

Rehabilitácia

ČASOPIS PRE OTÁZKY LIEČEBNEJ A PRACOVNEJ REHABILITÁCIE

2

OBSAH

EDITORIAL

V. Kríž: 25 let organizovaného sportu invalidů v ČSSR . . . 65

PŮVODNÉ VEDECKÉ A ODBORNÉ PRÁCE

V. Kríž: Zdravotní a sociální aspekty tělovýchovy a sportu invalidních občanů . . . 67

V. Kríž, J. Uher: Sport paraplegiků . . . 75

V. Kríž, V. Srdečný, V. Macháček: Sport tělesně postižených (chodících) . . . 87

V. Kríž, V. Procházka, S. Škultéty: Sport zrakově postižených 99

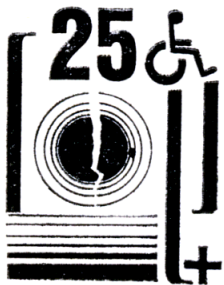
V. Kríž, V. Srdečný: Svaz invalidních sportovců ČSTV . . . 107

HISTÓRIA A SÚČASNOSŤ . . . 116

RECENZIE KNÍH . . . 117

SPRÁVY Z ODBORNÝCH SPOLOČNOSTÍ . . . 125

SPRÁVY Z ÚSTAVOV PRE ĎALŠIE VZDELÁVANIE SZP . . . 127



Táto publikácia sa vedie v prírastku dokumentácie BioSciences Information Service of Biological Abstracts a v dokumentácii Excerpta Medica.

This publication is included in the abstracting and indexing coverage of the BioSciences Information Service of Biological Abstracts and is indexed and abstracted by Excerpta Medica.

Rehabilitácia

Časopis pre otázky liečebnej a pracovnej rehabilitácie

vydáva:

Ústav pre ďalšie vzdelávanie stredných zdravotníckych pracovníkov v Bratislave vo Vydavateľstve OBZOR, n. p., ul. Československej armády 35, 815 85 Bratislava

VEDÚCI REDAKTOR:

MUDr. RNDr. Miroslav Palát, CSc.

TAJOMNÍČKA REDAKCIE:

Viera Reptová

REDAKČNÝ KRUH:

MUDr. Marianna Bendíková, Vlasta Bortlíková, prof. MUDr. Zdeněk Fejfar, DrSc., Božena Chlubnová, MUDr. Tomáš Kaiser, MUDr. Vladimír Kříž, doc. MUDr. Štefan Litomerický, CSc., MUDr. Zbyněk Novotný, MUDr. RNDr. Miroslav Palát, CSc. [predseda redakčného kruhu], prof. MUDr. Jan Pfeiffer, DrSc., Jana Raupachová, MUDr. Vladimír Raušer, CSc., MUDr. Jaromír Stříbrný, MUDr. Miroslav Tauchman, MUDr. Marie Večeřová.

GRAFICKÁ ÚPRAVA:

Melánia Gajdošová

REDAKCIA:

Kramáre, Limbova ul. 5, 833 05 Bratislava

TLAČ:

Nitrianske tlačiarne, n. p., ul. R. Jašíka 18, 949 50 Nitra

Vychádza štyrikrát ročne, cena jedného čísla Kčs 8,—

Rozširuje Poštová novinová služba. Objednávky na predplatné i do zahraničia prijíma PNS — Ústredná expedícia a dovoz tlače, Gottwaldovo nám. č. 6, 813 81 Bratislava

Podnikové inzeráty: Vydavateľstvo OBZOR, n. p., Inzertné oddelenie, Gorkého 13, VI. poschodie, tel. 522-72, 815 85 Bratislava

Indexné číslo: 49 561

Číslo vyšlo: v máji 1986

Imprimatur: 8. 5. 1986

Re

habilitácia

ČASOPIS PRE OTÁZKY LIEČEBNEJ A PRACOVNEJ REHABILITÁCIE

ROČNÍK XIX/1986

ČÍSLO 2



EDITORIAL

25 LET ORGANIZOVANÉHO SPORTU INVALIDŮ V ČSSR

Péče o zdraví a zdravý styl života je základním postulátem socialistické společnosti. K jeho naplnění jsou jednoznačně určeny úkoly politickým i hospodářským orgánům, společenským organizacím i každému jednotlivci. Zdraví tedy není jen soukromou záležitostí jednotlivce, ale celé společnosti, která má jednak sociální zájem na dobrém tělesném i duševním stavu svých členů, jednak vynakládá nemalé prostředky na prevenci poruch zdraví, na léčení i na další péči o osoby s trvalými následky vad, nemocí či úrazů.

I přes veškerý pokrok medicíny i nemedicinských oborů jsou a budou invalidní občané součástí společnosti. Podle různých způsobů hodnocení tvoří 8 — 15 % obyvatelstva, což nejsou zanedbatelné počty jak z hlediska politiky, tak z hlediska ekonomiky každého společenského systému.

Opatření pro zajištění spokojenosti invalidů jsou tedy nejen otázkou humanity, ale i politiky a ekonomiky a jsou jedním z mezinárodně používaných kritérií kulturní, organizační i ekonomické vyspělosti jednotlivých zemí.

Spokojenost invalidních občanů je dána v první řadě přesvědčením, že pro ně zdravotnictví udělalo vše, co bylo a je možné ke snížení stupně invalidity. V druhé řadě je dána systémem sociálních opatření, která umožňují nejen zajištění základních životních potřeb v přiměřeném rozsahu (jídlo, ošacení, bydlení), ale i potřeb sociálních a kulturních, které mají invalidní občané stejně, jako jejich zdraví spoluobčané.

I oni se chtějí aktivně podílet na společenském dění a mají různé a individuální zájmy a potřeby zajišťující jim pocit seberealizace. Jednou z možností seberealizace je i sport invalidů. Je pro ně prostředkem společenského kontaktu, možností dalšího zlepšování či udržování dobrého zdravotního, psychologického a sociálního stavu, dává jim perspektivu a možnost vyniknout a prokázat své schopnosti.

Pojem invalidní občan, který je v naší terminologii běžně používán, je často a oprávněně předmětem kritiky a diskusí. Doslovní překlad znamená neschopný, což velice zhruba odpovídá terminologii používané v oblasti posuzování pracovní neschopnosti. Statistice (v ČSSR) pracujících invalidů jsou

ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ ASPEKTY TĚLOVÝCHOVY A SPORTU INVALIDNÍCH OBČANŮ

V. KRÍŽ

Rehabilitační ústav v Kladrubech

Ředitel: MUDr. Vladimír Kríž

Souhrn: Sport zdravotně postižených (tělesně postižení chodící, tělesně postižení pohybující se na vozíku, spastici, zrakově postižení, vnitřně postižení, sluchově postižení, duševně postižení) má známý význam pro udržování a zvyšování fyzické kondice a pro nácvik obecných i speciálních tělovýchovných dovedností, které postižení využívají i v praktickém životě.

Stejně důležitý význam sportu je i v oblasti příznivého ovlivnění psychiky a výcviku žádoucích volných vlastností.

Sport je jedním z prostředků resocializace invalidů, rozšiřuje možnosti jejich společenského uplatnění a obohacuje jejich život a nové kvality i cíle.

Klíčová slova: Zdravotní a sociální aspekty — léčebná rehabilitace — oddíly zdravotně oslabených — oddíly zdravotně postižených — resocializace — psychologický význam — sociální význam — výchova postižených.

Tělesná výchova je součástí výchovy, vzdělání, kultury a péče o zdraví lidu. V naší společnosti je nezbytnou součástí socialistického životního stylu, což je podloženo i řadou státních i politických dokumentů ukládajících žádoucí zajištění dalšího rozvoje státním i stranickým orgánům a institucím, závodům i podnikům, společenským organizacím i každému jednotlivci.

Díky hromadným sdělovacím prostředkům i výchovné práci mnoha institucí, organizací i jednotlivců je význam tělesné výchovy většině zdravých lidí jasný a počet účastníků organizované i neorganizované tělovýchovy (nebo jakéhokoliv jiného druhu pohybových činností) stoupá, zlepšují se i podmínky pro její provozování např. výstavbou nových tělovýchovných a rekreačních zařízení.

Nové léčebné metody i postupy medicíny preferují rovněž aktivní pohyb, takže i rekonvalescenti se vracejí do normálního života s navozenou potřebou větší pohybové aktivity. Často je zjištěná porucha zdraví tím nejdůležitějším podnětem k podstatné úpravě životního režimu včetně přiměřené a potřebné pohybové aktivity.

Úkoly a možnosti léčebné rehabilitace

Tam, kde přetrvávají následky nemoci či úrazu, nebo u lidí s vrozenými vadami hraje významnou roli *léčebná rehabilitace*. Je to role pozitivní, pokud rehabilitace obsahuje také výchovný prvek, počínající aktivní spoluúčastí pacienta na odborně řízené rehabilitaci a končící tím, že pacient bude pokračovat v potřebném pohybovém režimu sám.

Může to být i role negativní, pokud se pacient psychicky zafixuje jen na léčebnou rehabilitaci prováděnou ve zdravotnických zařízeních a mimo tuto rehabilitaci je pasivní, nebo pokud očekává od léčebné rehabilitace nereálné výsledky. Pak se této rehabilitace dožaduje, často doživotně, např. s požadavkem, že chce být tak dlouho rehabilitován, dokud nebude zcela zdrav. Tyto negativní důsledky jsou nejen chybou pracovníků v rehabilitaci, kteří výchovnou složku zanedbávají, ale i chybou zdravotníků ostatních oborů, kteří z neznalosti nebo pohodlnosti posílají na léčebnou rehabilitaci pacienty, jimž nemůže pomoci, a tím je přímo nebo nepřímo utvrzují v domněnce potřeby odborné rehabilitace namísto toho, aby jim vysvětlili každodenní správný pohybový režim pro první i další fáze rehabilitace. Zkratové myšlení „pokud má pacient jakékoliv tělesné postižení — pošleme ho na léčebnou rehabilitaci“ je zcela běžné u řady zdravotníků a samozřejmě i u laiků (t. j. pacientů i jejich příbuzných či kolegů).

Vysvětlení správného pohybového režimu může v konkrétních případech buď zcela nahradit léčebnou rehabilitaci, nebo ji může podstatně zjednodušit nebo zkrátit.

Typickým případem jsou vertebrogenní potíže, kde po zvládnutí akutní dekompenzace medikamentózní léčbou, fyzikální léčbou (teplo, elektroléčba, ultrazvuk), reflexní léčbou (refl. masáž, manuální medicína, akupunktura) a omezením nevhodného pohybového režimu je bezpodmínečně nutné (jako prevenci recidiv) naordinovat intenzivní pohybový režim, který ve většině případů nemusí ani zajišťovat léčebná rehabilitace, ale stačí pacientům doporučit, aby se zařadili do organizované pravidelné tělovýchovy v některé z tělovýchovných jednot, ať již je to oddíl ZRTV (základní a rekreační tělovýchova) či specializovaný oddíl pro určitý sport, ke kterému má pacient dobrý vztah a který je také vzhledem k žádoucím účinkům pro něj vhodný.

Vhodnost či nevhodnost organizované tělovýchovy je často zdravotníky mylně posuzována. Na jedné straně je velmi často přeceňován význam plavání, na druhé straně jsou často pacientům zakazována cvičení či sporty o nichž se traduje, že mohou být (např. jednostranným zatížením) také škodlivé, při čemž se zapomíná, že často jakékoliv cvičení či sport mohou být prospěšnější či užitečnější než nicnedělání, podpořené ještě varováními či zákazy zdravotníků i laiků.

Proto by měli být zdravotníci (a pracovníci v rehabilitaci obzvláště) informováni o konkrétních možnostech organizované tělovýchovy v jejich spádové oblasti, aby je mohli pacientům konkrétně a zodpovědně doporučit a druhotně i kontrolovat jejich účinek.

Jsou totiž značné místní rozdíly v možnostech, kvalitě i náplni jednotlivých druhů organizované tělovýchovy, sportu a turistiky, závislé např. na kvalitě cvičitelů či

V. KŘÍŽ / ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ ASPEKTY TĚLOVÝCHOVY A SPORTU INVALIDNÍCH OBČANŮ

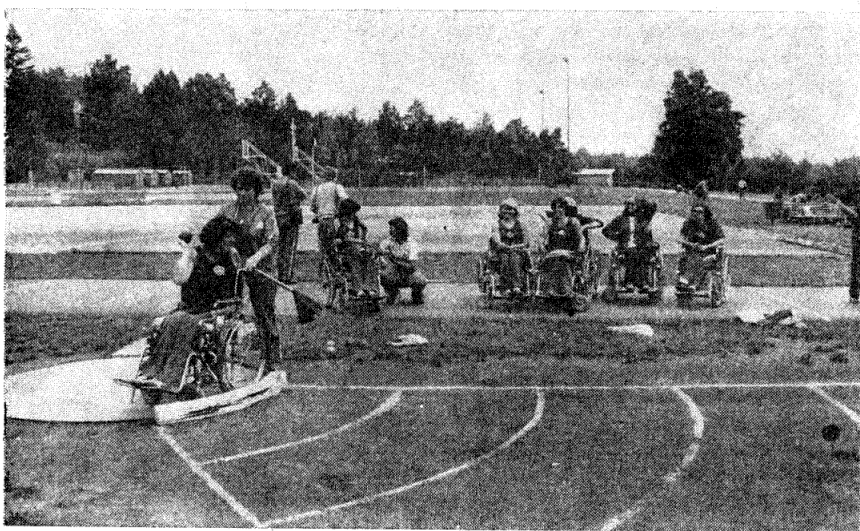
trenérů nebo na výkonostním stupni (trénovanosti) skupiny, do níž chceme pacienta doporučit.

Je třeba znát také tréninkový cyklus, abychom pacientovi doporučili vhodnou dobu zapojení do této tělovýchovy. Konkrétně: nastoupí-li netrénovaný člověk do skupiny organizované ZRTV (např. módní jazzgymnastika, aerobic, kondiční běhání), která je už navyklá (trénovaná) na určitý druh a intenzitu pohybové činnosti, dojde k jeho jednorázovému či opakovanému přetížení, které ho může přinejmenším poškodit nebo odradit od další účasti. Často nerespektují cvičitelé tento odlišný přístup k začátečníkům a je nutné jim poradit (nebo samotnému začátečníku), aby při prvních cvičebních jednotkách cvičili jen poloviční intenzitou a tak se postupně a bez potíží dostali na úroveň zdatnějších cvičenců.

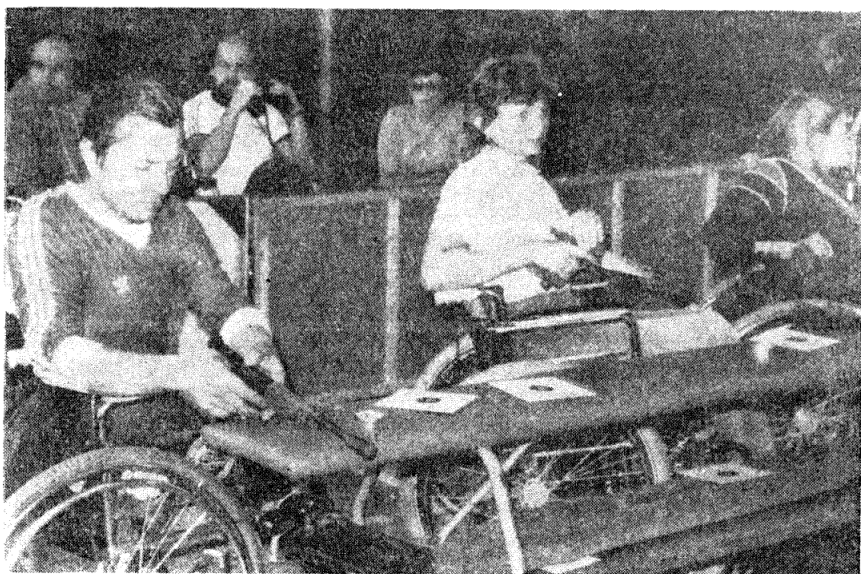
V systému čs. tělovýchovy existují i specializované *oddíly pro zdravotně oslabené*. Jsou to oddíly zvláštní tělesné výchovy (nověji zdravotní TV) při odborech ZRTV tělovýchovných jednot ČSTV a při některých školách, zajišťující základní — kondiční tělesnou výchovu pro různé typy zdravotních oslabení. Jejich síť je ale dosud velmi řídká. Rekreační tělovýchovu zdravotně oslabených zajišťují i některé další organizace Svazu invalidů, výrobní podniky zaměstnávající invalidy, Československý červený kříž (letní tábory) a pod.

Druhou možností jsou *oddíly zdravotně postižených sportovců* řízené Svazem invalidních sportovců ČSTV, které zajišťují masový výkonostní i špičkový sport zdravotně handicapovaných sportovců s těžšími a trvalými handicapy ve fázi stabilizace jejich zdravotního stavu (t. j. po ukočení základní rehabilitace).

Těchto oddílů je t. č. 75, adresář je k dispozici ve Svazu invalidních sportovců, ÚV ČSTV, Na poříčí 12, 115 30 Praha 1.



V. KRÍŽ / ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ ASPEKTY TĚLOVÝCHOVY A SPORTU INVALIDNÍCH OBČANŮ



Zdravotní význam

Invalidní spoluobčané potřebují léčebnou výchovu a sport stejně jako ostatní lidé k *udržování dobré tělesné i duševní kondice*. Tělovýchova v rekreační i soutěživé formě je *prevencí* tzv. civilizačních chorob, tj. poruch zdravotního stavu z nedostatečného či jednostranného pohybu, nesprávné výživy, zvýšených psychických nároků současného života (stresy) a špatného denního i celotýdenního životního režimu.

Do skupiny těchto chorob jsou počítána onemocnění cév a srdce (poruchy krevního zásobení srdce, dolních končetin, mozku, vysoký krevní tlak, poruchy žil dolních končetin nebo konečníku), metabolické choroby (cukrovka, otylost), poruchy hybného ústrojí z nedostatečného či nesprávného zatěžování (např. bolesti v zádech a některé kloubní potíže) či různé druhy neuróz. Omezení pohybu je dáno primárně samotným postižením jak v oblasti kvality (intenzity), tak v oblasti kvantity (trvání pohybu).

Invalidé se méně a pomaleji pohybují, což platí nejen o lidech s postižením dolních končetin ale třeba též o lidech s postižením zraku či sluchu. Proto je důležité tuto chybějící tělesnou aktivitu nahradit či doplnit tělesnou výchovou a sportem. Přitom však narážíme na další problémy, např. architektonické bariéry omezující vstup na sportoviště či pohyb na nich, organizační bariéry např. z nedostatku osob, které by invalidním sportovcům pomáhali v tělovýchově (např. doprovod nevidomých běžců) nebo kulturní bariéry ve výchově zdravých spoluobčanů, kteří se mylně domnívají, že invalidé nepotřebují sport a tělovýchovu nebo o ni nemají zájem. Utrpí-li někdo úraz s následky, zvláště v mladému věku (a může to být i sportovec), je možnost provádění sportu důležitou složkou jeho *resocializace* (tj. možnost opět bohatě společensky žít), což má význam nejen pro jeho fyzický stav (udržování nebo další zlepšování stavu docíleného léčbou rehabilitací), ale i pro jeho psychiku.

Sport trénuje nejen základní pohybové vlastnosti (obratnost, sílu, rychlost, vytrvalost) a složité pohybové stereotypy a reakce, ale i jejich předpoklady: propriocepci, polohocit, pohybovit, prostorovou orientaci, rozvážné reflexy a reakce za extrémních situací (prevence či zvládnutí pádů a nárazů), periferní vidění a maximální využití smyslových analyzátorů (zvláště pak, je-li jenom porušen či vyrazen — např. nevidomí). To vše je potřebné nejen pro sport, ale bohatě se využívá i v praktickém životě.

Psychologický a sociální význam

Závodní i rekreační sport invalidů je motivací pro zlepšování jejich sportovní výkonnosti, trénuje nejen pohybové dovednosti a vlastnosti, ale i *psychické vlastnosti* (např. schopnost vyprovokovat se k maximálnímu výkonu, umět se koncentrovat, využít a zvládnout emoce, vyrovnat se s neúspěchem) včetně vůle k překonávání překážek, která je potřebná nejen pro oblast sportu. Z těchto důvodů jsou i vynikající invalidní sportovci dáváni za vzor píle a vůle překonávat překážky nejen ostatním invalidům ale i zdravým spoluobčanům (např. letec Meresjev).

V oblasti psychiky kompenzují úspěchy ve sportu i *pocity méněcennosti*,

V. KRÍŽ / ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ ASPEKTY TELOVÝCHOVY A SPORTU INVALIDNÍCH OBČANŮ

kteřé zpravidla zdravotní postižení provázejí. To, že tréninkem dokáže invalida v konkrétním sportu třeba i více než většina jeho zdravých kamarádů, je obrovským psychickým dopingem, který se projevívá nejen ve sportu, ale i v rodinném či pracovním životě. I pokud se bude zabývat sportem na nižší výkonnostní úrovni, zlepšívá to jeho *sociologickou situaci* tím, že se bude moci účastnit organizované i neorganizované rekreační tělovýchovy v tělovýchovných organizacích, v kolektivech spolupracovníků či v místě bydliště. Zlepšívá se i partnerské *vztahy v rodině i předpoklady pro výchovu dětí*. Může-li se celá rodina věnovat společně svým sportovním zálibám, je jisté, že to upevňuje vztahy k partnerovi i k dětem (výchova, dozor, spolupráce), ať již je postiženým jeden z manželů (nebo oba), nebo dítě. A přitom je to zdravotně prospěšná činnost pro všechny. Sport je i ve společensky únosné míře vybitím agresivity vznikající v běžných konfliktních situacích života.

Srovnáme-li stejně postižené sportující a nesportující, vidíme, že mezi postiženými sportovci je více pracujících, více jich žije ve vlastních rodinách, mají lepší podmínky pro výchovu svých dětí, více se společensky angažují v různých funkcích a obecně mají *širší okruh společenských kontaktů*. Sportovci jsou psychicky vyrovnanější, žijí plnohodnotným životem a jsou s ním spokojenější. Vyskytuje se u nich méně negativních společenských jevů, jako je alkoholismus, toxikomanie, rodinné rozvraty, sebevraždy, špatná pracovní morálka, fluktuace, asociální chování a jednání včetně kriminality. Pravidelný sportovní trénink a soutěžení jsou tedy nejen zdravotně prospěšné, ale jsou i prevencí negativních společenských jevů a situací, k nimž mají větší sklon osoby, které z nejrůznějších důvodů nenalezly přiměřené a dostatečně bohaté společenské uplatnění.

Sport přivádívá zdravotně postiženého člověka do společnosti, čímž rozšiřuje jeho společenské kontakty. Řada postižených získala právě touto příležitostí mnoho dobrých kamarádů, někdy i životního partnera. Někdy je to právě sport, který napomáhá *psychické otužilosti*, tj. odvaze postiženého člověka (včetně dítěte) zaradit se mezi kolektiv a nestydět se za své postižení. Překonání této bariéry studu a strachu z kolektivu je důležitým faktorem úspěšné resocializace. Proto je nutné i tímto směrem zaměřovat rehabilitaci, postupně vtahovat pacienty do kolektivních procedur (včetně koedukovaných), počátku ve skupinách stejně postižených, později i ve skupinách různě postižených i zdravých. Důležitými pomocníky pracovníků v rehabilitaci jsou invalidní sportovci, působící svým osobním příkladem i lepší možností přesvědčování stejně (či jinak) postiženého člověka.

Snaha o zakrývání, respektive nezdůrazňování své vady je pochopitelná, pokud to neomezuje žádoucí společenské začlenění invalidů. Půjde-li člověk s protézou do divadla, nemusí a nemá na něm nikdo jeho handicap pozorovat. Bude-li se však vyhýbat sportovním činnostem, při kterých je nutno se svléci (např. plavání, koupání), není to žádoucí. [Jsou i lidé, kteří se stydí svléknout kryt pomůcky či pomůcku před svým partnerem či před svými dětmi.]

Handicap je nutno brát jako fakt, se kterým se musí sžít jak postižený, tak i jeho okolí, a právě sport je příležitostí k *výchově postižených i zdravých*. Vzhledem k žádoucí *výchově zdravých občanů* k tomu, aby znali schopnosti

V. KRÍŽ / ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ ASPEKTY TĚLOVÝCHOVY A SPORTU INVALIDNÍCH OBČANŮ

a možnosti svých invalidních spoluobčanů je dokonce žádoucí, aby věděli o vynikajících sportovcích, pracovnících, umělcích či funkcionářích. Z tohoto hlediska je vhodné, aby je znali či viděli i s jejich handicapem. Každý invalida, který v něčem pozitivním vynikne a svou invaliditu nezastírá, vlastně formuje názory na občanské soužití a usnadňuje společenský kontakt dalším postiženým.

Nejčastější příčinou, proč se zdraví lidé vyhýbají společenskému styku s postiženými, je jejich absolutní nevědomost, jak se mají chovat. Tuto sociální bariéru je nutné překonávat jednak cílenou společenskou výchovou (ve školách, v institucích, pomocí veřejných sdělovacích prostředků), jednak aktivním přístupem a chováním invalidů samotných. A právě sport je jednou z příležitostí, jak odbourat nežádoucí soucit a litování postižených, které jim nepomůže a spíše je jen dráždí, protože z nich buď dělá společenskou raritu vzbuzující nežádoucí pozornost, nebo naopak je vyhýbáním se kontaktům s nimi vlastně ze společnosti vyděluje. A na to nemá nikdo právo! Vždyť invalidé byli, jsou a budou neoddělitelnou součástí i produktem společnosti, se svými potřebami, právy i povinnostmi a vztah každé společnosti ke svým invalidům se považuje i za měřítko její kulturnosti. Jejím základním kritériem je posuzovat každého podle jeho lidských a společenských hodnot a nikoliv podle toho, čím se od ostatních osob fyzicky odlišuje.

LITERATURA u autora.

Adresa autora: V. K., 257 62 Kladruby u Vlašimi

В. Кржиж

МЕДИЦИНСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ФИЗКУЛЬТУРЫ И СПОРТА ИНВАЛИДНЫХ ГРАЖДАН

Резюме

Спорт инвалидов (ходячие инвалиды, инвалиды, передвигающиеся на коляске, спастики, люди с дефектами зрения, с внутренними нарушениями, с нарушением слуха, с психическими нарушениями) имеет известное значение для сохранения и улучшения физической формы и для отработки общих и специальных физкультурных навыков, которые используются инвалидами в практической жизни.

Такое же значение имеет спорт и в области благоприятного влияния на психику и отработку желаемых волевых качеств.

Спорт является одним из средств возвращения инвалидов к активной жизни, расширяя возможности инвалидов поставить свои способности на службу обществу и обращая их жизнь новыми качествами и целями.

V. Kríž

HEALTH AND SOCIAL ASPECTS OF PHYSICAL TRAINING AND SPORT IN DISABLED PERSONS

Summary

Sport for disabled subjects (physically disabled walking persons, disabled persons moving in wheel-chairs, spastics, blind disabled persons, persons disabled by internal diseases, deaf disabled subjects and mentally disabled subjects) is of great signifi-

V. KRÍŽ / ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ ASPEKTY TĚLOVÝCHOVY A SPORTU INVALIDNÍCH OBČANŮ

cance for the maintenance and improvement of physical condition and for the training of general and special skills which the disabled person applies in practical life.

Of the same importance is sport for its favourable influence on the psychical condition and the training of desirable free dispositions.

Sport is one of the means of resocialization of invalids, it increases the possibilities of their social assertion and enriches their life with new qualities and aims.

V. Kríž

MEDIZINISCHE UND SOZIALE ASPEKTE DER KÖRPERKULTUR UND DES SPORTS VERSEHRTER MITBÜRGER

Zusammenfassung

Der Sport gesundheitlich geschädigter Personen (gehender Körperbehinderter, auf Rollstühlen sich bewegendender Körperbehinderter, Spastiker, Sehbehinderter, durch innere Erkrankungen Geschädigter, Gehörloser und geistig Behinderter) ist bekanntlich von großer Bedeutung für die Erhaltung und Verbesserung der physischen Leistungsfähigkeit sowie für die Aneignung allgemeiner und spezifischer sportlicher Geschicklichkeit, die von den Geschädigten auch im praktischen Leben genutzt wird. Von nicht geringerer Bedeutung ist die sportliche Betätigung auch dank ihrer günstigen Auswirkung auf die Psyche sowie der Entwicklung erforderlicher Willenseigenschaften.

Der Sport ist zugleich ein wichtiges Mittel zur Resozialisierung von Invaliden, indem er die Möglichkeiten ihrer gesellschaftlichen Einordnung erweitert und ihr Leben durch neue Qualitäten und Ziele bereichert.

V. Kríž

LES ASPECTS MÉDICAUX ET SOCIAUX DE LA CULTURE PHYSIQUE ET DU SPORT DES INVALIDES

Résumé

Le sport des invalidés affectés des troubles (de l'activité physique des marcheurs, des affectés se mouvant sur voiture, des spastiques, des affectés de la vue, de maladies internes, des conduits auditifs, des malades mentaux) a une importance bien connue pour maintenir et augmenter la condition physique et l'entraînement des moyens de culture physique communs et spéciaux, nécessaires aux handicapés dans la vie pratique.

Une signification d'importance identique du sport existe aussi dans le domaine de l'influence favorable du psychisme et de l'éducation des qualités désirées libres.

Le sport est un des moyens de nouvelle socialisation des invalides, il élargit les possibilités de leur application sociale et enrichit leur vie de qualités et buts nouveaux.

SPORT PARAPLEGIKŮ

V. KRÍŽ, J. UHER

*Rehabilitační ústav v Kladrubech
Ředitel: MUDr. Vladimír Kríž*

Souhrn: Sport paraplegiků, respektive vozíčkářů je důležitou součástí druhé a třetí fáze rehabilitace a je i nejlepším způsobem udržení fyzické kondice. Těžce tělesně postižení lidé chtějí sportovat rekreačně i závodně stejně jako zdraví spoluobčané a ještě více než oni tělovýchovu, sport a turistiku potřebují z důvodů zdravotních, psychologických i sociálních. Československo má v této oblasti světový primát a má i dobré předpoklady pro další žádoucí rozvoj. Na něm se podílejí Svaz invalidních sportovců ČSTV, Svaz invalidů, Svazarm a další instituce, je však žádoucí podstatně rozšířit a zkvalitnit pomoc a spoluúčast pracovníků v rehabilitaci.

Klíčová slova: Historie — klasifikace paraplegiků — sportovní disciplíny.

Úvod

V ČSSR přibývá ročně asi 200 až 300 čerstvých a přež všech paraplegiků a quadruplegiků. Jsou to lidé po těžkých úrazech, nejčastěji dopravních, ale i sportovních (skoky do vody, horolezectví, cyklistika, sjezdové lyžování, závěsné létání, trampolína aj.). Více než polovina postižených jsou lidé v mladém věku do 30 let. Díky léčebné i ošetrovatelské péči a komplexní rehabilitaci se tyto lidé vracejí zpátky do života, v němž jsou odkázáni na pohyb na invalidním vozíku. Odhaduje se, že jich u nás žije nejméně 5000. Většina z nich je téměř plně soběstačná, jsou-li vybaveni všemi pomůckami (včetně speciálně upraveného osobního automobilu), jsou schopni plnohodnotně žít, řada z nich pracuje nebo je aktivní v četných společenských funkcích. Tělovýchova, sport a turistika je nejen významnou částí jejich společenského vyžití (a to nejen u bývalých sportovců), ale i důležitou součástí jejich léčebné i sociální rehabilitace, podílí se na udržování výsledků dosažených léčebnou rehabilitací a je i významnou prevencí chorob z nedostatku pohybu, které se u takto postižených sekundárně podílejí i na délce a kvalitě jejich života.

Ve Svazu invalidních sportovců ČSTV je ich registrováno méně než 200. I když někteří další ještě rekreačně sportují v rámci akcí Svazu invalidů nebo výrobních družstev invalidů, jsou tyto počty aktivně sportujících malé, neodpovídají přáním a potřebám takto postižených a neodpovídají ani potřebám naší společnosti, jejímž úkolem i cílem je optimální společenská péče o těžce zdravotně postižené spoluobčany.

Zájmová, rekreační, kondiční (preventivní) i výkonnostní tělovýchova občanů pohybujících se na invalidních vozících vyžaduje specifické podmínky (např. bezbariérová sportoviště včetně přístupu k nim) i pomoc zdravých spoluobčanů (např. k překonávání architektonických bariér, při organizaci sportovních akcí apod.). Postupné zlepšování těchto podmínek povede k rozšíření možnosti tělovýchovy i těchto lidí a k rozšíření specializovaných jednot či oddílů tak, aby rovnoměrně pokryly území ČSSR. V současné době jsou tyto možnosti jen v TJ Slovan RÚ Kladruby, Meta Praha, Jiskra Pardubice, Čechie Hradec Králové, ČKD Tepna Hronov, Meta Hrabyně, Moravia Brno, IAMES Bratislava, Slávia Univerzita Košice, Sportinvalid Košice, ve zdravotnických, školských a sociálních zařízeních pro těžce zdravotně postiženou mládež (dětské léčebny ÚNZ a lázní, Jedličkovy ústavy, školy a výcviková střediska, ústavy sociální péče).

Jednoznačným úkolem pracovníků v rehabilitaci je aktivní spoluúčast na rozvoji sportu invalidů, a to jak v rámci pracovní náplně pracovníků zdravotnických zařízení poskytujících léčebnou rehabilitaci (viz koncepce oboru FBLR), tak i v rámci jejich mimopracovních dobrovolných aktivit. Proto je v požadavcích na znalosti pracovníků léčebné rehabilitace zařazena tělovýchova zdravotně postižených. Znalosti v této oblasti jsou aspoň podkladem pro nezbytnou informovanost taktó postižených pacientů, končících základní léčebnou rehabilitaci, i když konečným cílem je, aby základní nácvik konkrétních sportů byl součástí léčebné rehabilitace a aby se tato pracoviště aktivně podílela i na zajišťování pravidelné tělovýchovy v rámci kondiční rehabilitace.

Historie

Historie sportu paraplegiků je spjata se jménem světoznámého anglického neurochirurga Ludwika Guttmanna, který se věnoval ošetřování pacientů po úrazech míchy již v první světové válce až do objevu a rozšíření výroby antibiotik však tito lidé přežívali spíše jen výjimečně. Dr. Guttmann otevírá v r. 1944 centrum pro ošetřování pacientů s poraněním míchy ve Stoke Mandeville (120 km severozápadně od Londýna). Později se toto zařízení stává i centrem pro sport paraplegiků, pořádá zprvu národní (1948), později mezinárodní (1952) a nakonec i světové (1960) sportovní hry paraplegiků. Dr. Guttmann byl i zakladatelem a až do své smrti (1980) předsedou Světové organizace pro sport paraplegiků pod názvem Stoke Mandeville Games Federation (SMFG). Zpočátku se pořádaly tyto hry každoročně ve Stoke Mandeville, souběžně s nimi (někdy i s nesouhlasem SMFG) pořádaly světové hry i organizace paraplegiků či sportujících invalidů ostatních zemí (např. Francie — Paříž 1957, Saint Etienne 1966 a 1970, Řecko — Athény 1958, NSR — Heneff 1959, Holandsko — Eindhoven 1960, Rakousko — Linz 1963 a 1973). Výsledkem snah o sjednocení sportu invalidů ve světě byl vznik letních olympiád invalidů, které se konaly v roce olympijských her (1960 Řím, 1964 Tokyo, 1968 Tel Aviv, 1972 Heidelberg, 1976 Montreal, 1980 Arnhem, 1984 New York a Stoke Mandeville). Nazývaly se též paraolympiády, protože se konaly současně (paralelně) s olympijskými hrami, často je zajišťovala i země pořádající olympijské hry. Od r. 1980 (Geilo, 1984 Innsbruck) sa paraplegici zúčastňují i zimních olympijských her, a to na běžeckých a rychlobruslařských tratích, na nichž se pohybují na bobech opatřenými lyžemi či bruslemi pomocí zkrácených a upravených lyžařských holí. V rámci celosvětových snah o zlepšení péče o invalidy přebírá zástitu nad těmito hrami i Mezinárodní olympijský výbor, jehož snahy a podmínky narážejí však na roztržičnost řady světových organizací pro sport invalidů různých postižení.

V. KRÍŽ, J. UHER / SPORT PARAPLEGIKŮ

V historii sportu paraplegiků má i významné místo Československo, kde paraplegici soutěžili ve své kategorii již na prvních Kladrubských hrách, konaných 15. — 24. 4. 1948. Tyto hry se provádějí dosud pravidelně dvakrát ročně. [52. byly v r. 1985]. Byly základem pro rozvoj sportu paraplegiků i ostatních druhů tělesně postižených v ČSSR, jehož organizaci převzal Československý svaz tělesné výchovy (ČSTV) v r. 1961 (sekce defektních sportovců, 1969 Český svaz tělesně postižených sportovců, 1970 Československý svaz tělesně a zrakově postižených sportovců, 1984 Svaz invalidních sportovců ČSTV).

Zdravotnická klasifikace paraplegiků

Zásada pro sportovní soutěže invalidů, že k porovnání výkonů dochází jen mezi stejně postiženými, platí i pro sporty paraplegiků.

Jsou rozděleni do skupin podle výše léze, respektive podle funkčního postižení periferie hybného systému, t. j. svalů a jejich funkčních skupin. Název — para — znamená paralelní postižení oboustranných končetin, tj. nejčastěji dolních (ale většinou je postiženo i svalstvo trupu) při lézích krční míchy je postiženo paralelně i svalstvo horních končetin, proto jsou v kategorii paraplegiků i quadraplegici (tetraplegici). Postižená je samozřejmě nejen motorika, ale i všechny druhy čítí, změněná je i regulace funkcí sprostředkovaná vegetativním systémem.

Obecně platí, že v oblasti vlastní léze míchy, kde došlo ke zničení motorických buněk, je chabá obrna svalů (atonie, areflexie, atrofie), pod touto oblastí, kde jsou motorické buňky zachovány, ale je porušeno jejich spojení s vyššími strukturami nervového systému, fungují segmentové míšní reflexy a automaticky, jejichž působením vzniká spastická obrna (spasticita a hyperreflexie různého stupně). Existují i výjimky z tohoto pravidla, které jsou častější hlavně u neúplných lézí míšních. Spastické obrny vznikají postupně už v časovém odstupu léze míšní (za 3 týdny až 3 měsíce), zpočátku jsou všechny obrny pseudochabé. Také tam, kde jsou přerušeny kořeny míšní, vzniká samozřejmě obrna chabá. K poruše míšních kořenů může dojít samostatně (nejčastěji útlakem kořenů vyhřezlou meziobratlovou ploténkou), nebo současně s porušením míšních buněk a drah na různé etáži, čímž mohou zvláště při kombinaci úplných a neúplných porušení míchy i nervů vznikat rozmanité kombinace chabých a spastických obrn úplných (plegií) i neúplných (paréz).

ČSSR respektuje mezinárodně platné (SMGF) třídění — quadraplegici (skupina 1 a, 1 b, 1 c) a paraplegici (skupina 2 — 5).

Skupina 1 a — léze v oblasti horních segmentů krční míchy pro horní končetinu (C 5 — 7), s postižením *m triceps brachii* (C 6 — 8), jehož síla musí být menší než stupeň 3 dle svalového testu.

Plně či částečně fungující svaly: krční svaly (C 1 — 5), subscapularis (C 5 — 6), serratus anterior (C 5 — 7), trapezius (C 2 — 4), supraspinatus (C 5), infraspinatus, (C 5 — 6), rhomboidi (C 4 — 5), levator scapulae (C 3 — 5), deltoideus (C 4 — 6), latissimus dorsi (C 6 — 8), teres maior (C 6 — 7), teres minor (C 4 — 6), pectoralis maior — p. clavicularis (C 5 — 6), p. sternocostalis (C 6 — 7), biceps brachii, brachialis a brachioradialis (C 5 — 6), coracobrachialis (C 6 — 7), pronator teres

(C 6 — 7), supinator (C 5 — 7), flexor carpi radialis (C 6 — 8), extensores carpi radiales (C 5 — C 8).

Vysoké léze (nad C 5) prakticky sportovat nemohou (kromě šachů).

Skupina 1 b — léze v oblasti středních segmentů krční míchy pro horní končetinu (C 7 — 8).

Triceps brachii je funkční, *síla flexorů a extenzorů prstů musí být stupeň 3 dle svalového testu nebo menší.*

Mají dobrý aktivní pohyb v rameni, lokti a zápěstí viz strany u skupiny 1 b + uspokojivá funkce i dolní části m. pectoralis maior (C 5 — Th 1), m. triceps (C 6 — 8), anconeus (C 7 — 8), pronator quadratus (C 7 — Th 1), flexor carpi ulnaris (C 7 — Th 1).

Pohyb prstů:

extenze v MP v kloubech: nefungující svaly — lumbricales (C 7 — Th 1), interossei (C 8 — extenzor digitorum (C 5 — 7) a extenzor indicis (C 6 — 8), flexe v interfalangeálních kloubech slabá — fl. dig. superficialis a profundus (C 7 — Th 1), též abdukce, addukce, opozice, flexe a extenze palce (C 6 — T 1).

Skupina 1 c — léze v oblasti dolních segmentů krční míchy pro horní končetinu (C 8 — Th 1).

Síla do flexe a hlavně *extenze prstů je dle svalového testu 4 a více*, bez funkce jsou mm. interossei a lumbricales (neudělají abdukci — addukci prstů). Mají dobrý úchop, porušeny jsou jemné pohyby ruky.

Skupina 2 — léze v oblasti horní hrudní míchy pod Th 1 — Th 5 včetně. Pro obrnu břišních svalů (Th 5 — L 1) *neudrží rovnováhu vsedě* bez opory zad. (Dermatom Th 5 je na úrovni bradavkové čáry.)

Skupina 3 — léze v oblasti střední hrudní míchy Th 6 — 10 včetně. (Dermatom Th 10 je vpředu kolem pupku, horní kožní břišní reflex Th 7 — 8, střední Th 9 — 10.) Tito sportovci udrží rovnováhu vsedě (mohou mít vozík s nižší opěrkou zad), *síla svalová břišních svalů dle svalového testu je 1 — 2*, nefunkční je m. quadratus lumborum (Th 12 — L 3).

Skupina 4 — léze v oblasti thorakolumbální míchy Th 11 — L 3 včetně. Mají dobrou sílu břišních svalů, nulové (L 1 a výše), oslabené (L 2) či normálně silné (L 3) adduktory kyčle (L 2 — L 4) a *síla m. quadrice femoris musí být 0 až 2 maximálně* dle svalového testu. Mohou mít funkční svaly: quadratus lumborum, iliopsoas (L 1 — 4), nefunkční — extenzory, abduktory a rotátory kyčle (L 4 — S 2).

Skupina 5 — léze v oblasti bederní míchy pod L3 (až S—2 včetně). Mají *sílu m. quadriceps femoris (L 3 — 4) a více* dle svalového testu.

Při kompletních příčných porušeních míchy je tato klasifikace poměrně jednoduchá. Posuzuje se podle postižení segmentu míchy, nikoliv podle poškozených obratlů! je

jen vhodně překontrolovat svalový test sledováním svalové práce při jiných činnostech, aby se zamezilo simulaci horšího postižení. Musí být také jasné, že i při tomto členění jsou v každé skupině stále ještě různě postižení invalidní sportovci, z nichž ti, kteří mají postižení míchy při dolní hranici vymežující skupinu, mají poněkud lepší zdravotní předpoklady než ti, kteří mají poškození míchy o 2 — 4 segmenty výše.

Projevuje-li se porušení míchy na periférii asymetricky, zařazují se invalidní sportovci do skupiny podle funkčně *lepší* strany. Totéž platí při inkompletních poruchách míchy. Zde se ještě může použít pomocné hodnocení, kde se stupně svalového testu oceňují jako body.

Na dolních končetinách se hodnotí flexe a addukce v kyčli společně [jedno hodnocení 0 — 5 bodů], stejně tak extenze a abdukce v kyčli, samostatně se hodnotí extenze i flexe v koleně a extenze flexe v hleznu. (Celkem tedy 6 svalových skupin na jedné dolní končetině, t. j. jsou-li všechny skupiny „normální“ — hodnocené stupněm 5 svalového testu, je součet bodů na jedné končetině $6 \times 6 = 30$ bodů a na obou končetinách 60 bodů.) Tímto hodnocením je možné do posledních skupin zařadit nejen sportovce s asymetrickým či nekompletním postižením míchy traumatického původu, ale také postižené s lézami periferních nervů nebo osoby s následky poliomyelitidy.

Nejvyšší možný počet bodů pro skupinu 4 je 20 u traumatických lézí či 15 u netraumatických lézí (např. polio), pro skupinu 5 jsou limity 21 — 40 bodů u traumatických, 16 — 35 bodů u netraumatických lézí.

V některých zemích používají ještě skupinu 6 (41 — 60 bodů u poúrazových poruch, 36 — 50 u neúrazových poruch). To jsou však již sportovci chodící.

U nás soutěží jen sportovci pohybující se na invalidním vozíku, jehož použití při sportovní soutěži je povinné (nemůže např. závodník ve skupině 5 vrhat kouli ze stoje).

Ve skupině 4 mohou někdy soutěžit na vozíku i postižení s oboustrannou amputací ve stehně a v bérci (30 bodů) nebo oboustrannou amputací v bérci (40 bodů).

Sportovní disciplíny a základní pravidla

Pravidla jednotlivých sportů a disciplín vycházejí z mezinárodních pravidel platných pro zdravé sportovce, respektive se jim snaží co nejvíce přiblížit. Pravidla vydávají národní i mezinárodní organizace pro sport zdravotně postižených (u nás Svaz invalidních sportovců), a to tak, že uvádějí jen odchylky pravidel pro sportovce zdravé (např. start z vody při plavání, dotyk částí těla při atletických, plaveckých či lyžařských štafetách) nebo jsou zde uvedeny zvláštnosti, které mají invalidní sportovci navíc (např. předepsané maximální rozměry vozíku, způsob jeho fixace, povolené ortopedické a jiné pomůcky apod.).

Disciplíny v lehké atletice paraplegiků:

- a) atletický trojboj: hod diskem (1 kg)
 - hod oštěpem (600 g), u skupiny 1 a kuželkou (397 g)
 - vrh koulí (2 kg skupina 1a, b muži, ženy, 3 kg skupina 1c muži a 2 — 5 ženy, 4 kg skupiny 2 — 5 muži)
- b) jízdy na vozíku (100, 200, 400, 800, 1500, 5000, 10 000 m).
- c) štafety (4 × 100 m)

- d) slalom — průjezd speciální drahou se zatáčením, obraty jízdou vzad (objíždění, přejíždění, projíždění či podjíždění překážek)
- e) dálkové jízdy krajinou (pojezdy).

Stolní tenis

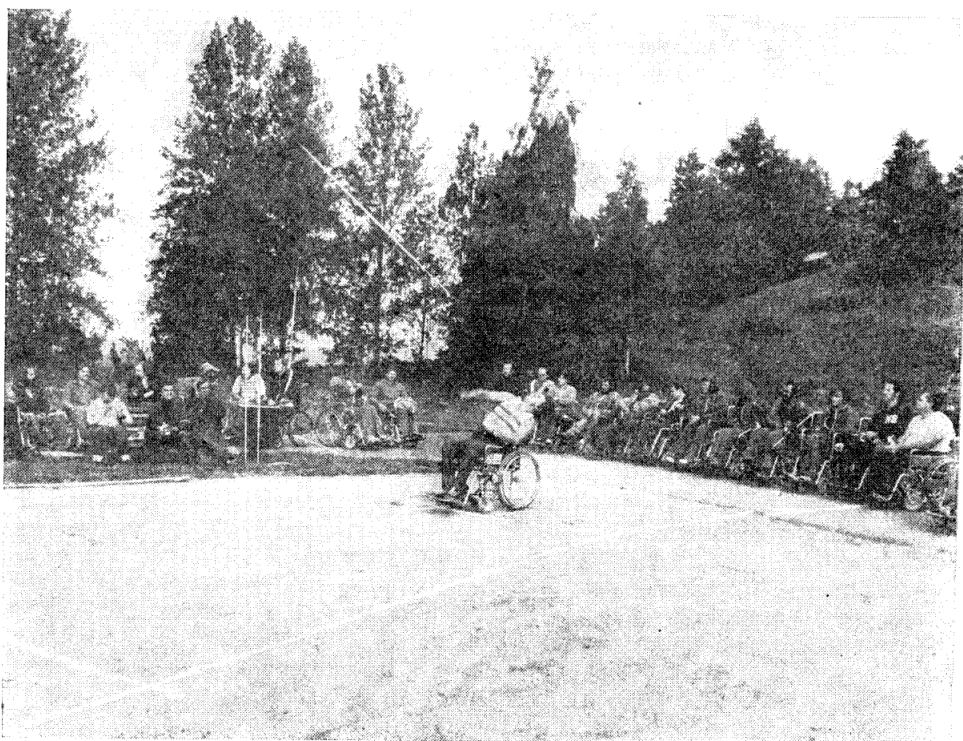
Soutěže jednotlivců (muži, ženy) i dvojic, u nás se zatím soutěží bez rozdílu kategorií (jen muži skupina 1a — c, skupina 2 — 5). Základní úpravy: i při dvouhře musí podání směřovat na polovinu soupeře, při čtyřhře se mění postavení při příjmu a podání normálně, avšak v mezihře může hrát kterýkoliv hráč.

Plavání

Všechny styly (u nás jen volný způsob a znak), 25, 50 a 100 m. Soutěží se v jednotlivých kategoriích zvlášť (mezinárodní, evropské a světové hry), u nás se vzhledem k malému počtu soutěžících kategorie slučují.

Vzpírání

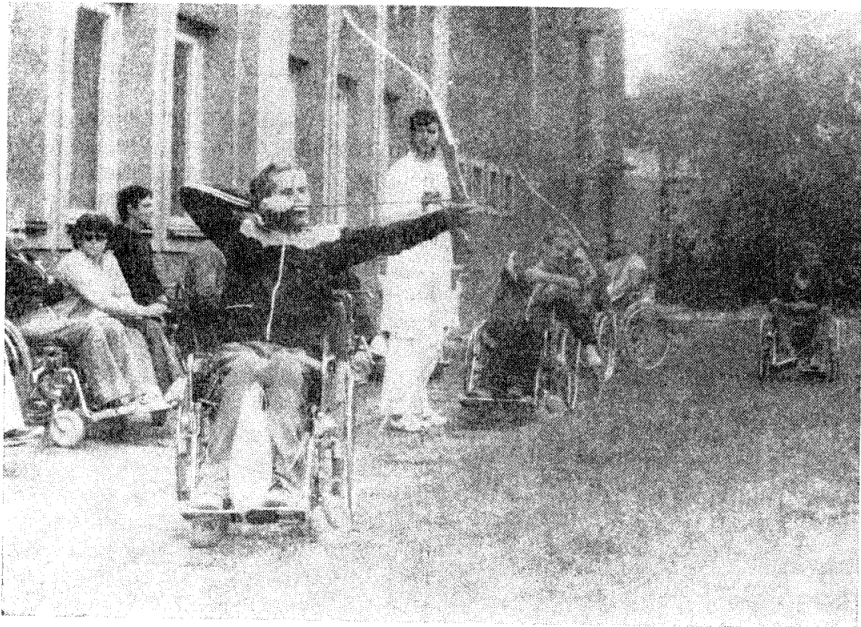
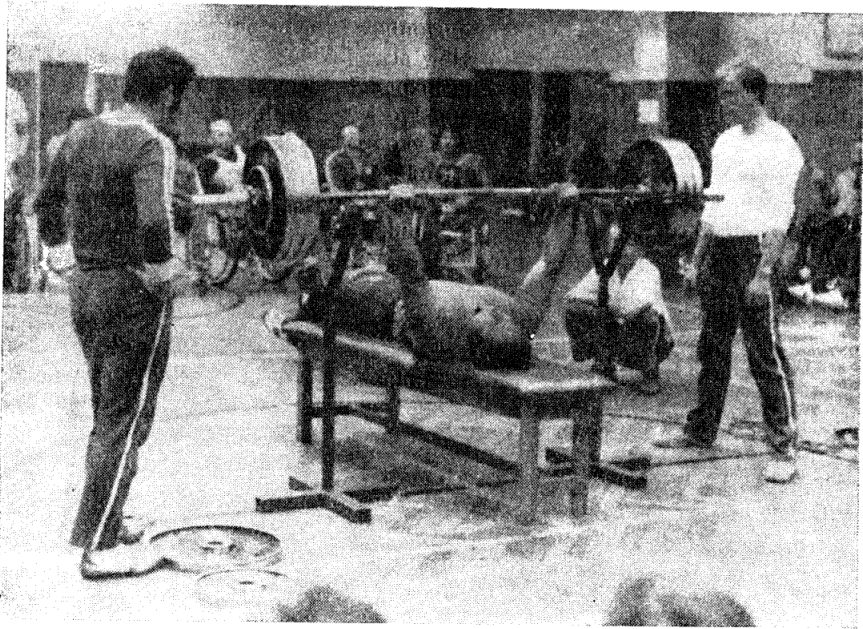
Provádí se vleže na speciální lavici (bench press), činka je umístěna na stojanech tak, aby její tyč byla 3,5 cm nad hrudníkem. Úhel mezi paží a předloktím musí být 90° (tím je dána šíře úchopu), vzepření se provádí do nataže-





SPORT
PARAPLEGIKŮ





ných paží, ustálení činky a pokynu rozhodčího ke spuštění činky zpět do stojanu. Soutěží se ve váhových kategoriích (do 51 kg, 57, 65, 75, 85 a nad 85 kg), v menších závodech je možné určovat pořadí podle rozdílu: vzepřená váha -- hmotnost závodníka.

Šachy

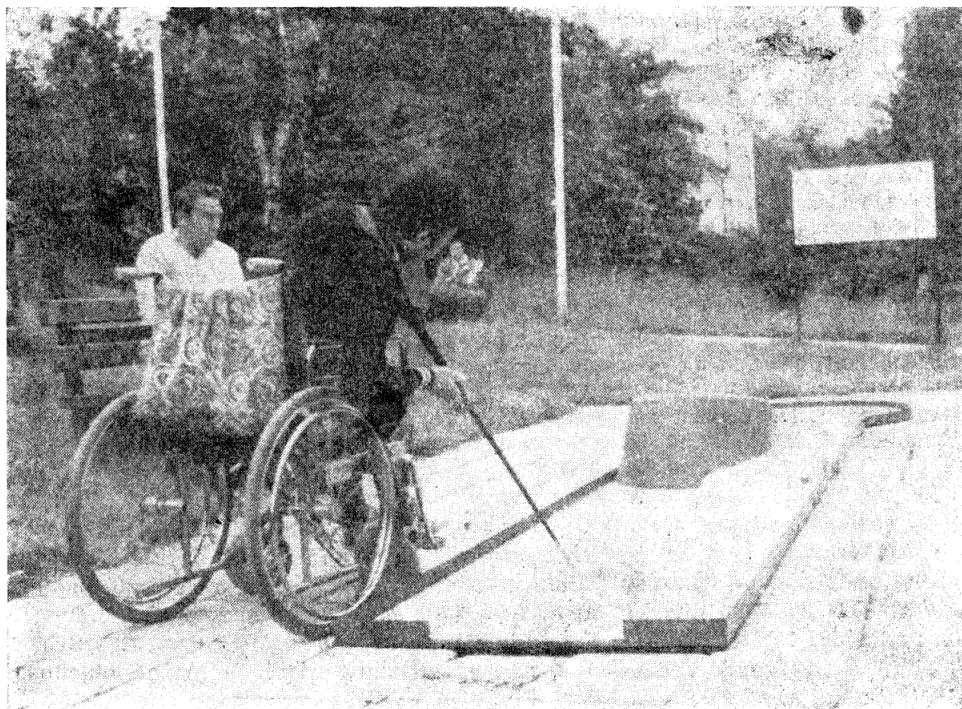
Zde nejsou vozíčkáři nijak handicapováni proti zdravým, samostatně jsou organizovány jejich soutěže jen z důvodu architektonických bariér (soutěží se několik dnů).

V dosud vyjmenovaných soutěžích je organizováno mistrovství ČSSR s omezením počtu disciplín v jízdě na vozíčku (vždy 100 m, z delších nejčastěji 800 m). Také dálkové jízdy jsou nesoutěžní.

Další sporty, které jsou u nás v rozvoji

Košíková na vozíčcích

Hraje se na normálním hřišti s normální výší košů. Družstva jsou pětičlenná + 5 náhradníků pro střídání. Každý hráč má přidělený body dle stupně svého postižení a hrající družstvo se musí při hře i střídání vejít do limitu, stanoveného součtem bodů všech hráčů. (Znamená to vlastně povinnost zařazovat i více postižené hráče.) Při pohybu s míčem (v klíně) může hráč popohnat kola jen dvakrát (obdobu pravidla dvou kroků), pak musí provést dribling jednou rukou nebo musí míč přihrát či hodit



V. KRÍŽ, J. UHER / SPORT PARAPLEGIKŮ

na koš. Přibrzdování jednoho kola při jízdě (ke kličkování) je možné, popohnání jednoho kola (např. při otáčení na místě) se však již počítá. Jakmile po zachycení míče uchopí znovu míč do obou rukou, musí už míč odehrát (nebo dojde k porušení pravidla „kroky“). Košíková je velmi oblíbená a je jedinou rozšířenou kolektivní hrou „vozičkářů“ (někdy hrají též hokej s kroužkem o tyči, házenou, odbíjenou přes nižší síť, vsedě na vozíku nebo vsedě na zemi). Pravidelný trénink je u nás ale obtížný, protože se málokdy podaří soustředit dostatečný počet hráčů. Košíková je také náročná na poškození vozíků nárazem (i když najetí do vozíku soupeře se počítá jako faul) a je zde i určité riziko úrazu (častější pády z vozíku či srážky), i když je toto riziko zcela srovnatelné se sporty zdravých.

Lukostřelba, střelba ze vzduchových či malorážných zbraní (pistole, puška)

se provádí stejně jako u zdravých, většinou jsou voleny kratší vzdálenosti.

Minigolf

má rovněž nezměněná pravidla. Je to vhodný sport pro vozičkáře (závodní i rekreační), vyžaduje však jen bezbariérové hřiště (dostatek místa kolem drah). Pro sbírání míčku z jamky se používají přísavky na horním konci hole, také postavení či přemístění míčku na dráze je možné provést holí.

Zimní sporty

V zahraničí se používají speciální boby pro sjezdové lyžování (buď říditelné nebo ovládané rukama či hůlkami), pro běh na lyžích mají paraplegici a oboustranně amputovaní pod skořepinovou sedačkou připevněné běžecké lyže (pohyb se děje odražením zkrácenými lyžařskými holemi), pro pohyb na ledu jsou zde připevněné brusle (2 — 4), hole pak mají ostré bodce pro odražení se od ledu. U nás přichází v úvahu hlavně rozvoj běžeckého lyžování, problémem je ale výroba pomůcek. Ze zdravotnického hlediska je tento sport velmi žádoucí, protože jako jeden z mála (též dálkové pojezdy, částečně košíková) trénuje vytrvalost, a je tudíž i prevencí chorob z hypokinéze.

Navíc vozičkáři mají v zimě ztížené podmínky pro jízdu na vozíku (na náledí, uklouzaném anebo neprojetém sněhu nelze na vozíku jet) a jejich výkonnost klesá. Ti, kteří žijí v oblastech s delší sněhovou pokrývkou a mimo města, jsou často v této době bez možnosti pohybu venku.

Další sporty

Z ostatních sportů se mohou věnovat paraplegici vodním sportům (kajak, veslice, nejméně postižení i kanoe, gumové čluny, jízda na nafukovací matraci), v USA hraje 2000 hráčů na vozíčcích dokonce i tenis (na dva odskoky), dále se v zahraničí hraje bowling a boccia (koulení na přesnost po trávě či jiné rovině), ourling (metání na přesnost po ledu), kulečník, šerm, hod oštěpem na cíl a jiné sporty, či zábavné pohybové hry (např. házení kroužků na cíle).

I u nás se provozuje turistika (jízdy na vozíku) a auto-turistika v automotoklubech invalidů (AMKI) při Svazarmu včetně soutěží (BOAS).

Bližší podrobnosti (adresy jednot a oddílů, pravidla, kalendář sportovních akcí) mohou zájemci obdržet na adrese: Svaz invalidních sportovců ÚV ČSTV, Na poříčí 12, 115 30 Praha 1. Pravidelné informace jsou i v časopisech Svazu invalidů Elán (každé číslo má sportovní přílohu), který je možné objednat u PNS (roční předplatné 12 Kčs).

LITERATURA

1. BERAN, J., KRÍŽ, V., MARČÍKOVÁ, H.: Léčebná tělesná výchova a sport. Rehabilitácia, 10, 1977, č. 3, s. 135 — 145.
2. ČAPKOVÁ, O. a kol.: Chronické stádium traumatické paraplegie a paraparézy dolních končetin. Rehabilitácia, 11, 1978, č. 1, s. 43 — 47.
3. JANDA, V. a kol.: Pokroky v rehabilitaci. Praha, SZdN 1968. 304 s.
4. JANDA, V.: Vyšetřování hybnosti (I.), Praha, Avicenum 1974, 272 s.
5. KRÍŽ, V.: Význam tělesné výchovy a sportu u paraplegiků. Rehabilitácia, 12, 1979, č. 2, s. 97 — 102.
6. KRÍŽ, V. a kol.: Skupinová léčebná tělesná výchova u nemocných po úrazech a operacích na pohybovém ústrojí. Brno, ÚDV SZP 1979. 128 s.
7. KRÍŽ, V.: 2. zimné olympijské hry v Norsku. Rehabilitácia, 13, 1980, č. 4, s. 253 — 254.
8. KRÍŽ, V.: Rehabilitace poúrazových paraplegiků: Ošetrovatelská péče. Čs. Neurol. Neurochirurg., 44, 1981, č. 2, s. 61 — 67.
9. KRÍŽ, V., BERAN, J., VOŘÍŠEK, J.: Soustředění tělesně postižených sportovců v rehabilitačním ústavě. Teor. Praxe těl. Vých., 1981, 12, s. 752 — 753.
10. KRÍŽ, V. a kol.: Sport jako součást ústavní rehabilitace. Teor. Praxe těl. Vých., 29, 1981, č. 12, s. 753 — 755.
11. KRÍŽ, V.: Možnosti spolupráce rehabilitačních oddělení NsP s ostatními složkami zajišťujícími léčebnou rehabilitaci. Rehabilitácia, 17, 1984, č. 2, s. 101 — 111.
12. KRÍŽ, V.: Rehabilitace a její uplatnění po úrazech a operacích. Praha, Avicenum 1986 (v tisku).
13. PECHAN, J. a kol.: Cervical spinal cord injuries in Czechoslovakia 1973 — 74. Acta Univ. Carol. med., 22, 1976, 3/4, s. 123 — 132.
14. SRDEČNÝ, V.: Tělovýchova a sport v rehabilitaci tělesně postižených. Rehabilitácia, Suppl. 13/1976, s. 96.
15. SRDEČNÝ, V. a kol.: Tělesná výchova a sport paraplegiků. Metodický dopis ČSTV 1978/12.
16. SRDEČNÝ, V. a kol.: Hry pro tělesně postižené. Metodický dopis 1980.
17. SRDEČNÝ, V.: Tělesná výchova a sport tělesně postižených. Praha, Olympia 1981.
18. Svaz invalidních sportovců ČSTV: Sborník pravidel sportu paraplegiků. SIS ÚV ČSTV 1985. 34 s.

Adresa autora: V. K., Rehabilitační ústav, 257 62 Kladruby u Vlašimi

В. Кржиж, Й. Ухер

СПОРТИВНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ У ПАРАПЛЕГИКОВ

Резюме

Статья занимается значением и местом спорта у paraplegиков в ЧССР, включая краткую историю.

Приводится классификация квадруплегиков и paraplegиков по виду повреждения и описываются спортивные дисциплины, проводимые в ЧССР и за границей.

V. KRÍŽ, J. UHER / SPORT PARAPLEGIKŮ

V. Kríž, J. Uher
SPORT FOR PARAPLEGICS

Summary

The paper discusses the significance and the situation of the sport for paraplegics in Czechoslovakia and presents its history briefly.

Mentioned is also the classification of quadruplegics and paraplegics according to the extent of the disability and the description of sport disciplines carried out in Czechoslovakia and abroad.

V. Kríž, J. Uher
PARAPLEGIKERSPORT

Zusammenfassung

Der Artikel handelt von der Bedeutung und der Stellung des Paraplegikersport in der ČSSR und bringt auch einen kurzen Überblick über seine Geschichte.

Die Autoren unterbreiten eine Klassifikation der Quadruplegiker und Paraplegiker gemäß deren gesundheitlicher Versehrtheit sowie eine Beschreibung der in der ČSSR sowie im Ausland betriebenen Sportdisziplinen für Paraplegiker.

V. Kríž, J. Uher
LE SPORT DES PARAPLÉGIQUES

Résumé

L'article traite l'importance et la situation du sport des paraplégiques en ČSSR y compris une histoire brève.

Il mentionne un classement des quadruplégiques et des paraplégiques selon l'affection en santé et la description des disciplines sportives exécutées en Tchécoslovaquie et à l'étranger.

W. BEIER
WILHELM CONRAD RÖNTGEN

BsB B. G. Teubner Verlagsgesellschaft Leipzig, 1985.

Wilhelm Conrad Röntgen, ktorý žil v r. 1845 — 1923, vošiel do histórie fyziky a lekárstva objavením lúčov nazvaných po ňom. Tieto lúče predstavovali revolučný zvrät, predovšetkým v oblasti modernej diagnostiky, ale aj v oblasti modernej terapie. Röntgenológia a röntgenoterapia predstavujú dnes významné odbohy moderného lekárstva. Za svoj objav röntgenových X lúčov dostal profesor Röntgen r. 1901 Nobelovu cenu za fyziku. Práve za objav X lúčov.

Prof. Beier vydáva v r. 1985 vo vydavateľstve BSB B. G. Teubnera v Lipsku drobnú monografiu, ktorá sleduje jednotlivé úseky životnej cesty prof. Röntgena. Jednotlivé kapitoly sú doplnené obrázkami a fotografiami, matematické vyjadrenie je uvedené tam, kde je absolútne nevyhnutné. Knižôčka je napísaná zaujímavým spôsobom, dobre sa číta a prináša celý rad informácií.

Dr. M. Palát, Bratislava

SPORT TĚLESNĚ POSTIŽENÝCH (CHODÍCÍCH)

V. KRÍŽ, V. SRDEČNÝ, V. MACHÁČEK

*Rehabilitační ústav v Kladrubech**Ředitel: MUDr. Vladimír Kríž*

Souhrn: Tělesně postižení sportovci chodící bez pomůcek či s pomůckami mají rozsáhlé možnosti účastnit se kondičního, rekreačního i výkonnostního sportu a turistiky v místě bydliště či pracoviště i v různých územních soutěžích, včetně mistrovství ČSSR, mezinárodních utkání, světových či evropských her a olympiád.

Jejich sport má speciální organizační strukturu, speciální klasifikaci do skupin podle druhu postižení i některé úpravy pravidel pro sport zdravých, které je uzpůsobují možnostem tělesně postižených sportovců.

Klíčová slova: Sport tělesně postižených — zdravotní klasifikace — sportovní výkony — druhy sportů.

Do skupiny tělesně postižených, kterými se budeme zabývat v tomto článku, patří handicapovaní spoluobčané s trvalým postižením funkce hybného ústrojí, u nichž je zachována schopnost chůze ať již bez pomůcek, či s různými ortopedickými pomůckami (protézy, ortézy, hole, berle apod.). Tradiční postižení této skupiny jsou amputace končetin, hodnocené podle výšky amputace, a stavy po dětské obrně [poliomyelitis asterio acuta], hodnocené podle deficitu svalového testu. Postupně sem byli přiřazeni i postižení, jejichž fyzický handicap byl srovnatelný s těmito původními skupinami, t. j. větší zkrácení či deformace končetin, větší deformace páteře, větší omezení kloubní pohyblivosti (např. ankylozy), větší omezení síly svalové (např. ostatní periferní obrny). Nepatří sem paraplegici, pohybující se na vozíku, a občané s centrálními spastickými obrnami, kteří mají jiné zdravotní třídění i některé odlišné sporty, jimž jsou věnovány samostatné články.

Organizovaný sport se u této skupiny postižení vyvinul jednak z různě nazývaných forem léčebné tělesné výchovy, jednak ze samostatné aktivity invalidů (často bývalých sportovců), kteří chtěli prokázat touto formou své schopnosti nebo se prostě chtěli zařadit do společenského života mezi ostatní spoluobčany. Historie sportu invalidů je tedy tak stará, jako je historie lidstva sama. V řadě dochovaných historických památek nacházíme zprávy o vynikajících sportovních výkonech invalidů, i když se zpočátku jednalo o výkony spojené s rozvojem válečnictví (např. jízda na koni, různé zápasy a turnaje), s cestováním, rozvojem řemesel apod., a teprve v posledním století a zvláště pak po druhé světové válce se sport postižených rozvíjí zcela samostatně. Každá válka totiž postaví společnost do situace, že je morálně povinná postarat se o velké počty invalidů, a rozvoj sportu invalidů je jednou z forem péče společnosti o své invalidy, ať již je tato péče řízena státem či různými

společenskými organizacemi (národními, mezinárodními), charitativními organizacemi nebo vlastními organizacemi invalidů, eventuálně samostatnými organizacemi invalidních sportovců.

Výkonnostní úroveň sportu tělesně postižených je stejně pestrá jako u sportu zdravých, t. j. od masového sportu (preventivního, rekreačního) až po špičkový sport, vyžadující dlouhodobý intenzivní specializovaný trénink se všemi jeho klady i zápory. Otázkou kladných účinků se zabýváme v samostatném článku. Nezastíráme, že sport může mít i negativní účinky, zvláště postrádá-li odborné vedení a průběžnou zdravotnickou i pedagogickou kontrolu. Zvláště u zdravotně postižených jedinců musí být zajištěn výběr vhodných sportů pro určitá postižení, počet provozovaných sportů (z hlediska náročnosti i rovnoměrnosti zátěže) a kvalifikovaný způsob tréninku i kontroly. Dosavadní zkušenosti svědčí o tom, že rizika sportu tělesně postižených jsou malá, že sport jim přináší ještě více užítku a radosti než sportovcům zdravým. Je to způsobeno i tím, že sport je pro tělesně postižené osoby obecně méně dostupný, a proto si poskytnutých možností více váží a projevují i větší aktivitu v této oblasti společenské seberealizace.

Zdravotnická klasifikace

Masového a rekreačního sportu se mohou invalidé zúčastňovat společně se zdravými spoluobčany nebo ve skupinách různě postižených osob. Ve výkonnostním sportu se provádí rozdělení do skupin tak, aby mezi sebou soutěžili sportovci s přibližně stejnými zdravotními postiženími.

Roztřídit spravedlivě postižené a přitom zachovat únosný počet skupin není lehké. Téměř každá země si vytvořila své vlastní třídění, které zpočátku zahrnovalo málo skupin (invalidních sportovců bylo málo, obtížně se soustřeďovali k utkáním), s nárůstem počtu sportovců se počet skupin rozrůstal, komplikovala se i klasifikace např. sloučením skupin amputovaných s jinými postiženími končetin či páteře a vznikaly také skupiny s velkým počtem zařazených souběžně se skupinami, kde bylo zařazených velmi málo.

V tabulce 1 je uvedena původní mezinárodní klasifikace amputovaných. Nejpočetnější zde bývá skupina A-2 (nadkolenní amputace). Je však třeba si uvědomit, že ve skupinách A1 a A2 (stehenní amputace) jsou současně postižení s exartikulací v kyčli (= pasivní pohyb i v kyčelním kloubu protézy) a s exartikulací v koleně (dlouhý stehenní pahůl s dobrou aktivní hybností

Tab. 1. Mezinárodní klasifikace amputací (ISOD)

| | |
|-------|--|
| Třída | A 1 — oboustranná stehenní (nebo v koleně) |
| | A 2 — jednostranná stehenní (nebo v koleně) |
| | A 3 — oboustranná bércová (nebo v hleznu) |
| | A 4 — jednostranná bércová |
| | A 5 — oboustranná pažní (= nadloketní v loketním kloubu) |
| | A 6 — jednostranná pažní |
| | A 7 — oboustranná předloketní |
| | A 8 — jednostranná předloketní |
| | A 9 — kombinovaná amputace dolní a horní končetiny |

v kyčli). Občas jsou sem zařazeni i postižení s podkolenní amputací s velmi krátkým pahýlem, který nemá schopnost aktivně ovlivnit pohyb končetiny s protézou v koleně, nebo kde je ankyloza či velká flekční kontraktura v koleně. Z praktického hlediska provozování sportu, které ve vývoji třídění stále více převažuje, zde mohou být amputovaní pohybující se velmi dobře bez jakýchkoliv opěrných pomůcek, ale také ti, kteří jsou schopni pohybu jen se dvěma vysokými holemi (podpažní, předloketní = francouzská) tj. ti, kteří např. nemají dokonalou protézu nebo nemají zatížitelný pahýl a samozřejmě též lidé s exartikulací v kyčli.

Ve skupinách A 3 — 4 (bércevé amputace) jsou již zmíněné problémy se zařazováním vysokých amputací těsně pod kolenem (krátký nefunkční pahýl bérce), s amputacemi v bérce kombinovanými s postižením kolena (ankyloza, větší kontraktury) a tak s určením dolní hranice amputace, která se udává různě od tibiotalárního kloubu až po Chopartův kloub. Praktickým kritériem je schopnost či neschopnost došlapu na končetinu bez protézy.

Většinou jsou slučovány skupiny A6 a 8 (jednostranná amp. na HK) a A 5 a 7 (oboustranná amp. HK).

Není zde skupina pro oboustrannou amputaci DK, je-li jedna DK amputována nad kolenem a druhá pod kolenem.

Tabulka 2 obsahuje třídění dosud platné v ČSSR, z níž jednak vyplývá samostatné vyčlenění amputovaných, kteří by z hlediska sportovní praxe mohli

Tab. 2. Skupiny pro invalidní sporty (Svaz invalidních sportovců — SIS ČSSR)

| |
|--|
| 1. POSTIŽENÍ HORNÍ KONČETINY Následky úrazů či vad s omezenou (nad 30 %) pohyblivostí velkých kloubů (rameno, loket, zápěstí), se snížením síly svalové (stupeň 3 a méně dle svalového testu), větší deformity ruky, zkrácení končetiny nejméně o jednu čtvrtinu. |
| 2. POSTIŽENÍ DOLNÍ KONČETINY LEHČÍ Následky vad a úrazů s omezenou (nad 30 %) pohyblivostí velkých kloubů (kyčelní, kolenní, hlezenní) nebo se snížením síly svalové (stupeň 3 a méně) nebo velké deformace nohy, nebo zkrácení končetiny nejméně o 4 cm. |
| 3. AMPUTACE HORNÍ KONČETINY a. ruky, b. předloktí, c. paže |
| 4. AMPUTACE NADKOLENNÍ |
| 5. AMPUTACE PODKOLENNÍ |
| 6. AMPUTACE NA VÍCE KONČETINÁCH a, obou horních b, obou dolních pod kolenem c, obou dolních nad kolenem d, kombinované (HK + DK) |
| 7. POSTIŽENÍ DOLNÍ KONČETINY TĚŽKÁ Těžká omezení funkce dolní končetiny (omezení pohybů kloubů, nestabilní zlomeniny až paklouby, velké deformity) vyžadující chůzi s pomocí jedné opěrné pomůcky (hole, berle) |
| 8. POSTIŽENÍ DOLNÍ KONČETINY VELMI TĚŽKÁ Velmi těžká omezení funkce dolní končetiny (jako ve skupině 7) se schopností chůze s pomocí dvou opěrných pomůcek . |

Pozn.: postižení funkce páteře, event, pánve jsou zařazována do skupin 2, 7, 8.

být sloučení do skupiny 1 (amp. HK) a do skupin 2, 7, 8 (amputace DK). Toto sloučení se připravuje i mezinárodně, avšak není dosud oficiálně vydáno. Problémy jsou se zařazováním do početných skupin 2, 7, 8, které se prakticky liší schopností chůze bez opěrné pomůcky (skupina 2), s jednou opěrnou pomůckou (skupina 6) a se dvěma opěrnými pomůckami (skupina 7). Používání opěrných pomůcek je hlavním kritériem ke zdravotnickému zařazení do skupiny. Z hlediska provozování sportu se však posuzuje to, jaké pomůcky invalidní sportovec skutečně používá, a nikoliv to, jaké pomůcky mu byly doporučeny. Ve sporných či hraničních případech je jednotlivec zařazen do skupiny méně postižených i za cenu, že bude znevýhodněn, protože jeho zařazení do skupiny více postižených by byli znevýhodněni všichni, kteří do této skupiny jednoznačně patří. Zařazování provádějí a do registračních průkazů potvrzují zdravotníci pověřeni a vyškolení Svazem invalidních sportovců ČSTV (lékaři, rehabilitační pracovníci). Kontrolu jeho správnosti zajišťují zdravotničtí a techničtí komisaři sportovních soutěží, kteří rovněž řeší protesty (např. sportovce či oddílů proti zařazení jiného sportovce). Zařazení do skupiny má časově neomezenou platnost a nemá nic společného s pravidelnými povinnými ročními prohlídkami sportovců, které u invalidních sportovců provádějí a do členského průkazu ČSTV potvrzují oddělení tělovýchovného lékařství NsP II. typu.

Tab. 3. Koeficienty pro plavání (SIS ČSSR 1980)

| skupina | | koeficient |
|---------|--|------------|
| 1 a | bez deformace končetin, menší omezení pohyblivosti | 1,00 |
| 1 b | plegie jedné horní končetiny (HK) | 0,85 |
| 2 | zkrácení DK nad 3 cm a současná atrofie svalstva (stupeň 4 a více) | 0,98 |
| 3 a | amputace ruky nebo předloktí | 0,91 |
| 3 b | amputace paže nebo celé horní končetiny | 0,87 |
| 4 | amputace podkolenní | 0,95 |
| 5 | amputace nadkolenní | 0,91 |
| 6 a | amputace obou předloktí | 0,80 |
| 6 b | amputace obou paží | 0,74 |
| 6 c | amputace obou bérců | 0,85 |
| 6 d | amputace obou stehů | 0,77 |
| 7 a | paréza jedné DK do 50 % postižení dle svalového testu | 0,95 |
| 7 b | plegie jedné dolní končetiny | 0,91 |
| 8 a | paréza obou DK do 50 % postižení dle svalového testu | 0,85 |
| 8 b | plegie obou DK | 0,77 |

Existuje ještě další způsob vzájemného porovnávání sportovních výkonů tělesně postižených sportovců pomocí koeficientu, jeho příkladem je tabulka 3. Každému typu postižení je přiznán koeficient, kterým se propočítávají skutečně dosažené výsledky a teprve z přepočtených výsledků se stanoví pořadí v konkrétním závodě. Koeficient vlastně slouží k vyrovnání různých handicapů.

Příklad

| závodník | koeficient | skutečný čas | přepočtený čas | pořadí |
|----------|------------|---------------------------|---------------------------|--------|
| B | 0,91 | 1 : 43,2 (= 103,2 sec) | 1 : 38,0 (= 98,04 sec) | 2. |
| A | 0,95 | 1 : 44,8 (104,8 sec) | 1 : 35,4 (95,37 sec) | 1. |

Tento způsob umožňuje soutěžení různě postižených v jedné kategorii ve všech sportech s objekt vně měřitelnými výsledky. Koeficienty jsou pro každý sport jiný, správně by měly být i odlišné u jednotlivých disciplín, např. v plavání pro každý styl.

{Při stylu „prsa“ hlavní sílu pohybu představuje práce dolních končetin, při stylu „kraul“ práce horních končetin}.

Zdá se, že tento systém by mohl být nejspravedlivější, pokud by byl podrobný (např. u amputovaných závislý nejen na místě amputace, ale i na relativní délce pahýlu) a objektivně vědecky propracovaný (např. na modelu).

Vzhledem k různým možnostem zdravotnické klasifikace se každá soutěž provádí podle předem určeného soutěžního řádu a pravidel, která upřesňují

- jak se pořádají závody,
- jak se měří a hodnotí výkony,
- pro které skupiny postižení jsou závody určeny,
- způsob a provádění jednotlivých disciplín.

V oficiálních soutěžích ČSTV platí pravidla a soutěžní řád vydané Svazem invalidních sportovců, který rovněž schvaluje konkretizované propozice každé soutěže jejímu pořadateli. Je vhodné, aby jasná a předem známá pravidla byla používán i u neoficiálních soutěží, aby nedocházelo ke zbytečným konfliktům či roztrpčení závodníků, pořadatelů, rozhodčích a komisařů.

Druhy sportu a disciplíny

Ve vývoji sportu tělesně postižených si sportovci sami vybírali disciplíny, v nichž jim jejich handicap nejméně překážel (např. vrhy a hody u postižených na dolních končetinách). V názorech zdravotníků zpočátku převládaly obavy z nevhodné či nadměrné zátěže postižených i nepostižených oblastí těla (např. u amputovaných na DK při lyžování, skoku do dálky či do výšky), s narůstajícími zkušenostmi tyto obavy ustupovaly a vhodnost sportů či jejich kombinací je posuzována z hlediska celkového tělesného rozvoje včetně prevence chorob z nedostatku pohybu sportovními disciplínami vytrvalostního charakteru.

Plavání

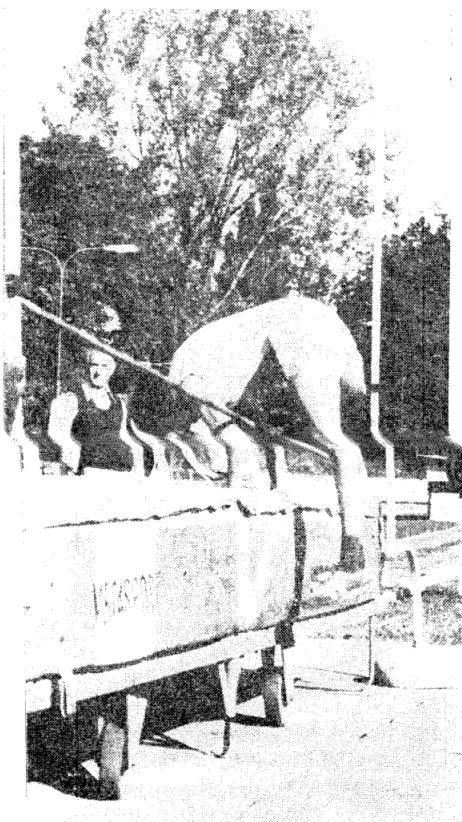
je považováno za ideální sport pro tělesně postižené. Umožňuje využití téměř všech funkčně zachovalých částí hybného systému, trénuje i oběhový a dýchací systém a vydatně zvyšuje celkovou látkovou přeměnu. Šetří nosné klouby a neomezuje ani zdravotně žádoucí vytrvalostní výkony.

Závodí se podle normálních pravidel pro nepostižené plavce jen s minimálními doplňky, které berou ohled na konkrétní druh postižení (např. u jedno-

rukého není možný dohmat obouruč v disciplíně prsa). Disciplíny jsou stejné jako u nepostižených (volný způsob, prsa, znak, motýlek), nejčastěji používané vzdálenosti jsou 50, 100, 200 a 400 m, závodí se i ve štafetách (stejně postižených, různě postižených s přepočtem dle koeficientů či různě postižených s předepsaným postižením jednotlivých členů štafety), plavou se i osobní polohové závody.

Lehká atletika

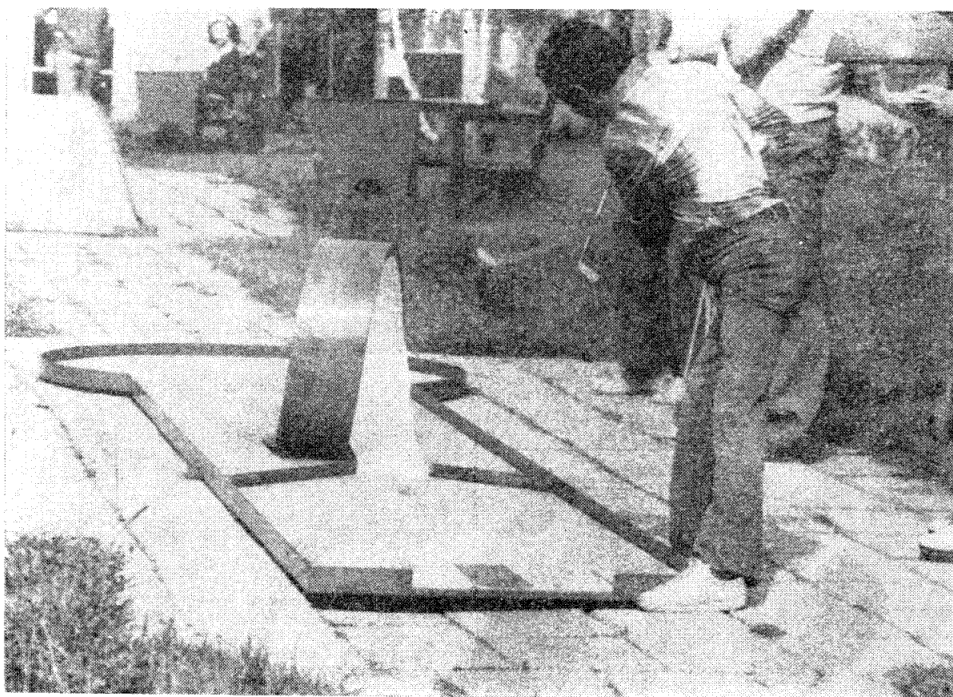
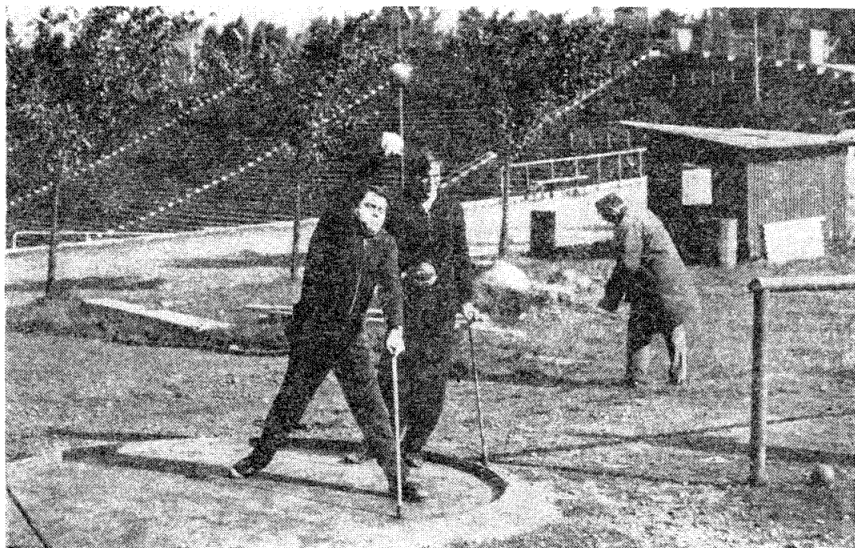
Provádějí se skoky (daleký, vysoký), vrhy a hody (koule, disk, oštěp), běhy (nejčastěji 100 a 800 m), event. i chůze. U postižených na horních končetinách je ve většině disciplín jejich handicap minimální. U postižení dolních končetin jsou různá omezení (např. amputování v bérce skákaají s protézou, amputování ve stehnu skáčou bez protézy, do dálky skáčou bez rozběhu), běhy se provádějí jen u méně postižených a na kratší vzdálenost. Pravidla Svazu invalidních sportovců (jejichž součástí je i tab. 2) či propozice závodů určují výběr disciplín víceboje, váhu náčiní podle zdravotních skupin a pohlaví a odchylky od lehkootletických pravidel zdravých.



SPORT TĚLESNĚ POSTIŽENÝCH
(CHODÍCÍCH)

V. KRÍŽ, V. SRDEČNÝ, V. MACHÁČEK / SPORT TĚLESNĚ POSTIŽENÝCH (CHODÍCÍCH)





Stolní tenis

Soutěží se ve dvouhrách, čtyřhrách, smíšených čtyřhrách a v družstvech (muži 3 závodníci, ženy 2). Soutěžící jsou t. č. v ČSSR rozděleni do 4 skupin podle zdravotního postižení, od nejmenšího (skupina I: nehrající ruky zne-možňují nadhození míčku nebo lehčí postižení hrající ruky nebo lehčí postiže-ní dolních končetin) až po velmi těžká poškození (skupina IV — schopní chůze s ortopedickým přístrojem a jednou opěrnou pomůckou). Na mezinárod-ních soutěžích startují dle klasifikace ISOD (International Organization for Sport of Disabled), stejně jako ostatní sportovci.

Lyžování

Závodí se ve sjezdových (alpských) disciplínách: slalom, obří slalom even-tuálně i sjezd nebo v běžeckých disciplínách (severských) včetně biathlonu. (V posledních letech tělesně postižení lyžaři ČSSR běžecké soutěže neorgani-zují.) Kategorie podle zdravotního postižení jsou podobné jako v lehké atleti-ce, rozhodujícím kritériem je, zda sportovci s postižením HK nemohou použí-vat jednu nebo obě lyžařské hole (napr. s jednou hůlkou dle tab. 1 kategorie A6 + A8, bez hůlek kategorie A5 + A7), ať již je to z důvodu amputace, deformity (včetně dismelie, amelie), oslabení nebo ztráty síly svalové. Posti-žení na DK závodí buď na 1 lyži (kategorie A2 a jim funkčně podobní), při-čemž k udržení rovnováhy, k přesunům po rovině i do svahu používají „stabi-lizátory“, což jsou francouzské hole opatřené dole sklopnými lyžičkami. Ostat-ní kategorie jezdí na obou lyžích (kategorie A4, kategorie A3 a jim funkčně podobné). Špičkoví lyžaři zvládají nejnáročnější terény a tratě stejně jako nepostižení lyžaři.

Odbíjená

je jediným kolektivním sportem tělesně postižených. Odbíjená chodících invalidních sportovců se hraje podle normálních pravidel, zvláštností je jen povinné složení hráčů ve hře z hlediska jejich postižení. To je součástí pravi-del a propozic (jen jako doplněk pravidel nepostižených). Zvláštností je odbíjená v sedě, která se hraje na menším hřišti (pro omezený pohyb hráčů) i na nižší síť (110 cm). Je určena především pro tíže postižené, složení hra-jících z hlediska postižení je opět předepsáno pravidly, přičemž méně postiže-ného může nahradit více postižený (v základní sestavě, při střídání). Základ-ním speciálním pravidlem je, že při hře nesmí zvednout sedací část těla nad podlahu.

Ostatní sporty

Tíže tělesně postižení mají soutěže (včetně mistrovství ČSSR) v šachu. Řadu dalších sportů provádějí tělesně postižení sportovci rekreačně nebo na jednorázových soutěžích: dráhový golf, lukostřelba, střelba z pistole a pušky (vzduchové, malorážové), tenis (nejčastěji čtyřhra na hřišti pro dvouhru), cyklistika, kanoistika a veslování, jachting, závěsné a bezmotorové létání a další.

Turistika

Vzhledem k přizpůsobování pravidel pro zápočtové testy, vhodně voleným

terénům, způsobům přepravy i délce tras, pohybu na zdravém vzduchu, možnosti vzájemného kontaktu různě postižených i zdravých (celé rodiny) i kulturně vzdělávací činnosti je velmi vhodnou a žádoucí aktivitou. Provádí se pěší turistika, vodácká, cykloturistika (včetně využití tandemů, tříkolek či čtyřkolových šalupacích vozítek pro 2 až 4 osoby) a mototuristika [ta je organizována Svazarmem v automotoklubech invalidů AMKI; mají i své soutěže BOAS]. Turistické srazy, zápočetové akce i další akce se pořádají na všech úrovních — od místní až po celostátní, často i ve spolupráci s turisty zdravými i dalšími organizacemi; není vzácná účast několika stovek až tisíce turistů. Akce jsou organizovány i k významným politickým výročím a jejich součástí jsou i výchovné kulturní a sportovní soutěže. Různé formy turistiky [např. cykloturistika, vodácká turistika] slouží i k udržování a zvyšování fyzické kondice a vytrvalostnímu tréninku pro ostatní sporty invalidů, zvláště pak pro ta postižení, která omezují vytrvalostní trénink.

LITERATURA

1. BERAN, J., KRÍŽ, V., MARČÍKOVÁ, H.: Léčebná tělesná výchova a sport. Rehabilitácia, 10, 1977, 3, s. 135 — 145.
2. JAVŮREK, J.: Léčebná rehabilitace sportovců. Praha, Olympia 1982, 281 s.
3. KRÍŽ, V. a kol.: Skupinová léčebná tělesná výchova u nemocných po úrazech a operacích na pohybovém ústrojí. Brno, ÚDV SZP 1979. 128 s.
4. KRÍŽ, V.: 2. zimní olympijské hry v Norsku. Rehabilitácia, 13, 1980, 4, s. 253 — 254.
5. KRÍŽ, V., BERAN, J., VOŘÍŠEK, J.: Soustředění tělesně postižených sportovců v rehabilitačním ústavě. Teorie a praxe těl. vých., 1981, 12, s. 752 — 753.
6. KRÍŽ, V. a kol.: Sport jako součást ústavní rehabilitace. Teorie a praxe těl. vých., 29, 1981, 12, s. 753— 755.
7. KRÍŽ, V.: Specifika poúrazové rehabilitace sportovců. Rehabilitácia, 16, 1983, 4, s. 213 — 217.
8. KRÍŽ, V.: Rehabilitace a její uplatnění po úrazech a operacích. Praha, Avicenum 1986. (v tisku)
9. SRDEČNÝ, V.: Tělovýchova a sport v rehabilitaci tělesně postižených. Rehabilitácia, Suppl., 13, 1976, s. 96.
10. SRDEČNÝ, V. a kol.: Tělesná výchova a sport paraplegiků. Metodický dopis ČSTV 1978/12.
11. SRDEČNÝ, V. a kol.: Hry pro tělesně postižené. Metodický dopis 1980.
12. SRDEČNÝ, V., GRONSKÝ, R.: Plavání pro tělesně postižené. Metodický dopis ČSTV 1981.
13. SRDEČNÝ, V.: Tělesná výchova a sport tělesně postižených. Praha, Olympia 1981.

Adresa autora: V. K., 257 62 Rehabilitační ústav Kladruby

В. Кржиж, В. Срдечны, В. Махачек
СПОРТ ИНВАЛИДОВ (ХОДЯЧИХ)

Резюме

Инвалидные спортсмены, передвигающиеся без вспомогательных пособий или при их помощи, имеют широкие возможности заниматься спортом и туризмом для поддержания формы, для отдыха и для достижения спортивных результатов в месте

V. KRÍŽ, V. SRDEČNÝ, V. MACHÁČEK / SPORT TĚLESNĚ POSTIŽENÝCH (CHODÍCÍCH)

жительства или в месте работы и участвовать в разных территориальных состязаниях, включая чемпионаты ЧССР, международные встречи, всемирные или европейские игры и олимпиады.

В их спортивной деятельности имеет место специальная организационная структура, специальная классификация на группы согласно виду дефекта и некоторые коррективы в правилах, действующих в спорте для здоровых, приспособлявая их к возможностям спортсменов с разными физическими недостатками.

V. Kríž, V. Srdečný, V. Macháček

SPORT FOR PHYSICALLY DISABLED (WALKING) PERSONS

S u m m a r y

Physically disabled sportsmen able to walk without aids have many possibilities to take part in conditioning, recreative, performance sport and tourism near their domicile or at their working place. They take part in various district competitions, in the championship of the ČSSR, in European Games and Olympic Games.

Their sport has a special structure of organization, its own classification into groups according to the type of disability, and there are adaptations in the rules of the sports compared with the sports for healthy persons, adaptations to meet the needs of physically disabled persons.

V. Kríž, V. Srdečný, V. Macháček

SPORT FÜR (GEHENDE) KÖRPERBEHINDERTE

Z u s a m m e n f a s s u n g

Ohne Hilfen oder mit Hilfen gehende körperbehinderte Sportler haben sehr breit gefächerte Möglichkeiten, um sich am Konditionssport, am Freizeitsport und auch am Leistungssport sowie an der Touristik im Wohnort im Ort der Arbeitsstätte zu beteiligen. Es gibt für sie verschiedene regionale Wettbewerbe, einschließlich tschechoslowakischer Staatsmeisterschaften, zwischenstaatliche und internationale Weltkämpfe, Europa- und Weltspiele sowie Olympiaden.

Der Sport für Körperbehinderte hat seine besondere Organisationsstruktur, die Beteiligten werden je nach der Art ihrer Schädigung in gesonderte Gruppen klassifiziert. Auch die Sportregeln für Gesunde werden für sie so modifiziert, daß sie den Möglichkeiten der körperbehinderten Sportler entsprechen.

V. Kríž, V. Srdečný, V. Macháček

LE SPORT DES PHYSIQUES (MARCHANTS)

R é s u m é

Les sportifs marchants physiquement affectés sans aides ou avec aides ont de vastes moyens de participer aux sports de condition, de récréation et de performance ainsi qu'au tourisme, dans les lieux de leur domicile ou de travail, même dans diverses compétitions territoriales, y compris les championnats de ČSSR, les épreuves internationales, mondiales ou jeux européens et olympiques.

Leur sport a une structure d'organisation spéciale, une classification spéciale par groupes selon le genre d'affectation et certains arrangements des règles de jeux en vigueur pour les sportifs en bonne santé qui les adaptent aux possibilités des sportifs physiquement affectés.

M. PALÁT
ŠPORT A REHABILITÁCIA
Bratislava, Šport 1984.

Publikácia od doc. MUDr. PhMr. M. Paláta, CSC., prvá svojho druhu, stala významným prínosom v tomto odbore, pretože doteraz nebola vydaná práca s touto tematikou, určená športovcom, ako aj trénerom a zdravotníkom, zaujímavým sa o šport, ale aj širokej verejnosti.

Autor v úvode načrtáva jasne a inštruktívne niektoré otázky fyziológie človeka, základné funkčné systémy organizmu. Analyzuje základné otázky fyziológie výkonnosti, a to všeobecnej aj špeciálnej, a rámcovo vysvetľuje niektoré odborné termíny.

Pozornosť venuje významu adaptácie a homeostázy a ich vzájomnému vzťahu, ako aj adaptačným opatreniam organizmu.

Dialekticky vysvetľuje regulačné okruhy človeka, a to nervové, ale aj v ekosystéme a tiež regulácie humorálne.

V špeciálnej časti publikácie sú struč-

ne uvedené poškodenia a športové úrazy, ale aj dispozície poškodenia z nadmerného zafatovania.

Zmieňuje sa o základných prvkoch rehabilitácie športovcov, zdôrazňuje význam pohybových programov a terapie športom. Akcentuje význam psychosomatického prvku v rehabilitačnom programe, ako aj dôležitosť časového faktora.

V rámci rehabilitačného programu je iste rovnako dôležitá aj ergoterapia, a to po stránke funkčnej, ako aj psychosociálnej, hlavne po komplikovaných frakturách.

Všetky kapitoly publikácie sú napísané jasne, stručne, prehľadne. Je to vzácna metodická príručka nielen pre rehabilitáciu športovcov, ale aj pre rekreačné zariadenia ROH, v ktorých sa zabezpečuje program.

Dr. P. Škodáček, Piešťany

J. CH. CORDER, W. ARNOLD, Z. ZEIBIG
PHYSIOTHERAPIE. INNERE MEDIZIN.
Fyzioterapia. Vnútorne lekárstvo.
Berlin, VEB Verlag Volk und Gesundheit 1985.

V rade učebníc určených pre strednú odbornú školu pre rehabilitačných pracovníkov vychádza v prvom vydaní ďalší diel Fyzioterapie — tento je venovaný oblasti vnútorného lekárstva. Autori sa v 10 kapitolách zaoberajú jednotlivými chorobnými stavmi, rozdelenými podľa klasických systémov, s možnosťami fyzioterapeutického ovplyvnenia chorobného procesu a doplnenia terapeutického programu prostriedkami fyzikálnej medicíny. Po úvodnej kapitole, ktorá sa zaoberá úlohami fyzioterapie, opatreniami, fyzioterapie vo vnútornej medicíne a dokumentáciou, v ďalších kapitolách sa hovorí o chorobách kardiovaskulárneho systému, reumatických chorobách a poruchách gastrointestinálneho traktu. Nasledujúce kapitoly rozoberajú otázky metabolických

endokrinných porúch, choroby obličiek a močových ciest, oblasť chorôb krvi. Posledná kapitola sa zaoberá fyzioterapiou v geriatrickej. Vecný register ukončuje túto malú, dobre napísanú učebnicu, doplnenú niektorými ilustráciami a celým radom tabuliek. Ako v predchádzajúcich dieloch, aj tu učebnica zdôrazňuje dobré, pedagogicky osvedčené rozdelenie v rámci jednotlivých kapitol. Fyzioterapeutické procedúry, pokiaľ sú aplikovateľné pri jednotlivých vnútorných ochoreniach, majú svoj cieľ a svoje úlohy. Dôležité v rámci jednotlivých kapitol je aj zdôraznenie jednotlivých fyziatrických opatrení. Učebnica iste dobre poslúži pri výučbe rehabilitačných pracovníkov pre základné štúdium.

Dr. M. Palát, Bratislava

SPORT ZRAKOVĚ POSTIŽENÝCH

V. KRÍŽ, V. PROCHÁZKA, S. ŠKULTÉTY

Svaz invalidních sportovců ÚV ČSTV

Předseda: MUDr. Vladimír Kríž

Souhrn: Zrakově postižení sportovci ČSSR pořádají soutěže v atletice, plavání, šachu, lyžování, kuželkách a rollbalu, věnuje se i turistice. Sportovní trénink zlepšuje pohybové schopnosti, celkovou duševní i tělesnou zdatnost a je prevencí chorob z nedostatku pohybu, jednostranného pohybu, nadměrné duševní zátěže či nadměrné výživy. Speciálně u zrakově postižených trénuje orientační schopnosti v prostoru, které podstatně zlepšují možnosti společenského uplatnění i mimo oblast tělovýchovy a sportu.

Klíčová slova: Historie — zdravotnické aspekty — zdravotní třídění — druhy sportů.

Historie

Myšlenka cílevědomé tělesné výchovy zrakově postižených na území dnešního Československa začíná nabývat konkrétní podobu teprve v prvním desetiletí XX. století, kdy dochází k vybavení Klárova slepeckého ústavu v Praze moderním objektem krytého plaveckého bazénu a tělocvičny [1909]. Avšak ještě dlouho potom se objevují zprávy o tělesné výchově nevidomých, slabozrakých u nás velmi sporadicky. Jednou z nich je také zmínka bývalého chovance Slepeckého ústavu na Hradčanech, která je dokladem, že v tomto nejstarším vzdělávacím zařízení pro nevidomé v Čechách se žáci pod vedením učitelky A. Sedláčkové ve 20. letech věnovali některým sportovním hrám a cvičením.

První vážný pokus o zapojení do organizované veřejné tělovýchovy podnikli chovanci Klárova ústavu v Praze, když v roce 1929 založili Klub nevidomých šachistů „Stela“. Ten se již v r. 1930 přihlásil do Pražské župy šachistické a zapojil se aktivně do jejich soutěží. Všechny zápasy klubu „Stela“ se však musely hrát v ústavu.

V r. 1935 zavedl spolek Český slepecký tisk samostatnou šachovou přílohu slepeckého časopisu Zora, která dosud vychází. Zakladatelem a dlouhodobým vedoucím přílohy se stal výborný nevidomý šachista a organizátor šachového hnutí nevidomých Jan Krejča [1900 — 1978].

V r. 1936 vzniká další klub nevidomých šachistů — „Vltava“ — v Deylově ústavu pro nevidomé v Praze, a následuje pak založení obdobných klubů ve slepeckých ústavech v Praze na Hradčanech, v Levoči a v Báhoni. Přísný ústavní režim byl však trvalou překážkou v normální sportovní činnosti těchto klubů. Průlom z izolovaného postavení nevidomých šachistů v Československu učinil Podpůrný spolek samostatných slepců (PSS), když r. 1943 založil šachový klub pro nevidomé žijící mimo ústavy a stal se mu také vydatnou oporou.

Po osvobození Československa prošel i šachový klub PSSS sjednocovacím procesem hnutí invalidů. V r. 1949 došlo k sloučení pražských klubů tělesně, zrakově a sluchově

V. KRÍŽ, V. PROCHÁZKA, S. ŠKULTĚTY / SPORT ZRAKOVĚ POSTIŽENÝCH

postižených šachistů v jednotný Šachový klub invalidů, který našel silnou podporu v Ústřední jednotce invalidů a od r. 1952 pak Svazu československých invalidů (SČSI). S pomocí této společenské organizace byla v první polovině 50. let založena tradice celostátních turnajů zrakově postižených šachistů v Hodoníně u Kunštátu, kde SČSI zřídil své první rekreační středisko. V r. 1956 sehráli čs. nevidomí šachisté své první mezistátní utkání, a to se sovětskými nevidomými šachisty v Moskvě. První ročník mistrovství ČSSR v šachu nevidomých se uskutečnil v r. 1961 — tedy bezprostředně po založení defektních sportovců při ÚV ČSTV, do nějž šach nevidomých vstoupil jako jediný v té době zavedený sport zrakově postižených ČSSR.

Druhým sportem, kterému se dostalo hlubší pozornosti především na školách pro mládež s vadami zraku, byla lehká atletika. Z iniciativy ředitele internátní pro nevidomé v Praze na Hradčanech se v r. 1952 uskutečnil první ročník lehkooatletických závodů žactva škol pro nevidomé v Praze, Brně a Levoči s vyhodnocením na dálku — korespondenčně. Již v následujícím roce se tyto závody uskutečnily v přímé soutěži závodníků. Postupně tyto závody přerostly v celostátní sportovní hry žactva všech škol I. a II. cyklu pro nevidomé i slabozraké v ČSSR, byly rozšířeny o plavání a rollbal a jejich spartakiádní ročníky jsou spestrňovány hromadným vystoupením zrakově postižených cvičenců.

Československo bylo v r. 1956 pořadatelem prvních mezinárodních lehkooatletických závodů zrakově postižené mládeže socialistických zemí.

V r. 1969 se uskutečnil první městský přebor Prahy zrakově postižených v plavání, který byl signálem k rozvoji plaveckého sportu ZP v ČSSR. Na jaře 1971 se uskutečnily i přebory v dalších krajských městech (Ústí n. Lab., Ostrava atd.). Na podzim téhož roku se konal první přebor ČSSR zrakově postižených v plavání, spojený s mezistátním plaveckým utkáním zrakově postižených ČSSR — NDR (Praha). V červnu 1973 se uskutečnilo v Rottoku odvětné mezistátní utkání ZP plavců ČSSR — NDR. Výkonnostnímu plavání v ČSSR se v současné době věnuje asi 40 zrakově postižených v 6 oddílech SIS.

Mezi průkopníky lyžování zrakově postižených v ČSSR se nesmazatelně zapsal Josef Kuhn (1929 — 1978), který vstoupil i do povědomí širší veřejnosti jako nevidomý horolezec. V roce 1971 ho výbor SIS ÚV ČSTV vyslal do Norska na mezinárodní lyžařské závody ZP v Beistolenu. V početné konkurenci absolvoval závody v běžecích lyžařských disciplínách na 10 a 12,5 km. V obou obsadil 10. místo. J. Kuhn využil svých norských zkušeností a uspořádal v r. 1974 na hoře Tábor u Lomnice n. P., první výcvikový kurs lyžování pro zrakově postižené, který měl 12 účastníků. Druhého kursu v r. 1976 se již zúčastnilo 30 adeptů lyžování. Josef Kuhn se v r. 1974 zúčastnil také I. mistrovství světa tělesně a zrakově postižených lyžařů v Grand Bornand ve francouzských Alpách, kde skončil jako sedmý. Od r. 1973 se konají pravidelná mistrovství ČSSR zrakově postižených v bězích na lyžích. Na podzim 1974 na základě zkušeností z NDR byl založen při TJ Secheza Lovosice první kuželkářský oddíl ZP v ČSSR. Již v únoru 1975 sehrál tento oddíl své první utkání [se ZP kuželkáři BSG EINHEIT Zwickau], v květnu 1976 pak uspořádal I. celostátní přebor v kuželkách. Od r. 1979 se konají pravidelná M—ČSSR v kuželkách ZP. V dubnu 1983 bylo sehráno i první mezistátní utkání ČSSR — NDR v kuželkách ZP. Hraje se dvoukolová kvalifikační soutěž pro M—ČSSR a bylo již také zavedeno 7 tradičně pořádaných turnajů. Kuželkám se v ČSSR nyní věnuje 150 zrakově postižených sportovců v 11 oddílech SIS.

R. 1977 se u nás ujal i speciální kolektivní míčový sport — rollbal; jeho průkopníkem se stal Štart Obzor Levoča, jehož družstvo také již v srpnu 1977 reprezentovalo ČSSR na I. evropských hrách ZP v Poznani. Od r. 1982 se hraje rollbalové mistrovství ČSSR. V současné době je u nás 7 rollbalových oddílů SIS.

Poměrně silným odvětvím tělovýchovy ZP v ČSSR se stává turistika. Organizovaný

rozvoj výkonostní turistiky zrakově postižených v Českoslevesku započal po založení STK turistiky SIS v r. 1978, která k tomu pod vedením Ing. K. Šedivého vytvořila základní podmínky vypracováním dokumentu Zdravotně sportovní zatřídění zdravotně oslabených turistů a Plnění výkonostních tříd po linii zápočtových cest v STZPS. V současné době je v ČSSR asi 180 registrovaných ZP turistů v 7 specifických ale i dalších smíšených turistických oddílech SIS.

V SIS bylo v r. 1985 registrováno celkem 750 ZP sportovců a turistů, kteří se združují ve třech specifických TJ a v oddílech ZPS, i v dalších smíšených oddílech SIS.

Zdravotnické aspekty

Zrakově postižení nemají většinou žádná fyzická omezení pro tělesnou výchovu a sport. Výjimkou jsou sdružená postižení zraku i hybného ústrojí nebo taková poškození orgánů zraku, která omezují současně intenzitu pohybu nebo některé jeho druhy (např. nárazy, dopady). Pomineme-li výjimky, zůstává jediným handicapem ztráta nebo omezení informací a orientace zrakem. Je třeba si uvědomit, jak velkou překážkou je to v provozování tělesné výchovy, sportu i turistiky. Postižení mají nejen problémy s prostorovou orientací např. při bězích, lyžování, skocích, hodech a vrzích (+ problémy s dopravou a pohybem na sportoviště i na sportovišti), ale nemají možnost (nebo značně omezenou) výcviku, nácviku i tréninku pomocí zrakových informací. Nevidí, jak dělají sport ostatní, nevidí ani sebe. Je třeba si to uvědomit v celé oblasti vizuální informatiky včetně nutných speciálních metod tréninku. Např. trenér (cvičitel) předvádí způsob pohybu a nevidomý si tento pohyb musí „osahat“, nebo naopak trenér musí předvést způsob pohybu na nevidomém. Pro zkušené to není problém tam, kde je možný pohyb rozfázovat, ale velmi složité je pak nacvičit návaznost fází, zvláště pokud je zhuštěna do velmi krátkého časového intervalu. Daleko snadněji se složité sportovní pohybové stereotypy dají ukázat než slovně vysvětlit. Přestože vidící lidé mají obecné představy o postižení ztrátou nebo chyběním zraku, jsou jejich konkrétní představy, které bychom potřebovaly pro pomoc v tělovýchově nevidomých a slabozrakých, značně zkreslené, nejčastěji však žádné, ačkoliv si každý sám může tuto situaci zkusit zavřením nebo zavázáním očí.

Důležitá je otázka úrazové zábrany při sportu zrakově postižených, což platí obecně i pro pohyb těchto spoluobčanů v normálním životním prostředí, kde se s nevidomými občany téměř vůbec nepočítá (např. označení nerovností, jam, výstupků, snížené průchodnosti, vchodů a průchodů apod.). Při sportu zrakově postižených dochází k nahromadění těchto osob, což vyvolává nebezpečí jejich nárazu na překážky pevné, pohyblivé i živé (vzájemné srážky), nebezpečí zranění letícím náčiním, zvýšené nebezpečí při nechtěných, očekávaných či chtěných pádech kontrolovaných i nekontrolovaných. Z toho vyplývá i vysoká náročnost na organizovanost všech sportovních akcí i na disciplinovanost všech jejich účastníků. Základní požadavek bezpečnosti proto nepřipouští v této oblasti žádnou benevolenci a vyžaduje maximální důslednost v organizační pořadatelské službě včetně okamžitých a účinných zákroků, eventuálně i postihů.

Je třeba respektovat i to, že se zrakově postižení orientují pomocí sluchu, včetně analýzy zvuku odráženého od plošných překážek. Jejich sportovní prostředí vyžaduje naprosté ticho, dokonce i výběr či výstavba sportovišť by to měly respektovat. Nevidomý může s minimálními obavami běžet podél stěny odrážející zvuk (např. podél zdi), zatímco v prostoru bez možnosti použití tohoto principu má potíže se směrovou orientací.

Složitá je i otázka světelnosti sportoviště, kde uzpůsobení osvětlení může být pro nevidomé se zbytky světlocitu důležitou orientační pomůckou a naopak špatné osvětlení (např. střídání ostrého světla a stínu) může jejich handicap zhoršit a dostat je do situace, v níž nejsou navyklí se pohybovat. Z hlediska možnosti provozování tělesné výchovy a sportu je rozhodující každý zbyteček zraku, světlocitu či zorného pole, důležité je i to, zda ke ztrátě zraku došlo postupně či jednorázově, v jakém období psychomotorického vývoje obecného či sportovního, či zda jde o postižení vrozené.

Není vhodné a bezpečné provádět sport bez speciální rehabilitace nevidomých a slabozrakých; naopak zase tělovýchova a sport je součástí této rehabilitace a především pak prostředkem pro zdokonalování maximálního využití náhradních orientačních i psychomotorických funkcí, k nimž patří sluch, hmat v celém jeho rozsahu (např. vnímání tepla a chladu, hladkosti a drsnosti, vnímání vlastní polohy a pohybu těla i jeho částí, vnímání podložky chodidlem, celou dolní končetinou i tělem), čich i celá reflexní i volná motorika sloužící k orientaci i bezpečnosti pohybu včetně zvládnutí kritických situací. Sport často tyto situace cíleně modeluje a jejich zvládnutí je nesmírným přínosem pro běžný život zrakově postižených a jejich společenské uplatnění.

Konečně poslední připomínkou pro styk s nevidomými a slabozrakými je to, že jejich postižení nemusí být pro ostatní viditelné, zvláště pak při sportu, kdy se většinou nepoužívají některé běžně užívaná označení pro informaci a potřebnou ohleduplnost ostatních jako je bílá hůl, bílá páska na rukávu, znak, odznak či nápis. Zrakově postižení může spočívat i v podstatném omezení zorného pole. (Zjednodušeně — postižený vidí jen to, na co se přímo dívá a nevidí to, co je jen trochu stranou). Nevidí např. pohybující se překážky ze strany, ale také pevné překážky s jedním malým rozměrem na okraji jeho zorného pole (např. dlouhé, ale úzké předměty) nebo překážky barevně nekонтastní vůči okolí.

Občas se při tréninku i soutěžích používá k odlišení zrakově postižených zvláštní označení (odlišná barva dresů, startovacích čísel, zřetelné nápisy na dřesech), což je možné jen doporučit nejen z hlediska bezpečnosti, ale i z hlediska praktické orientace a mezilidské komunikace (abychom nevidomému sportovci neukazovali, kam má jít, a naopak vidícímu trenéru či funkcionáři s tmavými brýlemi složitě nevysvětlovali to, co můžeme jednoduše ukázat). Zvláště je to důležité při mezinárodních setkáních, pokud ke zrakové bariéře přistupuje ještě bariéra jazyková.

Zdravotní třídění

V mezinárodní klasifikaci znamená označení skupin písmenem B (blind) = nevidomí.

- B 1 úplná slepota, neschopnost rozeznávat objekty ani kontury z jakékoliv blízkosti, bez světlocitu až světlocit.
- B 2 schopnost rozeznávat předměty nebo kontury, zraková ostrost do 2/60 s horní hranicí zrakového pole 5 stupňů.
- B 3 zraková ostrost 2/60 nebo omezení zrakového pole v rozmezí 5 — 20 stupňů.

V ČSSR se ještě používá skupina B 4 (open) pro slabozraké s menším postižením než je skupina B 3. (Podle metod. opatření MZ ČSR č. 38/71 — B/3: značné ztížení celkových životních podmínek. § 32, odst. 3, zákona 121/1975 a b). Tito postižení se zúčastňují pravidelné tělesné výchovy, tréninku, turistiky i domácích soutěží, vydatně pomáhají i hůře postiženým při provozování tělovýchovy.

Zdravotní zařazení provádí oftalmolog v úzké spolupráci s postiženým. Spolupráce se týká vyšetření vizu, tak i zrakového pole, které je odkázáno na údaje slabozrakého, a někteří sportovci (nejen naši, ale zahraniční) se snaží simulovat, aby se dostali do skupiny více postižených a tím získali značnou výhodu; také někteří oftalmologové jim tuto simulaci ze soucitu tolerují. Je to samozřejmě nesprávné, nesportovní i nekolegiální. K odhalení podvodu dojde samozřejmě při soutěžích i podle chování mimo soutěže a je velice trapné, dojde-li k oprávněným protestům či zásahům zdravotnických a technických komisářů včetně vyloučení ze soutěže.

Zařazení do skupin zaznamenává se do průkazu ČSTV a nově do postupně zaváděných registračních průkazů. Toto vyšetření samozřejmě nenahrazuje povinnou každoroční celkovou lékařskou prohlídku, kterou provádí u všech invalidních sportovců výhradně Oddělení tělovýchovného lékařství NsP II (či III). Oftalmolog však má do své zprávy tělovýchovnému lékaři uvést okolnosti, které z hlediska jeho oboru omezují ještě jinak schopnost k závodnímu sportu (např. nebezpečí dalšího zvýšení vnitroočního tlaku, nebezpečí odchlípení nebo jiného poškození sítnice apod.).

Druhy sportů a specifika jejich provádění

Atletika

Provádějí se tyto disciplíny: běhy (sprinty 100 — 400 m, dlouhé tratě), skoky (daleký, vysoký, trojskok), vrhy a hody (koule, disk, oštěp). Nevidící běhají 100 m jednotlivě, jsou na správný směr naváděny pokyny [zvukovými signály] trenéra nebo pomocníka [zpravidla dvou — jeden na 50 m a druhý v cíli — musí si závodníka předávat]. Obdobně je tomu u skoků, kde je vyznačena delší odrazová plocha, zpravidla jeden metr. Navaděče může nahradit zvuková pomůcka umístěna pod latkou nebo na konci odrazového pole. Při hodech je nutné navedení závodníka správným směrem [nebezpečí poranění ostatních letícím náčiním] a zorientování závodníka ve vymezeném vrhačském poli [kruh, ohraničení a ukončení dráhy pro rozběh u hodu oštěpem]. Delší tratě běhají nevidomí s vodičem, který může být se závodníkem spojen páskou, ta však nesmí být použita k tažení závodníka. Běhá více závodníků současně. Slabozrací závodníci běhají většinou bez doprovodu či pomoci. Atletika je velmi vhodným a všestranným sportem, trénink i soutěže jsou však náročné na pomoc vidících a organizační činnosti.



SPORT ZRAKOVĚ
POSTIŽENÝCH

Šachy

Jsou nejrozšířenějším sportem zrakově postižených, trénují jen duševní schopnosti, především představivost, logiku a paměť.

Plování

Je rovněž vhodný, všestranně fyzicky rozvíjející sport. Problémy jsou s udržením směru ve vymezené dráze, také je třeba zajistit bezpečný dotyk při obrátkách a v cíli (možnost zranění hlavy a horních končetin). Většina závodů se provádí v chemicky upravené vodě, proto je vhodné či nutné chránit oči dobře těsnícími plaveckými brýlemi.

Lyžování

U nás se momentálně provádí jen běžecké lyžování, ve světě je běžné i sjezdové lyžování. Je to krásný a zdravotně hodnotný zimní sport, vyžadující ale dobrou úpravu tratí. Nevidomí trénují a závodí s vodičem, slabozrací většinou samostatně. Nejčastější běžecké tratě jsou 5, 10 a 20 km, ojediněle i delší, běhají se i štafety. V zahraničí se provádí i biathlon se speciálními puškami s akustickým zaměřováním (přes stereosluchátka). Sjezdové disciplíny jsou obří slalom a sjezd. V podstatě jsou sjezdové disciplíny bezpečnější a snadnější, protože je terén upravený, branky široké a neprojízdí se těsně kolem tyčí, jsou lepší podmínky pro navádění lyžaře, ten je na trati sám, a především pak stabilita na sjezdových lyžích je podstatně větší než na běžkách. Při bě-

zích jsou největší problémy při předjíždění, při sjezdech na prudkých zatáčkách, kdy odpadá vedení vyjetou stopou. Také pro vodiče je to náročné, musí být lepší běžec než nevidomý závodník a musí mít zautomatizovanou techniku běhu, aby se plně věnoval vedení závodníka. Vzhledem k elektronickému měření časů musí vodič vyjet ze startu i do cíle, jako druhý, nebo mimo měřicí zařízení (platí to i pro elektronické měření v ostatních sportech). Při jízdě může být před, za nebo vedle závodníka. Jen při tréninku je možné použít pro spojení тренер — závodník vysílačky.

K u ž e l k y

Soutěží jednotlivci i družstva, důležitá je prostorová orientace. Pravidla i hrací systémy jsou stejné, jako u vidících, jen se hraje z místa (kvůli orientaci) a do plných kuželek.

R o l l b a l

Je speciální sport pro zrakově postižené. Hrají tříčlenná družstva. Slabozrací mají stejné podmínky jako nevidomí tým, že povinně nosí neprůsvitné štítky přes oči. Hraje se ozvučeným míčem (uvnitř je rolnička), účelem hry je dopravit míč do souperovy branky. Hřiště má přibližně rozměry hřiště na odbíjenou, branka přes celou základní čáru. Míč (2 kg) se musí koulet (nesmí skákat). Hráči se mohou pohybovat jen ve vymezeném území před brankou (čáry jsou hmatné — přilepená páska pro prostorovou orientaci), padat na zem mohou jen při chytání míče (míč je možné zachytit celým tělem). Hra trénuje prostorovou orientaci pomocí sluchu a vyžaduje naprosté ticho.

O s t a t n í

Z ostatních sportů je velmi vhodná cyklistika, při níž se používá tandemů s vidícím řidičem. U nás se neprovádí, protože se nepodařilo zatím získat výrobce tandemů. Jejich využití je možné i pro cykloturistiku (a nejen zrakově postižených). Zrakově postižení se zúčastňují i pěší a vodácké turistiky, která spojuje tělesnou aktivitu s kulturně — poznávacími, vzdělávacími a dalšími činnostmi (otužování, táboření, společenské hry, sportovní a kulturní soutěže, výchovné programy apod.). Další rozvoj sportu zrakově postižených je možný zvláště pak aktivní sportovci se zbytky zraku mohou provádět fakticky většinu ostatních sportů.

Významnou roli má i základní a rekreační tělesná výchova, buď jako jediný druh tělesné aktivity, nebo jako doplněk všech sportů.

Adresy autorů: V. K., 257 62 RÚ Kladruby u Vlašimi
V. P., 410 02 Lovosice, Wolkerova 786
S. Š., 054 01 Levoča, Baštová 39

В Кржиж, В. Прохазка, С. Шкультеты
СПОРТ У ИНВАЛИДОВ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ

Р е з ю м е

Спортсмены с нарушениями зрения в ЧССР организуют соревнования по легкой атлетике, плаванию, шахматам, лыжам, кеглям и ролльболу а также занимаются

V. KRÍŽ, V. PROCHÁZKA, S. ŠKULTĚTY / SPORT ZRAKOVĚ POSTIŽENÝCH

туризмом. Спортивная тренировка улучшает двигательные способности, общую физическую и психическую выносливость и является профилактикой болезней от недостаточного движения, чрезмерной психической нагрузки и от чрезмерного питания. В частности у инвалидов с нарушениями зрения отрабатываются способности ориентации в пространстве, существенно улучшающие возможности активной общественной жизни и вне области физкультуры и спорта.

V. Kríž, V. Procházka, S. Škultéty
SPORT FOR BLIND DISABLED PERSONS

Summary

Blind disabled sportsmen in the ČSSR organize competitions in athletics, swimming, chess, skiing, ninepins, rollball and also take part in tourism. Sport training improves abilities to move, general mental and physical fitness and is a preventive measure against diseases caused by insufficient exercise, by one-sided exercise, excessive mental load or excessive food intake. Particularly in blind disabled individuals training of orientation abilities in space are important and considerably improve possibilities of social assertin also outside physical training and sport.

V. Kríž, V. Procházka, S. Škultéty
SPORT FÜR SEHGESTÖRTE

Zusammenfassung

Sehgestörte Sportler in der ČSSR veranstalten Wettbewerbe in Athletik, Schwimmen, Schachspiel, Schilaufen, Kegelspiel und Rollball, betreiben aber auch Touristik. Das Sporttraining verbessert die Bewegungsfähigkeit, die allgemeine geistige und körperliche Leistungsfähigkeit und dient zugleich der Vorbeugung von Erkrankungen infolge Mangels an Bewegung, übermäßiger gestiger Belastung oder übermäßiger Nahrungsaufnahme. Insbesondere bei Sehgestörten wird durch den Sport die Orientierungsfähigkeit im Raume trainiert, wodurch die Möglichkeiten ihrer gesellschaftlichen Einordnung auch außerhalb des Bereichs der Körperkultur und des Sports wesentlich erweitert werden.

V. Kríž, V. Procházka, S. Škultéty
LE SPORT DES AFFECTÉS DE LA VUE

Résumé

Les sportifs tchécoslovaques affectés de la vue organisent les compétitions dans l'athlétisme, la nage, les échecs, le ski, les cônes et le rollball, ils font également du tourisme. L'entraînement sportif améliore les aptitudes de mouvement, les aptitudes intellectuelle et physique totales et il est la prévention de maladies par manque de mouvement, vu le mouvement unilatéral, la charge intellectuelle ou l'alimentation excessive. Spécialement les affectés de la vue exercent l'entraînement des aptitudes d'orientation dans l'espace qui améliorent de façon marquée les moyens de l'application sociale même à part le domaine de la culture physique et du sport.

SVAZ INVALIDNÍCH SPORTOVČŮ ČSTV

V. KRÍŽ, V. SRDEČNÝ

Rehabilitační ústav v Kladrubech

Ředitel: MUDr. Vladimír Kríž

Souhrn: Svaz invalidních sportovců (SIS) je součástí Československého svazu tělesné výchovy spolu s ostatními sportovci ČSSR, združenými zde v ostatních svazech (např. svazu fotbalu, ledního hokeje, stolního tenisu a dalších 47 svazech). Umožňuje sportovcům s těžšími tělesnými handicapy provádět masovou rekreační a kondiční tělovýchovu, sport a turistiku, výkonnostní sport, mistrovské soutěže a účast na mezinárodních sportovních akcích invalidních sportovců. Podílí se na společenských programech péče o invalidní spoluobčany, jejichž cílem je vytvářet specifické podmínky pro maximálně bohatý společenský život této sociální skupiny občanů ČSSR.

Klíčová slova: Svaz invalidních sportovců ČSTV — historie — ideologické základy — členská základna — organizační struktura.

Historie a ideologie

Sport zdravotně postižených je tak starý, jako historie lidstva. Zdravotně postižení lidé byli, jsou a budou součástí každé společnosti. Již v historických podkladech jsou známy příklady lidí, kteří i s těžšími fyzickými handicapy uplatnili v nejrůznějších společenských oblastech (od prostých pracujících, řemeslníků, vojáků, přes vědce a umělce až po vojevůdce, politiky, panovníky a státníky).

Tyto prameny jen dokumentují obrovskou snahu nerezignovavších invalidů společensky se uplatnit, vyniknout a dokázat sobě i společnosti schopnost překonat své znevýhodnění (handicap) využitím svých zachovalých schopností (abilit), včetně výcviku těch fyzických a smyslových schopností, psychických a morálních vlastností, kterých většina zdravých občanů nevyužívá, protože je nepotřebuje (substituce, kompenzace, superkompenzace).

V dlouhém společenském vývoji nebyla vždy věnována cílená pozornost tělovýchově a sportu invalidů a jejich uplatnění bylo jen výsledkem enormní snahy postižených jedinců. Jen ojedinělé dřívější vyspělé kultury a v současné době všechny kulturně a ekonomicky vyspělé země mají vypracované programy a systémy péče o své invalidní spoluobčany, jejichž součástí je tělovýchova a sport. Dnes je již všeobecně rozšířen názor, že právě rozsah a způsob, kterým se konkrétní společnost dokáže postarat o své invalidní občany, je měřítkem její kulturní a sociální vyspělosti.

I v historii sportu postižených je zřetelný vývoj od segregace (oddělení postižených od zdravých) k integraci (včlenění postižených mezi ostatní spoluobčany). Počátky sportu invalidů byli v různých specializovaných zařízeních

pro jednotlivé typy postižení nebo v jejich zájmových sdruženích či organizacích (spolky či kluby nevidomých, neslyšících, hluchoněmých apod.), které měly svépomocný a charitativní charakter. Tento charakter společenské péče si zcela nebo částečně zachovává řada vyspělých zemí v současné době.

V socialistických státech je péče o invalidní spoluobčany součástí státní politiky, i když v jejím konkrétním způsobu zajištění jsou individuální rozdíly.

V ČSSR v rámci zajištění potřeb invalidů v celé společenské šíři i v rámci realizace potřeby společnosti využívat schopností těchto spoluobčanů k budování a rozvoji ekonomiky i politiky státu je zájmovou zastupitelkou organizací invalidů Svaz invalidů (SI), který je organizací Národní fronty. Je poradním, organizačním i metodickým orgánem a v rámci zajišťování kulturních a sociálních potřeb invalidních občanů propaguje, řídí a zajišťuje také rozvoj tělesné kultury (včetně tělesné výchovy, sportu a turistiky) na nejširší masové úrovni.

Specializovaným orgánem pro organizaci sportu zdravotně postižených je Svaz invalidních sportovců (SIS), který je součástí další organizace Národní fronty — československého svazu tělesné výchovy. Invalidní sportovci mají zde stejná práva a povinnosti jako sportovci ostatních svazů (např. fotbalisté, lyžaři, volejbalisté a další) nebo sociálních skupin (vysokoškoláci). Navenek se to projevuje např. tím, že mistři ČSSR ve sportech invalidů dostávají stejné medaile a diplomy jako sportovci ostatních svazů a jejich sportovních disciplín a jejich práce je oceňována tituly (např. mistr sportu), oceněními (veřejná uznání) i dalšími tělovýchovnými vyznamenáními jako u ostatních členů ČSTV.

Brzy po vzniku ČSTV byla zde založena sekce defektních sportovců, která zpočátku koordinovala tělovýchovnou a sportovní činnosti nevidomých a neslyšících občanů. V roce 1961 byla tato sekce rozšířena o komisi pro tělesné postižené. První konference sekce defektních sportovců byla v roce 1968, kdy měla 3 komise: pro neslyšící, pro nevidomé a pro tělesně postižené. Při reorganizaci tělesné výchovy v roce 1969 se neslyšící sportovci rozhodli založit samostatný československý svaz neslyšících sportovců, dále byl založen český svaz tělesně postižených sportovců a československý svaz tělesně a zrakově postižených sportovců (STZPS). Tento svaz měl dvě sekce — sekce tělesně postižených a sekce nevidomých a slabozrakých sportovců; v současnosti zahrnuje sekce zrakově postižených, tělesně postižených (chodících), paraplegiků (pohybujících se na invalidních vozících), spastiků (s poruchami mozkových funkcí řídících hybný systém) a vnitřně postižených.

Zůstává samostatný Svaz neslyšících sportovců (kde je plánováno perspektivní začlenění do Svazu invalidních sportovců jako další sekce) a dále ještě paralelně v ČSTV existují oddíly zdravotní tělesné výchovy (dříve zvláštní tělesné výchovy) v rámci Svazu základní a rekreační tělesné výchovy (ZRTV).

Rozvoj sportu invalidů je složitý jednak pro širší paletu typů zdravotního postižení (které se dále dělí na skupiny podle konkrétního místa, druhu a rozsahu postižení), jednak pro velký počet sportovců a disciplín, z nichž některé jsou společné s oficiálními sporty ostatních svazů ČSTV a některé jsou zcela specifické jen pro invalidy.

Při rozvíjení organizace sportu invalidů v ČSSR se snažíme využít domá-

cích i zahraničních zkušeností. V zahraničí však téměř každá země má svůj specifický vývoj a momentální strukturu. Také struktura mezinárodních organizací je nejednotná, existují zkušené organizace pro sport jednotlivých postižení nebo pro určitý sport určitého postižení, jejichž organizační i členská základna se někdy překrývá, a rozsah spolupráce mezi těmito organizacemi je různý a proměnlivý v závislosti na momentálním složení i názorech jejich vedení. Většinou se spolupráce dohaduje jen na jednotlivé konkrétní mezinárodní akce nebo na poměrně krátké období. V souvislosti s Mezinárodním rokem invalidů (1981) a Dekádou invalidů (1981 — 1990) se zapojil do podpory sportu invalidů i Mezinárodní olympijský výbor. Jeho snahy o pomoc — morální, metodickou, organizační a ekonomickou však narážejí na roztržičnost různých mezinárodních organizací a bohužel i na rivalitu jejich představitelů, kteří nesouhlasí s podřízením organizací jedině mezinárodní organizaci pro sport invalidních občanů, která by byla asi nejvýhodnějším článkem pro organizaci mezinárodních akcí (olympijské hry, Světové hry, mistrovství světa, kontinentální mistrovství) i pro spolupráci s jediným orgánem pro sport invalidů každé země.

O mezinárodním rozšíření a uznání sportu invalidů svědčí i velký počet světových her, z nichž některé byly nazývány i světovými olympiádami invalidů, respektive paraolympiádami, což znamenalo, že tyto olympiády probíhaly paralelně (t. j. bezprostředně před nebo po olympijských hrách) a zpravidla také v té zemi, která byla pořadatelem olympijských her letní olympiády invalidů: 1960 Řím, 1964 Tokyo, 1968 Tel Aviv, 1972 Heidelberg, 1976 Montreal, 1980 Arnhem, 1984 New York; zimní 1980 Geilo, 1984 Innsbruck).

Zásluhou Mezinárodního olympijského výboru byli nejlepší invalidní sportovci vybráni i k demonstraci životaschopnosti a sportovní hodnoty sportu invalidů na posledních LOH v Los Angeles i ZOH v Sarajevu.

Členská základna SIS

Tělovýchovná, sportovní a turistická činnost je zajišťována t. č. v 75 oddílech nebo specializovaných jednotách invalidních sportovců. Přibližně procentuální složení podle základních druhů postižení je: zrakově postižení 21 %, tělesně postižení 61 %, paraplegici, spastici a vnitřně postižení po 6 %.

Vývoj členské základny

| období | rok | počet oddílů | počet členů |
|-----------------|------|--------------|-------------|
| založení | 1961 | 2 | 50 |
| I. konference | 1968 | 9 | 440 |
| II. konference | 1973 | 21 | 863 |
| III. konference | 1978 | 34 | 1440 |
| IV. konference | 1983 | 68 | 3010 |
| současnost | 1985 | 75 | 3500 |

Členská základná je vzhledem k počtu invalidních osob malá a neodpovídá potřebám postižených (pro udržování a zvyšování tělesné i duševní kondice), ani potřebám společnosti (výchova, rehabilitace, rekondice, společenské uplatnění invalidů). Předpokládáme-li, že vzhledem k věkové struktuře i druhu postižení přichází organizovaná tělovýchova v praktickou úvahu jen u 18 % invalidů, vychází nám žádoucí počet členů Svazu invalidních sportovců přes 200 000. Z těch, kteří by se mohli a měli věnovat pravidelně tělovýchově, je tedy organizováno s SIS méně než 2 %.

Příčinami nevyužití nabídky je

- nedostatečná propagace zdravotníky v době léčebné rehabilitace (pro přímý přechod trvale zdravotně postižených z léčebné tělesné výchovy do organizované tělesné výchovy invalidů),
- nerovnoměrné uzemní rozmístění oddílů invalidních sportovců (takže není pro každého zájemce reálně dostupná),
- nedostatek funkcionářů — organizátorů, cvičitelů, тренерů, zdravotníků (z řad zdravých i postižených občanů či jejich příbuzných a přátel),
- nedostatečná propagace sportu invalidů prostřednictvím masových sdělovacích prostředků (aby o něm věděli i postižení, kteří nejsou členy Svazu invalidů a také zdraví spoluobčané včetně mládeže),
- vliv úsporných ekonomických opatření ČSTV snižujících v posledních letech nabídku a atraktivnost sportovních akcí pro členy SIS (včetně současné doby, kdy je tato podpora hodnocena a podstatně zlepšena),
- organizační a kádrové nedostatky Svazu invalidních sportovců, změny názvu, struktury, řádů, předpisů a materiálů SIS, které jsou odstraňovány a při nedostatku maximálně aktivních funkcionářů či obměně funkcionářů (zapracování nových).

Kritizován je i pojem „invalidní“ v názvu svazu. I ze stran postižených sportovců jsou poznámky, že se k tomuto pojmu nechtějí hlásit, zvláště pak ti, kteří nepobírají ani invalidní důchody. Je pravda, že v tomto přejetém slovu předpona „in“ obsahuje jen zápor či neschopnost. Faktem je, že předchozí název byl příliš dlouhý a nepokrýval již celý rozsah činnosti Svazu. Český a slovenský jazyk nemá vlastní výstižnější výraz, nejčastěji používané slovo „postižený“ se nevztahuje jen na zdravotní stav, ale též na postižení např. krádeží, kárným opatřením, přírodní katastrofou apod. Také slovo „vadný“ nebo cizí synonymum „defektní“ získalo pejorativní charakter. V zahraničí je nejčastěji používána předpona „dis“ (disabled), která má vyjadřovat změněnou (t. j. jinou než obvyklou) schopnost.

Základními předpoklady dalšího rozvoje jsou

1. informovanost (postižených, orgánů a institucí veřejnosti)
2. osobní zainteresovanost a motivace (postižených, rodiny, přátel, institucí a veřejnosti ve snaze pomoci)
3. aktivita ke konkrétním činům.

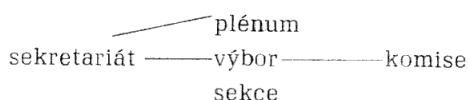
Na propagační, náborové i organizační práci se vydatně podílí Svaz invalidů; v jeho časopisu Elán (objednávky u PNS) je stálá sportovní příloha. Řadu informačních materiálů vydaly a vydávají Svaz invalidních sportovců, vědeckometodologické odd. ČSTV, tělovýchovná škola ČSTV, Sportpropag, zdravotní

V. KRÍŽ, V. SRDEČNÝ / SVAZ INVALIDNÍCH SPORTOVců ČSTV

výchova, Svaz invalidů aj. [pravidla, metodické dopisy, skripta, adresář jednot a oddílů SIS, kalendářní plán sportovních akcí, Zpravodaj SIS]. Materiály SIS jsou pravidelně distribuovány po linii SIS, část materiálů i po linii Svazu invalidů. Řada článků s touto tematikou vyšla i v časopise Rehabilitácia a byla přednesena na seminářích a konferencích Rehabilitační společnosti telovýchovného lékařství. Jejich cílem je zlepšit informovanost na tomto úseku rehabilitace (léčebné, výchovné, sociální, pracovní) a tím vytvořit předpoklady pro pomoc v rozvoji sportu invalidů jako jedné z možností a potřeb resocializace invalidních spoluobčanů.

Organizační struktura

Svaz má obvyklou strukturu jako ostatní svazy, atypickou jen počtem sekcí pro jednotlivá postižení a počtem sportovně technických komisí.



Komise: kontrolní a revizní
masového rozvoje a mládeže
organizační
hospodářská
zdravotní
sportovně technická

Sekce: TP tělesně postižení
ZP zrakově postižení
PARA paraplegici
SP spastici
VP vnitřně postižení

Sekce řeší organizační, metodické a materiální záležitosti, způsoby zdravotnické klasifikace (ve spolupráci se zdravotní komisí). Sportovně technická komise (STK) se skládá z komisí pro jednotlivé sporty konkrétních postižení, které zpracovávají pravidla a soutěžní řády a organizují systém konkrétních soutěží na celostátní i národní úrovni a koordinují i soutěže a akce nižších stupňů.

(Komise atletiky TP, plavání TP, lyžování TP, šachů TTP — PARA, kuželek TP, stolního tenisu TP, volejbalu TP, atletiky ZP, plavání ZP, lyžování ZP, šachy ZP, kuželek ZP, rollbalu ZP. Společné akce pro všechna postižení řeší STK turistiky, problematiku sportu spastiků a vnitřně postižených zatím řeší jen příslušné sekce).

Řízení oddílů či jednot invalidních sportovců je dvojí, jednak územní cestou (Český a Slovenský ústřední výbor ČSTV, krajské a okresní výbory ČSTV), jednak po linii Svazu (SIS), prostřednictvím národních výborů (na Slovensku SÚV ZTZPŠ) a krajských výborů (v ČR). Struktura řízení Svazem invalidních sportovců (v SSR zůstává starý název Zváz telesne a zrakove postihnutých športovcov — ZTZPŠ) není ještě dokončena, krajské výbory SIS jsou v Praze (16 oddílů), Východočeském kraji (10 oddílů) a Jihomoravském kraji (7 oddílů). Ve Středočeském i Západočeském kraji jsou 3 oddíly, v Jihočeském 2, Východoslovenském 5, Středoslovenském 1 a Západoslovenském 4. Adresář

oddílů je k dispozici na sekretariátu Svazu invalidních sportovců, Na poříčí 12, 115 30 Praha 1.

Samostatných jednot invalidních sportovců je málo, většinou jsou oddíly invalidních sportovců součástí tělovýchovných jednot zdravých sportovců. Tělovýchovné jednoty i oddíly invalidních sportovců mají různě širokou (respektive zúženou) specializaci jak z hlediska provozovaných sportů, tak z hlediska skupin zdravotního postižení. (Např. TJ nebo oddíl jen zrakově postižených nebo oddíl tělesně postižených lyžařů). Někteří invalidní sportovci jsou též členy oddílu zdravých sportovců a jednotlivci i družstva se zúčastňují i běžných soutěží zdravých (nepostižených) sportovců (např. stolní tenis, odbíjená, šachy).

Neúplná územní i organizační struktura je způsobena dosud malou členskou základnou. Aktuálním úkolem je doplnit tuto strukturu tak, aby účast v organizované tělovýchově byla reálně dostupná např. dopravně) každému zdravotně postiženému zájemci o sport jak v aktivní formě (sportovci), tak v organizační formě (funkcionáři). Činnost v SIS není vyhrazená jen zdravotně postiženým, Svaz potřebuje i pomoc zdravých, i když se samozřejmě nemohou účastnit oficiálních soutěží Svazu, které jsou přesně limitovány druhem a stupněm zdravotního postižení. Mohou ale působit jako cvičitelé (též sparing-partneři), tréneři, rozhodčí, zdravotníci i laičtí pomocníci. Běžná je pomoc a účast rodinných příslušníků invalidních sportovců, je třeba rozšířit pomoc kvalifikovaných pomocníků, jimž Svaz invalidních sportovců nebo územní orgány ČSTV mohou prostřednictvím oddílů a jednot zajistit školení v příslušné odbornosti či doškolení.

Svaz invalidních sportovců ČSSR je členem těchto mezinárodních organizací: ISOD (Světová organizace pro sport tělesně postižených), EC ISOD (evropská sekce této organizace), IBSA (Světová organizace nevidomých šachistů), ISMGF (Světová organizace paraplegiků, nověji i všech sportovců odkázaných na pohyb na vozíku) a CP ISRA (Světová organizace spastiků, tj. postižených mozkovou obrnou).

Zdravotně postižení sportovci socialistických zemí mají koordinační orgán INTERSPORTINVALID (ISI), který koordinuje mezinárodní spolupráci členských zemí.

Spolupráce s mezinárodními organizacemi je důležitým zdrojem informací pro praktickou činnost Svazu a umožňuje vybraným invalidním sportovcům porovnat své výkony se stejně postiženými jiných zemí, získat nové přátele, vidět nové technické pomůcky pro sport i život invalidů a osobně poznat život a kulturu země pořádající mezinárodní sportovní setkání.

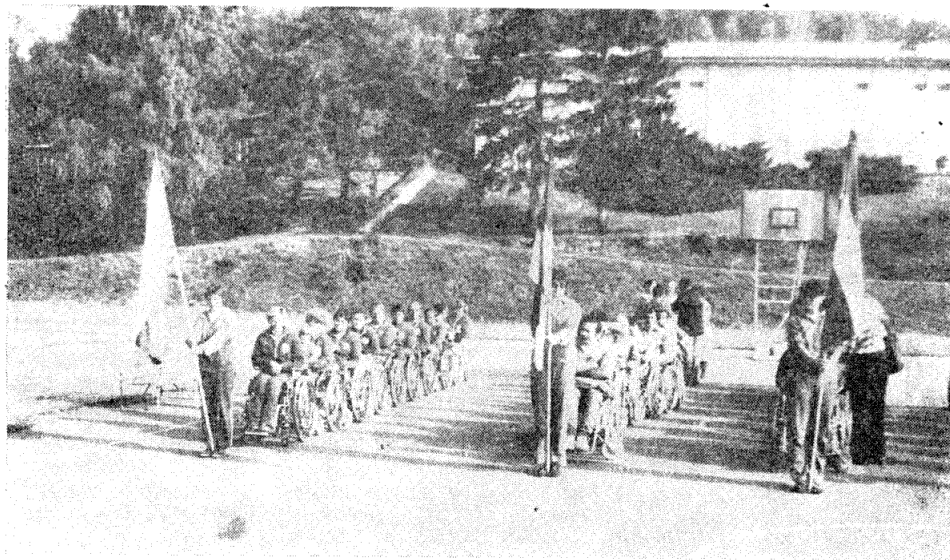
LITERATURA

1. SRDEČNÝ, V.: Tělesná výchova a sport tělesně postižených. Praha, Olympia 1981. 70 s.

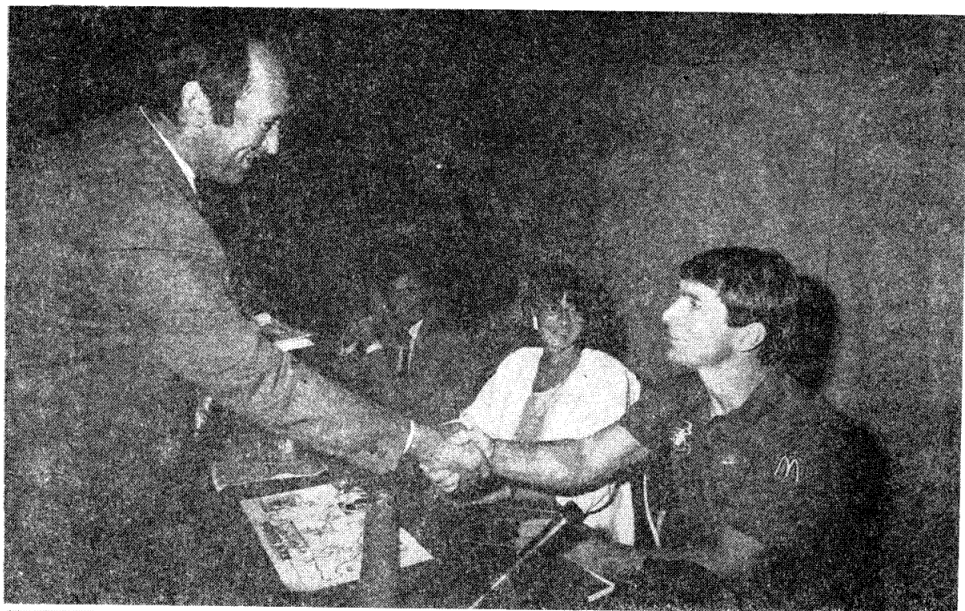
Adresa autorů: V. K., 257 62 Rů Kladruby u Vlašimi
V. S., 502 00 Hradec Králové, Kampelíkova 519



Obr. 1. Jedno z prvních mistrovství ČSR v atletice TP — Ostrava. Vlevo nahoře: jeden ze zakladatelů sportu invalidů MUDr. Vladimír Knapěk, duchovní otec rehabilitačního centra Hrabyně, na jehož počest se zde každoročně pořádá Memoriál MUDr. V. Knapěka v soutěžích paraplegiků.



Obr. 2. Mezinárodní čtyřtůkání Intersportinvalid v Kladrubech (ČSSR, NDR, MLR, PLR).



Obr. 3. Uvítání kanadského sportovce Ricka Hansena v Praze na jeho cestě kolem světa na vozíku, (Man in Motion World Tour). V pozadí kanadský velvyslanec.



Obr. 4. Gratulace mistryni ČSSR v plavání na stupních vítězů (Eva Kletzanderová).



V. KRÍŽ, V. SRDEČNÝ / SVAZ INVALIDNÍCH SPORTOVČŮ ČSTV

V. Kríž, V. Srdečný

СОЮЗ СПОРТСМЕНОВ-ИНВАЛИДОВ ЧЕХОСЛОВАЦКОГО СОЮЗА ФИЗКУЛЬТУРЫ И СПОРТА

Резюме

Союз спортсменов-инвалидов (СИС) является составной частью Чехословацкого союза физкультуры и спорта наряду с прочими спортсменами ЧССР, объединенными в других союзах (напр. союз футбола, хоккея с шайбой, настольного тенниса и 47 других союзов). Союз дает возможность спортсменам с тяжелыми физическими увечьями заниматься массовой физкультурой, спортом и туризмом для отдыха, для поддержания формы и для развития спортивных результатов, участвовать в чемпионатах и в международных спортивных мероприятиях спортсменов-инвалидов. Союз принимает участие в общественных программах содействия, оказываемого инвалидным гражданам, целью которых является создание специфических условий для как можно богатой общественной жизни этой социальной группы граждан ЧССР.

V. Kríž, V. Srdečný

THE UNION OF DISABLED SPORTSMEN OF THE CZECHOSLOVAK ASSOCIATION OF PHYSICAL EDUCATION

Summary

The Union of Disabled Sportsmen is part of the Czechoslovak Association of Physical Education together with other organized sportsmen associated in other unions [e.g. football clubs, ice hockey, table tennis and further 47 unions]. It enables sportsmen with greater physical disabilities to take part in mass recreation and conditioning physical training, in sport and tourism, performance sport, in championships and in international sport meetings of invalid sportsmen. They share in the all-social programmes of care for disabled persons the aim of which it is to create specific conditions for a maximally varied social life of this social group of Czechoslovak citizens.

V. Kríž, V. Srdečný

DER VERSEHRTENSPORTLERVERBAND INNERHALB DES TSCHECHOSLOWAKISCHEN SPORTVERBANDES

Zusammenfassung

Der Versehrtenportlerverband (tschechisch Svaz invalidních sportovců, kurz SIS) ist Bestandteil des Tschechoslowakischen Sportverbandes, in dem sie mit anderen Sportlern der ČSSR zusammengeschlossen sind. Sie bilden eine Sektion ebenso wie z. B. die Fußballsektion, die Eishockeysektion, die Tischtennissektion und die weiteren 47 Sektionen. Dieser Verband ermöglicht es Sportlern mit schwereren körperlichen Handikaps Massensport und Freizeitsport sowie Konditionssport, verschiedene Sportarten und Touristik, aber auch Leistungssport zu betreiben und sich an Meisterschaftswettbewerben sowie an internationalen Sportveranstaltungen von Versehrtenportlern zu beteiligen. Der Verband ist damit in das gesamtgesellschaftliche Fürsorgeprogramm für geschädigte Mitbürger eingeschaltet, das den Zweck verfolgt, dieser sozialen Gruppe von Bürgern der ČSSR spezifische Voraussetzungen für ein möglichst reichhaltiges gesellschaftliches Leben zu schaffen.

V. KRÍŽ, V. SRDEČNÝ / SVAZ INVALIDNÍCH SPORTOVČŮ ČSTV

V. Kríž, V. Srdečný

L'UNION DES SPORTIFS INVALIDES DE LA ČSTV (ASSOCIATION TCHÉCOSLOVAQUE DE CULTURE PHYSIQUE)

Résumé

L'Union des sportifs invalides (SIS) fait partie de l'Union tchécoslovaque de la culture physique avec les autres sportifs tchécoslovaques associés ici dans d'autres unions (par exemple l'Union de football, du hockey sur glace, du table-tennis et 47 autres unions). Elle permet aux sportifs assez gravement handicapés physiquement, d'exercer la culture physique récréative et conditionnée de masse, de pratiquer le sport et le tourisme, le sport d'équipe, les championnats et participer aux actions sportives internationales des sportifs invalides. Elles prend part aux programmes sociaux de la sollicitude vouée aux citoyens invalides, dont le but consiste à créer des conditions spécifiques pour une vie en société maximalelement riche de ce groupe social de citoyens tchécoslovaques.

HISTÓRIA A SÚČASNOSŤ



**MUDr. MIROSLAV TAUCHMANN
ŠESTDESIATROČNÝ**

Čas síce ubieha každému rovnako, no zdá sa takmer nepravdepodobné, že 22. február bol dňom jeho šesťdesiatych narodenín. Narodil sa r. 1926 v Senici a detstvo a prvé roky štúdií strávil tam. Lekársku fakultu vyštudoval v Bratislave r. 1951. Od promócie pracoval na rôznych postoch v československých štátnych kúpeľoch, z ktorých treba spomenúť najmä Bojnice, kde bol vedúcim lekárom od r. 1957 až do odchodu do Piešťan r. 1968, kde je vedúcim lekárom liečebne Palace — Esplanade doteraz.

Aj keď zavedenie a riadenie prevádzky v nových kúpeľných liečebňach kládlo na jubilanta veľké organizačné a pracovné nároky, nachádza si vždy čas aj pre odbornú.

publikačnú, prednáškovú, či výskumnú prácu. Bol riešiteľom alebo spoluriešiteľom viacerých výskumných úloh (Poúrazová rehabilitačná starostlivosť o chorých s komplikovanými zlomeninami predkolenia, Zmeny na sternoklavikulárnom kĺbe pri reumatických chorobách, Prevalencia funkčných blokáď krčnej chrbtice v náhodne vybranej vzorke chorých liečených v československých štátnych kúpeľoch Piešťany). S Výskumným ústavom traumatologickým v Brne, či s Výskumným ústavom reumatických chorôb v Piešťanoch. Je spoluautorom populárnej brožúry Cvičíme chrbticu zdravú i chorú, má za sebou bohatú prednáškovú činnosť na domácich aj zahraničných fórach a je členom redakčnej rady časopisu Rehabilitácia. Zverenú liečebnú riadi pevnou aj láskavou rukou, udržuje si autoritu vďaka svojmu odbornému rozhradu a osobným vlastnostiam. Pozoruhodný je aj jeho všeobecný rozhľad, poznatky z kultúry a lásky k športu, ktorá ho takmer odvieďla od doterajšej profesie. Napriek všetkým povinnostiam, záľubám aj úspechom zostáva skromným, priateľským a čestným človekom.

Za svoju prácu bol odmenený r. 1976 vyznamenaním Najlepší pracovník odboru a r. 1977 medailou J. B. Guotha.

Jubilantovi pri tejto príležitosti prajem v mene svojom aj v mene priateľov a spolupracovníkov, ako aj pacientov, ktorí mali to šťastie, že sa uňho liečili, aby mu aj v ďalších rokoch vydržalo pevné zdravie, pracovný elán a charakteristický zmysel pre humor.

MUDr. Otto Hajzok, CSc., Piešťany

Dr. Miro Tauchmann je členom redakčného kruhu nášho časopisu Rehabilitácia. Aj my sa pripojujeme k radu tých, ktorí blahoželajú dr. Tauchmannovi pri príležitosti jeho životného jubilea a želáme mu veľa optimizmu, mnoho síl do ďalšej práce a predovšetkým dobrý prietok koronárkami.

Redakcia

RECENZIE KNÍH

L. BRESLOW, J. E. FIELDING, L. B. LAVE
ANNUAL REVIEW OF PUBLIC HEALTH. Vol. 6, 1985
Ročný prehľad verejného zdravotníctva
Palo Alto, Annual Reviews 1985.
ISBN 0-8243-2706-3

V novom zväzku Ročný prehľad verejného zdravotníctva, ktorý vychádza r. 1985, sú podobne ako v minulých zväzkoch veľmi zaujímavé práce. Ide o prácu o postneonatálnej mortalite (B. Starfield), o epidemiológii sexuálne prenášaných chorôb (P. L. Perine a spol.), o legálnych aspektoch ľudskej genetiky (R. B. Dworkin a G. S. Omenn), o komunitnej stratégii pre

prevenciu koronárnej choroby srdca (P. Puska a spol.), ktorá je azda najzaujímavejšou prácou z celého zväzku, a ktorá sa zaoberá 10-ročnými skúsenosťami severo-karelského projektu. Veľmi zaujímavá je práca o matematicky modelovaných stratégiách v analýze epidemiologického výskumu (R. S. Greenberg a D. G. Kleinbaum). Zaujímavé výsledky prináša aj

práca o efektoch počítačovej vedy na výskum zdravotníctva (A. T. Hunt a spol.).

Na záver 6. zväzku tohto ročného prehľadu sú zaradené výsledky sympózia, ktoré venujú pozornosť pracovnému lekárstvu. Hovorí sa o otázkach fatálnych a nefatálnych úrazov v pracovnom procese. Toto sympóziu súborne rieši oblasť súčasného lekárstva.

Jednotlivé práce prinášajú aktuálne problémy, mnohé sú dokumentované grafmi alebo tabuľkami a každá z nich na záver prináša prehľad citovanej literatúry.

Jednotlivé vedecké informácie, ktoré obsahujú publikované práce, poslúžia nielen

tým, ktorí sa zaoberajú organizáciou zdravotníctva, ale aj ostatným odborným lekárom. Už spomenutá Puskova práca o severo-karelskom projekte je dôležitá nielen pre organizáciu zdravotníctva, ale aj pre epidemiológiu, kardiológiu. Mnohé fakty sú zaujímavé aj pre tých, ktorí pracujú na úseku rehabilitácie kardiovaskulárnych ochorení.

Šiesty zväzok Ročného prehľadu verejného zdravotníctva sa dôstojne zaraďuje medzi predchádzajúce zväzky tohto edičného radu. Kniha je informujúca, informatívna, moderne koncipovaná a aktuálna.

Dr. M. Palát. Bratislava

E. RYCHLÍKOVÁ, CSc.

SKRYTO V PĀTEŘI

Praha, Avicenum 1985.

Ludia s bolesťami chrbtice patria medzi najfrekvencovanejších návštevníkov u lekára, a to nielen pacienti staršieho veku, ale aj v produktívnom veku, ba aj mladiství. Títo chorí tvoria tiež dosť značné percento práceneschopných.

A práce preto doc. MUDr. E. Rychlíková, CSc., svojou publikáciou otvorila široký pohľad na mozaiku bolestivých príznakov ukrytých nielen v chrbtici, ale aj v iných orgánoch, a to vertebroviscerálnymi vzťahmi.

Práca je rozdelená do dvoch častí. V teoretickej časti podáva stručný prehľad anatómie chrbtice, jej funkciu posturálnu, pohybovú a ochrannú s regulačným mechanizmom k celému organizmu. V druhej časti analyzuje vznik vertebrogénnych porúch. Detailne vysvetľuje teórie vzniku funkčných blokáď, poukazuje správnu teóriu. Týmto dokazuje nesprávny názor na bolesti v chrbtici, vraj zapríčinené len tzv. „platničkami“.

V kapitole o liečení vertebrogénnych porúch plasticky opisuje obraz manipulačného zákroku. Určuje jeho indikácie v komplexe reflexnej terapie a zmiňuje sa aj o jej ďalších prostriedkoch — o trakciách,

reflexnej, klasickej masáži, ako aj o iných metódach fyzikálnej terapie a o komplexnej balneoterapii s akcentáciou na adekvátnu pohybovú liečbu. Odmieta polypragmáziu, ale vždy cieľenú liečbu k reštitúcii funkcie.

V klinickej časti informuje inštruktívne o prvých príznakoch choroby chrbtice, vykresľuje prejavy vertebrogénnych porúch a tiež inštruuje chorého, ako im možno predchádzať a ako si aj sám môže pomôcť pri určitých stavoch.

Samostatnú kapitolu tvorí súbor cvičení — metodika cvičenia pri jednotlivých vertebrogénnych poruchách, sprevádzaná obrázkami cvikov.

Kniha je písaná pútavo, prehľadne, všestranne informuje o vertebrogénnych poruchách, ich prevencii a všeobecných zásadách liečenia.

Iste sa stane breviárom všetkých tých, čo trpia na bolesti v chrbtici. Bude tiež výbornou pomôckou pre rehabilitačných pracovníkov, ale aj pre lekárov k prednáškami zo zdravotnej výchovy s touto problematikou.

Hádam treba pripomenúť, že na niektorých miestach asi zaúradoval tlačia-

renský škriatok, a to na strane 64 „lčeni ko enového syndromu“ v 1. odstavci sa odvoláva v texte na stranu 62, obrázok 40, ale na tejto strane nie je nijaký obrázok — je až na strane 133. Obdobne na strane 69 v odstavci 1 — „jak si müže nemocný pomoci za 1. doporučujeme

nošení bederního pásu“ — uvádza stranu 102, obr. 22, ale tento obrázok je na strane 13. Taktiež na strane 64 sa odvoláva na stranu 59, obr. 14, ale tento obrázok je na strane 58.

Dr. P. Škodáček, Piešťany

G. ZIRNSTEIN

CHARLES DARWIN

BsB B. G. Teubner Verlagsgesellschaft Leipzig, 1985.

Charles Darwin, zakladateľ a otec revolučnej teórie vývoja, vynikajúci prírodovedec, známy predovšetkým svojou slávnou cestou na lodi Beagle, stal sa osobnosťou, ktorej venovalo pozornosť mnoho historikov. V edičnom rade biografíí vynikajúcich prírodovedcov, technikov a lekárov vychádza už v 5. vydaní r. 1985 drobná biografia, obsahom veľmi dobre spracovaná, doplnená niektorými fotografiami, ktorú napísal dr. Zirnstein z Karl — Sudhoffovho Inštitútu pre dejiny lekárstva a prírodných vied v Lipsku. Roku

1982 uplynulo 100 rokov od smrti Charlesa Darwina. Toto výročie viedlo aj k tomu, že sa objavila táto biografia. Charles Darwin žil v rokoch 1809 — 1882 a celý jeho život bol poznamenaný úsilím o poznanie a klasifikáciu týchto poznatkov. Táto skutočnosť viedla napokon k objaveniu evolúcie druhov. Tieto historické skutočnosti sú aj predmetom Zirnsteinovej biografie, sviežo napísanej, informujúcej a zaujímavostne zostavenej.

Dr. M. Palát, Bratislava

J. LABUDOVÁ, M. KYRALOVÁ, J. JÁNOŠDEÁK

TEÓRIA A DIDAKTIKA TELESNEJ VÝCHOVY OSLABENÝCH

SPN Bratislava, 1985.

Teória a didaktika telesnej výchovy oslabených, autorov J. Labudovej, M. Kyralovej a J. Jánošdeáka je celoštátna učebnica pre Fakulty telesnej výchovy a športu a pre Pedagogické fakulty vysokých škôl. Pedagóg a dvaja lekári, vychádzajú z osnov predmetu osobitnej telesnej výchovy, pripravili do tlače učebnicu, kde sa v jednotlivých kapitolách charakterizuje význam telesnej výchovy u zdravotne oslabených. Po úvode nasleduje celkom šesť kapitol, ktoré venujú pozornosť telesnej výchove oslabených v systéme telesnej kultúry (J. Labudová), lekárskeho zabezpečeniu telesnej výchovy oslabených (J. Labudová), systému telesnej výchovy oslabených a jeho prvkov (J. Labudová a J. Jánošdeák), telesnej výchovy pri oslabení pohybového systému (J. Labudová, J. Jánošdeák), telesnej výchovy pri oslabeniach vnútorných orgá-

nov (J. Labudová, M. Kyralová, J. Jánošdeák) a telesnej výchovy pri neuropsychickom a zmyslovom oslabení (J. Labudová). Zoznam literatúry ukončuje táto učebnicu, ktorej jednotlivé kapitoly sú ilustrované grafmi, tabuľkami a nákresmi.

Učebnica slúži v prvom rade na prípravu poslucháčov Vysokých škôl telesnej výchovy a športu a túto skutočnosť určuje jej zameranie — pedagogické. Medicínska stránka celého problému je sekundárna. Je to logické, pretože absolventi spomenutých fakúlt sú predovšetkým pedagógmi, ktorých odborné lekársko-fyziologické znalosti sú iba rámcom pre ich činnosť. Toto je viditeľné tak na štruktúre učebnice, ako aj na náplni jednotlivých kapitol, kde by sa žiadal hlbší medicínsky pohľad už preto, že predmetom starostlivosti pedagogických pracovníkov je skupina oslabených, t. j. alebo

chorých, alebo ohrozených chorobou. Bolo by potrebné zdôrazniť aj preventívne a rehabilitačné hľadiská, teda oblasť prirodzenej terciálnej prevencie, pretože oslabení v oblasti pohybového systému alebo vnútorných orgánov sú potenciálnymi pacientmi často závažných ochorení.

Učebnica vychádza zo súčasného stavu osnov, ktoré predstavujú možný rámec diskutovaných otázok. Bolo by však žiaľteľné prispôbovať osnovy súčasnému vý-

voju v tejto oblasti, jednotlivé kapitoly tejto učebnice adaptovať na túto skutočnosť, čím by táto príručka získala podstatné uplatnenie.

Týmto nedostatkom je aj skutočnosť, že autorov tejto učebnice je možné nájsť v tiráži alebo obsahu pri jednotlivých kapitolách; takže základné bibliografické informácie nie sú uvedené na titulnej strane.

Dr. M. Palát, Bratislava

E. KMETY a kol.
ŠPECIÁLNA EPIDEMIOLOGIA
Osveta Martin, 1985.

Špeciálna epidemiológia kolektívu autorov pod vedením prof. Kmetého vychádza v nadväznosti na Epidemiologiku, učebnicu pre lekárske fakulty, ktorú vydalo rovnaké vydavateľstvo roku 1983. Špeciálna epidemiológia vychádza v edícii pre postgraduálne štúdium lekárov ako 83. zväzok Dérerovej zbierky a jednotlivé kapitoly spracováva celkom sedemnást autorov. Špeciálna epidemiológia sa zaoberá výhradne infekčnými chorobami a podobne ako v prvej učebnici necháva stranou všetky ochorenia epidemického výskytu, ako je to známe z vývoja posledných rokov. Aj keď klasický názor na oblasť epidemiológie je založený na epidémiách podmienených baktériami, vírusmi a ostatnými mikroorganizmami, je potrebné zdôrazniť, že do tejto oblasti súčasne zahŕňame aj iné choroby chronického charakteru s epidemiologickým výskytom, ako sú choroby srdca a pod.

Špeciálna epidemiológia kolektívu autorov profesora Kmetého systematicky rozoberá jednotlivé ochorenia podmienené, ako sme už spomenuli, baktériami, vírusmi a ostatnými mikroorganizmami epidemického výskytu. Je akýmsi doplnkom bežných učebníc infektológie a stručne charakterizuje jednotlivé ochorenia z hľadiska pôvodu nákazy, diagnózy, prameňa nákazy, výskytu a prevencie.

Jednotlivé kapitoly sú dokumentované niektorými grafmi, poukazujúcimi na výskyt a vývoj príslušného ochorenia; zoznam literatúry, použité skratky a vecný register ukončujú túto stručnú, informatívnu príručku kolektívu autorov, ktorá predovšetkým poslúži postgraduálnej výchove lekárov. Určitým nedostatkom je chýbajúca informácia, kto je hlavným autorom publikácie, čo možno nájsť až v tiráži.

Dr. M. Palát, Bratislava

E. G. JONES, A. PETERS
CEREBRAL CORTEX. Vol. 2.
FUNKTIONAL PROPERTIES OF CORTICAL CELLS

Mozgová kôra. Vol. 2.

Funkčné vlastnosti kortikálnych buniek.

Plenum Press. A Division of Plenum Publishing Corporation New York, 1984.

ISBN 0 — 306 — 41755 — 3

V roku 1984 vychádza 2. zväzok rozsiahleho diela venovaného otázkam cere-

brálneho cortexu. Prvý zväzok sme recenzovali v našom časopise Rehabilitácia, 2.

zvázok, ktorý venuje pozornosť vlastnostiam kortikálnych buniek, vychádza v roku 1984 a má celkom 10 kapitol.

Po úvodnej kapitole od Johna C. Ecclesa venovanej mozgovému neocortexu a teórii jeho funkcie, sú ostatné kapitoly rozdelené do troch častí. Prvá časť sa zaoberá problematikou transponderov, druhá otázkami receptorov a v tretej je rozoberaná problematika morfológických korelátov. Jednotlivé kapitoly zpracovali poprední odborníci v neurobiológii, neurochémii, neurofyziológii, neurochirurgii, neurológii a ďalší, ktorí sa zaoberajú otázkami anatómie a embryológie, psychiatrie a výskumom mozgu. Jednotlivé časti sú uvedené na súčasný stav poznania, doplnené početnými ilustráciami, grafmi, niekoľkými tabuľkami s prehľadom literatúry na záver každej kapitoly. Vecný

register ukončuje túto relatívne rozsiahlu, obsahovo zaujímavú a moderne spracovanú monografiu zaoberajúcu sa modernou problematikou funkčných vlastností mozgových buniek. Prvý zväzok sa zaoberal morfológiou kortikálnych neurónov, druhý zväzok pokračuje v základnej koncepcii a rieši predovšetkým fyziologické aspekty. Pozoruhodné sú časti zaoberajúce sa jednotlivými neurotransmitermi kôrovej oblasti mozgu — GABA neurónmi. Rovnako zaujímavé sú časti venujúce pozornosť štruktúre neurogliových buniek.

Kniha je výborne napísaná, s bohatými, dobre zostavenými informáciami a prinesie veľa úžitku tomu, kto sa zaoberá problematikou nervových štruktúr, predovšetkým štruktúr v mozgovej kôre.

Dr. M. Palát, Bratislava

E. R. CARSON, D. G. CRAMP

COMPUTERS AND CONTROL IN CLINICAL MEDICINA

Počítače a riadenie v klinickej medicíne

Plenum Press. A Division of Plenum Publishing Corporation New York, 1985.

ISBN 0 — 306 — 41892 — 4

Pomaly ale isto sa do oblasti klinickej medicíny dostávajú počítače. Stávajú sa súčasťou vyšetrovacích postupov, analýz, vyhodnocovania a ovplyvňujú myslenie lekárov. Či je táto cesta správna, alebo či bude potrebovať určité modifikácie, nie je definitívne doriešené. V každom prípade však počítače urýchľujú celý diagnosticko-analytický postup a slúžia lekárom ako nenahraditeľný prostriedok v určitých fázach jednotlivých činností.

Veľa publikácií, monografií a jednotlivých prác, práve tak ako celý rad sympózií a konferencií venuje pozornosť tejto závažnej problematike techniky a medicíny. Aj recenzovaný zväzok, zostavený profesorom Carsonom a profesorom Crampom, je výsledkom sympózia, ktoré venovalo pozornosť otázkam riadiacich systémov v klinickej medicíne. Deväť tematických celkov, zoznam účastníkov a vecný register sú náplňou zborníka o počítačoch a riadení klinickej medicíny. V jednotlivých prácach sa hovorí o koncepčných

systémoch riadenia v klinickej medicíne, o otázkach biodynamických modelov v diagnostickom procese, o problematike laboratórnych vyšetrení a úlohe počítačov. Ďalšie práce sa zaoberajú otázkami farmakokinetických a farmakodynamických dát, problematikou detekcie trendu pri monitorovaní jednotlivých veličín, otázkami modelovacích simulačných techník pri výchove lekárov a otázkou vzťahu pacient — lekár, s možnosťou použitia počítačov v systéme zdravotníckej starostlivosti. Jednotlivé práce prinášajú komplexný pohľad na diskutované otázky, sú dokumentované tabuľkami, grafmi, schémami a bohatý prehľad literatúry ukončuje jednotlivé časti.

Carsonova a Crampova monografia je inšpirujúca, poukazuje na súčasné aspekty použitia počítačov v klinickej medicíne a akcentuje niektoré základné otázky, kde a akým spôsobom možno počítač využiť.

Pri súčasnom rýchlom vývoji techniky

počítačov a ich prenikaní do oblasti klinickej medicíny je potrebné vítať predovšetkým publikácie, ktoré komplexne rie-

šia určitú problematiku, a tento zborník tak robí.

Dr. M. Palát, Bratislava

W. GENSCHOREK

ROBERT KOCH

BsB B. G. Teubner Verlagsgesellschaft Leipzig, 1985.

Robert Koch je jednou z vynikajúcich postáv modernej medicíny. Ako bakterióológ si získal významné postavenie a objavením Kochovho bacilu dostal sa medzi „nesmrteľných“. Dr. Genschorek, známy autor biografii veľkých postáv histórie medicíny, vydáva r. 1985 v edičnom rade Humanisti činu — vynikajúci lekári v službe pre človeka zaujímavú monografiu, venovanú postave profesora Roberta Kocha. V jednotlivých kapitolách sa hovorí o jeho detstve a dospievaní, o štúdiu v Göttingene, ktoré končí promóciou a štátnou skúškou. Opisuje jeho činnosť praktického lekára, počiatky jeho vedeckej práce a jeho neúprosný boj proti tu-

berkulóze, ktorý končí objavom bacilu tuberkulózy, ktorý dodnes nosí jeho meno. Okrem boja proti tuberkulóze je Koch známy svojimi prácami aj v oblasti cholery, kde sa zúčastnil cesty do Egypta a Indie ako vedúci expedície, ktorá mala študovať problém cholery.

Profesor Koch bol činný aj ako vysokoškolský učiteľ a stal sa riaditeľom Ústavu pre infekčné choroby v Berlíne, kde súčasne viedol Katedru hygieny.

Profesor Koch zomrel 27. mája 1910 a zanechal veľký počet svojich žiakov, ktorí pokračovali v jeho diele.

Dr. M. Palát, Bratislava

M. BERGEMER, B. KARK

THERAPIE IM ALTER

Terapia v starobe

Steinkopff Verlag Darmstadt, 1984.

ISBN 3 — 7985 — 0642 — 6

V roku 1983 sa konalo sympóziu Nemeckej spoločnosti pre gerontológiu, ktoré venovalo pozornosť otázkam terapie v starobe. Prednášky z tohto sympózia vydáva nakladateľstvo Steinkopff Verlag v Darmstade v roku 1984 v samostatnom zborníku. Zborník je určený nielen lekárom pracujúcim v oblasti geriatrickej, ale všetkým lekárom, pretože každý lekár sa stretáva vo svojej praxi s problematikou terapie u starých ľudí.

Zborník má 5 častí, úvod napísal dr. Kark. V prvej časti sa hovorí o základoch terapie v starobe, rozoberajú sa otázky farmakokinetických aspektov terapie v starobe, problematika farmakodynamiky a otázky farmakologickej prevencie somatických a psychických symptómov starnutia.

V ďalšej časti sa venuje pozornosť vlastnej farmakoterapii v starobe. V jed-

notlivých prácach sa rozoberajú otázky cerebrovaskulárnej insuficiencie a vazoaktívnych substancií, otázky kalciových antagonistov vertebrobazilárnej insuficiencie, otázky terapie betablokátormi, problematika liečby vysokého tlaku u starých ľudí. Pozornosť sa venuje ventrikulárnym arytmiám v starobe, koronárnej chorobe srdca a otázkam telesnej aktivity a športu v oblasti intervenčnej gerontológie.

Tretia časť zborníku sa zaoberá problematikou terapie metabolických ochorení — chorôb štítnej žľazy, osteoporózy a osteomalácie, hyperlipoproteínémií a pankreatitidy.

Štvrtá časť venuje pozornosť operatívnej terapii v starobe, z hľadiska gynekologických, urologických, gastroenterologických a cievnych chirurgických postupov. Je tu zaradená aj práca o rehabilitá-

ci a protézovaní pri obojstranných amputáciách.

Posledná piata časť recenzovaného zborníka prináša práce o psychoterapeutických a psychologických aspektoch terapie starých ľudí. Pozoruhodná je práca o otázkach nevyliciteľne chorých a umierajúcich a psychosomatika bolesti.

Jeden z autorov zborníka uzatvára krátkym záverom túto publikáciu, ktorá venuje pozornosť vysokoaktuálnej problema-

tike súčasnej medicíny. Gerontológia a geriatría sú oblasti, ktorým sa bude aj v budúcnosti venovať sústavná a zvýšená pozornosť. Preto je viditeľná snaha mnohých odborníkov prinášať stále nové a nové poznatky, s tendenciou ich aktualizovať.

Zborník je dokladom tejto snahy a prináša formou jednotlivých prác pohľad na základné otázky terapie u starých ľudí.

Dr. M. Palát, Bratislava

M. BERGENER, B. KARK
PSYCHOSOMATIK IN DER GERIATRIE

Psychosomatika v geriatrici
Steinkopff Verlag Darmstadt, 1985.
ISBN 3 — 7985 — 0656 — 6

V poslednom čase sa venuje široká pozornosť problémom psychosomatiky a otázkam psychosomatickej medicíny. Početné publikácie, mnohé konferencie a celý rad monografií riešia túto modernú problematiku súčasnej medicíny.

Zborník prednášok, ktorý venuje pozornosť psychosomatike v geriatrici je súborom prednášok, ktoré odzneli v júni 1984 na sympóziu s rovnakou tematikou.

Po úvode a zozname autorov, jednotliví autori venujú pozornosť základným otázkam psychosomatiky — psychomatickým problémom v geriatrici z pohľadu psychológa, psychiatra a psychoterapeuta, psychiatrickým otázkam vyššieho veku, psychoterapii psychosomatických syndrómov u starších ľudí a psychosomatickým aspektom funkčných porúch.

V ďalších prácach sa hovorí o otázkach porúch spánku a ich psychosomatickej problematike u starých ľudí, otázkach psychosomatickej problematiky bolesti, problému sexuality vo vyššom veku, otázke joggingu. Posledné práce rozoberajú problematiku stacionárnej psychoterapie v druhej polovici života a psychosomatické problémy v domovoch dôchodcov.

Mnohé práce sú dokumentované grafmi, tabuľkami a náčrtmi, väčšina prác uvádza v závere potrebnú literatúru.

Aj keď ide o relatívne malú prácu z hľadiska obsahu, dotýka sa problematiky vysokoaktuálnej, ktorá v súčasnej geriatrici predstavuje sféru, ktorej bude potrebné venovať v budúcnosti zvýšenú pozornosť.

Dr. M. Palát, Bratislava

L. ŠIMUN
CHIRURGIA MÄKKÝCH TKANÍV TVÁRE
Osveta Martin, 1985.

Slovenskí chirurgovia už dlho očakávali publikáciu, ktorá by sa komplexne zaoberala chirurgiou mäkkých tkanív poranenej tváre. Publikácia doc. Šimuna Chirurgia mäkkých tkanív tváre sa v plnom rozsahu zaoberá problémom ošetrovania poranení tváre a tvárového skeletu, metódami, ktoré zodpovedajú súčasným požiadavkám.

Pre hlbšie pochopenie významu kvalit-

ného ošetrovania poranení mäkkých tkanív tváre správne uvádza kapitolu o psychologických aspektoch poranení tváre, potrebné údaje z anatómie, fyziológie a biológie hojenia rán tvárovej oblasti. Vyčerpávajúcim spôsobom uvádza aj zásady ošetrovania rán, sutúry kože a princípy rozličných druhov plastík. Ťažko poranená tvár má byť čo najkvalitnejšie chirurgicky ošetrovaná, pretože následky úrazu

a najmä neodborného ošetrovania sú príčinou škaredých jaziev a deformácií, ktoré ovplyvňujú psychiku raneného a sú príčinou jeho častých duševných útrap. Preto autor v špeciálnej časti uvádza všetky dostupné metódy ošetrovania mäkkých tkanív jednotlivých oblastí tváre, metódy rekonštrukcie defektných poranení bezprostredného okolia a princípy pooperačnej starostlivosti a rehabilitácie. Je chvályhodné, že špeciálna časť obsahuje aj kapitolu o diagnostike, poskytovaní prvej pomoci a liečbe zlomenín tvárového skeletu. Nesprávny je postup, keď sa poranenia mäkkých tkanív dobre ošetrí a zlomenina tvárového skeletu sa prehliadne alebo neošetrí. Poranenia mäkkých tkanív

pri súčasnom poranení tvárového skeletu môžu byť prístupovým miestom pre chirurgické ošetrovanie zlomeniny.

Publikáciu skúseného plastického chirurga, ktorý čerpal zo svojich dlhoročných skúseností a odbornej praxe, treba vrele odporúčať všetkým chirurgom pre komplexné riešenie ošetrovania poranenia mäkkých tkanív tváre a tvárového skeletu, ale najmä traumatológom, plastickým chirurgom, čefustným chirurgom a všetkým lekármi, ktorí prichádzajú do styku s poranením tvárovej oblasti. Z publikácie môžu čerpať potrebné podklady aj rehabilitační pracovníci pre rehabilitáciu tváre po úraze.

Dr. Š. Petrovič, Bratislava

D. R. SCHNEIDER

GESCHÄDIGTE SÄUGLINDE UND KLEINKINDER

Poškodení kojenci a malé deti.

VEB Georg Thieme Leipzig, 1985.

Publikácia vyšla v edícii *Modernej pediatrie*. Kniha má 21 vyobrazení, 20 tabuliek a 7 schematických znázornení. Text je rozdelen do 5 kapitol.

Úvodná kapitola sa zaoberá problematikou a súčasnými poznatkami výskumu problému. Zvláštna pozornosť sa venuje poškodenému dieťaťu všeobecne. Táto časť obsahuje niekoľko definícií, ktoré vystihujú pojem „poškodené dieťa“. Ďalšia časť tejto kapitoly je zameraná na poruchy vývoja dieťaťa, predovšetkým z hľadiska psychického a na deti, ktorých špecifickým prejavom poškodenia sú poruchy učenia, až neschopnosť učiť sa.

Obsahom 2. kapitoly je včasná diagnostika, zdôraznenie jej významu, potreba poznania vývojovej diagnostiky, výchovné problémy a rehabilitácia. Poukazuje sa na dôležitosť interdisciplinárnej spolupráce, pričom sa táto predpokladá v dvoch dimenziách: medicínskej (rôzne odbory medicíny) a spolupráca medzi inými vedecnými odborními (medicína, psychológia, pedagogika). Zvlášť dôležitá je starostlivosť o poškodené deti v špeciálnych kolektívnych zariadeniach — jasliach (Kinderkrippen).

Tretia kapitola je zameraná na výučbový a výchovný proces poškodeného dieťaťa v skupine. Informuje o súčasnom stave výučby a výchovy v existujúcich špe-

ciálnych zariadeniach v NDR. Zdôrazňuje sa, že činnosť sledovaných detí má byť pre ne pochopiteľná, vykonávať sa má na im primeranej úrovni a má mať praktické zameranie. Táto kapitola obsahuje prakticky návrh programu výučby a výchovy v skupine so zameraním na sebaobsľuhu, hru, poznanie okolitého prostredia, všedné denné činnosti, pohybové schopnosti, reč atď.

Celkom krátko sa autori v štvrtej kapitole venujú hodnoteniu stavu dieťaťa. Pričom poukazujú na potrebu dôkladnej anamnézy (predovšetkým psychomotorický a rečový vývoj) a upozorňujú na dôležitosť konania kontrolných vyšetrení.

Záver obsahuje hodnotenie výsledkov vlastných pozorovaní v skupinách pozorovaných detí (podľa typu poškodenia) za obdobie r. 1976 — 1980. Za toto obdobie sa sledovalo 213 poškodených dojčiat a malých detí. Zistilo sa, že vývoj poškodených detí v organizovaných skupinách postupoval lepšie ako u detí, ktoré boli v ambulatnom liečení.

Zoznam použitej literatúry obsahuje 120 citácií. Publikácia je zaujímavým prínosom v odbornej literatúre, je vhodná pre širokú lekársku verejnosť, psychológov, pedagógov a všetkých, ktorí sa zaoberajú poškodenými deťmi.

Dr. P. Elan, Bratislava

V. MEZINÁRODNÍ SYMPOSIUM OVLÁDÁNÍ HYBNOSTI VE VARNE

Ve dnech 10. — 15. 6. 1985 se konalo v příjemném prostředí Mezinárodního domu novinářů na sever od Varny již V. symposium na tema Ovládání hybnosti (motor control). Ačkoliv čistě klinických prací bylo předneseno málo, považují za užitečné informovat čtenáře Rehabilitácie o průběhu symposia. Zdálo se mi totiž po obsahové i organizační stránce velmi vydařené a rehabilitační odborníci by měli být informováni o nových poznatcích z oblasti fyziologie a patofyziologie hybnosti.

Symposia se účastnilo asi 100 odborníků, většina aktivně jako autoři či spoluautoři sdělení. Najvíce zahraničních účastníků bylo ze SSSR (18), Kanady (14) a USA (12). Z ČSSR přijeli 4 účastníci. Jen menší část prací (37) byla přednesena, takže bylo dost času na vlastní přednesení (20 min) a diskusi (10 min). Zbytek prací byl prezentován ve formě posterů (76). Jednácím jazykem celého symposia byla angličtina. Příjemným překvapením bylo, že mnoho účastníků se znalo a severoameričtí účastníci opakovaně citovali práce sovětských autorů a naopak. Většina bulharských účastníků a organizátorů byla ze sofijských pracovišť a jejich práce měly převážně velmi dobrou úroveň.

Účastníci referovali o výsledcích, získaných zčásti na experimentálních zvířatech, zčásti na zdravých či nemocných osobách. Práce byly zařazeny do těchto tematických okruhů: aktivita motorických jednotek, reflexní ovládání hybnosti, mozkové potenciály v závislosti na pohybu, posturální mechanismy. Jako vyšetřovací metoda byla použita elektromyografie, u zvířat též záznam potenciálů z jednotlivých motoneuronů a nervových vláken, dále stabilometrie, mechanické záznamy pohybu. Některé otázky byly řešeny pomocí modelů a matematických výpočtů.

Symposia se účastnila řada významných odborníků, např. profesoři Gurfinkel a Kozlovskaja ze SSSR, Evarts z USA, Schomburg ze Švédska, Hopf z NSR a Shahani z Indie.

Je možno uvést řadu údajů, vybraných z přednesených prací, které jsou důležité nebo alespoň zajímavé pro rehabilitační léčbu pohybového ústrojí. Prof. Evarts popsal v úvodní přednášce, jak týž podnět může u lidí i opic vyvolat podle okolností různé složité motorické odpovědi a že na výběru těchto „motorických setů“ se podílí pre-motorická oblast mozkové kůry. Prof. Gurfinkel ukázal při elektrostimulaci kosterního svalu frekvencí 10 Hz se po 1 min kontraktilní vlastnosti svalu; stah má tonický charakter s menší spotřebou energie. V další práci popsal změny posturálních mechanismů u 250 pacientů s lézí mozku v závislosti na její lokalizaci. Několik prací popisovalo reflexní změny při centrální hemiparéze. Dr. Chidress z USA referoval o možnosti náhrady proprioceptivní zpětné vazby u protéz pro horní končetiny. Kanadští autoři popisují u kočky při snímání z m. sartoriac během chůze zajímavý nále: některé motorické jednotky se aktivují pouze během flexe v kyčli, kdy se sval zkracuje, jiné během extenze v kolenní, kdy se sval protahuje.

Odborníky v elektromyografii zaujme technická novinka bulharských kolegů, tzv. větvené elektrody, které snímají potenciály z menší části než běžné bipolární. Mohou to být elektrody povrchové nebo vnošené drátové.

Víc než na jiných odborných akcích bylo těžiště tohoto symposia v diskusích, které byly zaujaté, místy až nemilosrdné a plně ironie, ale vždy věcné a v přátelské atmosféře. Musíme si přát, aby se podobnou atmosférou podařilo vytvořit na všech mezinárodních setkáních.

MUDr. Jiří Votava, CSc., Praha

III. CELOSTÁTNÍ KONFERENCE O DĚTSKÉ MOZKOVÉ OBRNĚ VE DNECH 27. — 28. 9. 1985

Z pověření Československé rehabilitační společnosti uspořádala Česká rehabilitační společnost (Sekce dětské mozkové obrny) ve dnech 27. — 28. 9. 1985 III. celostátní konferenci o dětské mozkové obrně v rekreačním středisku LIAZ v Zámostí, okres Jičín. Organizátory konference byli pracovníci Československých státních lázní Železnice. Konference se zúčastnilo celkem 170 pracovníků různých oborů, zabývajících se problematikou dětské mozkové obrny. Do Zámostí přijeli z celé ČSSR rehabilitační lékaři, dětské neurologové, pediatři, rehabilitační instruktorky, psychologové, speciální pedagogové, logopedi, sociální pracovníci atd. V průběhu zasedání bylo předneseno celkem 27 odborných referátů, které měly vesměs vysokou úroveň. Přednášky byly rozděleny do čtyř tematických celků:

1. Hodnocení pohybového vývoje

Tuto část jednání zahájila přednáška prof. Jandy (Praha), který mluvil o vyšetřování dospělých pacientů s DMO, o poruchách čítí, poruchách koordinace, o senzomotorických poruchách. Doc. Vlach (Praha) pokračoval přednáškou o valivém reflexu a jeho vztahu k pohybovému vývoji dítěte. Dr. Véle (Praha) promluvil o výhodách a nevýhodách různých vyšetřovacích technik. Dr. Benko (Bratislava) referoval o svých názorech na hodnocení výsledků rehabilitace a o spolupráci dětských neurologů s pediatry při stanovení diagnózy. Referáty prof. Lesného (Praha), Dr. Stehlíka, Dr. Nachtmanna, A. Tománkové, M. Duškové (Železnice) byly zaměřeny na vývojovou dyspraxii a dysgnózi jako syndrom malého mozkového postižení a na možnosti jejího hodnocení. M. Klemová (Praha) přednášela o možnostech kineziologické diagnostiky podle Vojty. Na tuto přednášku navazovalo sdělení Dr. Staré (Luže-Košumberk) o možnostech použití posturálních poloh při hodnocení dětí s DMO. J. Knapová (Teplice) referovala o způsobech hodnocení poruch chůze u dětí se spastickým syndromem. Dr. Novotný (Teplice) informoval ve svém sdělení o nově zaváděném léčení dětí v Teplicích současně s doprovodem matky. Dr. Bradna (Kutná Hora) rozebral možnosti hodnocení svalového tonusu a možnosti jeho ovlivnění léčebnou rehabilitací. Doc. Süssová (Praha) referovala o výsledcích vyšetření mozku počítačovou tomografií u skupiny dětí s DMO.

2. Druhým tématem konference bylo hodnocení psychického vývoje. V úvodním referátu této části konference promluvil Dr. Nosek (Jánské Lázně) o možnostech psychologického vyšetření u nejčastějších forem DMO a o jeho prognostické hodnotě. Na tuto přednášku navázala Dr. Brázdilová (Praha) úvahou o důležitosti osobnostních rysů pro léčebnou rehabilitaci a o jen relativním významu inteligenčního kvocientu. Dr. Pekařová (Luže — Košumberk) sdělila své zkušenosti s možnostmi psychoterapie u dětí s DMO.

3. Další část konference byla zaměřena na hodnocení vývoje řeči. Prof. Kábele (Praha) se zaměřil v úvodním referátu podrobně na možnosti hodnocení mluvních dovedností u dětí s DMO. Dr. Benko (Bratislava) referoval o možnostech použití nového testu vývoje řečových schopností (REEL test) u dětí s DMO v nejtěším věku. Dr. Brázdilová (Praha) zdůraznila v dalším referátu nutnost nejranější stimulace vývoje řeči. Dr. Šáfrová (Jánské Lázně) informovala o svých zkušenostech s vedením dětí s DMO při rozvoji řeči.

4. Poslední část konference byla věnována problematice hodnocení vzdělanosti dětí s DMO a možnostem zařazování dětí do povinné školní docházky a do ústavů sociální péče. Tuto problematiku zahájila přednáška prof. Pfeiffera (Praha) o možnostech využití D-kódu mezinárodní klasifikace následků zdravotního postižení při hodnocení dětí s DMO. Uvedl mj. různé faktory, které je nutno vzít v úvahu při posuzování školní zralosti. Způsobům

posuzování školní zralosti byly věnovány také další dvě přednášky — dr. Brázdilové (Praha) a dr. Hadraby (Teplice). Dr. Tauber (Havlíčkův Brod) referoval o zdravotní, školní a psychosociální situaci dětí s DMO v okrese Havlíčkův Brod. Ing. Brázdil (Praha) informoval o některých aktualitách z oboru sociálního zabezpečení z různých pohledů. Dr. Krivánková (Zbůch) promluvila o možnostech uplatnění svěřenců ČSP Zbůch po ukončení zvláštní školy. Na podobnou tematiku — problematika pracovního zařazování žáků zvláštní školy pro tělesně postižené — mluvil také dr. Hritz (Bratislava). Soubor přednášek byl zakončen referátem J. Šimůnka (Liberec) o výcviku plavání u dětí s DMO.

Po všech přednáškách byla velmi živá diskuse. Z přednášek a diskuse vyplynuly některé úkoly, kterými se bude muset v budoucnosti zabývat česká a slovenská sekce DMO a příslušní odborníci: sjednocení diagnostiky zvláště u dětí nejnižších věkových skupin, popularizace této problematiky mezi pediatry, zlepšování časné diagnostiky, sjednocování testů psychologického vyšetření tak, aby nedocházelo k výraznějším rozporům v závěrech psychologických vyšetření, jednotnost informací, poskytovaných rodičům postižených dětí různými odborníky, zajišťování možnosti přípravy pro vhodná povolání s přihlédnutím k celkovému stavu dítěte v rámci komisí koordinované péče, vyřešení vhodnosti zavedení mezinárodní klasifikace pomocí D-kódu u dětí s DMO.

Konference měla hladký průběh, k jejímu zdaru a spokojenosti účastníků přispělo i hezké prostředí rekreačního střediska LIAZ v Zámostí v Českém ráji v blízkosti Prachovských skal.

Dr. A. Stehlík, Železnice

SPRAVY Z USTAVOV PRE ĎALŠIE VZDELÁVANIE SZP

V školskom roku 1986 — 87 Ústav pre ďalšie vzdelávanie SZP v Bratislave. Katedra rehabilitačných pracovníkov uskutoční tieto školiace akcie:

Kurzy

1. Sústreďenie pomaturitného špecializačného štúdia v úseku práce liečebná telesná výchova, druhý rok štúdia.
Určenie: Pre rehabilitačných pracovníkov zaradených do PŠŠ k 1. 9. 1985.
Termín: 15. 9. — 26. 9. 1986.
Miesto konania: Bratislava.
Náplň: Podľa pedagogického dokumentu tohto štúdia.
2. Tematický kurz v rehabilitácii geriatrických pacientov — celoštátny.
Určenie: Pre rehabilitačných pracovníkov, ktorí pracujú na fyziatricko-rehabilitačných oddeleniach NsP a v čl. štátnych kúpeľoch.
Termín: 3. 11. — 14. 11. 1986
Miesto konania: Bratislava
Náplň: Zvládnutie teoretických poznatkov a metodických postupov pri rehabilitácii geriatrických pacientov.
3. Tematický kurz v rehabilitácii pri afekciách chrbtice.
Určenie: Pre rehabilitačných pracovníkov, ktorí pracujú v NsP a ostatných zdravotníckych zariadeniach.
Termín: 23. 2. — 6. 3. 1987
Miesto konania: Bratislava
Náplň: Oboznámenie s vyšetrením funkčných porúch chrbtice, s neurofyzičnými zá-

kladmi hybného systému. Stavba rehabilitačných programov a metodické postupy pri vertebrogénnych ochoreniach.

4. Psychosociálne aspekty rehabilitácie chronických ochorení.

Určenie: Pre rehabilitačných pracovníkov, ktorí pracujú v zdravotníckych zariadeniach a zariadeniach sociálnej starostlivosti.

Termín: 6. 4. — 17. 4. 1987

Miesto konania: Bratislava

Náplň: Súčasné poznatky z hľadiska psychosociálnych aspektov rehabilitácie pri chronických ochoreniach, s osobitným zameraním na kardiovaskulárny systém, respiračný systém, chronické neurologické afekcie a geriatrických pacientov.

5. Kurz v metódach elektrostimulácie a elektrodiagnostiky.

Určenie: Pre rehabilitačných pracovníkov, ktorí pracujú v uvedenej problematike.

Termín: sa určí dodatočne

Miesto konania: Trenčianske Teplice

Náplň: Funkčná elektrostimulácia, analgetická elektrostimulácia, vyšetrenie zmien nervovosvalovej dráždivosti, impulzoterapia, elektromagnetické žiarenie.

Školiace miesta:

1. Školiace miesto u chorých po náhlych cievných mozgových príhodách.

Určenie: Pre rehabilitačných pracovníkov, ktorí pracujú v uvedenej problematike na fyziatrisko-rehabilitačných oddeleniach NsP II. a III. typu.

Čas trvania: dva týždne

Termín: v priebehu školského roka

Miesto konania: Bratislava

Náplň: Rehabilitačné programy a metodické postupy po náhlych cievných mozgových príhodách. Oboznámenie sa s výcvikom denných činností.

2. Školiace miesto v mobilizačných technikách.

Určenie: Pre rehabilitačných pracovníkov, ktorí pracujú v zdravotníckych zariadeniach.

Čas trvania: dva týždne

Termín: v priebehu školského roka

Miesto konania: Bratislava

Náplň: Teoretické a praktické základy mobilizačných techník na chrbtici a na periférii.

3. Školiace miesto pre vedúcich rehabilitačných pracovníkov.

Určenie: Pre vedúcich rehabilitačných pracovníkov fyziatrisko-rehabilitačných oddelení NsP II. a III. typu.

Čas trvania: dva týždne

Termín: v priebehu školského roka

Miesto konania: Bratislava

Náplň: Oboznámenie sa s organizáciou práce na fyziatrisko-rehabilitačných oddeleniach, s vedením dokumentácie v nadväznosti jednotlivých metód na rehabilitačné programy. Náplň práce jednotlivých úsekov fyziatrisko-rehabilitačných oddelení.

4. Školiace miesto v rehabilitácii skolióz.

Určenie: Pre rehabilitačných pracovníkov, ktorí pracujú v tejto problematike.

Čas trvania: dva týždne

Termín: v priebehu roka

Miesto konania: Bratislava

Náplň: Prehĺbenie vedomostí a praktických zručností vo funkčnom hodnotení a metodických postupov v rehabilitácii skolióz.

V. Reptová, Bratislava

aktuality aktuality

Práca je prehľadom názorov na otázky bolesti srdca v historickom vývoji. Existuje celý rad faktorov, ktoré v určitej interakcii vedú k srdcovej bolesti. Môže to byť hypoxia podmienená morfológickými či funkčnými zmenami koronárnej cirkulácie, ďalej to môže byť distenzia srdcových dutín, nervové alterácie alebo ischemická neuropatia s deštrukciou myelínových vlákien. Autor upozorňuje na niektoré termíny, ako je polysarcia cordis podmienená osifikáciou koronárov, termín známy už pred 200 rokmi.

P. Procacci, M. Maresca: Pain 22, 1985, str. 325—335.

Štúdia prináša identifikáciu rizikových faktorov pri vývoji proliferatívnej diabetickej retinopatie a porovnáva skupinu 111 pacientov s dihedobým diabetom liečeným inzulínom a skupinu 81 pacientov s rovnakým trvaním choroby, bez proliferatívnej diabetickej retinopatie. Údaje získané vyšetrením ukazujú, že riziko vzniku proliferatívnej diabetickej retinopatie je podmienené mnohými faktormi. Autori identifikovali štyri špecifické faktory, ktoré významne ovplyvnili vývoj spomenutej retinopatie: tzv. index hyperglykémie ako výraz stupňa diabetes mellitus, index snahy pacienta samotného na kompenzáciu jeho diabetu (podmienený frekvenciou vyšetrenia moču), prítomnosť fenotypu HLA—DR a prítomnosť refrakčnej chyby. Štúdia ukazuje, akým spôsobom sa dá podobný výskum modelovať.

L. I. Rand a spol.: New England J. of Med 313, 1985, str. 1433—1433

V práci sa hovorí o hemodynamických a humorálnych efektoch kofeínu pri tzv. autonómnej poruche. Výsledky ukazujú, že kofeín má presorický efekt a znižuje postprandiálnu hypotenziu u tzv. autonómnych porúch. Tento efekt sa nevysvetľuje primárne zvýšením sympaticko-parasympatickej aktivity alebo aktiváciou systému

renín-angiotenzín. Autori uzatvárajú, že kofeín môže byť dobrým prostriedkom v liečbe ortostatickej hypotenzie, podmienenej autonómnou poruchou, osobitne v postprandiálnom období.

J. Onrot a spol.: New England J. of Med. 313, 1985, str. 549—554.

Autorka sa vo svojej práci zaoberá problematikou bolesti u onkologických pacientov. V prehľadnej práci konštatuje, že bolesť je jedným z najobávanejších príznakov rakoviny. Odporúča ustavične meniť narkotické analgetiká, hovorí o nutnosti vypracovať nové liečebné postupy s prihliadnutím na zvládnutie bolesti a ďalšie klinické a výskumné sledovanie zamerané týmto smerom.

K. M. Foley: New England J. of Med. 313, 1985, str. 84—95.

aktuality aktuality

V práci sa hovorí o farmakologických vlastnostiach veľkej skupiny liečiv — antipsychotík, ktorých používanie je v súčasnosti veľmi rozšírené. Autor opisuje ich selekciu z pohľadu indikácií pre jednotlivé ochorenia, venuje pozornosť dávkovaniu jednotlivých liečiv tohto okruhu, všima si ich kombinácie a podrobne sa zaoberá vedľajšími účinkami tejto skupiny moderných liečiv.

Antipsychotické liečivá revolučným spôsobom ovplyvnili súčasnú psychiatriu a používajú sa aj u nepsychiatrických diagnóz. Prednosťou práce je, že venuje pozornosť všetkým otázkam tejto skupiny liečiv, vrátane vedľajších účinkov, neraz s fatálnym priebehom.

J. L. Black: Mayo Clin. Proc. 60, 1985, str. 777—789.

Už dlho je známy takzvaný bolestivý syndróm hrudnej steny. Autori sa zaoberajú vo svojej prehľadnej práci anatomickými a všeobecnými predpokladmi pre tento bolestivý syndróm. V ďalšom rozoberajú jednotlivé klinické jednotky, ktoré do obrazu tejto symptomatológie patria. Ide o celý rad klinických stavov, známych pod rôznymi menami, ktorých spoločný menovateľ je bolestivý syndróm hrudnej steny. Medzi tieto stavy patria Tietzeho syndróm, poranenie rebier a hrudníka, kostrovertebrálna artritída, bo-

lestivý syndróm xifoidálny, ďalej traumatické zmeny svalstva hrudníka, Bornholmská choroba a afekcie, ktoré majú vzťah k oblasti hrudnej chrbtice, k mieche a torakálnym nervom. Poukazujú aj na klinické obrazy iných oblastí, pri ktorých vyžarujú bolesti do steny hrudníka, ako je fibrózný syndróm alebo psychogénne regionálne bolesti.

A. G. Fam., H. A. Smythe: The Canadian Med. Ass. J., 133, 1985, s. 379 — 389.

V práci sa poukazuje na súčasný stav chronobiológie a jej význam pre klinickú medicínu. Autor, ktorý je fyziológom, rozoberá otázky rytmických variácií v symptomatológii a chronopatológii. Hovorí o chronofarmakológii a chronoterapii s poukazom na tri základné aspekty chronofarmakológie — chronostéziu, chronofarmakokinetiku a chronoenergiu. Práca je prehľadným príspevkom k otázkam možného využitia poznatkov z oblasti chronobiológie v klinickej medicíne.

D. S. Minors: Clinical Science, 69, 1985, s. 369 — 376.