

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Význam sportu u dospělých osob po poranění míchy

Petra Kabrielová

Vedoucí práce: PhDr. Kateřina Šámalová, Ph.D.

Praha 2014

Prague college of psychosocial studies



The importance of adults sport after spinal cord injury

Petra Kabrielová

The Diploma Thesis Work Supervisor: PhDr. Kateřina Šámalová, Ph.D.

Prague 2014

ANOTACE

Tato bakalářská práce se zabývá shromážděním dostupných teoretických poznatků o sportu osob po poranění míchy. Konkrétně jsem se zaměřila na dospělé osoby, paraplegiky a kvadruplegiky, kteří jsou schopni alespoň částečného pohybu. V práci jsem dbala na specifika, která vycházejí z tělesného postižení, především z poranění míchy.

Teoretická část práce přibližuje adaptaci na získané postižení. Zabývá se péčí o osoby po poranění míchy a roli rodiny v procesu adaptace. Důležitou součástí práce je zaměření na sport, kdy se věnují sportu osob se zdravotním postižením. Především se jedná o význam sportu a možnosti sportování osob se zdravotním postižením a důležité psychosociální aspekty.

Praktická část navazuje na poslední kapitulu teoretické části. Pomocí kazuistik je zde popsán význam sportu u osob po poranění míchy, zaměřen na kvadruplegiky. Tato část práce přibližuje individuální vnímání sportu.

Klíčová slova: Poranění míchy, úraz, vozíčkář, paraplegie, kvadruplegie, adaptace, sport vozíčkářů.

ANNOTATION

This bachelor's thesis deals with the assembly of the available theoretical knowledge about the sport persons after spinal cord injury. Specifically, I concentrated on paraplegics and quadriplegics who are able to at least partially move. At work I have kept the specifics of which are based on physical disability, especially in spinal cord injury.

The theoretical part introduces an adaptation on acquired disability. It focuses on care for people after spinal cord injury and the role of family in process of adaptation. The important part of this paper is also sports orientation, where I focus on sports for disabled people. It mainly contains the importance of sports and sport possibilities for disabled people as well as important psychosocial aspects.

The practical part follows the last chapter of the theoretical part. Using casuistry, it describes the importance of sports for people with spinal cord injury, focusing on quadriplegics. This part of the thesis contains the individual impact of sport.

Keywords: spinal cord injury, injury, disabled person in wheelchair, paraplegia, quadriplegia, adaptation, disabled sport.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením PhDr. Kateřiny Šámalové, Ph.D. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem čerpala, uvádím v seznamu použité literatury.

V Praze dne

.....
Petra Kabrielová

Poděkování

Ráda bych poděkovala své vedoucí práce PhDr. Kateřině Šámalové, Ph.D. za její trpělivost a cenné rady při vypracování mé bakalářské práce. Poděkování patří také hráčům vozíčkářského ragby.

OBSAH

ÚVOD.....	8
TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1 VYMEZENÍ KLÍČOVÝCH POJMŮ	11
1.1 Zdravotní postižení	11
1.2 Míšní léze a klasifikace poranění páteře.....	13
1.3 Sport a jeho specifika.....	13
2 PSYCHOSOCIÁLNÍ ADAPTACE NA PORANĚNÍ MÍCHY	16
2.1 Psychická adaptace na získané postižení.....	17
2.1.1 Adaptační proces a kvalita života.....	19
2.1.2 Rodina v procesu adaptace.....	21
2.2 Komplexní péče o osoby po míšní lézi v ČR	23
2.2.1 Míšní poranění jako krizový stav	26
2.2.2 Sociální ochrana osob po poranění míchy.....	27
3 VÝZNAM SPORTU U OSOB PO PORANĚNÍ MÍCHY	30
3.1 Historie sportu tělesně postižených osob.....	30
3.1.1 Význam volnočasových aktivit v životě člověka se zdravotním postižením	31
3.1.2 Současné možnosti sportu u lidí se ZP.....	33
3.2 Psychosociální aspekty sportu u osob po poranění míchy	34
3.2.1 Motivace ke sportovním aktivitám.....	34
3.2.2 Sport a jeho role při integraci.....	36
3.3 Nejčastější druhy sportů u lidí po poranění míchy	37
3.3.1 Biski, monoski.....	37
3.3.2 Ragby vozičkářů.....	39
3.3.3 Sledgehokej.....	41
3.3.4 Plavání.....	41
3.3.5 Handbike	42
3.3.6 Další sporty	43
PRAKTICKÁ ČÁST.....	44
4 KAZUISTIKY OSOB PO PORANĚNÍ MÍCHY SE ZAMĚŘENÍM NA SPORT.....	45
4.1 Kazuistika I.	46

4.2	Kazuistika II.....	49
4.3	Shrnutí kazuistik	53
	ZÁVĚR.....	54
	SEZNAM LITERATURY	56
	PŘÍLOHY	I

„Nemocné tělo potřebuje lékaře, nemocná duše přítele.“

Menandros

ÚVOD

Sport vozíčkářů je odvětví, kterému je bohužel věnováno málo pozornosti. V České Republice má již dlouhou historii. Počátky sportu vozíčkářů na území Československa sahají do roku 1948. Rozvoj sportu, v našem případě vozíčkářů po poranění míchy, se s jejich rostoucí výkonností a dostupnou kvalitní zdravotní péčí, neustále posouvá dopředu. Většina sportů vykonávaných zdravými sportovci je adekvátně upravena pro sportovce na vozíku.

Důvodem pro volbu tohoto tématu je více. Prvním důvodem je můj osobní zájem o sport osob po poranění míchy. Jako praktikantka nebo dobrovolnice jsem byla přítomna na lyžařském kurzu, florbalu a dvou sezónách vozíčkářského ragby. Druhým důvodem pro výběr tohoto tématu je málo informací o sportování osob po poranění míchy. Obecné litování a smýšlení o lidech na vozíku jako o chudácích, co nepracují, nesportují, mě přivedl na myšlenku sepsání této práce. Proto bych ráda poukázala na důležitost sportu u lidí se zdravotním postižením a současné možnosti sportu osob po poranění míchy.

Bakalářská práce je dělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části bakalářské práci popíši cestu od úrazu až ke sportu. Nejprve vymezím klíčové pojmy, které jsou provázány s celou prací. Obecný pohled na sport je důležitý pro následné rozvedení specifického zaměření sportu u osob na vozíku.

V další části se budu zabývat psychosociální adaptací na úraz, jak osoba vnímá získané postižení, jak tuto změnu vnímá rodina a okolí. V takovém případě se pro osobu s postižením mění mnoho věcí, týkajících se jeho a jeho okolí. Je třeba chápat psychologické vlivy, které osoba po úrazu a během zvykání si na nový život prožívá. Dále jde o zaměření na krizovou intervenci a sociální ochranu osob po

poranění míchy. Sociální ochrana je jednou z klíčových pomocí pro osoby, které se vlivem úrazu ocitnou na vozíku.

Poslední kapitola teoretické části bude věnována sportu osob po poranění míchy. Nejdříve se zaměřím na historii sportu osob s tělesným postižením, vývoj sportu a současné možnosti. V této kapitole budu čerpat i ze svých praktických zkušeností a poznatků získaných ze svého dobrovolnictví prováděného u osob na vozíku i na svých praxích. Součástí kapitoly týkající se sportu jsou psychosociální aspekty, motivace a integrace, které osoby po poranění míchy ve sportu ovlivňují. Dále popíši vybrané sporty, které často vozíčkáři provozují.

Praktická část bakalářské práce je tvořena dvěma kazuistikami. Přináší pohled na sport u osob po poranění míchy od dvou sportovců na vozíku. Kazuistiky byly vytvořené z rozhovoru, který jsem s respondenty vedla. Na konci praktické části je uvedené shrnutí kazuistik s přihlédnutím na teoretickou část bakalářské práce a s mými komentáři.

TEORETICKÁ ČÁST

1 VYMEZENÍ KLÍČOVÝCH POJMŮ

V první kapitole se budu zabývat vymezením klíčových pojmů, které jsou s bakalářskou prací úzce spjaty. Cílem úvodní kapitoly je poskytnout základní teoretický vhled do zásadních pojmů spojených s touto prací.

Podrobné popsání zdravotního postižení, anatomický a funkční popis páteře a míchy a uvedení stěžejních bodů u sportu, je důležité pro podobné chápání tématu autorkou bakalářské práce a čtenáři. U zdravotního postižení se budu zabývat historií, terminologií a dělením. U druhého bodu míšní léze a klasifikace poranění páteře se budu věnovat anatomii páteře a míchy. Poslední bod teoretické práce je věnován sportu a jeho specifikům z obecného pohledu.

1.1 Zdravotní postižení

Terminologie používaná pro označení osob se zdravotním postižením se během let měnila. Změny nastaly proto, že v průběhu let výrazy pro osoby s postižením dostávaly negativní nádech a snižovaly důstojnost osob s postižením. Příkladem může být v roce 1913 založený Jedličkův ústav pro mrzáčky. Dříve se používal například pojem invalida, který v doslovném překladu znamená bezcenný. V současné době se nepoužívá označení defektologie, tělesně vadný ani mrzák. „V posledních letech se celosvětově prosazuje při označování OZP zásada „people first“ (nejprve lidé), tedy že všichni jsme především lidé, s různými vlastnostmi, z nichž jednou může být i zdravotní postižení“ (VOTAVA, 2003, s. 12). Nejdříve uvedeme, že se jedná o osobu a přidáme druh postižení, o který se jedná. V případě této práce se jedná o osoby s tělesným postižením. Jako nový termín je také zavedena „osoba se specifickými potřebami“. Celosvětově se v odborné terminologii používá slovo disabilita (postižení).

Definice dle Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví zní: „Disabilita je snížení funkčních schopností na úrovni těla, jedince nebo společnosti, která vzniká, když se občan se svým zdravotním stavem (zdravotní kondicí) setkává s bariérami prostředí“ (Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a

zdraví, 2011, s. 9). *“Statistiky vypracované OSN a Světovou zdravotnickou organizací uvádějí, že na světě žije asi 500 milionů lidí se zdravotním znevýhodněním“* (MATOUŠEK a kol., 2005, s. 90). Vzhledem k velkému počtu osob s postižením, se dá tato skupina označit za minoritu obyvatel.

Zdravotní postižení se dělí do pěti základních skupin a těmi jsou: smyslové, tělesné, mentální, kombinované postižení a duševní nemoci. *„Postižení označuje omezení nebo ztrátu schopnosti vykonávat činnost způsobem nebo v rozsahu, který je pro člověka považován za běžný. Přítomnost postižení však nemusí znamenat snížení míry začlenění do společnosti a zhoršení kvality života“* (KROUTILOVÁ – NOVÁKOVÁ a kol., 2011, s. 88). Osoby se zdravotním postižením musí překonávat mnoho překážek způsobených jejich postižením nejen v osobním životě, ale i ve společnosti.

Pro mou bakalářskou práci jsou cílovou skupinou osoby se získaným tělesným postižením, konkrétně osoby po poranění míchy. Osoby s tělesným postižením představují velmi heterogenní skupinu. Pojem tělesné postižení sice konkretizuje určitou kategorii postižení zdraví, přesto jde o pojem velice široký. Při tělesném postižení dochází k poruše hybnosti různého stupně a typu, která může být spojena s tělesnou deformací. *“Přítomnost postižení však nemusí znamenat snížení míry začlenění do společnosti a zhoršení kvality života“* (KROUTILOVÁ – NOVÁKOVÁ a kol., 2011, s. 88).

Postoj společnosti k osobám s tělesným postižením se stále vyvíjí. Cílem je inkluze – začlenění do společnosti. *„Stejně jako všichni ostatní lidé chtějí žít ve společnosti nejbližších tam, kde se narodili, vést normální osobní i rodinný život, žít ve vlastním bytě, mít zaměstnání, rozhodovat sami, jak budou trávit čas“* (MATOUŠEK, 2005, s. 90). *Stále* je však na osoby s viditelným postižením nahlíženo, jako na někoho zvláštního.

1.2 Míšní léze a klasifikace poranění páteře

Pohyb je neodmyslitelnou součástí našeho života. „Umožňují jej především svaly, jejich činnost je řízena nervovou soustavou, jednak centrální mozek – tj. mozek, mozeček, mícha a pak periferní – tj. nervové kořeny, periferní nervy“ (FALTÝNKOVÁ, 2007, s. 5). Abychom správně pochopili soubor příčin a mechanismů vedoucích k úrazu páteře, je důležité vymezení základních funkcí páteře a míchy. Páteř umožňuje statickou a dynamickou funkci lidského organismu, je osovou kostrou trupu a umožňuje člověku ovládání motoriky těla. Je tvořena z obratlů, vazů a meziobratlových plotének, které umožňují pružnost a pohyb páteře. Obratle se dále dělí podle segmentu páteře na krční, hrudní, bederní, křížové a kostrční. Zkratky obratlů jsou dány podle latinských názvů. C1 – C7 (vertebrae cervicales) jsou obratle krční, Th1 – Th12 (vertebrae thoracicae) hrudní obratle, L1 – L5 (vertebrae lumbales) obratle bederní, S1 – S5 (vertebrae sacrales) pro křížové a CO (vertebrae coccygeae) pro kostrč.

„Mícha probíhá v tzv. páteřním kanálu, který je tvořen otvory jednotlivých obratlů páteře“ (FALTÝNKOVÁ, 2007, s. 5). Mícha ovlivňuje celý centrální nervový systém lidského těla a přijímá podněty od nervů o tom, co tělo cítí. Mícha přenáší informace do mozku, po zpracování je mozek přenesen opět do míchy a ta je přenesena do svalů pomocí míšních nervů. Nervy na levé polovině těla inervují levou polovinu míchy a obráceně. Mícha začíná na úrovni prvního krčního obratle (C1), a končí na úrovni druhého bederního obratle (L2). Pro označení tzv. výšky poškození míchy, tedy výšky léze, je důležitá znalost míšních segmentů. „Zjednodušeně řečeno, míšní nervy vystupující z krčních segmentů, inervují svaly horních končetin, kořeny hrudních segmentů, svaly zádové a břišní a kořeny bederních a sakrálních segmentů, svaly dolních končetin“ (FALTÝNKOVÁ, 2007, s. 5).

1.3 Sport a jeho specifika

Sport je slovo anglosaského původu z 2. poloviny 15. století. Odvozuje se od slova desporter, které znamená oddávat se zábavě. Odjakživa patřila sportovní činnost do

schématu lidského života. „*Sport je specifickou lidskou aktivitou, odlišnou od jiných činností, vyznačuje se i ozvlášťující sociální dynamikou a má svébytné sociální důsledky. Vzhledem ke skutečnosti, že jsme nakloněni spíše k širšímu pojetí sportu ve smyslu systematických pohybových aktivit necílicích přímo a programově k dosažení výkonu, vítězství či odměně, chápeme konceptuálně sport jako institucionalizovanou pohybovou aktivitu motivovanou zvýšením celkové kondice, osobním prožitkem či cíleným výsledkem nebo výkonem*“ (SEKOT, 2008, s. 10). Pojmu sport se týkají tři základní omezení. Prvním omezením je, že do sportu nelze zařadit činnosti, které nejsou pohybovou aktivitou. Nejde tedy o deskové nebo počítačové hry. Druhé omezení se týká jasných pravidel, která musí každá pohybová aktivita mít. Nesmí se usilovat o soupeřův život. Poslední omezení se týká soutěžního charakteru sportu, kdy dochází k poměrování výsledků. Příkladem je jóga.

Důležitým pohledem je také zkoumání vzájemných vztahů mezi sportovní činností a psychikou člověka. Jak už řekl Juvenál: „Je žádoucí, aby byla zdravá duše ve zdravém těle.“ Výsledek ve sportu, ať už dobrá fyzická kondice nebo dobrý výsledek na soutěži, je psychologicky významný u všech lidí – zdravých i osob s postižením. „*Sportovní aktivity mohou pro jedny znamenat cíl sám o sobě, radostnou formu usebrání se v životadárném kompenzačním působení rekreační kondiční fyzické aktivity, zatímco pro jiné je nutným stereotypním bolestivým prostředkem sofistikované přípravy k dosažení výkonu, vítězství, odměny*“ (SEKOT, 2008, s. 8).

Jak píše Hošek a Hátlová, lidé v mladé dospělosti mají pohybovou činnost zaměřenou převážně na výkon. Ve střední dospělosti má pohybová činnost převážně relaxační charakter. Vliv na snižování výkonnostních ambicí má klesající organická výkonnost. Ve starší dospělosti je podstatou pohybové činnosti relaxační a psychohygienický účinek (SLEPIČKA, 2011, s. 45).

Sport je tedy vhodným prostředkem pro upevňování psychické pohody, ale i její zlepšování. Na fyzickou oblast má správné provozování určitého sportu viditelné výsledky v mnoha směrech. „*Může být náplní profesní orientace, mít*

podobu aktivní zábavy pro ty, kteří ho provozují i formu pasivní zábavy pro diváky“ (SLEPIČKA, 2011, s. 9). Sport může provozovat kdokoli, bez omezení věku a funkčních schopností, jen je třeba pro danou cílovou skupinu sport adekvátně upravit.

2 PSYCHOSOCIÁLNÍ ADAPTACE NA PORANĚNÍ MÍCHY

Získané postižení je pro člověka velká životní změna. Člověk zažívá velké emoční trauma. *„Dochází k těžké změně tělesného a duševního stavu, neboť následky jsou trvalé a zásadně mění dosavadní styl života, hierarchii potřeb jedince, nazírání na lidské bytí“* (MLÝNKOVÁ, 2010, s. 189).

K poranění míchy nejčastěji dochází při úrazu. V přibližně 55% jde o dopravní nehody, v cca 22% o úrazy při práci doma, 18% poranění míchy vzniká při sportovních aktivitách (skoky do vody, pády z výšky) (CENTRUM PARAPLE, 2011b). Mezi příznaky poranění míchy patří porucha hybnosti a citlivosti končetin, porucha funkce svěračů močového měchýře a konečníku, poruchy dýchání (při vysoké míšní lézi). Při poškození míchy je narušen přenos informací. Pod poškozenou oblastí míchy tělo cítí, ale potřebné informace se nedostanou do mozku. Z toho důvodu jsou poškozeny vůlí ovládané pohyby těla, nacházející se pod místem poranění a cítí. Bývá také porušena funkce močení a vyprazdňování. *„Pokud cítí nebo vůlí ovládané pohyby jsou pod segmentem poškození vymizelé, jedná se o úplnou lézi – plegii. Pokud je nějaké forma cítí či vůlí ovládaných pohybů zachovalá, jde o částečnou lézi – parézu“* (CENTRUM PARAPLE, 2011b).

Náhle po úrazu přetrvávají dlouho názory a zvyklosti zdravého člověka. *„Člověk se získaným postižením musí najít nový smysl svého života, nový cíl svého směřování, a změnit svou hierarchii potřeb“* (VÁGNEROVÁ, 1999, s. 62). Každá osoba má tyto oblasti jinak postavené, ale jsou stálé, před úrazem i po úrazu. Nastávají v nich určité změny, které jsou závislé i na druhu postižení a výšce míšní léze.

Dle výšky míšní léze dochází k určitému typu postižení. Pokud je mícha poškozena v krčním segmentu, dochází k částečné ztrátě hybnosti horních končetin a k úplné ztrátě hybnosti dolních končetin. V tomto případě se jedná o kvadruplegii, také nazývanou tetraplegii. O vysokou paraplegii se jedná ve chvíli, kdy je mícha poškozena v horní části zad. Dochází k částečné poruše hybnosti těla a k úplné ztrátě hybnosti dolních končetin. Jako poslední je diagnostikována nízká paraplegie,

kdy je mícha poškozena v dolním segmentu zad. Citlivost od břicha nahoru je zachována, čítí na nohou je částečné. Při poškození vláken vybíhajících z míchy a zachování těla nervových buněk, mohou vlákna dorůst. Pokud však dojde k poškození přímo v míše, je tento stav nevratný. Celé buňky v míše neumějí dorůstat a při poškození zanikají. Podle typu postižení a přidružených zdravotních problémů se člověk adaptuje na nový život.

2.1 Psychická adaptace na získané postižení

Získané postižení u dospělých osob nezasahuje tolik do vývoje osobnosti, který se mohl až do poranění a vzniku úrazu normálně vyvíjet. O to těžší je adaptace na získané postižení, kdy si musí člověk zvykat na jiné, často omezené fungování svého těla. Naši přední psychologové - Vágnerová a Křivohlavý - se shodují v tom, že somatické postižení je **jedna z největších životních zátěží**, která určitým způsobem ovlivní psychiku člověka a pozmění některé vlastnosti osobnosti. Častým jevem jsou při adaptaci na úraz deprese či uzavřenost do sebe. Některé osoby odmítají návštěvy.

Zvládání nové životní situace, jako je ochrnutí, je těžké. Proto je spolupráce s psychologem na místě. Přítomnost psychologa je důležitá jak pro pacienta, tak pro rodinu a pro členy zdravotnického týmu. U pacienta má podle Kábrtové a Kříže psycholog pomoci najít cestu k přizpůsobení se situaci, změnit životní hodnoty, získat motivaci a hledat nové životní cíle (*Sborník vybraných přednášek z 1. celostátního symposia spinálních jednotek v Hradci nad Moravicí, 2004, s. 21.*).

I přes všechny osobité rozdíly u jedinců se při náhle vzniklém postižení objevují reakce, které se podobají. Podle Votavy jde o šest fází, které se mohou v čase vzájemně střídat:

1. Počáteční šok: jeho důsledkem může být agresivní reakce. Může jít o slovní agresi či přímou agresi vůči věcem i osobám, zahrnuje též hledání viníka postižení např. se snahou o soudní řešení. Jindy je reakcí na počáteční šok pasivita.

2. Deprese (tedy hluboký smutek): vyvolaný ztrátami, které následkem postižení nastaly, a současnou situací. Deprese brání v účasti na rehabilitačním procesu a může vyvolat suicidální tendence.
3. Popření reality: pacient se brání rozhovoru o současnou situaci a nereálně věří v plnou úpravu stavu. Může dojít k izolaci vůči okolí. Může nastat racionalizace, tedy logické vykládání příčin postižení. Racionalizace je taky jednou z obran: rozumově si to vysvětlím a potlačím tak příslušnou emoci, což nemusí (ale někdy může) být dobře.
4. Regrese: pacient se vůči okolí včetně rodinných příslušníků staví do role mladší, závislé osoby. Někdy jde v podstatě o roli malého dítěte: nechá o sebe pečovat, o ničem nerozhoduje, neplánuje budoucnost.
5. Smlouvání: pacient začíná přijímat postižení jako realitu, ale ne ve všech důsledcích, jako by si částečným přijetím postižení vynutil na osudu ústupky (dílčí zlepšení).
6. Přijetí reality: postižení je chápáno jako výzva k překonávání překážek a hledání nových životních cílů. Je důležité, aby tyto cíle nebyly pouze v dosahování osobních výhod (další a další pomůcky), ale v hledání nových rolí ve společnosti (VOTAVA, 2003, s. 149).

Velmi často je těžké v prvních chvílích po úrazu s klientem komunikovat. Chtějí být sami, s nikým nechtějí mluvit. Stydí se za to, že jsou odkázáni na pomoc druhých i při nejintimnějších potřebách. Po úrazu se mnoho klientů cítí méněcenných. Jak píše Vágnerová, tendence srovnávat se s lidmi zdravými je u osob se získaným postižením častá. Mají potřebu se jim vyrovnat i v jiné oblasti, ale nechtějí být horší, méně kompetentní (VÁGNEROVÁ, 1999, s. 117).

Dlouhá doba pobytu v nemocnici a v rehabilitačních zařízeních způsobuje frustrace a úzkosti. Doba, než se pacient dostane do domácího prostředí, trvá několik měsíců. Při dobrém zdravotním a rehabilitačním průběhu jde přibližně o 4-8 měsíců, podle druhu postižení. Přibližně 4 - 12 týdnů stráví pacient v nemocnici, nejčastěji na specializovaném oddělení - spinální jednotce. Silná frustrace a úzkost,

kteřou prožívá člověk po vzniku míšní léze, pramení podle Šamánkové zejména z následujících skutečností:

- *ztráta vlády nad svým tělem,*
- *neschopnost zajistit základní životní potřeby,*
- *nemožnost rozhodovat o svých věcech,*
- *cizí prostředí a lidé,*
- *ztížení kontaktu s rodinou a přáteli,*
- *absence dřívějších radostných prožitků,*
- *neschopnost dočasně vykonávat zaměstnání nebo trvale vykonávat původní zaměstnání (ŠAMÁNKOVÁ, 2011, s. 120).*

Je proto důležité pečovat o klienta komplexně, bio-psycho-sociálně. Zajistit mu léčebné prostředky, základní životní potřeby, psychologickou péči, možnost návštěv a přítomnost blízkých, finanční zajištění a v případě možnosti i návštěvu domácího prostředí.

2.1.1 Adaptační proces a kvalita života

Většina osob, které jsou vlivem úrazu upoutány na vozík, si neumějí představit, že by jejich život mohl ještě někdy být kvalitní a plnohodnotný. Musí se vyrovnat se změnou vzhledu, se ztrátou fyzické zdatnosti a dočasnou neschopností pracovat. Na tom, jak se osoba po poranění míchy vyrovná se svým postižením, záleží na jeho osobnosti a okolí. „*Adaptace bývá chápána jako určitý duševní a sociální proces přizpůsobování se jedince změněným či neobvyklým podmínkám, na jehož konci se očekává adaptace jedince na podmínky, které na jeho život nějak determinují*“ (NOVOSAD, 2011, s. 117).

Přijetí reality, že bude člověk upoután na vozík, je velice těžké, ale důležité pro další pokroky a práci na postupu k samostatnosti. „*Každé postižení působí na jedince specifickým způsobem, který vyplývá z typu postižení, jeho závažnosti i doby, ve které vzniklo. Kromě těchto specifických vlivů je ale důležité, jak každý*

postižený své postižení prožívá a jak toto prožívání působí na něj, jaké způsoby řešení své situace nachází a jak tyto způsoby řešení ovlivňují jeho osobnost. Postižení jako takové můžeme z hlediska prožívání jedince chápat jako náročnou životní situaci, protože dlouhodobě působí na jedince zatěžujícím vlivem, zvyšuje stres, zhoršuje každodenní situaci, způsobuje řadu konfliktů, z nichž některé jsou pro postiženého neřešitelné (např. životní ambice proti reálné možnosti, limitované postižením) a způsobuje řadu frustrací“ (VÁGNEROVÁ, 1993, s. 34).

Rozhodnutí o životě, jaký bude žít člověk dál, je na něm. Odborní pracovníci mu mohou poskytnout rady a možnosti pomoci, které znají. „*Právo rozhodnout se – zvolit způsob řešení své situace, předpokládá znalost všech k rozhodnutí relevantních skutečností, souvislostí a rizik, tzn., že občan s postižením bude plně (resp. by měl být co nejlépe) orientovaný a informovaný“ (NOVOSAD, 2011, s. 137). Pracovníci by měli klienta motivovat, ale zároveň hlídat, aby byla přání klienta možná a proveditelná. Není vhodné s klientem řešit situace, které jsou v jeho případě nemožné a vkládat tak klientovi marné naděje. Například klient vysloví sociálnímu pracovníkovi na rehabilitačním pobytu svou potřebu vrátit se po léčení zpět domů. Ve většině případů je návrat do domácího prostředí možný, ale náročný. Se stavebními úpravami a změnami ve vybavení domácnosti se musí začít co nejdříve. Sociální pracovník navrhne všechny možnosti, které lze pro tento krok udělat. Požádat si o dávky, o stavební povolení, odkázat na ergoterapeuta ohledně pomoci výběru kompenzačních pomůcek a nabídnout poskytovatele služeb v jeho místě bydliště.*

Při žití v domácím prostředí je třeba, aby si osoby na vozíku uvědomili, co měli před úrazem a o co přišli, co je třeba řešit. Mezi největší životní změny patří nejčastěji ztráta zaměstnání, ztráta mobility, partnerský vztah a změna zázemí. Podle Chromého a Honzáka je ztráta zaměstnání druhořadá. Nadřazená ztráta je úraz samotný. (CHROMÝ a HONZÁK, 2005, s. 58). V mém okolí většina vozíčkářů – kvadruplegiků pracuje na plný úvazek. U ztráty mobility jde o viditelnou změnu, ztrátu chůze. Okolí tuto změnu vnímá viditelně, mnoho vozíčkářů bere časem vozík jako svou součást. Ztráta partnerství a změna zázemí je

velice individuální. Změna zázemí se týká především uzpůsobení bydlení jako bezbariérového. Je třeba upravit bydlení takovým způsobem, aby mohl být vozíčkář plně samostatný a soběstačný.

Podle MPSV má osoba s tělesným postižením kromě veškerých základních lidských práv i dalších osm práv, které jsou uvedené v etickém kodexu o právech tělesně postižených. Těchto osm práv člověku s tělesným postižením umožňuje se začlenit zpět do společnosti a žít v rámci možností plnohodnotný a důstojný život.

Práva tělesně postižených:

I. způsob života,

II. rodina a okolí,

III. právo na kvalitní a kvalifikovanou pomoc,

IV. právo na lékařskou péči,

V. bydlení a okolí,

VI. právo na technickou pomoc,

VII. účast na společenském životě,

VIII. dostatečný příjem pro zajištění svého pohodlí a spokojeného života (MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, 2005).

Podle Matouška znamená princip rovných práv, že jsou potřeby každého jednotlivce stejně důležité a že tyto potřeby musí být ve společnosti základem pro plánování (MATOUŠEK, 2005, s. 92). Když osoby se zdravotním postižením dosáhnou stejných práv, tak by měly mít také stejné povinnosti.

2.1.2 Rodina v procesu adaptace

Získané postižení znamená velký zásah do života jedince, ale i celé jeho rodiny nebo blízkého okolí. „*Schopnost rodiny vychovávat děti a vyrovnávat se s těžkostmi je závislá na tom, jak je rodina napojena na své sociální okolí. Toto spojení se nazývá sociální síť rodiny*“ (MATOUŠEK, 2003, s. 84). Do sociálního okolí patří příbuzní, blízcí přátelé a někdy i profesionální pracovníci, se kterými rodina úzce spolupracuje. Těchto skupin se právě získané postižení osoby dotkne. Nejbližší rodina, nejčastěji rodiče či partneři a děti, je změnou zasažena nejvíce. Velice

častou otázkou vozičkáře je, jestli soužití s ním, nebude partnerovi kazit život. Bojí se závislosti na partnerovi, že se o něj bude muset starat, že se z partnera změní v pečovatele. Další obavou je omezení, které s sebou postižení přineslo. Nejčastěji slýchám o obavě ve vyhledávání bezbariérových prostor na zábavu, dovolené, výlety. Vágnerová uvádí, že pro postiženého člověka má získání partnera ještě větší význam než pro zdravého. Získání partnera funguje jako důkaz normality (VÁGNEROVÁ, 1999, s. 118). Problémem bývá otázka sexuality a početí, která se v posledních letech řeší. Rozvodovost je u dříve oddaných párů jen mírně vyšší, než u ostatní populace a ty páry, které se adaptovaly na úraz, spolu často zakládají rodiny (*Sexuality after SCI*, [2014]).

Spolupráce rodiny s psychologem by proto neměla být zanedbávána. Následná pomoc a podpora rodině by se měla týkat především vyrovnávání se se situací a hledání vhodné formy podpory pacienta (KÁBRTOVÁ a KRÍŽ, 2004, s. 21). Rodina by se neměla bát říci si o pomoc blízkým a přátelům. Návštěva známých lidí v nemocnici či v rehabilitačních zařízeních znamená pro nemocného přijetí zpět do komunity. „*Každý pacient potřebuje cítit lásku svých nejbližších, ale také potřebuje vědět, že je pro své blízké potřebný, že do jejich života patří i se svým handicapem*“ (ŠAMÁNKOVÁ, 2011, s. 114).

Po propuštění domů je důležitá spolupráce rodiny s členem rodiny s postižením. Pečující členové rodiny se musí vyvarovat několika častým chybám, které se dějí. Jde o nadměrnou péči, snaha příliš chránit a o rozhodování za osobu s postižením. Pečující by měli postiženého motivovat k co největší samostatnosti a podporovat ho. Nabídka velkého sortimentu kompenzačních pomůcek umožňuje v posledních letech i samostatnost v domácnostech pro kvadruplegiky. „*Velký význam má sociální a emoční zázemí, podpora blízkých lidí. I tyto vztahy se však nějakým způsobem mění. Rodiče se obyčejně vrátí k pečovatelskému postoji, který zaujímal k malému dítěti, a postižený jedinec je do role závislého dítěte vmanipulován*“ (VÁGNEROVÁ, 1999, s. 117).

Nabídka sociálních a zdravotních služeb poskytovaných v domácnosti je možností, jak zajistit péči o nemocného, když jsou pečující osoby z rodiny

v zaměstnání nebo nejsou schopny se starat samy. Využívá se služeb terénní zdravotní sestry, která zajišťuje veškerou potřebnou zdravotní péči. Další poměrně často využívanou sociální službou je služba osobní asistence. „*Služby osobní asistence pomáhají se zvládnutím běžných každodenních dovedností a úkonů, které by člověk dělal sám, kdyby mu v tom nebránilo zdravotní postižení*“ (MATOUŠEK, 2005, s. 95). V poslední době se síť poskytovatelů osobní asistence zvětšuje a možnost sehnat asistenta je v určitých krajích dostupná. Od plně pobytových zařízení, jako jsou domovy pro osoby s tělesným postižením nebo ústavy sociální péče, se od roku 1989 víc a víc upouští, a to díky takzvané deinstitutionalizaci. Jde o péči o osoby s postižením v domácím prostředí za pomoci sociálních služeb, příspěvků na péči atd.

I v domácím prostředí je důležité věnovat se pohybu postižených končetin u osoby po poranění míchy. Vzhledem k důsledkům míšního poranění a dalším přidruženým komplikacím spojenými s postižením, je dobré procvičování a protahování celého těla. Protahování provádí fyzioterapeut, který radí i s cvičením doma. S cvičením ochrnutých částí těla pomáhají v domácím prostředí členové rodiny, jelikož cvičení je třeba provádět několikrát týdně.

2.2 Komplexní péče o osoby po míšní lézi v ČR

Specializovaná péče o pacienty po poškození míchy neboli spinální pacienty, má v ČR krátkou historii. Až v roce 1992 vznikla ve Fakultní nemocnici v Brně první spinální jednotka v ČR. Po dlouhém jednání České spondylochirurgické společnosti se státními orgány vydalo Ministerstvo zdravotnictví metodická opatření, která zajistila síť pracovišť pro spinální pacienty (KŘÍŽ, 2013). Komplexní léčba pro spinální pacienty je rozdělena do dvou hlavních časových období:

1. stadium nemocniční – a) akutní: 1. až 2. týden, komplexní péče poskytována na spondylochirurgických pracovištích. Např.: Ústřední vojenská nemocnice Praha.

b) subakutní: 3. až 12. týden, pacienti jsou přeřazeni na spinální jednotky. Např.: Fakultní nemocnice v Motole.

2. stadium rehabilitační – cca 6. až 26. týden, rehabilitační péče poskytována na spinálních rehabilitačních jednotkách. Např. Rehabilitační ústav Kladruby. (MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2002)

Umístění pacientů na specializovaná nemocniční pracoviště je důležité pro správné ošetření, které může minimalizovat následky úrazu. Na spondylochirurgické oddělení jsou pacienti umístěni po podezření úrazu páteře nebo míchy. Na tomto oddělení jsou operace míchy a páteře prováděny specializovanými lékaři. Operace jsou zaměřené na stabilizaci páteře a uvolnění tlaku na míchu.

„Spinální jednotka je oddělení zaměřené na zajištění komplexní léčebné, rehabilitační a ošetrovatelské péče o pacienty s míšními lézím“ (FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE, 2012). Spinální jednotky jsou v České republice celkem 4. V Praze, Liberci, Ostravě a v Brně. Zde probíhá dlouhý rehabilitační proces, do kterého jsou zapojené různé lékařské obory kvůli přidruženým zdravotním potížím. Jedná se nejčastěji o potíže spojené s močovým měchýřem, trávicím traktem a dýchacími potížemi (ČESKÁ ASOCIACE PARAPLEGIKŮ, 2012a). Komunikace s lékařem by měla, pokud je to možné, probíhat v přítomnosti pacienta. V některých případech se lékař baví o stavu pacienta s rodinou. Rozhovor by se měl v první řadě týkat motivace pacienta a jeho vedení k tomu, jak se svou změnou zdravotního stavu bojovat (KŘIVOHLAVÝ, 2002, s. 130). Podle Kroutilové Novákové by měl vyhovující systém zdravotní péče obsahovat humánnost, prevenci, dostupnost, účelnost, kvalitu, přehlednost a podporu péče v přirozeném sociálním prostředí (KROUTILOVÁ - NOVÁKOVÁ, 2011, s. 29).

Síť sociálních služeb pro osoby po poranění míchy a jejich dostupnost je v České republice poměrně malá. Pomalu přibývají další centra se specializací na osoby po poranění míchy, ale momentálně je počet nedostačující. Průkopníkem specializovaného centra je obecně prospěšná společnost Centrum Paraple, která má

za cílovou skupinu osoby po poranění míchy a jejich rodiny. Cílem činnosti Centra Paraple je pomoci vozíčkářům s poškozením míchy zlepšit fyzický a psychický stav, dosáhnout co největší samostatnosti a nezávislosti, vrátit se k rodině, věnovat se zájmům a koníčkům, vrátit se do zaměstnání (CENTRUM PARAPLE, 2011b). Centrum Paraple funguje od roku 1994, postupně se rozvíjelo a stále rozvíjí. Většina služeb pro klienty je v pobytové nebo ambulantní formě. Paraple nabízí sociálně rehabilitační programy, kam spadá intenzivní nebo rekondiční sociálně – rehabilitační program. *„Programy jsou zaměřeny na zlepšení fyzické a psychické kondice a dosažení co nejvyšší míry soběstačnosti”* (CENTRUM PARAPLE, 2011c). Další poskytované služby Centrem Paraple jsou poradenské programy týkající se zdravotního životního stylu vozíčkářů, tématu máma a táta na vozíku, autoškola, sportovní, výtvarné a počítačové kurzy.

Další důležitá organizace je známá pod zkratkou CZEPA – Česká asociace paraplegiků. Posláním organizace je hájení práv a zájmů vozíčkářů po poškození míchy, usilujeme o dosažení jejich plnohodnotného života, ovlivňujeme systém zdravotní a sociální péče v ČR (ČESKÁ ASOCIACE PARAPLEGIKŮ, 2010b). CZEPA vytváří programy zaměřené na osoby po poranění míchy, zaměřuje se a spolupracuje s odbornými institucemi a část činnosti také míří směrem k veřejnosti.

Pomoc pro ochrnuté osoby i pečující nabízí služba osobní asistence. *“Služba obsahuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při prosazování práv a zájmů”* (MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, [2014]). Osobní asistence je služba poskytovaná v přirozeném prostředí klienta. Jde o službu placenou. Další často využívané služby osobami po poranění míchy jsou sociální poradenství, sociální rehabilitace, pečovatelská služba, krizová pomoc, v menší míře chráněné bydlení a průvodcovská služba.

2.2.1 Míšní poranění jako krizový stav

Krizová intervence je pro osoby po poranění míchy vhodná již od prvních dnů v nemocnici, kdy je klient ležící, připojen na mnoho přístrojů. „*Krizová intervence je odborná metoda práce s klientem v situaci, kterou osobně prožívá jako zátěžovou, nepříznivou, ohrožující. Krizová intervence pomáhá zpřehlednit a strukturovat klientovo prožívání a zastavit ohrožující či jiné kontraproduktivní tendence v jeho chování*“ (VODÁČKOVÁ, 2007, s. 60). U osob po poranění míchy přichází potřeba pomoci nejčastěji ve chvíli, kdy se dozvídají diagnózu. Nemožnost plné fyzické aktivity a upoutání na vozík je pro mnoho lidí nepředstavitelné.

V literatuře lze najít mnoho dělení krizí. Podle Matouška jde krize dělit dle způsobu manifestace na krizi zjevnou a krizi latentní. Krizi zjevnou si člověk uvědomuje, připouští a většinou ho nutí čelit něčemu, co odporuje jeho sebeobrazu, a hodnotovému systému. Latentní krize jsou takové, které si člověk nemůže nebo nechce připustit. Tento stav může trvat dlouho, poté většinou vede k nevědomým a nevhodným způsobům úniku před krizí (MATOUŠEK, 2008, s. 124). U osob po poranění míchy krize přichází nejčastěji z vysoké frustrace. Nemožnost dosáhnout určitých potřeb, zvykání si na novou životní situaci a neschopnost uspokojení některých potřeb.

Život na vozíku je pro okolí jasně viditelné postižení, oproti jiné nemoci. Jak uvádí Špatenková, osoby např. s paraplegií dokáže okolí rychle akceptovat, nejspíš proto, že postižený dokáže ovládat všechny své kritické i jiné schopnosti (ŠPATENKOVÁ, 2004, s. 64).

I několik měsíců či let po poranění míchy může dojít k patologické reakci na traumatickou událost, kterou nazýváme posttraumatickou stresovou reakcí. „*Projevuje se četnými změnami na fyzické, emoční i sociální rovině a problém je i to, že ne vždy bývá i samotným klientem dávana do souvislosti s traumatickou událostí a navozuje tak pocity zmatku a nepochopitelnosti.*“ (VODÁČKOVÁ, 2007, s. 363).

2.2.2 Sociální ochrana osob po poranění míchy

Sociální ochrana poskytovaná osobám po poranění míchy pomáhá řešit situace, které by samy špatně nebo vůbec nedokázaly řešit. Definice sociální ochrany dle Matouška je: „*Systematické úsilí veřejnoprávního subjektu o řešení obtížných životních situací, jež vedou k sociální nouzi a které občané nejsou schopni řešit vlastními silami nebo silami své rodiny. Konkrétněji řečeno – zahrnuje zajišťování sociální prosperity občanů, poskytování sociální péče, zdravotní a sociální prevenci, bezpečnost práce a ochranu prostředí*“ (MATOUŠEK, 2003, s. 210). Zajištění sociální péče a sociálního zabezpečení za pomoci státu je pro osobu s postižením klíčové. Sociální služby, příspěvky na kompenzační pomůcky a příslušné sociální dávky pro osoby s tělesným postižením umožňují člověku zařadit se zpět do společnosti.

O invalidní důchod a dávky člověk zažádá podáním písemné žádosti. U osob po poranění míchy se nejčastěji jedná o invalidní důchod, příspěvek na péči, příspěvek na mobilitu a příspěvek na zvláštní pomůcky. O přidělení invalidního důchodu rozhoduje spádová Česká správa sociálního zabezpečení dle bydliště postiženého. „*Invaliditu chápeme jako významnější přechodné nebo trvalé tělesné či duševní poškození nebo ztrátu určité funkce či části organismu s následnou sníženou pracovní schopností, popř. společenským uplatněním*“ (TOMEŠ, 2010, s. 216).

„*Invalidní důchod je dávka důchodového pojištění podmíněná dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem, tedy dávka, která souvisí s pojmem invalidita a na kterou má nárok pojištěnec při splnění podmínek stanovených zákonem*“ (ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ, 2012). V zákoně o důchodovém pojištění č. 155/1995 Sb. §39 je invalidní důchod rozdělen na tři stupně invalidity. Podle zákona je pojištěnec invalidní, jestliže jeho pracovní schopnost klesla minimálně o 35%.

- I. stupeň invalidity – pokles pracovních schopností o 35% až o 49%
- II. stupeň invalidity – pokles pracovních schopností o 50% – 69%
- III. stupeň invalidity – pokles pracovních schopností o 70% a více.

Příspěvek na péči se podle zákona č. 108/2006 sb., o sociálních službách poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby. Tímto příspěvkem se stát podílí na zajištění sociálních služeb nebo jiných formách pomoci. Určuje se podle zvládnání základních životních potřeb osob. Příspěvek na péči (*Sociální zabezpečení*, 2014, s. 48) se poskytuje podle stupně závislosti na pomoci jiné fyzické osoby ve čtyřech stupních.

- I. stupeň je poskytován v případě lehké závislosti a nezvládnutí tří nebo čtyř základních životních potřeb a činí 800 Kč.
- II. stupeň je středně těžká závislost a neschopnost zvládnout pět nebo šest základních životních potřeb a činí 4000Kč.
- III. stupeň je těžká závislost v případě nezvládnutí sedm nebo osm základních životních potřeb a činí 8000Kč.
- IV. Stupeň je úplná závislost a dosáhne ho osoba v případě nezvládnutí devíti nebo deseti základních životních potřeb a činí 12 000Kč.
(zákl. živ. Potřeby. Příloha)

Podle zákona č. 329/2011 Sb. má nárok na příspěvek na mobilitu osoba, která je starší jednoho roku a je držitelem průkazu osoby se zdravotním postižením ZTP nebo ZTP/P, který byl přiznán podle předpisů od 1. ledna 2014. Výše příspěvku na mobilitu činí 400 Kč za kalendářní měsíc. Splnění podmínky opakovaného dopravování prokazuje žadatel čestným prohlášením (*Sociální zabezpečení*. 2014, s. 64).

Nárok na příspěvek na zvláštní pomůcku má osoba, která má těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí, charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Týká se příspěvku na dodatečnou úpravu motorového vozidla (např. ruční ovládání, nakládání vozíku...), stavební práce spojené s uzpůsobením koupelny, WC a rozšíření dveří v bytě, speciální komponenty osobního počítače, nájezdové ližiny, přenosná rampa, schodolez, schodišťová plošina vč. instalace a stropní zvedací systém vč. instalace (*Sociální zabezpečení*. 2014, s. 65).

Osoba s tělesným postižením má nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením. Nárok na průkaz má osoba s dlouhodobě nepříznivým zdravotním

stavem. Průkazy jsou tři. TP, ZTP, ZTP/P. Osoby po poranění míchy mají nejčastěji průkaz ZTP/P, na který má podle zákona nárok osoba se zvlášť těžkým funkčním postižením nebo úplným postižením pohyblivosti s potřebou průvodce. Jde o stav, kdy osoba není při dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu schopna samostatné chůze a pohyb je možný zpravidla jen na invalidním vozíku.

3 VÝZNAM SPORTU U OSOB PO PORANĚNÍ MÍCHY

Sport je důležitým prostředkem k rozvoji osobnosti a k udržení kondice. U osob po poranění míchy má sport velký význam pro udržení soběstačnosti a samostatnosti. Pomáhá rozvíjet vytrvalost, sílu a obratnost. Je vhodným doplňkem rehabilitace. Má vliv na trávení, vstřebávání, prokrvení. Sport je důležitý i v prevenci civilizačních onemocnění, které hrozí i u osob po poranění míchy. Nejčastěji jde o obezitu, cukrovku, osteoporózu, aterosklerózu či vysoký krevní tlak. *„Provozování pohybových aktivit a sportu významně ovlivňuje kvalitu života; u osob s míšní lézí jsou pohybové aktivity postižením výrazně limitovány, ale na druhé straně pohybové aktivity přispívají k udržování i rozvoji funkcí organismu“* (ČESKÁ KINANTROPOLOGIE, 2013).

Lidé po poranění míchy, kteří se před úrazem sportu příliš nevěnovali, vnímají sport jako prostředek k udržení dobré kondice. K handicapovaným sportovcům je třeba mít stejný a správný náhled jako ke zdravým. *„Ten správný musí být oproštěn od lítosti, soustrasti, strachu nebo přezírání a naplněn ochotou přijmout realitu postižení a vytvořit podmínky pro nezávislé zapojení do normálního života“* (KÁBELE, 1992, s. 6). Dříve byl význam sportu zdravotně postižených brán jako součást rehabilitace. V současné době se do popředí dostávají širší zdravotní i sociálně - psychologické důvody.

3.1 Historie sportu tělesně postižených osob

Známa historie sportu tělesně postižených není bohužel tak propagovaná, jako je tomu například u hokeje, fotbalu či atletiky zdravých sportovců. Nemluví se o pokrocích ve sportovním odvětví osob s postižením. Počátky sportu osob s tělesným postižením jsou známy z konce 19. století. V roce 1888 vznikl první sportovní klub neslyšících v Berlíně. Roku 1924 byla založena Mezinárodní organizace neslyšících sportovců (HELLER, 2003, s. 32). Pokud budeme mluvit o vozíčkářích, dostaneme se k roku 1944. Ludwig Guttmann založil nedaleko Londýna rehabilitační centrum,

kteře sloužilo hlavně pro vojáky s těžkým tělesným postižením zraněné ve Druhé světové válce. Pacienty byly nejčastěji mladí lidé, proto Dr. Guttmann považoval za vhodné, kromě běžných léčebně rehabilitačních metod, ordinovat také tělesnou výchovu a sport (KÁBELE, 1992, s. 13). Dalším významným rokem je rok 1960, kdy se dva měsíce po olympiádě, uskutečnila v Římě první paralympiáda. Byla určena výhradně pro sportovce s těžkým postižením páteře, tedy paraplegiky. Podle toho byl také určen název olympiády pro osoby s handicapem PARA-lympiáda. Nyní je označení paralympiáda chápáno ve významu paralelních her lidí se zdravotním postižením a zdravých sportovců (KÁBELE, 1992, s. 14). Historicky patřily mezi oblíbenější letní paralympiády, kdy se v roce 1988 v Jižní Koreji, účastnilo paralympiády 3020 sportovců. V tom samém roce v Rakousku se letních paralympiád účastnilo pouhých 800 sportovců (KÁBELE, 1992, s. 10).

V roce 1946 byla v Československu na ministerstvu zdravotnictví vytvořena zásadní koncepce pro léčebnou rehabilitaci s názvem „Úkoly ministerstva zdravotnictví v péči o zraněné a invalidy (NĚMCOVÁ – TEJKALOVÁ, 2012, s. 67). Roku 1948 proběhly první Kladrubské hry. Zorganizovat Kladrubské hry se rozhodl PhDr. Vojmír Srdečný, který byl v té době terapeutem RÚK, jako součást rehabilitace. Her se zúčastnilo 82 pacientů léčebny. Mezi disciplíny patřil například vrh koulí, hod medicinbalem, plavání či stolní tenis. Další Kladrubské hry se uskutečnily až v roce 1958, jelikož si do tohoto roku politici stáli za tvrzením, že nemocní se mají pouze léčit, ne sportovat. Od roku 1960 mají Kladrubské hry svou tradici, v této době i s podporou paralympioniků (NĚMCOVÁ – TEJKALOVÁ, 2012, s. 68).

3.1.1 Význam volnočasových aktivit v životě člověka se zdravotním postižením

V životě vozíčkáře má tělesný pohyb hlavní vliv na rozvoj osobnosti v oblastech, které se následkem úrazu mění. Dle Kébeleho se tento rozvoj týká konkrétně rozvíjení individuálních schopností, získávání částečné nebo úplné samostatnosti a soběstačnosti, naplňování seberealizačních a aspiračních tendencí, případně

odreagování se od stresů (KÁBELE, 1992, s. 16). Vzhledem k pozitivním dopadům fyzické námahy pro oslabené tělo sportovce s postižením, vede sport k fyzickému zpevnování funkčních částí těla. „*Psychologická antistresovost sportu spočívá v odvedení pozornosti z existenční roviny do nevážné roviny zábavy a hry*“ (SLEPIČKA, 2011, s. 228). Pozitivní psychologický dopad je především z pocitu hrdosti po výkonu. „*Za specifické cíle tělesné výchovy a sportu vozíčkářů považujeme:*

- 1. Rozvíjení základních pohybových schopností a dovedností, což jsou obratnost, síla, vytrvalost, udržení rovnováhy, prostorová orientace, rychlost reakce, bravurní zvládnutí jízdy na vozíku ve smyslu 'vozíku jako součást těla', manuální zručnost, hygienické návyky apod.*
- 2. Osvojení žádoucích regeneračních a kompenzačních metod, tj. psychorelaxační techniky, automasáž, kompenzační cvičení, posilování, strečink aj.*
- 3. Formování psychických vlastností, tj. volní úsilí, schopnost koncentrace, zvládání emocí, adaptace a kooperace, vyrovnávání se s konfliktními situacemi, kompenzace pocitů méněcennosti atd.*
- 4. Překonávání sociálních bariér, tj. přijetí sociálních rolí, navazování kontaktů uvnitř subpopulace zdravotně postižených, společenské kontakty zdravých a postižených, pozitivní příklad pro doposud nesportující vozíčkáře, možnost výměny zkušeností a informací, propagace dosažených výsledků, sportovní diváctví aj.*
- 5. Předcházení vzniku tzv. civilizačních chorob např. z nedostatku pohybu, nevhodné životosprávy (pití alkoholu, kouření, či ignorování racionální výživy), z časté neurotizace, z vlivu stresogenních faktorů (KÁBELE, 1992, s. 10).*

Kromě udržování výše uvedených cílů je u osob po poranění míchy důležité, v co největší míře pečovat o svalstvo horní části těla. Pro soběstačný život, kdy se bude moci vozíčkář pohybovat samostatně, je třeba síly v rukou a trupu. U vozíčkářů, kteří nejsou trénováni, hrozí rychlá únava, neschopnost překonat překážky (kopec,

obrubič) a omezený přesun z vozíku na jiná místa. „Svaly rukou a paží jsou ve srovnání se svaly dolních končetin nedostatečně vybaveny kapacitně pro lokomoci celého těla“ (KÁBELE, 1992, s. 11). Mobilitu těla zajišťují především paže. Při jízdě na mechanickém vozíku je celé tělo závislé převážně na rukách, ale trup musí také pracovat.

3.1.2 Současné možnosti sportu u lidí se ZP

V této době, na začátku 21. století, je možností pro sport osob se zdravotním postižením relativně dost. Existuje řada svazů, organizací a sdružení, která se sportu osob na vozíku věnují. I přesto je velice náročné, především finančně, se ke sportu dostat. O možnosti sportovat i po úraze se dozvídají již v rehabilitačních zařízeních nebo v následných střediscích. Při svém dobrovolnictví, jako fundraiserka, jsem pro výjezd české reprezentace ragby vozíčkářů sháněla potřebné finance či vybavení. Nejčastější odpověď od oslovených subjektů „dali bychom Vám, chtěli by i ostatní“ mne šokovala.

V mnoha zemích Evropy i světa je sport podporován státem. Je brán jako součást rehabilitace. Státy na sportování přispívají finančně. Například u ragby vozíčkářů hráči reprezentace dostávají finance na vozíky, asistenty, trenéry a další nezbytné součásti peníze od pojišťovny. Vrcholoví handicapovaní sportovci jsou v zahraničí často i placeni.

Pro cílovou skupinu této bakalářské práce, tedy pro osoby po poranění míchy, je nejdůležitějším Český svaz tělesně postižených sportovců (ČSTPS), který sdružuje sportovce především se získaným postižením. Mezi důležité cíle ČSTPS patří především podpora a rozvoj sportu pro osoby s postižením, podpora sociální interakce osob se ZP a podpora zvyšování podvědomí o sportu ZP mezi zdravou populací (ČESKÝ SVAZ TĚLESNĚ POSTIŽENÝCH SPORTOVců, 2013). ČSTPS sdružuje celkem 17 sportů, které také propaguje a pomáhá s finančním zázemím.

Dalším důležitým průkopníkem sportu osob po poranění míchy je Centrum Paraple. Jednou z jeho činností je pořádání sportovních kurzů (lyžařský, vodácký,

potápěčský, cyklistický, jachtařský a všeobecně sportovní kurz). Nabízí možnost v zaškolení dobrovolníků a rodinných příslušníků v asistenci při sportovních i každodenních činnostech. Půjčuje sportovní vybavení. Při pobytu v Centru Paraple jsou klienti seznámeni s možnostmi sportu, většinu z nich si mohou aktivně vyzkoušet. K dispozici je posilovna, která je zde součástí rehabilitace. Klienti jsou vedeni ke zdravému životnímu stylu a motivováni k aktivnímu způsobu života.

Sportovní klub vozičkářů (SKV) pomáhá novým i vrcholovým sportovcům. Umožňuje novým členům seznámit se sportem pro osoby s postižením a možnost zapůjčení potřebného vybavení. Také pořádá kurzy, občas ve spolupráci s Centrem Paraple. SKV má pod svými křídly šest oddílů. Jde o oddíly potápění, lyžování, orientační závod, florbal, lyžování, stolní tenis (SPORTOVNÍ KLUB VOZÍČKÁŘŮ, 2013).

Tyto tři organizace patří mezi nejčastěji zmiňované. Existuje řada dalších organizací, klubů a spolků, které se sportu osob s tělesným postižením věnují. Tyto tři mají však nejbližší zkušenosti s lidmi po poranění míchy a dokážou jim poskytnout plnohodnotné zázemí.

3.2 Psychosociální aspekty sportu u osob po poranění míchy

Sport může mít pro každého jedince jiný význam. „*Pro jedny je specifickou rituální obětí lidské energie, pro jiné běžným prostředkem mezilidských vztahů, pro další kompenzací rozdílností v lidském životě či formou stvrzení osobní identity a individuálních rozdílů*“ (SEKOT, 2008, s. 9). U osob po poranění míchy, které jsou sportovci na rekreační nebo vrcholové úrovni, má sport významů mnoho. Nejčastějšími důvody pro sport je zábava, dosažení cíle, socializace, fyzická aktivita.

3.2.1 Motivace ke sportovním aktivitám

U každého sportovce jsou účinné jiné prostředky motivace. Záleží na vývoji, osobnosti a cílech. Jedním z motivačních prvků, který bývá často brán v potaz jako první, je takzvaná generalizace motivační struktury. Na výběr sportu mají vliv

vnější podněty jako reklama, parta, vzdálenost sportoviště, vliv blízkých lidí. (SLEPIČKA, 2011, s. 79). K úspěšné motivaci začínajících i úspěšných sportovců s postižením patří povzbuzování a opětné zařazování prvků, které již sportovec dobře zvládal v minulosti.

Dle Madsena se lidské motivy dělí s přihlédnutím k sociální determinovanosti člověka na:

- *motivы společenského kontaktu,*
- *motivы dosahování něčeho,*
- *motivы prestiže,*
- *motivы aktivizace*
- *emocionální motivы agrese a dosažení bezpečí* (SLEPIČKA, 2011, s. 86).

U obecného dělení motivů, jak je uvádí Madsen, vidíme podobnosti, pokud vezmeme v potaz motivy osob na vozíku. Motiv společenského kontaktu je stejně žádaný jako u zdravých sportovců. Osoby po poranění míchy mají možnost se setkat s osobami, které mají stejné potíže. Sdílení strastí, ale i úspěchů má lepší vliv na rozvoj sportovních dovedností. Dosažení něčeho, může u osob po získaném postižení nahradit mnohdy nastalé velké ztráty, mezi které u osob po poškození míchy patří pracovní změny, snížení pocitu společenského postavení atp. Motiv prestiže je také spojen s pocitem nízkého společenského postavení. Pokud provozuje osoba s postižením sport pravidelně a s výsledky, je okolím chválena a je jí tím dodáván pocit většího sebevědomí a uznání. Motivы aktivizace jsou u osob na vozíku stejně důležité jako u zdravých. Potřeba pohybu je zvýšena potřebou dobré svalové a fyzické kondice, kvůli pohybu na invalidním vozíku, který je náročný. Posledním motivem je vybouření negativních emocí, které mají osoby po poranění míchy. Fyzická aktivita je nejvhodnějším způsobem, jak se odreagovat, jak si v klidu popřemýšlet.

Za největší úskalí u sportu osob s postižením bych považovala finanční náročnost. Propagování, medializace a větší zájem o financování sportu osob s handicapem je v posledních několika letech jeden z častých cílů a požadavků jednotlivých sportovců či organizací podporujících sport osob s postižením. Zájem

o sport je veliký, sportovních pomůcek je ale nedostatek, vzhledem k jejich finanční náročnosti.

3.2.2 Sport a jeho role při integraci

Začlenění do sportovního kolektivu je u sportovců na vozíku významné pro růst sebevědomí a vymizení pocitu méněcennosti, neužitečnosti a strachu či snížení frekvence depresí. Viditelné tělesné postižení má vždy sociální dopad. Tento dopad může mít větší následky pro psychiku osoby s postižením, než samotné postižení. Nápadné změny ovlivňují sociální status jedince, snižují objektivní sociální hodnocení a mění se akceptace člověka od okolí. *„Tělesná výchova a sport přispívají k možnosti žít plnohodnotný život včetně aktivního zapojení do rodinného života, pracovního procesu a společenských funkcí“* (KÁBELE, 1992, s. 10). Sport má pozitivní vliv na úspěšnou resocializaci a utváří novou identitu. U sportovců vozíčkářů je důležitá integrace, socializace a v ideálním případě inkluze. Podle sociologických studií, které uvádí Kábele, byl zjištěn pozitivní vliv sportu na participaci zdravých a postižených, zapojení do společnosti, rozšíření sociálních kontaktů a utužení rodinných vztahů (KÁBELE, 1992, s. 11). Při integraci dle Matouška *„nejde jen o vyrovnání příležitostí pro hendikepované, o úpravu vztahů „majority“ a „minority“ a jejich soužití, ale také o úspěšnost začleňování jedinců se zdravotním znevýhodněním do společnosti“* (MATOUŠEK, 2005, s. 97).

„Pokud jde o socializaci sportem, tak jsou v popředí pozornosti efekty účasti ve sportu ve vztahu k jiným oblastem života, to znamená, že se sleduje nakolik je sport užitečný pro získávání dovedností, vlastností použitelných i v jiných oblastech života, nebo nikoli“ (SLEPIČKA, 2011, s. 113). Osoby po poranění míchy získávají díky sportu větší sebevědomí. Především díky dosaženým výsledkům i pocitu, že dokážou sportovat. Dalším efektem je fyzická zdatnost. K manipulaci s mechanickým civilním vozíkem je třeba síly. Přejíždění obrubníků, cesta do kopce nebo náročný úsek vzhledem k terénu potřebují sílu osoby na vozíku fyzickou zdatnost. Tyto dovednosti napomáhají k samostatnosti a nezávislosti.

Díky sportu se osoby po poranění míchy setkávají opět se svými přáteli a získávají nové sociální kontakty. Častá obava přátel z toho, co budeme moci s kamarádem na vozíku dělat, jak se máme chovat atd., je oprávněná. Sport dokáže tuto bariéru překonat. Všichni zúčastnění dělají, co je baví a sám sportovec s postižením si dokáže říci, pokud potřebuje s něčím pomoci. „*Socializační aspekty na půdě sportu odrážejí i stimulující význam uznání a obdivu okolí ke sportovním výkonům nezbytnost udržování kreditu výkonnostního sportovce pro posílení vlastní sebedůvěry a pozitivní odezvy okolí*“ (SEKOT, 2008, s. 23).

3.3 Nejčastější druhy sportů u lidí po poranění míchy

Osoby po poranění míchy se s modernizací sportovních pomůcek, sportovišť a zájmu okolí věnují sportu stále více. „*Pro adaptaci vozíčkářů se vymýšlejí a konstruuji speciální pomůcky, umožňují účast co nejširšího postižení*“ (KÁBELE, 1992, s. 190). Většina sportů je upravena pro sportující osoby na vozíku. Provozování sportů pro sportovce na vozíku jako například lyžování, atletika – hod oštěpem, koulí; plavání, ragby, tenis, kanoistika, hokej, basketbal nebo florbal jsou v dnešní době sporty dostupné. Bohužel propagace sportu handicapovaných je mezi zdravou populací malá. Ale i přes to se najde mnoho lidí, kteří jsou nápomocni při trénincích, závodech nebo přípravách. Já sama jsem aktivně pomáhala hráčům vozíčkářského ragby a byla jsem jako instruktorka na lyžařském kurzu. I přes snahu integrace a adaptace osob na vozíku do společnosti jejich běžná i sportovní aktivita vzbuzuje nechtěnou pozornost.

3.3.1 Biski, monoski

Lyžování osob po poranění míchy je možné díky speciálním lyžařským pomůckám (Biski, monoski, kartski, dualski). Jde o sedák upevněný skrze odpruženou konstrukci do sjezdových lyží. Tyto pomůcky jsou využívány i pro lyžování osob s jiným druhem tělesného postižení. Sama jsem si zkusila jízdu na monoski, jako dobrovolník na týdenním lyžařském výcviku s Centrem Paraple. Teorie jízdy je

vcelku jednoduchá, naučit se jezdit na monoski je už o mnoho těžší. Po prvním dni s dopomocí zkušeného instruktora jsem po zbylých pět dnů učila lyžovat klienty biski a monoski.

Lyžař je v monoski usazen do plastové sedačky, fixován několika popruhy. Dolní končetiny jsou vloženy do speciálního vaku, který je chrání před promrznutím. Monoski které se využívají ke sportu na vrcholné úrovni, mají na dolní končetiny celoplastovou ochranu. K zadní části monoski se pro začátečníky připevňuje madlo, které slouží instruktorovi jako pomocná říditka. Instruktor tak může pohodlně lyžaře navádět do oblouků a zároveň ho jistí před pádem. Handicapovaní lyžaři používají při jízdě místo běžných lyžařských holí hole stabilizační. Jde o podobu francouzských holí, které jsou fixovány k předloktí. Na konci oporné části mají malou lyžičku, o kterou se při jízdě opírají a udržují tak rovnováhu. Stabilizátory mají dvě polohy. První poloha pro jízdu, když je lyžička odklopena a dotýká se celou plochou sněhu. Druhá poloha, kdy je lyžička sklopena a patkou zabořena do sněhu slouží k udržení rovnováhy na místě a manipulaci na vleku. Monoski je speciální lyže určená pro zdatnější sportovce s plně funkčními horními končetinami. Pod monoski má lyžař pouze jednu lyži. Je proto potřeba zajistit silné závodní vázání o síle 20 a výše.

Biski jsou lyže vhodné pro osoby s těžkým postižením. „*Skládá se ze dvou lyží, konstrukce s hydraulickým zvedákem, kovové konstrukce a umělohmotné sedačky*” (CENTRUM HANDICAPOVANÝCH LYŽAŘŮ, 2010). Má níže posazené těžiště než monoski a neklade takové nároky na sílu horních končetin. Při jízdě lyžař také využívá opory o stabilizační hole. Díky dvěma lyžím je celkově stabilnější než monoski.

Důležité při lyžování je zvolit vhodný lyžařský areál, kde je personál pro práci s handicapovanými sportovci zaškoleni. Těchto areálů v České Republice přibývá. Ve větších lyžařských střediscích (Bedřichov, Pec pod Sněžkou, Harrachov) vědí, jak osobám na monoski/biski pomoci na vlek nebo lanovku. Na Lipně existuje i velmi oblíbená lyžařská škola pro osoby s postižením, kde je možno si i potřebné lyžařské vybavení zapůjčit.

3.3.2 Ragby vozíčkářů

Ragby vozíčkářů, vozíčkářské ragby, quadrugby nebo také wheelchairrugby jsou nejčastěji užívané názvy pro tento oblíbený, drsný sport. Jak napovídá název quadrugby, jde o hru určenou výhradně pro kvadruplegiky – osoby s poškozenou funkcí dolních i horních končetin. Nejčastějšími hráči jsou osoby po úrazu, genetické vadě či s vrozeným postižením. V českých týmech najdeme nejčastěji osoby po poranění míchy, u kterých je podmínkou postižení nejméně tří končetin. Osoby po dětské mozkové obrně, osoby s neuropatií a ostatní diagnózy musí mít postižení čtyř končetin. Ragby vozíčkářů je pro mne nejbližší sport. S hráči jsem trávila většinu tréninků, výjezdů a různých akcí v roce 2012 a 2013.

Ragby vozíčkářů vzniklo zhruba před dvaceti lety v Kanadě a rychle se rozšířilo po celém světě. „*Od roku 1990 oficiálně existuje světová asociace wheelchair rugby – International Wheelchair Rugby Federation (IWRF), která v současné době sdružuje asi 30 zemí*“ (LUKEŠ, 2013/4 s. 20 - 21). V České republice byl založen první klub v roce 1993 v Hradci Králové. V roce 2000 byl založen Český ragbyový svaz vozíčkářů (ČRSV). Nyní je v ČR 5 ligových týmů, které mezi sebou každý rok bojují o titul v České národní lize. Náplní a cílem ČRSV je zajišťování chodu reprezentace, organizace České ligy a mezinárodních zápasů a prezentace českého ragby v zahraničí. Od roku 1995 je Česká Republika účastníkem mezinárodních turnajů. Na rok 2014 má Česká reprezentace naplánované turnaje v Maďarsku, Německu, Itálii, Polsku a mistrovství světa v Dánsku.

Ragby vozíčkářů je kolektivní hra, která se hraje v tělocvičně na basketbalovém hřišti. Ke hře se používá speciální míč. Je podobný míči používanému při volejbalu, má však speciální úpravu povrchu pro lepší uchopení. Pro hraní ragby je třeba speciálního vozíku. „*Není možné ho nahradit jiným druhem vozíku, pro každého hráče je specifickým vybavením, a to z jednoho prostého důvodu: každý takový vozík je vyráběn dle potřeb konkrétního hráče*“ (LUKEŠ, 2013, s. 20 - 21). Těžké zdravotní postižení hráčů určuje jedinečnost každého vozíku. Sedáky, záda a výška konstrukce je důležitá pro každého hráče individuálně. Někteří hráči rozpohybují vozík odstrkováním o plnoplastovou výplň vozíku. Druhou možností je obruč na

kole. Hráči používají pogumované pracovní rukavice pro ochranu prstů, dlaní a zápěstí a pro lepší úchop míče.

Bránu vymezují na koncových čarách kužely. Cílem hry je dát mezi kužely co nejvíce gólů. Pro uznání gólu musí mít hráč míč plně pod kontrolou a brankovou čáru musí přejet minimálně dvě kola vozíku. Každý tým může mít na hřišti pouze 4 hráče. Jejich složení je určeno dle pravidel a bodů zdravotní klasifikace. Čím závažnější postižení, tím menší bodové hodnocení. Hra trvá 4 x 8 minut čistého času. V reálném čase trvá jeden zápas přibližně jednu hodinu a patnáct minut.

Výroba vozíků je vzhledem k individuálním potřebám hráčů dělána na zakázku a promítá se zde i cena. Cena vozíku se pohybuje od 120 000Kč – 200 000Kč, dle potřeb hráče a materiálu. Peníze na vozík si snaží hráči shánět sami, formou sponzorských darů. Bohužel se nedaří vždy sehnat plnou částku, proto hráči často doplácují.

Tréninky českých ragbistů probíhají zpravidla dvakrát týdně. Nedílnou součástí tréninků je trenér, kustodi a dobrovolníci, mezi kterými je i rozhodčí. Mé zkušenosti jsem nasbírala jako dobrovolník u týmů Prague Robots a Sitting Eagles, které trénují na pražském Hagiboru. Pomoc dobrovolníků je nesmírně důležitá. Hráči s těžším postižením potřebují pomoc při přípravě hracích vozíků, jelikož jsou v tělocvičně narovnané na sobě a kola jsou z vozíků odmontovaná. Dále dobrovolníci pomáhají při převlékání a přesunu na/z hracího vozíku. Při hře dochází k překlopení hráčů na bok, kdy je opět třeba „chodáka“ (jak sami hráči dobrovolníkům říkají), aby pomohl hráči zpět na kolečka.

Shánění financí na výjezdy je pro reprezentaci složité. Mezi hlavní zdroje patří příjmy od státu a jiných organizací, příjmy z vlastní činnosti a sponzorské dary. Příjmy od organizací a firem se zajišťují pomocí fundraisingu, kde jsem pomáhala i já, při shánění peněz na loňské mistrovství světa. *„Na všechny naše aktivity si musíme shánět finanční prostředky ze sponzorských darů a reklamy, kterou můžeme poskytnout ve sdělovacích prostředcích, na dresech nebo vozíku nebo prezentovat vaše výrobky na tuzemských i zahraničních turnajích“* (ČESKÝ RAGBYOVÝ SVAZ VOZÍČKÁŘŮ). Firmy, které nepřispějí, mají často důvody, že už jsou

finančně aktivní jinde nebo že jde o sport, který není známý, proto by se jim reklama nevyplatila. Mnoho výdajů potřebných především pro cestovné na tréninky a sportovní akce, sportovní potřeby, posilovnu a rehabilitace si sportovci platí ze svého příjmu. Dle slov několika hráčů jde o přibližně 40 000Kč – 80 000Kč za rok. Záleží na dálce dojíždění na tréninky, věnování se aktivnímu cvičení, posilování a rehabilitaci.

3.3.3 Sledgehokej

Sledge hokej je fyzicky velmi náročný a tvrdý sport. Český ekvivalent pro sledge hokej není. Od hokeje pro zdravé hráče se o moc neliší. Sledge hokej je uzpůsobený tak, aby ho mohly hrát osoby, které nemohou hrát hokej ve stoje. První hráči u nás se začali sledge hokeji věnovat v roce 2000. Inspirovali se paralympiádou v Naganu v roce 1998. „*Sledge hokej je řízen Českou sledge hokejovou asociací, která byla 4. prosince 2006 přijata do Českého svazu ledního hokeje*” (ČESKÝ SVAZ LEDNÍHO HOKEJE, 2014).

Sledge hokejisté hrají ve speciálních sáňkách na bruslích. Pro pohyb na ledě používají hráči speciálně upravené hokejky. Na jednom konci mají bodce, na druhém jsou čepele podobné jako na normálních hokejkách. Pravidla hry jsou dosti podobná klasickému lednímu hokeji. Jiný je počet hráčů v jednom družstvu, který je omezen na šest hráčů včetně brankáře. Specifická je také hrací doba, která je 3 x 15 minut. I ve sledge hokeji dochází k tvrdým faulům, které se trestají. Například bodnutí protihráče bodcem hokejky se trestá vyloučením do konce zápasu.

První opravdové zápasy sledge hokejistů se odehrály v roce 1994 (APA, 2012). Tento rok se paralympijský sledge hokej objevil i na českých televizních stanicích. Ze svého okolí jsem zachytila zájem o sledování a zájem sledge hokeje.

3.3.4 Plavání

Plavců po poranění míchy přibývá. Technika je zvládnutá, proto je jednodušší vysvětlit novým plavcům, jak správně plavat. Taťána Bělková uvádí, že plavání

je nejúčinnější a nejprospěšnější pohybová aktivita pro osoby s tělesným postižením (BĚLKOVÁ – PREISLEROVÁ, aj. 1988, s. 24). Hlavními faktory, které umožňují pozitivní efekt vlivu plavání, jsou:

- a) vztlak vody, který snižuje účinky gravitace a umožňuje vhodné podmínky pro udržování vodorovné polohy.
- b) teplota vody, které v optimálním případě snižuje svalové napětí, spasmy a zdokonaluje svalovou relaxaci.

Plavání výrazně ovlivňuje kvalitu života osob po poranění míchy. Z biologického směru jde o uvolnění svalů, rozvoj svalové síly a vytrvalosti, zvyšování fyzické kondice, prevence před ochabováním svalů. Velice důležitou možností je možnost samostatného a nezávislého pohybu ve vodě. Alespoň trochu zkušený plavec potřebuje minimální dopomoc. Což zvyšuje sebevědomí, ale i koordinaci těla a motoriku osoby po poranění míchy.

Nevýhodou u osob po poranění míchy bývá častá náchylnost na nastydnutí močových cest. Proto je třeba, aby byla voda přiměřeně teplá, ale aby i teplota okolního vzduchu nebyla o moc rozdílná od teploty vody.

3.3.5 Handbike

Cyklistika je mezi lidmi po poranění míchy rozšířeným sportem. V současné době je na trhu celá řada ručních kol (handbiků) pro široké využití.

Handbike je speciálně upravené kolo, které je poháněno pažemi. Sportovec sedí ve speciálním sedáku, který je upevněn na třech kolech. Na zadní části hanbiku se nachází dvě kola, vpředu jedno kolo. Přední kolo má na sobě řetěz, který se spojuje s ručními šlapkami a tak je handbike přiveden k jízdě. Handbike je vhodný pro paraplegiky i kvadruplegiky. V současné době je trendem dávat do handbiků elektromotory, které umožňují cyklistiku širšímu okruhu lidí s postižením.

„V současnosti je tento druh sportu uznáván Mezinárodním paralympijským výborem IPC a cyklistickou federací UCI. Pravidelně se konají oficiální mistrovství Evropy, Světa a na paralympiádě v Aténách (2004) měl handbike premiéru mezi

paralympijskými sporty. Zařazení do jednotlivých kategorií je vždy posuzováno podle stupně postižení” (Handbike, 2012).

Bohužel šance na pořízení tohoto oblíbeného sportovního náčiní se po zrušení státního příspěvku na kompenzační pomůcky vozíčkářům velmi snížila. Pořizovací cena handbiku pro rekreační jízdu se pohybuje mezi 120 – 220 tisíci korun.

3.3.6 Další sporty

V této kapitole se krátce zmíním o snu a cíli všech sportovců – paralympiádě. Letní paralympijské hry v roce 2012 měly velké sportovní zastoupení. Získat medaile bylo možné ve 23 sportech. Mezi letní paralympijské sporty patří atletika, lukostřelba, boccia, kánoe, cyklistika, jezdeckví, fotbal (v pěti nebo v sedmi hráčích), goalball, judo, vzpírání, veslování, plachtění, střelba, vozíčkářský volejbal, plavání, stolní tenis, triatlon, basketbal vozíčkářů, tanec vozíčkářů, šerm vozíčkářů, vozíčkářské ragby, vozíčkářský tenis.

Na zimních paralympijských hrách bylo v roce 2014 výrazně méně sportů, než na letních. Celkem se soutěžilo v pěti sportech, kterými byly: alpské lyžování, curling, biatlon, běh na lyžích a sledge hokej. Sledge hokej se letos poprvé vysílal na ČT4 sport v přímých přenosech. Ostatní sporty bylo možné shlédnout výjimečně také živě, vysílané byly spíše sestřihy ze záznamů.

PRAKTICKÁ ČÁST

4 KAZUISTIKY OSOB PO PORANĚNÍ MÍCHY SE ZAMĚŘENÍM NA SPORT

Cílem empirické části bakalářské práce bylo pomocí kazuistik uvést a přiblížit život osob se získaným postižením. Obě kazuistiky jsem zacílila na osoby s kvadruplegií. Kazuistiky se zaměřují především na sport, ale jsou doplněné o informace spojené s dalším obsahem této práce – rodinné zázemí, zdravotní anamnéza a adaptace na postižení

Veškerá data, která jsem použila v uvedených kazuistikách, jsem získala pomocí polostrukturovaných rozhovorů (viz. příloha). Na sběr dat jsem si s vybranými sportovci vymezila dvě a půl hodiny. Sběr dat probíhal v prvním čtvrtletí roku 2014, s doplněním otázek v létě 2014. Rozhovory probíhaly v prostředí, které si vybrali sami respondenti. Otázky byly strukturovány jako otevřené. Odpovědi na kladené otázky byly zaznamenávány společně s informacemi, které doplňovali respondenti volně podle svých pocitů, zkušeností a vzpomínek. Poté byly odpovědi a poznámky zpracovány v souvislý text. Hlavním tématem otázek bylo zjištění vztahu respondentů ke sportu, jeho významu v rámci reintegrace a možnostem využití druhů sportu s ohledem na postižení. Doplnujícími otázkami jsem se pokusila zmonitorovat rodinné dispozice a celkový přístup rodiny i klienta k získanému postižení.

Získané odpovědi by měly ukázat, jaký význam má sport u osob se získaným postižením. V závěru praktické části jsem shrnula data z obou kazuistik a doplnila je o své komentáře, s přihlédnutím na teoretickou část bakalářské práce a své zkušenosti.

Respondenty jsem získala při své dlouhodobé dobrovolnické činnosti u hráčů vozíčkářského ragby. Jako výhodu vnímám otevřenost respondentů vůči osobě, kterou znají a mají v ní důvěru. Snažila jsem se kontaktovat i osoby, které jsem viděla jen jednou. Ale i pouhý rozhovor, který by byl zaměřen především na sport, byl pro mnoho osob nepříjemný. Proto jsem do kazuistik vybrala respondenty, kteří neměli problém o svém získaném postižení hovořit.

4.1 Kazuistika I.

Uvedení případu:

Respondentem první kazuistiky je pan P. (33 let) s diagnózou kvadruplegie. Úrazem si způsobil frakturu šestého krčního obratle (C6) s míšní lézí na sedmém krčním obratli (C7). Úraz se mu stal před čtrnácti lety skokem do vody. Pan P. je plně soběstačný, zaměstnaný a bydlí s rodiči v bytě. Vrcholově se věnuje hraní vozičkářského ragby.

Anamnéza:

Rodinná anamnéza:

Pan P. žije v bytě s rodiči. Matka pracovala ve státní správě, v době úrazu pana P. nastupovala do předčasného důchodu. O otci se pan P. bavit nechtěl. Pracuje příležitostně, často pije alkohol, moc spolu se synem nevychází. Pan P. má starší sestru, se kterou má velice vřelý vztah. Sestra mu byla blízkým člověkem při reintegraci do společnosti přátel a zdravých lidí. Podnikala s ním mnoho akcí, na které ho doprovázela. Dopomáhala mu i při hygieně, kdy potřeboval pan P. zpočátku asistenci. V blízkém kontaktu byl od mala s dědou, kterého nastalá změna zdravotního stavu pana P. zasáhla nejvíce.

Vzhledem k tomu, že nemá stálou přítelkyni a s rodiči se dělí pouze o byt, nevnímá jako důležitou podporu rodiny pro hraní ragby. Ta pro něj byla velice cenná v době, kdy se mu stal úraz a v dobách léčení.

Zdravotní anamnéza:

Po úrazu, od května do srpna 2000, léčil poúrazový traumatický stav ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové. Zafixování obratle a míchy proběhlo až po několika hodinách, což je v případě míšního poranění (u pana P. se jedná o porušení míchy) pozdě. Pan P. několik měsíců věřil, že nejde o stálý stav. Věřit přestal v Rehabilitačním ústavu Kladruby, kde potkával dlouholeté vozičkáře se stejnou diagnózou. Rehabilitace byla náročná. Posilování svalů na ruku, které byly

funkční, bylo zdlouhavé a namáhavé. Svým úsilím dokázal svaly na ruku zpevnit a díky tomu je dle jeho slov plně soběstačný.

Osobní anamnéza:

Po úrazu měl pan P. největší obavy z práce a naplnění volného času, kdy byl zvyklý být aktivní. Potýkal se s depresemi, které vzniklé postžení vyvolaly. Byl léčen pomocí medikace a terapie. Při kontaktu s lidmi, kteří byli již na opakované rehabilitaci v rehabilitačních zařízeních, pan P. zjistil, že i lidé na vozíku pracují na zajímavých pracovních pozicích a snaží se věnovat aktivitám, které měli rádi i před úrazem. Před úrazem řídil s velkou oblibou automobil. V rehabilitačním ústavu v Kladruzech se dozvěděl o možnosti řidičského oprávnění pro osoby se zdravotním postižením. Od roku 2007 vlastní řidičský průkaz a automobil. Pořídil si také čtyřkolku, kterou vlastnil dva roky. Ježdění na čtyřkolce mu dodávalo pocit volnosti a adrenalinu, byla náhradou za kolo, na kterém jezdil jako zdravý rád v terénu. Čtyřkolka mu nahrazovala pocit jízdy na kole. Nejvíce ovšem panu P. vadila závislost na doprovodu někoho zdravého. Při pádu se nedokázal posadit sám ze země zpět na čtyřkolku. Proto čtyřkolku prodal a dále se této zálibě nevěnuje.

V Hamzově odborné léčebně v Košumberku a v Rehabilitačním ústavu Kladruhy měl možnost si vyzkoušet některé sporty dostupné pro osoby s kvadruplegií. Prvním zkoušeným sportem byla atletika. Zkoušel dvě disciplíny – hod oštěpem a koulí. U atletiky nesetřval dlouho, prý kvůli dlouhosáhlým přípravám a čekání mezi jednotlivými hody.

Mezi rehabilitační procedury patřilo plavání. Pro pana P. bylo plavání obtížné, vzhledem ke slabým svalům na ruku a vysoké tělesné váze. Odmítal dopomoc s několika kompenzačními pomůckami a doufal, že se dá naučit plavat i bez nich. Plavání se nikdy nevěnoval rád, bral ho pouze jako povinnou součást rehabilitace.

Současný stav:

Momentálně žije pan P. v bytě s rodiči. Je plně soběstačný, při sebeobsluze a aktivním životě nepotřebuje dopomoc. Místům, která nejsou bezbariérová, se vyhýbá. Není rád závislý na ostatních.

V roce 2009 začal pravidelně docházet na tréninky ragby vozičkářů. Pan P. prý nemá rád kolektivní sporty, přesto ragby vozičkářů hraje rád. Je to jediný kolektivní sport pro osoby s kvadruplegií. Zaplňuje mezeru fyzické námahy, která mu chybí. Po kancelářské práci bere ragby jako příjemné fyzické unavení. Jiný sport ho prý nebaví, nebo je při jeho postižení nemožné ho provozovat.

Díky ragby vozičkářů prý poznal mnoho různých lidí a pochopil, že dokáže zapadnout do jakéhokoliv kolektivu. Na trénincích ragby se často mění asistentky, které jsou převážně z řad fyzioterapeutek. Vítá tuto změnu, jelikož může poznávat nové lidi. Rád by prý také nové hráče, aby se dalo postavit více týmů, protože se někdy stává, že je moc hráčů na málo týmů. Během tréninků i výjezdů si pan P. velice váží své plné soběstačnosti, kdy nepotřebuje pomoc od druhých. Zvládne sám přesuny z/do auta a vozíku, sám se oblékne a upevní všechny potřebné ochranné pomůcky sám. Uvědomuje si, že je důležité udržovat všechny funkční svaly v těle, k čemuž mu ragby dopomáhá. Pečlivě se rozcvičuje a i na tréninku se ze sebe snaží vydat maximum. Ragby mu také uvolňuje spasmy. Pokud vynechá trénink, je to znát a spasmy jsou častější, především ráno.

Velkou motivací ke sportu je pro pana P. možnost sport provozovat. Že může být aktivní v adrenalinovém a silovém sportu, který přináší pozitivní pocity. Má stále touhu se zlepšovat a být zařazen mezi nejlepší české hráče vozičkářského ragby. Naopak jako demotivující bere finanční náročnost tohoto sportu. Finanční podpora je od státu a sponzorů malá. Na ragbyový vozík dostal část peněz od sponzora, ale sám si doplácel téměř 50 000Kč. Dojíždění na trénink a většinu výjezdů na turnaje si musí hradit sám. Po zamyšlení spočítal, že ho ragby stojí přibližně 50 000Kč ročně, když k tomu připočítá potřebné ochranné pomůcky, opravy vozíku a regeneraci. Jako velkou výhodu bere své stálé a relativně dobře placené zaměstnání, díky kterému má finance na hraní ragby. Pro velké finanční výdaje musí člověk tento sport bezmezně milovat, jinak by ho nemohl hrát na vysoké úrovni. Na výjezdech velmi rád poznává nová místa, lidi a kulturu.

4.2 Kazuistika II.

Uvedení případu:

Kazuistika se týká pana D. (33 let) s vysokou kvadruplegií. Jde o frakturu páteho krčního obratle, míšní léze na sedmém krčním obratli (C7). Úraz si přivodil před třinácti lety (2001) při skoku do vody. Žije plnohodnotným životem i přes své získané postižení. Je zaměstnán, má rodinu a aktivně sportuje.

Anamnéza:

Rodinná anamnéza:

Pan D. pochází z maloměsta. Matka zemřela, když bylo panu D. 17 let, tedy před úrazem. Otec se v roce 1997 odstěhoval do Ameriky. Jeho blízkým rodinným příbuzným je bratranec H., který panu D. pomáhal při návratu do života po úrazu. Zpočátku s panem D. bydlel, pomáhal mu v běžných činnostech, které sám nezvládal. S otcem se nikdy nebavil o pocitech, které prožívali po úrazu a o vzniklém postižení. Přesto byl otec panu D. velkou oporou. Zajistil mu velmi dobrou rehabilitaci a snažil se s ním být ve spojení přes telefon nebo internet. Nevlastní otec pana D. navštěvoval skoro denně. Jezdil za ním ze Šumavy do Fakultní nemocnice v Plzni. Při následném léčení ho navštěvoval a často podporoval.

Zdravotní anamnéza:

Pan D. strávil po úrazu tři měsíce ve Fakultní nemocnici v Plzni. Zde se dozvěděl diagnózu kvadruplegie. Na jednotce intenzivní péče bojoval s častými infekcemi a záněty, které způsobovaly, že neměl moc času na přemýšlení nad nově vzniklou zdravotní situací. Postupně zjišťoval, že se zraněním páteře a míchy nevznikla jen nemožnost chodit, ale také inkontinence a částečně postižené ruce, které způsobí závislost na druhých. Poté strávil sedm měsíců v rehabilitačních zařízeních - ve Fakultní nemocnici v Motole, v Rehabilitačním ústavu v Kladrubech a v Centru Paraple. V rehabilitačních zařízeních se pan D. zlepšil v pohybových schopnostech funkčních svalů, začal si uvědomovat potřeby močového měchýře a učil se pohybu na mechanickém vozíku. Naučil se sám jíst a psát s kompenzačními pomůckami.

Stále však nebyl schopen plné sebeobsluhy, potřeboval pomoc v oblékání, hygieně a složitějších přesunech.

Osobní anamnéza:

Pan D. je cílevědomý a výkonnostně nastavený typ člověka. Před úrazem odmaturoval na gymnáziu a nastoupil na dvě vysoké školy. Na Bankovní institut vysoká škola v Praze a na Universitu Komenského v Bratislavě. Po úraze dostudoval Universitu Komenského v Brně a získal titul Mgr. V době úrazu neměl pan D. partnerku.

Po necelých třech letech od úrazu se seznámil se svou nynější ženou - paní A. S panem D. se seznámili při psaní její diplomové práce, ve které působil pan D. jako proband. Zkoumání bylo zaměřeno na míru soběstačnosti a fyzickou kondici po ročním plánu sestaveném slečnou A. Dnes spolu mají již čtyřletého syna. V době, kdy se narodil syn, začal více vnímat pan D. své postižení. Podle jeho slov musela všechnu péči zastat žena. Syna se bál pochovat, nemohl ho přebalit, těžko ho vozil v kočárku. Zlom nastal v době, kdy se syn začal samostatně pohybovat a dávat najevo své potřeby.

Sportu se před úrazem věnoval rekreačně. Hrál fotbal, rád plaval, jezdil na kole, lyžoval a provozoval pěší turistiku. V té době bral sport jako využití volného času, trávení chvil se svými přáteli a možnost k vybití energie.

Dva roky po úrazu, v roce 2003, se pan D. v Rehabilitačním ústavu Kladruhy dozvěděl o možnosti plavání, které si jako kvadruplegik nedokázal představit. Po zjištění, že plavat dokáže, se začal v tomto sportovním odvětví rozvíjet a zlepšovat. V Centru Paraple dostal nabídku sportování v atletice a hraní ragby. Atletika ho nijak nelákala. Ragby vozíčkářů ho od prvního okamžiku oslovilo. Od roku 2003 chodí pravidelně plavat a na tréninky ragby. Oblíbení si vozíčkářského ragby přispěla kolektivnost hry a lidé, kteří se kolem tohoto sportu pohybují. Postupně se v ragby propracovával ze začátečníka, který se učil úchop míče a zvedání, přes kapitána v turnajích konaných v České Republice až po presidenta Českého ragbyového svazu vozíčkářů a pomocného trenéra.

Podle názoru pana D. je mnoho možností k vyzkoušení si sportů pro lidi s postižením přes různé organizace a spolky. Individuální provozování sportu je poté ale mnohem složitější především kvůli finanční náročnosti, nedostatkům bezbariérových sportovišť a hodně záleží na typu postižení. On jako kvadruplegik s vysokou míšní lézí má možnosti velmi omezené. Například lyžování je pro jeho slabou funkci svalů horní části těla velmi namáhavé a těžké.

Současný stav:

V současnosti je pan D. plně smířen se svojí situací. Je psychicky vyrovnaný s úrazem, odhodlaný zkoušet nové věci a žít co nejaktivněji. K zastávání pro něj důležitých rolí, pracovních i rodičovských, mu velmi pomáhá řidičské oprávnění a speciálně upravené auto. Stále potřebuje dopomoc s pohybem ve složitějším terénu nebo z/do prudkých kopců. Sebeobsahu ve velké míře zvládá sám. Doma je díky úpravám soběstačný. Pokud čas dovolí, chodí rád na procházky se psem. Pan D. pracuje jako právník v jedné firmě.

V současné době se pan D. věnuje rekreačně plavání a vrcholově ragby vozičkářů. Plavat chodí alespoň jedenkrát týdně, potřebuje však dopomoc asistenta. Především při převlékání plavek a přesunu z/do bazénu. V plavání je pan D. samostatný. Plave stylem znak obouruč nebo motýlek. Plavání je nejvhodnější formou rehabilitace, procvičování a protahování svalů. Doplnuje svalově náročnou hru ragby, kde bývají často přetěžovány určité svaly, které se ve vodě zregenerují. Sportem si udržuje zdraví a snaží se dosahovat výsledků a zlepšení pro své uspokojení.

Ragby vozičkářů je pro pana D. životní styl. Zastává pozici presidenta Českého ragbyového svazu vozičkářů, pomocného trenéra a kapitána. V České lize hraje za tým Sitting Eagles. Při výjezdech na turnaje a soustředění si s sebou zajišťuje pan D. osobního asistenta. Stará se především o propagaci a finanční zázemí ČRSV. Při vykonávání takových pozic se pan D. často setkává s různými lidmi. Což ho baví a dává mu pocit potřebnosti.

Skloubit rodinný život, práci a ragby je podle jeho slov těžké. I když bere ragby panu D. mnoho času, který by mohl strávit s rodinou, má v nich podporu. Což

je pro pana D. důležité a nabíjí ho to ještě větším krokem ke skvělým výsledkům. Ragby bere jako jediný sport, při kterém se fyzicky zapojí s postiženými horními končetinami. Důležitým cílem je pro pana D. osobní naplnění při hře a dosahování co nejlepšího výkonu na hřišti. Jako součást vnímá shánění financí pro týmy a pro výjezdy hráčů, které je jednou z nejtěžších cílů, ale v případě pozitivních výsledků přichází dle slov pana D. pocit naplnění a uspokojení, který se výrazně projeví do hry. Tréninky dvakrát týdně pan D. vítá s radostí. V práci pracuje na počítači, proto je rád za vybití energie na hřišti. Hraní panu D. zlepšuje nálad, udržuje ho v psychické pohodě.

Velkou motivací pro aktivní hraní ragby je radost z pohybu. Při hraní dochází k pocitům uspokojení, volnosti a pohody. Pan D. uvádí, i hádky nebo neshody, které se při trénincích nebo na turnajích dějí k hraní, patří a jsou důležitou součástí pro dynamiku týmu. Od všech hráčů vyžaduje aktivní přístup. Aby chodili na tréninky pravidelně, vydali ze sebe co nejvíce energie a přispěli svou osobou k ještě lepším výkonům hry. Důležitá je pro pana D. týmovost. Hráče neustále motivuje ke komunikaci mezi sebou, kritikám a pochvalám. Důležitou součástí jsou i asistenti a doprovody, kteří při hře pomáhají a doprovází je na různé akce. Rád poznává lidi z jiných zahraničních týmů. Baví se s nimi především o nových možnostech v ragby a stylu hry, který je v cizině mnohdy vpředu.

4.3 Shrnutí kazuistik

Z uvedených kazuistik lze vyčíst, že sport je jedna z klíčových volnočasových aktivit u osob po poranění míchy. Začlenění sportu do života osoby po poranění míchy se může stát nástrojem k udržování fyzického a psychického zdraví vozíčkáře. Po subjektivní stránce se oba probandi cítí po sportovním výkonu velice dobře. Kazuistiky potvrzují informace z teoretické části práce i z mé dobrovolnické činnosti o tom, že sportovní činnost pozitivně ovlivňuje zdravotní, psychické a sociální klima vozíčkáře. Pozitivní ovlivnění zdraví se týká základních pohybových dovedností a schopností, a to především zlepšení svalových funkcí a fyzické vytrvalosti. Když jsou svaly dostatečně silné, pacient zvládá sám například přesuny do vozíku určeného pro hru. Sport je také důležitou součástí rehabilitace.

Psychické vlivy sportu na osoby po poranění míchy jsou z kazuistik zřejmé. Sport uspokojuje sociální potřeby. Sport dodává pocit volnosti a jsou zřejmé potřeby dosahování úspěchů a osobního naplnění. Důležité je navození motivace, s cílem dále na sobě pracovat. Tuto motivaci prohlubují výsledky a dynamika týmu.

Sociální přínos je další důležitou oblastí pozitivního vlivu sportu u osob s poraněním míchy. Potvrdilo se, že sportovní aktivity pozitivně ovlivňují plnohodnotné zapojení do společnosti, významně rozšiřují oblast sociálních kontaktů a v některých případech upevňují i rodinné vztahy. Znam hráče ragby, kteří využívají přímé pomoci rodinných příslušníků při přípravách na hru. Sport lze tedy označit za přirozený nástroj (re)integrace.

Mohu tedy říci, že odpovědi na otázky položené probandům, souhlasí s teoretickou částí práce. I při mé dobrovolnické činnosti u vozíčkářského ragby a lyžařského kurzu pro osoby s postižením se mi potvrdilo mnoho informací uvedených v obou částech bakalářské práce.

ZÁVĚR

Osoby po poranění míchy kvůli invalidnímu vozíku vyčnívají. Společnost na ně není stále zvyklá, bojí se s nimi mluvit, koukat na ně. Je tedy pro nás všechny výzvou neobracet se k těmto lidem zády, nevyhýbat se jim a snažit se, aby se cítili ve společnosti co nejlépe. V bakalářské práci jsem se zaměřovala na způsoby vyrovnávání se s novou životní situací, na význam sportu a sport jako prostředek socializace.

Vzhledem ke smutným stoupajícím statistikám ochrnutých osob po poranění míchy by mělo být věnováno mnohem více pozornosti tématu poranění míchy. Především by bylo vhodné zvýšit primární prevenci v mediích, ve školách i v rodinách. Povědomí o první pomoci osobám po úrazu míchy je malé. Lékařská péče je v České republice nyní na špičkové úrovni. Zdravotnická zařízení, kde na sebe péče navazuje, zajistí pacientovi co nejlepší přípravu na samostatný život. Sociální služby pro osoby s tělesným postižením nemají po České republice dostatečně dostatečně rozsáhlou síť poskytovatelů. Specializovaná centra pro osoby po poranění míchy mají malou kapacitu.

Teoretická část bakalářské práce přiblížila adaptaci na získané postižení. Rozvedla jsem proces adaptace u osoby po poranění míchy a její rodiny a zdravotnické zázemí při léčbě osob po poranění míchy v ČR. Hlavní zaměření bylo na sport a jeho význam u osob po poranění míchy. V teoretické části jsem se soustředila na body, které jsem i ze své praxe uvážila jako důležité. V praktické části jsem zpracovala dvě kazuistiky, v rámci nichž jsem poznatky v teoretické práci potvrdila.

Sport je v mé práci tématem, kterému jsem se sama přiblížila. Docházela jsem jako dobrovolnice k vozíčkářskému ragby a zúčastnila se lyžařského výcviku osob s tělesným postižením. Vztah ke sportu mají ochrnuté osoby vřelý. Je to pro ně důležitá forma rehabilitace, socializace ale i poznání. Důležitá je podpora od organizací, které umožní osobám po poranění míchy poznat a vyzkoušet si různé

druhy sportů. Možnost dokázat si, že mohou být také úspěšní sportovci, mnohdy výkonnější než zdravé osoby, je pro osoby na invalidním vozíku důležitým faktorem pro zvyšování sebevědomí a snižování pocitu méněcennosti. Přála bych si, aby se sportu vozíčkářů věnovalo více lidí a podporovali sportovce s postižením materiálně, finančně i dobrovolnicky.

SEZNAM LITERATURY

BĚLKOVÁ, T. aj. *Plavání v pohybovém režimu zdravotně oslabených a tělesně postižených*. Praha: NS Svoboda, 1988.

FALTÝNKOVÁ, Z. *Paraplegie, tetraplegie*. Praha, Svaz paraplegiků s finanční podporou MZ ČR, 2007. ISBN [neuvedeno]

HELLER, J. aj. *Fyziologie tělesné zátěže II. – Speciální část 3. díl*. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-225-7.

CHROMÝ, K. a HONZÁK, R. *Somatizace a funkční poruchy*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1473-6.

KÁBELE, J. *Sport vozíčkářů*. Praha: Olympia, 1992. ISBN 80-7033-233-6.

KROUTILOVÁ - NOVÁKOVÁ, R. aj. *Pečovatelství II*. Praha: Triton, 2011. ISBN 978-80-7387-531-2.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.

LUKEŠ, D. *Základní informace o „wheelchair rugby“ v Česku*. APA v teorii a praxi. 2013. ISSN 1804-4204.

MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-502-8.

MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2003. ISBN 80-86429-19-9.

MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0.

MATOUŠEK, O. aj. *Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví. Praha: Grada, 2001. ISBN 92-4-154542-9.

MLÝNKOVÁ, M. *Pečovatelství*. 2. díl. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3185-8.

NĚMCOVÁ - TEJKALOVÁ, A. *Ti druzí sportovci: mediální stereotypizace a rámcování handicapovaných v tisku v letech 1948 – 2008*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2038-1.

NOVOSAD, L. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-873-9.

SEKOT, A. *Sociologické problémy sportu*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-247-2562-8.

SLEPIČKA, P. *Psychologie sportu*. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1602-5.

ŠAMÁNKOVÁ, M. aj. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠPATENKOVÁ, N. aj. *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0586-9.

TOMEŠ, I. *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-680-3.

VÁGNEROVÁ, M. a kol. *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-929-4.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-678-0.

VOTAVA, J. a kol. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0708-5.

INTERNETOVÉ ZDROJE

CENTRUM APLIKOVANÝCH A POHYBOVÝCH AKTIVIT (APA). Sledge hokej. In: *apa.upol.cz* [online]. ©2012 [cit. 2014-04-24]. Dostupné z: <http://www.apa.upol.cz/web/index.php/e-learningove-texty-cols3/sport/269-sledge-hokej.html>

CENTRUM PARAPLE. O nás. In: *paraple.cz* [online]. 2011a [cit. 2014-03-21]. Dostupné z: <http://www.paraple.cz/informace/misni-poraneni.html>

CENTRUM PARAPLE. Poškození míchy. In: *paraple.cz* [online]. 2011b [cit. 2014-03-21]. Dostupné z: <http://www.paraple.cz/informace/misni-poraneni.html>

CENTRUM PARAPLE. Sociálně rehabilitační programy. In: *paraple.cz* [online]. 2011 [cit. 2014-03-21]. Dostupné z: <http://www.paraple.cz/informace/misni-poraneni.html>

ČESKÁ ASOCIACE PARAPLEGIKŮ. Co znamená poškození míchy? In: *czepa.cz* [online]. ©2010a [cit. 2014-03-25]. Dostupné z: http://www.czepa.cz/poraneni-michy-/faqcbm_635141/6/

ČESKÁ ASOCIACE PARAPLEGIKŮ. O nás. In: *czepa.cz* [online]. ©2010b [cit. 2014-03-25]. Dostupné z: <http://www.czepa.cz/o-nas/>

ČESKÁ KINANTROPOLOGIE. Funkční profil u aktivních tetraplegiků a paraplegiků – mužů a žen – v závislosti na výši míšňí léze. In: *ceskakinatropologie.cz* [online]. 2013 [cit. 2014-04-11]. Dostupné z: <http://www.ceskakinatropologie.cz/index.php/TestJournal/article/viewFile/316/189>

ČESKÝ SVAZ TĚLESNĚ POSTIŽENÝCH SPORTOVců. Cíle. In: *cstps.cz* [online]. ©2013 [cit. 2014-04-11]. Dostupné z: <http://www.cstps.cz/stranky/cile>

ČESKÝ SVAZ LEDNÍHO HOKEJE. O sledge hokeji. In: *czepa.cz* [online]. © 2014 [cit. 2014-04-11]. Dostupné z: <http://www.cslh.cz/text/62-o-sledge-hokeji.html>

ČESKÝ RAGBYOVÝ SVAZ VOZÍČKÁŘŮ. O sportu. In: *crsv.cz* [online]. ©2014 [cit. 2014-04-11]. Dostupné z: <http://www.crsv.cz/o-sportu/uvodni-infromace>

ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ. Invalidita a žádost o invalidní důchod. In: *cssz.cz* [online]. ©2011, posl. revise 31.1.2012 [cit. 2014-03-25]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/o-cssz/informace/zivotni-situace/ozp/invalidita-a-zadost-o-invalidni- Duchod.htm>

FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE. Spinální jednotka při Klinice rehabilitace a tělovýchovného lékařství UK 2. LF a FN Motol. In: *fnmotol.cz* [online]. ©2012 [cit. 2014-03-25]. Dostupné z: <http://www.fnmotol.cz/kliniky-a-oddeleni/spolecna-pracoviste/spinalni-jednotka-pri-klinice-rehabilitace-a-telov/>

KŘÍŽ, J. Spinální program v České republice – historie, současnost, perspektivy. In: *neurologiepraxi.cz* [online]. 2013 [cit. 2014-03-25]. Dostupné z: <http://www.neurologiepraxi.cz/pdfs/neu/2013/03/07.pdf>

Handbike. In: *luckykolecka.cz* [online]. 2011 [cit. 2014-04-25]. Dostupné z: <http://www.luckykolecka.cz/stante-se-clenem>

MINISTESTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Práva tělesně postižených. *Mpsv.cz* [online]. 2005, posl. revise 27. 4. 2005 [cit. 2014-03-21]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/841>

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Sociální práce a sociální služby. *Mpsv.cz* [online]. [2014] [cit. 2014-03-21]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/9>

Sexuality after SCI. In: *spinalcordinjury.net* [online]. [2014] [cit. 2014-03-28]. Dostupné z: http://www.spinalcordinjury.net/Services/services_info_sexuality.htm#Q5

SPORTOVNÍ KLUB VOZÍČKÁŘŮ. Naše činnost. In: *skvpraha.org* [online]. 2013 [cit. 2014-04-11]. Dostupné z: <http://www.skvpraha.org/>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. Věstník 6/2012. Metodické opatření MZ, kterým se stanovuje síť zdravotnických zařízení a jejich spádových území pro zajištění komplexní péče při závažných čerstvých spinálních postiženích. In: *mzcr.cz* [online]. 2002 [cit. 2014-03-25]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3589_1777_11.html

SYMPOZIUM

KÁBRTOVÁ A. a KŘÍŽ, J. *Psychologická podpora při léčení a rehabilitaci poškození míchy*. Sborník vybraných přednášek z 1. celostátního symposia spinálních jednotek. Hradec nad Moravicí, září, 2004.

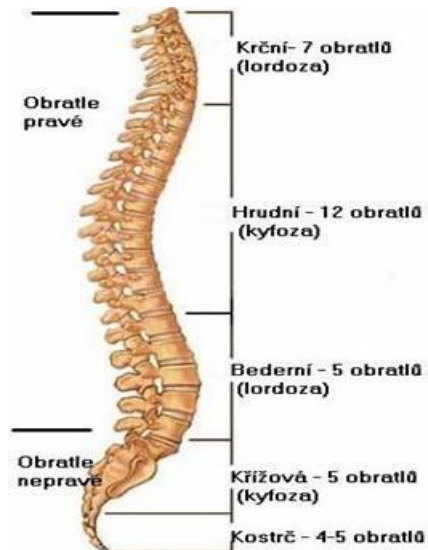
ZÁKONÍK

Sociální zabezpečení 2014. Úplné znění. Ostrava: Sagit, 2014. ISBN 978-80-7488-041-4

PŘÍLOHY

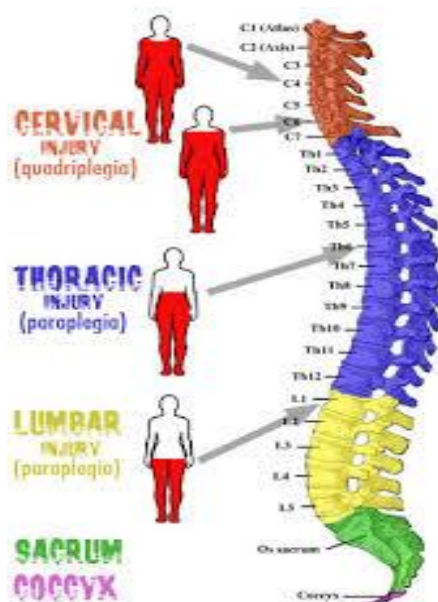
Příloha I

Anatomie páteře



Zdroj: [<http://www.kntb.cz/pruvodce-pacienta-operacni-lecbou-degenerativni-onemocneni-pateře>]

Lokalizace míšní léze



Zdroj: [<http://www.innovationsstemcellcenter.com/patient-education/adult-stem-cells-for-spinal-cord-injuries/>]

Příloha II

Příspěvek na péči – posuzování základních životních potřeb

Příloha č. 1 k vyhlášce č. 505/2006 Sb.

Vymezení schopností zvládat základní životní potřeby

a) Mobilita:

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna zvládat vstávání a usedání, stoj, zaujímat polohy, pohybovat se chůzí krok za krokem, popřípadě i s přerušováním zastávkami, v dosahu alespoň 200 m, a to i po nerovném povrchu, chůzí po schodech v rozsahu jednoho patra směrem nahoru i dolů, používat dopravní prostředky včetně bariérových.

b) Orientace:

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna poznávat a rozeznávat zrakem a sluchem, mít přiměřené duševní kompetence, orientovat se časem, místem a osobou, orientovat se v obvyklém prostředí a situacích a přiměřeně v nich reagovat.

c) Komunikace:

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna dorozumět se a porozumět, a to mluvenou srozumitelnou řečí a psanou zprávou, porozumět všeobecně používaným základním obrazovým symbolům nebo zvukovým signálům, používat běžné komunikační prostředky.

d) Stravování:

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna vybrat si ke konzumaci hotový nápoj a potraviny, nápoj nalít, stravu naporcovat, naservírovat, najíst se a napít, dodržovat stanovený dietní režim.

e) Oblékání a obouvání:

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna vybrat si oblečení a obutí přiměřené okolnostem, oblékat se a obouvat se, svlékat se a zouvat se, manipulovat s oblečením v souvislosti s denním režimem.

f) Tělesná hygiena:

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna použít hygienické zařízení, mýt si a osušovat si jednotlivé části těla, provádět celkovou hygienu, česat se, provádět ústní hygienu, holit se.

g) Výkon fyziologické potřeby:

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna včas používat WC, vyprázdnit se, provést očistu, používat hygienické pomůcky.

h) Péče o zdraví:

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna dodržovat stanovený léčebný režim, provádět stanovená léčebná a ošetrovatelská opatření a používat k tomu potřebné léky, pomůcky.

i) Osobní aktivity:

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna vstupovat do vztahů s jinými osobami, stanovit si a dodržet denní program, vykonávat aktivity obvyklé věku a prostředí jako např. vzdělávání, zaměstnání, volnočasové aktivity, vyřizovat své záležitosti.

j) Péče o domácnost:

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna nakládat s penězi v rámci osobních příjmů a domácnosti, manipulovat s předměty denní potřeby, obstarat si běžný nákup, ovládat běžné domácí spotřebiče, uvařit si teplé jídlo a nápoj, vykonávat běžné domácí práce, obsluhovat topení a udržovat pořádek.

PŘÍLOHA III

Otázky dotazníku:

- 1) Pověz mi něco o rodině a blízkých lidech. O situaci před úrazem a po úrazu.
- 2) Jaká je tedy Tvoje diagnóza? Jak probíhala léčba?
- 3) Co jsi prožíval, na co jsi myslel po úrazu?
- 4) Jaký byl Tvůj vztah ke sportu a volnočasovým aktivitám před úrazem?
- 5) Jakým způsobem ses dostal ke sportu po úrazu?
- 6) Jaký význam pro Tebe má sport? Ve kterých směrech vnímáš sport jako užitečný?
- 7) Vnímáš sport jako nástroj reintegrace? Znovuzačlenění?
- 8) Jakou máš motivaci ke sportu?
- 9) Vnímáš souvislost mezi rodinou a sportem?
- 10) Pověz mi něco ke spojení Ty a ragby.

PŘÍLOHA IV

Fotografie vybraných sportů:

Monoski



Zdroj: [<http://www.paraple.cz/news/57/255/Na-lyzich-s-Centrem-Paraple.html>]

Hráči ragby vozičkářů



Zdroj: [<http://archiv.trutnovinky.cz/index.php?gid=23593>]

Handbike



Zdroj: [<http://www.hustopece.cz/handbikeri-pripravili-dramatickou-podivanou>]

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autorky: Petra Kabrielová

Studijní program: Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Význam sportu u dospělých osob po poranění míchy

Počet stran (bez příloh): 48

Celkový počet stran příloh: 7

Počet titulů české literatury a pramenů: 23

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 1

Počet internetových odkazů: 18

Vedoucí práce: PhDr. Kateřina Šámalová

Rok dokončení práce: 2014

**Posudek vedoucího bakalářské práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: **Petra KABRIELOVÁ**

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Význam sportu u dospělých osob po poranění míchy

Vedoucí práce: PhDr. Kateřina Šámalová, Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 48

Počet stránek příloh: 7

Počet titulů v seznamu literatury: 24

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

		2		
--	--	---	--	--

Oborová příléhavost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		2		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

		2		
--	--	---	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

		2		
--	--	---	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	1			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití praktických zkušeností

		2		
--	--	---	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

		2		
--	--	---	--	--

Naplnění cílů práce

		2		
--	--	---	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

			3	
--	--	--	---	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	1			
--	---	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		2		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

		3		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Bez otázek. Nechávám prostor pro otázky oponenta a komise.

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Studentka předkládá k posouzení obsahově a formálně revidovanou bakalářskou práci. Volba tématu je originální, vedená především autorčinými osobními zkušenostmi s cílovou skupinou osob po poranění míchy v procesu psychosociální adaptace na získané ochrnutí. Příležitost tématu k oboru studia hodnotím jako vynikající.

Vnitřní struktura práce byla ponechána. Práce je tedy již tradičně členěna na část teoretickou a výzkumnou. Dílčí tematické členění první části práce je logické a zároveň dynamické. Je zjevné, že autorčin jazyk prošel formálními a stylistickými úpravami, text je tak více čtivý a srozumitelný. Na druhou stranu je patrné, že studentka opětovně nevěnovala náležitou pozornost rozšíření spektra výchozí domácí či zahraniční citované literatury, která by práci jednoznačně zkvalitnila.


Nejmarkantnější změny zaznamenávám v druhé části práce, v části empirické. Tu studentka vystavěla na dvou případových šetřeních ilustrujících příběhy dvou osob – mužů po poranění míchy, jejich vztah ke sportu a roli této volnočasové aktivity v procesu adaptace na nové životní podmínky. Kazuistiky jsou tak více cílené na stěžejní tematiku celé práce. Dále ve srovnání s původním textem autorka k těmto dvěma kazuistikám vypracovala i jistý metodologický úvod obsahující základní stěžejní body přípravy a realizace výzkumného projektu. V závěru pak následuje shrnutí prezentující autorčiny postřehy, znovu však chybí, byť stručná, diskuse zjištěných poznatků s dostupnou recentní odbornou literaturou.

Z aktuálního znění práce je zřejmé, že studentka vynaložila čas a úsilí k úpravě práce, a vyšla tak vstříc výtkám, které byly vzneseny k původnímu textu. Předloženou práci tedy **doporučuji** k obhajobě.

Doporučení k obhajobě: doporučuji/~~nedoporučuji~~*

Navrhovaná klasifikace: velmi dobře

Datum, podpis: V Praze 24. srpna 2014


PhDr. Kateřina Šámalová, Ph.D.

*
nehodící se, škrtněte

**Posudek oponenta bakalářské práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Petra Kabrielová

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Význam sportu u dospělých osob po poranění míchy

oponent* práce: Mgr. Martin Prokeš

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 48

Počet stránek příloh: 7

Počet titulů v seznamu literatury: 52

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

		x		
--	--	---	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	x			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

		x		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

			x	
--	--	--	---	--

Využití praktických zkušeností

			x	
--	--	--	---	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

x				
---	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

			x	
--	--	--	---	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

				x
--	--	--	--	---

Návaznost kapitol a subkapitol

		x		
--	--	---	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost
výsledků v praxi

			x	
--	--	--	---	--

Vhodnost prezentace závěrů práce
(publikace, referáty, apod.)

			x	
--	--	--	---	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Proč se v praktické části zaměřujete jen na jeden sport?
Velkým problémem je uchování anonymity respondentů, myslím, že není velký problém dohledat kdo je prezidentem rugbyového svazu vozíčkářů, napadá Vás jak tento problém ex post odstranit?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Práce je dobře zpracována, jen, myslím, že vzhledem k závažnosti tématu není výtěžná tak, jak by mohla být a to i s vědomím, že jde o práci bakalářskou. Velkým problémem, který vidím je nedodržení zachování anonymity respondenta z kazuistiky, domnívám se, že problém je tak velký, že vyvolává pochybnosti, zda práce může být připuštěna k obhajobě. Za oponenta proto navrhuji podmíněně dobrou, pokud by autorka u obhajoby dokázala navrhnout řešení, je práce ve své podstatě na velmi dobrou. Pokud ne, navrhuji přepracování a nový termín obhajoby.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace:
Dobře

Datum, podpis:
9/9/2014 Prokeš

