

APLIKOVANÁ POHYBOVÉ AKTIVITY

Základní terminologie z oblasti aplikovaných pohybových aktivit

V termínech je nutná přesnost, promyšlenost a empatie. Často se používají výrazy vesměs negativní. Slovy člověka kategorizujeme (zařazujeme), dáváme lidem nálepku. Slova mohou způsobit nedorozumění a zranění, jazyk je důležitý, nemělo by se příliš generalizovat, ale vždy užívat správný termín vzhledem k postižení (například pro sluchově postižené není hluchota postižením, ale jiným způsobem komunikace). (Mocková, 2000)

Důležitý je přístup (nejčastějším přístupem laické veřejnosti bývá lítost, přezírání, nezájem, soustrast, strach). Jediným správným přístupem je však ochota přijmout realitu postižení a vytvořit podmínky pro zapojení do normálního života (Mocková, 2000).

APA - aplikované (adaptované) pohybové aktivity

Týkají se pohybových aktivit a sportu, při kterých je zvláštní důraz kladen na zájmy a schopnosti jedinců s limitovanými podmínkami, danými postižením, nemocí nebo věkem. Jedná se o služby pro jedince s jedinečnými potřebami, pro které je třeba adaptovat aktivity volného času, sport, wellnes. Spojení mezi rehabilitací a výchovně - vzdělávacím procesem na jedné straně a využitím volného času na druhé. Vztahují se k celoživotním aktivitám osob, jejichž jedinečnost funkce, struktury nebo vzhledu vyžaduje profesionální přístup v hodnocení a adaptování pohybových aktivit (Mocková, 2000).

Tab.1. Zařazení aplikovaných pohybových aktivit v tělesné výchově a sportu (Jesenský, 1995)

Zdraví	Tělesná výchova a sport
Zdravotně oslabení, přechodná porucha zdraví, možnost uzdravení	Zdravotní tělesná výchova
Zdravotně postižení, chronický stav – vrozená vada, nemoc, úraz	Aplikované pohybové aktivity

Hodnocení (testování) v oblasti aplikovaných pohybových aktivit

Je běžné hodnotit v negativním smyslu (kolik chyb v testu žák udělal, o kolik bodů nedosáhl určitou hranici), přičemž to, co je správné, je považováno za normální. Snažíme se o změnu, pozitivní přístup k hodnocení (Mocková, 2000).

Obecné rysy hodnocení (testování) v oblasti aplikovaných pohybových aktivit

- zisk informací, abychom mohli dělat určitá rozhodnutí (diagnostika, tréninkový plán, klasifikace pro soutěž), feedback (zpětná vazba)
- vývoj v čase, význam nejen pro porovnání skupiny, ale i pro longitudinální sledování jednotlivce (Mocková, 2000)

Různé druhy hodnocení (testování) v oblasti aplikovaných pohybových aktivit

- dotazníky ohledně zdravotního stavu, pohybových aktivit (anamnestické dotazníky)
- inteligenční a emoční testy (vždy musí být v kontextu situace)
- speciální testy hodnotící osobnost, chování, pozornost (zvláště u dětí s lehkou mozkovou dysfunkcí, poruchami pozornosti, mentálním handicapem)
- zátěžové testy zaměřené na zdatnost, výkonnost (běhátko, bicyklový ergometr, klikový ergometr, veslařský trenažér)
- testování hybnosti, kloubní rozsah, svalová síla, pohybové stereotypy, zkrácené svaly

- antropometrie, tělesné složení, nutriční diagnostika (hmotnost, výška, obvody, kaliperace)
- psychomotorika, vývojové testy
- testy zaměřené na hodnocení aktivit běžného denního života, ADL (activities of daily living)
- speciální „lékařské“ testování vzhledem k poruchám, oftalmologické, neurologické a podobně (Mocková, 2000)

APE - Adapted Physical Education (adaptovaná tělesná výchova)

Individualizovaný program vývojových aktivit, cvičení, her, rytmických aktivit a sportu, vytvořený k naplnění specifických potřeb v tělesné výchově jednotlivců. Obecně má naplňovat jedinečné potřeby, a to dlouhodobě. Je jasně odlišným přístupem oproti „osvobozování“ z hodin tělesné výchovy (Mocková, 2000).

Zdravotně postižení (v duchu definice světové zdravotnické organizace)

Jedinci, u nichž v důsledku somatického poškození a porušení funkcí dochází ke snížení některých jejich schopností a výkonnosti a následně i k jejich znevýhodnění (handicapu) ve srovnání s intaktním člověkem. Ale je to člověk s běžnými plus specifickými potřebami (Šťastný, 1996).

Postižení je relativní pojem (každý z nás si nese určitou formu postižení životem). Zároveň je třeba říci, že lidé s postižením většinou nejsou „nemocní“, není tedy třeba je léčit, není třeba je litovat, ale pochopit a uznat, že mají své kvality, jsou pro společnost přínosem a postačí, když jim společnost vytvoří takové podmínky, aby mohli své kvality dokázat. Postižení znamená v podstatě dlouhodobou změnu zdravotního stavu (pracovní schopnosti), která je nevratná. Přestože v oblasti zdravotního postižení mluvíme o medicínských pojmech, diagnózách a podobně, většinou to neznamená že onen člověk (například nevidomý, vozíčkář) je nemocný (Šťastný, 1996).

Vada (porucha), impairment

- jakákoli ztráta nebo abnormalita psychické, fyziologické nebo anatomické struktury či funkce
- výraz choroby (vady), úrazu na úrovni struktury nebo funkce orgánu
- nemusí být vnímána (Šťastný, 1996)

Postižení (neschopnost), disability

- jakékoli omezení nebo nedostatek schopnosti (jako důsledek poruchy) jednat či vykonat činnost způsobem nebo v rozsahu považovaném pro člověka za normální
- morfologické a funkční následky poruchy omezují člověka (není dostatečně schopen vykonávat nějakou činnost), vyžadují určitou změnu (adaptaci) pohybových aktivit (Šťastný, 1996)

Handicap

- znevýhodnění určitého jedince, vyplývající z jeho poruchy či postižení, které pak omezuje nebo zabraňuje splnění určité normální role, která se od tohoto jedince očekává (v souvislosti s věkem, pohlavím, sociálními a kulturními hledisky)
- projekce obtíží do společenského prostředí, sociální dimenze problému, rozpor mezi očekáváním a stavem, výkonností, vyplývá z poruchy nebo disability (Šťastný, 1996)

Společenské důsledky jsou různé, závisí hodně na druhu a době vzniku postižení. Nejedná se pouze o zásah do tělesné integrity, ale i do ekonomické situace, rodinných vztahů, životních plánů, partnerské a manželské sféry a životní úrovně. Důležitá je včasná péče a poradenství (sociální péče, sociální dávky, služby, informace). (Šťastný, 1996)

Tab.2. Rozdělení podle mezinárodní klasifikace (Šťastný, 1996)

PORUCHY	DISABILITY	HANDICAP
Intelektu (mentální)	Chování	Orientační
Psychiky	Komunikace	Fyzická nezávislost
Řeči	Sebeobsluhy	Pohyb v okolí
Sluchu	Lokomoce	Zaměstnání
Zraku	Tělesné dispozice	Společenská integrace
Viscerální	Obratnosti	Ekonomická nezávislost
Skeleto – muskulární		
Vzhledu		

Existují další způsoby dělení postižení

1) Podle příčin

- tělesné
- sensorické (smyslové): zrakové, sluchové
- mentální
- vnitřní (civilizační choroby) (Šťastný, 1996)

2) Podle EMDAPA (European Master in Adapted Physical Activities program)

- senzomotorické: zrakově, sluchově, tělesně postižení
- psychosociální: mentálně retardovaní, LMD, hyperaktivní, poruchy učení a pozornosti, autisti, psychotické poruchy, psychosociálně deprivovaní, závislí
- fyziologické: vnitřní choroby kardiovaskulární, respirační, endokrinologické, onkologické, psychosomatické (Šťastný, 1996)

Kvalita života (QL - Quality of life)

- pojem poměrně nový, ne zcela přesně definovatelný, ale lze všeobecně chápat jako úroveň fyzických, psychických a sociálních aktivit člověka ve vztahu k jeho životnímu prostředí
- hlavně se týká naplnění životních potřeb a spokojenosti v životě, můžeme si ji představit jako čáru v čase na stupnici, kde nejnižší je smrt a nejvyšší (optimum) je v nekonečnu
- je ovlivněna zdravím, inteligencí, věkem, pohlavím, životním prostředím a podobně
- většinou se zjišťuje prostřednictvím různých dotazníků (různí autoři, různá pracoviště)
- **subjektivní pocit spokojenosti člověka s objektivní realitou, která ho obklopuje a ve které žije, uspokojení potřeb a zájmů v rámci osobního, rodinného a sociálního prostředí**
- vyjádření míry adaptace postiženého na změněnou životní situaci
- při poruše zdraví kvalita života klesá, a pokud přejde do většího omezení (disability), tak lze mluvit o znevýhodnění, udržení kvality života i za těchto okolností je cílem rehabilitace (Šťastný, 1996)

Účast ve všech aktivitách ve společnosti, jako tělesná výchova ve škole, v rekreaci a aktivitách volného času a (pokud si to jedinec vybere) ve výkonnostním sportu, může přispět ke zlepšení nezávislosti, satisfakci života a restituci schopností, to znamená zlepšení kvality života (Šťastný, 1996).

Integrace

- obecně znamená spojování částí v celek, jejím opakem je segregace
- sjednocování postojů, hodnot, chování a směřování aktivit různého druhu, ovlivňuje jak interpersonální a skupinové vztahy, tak identitu jednotlivců a skupin, její potřeba vzniká při kontaktu dvou navzájem se odlišujících jevů, situací, postojů, nebo aktivit (Jesenský, 1995)

Směry (základní přístupy) integrace

1) Asimilační

Integrace je problémem postižených, integrace vyjadřuje vztah nadřazenosti a podřazenosti, hodnotový systém a chování majority jsou jediné správné, integrace představuje ztotožnění se minority s identitou majority, hlavní způsob postupu je bezvýhradné přijetí norem majority (asimilace), formou je začlenění minority (zdravotně postiženého) do majority (institucí nepostižených). (Novosad, 1997)

Výhody:

- jednodušší v praxi, zjednodušuje a zrychluje tvorbu norem
- je vítána sebeuspokojenou majoritou (Novosad, 1997)

Nevýhody:

- nemusí mít spolehlivé a trvalé výsledky, klade zvýšené nároky na zdravotně postižené
- řeší jen vybrané problémy, může být určitou skrytou formou diskriminace
- neproniká k podstatě problému, přehlíží konflikty
- vyvolává fundamentalismus zdravotně postižených, neobohacuje intaktní
- ohrožuje přirozený rozvoj identity, seberealizace a asertivity u zdravotně postižených (Novosad, 1997)

Integrace je splývání (inkluze) zdravotně postižených s intaktními (majoritou).

2) Koadaptační

Integrace je společný problém intaktních a zdravotně postižených, vztah mezi nimi je partnerský, integrace je hodnota závislá jak na minoritě tak na majoritě, nemusí jít jen o začlenění (Novosad, 1997).

Výhody:

- výraz neformální rovnoprávnosti, řeší podstatu konfliktu
- dává trvalé globální výsledky
- vede k toleranci, spokojenosti, smíru a jistotám koexistence zdravotně postižených a intaktních
- otevírá prostor pro seberealizaci zdravotně postižených
- obohacuje obě strany, harmonicky rozvíjí společnost (Novosad, 1997)

Nevýhody:

- vyžaduje složitější způsoby řešení, komplikuje a zpomaluje tvorbu norem
- klade větší nároky na překonávání rutinních předsudků a neznalosti o zdravotně postižených u intaktních (Novosad, 1997)

Integrace znamená partnerské soužití intaktních a zdravotně postižených.

Tab.3. Stupně integrace (Jesenský, 1995)

STUPEŇ	OZNAČENÍ	CHARAKTERISTIKA
1.	Plná integrace	Bez použití speciálních pomůcek, s vysokým sociálním statusem
2.	Podmíněná integrace	S použitím osobních kompenzačních pomůcek, s vysokým sociálním statusem
3.	Snížená integrace	Vázaná na technické úpravy, používání speciálních pomůcek, s mírně sníženým sociálním statusem
4.	Ohraničená integrace	V technicky upraveném prostředí, s použitím speciálních pomůcek, s uplatňováním speciálních metod, se sníženým sociálním statusem
5.	Redukovaná integrace	Vázaná na upravené prostředí, s využitím speciálních pomůcek, s pravidelným uplatňováním speciálních metod v převládajícím rozsahu při přijatelném sociálním statusu
6.	Narušená integrace	Vázaná na upravené prostředí, s použitím speciálních pomůcek, s pravidelným uplatňováním speciálních metod v plném

		rozsahu při zachování integračních cílů a obsahů při sníženém sociálním statusu
7.	Segregace	Ve speciálně upraveném prostředí, s použitím pomůcek, s uplatněním speciálních metod v plném rozsahu při uplatnění redukce integračních cílů a obsahů a s podstatně pmezeným sociálním statusem

- stupeň integrace závisí nejen na možnostech člověka, ale i na jeho okolí
- faktory integrace: inteligence, znalosti, odpovědnost, přizpůsobivost, obecně vztah k lidem, pracovní příležitosti v regionu
- existují určité meze integrovanosti: ne každý chce a je schopen se plně integrovat, **neintegrovat za každou cenu !!!**
- významným integračním činitelem může být sport (Novosad, 1997))

Sport zdravotně postižených

Původně byl sport zdravotně postižených pojmán jen jako součást komplexní rehabilitace, později v souladu s širší koncepcí zdraví se do popředí dostaly širší zdravotní i sociálně - psychologické aspekty, v návaznosti na moderní pojetí společnosti, které reflektuje, že její integrální a plnohodnotnou součástí jsou i ti, kteří se liší od „průměru“ či „normy“ (Heller, 1996).

U nás se problematice sportu zdravotně postižených věnuje určitý zájem a publicita pouze několik málo posledních let, snad díky jistým změnám v sociálním vědomí, tak i pro úspěchy našich sportovců na paraolympiádách a mezinárodních soutěžích. Přesto jsou znalosti o sportu pro zdravotně postižené i mezi tělovýchovnými odborníky nedostatečné. Jedná se o řadu sportovních disciplin, které zhruba pokrývají celou oblast sportování osob nepostižených. Přitom se samostatně hodnotí nejen výsledky v jednotlivých sportovních disciplínách, ale také odděleně kategorie podle stupně a charakteru postižení tak, aby samo postižení nezpůsobovalo podstatné znevýhodnění či naopak zvýhodnění jednotlivých závodníků. Do jisté míry to lze považovat za obdobu váhových kategorií mezi vzpěrači a zápasníky. Ve sportu pro zdravotně postižené je možno předpokládat poněkud jinou motivaci nežli u nepostižených sportovců. V řadě případů je zdravotní motivace i u vrcholových sportovců důležitá, tedy udržování dobré tělesné kondice, zvláště proto, že dosažený vítězný výkon není naprostým vrcholem v dané disciplíně, ale jen nejlepším výsledkem vzhledem ke konkrétnímu postižení. Naopak, extrémní zátěž u postižených sportovců často představuje vyšší riziko zhoršení zdravotního stavu (například vznik decubitů u paraplegiků nebo artrózy u jednostranně amputovaných na dolní končetině). Proto je třeba ve sportu zdravotně postižených věnovat léčebně preventivní tělovýchovně - lékařské péči zvýšenou pozornost a v některých případech i tlumit přehnanou snahu o dosažení výkonů za každou cenu. Významnou motivací ke sportovní aktivitě bývá u postižených snaha o překonání izolace, závislosti a nízké sebedůvěry (Heller, 1996).

Fyzická, psychická i sociální pozitiva sportu tělesně postižených směřují k tvorbě aktivního individuálního životního stylu a napomáhají tak integraci, to znamená co možná plnohodnotnému návratu do společnosti a případně i ke sportu, kterému se jedinec věnoval i před vznikem vlastního postižení (Heller, 1996).

Charakteristika sportu pro zdravotně postižené

Je zřejmé, že i někteří těžce zdravotně postižení se mohou, i když spíše výjimečně, podílet na vrcholovém sportu spolu s osobami nepostiženými, například ve střelbě, lukostřelbě, šachu a podobně. Sport pro zdravotně postižené je proto třeba definovat jako sportovní disciplíny, kterých se účastní jen závodníci s určitým a lékařsky ověřeným zdravotním postižením.

Pravidla těchto disciplín a hodnocení dosažených výsledků jsou ve srovnání s obdobnými disciplínami pro nepostižené osoby modifikovány (například při tenisu vozíčkářů může míč dopadnout na hřiště dvakrát). Některé druhy sportu jsou pro zdravotně postižené zcela specifické (závody na vozíku, volejbal vsedě, goalball) nebo se používá speciální výstroj (například stabilizátory pro jednoohé lyžaře). (Heller, 1996)

Dále existuje sport osob s mentálním postižením, který má v rámci „speciálních olympiád“ spíše nesoutěžní charakter. Konečně se pořádají i soutěže neslyšících (se ztrátou vyšší než 55 decibelů na lépe slyšícím uchu), u nichž však postižení netvoří ve srovnání s nepostiženými podstatnou překážku a jedná se tedy spíše o běžný sport v určité vymezené sociální skupině (Heller, 1996).

Historie tělesné výchovy a sportu zdravotně postižených

1) Přístupy společnosti ke zdravotně postiženým v historii:

- likvidace postižených ihned po narození (Sparta)
- likvidace raněných a slabých zajatců, kteří nemohli sloužit jako otroci
- schopnost určitých společenstev starat se o své staré a nemocné občany
- snaha ovlivnit svůj posmrtný život dobročinností a pomocí invalidům
- ve středověku vznik ošetrovatelských řádů a řádů pečujících o druhé postižení jako trest boží, popřípadě projev posedlosti d'áblem (epilepsie)

- podstatnější změny v nazírání na invalidy až koncem sedmnáctého století, vznik péče o válečné a vojenské invalidy (invalidovny)
- péče o zdravotně postižené často církevní, charitativní (Titzl, 1998)

2) Historická východiska pohybu pro zdraví a rekreaci

- sedmnácté století, Anglie, první kolečkové křeslo (wheelchair)
- konec devatenáctého století, první závody v běhu s účastí amputovaných, sportovní kluby pro neslyšící v Berlíně
- po druhé světové válce mnoho veteránů, první rehabilitační centrum pro těžce tělesně postižené vojáky (Sir Guttman, Velká Británie)
- padesátá léta, školní tělesná výchova by měla být adaptována, aby vyhovovala individuálním potřebám všech (APE)
- od sedmdesátých let, legislativní změny pro zajištění práv pro osoby s postižením
- osmdesátá léta, počátky mezinárodní spolupráce (Titzl, 1998)

Z historického hlediska došlo v oblasti aplikovaných pohybových aktivit k základní změně: od medicínsky orientovaného přístupu (prevence, rehabilitace) zaměřeného na postižení ke **sportovně orientovanému přístupu** (soutěž, rekreace). (Titzl, 1998)

Vrcholové světové soutěže pro zdravotně postižené sportovce

Paralympiády

- vrcholná světová soutěž pro špičkové sportovce s různým druhem postižení
- základní filosofie: postižení sportovci mají schopnosti, zkušenosti a potřeby rovnocenné se sportovci nepostiženými
- je potřeba projít přísnou kvalifikací a výběrem do národního týmu
- periodicita podle olympijských her, pokud možno ve stejném místě
- odlišný je velký počet různých zdravotních kategorií pro jednotlivé disciplíny, a tedy nižší konkurence, vyšší požadavky na časovou koordinaci her, masivnější nároky na financování
- letní sporty: lukostřelba, atletika, boccia, cyklistika, jezdeckví, šerm vozíčkářů, goalball, judo, vzpírání, jachting, střelba, fotbal, plavání, stolní tenis, tenis vozíčkářů, basketbal vozíčkářů, rugby vozíčkářů, volejbal
- zimní sporty: alpské lyžování (sjezd, super G, obří, speciál), běh na lyžích, biatlon, sledge hokej, tanec vozíčkářů (latina i standard), curling (www.paralympic.org)

Deaflympiády

- vrcholné světové soutěže pro sluchově postižené
- zejména vlivem specifického způsobu komunikace se konají odděleně
- pořádají se vždy následující rok po paralympiádě
- soutěží se bez rozdílu stupně postižení (www.deaflympic.org)

Speciální olympiády

- pro mentálně postižené (založeno roku 1968 E. Kennedyovou)
- základní ideou je nabídnout mentálně postiženým společenství vzájemné rovnosti, akceptování a respektu
- účast je umožněna všem bez jakýchkoli výkonnostních limitů, nicméně závodníci jsou rozděleni do skupin po osmi tak, aby každý měl šanci uspět
- odměňování jsou všichni
- organizace taktéž v olympijských cyklech
- osmnáct letních sportů: atletika, plavání, gymnastika, tenis, badminton, kuželky, cyklistika, golf, vzpírání, plachetnice, jezdeckví, kolečkové bruslení, fotbal, házená, basketbal, volejbal, softbal
- pět zimních sportů: sjezdové lyžování, běh na lyžích, krasobruslení, rychlobruslení, sálový hokej (www.specialolympic.org)

Mezinárodní organizace sdružující sportovce s postižením

Tab.4. Mezinárodní organizace zdravotně postižených sportovců
(www.cstv.cz/sdruzene.html)

ROK VZNIKU	NÁZEV	ZAMĚŘENÍ
1924	CISS – Comité International des Sports des Sourds	Neslyšící
1952	ISMGF / ISMWSF – International Stoke Mandeville Wheelchair Sports Federation	Vozíčkáři, paraplegici

1964	ISOD – International Sports Organization for the Disabled	Amputáři, “ostatní“
1978	CP – ISRA – Cerebrál Palsy – International Sports and Recreation Association	Jedinci s centrálním postižením hybnosti (DMO)
1980	IBSA – International Blind Sports Association	Nevidomí
1986	INAS – FMH – International Sports Federation for Persóna with Mental Handicap	Mentálně handicapovaní

ICC – International Coordination Committee (1982)

- celková koordinace a zastřešení federací ve společných otázkách, koordinace soutěží na vrcholové úrovni, sdílení zkušeností, podpora integrace, tvorba pravidel, financování
- v roce 1989 v Düsseldorfu nahrazen ICP (www.cstv.cz/sdruzene.html)

IPC – International Paralympic Committee (Mezinárodní Paralympijský výbor)

- sídlo v Bonnu
- zadává a koordinuje organizaci paralympijských her a mistrovství světa pro zdravotně postižené sportovce sdružených mezinárodních federací
- prosazuje integraci sportu zdravotně postižených do mezinárodních hnutí nepostižených sportovců při zachování a chránění bezpečnosti a identity zdravotně postižených sportovců
- podporuje vzdělávací a rehabilitační programy, výzkumy a podpůrné aktivity
- prostřednictvím sportu usiluje o rozšiřování příležitostí pro zdravotně postižené osoby (www.cstv.cz/sdruzene.html)

IFAPA – International Federation of Adapted Physical Activity

- profesní, mezinárodní, mezioborová organizace, sdružující jedince, instituce a agentury, které prosazují a předávají informace o aplikovaných pohybových aktivitách a sportu zdravotně postižených
- základním cílem je podpořit mezinárodní spolupráci na poli tělesných aktivit, podporovat a stimulovat výzkum v této oblasti po celém světě a vytvořit vědecky podložené znalosti a praktické zkušenosti v aplikovaných pohybových aktivitách, aby sloužily všem zainteresovaným osobám, organizacím a institucím (www.cstv.cz/sdruzene.html)

České sportovní organizace pro zdravotně postižené

Unie zdravotně postižených sportovců ČSTV

- Česká federace sportovců s centrálními poruchami hybnosti (Spastic Handicap)
- Český svaz mentálně postižených sportovců
- Český svaz neslyšících sportovců
- Český svaz tělesně postižených sportovců
- Český svaz zrakově postižených sportovců
- Český svaz vnitřně postižených sportovců (www.cstv.cz/sdruzene.html)

Odvětví Unie zdravotně postižených sportovců: atletika, basketbal, boccia, curling, cyklistika, fotbal, goalball, házená, kuželky, lední hokej, lukostřelba, lyžování, orientační běh, plavání, rugby, sálová kopaná, show – down, střelba, stolní tenis, šachy, tanec, tenis, turistika, volejbal, vzpírání, závěsný kuželník (www.cstv.cz/srduzene.html).

Český paralympijský výbor

- je paralelou Českého olympijského výboru, založen v prosinci 1993 (Nové Město nad Metují)
- sdružuje sportovní svazy podle jednotlivých druhů postižení zajišťuje účast sportovců na paralympiádách a deaflympiádách a podílí se na zajišťování přípravy na tyto světové soutěže (zabezpečení reprezentace ČR) (www.cstv.cz/sdruzene.html)

Náročnost a požadavky sportů na zdravotně postižené závodníky

Existují podstatné rozdíly mezi různými sportovními disciplínami i mezi různým typem postižení. V mnoha ohledech se sport zdravotně postižených blíží svými nároky sportu nepostižených, v jiných se však podstatně liší (Heller, 1996).

U osob ochrnutých (po poranění míchy, DMO, periferních parézách) se tělesná hmotnost neliší od zdravých osob obdobného somatotypu, ale na sportovní činnosti se účastní obvykle méně než polovina svalové hmoty, a to především svaly pletence ramenního a horních končetin. Celkový výdej energie je tedy snížen, důsledkem je větší možnost prochlazení, zejména při plavání na delší tratě, při lyžování a dalších sportech prováděných v přírodě (Heller, 1996).

Svaly horních končetin jsou (pomineme-li rozdíly mezi jednotlivými svaly) spíše fázičné než posturální, a proto při výkonech, vyžadujících silovou vytrvalost, může docházet k jejich přetěžování. Naopak se dobře uplatňuje jejich koordinace. Například při basketbalu na vozíku musí hráči dohodit do normálně umístěného koše z podstatně nižší polohy (100 až 150 cm) než při normální košíkové (s výskokem 250 cm i více). Uplatní se tedy více obratnost a síla paží (Heller, 1996).

Podobně tenis, hraný převážně od základní čáry, vyžaduje menší výdej energie, ale především rovnováhu na vozíku a značnou obratnost, u stolního tenisu i rychlost. Energetický výdej při jízdě na vozíku je nižší než při běhu stejnou rychlostí, navíc se zde ještě uplatňuje setrvačnost při minimálním tření. Proto jsou vozíčkáři obvykle rychlejší než běžci na téže trati, zejména na středních a delších tratích, popřípadě v maratónu (Heller, 1996).

Tab.6. Srovnání rekordních výkonů v atletickém běhu a atletických jízdách paraplegiků (Heller, 1996)

TRATĚ	BĚH (s)	JÍZDA NA VOZÍKU (s)
110 m	10	14
200 m	20	26
400 m	43	50
800 m	102	101
1 500 m	209	194
5 000 m	778	659

10 000 m	1 628	1 351
----------	-------	-------

U nevidomých a amputovaných jsou rozdíly oproti nepostiženým sportovcům ještě menší, celkově jsou však větší nároky na obratnost a odvalu při existujícím riziku drobných úrazů (Heller, 1996).

Celkově lze hovořit o sportech s převahou vytrvalosti (dálkové pojezdy, běhy na lyžích), síly (vzpírání), rychlosti (běhy, jízdy a plavání na kratší vzdálenosti), obratnosti spolu se silou a vytrvalostí (hry), a to jak individuální nebo v týmu (košíková, odbíjená, sitzball). (Heller, 1996)

Morfofunkční charakteristika sportovců

Možnost výběru sportovců pro určitou kategorii podle postižení je menší nežli v nepostižené populaci a hlavním předpokladem je motivace závodníka věnovat se sportu a rozvíjet potřebné dispozice tréninkem. Na druhé straně aktivní život se zdravotním postižením, například pohyb na vozíku či s protézou a holemi, představuje sám o sobě cílený trénink a vede k hypertrofii určitých svalových skupin (Heller, 1996).

Při ochrnutí či amputaci dolních končetin je pro sportovní výkony důležitý dobře stavěný hrudník a horní končetiny s vyvinutou muskulaturou. To platí obecně, ale jistě nejvíce pro silové disciplíny, jako je vzpírání, ale i plavání a jízdy na vozíku. Je pochopitelně výhodou, aby ochrnutá část těla, která představuje z hlediska sportovního výkonu pouze pasivní zátěž, byla co nejmenší.

V případě amputovaných a zvláště nevidomých kladou jednotlivé sporty na handicapované sportovce stejné požadavky jako na osoby nepostižené (Heller, 1996).

Ve sportu zdravotně postižených nepředstavují somatické parametry tak významný předpoklad výkonnosti jako u nepostižených sportovců. Handicapovaní sportovci jednotlivých disciplín také netvoří z hlediska somatických parametrů tak homogenní skupiny jako sportovci nepostižení. Přesto je například pro vozíčkáře – atlety typický nejnižší podíl depotního tuku, nejvyšší tělesná výška v sedě i nadprůměrná délka paže. Pro paraplegiky specializované na házení šipek je naopak charakteristický vyšší věk a zvýšená tělesná hmotnost i podíl tělesného tuku (Heller, 1996).

Tab.7. Somatické parametry u vozíčkářů – olympioniků (průměr) (Heller, 1996)

SPORT	ISMGF KLASIFIKACE	VĚK	HMOTNOST (kg)	VÝŠKA VSEDE (cm)	TĚLEDNÝ TUK (%)	DÉLKA PAŽE (cm)
Basketbal	3,6	29	72	93	16	81
Atletika	4,0	32	64	95	11	83
Vzpírání	4,0	34	74	90	20	72
Stolní tenis	2,8	34	60	86	18	77
Šerm	3,2	32	70	91	16	78
Plavání	4,0	32	64	91	15	77
Šipky	2,5	37	83	85	28	80

Legenda:

ISMGF = International Stoke Mandeville Games Federation

Jak bylo výše uvedeno, závisí funkční kapacita paraplegiků (kvadruplegiků) především na výši míšni léze, kterou odráží příslušná klasifikace. Proto lze nejvyšší aerobní kapacitu zaznamenat u atletů, basketbalistů a stolních tenistů, naopak nejnižší u paraplegiků specializovaných na lukostřelbu a házení šipek do terče (Heller, 1996).

Tab.8. Maximální hodnoty kardiorespiračních ukazatelů u vozíčkářů – olympioniků (průměr) (Heller, 1996)

SPORT	ISMGF KLASIFIKACE	VO _{2max} (l.min ⁻¹)	V _{max} (l.min ⁻¹)	SF _{max} (min ⁻¹)	W _{max} (W)
Basketbal	3,6	2,7	123	186	97
Atletika	4,0	2,9	117	181	87
Vzpírání	4,0	1,9	82	172	68
Stolní tenis	2,8	1,8	76	172	57
Šerm	3,2	2,0	89	182	77
Plavání	4,0	2,1	86	179	65
Šipky	2,5	1,3	52	148	-

Legenda:

VO_{2max} = maximální spotřeba kyslíku

V = ventilace (V_{max} = maximální ventilace)

SF = srdeční frekvence (SF_{max} = maximální srdeční frekvence)

W = výkon (W_{max} = maximální výkon)

Řada studií přisuzuje tyto rozdíly v úrovni maximálních ukazatelů účinkům tréninku, ale je zřejmé, že souvisí i s výchozími individuálními, spíše psychickými než tělesnými předpoklady, které určují volbu dané sportovní disciplíny. Ta souvisí, podobně jako kardiorespirační zdatnost a výkonnost, s celkovým aktivnějším či naopak pasivnějším životním stylem jedince (Heller, 1996).

Životaspráva, výživa, pohybový režim

Životaspráva, výživa

V oblasti životasprávy a výživy se nejedná o výrazná specifika. Lidé postižení, zvláště na vozíku nebo s výraznou poruchou hybnosti (DMO, mentálně postižení) mohou mít relativně malý výdej energie a tedy i sklon k obezitě.

To může platit i pro sportovce, kteří provozují sport s malým celkovým výdejem energie, například lukostřelbu nebo šipky. Ve výživě je akcentován dostatečný přívod plnohodnotných bílkovin, které umožňují hypertrofii zbývajících funkčních svalů. Zvláště náročné na přívod bílkovin jsou situace, kdy probíhají chorobné a hojivé procesy, v těchto případech však obvykle není možno vrcholový sport provozovat (Heller, 1996).

U osob po poranění míchy se všeobecně zdůrazňuje potřeba přívodu dostatečného množství tekutin, protože zvýšená koncentrace moči představuje jeden z faktorů, které se podílejí na vzniku i jinak častých močových infekcí. Při energeticky a termoregulačně náročných sportovních výkonech potřeba příjmu tekutin ještě stoupá. V protikladu k tomu je však tendence inkontinentních sportovců nekomplikovat si dobu sportovního výkonu opakovaným močením. Je tedy nutno se rozhodnout pro nejvhodnější postup: buď omezit přívod tekutin

před výkonem a kompenzovat nedostatečnou hydrataci až po výkonu nebo použít urinál (nejčastěji kondomového typu). Někdy se užívá krátkodobě i svorka na penis. Urinály pro ženy bohužel nejsou tak běžné a nefungují tak spolehlivě jako pro muže (Heller, 1996).

Pohybový režim

Pohybovým režimem rozumíme souhrn pohybových aktivit, konaných v určitém časovém období, vyznačuje se určitou pravidelností (denní, týdenní, sezónní, celoroční pohybový režim). Pohybový režim můžeme rozdělit na udržující a rozvíjející (specializovaný trénink). Úroveň pohybového režimu je dána motivací, dobou vzniku postižení a aktivitami před postižením (pokud vzniklo během života), stupněm postižení a osobnostními charakteristikami (Mocková, 2000).

Čtyři základní oblasti pohybových činností:

- vrcholový sport špičkové (reprezentační) úrovně
- výkonnostní sport, organizovaný a pravidelný (klubová úroveň)
- rekreační sport pro osobní potěšení
- sport (pohybové aktivity) provozovaný hlavně ze zdravotních důvodů nebo pro udržení tělesné kondice, rehabilitace (Dovalil, 2002)

Specifické cíle pohybového režimu

- zlepšování rozsahu kloubní pohyblivosti
- protažení zkrácených a hypertonických svalových skupin
- zvyšování svalové síly oslabených svalových skupin
- snižování spasticity (zvýšeného svalového tonu)
- celkové zlepšování zdatnosti
- zlepšení koordinace
- zlepšení rovnováhy
- zdokonalování běžných denních činností
- obecně: práce na čemkoli, co je u jedince zhoršeno (omezeno) (Mocková, 2000)

Navrhovaný pohybový režim musí vždy vycházet ze stávající kondice, stupně postižení a míry pohybových schopností a dovedností konkrétního jedince !!!

Optimální pohybový režim by měl být doporučen týmem odborníků. Dále je nutné zajistit podmínky: materiální, přírodní, personální, finanční. Rozvíjíme základní pohybové komponenty (rychlost, sílu, obratnost, vytrvalost). (Mocková, 2000)

Základní formy pohybového režimu

- aktivity zaměřené na sebeobsluhu, základní životní potřeby, cestování do zaměstnání, úřadů, za kulturou (habituální ADL)
- pravidelné domácí cvičení
- vlastní cvičební program: kondiční a specializovaný **sportovní trénink** (Mocková, 2000)

Sportovní trénink

Pravidelný trénink by měl být podobný jako v příslušném sportu pro zdravé, probíhá

však spíše v menších dávkách, aby se zabránilo přetěžování svalů, či při horším počasí prochlazení sportovce nebo jiným komplikacím.

Sportovní příprava úzce navazuje na léčebně - preventivní a funkčně rehabilitační péči, na kterých závisí možnosti vlastního tréninkového zatěžování, všechny složky tvoří integrální součásti plánů přípravy. Špičkoví handicapovaní sportovci využívají běžné tréninkové postupy i metody kontroly trénovanosti, v laboratoři i v terénu, včetně stanovení maximálních parametrů, anaerobního prahu, laktátových křivek a podobně. Ve funkční diagnostice užívají modifikované a co možná specifické ergometrické a dynamometrické testy (pro práci horních končetin a trupu se využívá rumpálová či kliková ergometrie, v poslední době se však upřednostňují zátěžové testy na veslařských ergometrech). Závodníci, vozičkáři jsou testováni na speciálních ergometrech či jízdou na běhacím koberci na svém vlastním vozíku (Heller, 1996).

Řízení sportovního tréninku

Kromě obecně uznávaných předpokladů pro práci trenéra zde přistupují ještě požadavky na znalosti druhu postižení, na možný vývoj handicapu a na zvláštnosti vedení u smyslově a mentálně postižených. Většinu našich současných trenérů totiž tvoří trenéři zdravých sportovců, kteří se snaží orientovat v dané problematice (Dovalil, 2002).

Zvláštní nároky existují i na komunikaci trenéra se sportovci a členy doprovodu. Jde o způsob komunikace u neslyšících a nevidomých, ale i u lidí mentálně postižených a s kombinovanými vadami. Velice důležitá je integrace mezi trenérem a sportovcem. Jde o to, vytvořit takovou pozitivní atmosféru, ve které by se sportovci se zdravotním postižením cítili jako rovnocenní partneři a ve které by se snažili v největší možné míře uplatnit svoji aktivitu (Dovalil, 2002).

Na projekční, plánovací a organizační činnosti nevznikají mimořádné požadavky. Ovšem realizace činnosti vyžaduje další opatření, například počet doprovodu, včetně trasérů u nevidomých, pomocníků u nechodících a opatrovatelů u některých kombinovaných vad. Dále vyžaduje nezbytné kompenzační pomůcky a osoby pro zajištění bezpečnosti sportujících (Dovalil, 2002).

Ve sportu zdravotně postižených nejsou některé podmínky a předpoklady nezbytné pro efektivní řízení dosud na potřebné úrovni. Například není dořešena spolupráce s existujícími sportovními organizacemi. S tím úzce souvisí i přetrvávající architektonické bariéry sportovních objektů a zařízení (bazény, fitcentra, lyžařská střediska). Pochopitelně zde hrají roli i nedořešené ekonomické podmínky (Dovalil, 2002).

Zásady protahování, obecně (v podstatě stejné zásady jako pro nepostižené)

- zařazujeme v jakémkoli věku, nehledě na kondici, před i po zátěži, po monotónních činnostech, po delší inaktivitě, pravidelně (aktivní, pasivní)
- cvičení v pokud možno co nejvíce relaxované, stabilní a pohodlné poloze
- cvičíme uvolněně, pomalu, plynule, do příjemného pocitu svalového napětí, s výdrží (nikdy ne švihem)
- před protahováním je lepší se rozcvičit (prohřátí tkání)
- cvičíme v souladu s dechem (protahujeme většinou na výdech)
- zařazujeme různé techniky protahování (strečink, postizometrická relaxace)
- neprotahujeme do bolestí (patologická signalizace z periferie brání dokonalému uvolnění, může dojít k poškození) (Dovalil, 2002)

Tam, kde není tělesná porucha (postižení) jsou většinou přítomny klasické svalové dysbalance a vadné držení těla. Klademe důraz na uvolnění svalů hypertonických, spastických, dlouhodobě neaktivních a přetěžovaných. Při strečinku vozíčkářů se zaměřujeme na trup, krk, ramena, předloktí a zápěstí (Dovalil, 2002).

Zásady posilování, obecně (v podstatě stejné zásady jako pro nepostižené)

- patří k základním cvičením rozvíjejícím pohybové schopnosti
- pohyby nebo výdrže prováděné proti odporu (velikost odporu dle zdatnosti posilovaných svalů, počtu opakování, délky výdrže)
- cvičíme jak staticky tak dynamicky, koncentricky, excentricky, opět s rozcvičením (zahřátí, prokrvení)
- posilujeme v kontextu celého těla (dle funkce jednotlivých svalů)
- kontrakce s výdechem (vzhledem k fixaci centrálních úponů posilovaných svalů) (Dovalil, 2002)

U vozíčkářů se zaměřujeme na svaly horních končetin, svaly zádové a břišní. Můžeme využít i některé posilovací stroje (Dovalil, 2002).

Některá specifika tréninků (cvičebních jednotek) u některých druhů zdravotního postižení

Neslyšící

- komunikace, řeč dle skupiny (prostředí, komunita), může být vedena jak orální, tak znakovou řečí
- problémy s rovnováhou
- bezpečnost !!! (Šedivá, 1998)

Nevidomí

- detailně seznámit s prostředím, lidmi a pravidly
- odbourat strach
- v učení více využívat „intaktní“ (nepostižené smyslové orgány)
- problémy s rovnováhou
- častější svalový hypertonus
- opět důraz na bezpečnost !!! (Bláha, 2000)

Vozíčkáři

- aktivita horních končetin a trupu
- hodně závisí na druhu vozíčku (biomechanické aspekty)
- nácvik a rozvoj techniky jízdy na vozíku (obratnostní cvičení)
- dbát na kompenzace, protahování svalů horních končetin, dechová cvičení (Kábele, 1992)

Mentální postižení

- ne příliš informací najednou
- názornost (hodně ukazovat)
- jasná a jednoduchá pravidla (hry, soutěže) (Kvapilík, 1992)

Interní postižení

- zásadně dle doporučení tělovýchovného lékaře (zátěžové testy)
- pozor na kontraindikace
- důslednost v rozcvičování (bez velkých „vrcholů“, nikdy ne do maxima, vždy fáze zklidnění a relaxace)
- brát v úvahu vlivy prostředí (pozor na horka, dusna, mrazy) (Mocková, 2000)

Sociální aspekty sportu a postižení

Sociologie je věda o lidské společnosti a jejím životě, věda o organizaci a vývoji společnosti. V oblasti sportu zdravotně postižených se zabývá vztahy společnosti k občanům se zdravotním postižením a vztahy těchto občanů ke společnosti. Můžeme rozdělit dva základní modely přístupu společnosti ke zdravotně postiženým (Novosad, 1997):

1) Individualistický model postižení (zaměřuje se na tělo konkrétní osoby)

Přístup medicínský (přístup deficitu a ztráty)

- redukuje poruchu na biologickou abnormalitu uvnitř těla
- bere tělo jako ohraničený stroj, který lze analyzovat (postižení je individuální, technický problém)
- odlišný patologický stav musí být řádně ošetřen (vše je hlavně otázkou rehabilitace)
- určitý universalismus, tělo funguje obdobným způsobem (osoba „trpí“ poruchou) (Novosad, 1997)

Přístup charitativní

- lidé jsou označeni jako postižení (stiženi něčím)
- ústředním tématem je humanitární pomoc a sympatie
- postižení jsou bráni jako závislí chudáci
- postižení by měli být vděční příjemci pomoci ostatních (Novosad, 1997)

Přístup laický (veřejnosti)

- velmi ovlivněn medicínským přístupem
- ovlivněný strachem, předsudky, soustrastí, lhostejností
- často obsahuje diskriminaci
- viditelně poškozená těla mají menší hodnotu, znamenají i nižší inteligenci (Novosad, 1997)

2) Sociální model postižení (postižení je otázkou šancí a příležitostí, jaké dává společnost)

Postižení jako útlak (útlak)

- porucha je nazírána jako odlišnost
- odlišnost je ale často (určitým způsobem) pejorativní
- společnost dává poruše určitý význam
- společnost dělá člověka s poruchou „postiženým“ (Novosad, 1997)

Sociální konstrukce postižení (historické a kulturní vztahy , hierarchie)

- postižení je bráno jako politický a sociální konstrukt

Přístup práva (je opakem k medicínskému, charitativnímu a laickému přístupu)

- hlavními tématy jsou rovnost, nezávislost a individuální preference, zabývá se například diskriminací (Novosad, 1997)

Zásady společenského chování ve vztahu k lidem s různým druhem postižení

- pohlížet na jedince s postižením především jako na osobnost, člověka (neoslavovat jen přídavným jménem)
- pomáhat jen tehdy, když si to člověk se zdravotním postižením přeje, nepředpokládat automaticky, že je nutné mu pomoci, zeptat se, **komunikovat**
- snažit se nebýt ani protektorští ani přehnaně pozorní (mají svůj vlastní život)
- hovořit přímo se zdravotně postiženým člověkem a ne prostřednictvím třetí osoby
- zacházet s dospělým jako s dospělým (netykat pokud se na tom nedomluvíte, užívat tituly) (Mocková, 2000)

Vozíčkáři, lidé s berlemi

- umožnit mít vozík (berle) vždy v dosahu
- neposunovat svévolně vozíkem
- stát či sedět poblíž vozíku místo naklánění se nebo držení se vozíku
- při delším rozhovoru se posadit, dostat se do úrovně jeho očí (vzhlížet je nepohodlné) (Mocková, 2000)

Lidé s vadami řeči

- věnujte takovému člověku plnou pozornost, nespěchejte na něj
- chovejte se spíše povzbudivě, neopravujte
- nehovořte za něj, věnujte mu dostatek času, popřípadě pomozte
- v případě potřeby klad'te otázky, na které lze krátce odpovědět či jinak reagovat
- pokud špatně rozumíte, nepředstírejte, že jste rozuměli (opakujte větu až tam, kam jste rozuměli) (Mocková, 2000)

Lidé se ztrátami sluchu

- snažte se vzdálit od okolního ruchu, je-li třeba povzbuďte jeho pozornost znamením
- hovořte jasně, pomalu, bez přehánění pohybů rtů či hlasitosti
- buďte přizpůsobiví, pokud vám osoba nerozumí, změňte výrazy, pokuste se popsat věci jinak, popřípadě slovo napište
- hovořte čelem k osobě, obličejem na světle, nedržte ruku, cigaretu, jídlo před ústy, ať je vám vidět obličej
- dívejte se přímo na toho, na koho mluvíte a mluďte výrazně, pokud je to pro něj i pro vás běžné, používejte znakovou řeč

- jestliže sluchově postiženého provází tlumočník, obraťte se vždy na postiženého (Mocková, 2000)

Lidé se zrakovým postižením

- zdravíte- li takového člověka, vždy se představte a popište svou polohu v prostoru
- užívejte jméno osoby s níž začínáte konverzovat, hovořte přímo k ní, normálním tónem řeči, upozorněte člověka, pokud končíte rozhovor a odcházíte
- nabízíte-li ruku, řekněte to, na podání jeho ruky reagujte rychle
- zeptejte se, zda můžete nabídnout doprovod a pokud souhlasí, nabídněte mu rámě, vše popisujte tak, aby byl schopen si to představit (nepoužívat slova jako tady, támhle...)
- vybídněte-li zrakově postiženého, aby se posadil, položte mu ruku na opěradlo židle nebo okraj sedadla (Mocková, 2000)

Vývoj osobnosti postiženého

Oslabení pohybových schopností, ať už následkem onemocnění nebo tělesné vady, může být překážkou normálního vývoje osobnosti. Tím ovšem není řečeno, že by se tato odchylka musela vyskytovat v každém případě. Neopodstatněné by bylo i tvrzení, že k určitému typu tělesného postižení lze přiřadit určité povahové vlastnosti. Je však prokázáno, že tělesně postižení se sami sebou zabývají více než osoby zcela zdravé. Velmi často nejsou se svým postižením vyrovnáni a někdy bývají špatně adaptováni na prostředí, ve kterém žijí (Srdečný, 1981).

Vývoj osobnosti postižených má stejnou vývojovou zákonitost jako u zdravých osob. Jsou však některé faktory které mohou za nepříznivých podmínek určité odchylky způsobit. Bude záležet na druhu a rozsahu postižení, na jeho vzniku, na typu osobnosti, na prostředí, ve kterém postižený žije a na vhodném výchovném působení cvičitelů, učitelů a osob z nejbližšího okolí (Srdečný, 1981).

Nejčastější psychickou komplikací u tělesně postižených bývá zesílený pocit méněcennosti. Tito postižení mají přirozenou snahu vyrovnat se svým výkonem a projevem ostatním zdravým osobám. Pokud se jim to nedaří, dochází k prožitkům zahanbení, závisti a vzdoru. Nedostane-li se jim vhodná pomoci, může velmi snadno dojít ke dvěma extrémům v chování (Srdečný, 1981):

1) Postižená osoba se odpoutává od okolního světa, je pasivní, straní se společnosti a vytváří si svůj vlastní svět. Ochuzuje se o působení podnětu obvyklého života, zaostává a tím se pocit méněcennosti zvětšuje (Srdečný, 1981).

2) Postižený prosazuje své uplatnění velmi rozhodným způsobem, bezohledně a za každou cenu. Nemůže-li dojít k uplatnění cestou přímou, volí mnohdy i cesty nepřímé a často zcela nevhodné (Srdečný, 1981).

Je třeba, aby si okolí tělesně postiženého toto nebezpečí uvědomovalo a dovedlo mu předejít. Působíme k tomu, aby tělesně postižený, pokud se nedá jeho stav zlepšit, své postižení přijal, vyrovnal se s určitým omezením. Snažíme se poskytnout mu možnost plně se uplatnit v některých náhradních činnostech. Doporučujeme výběr vhodné tělovýchovné a sportovní činnosti, kde ve skupině stejného druhu postižení má vhodnou příležitost uplatnění (Srdečný, 1981).

Při vhodném uplatnění získá postižený pocit uspokojení, životní rovnováhu a můžeme pak očekávat, že se plně zapojí do normálního života a do společnosti (Srdečný, 1981).