

Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta tělesné kultury

DETERMINANTY ZAPOJENÍ DO POHYBOVÝCH AKTIVIT PO TRAUMATU
Bakalářská práce

Autor: Eva Skovajsová
Vedoucí práce: prof. PhDr. Hana Válková, CSc.

Olomouc 2011

Bibliografická identifikace

Jméno a příjmení autora: Eva Skovajsová

Název bakalářské práce: Determinanty zapojení do pohybových aktivit po traumatu

Pracoviště: Katedra aplikovaných pohybových aktivit

Vedoucí bakalářské práce: prof. PhDr. Hana Válková, CSc.

Rok obhajoby bakalářské práce: 2011

Abstrakt: V literaturách se uvádí doba nejméně dva roky znovunavrácení se do běžných lidských aktivit po traumatu, včetně pohybových aktivit. Teoretické údaje o této problematice existují, ale fakta a příklady z praxe chybí. Bakalářská práce se zabývá možnými determinanty, které ovlivňují adaptaci na pohybové aktivity a ve vztahu k těmto determinantám, zjistit průměrnou dobu zapojení se do pohybových aktivit po traumatu, jedná se o determinanty, psycho – sociální. Využívám informace z dlouhodobého sledování z praxí. Pomocí semistrukturovaného rozhovoru byly získány a zpracovány data v 5 případových studiích u vybrané sportující populace ve věku od 18 do 35 let po úraze. Hlavními determinanty, které působí na znovunavrácení se do pohybových aktivit, jsou konkrétně shrnuty ve výsledkové části bakalářské práce. Mezi hlavní determinanty patří rodina, přátelé, pobyt v nemocnici a v rehabilitačních centrech, ekonomická situace a vliv intaktní společnosti. Průměrná doba znovunavrácení se do pohybových aktivit u zkoumané vybrané populace je taktéž konkrétně zaznamenána ve výsledkové části práce.

Klíčová slova: Tělesné postižení, náročná životní situace, zvládání stresových situací, rodina, sport, sport tělesně postižených.

Souhlasím s půjčováním bakalářské práce v rámci knihovních služeb.

Bibliographical identification

Author's first name and surname: Eva Skovajsová

Title of the master thesis: Determinants of incorporation to the physical activities after trauma

Department: Department of Adapted Physical Activities

Supervisor: prof. PhDr. Hana Válková, CSc.

The year of presentation: 2011

Abstract: In the professional literature there is a time at least two years required for regression to the ordinary human activities after trauma, including sport activities. Theoretical files about this topic do exist, but facts and examples from practical life are missing. This Master thesis is dealing with possible determinants, which are affecting adaptation to the sport activities and in relation to these determinants, find out the approximate time period required for rejoining to the physical activities after trauma. These determinants are psycho – social. I have used the information from long-term observation and practice. Using semi-structured interview were gained and evaluated data from 5 subjects, selected from active sporting population after trauma, aged between 18 and 35 years. Major determinants, which are affecting rejoining to the physical activities, are specifically summarized in result part of the Master thesis. Among main determinants belong family, friends, hospitalization, sojourn in rehabilitation center, economic situation and influence of the intact society. The approximate period of time required for rejoining to the physical activities with selected and examined population is also specifically recorded in summary part of my thesis.

Key words: Physical disability (handicap), difficult life situation, managing stressful situations, family, sport, sport activities of disabled people.

I agree with sharing of my master thesis to the library purposes.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně a použila jen literaturu a prameny uvedené v referenčním seznamu. Souhlasím, aby práce byla uložena v knihovně Fakulty tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci a zpřístupněna ke studijním účelům.

V Olomouci dne 26. 7. 2011

.....

Práce vznikla v rámci projektu ESF „Speciálně poradenské centrum aplikovaných pohybových aktivit“.

The theses was developed under umbrella of ESF project „Special education center of adapted physical activity“.

Děkuji vedoucímu bakalářské práce prof. PhDr. Haně Válkové, CSc. za odborné vedení a cenné rady při vypracování bakalářské práce. V neposlední řadě děkuji respondentům za ochotu a spolupráci při tvorbě bakalářské práce.

Obsah

1.	ÚVOD	8
2.	SYNTÉZA POZNATKŮ	9
2.1.	Tělesné postižení.....	9
2.2.	Úrazové postižení míchy a jeho následky	10
2.2.1.	Transverzální míšní léze a její následky	10
2.2.2.	Změny po poranění míchy	11
3.	FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ OSOBNOST JEDINCE S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM....	14
3.1.	Vnitřní činitele	14
3.1.1.	Náročná životní situace	14
3.1.2.	Vrozené a získané postižení	15
3.1.3.	Pohybové postižení	15
3.1.4.	Adaptace	16
3.1.5.	Zvládání zátěžových situací.....	16
3.1.6.	Subjektivně náročné situace	18
3.2.	Vnější činitele	19
3.2.1.	Rodina	19
3.2.2.	Společnost.....	20
3.2.3.	Socializace	21
3.2.4.	Socializace prostřednictvím pohybových aktivit a sportu.....	21
3.2.4.1.	Sociální role	22
4.	TĚLOCVIČNÉ - POHYBOVÉ AKTIVITY.....	23
4.1.	Pojetí a význam.....	23
4.2.	Sport	24
4.3.	Sport vozíčkářů	24
4.3.1.	Atletika	25
4.3.2.	Basketbal	26
4.3.3.	Florbal vozíčkářů	26
4.3.4.	Sledge hokej	27
4.4.	Význam sportu a tělocvičných aktivit pro osoby s tělesným postižením	27
5.	CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	29
5.1.	Formulace problému	29
5.2.	Cíl práce	29
5.3.	Postup řešení práce	29

6.	METODIKA.....	31
6.1.	Respondenti.....	31
6.2.	Metody získávání informací.....	31
6.2.1.	Semistrukturovaný rozhovor	31
6.2.2.	Téze dat formulovaných v otázkách rozhovoru:.....	32
6.3.	Zpracování dat	33
6.4.	Organizace práce řešeného tématu	33
7.	VÝSLEDKY	35
7.1.	Kasuistiky.....	36
7.2.	Analýza věcných kategorií prezentovaných respondenty	47
8.	DISKUSE	51
9.	ZÁVĚR	53
10.	SOUHRN	55
	SUMMARY	56
	REFERENČNÍ SEZNAM	57
	SEZNAM PŘÍLOH	60

1. ÚVOD

Stačí jedna nešťastná náhoda a může se nám život změnit od základu těžkými autonehodami, pády z výšky, skokem do mělké vody či uklouznutím ve sprše, které vedou k poranění páteře a míchy s následným stráveným životem na vozíčku. Ve většině případů dochází k těmto poraněním v období adolescence, kdy máme své koníčky, zájmy, hodnoty a představy o své budoucnosti. Významnou oblastí života tvoří pohybové aktivity zejména sport. Obecně je známo, že právě tyto aktivity pozitivně ovlivňují životy lidí ve všech jeho oblastech. Žijeme ve 21. století, ve kterém došlo k mnoho změnám. Naštěstí je už za námi období, kdy činnosti handicapovaných osob měly segregační charakter a intaktní společnost o této problematice neměla ve většině případů ani ponětí. Nyní se od segregačního charakteru opustilo a 21. století je zaměřeno na podporu a integraci handicapovaných osob. Každý člověk s handicapem i bez něj má právo uspokojovat své potřeby, tyto potřeby můžeme uspokojit i pohybovou aktivitou a to jakoukoli. Tato aktivita by měla přispívat k vyrovnání se člověka s traumatem, pomoci k resocializaci, zvýšení sebedůvěry a sebevědomí, posilovat schopnosti a získávat dovednosti, měla by navodit pocit štěstí a úspěchu, udržovat celkovou kondici a eliminovat negativní důsledky vzniklé postižením a vyvarovat se civilizačním onemocněním.

Cílem bakalářské práce bylo, zjistit determinanty, které ovlivňují navrácení se do pohybových aktivit, na základě zjištěných determinantů odhadnout průměrnou dobu zapojení se do pohybových aktivit po traumatu. Informace jsem získávala pomocí semistrukturovaného rozhovoru u záměrně vybrané sportující populace ve věku od 18 do 35 let po úraze s odkázáním na vozík.

2. SYNTÉZA POZNATKŮ

2.1. Tělesné postižení

Kraus, Šandera (1975, 6) vymezují tělesné postižení jako: „Vady pohybového a nosného ústrojí, tj. kostí, kloubů, šlach i svalů a cévního zásobení, jakož i poškození nebo poruchy nervového ústrojí, jestliže se projevují porušenou hybností.“

Renotiárová (2006, 212) ve své definici uvádí: „Tělesná postižení jsou přetrvávající nebo trvalé nápadnosti, snížení pohybové schopnosti s dlouhodobým nebo podstatným působením na kognitivní, emociální a sociální výkony.“ Tělesné neboli motorické postižení projevující se poruchou hybnosti vznikající na základě poškození v neurologické oblasti (Votava a kol, 2003).

Světová zdravotnická organizace (WHO) v Mezinárodní klasifikace poruch, postižení a handicapů z roku 1980 charakterizuje omezení vyplývající se zdravotního postižení, jako (a) vadu, poškození, (b) omezení, chybění a (c) znevýhodnění.

(a) Vada, poškození neboli „impairment“, jedná se o vadu či nedostatek v anatomické stavbě organismu a poruchy jeho funkcí. Vada se může projevit snížením intelektu, řeči, zraku a v nervosvalovém systému (Potměšil, 2007).

(b) Omezení, chybění neboli „disability“, vyjadřuje omezení či neschopnost některých funkcí, vzniklé následkem poškození příslušného orgánu. V důsledku toho nelze vykovávat aktivity způsobem, který je obvyklý (World Health Organisation, 2008). Disability neboli postižení je nedostatek schopností vykonávat určitou činnost, kterou člověk bez postižení považuje za normální (Potměšil, 2007).

(c) Handicap je vyjádření vlivu poruchy či postižení na práci člověka či dosažení cílů, které si přeje nebo jsou od něj společností očekávány (Renotiárová, 2006). Handicap neboli nevýhoda zabraňuje splnění určité normální role, která se od něho očekává v důsledku poruchy či postižení (Potměšil, 2007).

2.2. Úrazové postižení míchy a jeho následky

Pokorný (2002, 19) v definici uvádí: „Úraz je tělesné postižení, které vzniká nezávisle na vůli postiženého náhlým a násilným působením zevních sil.“ Každým rokem se provádí statistiky přehledu příčin míšního poranění. V roce 1996 první místo obsadil úraz pádu z výšky včetně sebevražedných pokusů, pak následovala zranění při automobilových nehodách, sportovní úrazy a skoky do vody. Nejčastěji je postižena mužská populace ve věku 40 - 49 let a muži ve věku 20 - 29 let. Obratel 11. a 12. v hrudní části, v bederní části první a druhý, a také 3. až 7. krční obratel patří mezi nejvíce poraněné (Šrámková, n.d.). Ve výroční zprávě Spinální jednotky Úrazové nemocnice v Brně patří mezi nejčastější příčiny poranění páteře nehoda v autě nebo na motorce, pády z výšky, úrazy chodců, skoky do vody a sportovní úrazy (Wendsche 2000).

2.2.1. Transverzální míšní léze a její následky

Při poranění obratle, nejčastěji dochází k přerušení míchy tzv. transversální míšní lézi. Mícha nepřenáší informace z mozku na periferii, i opačným směrem z periferie do centra. Projevem je ztráta citlivosti a cití pod místem přerušení a ztrátou hybnosti svalů v místě, kde došlo k poškození míchy. Rozlišujeme tetraplegii a paraplegii. Tetraplegie se vyskytuje při poranění krční páteře po první hrudní obratel. Při paraplegii dochází k poranění míchy od prvního hrudního obratle až po bederního oblast (Centrum Paraple, n.d.). Postižení v oblasti krční páteře C1- C4, při úplném přerušení míchy dochází k centrální obrně horních a dolních končetin, s přerušením cití na končetinách, trupu i krku. Při náhlém přerušení míchy, může dojít k obrně dýchacích svalů a bránice, které vede k úmrtí. Pokud člověk přežije, vzniká celková kvadruplegie. Při poranění míchy v oblasti C5- C8, dochází tzv. centrální paraplegii dolních končetin a paraparéze či plegii horních končetin. Citlivost je porušena na končetinách a trupu, postihuje i inervaci dýchacích svalů s následkem povrchového dýchání (Wendsche, 1993). Další možnou postižnou oblastí může být Cauda Equina, dochází k porušení periferních nervů, které mají schopnost regenerace a uzdravení. Pokud dojde k částečnému přerušení míchy, kde je různorodost v kombinaci s poruchou hybností a citlivostí (Centrum Paraple, n.d.). Při postižení míšních kořenů v oblasti L3-L5, dochází k periferní obrně s poruchou hybnosti a citlivosti dolních končetin.

Nachází se zde porucha výbavného reflexu Achilovy šlachy. Vždy záleží, v jaké výšce je porušen míšní kořen, na základě toho se odvíjí přidružené symptomy, jako porucha sexuálních funkcí a sfinkterů (Kainarová, 2005). Rozeznáváme několik typů ochrnutí, které se odvíjí v závislosti na výšce léze (a) poúrazová chabá paréze, (b) poúrazová paraplegie, (c) poúrazová kvadraplegie, (d) poúrazová paréza. Při poúrazové chabé paréze, jsou postiženy míšní kořeny v oblasti bederní páteře, dochází k neúplnému ochrnutí dolních končetin. Poúrazová paraplegie, je charakteristická úplným ochrnutím dolních končetin s lézí v oblasti hrudní a horní bederní páteře (Kudláček, 2007). Při poškození krční páteře vzniká poúrazová kvadraplegie, s úplným ochrnutím dolních končetin a parézou nebo plegií horních končetin. Poúrazová kvadraparéza se vyskytuje zřídka, jsou postiženy dolní i horní končetiny s neúplným ochrnutím (Erben in Kudláček, 1989).

2.2.2. Změny po poranění míchy

Po poškození míchy dochází ke spinálnímu šoku, který vede k vymizení reflexní aktivity míchy. Dostaví se chabá plegie končetin, které jsou neovladatelné. Člověk necítí bolest, teplo, chlad, dotyk a neví, v jaké poloze se končetiny nacházejí. Šok trvá kolem 6 týdnů. Následně se můžou objevovat patologické reflexy, při podráždění plosky nohy dochází k flexi v kyčli (Centrum Paraple, n.d.). Míšní poranění můžeme rozdělit do stádií. Prvním stádiem je akutní úraz a následně se objevuje míšní šok, zde je nutná odborná anesteziologicko – resuscitační péče. Druhá fáze je typická stabilizováním celkového stavu pacienta, místní šok odeznívá, léčení probíhá na spinální jednotce, kde aplikujeme léčebné a diagnostické metody. Dalšími fázemi jsou dvě stejně označená stadia. První případ je chronické stádium, dochází ke stabilizaci pacienta a je plně rehabilitován s optimální zátěží. Případem druhým je pozdní stádium, dochází k výskytu komplikací, jako jsou dekubity, porucha močení atd. (Šrámková, n.d.). Musíme brát na vědomí, že v míše probíhají tzv. vegetativní vlákna. Tyto vlákna ovlivňují činnosti orgánů vylučovacího, zažívacího ústrojí a pohlavních orgánů, proto při postižení míchy dochází k poškození těchto orgánů. Mezi nejčastější problémy po přerušení míchy řadíme: (a) poruchy močení, (b) poruchy střevní činnosti a metabolismu, (c) poruchy termoregulace, (d) poruchy sexuálních funkcí, (e) heterotopická osifikace, (f) patologické vegetativní reflexy, (g) poruchy dýchání, (h) spasticitu a (ch) dekubity (Centrum Paraple, n.d.).

Centrum pro močení se nachází ve výši segmentů S2 – S4. Pokud je léze nad centrem močení, dochází k nemožnosti vědomého ovlivnění aktu močení. Při dlouhodobém cvičení, lze dosáhnout vyprazdňování v pravidelných intervalech. Pokud je poranění v místě centra nebo pod ním, dochází tzv. autonomnímu měchýři, který je ochablý a roztažený.

I v tomto případě je nutné dodržování režimu a pravidelné vyměšování (Centrum Paraple, n.d). Močové infekce se nevyhnout žádnému paraplegikovi, je nutná prevence, informování o problematice v této oblasti. Vyprazdňování močového měchýře je možno způsobem jednorázového cévkování, nebo pomocí reflexního měchýře, kdy poklepem na břicho a tlakem na břišní stěnu vyvoláme močení (Wendsche, 1993). Při poruše střevní činnosti, dochází ke zpomalení střevní peristaltiky, až k zastavení pohybu střev. Tato porucha se objevuje v akutním stádiu, nácvikem a správným denním režimem se činnost střev obnovuje a stabilizuje. Porucha metabolismu se objevuje v akutním stádiu snížením bílkovin v krvi a změně vylučovacích minerálů. Porucha regulace tělesné teploty se často nachází u osob s vysokou míšní lézí. Teplota těla je závislá na teplotě okolí, zde je nutná zvláštní péče. Heterotopická osifikace je komplikace, která se může dostavit po poranění míchy, jedná se o patologické ukládání vápníku do měkkých tkání kolem kloubů. Patologické vegetativní reflexy, jsou typické u pacientů s transversální míšní lézí, kdy dochází k přerušení vegetativních drah, následkem je snížení krevního tlaku. Při posazení a postavení, může dojít ke ztrátě vědomí nebo pulsu. Opačným případem je zvýšení krevního tlaku, při nadměrném roztažení močového měchýře a střev, které se projeví zčervenáním obličeje, pocením a těžkým dýcháním (Centrum Paraple, n.d). K poruše funkce bránice hlavního dýchacího svalu, dochází k přerušení míchy v oblasti páteře C4, které vede ke smrti pacienta. Většina tetraplegiků a paraplegiků trpí dechovými potížemi (Beneš, 1987). Porucha sexuálních funkcí závisí na výšce a rozsahu poškození míchy. Čím výše je míšní léze nad obratlem TH12, tím je větší pravděpodobnost pro zachování erekce. Při nižší míšní lézi je větší pravděpodobnost až 70%, že dojde k erektilní dysfunkci. Ztrátu potence nesou muži velmi těžce, protože na tuto situaci nejsou připraveni, může vyústit až v depresi, pokud před úrazem žili aktivním sexuálním životem (Šrámková, n.d.). Další závažnou a častou komplikací u poranění páteře jsou dekubity neboli proleženiny, rány vyvolané tlakem. Vznikají působením vyššího tlaku než je normální hodnota krevního tlaku v kapilárách 32 mm Hg. Dochází ke stlačení kapilár, kterým se nedostavuje dostatečné množství kyslíku a živin, a tím dochází k odumření tkání ležících mezi kostním výběžkem a podložkou. Dochází k nepřímému poškození tkáně. Mezi příčiny vzniku dekubitů řadíme mechanické vlivy tření, tlak a nevhodnou podložku.

Pokud se dekubit nezačne léčit v prvních varovných příznacích, může mít chronický charakter a vzniká tzv. nemoc z dekubitů. V místě lokalizace dekubitů, se vytváří infekční ložisko, které mobilizuje obrannou reakci organismu. Člověk trpí horečkami, třesavkou a průjmy. Pokud je organismus zatěžován po dlouho dobu a má sníženou imunitu, může tomuto onemocnění podlehnout. Rozlišujeme stupně dekubitů do tří stupňů. Prvním stupněm je otlak bez poškození kůže, nacházíme zde mírné zarudnutí. Druhým stupněm vzniká puchýř s poškozením podkoží. V posledním stupni dochází k nekrotickému vředu.

Častou a nepříjemnou komplikací u poranění míchy je spasticita. Vzniká zvýšené napětí ve svalových vláknech se záškuby. Nejčastěji se objevuje u poranění s vyšší míšní lézí.

U poškození dolních bederních a sakrálních segmentů dochází k chabým obrnám, se sníženým svalovým napětím a ztrátou svalové hmoty. Kromě míšní léze hrají roli při zvýšené spasticitě i faktory vnější a vnitřní. K vnějším podmínkám patří změna barometrického tlaku a teploty okolí. K vnitřním faktorům patří náplň měchýře, střev, infekce a změna tělesné teploty. Ke snížení spasticity slouží medikamenty, které příliš nepomáhají. Většinou osoba s tímto problémem vyzoruje situace, při kterých dochází ke zvýšené spasticitě a snaží se těmito situacím vyhýbat. Musíme zmínit i syndromy, které doprovázejí poranění míchy. Mezi nejčastější syndromy řadíme (a) centrální míšní syndrom a (b) Brown – Sequardův syndrom. Centrální syndrom vzniká, pokud je poškozeno více buněk v centru než na okrajích míchy, které vede k rozsáhlejšímu ochrnutí a senzitivním ztrátám horních končetin. Tento syndrom se většinou vyskytuje u starších lidí důsledkem stařeckých změn a následným zúžením míšního kanálu. Brown – Sequardův syndrom nastává, pokud je poškozena jen jedna strana míchy střelným a bodným poraněním. Pod místem poranění dochází ke ztrátě aktivní hybnosti. Na straně léze je porušeno hluboké čítí, na straně druhé je porucha čítí pro bolest a teplo (Centrum Paraple, n.d.).

3. FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ OSOBNOST JEDINCE S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM

Život osob se zdravotním postižením, je ovlivňován somatickými a psychickými, tedy vnitřními činiteli a životním prostředím, společností, materiálním, ekonomickým a technickým prostředím, které považujeme za vnější činitelé. Úraz s trvalými následky, vyvolává poruchu funkcí organismu, a neschopnost provádět určité činnosti. Všechny tyto faktory ovlivňují osobnost postiženého, postoje k sobě samému a k ostatním lidem (Jesenský, 1995). Somatické onemocnění je největší životní zátěží, která ovlivní psychiku a vlastnosti nemocného. Postoj nemocného ke své nemoci, je ovlivněn sociálními, somatickými a psychickými oblastmi (Vágnerová, 1999). Determinanty, které ovlivňují životy osob s postižením, můžeme rozdělit na subjektivní a objektivní. Mezi subjektivní faktory patří zdravotní stav, osobnostní rysy a schopnost zvládat náročné životní situace. Rodina, postoje společnosti k postiženým a stav životního prostředí jsou objektivní ovlivňující činitelé (Novosad, 1998).

3.1. Vnitřní činitelé

Velkou roli bude hrát závažnost onemocnění. Pokud je onemocnění chronické, nebo trvalé zdravotní postižení, které nelze terapeuticky vyléčit a ovlivňuje mobilitu, komunikaci a chápání člověka. Dalším důležitým faktorem jsou osobnostní rysy, které jsou dané souhrnem vrozených dispozic a schopností jedince zvládat zátěžové situace (Novosad, 1998).

3.1.1. Náročná životní situace

Těžké životní situace mají různorodou podobu náhlého úmrtí blízkého člověka, zklamání, vážné dopravní autonehody, nemoci a úrazu. Jindy se nám dlouhodobě vtírají do života a většinou se dotýkají naší osobnosti (Křivohlavý, 1994).

Dle Čápa, Dytrycha (1968) má náročná životní situace dopad pozitivní i negativní.

Při pozitivní stránce nám mobilizuje organismus, podněcuje nás k učení, k hledání nových cest, k podávání vyšších výkonů a podněcuje rozvoj osobnosti. Pokud se situace neustále stupňuje, zvyšuje se náročnost, nastávají nežádoucí reakce pro člověka, které mohou vést

k negativním změnám ve vývoji osobnosti. Vágnerová (2008) ve své publikaci zmiňuje, různé zátěže můžou mít na člověka dopad v jeho psychické rovnováze. Tento stav může být trvalý nebo dočasný, který se projeví v chování a prožívání. O postižení můžeme mluvit, jako o náročné životní situaci, protože působí na osobu velkou zátěží. Vyvolává konflikt, zvyšuje stres, promítne se do našich činností a může způsobit frustraci. Musíme brát v zřetel, jakým typem a stupněm osoba s postižením trpí, veškeré tyto faktory se promítnou v reakci na zátěžovou situaci (Hadj Moussová, 1993).

3.1.2. Vrozené a získané postižení

Z hlediska působení na jedince, je důležité rozlišovat dobu vzniku postižení na (a) vrozené postižení a (b) později získané postižení. U vrozených postižení je dítě více ovlivněno ve vývoji než při získaném postižení, nemůže získat určité množství zkušeností. Naopak není svým postižením tolik traumatizován, protože se na něj od malička adaptuje (Vágnerová, 2008). Vrozené vady jsou takové, které vznikly v prenatálním, perinatálním a postnatálním období. Příčiny jsou různorodé, od onemocnění matky v průběhu těhotenství, špatné sociální prostředí, nevhodné klimatické podmínky, metabolické onemocnění matky a nevhodné užívání léků (Monatová, 1995). Získané postižení, je pro člověka velké psychické trauma. Uvědomí si, co ztratil, může srovnávat své aktivity před a po zranění. Svůj aktuální stav může považovat za nepřijatelný. Naopak před získáním postižení nabral určité zkušenosti, které mu budou užitečné (Vágnerová, 2008).

3.1.3. Pohybové postižení

U pohybového postižení je větší viditelnost vady, to se odráží ve formování osobnosti, kdy člověk s tímto handicapem může mít pocity méněcennosti, projeví se to v jeho prožívání, chování a v sociální oblasti. Tyto nepříznivé faktory můžou ovlivnit psychický stav osoby s tělesným postižením (Monatová, 1995). Tělesné postižení působí na psychiku člověka dvěma základními aspekty a to nedostatečnou pohybovou kompetencí a deformovaným zevnějškem (Vágnerová, 1999).

3.1.4. Adaptace

Pojmem adaptace rozumíme přizpůsobení se podmínkám, ve kterých žijeme. Neustále se vyrovnávat s nároky okolí v určitém rozmezí a udržovat vnitřní rovnováhu (Paulík, 2010). Vyrovnávat se s měnícími životními podmínkami je schopnost, kterou nazýváme adaptabilitou člověka (Křivohlavý, 1985). Opačným příkladem jsou maladaptivní reakce, jedná se o strategii, která krátkodobě sníží emoční reakce, ale při dlouhodobém používání se nahromadí problémy. Nejčastěji se setkáváme s užíváním alkoholu, zneužívání léků, sebepoškozování a s hypochondrickým chováním (Práško, Grambal, & Hunková, 2010). Pokud je životní situace, tak obtížná, že přesáhne určitou hranici odolnosti člověka, může dojít k selhání psychických a adaptačních schopností (Křivohlavý, 1985).

3.1.5. Zvládání zátěžových situací

Na nemoc každý reaguje fyzickými i psychickými projevy. Osobnost je individuální, proto se psychická reakce člověka na nemoc bude odlišovat do jisté míry (Práško, Grambal, & Hunková, 2010). Člověk po vyslechnutí své diagnózy odmítá přijmout skutečnost a má nerealistický pohled na informaci. Po určité době, osoba s poraněním míchy přijímá svoji diagnózu, která se může projevit v beznadějném pocitu, přestane komunikovat s lidmi, je zde nebezpečí vzniku depresí. Po skončení výše uvedeného stavu, se u člověka projevuje agrese, obviňování druhých lidí, že on si takové zranění nezasloužil. Dalším možným stádiem je strach z nového a ztráty dosavadního života. Následně je fáze lítosti, při které si jedinec myslí, že jeho předešlé aktivity jsou pro něj navždy ztraceny. Ve velké většině případů se tyto reakce postupně začínou snižovat, člověk postupně získává kontrolu nad svým tělem a nastává postupná resocializace do společnosti (Centrum paraple, 2004).

Vágnerová (1999) uvádí tři fáze, kterými člověk po traumatu prochází: (a) fáze latence, (b) fáze pochopení a (c) fáze postupné adaptace. Fáze latence neboli nedostatečné informovanosti je stádium, při kterém člověk utrpěl úraz, je hospitalizován v nemocnici a přesně nezná svoji diagnózu. Pokud je při vědomí, myslí si, že jeho stav je přechodný a brzy se uzdraví. Většinou pacient v této fázi není informován o svém stavu, jeho hlavním cílem je uzdravení. Další fází je pochopení skutečné reality, člověk je informován o svém stavu, nebo sám pochopí, že jeho léčba a rehabilitace nevedou k zásadním změnám zlepšení, v tomto stádiu člověk popírá skutečnost. Poslední fází je postupná adaptace na realitu, člověk

si poprvé připustí změnu svého života. Prochází epizodou učení se novým věcem, sebeobsluhy, manipulaci s kompenzačními pomůckami a nový způsob pohybu. Často si nevěří, nemá představu, co vše může dělat, protože většinou ze svého okolí nezná nikoho se stejným nebo podobným postižením. Křivohlavý (1985) zmiňuje čtyři reakce člověka na náročnou situaci: (a) výkřik, (b) popření, (c) intruze a (d) vyrovnávání. Reakce nemusí jít v posloupnosti, ale mohou se různě kombinovat. Výkřik je citová reakce na kritickou událost, která se projeví nařikáním, pláčem, záchvatem mdloby, otupením, nevolností, depresí a úzkostí. Ve druhé fázi člověk popírá nepříznivou situaci. Intruzí chápeme stav, kdy se do vědomí neustále vrací stejná vzpomínka na kritickou událost, buď ve spánku pomocí snů, nebo přes den ve snění. Často se člověk zhroutí, protože se sám nemůže ubránit vracejícím se prožitkům. Po prodělané těžké životní situaci se člověk musí s touto situací vyrovnat. Není to jednorázová situace, ale pokusy o vyrovnání se musí neustále opakovat. Pokud selže první pokus, musí následovat další pokusy a hledání optimálního řešení. Křivohlavý (1989, 26) uvádí poslední fázi smíření: „Tato fáze je charakterizována nalezením vztahu, který pacientovi dává vnitřní sílu dívat se na sebe sama, pakliže se sám se sebou zabývat chce, a nemyslet na to, co se stalo, jestliže na to myslet nechce“. Po zjištění nemoci, nebo po úraze může člověk reagovat dvojím způsobem. Buď si vybere strategii zvládnání, nebo obranné mechanismy (Práško, Grambal, & Hunková, 2010).

Hadj Moussová (1993) uvádí dvě základní formy technik, a to přímou agresi, kterou označujeme za reakci aktivní, druhá reakce se nazývá únik neboli pasivní. Mezi aktivní řešení patří několik reakcí: (a) přímá agresivní řešení, (b) hledání viníka, (c) identifikace a (d) kompenzace. Agresivní chování může mít podobu fyzického násilí, nebo verbální agrese. Tento typ reakce se často objevu u osob s tělesným postižením. Další reakcí je hledání viníka, nejčastěji se vyskytuje u zdravotně postižených jedinců. U identifikační reakce hledáme východisko situace, identifikujeme se silnější osobnostní skupinou či institucí. Kompenzace je zvýšení výkonnosti jedné oblasti, než druhé (např. zrakově postižený jedinec má vynikající sluch), může zde nastat patologický projev tzv. hyperkompenzace. Při strategii zvládnání neboli coping, se člověk snaží vyrovnat se stresovými situacemi. Vyhledává strategii řešení problémů pomocí z okolí a snaží se následky vyvolané stresovou situací ventillovat a ulevit si od závažné situace (Práško, Grambal, & Hunková, 2010). Hadj Moussová (1993) uvádí techniky pasivní, jsou charakteristické nedosažením cíle a nevyřešením dané situace. U osob s postižením jsou časté reakce (a) izolace, (b) únik do nemoci, (c) racionalizace a (d) popření a potlačení. Člověk se při izolaci uzavírá sám do sebe, nekomunikuje s okolním světem a izoluje se od něj. Nachází se zde obava ze sociálních kontaktů, nebo v cestě stojí

vnější překážky např. architektonické bariéry, které zabraňují v navazování sociálních vztahů. Únikem do nemoci osoba s postižením může využít svůj handicap, jako důvod nezapojení nebo neřešení určitých problémů. Člověk racionálně zdůvodňuje, že nemůže, dosáhnout určitého cíle, vysvětlení má většinou iracionální charakter. Tuto reakci často používají rodiče hyperprotektivní, které zdůvodňují dítěti, že některé věci, či činnosti nemůže provádět.

Do únikové techniky neboli regrese, se člověk navrátí na nižší vývojový stupeň, jeho potřeby jsou uspokojovány vyhovujícím způsobem. Osoby s postižením nejčastěji užívají techniku popření a potlačení, kdy si nepřipouští svoje problémy a potíže ve vztahu ke svému postižení.

Je velmi těžké říci, jaká technika je vyhovující, nebo nevyhovující z pohledu postižené osoby. Každá technika může pomoci vyřešit, nebo alespoň částečně pomoci při zvládání náročné životní situace.

3.1.6. Subjektivně náročné situace

Pokud nebudou uspokojovány základní potřeby člověka v dostatečné míře, může dojít k psychickým projevům, které se odrazí v jeho psychickém vývoji a vzniknou určité reakce, jako je (a) konflikt, (b) frustrace, (c) deprivace a (d) stres (Matějček, 2001). Konflikt můžeme zařadit do běžných potíží, s nimiž se opakovaně setkáváme, pokud trvá příliš dlouho a má skutečně závažný charakter, může se stát patologickým (Vágnerová, 2008). Ke konfliktu dochází, pokud dva nebo více neslučitelných motivů působí vzájemně na sebe, pokud mají dlouhodobější charakter, mohou vést k frustraci, jestliže se nám nepodaří uspokojit a dosáhnout nějakého motivu nebo cíle (Homola, 1971). Frustrace nastává tehdy, pokud je ohrožen náš motiv a nemůžeme se dostat ke svému cíli. Naše potřeba je neuspokojena a aktivita je blokována (Homola, 1971). Vágnerová (2008, 48) uvádí definici: „Jako frustrující označujeme situaci, kde je člověku znemožněno dosáhnout uspokojení nějaké subjektivně důležité potřeby, ačkoli byl přesvědčen, že tomu tak bude.“ Jedná se o znemožnění dalšího kroku, abychom dosáhli svého cíle a tím uspokojili danou potřebu (Křivohlavý, 1985). K frustraci musíme zmínit pojem frustrační tolerance, kterou se rozumí míra snášenlivosti, kterou jsme schopni odolávat vůči zátěži. Míra tolerance závisí na zralosti, morálních hodnotách a vůli osobnosti. Toleranci snižuje únava, nespavost a nemoc (Křivohlavý, 1985). Další reakcí může být deprivace, jejíž definice dle Vágnerové (2008, 53) je: „Stav, kdy některá z objektivně významných potřeb, biologických

či psychických, není uspokojována v dostatečné míře, přiměřeným způsobem a po dostatečně dlouho dobu.“ Další reakcí může být stres. Tento pojem vznikl z latinského slovesa „stringo, strinxi, strictum“. V latinském slovníku tento pojem znamená „utahovati, stahovati.“ Slovo „stress“ v anglickém pojetí převzali od latinského pojmu. V oblasti věd o člověku pojmem stres rozumíme „býti vystaven nejrůznějším tlakům“ (Křivohlavý, 1994). Stresovou situací je taková odchylka, že nám ohrožuje integritu celého organismu (Charvát, 1970).

3.2. Vnější činitelé

3.2.1. Rodina

Dle Vágnerové, (1999, 71) je nemoc dítěte: „Nemoc dítěte je pro rodiče silnou stresovou situací. Způsob, jakým ji rodiče zvládají a jak na ni reagují, spoluurčuje, jak velkou zátěží bude nemoc pro dítě.“ Nejdůležitějším prostředím pro dítě je rodina. Prostředí rodiny vzniká na základě předchozí výchovy, postojů, prožitého dětství a zkušeností rodiny.

Po zjištění vrozeného, nebo následně získaného postižení dítěte, se změní postoje, představy, denní rozvrh rodičů k dítěti (Matějček, 2001). Vágnerová (1999) uvádí stádia, kterými rodina prochází při zjištění postižení u svého dítěte (a) fáze šoku a popření, (b) fáze postupné akceptace a vyrovnávání s problémem a (c) fáze realismu. V první fázi si rodina nepřipouští nepříjemnou skutečnost, jedná se o obranu a psychickou rovnováhu. Nechtějí nic slyšet o možnostech a péči, kterou bude dítě potřebovat. V druhé fázi postupné akceptaci problému, mají rodiče zájem o informace a příčinu postižení, hledají viníka a aktivně řeší budoucnost svého dítěte. Často dochází ke zkreslení informací emočním stavem rodičů. Poslední fází realismu, dochází ke smíření se skutečností. Trochu jiná situace nastává při získaném postižení dítěte, vzniklý defekt je vnímán, jako neštěstí, které postihlo zdravé dítě.

Matějček (2001) uvádí trochu odlišné reakce rodiny na postižení dítěte. Při zjištění diagnózy postiženého dítěte, rodina utrpí duševní otřes, který provází úzkostné stádium. Následně rodiče charakterizují, jako druhé stádium zoufalství, beznaděje a zhroucení světa. Uvědomují si, co se stalo, následky a nejsou schopni hledat východisko. Po tomto období nastává obranná reakce, rodiče popírají skutečnost, hledají viníka a vracejí se do doby, před zjištěním nepříznivé situace. Po obranné reakci nastává stádium agresivního postoje, buď na okolí,

nebo na sama sebe. Poslední fází je přijetí dítěte a sama sebe, jako rodiče dítěte s postižením. Postoje rodičů se k dítěti s vrozeným, či získaným postižením mění, můžou mít negativní dopad na vývoj osobnosti dítěte. Mezi nejčastější výchovné postoje, které považujeme za nepříliš vhodné zařazujeme výchovu (a) příliš úzkostná, (b) rozmazlující, (c) perfekcionista, (d) protekční a (e) zavrhuje. Při úzkostné výchově rodiče lpí na dítěti, brání mu v činnostech, které by mu mohli ublížit. Zamezují dítěti v jeho iniciativě a sociálním vyspívání. U rozmazlující výchovy rodiče chválí dítě za každý přirozený projev a vývojový pokrok. Snaží se, aby dítě bylo citově závislé, ze strachu z možného nebezpečí z okolí, a tím mu brání v osamostatňování. U rodičů se ztrácí přirozená autorita, protože mu splní veškeré přání, které je proti zásadám rodičovství. Perfekcionista výchova je snažení rodičů dosáhnout k dokonalosti dítěte. Přeceňují jeho možnosti, které se projeví u dítěte obrannými postoji, které jsou vážnou překážkou při utváření jeho osobnosti. Při protekční výchově mají rodiče nastavené hodnoty, které dítě musí dosáhnout a jsou výhodné pro život. Pro dosažení daných hodnot mu utvářejí podmínky, pomáhají a usnadňují situace. Tento styl výchovy má dopad na povahu dítěte a samostatnost. U rodičů, kteří se nevyrovnali se situací postiženého dítěte, mluvíme o výchově zavrhuje (Matějček, 2001). Rodina většinou prochází stejnými, nebo podobnými reakcemi, jako samotná osoba s postižením. Rozdíl mezi členy rodiny a postiženým, je ten, že členové rodiny mohou vztah s postiženým ukončit. Tato situace se většinou týká partnerského života. Mladistvý vztah, poznamenaný náhlým postižením partnera se ve většině případů rozpadá. U dlouholetého partnerství při vzniku postižení partnera nedochází k rozpadu partnerství, ale můžou se změnit role mezi partnery (Votava, 2003).

3.2.2. Společnost

Postoj veřejnosti k osobám s postižením je daný kulturní úrovní společnosti. Může být tolerantní k osobám s postižením a tím usnadní rychlejší adaptaci postižených na život. Naopak při snížené toleranci, pomoci a zdůrazňování neschopnosti postižených osob, může dojít k narušení vztahu mezi intaktní společností a osob s postižením (Jesenský, 1995). Emocionální postoj veřejnosti k postiženým lidem má charakter ambivalentní. Postižené osoby jsou předmětem soucitu, zároveň vyvolávají odpor a hrůzu, protože působí na společnost negativním dojmem. Takový přístup je dán neinformovaností společnosti

o postižení. Společnost má tendenci generalizace, hodnotit osoby s postižením stejnou měrou, bez ohledu na jejich individualitu a odlišnost (Vágnerová, 1999). V poslední době veřejnost má tendence k vytváření vhodných podmínek, možnosti vzdělání a bydlení pro osoby s postižením (Votava, 2003).

3.2.3. Socializace

Socializace je proces začlenění člověka do pracovního a společenského života. Je podmíněna schopností jedince se socializovat tzv. sociabilitou. Rozlišují se 4. stupně socializace: (a) integrace, (b) adaptace, (c) utilita a (d) inferiorita. Nejvyšším stupněm je integrace, jedná se o bezproblémové začlenění jedince do společnosti (Renotiérová, 2006). Novosad (1998, 35) uvádí definici: „Integrace je v kontextu péče o člověka a jeho všestranný rozvoj nejvyšším stupněm socializace jedince, kterou definujeme jako schopnost zapojit se do společnosti, akceptovat její normy a pravidla, vytvářet a formovat k ní pozitivní vztahy a postoje.“ Při integraci se řeší problém soužití majorit a minorit, které jsou spojeny s procesy komunikace, adaptace a kooperace. Soužití majorit a minorit bude mít určité společné znaky, ale také znaky odlišné. Při integraci osob s postižením do intaktní většinové společnosti, je proto velmi důležité řešit odchylky, aby nedocházelo k velkým problémům při integraci (Jesenský, 1998). Adaptace je úspěšné začlenění osoby s postižením do intaktní společnosti. Dalším stupněm je utilita, jedná se o socializaci jedince do společnosti s celoživotní pomocí. Posledním stupněm socializace je inferiorita, jedinec není schopen se začlenit do společnosti, má segreganční charakter (Renotiérová, 2006).

3.2.4. Socializace prostřednictvím pohybových aktivit a sportu

Sport je společenský jev propojený se společenským vývojem. Pohybová aktivita zejména sportovní činnost, mimo jiné podporuje i vývoj osobnosti, posiluje identitu člověka a společenskou integraci. Sportujícím jedinci, který provádí činnost na určité výkonnostní úrovni, sport zasahuje do běžného života a vytváří specifické sociální prostředí, které je pro něj velmi důležité. Můžeme tedy říci, že sport vytváří sociální prostředí, které modifikuje proces socializace. Při socializaci sportem, jedinec získává motorické dovednosti, utváří si hodnotový systém a formuje si sociální normy. Aktivní prováděná

sportovní činnost navozuje sociální prostředí, které může zrychlit, nebo naopak zpomalit vývoj osobnosti. Socializace sportem je závislá na intenzitě sportování, zda se jedinec pohybuje na vrcholové, nebo průměrné úrovni, dále jakou sportovní činností se jedinec zabývá a na délce sportovní kariéry (Slepička, 2006).

3.2.4.1. Sociální role

Roli každého jedince tvoří síť vzájemně propojených vazeb a závislostí, které nazýváme sociální systém. Role se nevztahuje jen na chování jedince, ale i na jeho cítění a snahy, které nejsou viditelné. Role se nám během života mění, získáváme nové a ztrácíme ty předešlé (Slepička, 1980). Člověk s trvalými poúrazovými následky získává novou sociální roli. Má více práv a privilegií, ale také očekávání od zdravých jedinců. Pokud se chce přiblížit úrovni zdravé populace, společnost ho vnímá odmítavě. Po resocializaci do intaktní společnosti osoba s postižením vnímá postoje a předsudky zdravých lidí. Musí se s tou situací vyrovnat, pokud v ní chce žít. Záleží na rozsahu postižení, vývojové úrovni a na dosavadních zkušenostech. Pokud je člověk schopen zvládnout postoje společnosti ke svému postižení, vybírá si různé způsoby obrany, které mu umožňují uchovat si vnitřní rovnováhu a sebeúctu, musí tedy přijmout svoji novou identitu (Vágnerová, 1999). Z pohledu prováděné sportovní aktivity, získáváme role, které rozlišujeme dle doby trvání na (a) roli krátkodobou, (b) roli dlouhodobou a (c) roli vrozenou. Role krátkodobá je ve sportu omezena časově pravidly, například vyloučením hráče ze hry. Do dlouhodobé role patří role kapitána a také role daného sportovního odvětví, např. role tenisty, jsou typické tím, že jsou stabilní. Vrozená role je zcela stabilní, které nezměníme, máme je po celý život (Slepička, 1980).

4. TĚLOCVIČNÉ - POHYBOVÉ AKTIVITY

4.1. Pojetí a význam

Pohyb je významná složka člověka, existují pojmy, které se od sebe liší, musíme si je roztřídit a ujasnit. Mezi základní pojmy v tomto odvětví patří pohybová a tělocvičná aktivita. Hodaň (1997) má obecný pohled na termín pohyb, který chápe jako všechny procesy, které probíhají v přírodě i ve společnosti, je to jakákoli změna. Rozděluje pohyb do tří skupin (a) mechanický pohyb, (b) biologický a (c) společenský pohyb. Mechanický, je pohyb neživé hmoty, biologický pohyb živých organismů a společenský je pohyb člověka. Tyto skupiny nejsou odděleny, ale prolínají se a musí navzájem respektovat určité zákonitosti. Pohybová činnost neboli motorika se u člověka rozvíjí na základě dědičnosti a vlivům vnějších podmínek. Motorika člověka je výsledkem motoriky organismů. Odlišnost motoriky člověka a zvířat je dána rozdílností ve schopnostech a ve stavbě organismu (Čelíkovský et al., 1979). Lidská motorika se rozvíjela společně s vývojem člověka. Jedná se o souhrn pohybových činností a pohybu člověka, který je schopen během života uplatňovat a realizovat. Rozdělujeme oblasti lidské motoriky na základní motoriku člověka, pracovní, bojovnou, kulturně uměleckou a tělocvičnou motoriku. Jedná se o sumu pohybů, které slouží jako příprava na život, práci a boj, má tedy charakter přípravný (Hodaň 1997). Motoriku každodenní, pracovní, zájmovou a uměleckou označujeme termínem pohybová aktivita, jedná se o činnosti, jako je např. práce na zahradě a spravování střechy, kde objektem je vykonaná práce a ne člověk. Dopad na člověka je náhodný, nezáměrný a ve většině případů negativní. Součástí pohybové aktivity je tělocvičná aktivita, která je zaměřena na člověka, člověk je jejím objektem. Tělocvičnou aktivitu realizujeme jen za pomoci tělesných cvičení (Hodaň, 2007). Hodaň (1997, 9) uvádí: „Konkrétní pohybové činnosti realizované v tělocvičné aktivitě označujeme jako tělesná cvičení.“ Dle Hodaň (2007, 31) je tělocvičná aktivita: „Tělocvičnou aktivitou rozumíme sumu skutečně realizovaných tělesných cvičení.“ Tělocvičná aktivita tvoří subsystémy a to tělesnou výchovu, rekreaci a sport (Hodaň. 2007). Tělesná cvičení dle Hodaň (1997, 10) je: „záměrné, volní, konkrétně motivované a účelné pohybové jednání, kladně ovlivňující stav lidského organismu (po stránce fyzické, psychické a sociální) za určitých, přesně stanovených podmínek.“

Tělesná cvičení jsou hlavním prostředkem tělesné výchovy, rekreace a sportu. Na rozdíl od pohybové aktivity, je člověk hlavním předmětem tělocvičných aktivit, při tělesném cvičení je vždy určený cíl a záměr. Tělocvičný pohyb a jeho realizace působí na zdravotní, výchovnou a vzdělávací oblast člověka. Tělesná výchova je druh tělocvičné aktivity, kdy vzdělávací cíl je nejhlavnější. Používáme specifické prostředky, které působí na rozvoj psychických a fyzických stránek, dále také na sociální složku a tím přispívá k harmonickému rozvoji člověka, je součástí přípravy člověka na život (Hodaň, 1997).

4.2. Sport

Sport je specifický druh tělocvičné aktivity, které provázejí člověka po celý život, vznikl na přelomu 18. a 19. století v Anglii. Pojem sport je odvozen z latinského slova „disportare“, což znamená činnosti zaměřené na zábavu a rozptýlení. Sport zasahuje do společenského života, ale je rozdílnost v jeho chápání, názorech a členění (Hodaň, 1997). Sport je součástí nynější společnosti, jeho dopad je silnější na aktivní sportovce, i na obdivovatele daných sportů. V dnešní době sport nezahrnuje jen sportovní činnosti, ale také zabezpečuje, organizuje, financuje a propaguje další aktivity spjaté se sportovní činností (Choutka, 1976). Sport je oblast, při které je hlavním cílem dosahování nejlepších výsledků a výkonů, kdy zdravotní stav je podmínkou pro aplikaci sportovních aktivit. Tělesná cvičení ve sportu slouží, jako prostředek k dosažení výkonu. Člověk zde působí jako nástroj. Z uvedeného vyplývá, že hlavními funkcemi sportu je výkon a soutěž (Hodaň, 2007). Prováděný sport ve volném čase nazýváme rekreační sport, má skupinový nebo individuální charakter. Pozitivně působí na osobnost, vyplňuje volný čas, udržuje kondici, je zde menší riziko sportovního úrazu a přepětí sil (Votava, 2003).

4.3. Sport vozíčkářů

Prvním uživatelem vozíčku byl zdravý člověk Ludvík Stuart v 17. století, který užíval křeslo na kolečkách (wheel-chaire) pro pohyb po domě, protože si žil bohatým a pohodlným životem. Až ve 20. století se začaly užívat vozíky pro osoby s tělesným postižením, které usnadňovaly návrat tělesně postižených do společnosti, navázání vztahů a zmenšila

se jejich závislost na pomoci druhých lidí. Po druhé světové válce s vysokým výskytem tělesně postižených osob, se datují počátky sportu vozíčkářů spojené se jménem lékaře Ludwiga Guttmanna, který založil ve Stoke Mandeville rehabilitační centrum, pro tělesně postižené, hlavně vojáky. Aplikoval na pacienty i tělesnou výchovu a sport, která se nejvíce uchytila u vozíčkářů, následně se konaly na britských ostrovech sportovní soutěže, které se rozšířily i na jiné kontinenty. Od roku 1946 díky fyzioterapeutům z USA byly modifikovány lehkootletické disciplíny, plavání, basketbal, softbal a vodní pólo. V Anglii se rozšířil šerm, kuželky, vzpírání a volejbal. Soutěže měly ještě národní charakter a probíhaly v rehabilitačních centrech. Následně měly i mezinárodní charakter a poprvé se konaly v roce 1960 v Římě paralympijské hry (Kábele, 1992). V České republice se sport tělesně postižených začal rozvíjet po druhé světové válce, velkou roli zde hrály Kladruby, kde se od roku 1947 konaly Kladrubské hry. V České republice je sport osob se zdravotním postižením rozvíjen v posledních letech. Je méně publikován v informačních médiích, dále přetrvávají negativní názory společnosti na sport postižených a je poměrně malá dostupnost odborných publikací, materiálů a trenérského vzdělávání pro sport zdravotně postižených (Potměšil, 2007).

Níže uvedené sporty, jsou takové, které provozovali nebo provozují respondenti. Záměrně je na výběr více sportů, aby dotazovaní nebyli identifikováni.

4.3.1. Atletika

Atletické soutěže hrály a hrají roli ve sportu vozíčkářů, nechyběly doposud na žádných významných či paralympijských hrách tělesně postižených (Kábele, 1992). Atletika je vhodná pro všechny věkové skupiny, stupněm a typem postižení osob s postižením. Atletika tělesně postižených osob se rozděluje do tří skupin (a) atletika vozíčkářů, (b) atletika sportovců s amputacemi a jiným tělesným postižením, (c) atletika sportovců se spasticitou, následně se zmíněné skupiny dělí nejméně do 7 kategorií.

U atletiky vozíčkářů řadíme sportovce s úrazem páteře, oboustrannou nadkolení amputací DK, rozštěpem páteře, kteří potřebují ke svému pohybu vozík. Následně jsou dělení dle stupně postižení na kvadruplegiky a paraplegiky v oblasti míšní léze TH1 až S2. Atletické disciplíny můžeme rozdělit na disciplíny na dráze, nebo na disciplíny v poli. Při disciplínách v dráze musí mít sportovec závodní vozík neboli formuli, která musí splňovat určité parametry. Mezi disciplíny v poli patří vrhy koulí a hody oštěpem, diskem

a kuželkou. Vozíčkář při těchto disciplínách používá vrhačskou židli neboli „kozu“. Další disciplínou je pětiboj vozíčkářů, kde se kombinují disciplíny v poli a na dráze (Kudláček & Machová, 2007).

4.3.2. Basketbal

Vznik basketbalu na vozíčku vznikl po druhé světové válce, v rehabilitační nemocnici, která vytvořila speciální sportovní program basketbalu, tato skutečnost přispěla k rozvoji basketbalu vozíčkářů. V České Republice se poprvé pořádala neoficiální soutěž v roce 1987 v Hrabýni (Kábele, 1992). Patří mezi nejoblíbenější a nejrozšířenější týmové sporty tělesně postižených. Klasifikace u hráčů je od 1 do 4,5 bodů. V týmu jsou klasifikováni všichni hráči, kdy součet klasifikačních bodů nesmí, přesáhnou na klubových soutěžích 14,5 bodů.

Na světových soutěžích maximální počet bodů do 14,5 bodů (Kudláček & Válek, 2007).

V současné době v ČR mezi sebou soutěží týmy SK Hobit Brno, TJ Meta Praha a BKV Frýdek- Místek (<http://www.wbasket.cz>).

Monoski

Historie zimních sportů je kratší než letní či halové sporty. První zmínky o monoski se datují do 60. let 20. století. První soutěží v lyžování monoski byly ve skandinávských zemích (Kábele, 1992). V ČR jsme se s monoski setkali v roce 1988 ve Špindlerově Mlýně při Mistrovství republiky tělesně postižených. Mezi hlavní aktéry tohoto sportu považujeme FTK UP v Olomouci a FTVS UK v Praze (Ješina, 2007a).

4.3.3. Florbal vozíčkářů

Florbal vozíčkářů je atraktivní kolektivní hra, je ojedinelá tím, že v družstvu mohou společně hrát muži i ženy. Je vhodným doplňkovým sportem pro řadu paralympijských sportovců. Při hře proti sobě stojí dvě družstva, která se snaží dát nejvíce branek protihráčovi, proto patří mezi skupinu brankových sportů. V poli, které je ohraničeno mantinely hrají dvě družstva s pěti hráči v poli a s brankářem s hracím časem třikrát 20 minut. Pro pohyb

v hráčském poli, mají sportovci sportovní vozík, ve většině případů „šitý“ na míru. Pravidla florbalu vozíčkářů jsou stejná, jako u „zdravých“ sportovců. Je zakázán tvrdý kontakt s protihráčem, sekání, nadzvedávání a úmyslné narážení do soupeřova vozíku. V současné době v ČR mezi sebou soutěží týmy: BASSET Most, FBC REMEDECIUM ABAK Ostrava, KAMAT TEAM – SK AKÁDA Jánské Lázně, SKH METEOR Plzeň, ComAp TEAM Praha a Bulldogs Brno (<http://fbh.cz/>).

4.3.4. Sledge hokej

Vznikl na konci 60. let 20. století ve Švédsku, kde skupina klientů z rehabilitačního centra chtěla pokračovat nadále v této aktivitě, jen s tou odlišností, že mají tělesné postižení. V České republice se sledge hokej hraje od roku 2000, hlavním propagátorem a představitelem této aktivity je Roman Henrik. Sledge hokej se hraje 45 min, poločas trvá 15 min s pěti hráči v poli. Hráč musí splňovat podmínku minimálního postižení, která je dána Mezinárodním paralympijským výborem IPC. Sportovci se pohybují na speciálně upravené sani s upravenými sledge hokejkami (Kudláček & Janák, 2007).

4.4. Význam sportu a tělocvičných aktivit pro osoby s tělesným postižením

Sport ovlivňuje různé oblasti : (a) biologickou oblast, (b) psychickou oblast, (c) společenskou oblast, (d) výchovnou a vzdělávací oblast a (e) zdravotní oblast. V biologické oblasti, sport rozvíjí proces kompenzace, kdy roste výkonnost neporušené části, která nahradí porušenou nebo vyřazenou funkci. Také zlepšuje proces reedukace, kdy se získávají, nebo obnovují pohybové schopnosti a dovednosti. Má preventivně zdravotní charakter, který vede k zvýšení odolnosti organismu na vnitřní a vnější podmínky. Sport ovlivňuje psychickou oblast, dochází ke zvýšení sebevědomí, sebedůvěry. Vyrovnání se s handicapem, získání nových rolí a změna životního stylu. Ve společenské oblasti sport zlepšuje celkovou odolnost, zdatnost, komunikaci, použití kompenzačních pomůcek vede k možnosti společenského života. Ve výchovné a vzdělávací oblasti dochází k osvojení norem společenského chování. Ve zdravotní oblasti se zlepšuje kardiovaskulární systém, nervosvalový přenos, naopak se snižuje riziko civilizačních chorob - diabetes mellitus

a obezitu. Hlavními cíli sportu zdravotně postižených je využití kompenzačních pomůcek, osvojení pohybových dovedností k druhu postižení, rozvoj motorických schopností, posílení osobností a integrace do společnosti (Potměšil, 2007). Tělovýchovná činnost prováděna pravidelně působí pozitivně na zdravotní, psychický i sociální stav osoby s postižením. K cílům tělesné výchovy a sportu řadíme rozvoj individuálních schopností, soběstačnosti, sebedůvěry a zvládání psychických a fyziologických stresů. Můžeme říci, že tělesná výchova a sport napomáhají k možnosti aktivně se zapojit do plnohodnotného rodinného, pracovního a společenského života (Kábele, 1992). Sport je součástí moderního života, osoba s postižením se může díky sportu srovnávat se sportující intaktní společností a lépe se zařadit do jejího kolektivu, může využívat sport různými způsoby a vyplnit jím volný čas. Sportem si udržuje tělesnou kondici, získává dokonalejší obratnost a učí se novým dovednostem. Sport mohou realizovat v přírodě, dochází k socializaci do nového prostředí lidí s podobnými zájmy. Své výsledky mohou porovnávat se skupinou se stejným či podobným handicapem, které vedou k větší motivaci k dosažení lepších výkonů. V zahraničí v rehabilitačních ústavech používají metodu tzv. terapii sportem, jedná se o sportovní činnosti, soutěžní hry modifikované ke druhu a stupni postižení. Cílem terapie je zvyšovat a zlepšit kondici, obratnost a zvyšuje pozitivní naladění osob s postižením (Votava, 2003).

5. CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

5.1. Formulace problému

Často se setkáváme s názory, že člověk po úraze se znovunavráť do běžných lidských aktivit, do kterých spadá i pohybová aktivit, nejméně za dva roky. Doložené příklady a fakta poměrně chybí. Obecně je známo, že pohybové nebo spíše tělocvičné aktivity mají pozitivní dopad na člověka ve všech jeho oblastech, ale kdy opět uplatňovat pohybovou aktivitu u osob se získaným postižením a jaké vlivy přispívají, nebo naopak limitují, navrácení se zpět do pohybových aktivit chybí.

5.2. Cíl práce

Cílem bakalářské práce bylo zjistit determinanty, které ovlivňují navrácení se do pohybových aktivit, ve vztahu k těmto determinantám zjistit průměrnou dobu zapojení do pohybových aktivit od doby úrazu.

Výzkumné otázky:

1. Které determinanty uvádějí respondenti za významné pro navrácení se do pohybových aktivit?
2. Lze vymezit společné, obecně důležité determinanty?
3. Jaká je průměrná doba znovunavrácení se do pohybových aktivit?

5.3. Postup řešení práce

1. Studium literatury a zdrojů pomocí klíčových slov.
2. Zpracování konceptu výzkumného šetření a semistrukturovaného rozhovoru.
3. Oslovení respondentů a získání jejich předběžného souhlasu.
4. Podání žádosti ke schválení etické komisi.
5. Po schválení etické komise, naplánování rozhovorů s respondenty.
6. Při aplikaci rozhovorů zajištění informačního souhlasu, který byl schválen etickou komisí.
7. Analýza a syntéza získaných dat.
8. Formulace determinantů v procesu adaptace na sportovní činnosti.

9. Zpracování závěrečné práce.
10. Zpětná vazba respondentům o výsledcích práce.

6. METODIKA

6.1. Respondenti

Rozhovor byl veden s 5 lidmi, kteří byli záměrně vybráni. S respondenty jsem se seznámila při praxích, kterých jsem se zúčastnila během studia na vysoké škole. Se třemi respondenty jsme se stýkala i mimo praxi a absolvovala jsem s nimi sportovní aktivity, jako byl handbike a tenis na vozíku. Se zbývajících dvěma dotazovanými jsem se seznámila díky respondentům, kteří mi je doporučili k rozhovorům pro bakalářskou práci. Po navázání kontaktu a seznámení se, jsem získala důvěru, a proto souhlasili s účastí na mé práci. Všichni respondenti ochotně spolupracovali a odpovídali na moje otázky, z důvodu známosti, důvěry a jejich ochoty. Respondenti byli jen muži, nebyla to podmínka pracovat jen s mužskou populací, ale sportující ženy se získaným postižením neznám osobně.

Vybraná populace musela být ve věku od 18 do 35 let, sportující, po úraze s následky míšního poranění odkázání na vozík. Tělesné postižení získali během života v období od 16 do 20 let. Nejdůležitější podmínkou bylo, aby respondenti aktivně provozovali sportovní činnost.

6.2. Metody získávání informací

V bakalářské práci, v praktické části pro získání informací o determinantech ovlivňující dobu navrácení a znovuzapojení se do pohybových aktivit, byl použit semistrukturovaný rozhovor s předem připraveným seznamem otázek. Všichni respondenti bezproblémově odpovídali na výzkumné otázky.

6.2.1. Semistrukturovaný rozhovor

Rozhovor je výzkumná ucelená soustava ústního jednání. Probíhá mezi dotazovatelem, který získává informace pomocí otázek, směřujících ke zjištění skutečnosti ke zkoumané realitě dotazovaného (Schneider & Koudelka, 1993). Semistrukturovaný rozhovor, umožňuje vylézt výhody strukturovaného a nestrukturovaného rozhovoru. Pokud využijeme volné

a nenucené komunikace, motivujeme tím účastníka k rozsáhlejšímu rozhovoru. Můžeme pokládat doplňující otázky u odpovědí, u kterých si dotazovaný myslí, že jsou konečné, můžeme dosáhnout větší přesnosti a výtěžnosti, než u strukturovaného rozhovoru (Myjovský, 2006).

Semistrukturovaný rozhovor se skládal z předem připravených otázek, a následně z volných odpovědí. Rozhovor trval přibližně 45 minut mezi dotazovatelem a dotazovaným. Rozhovor můžeme rozdělit na tři části, které šly za sebou.

1. Úvodní část – představení se, k čemu rozhovor slouží, předložení schválení etické komise, ujištění o jeho soukromí a anonymitě v bakalářské práci, ujištění o ochraně soukromých dat, podání informací o otázkách k rozhovoru a položená otázka k souhlasu,

či nesouhlasu k rozhovoru. Po podepsání informačního souhlasu, schváleného etickou komisí, můžeme přistoupit k samotnému rozhovoru.

2. Rozhovor - nevstupovat do výkladu dotazovaného, při nezodpovězené otázce nenutit, ale zeptat se až na konci rozhovoru. Dát prostor a čas při zamyšlení se nad otázkou.

3. Závěr – poděkování za spolupráci, ještě jednou ujištění o ochraně dat a anonymitě v bakalářské práci, možnost podání zpětné vazby o výsledku práce.

Při rozhovoru jsem si poznamenávala veškerá fakta do poznámkového bloku, která jsem následně po ukončení rozhovoru, ihned převedla do elektronické podoby. Diktafon jsem nepoužívala, jelikož byl pro respondenty nepříjemným. Rozhovorům i bez použití diktafonu jsem plně věnovala pozornost a konaly se v příjemné a klidné atmosféře. Protože dotazovaní měli a mají mnoho sportovních úspěchů, o kterých rádi mluví, rozhovory trvaly většinou déle, než 45 min. Více informací je uvedeno ve výsledcích a části z rozhovorů jsou uvedeny v příloze.

6.2.2. Téze dat formulovaných v otázkách rozhovoru:

1. Život a aktivity před zraněním
2. Zranění a vnímání své diagnózy
3. Léčba, rehabilitace a vliv rodiny, přátel na poúrazový stav
4. Prováděné sportovní aktivity po traumatu

5. Ekonomická situace
6. Osobně nejvíce vnímaný problém po zranění
7. Doba navrácení

6.3. Zpracování dat

Získané rozhovory byly převedeny do elektronické podoby. Na základě logické analýzy, třídění faktů z rozhovorů a získaných materiálů, byly rozděleny do věcných kategorií a mají kasuistický přístup. Vytvořila jsem vlastní bodový systém, od 1. až po 8. stupeň v kategoriální škále. Body jsou rozděleny dle důležitosti, kdy první stupeň nám znázorňuje nejdůležitější determinant atd. až po osmý. Výsledek je průměrná hodnota důležitosti, kdy sečtené body jsou vyděleny počtem respondentů (viz. kapitola 7.2.)

6.4. Organizace práce řešeného tématu

Pro realizaci bakalářské práce, bylo podmínkou schválení výzkumu etickou komisí. Musela jsem vyplnit žádost k etické komisi, která zahrnovala: (a) popis projektu, (b) zajištění bezpečnosti, (c) zásady pro informovaný souhlas a (d) formulář informovaného souhlasu. Po vyplnění všech náležitostí, jsem odevzdala žádost s informovaným souhlasem etické komisi na Fakultě tělesné kultury, která měla 20 dní k vydání souhlasu, či nesouhlasu k výzkumné práci. Po schválení tématu práce etickou komisí, jsem realizovala rozhovory s vybranými respondenty. Z nejdůležitějších podmínek při účasti v bakalářské práci, byla ochrana anonymity a osobních dat. Proto v kasuistikách nejsou zmíněná fakta, která by mohla dotazovaného identifikovat. Specifické aktivity jsou charakterizovány kolektivními, či individuálními sporty. Záměrně nespecifikuji sportovní aktivitu respondentů, jelikož lidé, zabývající se touto problematikou, by mohli odhalit jejich totožnost.

Jak jsem už jednou zmínila, rozhovory se uskutečnily s 5 respondenty, kteří byli cíleně vybráni dle mých požadavků. S účastníky rozhovorů jsem se setkala ještě před schválením etickou komisí. Podala jsem jim veškeré informace, které byly potřebné pro uskutečnění rozhovorů k mé práci. Všichni souhlasili, šlo však o předběžný souhlas, abych po schválení etickou komisí mohla práci začít realizovat. Po obdržení souhlasu od etické komise jsem začala uskutečňovat samotné rozhovory. Vždy před rozhovory jsem si vytvořila osnovu otázek, abych získala co nejvíce potřebných informací. Vybrala jsem vhodné, tiché a příjemné

prostředí k rozhovorům. S respondenty se znám delší dobu, proto při rozhovorech nebyl problém se sdělováním osobních a citlivých dat. Vždy jsem začala mluvit o sobě a podložila jsem veškeré informace a dokumenty o schválení tématu od etické komise. Rozhovory se uskutečňovaly samostatně, v jeden den jeden rozhovor, který jsem následně zpracovala a převedla do elektronické podoby. Mohu říci, že veškeré rozhovory probíhaly v přátelské atmosféře a nesetkala jsem se s negativním přístupem. Průměrná doba rozhovorů byla 1 hodina, což se ukázalo být jako dostačující doba, pro získání všech potřebných informací. Rozhovory jsme zpracovala formou kasuistik, kdy konečnou část tvoří závěr. Setkání byla obohacující i pro mne, jelikož aktivity, které respondenti provádějí, jsou velmi zajímavé a pestré.

7. VÝSLEDKY

Ve výsledkové části jsou kasuistiky psány dle jednotné osnovy, tak aby měly logický sled událostí a byly přehledné. Jsou poměrně rozsáhlé, ale v kasuistikách jsou zmíněny podstatné informace, ze kterých vyvodíme určitý výsledek. Celkem je vedeno pět kasuistik, kdy každý respondent byl muž.

Osnova:

1. Kód
2. Věk
3. Rodinná anamnéza
4. Osobní anamnéza
5. Úraz a léčebná péče
6. Návrat domů
7. Specifické aktivity
8. Osobně největší vnímaný problém
9. Závěr

7.1. Kasuistiky

Kasuistika 1

Kód: 1

Věk: 26 let

Diagnóza: paraplegie

Rodinná anamnéza:

Otec: 50 let, starosta

Matka: 48 let, účetní

Sestra: 24 let, invalidní důchod

Osobní anamnéza:

Respondent vyrůstal s rodinou a se sestrou na vesnici, žili v rodinném domě. Trpěl od dětství nadváhou a ve škole byl neoblíbený. Mezi jeho zájmy, patřily motocykly, počítačové hry a práce s otcem na vesnici. Studoval střední elektronickou školu mimo bydliště, kde pobýval na internátě.

Úraz a následná lékařská péče:

Důvodem zranění byla vážná nehoda na motocyklu v 17 letech. Respondent jel po hlavní silnici a vyjíždějící nákladní automobil z vedlejší cesty si nevšiml motorkáře na vozovce. Utrpěl těžká zranění, strávil 8 měsíců v nemocnici s diagnózou paraplegie. Po propuštění z nemocnice strávil 4 měsíce v rehabilitačním ústavu. Zde se naučil nezbytné činnosti pro život s paraplegií, obdržel řidičský průkaz a poprvé se setkal s pohybovými aktivitami, které může provádět se svým získaným postižením. Mezi aktivity patřila atletika, basketbal, plavání a florbal. Seznámil se zde s lidmi, kteří pro něj byli významní v jeho dalším rozhodování o svém životě. Informovali ho o možnostech sportovních aktivit, které může provádět po traumatu s odkázáním na vozík.

Návrat domů:

Po roce stráveném v nemocnici a v RHB centru, se vrátil domů. Měl zařízení bezbariérový přístup do domu od rodičů, vlastní vozík a nové auto. Rodina se během jeho pobytu v RHB centru informovala o aktivitách, sociálním zabezpečení a o výhodách

pro osoby s handicapem. Nastoupil na stejnou střední školu mimo domov, kde pobýval na bezbariérovém internátě. Tuto školu ukončil úspěšným složením maturitní zkoušky. Po ukončení školy uvažoval, zda se věnovat sportu či absolvovat vysokou školu, rozhodl se pro první případ.

Specifické aktivity:

Po získání informací a oslovení přátel z rehabilitačního centra, se asi po roce a půl začal věnovat individuálnímu sportu poblíž bydliště. Následně absolvoval soustředění a závody, na kterých dosahoval průměrných výsledků. Věnoval se i jiným pohybovým aktivitám a to posilování a plavání, díky těmto aktivitám změnil svůj životní styl. Na závodech respondenta oslovil sportovec stejného handicapu a nabídl mu možnost se zapojit do kolektivního sportu, který ho více zaujal a předešlé aktivity zanechal. Mezitím se začal věnovat dalšímu kolektivnímu sportu a založil sportovní klub poblíž bydliště, který funguje dodnes a láká více osob s postižením.

Osobně největší vnímaný problém:

Respondent zmiňuje za nejvíce vnímaný problém po úraze opětovný kontakt s intaktní společností a návrat k přátelům, se kterými se stýkal před traumatem.

Závěr:

Respondent se poměrně rychle v rehabilitačním ústavu zotavil. Už v té době měl zájem o sport a proto hned po příjezdu domů, začal uvažovat o sportu pro vozíčkáře a dostudoval střední školu. Nejdůležitějšími faktory byly, pobyt v RHB centru, kde se setkal s různorodými pohybovými aktivitami, dále podpora rodiny a noví přátelé podobného handicapu. Nezmiňuje finanční problémy, které by ho ovlivňovali při znovuzapojení se do pohybových aktivit. Nyní provozuje sportovní činnost ve dvou kolektivních sportech na vrcholové úrovni. Pracuje v jedné nejmenované firmě a stará se o sportovní klub, který založil.

Doba navrácení 24 měsíců.

Kasuistika 2

Kód: 2

Věk: 23 let

Diagnóza: Paraplegie

Rodinná anamnéza:

Otec: 49 let, pracující

Matka: 48 let, pracující

Sestra: 22 let, studentka

Osobní anamnéza:

Respondent před zraněním žil s rodiči a se sestrou v rodinném domě. Studoval střední školu a věnoval se kolektivním sportům.

Úraz a následná lékařská péče:

V 17. letech ho postihla automobilová nehoda. Vracel se s kamarády a se svojí přítelkyní z večerní zábavy. V autě jelo dohromady 5 osob, respondent seděl na zadním sedadle za řidičem, jediný on utrpěl vážné zranění, ostatní osoby v autě byly raněny lehce. Řidič auta, který nehodu způsobil, byl potrestán dvouletou podmínkou a ztrátou řidičského průkazu. Respondent strávil měsíc a půl v nemocnici s diagnózou paraplegie. Po propuštění z nemocnice strávil 6 měsíců v rehabilitačním centru, kde se naučil manipulaci s vozíkem, sebeobslužné činnosti a prošel přípravou na nový život. Zde se setkal s pohybovými aktivitami a s lidmi, kteří ho pozitivně ovlivnili, informovali a přivedli ke sportovním činnostem vozíčkářů v České republice. Na druhé straně se setkal s negativním postojem osob, které záviděly ostatním jejich „lehčí“ diagnózu.

Návrat domů:

Po osmi měsících léčení a rehabilitace se vrátil domů. Matka se postarala o bezbariérový přístup v domě a zajištění všech náležitostí skrze respondentovo postižení. Nastoupil na novou střední bezbariérovou školu v místě bydliště, kterou úspěšně dokončil maturitou. V 18 letech úspěšně absolvoval autoškolu a za finanční podpory rodičů si pořídil první auto, díky kterému se cítil mobilnější.

Specifické aktivity:

Během studia, ho při nákupech oslovil trenér kolektivního sportu, zda má zájem, být členem sportovního týmu vozíčkářů. V téže době se potkal s vozíčkáři z rehabilitačního ústavu, kteří mu nabídli rekondiční program. Zde se více seznámil s individuálním sportem vozíčkářů, kterému se věnoval 3 roky. Vždy tíhl ke kolektivním sportům, proto upřednostnil týmový sport před individuálním. Mezi jeho další pohybové aktivity patří plavání, jízda na čtyřkolce a handbiku.

Osobně největší vnímaný problém:

Pro respondenta B bylo nejtěžší pohybovat se mezi intaktní společností, jinak žádné jiné vnímané problémy nezmiňuje.

Závěr:

Respondent je silná osobnost, která o svém získaném postižení mluví s nadhledem. Rodina v době úrazu a v počátcích sportovních aktivit, byla poměrně dobře finančně zajištěná, respondent neměl potíže začít s pohybovou aktivitou. Velice mu pomohla rodina a přátelé z RHB centra, kteří ho podpořili v největší možné míře. Tyto činitele považuje za rozhodující ve svém životě. Dalším rozhodujícím činitelem byla informovanost o sportovních činnostech v RHB centru. Negativním činitelem pro znovunavrácení se do PA, zmiňuje intaktní společnost. Respondent bere svoje postižení s nadhledem. Při rozhovoru mi řekl: „*Co s tím nadělám? Co se stalo, stalo se.*“ Nyní bydlí sám v bezbariérovém bytě, studuje na vysoké škole, několik let se věnuje kolektivnímu sportu, ve kterém dosahuje výborných výsledků.

Doba navrácení 18 měsíců.

Kasuistika 3

Kód: 3

Věk: 19 let

Diagnóza: paraplegie

Rodinná anamnéza:

Otec: pracující

Matka: pracující

Bratr: pracující

Bratr: studující

Osobní anamnéza:

Respondent před úrazem žil s rodiči a dvěma bratry v rodinném domě na okraji velkého města. Od 4 let se věnoval individuálnímu sportu, ke kterému ho dovedl otec. Od 12 do 16 let se pohyboval na vrcholové úrovni a měl dobrou prognózu do budoucna. Po základní škole nastoupil na střední školu, kterou přerušil kvůli zranění.

Úraz a následná lékařská péče:

V 16 letech při závodu utrpěl vážné zranění s následnou diagnózou paraplegie. Strávil 8 měsíců v nemocnici a 5 měsíců pobýval v rehabilitačním centru s víkendovými propustkami k rodině. V centru se naučil ovládání vozíčku, přesezení z vozíku na postel a všechny činnosti, které byly a jsou pro něj nezbytné. V neposlední řadě zde objevil možnost uplatňovat svoje sportovní nadání i s postižením. Seznámil se zde s atletikou, basketbalem, florbalem a plaváním a s lidmi, kteří mu nabídli po léčbě v RHB centru hrát kolektivní sport.

Návrat domů:

Po 13 měsících léčby a rehabilitačního plánu se vrátil ke své rodině. Od rodičů a starších bratrů, měl kompletně zařízený bezbariérový přístup v domě a nový vozík. V 18. letech získal řidičský průkaz a od rodičů dostal první auto.

Specifické aktivity:

Po propuštění z rehabilitačního centra se začal věnovat kolektivnímu sportu, který provozuje formou zábavy, nebere ho tak vážně, jako sport, který provozoval

před zraněním. Mezi jeho další aktivity, rekreačního charakteru patří hanbike, plavání a paintball.

Osobně největší vnímaný problém:

Největším problémem bylo setkání s přáteli, které znal před zraněním a pohyb v intaktní společnosti, které se ze začátku vyhýbal. Dalším problémem byl velký úbytek na váze, ale tento problém už za pomoci lékařů a dietologů vyřešil.

Závěr:

Respondent je poměrně mladší od ostatních respondentů a je dva roky po zranění. Při položených otázkách, jsem se ujistila, zda pro něho nejsou nepříjemné. Musím zmínit, že na svůj věk je poměrně vyspělý a mluvil o svém zranění s nadhledem. Od září nastupuje na střední školu, po zranění si nechal volno, aby si vše v hlavě uspořádal. Determinantem, který mu nejvíce pomohl po zranění a navrácení se do pohybových aktivit byla rodina a přátelé se stejným handicapem a v neposlední řadě pobyt v rehabilitačním ústavu, kde se seznámil s PA. Nezmiňuje žádné finanční problémy po navrácení se z rehabilitačního ústavu. Rodina neměla žádné finanční problémy, které by omezovaly respondentovo zapojení se do pohybových aktivit. Nyní si přivydělává svým největším koníčkem, který provozuje doma, nebudu ho blíže specifikovat, aby nebyl respondent odhalen.

Doba navrácení 15 měsíců.

Kasuistika 4

Kód: 4

Věk: 34 let

Diagnóza: paraplegie

Rodinná anamnéza:

Otec: pracující

Matka: pracující

Sestra: studentka

Osobní anamnéza:

Respondent vyrůstal s rodinou v rodinném domě na vesnici. Mezi jeho aktivity patřil fotbal, hokej a plavání, kterému se věnoval nejvíce. Studoval střední odbornou školu bez maturity, po skončení nastoupil na vojenskou základní službu.

Úraz a následná lékařská péče:

K úrazu přišel v 19 letech při lyžování. Každý rok po Vánocích jezdil s přáteli na dovolenou do hor. Jelikož musel plnit vojenskou základní službu, byl na lyžích toho roku poprvé. Při poslední jízdě chtěli s přáteli dojet rovnou k autu bez přestávek. Nezvládl rychlou jízdu na lyžích, která vedla k silnému nárazu do stromu. Respondent byl po nárazu při vědomí, necítil nohy a neměl žádné bolesti. Po příjezdu záchranné služby byl převezen do nemocnice a ihned operován. Úraz přerušil míchu z 95%, byla mu diagnostikována paraplegie. Po operaci byl převezen na spinální jednotku do jiného města, kde mu byly aplikovány šrouby do páteře za účelem zpevnění. V nemocnici strávil 8 měsíců a zde se dozvěděl o atletice a basketbalu vozíčkářů. V té době nemocnice i rehabilitační centra kontaktovala sportovní kluby vozíčkářů a ty pak navštívili a informovali respondenta. Při pobytu v RHB centru, byl navštíven skupinou sportujících vozíčkářů, kteří mu koupili sportovní vozík a stali se jeho přáteli. V rehabilitačním ústavu měl strávit kolem 7 měsíců, ale po 5 měsících podepsal revers z důvodu nedostatečné péče.

Návrat domů:

Po 13 měsících se respondent vrátil domů k rodině, která za pomoci přátel z vesnice přestavěla bariérový dům na bezbariérový. Měl mnoho přátel, s kterými se ihned po příjezdu

stýkal, chodil ven a na různé aktivity. Po čase si za pomoci rodiny a přátel pořídil automobil. Ve vesnici už žili dva vozíčkáři, proto byla vesnice upravená k jejich handicapu. Začal pracovat ve stejném oboru, který vystudoval.

Specifické aktivity:

Po skončení rehabilitace v centru, měl informace o sportovních činnostech. Vždy tíhl ke kolektivním sportům, proto si ho také vybral a začal se mu aktivně věnovat ve 21 letech. Tuto činnost musel na nějakou dobu přerušit, jelikož měl nevhodný civilní i sportovní vozík, a způsobovaly mu dekubity v sakrální části. Po doléčení se opět začal věnovat kolektivnímu sportu, dosáhl takové úrovně, že hrál 2 roky za jiný tým v zahraničí. Neustále však udržoval kontakt se sportovním klubem téhož odvětví v ČR. Mezi jeho další aktivity patří monoski, na které jezdí každý rok, plavání a handbike.

Osobně největší vnímaný problém

Nejhorším zážitkem pro respondenta byl pobyt v rehabilitačním centru. Strávil 5 měsíců na pokoji po šesti lidech. Měl dovolené jen vycházky do určité doby, pokud se zpozdil, měl velké problémy s personálem a lékařem. Zpočátku se necítil ve své kůži mezi „zdravými“ lidmi. Dalším problémem, který ho velmi omezoval, byly vzniklé dekubity z nevyhovujícího vozíku.

Závěr:

Respondenta znám poměrně dlouho dobu. Je velmi optimistický a nezkazí žádnou legraci. Setkala jsem se s jeho otcem, který na mě působil stejným a klidným dojmem. Respondent uvedl, že pro něj největším determinantem pro vyrovnání a zapojení se opět do pohybových aktivit, byla rodina, přátelé a získané informace při pobytu v nemocnici. Zde se také setkal s lidmi stejného handicapu, kteří provozují sportovní činnosti. Nyní pracuje v místě bydliště a reprezentuje ČR v kolektivním sportu. Poznal sportovní aktivity vozíčkářů v zahraničí, které ho velmi obohatily a dodaly více sebevědomí. Respondent trpí tzv. fantomovými bolestmi, které ho postihují každých 20 minut. Jsou pro něho velmi bolestivé a omezují ho ve sportu i v běžných aktivitách. Dříve řešil tento problém alkoholem, ale naštěstí se s tímto problémem naučil žít. Nyní zvažuje za podpory přátel, zda nepodstoupí operaci, která by vedla k úplnému přerušení míchy a snad vymizení těchto bolestí. Rodina a respondent jsou velmi manuálně zruční a mají mnoho přátel z vesnice,

kteří jim bezplatně pomohli při přestavbě domu na bezbariérový. Příbuzní rodiny žijí v zahraničí ve vyspělejší zemi, než byla v té době ČR, poslali civilní vozík, který byl mnohem modernější než jeho první.

Doba navrácení 24 měsíců.

Kasuistika 5

Kód: 5

Věk: 25 let

Diagnóza: chabá poúrazová paraplegie

Rodinná anamnéza:

Otec: pracující

Matka: pracující

Sestra: pracující v zahraničí

Sestra: studující

Osobní anamnéza:

Respondent vyrůstal s rodiči a dvěma sestrami v rodinném domě. Úspěšně dokončil základní školu a nastoupil na střední. Od dětství se věnoval aktivně fotbalu a hlavně horolezectví.

Úraz a léčebná péče:

V 17 letech šplhal po balkoně za svojí přítelkyní, ale situaci nezvládl a spadl. Úraz mu způsobil vychýlení obratle TH12. Po třech týdnech strávených v nemocnici podstoupil operaci, lékaři mu zavedli šrouby do páteře, aby zpevnily páteř. Po operaci se situace změnila, lékaři mu diagnostikovali poúrazovou chabou parézu, od té doby je na vozíku.

V rehabilitačním centru strávil 6 měsíců, kde se naučil nezbytné činnosti pro svůj nový život na vozíku, seznámil se zde s lidmi, kteří byli déle na vozíku a s pohybovými aktivitami.

Návrat domů:

Po 7 měsících strávených v nemocnici a v RHB centru se vrátil domů ke své rodině. Od rodičů měl postavenou nájezdovou plošinu a postupně byly provedeny další úpravy, které byly nezbytné pro jeho pohyb po domě. Nastoupil na střední školu, mimo bydliště, kterou úspěšně dokončil a za pomoci rodičů si pořídil automobil. Otec ho dovedl k individuálnímu sportu, který každý den za domem trénoval.

Specifické aktivity:

Už v RHB centru ho kontaktoval nejmenovaný sportovní klub, zda nemá zájem provozovat určitou sportovní aktivitu. Pod dohledem otce trénoval a následně se zúčastnil

soustředění. Po první soutěži splnil nadprůměrný limit a dostal se do reprezentace. Následně se zúčastňoval veškerých závodů, ve kterých dosahoval vynikajících výsledků a stal se vrcholovým sportovcem. Po čase se rozhodl zkusit další sporty, ve kterých dosahoval ještě lepších výsledků, proto předešlého sportu po čase zanechal. Mezi jeho další aktivity, které provozuje rekreačně, patří hanbike, plavání a cestování s přáteli po světě.

Osobně největší vnímaný problém:

Největším problémem pro respondenta bylo znovusetkání s přáteli, které znal před zraněním a pohybování se v intaktní společnosti, tento stav trval přibližně rok.

Závěr:

Respondent podle mého názoru patří mezi nejsilnější osobnosti z respondentů. Mnoho lidem ze svého okolí, kteří mají stejný handicap, velmi pomohl a v jejich očích je velkým přítelem. Nyní studuje vysokou školu a užívá si studentského života. Má mnoho aktivit, kterým věnuje veškerý čas. Našel si práci stejného oboru, který studuje. Procestoval mnoho zemí se svým handicapem a získal mnoho zkušeností, které mu dodaly sebevědomí. Momentálním největším cílem je dostat se na paralympiádu a podat ten nejlepší možný výkon. Jeho hlavním determinantem, který mu pomohl, zapojit se do pohybových aktivit po traumatu je rodina, následně RHB centrum a noví přátelé stejného postižení.

Doba navrácení 18 měsíců.

7.2. Analýza věcných kategorií prezentovaných respondenty

Věcně se jednalo o kategorie, které uvádíme jako determinanty, tedy určující činitele při znovunavrácení se do pohybových aktivit. Po zjištění determinantů pomocí 5 semistrukturovaných rozhovorů, které ovlivňují navrácení a dobu znovuzapojení se do pohybových aktivit, jsem po logické analýze determinanty ohodnotila bodovým systémem v kategoriální škále dle důležitosti prvním až osmým stupněm. Výsledek je průměrná hodnota důležitosti, kdy sečtené body jsou vyděleny počtem respondentů. Celkový výsledek určil pořadí důležitosti, kdy první stupeň znázorňuje nehlavnější determinant atd. až po osmý stupeň. Jedná se o determinanty, které se nejčastěji objevovaly u dotazovaných respondentů se stejným postižením, ve znovunavrácení se do pohybových aktivit. Každý respondent měl jiné pořadí důležitosti determinantů, které jsem odvodila ze semistrukturovaných rozhovorů a také rozdílnou dobu znovunavrácení se do PA. Pod zjištěnými determinanty, je uvedena doba navrácení se do pohybových aktivit od doby úrazu. Vypočítané údaje uvádí následující tabulka č. 1.

Tab. č. 1: Determinanty dle důležitosti a doba navrácení se do PA

Respondenti	1 26 let	2 23 let	3 19 let	4 34 let	5 25 let	Výpočet	Výsledek
Determinanty:							
1. Rodina	2	1	1	1	1	2+1+1+1+1 = 6:5 =	1,2
2. Pobyt v RHB centru	1	2	2	8	2	1+2+2+8+2 = 15:5 =	3
3. Noví přátelé stejného postižení	3	3	3	3	3	3+3+3+3+3 = 15:5 =	3
4. Původní přátelé	4	5	4	5	4	4+5+4+5+4 = 22:5=	4,4
5. Ekonomická situace	5	4	5	4	5	5+4+5+4+5 = 23:5=	4,6
6. Automobil	6	6	6	6	6	6+6+6+6+6 = 30:5=	6
7. Pobyt v nemocnici	8	8	8	2	8	8+8+8+2+8 = 34:5 =	6,8
8. Společnost	7	7	7	7	7	7+7+7+7+7 = 35:5 =	7
Doba navrácení se do PA	24 m	18 m	15 m	24 m	18 m	24+18+15+ 24+18= 99:5=19,8 =	20 měsíců

Tabulka č. 1. je sestava z determinantů, v bodovém systému od prvního do osmého stupně v kategoriální škále, dle důležitosti ovlivnění jedince ve znovunavrácení se do pohybových aktivit. První stupeň znázorňuje nejhlavnější determinant atd. až po osmý stupeň. Tabulka vypovídá o tom, že na prvním místě skončil determinant rodina, na druhém místě pobyt v rehabilitačním centru a noví přátelé, které jsem zařadila na třetí místo,

jelikož bez pobytu v RHB centru, by se respondenti neseznámili s přáteli. Na čtvrtém místě skončili původní přátelé, na pátém ekonomická situace, na šestém místě se umístil determinant vlastnictví automobilu, na sedmém pobyt v nemocnici a na posledním osmém místě se umístil determinant společnost.

Po sečtení doby navrácení se do pohybových aktivit, od doby úrazu každého respondenta, je vypočítaná průměrná doba znovuzapojení se do PA, která činí 1 rok a 8 měsíců.

Nejčastěji zmiňované determinanty, které ovlivnily respondenty se stejným postižením, při znovuzapojení se a doby navrácení se do pohybových aktivit, nám znázorňuje výše uvedená tabulka. Co se týká vlivu rozdělení determinantů na (a) pozitivní, (b) neutrální a (c) negativní, nám uvádí následující tabulka č. 2. Pozitivní determinanty jsou označeny symbolem +, neutrální determinanty jsou označeny symbolem 0, a negativní determinant je označen symbolem -. K těmto závěrům jsem dospěla po analýze semistrukturovaných rozhovorů, opět se jedná o průměrný výsledek.

Tab. č. 2: Vliv determinantů na znovunavrácení se do PA

Respondenti	1	2	3	4	5	Průměrný hodnoty
Determinanty:	26 let	23 let	19 let	34 let	25 let	výsledků
1. Rodina	+	+	+	+	+	Pozitivní determinant
2. Pobyt v RHB centru	+	+	+	-	+	Pozitivní determinant
3. Noví přátelé stejného postižení	+	+	+	+	+	Pozitivní determinant
4. Původní přátelé	-	+	-	+	-	Negativní determinant
5. Ekonomická situace	+	+	+	+	+	Pozitivní determinant
6. Automobil	+	+	+	+	+	Pozitivní determinant
7. Pobyt v nemocnici	0	0	0	+	0	Neutrální determinant
8. Společnost	-	-	-	-	-	Negativní determinant

Tabulka č. 2. vypovídá o tom, že mezi determinanty, které pozitivně ovlivnily respondenty při znovunavrácení se do pohybových aktivit, můžeme zařadit rodinu, pobyt v RHB centru, nové přátele, ekonomickou situaci a automobil. Neutrální determinant je pobyt v nemocnici a negativními determinanty jsou společnost a původní přátelé.

8. DISKUSE

Hlavním úkolem semistrukturovaných rozhovorů bylo zjistit determinanty, které ovlivňují navrácení se do pohybových aktivit a ve vztahu k těmto determinantům, zjistit průměrnou dobu zapojení se do pohybových aktivit od doby úrazu. Výsledky nám ukazují, že většina respondentů, která získala postižení v období adolescence, mezi nejvíce zmiňované determinanty řadí rodinu, pobyt v rehabilitačním centru, kde se seznámili s pohybovými aktivitami vozíčkářů a s přáteli, kteří jsou stejného nebo podobného handicapu. Pobyt v rehabilitačním centru bychom se v budoucnosti mohli nadále zabývat mírou informovanosti klientů v RHB centrech o pohybových aktivitách. Čtyři respondenti se setkali poprvé s pohybovými aktivitami vozíčkářů právě v RHB centru, jen jediný respondent, který byl od ostatních starší, se seznámil se sportovními činnostmi už při pobytu v nemocnici. Dalším determinantem, který hrál velkou roli v zapojení se do pohybových aktivit, byla ekonomická situace. Jelikož respondenti utrpěli úraz v období dospívání, byli zcela závislí na podpoře rodiny. Díky dobré finanční situaci rodiny, mohli začít uskutečňovat pohybové aktivity a pořídit si nové auto, které patří také mezi determinanty. Zmíněné determinanty, mají pozitivní charakter. Dalším uvedeným determinantem byl pobyt v nemocnici, který u většiny respondentů měl neutrální charakter. Do determinantů, jsem ho zařadila z toho důvodu, že hrál důležitou roli ve znovunavrácení se do PA, jelikož respondenti v nemocnici strávili různě dlouhou dobu. Za neutrální je označen z toho důvodu, že většina respondentů kromě jednoho, nezmiňovala žádné negativa ani pozitiva a také dobu strávenou v nemocnici, nemůžeme ovlivnit. Navrácení se zpět po traumatu mezi intaktní společnost a původní přátelé, můžeme ohodnotit dle výsledku jako negativní determinanty. Tyto negativní determinanty byly vyváženy navázáním přátelského vztahu s lidmi, které potkali při pobytu v RHB centrech nebo, při sportovních činnostech.

V teoretické části jsem zmiňovala zátěžové situace a zvládání zátěžových situací. Podle mého názoru mezi nejdůležitější determinanty, které hrají roli ve znovunavrácení se do aktivního života a pohybových aktivit patří osobnost jedince a zvládání zátěžových situací. Mé vědomosti, zkušenosti a současný studovaný obor nemá kompetence k tomu, abych byla schopna vyvodit závěr, zda respondent je silná osobnost a zda jeho zvládání zátěžových situací se odrazilo ve znovunavrácení se.

Co se týká doby navrácení se do pohybových aktivit, každý z respondentů uvádí tuto dobu odlišnou. Rozdílnost je dána, pobytem v nemocnici a v RHB centrech, vlivem rodiny a přátel. Po sečtení doby, kterou mi dotazovaní uvedli, jsem vypočetala průměrnou dobu navrácení se do pohybových aktivit 1 rok a 8 měsíců, tedy téměř 2 roky.

9. ZÁVĚR

Na přelomu dubna a května 2011 jsem uskutečnila rozhovory s 5 respondenty, které byly zpracované, do kasuistik viz 7.1.

Odpověď na výzkumnou otázku číslo 1: Které determinanty, uvádějí respondenti za významné pro navrácení se do pohybových aktivit?

Ze semistrukturovaných rozhovorů ode všech respondentů jsem vydedukovala 8 nejdůležitějších determinantů, které ovlivnily respondenty ke znovunavrácení a znovuzapojení se do pohybových aktivit a to: rodina, pobyt v rehabilitačním centru, noví přátelé, původní přátelé, ekonomická situace, automobil, pobyt v nemocnici a společnost. Vytvořila jsem vlastní bodový systém, od 1. až po 8. stupeň v kategoriální škále. Body jsou rozděleny dle důležitosti, kdy první stupeň nám znázorňuje nejdůležitější determinant atd. až po osmý. Výsledek je znázorněn v kapitole 7.2. v tabulce č. 1. Na prvním místě v důležitosti determinantů skončila rodina, na druhém pobyt v rehabilitačním centru, na třetím místě noví přátelé, na čtvrtém místě původní přátelé, na pátém místě ekonomická situace, na šestém místě automobil, na sedmém místě pobyt v nemocnici a na posledním osmém místě společnost. Determinanty byly rozděleny dle vlivu na respondenty při znovunavrácení se do pohybových aktivit na pozitivní, negativní a neutrální. Výsledky jsou zaznamenány v kapitole 7.2. v tabulce č. 2. Za pozitivní determinanty, které působily na respondenty, patří rodina, pobyt v RHB centru, noví přátelé, ekonomická situace a automobil. Za neutrální determinant považují pobyt v nemocnici a negativními determinanty jsou původní přátelé a společnost.

Na druhou výzkumnou otázku: Lze vymezit společné obecně důležité determinanty? Nám vypovídají předchozí výsledky u první otázky. Zmíněné determinanty, se nejčastěji vyskytovaly u respondentů, kteří získali postižení během života v období adolescence a měli stejné postižení paraplegii a v jednom případě poúrazovou chabou paraplegii.

Na třetí a poslední výzkumnou otázku: Jaká je průměrná doba znovunavrácení se do pohybových aktivit?

Nám výsledek uvádí také kapitola 7.2. tabulka č. 1, kdy průměrná doba znovunavrácení se do pohybových aktivit od doby úrazu je 1 rok a 8 měsíců, tedy téměř dva roky.

Teoretická část obsahuje pojmy, jako je tělesné postižení, transversální míšní léze a její následky, zvládání zátěžových situací, rodina, společnost, socializace, pohybové aktivity a jejich přínos. Tyto pojmy nám podávají teoretické znalosti o problematice získaného tělesného postižení.

Praktická část práce nás informuje o determinantech, které působí na jedince se získaným postižením a na znovunavrácení a znovuzapojení se do pohybových aktivit. Výsledky mohou být přínosem pro praxi. Musíme vnímat determinanty, které působí na jedince, při znovunavrácení. Pozitivní determinanty respektovat, a snažit se je posilovat, aby měly ještě větší pozitivní vliv na jedince se získaným postižením a naopak negativní determinanty eliminovat a učinit taková opatření, aby měly co nejmenší vliv na znovunavrácení se do pohybových aktivit od doby úrazu.

Práce pro mě měla velký osobní přínos. Vyslechnutí životních příběhů respondentů a jejich zvládnutí zátěžové situace, mě velice obohatilo a člověk se nad takovými osudy musí zamyslet. Dalším přínosem byla zkušenost vést rozhovor s velice osobními daty od respondentů a také se k tomuto tématu, jako dotazovatel umět postavit a vnímat senzitivitu rozhovorů.

10. SOUHRN

Cílem bakalářské práce bylo zjistit determinanty, které ovlivňují znovunavrácení se do pohybových aktivit po úraze. Na základě zjištěných determinantů, zjistit průměrnou dobu navrácení se do pohybových aktivit. Práce se skládá z teoretické a praktické části, kdy se teoretická část zabývá pojmy například tělesné postižení, míšní poranění a jeho následky, vliv získaného postižení na osobnost jedince, zvládání zátěžových situací, rodina, socializace, společnost, pohyb, pohybová aktivita, sport a jejich přínos.

Praktická část je založena na kvantitativním výzkumu. Abych mohla svou bakalářskou práci realizovat, muselo být téma a metodika schválena etickou komisí (vyjádření etické komise viz. příloha 1).

Informace byly získány metodou dotazovací pomocí semistrukturovaného rozhovoru, konkrétní témata jsou v kapitole 6.2.2. Rozhovory jsem vedla se záměrně vybranou sportující populací ve věku od 18 do 35 let po úraze. Rozhovory byly zpracovány do kasuistik v kapitole 7.1.

Snahou rozhovorů bylo získat informace o determinantech, které ovlivňují znovuzapojení se do pohybových aktivit a na základě zjištěných determinantů zjistit průměrnou dobu znovunavrácení se do PA od doby úrazu. Po analýze semistrukturovaných rozhovorů jsem dospěla k závěrům, že mezi nejdůležitější determinanty, které ovlivňují znovuzapojení a dobu navrácení se do pohybových aktivit po úraze patří rodina, pobyt v rehabilitačním centru, noví přátelé, ekonomická situace, automobil. Tyto determinanty považujeme za pozitivní. Dalšími důležitými determinanty, které se nejčastěji objevovaly u respondentů, je pobyt v nemocnici, který měl neutrální vliv a původní přátelé a společnost jsou determinanty negativního charakteru. Průměrná doba znovunavrácení se do pohybových aktivit u 5 respondentů je 1 rok a 8 měsíců. Veškeré výsledky jsou zaznamenány v kapitole 7.2.

SUMMARY

The objective of my master thesis was to find out determinants, which are affecting rejoining to the physical activities after trauma. Based on found determinants estimate approximate period of time required for reversion to the physical activities. My master thesis consists of theoretical and practical parts, while theoretical part is dealing with terms, for example physical disability, spinal cord injury and its consequences, influence of gained disability to the individual personality, managing stressful situations, family, socialization, society, motion, physical activity, sport and their benefits.

Practical part is based on quantitative research. To realize my master thesis, I had to have permission from ethic commission to work on this topic (expression of ethical commission viz. appendix 1).

Information was obtained by query method in semi structured interview. Specific topics are in chapter 6.2.2. I have interviewed purposely selected sporting population after trauma aged between 18 to 35 years. Interviews were processed to the casuistries in chapter 7.1.

The main effort of interview was to gain the information about determinants, which are affecting rejoining to the physical activities and based on found determinants estimate approximated period of time required for reversion to the physical activities since trauma. After analysis of the semistuctured interview I have concluded, that among most important determinants belong family, sojourn in rehabilitation center, new friends, economical situation, special car. These determinants were positive. Other important determinants, which were most frequent by respondents were hospitalization with neutral influence, and original friends and society are determinants with negative character. The approximate period of time for reversion to the physical activities with all 5 respondents is 1 year and 8 months. Entire results are marked in charter 7.2.

REFERENČNÍ SEZNAM

- Anonymus. Týmy. Retrived 6. 6. 2011 from the World Wide Web: http://www.wbasket.cz/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=38&Itemid=63
- Anonymus. Florbal. Retrived 6. 6. 2011 from the World Wide Web: <http://www.fbh.cz/cffr/florbal>
- Anonymus. Týmy. Retrived 6. 6. 2011 from the World Wide Web: <http://liga.fbh.cz/?p=team>
- Beneš, V.(1987). *Poranění míchy*. Praha: Avicenum
- Centrum Paraple. (n.d.). *Paraplegie, tetraplegie*. Praha: Svaz paraplegiků s finanční podporou Ministerstva zdravotnictví ČR
- Centrum Paraple. (2004). *Cesta k nezávislosti po poškození míchy*. Praha: Svaz paraplegiků s finanční podporou Ministerstva zdravotnictví ČR
- Čáp, J., & Dytrych, Z. (1968). *Utváření osobnosti v náročných životních situacích*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství
- Hadj Moussová, Z. (1993). Specifické rysy osobnosti postiženého jedince. In Vágnerová, M., Hadj Moussová, Z., & Štech, S. *Psychologie handicapu*. Praha: Univerzita Karlova
- Hodaň, B. (1997). *Úvod do teorie tělesné kultury*. Olomouc: Univerzita Palackého
- Hodaň, B. (2007). *Sociokulturní kinantopologie II*. Olomouc: Univerzita Palackého
- Homola, M. (1971). *Psychologie osobnosti*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství
- Charvát, J. (1970). *Život, adaptace a stress*. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství
- Choutka, M. (1976). *Stručné základy teorie sportu*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství
- Jesenský, J. (1995). *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. Praha: KAROLINUM
- Jesenský, J. (1998). Podstata integrace handicapovaných. In Jesenský, J. *Integrace – znamení doby*. Praha: KAROLINUM
- Ješina, O. (2007a). *Aplikované pohybové aktivity v zimní přírodě*. Olomouc: Univerzita Palackého
- Kábele, J. (1992). *Sport vozíčkářů*. Praha: Olympia, a.s.
- Kraus, J., & Šandera, O. (1975). *Tělesně postižené dítě*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství
- Křivohlavý, J. (1985). *Psychologická rehabilitace zdravotně postižených*. Praha: Avicenum

- Křivohlavý, J. (1989). *Vážně nemocný mezi námi*. Praha: Avicenum
- Křivohlavý J. (1994). *Jak zvládat stres*. Praha: Avicenum
- Kudláček, M. (2007). *Aplikované pohybové aktivity pro osoby s tělesným postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého
- Kudláček, M., & Machová, I. (2007). Atletika osob s tělesným postižením. In Kudláček, M. *Aplikované pohybové aktivity pro osoby s tělesným postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého
- Janák, J., & Kudláček, M. (2007). Sledge hokej. In Kudláček, M. *Aplikované pohybové aktivity pro osoby s tělesným postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého
- Kudláček, M., & Válek, J. (2007). Basketbal na vozíku. In Kudláček, M. *Aplikované pohybové aktivity pro osoby s tělesným postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého
- Matějček, Z. (2001). *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. Jinočany: H + H
- Monatová, L. (1997). *Pedagogika speciální*. Brno: MU Brno
- Mijovský, M. (2006). *Kvantitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing
- Novosad, L. (1998). Sociální integrace zdravotně znevýhodněné populace a úspěšnost socializačního procesu. In Jesenský, J. *Integrace – znamení doby*. Praha: KAROLINUM
- Paulík, K. (2010). *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Pokorný, V. (2002). *Traumatologie*. Praha: Triton
- Potměšil, J. (2007). Sport zdravotně postižených. In Dovalil, J., & Jansa, P. *Sportovní příprava*. Příbram: PhDr. Bořivoj Kleník, Q- art
- Práško, J., Grambal A., & Hunková, M. (2010). Reakce na nemoc. In Práško et al. *Psychické problémy u somaticky nemocných a základy lékařské psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého
- Renotierová, M. (2006). Speciální pedagogika osob s postižením hybnosti. In Renotierová, M., Ludvíková, L. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého
- Renotierová, M. (2006). Speciální pedagogika – teoretická východiska. In Renotierová, M., Ludvíková, L. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého
- Schneider, M., & Koudelka, F. (1993). *Úvod do základů sociologických výzkumů*. Olomouc: Univerzita Palackého

- Slepička, P. (1984). Sociálně psychologické aspekty sportovní činnosti. In Vaněk, M., Hošek, V., Rychtecký, A., & Slepička, P. *Psychologie sportu*. Praha: Pedagogické nakladatelství
- Slepička, P. (2006). Sociální interakce ve sportu. In Slepička, P., Hošek, V., & Hátlová, B. *Psychologie sportu*. Praha: Karolinum
- Šrámková, T. (n.d.). *Poranění míchy pohledem sexuologa*. Praha: Svaz paraplegiků s finanční podporou ministerstva zdravotnictví ČR
- Vágnerová, M. (1999). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál
- Vágnerová, M. (2008). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál
- Votava, J. et al. (2003). *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum
- Wendsche, P. (1993). *Poranění páteře a míchy*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví
- Wendsche, P. (2000). *Výroční zpráva spinální jednotky Úrazové nemocnice v Brně*. Brno: ÚN
- World Health Organisation (2008). International of Classification Functioning, Disability and Health. Retrieved 5. 6. 2011 from the World Wide Web: <http://www.who.int/classifications/icf/en/index.html>

Další zdroje:

Kainarová, L. (2005). Přednáška Kineziologie a patokineziologie. Ostrava

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA 1: Vyjádření etické komise

PŘÍLOHA 2: Koncepce rozhovoru.

PŘÍLOHA 3: Výtah z rozhovoru s 1.

PŘÍLOHA 4: Výtah z rozhovoru s 2.

PŘÍLOHA 5: Výtah z rozhovoru s 3.

PŘÍLOHA 6: Výtah z rozhovoru s 4.

PŘÍLOHA 7: Výtah z rozhovoru s 5.

PŘÍLOHA 1: Vyjádření etické komise



**Fakulta tělesné kultury
Univerzity Palackého
tř. Míru 115
OLOMOUC**

Vyjádření Etické komise FTK UP

Složení komise: PhDr. Dana Štěrbová, Ph.D. – předsedkyně
doc. MUDr. Pavel Maňák, CSc.
Mgr. Erik Sigmund, PhD.
Mgr. Zdeněk Svoboda, Ph.D.
Mgr. Ondřej Ješina, Ph.D.

Na základě žádosti ze dne 18.4.2011 byl projekt bakalářské práce autorky Evy Skovajsové s názvem

Determinanty zapojení do pohybových aktivit po traumatu

schválen Etickou komisí FTK UP pod jednacím číslem: 30/2011
dne: 29.4.2011.

Etická komise FTK UP zhodnotila předložený projekt a **neshledala žádné rozpory** s platnými zásadami, předpisy a mezinárodní směrnicemi pro výzkum zahrnující lidské účastníky.

Řešitelka projektu splnila podmínky nutné k získání souhlasu etické komise.

za EK FTK UP
PhDr. Dana Štěrbová, Ph.D.

razítko fakulty

PŘÍLOHA 2: Koncepce rozhovoru

1. Jak jsi žil před zraněním a jaké jsi měl aktivity?
2. Jaký jsi utrpěl úraz?
3. Jak dlouho jsi strávil a s čím ses setkal v nemocnici a v rehabilitačním centru?
4. Jak reagovala rodina a přátelé a co pro tebe udělali?
5. Co jsi dělal po návratu domů a jakými pohybovými aktivitami ses zabýval?
6. Měl jsi finanční problémy, které by tě omezovaly ve sportovní aktivitě?
7. Co byl pro tebe největší problém?
8. Za jak dlouho ses vrátil do aktivního života natolik, že ses plně věnoval pohybovým aktivitám?
9. Co nebo kdo, ti nejvíce pomohl zapojit se do sportovních aktivit po zranění?
10. Co děláš nyní?

PŘÍLOHA 3: Výtah z rozhovoru s 1.

Jak jsi žil před zraněním, jaké jsi měl aktivity?

Vyrůstal jsem s rodinou a se sestrou v rodinném domě na vesnici. Otec byl a je starostou ve vesnici a mamka je účetní. Sestra je mladší než já a v té době studovala střední školu. Před zraněním jsem studoval střední elektrotechnickou školu. Byl jsem takový farmářský kluk. Mezi dětmi jsem byl neoblíbený a na svůj věk poměrně tlustý. Mezi mé koníčky patřily hry na počítač, motorky a rád jsem pracoval s otcem na zahradě. No žil jsem takovým usedlým životem.

Jaký jsi utrpěl úraz?

Od 15 let jsem po vesnici a okolí jezdil často na motorce. Jednou při cestě do protější vesnice jsem jel po hlavní silnici, z vedlejší silnice vyjíždělo nákladní auto, které si mě nevšimlo, a narazili jsme do sebe. Z nehody si pamatuji jen křik a motorku, která byla pod nákladním autem.

Jak dlouho jsi strávil a s čím ses setkal v nemocnici a v rehabilitačním centru?

V nemocnici jsem pobýval osm měsíců, kde jsem podstoupil operaci. Pak jsem odjel do rehabilitačního centra, kde jsem strávil přibližně 4 měsíce. V RHB centru se mi začalo poměrně líbit. Setkal jsem se zde s lidmi stejného postižení, kteří pro mě udělali spoustu věcí, a hlavně díky nim jsem se už nedíval do země, ale měl jsem hlavu vzpřímenou. Zde jsem se také poprvé setkal se sporty, které můžu i na vozíčku provádět. Poznal jsem basketbal, florbal, plavání, handbike i posilování. V centru jsem si udělal i řidičský průkaz.

Jak reagovala rodina a přátelé a co pro tebe udělali?

Musím říci, že rodiče se zachovali velmi dobře, po celou dobu pobytu v nemocnici i v centru mě podporovali, ale muselo to být pro ně těžké. Když jsem se vrátil domů, měl jsem od rodičů úplně předělaný pokoj a přístup do domu. Také mi pořídili moje první auto, které už muselo být upravené k mému postižení. No přátelům jsem se zpočátku vyhýbal, nechtěl jsem se s nimi sejít, necítil jsem se s nimi dobře.

Co jsi dělal po návratu domů a jakými pohybovými aktivitami ses zabýval?

Nastoupil jsem na stejnou školu, kterou jsem studoval před zraněním, dojížděl jsem svým novým autem a bydlel jsem na intru. No a právě v RHB centru jsem se seznámil s lidmi, kteří mě dovedli k individuálnímu sportu, a hned jsem začal trénovat poblíž bydliště, jel jsem na soustředění a zkoušel jsem první závody. Pak jsem ukončil střední školu

a rozhodoval jsem se, zda mám věnovat sportu nebo jít na vejšku. Rozhodl jsem se nadále pokračovat v individuálním sportu. Také jsem začal hubnout, protože jsem byl tlustý, začal jsem chodit do posilovny a za lékařem, který mi upravil jídelníček. Při závodu jsem potkal kamarády na vozíčku, který mi nabídl, abych se zapojil do kolektivního sportu. Asi půl roku jsem provozoval aktivně oba sporty, ale více mě bavil kolektivní sport, tak jsem individuálního zanechal. No pak jsem se opět od kamarádků vozíčkářů seznámil s další kolektivní hrou a také jsem ji začal provozovat a založil jsem poblíž bydliště sportovní klub.

Měl jsi finanční problémy, které by tě omezovaly ve sportovní aktivitě?

Musím říci, že rodiče vždy šetřili a doma jsem nikdy nepocítil finanční krizi. Rodiče mi na spoustu věcí přispívali a také dostávám doživotní rentu od viníka nehody, takže si myslím, že mě ekonomická situace neomezovala.

Co byl pro tebe největší problém?

No asi znovu se vidět s kamarády, které jsem znal před zraněním, nevěděl jsem jak s nimi navázat kontakt. Také mi nebylo příjemné se pohybovat sám mezi zdravými lidmi.

Za jak dlouho dobu ses vrátil do aktivního života, že ses plně věnoval pohybovým aktivitám?

Tak do aktivního života jsem se navrátil asi za dva roky, kdy jsem se už cítil dobře. Myslím si, kdyby neexistoval sport tak bych se z toho nikdy nevyhrabal, ani sám nevím, co bych dělal.

Co nebo kdo ti nejvíce pomohl se zapojit do pohybových aktivit po zranění?

Asi pobyt v RHB centru a rodina a přátelé, které jsem potkal v centru a velice mi pomohli.

Co děláš nyní?

Nyní pracuji ve firmě, častou cestuji kvůli práci do zahraničí. Jinak hraji řekl, bych na vysoké úrovni dva kolektivní sporty a starám se o sportovní klub. Jinak už moc času na nic nemám.

PŘÍLOHA 4: Výtah z rozhovoru s 2.

Jak jsi žil před zraněním, jaké jsi měl aktivity?

Žil jsem s rodinou a se sestrou v rodinném domě. Studoval jsem střední školu, kterou jsem musel kvůli zranění přerušit. Hrál jsem fotbal, vždycky mě bavili kolektivní sporty. Jinak jsem často chodil plavat, s kamarády do posilovny a rád jsem jezdil na kole.

Jaký jsi utrpěl úraz?

Úraz se mi stal v 17 letech. Často jsme s bývalou přítelkyní jezdili na různé diskotéky a zábavy. Ještě jsem neměl auto, tak jsme byli odkázáni na taxík nebo na kamarády, co nás dovezli domů. V den úrazu jsme s přítelkyní jeli na zábavu. Přítelkyně chtěla jet dřív domů, ale mě se moc nechtělo, ale nakonec jsem jel s ní a autem jel její kamarád. Jelo nás v autě dohromady pět, a já jsem seděl za řidičem. No a pamatuji si už jen, jak jsem se probudil v nemocnici. Ten kluk co nás vezl a zavinil nehodu, dostal podmínku a odebrali mu řidičský průkaz, ale stejně jezdil i bez něj.

Jak dlouho jsi strávil a s čím ses setkal v nemocnici a v rehabilitačním centru?

V nemocnici jsem byl měsíc a půl, kde mě dávali dohromady a pak mě hned odvezli do rehabilitačního centra, které bylo poblíž domova, což bylo dobré. V centru jsem strávil asi půl roku, kde mě dávali dohromady po psychické a fyzické stránce. No a setkal jsem se zde se sporty, jako byl basket, plavání, atletika a hanbike. Po poznání těchto sportů jsem se cítil už aktivněji. Taky jsem zde potkal mnoho kamarádů, se kterými se stýkáme dodnes. Právě kamarádi mi řekli o sportovní činnosti blízko bydliště.

Jak reagovala rodina a přátelé a co pro tebe udělali?

Po roce jsem se vrátil domů. Rodina nebo spíš mamka se postarala o bezbariérový přístup v domě a v pokoji. Jinak kamarádi, byli moc fajn, chovali se ke mně stejně, jak před zraněním. Necivěli na mě a ani se nebáli mluvit o tom, co se mi stalo..

Co jsi dělal po návratu domů a jakými pohybovými aktivitami ses zabýval?

Šel jsem hned do školy, teda do nové, protože ta předešlá neměla bezbariérový přístup. Udělal jsem si řidičák a mamka mi přispěla na nové auto, takže jsem se pak pěkně do školy vozil autem. Pak jsem se potkal s kámoše z RHB centra a ty mi nabídli, abych jel s nimi na rekondiční program v individuálním sportu, a pak jsem jezdil zkoušet závody. No a jednou si takhle nakupuji v tescu a přijde za mnou pán, zda nemám zájem zkusit kolektivní sport. Tak jsem se šel kouknout a od té doby, hraji kolektivní sport, individuálního jsem zanechal, protože mě moc nebavil.

Měl jsi finanční problémy, které by tě omezovaly ve sportovní aktivitě?

Myslím si, že ne. S mamkou jsme hodně zjišťovali různé příspěvky a výhody, sice to dlouho trvalo, ale něco jsme vždy vykoupali. Jinak jsem měl nějaké peníze našetřené z brigád před zraněním, tak jsem si i něco přispěl sám.

Co byl pro tebe největší problém?

Ze začátku, čerstvě po propuštění z centra, jsem se bál sám chodit mezi společnost. Často na mě koukali s takovou lítostí, a to mi hrozně vadilo. Ale po čase jsem si na to zvykl a když teď na mě koukají, jak si jezdím po městě, tak to беру spíš s humorem.

Za jak dlouho dobu ses vrátil do aktivního života, že ses plně věnoval pohybovým aktivitám?

Mimo domov po zranění jsem byl asi 8 měsíců, po příjezdu domů jsem ještě nebyl ve své kůži, a měl jsem plnou hlavu zařizování a taky nové školy. Sice jsem už něco málo dělal za sport, ale kdy jsem se úplně zařadil a začal jsem se věnovat sportu tak asi za rok a půl.

Co nebo kdo ti nejvíce pomohl se zapojit do sportovních aktivit po zranění?

Určitě rodina nebo spíš mamka, ta byla zlatá. Často kvůli mně nechodila do práce, aby byla se mnou a hlavně mi ve všem pomáhala. Taky mi přispěla docela velkou částkou na auto. Pak mi určitě pomohli kamarádi z centra, kteří mě o všem informovali. Asi i nové auto, protože jsem se mohl dostat kamkoli.

Co děláš nyní?

No momentálně studuji, ale nějak na to nemám moc čas. Hodně se věnuju kolektivnímu sportu a teď jsem si pořídil novou čtyřkolku.

Jak jsi žil před zraněním, jaké jsi měl aktivity?

Před zraněním jsem se zajímal skoro jen o jednu věc a to o sport. Byl jsem docela na špičce, tak jsem byl pořád buď na tréninku, nebo na závodech.

Jaký jsi utrpěl úraz?

V 16 letech jsem právě jel takový závodík srandovní, no a nějak jsem to nezvládl a od té doby jsem na vozíčku.

Jak dlouho jsi strávil a s čím ses setkal v nemocnici a v rehabilitačním centru?

V nemocnici jsem byl asi 8 měsíců, pak jsem jel do rehabilitačního centra. Tam to bylo dobré, že jsem aspoň na víkendy mohl jezdit domů, ale všichni ostatní mi to záviděli. Ze začátku jsem se tam pěkně nudil, byly tam starší sestřičky, takže žádná sranda. Pak jsme začali zkoušet různý sport na vozíčku a to mě dostalo. Vůbec jsem nevěděl, že něco takové existuje. Taky jsem tam potkal hodně kluků, co jsou na vozíčku a předávali mi všechny možný rady do života.

Jak reagovala rodina a přátelé a co pro tebe udělali?

Často jsem jezdil domů, tak naši hned začali předělávat dům, abych neměl problémy při pohybu po domě. Pak mi koupili nový fakt dobrý auto. Jinak kámoši, byli docela normální, s některými se už nestýkám, protože dělali z mého zranění hroznou senzaci.

Co jsi dělal po návratu domů a jakými sportovními aktivitami ses zabýval?

Po návratu domů jsem si našel kontakt na chlápka, co je trenér kolektivního sportu. Dal jsem si s ním schůzku a od té doby hraju. Ale spíš to беру zábavně, před úrazem jsem sport dělal na vrcholové úrovni a neměl jsem moc času na sebe a na svoje koníčky.

Měl jsi finanční problémy, které by tě omezovaly ve sportovní aktivitě?

Ne to vůbec, naši jsou na tom s penězi dobře, takže jsem nic nepocítil, že by mě peníze nějak omezovaly.

Co byl pro tebe největší problém?

No asi kámoši, kteří můj úraz brali jako velkou senzaci, tak to mě hodně zamrzelo. Taky mi hrozně vadilo, jak všichni na mě koukali, když jsem šel ven, asi jim přišlo divný, že místo nohou používám kolečka.

Za jak dlouho dobu ses vrátil do aktivního života, že ses plně věnoval pohybovým aktivitám?

Asi přibližně rok a pár měsíců.

Co nebo kdo ti nejvíce pomohl se zapojit do sportovních aktivit po zranění?

Rodina a kluci, které jsem potkal v centru a nové auto.

Co děláš nyní?

Zatím si ještě užívám volna, od září snad nastoupím na novou střední školu.

PŘÍLOHA 6: Výtah z rozhovoru s 4.

Jak jsi žil před zraněním, jaké jsi měl aktivity?

Studoval jsem, pak jsem rok pracoval a pak jsem šel vykonávat povinnou vojenskou službu.

Jaký jsi utrpěl úraz?

Jel jsem po službě domů na Vánoce. S kamarády každý rok jezdíme na hory na lyže. Už jsme skončili a kamarád mi říká, že dáme poslední jízdu rovnou k autu bez přestávek. Jel jsem asi trochu rychleji, než jsem měl a skončil jsem ve stromě. Byl jsem při vědomí, jen jsem necítil nohy.

Jak dlouho jsi strávil a s čím ses setkal v nemocnici a v rehabilitačním centru?

V nemocnici jsem strávil asi osm měsíců a podstoupil jsem dvě operace. Při jedné mi řekli, že je mícha přerušená asi z 95% a při druhé že mám v páteři železo. V nemocnici se mi líbilo, byly tam mladé žákyňky a personál byl super. V nemocnici mě informovali o sportovních aktivitách a jednou za mnou přijeli vozíčkáři, co dělali kolektivní sport. Pak jsem odjel na rehabilitaci a to byl největší mazec, tam jsem se cítil nejhůř. Pokoje byly snad po 8 lidech, nebyla tam televize, a pokud jsem se o pár minut zpozdil, hned mi psali puntík, za špatné chování.

Jak reagovala rodina a přátelé a co pro tebe udělali?

Naše rodina je hodně optimistická, takže mi dodávali hrozně moc sebevědomí. Jen babička pořád naříkala a modlila se, abych se uzdravil. Kamarádi z vesnice byli hrozně fajn, už ve vesnici žili dva vozíčkáři, takže jsem nebyl pro ně žádnou novinkou.

Co jsi dělal po návratu domů a jakými pohybovými aktivitami ses zabýval?

Začal jsem hned s kamarády chodit ven. Na vesnici mi bylo dobře, ale když jsem jel do města, tak na mě všichni koukali nebo mi pořád chtěli nějak pomáhat, sice nevím s čím, ale chtěli. Koupil jsem si auto a začal jsem se pak postupně věnovat různým sportům, o kterých jsem se dozvěděl z nemocnice a ústavu. Po čase jsem začal hrát na vysoké úrovni kolektivní sport a dva roky jsem hrál za jiný tým v zahraničí.

Měl jsi finanční problémy, které by tě omezovaly ve sportovní aktivitě?

Měl jsem našetřené peníze z práce, kterou jsem dělal před úrazem. Sportovní vozík jsem dostal od klubu a civilní vozík mi poslala teta ze zahraničí.

Co byl pro tebe největší problém?

Tak jednoznačně pobyt v rehabilitáku, po pár měsících jsem podepsal revers.

Za jak dlouho dobu ses vrátil do aktivního života, že ses plně věnoval pohybovým aktivitám?

Asi za dva roky.

Co nebo kdo ti nejvíce pomohl se zapojit do sportovních aktivit po zranění?

Nejvíce mi pomohla rodina a nemocnice, kde jsem poznal poprvé sportovní aktivity a přátele na vozíčku.

Co děláš nyní?

Začal jsem znovu pracovat ve stejném oboru, který jsem vystudoval a věnuji se kolektivnímu sportu.

Jak jsi žil před zraněním, jaké jsi měl aktivit?

Hrál jsem fotbal a každý den jsem trénoval horolezectví.

Jaký jsi utrpěl úraz?

V 17. letech jsem šplhal po balkóně a spadl jsem na zem. Od té doby jsem na vozíčku.

Jak dlouho jsi strávil a s čím ses setkal v nemocnici a v rehabilitačním centru?

Sedm měsíců jsem byl v nemocnici, podstoupil jsem operaci, kdy mi zpevňovali páteř. Pak jsem byl asi půl roku v RHB centru, kde jsem se cítil už trochu lépe, díky tomu, že jsem poznal nové lidi, co byli na vozíčku stejně jako já. Také jsem zde poznal možnost, že můžu sportovat i s nechodícíma nohama.

Jak reagovala rodina a přátelé a co pro tebe udělali?

Rodiče mi doma postavili nájezdovou plošinu, a informovali se o aktivitách, které můžu provádět i na vozíčku. Tatka mě skoro každý den za domem, učil nové techniky k individuálnímu sportu a neustále na mě dohlížel. Také mi koupili moje první auto. Jinak kamarádi se na mě koukali s takovou divnou lítostí.

Co jsi dělal po návratu domů a jakými pohybovými aktivitami ses zabýval?

Začal jsem jezdit svým novým autem. Doma jsme ještě upravovali nějaké věci, které mi překážely při pohybu. No a trénoval jsem za domem. Pak jsem odjel na soustředění pro začátečníky, a asi po roce a pár měsíců jsem s e dostal do reprezentace. Se sportem jsem docela hodně cestoval do zahraničí.

Měl jsi finanční problémy, které by tě omezovaly ve sportovní aktivitě?

Neměl jsem, sice jsem nesměl utrácet za hlouposti, ale peníze mě neomezovaly.

Co byl pro tebe největší problém?

Největším problémem pro mě bylo se opět sekat s kamarády, co jsem znal před zraněním, ale to už jsem jednou zmiňoval. No a zpočátku jsem se vyhýbal intaktní společnosti, raději jsem byl v prostředí vozíčkářů.

Za jak dlouho dobu ses vrátil do aktivního života, že ses plně věnoval pohybovým aktivitám?

První rok jsem si zvykal na vozík, a na všechny věci kolem, takže asi až za rok a půl.

Co nebo kdo ti nejvíce pomohl se zapojit do sportovních aktivit po zranění?

Tak určitě rodina, která hned vyhledala informace o sportech, které můžu provádět. Pak noví přátelé, které jsem potkal v centru.

Co děláš nyní?

Studuji vysokou školu, pracuji a věnuju se třem sportům, a mým momentálním cílem je se dostat na paralympiádu.