1 hodina	1/100%	0/0%	4/21,1%	3/9,1%	2/50%	0/0%	0/0%	1/10%	11/10,8%
2-4 hodiny	0/0%	11/42,3%	6/31,6%	21/63,6%	1/25%	1/100%	5/62,5%	4/40%	49/48%
5-7 hodin	0/0%	10/38,5%	5/26,3%	5/15,2%	1/25%	0/0%	3/37,5%	3/30%	27/26,5%
8 a více hodin	0/0%	5/19,2%	4/21,1%	4/12,1%	0/0%	0/0%	0/0%	2/20%	15/14,7%
Celkem	1/100%	26/100%	19/100%	33/100%	4/100%	1/100%	8/100%	10/100%	102/100%

Nejvíce respondentů přesně 49 (48%) věnuje sportovní činnosti 2-4 hodiny týdně. 27 odpovídajících (26,5%) uvedlo, že se sportovní činnosti věnuje 5-7 hodin. Patnáct respondentů (14,7%) dochází na sportovní aktivity 8 a více hodin týdně. Na posledním místě se umístila možnost provozování sportovních aktivit 0-1 hodinu týdně s 11 respondenti (10,8%).

Tabulka č. 19- Za jak dlouhou dobu začali respondenti (získané postižení) sportovat a druh postižení

Pokud jste utrpěl/a úraz za jak dlouhou	Druh postižení								celkem
	svalová atonie, dystrofie,	Paraplegie/paréza	kvadruplegie/paréza	DMO, dětská obrna	rozštěpy lbi a páteře	Degenerativní onemocnění mozku a míchy	Amputace, chybí část končetiny	jiné	

<i>dobu po úraze jste začal/a sportovat</i>									
<i>Do 1 roku</i>	0/0%	6/27,3%	2/12,5%	2/100%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	10/20%
<i>Po 1 roce</i>	0/0%	9/40,9%	5/31,3%	0/0%	0/0%	0/0%	1/20%	3/60%	18/36%
<i>Po 2 letech</i>	0/0%	1/4,5%	2/12,5%	0/0%	0/0%	0/0%	1/20%	0/0%	4/8%
<i>Po 3 letech</i>	0/0%	4/18,2%	6/37,5%	0/0%	0/0%	0/0%	1/20%	0/0%	11/22%
<i>Po 4 letech</i>	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	1/20%	0/0%	1/2%
<i>Po 5 a více letech</i>	0/0%	2/9,1%	1/6,3%	0/0%	0/0%	0/0%	1/20%	2/40%	6/12%
<i>Celkem</i>	0/0%	22/100%	16/100%	2/100%	0/0%	0/0%	5/100%	5/100%	50/100%

Z počtu 50 respondentů, kteří odpověděli na tuto otázku týkající se respondentů se získaným postižením během svého života, začalo se sportem 18 respondentů (36%) po 1 roce od získání hendikepu. Po 3 letech se sportováním začalo zabývat 11 respondentů (22%). Na třetím místě se umístila možnost do 1 roku od vzniku hendikepu, takto odpovědělo 20% čili 10 respondentů. 6 respondentů (12%) odpovědělo, že se sportu začali věnovat po 5 a více letech. Po 2 letech začali sportovat 4 dotazovaní (8%). S jednou odpovědí (2%) se umístila na posledním místě možnost po 4 letech. Na tuto otázku neodpovědělo 52 respondentů.

Tabulka č. 20- Sporty, které respondenti dělají a druh postižení

<i>Na které sporty se zaměřujete</i>	<i>Druh postižení</i>								<i>celkem</i>
	<i>svalová atonie, dystrofie,</i>	<i>Paraplegie/ paréza</i>	<i>kvadruplegie/ paréza</i>	<i>DMO, dětská obrna</i>	<i>rozštěpy lbi a páteře</i>	<i>Degenerativní onemocnění mozku a míchy</i>	<i>Amputace, chybí část končetiny</i>	<i>jiné</i>	
<i>Plavání</i>	1/50%	10/16,9%	4/10%	20/37,7%	1	0/0%	3/21,4%	5/17,9%	44/21,7%
<i>Cyklistika</i>	1/50%	7/11,9%	7/17,5%	7/13,2%	0/0%	0/0%	1/7,1%	4/14,3%	27/13,3%
<i>Atletika</i>	0/0%	4/6,8%	8/20%	3/5,7%	2	0/0%	2/14,3%	3/10,7%	22/10,8%
<i>Stolní tenis</i>	0/0%	11/18,6%	3/7,5%	1/1,9%	1	0/0%	2/14,3%	2/7,1%	20/9,9%
<i>Lýžování</i>	0/0%	4/6,8%	1/2,5%	4/7,5%	0/0%	0/0%	1/7,1%	3/10,7%	13/6,4%
<i>Rugby</i>	0/0%	0/0%	8/20%	3/5,7%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	11/5,4%

Florbal	0/0%	4/6,8%	2/5%	1/1,9%	1	0/0%	0/0%	0/0%	8/3,9%
Střelba	0/0%	5/8,5%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	1/7,1%	0/0%	6/3%
Boccia	0/0%	0/0%	0/0%	4/7,5%	0/0%	0/0%	0/0%	2/7,1%	6/3%
Tenis	0/0%	3/5,1%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	1/7,1%	1/3,6%	5/2,5%
Curling	0/0%	0/0%	1/2,5%	0/0%	1	0/0%	0/0%	2/7,1%	4/2%
Sledge hokej	0/0%	2/3,4%	0/0%	1/1,9%	0/0%	0/0%	0/0%	1/3,6%	4/2%
Potápění	0/0%	2/3,4%	1/2,5%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	1/3,6%	4/2%
Šachy	0/0%	1/1,7%	1/2,5%	2/3,8%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	4/2%
Lukostřelba	0/0%	2/3,4%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	2/1%
Volejbal	0/0%	1/1,7%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	1/7,1%	0/0%	2/1%
Basketbal	0/0%	1/1,7%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	1/3,6%	2/1%
Vzpírání	0/0%	0/0%	0/0%	1/1,9%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	1/0,5%
Orientační běh	0/0%	0/0%	1/2,5%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	1/0,5%
Jiné	0/0%	2/3,4%	3/7,5%	6/11,3%	0/0%	1/100%	2/14,3%	3/10,7%	17/8,4%

Tabulka č. 21- Respondenti dělající více sportů a druh postižení

Na které sporty se zaměřujete (zaměřením na více sportů)	Druh postižení								celkem
	svalová atonie, dystrofie,	Paraplegie/ paréza	kvadruplegie/ paréza	DMO, dětská obrna	rozštěpy lba páteře	Degenerativní onemocnění mozku a míchy	Amputace, chybí část končetiny	jiné	
2 sporty	1/100%	7/41,2%	7/58,3%	8/57,1%	2/100%	0/0%	0/0%	2/28,6%	27/49,1%
3 sporty	0/0%	7/41,2%	1/8,3%	6/42,9%	0/0%	0/0%	0/0%	4/57,1%	18/32,7%
4 sporty	0/0%	2/11,8%	3/25%	0/0%	0/0%	0/0%	2/100%	0/0%	7/12,7%
5 sportů	0/0%	1/5,9%	1/8,3%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	2/3,6%
7 sportů	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	1/14,3%	1/1,8%
celkem	1/100%	17/100%	12/100%	14/100%	2/100%	0/0%	2/100%	7/100%	55/100%

Na tuto otázku mohli respondenti označit více sportů, které provozují, proto je celkový počet odpovědí 203. V druhé tabulce proto můžete vidět kolik respondentů se věnuje více než jednomu sportu (nemusí být všechny sporty dělány se stejnou intenzitou). Plavání se s počtem 44 respondentů (21,7%) umístilo na prvním místě. Cyklistika se dostala na druhé místo s 27 respondenty (13,3%). Třetí místo obsadila atletika, kterou dělá 22 respondentů (10,8%). 20 respondentů (9,9%) se věnuje stolnímu tenisu. 17 respondentů (8,4%) dalo jako sport, který dělají možnost „jiné“ (kam můžeme zařadit paradresůru, jezdeckví, paravoltiž, jachting, cvičení v posilovně, běh atd.). Lyžování se věnuje 13 respondentů (6,4%)

a sport rugby provozuje 11 dotazovaných (5,4%). Florbal dělá 8 respondentů (3,9%). Střelbě a boccie se věnuje shodně 6 respondentů (3%). Tenisu se věnují 2,5%, tedy 5 dotazovaných. Curlingu, sledge hokeji potápění a šachům se opět věnuje stejný počet respondentů a to 4 (2%). Na předposledním místě se umístili 3 sporty po 2 respondentech (1%), lukostřelba, volejbal a basketbal. Na posledním místě jsou dva sporty s jedním respondentem (0,5%) a to jsou vzpírání a orientační běh.

Jak už jsem zmiňovala výše, někteří respondenti dělají více než jeden sport, přesněji řečeno 2 sporty dělá 27 respondentů (49,1%). Třem sportům se věnuje 32,7% respondentů (18). Sedm odpovídajících (12,7%) se věnuje 4 sportům, 5 sporty se zabývají 2 respondenti (3,6%). Pouze jeden respondent (1,8%) se věnuje 7 různým sportům.

7.7.4. Důvody ke sportování

Respondenti měli ze seznamu každý bod (důvod) ke sportování ohodnotit číselnou škálou od 1 hlavní důvod, po 5 žádný důvod

Tabulka č. 22- Jaké důvody vedou respondenty ke sportování

	Průměr	medián	Možnost (bod)	Minimum	Možnost (bod)	maximum
setkávání s lidmi a přáteli	1,4	4	4	2	1	72
dobrý prožitek, radost z pohybu, zábava	1,6	5	5	1	1	63
zlepšení kondice, zdraví	1,6	11	5	2	1	70
realizace sebe sama	2,1	13	5	1	1	48
životní styl	2,2	14	5	4	1	46
duševní vyrovnání a zlepšení psychiky	2,6	13	5	3	1	40
sport jako jedna z možností včlenění se do společnosti	2,7	18	5	4	2	38
získání sebedůvěry a sebevědomí	2,8	18	5	6	1	36
ocenění, vyrovnání se s ostatními	3,3	20	5	9	2	31
touha soutěžit	3,4	16	5	11	2	30
snaha vyrovnat se lidem bez postižení	3,5	19	1	15	5	29
snaha prosadit se prostřednictvím sportu	3,6	20	5	14	2	28

Chtěla jsem zjistit, jaké důvody vedou lidi s postižením ke sportovní činnosti a zda tím potvrdím svou hypotézu, že lidé s postižením mají jako jeden z hlavních důvodů pro sportování zlepšení zdraví a setkávání se s přáteli. Tento názor mám hlavně, proto, že jsem sama člověkem s postižením a sportuji. Z výsledků na danou otázku je zřejmé, že pro respondenty je hlavním důvodem ke sportování setkávání se s lidmi a přáteli s průměrem 1,4. Na druhém místě se umístil důvod dobrý prožitek, radost z pohybu, zábava a zlepšení

kondice, zdraví, oba důvody s průměrem 1,6. Třetí skončil důvod realizace sebe sama s průměrem 2,1.

Na dalších dvou místech se umístily důvody životní styl s průměrem 2,2 a duševní vyrovnanost a zlepšení psychiky s průměrem 2,6. Na pátém místě se umístil důvod sport jako jedna z možností včlenění se do společnosti s průměrem 2,7. I když jsem si myslela, že se tento důvod umístí o něco výše ve výčtu, ale i přesto mě místo v seznamu potěšilo. Na dalších dvou místech se umístily získání sebedůvěry a sebevědomí s průměrem 2,8 a ocenění a vyrovnání se s ostatními s průměrem 3,3. Touha soutěžit skončila až na 3 místě od konce s průměrem 3,4. Na předposledním místě je snaha vyrovnat se lidem bez postižení s průměrem 3,5 a na posledním místě je snaha prosadit se prostřednictvím sportu s průměrem 3,6. Musím říci, že poslední tři místa mě vůbec nepřekvapila.

Tabulka č. 23- sportovní činnost jako naplnění očekávání respondentů a druh postižení

Přinesla Vám sportovní činnost splnění Vašich očekávání	Druh postižení								celkem
	svaľová atonie, dystrofi e,	Paraplegi e/ paréza	kvadruplegi e/ paréza	DMO, dětská obrna	rozště py lbi a páteře	Degenerati vní onemocněn í mozku a míchy	Amputac e, chybí část končetin y,	jiné	
Ano	1/100%	14/53,8%	10/52,6%	18/54,5 %	2/50%	0/0%	5/62,5%	7/70%	57/55,9 %
Spíše ano	0/0%	12/46,2%	9/47,4%	12/36,4 %	2/50%	1/100%	3/37,5%	3/30%	42/41,2 %
Nemohu se rozhodnout	0/0%	0/0%	0/0%	2/6,1%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	2/2%
Spíše ne	0/0%	0/0%	0/0%	1/3%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	1/1%
ne	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%
Celkem	1/100%	26/100%	19/100%	33/100 %	4/100 %	1/100%	8/100%	10/100 %	102/100 %

Otázka měla za úkol zjistit, zda jsou respondenti se svojí volbou sportovní činnosti spokojeni nebo naopak jestli jim sportování nepřineslo to, co od něj očekávali. 55,9% (57) sportovní činnost přinesla to, co od ní očekávali. Možnost spíše ano uvedlo 42 respondentů (41,2%). Dva respondenti (2%) se nemohli rozhodnout a 1 respondentovi (1%) sportovní činnost spíše nesplnila jeho očekávání.

Tabulka č. 24 – Čeho chtějí respondenti ve sportu dosáhnout a intenzita sportovní činnosti

Čeho chcete ve sportu dosáhnout	V jaké intenzitě se zabýváte sportem
---------------------------------	--------------------------------------

	<i>vrcholově</i>	<i>Výkonnostně</i>	<i>rekreačně</i>	<i>vůbec</i>	<i>celkem</i>
<i>účast na paralympiádě</i>	7/38,9%	10/19,2%	0/0%	0/0%	17/16,7%
<i>účast na mezinárodních hrách</i>	7/38,9%	19/36,5%	3/9,4%	0/0%	29/28,4%
<i>pouze rehabilitační aktivita</i>	0/0%	11/21,2%	22/68,8%	0/0%	33/32,4%
<i>jiné</i>	4/22,2%	12/23,1%	7/21,9%	0/0%	23/22,5%
<i>Celkem</i>	18/100%	52/100%	32/100%	0/0%	102/100%

U této tabulky měli respondenti napsat, čeho chtějí ve sportu dosáhnout. Na prvním místě se umístilo sportování jako rehabilitační aktivita, takto odpovídalo 33 respondentů (32,4%) z toho 22 respondentů dělá sport rekreačně a 11 respondentů výkonnostně. Na druhém místě je s 29 respondenty (28,4%) účast na mezinárodních hrách, 7 respondentů dělá sport vrcholově, 19 výkonnostně a 3 rekreačně. Možnost „jiné“ skončila na 3 místě s 23 respondenty (22,5%)- mezi jiné patří například klubové a meziklubové závody. Čtyři z nich dělají sport vrcholově, 12 výkonnostně, 7 rekreačně. Na posledním místě skončila účast na paralympiádě, kterou uvedlo 17 respondentů (16,7%), 7 sportuje na vrcholové úrovni a 10 respondentů sportuje výkonnostně.

Tabulka č. 25- Kde a od koho se respondenti dozvěděli o sportu pro postižené a druh postižení

<i>Kde a od koho jste se dozvěděli o sportu tělesně postižených</i>	<i>Druh postižení</i>								<i>celkem</i>
	<i>svalová atonie, dystrofie,</i>	<i>Paraplegie/ paréza</i>	<i>kvadruplegie/ paréza</i>	<i>DMO, dětská obrna</i>	<i>rozštěpy lbita páteře</i>	<i>Degenerativní onemocnění mozku a míchy</i>	<i>Amputace, chybí část končetiny,</i>	<i>jiné</i>	
<i>v rodině</i>	0/0%	0/0%	1/3,1%	5/9,6%	0/0%	0/0%	0/0%	1/7,7%	7/4,6%
<i>od přátel s handicapem</i>	1/100%	14/37,8%	12/37,5%	19/36,5%	1/20%	0/0%	4/44,4%	6/46,2%	57/37,7%
<i>v léčeb. rehab. zařízeních</i>	0/0%	14/37,8%	14/43,8%	13/25%	1/20%	1/100%	1/11,1%	1/7,7%	45/29,8%
<i>od známých</i>	0/0%	2/5,4%	2/6,3%	7/13,5%	1/20%	0/0%	2/22,2%	2/15,4%	17/11,3%
<i>na internetu</i>	0/0%	5/13,5%	2/6,3%	5/9,6%	1/20%	0/0%	1/11,1%	2/15,4%	16/10,6%
<i>jiné</i>	0/0%	2/5,4%	1/3,1%	3/5,8%	1/20%	0/0%	1/11,1%	1/7,7%	9/6%
<i>Celkem</i>	1/100%	37/100%	32/100%	52/100%	5/100%	1/100%	9/100%	13/100%	151/100%

Jedná se o otázku s možností výběru více možností. Respondenti uváděli, že se nejčastěji dozvěděli o sportu pro hendikepované právě od svých přátel a lidí s hendikepem, kteří již sportovali nebo sportují, takto odpovídalo 57 respondentů (37,7%). Druhým

nejčastějším způsobem jak se dozvědět o sportu hendikepovaných je skrze léčebná a rehabilitační zařízení, tuto možnost uvedlo 29,8%, 45 respondentů. Sedmnáct respondentů (11,3%) se o sportu hendikepovaných dozvědělo od známých. Na internetu se o sportu pro postižené dozvědělo 16 respondentů (10,6%). Na předposledním místě se umístila možnost „jiné“ s 9 respondenti (6%). Nejméně lidí se to dozvědělo prostřednictvím své rodiny pouze 7 respondentů (4,6%) uvedlo tuto možnost.

Tabulka č. 26- Sport jako integrace do společnosti a druh postižení

Myslíte si, že sport je dobrým prostředkem pro integraci lidí s postižením do intaktní společnosti	Druh postižení								celkem
	svalová atonie, dystrofie,	Paraplegie/ paréza	kvadruplegie/ paréza	DMO, dětská obrna	rozštěpy lba a páteře	Degenerativní onemocnění mozku a míchy	Amputace, chybí část končetiny,	jiné	
Ano	0/0%	14/53,8%	14/73,7%	22/66,7%	3/90%	1//100%	7/90%	9/90%	70/68,6%
Spíše ano	0/0%	7/26,9%	2/10,5%	8/24,2%	0/0%	0/0%	1/10%	1/10%	19/18,6%
Nemohu se rozhodnout	1/100%	3/11,5%	2/10,5%	3/9,1%	1/10%	0/0%	0/0%	0/0%	10/9,8%
Spíše ne	0/0%	2/7,7%	1/5,3%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	3/2,9%
ne	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%
Celkem	1/100%	26/100%	19/100%	33/100%	4/100%	1/100%	8/100%	10/100%	102/100%

Tabulka č. 27- Sport jako integrace do společnosti a intenzita sportovní činnosti

Myslíte si, že sport je dobrým prostředkem pro integraci (začlenění) lidí s postižením do intaktní (zdravé) společnosti	V jaké intenzitě se zabýváte sportem				celkem
	vrcholově	Výkonnostně	rekreačně	vůbec	
Ano	8/42,1%	42/82,4%	20/62,5%	0/0%	70/68,6%
Spíše ano	6/31,6%	5/9,8%	8/25%	0/0%	19/18,6%
Nemohu se rozhodnout	5/26,3%	2/3,9%	3/9,4%	0/0%	10/9,8%
Spíše ne	0/0%	2/3,9%	1/3,1%	0/0%	3/2,9%
ne	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%
Celkem	19	51	32	0/0%	102

Tato otázka asi nejvíce potvrzuje mojí hypotézu o tom, že sport je dobrý integrační prvek pro lidi s hendikepem do intaktní společnosti, kdy 70 respondentů (68,6%) vybralo jako svojí odpověď ano. Možnost spíše ano uvedlo 19 respondentů (18,6%). Deset respondentů (9,8%) napsalo, že se nemohou rozhodnout. Tři respondenti (2,9%) uvedli negativní odpověď, prostřednictvím odpovědi spíše ne.

V druhé tabulce můžeme, vidět porovnání mezi tím, jestli si respondenti myslí, že sport je dobrý integrační prostředek pro hendikepované do společnosti a intenzitou, kterou se dotazovaní věnují sportu. Ze 70 respondentů, kteří odpověděli, ano, se, 42 respondentů (82,4%) věnuje sportu výkonnostně, 20 dotazovaných (62,5%) sportuje rekreačně a vrcholově se sportu věnuje 8 respondentů (42,1%). U odpovědi spíše ano, uvedlo 8 respondentů rekreaci, 6 vrcholovou úroveň a 5 se věnuje sportu výkonnostně. Respondenti, kteří se nemohli rozhodnout, sportuje 5 vrcholově, 3 rekreačně a 2 výkonnostně. U negativní odpovědi je rozložení následující 2 respondenti sportují výkonnostně a 1 rekreačně. Většina dotazovaných bere sport jako dobrý integrační prostředek do společnosti.

U této otázky jsem dala možnost pro ty, kdo chtějí svojí odpověď zdůvodnit, a tak bych, ráda uvedla některé odpovědi, které respondenti napsali.

- Viděl jsem už spoustu lidí, kteří díky sportu našli nový důvod k životu. A to přispělo k jejich začlenění zpět do společnosti
- Lidé s handicapem mohou dokázat zdravým lidem, že vůbec nezáleží na tom, jestli jsi postižený, ale, jak se se životem dokážeš poprat
- Protože obě strany vidí, že to jde. Z toho pramení respekt a uvědomění si, že není důvod se nás stranit. Obě strany mohou získat

Tabulka č. 28- Větší pocit sounáležitosti respondentů se společností a druh postižení

Přináší Vám osobně sport větší pocit sounáležitosti s intaktní společností	Druh postižení								celkem
	svalová atonie, dystrofie,	Paraplegie/ paréza	kvadruplegie/ paréza	DMO, dětská obrna	rozštěpy lba a páteře	Degenerativní onemocnění mozku a míchy	Amputace, chybí část končetiny,	jiné	
Ano	0/0%	5/19,2%	7/36,8%	11/33,3%	0/0%	0/0%	3/37,5%	6/60%	32/31,4%
Spíše ano	0/0%	12/46,2%	8/42,1%	15/45,5%	2/50%	0/0%	5/62,5%	3/30%	45/44,1%
Nemohu se rozhodnout	1/100%	5/19,2%	2/10,5%	3/9,1%	1/25%	0/0%	0/0%	1/10%	13/12,7%

<i>Spíše ne</i>	0/0%	4/15,4%	2/10,5%	4/12,1%	1/25%	1/100%	0/0%	0/0%	12/11,8%
<i>ne</i>	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%
<i>Celkem</i>	1/100%	26/100%	19/100%	33/100%	4/100%	1/100%	8/100%	10/100%	102/100%

Tabulka souvisí s tabulkou č. 26 a má ukázat, zda nejen respondenti, kteří si myslí, že sport je dobrý integrační prostředek ale i ti ostatní pocítují, sami na sobě nějaký nebo větší pocit sounáležitosti s intaktní společností. 44,1% má spíše pocit sounáležitosti s intaktní společností. Třicet dva respondentů cítí sounáležitost s většinou společností. Respondentů, kteří se nemohou rozhodnout je 12,7%. Těch kteří, spíše nepocítují sounáležitost s intaktní společností je 11,8%.

Tabulka č. 29- Šance pro muže a ženy ve sportu a druh postižení

<i>Domníváte se, že mají muži a ženy, stejné možnosti a šance se prosadit ve sportu</i>	<i>Druh postižení</i>								<i>celkem</i>
	<i>svalová atonie, dystrofie,</i>	<i>Paraplegie/ paréza</i>	<i>kvadruplegie/ paréza</i>	<i>DMO, dětská obrna</i>	<i>rozštěpy lbi a páteře</i>	<i>Degenerativní onemocnění mozku a míchy</i>	<i>Amputace, chybí část končetiny,</i>	<i>jiné</i>	
<i>Zvýhodnění mužů</i>	0/0%	0/0%	0/0%	1/3%	1/10%	0/0%	1/10%	1/10%	4/3,9%
<i>Zvýhodnění spíše mužů</i>	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%
<i>Stejně šance</i>	1/100%	22/84,6%	15/78,9%	28/84,3%	3/90%	1/100%	7/90%	9/90%	86/84,3%
<i>Nemohu se rozhodnout</i>	0/0%	3/11,5%	4/21,1%	3/9,1%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	10/9,8%
<i>Zvýhodnění žen</i>	0/0%	1/3,8%	0/0%	1/3%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	2/2%
<i>Zvýhodnění spíše žen</i>	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%
<i>celkem</i>	1/100%	26/100%	19/100%	33/100%	4/100%	1/100%	8/100%	10/100%	102/100%

Většina respondentů (84,3% - 86 odpovídajících) si myslí, že pohlaví nemá vliv na postavení ve sportu, z výzkumu vyplývá, že muži i ženy mají stejné šance a možnosti prosadit se ve sportu. U této otázky se nemohlo rozhodnout 9,8% respondentů (10). Čtyři respondenti

(3,9%) se domívají, že větší šance ve sportu mají muži a 2 respondenti si myslí, že jsou zvýhodněny spíše žen.

Na ukázkou přidávám některé odpovědi přímo od respondentů (parafráze)

- Ano, je pravda, že soutěží více mužů, ale pravidla v různých disciplínách jsou nyní nastavena tak, aby byly zařazeny i ženy, např. ve veslování na čtyřveslici PR3, kde musí být dva muži a dvě ženy, dále na dvojskifu muž + žena - kat.PR2.
- I když muži i ženy mají stejné podmínky pro přijetí do reprezentace, pro ženy je mnohem obtížnější je splnit, zejména proto, že obecně sportuje mnohem méně žen.

Tabulka č. 30- Úroveň sportu pro postižené v ČR a druh postižení respondentů

Podle Vašeho názoru jaká je úroveň sportu pro lidi s postižením v ČR?	Druh postižení								celkem
	svalová atonie, dystrofie,	Paraplegie/ paréza	kvadruplegie/ paréza	DMO, dětská obrna	rozštěpy lbi a páteře	Degenerativní onemocnění mozku a míchy	Amputace, chybí část končetiny,	jiné	
výborná	0/0%	2/7,7%	1/5,3%	4/12,1%	0/0%	0/0%	1/12,5%	0/0%	8/7,8%
Spíše výborná	1/100%	7/26,9%	4/21,1%	6/18,2%	1/25%	0/0%	3/37,5%	5/50%	27/26,5%
Spíše průměrná	0/0%	13/50%	10/52,6%	13/39,4%	2/50%	1/100%	3/37,5%	4/40%	46/45,1%
Průměrná	0/0%	3/11,5%	1/5,3%	9/27,3%	1/25%	0/0%	1/12,5%	1/10%	16/15,7%
Podprůměrná	0/0%	1/3,8%	3/15,8%	1/3%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	5/4,9%
celkem	1/100%	26/100%	19/100%	33/100%	4/100%	1/100%	8/100%	10/100%	102/100%

Tabulka č. 31- Myslí si respondenti, že úroveň a kvalita sportu pro postižené roste a druh postižení

Myslíte si, že úroveň a kvalita sportu pro hendikepané stále roste	Druh postižení								celkem
	svalová atonie, dystrofie,	Paraplegie/ paréza	Kvadruplegie/ paréza	DMO, dětská obrna	rozštěpy lbi a páteře	Degenerativní onemocnění mozku a míchy	Amputace, chybí část končetiny,	jiné	
Ano	1/100%	7/26,9%	4/21,1%	9/27,3%	0/0%	0/0%	1/12,5%	2/20%	24/23,5%
Spíše ano	0/0%	11/42,3%	7/36,8%	13/39,4%	2/50%	1/100%	5/62,5%	8/80%	47/46,1%

				%					%
<i>Nemohu se rozhodnout</i>	0/0%	6/23,1%	3/15,8%	9/27,3%	2/50%	0/0%	2/25%	0/0%	22/21,6%
<i>Spíše ne</i>	0/0%	2/7,7%	5/26,3%	2/6,1%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	9/8,8%
<i>ne</i>	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0
<i>celkem</i>	1/100%	26/100%	19/100%	33/100%	4/100%	1/100%	8/100%	10/100%	102/100%

Tabulka se zaměřuje na to jak respondenti, vnímají úroveň sportu v ČR, 45,1% respondentů vidí úroveň sportu jako spíše průměrnou. Za spíše výbornou považuje úroveň sportu v ČR 27 respondentů (26,5%). Šestnáct respondentů (15,7%) považuje úroveň sportu za průměrnou. Jako výbornou označilo úroveň sportu 8 respondentů. Na posledním místě se s 4,9% umístila podprůměrná úroveň sportu v ČR.

S tabulkou č. 30 souvisí tabulka č. 31, ve které se snažím zjistit, zda si respondenti myslí, že kvalita a úroveň sportu pro hendikepované v ČR stále roste. Podle odpovědí na tuto otázku se 46,1% respondentů domnívá, že kvalita sportu spíše roste. Na druhém místě skončila odpověď Ano – kvalita sportu a úroveň stále roste s 23,5%. Respondentů, kteří se nemohli rozhodnout, bylo 22. Kvalita a úroveň sportu spíše neroste, uvedlo 9 respondentů.

7.7.5. Postavení lidí ve společnosti

Tabulka č. 32 – Co podle respondentů brání zlepšení kvality sporu pro postižené

	<i>Průměr</i>	<i>medián</i>	<i>Možnost (bod)</i>	<i>Minimum</i>	<i>Možnost (bod)</i>	<i>maximum</i>
<i>nedostatečné finanční podmínky</i>	1,7	12	4	4	1	61
<i>nedostatečná informovanost většinové společnosti</i>	2,1	16	5	5	1	47
<i>nedostatečná medializace</i>	2,3	16	5	4	1	44
<i>nedostatečný zájem většinové společnosti</i>	3	21	5	4	2	34
<i>legislativa</i>	3,1	16	5	9	3	33
<i>nedostatečné prostorové podmínky</i>	3,2	27	5	5	3	31

Respondenti měli seřadit seznam vlivů na úroveň sportu pro hendikepované od 1 - největší vliv po 5- nejmenší vliv.

Podle respondentů mají největší vliv na úroveň sportu pro hendikepované v ČR nedostatečné finanční podmínky s průměrem 1,7. Na druhém místě v míře vlivu skončila s průměrem 2,1, nedostatečná informovanost většinové společnosti. Třetí nejdůležitější vliv na sport lidí s hendikepem má s průměrem 2,3 nedostatečná medializace. Jako další se umístil nedostatečný zájem většinové společnosti s průměrem 3. Vliv legislativy na sport pro

hendikepované má průměr 3,1. Na posledním místě s nejmenším vlivem na sport pro hendikepované jsou s průměrem 3,2 nedostatečné prostorové podmínky.

Tabulka č. 33 - Co nejvíce brání lepšímu postavení lidí s hendikepem ve společnosti

	<i>počet</i>	<i>procento</i>
<i>bariéry - architektonické</i>	65	26,2%
<i>bariéry- informační</i>	52	21%
<i>malá míra medializace</i>	46	18,5%
<i>bariéry- vztahové</i>	41	16,5%
<i>legislativa</i>	30	12,1%
<i>úroveň zdravotního zabezpečení</i>	14	5,6%
<i>Celkem</i>	248	100%

U této otázky byla možnost zaškrtnutí více odpovědí proto je jejich více, než je celkový počet respondentů. Respondenti měli určit, co nejvíce zabraňuje lidem s hendikepem k lepšímu postavení ve společnosti. Podle respondentů nejvíce brání lepšímu postavení hendikepovaných ve společnosti architektonické bariéry, které označilo za problém 65 respondentů. Na druhém místě skončili bariéry informační s 52 respondenty. S 18,5% se na třetím místě skončila malá míra medializace. Čtyřicet jedna respondentů má problém navazovat vztahy. Na předposledním místě se s 12,1% (30) umístila legislativa a na posledním se 14 respondenty úroveň sociálního zabezpečení.

Některé odpovědi od by nebylo špatné zde uvést

- malá podpora zaměstnávání lidí s handicapem- zvýhodnění zaměstnavatele, stálý boj o zdravotní pomůcky, neřešitelný samostatný život lidí s těžkým tělesným postižením- příspěvek nestačí a nedostatek přizpůsobených bytů
- člověk na vozíku nepůsobí v očích ostatních zdravě, tudíž neperspektivně, neschopně atd.
- doprava a peníze

S touto otázkou souvisí i poslední otázka z mého dotazníku, která zní: Kdybyste měli tu moc změnit situaci zdravotně postižených ve společnosti, co byste se snažili změnit nebo odstranit nejvíce? Respondenti nejčastěji uváděli předsudky, bariéry a informovanost na kulturních akcích a budovy a dostupnost, Informovanost intaktní společnosti.

7.8. Diskuze

Tato bakalářská práce na téma Možnosti sportovního vyžití u osob s tělesným postižením jako prvek procesu integrace do společnosti je zaměřena na prokázání jak mnou určené hlavní hypotézy o tom, že osoby s tělesným postižením vnímají sportovní aktivitu jako

jeden z prostředků napomáhající lepší integraci do většinové (intaktní) společnosti. S tím souvisejí i dílčí stanovené hypotézy a ty se týkají toho, že bariéry, které vznikají mezi lidmi s hendikepem a lidí bez hendikepu se pomocí sportu snižují nebo úplně mizí. V neposlední řadě jde o hypotézu, že sportovní činnost napomáhá vžívat se do okolního prostředí a získávat nové kontakty a přátele.

Šlo o výzkumný soubor skládající se z osob s tělesným nebo kombinovaným postižením nebo postižením v důsledku úrazy či onemocnění, kteří vykonávají určitou sportovní aktivitu. Dolní věková hranice byla určena na 15 let, horní hranice naopak byla bez omezení. Jako u většiny všech výzkumů, na které odpovídají lidé je pravděpodobné vyskytnutí se chyb či nepřesností, například z důvodů špatného pochopení nebo přečtení otázky, nebo snahy ze strany respondentů se zalíbit popřípadě zlepšit svojí životní úroveň, ale tím pádem může docházet ke zkreslení výsledků výzkumů.

Výsledky mého výzkumu k bakalářské práci se převážně shodují s výsledky jiných autorů bakalářských nebo diplomových prací na podobné téma, ať už byli výzkumy prováděny formou kvantitativní nebo i kvalitativní (zaměřené na jeden typ sportu, na určitou územní oblast v České Republice atd.) metody sběru dat. Moje výsledky potvrzují také tvrzení, které jsou obsaženy u autorů v odborné literatuře ze, kterých jsem čerpala podklady nejen pro teoretickou část své práce, ale i pro výzkum.

Domnívám se, že výsledky mojí bakalářské práce se dají využít i v praktickém životě. Například pro zlepšení aktuálních sportovních a finančních podmínek osob s tělesným postižením. Dopřáním většího mediálního prostoru pro postižené (Někteří sportovci dosahují velkých sportovních úspěchů jak na mezinárodních, světových nebo paralympijských hrách, ale pokud se danou problematikou osob obecně se zdravotním postižením nezabývá hlouběji člověk nemá jinak šanci se o těchto osobách dozvědět a tím pádem ani jím porozumět a brát je za zcela „normální“ osoby s běžnými životními problémy a potřebami (jediná změna je zde pouze v míře omezení ovlivňující možnosti pro získání svých potřeb).

V neposlední řadě si myslím, že by moje bakalářská práce mohla přispět k pochopení důležitosti, alespoň částečnému navrácení se osob se zdravotním hendikepem (potřebující rehabilitaci přispívající k udržení stávajícího zdravotního stavu a kondice, kontaktu se svým okolím a přáteli) ke sportovní činnosti. V současné pandemické době je totiž umožněno sportovat pouze osobám s tělesným postižením, které se připravují na soutěže světové úrovně nebo na paralympiádu a to samozřejmě za dost nevyhovujících podmínek.

8. Závěr

Ve své bakalářské práci s názvem „Možnosti sportovního vyžití u osob s tělesným postižením jako prvek procesu integrace do společnosti“, jsem se snažila prokázat hypotézu, že sport a sportovní aktivita napomáhá osobám s tělesným postižením k lepší integraci do intaktní společnosti. V teoretické části jsem se své tvrzení snažila podložit odbornou literaturou související s tímto tématem. V praktické části mi na dotazník k mému výzkumu odpovědělo 102 sportujících respondentů s různými druhy tělesného postižení ať už s vrozeným nebo získaným v průběhu života, provozují sport od vrcholové až po rekreační úroveň.

Z mého výzkumu vyplynulo, že více jak polovina respondentů vnímá sport jako dobrý integrační prostředek do společnosti a pociťuje díky sportu větší pocit sounáležitosti se svým okolím. U otázky zda si respondenti myslí, že je sport dobrý integrační prostředek, mohli respondenti svojí odpověď i zdůvodnit. Pokud respondenti odpovídali ano nebo spíše ano nejčastějším odůvodněním bylo, že u některých druhů sportů se setkávají jak sportovci s postižením tak bez něj a to vede k oboustrannému respektu a porozumění. U respondentů se získaným hendikepem stojí za zmínku zdůvodnění, že prostřednictvím sportu našli nový pohled na život a neztratili sílu bojovat se svým hendikepem. S tím souvisí i fakt (u respondentů se získaným postižením), že se ke sportu vracejí nebo s ním začínají v převážné většině do jednoho roku od vzniku hendikepu. Mezi nejčastější důvody, které vedou lidi s hendikepem ke sportu je to, že se mohou potkávat s novými lidmi a přáteli a utužovat svojí kondici a zdraví. Nejvíce zastoupeným sportem se u respondentů ukázalo plavání.

V části dotazníku použitého pro výzkum a zaměřeném na postavení osob s hendikepem ve společnosti, se jako největší faktory zabraňující lepšímu postavení těchto lidí ve společnosti ukázaly jako největší problémy architektonické a informační bariéry a v neposlední řadě malá míra medializace. Jako člověk s hendikepem, který zároveň sportuje (jeden z důvodů proč jsem se rozhodla psát bakalářskou práci právě na toto téma), musím konstatovat, že mám velkou radost, že má bakalářská práce, potažmo výzkum potvrdili můj osobní postoj a názor i moje hypotézy stanovené pro bakalářskou práci, na sport lidí s hendikepem a i poukázali na problémy, které brání lepšímu začlenění do většinové společnosti. Na druhou stranu by bylo nespravedlivé nezmínit, že se současná společnost pomaličku snaží tyto problémy zmenšovat nebo je částečně i odstranit.

9. Seznam literatury

Aktivity volného času pro osoby s těžkým a kombinovaným postižením. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Modrý klíč, 1997. 73 s. ISBN: 80-902494-0-X

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

BLAŽEK, Bohuslav. *Krása a bolest- Úloha tvořivosti, umění a hry v životě trpících a postižených.* 1.vyd. Praha: Panorama 1985. 413 s. ISBN 11-101-85

DAŘOVÁ, Klára. *Klasifikace pro výkonnostní sport zdravotně postižených.* 1. vyd. Praha: Karolinum (nakladatelství), 2008. Popis: 89 s. ISBN: 978-80-246-1520-2

HAVLÍČKOVÁ, Ladislava. *Fyziologie tělesné zátěže II.- Speciální část - Díl 1.* 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 1993. 237 s. ISBN: 80-7066-815-6

CHOUTKA, M, *Teorie a didaktika sportu.* 1. Vydání Praha: SPN. 1983. 197 s. ISBN (váz.).

JANEČKA, Zbyněk a kolektiv. *Vybrané kapitoly ze sportu osob se zdravotním postižením.* 1. Vydání Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. 114 s. ISBN 978-80-244-3107-9

JESENSKÝ, Ján, *Kontrapunkt integrace zdravotně postižených.* 1. vyd. Praha: Karolinum, 1996. 175 s. ISBN: 80-7184-030-0

JESENSKÝ, Jan. *Integrace- znamení doby. Sborník z odborné konference na počest 50. výročí Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy a 50. výročí vysokoškolské přípravy speciálních pedagogů.* 1. Vydání Praha: Karolinum 1998. 214 s. ISBN 807184-691-0

JESENSKÝ, Jan. *Prostor pro integraci.* 1. Vydání Praha: Comenia Consult, 1993. 129 s. SBN (brož.)

JESENSKÝ, Jan. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených.* 1. Vydání Praha: Karolinum. 1995. 159 s. ISMB 80-7066941-1

KÁBELLE, Josef. *Sport vozíčkářů.* 1. Vydání Praha: Olympia. a.s. 1992. 196 s. ISBN 80-7033-233-6

KUDLÁČEK, Martin. *Aplikované pohybové aktivity pro osoby s tělesným postižením.* 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2007. 122 s. ISBN: 978-80-244-1655-7

MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí.* 3. vyd. Jinočany: Nakladatelství H&H, 2001. 147 s. ISBN 80-86022-92-7.

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF. České vydání © Národní rada osob se zdravotním postižením ČR. Grada Publishing, a.s., U Průhonu 22, Praha 7, 2001. 278 s. ISBN 978-80-247-1587-2

NOVOSAD, Libor. *Základy speciálního poradenství: [struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním].* Vyd. 2. Praha: Portál (vydavatelství), 2006. 159 s. ISBN 80-7367-174-3.

OPATŘILOVÁ, Dagmar. 2003. *Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s dětskou mozkovou obrnou*. Brno: Masarykova univerzita, 2003. 52 s. ISBN

PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido 2006. ISBN 80-73-15-120-0.

RENOTIÉROVÁ, Marie. *Somatopedické minimum*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého. 2002. 87 s. ISBN: 80-244-0532-6

RENOTIÉROVÁ, Marie; LUDVÍKOVÁ, Libuše a kol. 2003. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. 290 s. ISBN 80-244-0646-2.

VILÍMOVÁ, Vlasta *Didaktika tělesné výchovy* 1. Vyd. Brno: Paido, 2002. 103 s. ISBN: 80-7315-033-6

VÍTKOVÁ, Marie. *Integrativní speciální pedagogika- integrace školní a sociální*. 2., rozš., přeprac. vyd. Brno: Paido, 2004. 463 s. ISBN 80-7315-071-9.

VÍTKOVÁ, Marie, *Paradigma somatopedie*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita 1998. 140 s. ISBN: 80-210-1953-0

VÍTKOVÁ, Marie, *Somatopedické aspekty*. 1 vyd. Brno: Paido, 1999. 132 s. ISBN:80-85931-69-9

Internetové zdroje:

<https://www.paralympic.org/>

<https://paralympic.cz/>

<https://ceskyparasport.cz/>

<https://www.zakonyprolidi.cz/>

Příloha č. 1

Dotazník

Možnosti sportovního vyžití u osob s tělesným postižením jako prvek procesu integrace do společnosti

Vážení dotazovaní, již předem Vám chci moc děkovat za Vaší, upřímnost a trpělivost při vyplňování dotazníku. Ve velké části otázek v dotazníku máte na výběr hned z několika možných odpovědí. Vše potřebné najdete v některých případech v popisu otázky. Pokud něčemu nebudete rozumět, neváhejte mě kontaktovat.

osobní anamnéza

1. Pohlaví

- a. Muž
- b. Žena

2. Věk

- a. 1-10 let
- b. 11-15 let
- c. 16- 20 let
- d. 21- 30 let
- e. 31-40 let
- f. 41- 50 let
- g. 51-60 let
- h. 61- a více

3. Druh Postižení

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

4. Příčina postižení

- a. vrozená vada
- b. onemocnění
- c. automobilová nehoda

- d. vlaková nehoda
- e. úraz - skok do vody
- f. úraz- pád z výšky
- g. pracovní úraz
- h. sportovní úraz
- i. jiné

5. Nejvyšší dosažené vzdělání

- a. základní škola
- b. odborné učiliště
- c. střední odborné učiliště
- d. střední škola
- e. Vyšší odborná škola
- f. vysoká škola

6. Zaměstnání

- a. studuji
- b. nemám
- c. pracuji- částečný pracovní poměr
- d. pracuji - hlavní pracovní poměr
- e. pracuji při studiu
- f. jiné

7. Kde jste nejvíce pocítli změnu v chování k Vaší osobě?

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

8. Prosím přečtěte si pečlivě tento seznam abecedně seřazených hodnot a posuďte každou z nich podle toho jak je důležitá ve Vašem denním životě.

- určete pořadí od 1- nejdůležitější po 9 - nejméně důležitá

Bezpečí	
Být v úctě	
pocit sounáležitosti	
pocit úspěchu	
seberealizace	
sebeúcta	
vřelé vztahy s druhými	
vzrušení, pestrý život	

zábava a radost ze života

9. Jak jste spokojený se svým životem? Níže jsou 3 věty, se kterými můžete souhlasit nebo nesouhlasit.

- pomocí čísel 1-5 vyjádřete míru svého souhlasu či nesouhlasu. 1- souhlasím , 2- spíše souhlasím, 3 - nemohu se rozhodnout, 4- spíše nesouhlasím, 5 nesouhlasím

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

Sportovní anamnéza

10. Jak důležitý je pro Vás sport?

- a. velmi důležitý
- b. spíše důležitý
- c. důležitý
- d. spíš nedůležitý
- e. nedůležitý

11. Sportoval/a jste před postižením?

- a. pravidelně
- b. příležitostně
- c. vůbec

Pokud máte postižení od narození, napište zde prosím, od kolika let sportujete?

12. S jakým zaměřením jste sportoval/a?

- odpovídají pouze ti, kteří nejsou postižení od narození
- a. vrcholově
- b. výkonnostně
- c. relaxačně
- d. vůbec

13. V jaké intenzitě se zabýváte sportem?

- a. vrcholově
- b. výkonnostně
- c. relaxačně
- d. vůbec
- e. jiné

14. kolik hodin týdně věnujete sportovní činnosti?

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

15. Pokud jste utrpěl/a úraz za jak dlouhou dobu po úraze jste začal/a (opět) sportovat?

- opět nemusejí odpovídat ti, co mají postižení od narození

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

16. Na které sporty (disciplíny) se zaměřujete?

- Napište zde i ty sporty, kterým se věnujete pouze rekreačně

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

17. Přečtěte si prosím tento seznam abecedně seřazených důvodů ke sportování a poté určete jakou mírou ovlivnil každý z nich Vaše rozhodnutí sportovat.

- Vyjádřete to pomocí čísel 1- 5. 1 hlavní důvod, 2 spíše větší důvod, 3- nemohu se rozhodnout, 4- spíše menší důvod, 5- žádný důvod.

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

18. Přinesla Vám sportovní činnost splnění Vašich očekávání?

- a. Ano
- b. Spíše ano
- c. Nevím
- d. Spíše ne
- e. Ne

19. Čeho chcete ve sportu dosáhnout?

- a. účast na paralympiádě
- b. účast na mezinárodních hrách
- c. pouze rehabilitační aktivita
- d. jiné

20. Kde a od koho jste se dozvěděli o sportu tělesně postižených?

- a. v rodině
- b. od přátel s handicapem, kteří již sportují nebo sportovali
- c. v léčebných a rehabilitačních zařízeních
- d. od známých
- e. na internetu
- f. jiné

21. Myslíte si, že sport je dobrým prostředkem pro integraci (začlenění) lidí s postižením do intaktní (zdravé) společnosti?

- a. ano

- b. spíše ano
- c. nemohu se rozhodnout
- d. spíše ne
- e. ne

Můžete prosím svojí odpověď na výše položenou otázku zdůvodnit?

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

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

23. Podle Vašeho názoru jaká je úroveň sportu pro lidi s postižením v ČR?

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

24. Myslíte si, že úroveň a kvalita sportu pro hendikepované stále roste?

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

25. Co podle Vás nejvíce znemožňuje růst kvality sportu postižených v dnešní době v České republice?

- Určete, ohodnoťte prosím do 1 největší vliv po 5 nejmenší vliv

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

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

- a. zvýhodnění mužů
- b. zvýhodnění spíše můžu
- c. stejné šance
- d. zvýhodnění spíše žen
- e. zvýhodnění žen

Pokud Vás napadají příklady nebo důvody zvýhodnění či nezvýhodnění, budu velice vděčná, když je uvedete

27. Co podle Vás brání lepšímu postavení zdravotně postižených lidí v naší společnosti?

- a. legislativa
- b. úroveň zdravotního zabezpečení
- c. bariéry – architektonické
- d. bariéry- informační
- e. bariéry- vztahové
- f. malá míra medializace

Pokud Vás napadají i jiné věci, které brání lepšímu postavení ve společnosti, zde je napište

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