

Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta tělesné kultury

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2013

Adam Jansa

Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta tělesné kultury

APLIKOVANÉ POHYBOVÉ AKTIVITY U OSOB
S AMPUTACÍ DOLNÍ KONČETINY

Bakalářská práce

Autor: Adam Jansa, aplikované pohybové aktivity

Vedoucí práce: doc. Mgr. Martin Kudláček, Ph.D.

Olomouc 2012

Bibliografická identifikace

Jméno a příjmení autora: Adam Jansa

Název závěrečné písemné práce: Aplikované pohybové aktivity u osob s amputací dolní končetiny

Pracoviště: Katedra aplikované pohybové aktivity

Vedoucí: doc. Mgr. Martin Kudláček, Ph.D.

Rok obhajoby: 2012

Abstrakt: Práce se zabývá aplikovanými pohybovými aktivitami osob s amputací dolní končetiny. Jejím hlavním cílem je ukázka možnosti pohybových aktivit u osob s amputací a přínos sportovních aktivit pro kvalitní integraci. Mezi dílčí cíle patří ukázka modifikace pohybových her zaměřená na dané tělesné postižení, ukázka rozdílů integrace osob s amputací v běžné a speciální škole, popis psychického a fyzického zatížení při návratu do běžného života u osob s amputací. Práce obsahuje odborný text týkající se tělesného postižení, pohybových her a jejich modifikací. Ve výsledcích popisuje pohybové hry a jejich aplikaci pro osoby s amputací a tělesným postižením, což je využitelné nejen pro učitele tělesné výchovy, ale i ve volném čase.

Klíčová slova: amputace dolní končetiny, aplikovaná pohybová aktivita, integrace, sporty osob s amputací, protetika, rehabilitace, psychologický dopad amputace

Souhlasím s půjčováním závěrečné písemné práce v rámci knihovních služeb.

Bibliographical identification

Author's name: Adam Jansa

Title of the thesis: Adapted physical activities of people with the lower limbs amputation

Department: Department of adapted physical activities

Supervisor: doc. Mgr. Martin Kudláček, Ph.D.

The year of presentation: 2013

Abstract: This thesis deals with the adapted physical activities of people with the lower limb amputation. The main aim of this work is to sample possibilities of physical activities of people with amputation and the benefits of sporting activities for quality integration. The targets include the sample of modification of physical activities aimed at the particular physical disability, the sample of divergences in integration of people with lower limb amputation in the state school and in the school for children with special needs, the description of mental and physical stress upon their return to a normal life. This work includes the scholar text on disability, physical activities and their modifications. The results describe physical activities and their application for people with lower limb amputation and physical disability that can be applied not only in the work of physical education teachers but also in the free time.

Key words: lower limb amputation, adapted physical activities, integration, sports for people with amputation, prosthesis, rehabilitation, psychological impact of amputation

I agree the thesis paper to be lent within the library service

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracoval samostatně pod vedením doc. Mgr. Martina Kudláčka, Ph.D., uvedla všechny literární a odborné zdroje a dodržovala zásady vědecké etiky.

V Olomouci dne

.....

Děkuji doc. Mgr. Martinovi Kudláčkovi, Ph.D. za odborné vedení, vstřícný přístup, ochotu a čas, který mi věnoval při konzultacích, a za cenné rady a připomínky, které jsem uplatnil při psaní bakalářské práce.

OBSAH

1 ÚVOD	9
2 SYNTÉZA POZNATKŮ	10
2.1 Amputace dolních končetin.....	10
2.1.1 V jakých případech se amputace provádí.....	10
2.1.2 Příčiny vedoucí k amputaci.....	11
2.1.3 První pomoc při amputaci končetiny.....	11
2.1.4 Amputace pomocí chirurgického zákroku.....	12
2.1.5 Pooperační péče a následná rehabilitace.....	12
2.2 Protetika a kompenzační pomůcky u amputace dolní končetiny.....	14
2.2.1 Protézy.....	14
2.2.2 Ortopedické vozíky.....	17
2.2.3 Volný čas a motivace k využívání kompenzačních pomůcek k aktivnímu životu.....	20
2.3 Problematika školní integrace osob s amputací.....	22
2.3.1 Tělesná výchova u žáků s tělesným postižením na běžné a speciální škole.....	22
2.3.2 Hlavní rozdíly ve vzdělávání na běžné a speciální škole.....	23
2.4 Možnosti sportovních aktivit pro osoby s amputací.....	24
3 CÍLE	28
3.1 Hlavní cíl.....	28
3.2 Dílčí cíl.....	28
4 METODIKA	29
4.1 Popis Semistrukturovaného rozhovoru s rodiči dětí s amputací.....	29
4.2 Kazuistika.....	29
4.3 Analýza odborné literatury.....	30
5 VÝSLEDKY A DISKUZE	31
6 SOUHRN	40

7 SUMMARY	41
8 ZÁVĚR	42
9 LITERATURA A ZDROJE	43

1 ÚVOD

Amputace dolní končetiny u většiny lidí, představuje velký problém, který nám významným způsobem naruší život, změní životní situace, na které jsme byli zvyklí, nabourá psychiku a samozřejmě i fyzickou stránku osobnosti. Mnoho lidí, kteří amputaci museli podstoupit, se všemi těmito negativními stránkami zcela jistě setkali. Je jasné, že někdo se s tím vypořádá lépe, někdo hůře.

Pro tyto osoby, ale šťastně prožitý život zdaleka nekončí. Život může být znovu kvalitně vyplněn. Dnešní svět nabízí mnoho programů, ať už sportovního, poradenského, kompenzačního či integračního rázu, které jsou určeny pro osoby s amputací. Skoro vše se dá modifikovat, upravovat a aplikovat tak, aby byl vliv tohoto handicapu co nejvíce eliminován. Po amputaci se nejdříve uplatňují formy rehabilitace a psychologického poradenství. První nám pomáhá ke zlepšení zdravotní stránky a druhé k posílení psychiky, která ze začátku hraje obrovskou roli. Právě správně nastavená cesta ke zlepšení psychického stavu je základem pro další kroky ke kvalitně naplněnému životu. Dalším důležitým faktorem je zajištění ekonomické situace. Protože hodně osob po amputaci nemůže vykonávat své původní zaměstnání. Pro tyto situace je tady řada rekvalifikačních pracovních kurzů. Významným bodem je pak také vliv sportu. Právě sport je jedním z nejlepších východisek z psychických, fyzických a integračních problémů. Dnes již existuje mnoho odvětví, kde se mohou osoby s amputací uplatnit.

Cílem této bakalářské práce je ukázat, že amputace nemusí znamenat stěžejní problém. Můžeme si zvolit cestu, která nás dovede k tomu, abychom opět našli ten pravý smysl života.

2 SYNTÉZA POZNATKŮ

2.1 Amputace dolních končetin

V dnešním uspěchaném světě, se stále více množí případy, které mohou končit amputací dolních končetin. Děje se tak různých důvodů, ať už z důvodu nehod nebo nemocí. Pokud k nehodě nebo ke zdravotním problémům dojde a amputace je nevyhnutelná, neznamená to, že zůstaneme imobilní a budeme na každém „kroku“ potřebovat cizí pomoc, i když to asi mnohé zprvu napadne. Janoušek (1990) uvádí, že amputací se rozumí oddělení části orgánů nebo části či celé končetiny od ostatního organismu.

Amputace představuje pro postiženého nejen ztrátu anatomickou, ale především také ztrátu funkční. Současně vzniká viditelný defekt kosmetický. Všechny tyto okolnosti vytvářejí pro postiženého mimořádnou životní a společenskou situaci a vyvolávají reaktivní psychické poruchy. (Kraus & Šandera, 1975)

2.1.1 V jakých případech se amputace provádí

Jelikož je amputace velice závažným zásahem do pohybových schopností člověka, tak se provádí opravdu jen v nevyhnutelných situacích.

Kraus a Šandera (1975, 62) uvádí, že „amputace se provádí v těch případech, kdy pouřazové, nebo chorobné změny končetin zhoršují postiženému život, snižují podstatně jeho pracovní schopnost nebo mu život přímo ohrožují.“

Před amputací (pokud se nejedná o urgentní případ) dochází k lékařskému vyšetření. Provádí se mnoho vyšetření jako například moči, krve a v neposlední řadě dochází k vyšetření průchodnosti cév v dolních končetinách.

Kraus a Šandera (1975, 68) popisují, že k amputaci může dojít hned při úrazu a rána a pahýl se potom ošetří na chirurgickém oddělení. V tomto případě jde o amputaci primární (časnou). Z primární amputace se považují též amputace prováděné hned po úrazu nebo onemocnění. Někdy je nutné s amputací vyčkat, dojde-li k ní, mluvíme o amputaci sekundární. Terciární amputace se provádí kdykoliv později po pečlivé úvaze. Jejím účelem je zlepšení možnosti vybavení protézou, a tím i pracovní schopnosti pacienta.

Pokud dojde k úplné amputaci, kdy je amputovaná část zcela oddělena, a není nějakým způsobem fatálně poškozena, pak je zde možnost přišíť. Úspěch reimplantace je závislí hlavně na faktu, zda v ráně zůstala pojící tkáň, ale také na dalších faktorech jako vyhnutí se infekci a silnému krvácení.

2.1.2 Příčiny vedoucí k amputaci

Mezi jedny z hlavních příčin patří úrazy, ať už v automobilu, na motorce či kdekoli jinde. Vede k tomu samozřejmě i styl dnešního života. Motoristický průmysl „chrlí“ jeden výrobek za druhým a toto ve spojení s dnešní uspěchaností vede k mnoha nehodám, které by se vůbec nemuseli stát.

Dalšími příčinami jsou onemocnění. Dělíme je na získané tělesné nebo vrozené deformace. Tělo může být napadeno infekcí, výskytem zhoubných tumorů, nedostatečným prokrvením a ucpáváním cév, vznikem gangrén, krevními sraženinami a onemocněními tepen.

Herink, Krejča, Machová a Sloup (1971, 42) uvádí, že onemocnění tepen dolních končetin přichází obvykle v pozdějším věku na podkladě arteriosklerózy kombinované s cukrovkou. Podkladem onemocnění je postupný uzávěr hlavních tepen. Jejich řečiště se tak zmenšuje, a tím se zhoršuje prokrvení jimi zásobovaných částí končetiny. Tyto špatně zásobované okrsky podléhají pak postupným změnám a v pokročilých případech se vytváří obávaná sněď (gangréna). Zpočátku je končetina studená, bledá až lehce promodralá a na kmenech cévních nehmatáme puls. Při větší námaze se dostaví v končetině křečovitá bolest, která donutí nemocného, že se musí zastavit a počkat, až bolest přejde, aby mohl pokračovat v chůzi. Později se dostávají bolesti trvalé, zejména v noci, které olupují nemocného o spánek. Jeho dolní končetina se mu stane jakýmsi centrem celého jeho života a nemocný se snaží jenom o to, aby si aspoň nějakou hodinu odpočinul od krutých bolestí. Tito nemocní byli do nedávna po různě dlouhém časovém průběhu předurčení k amputaci končetiny.

2.1.3 První pomoc při amputaci končetiny

Každý z nás se může ocitnout v situaci, kdy bude muset pomoci člověku, který utrpěl amputaci například při autonehodě. U tohoto druhu zranění je zvlášť nezbytné zachovat klid, uvažovat a jednat co nejrychleji, i přesto, že pohled na končetinu, která utrpěla amputaci, může nahánět hrůzu. U poraněné části dochází k různé intenzitě krvácení. Samozřejmě záleží na místě poranění, a zda byla zasažena tepna. Hrůzu nemusí nahánět pouze krev. Je zde většinou vidět i svalstvo, vyčnívající kost a tělesná tkáň.

Při první pomoci se chováme následovně. Nejdříve se musíme snažit uklidnit raněného. Pokud upadne do bezvědomí, tak zkontrolujeme základní životní funkce jako tepovou frekvenci a dýchání. Pokud poraněný nedýchá a je bez hmatatelného pulzu tak mu zakloníme hlavu a provádíme masáž srdce a umělé dýchání. Poměr masáže a vdechu pak záleží na tom, jestli se jedná o dítě nebo dospělého jedince. Po zajištění životních funkcí je nezbytné zavolat záchrannou službu.

U těchto druhů zranění se vyskytuje různá intenzita krvácení. Při poranění některé z hlavních tepen dochází k přímému ohrožení života. Smrt může nastat během desítek sekund. Při ztrátě krve, která je větší než 1.5 litru u dospělého člověka přichází šok. Proto je naprosto nezbytné jednat vždy co nejrychleji a krvácení zastavit. Krvácení zastavíme pomocí dlaní, které přitlačíme na ránu, nebo stisknutím tlakových bodů. Poté zdvihneme postiženou část nad úroveň srdce, z důvodu pomalejšího prokrvování končetiny. Pokud krvácení neustane tak použijeme škrtkový obvaz, který umístíme nad postiženou část směrem k srdci. Se zraněným nadále zůstaneme do příjezdu záchranné služby.

Musíme si být také vědomi, čeho se při poskytování první pomoci u amputace vyvarovat. Nejdůležitější je nedotýkat se amputované části, z důvodu zanesení infekce. Raněnému nesmíme podávat žádné nápoje. Dále nepoužívat škrtidlo, které může, při oddělení způsobit zástavu srdce. Škrtidlo lze použít, jen v opravdu krajních situacích, kdy dochází k masivnímu krvácení a hrozí vykrvácení a následná smrt.

2.1.4 Amputace pomocí chirurgického zákroku

Pokud výsledky vyšetření určí, že by mělo k amputaci dojít, tak se to uskutečňuje pomocí chirurgického zákroku.

Druhy chirurgických zákroků se dělí podle následujících kritérií. Janoušek (1990) popisuje druhy těchto zákroků následovně:

1. odstranění celého pletence pánevního (tento zákrok je poměrně vzácný).
2. odstranění v oblasti kyčelního kloubu.
3. odstranění v oblasti kolenního kloubu.
4. odstranění v oblasti bérce.
5. odstranění v oblasti nohy.

Při amputacích po nichž zůstává pahýl, musíme vždy dbát na to, aby po chirurgickém zákroku byla zachována motorika. Vzniklá pooperační jizva musí být umístěna mimo plochu, kterou budeme zatěžovat po aplikaci protézy.

2.1.5 Pooperační péče a následná rehabilitace

Rehabilitace po amputacích je často jedinou možnou cestou, jak dostat člověka zpět do společnosti. Pro splnění tohoto náročného úkolu je potřebné určit si cíle rehabilitace (kol. autorů, 1994).

Velmi důležité po dokončení chirurgického zákroku je následná pooperační péče. V rámci této péče je nutné dodržovat důležité pokyny, mezi které patří tyto úkony. Lékař kontroluje minimálně 3 krát denně základní životní funkce pacienta. Zhruba den po operaci se zvyšuje poloha amputované končetiny. Je nutné kontrolovat, do jaké míry prosakuje krev z pahýlu. Převázání by měl provádět lékař 3. den po chirurgickém zákroku. Lékař musí sledovat účinek léků, které zvolil v rámci pooperační péče. Dále lékař u pacienta kontroluje tzv. Fantomovou bolest (bolest, kterou pacient cítí v části končetiny, která mu byla odebrána). A v neposlední řadě se musí zamezit průniku infekce do amputované části dolní končetiny. Klid pacienta po samotné amputaci by měl být minimálně tři dny. Po těchto prvních dnech strávených na pooperačním lůžku, přichází velmi důležitá část pooperační péče, a to je samotná aktivizace pacienta, která je velmi náročná jak po psychické tak fyzické stránce.

Následná péče samozřejmě nekončí, ani po opuštění z nemocnice. Vše začíná u dodržování správné výživy, která musí být nastavena hned po operaci. Návod jakou skladbu potravin a tekutin je potřeba jíst a pít určuje lékař. Hlavní součástí je velký přísun tekutin. Tímto lze předcházet problémem se zácpou, která se poměrně často po amputacích objevuje jako důsledek imobilizačního syndromu. Nedílnou součástí je také dostatečný přísun energie, která

je nutná pro využití při rehabilitaci amputované části. Dále se pacient věnuje rehabilitaci, která musí nastat ihned, aby se zamezilo negativním změnám kloubů a svalstva. Pokud je amputovaná pouze jedna končetina, tak se při rehabilitaci používá i končetina zdravá. U amputací dolní končetiny se jako rehabilitační cvik nejčastěji využívá rovnováha. Dále pak správná manipulace s berlemi, aby nedocházelo ke špatnému držení těla a tím nevznikali další negativní změny.

2.2 Protetika a kompenzační pomůcky u amputace dolní končetiny

Protetika je obor, zabývající se zajištěním náhrady za amputovanou část těla a znovu umožnění pohybové funkce dané části. Patří sem protézy horních a dolních končetin. Každá protéza se skládá z pahýlového lůžka, vlastní protézy a ze závěsu protézy.

Kraus a Šandera (1995) uvádějí, že pahýlové lůžko se modeluje podle tvaru amputačního pahýlu a představuje část protézy, v níž je amputační pahýl uložen. K výrobě pahýlové lůžka se používá různý materiál- kůže, dřevo, kov nebo plastické hmoty. Náhrada ztracené části končetiny se označuje jako objímka podle příslušné části těla, kterou nahrazuje. Závěs protézy má pokud možno těsně spojit protézu s amputačním pahýlem tak, aby protéza dobře „padla“, neposouvala se a neotáčela na amputačním pahýlu.

Cmunt (1997) uvádí, že cvičit s protézou nemá smysl, pokud se nemocný neudrží na jedné noze s oporou o zábradlí nebo postel. Cvičit s protézou, lze tedy, až je dotyčný ve stavu, kdy se dokáže sám zvednout ze židle, jen s oporou o stůl

Správnou volbu umělé náhrady končetiny nám vyberou odborníci při návštěvě protetického pracoviště, kde nám poradí a navrhnu vhodnou protézu. Pacienti si mohou vybírat z velké škály protéz a kompenzačních pomůcek. Dnes již existuje mnoho druhů protéz a vozíků, které nám slouží jako kompenzační pomůcky.

Kompenzace

Kompenzace znamená nahrazení určité funkce. Ve vztahu k pohybovým aktivitám osob s tělesným postižením existují pomůcky, které buď úplně, nebo částečně nahrazují funkce končetin při lokomoci či manipulaci s objekty (Ješina, Kudláček & kol., 2011)

Kompenzace má velký vliv na jedince. Pomocí náhrady ztracené funkce se dá daleko lépe přiblížit samostatnosti a zlepšování výkonu. Oba tyto faktory kladně působí na psychiku jedince. Proto můžeme zcela jistě prohlásit, že kompenzace významným způsobem ovlivňuje integraci.

2.2.1 Protézy

V poslední době se v protetice objevilo mnoho druhů nových protéz. Došlo ke zlepšení technologie výroby a náhrady končetin jsou vyráběny stále z kvalitnějších materiálů. Nově používané materiály zajišťují delší životnost, zlepšují ovladatelnost, zmenšují hmotnost a zvyšují komfortnost používání protetických pomůcek.

Protézy se dělí podle místa amputace na protézy standardní, které jsou kyčelní, stehenní, kolenní, bérce a chodidlové a speciální. Speciální protézy využívají Systém Harmony a kolenní kloub C-Leg. Systém Harmony, vznikl vývojem technologii firmy Otto Bock, tento systém využívá vzduch mezi protetickým lůžkem a silikonovým návlekem a je tak zajištěno větší prokrvení pahýlu. Dále kolenní kloub C-Leg, který umožňuje pomocí snímačů naprosto pohodlnou chůzi.

Protézy lze rozdělit i podle typu využití pro každodenní využití nebo pro sportovní aktivity. Většina z nich má velice dlouhou životnost, díky materiálům, ze kterých jsou vyrobeny. Dnes


jsou vyráběny například pomocí silikonu. Nejnověji se u protéz začal používat systém FLEXFOOT, které pracuje na bázi nahrazení práce v kolením kloubu a kotníku.

Rozdíl mezi každodenní a sportovní protézou nalezneme hlavně v hmotnosti, funkci a ceně. Sportovní protéza je vyrobena z odlehčených materiálů, je přizpůsobena funkčnosti závislé na druhu aktivity. Velký rozdíl najdeme v neposlední řadě také v cenových relacích.

Seymour (2002) uvádí, že „je zde i široké pole nových materiálů poskytující pacientům nezbytný komfort při sportu. Do použitých materiálů můžeme zařadit polypropylen, polyetylen, syntetické gumy, karbon, titan a jiné, které jsou převzaty z kosmického výzkumu.“

Tabulka 1

Typy protéz

Typ protézy	Využití protézy	Obrázek protézy
<p>Kyčelní protéza</p> <p>Dospělí uživatelé</p>	<p>Pro každodenní využití.</p> <p>tlumí nárazy, přibližuje se přirozené chůzi, snižuje možnost pádu, kompenzuje chybějící kyčelní svalstvo, snižuje výdej energie</p>	
<p>Protéza kolenní</p> <p>Dospělí uživatelé</p>	<p>Pro každodenní využití</p> <p>pohodlná protéza pro každodenní aktivity, zajišťuje maximální bezpečí, možnost využít na turistiku</p>	

	Využití protézy	Obrázek protézy
Chodidlová protéza Dospělí uživatelé	Pro každodenní využití	
Chodidlová protéza Dospělí uživatelé	Pro sportovní využití Karbonová konstrukce	
Kyčelní protéza Dětská	Pro každodenní využití Nastavitelná poloha, abdukce/addukce a flexe/extenze	
Kolenní protéza Dětská	Každodenní využití Speciálně se přizpůsobuje potřebám stádia růstu	
Chodidlová protéza Dětská	Každodenní využití Speciálně se přizpůsobuje potřebám stádia růstu	

2.2.2 Ortopedické vozíky

Vozíky jako kompenzační pomůcka nastupují hlavně tehdy, když po amputaci není možnost využívat protézu. Toto, se týká hlavně osob s amputací obou dolních končetin. Vozíky dělíme na vozíky mechanické, sportovní a elektrické. Elektrické vozíky používají osoby s těžším postižením, které nejsou schopny pohánět vozík vlastní silou. Mechanické vozíky jsou nejrozšířenější a nejpoužívanější a lze je rozdělit na aktivní a pasivní.

Ješina a Kudláček (2011) uvádí, že „pasivní modely slouží k přepravě s pomocí jiných osob. Jejich uživatel je de facto odkázán na pomoc okolí. Aktivní modely jsou konstruovány tak, aby jejich majitelům umožnili zapojit se do společnosti.“

Sportovní vozíky se vyznačují lehkou vahou a velice dobrou ovladatelností. Liší se podle druhu sportovního odvětví, na které jsou používány. Některé jsou zaměřené na dobrou stabilitu a jsou opatřené ochrannými prvky, jako například vozíky určené pro rugby na vozíku. Jiné jsou pak například používány na atletické závody a jsou vyráběny z velmi lehkých materiálů. Mezi nejznámější sportovní vozíky patří formulky, které dokáží vyvinout rychlost až 40 km/h, dále pak handbiky, neboli vozíky, které se pohánějí pomocí rukou a využívají se jak na volný čas, tak i na sportovní aktivity.





Stejně tak jak je důležitá správná volba protézy tak je důležitá i správně si zvolit a upravit vozík. Optimalizace vozíku pro potřeby klienta je samozřejmě individuální. Ve vozíku je velice důležitý sed, který musí být komfortní, důležitá je výška a sklon sedátka. Výška musí být nastavená tak abychom bez problému dosáhli na stupačky, sklon sedátka a hloubka sedu je důležitá z hlediska sklonu pánve. Správný sklon pánve je podstatný abychom si neničili záda, z tohoto hlediska je pak důležitá i správná délka opěrky vozíku. Velmi podstatné je i poloha dolních končetin.

Frantalová (2005) popisuje, že poloha dolních končetin při sezení výrazně ovlivňuje postavení pánve a tím i celý sed, je tedy nutno zohlednit možnosti klienta s ohledem na úhly kyčelních, kolenních a hlezenních kloubů a tomu odpovídající nastavení úhlů stupaček i stupátek (podnožek), případně nutnost opory hlavy a typ hlavové opěrky.

Tabulka 2
Typy vozíků

Typ vozíku	Využití vozíku	Obrázek vozíku
Aktivní mechanický vozík Dospělí uživatelé	Pro každodenní využití Ultralehký vozík	
Skládací mechanický vozík Dospělí uživatelé	Pro každodenní využití Vozík určený pro maximální zatížení	
Aktivní mechanický vozík Dospělí uživatelé	Pro každodenní využití Snadno ovladatelný	
Sedák do vozíku	Pro každodenní využití Sedák pro pohodlné sedění ve vozíku	

Tabulka 2 pokračování

Typ vozíku	Využití vozíku	Obrázek vozíku
Odlehčený mechanický vozík	Pro každodenní využití, hliníková konstrukce pro lepší ovladatelnost	
Sportovní mechanický vozík Handbike	Určený pro pohyb na silnici i v lehkém terénu, pohání se pomocí paží	
Sportovní mechanický vozík	Výborně ovladatelný a stabilní vozík určený na basketbal	
Sportovní mechanický vozík	Velice ovladatelný a bezpečný vozík určený na rugby	

Protézy a vozíky pacientům zajišťují jednu z nejdůležitějších věcí při návratu do aktivního života a tou je mobilita. Mobilita jim zajišťuje větší míru osobní svobody a nezávislosti, možnost zlepšení fyzické kondice a s tím úzce spojenou psychickou kondici.

Dalšími kompenzačními pomůckami jsou rehabilitační pomůcky, pomůcky určené pro sportovní aktivity a nesmíme zapomenout na speciálně upravené automobily, které jsou pro osoby s amputací alfoou a omegou dnešní doby. Kompenzační pomůcky můžeme najít i v domácnosti. V koupelně jimi mohou být vanové sedačky a zvedáky, sprchové židle, nástavce na záchod a různé podpory např. u umyvadla. Co se týče kuchyně, pak se jedná o ergonomické příbory, talíře s hlubokým dnem a mnohé další. Dále můžeme v domácnosti využít držáky na tužky, nastavitelné mycí houby atd. Pro přesuny pacienta pomáhají vertikální plošiny a nájezdové rampy. Bohužel právě bezbariérové přístupy nejsou v ČR na zcela vysoké úrovni.

2.2.3 Volný čas a motivace k využívání kompenzačních pomůcek k aktivnímu životu

Při definování kvality života psychology se často setkáváme s důrazem na spokojenost. Podle tohoto pojetí žije kvalitně ten, kdo je se svým životem spokojen. Upokojení je popisováno jako důsledek dlouhodobé zkušenosti jedince z dosahování jeho životních cílů takovým způsobem, jak si představoval (Titl, Zataar & Ješina, 2011, 62).

Aby k takovému uspokojení došlo tak si musí jedinec po amputaci projít těmito fázemi. Po skončení rehabilitace a získání protetických pomůcek se pacient dostává do fáze, kdy se musí naučit s protézou žít, brát ji jako součást sebe a dokázat s ní správně manipulovat. Ze začátku je to pro mnoho lidí skutečně velký záběr na psychiku. Proto je zde nezbytně nutná podpora a empatie ze strany rodiny a přátel. Další zatěžkávací zkouškou na psychiku je fakt, že nastává změna v sociální a ekonomické problematice.

Kraus a Šandera (1975, 64) uvádějí, že „amputace představuje pro postiženého nejen ztrátu anatomickou, ale především také ztrátu funkční. Současně vzniká viditelný defekt kosmetický. Všechny tyto okolnosti vytvářejí pro postiženého mimořádnou životní a společenskou situaci a vyvolávají reaktivní psychické poruchy.“

V některých případech se člověk nemůže vrátit do práce, kterou vykonával před amputací končetiny. To sebou samozřejmě přináší zhoršení psychického stavu, protože většinou není schopen zabezpečit rodinu po finanční stránce, tak jak na to byl zvyklý. Další problémy vznikají s návratem do společnosti a do aktivního života. Osoba s amputací, už nemůže vykonávat některé aktivity, tak jak na ně byli zvyklí. Právě zde nastává zlomový bod zpětné integrace, kdy se musí objevit podpora z okruhu rodiny a blízkých přátel. Ti musí pomoci a společně pak neleznou a uvidí velké množství možností pro aktivní život s protézou, či na vozíku v oblasti společenské a sportovní. Významnou roli zde mají i zdravotníci z rehabilitace, jejichž náplní práce je také psychická podpora. Právě všichni tito lidé mají vliv na vytvoření motivace k využívání kompenzačních pomůcek, které pomáhají k aktivnímu životu.

Vše, ale neprobíhá vždy jednoduše a je nutno se připravit na to, že ne každá osoba žijící v tomto státě je připravena brát člověka s amputací jako normální součást populace. Je zde mnoho jedinců, kteří vytvářejí negativní atmosféru a výrazně stěžují návrat handicapovaného člověka do společnosti. Jsou schopni posmívat se, urážet nebo dokonce fyzicky napadnout osobu s amputací nebo jiným tělesným postižením, bez toho, že by byli předem vyprovokováni. Pokud jde „pouze“ o posmívání se, tak je nejlepší to hodit za hlavu a myslet si o inteligenci takové osoby své. V krajních mezích, pokud už se jedná například o fyzické napadení, je nezbytné tuto situaci řešit, ať už s přáteli či rodinou tak i s příslušnými orgány.

Při návratu do života po amputačním zákroku velice záleží na tom, v jakém věku k amputaci došlo. Titl, Zataar a Ješina (2011) uvádějí, že velice důležitou součástí při vyrovnání se s amputací je věk. Reakce, které vzniknou na nastálou situaci se v různém věku mění. Výraznější změny nastávali, když k amputaci došlo v dospělém věku. Naproti tomu děti se přizpůsobují rychleji, mají vyšší stupeň funkční nezávislosti a rychleji dosahují vzdělávacích, sociálních a pracovních úspěchů.

Podpora a řešení pracovní situace

V naší republice existují státní neziskové organizace, které tělesně postiženému člověku pomohou a podají mu pomocnou ruku. Tyto organizace poskytují poradenskou a asistenční službu, pomáhají s nalezením pracovního poměru. Málokdy může osoba s amputací vykonávat své původní zaměstnání. Člověk, který je původním zaměstnáním např. zedník a nemá jinou kvalifikaci, to má velice obtížné. Musí tedy absolvovat rekvalifikační kurz a dále může využít systém podpory při hledání zaměstnání, který mu nabídne, jaký druh práce by mohl dělat a na co se orientovat. Státní neziskové organizace dále produkují mnoho publikační činnosti jako časopisů, které mají za úkol informovat veřejnost a dávat jim množství informací ke zlepšení jejich znalostí v oblasti začleňování tělesně postiženého zpět do aktivního života. Tyto organizace zprostředkovávají setkání lidí se stejným druhem handicapu. Člověk pak vidí, že tato nešťastná událost nepotkala jenom jeho, ale i mnoho dalších a psychicky mu tato zkušenost velice pomůže. Může si s těmito lidmi promluvit o všem, co mu způsobuje problémy, co radost. Podělit se o své zkušenosti, zážitky a čerpat ze zkušeností ostatních. Na těchto setkáních je ideální možnost k navázání nových přátelství a nových inspirací do dalšího aktivního života.

2.3 Problematika školní integrace osob s amputací

Je jasné, že pojem amputace se netýká pouze dospělých osob a hledání vhodného pracovního místa. Týká se i dětí, které jsou školou povinné. Jak tedy v dnešní době taková školní integrace probíhá a jaká se zde vyskytuje problematika.

Za poslední dobu, došlo k velkému rozšíření integračních možností dětí s amputacemi a umožnění jim studovat na běžné škole. Na druhou stranu ale tyto možnosti nejsou ani zdaleka tak využívány jak by využívat by měli. Děti s tělesným postižením stále mohutně využívají studium na speciálních školách, které se hojně rozrůstají. Je zde mnoho faktorů, proč se tomu tak děje. Tím hlavním je strach. Strach dětí z nového prostředí, z obtížné integrace mezi ostatní děti bez tělesného postižení. Samozřejmě velkou roli hrají rodiče, kteří rozhodují z velké části, zda své dítě integrovat na běžnou školu či nikoliv. Strach hraje roly i u rodičů. Taktéž se bojí obtížné integrace. Kladou si otázky, jestli jejich dětem nebudou ty „zdravé“ posmívat a nedojde k šikaně. Jestli má škola dostatečné materiální vybavení. Jestli pedagog má to správné vzdělání, aby mohl dítěti s tělesným postižením dále zajistit možnost se rozvíjet, jestli nedojde k vylučování například z her na tělesné výchově. Ano, otázky to jsou sice správné a pochopitelné, položme si ale jinou otázku. Co se stane, až dítě dostuduje na speciální škole a bude muset čelit světu, který dosud neznal do takové míry jako žák s tělesným postižením, který integrace na běžné škole využil. Nebude se umět adaptovat stejným způsobem jako integrovaná osoba. Pro ni je jednodušší najít si uplatnění v pracovním procesu. V rámci své školní integrace pozná hodně kamarádů a získá mnoho kontaktů, které mu v dalším životě pomohou, ať už s prací, nebo s řešením jakékoli jiné životní situace. Ze závěru vyplývá, že kontakt s intaktní populací je nejdůležitějším faktorem s hlediska správné integrace.

2.3.1 Tělesná výchova u žáků s tělesným postižením na běžné a speciální škole

Asi nejproblematičtějším předmětem, ve školních osnovách je tělesná výchova. Právě tělesná výchova musí být nejméně modifikována, pro účely práce s osobou s tělesným postižením, ze všech předmětů. Zapojit se musí každý žák, až na výjimky, které jsou omluveny ze zdravotních důvodů.

Kudláček a Ješina (2011) uvádí, že možnosti zapojení do školní TV by měli být následující (od plně integrovaného přístupu po vzdělávání na školách zřízených pro žáky s TP): a) integrace bez podpory a bez modifikace obsahu TV, b) integrace s úpravou podmínek v TV, c) integrace s využitím peer partnerů, d) integrace s využitím asistenta pedagoga, e) kombinované formy výuky, f) spolupráce s organizacemi v komunitě školy, g) další výuka segregovaného charakteru.

S tělesnou výchovou (dále jen TV) se žák setkává, ať už studuje běžnou nebo speciální školu ve formě povinné hodiny TV, tak i v rámci mimoškolní pohybové aktivity. Na obou školách se přístupy a možnosti tělesné výchovy liší. Jelikož neexistuje předpis, který by přesně vymezoval jak hodiny TV vyučovat, tak si každá škola tvoří osnovy kreativně sama. Při tvorbě těchto osnov se zaměřují na materiální a prostorové možnosti, upravují se a modifikují pohybové hry a cvičení všeho druhu podle typu tělesného postižení žáků a svého rámcově vzdělávacího programu. Na některých speciálních školách se pracuje s velkou škálou postižení od těch lehčích, až po těžké, příkladem jmenujme: žáci s amputacemi, DMO,

progresivní svalovou dystrofií, rozštěpem páteře, epilepsií nebo kombinovanými vadami. Právě z tohoto důvodu je poměrně složité skloubit hodinu tělesné výchovy tak, aby se dokázal vytvořit kvalitní plán cvičení a her, které by přinesl požadovaný účinek a cíl u každého z žáků. Z tohoto hlediska je nutné, aby byl pedagog dobře informován o charakteru postižení, věděl jak s daným postižením pracovat, jaké cvičení je vhodné a jaké by naopak mohlo uškodit. Pedagog musí umět diagnostikovat, jak možnosti svých žáků, tak i možnosti, které mu nabízí materiální a prostorové vybavení pro provedení cvičení a pohybových her. Je jasné, že pedagog na speciální škole je po stránce odbornosti lépe připraven na práci se žáky s tělesným postižením. To je téměř neoddiskutovatelný fakt, a proto se dá snadno pochopit argumentace rodiče, který nechce své děti s tělesným postižením nechat studovat na běžné škole.

2.3.2 Hlavní rozdíly ve vzdělávání na běžné a speciální škole

Vzdělávání žáků s tělesným postižením na běžných školách v rámci hodiny tělesné výchovy je zcela jistě náročnější, ale na druhou stranu z určitého hlediska mnohem přínosnější. Žáci s tělesným postižením se dostávají do konfrontace se „zdravými“ žáky a to je mnohému naučí. Takovouto možnost na speciální škole nemají. Jak bylo dříve nastíněno, tak možnost integrace na běžných školách se v posledních letech výrazně zvýšila. To sebou nese i některé změny, které musí škola vykonat. Jedná se o možnost bezbariérového přístupu pro vozíčkáře, ať už do tělocvičny nebo na venkovní sportoviště. Musí být zajištěna co největší možná informovanost pedagoga o dané problematice žáků s tělesným postižením. Pedagog musí vědět jak s nimi pracovat, co jim vyhovuje a jak je správně zapojit do hodiny, aby došlo ke kvalitnímu naplnění cíle. Nedílnou součástí charakteru pedagoga musí být velká schopnost kreativity při úprava a modifikace her a cvičení, tak aby byli zapojeni všichni žáci. Pedagog se musí umět vypořádat s touto problematikou a zamyslet se co vše je potřeba upravit.

Doporučujeme zvážení: potřeb pro úpravu prostoru (místo, velikost, vymezení prostoru pro pohyb), počtu účastníků (hráčů), způsobu a množství získaných bodů (zvládnutí aktivity), role hráčů, náčiní (druh, tvar, velikost, množství, hmotnost), způsob lokomoce (pohybu, času na aktivitu, intenzitu zatížení a odpočinku, vzdálenosti výšky, velikosti, množství cílů (košů, branek aj.), využití kompenzačních sportovních (aplikovaných) pomůcek, zapojení dalších podpůrných osob a na závěr kreativní celkovou úpravu (adaptaci) pravidel (Ješina & Kudláček 2009).

Právě těmito úpravami a zapojením žáků s TP vzniká ta správná cesta pro kvalitní integraci. Je samozřejmě na každém rodiči, který způsob vzdělání si pro své dítě vybere, ale měli by se zamyslet nad tím, co vše pozitivního integrace přináší.

2.4 Možnosti sportovních aktivit pro osoby s amputací

Člověk, který byl zvyklý na život plný sportu, nemusí zoufat, dnes je zde již mnoho odvětví sportu pro lidi s amputací. Je tady mnoho nabídek pro aktivní volný čas. Každý si může vybrat ze široké nabídky, protože dnes je již skoro každý sport modifikován tak, aby ho sportovci s tělesným postižením mohli provozovat. Titl, Zatar a Ješina (2011,66) uvádějí, že existuje řada způsobů jak dítě motivovat, aby sportovalo. Za nejúčinnější považují způsob motivaci od rodičů nebo osobami, jež jsou dítěti vzorem. Rodiče, kteří sportují nebo sportovali a mají zkušenosti se sportem, tak vzniká tendence přenášet tento trend na své děti. Jako významný motivační faktor můžou působit sportovci s tělesným postižením, kteří se stanou motivací pro mladé sportovce. Dále tito autoři uvádějí, že pomocí jejich výzkumu bylo zjištěno, že kvalita života u jedinců s amputací, kteří sportují je vyšší, než u jedinců bez amputace, kteří se sportu nevěnují

Mezi nejrozšířenější a nejoblíbenější sporty pro osoby s amputací patří níže vyjmenované.

Cyklistika

Cyklistika je velice populární především mezi lidmi s protézou dolní končetiny. Oblíbená je cyklistika rekreační, závodní nebo cyklistika provozovaná na tandemových kolech.

Závodní cyklistika se dělí do sportovních tříd, dle druhu postižení. Jedná se o třídy LC 1- LC 4. Pod třídu LC 1 spadají sportovci, kteří mají amputované chodidlo, nebo minimálně jeho polovinu. Do třídy LC 2 jsou zařazeni cyklisti s amputací holení nebo stehenní, kteří používají protézu. Třída LC 3 zahrnuje sportovce s jednostrannou stehenní nebo holenní amputací, kteří nepoužívají protézu. LC 4 je třída pro závodníky s omezením obou končetin. Patří sem oboustranná amputace s použitím jedné nebo obou protéz.

Fotbal osob s amputací

Fotbal je celosvětově nejsledovanějším sportem vůbec. Má miliony fanoušků po celém světě a těší se obrovské popularitě. Právě proto i fotbal osob s amputací se také dostává čím dál více do podvědomí fanoušků.

Kudláček a Vítek (n.d.) uvádějí, že základní pravidla vycházejí z modelu F.I.F.A. Ovšem jsou zde určitá specifika. Fotbal amputářů mohou hrát třídy A2 a A4 (jednostranná nadkolenní a jednostranná podkolenní amputace). V průběhu zápasu je zakázáno používat kompenzační pomůcky. Jedinou povolenou kompenzací jsou berle. Tento sport hraje 7 hráčů na každé straně, z nichž 1 je brankář. Utkání má 2 krát 25 minut a mezi poločasy je přestávka 10 minut. Brankář, na rozdíl od brankáře v klasickém fotbale, se smí pohybovat pouze ve vymezeném území.

Fotbalové zápasy mohou hrát jak tělesně postižení sportovci, tak i sportovci zdraví. Hráči v poli hrají o berlích a mohou používat jenom jednu nohu. Zdraví jedinci si zvolí nohu, kterou nemohou používat a po celou dobu utkání stojí a hrají jenom s druhou nohou. Každý úmyslný dotek míče s nohou, kterou si zdraví jedinci určili jako „amputovanou“, je považován za přestupek. Toto samozřejmě platí i u sportovců s amputacemi, kteří nemohou úmyslně zasáhnout míč pahýlem.

Velmi důležitá je technická dovednost jednotlivých hráčů. Musejí umět zpracovávat přihrávky po zemi nebo vzduchem, technicky vystřelit (toto se nejvíce využívá při standartních situacích), udělat kličku a obejít soupeře jeden na jednoho.

U hráče s amputovanou nohou odpadá dovednost hrát míč oběma nohama. Zdánlivé ulehčení však nahrazují "dvě nové nohy", berle, kterými sice míč nesmí hrát, ale musí je používat v souhře se zbylou, neamputovanou nohou. Každý hráč se dále musí od začátku

učit vést míč bez zrakové kontroly. To znamená, že nesmí upírat pohled na míč, ale dopředu tak, aby viděl spoluhráče, protihráče a současně samozřejmě i míč. Pouze při takovémto rozložení pozornosti může včas reagovat na změny situací při hře a současně ovládat a vést míč. (Kudláček & Vítek, n.d.)

Plavání

Plavání, které je také velice atraktivní sport. Právě v tomto sportovním odvětví je krásným příkladem sportovce s amputací dolní končetiny i studentka Univerzity Palackého a Fakulty tělesně kultury. Tato plavkyně, která je mimořádně nadaná, získala již mnoho úspěchů a je jednou z nejlepších u nás. Jsem si jist, že by si s přehledem poradila i s mnoha sportovci bez tělesného postižení.

Plavání je jeden z nejdostupnějších nejzdravějších sportů. Nedochozí k němu k opotřebenosti kloubů, nemá negativní důsledky pro páteř, dochází ke zpevnování svalstva, dále k otužování, které napomáhá imunitnímu systému. Největší výhodou oproti ostatním sportům je fakt, že plavat se dá prakticky v každém věku. S vodou se setkáváme od batolat, až po ten nejstarší věk.

Basketbal na vozíku

Basketbal na vozíku, tento druh sportu vznikl po roce 1945 a v dnešní době je velice populárním sportovním odvětvím, který má mnoho členů po celém světě a stal se i významnou disciplínou v rámci paralympijských her. Momentálně se basketbal na vozíku hraje zhruba v 80 zemích světa.

Závodní basketbal na vozíku se hraje podle mírně upravených pravidel klasického basketbalu. Hráči jsou klasifikováni na stupnici od 1 (nejlehčí postižení) do 4,5 bodu (nejtěžší postižení). Maximálně může mít jeden tým součet bodů 13,5.

Kábele a kolektiv (1991, 3) uvádějí, že k masovému rozšíření basketbalu na vozíku přispělo zejména jeho včlenění do druhé a třetí fáze léčebné rehabilitace postižených a časté zařazování do různých pohybových a rozvíjecích programů pro těžce tělesně postižené. Nepopíratelný je totiž jeho význam zdravotní a sociálně psychologický. Ze zdravotního hlediska je basketbal pro vozíčkáře velice žádoucí, protože rozvíjí nejen oblasti základních pohybových schopností (rychlost, obratnost, sílu, vytrvalost), ale i specifické schopnosti (prostorová orientace, periferní vidění, kinesteze a propriocepce apod.), což se pozitivně promítá ve zvyšování či udržování fyzické kondice (prevence tzv. civilizačních chorob) a v osvojování praktických dovedností (sebeobsluha, prevence, či zvládnutí pádů, nárazů apod.) Význam sociálně psychologický spočívá v možnosti navazování intenzivních sociálních kontaktů jak ve skupinách jedinců těžce tělesně postižených, tak i se zdravou populací, v kompenzování pocitů méněcennosti a ve formování nežádoucích prvků osobnostní struktury.

Rugby na vozíku

Rugby na vozíku bezpochyby patří do sekce tvrdších sportů. „U nás vznikl první tým ragbistů na vozíku v Hradci Králové už v roce 1993 – mezi zeměmi bývalého východního bloku tak máme primát. Dnes hrají rugby v ČR 3 týmy – Prague Robots, Ragby Beskyd a SK Ostrava.“ (Anonymous, n.d.)

Tento sport je vhodný pro typy amputací (A1, A2, A3, A4). Pokud se člověku vyskytne možnost si rugby na vozíku zahrát, zjistí že tvrdost v některých fázích hry je skutečně vysoká.

Hlavními rozdíly mezi klasickým rugby a rugby na vozíku jsou, že u rugby na vozíku jsou na palubovce jen čtyři hráči a hraje se s volejbalovým míčem.

Tenis na vozíku

Tenis na vozíku je velice atraktivní sport pro osoby s amputacemi. „Historie tohoto sportu začíná v roce 1976, kdy americký juniorský tenista Brad Parks usedl po nehodě na vozík a po šesti měsících rekonvalescence přemlouval své kamarády, aby s ním začali hrát tenis, i když je na vozíku.“ (Anonymous, n.d.)

Od roku 1992 se stal tenis na vozíku hrdou součástí paralympijských her. U nás se začátek historie datuje do roku 1995, kdy vznikl Český tenisový svaz vozičkářů.

Hraje se podle klasických pravidel tenisu a na stejně velkých kurtech. Největší výjimkou je pravidlo, že míček může na soupeřově polovině skočit dvakrát. Zápas se hraje na dva vítězné sety do 6 gamů. Pokud soupeři hrají nerozhodně 6:6, pak na řadu přichází tzv. tiebreak, neboli zkrácená hra do 7 bodů. Vítěz musí vyhrát o dva body. Soutěže závodního tenisu na vozíku se dělí do 3 druhů turnajů. Je jimi ITF1-3, Super Series a ITF Futures. Na světě se ročně koná zhruba 150 turnajů. Nejvýznamnější jsou Super Series, který jsou něco podobného jako grandslamy v klasickém tenisu. U tenisu na vozíku nedělíme typy podle tělesného postižení. Spolu hrají všechna tělesná postižení, až na kvadruplegiky.

Florbal na vozíku

Florbal na vozíku. Tak jako florbal klasický, který se v poslední době začíná celosvětově masovým sportem, tak i florbal na vozíku zažívá obrovský „boom“. Hlavním rozdílem v pravidlech je, že brankář může při florbalu na vozíku používat hokejku. Tento sport je opět vhodným pro osoby s amputacemi dolních končetin, pomáhá jim rozvíjet obratnost, smysl pro prostorové vnímání, posiluje fyzickou zdatnost a podporuje socializaci, jelikož se jedná o sport kolektivní.

Sledge hokej

Sledge hokej Tento sport je jedním z těch, které mohou využít i jedinci na vozíku, kteří nemohou používat protézy. Ze své osobní zkušenosti, mohu říci, že lidé s amputacemi se při tomto sportu rozhodně nešetří, je plný adrenalinu, osobních soubojů a zajímavých momentů. Dle mého názoru je tento sport velice zajímavý a zasloužil by větší diváckou podporu. Sledge hokejisti jim tuto přízeň svým uměním bohatě vrátí, a jsem si zcela jist, že jim přichystají vynikající podívanou, protože právě u tohoto sportu každým rokem strmě stoupá kvalita. Je to samozřejmě způsobeno i tím, že tomuto sportu se začíná věnovat čím dál více sportovců, kteří tak vytváří zdravou konkurenci a tím se zvyšuje i ona kvalita.

„Sledge hokej vznikl ve Švédsku počátkem 60. let minulého století, kde skupina nadšenců v rehabilitačním centru vymyslela první sledge.“ (Anonymous, n.d.). Významným datem pro

tento sport je rok 1994, kdy se sledge hokej poprvé objevil na zimních paralympijských hrách. V naší republice se tento sport těší popularitě a momentálně mezi sebou hraje zápasy 7 týmů.

Handbike

Jedná se o sportovní odvětví, kde je nahrazeno jízdní kolo pomocí speciálně upraveného vozíku, nebo chcete-li kola, který se pohání pomocí síly rukou. Handbike má většinou 3 kola, dvě vzadu a jedno vpředu. Vyrábí se hodně typů, záleží samozřejmě, za jakým účelem ho chceme použít.

Ve zmínce o tomto sportu musíme připomenout sportovce pana Dušana Petřvaldského, který jízdu na handbiku dělá na vysoké úrovni již řadu let. Každoročně se účastní mnoha závodů, ve kterých rozhodně není do počtu, a mnohé z nich dokáže vyhrát. Nejvíce se však proslavil svoji cestou z Brna do Říma, kterou celou absolvoval na svém speciálně upraveném handbiku. Jelikož je pan Dušan Petřvaldský věřícím, tak mu bylo největší odměnou za absolvování takto náročné cesty, setkání se samotným papežem, který ho osobně přijal.

Dalšími atraktivními sporty jsou atletika, lukostřelba, golf (sport, který začíná v poslední době nabývat na enormní popularitě), sjezdové lyžování, curling a mnoho dalších.

Pro jedince, kteří se nebojí a mají rádi sporty plné adrenalinu, je zde také pestrá nabídka. Mohou si vybrat např. ze seskoku padákem, sjíždění divoké vody na raftu nebo ježdění terénem na tříkolkách.

Pokud sportovec s amputací opravdu chce, věří si, poctivě trénuje, plně se věnuje svému sportovnímu odvětví a má v sobě aspoň trochu talentu, pak se může probojovat, až na paralympijské hry.

Tyto hry představují vrchol sportovního snažení pro osoby s tělesným postižením. Snem každého sportovce je dostat se na paralympiádu. Tato touha je jedním z hlavních hnacích sil, které velice významným způsobem pomáhají vypořádat se s handicapem a dokázat sobě i lidem okolo, že i s tělesným postižením se dají dokázat velké věci.

Paralympijské hry mají dlouhou a bohatou tradici. Goodman (1998) uvádí, že významným rokem byl rok 1984, se uskutečnili mezinárodní hry tělesně postižených v New Yorku. Tyto hry významným způsobem pomohli rozvoji tohoto druhu sportu.

3 CÍLE

3.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem bakalářské práce je popsat přínos sportovních aktivit u osob s amputací pro návrat do kvalitně naplněného života.

3.2 Dílčí cíl

1. popsat rozdíl ve vzdělávání osob s amputací v běžné a speciální škole
2. popsat, které sporty si děti s amputacemi volí
3. na příkladu dokázat, že i osoba s amputací dolní končetiny, může žít kvalitně naplněný život

3.3 Úkoly práce

1. zajistit přísun informací od rodičů dětí s amputací
2. rozhovor a následné vytvoření kazuistiky u osoby s amputací ve spojitosti se sportem

4. METODIKA

4.1 Popis semistrukturovaného rozhovoru s rodiči dětí s amputací

Data pro teoretickou část bakalářské práce byla získávána z odborné literatury, která se týká možnosti sportovního vyžití osob s amputacemi, integrací žáků s tělesným postižením. Praktická část byla vytvořena na základě odborné literatury a pomocí rozhovorů, zanesených do tabulky a pomocí případové studie.

Tato část byla zaměřena na výsledky rozdílů ve vzdělávání na běžné a speciální škole. A tyto informace byly získány pomocí semistrukturovaného rozhovoru s rodiči dětí, které podstoupili amputaci.

Jednalo se o 25 rodičů a 25 dětí. Rozhovory byly prováděny, aby poukázali na hlavní rozdíly mezi typem zvoleného studia. Děti byli v rozmezí 7 až 14 let a byli rozděleny podle typu amputace na osoby s oboustrannou nadkolenní (3 děti), jednostrannou nadkolenní (12 dětí), oboustrannou podkolenní (2 děti) a jednostrannou podkolenní (8 dětí). Děti s oboustrannou amputací (5 dětí) používají ortopedický vozík. Dalších 20 dětí s jednostrannou amputací používá jako kompenzaci své vady různé druhy protéz a někteří vozík. Na tento rozhovor byly použity následující otázky.

Kolik let je vašemu dítěti a ve kterém roce došlo k amputaci?

Jaký druh amputace Vaše dítě má a jaký typ základní školy navštěvuje?

Jaké kompenzační pomůcky Vaše dítě používá?

Jakému sportu se věnuje ve svém volném čase?

Jaké vidíte hlavní pozitiva a negativa v typu školy, kde Vaše dítě studuje?

4.2 Kazuistika

Další díl praktické části byl vytvořen pomocí kazuistiky osoby s amputací. Tato kazuistika má poukázat na to, že i osoba, která podstoupí amputaci, to v životě může dotáhnout daleko a žít kvalitně naplněný život i se svým handicapem. Případová studie se týká muže, který v 17 letech utrpěl úraz, který vedl až k amputaci. Dnes žije spokojený život a i přes svůj handicap vykonává náročné povolání starosty a plně se ve svém volném čase věnuje i sportu. Na tento rozhovor byly připraveny tyto otázky:

V kolika letech u Vás k amputaci DK (dolní končetiny) došlo?

Bylo to způsobeno nemocí nebo nehodou?

Jaký druh protézy používáte (kyčelní, kolenní...)?

Do jaké míry Vám protézu hradí pojišťovna?

Používáte další kompenzační pomůcky, zda-li ano jaké?

Jaké sportovní aktivity provozujete?

Jak často provozujete sportovní aktivity (hodin/týdně)?

4.3 Analýza odborné literatury

Data pro sepsání práce byla získávána z knihovny a databáze Univerzity Palackého, dále z knihovny v Žamberku a prostřednictvím internetového serveru www.google.com, kde byla zadávána hesla a pojmy týkající se obsahu a tématu bakalářské práce, např.: amputace, tělesné postižení, integrace.

5 VÝSLEDKY A DISKUZE

Výsledky, prvního dílu praktické části, týkající se hlavních rozdílů ve studiu na speciální a běžné škole.

V tabulce níže, jsou uvedeny výsledky odpovědí dotázaných rodičů, kteří mají dítě s amputací dolní končetiny, jestli preferují pro vzdělání svých dětí speciální nebo běžnou školu.

Dotazovaní rodiče nemají děti s těžším postižením, u kterých by integrace na běžné škole nebyla možná.

Tabulka 3

Studium na speciální a běžné základní škole

Druh amputace	Počet dotázaných	Běžná či speciální škola	Výhody a nevýhody běžné a speciální školy
Osoby oboustrannou nadkolenní (A1)	3	3 krát speciální	Nedostatečná připravenost pedagogů a materiálního zabezpečení včetně bezbariérovosti na běžné škole
Osoby s jednostrannou nadkolenní (A2)	12	8 krát běžná škola 4 krát speciální škola	Důvody pro studium na běžné škole: více kamarádů, reálnější pohled na svět žáka s amputací, nemusí být bezbariérovost Důvody pro studium na speciální škole: rodiče se bojí reakcí žáků na běžné škole, kvalitněji připravený pedagog
Osoby s oboustrannou podkolenní (A3)	2	2 krát speciální škola	Lepší bezbariérovost, připravenost pedagoga a materiálního zjištění na speciální škole
Osoby s jednostrannou podkolenní (A4)	8	8 krát běžná škola	Reálnější pohled na svět, lepší výchozí podmínky pro další budoucnost, více kamarádů

Z uvedené tabulky, lze vyčíst, že u lehčího druhu amputace (jednostranná nadkolenní a podkolenní) je převážně preferováno studium na běžně základní škole. Mezi hlavní důvody patří reálnější pohled na svět ze strany žáka s amputací, možnost získání více kamarádů, není potřeba bezbariérové zajištění školy, lepší vyhlídky do budoucna a snažší získání zaměstnání.

Naopak u těžších druhů amputací (oboustranná nadkolenní a podkolenní), rodiče preferují více studium na speciální škole, která podle nich jim nabízí lepší a kvalifikovanější přístup pedagogů, bezbariérovost, rodiče mají menší strach, že se jejich dítě stane předmětem šikany.

Otázky a odpovědi, které byly použity ze semistrukturovaného rozhovoru s rodiči.

Otázky na rodiče:

1. Kolik let je vašemu dítěti a ve kterém roce došlo k amputaci?
2. Jaký druh amputace Vaše dítě má a jaký typ základní školy navštěvuje?
3. Jaké kompenzační pomůcky Vaše dítě používá?
4. Jakému sportu se věnuje ve svém volném čase?
5. Jaké vidíte hlavní pozitiva a negativa v typu školy, kde Vaše dítě studuje?

Odpovědi rodičů u dětí s oboustrannou nadkolenní amputací:

Chlapec 10 let

1. Mému synovi je 10 let a k amputacím došlo ve věku 4 let.
2. Jedná se o oboustrannou nadkolenní amputaci a můj syn momentálně navštěvuje speciální základní školu.
3. Jako hlavní kompenzační pomůcku používá ortopedický vozík.
4. Syn se prozatím žádnému sportu nevěnuje, je spíše introvert a rád tráví volný čas na počítači.
5. Hlavní pozitiva ve studiu na speciální škole vidím hlavně v tom, že můj syn má zajištěné vzdělání od speciálního pedagoga, který si myslím, že je odborně lépe připraven než pedagog na běžné škole. Další plus je v materiálním zajištění, které je potřebné pro žáky, kteří se zde vzdělávají.

Chlapec 13 let

1. Synovi je 13 let, k amputacím končetin došlo v 8 letech.
2. U obou končetin je to amputace nad kolenem. Syn studuje základní speciální školu.
3. Vozík.
4. Žádný sport neprovozuje.
5. Pozitivem na studiu syna hodnotím určitě bezbariérovost a fakt, že si zde syn našel kamarády. Negativní věc mě napadá pouze vzdálenost školy od místa bydliště.

Dívka 14 let

1. Je jí 12 let. Amputaci prodělala před 7 lety.
2. Oboustranná nadkolenní amputace. Studuje na speciální škole.
3. Jako kompenzační pomůcku používá ortopedický vozík.

4. Momentálně se věnuje jízdě na handbiku. Tento sport ji moc baví a myslím si, že je v něm i velice dobrá.
5. Pozitivem na speciální škole vidím ve větším individuálním přístupu a odbornějším přístupem pedagoga, než na běžné škole.

Odpovědi rodičů u dětí s jednostrannou nadkolenní amputací

Chlapec 8 let

1. Synovi je 8 let, amputovanou část končetiny má od 6 let.
2. Jedná se o jednostrannou nadkolenní amputaci. Syn studuje na speciální škole.
3. Jako náhradu amputované části, používá protézu.
4. Sportu se nevěnuje.
5. Myslím si, že je příliš brzy hodnotit pozitiva či negativa speciální školy.

Dívka 12 let

1. Amputaci má od 4 let, momentálně je jí 12 let.
2. Dcera studuje na běžné základní škole.
3. Protézu.
4. Hraje závodně basketbal na vozíku.
5. Pozitiva na běžné škole oproti speciální určitě převažují. Dcera nepotřebuje žádný extra velký individuální přístup. Občas se musí něco modifikovat u tělocviku, ale na škole, kde dcera studuje, jsou profesionální učitelé, takže se vždy vše vyřeší

Dívka 11 let

1. Dceři je 11 let. Amputaci prodělala ve 3 letech.
2. Studuje na běžné škole. Druh amputace je jednostranná nadkolenní.
3. Dcera používá protézu.
4. Zatím bohužel nesportuje, pouze v rámci tělocviku.
5. Pozitivem na škole, kde studuje vidím hlavně to, že má spoustu kamarádů a nikdo nebere její handicap jako nějakou negativní věc.

Dívka 9 let

1. Je jí 9 let a o část končetiny přišla před rokem a půl.
2. Má amputaci nad kolenem. Momentálně studuje speciální školu.
3. Protézu.
4. Nesportuje a to hlavně z důvodu, že o nohu přišla víceméně nedávno.
5. Na speciální škole studuje hlavně proto, že tento handicap nemá dlouho a právě speciální škola je pro ni zatím daleko lepší variantou, protože má větší individuální přístup.

Chlapec 14 let

1. Synovi je 14 let a amputaci prodělal z důvodů nemoci několik měsíců po narození.
2. Syn má amputaci nad kolenem. Studuje speciální školu.
3. Používá vozík, protézu bohužel ze zdravotních důvodů používat nemůže.

4. Syn hraje už 6 let tenis na vozíku.
5. Hlavním důvodem studia na speciální škole vidím bezbariérovost. Negativem pak to, že si myslím, že na běžné škole by se toho v rámci výuky naučil víc.

Chlapec 14 let

1. Je mu 14 let a amputaci má od 5 let
2. Druh amputace je jednostranná nadkolenní. Studuje běžnou základní školu.
3. Syn používá protézu, jako náhradu za amputovanou část.
4. Závodně nesportuje, ale ve volném čase rád chodí plavat na bazén.
5. Vzdělání na běžné škole, bylo vybráno hlavně z hlediska toho, že je součástí zdravé populace i ve škole a získá spoustu nových kamarádů a získá reálný pohled na svět. Negativně hodnotím to, že se občas stává, že se syn stane terčem posměšků od určitých žáků na škole. Naštěstí jich, ale není moc a syn je už velký a umí se s tím vypořádat lépe, než kdyby byl mladšího školního věku.

Dívka 10 let

1. Dceř je 10 let. Amputaci proděla kvůli nemoci v 7 letech.
2. Má amputaci provedenou nad kolenem. Studuje běžnou základní školu.
3. Dcera má jako kompenzační protézu.
4. Dcera nesportuje, ve volném čase se věnuje hraní na piano.
5. Studium na běžné škole má určitě svá pozitiva v tom, že se má dcera více otrká a získá více zkušeností do budoucího života, než kdyby studovala na speciální škole.

Dívka 14 let

1. Je jí 14 let. Amputovanou končetinu má od 10 let.
2. Jedná se o amputaci nad kolenem. Dcera studuje běžnou základní školu.
3. Používá protézu dolní končetiny.
4. 2 roky po úraze začala s velkým zájmem dělat cyklistiku.
5. Výhodu na běžné škole vidím v tom, že je tam skvělí pedagogický sbor a škola se nachází blízko od našeho domu. Negativum zatím žádné nepozorují.

Dívka 7 let

1. Dceř je 7 let a amputaci podstoupila před necelými 3 roky.
2. Zárok byl proveden nad kolenem. Studuje běžnou základní školu.
3. Protézu.
4. Nesportuje. Snad v budoucnu.
5. Dcera začala studovat základní školu tento rok, takže na hodnocení pozitiv a negativ je zatím brzo.

Chlapec 12 let

1. Je mu 12 let. Amputaci má od 6 let.
2. Je to jednostranná nadkolenní amputace. Studuje speciální základní školu.
3. Syn jako kompenzační pomůcku používá vozík, protože na amputační pahýl nešla ze zdravotních důvodů aplikovat protézu.

4. Syn hraje už 6 let basketbal na vozíku a také se rád věnuje jízdě na handbiku.
5. Pro našeho syna představuje speciální škola jasnou výhodu v tom, že má bezbariérový přístup a v jeho případě je například v rámci tělocviku nutný individuální přístup a modifikace různých sportovních her a disciplín. Další pozitivum vidím v tom, že pedagog na této škole si umí poradit lépe s modifikacemi těchto her, než pedagog na běžné škole.

Chlapec 10 let

1. Synovi je 10 let a amputaci prodělal ve věku 5 let.
2. Syn má jednostrannou nadkolenní amputaci a momentálně studuje běžnou základní školu.
3. Používá protézu.
4. Nesportuje. Spíše se doma věnuje počítači.
5. Pozitivní věc na studiu na běžné škole vidím určitě to, že se syn pohybuje mezi jedinci bez handicapu a dokáže s nimi vycházet po lidské stránce naprosto bez problému. Negativa vnímám v rámci tělesné výchovy, kdy z některých sportů je vynecháván.

Chlapec 13 let

1. Nedávno mu bylo 13 let. O část nohy přišel v 8 letech.
2. Má jednostrannou nadkolenní amputaci a studuje na běžné základní škole.
3. Protézu dolní končetiny.
4. Před 2 lety začal s lukostřelbou a pak ho ještě baví plavání.
5. Na běžné škole je určitě dobré to, že se můj syn „otrká“ daleko více než na speciální škole. Nepotřebuje skoro žádný individuální přístup a vše zatím zvládá stejně jako ostatní zdraví spolužáci.

Odpovědi rodičů u dětí s oboustrannou podkolenní amputací

Chlapec 10 let

1. Teď má syn 10 let a amputace prodělal před 3 lety.
2. Jedná se o amputaci obou končetin pod kolena. Studuje na speciální základní škole.
3. Ortopedický vozík.
4. Nesportuje.
5. Výhodou studija na speciální škole je určitě bezbariérový přístup, který je pro mého syna nezbytný. Pak vidím výhodu ve větší pedagogické odbornosti u speciálních pedagogů, které jsou nutné pro přístup při vyučování.

Chlapec 12 let

1. Je mu 12 let a zákrok podstoupil v 5 letech.
2. Má oboustrannou podkolenní amputaci a studuje na speciální základní škole.
3. Používá vozík.
4. Ve volném čase jezdí rád na handbiku, ale jeho největší sportovní vášní je sledge hokej, který sleduje a sám aktivně hraje.

5. Syn potřebuje bezbariérový přístup, proto studuje na speciální škole, která mu to nabízí. Dále vidím pozitivum v tom, že je zde výborné materiální zajištění. Nevýhodu vidím v tom, že se ve škole nemá tolik přátel. Na druhou stranu díky sledge hokeji si našel spoustu nových kamarádů.

Odpovědi rodičů u dětí s jednostrannou podkolenní amputací

Dívka 7 let

1. Dceři je 7 let. O nohu přišla ve 4 letech.
2. Dcera má amputovanou část dolní končetiny pod kolenem a studuje na běžné škole.
3. Jako kompenzační pomůcku nosí protézu.
4. Nesportuje. Ve volném čase hraje na flétnu.
5. Pozitivní na studiu na běžné základní škole vidím zatím to, že jí spolužáci z 1. třídy vnímají stejně jako své zdravé spolužáky. Do budoucna si od toho slibují, že se dcera snadněji uplatní při hledání další školy a později i pracovního místa.

Dívka 8 let

1. Dcera má 8 let. Amputaci prodělala ve 2 letech.
2. Amputace je jednostranná podkolenní. Studuje na běžné základní škole.
3. Protézu.
4. Zatím nesportuje, snad se to do budoucna změní.
5. Pozitivní je určitě výborný učitelský sbor. Zásadní negativa zatím nevidím.

Dívka 13 let

1. Dceři je 13 let. Amputační zákrok podstoupila v 8 letech.
2. Jedná se o amputaci pod kolenem. Studuje na běžné základní škole.
3. Používá protézu.
4. V létě velice ráda plave. Do budoucna by se chtěla věnovat atletice.
5. Dcera nepotřebuje žádný individuální přístup, takže nevidím důvod, proč by měla studovat na speciální škole. Momentálně je, co se týče školních povinností, vše v pořádku.

Dívka 15 let

1. Je jí 15 let a amputaci má od svých 11 let.
2. Amputace byla provedena pod kolenem. Studuje na běžné základní škole.
3. Jako kompenzaci amputované části používá protézu.
4. Dcera bohužel nesportuje.
5. Jasnou výhodou běžné základní školy vidím její snažší budoucí uplatnění.

Chlapec 12 let

1. Synovi je 12 let a amputaci musel podstoupit rok a půl po narození.
2. Amputace je podkolenní na jedné noze. Studuje běžnou základní školu.
3. Protézu.
4. Syn hraje závodně basketbal na vozíku a je kapitánem mužstva. Ve volných chvílích si také rád zahraje rugby na vozíku.
5. Pozitivní je, že má spoustu kamarádů a skvělé učitele.

Chlapec 12 let

1. Je mu 12 let a amputaci má necelé 4 roky.
2. Nohu má amputovanou pod kolenem a vzdělává se na běžné základní škole.
3. Kompenzací mu je protéza.
4. V zimě je jeho největší vášní lyžování. Je poměrně šikovný a doufám, že by to mohl dotáhnout daleko.
5. Na běžné základní škole se mi líbí hlavně to, že bude mít snažší výchozí pozici pro další život, než žáci ze speciální školy.

Chlapec 7 let

1. Synovi je 7 let. Amputaci prodělal teprve před půl rokem
2. Amputována mu byla část nohy pod kolenem. Zatím nestuduje.
3. Chystá se používat protézu, zatím se věnuje intenzivně rehabilitaci.
4. Nesportuje.
5. Pozitiva a negativa nemohu posoudit, protože syn ještě nenastoupil na základní školu.

Chlapec 10 let

1. Syn má 10 let a amputaci prodělal ve 4 letech.
2. Jedná se o jednostrannou podkolenní amputaci. Momentálně studuje běžnou základní školu.
3. Používá protézu.
4. Nesportuje. Hodně ho baví hra na bubny a někdy by rád měl svou kapelu.
5. I přesto, že má syn zdravotní handicap, tak jako velké pozitivum vnímám to, že ho děti na základní škole vnímají jako sobě rovného. Negativum vidím v rámci tělesné výchovy, kdy musí některé věci vynechat.

Z uvedeného semistrukturového rozboru lze vyvodit kolik z 25 dětí jse věnuje sportu, jaký sport provozují, které kompenzační pomůcky používají, na jakém druhu školy se vzdělávají a co vnímají jako pozitiva a co jako negativa u těchto škol.

U těžšího druhu amputací (oboustranná nadkolenní, oboustranná podkolenní), vyšly z odpovědí tyto fakta. Jednalo se o 5 dětí (4 chlapce a 1 dívku) ve věku od 10 do 14 let. Sportu se věnují 2 děti a to konkrétně jízdě na handbiku a sledge hokeji. Další 3 sport neprovozují. Všechny 5 jako kompenzační pomůcku používá ortopedický vozík. Co se týče typu školy, ve které se vzdělávají, tak všichni studují na speciální základní škole. Za pozitiva studia na tomto druhu školy rodiče nejčastěji uvádějí, odbornost, specializaci a individuální přístup

od pedagogů, bezbariérový přístup a dobré materiální zajištění. Jako negativa byly uvedeny vzdálenost od místa bydliště a malá možnost najít si kamarády.

U lehčího druhu amputací (jednostranná nadkolenní a jednostranná podkolenní), se z rozhovorů zjistily tyto informace. Jednalo se o 20 dětí (10 chlapců a 10 dívek) ve věku od 7 do 15 let. Sportu se věnuje 9 dětí. Mezi jejich oblíbené sporty patří basketbal na vozíku, tenis na vozíku, plavání, cyklistika, handbike, lukostřelba, plavání, rugby na vozíku a lyžování. Ostatních 11 dětí se sportu nevěnuje. Jako kompenzační pomůcka ve valné většině (18 dětí) je používána protéza dolní končetiny. U dvou je pak používán ortopedický vozík. Větší část dětí se vzdělává na běžné základní škole (15). Na speciální školu dochází 4 děti. Jedno dítě se do školy teprve chystá, protože amputaci dolní končetiny podstoupilo nedávno.

Co se týče pozitiv vzdělávání dětí s amputací na běžné základní škole, tak se jednalo především o to, že spolužáci berou tyto děti jako sobě rovné, jsou zde kvalitní pedagogové, větší možnost budoucího uplatnění při hledání pracovního místa, lepší vyhlídky do budoucnosti a reálnější pohled na svět. Za negativa studia je považováno to, že se děti občas stanou terčem posměchu a fakt, že jsou vynecháváni z některých sportovních aktivit v rámci tělesné výchovy.

U vzdělávání na speciální škole, vnímají rodiče jako pozitiva věci jako: kvalitní individuální přístup ze strany pedagoga, specializaci a odbornou připravenost pedagoga, materiální zajištění školy a schopnost pedagogů modifikovat sportovní aktivity tak, aby byly pro dané dítě přínosné. Jako negativum bylo uvedeno, že si dítě, které studuje na speciální škole, nemůže najít tolik kamarádů, jako by tomu mohlo být na běžné základní škole.

Výsledkem druhé praktické části bakalářské práce je vytvoření kazuistiky, která ukazuje na fakt, že i jedinec s amputací dolní končetiny, může v životě dosáhnout mnoha úspěchů a žít kvalitně naplněný život. Tato případová studie byla vytvořena u muže, jenž utrpěl v 17 letech úraz, a následně mu byla amputována část končetiny. Momentálně vykonává funkci starosty. Odpovědi na otázky byly dány prostřednictvím semistrukturovaného rozhovoru.

Otázky:

1. V kolika letech u Vás k amputaci DK (dolní končetiny) došlo?
2. Bylo to způsobeno nemocí nebo nehodou?
3. Jaký druh protézy používáte (kyčelní, kolenní...)?
4. Do jaké míry Vám protézu hradí pojišťovna?
5. Používáte další kompenzační pomůcky, jestli ano jaké?

Odpovědi:

1. V 17 letech.
2. Při dopravní nehodě došlo ke zlomenině levé dolní končetiny v bérce. Po zajištění končetiny v sádrové fixaci v nemocnici v Červené Vodě došlo k otoku, který způsobil neprokrvování tkáně v dolní části končetiny, tzn. pod zlomeninou. Po týdenní hospitalizaci jsem byl převezen do fakultní nemocnice v Hradci Králové, kde po testech průchodnosti cév bylo na silvestra rozhodnuto odumřelou končetinu odstranit.

3. Protézu LDK, neboli levé dolní končetiny. Výrobce kompenzačních pomůcek Otto Bock, vyvinul silikonový návlek s trnovým kotvením do protézy, který umožňuje maximální spojení pahýlu s protézou.
4. Pojišťovna hradí protézu v plné výši.
5. Nepoužívám.
6. Provozují cyklistiku, plavání, bruslení, jízdu na lyžích, aerobní cvičení, jízda na kajaku, raftu či pramici, posilování ve volnočasovém provedení, tenis, badminton, fotbal. Byl jsem do svých 17- ti let aktivním sportovcem na okresní až krajské úrovni.
7. Cyklistiku do 100km za týden, tzn. do 5 hodin, plavání dle počasí a možností, tzn. v letních měsících do 5 hodin. Bruslení a plavání dle možností do 2 hodin. Vše je závislé na množství volného času a případných volných víkendech, přičemž nejvíce sportovních aktivit provozují při dovolených či plánovaných sportovních akcích.

Z těchto odpovědí, lze vyvodit, že i jedinec s tímto druhem handicapu může prožívat život naplno. Je zde jasně vidět, že lze dosáhnout dobrého zaměstnání, kvalitně trávit volný čas sportem a tím si vytvořit naplněný život.

6 SOUHRN

Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části se práce zabývá amputací dolních končetin, protetikou, volným časem a motivací k využití kompenzačních pomůcek, vzděláváním osob s amputací, a popisem sportovních aktivit, které jsou vhodné pro osoby s handicapem. Z těchto poznatků vyplývá, že se osoby s amputacemi dokáží pomocí sportu snadněji vrátit do kvalitně prožitého života. Slouží jim k tomu i uvedené kompenzační pomůcky. Praktická část se věnuje zjištění, jaká negativa a pozitiva přináší vzdělávání dětí s amputací dolních končetin na běžné základní škole a jaká na speciální základní škole. Dále poukazuje jaký mají tyto děti vztah ke sportu, které sporty provozují a jaké druhy kompenzačních pomůcek využívají. Dále se praktická část zabývá kazuistikou, která nám ukazuje, že i člověk s handicapem může mít kvalitně naplněný život a dosáhnout svých cílů.

7 SUMMARY

This thesis consists of theoretical and practical part. Theoretical part deals with the lower limb amputation, prosthetics, free time and motivation in using of assistive device, the education of people with amputation and the description of physical activities suitable for people with disabilities. The findings of the thesis imply that the people with lower limb amputation can easily return to the high-quality life with the help of sport activities. The assistive devices also play in this process a role. The practical part is devoted to findings what negatives and positives brings and education of children with lower limb amputation at the state elementary school and at a school for children with special needs. It further highlights the attitude of such children to sport and point out in what kind of sports these children are engaged and with what kinds of assistive devices. Furthermore, the practical part deals with the case study that demonstrates that even a person with a disability can live a high-quality life and is able to achieve his life goals.

8 ZÁVĚR

Hlavním cílem bakalářské práce bylo popsat přínos sportovních aktivit u osob s amputací pro návrat do kvalitně prožitého života. Byla provedena ukázka sportovních aktivit, jež jsou vhodné pro osoby s amputací a byly popsány druhy kompenzačních pomůcek pro osoby s tímto druhem handicapu. Dále popsat rozdíl ve vzdělávání u dětí ve věku od 7 do 15 let, které studují na běžné základní škole nebo na speciální základní škole. U těchto dětí se dále pomocí semistrukturovaného rozhovoru, který byl veden s rodiči, zjišťovalo kolik z nich sportuje, které sportovní odvětví provozují a jaké kompenzační pomůcky využívají. Tyto informace jsou zaneseny v tabulce a dále podrobněji rozepsány. V další části práce je uvedena kazuistika, která nám ukazuje, že i osoba s amputací dolní končetiny může naplnit své životní cíle a žít kvalitně prožitý život. Tato případová studie vznikla pomocí strukturovaného rozhovoru.

9 Literatura a zdroje

- Janoušek, V. (1990). *Lidský organismus ve zdraví a nemoci*. Praha: Avicenum
- Herink, H., Krejča, J., Machová, A. & Sloup, K. (1971). *Domácí lékař* Praha: Avicenum
- Kraus, J. & Šandera, O. (1975). *Tělesně postižené dítě* Praha: Státní pedagogické nakladatelství
- Buhajová, L. (2006). *První pomoc* Rebo Production CZ
- Ješina, O., Kudláček, M. & kol. (2011). *Aplikovaná tělesná výchova* Olomouc
- Bartoňová, M. & Vítková, M. (2007) *Strategie ve vzdělávání dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami* Brno
- Frantalová, L. (2005) *Sedíme správně?*
- Kábele, J. & kol. (1991). *Basketbal vozíčkářů* Olomouc
- Goodman, S., (1998) *Coaching Amputee and Les Autres Athletes* Canberra
- Kol. autorů (1994). *Léčebná rehabilitace*. Jinočany: H&H
- Cmunt, E. (1997). *Rehabilitacia*
- Seymour, R. (2002) *Prosthetics and Orthotics. Lower limb and spinal*. Baltimore: Lippincott
- Ješina, O. & Kudláček, M. (2009). *Aplikované pohybové aktivity v integrované školní tělesné výchově* Olomouc
- Titl, Z., Zataar, A. & Ješina, O. (2011) *Vliv sportovních aktivit na kvalitu života osob s transfemorální amputací* Staženo z:
http://www.apa.upol.cz/web/images/stories/casopis/03/Vliv_sportovnich_aktivit_3.pdf
- Kudláček, M. & Vítek, O. (n.d.) *Fotbal osob s tělesným postižením* Staženo z:
<http://www.apa.upol.cz/web/index.php/e-learningove-texty-cols3/sport/268-fotbal-osob-s-tlesnym-postienim>
- Anonymous (n.d.) *Historie rugby na vozíku* Staženo z: <http://www.cstps.cz/rugby/historie>
- Anonymous (n.d.) *Historie tenisu na vozíku ve světě* Staženo z: <http://www.cstps.cz/tenis-stojicich/pravidla>
- Anonymous (n.d.) *Historie sledge hokeje* Staženo z: <http://www.shkpardubice.cz/historie-sledge-hokeje>