

ZDENKO REGULI

Pohľad aikidó na cvičenie oslabených.

Úvod.

V praxi sa z času na čas stretávame so záujemcami o cvičenie aikidó, ktorí sú zdravotne oslabení. Toto oslabenie môže byť rôzneho stupňa. Pohybová terapia ťažších oslabení patrí do rúk fyziatrom, lekárom a špeciálnym pedagógom. V ostatných prípadoch môže každý učiteľ aikidó napomôcť integrácii oslabených, napomôcť im k zmysluplnému životu, v ktorom budú rovnocennými partnermi s ostatnými ľuďmi.

Na prvý pohľad by sa mohlo zdať, že úpoly, teda ani aikidó, nie sú tým pravým prostriedkom v telesnej výchove a športe oslabených. História úpolov, história bojových umení nehovorí o takomto využití. S trochou irónie by sme mohli dodať, že práve úpolový stret bol v niektorých sociálnych skupinách, pri aikidó v skupinách japonskej bojovej šľachty, príčinou zdravotného oslabenia. Tisícročia a stáročia boli vyvíjané najrozmanitejšie spôsoby, ako nepriateľa zabiť, ako ho zraniť tak, aby nebol schopný ďalšieho boja (Draeger – Smith, 1995).

V nevyhnutnom procese vývoja ľudstva sa však aj bojové umenia dostali do postupného procesu transformácie (Fojtík, 1993). Staré bojové umenia (budžucu), zamerané na technicko-taktickú činnosť bojovníka, vojaka sa zamerali na celkový rozvoj ľudskej bytosti, jej telesnej, duševnej, ako aj duchovnej podstaty. Z bojovej cesty sa stala všeobecná cesta harmónie s prírodou i kultúrou. Táto cesta má biodromálny charakter, čo sa odráža aj na vzťahu aikidó k zdravotne oslabeným.

V súčasnosti v aikidó sledujeme komplexnú edukáciu človeka počas celej životnej cesty (Reguli, 1998). Tento priestor je napĺňaný v koncepcii obsahovej náplne v oblastiach telesnej, duševnej, sociálnej a duchovnej.

Kategórie oslabenia organizmu sú podľa staršej koncepcie Komisie telesnej výchovy oslabených pri Vedeckometodickej rade ČÚV ČSZTV z roku 1964 (in Hrčka – Drdácká, 1992) nasledovné:

1. Oslabenie pohybovo oporného aparátu
2. Oslabenie srdcovo cievného systému.

3. Oslabenie dýchacieho systému.
4. Oslabenie gastrointestinálne.
5. Oslabenie endokrinné a metabolické.
6. Oslabenie gynekologické.
7. Oslabenie nervové, psychické a zmyslové.
8. Starší vek.

V ďalšom texte sa pokúsime stručne načrtnúť možnosti využitia prostriedkov aikidó v aplikácii pre jednotlivé skupiny oslabených. Žiaľ, krátka história aikidó na Slovensku (Plaštiak, 1998) a v Čechách zatiaľ nepriniesla empirický výskum z tejto oblasti. Sme teda odkázaní na teoretický rozbor, analógiu a na osobné skúsenosti. Používanie tradičných japonských terapeutických postupov v prevencii a liečbe – šiacu, ktoré sú integrálnou súčasťou aikidó a jedným z jeho prostriedkov (Reguli, 2000a), považujeme za samozrejme pri všetkých druhoch oslabení.

1. Oslabenie pohybovo oporného aparátu.

Táto skupina zahŕňa široké spektrum diagnóz (Labudová et al., 1988), determinujúcich možnosti uplatnenia sa takto oslabeného jednotlivca pri cvičení aikidó.

Pri oslabeniach, ktoré možno pomocou cvičenia úplne alebo aspoň čiastočne napraviť, napr. chybné držanie tela, svalové dysbalancie a podobne zaraďujeme najmä cvičenia základných pohybov s dôrazom na správne vykonávanie techniky. Podľa oslabenia je ohnisko v kihon waza, základných technikách ako napríklad hanmi (stoj), seiza a kiza (sed), ťah a prechody medzi týmito polohami, alebo v zameraní na základné pohyby, čiže te sabaki (pohyby rukami), aši sabaki (pohyby nohami a chôdza), tai sabaki (obraty tela).

Pri postihnutiach, akými sú amputácie končatín je naše odporúčenie prostriedkov závislé od končatiny, miesta amputácie a možnosti použiť protetické pomôcky. Je však pravdepodobné, že amputácie dolných končatín viac obmedzia repertoár cvičení.

Na nebezpečenstvo poškodenia pohybového systému sa upozorňuje v súvislosti s niektorými úpolmi (Pohybový, 1997). Veľkú úlohu aikidó preto vidíme aj v prevencii a v zacytení prvých znakov oslabenia pohybovo oporného aparátu.

2. Oslabenie srdcovo cievneho systému.

Choroby kardiovaskulárneho systému sú dnes na prvom mieste v príčinách úmrtnosti. Z najčastejšie sa vyskytujúcich chorôb sú v pozornosti najmä arteriálna hypertenzia, ischemická choroba srdca, rôzne vrodené srdcové vady (Kučera et al., 1996). Pozornosť

venujeme intenzite a dobe zaťažovania a záťaži statickej – dynamickej, resp. horných – dolných končatín (Labudová et al., 1988).

Arteriálna hypertenzia. Aikidó nie je závislé na silovom tréningu, preto tu z tohto pohľadu nie je prekážka. Odporúčame vynechávať statickú formu cvičenia (go tai) v jej extrémnej forme. V prípade veľmi zvýšeného tlaku nie sú vhodné ani cvičenia so zbraňami. Zameranie by malo mať ťažisko na plynulo vykonávaných technikách s pravidelným dosahovaním vytrvalostného zaťaženia s intenzitou 50 – 85% počas cca 60 minút.

Ischemická choroba srdca. Nie sú obmedzenia v oblasti technických prostriedkov. Podľa priebehu choroby a individuálnych zvláštností odporúčame pomalý nástup intenzity pohybových aktivít. Pri postupnom zvyšovaní je nutné cvičenca sledovať a vrátiť sa k nižšej intenzite pri akýchkoľvek ťažkostiach v jasnej väzbe na cvičenie.

3. Oslabenie dýchacieho systému.

Stretávame sa najmä s chronickou bronchitídou. Mimo záchvatov je jedinec schopný i veľmi vysokých výkonov aj na vrcholovej úrovni (Kučera et al. 1996). V aikidó nie sú takto oslabení nijakým spôsobom obmedzení. Je však nutné dbať vo väčšej miere na kvalitu materiálu – technického zabezpečenia, najmä dbať na čo najväčšiu bezprašnosť prostredia. Relatívnou kontraindikáciou býva aj studené a suché ovzdušie, ak postihnutý dýcha ústami. Vylučujú sa tak niektoré z ťažších foriem tréningu, napríklad zimné kan keiko.

Pri insuficiencii sa podľa stupňa dušnosti zameriavame najmä na spôsoby správneho dýchania, na rozvoj kisoku. K. Ueshiba (1987) používa tento výraz pre dýchanie v zmysle vitality. Kto dýcha žije, kto nedýcha nežije. Z toho sa ďalej odvodzuje, že ten kto dýcha správne, má aj kvalitnejší život. Systematika aikidó pozná niekoľko techník dýchania a množstvo cvičení (Reguli, 2000b). Dá sa povedať, že každý technický prostriedok je sprevádzaný zodpovedajúcou technikou dýchania.

Z príkladov uplatnenia by sme mohli uviesť napríklad kiai, používané pri maximálnom použití tzv. kokjú rjoku, dychovej sily. Ide o zharmonizovanie a sústredenie energie ki do jedného bodu, čo môže mať za následok výkrik (Saotome, 1993). Predpokladáme zlepšenie schopnosti strednej a maximálnej výdychovej rýchlosti.

4. Oslabenie gastrointestinálne.

Patria sem funkcionálne, ako aj organicko-morfologické odchýlky. Oslabenia tráviaceho systému majú veľmi úzky vzťah k telesným cvičeniam. Každá záťaž sa dramaticky prejavuje v zdravotnom stave oslabeného.

Vo všeobecnosti sa pri vredovej chorobe vylučujú úpolové športy (Kučera et al., 1998; Kučera – Dylevský et al., 1999 a iní). Vychádza sa pritom z kontraindikácie anaeróbného zaťaženia, nárazov, úderov a podobne. Aikidó svojou nesúťažnou podstatou a princípmi nonagresívnosti, nenásilia, vzájomnej spolupráce atď. neodporuje týmto zásadám. Musia byť vylúčené tvrdé pády a ostatné obmedzené. Navrhujeme ľahší, aeróbne zameraný základný tréning (ipan keiko). Využitie môžu byť s úspechom aj metódy cvičenia so zbraňami, najmä kata.

Pokles tonusu hladkej svaloviny spolu s ochabnutím závesného aparátu jednotlivých orgánov sa vyskytujú viac u ľudí s nedostatkom prirodzeného pohybu, astenikov s chybným držaním tela a ďalšími pridruženými oslabeniami (Labudová et al., 1988). Primerané, ľahké zaťaženie podporuje činnosť tráviaceho systému. Naopak vysoká fyziologická náročnosť pohybovej aktivity znižuje vnútrob brušné prekrvenie, znižuje sekréciu tráviacich štiav a pod. (Štulrajter, 1998). V tréningovom procese volíme kratšie a menej náročné zaťaženie bez silových a rýchlostných cvičení.

5. Oslabenie endokrinné a metabolické.

Zaraďujeme sem predovšetkým cukrovku a obezitu (Labudová et al., 1988).

Špeciálny program pre obezitu staviame v závislosti od vzniku obezity. Exogénny vznik, vznik disbalansom medzi príjmom a výdajom energie riešime v prvom rade úpravou životného štýlu. Endogénny vznik obezity predstavuje sťaženie podmienok. V programe použijeme psychologickú intervenciu a vhodný výber cvičení. Aby sme odbúravalí tuk, musíme ordinovať pohybovú činnosť vytrvalostného charakteru počas dlhšieho časového úseku. Veľkou komplikáciou býva zvýšená záťaž pohybovo – oporného aparátu, ktorú musíme rešpektovať už od nadváhy 10 až 20% nad optimálnu hodnotu BMI (body mass index; Kučera – Dylevský et al., 1999).

Pri diabetes mellitus dbáme na riziko zvýšenia záťažovej hypoglykémie a iných komplikácií. Vyhovuje tu aikidistická koncepcia cvičenia v skupine, alebo aspoň s partnerom, ktorý v prípade ťažkostí môže zasiahnuť. Prirodzene, musí byť oboznámený s charakteristikou ochorenia. Pohybové aktivity plnia predovšetkým udržiavaciu a preventívnu funkciu. Pri cielelom výcviku však možno dosiahnuť dobré výsledky z hľadiska cieľov aikidó v telesnej oblasti.

6. Oslabenie gynekologické.

Ženy sa v tréningovom procese v zásade neoddeľujú od mužov. Charakter aikidó, či už externý, alebo interný je ženám veľmi blízky (Ueshiba, 1987). Je však pochopiteľné, že musíme akceptovať prirodzené oslabenia žien vyplývajúce z menštruačného cyklu, materského poslania a pod.

Tehotenstvo nie je prekážkou pohybovej aktivity, ale platí všeobecné pravidlo, že nie je vhodné cvičiť príliš intenzívne. Treba sa vyvarovať zvýšeniu teploty a acidózy, najmä po 28. týždni.

Komplikácie pri menzes vylučujú prepínanie svalov brušnej steny, ako aj nárazy a otrasy, vznikajúce pri pádoch. Osvedčili sa koordinačné cvičenia aiki taiso, kombinujúce rozvoj koordinačných schopností s dychovými cvičeniami. Prekrvuje a masíruje sa tak oblasť brušnej dutiny, čo pôsobí priaznivo najmä pri bolestivom krvácaní (Labudová et al., 1988).

Preventívne pôsobia cvičenia v zníženej polohe (suwari waza, hanmi hantači waza), pri ktorých sa kladie zvýšená náročnosť na prácu svalov brucha a panvového dna. Rovnaký funkčný záber majú aj pády vzad, vykonávané bez letovej fázy.

7. Oslabenie nervové, psychické a zmyslové.

Táto skupina sa nám zdá byť príliš široká. Zahŕňa rôzne oslabenia, ku ktorým sa z pohľadu didaktiky športu oslabených musíme veľmi diferenciallyne postaviť.

Z neurologických ochorení upriamime pozornosť na epilepsiu a obrnu. Epilepsia sa vyskytuje v rôznych formách, pričom môže v latencii pretrvávajúť aj niekoľko rokov bez toho, aby si ju postihnutý uvedomoval. Záchvaty individuálne vyvoláva množstvo mechanizmov. Treba dbať na vyhnutie sa otrasom prenášaným do hlavy, veľkým emocionálnym vzruchom a pod. Obrna, periférna alebo centrálna, prináša veľké obmedzenie v pohybových aktivitách človeka (Labudová et al., 1988). Cvičeniami sa snažíme zachovať funkčnosť postihnutých svalov prostredníctvom aktívnych, ako aj pasívnych pohybov. Uplatní sa tu metóda aktívnej pomoci pri nácviku techník aikidó.

Zmyslové oslabenia, pričom máme na mysli najmä otorinolaringologické oslabenia, nemusia pri správnom výbere pohybových činností znamenať veľké obmedzenie postihnutej osoby (Kučera et al., 1998). Narušenia sluchu nepredstavujú veľký problém. Ten prichádza pri poruchách polohového orgánu. Vyvarovať sa musíme najmä možným nárazom hlavy. Pri pomoci zrakovo postihnutým vidíme veľké možnosti. V súlade s odporúčaniami pre úpoly všeobecne (Kučera, Dylevský et al., 1999) sa nám javí aikidó ako jedno z najvhodnejších

umení. Bližšie sa týmto otázkam budeme venovať v návrhu tréningovej jednotky pre zrakovo oslabených.

Hektika a zvyšujúca sa rýchlosť životného štýlu so sebou nevyhnutne prináša množstvo psychických ochorení a porúch. Pri neurózach je možné pomocou relaxačných koncentračných cvičení dosahovať upokojenie organizmu, vnútorne regenerovať a nábrať nové sily. Väčší záber by však aj tu mal smerovať k prevencii, zvyšovaniu frustračnej tolerance, odolnosti proti stresu. Cielená výchova, zameraná k sebaaktualizácii má tiež zmierňovať negatívny dopad tlaku na psychiku človeka. So zdedenými a vrozenými poruchami sú už aj u nás isté skúsenosti. Autor sa v ÚSS Martin venoval aplikácii niektorých prostriedkov aikidó pre ľahko a stredne mentálne postihnutú mládež. Úpoly sú vo všeobecnosti nevhodné pre ľudí nedostatočne schopných postihnúť kauzálne vzťahy medzi príčinou a následkom. Aikidó nie je založené na násilí, ale aj tak je didakticky nevyhnutné viesť takto postihnutých cvičencov iba k pohybu, nie k jeho prípadnému brannému využitiu.

8. Starší vek.

Cvičenie seniorov je takpovediac špecialitou aikidó. Už zakladateľ (sám aktívne cvičil až do svojej smrti v 86-tich rokoch) odporúčal cvičenie pre všetky vekové kategórie a podporoval cvičenie starších ľudí (Saotome, 1989). Tieto myšlienky sa objavili aj v jeho Pripomienkach ku cvičeniu, ktoré smerodajne ovplyvnili vývoj aikidó (Ueshiba, 1987). Práca na začleňovaní starších do telovýchovného procesu je čoraz naliehavejšia, rastie úmerne so zvyšujúcou sa strednou dĺžkou života, je integrálnou súčasťou edukačných aktivít so seniormi (Čornaničová, 1998).

Je nevyhnutné pristupovať ku každému seniorovi individuálne, zohľadňujúc nielen jeho kalendárny vek, ale najmä biologický a tiež jeho adjustáciu na post ekonomické obdobie života. Hayflick (1997) uvádza prekvapujúce výsledky štúdií, ktoré nedokazujú vzťah medzi telesnými aktivitami a dĺžkou života. Je však nesporné, že telesné cvičenia majú jeden z rozhodujúcich vplyvov na kvalitu seniorského života.

Cesta aikidó je v staršom veku zameraná viac na oblasť duchovnú. Možno je to odraz prirodzeného smerovania ku gerontotranscendencii (Erikson, 1999). Určité problémy však môžu vyplývať aj z prirodzeného deklinačného procesu ako aj nástupom typických psychických problémov, ako je napríklad starecká demencia, ktorá postihuje až 10% seniorov (Bayer – Reban, 1999, s. 17).

Obsah cvičení sa riadi zásadami (Kučera et al., 1996):

1. Správna technika cvičení od elementárnych pohybov.

2. Vedomosti o metodike a účinku jednotlivých cvičení.
3. Dodržiavanie postupnosti zaťažovania.
4. Zaisťiť regeneračnú fázu.

Ak sa v praxi budeme orientovať podľa týchto zásad, je možné uplatniť takmer všetky prostriedky. Vyhybame sa najmä prílišnej orientácii na kansecu waza a šime waza (techniky páčení a škrtení). Obmedzíme tiež množstvo zložitejších pádov a iných náročných technických prostriedkov. Orientujeme sa viac na anticipáciu, vnímanie partnera a dôsledné napĺňanie princípov aiki.

Literatúra.

- BAYER, ANTONY – REBAN, JAN. 1999. *Demencia: Ako sa starať o ľudí postihnutých touto chorobou*. Bratislava : Národné centrum podpory zdravia 1999. 154 s.
- ČORNANIČOVÁ, ROZÁLIA. 1998. *Edukácia seniorov: Vznik, rozvoj, podnety pre geragogiku*. Bratislava : Univerzita Komenského 1998. 156 s.
- DRAEGER, D. F. - SMITH, R. W. 1995. *Asijská bojová umění: Historie, techniky, zbraně*. Bratislava : CAD Press 1995. 219 s.
- ERIKSON, ERIK H. 1999. *Životní cyklus rozšířený a dokončený: Doplněné vydání o devátém stupni vývoje od Joan M. Eriksonové*. Praha : Lidové Noviny 1999. 128 s.
- FOJTÍK, IVAN. 1993. *Japonská bojová umění budžucu*. Praha : Naše vojsko 1993. 175 s.
- HAYFLICK, LEONARD. 1997. *Jak a proč stárneme*. Praha : Knižní klub; Columbus 1997. 426 s.
- HRČKA, JOZEF – DRDÁCKÁ, BOŽENA. 1992. *Rekreačná telesná výchova a šport*. Bratislava : SPN 1992. 182 s.
- KUČERA, MIROSLAV – DYLEVSKÝ, IVAN ET ALII. 1999. *Sportovní medicína*. Praha : Grada; Avicenum 1999. 280 s.
- KUČERA, MIROSLAV ET ALII. 1998. *Pohyb v prevenci a terapii: Kapitoly z tělovýchovného lékařství pro studenty fyzioterapie*. Praha : Karolinum 1998. 196 s.
- LABUDOVÁ, JELA – THURZOVÁ, EMILÍA. 1992. *Teória a didaktika zdravotnej telesnej výchovy: Vybrané kapitoly*. Bratislava : Univerzita Komenského 1992. 102 s.
- LABUDOVÁ, JELA ET ALII. 1988. *Teória a didaktika telesnej výchovy oslabených*. Bratislava : SPN 1988. 197 s.
- PLAŠTIAK, IVAN. 1998. *Vznik, vývoj a podstata aikido*. [Diplomová práca]. Bratislava : FTVŠ UK 1998. 60 s.
- POHYBOVÝ SYSTÉM A ZÁTĚŽ. 1997. Praha : Grada; Avicenum 1997. 260 s.
- REGULI, ZDENKO. 1998. *Aikidó ako výchovný systém*. [Študentská vedecká konferencia]. Bratislava : FiF UK 1998. 28 s.
- REGULI, ZDENKO. 2000a. *Použitie šiacu v džude*. [Záverečná práca]. Bratislava : FTVŠ UK 2000. 54 s.
- REGULI, ZDENKO. 2000b. *Systematika technických prostriedkov v aikidó*. [Záverečná práca]. Bratislava : FTVŠ UK 2000. 67 s.
- SAOTOME, M. 1993. *Aikidó and the harmony of nature*. Boston & London : Shambala 1993. 251 s.
- SAOTOME, M. 1989. *The principles of aikido*. Boston & London : Shambala 1989.
- STEVENS, JOHN. 1987. *Abundant peace: The biography of Morihei Ueshiba, founder of aikido*. Boston & London : Shambala 1987. 131 s.
- ŠTULRAJTER, V. 1998. *Fyziológia človeka pre študentov FTVŠ UK*. Bratislava : Univerzita Komenského 1998, 188 s.
- UESHIBA, K. 1987. *The spirit of aikidó*. Tokyo; New York; London : Kodansha international 1987. 126 s.