Univerzita Karlova v Praze

Fakulta tělesné výchovy a sportu

ZJIŠTĚNÍ OČEKÁVÁNÍ A NAPLNĚNÍ SEBEREALIZACE OSOB S MÍŠNÍ LÉZÍ NA VODÁCKÉ TURISTICKÉ AKCI

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Vedoucí práce:

Mgr. Ilona Pavlová, MBA

Zpracovala:

Bc. Denisa Langová

Praha 2021

Prohlášení autora

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a uvedla v ní všechny použité literární, elektronické a odborné zdroje. Tato práce ani její podstatná část nebyla předložena k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze dne …….....

Bc. Denisa Langová

Evidenční list

Souhlasím se zapůjčením své diplomové práce ke studijním účelům. Uživatel svým podpisem stvrzuje, že tuto diplomovou práci použil ke studiu a prohlašuje, že ji uvede mezi použitými prameny.

Jméno a příjmení:	Fakulta / katedra:	Datum vypůjčení:	Podpis:

Poděkování

Děkuji Mgr. Iloně Pavlové, MBA za odborné vedení mé diplomové práce, za cenné připomínky a rady, které mi během psaní této práce poskytla. Děkuji PhDr. Jitce Vařekové, Ph.D. za konzultace k této práci. Děkuji Sportovnímu klubu vozíčkářů Praha v čele s Bc. Michaelou Krunclovou za umožnění praktické části této práce. Děkuji Mgr. Janě Ambrožové z Centra Paraple o.p.s. ke konzultaci z oboru psychologie. V neposlední řadě děkuji své rodině za podporu během celého mého studia.

Abstrakt

Cíl práce: Cílem diplomové práce je analýza dotazníkového šetření před a po realizaci vodácké turistické akce s osobami s míšní lézí, i se zahrnutím formulace doporučení pro praxi, které z tohoto šetření vyplynou. Jak případně odstranit rozpory v očekávání či možné bariéry v realizaci vlastní akce. Získané výsledky poukáží na vnímání celé akce a také na trendy v organizaci vodáckých akcí pro osoby s míšní lézí. Předpokládám, že vlastní výzkum odkryje potenciál kladných emocí a motivaci každého nového účastníka pro seberealizaci na outdoorových akcích. Porovnání výsledků mého výzkumu s výzkumy zabývající se podobnými tématy zkoumání.

Metodika: teoreticko-empirická práce kvalitativního charakteru s využitím metod sběru dat: polostrukturovaný dotazník vlastní konstrukce, dotazník STAI.

Počet účastníku 7, věk 18 a více (dle přihlášení na kurz), předpokládá se účast osob s míšní lézí, kteří již tento kurz absolvovali v minulých letech a také účast zájemců, kteří dosud na kurzu splouvání řeky nebyli účastni a dojde k porovnání jejich zkušeností a očekávání.

Klíčová slova: míšní léze, očekávání, kompenzační vybavení, asistence, wilderness terapie, outdoroové pobyty – splouvání řeky

Abstract

Aim of the thesis: The aim of the diploma thesis is the analysis of a questionnaire survey before and after the implementation of a boating tourist event with people with spinal cord lesions, including the formulation of recommendations for practice, which result from this survey. How to possibly eliminate discrepancies in expectations or possible barriers in the implementation of one's own action. The obtained results will point to the perception of the whole event and also to the trends in the organization of boating events for people with spinal cord injuries. I assume that my own research will reveal the potential of positive emotions and motivation of each new participant for self-realization at outdoor events. Comparison of the results of my research with research dealing with similar research topics.

Methodology: theoretical-empirical work of a qualitative nature using data collection methods: semi-structured questionnaire of own design, STAI questionnaire.

Number of participants 7, age 18 and more (according to registration for the course), the participation of people with spinal cord lesions who have already completed this course in previous years and also the participation of those who have not yet participated in the river rafting course and their experience will be compared and expectations.

Key words: spinal lesions, expectations, compensatory equipment, assistance, wilderness therapy, outdoor stays - river rafting

SEZNAM ZKRATEK

SKV	Sportovní klub vozíčkářů
TP	tělesné postižení
WHO	world health organization
WT	wilderness terapie

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Rozdíly v hodnocení dotazníku STAI před akcí (X2) a po akci (X1) s přiřazenými normami hodnocení u jednotlivých respondentů……46

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Vaše zkušenosti se splouváním řeky? ……41

Graf 2 Domníváte se, že pro Vás bude tato akce velkým vystoupením z komfortní zóny? …….. 42

Graf 3 Přišla Vám fyzická příprava dostačující? …….....44

Graf 4 Přišla Vám materiální příprava dostačující? ……..44

Graf 5 Byla pro Vás tato akce velkým vystoupením z komfortní zóny? …….. 45

Graf 6 Míra stenových hodnot před akcí (X2) a po akci (X1) u jednotlivých respondentů……. 46

OBSAH

1 ÚVOD 11
2 TEORETICKÁ ČÁST 13
2.1 ANATOMIE MÍCHY A JEJÍ POŠKOZENÍ 13
2.1.1 Příčiny vzniku míšní léze 13
2.1.2 Časové fáze po přerušení míchy 14
2.1.3 Druhy poškození dle výšky léze 15
2.1.4 Rozdělení dle kvality sedu 16
2.1.5 Zdravotní důsledky míšní léze a možné komplikace 17
2.2 KVALITA ŽIVOTA 19
2.2.1 Specifika potřeb osob s handicapem 21
2.3 TĚLESNÉ POSTIŽENÍ 22
2.4 PSYCHICKÉ ZMĚNY PO PORANĚNÍ MÍCHY 22
2.4.1 Časový průběh zvládání těžkých životních situací 24
2.5 AKTIVITY V PŘÍRODĚ 25
2.5.1 Principy modifikace 25
2.5.2 Aktivity v přírodě pro osoby s handicapem 26
2.5.3 Možnosti aktivit v přírodě 27
2.5.4 Vodní turistika 27
2.5.5 Možnosti vodní turistiky pro osoby s míšní lézí a nutné úpravy vybavení. 28
2.5.6 Střediska umožňující aktivity v přírodě osobám po poranění míchy 29
2.6 WILDERNESS TERAPIE 30
2.6.1 Druhy WT 31
2.6.2 Fenomény WT 32
2.6.3 Faktory WT 32
3 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY 36
3.1 Cíl práce 36
3.2 Úkoly práce 36
3.3 Výzkumné otázky 36
3.4 Timing 37
4 METODIKA 38

4.1 Metody výzkumu 38
4.1.1 Polostrukturovaný dotazník, rozhovor 38
4.1.2 Dotazník STAI 39
4.2 Charakteristika výzkumného souboru 40
5 VÝSLEDKY 41
5.1 Polostrukturovaný dotazník, rozhovor – před akcí 41
5.2 Polostrukturovaný dotazník, rozhovor – po akci 43
5.3 STAI 45
6 DISKUZE 48
7 ZÁVĚR 53
8 ZDROJE 56
9 PŘÍLOHY 61

1 ÚVOD

Vybrat si téma ke zpracování diplomové práce pro mě nebylo nikterak složité. Své bakalářské studium jsem dokončila v oboru fyzioterapie. Během něho jsem v rámci praxe navštívila i taková místa jako rehabilitační ústavy v Luži – Košumberku, na Slapech, v Kladrubech nebo Centrum Paraple. Všechna tato místa mají jedno společné – osoby po poškození míchy. Během těchto praxí jsem měla skvělou možnost navázat s těmito lidmi kontakt, dozvědět se o nich více, poznat jejich příběhy. Došlo mi, jak úžasní a skromní lidé to jsou a postupně se utvrzovala v tom, že spoluprací s těmito lidmi se chci zabývat i nadále.

Nejvíce mě ale ovlivnily zážitkové kurzy Centra Paraple, ke kterým jsem se úplnou náhodou dostala už v 2. ročníku bakalářského studia. Ještě v rámci studia jsem tak absolvovala kurzy splouvání Vltavy, cyklistický kurz, všeobecně zaměřený sportovní kurz. Na všech se člověk dozvěděl opět něco nového, posouval se dál ve svých zkušenostech, ale hlavně v úžasu, čeho všeho jsou lidé upoutaní na invalidní vozík schopní.

Toto nadšení mi vydrželo i po bakalářském studiu, a proto byla v navazujícím studiu jasná volba pro obor Aplikovaná tělesná výchova a sport osob se specifickými potřebami na Fakultě tělesné výchovy a sportu Univerzity Karlovy v Praze. Zde ještě více prohloubili mé vědomosti v této oblasti, a tak když byla volba vybrat si téma diplomové práce, věděla jsem, že bych se ráda věnovala této problematice a ráda zužitkovala své zážitky. Velmi mi s výběrem konkrétního tématu pomohla má vedoucí práce Mgr. Ilona Pavlová, MBA, za což ji tímto ještě jednou děkuji.

V teoretické části je shrnuta všeobecná problematika poškození míchy, její mechanismy vzniku a možný vývoj stavu nejen fyzického, ale i psychického. Dále jsou popsány možnosti aktivit v přírodě pro osoby po poranění míchy, hlavně se zaměření na wilderness terapii.

Praktická část byla vytvořena v rámci akce splouvání řeky Vltavy s organizací Sportovní klub vozíčkářů Praha. Zde byly před akcí a po akci vyplněny dotazníky a rozhovory, ze kterých vznikl závěr ohledně očekávání a naplnění seberealizace osob upoutaných na invalidní vozík. Celý kurz byl ve velmi příjemném kolektivu a atmosféře. Jediné, co se i později promítlo do závěrečného hodnocení zúčastněných

respondentů, bylo počasí, které nám bohužel nepřálo. K dalším aspektům poté patří i styl splouvání, který byl tzv. na těžko. Tedy že se všechno vybavení, osobní věci, ale i invalidní vozíky vezli s sebou na kánoích. Ale jak uvidíte v hodnocení, i to má své kladné důsledky.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 ANATOMIE MÍCHY A JEJÍ POŠKOZENÍ

Páteř tvoří 32–33 obratlů, meziobratlové ploténky, klouby a vazy. Tyto části spolu se zádovými svaly vytvářejí potřebnou pevnost a ohebnost. Páteř začíná od spodiny lebeční a zasahuje do dolní části zad. Lze ji rozdělit na úsek krční (obratle C1–C7), hrudní (obratle Th1–Th12), bederní (obratle L1–L5), křížový (obratle S1–S5, které se spojují v kost křížovou) a kostrční (4–5 obratlů, které splývají v kostrč) (Vokurka, Hugo 2004).

V každém úseku páteře mají obratle svůj charakteristický tvar a velikost. Tělo obratle a jeho oblouk vytváří kanál páteřní, zde prochází mícha a mezi obratli vystupují míšní nervy. Každý obratel páteře má danou možnost pohybu, nadměrnému pohybu zabraňují silné svaly a vazy probíhající podél páteře a tvary obratlových těl (Vokurka, Hugo, 2004, s. 335).

Mícha je částí centrální nervové soustavy a zapojuje se ve funkční návaznosti na další struktury nervové soustavy. Jedná se o provazec dlouhý 40 cm přecházející do prodloužené míchy, dolní část zasahuje u dospělého jedince zhruba do oblasti L1–L2 (Sobolová 2011). Z míchy vystupuje 8 párů krčních, 12 párů hrudních, 5 párů bederních, 5 párů křížových a 1 pár kostrčních nervů. Vzhledem k tomu, že mícha je kratší než páteřní kanál, je pro praxi důležitý vztah mezi obratli a míšními segmenty (Nevšímalová, Růžička, Tichý 2002). Při porušení míchy nastává v závislosti na výšce léze ke svalovým obrnám, poruchám čití a poruchám vegetativních funkcí. Na rozdíl od přerušení nervu není léčba přerušení míchy zatím úspěšná (Vokurka, Hugo 2004).

2.1.1 Příčiny vzniku míšní léze

K poranění míchy dochází nejčastěji po fraktuře či luxaci obratle. Poranění může vzniknout polytraumatem, např. v rámci poranění vnitřních orgánů, kontuzí mozku, zlomeninách apod. Poranění míchy může být přechodné či trvalé s lézemi různého rozsahu a lokace. Takovéto léze jsou charakteristické náhlým vznikem poruchy motoriky, senzitivity, vasomotoriky a sfinkterů (Beneš 1987).

Nejčastěji vzniká porušení míchy při dopravní nehodě, skocích do vody a sportech (zejména lyžování, cyklistika nebo paragliding). Další příčinou je postupný vývoj chorobného procesu, kdy dochází i míšní kompresi či přímo přerušení míchy. Nejčastější příčinou bývá tumor, myelomalácie (měknutí míchy) nebo transverzální myelitis (příčný zánět míchy) (Votava 1997).

Jelikož je nejběžnější etiologie úrazová, bývá rozvoj příznaků velmi rychlý a vzniká míšní šok. Míšní neboli spinální šok se vyskytuje jen u traumatického přerušení míchy, u déle trvajícího procesu, jako je např. tumor, chybí. Míšní šok provází úplné porušení míšní činnosti a vyřazení vyšších částí CNS. Trvá 3–6 týdnů a jeho součástí je chabá plegie. Odeznívání míšního šoku je postupné – nejprve se vrací autonomní reflexy a následují somatické. Patologické reflexy se neobjevují, neboť reflexní činnost míchy je samostatná (Beneš 1987).

Míšní léze se tedy vlivem přerušení míšních funkcí projevuje ztrátou motoriky, senzitivity a vegetativních reflexů pod místem léze. Míšní segmenty pod místem léze jsou afunkční a vzniká tak ztráta hybnosti svalů inervovaných z těchto segmentů a ztráta všech kvalit čití. Náprava poškozené míchy zatím není možná, proto je stav trvalý a jedinec je odkázán na invalidní vozík (Čichoň 2005).

2.1.2 Časové fáze po přerušení míchy

Po poškození míchy nastává rekonvalescence, která se dělí do 4 fází s různou délkou trvání. Jsou to:

- **1. fáze – Akutní stádium míšního šoku**

Fáze akutního míšního šoku je charakteristická ztrátou senzitivity a hybnosti se svalovou areflexií a atonií pod místem léze. Nejsou zde přítomny iritační pyramidové jevy a dochází s poruše močových a análních sfinkterů, které vedou k permanentní inkontinenci a sexuálním poruchám. Kůže po místem léze je vlivem trofických a vegetativních změn náchylná k tvorbě dekubitů. Tato fáze trvá kolem 3 týdnů a je též známá jako Stádium pseudochabé obrny.

- **2. fáze – Subakutní**

Během této fáze odeznívá míšní šok. Jedná se o stádium reflexní míšní činnosti, kdy se začínají objevovat změny na svalovém tonu, a to více na flexorových skupinách a méně na extenzorových. Mezi další znaky patří objevování reflexů, ale i nadále přetrvává hypoxie.

- **3. fáze – Mobilizační**

Vlivem stále narůstajícího svalového tonu se objevuje spasticita. Svalový tonus narůstá i u svalstva močového měchýře a při dané míře naplnění se automaticky vyprázdní, a to bez vlastní vůle jedince. Vyprázdnění však není úplné, vzniká retence moči s nebezpečím uroinfekce. Tento jev nazýváme automatickým močovým měchýřem. Jako další se vytváří automatické rektum.

- **4. fáze – Chronická**

Dochází k vyhasínání reflexní činnosti. Tato fáze trvá mnoho let a jedná se o fázi terminální (Faltýnková 1993).

2.1.3 Druhy poškození dle výšky léze

Dle výšky poranění míchy se v souvislosti s motorikou rozlišuje:

- **Pentaplegie** – poškození míchy v oblasti segmentů C1–C4. Následuje ochrnutí všech končetin, bránice a ochrnutí trupového a břišního svalstva. Tento stav není slučitelný se životem.
- **Kvadruplegie (tetraplegie)** – poškození míchy při lézi v rozsahu segmentů C5–Th1, kde se objevuje částečná ztráta pohyblivosti HKK a úplná ztráta pohyblivosti na trupu a DKK.

  Při lézi **C5–C6** je dýchání brániční. Jedinec se může částečně oblékat na horní polovině těla, lehat si nebo sedat na lůžku. Vyskytuje se částečná samostatnost při močení. Mechanický vozík dokáže sám postrkovat po rovině, občas ale za pomoci kompenzačních pomůcek na úchopy. V některých případech i při této výši léze může jedinec sám ovládat speciálně upravený automobil. I přes toto všechno je zde míra asistence ještě veliká.

Při lézi **C7–C8** je již větší míra samostatnosti. Jedinec může jezdit autem upraveným na ruční styl řízení.

- **Paraplegie** – vzniká při lézi hrudní míchy v oblasti segmentů Th1–Th12, zde již nejsou poškozeny HKK.

  U léze **Th2–Th5** se vyskytuje menší dechový objem. Mechanický vozík je nezbytný, lze však s podpěrnými aparáty na DKK a s podpažními berlemi zkoušet i chůzi s přísunem.

  Při lézi **Th6–Th10** je mechanický vozík je stále nezbytný, ale s podpěrnými aparáty a francouzskými holemi se dá trénovat švihová chůze.

  Při lézi **Th11–L3** již možno trénovat chůzi čtyřbodovou.
- **Paraparéza** – léze v oblasti bederní intumescence (L1–S2) s manifestací na DKK. Nejedná se již o poruchu míchy, ale míšních kořenů tvořících caudu equinu. Už se nejedná o centrální porušení nervového systému, ale o periferní. U této výše léze je močový měchýř chabý a nelze ho reflexně vyprázdnit. (Faltýnková 1993, Pfeiffer 2007).

2.1.4 Rozdělení dle kvality sedu

Kromě běžného dělení dle výšky a míry léze, lze také poškození míchy hodnotit podle kvality sedu. Dělí se na 6 stupňů stability sedu, které určují míru aktivit po ukončení rehabilitace. Stupeň 1–4 patří kvadruplegii, 5-6 paraplegii.

- **Stupeň 1** (C4–C5) – jedinec nemůže sedět bez opory, je potřebná pomoc asistenta během různých úkonů,
- **Stupeň 2** (C5, C5–C6) – jedinec se může při sedu opírat o vlastní HKK pomocí loketních zámků, jedinec není schopen zvednout HKK nad hlavu a udržet rovnováhu, i zde je nutná značná dopomoc asistenta,
- **Stupeň 3** (C6, C6–C7) – jedinec se zvládne opřít jednu HK pomocí loketního zámku, zatímco druhou již zvedne do úrovně ramen; po celou dobu by měl být vedle jedince asistent,
- **Stupeň 4** (C7, C7–C8) – jedinec je již schopen zvednout jednu HK nad hlavu, v této pozici se dokáže i předklonit a narovnat, na druhé HK je opora bez

loketního zámku; jedinec je schopen sedu bez opory o HKK; asistent je potřeba při počátečních pokusech o aktivitu,

- **Stupeň 5** (Th1–Th6) – spadá pod vysokou paraplegii; jedinec je schopen sedět bez opory a zvednout obě HKK nad hlavu a hýbat jimi všemi směry; asistent je potřeba při počátečních pokusech o aktivitu,
- **Stupeň 6** (Th10–L) – nízká paraplegie; jedinec sedí bez opory, může chytat míč nad hlavou, asistence již není potřeba (Faltýnková 2004).

2.1.5 Zdravotní důsledky míšní léze a možné komplikace

Autonomní dysreflexie

Vyskytuje se pouze u osob s lézí nad segmentem Th6. Jde o rychlé zvýšení krevního tlaku vyvolané neadekvátní vegetativní reakcí na podráždění pod místem léze. Nejčastěji se jedná o přeplnění močového měchýře při neprůchodnosti močového katetru, či neprůchodnost střev, náhlá příhoda břišní nebo zánět. Vzestup tlaku se organismus snaží korigovat reflexní bradykardií a vazodilatací, ovšem pouze nad místem léze. Toto nejčastěji vede k prudké pulzující bolesti hlavy, pocení, úzkosti na zarudnutí v obličeji. Bez včasného zásahu může dojít až ke krvácení do mozku. Přitom na odstranění obtíží nejčastěji stačí pacienta posadit a zajistit obnovu derivace moči.

Ortostatická hypotenze, tromboembolická nemoc

Déletrvající horizontální poloha pacienta v akutní fázi spojená s plegií DKK způsobuje nedostatečný návrat žilní krve z periferie, a proto při posazování pacientů může docházet ke kolapsovitým stavům. Proto je zde nutná postupná vertikalizace nejprve do sedu s možností opět se rychle položit. Z tohoto důvodu omezení proudění krve je u pacientů současně vyšší riziko tromboembolické nemoci, což vyžaduje dlouhodobou heparinizaci či warfarinizaci.

Poruchy močení

Bezprostředně po poranění míchy se odvod moči řeší nejčastěji permanentním močovým katétrem, později se doporučuje epicystostomie, tedy zavedení močového katetru přes stěnu břišní s nutností pravidelného vyprazdňování. Močový měchýř u těchto osob bývá s vyšším počtem bakterií, proto při nesprávné derivaci moči může dojít až k refluxu moči do ledvin a jejich selhávání.

Poruchy kožního krytu

Na plegické části těla je sníženo prokrvování kůže, což kvůli anestézie může vést k dekubitům. Tyto kožní oděrky nebo proleženiny se vlivem sníženého prokrvení tkáně velmi obtížně hojí a proto je nutné pacienty pravidelně polohovat. Nejčastěji se však dekubity objevují až po delší době vlivem zanedbané péče o tělo. Jejich léčba je zdlouhavá a často se zánět dostane až na kost a může vyvolat sepsi v organismu (Kolář 2012).

Poruchy termoregulace

Teplota těla u vysokých lézí může být závislá na teplotě okolí. Jedná se o velmi závažný stav vyžadující zvláštní péči. Zvýšení tělesné teploty může dojít přehřátím organismu v létě, ale i naplněním střev nebo močového měchýře. Během chladného počasí se zvyšuje riziko prochladnutí s následným nachlazením a zhoršeným dýcháním (Faltýnková 1997).

Poruchy dýchání

Poruchy dýchání jsou přítomny hlavně u akutních poúrazových stádií. V pozdějším období převládají při poranění od hrudních segmentů výše. Při poruše nad segmentem C4 dochází k vyřazení funkce bránice a tím není jedinec schopen samostatně dýchat.

U přerušení míchy nad hrudními segmenty vznikají problémy s kašlem. Vykašlávání je přitom důležitým faktorem k čistění plic od hlenů tvořících se v plicích.

U vyšších lézí nastává k horšímu vykašlávání a v plicích mohou vznikat infekce. Nácvik vykašlávání lze provádět vleže i na vozíku (Faltýnková 2004).

Spasticita

Jedná se o zvýšené napětí svalových vláken se svalovými záškuby. Nastupuje po odeznění spinálního šoku, a to hlavně u vyšších lézí. Naopak poškození bederního a sakrálního úseku je doprovázeno snížením svalového napětí a úbytkem svalové hmoty. Míru spasticity neovlivňuje pouze výška léze. Za náhlé zvýšení spasticity může z vnějšího prostředí např. změna teploty okolí nebo tlaku, z vnitřních podnětů pak např. náplň močového měchýře či střev, tělesná teplota nebo infekce (Faltýnková 1997).

Spazmy vznikají, pokud je pod poškozeným segmentem míchy zachovaná inervace. Inervace převádí vzruchy z těla do míchy, ale jelikož je mícha poškozena nedostanou se do mozku. Místo toho jsou informace posílány stejnou cestou zpět do svalů a způsobují svalové záškuby. Takovýto pohyb není ovládán vůlí a je nazýván reflexní. Trvají-li reflexní pohyby kratší dobu v sériích, jsou nazývány spasmy (Faltýnková 2004).

Pro zvládání spasticity existuje medikace, ale není příliš účinná. Lepší efekt mívá včasná a správně vedená rehabilitace. Později se již jedinec naučí rozpoznávat vlivy zhoršující spasticitu a vyhýbat se jim (Faltýnková 1997).

2.2 KVALITA ŽIVOTA

Pojem „kvalita života“ lze možno chápat z několika aspektů. Zahrnuje oblasti zdraví, fyzické soběstačnosti, spokojenosti s bydlením, finančního zabezpečení, péče o sebe, vztahy s rodinou a známými, ale i oblasti náboženské, filozofické, politické a podobně. Jedná se o pojem založený hlavně na subjektivním vnímání. Dle světové zdravotnické organizace, „World Health Organization“ (WHO), je definice kvality života z perspektivy optimálního zdraví jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoliv jen absenci nemoci či postižení. (Koudelková 2001).

Hodnocení kvality života může být dvojího významu. Buď se zaměřením na kladné pocity (tzv. well-being) a možnosti vlastní péče na jejich zvýšení, anebo se

zaměřením na míru obtíží (tzn. ill-being) a způsob jejich snížení. Kvalita života není pouze o stanovení radostných cílů, jedná se spíše o hledání kompromisu mezi ideálním a reálným. Podobným významem popisuje situaci i Calmanova mezera (tzv. Calman´s gap), kde se porovnává tzv. mezera mezi očekáváním jedince a reálnou situací. Čím je tento rozdíl užší, tím je kvalita života vyšší. Pokud se naopak rozdíl zvětšuje, naznačuje to snížení kvality života (Hogenová 2002).

Kvalitu života ovlivňují způsoby uspokojování lidských potřeb. Americký psycholog A. H. Maslow definoval v roce 1943 Hierarchii potřeb, kde seřadil lidské potřeby dle důležitosti od nejpotřebnějších po méně potřebné. Dle této teorie sestavil pyramidu potřeb o pěti vrstvách. Spadá sem:

- **Fyziologické a materiální potřeby**

Nacházíme zde základní lidské potřeby, např. dýchání, dostatek potravy a tekutin, potřeba vylučování, spánek, domov, zajištění základních životních podmínek.

- **Potřeba soukromí, jistoty a bezpečí**

Patří sem potřeby jistoty, zaměstnání, jako jistoty příjmů, jistota zdraví, potřeba bezpečnosti, jako ochrana před násilím a agresí, ochrana pořádku, spolehlivosti a morálky.

- **Potřeba lásky, přijetí a pospolitosti**

Spadají sem sociální potřeby skládající se z citových vztahů, jako např. potřeba lásky, rodičovství a partnerství, touha po sdružování a přátelství. Důležité je, že jedinec někam a k někomu patří.

- **Potřeba sebeúcty, sebevědomí a uznání**

Řadíme sem potřebu respektu a sebeúcty. Snaha být přijímán, respektován a oceňován druhými. Jedná se též o úsilí z dosažení úspěchu, touha prosadit se, vyniknout a získat prestiž a uznání. Potřeba může být zbrzděna nízkým sebevědomím nebo komplexem méněcennosti.

- **Potřeba sebetranscendence a seberealizace**

Potřeba naplnit své úsilí a schopnosti být lepším člověkem. Je to touha po vzdělání a orientovanosti, novosti, snaha něco vytvářet a přání překročit sebe sama. Lidé naplňující tuto potřebu mají vnitřní etiku nezávislou na vnější autoritě a jsou

spontánní ve svých myšlenkách i činech. Duchovní potřeby se pak nalézají na vrcholu pyramidy (Novosad 2011).

2.2.1 Specifika potřeb osob s handicapem

Dle WHO není zdraví bráno pouze jako nepřítomnost nemoci, ale jako stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody. Od 70. let 20. století se ve zdravotnictví využívá pojem kvalita života, kdy se sledovaly rozdíly v kvalitě života pacientů s různými diagnózami a dopad jejich léčby právě na kvalitu života. Zhoršení soběstačnosti, snížení fyzické výkonnosti, poruchy spánku, sociální izolace nebo omezení denních aktivit se staly konkrétními faktory zhoršujícími kvalitu života.

Kvalitou života handicapovaným lidí se myslí co nejnižší omezení jedince v jeho běžných každodenních aktivitách, snaha o co nejvíce možný návrat do plnohodnotného života před úrazem či nemocí a snahou ovlivňovat své aktivity, svůj život a svůj handicap (Konečná 2002).

Po poranění míchy vzniká omezení hybnosti, což se projevuje snížením samostatnosti a sebeobsluhy a naopak na zvýšení potřeby asistence. Mezi hlavní specifika potřeb osob s míšní lézí patří:

- Omezení či ztráta hybnosti spojená se snížením svobody pohybu
- Vznik patologických pohybových stereotypů vedoucích ke zhoršování zdravotního stavu
- Poruchy jemné motoriky a celková zhoršená koordinace pohybů
- Snížená vůle k životu a oslabená motivace k překonávání překážek
- Nutnost technických pomůcek a opatření, např. doprava či zařízení obydlí
- Potřeba asistence či jiné péče
- Obtížnost s osamostatňováním
- Nutné respektování správné životosprávy a zdravotních opatření (Novosad 2011).

2.3 TĚLESNÉ POSTIŽENÍ

Tělesné postižení (dále TP) spadá do kategorie zdravotních postižení. Nelze tedy tyto dva pojmy chápat jako synonyma. Zdravotní postižení dlouhodobé nebo trvalé omezení možnosti věnovat se běžným aktivitám každodenního života a můžeme ho rozdělit dle několika kategorií:

- Dle doby vzniku na kongenitální (vrozené) a získané,
- Dle hloubky závažnosti na lehký, středně těžký a těžký stupeň,
- Dle charakteru na funkční a orgánové,
- Dle druhu na pohybové, sluchové, zrakové, řečové a mentální poruchy, poruchy chování, parciální a vícečetná postižení (Fischer, Škoda 2008).

Tělesným postižením rozumíme vady na nosném a pohybovém aparátu. TP se vyznačuje nápadnými odchylkami s dopadem na tělesné a pohybové schopnosti jedince. Jedná se tedy o přetrvávající či trvalé poruchy hybnosti působící na poznávací, sociální a emocionální výkony (Renotiérová, Ludíková 2006).

2.4 PSYCHICKÉ ZMĚNY PO PORANĚNÍ MÍCHY

Poranění míchy bývá nejčastěji způsobeno úrazem. Tedy situací, na kterou se člověk nemůže psychicky ani nikterak jinak připravit. Běžně má každý jedinec naplánovanou budoucnost na hodiny, dny, týdny i roky. A náhle je tato linka přerušena a zdravý člověk se mění v pacienta. Mění se jeho životní rytmus, dostává se do neznámého prostředí a převažují negativní emocionální prožitky. Objevuje se strach a úzkost ze ztráty hybnosti, zaměstnání, rodiny či přátel. Jedinec v takovéto situaci žije hlavně přítomností, minulost se zdá být nesmírně vzdálená a budoucnost nejistá. V této fázi je hlavní nevzbuzovat plané naděje, ale současně předčasně nepředvídat nepříznivý výhled budoucnosti. Podpora rodiny a přátel je nesmírně důležitá. Adaptace na důsledky míšního poranění je dlouhodobý proces, má svůj vývoj. Nesmírně záleží na stavu pacientovi psychiky, zda si zvolí aktivní styl, najde si cestu k novému životu a překonávání překážek nebo zda zvolí styl života pasivního (Šrámková 1997).

Každý člověk prožívá náročné životní situace jinak. Je to dáno individuálními rozdíly, např. osobnostními charakteristikami jako míra optimismu, vulnerability

(zranitelnosti) či resilience (nezdolnosti); tak různými styly, strategiemi a taktikami vyrovnávání se s těžkostmi (Křivohlavý 2002).

V klasifikaci náročných životních situací sestavenou roku 1964 Holmesem a Rahem zaujímá úraz nebo vážná nemoc šestou příčku. Náročnějšími je hodnocena smrt životního partnera nebo blízkého příbuzného, rozvod, rozvrat manželství a uvěznění (Špatenková 2004).

Rozlišují se dvě základní možnosti zvládání situace:

- Zaměření se na sebe, kdy se jedinec zaměřuje hlavně na své emoce a sám sebe a stres se pokouší redukovat pomocí únikových mechanismů,
- Zaměření se na problém, kdy se jedinec zaměřuje na prostředí a snaží se ho ovlivnit či dokonce změnit, hledá adekvátní informace a jejich způsoby řešení (Špatenková 2004).

Pro zvládání obtížných životních situací existují obranné mechanismy. Bývají někdy charakterizovány jako iluzorní, klamné někdy až matoucí. Jsou jimi:

- Represe – obtížná situace je vnitřní cenzurou vytlačena z vědomí,
- Suprese – jedinec si je vědom toho, co se přihodilo, ale záměrně situaci silou vůle zaclání,
- Regrese – jedinec sestupuje na vývojově nižší stupeň, např. že se dospělý jedinec začne chovat jako malé dítě (pláče, vzteká se),
- Inverze – převrácené chování, např. i přes zjevnou velkou bolest se jedinec chová jako by ho nic nebolelo,
- Introjekce – starosti druhých lidí si jedinec promítá do svého života,
- Popírání – jedinec si zakazuje myšlenky na danou věc, situaci,
- Intelektualizace – jedinec si hledá intelektuální důvody pro své nesmyslné chování,
- Racionalizace – jedinec hledá racionální důvody pro své chování,
- Externalizace viny – jedinec (z pravidla nesprávně) obviňuje ostatní z toho, co se mu přihodilo,
- Sebeobviňování – jedinec (z pravidla nesprávně) nadměrně obviňuje sám sebe z toho, co se mu přihodilo,

- Identifikace – ztotožnění; jedinec si představuje, že je jeho stav shodný s někým jiným, a to jak z lepšího, tak i horšího hlediska,
- Projekce – jedinec přisuzuje vlastní chyby druhým, často si promítá svoje záměry do chování ostatních (Křivohlavý 2002).

2.4.1 Časový průběh zvládání těžkých životních situací

Existuje několik modelů popisujících vyrovnávání se s těžkou životní situací, mezi nejznámější patří pětifázový model Elizabeth Kübler-Rossové:

1) Fáze negace a šoku – jedinec popírá vše, co se mu stalo (trauma, nemoc, úraz),
2) Fáze hněvu a agrese – jedinec se bouří a vzdoruje proti vzniklé realitě,
3) Fáze smlouvání – jedinec zkouší vyjednávat možné podmínky vzniklé situace,
4) Fáze deprese a smutku – jedinec začíná chápat, že situace je nezvratitelná,
5) Fáze smíření – jedinec situaci přijímá a akceptuje (Křivohlavý 2002).

Křivohlavý (in Šrámková 1997) popisuje další model prožívání psychické krize po úrazu míchy, taktéž rozdělený do 5 úrovní:

1) Fáze výkřiku – na jedince doléhá zmatek, strach, panika. Projevuje se buď křikem a pláčem nebo naopak apatií a depresemi,
2) Fáze popření – dochází ke snaze potlačit fakt úrazu a z něho vyplývající postižení. Jedinec je otupělý, apatický, ztrácí pojem reality a tok myšlenek je rigidní. Pokud tato fáze trvá dlouho, může narušit průběh rehabilitace,
3) Fáze intruze – vyznačuje se vtíravými myšlenkami týkající se úrazu, jedinec ztrácí možnost racionálně myslet i na jiné situace než úraz. Mohou se vyskytovat poruchy spánku, úzkosti, strach, obviňování či agrese vůči rodině nebo zdravotnickému personálu. Typickým bývá oslabení vůle,
4) Fáze vyrovnání – jedná se o dlouhodobý proces vyrovnání se s úrazem a následky. Jedinec začíná přemýšlet nad tělesnými a sociálními adaptacemi,
5) Fáze smíření – jedinec již dokáže nad úrazem přemýšlet bez deprimace. Dochází k vnitřnímu sžití s tělesným postižením.

V obou modelech je nutné počítat se značnou mírou individuality. Zmíněné fáze probíhají v různé časové délce, u někoho se mohou fáze střídat či dokonce může některá z nich chybět.

Dle Šrámkové (in Wendsche 1993) se u těžkých poranění dlouho střídají fáze popření a intruze a ne vždy se zadaří vhodná adaptace. Častým pocitem je odepsání se. Opačným extrémem je dekompenzace, tedy nesmíření, kdy je jedinec netrpělivý, zaujímá agresivní postoj a bojuje proti všemu a všem. Naopak uzavírání se do sebe a nespolupráce je znakem pasivní adaptace.

Velký vliv na průběh krize má osobnost člověka. Osobnost vyrovnaná, aktivní a vyzrála se adaptuje lépe nežli osobnost labilní, nevyzrálá a úzkostná. Důležitou roli hraje sociální zázemí jedince, hlavní je opora dobře fungující rodina. V žádné z fází vyrovnávání se s novou životní situací se nesmí zapomínat právě na rodinu a blízké, jelikož i oni si prochází psychickým vývojem situace. Není však vhodné, aby jedinec předběhl své blízké s fází smíření, rodina by s ním měla držet krok (Šrámková 1997).

2.5 AKTIVITY V PŘÍRODĚ

Aktivity v přírodě patří k běžným zájmům v populaci. Bývají prováděny za účelem prožitku přírody a scenérií, snížení stresu, nalezení klidu v přírodě, užívání si vlastního života či k relaxaci. Jedná se o alternativy k drahým formám cestování. Outdoorové aktivity jsou také často využívány k vytváření kolektivu a ke vzdělávání (Jensen 2006).

2.5.1 Principy modifikace

Principu modifikace lze dosáhnout vhodným přizpůsobením projektu a zodpovědnou přípravou, kterou lze rozdělit do 6 základních bodů:

1) Zajištění informací, podpory a zdrojů – kontakt s odborníky a organizacemi v dané sféře
2) Zjištění postojů instruktorů – setkání instruktorů s postižením a příprava pro práci s nimi

3) Specifické informace o klientech a jejich možnostech – mezi hlavní informace patří (pokud jsou) předchozí zkušenosti s danou aktivitou
4) Příprava daných adaptací – výběr adaptačních prostředků pro zapojení jedince do skupiny

5-6) Realizace a hodnocení programu – samotné zapojení jedinců do aktivit a hodnocení hlavně ve smyslu zpětné vazby (Kudláček 2004).

Mezi další možnosti úprav patří využívání vhodných materiálů, modifikace prostředí, úprava pravidel, postupné učení dovedností a průpravné aktivity (Trčka 2008).

2.5.2 Aktivity v přírodě pro osoby s handicapem

V České republice je propojování aktivit osob s a bez handicapu zatím stále ve vývinu. V zahraničí existují profesionální skupiny věnující se terapeutickému využití aktivit v přírodě a rekreace pro komplexní rehabilitaci.

V USA existuje obor *Therapeutic rekreation* se zacílením na rozvoj a naplnění volnočasových aktivit pro zlepšení zdraví, nezávislosti a kvality života. Tito terapeuti jsou poté v nemocnicích, rehabilitačních ústavech a rekreačních centrech.

Dalším oborem je *Adventure therapy*, kde se využívá programů v přírodě osobám s míšní lézí. Zde je terapie podpůrná hlavně v hledání sama sebe po poranění míchy. Příroda však může jak pozitivní v tom, že jedinec odvede své myšlenky od svých starostí, současně ale negativní, že mu připomene, jaké má rozhraní v tom, dostat se kam potřebuje.

Mezi další obory patří *Wilderness inquiry*, jejímž mottem je, že integrace je mnohem jednodušší, je-li jedinec mimo své obvyklé prostředí, zvyky a chování. Každý jedinec se zde podílí na rušení stereotypu a jakoukoliv funkcí, kterou zvládá obstarat – ať už je to vedoucí skupiny nebo navigátor. Mezi hlavní aktivity patří zimní cestování se psím spřežením a letní sjíždění řek. Tento obor se zaměřuje i na kompenzační pomůcky, jako např. upravené sedačky do kanoí, modifikované běžky, monoski nebo speciální horská kola (Kudláček 2004).

2.5.3 Možnosti aktivit v přírodě

Pokud zajistíme dostatečnou míru adaptace spolu s vhodně upraveným vybavením, mohou se osoby po poškození míchy zapojit do celé řady aktivit. Mezi ty základní patří:

- Kanoistika, kajaking, windsurfing, jachting, rafting
- Lyžování (monoski, biski)
- Běh na lyžích (jízda na sledge), biatlon
- Cyklistika (handbike)
- Jezdectví, jízda se psím spřežením
- Lukostřelba, střelba z kuše
- Paragliding, tandemové seskoky
- Potápění
- Dobrodružné výlety, geocatching
- Čtyřkolky, sněžné a vodní skútry (Trčka 2008).

2.5.4 Vodní turistika

Vodní turistika odbourává handicap a umožňuje jedinci volnost pohybu v přírodě, pohyb bez bariér a alespoň pro chvíli vymazání rozdílů mezi ním a nehandicapovaným jedincem. Jedná se o využití volného času v přírodě, kdy si jedinec výběrem řeky může zvolit, zda bude aktivita poklidná či s příměsí adrenalinu. Díky vodní turistice dochází k odbourávání strachu z neznámého prostředí a z vody. V neposlední řadě zde jedinec získá nové kontakty a zážitky a tím se zlepšuje jeho míra socializace (Doležal 2003).

Jedním z hlavních důvodů, proč začít s vodní turistikou, je možnost poznat nová zákoutí přírody, kam by se za jiných okolností jedinec na vozíku dostal pouze obtížně (Dubský 2006).

2.5.5 Možnosti vodní turistiky pro osoby s míšní lézí a nutné úpravy vybavení

V ČR se začaly možnosti využití vodní turistiky i pro handicapované vytvářet až po listopadu 1989. Do této doby docházelo v populaci k segregaci handicapovaných a jejich znevýhodňování v pracovním i společenském uplatnění. Nebyly tolik známy jejich potřeby, proto byla spousta veřejných zařízení bariérová. Veřejnost nebyla informována o jejich problémech. Proto bylo obtížné zkvalitnit handicapovaným život jakýmkoliv sportem, nejen vodní turistikou (Potměšil 1996).

Během samotného výcviku je nutné jedince ujistit, že všechna rizika budou sníženy na minimum a že nebude neustále vystaven studené vodě. Nejčastěji se volí návštěva střediska vodních sportů, kde je jedinci představeno prostředí a možnosti průběhu jako příjezd, sociální zázemí, bezbariérové vstupy, přístup do vody. V následující praktické ukázce by měl být jedinec seznámen i přímo s pobytem v kanoi, a to buď jako pasivní účastník nebo i se zapojením se do pádlování (Doležal 2003).

Pro účast osob s míšní lézí na splouvání řeky je nutné využít vhodných kompenzačních úprav daných pomůcek:

- Plavidla – nutno určit podle výšky léze a schopnosti stabilního sedu, nejčastěji se využívají gumové kajaky a kanoe. Jedinec má možnost sedu s opěrkou. Lodě jsou stabilnější, a proto jsou na českých klidnějších řekách vidět nejčastěji.
- Pádla – nejčastější úpravou jsou pádla zkrácena, která vyrovnávají výškový rozdíl u osob, které místo na klasických sedačkách sedí na speciálně upravených; mezi další modifikace patří pádla odlehčena nebo s menší plochou listu.
- Vodácké vesty – jejich používání je povinně pro vozíčkáře, ale i pro asistenty. Navíc chrání před chladem a nárazy (Dubský 2008).

2.5.6 Střediska umožňující aktivity v přírodě osobám po poranění míchy

Centrum Paraple (CP)

www.paraple.cz

Centrum Paraple je obecně prospěšná společnost založená v roce 1994 Zdeňkem Svěrákem a občanským sdružením Svaz paraplegiků. V Centru jsou pořádány převážně třítýdenní pobyty se zaměřením na sociální a rehabilitační sféru. Kromě těchto pobytů ale jezdí CP i na týdenní kurzy, kde si mohou klienti vyzkoušet nejrůznější pohybové aktivity. Dané kurzy jsou: lyžařské, cyklistické, vodácké, čtyřkolky, všeobecný sportovní, či potápěčský.

Sportovní klub vozíčkářů Praha (SKV)

www.skvpraha.org

SKV je úzce spjato s Centrem Paraple, kde má i sídlo. V současné době nabízí aktivity jako stolní tenis, florbal, lyžování a orientační závod, potápění, outdoorový oddíl a tanec.

Cesta za snem

www.cestazasnem.cz

Cesta za snem je organizace zaměřující se hlavně na zážitky osob s handicapem. Pořádají celorepublikový Handy cyklo maraton, zážitkové víkendy, létání ve větrném tunelu apod. Zaměřují se na širší skupinu lidí, kromě osob s míšní lézí např. i amputáře, nevidomé či neslyšící.

CZEPA

www.czepa.cz

Nezisková organizace vznikla původně pod názvem Svaz paraplegiků v roce 1990 a své nynější jméno získala roku 2011, tedy CZEPA – Česká asociace paraplegiků. Organizace pomáhá lidem po poškození míchy zkvalitňovat život v mnoha odvětvích. Pomáhají s legislativou, poskytováním služeb a vnímáním vozíčkářů širokou

veřejností. Úzce spolupracuí s Centrem Paraple, Evropskou federací spinálních pacientů nebo Českou společností pro míšní léze ČSL JEP.

2.6 WILDERNESS TERAPIE

Wilderness terapie (dále WT) se zabývá léčebným působením v oblasti péče o duševní zdraví se zaměřením na skupinu. Dochází zde ke kombinaci léčivé síly přírody s tradičními strukturovanými postupy, se kterými pracuje individuální či skupinová psychoterapie (Russell 2000).

Na rozdíl od klasické ambulantní či ústavní péče dochází k terapii přímo v přírodě. Venkovní prostředí nabízí jedincům zcela jiný prostor pro nalezení sebe sama a porozumění svým problémům. Využívá se zde nezvyklého prostředí pro terapii, které může být krásné ale i nehostinné, kde se zvyšuje možnost sebereflexe a vytvoření podporujících vztahů (Russell 2000). WT patří do pobytových služeb. Délka léčby se může lišit. A to od krátkodobých trvajících pár dnů, až po dlouhodobé na několik měsíců.

Mezi klíčové faktory WT patří:

- K dosažení vnitřního růstu se využívá přírodních podmínek samotného pobytu, reflexe a zručnosti,
- Program se staví o terapeutické základy, klienty jsou vybíráni po psychologické diagnostice je jim stanoven individuální plán,
- Veškeré úkoly a aktivity jsou připraveny profesionály pro pobyt v přírodě, současně však přinášejí terapeutický posun,
- Individuální i skupinové terapie jsou vedeny odborníky,
- Využívá se spolupráce s rodinami klientů, kdy se sleduje hlavně období po samotném pobytu a hodnotí změny dosažené u klienta,
- Zařazení klientů do terapie probíhá po žádosti klienta samotného, jeho zákonných zástupců či na základě posouzení státní instituce zodpovědné za zdraví klienta (Russell 2001).

2.6.1 Druhy WT

Vzhledem k tomu, že WT probíhá v různých zemích a může být vždy pochopena odlišně, vzniká různorodost daných postupů v terapii. Odlišnosti můžeme sledovat v délce pobytů, místě konání, složení klientů, vyškolení terapeutů nebo velikosti skupin. Mezi další rozdíly patří zapojování rodin do terapií, či zda spolupráce s klientem probíhá jednorázově nebo dlouhodobě (Fernee et al. 2015).

Pokud bychom dělili WT podle délky trvání a místa pobytu, existují 3 základní skupiny:

1) **Expediční model** – skupina klientů je celou dobu na cestě, není zde žádný základní tábor odkud by se vyráželo každý den jinam. Klienti si nesou veškeré příslušenství s sebou. Tento model se řadí mezi krátkodobé, kdy délka terapie nepřekračuje 60 dní (Vissell 2004),
2) **Krátkodobý rezidenční pobyt** – účastníci se v tomto typu WT zdržují většinu času v základním táboře a teprve až ke konci pobytu se skupina vypravuje na 10 – 14 denní výpravu do divočiny. Tento typ pobytu trvá od 6 do 12 týdnů (Hagan 2002),
3) **Dlouhodobý rezidenční pobyt** – jedná se o druh WT podobný předchozímu, opět jsou klienti v základním táboře, stranou od civilizace. Zde se nevyužívá dlouhodobého putování přírodou, ale spíše o začlenění aspektů divočiny do každodenního života klientů. Délka terapie tohoto typu se pohybuje od 9 měsíců až po dobu 2 let (Hagan 2002).

Mezi další hodnotící aspekty se řadí složení skupiny na **otevřené** nebo **uzavřené**. V uzavřené skupině se složení klientů po celou dobu terapie nemění. Současná praxe se však přiklání ke skupině otevřené, kde se klienti v průběhu terapie postupně mění. Výhodou těchto skupin je hlavně dynamika, kdy účastníci přebírají různé role ve skupiny podle toho, v jaké fázi terapie se aktuálně nacházejí, např. adaptace nových klientů dlouhodobými klienty neboli také peer tutoring (Gillis, Russell 2017).

Rozdíly ve složení skupin může být i **genderové**. Hlavně u dlouhodobých typů terapie převládají homogenní typy skupin (Hagan 2002). Dále se skupiny liší v míře **dovoleného kontaktu s okolím**. Tento kontakt může probíhat formou korespondence,

občas se vyskytují i tzv. rodinné wilderness terapie, kdy se účastní rodiče s dětmi (Rosol 2000).

2.6.2 Fenomény WT

Odlišnost WT terapie spočívá hlavně v tom, že neprobíhá v klasické místnosti, jak jsme dosud terapie znali. Existují základní prvky, které propojují všechny přístupy WT a dá se tak hovořit o tzv. **4-faktorovém léčebném modelu**, kdy každý prvek už sám o sobě má tendenci podpořit úspěch terapie:

1) Život venku zahrnující cílené výzvy a úkoly,
2) Příroda jako regenerační prostředí,
3) Skupina vrstevníků a skupinové terapie,
4) Strukturovaná a individuální terapie (Russell 2001).

2.6.3 Faktory WT

Výstup z komfortní zóny

Příroda představuje neznámé prostředí s minimem standardů, které byl klient zvyklý využívat. A právě vytržení z tohoto komfortu, jako je lednice, internet, postel, známí lidé, bývá cestou k úspěchu terapie (Williams 2000). Tento výstup je pro správný efekt terapie nezbytné. Zůstal by-li klient ve svém známém a pohodlném prostředí, spousta vnitřních faktorů by se změně bránilo (Gass 1993). Až jakmile dojde k opuštění komfortní zóny, přestává fungovat klientův klasický sociální rámec identity: Klient má náhle možnost přehodnotit své tvrzení sám o sobě a získává nové zkušenosti, kterými se může spustit změna (Williams 2000; Peel, Richards 2005).

Výzva

Efektivita terapie vychází i mimo jiné z drobných každodenních výzev a bitev, které klient během terapie podstupuje. Emoce (stres, zranitelnost, úzkost) vyvolané během prožitků v přírodě přispívají k novým terapeutickým možnostem a umožňují cesty ke změnám (Russell, Phillips-Miller 2002; Rutko, Gillespie 2013).

Mezi takovéto výzvy může patřit i obyčejné promoknutí. Běžně si výlety neplánujeme za deštivého počasí a když už člověka déšť zastihne, schová se např. do nejbližší hospody. Zde ale klient funguje dál, plní výzvy téměř za každého počasí, což ho opět posouvá k novým zážitkům. Další výzvou může být i získání nových fyzických dovedností, které běžně v civilizaci nepotřebujeme (rozdělání ohně, zhotovení úkrytu, orientace v divočině) a které rovněž vedou ke zvýšení sebevědomí (Russell, Phillips-Miller 2002).

Další výzva se vyskytuje v terapiích otevřeného typu, kde se neustále může měnit složení klientů. Zde je pak typické, že klienti účastnící se déle, se stávají mentory pro nově příchozí. Je tak kladek důraz na vedení a zodpovědnost, tedy zkušenosti, které mohou být pro někoho zcela nové (Vissell 2004).

Jednoduchost

V přírodě se nevyskytují podněty, které nás běžně obklopují. Člověk je tak vystaven prostředí bez televize, obchodů, nových zpráv či davů lidí. Náhle se naskytuje možnost více vnímat přítomný okamžik, nepřemýšlet stále ve stresu nad tím, co musí člověk udělat, jaké termíny ho tlačí. Klientův den se začne odvíjet hlavně od obstarání každodenních činností jako je příprava jídla, výběr místa k přespání apod. Klientův život se náhle stává jednodušší, vyskytuje se ve skupině pár lidí. Většinou jsou tyto vlivy popisovány jako uklidňující, soustředěné a více přítomné (Bettmann, Jasperson 2007).

Intenzita

Na rozdíl od klasické terapie, kdy se klient s terapeutem setkává na 1-2 hodiny, probíhá ve WT terapeutický proces prakticky nepřetržitě. Zatímco v rezidenční formě léčby je skupinová interakce dána rozvrhem na standartně 2-5 hodin denně, ve WT je přítomno neustálé působení členů skupiny. Klienti se zde učí spolupracovat na každodenních činnostech, jako je čas vstávání, příprava jídla, úklid tábořiště, přesun na nové místo, výběr vhodného místa pro stanování, rozdělání ohně apod. (Williams 2000).

Čím delší, a tedy intenzivnější výprava je, tím hlubší terapeutický efekt nastává. Nechat civilizaci za sebou a ponořit se do hlubin přírody dává klientovi možnost reflektovat své pocity, bytí, myšlenky a jednání (Jordan 2015).

Sounáležitost skupiny

I když stráví klienti téměř celý den i interakci, nejedná se automaticky o interakci terapeutickou. To, co činí skupinu terapeutickou, je *sociální mikrokosmos*, ke kterému dochází, mohou-li se klienti chovat přirozeně, bez zábran a odložit svou sociální masku, se kterou do skupiny přišli (Williams 2000). Toto odložení způsobí povolení maloadaptivního chování, které se začne projevovat v interpersonálních vztazích. Skupina má poté možnost nastavit klientovi obraz jeho vlastního chování a on si může opět lépe uvědomit sama sebe (Hoang et al. 2013). Díky prodlouženému času interakce mezi klienty WT dochází k rychlejšímu vytvoření sociálního mikrokosmu než u rezidenčního typu terapie. Skupina musí čelit různým výkyvům nálad všech členů, jelikož na ně zde více působí stres, únava nebo bolest než v klasické léčebné instituci. Z těchto důvodů dochází k mnohem bližšímu uvědomění si sama sebe i ostatních (Williams 2000). Už jen účast v takovéto terapeutické skupině může zapůsobit léčebně a přispět ke změně. Aby se klienti mohli lépe vyrovnávat se svými psychickými problémy, je důležité vetvořit pocit sounáležitosti. Proto v těchto skupinách probíhají procesy jako zpětná vazba, emoční podpora, konfrontace nebo korektivní emoční zkušenost (Kratochvíl 2009).

Právě ve WT je větší možnost pro rozvoj hlubších vztahů. Jde o délku a intenzitu interpersonálních interakcí, které příroda nabízí. Skupina si od svých členů žádá vzájemnou podporu a spolupráci. Během WT nastávají takové napjaté situace, vyžadující semknutí skupiny, které nikdy klasická léčebná instituce nemůže nahradit (Williams 2000).

Svoboda a rovnost

Pozitivním vlivem, na rozdíl od uzavřených prostor místnosti či areálu léčebny, se klienti při WT necítí býti svazováni pomyslnými hranicemi. Příroda je otevřená všem a všichni v ní zažívají stejné podmínky. A to ať už se jedná o počasí, styl kempování, snížené možnosti stravování apod. (Williams 2000).

3 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

3.1 Cíl práce

Zjistit, jaké je očekávání možného vystoupení z komfortní zóny u osob po poranění míchy během vodní turistické akce.

3.2 Úkoly práce

1. Načerpat teoretické znalosti z různých zdrojů o dané problematice z pohledu medicínského, sociálního a psychologického.
2. Zajištění spolupráce se Sportovním klubu vozíčkářů Praha a dohodnutí podmínek akce.
3. Příprava rozhovoru a dotazníku STAI, konzultace s psycholožkou.
4. Průběh samotné akce splouvání řeky s odebráním odpovědí respondentů před a po akci.
5. Vyhodnocení dotazníkových odpovědí a rozhovorů, porovnání rozdílů. Opětovná konzultace s psycholožkou.
6. Porovnání mnou získaných dat s jinými bakalářskými a diplomovými pracemi podobného zaměření.

3.3 Výzkumné otázky

Za účelem dosažení výše uvedeného cíle byly formulovány následující výzkumné otázky:

1. Jaké je očekávání od vodní turistické akce u osob po poranění míchy?
2. Jaká je seberealizace osob s míšní lézí na vodní turistické akci?

3.4 Timing

Leden 2020 – abstrakt k DP

Leden – duben 2020 – sběr a zpracování teoretických poznatků

Květen – červen 2020 – zpracování dotazníku, konzultace s psycholožkou získání souhlasu Etické komise

Červen 2020 – vodácká akce

Červenec – říjen 2020 převedení dotazníku do PC, konzultace s psycholožkou

Říjen 2020 – duben 2021 – dokončení praktické části, zpracování příloh, vzhled práce

4 METODIKA

4.1 Metody výzkumu

K diplomové práci byl zvolen typ výzkumu teoreticko-empirické práce kvalitativního charakteru s využitím metod sběru dat: polostrukturovaný dotazník vlastní konstrukce a standardizovaný dotazník STAI. Tato kombinace byla konzultována s psycholožkou se zaměřením na osoby po poškození míchy a jejich opětovnou aktivizaci.

U kvalitativního výzkumu se jedná hlavně o interpretaci a popis lidského či sociálního problému. Snaží se poukázání na celostní, holistický obraz o studovaném jevu. Jeho hlavním cílem je porozumění a objasnění sociální reality. Mezi kvalitativní výzkum řadíme v podstatě jakýkoliv výzkum, který k dosažení cíle nevyužívá žádné statistické metody (Švaříček, Šeďová a kol 2007).

4.1.1 Polostrukturovaný dotazník, rozhovor

Mezi nejčastější metody sběru dat v kvalitativním výzkumu patří rozhovor. Používá se pro něj označení hloubkový rozhovor, který můžeme definovat jako nestandardizovaní dotazování účastníka výzkumu pomocí otevřených otázek. Mezi dva základní typy hloubkového rozhovoru je považován nestrukturovaný neboli narativní rozhovor a polostrukturovaný rozhovor. Ten se skládá z předem připravených otázkách, jejich pořadí lze měnit. Respondent má tak prostor pro vlastní vyjádření. V průběhu rozhovoru mohou být některé otázky vynechány, jiné naopak přidány. Tazatel otázky rozvíjí podle potřeb v průběhu rozhovoru. Lze tak lépe objasnit výzkumnou realitu. (Švaříček, 2007).

Rozhovory byly vedeny s respondenty před zahájením akce a po jejím ukončení.

4.1.2 Dotazník STAI

Autory tohoto dotazníku s názvem *State-Trait Anxiety Inventory (STAI)* jsou C. D. Spielberger, R. Gorsuch a R. Lushen. Dle Spielberga úzkostnost jako rys souvisí s individuální náchylností k prožívání úzkosti a úzkost jako stav vyjadřuje momentální prožívání neboli aktuální pocit úzkosti. Dotazníky přeložili Jozef Müllner, Imrich Ruisel a Gabriel Farkaš, kteří jej roku 1980 vydali i s česko-slovenskými normami. Přeložené dotazníky jsou součástí přílohy.

Verze STAI X je tvořena ze dvou částí:

- První část STAI X-I měří úzkost, tedy pocity subjektivního napětí měnící se v intenzitě a čase. Jsou zde zastoupeny položky, které vykazují vyšší průměrné hodnoty ve stresových situacích než v nestresových. STAI X-1 měří aktuálně prožívanou úzkost, ptá se na otázku: *„Jak se cítíte právě teď?“*
- Druhá část dotazníku STAI X-2 měří úzkostlivost, vlastnost či úzkostný sklon a podle Spielbergera (in Müllner 1980) se řídí všeobecnými charakteristikami, jako např.: individuální rozdíly v tendenci vnímat svět, dispozice odpovědět předpověditelným způsobem nebo individuální rozdíly v projevech emočních stavů. Ptá se na otázku: *„Jak se obvykle cítíte?“*

Každá část obsahuje 20 položek. V obou částech dotyčný uvádí míru souhlasu s výroky na čtyřbodové stupnici 1-4. Škála úzkosti a úzkostnosti je následně vyjádřena jako skóre získané sčítáním, takže v každé ze dvou výše zmíněných částí může nabýt hodnotu 20-80. Čím vyšší skóre, tím je předpokládaný vyšší stupeň úzkosti (*X-1*) a úzkostnosti (*X-2*).

Studie uvádí, že vyšší míra úzkostnosti souvisí s častějším výskytem chronických, tedy déle jak tři měsíce trvajícím, onemocnění nebo s vyšším procentem užívání léků dané skupiny, např. analgetika. Autoři studie doporučují dotazník (hl. část STAI X-2) využívat jako praktický nástroj k odhalení tendence prožívat život úzkostně (American psychological association 2011).

4.2 Charakteristika výzkumného souboru

Předmětem zájmu této práce byla vodácká akce Sportovního klubu vozíčkářů a jejich klienti. Věkové hranice nebyly vlivem nízkého počtu vozíčkářů stanoveny, věkové rozmezí bylo od 18 do 59 let. Rovněž zastoupení pohlaví bylo zcela náhodné, a to v počtu 5 žen a 2 mužů.

Polostrukturovaný rozhovor byl veden přímo s klienty. Rozhovory probíhaly na místě konání akce v soukromí. Respondentky a respondenti, se kterými byly rozhovory vedeny, souhlasili se zpracováním údajů pro účely diplomové práce. Rovněž byli informováni o tom, že rozhovor je anonymní.

5 VÝSLEDKY

5.1 Polostrukturovaný dotazník, rozhovor – před akcí

Výzkumu se účastnilo 7 respondentů, z toho 5 žen a 2 muži. Věková hranice se pohybovala od 18 do 59 let. Z těchto údajů vyplývá, že se jednalo o velmi široké spektrum osob.

Na otázku, jak dlouho jsou na vozíku, odpovídali respondenti od 6 do 29 let, v průměru se tato hodnota pohybovala na 19, 3 letech.

V otázce týkající se jejich předchozích zkušeností se splouváním řeky, odpověděla většina průměrné znalosti, z odpovědí mimo rozhovor většina uvedla, že měla zkušenost se splouváním i před úrazem míchy.

Graf 7Vaše zkušenosti se splouváním řeky?

Na otázku *„Jaké 3 očekávání máte od této akce všeobecně?“* odpovídali respondenti nejčastěji, že se těší na kontakt s přáteli (4), zábavu (3), nové zkušenosti (3), dobrodružství (2), krásy přírody (2), a dále jednotlivé odpovědi jako: první spaní ve stanu, překonávání strachu z nových věcí, sportovní zážitek nebo porovnání svých aktivit s lidmi bez handicapu.

V otázce *„Jaké 3 očekávání máte od této akce, co se týká kolektivu?“* byly nejčastější odpovědi: seznámení se s novými lidmi (5), přátelství (3), společná zábava (2), porovnání svých možností s ostatními handicapovanými (2), a dále jednotlivé odpovědi: organizace takto různorodé skupiny, společná podpora, smazání rozdílů mezi vozíčkáři a nehandicapovanými jedinci, spolupráce s asistenty nebo kolektivní výlet.

V otázce *„Jak jste se na tuto akci připravoval/a fyzicky?“* vévodila se zastoupením 5 odpovědí verze „nijak“, dále jedna respondentka uvedla, že se 6 týdnů připravovala cvičením s thera-bandem pro posílení horních končetin a jedna respondentka akorát čerstvě přijela po měsíci z lázní.

Na otázku *„Jak jste se na tuto akci připravoval/a, co se týká vybavení? Potřeboval/a jste něco nového?“* odpověděli 3 respondenti, že již vše měli z předchozích turistických akcí, zbytek sháněl převážně drobnosti jako nepromokavé oblečení nebo čelovky, pouze jedna respondentka sháněla nový spacák a karimatku.

V otázce *„Domníváte se, že pro Vás bude tato akce velkým vystoupením z komforní zóny?“* byly zastoupeny všechny druhy odpovědí, nejvíce se však vyskytovala možnost, že se respondenti nedomnívají vystoupení z komfortní zóny.

Graf 8 Domníváte se, že pro Vás bude tato akce velkým vystoupením z komfortní zóny?

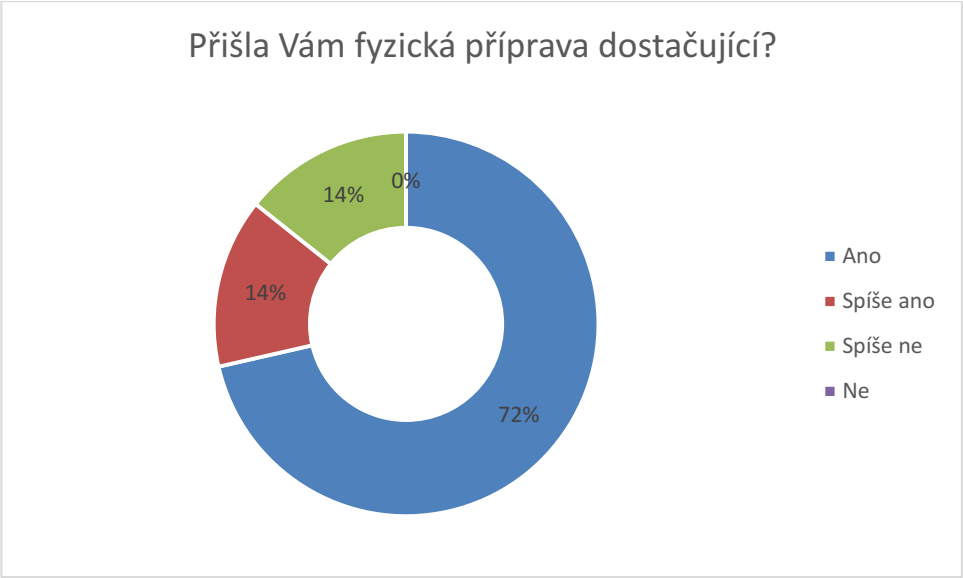
Z výsledků rozhovorů plyne, že většina dotazovaných se nedomnívala, že by pro ně bylo splouvání řeky a spaní v kempu vystoupením z komfortní zóny, proto i většina vynechala fyzickou přípravu. Něco nového do výbavy s sebou si však pořídila více jak polovina respondentů, že čehož plyne, že se dřívější outdoorové akce nekonaly ve vodáckém prostředí nebo že byly uskutečněny v lepším počasí.

Od splouvání řeky si většina respondentů slibovala poznání nových lidí nebo setkání se s přáteli, které již znají. Mezi další často zmiňované požadavky spadala zábava a dobrodružství.

5.2 Polostrukturovaný dotazník, rozhovor – po akci

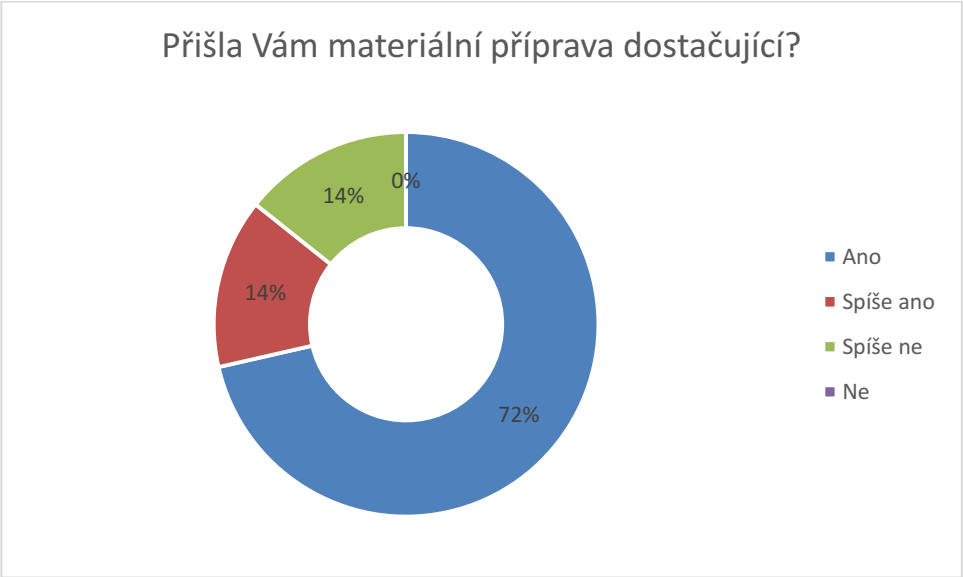
V otevřené otázce *„Jaké byly 3 nejdůležitější zjištění, zkušenosti, které jste během akce získal/a?“* se všichni respondenti shodli na tom, že ani špatné počasí nezabrání člověku v takové akci jako je splouvání řeky, pokud se opravdu chce a pokud je součástí kvalitního, dobrého kolektivu. Dále se již tradičně odpovědi rozcházely, druhou nejčastější (3) bylo navázání nového kontaktu s lidmi jak z prostředí s podobným handicapem, tak i s jedinci bez něho. V dalších jednotlivých odpovědích se vyskytovaly odpovědi jako: překonávání sebe sama po psychické i fyzické stránce; i ve stanu se dobře spí; pár dní se dá kvalitně strávit kempováním a pobytem v přírodě i za nepříznivého počasí; stále je spousta hodných lidí; je nutné mít kvalitní vybavení apod.

Na otázku *„Přišla Vám fyzická příprava dostačující?“* většina shodně odpověděla, že ano. Zde je znát zkušenost daných respondentů se svým tělem a fyzickými aktivitami, které mohou provádět.



Graf 9 Přišla Vám fyzická příprava dostačující?

V třetí otázce *„Přišla Vám materiální příprava dostačující?“* byly odpovědi velmi podobné předchozím. Opět je zde znát zkušenost nejen tedy se svou fyzickou zdatností, ale i s vhodným vybavením.

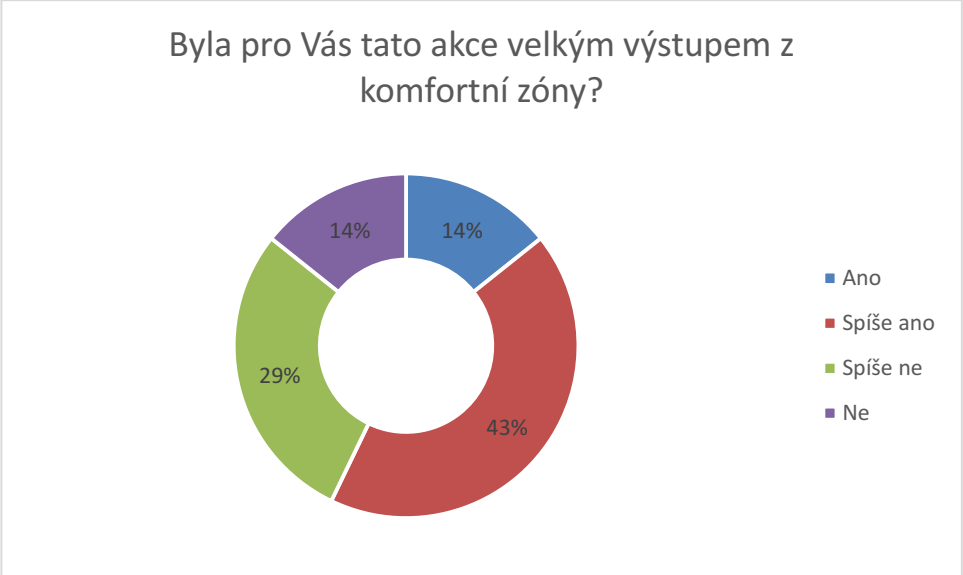


Graf 10 Přišla Vám materiální příprava dostačující?

Na otázku se zaměřením na organizaci akce *„Byl/a jste spokojený/á s organizací akce?“* odpovědělo 71 % respondentů, že ano, zbylých 29 %, že spíše ano. Těchto 29 % bylo způsobeno občasnými prodlevami v zahájení samotného splouvání vlivem nepřízně počasí, za což ale samozřejmě organizátoři nemohou být zodpovědní.

V otázce páté *„Vyhovovalo Vám složení kolektivu?“* uvedlo 86 % respondentů, že ano, zbylých 14 % bylo spíše ano. Z toho plyne, že kolektiv byl kvalitní, jak se již zmiňovalo v otevřených otázkách výše.

Poslední otázka se týkala komfortní zóny *„Byla pro Vás tato akce velkým výstupem z komfortní zóny?“* a ukazuje, že ač téměř polovina respondentů na začátku akce uvedla, že akci za výstup z komfortní zóny nepovažují, na konci již téměř polovina uznala, že se o výstup z komfortní zóny alespoň v nějakém měřítku jednalo.



Graf 11 Byla pro Vás tato akce velkým vystoupením z komfortní zóny?

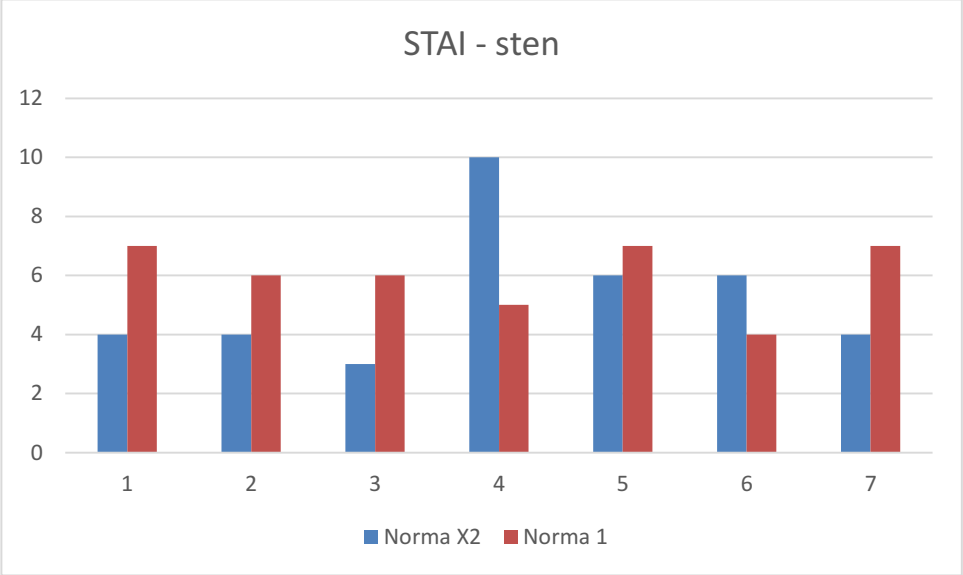
5.3 STAI

STAI – X2 hodnotí, jak se respondenti cítí obvykle, proto jim byla tato verze podána ještě před zahájením akce. STAI – X1 hodnotí, jak se respondenti cítí právě teď a tento dotazník byl zařazen po skončení akce.

V tabulce jsou zaznamenány součty čísel, kterých probandi dosáhli po přiřazení dané odpovědi v dotazníku. K tomuto bodovému skóre připadá určitá stenová hodnota daná tabulkou (příloha F). Každý dotazník STAI X1 a STAI X2 má své normy – stenové hodnoty (příloha H).

	1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*
X2	41	42	38	66	49	47	41
Norma X2	4	4	3	10	6	6	4
X1	49	47	44	41	50	36	50
Norma X1	7	6	6	5	7	4	7

Tabulka 2 Rozdíly v hodnocení dotazníku STAI před akcí (X2) a po akci (X1) s přiřazenými normami hodnocení u jednotlivých respondentů



Graf 12 Míra stenových hodnot před akcí (X2) a po akci (X1) u jednotlivých respondentů

Sten 1-3 = neúzkostní; sten 4-7 = přiměřená, zdravá míra úzkosti, úzkostnosti; sten 8-10 = zvýšená míra úzkosti, úzkostnosti.

V grafu jsou uvedeny stenové hodnoty získané z tabulky podle dosaženého bodového skóre. STAI X2 měří míru úzkostnosti před splouváním řeky a STAI X1

zkoumá úzkost po splouvání řeky. V příloze H je uvedena stupnice stenových hodnot, podle které se zpracovalo vyhodnocení.

Z tabulky a grafu vyplývá, že probandi se před zahájením akce až na výjimky pohybovali v pásmu přiměřené, zdravé úzkostnosti. Výjimkou je jedna respondentka v hranici neúzkostnosti, a naopak jedna v hranici zvýšené úzkostnosti. Po ukončení akce se respondenti pohybovali všichni v míře přiměřené, zdravé úzkosti.

6 DISKUZE

Ráda bych v této kapitole porovnala svou práci s ostatními, podobně zaměřenými, ovšem přímo tématem sledování seberealizace a výstupu z komfortní zóny v outdoorovém prostředí osob s míšní lézí se žádná z mnou vyhledaných prací nezabývá. Mohu tak pouze porovnávat s podobnými pracemi, kde se sledovalo splouvání řeky vozíčkáři v jiných sférách.

Např. Dubský (2008) ve své diplomové práci zjistil, že osoby po poranění míchy, které se věnují splouvání řeky nebo jiné outdoorové aktivitě mají vyšší hodnocení kvality života než osoby se stejným poškozením, které se ale žádné pohybové aktivitě nevěnují.

Dubský (2008) dále zjistil, že polovina jeho respondentů se dále věnuje ještě nějaké sportovní aktivitě. Tuto informaci považuji za důležitou vzhledem k sezónnosti splouvání řeky.

Hradečná (2009) ve své bakalářské práci uvádí výsledky svého výzkumu, že u osob s poraněním míchy mohou programy aktivit v přírodě pozitivně ovlivňovat proces jejich opětovného začleňování se do společnosti. Pro svou práci měla ale také malý statistický vzorek respondentů, proto se jedná pouze o přiblížení situace.

Mezi další důležité zjištění patří, že sportovní aktivity po poranění míchy vyhledávají hlavně osoby, které o něj měli zájem ještě před samotným úrazem (Dardová 2006).

V diplomové práci Trčka (2011) shrnul stávající stav outdoorových aktivit zdravotně postižených osob. Zjistil, že tři čtvrtiny dotázaných respondentů má svou osobní zkušenost s outdoorovými aktivitami, kdy mezi nejčastěji provozované aktivity patří alpské lyžování, cyklistika, kanoistika, lukostřelba a dobrodružné výlety. Dalším výsledkem jeho šetření bylo, že více jak polovina respondentů by v outdoorových aktivitách preferovala víkendové akce pořádané kolikrát za rok, s tím, že pokud by se jednalo o dojíždění do outdoorového centra pravidelněji, preferovali by vzdálenost do 50 km. Náklady spojené s těmito venkovními zájmy by neměly přesáhnout 500 Kč na den. S tím, že tato částka by měla obsahovat zaplacení instruktora, vybavení, stravu a cestovné.

Frekvenci sportovních aktivit se věnuje i Suchý (2007), který ve své diplomové práci naopak uvádí, že většina jeho respondentů odpověděla, že ideální množství sportovních tréninků je 2x týdně. U většiny z nich se pak jednalo o trénink s dopomocí asistenta. Současně ve své práci zjistil, že panuje nespokojenost s financováním sportu osob se specifickými potřebami. Speciálně upravené pomůcky jsou drahé a ne každý si je může dovolit.

Co se týká vybavení vhodného ke splouvání, detailněji ho popisuje ve své bakalářské práci Kordík (2006), který rozděluje vybavení pro osoby s míšní lézí do kategorií podle výšky léze a jejich aktivity do skupin: kvadruparetici, kvadruplegici, paraplegici, paraparetici a léze bez poruch hybnosti.

K samotnému splouvání řeky by se dala připojit i aktivita turistiky vozíčkářů v okolí konání akce. Jak ve své diplomové práci zmiňuje Jonová (2007) není lehké vytyčit vhodnou trasu, aby byla v celém rozsahu bezbariérová, naštěstí však dochází v posledních letech ke značnému rozšiřování těchto aktivit a přibývá tak i možností, jak si případně vodáckou aktivitu nakombinovat i s ostatními druhy outdoorových aktivit.

Vzhledem k velikosti testované skupiny, která tvoří pouze malý statistický vzorek, jsou získané výsledky pouze přiblížením reality nežli jejím konstatováním. K upevnění výsledků by bylo za potřebí většího počtu respondentů, což v roce konání akce nebylo úplně možné vzhledem k probíhající pandemii a tím pádem i nižší účasti sportovců na akcích.

Během mého skromného výzkumu bylo zjištěno, že u 4 respondentů se objevilo vystoupení z komfortní zóny. To je znakem příležitosti k sebepoznávání a osobního růstu, cítí-li se jedinec v dané situaci bezpečně. Tuto podmínku jsme na dané akci, troufám si tvrdit, splnili v co největší možné míře. A to ať už se jednalo o materiální bezpečí ve formě kvality lodí, bezpečnostních opatřeních v nich jako např. záchranné vesty, až po zajištění stanů, tak i bezpečí psychické. Zde se určitě projevila síla skupiny, kde panovala přátelská atmosféra, a jedinci tak dopřála pocit sounáležitosti, až po zajištění asistence ve všech směrech každodenních činností tak i při samotném splouvání. Jedinec má tak možnost využít zázemí, kde se cítí bezpečně pro svůj vlastní

rozvoj. Domnívám se, že by mohlo být zajímavé sledovat aktivity hlavně těchto 4 respondentů nějaký čas po konání akce, zda-li u nich došlo k nějakému posunu. A to ať už po fyzické stránce, že se zapojili aktivněji do podobných outdoorových aktivit, anebo po stránce psychické, že si začali více věřit a našli důvěru v sama sebe k odhodlání poznávání nových aktivit.

Pokud zhodnotíme celkově komfortní zónu a vystupování z ní, pak před samotnou akcí více jak polovina respondentů odpověděla, že se nedomnívají, že by pro ně bylo splouvání řeky a spaní pod stanem vystoupením z komfortní zóny. Jak už ale ukázaly výsledky, hodnocení po akci říká, že pro většinu z nich se o vystoupení nakonec jednalo. Nabízí se tedy otázka, zda by se respondenti účastnili podobných outdoorových zážitků i s počátečním předpokladem vystoupení z komfortní zóny?

Z osobních zkušeností s osobami po porušení míchy a jiných diplomových prací s podobnou tématikou soudím, že odpověď by byla kladná. Nicméně v žádné ze závěrečných prací tato otázka nefiguruje, proto se jedná pouze o domněnku a její potvrzení či vyvrácení by mohlo být dalším tématem ke zkoumání.

Zde by mne také zajímalo, zda si někdo z účastníků akce zjišťoval něco více o outdoorových aktivách osob s míšní lézí. Jaké jsou možnosti a co by bylo pro ně reálné na minimálně vyzkoušení do budoucna, či ještě lépe nějaká trvalá pohybová aktivita. Jak totiž vyplynulo z dotazníků, většina respondentů není zvyklá pravidelně nějakým stylem sportovat.

Je určitě nutné zmínit, že nevýhodou kolektivního sportu osob upoutaných na invalidní vozík je určitě počet spoluhráčů. Dochází zde často k tomu, že rozhodne-li se jedinec pro daný typ sportu, bývá obtížné v místě bydliště sehnat více lidí se stejným druhem postižení, aby bylo možné vytvořit tým. Proto dochází k větší a větší spádovosti jednotlivých týmů. A ne každý má možnost dojíždět pravidelně na tréninky.

I proto je vhodnou alternativou alespoň sport jednotlivců nebo v kombinaci s osobou nehandicapovanou. Jako příklad se dá uvést právě splouvání řeky, protože trénovat se dá i na menších vodních tocích. Dále velmi oblíbený handbike, kde si jedinec opět může rozšiřovat povědomí o okolní přírodě a nemusí být vázán na počet ostatních lidí. Pro objevování přírody si spousta osob na vozíku oblíbila i přídavné

kolečko Freewheel, které se dá jednoduše připevnit k běžnému vozíku a umožňuje lepší jízdu v terénu. V zimních obdobích se pak nabízí možnost lyžování na monoski, kde opět postačí jeden asistent. Nebo dále méně typické aktivity, jako jízda na čtyřkolkách, potápění, sjíždění svahu na speciálně upravených buginách nebo paddleboardy. A pokud zrovna není sezóna nebo vhodné počasí, existují trenažery a speciálně upravené tělocvičny a posilovny pro vozíčkáře. Tuto informaci potvrdila i Dardová (2006), která ve své diplomové práci zjistila, že jedná-li se o menší město s obyvateli do 10 000 obyvatel jsou podmínky pro sportování osob s tělesným postižením velmi omezené. Ve větších městech s počtem obyvatel od 50 000 do 100 000 jsou již tyto podmínky znatelně příznivější.

Velikou roli v zapojení se do sportovních aktivit hraje určitě informovanost. Tyto informace by ideálně měl jedinec obdržet již v rehabilitačních zařízeních. Jak ale zjistil Suchý (2007), není tomu tak. Jako zdroj informací uvedlo v jeho diplomové práci rehabilitační centrum nejméně z respondentů. Naopak jako nejvíce přínosné hodnotí respondenti ostatní sportovce, kteří svou aktivitou a hodnocením přibližují dané sporty i ostatním. I při mém zjišťování spousta osob uvedla, že se o možnosti splouvání řeky dozvěděla od svých známých a kamarádů, kteří již podobnou outdoorovou akci zažili. Zde si myslím, že by prospěla i větší informovanost běžné populace o sportu a outdoorových možnostech využití pro handicapované.

Vidím jako nezbytně nutné vést osoby upoutané na invalidní vozík k pohybovým aktivitám. Jako fyzioterapeutka mám v péči několik osob po poranění míchy a vidím, jaký je rozdíl, pokud se jedinec pravidelně hýbe nebo ne. Rozdíly jsou jak ve stránce fyzické, co se týká výdrže, manipulace s tělem a schopnosti co nejlépe zapojit zbylé funkční svalstvo (a to se zde nezmiňuji o možných zdravotních komplikacích spojených s inaktivitou pohybového systému), tak po stránce psychické, kdy jedinci s pravidelnou pohybovou aktivitou jsou veselejší, více se zajímají o okolní dění, neztratili snahu o poznávání okolí a hlavně – více si věří a chtějí se posouvat dál a dál ve svých možnostech, co jim tělo dovolí. Toto tvrzení ve své práci opět potvrzuje i Dardová (2006).

Zvyšování kondice osob s míšní lézí pomocí vodních sportů dokázal v bakalářské práci Mandát (2019). Ve svém výzkumu sledoval kardiovaskulární kondici v rámci 12 týdnů tréninku na veslařské trenažeru u osob s míšní lézí v Centru Paraple.

Studie se zúčastnilo 6 probandů, tréninky byly ve frekvenci 3x týdně o délce tréninkové jednotky 30 minut. Výsledky v porovnání od vstupního vyšetření ukázaly zvýšení ujeté vzdálenosti o 25 % a zlepšení maximální spotřeby kyslíku o 11, 2 %. V průměru pak tito probandi za dobu svého tréninku dospěli k redukci tělesné hmotnosti o 0,3 kg.

7 ZÁVĚR

V mé diplomové práci bylo hlavním cílem porovnání očekávání a seberealizaci osob s míšní lézi před a po outdoorovém kurzu splouvání řeky Vltavy. Dílčím cílem pak bylo zjistit, jaké by se případně nabízely možnosti ke zlepšení podobně zaměřených kurzů.

Před samotným kurzem byly v soukromí provedeny rozhovory a dotazníky pro další porovnání po ukončení kurzu.

Mého skromného výzkumu se zúčastnilo 7 respondentů – 5 žen a 2 muži. Zde je opět nutno podotknout, že vlivem takto malé skupiny respondentů se jedná pouze o přiblížení dané situace, a ne její přesné definování. Věková hranice zmíněných respondentů byla od 18 do 59 let. Respondenti byli upoutáni na invalidní vozík v rozmezí od 6 do 29 let, v průměru se jednalo o 19,3 let. Bylo zjištěno, že většina respondentů měla zkušenost se splouváním řeky již z dřívějších let nebo ještě z doby před poraněním míchy. Z výsledků vyplynulo, že jen 14 % nemělo žádné zkušenosti a splouvání řeky je zde čekalo poprvé. Většina z respondentů se těšila zejména na kontakt s přáteli a zábavu, jak ukázala otázka. Nejzajímavější odpověď se týkala vystoupení ze své komfortní zóny, kde si můžeme povšimnout, že byly zastoupeny všechny odpovědi. Pro téměř polovinu respondentů se o vystoupení z komfortní zóny nemělo jednat, jedna třetina respondentů se o domnívala, že k vystoupení dojde.

Během samotného splouvání řeky Vltavy došlo ke komplikacím s počasím, velmi se ochladilo a často pršelo. To se projevilo sice na tom, že se neujelo tolik kilometrů, kolik bylo plánováno, ale zase se ještě více podporovala soudržnost skupiny spolu stráveným časem, který by byl jinak rozvržen hlavně mezi 2 členy posádky kanoe.

Současně se na hodnocení určitě projevil i styl splouvání, který byl tzv. na těžko. To znamená, že se všechno zázemí vezlo s sebou na kanoiích, nebylo zde žádné „safety car“, které by nás doprovázelo. Všichni účastníci tak byli limitováni i počtem vybavení a oblečení, co si mohli vzít s sebou (Příloha CH).

Poslední den po splouvaní řeky byl opět proveden rozhovor a dotazník s každým respondentem zvlášť. Z rozhovorů a dotazníku vyplynulo, že ani špatné počasí nebo nezvyklé naložení lodí nezabránilo účastníkům splout řeku a užít si i tak trochu netradiční styl táboření.

Na otázku *„Přišla Vám fyzická příprava dostačující?“* se většina respondentů shodla, že ano. Nikdo neodpověděl, že by byla nedostačující, někteří však uznali, že se mohli připravit i lépe. Poslední otázkou byla výše zmíněná komfortní zóna. Po akci odpovědělo 43 % respondentů, že se o vystoupení z komfortní zóny jednalo. Jen 14 % odpovědělo, že ne.

Pokud tedy vezmeme v potaz první výzkumnou otázku *„Jaké je očekávání od vodní turistické akce u osob po poranění míchy?“*, pak v porovnání před začátkem kurzu a po jeho ukončení bylo zjištěno, že očekávání a výsledek se liší. Před začátkem odpovědělo 43 % respondentů, že se domnívají, že pro ně následující akce nebude vystoupením z komfortní zóny, z výsledků po akci je ale patrné, že pro 43 % respondentů k němu nakonec došlo. Jak zmiňuji výše v diskuzi, tento výsledek je důležitý k rozvíjení sebe sama, zkoušení posouvání svých hranic. K tomu je zapotřebí mít pocit jistoty, který byl v největší možné míře zajištěn. Naopak v otázce očekávání ze strany kolektivu bylo očekávání splněno, všichni respondenti se shodli na tom, že jim složení kolektivu vyhovovalo, došlo i k jejich očekávání poznání nových osob a setkání se s přáteli.

V odpovědi na druhou výzkumnou otázku *„Jaká je seberealizace osob s míšní lézí na vodní turistické akci?“* je hlavně osobní rozvoj. Jedinec si vyzkouší, co jeho tělo zvládne. Tato akce byla obzvláště jedinečná ve stylu splouvání na těžko a také v nepřízni počasí, se kterým se běžně u podobně orientovaných akcí nepočítá. Každý tedy mohl zjistit, že se dají takovéto akce uskutečnit i za daných podmínek, což by asi běžně za normální situace, doma v pohodlí a teple, netvrdil. A právě toto posuzuji za to hlavní. Že, ač že se podle respondentů jednalo o vystoupení z komfortní zóny, přivedlo je to na nový směr, poznání. Poznání, co jejich tělo zvládne a jakým směrem se ještě mohou rozvíjet a seberealizovat.

Kromě této míry seberealizace by určitě mělo být zmíněno zapojení jedince do skupiny. Osoba upoutaná na invalidní vozík je zde se skupinou dalších lidí, kteří jsou na tom stejně nebo alespoň podobně. Velmi často jsem během akce zpozorovala, jak se klienti SKV mezi sebou baví, kdo co a jak provozuje nejen za pohybovou aktivitu, ale i jiné činnosti. Navzájem se vyptávali na dané zážitky, zjišťovali si, zda by jednotlivé aktivity mohli praktikovat i oni.

Mám-li se tedy vyjádřit, jak lze posouvat outdoorové aktivity osob upoutaných na invalidní vozík vpřed, byla by to určitě síla skupiny. Ta nám na mém skromném výzkumu ukázala, že pokud za jedincem stojí silná skupina, která ho podporuje v prováděné aktivitě, zvládne pak tento jedinec i lépe překonat sama sebe. Posunout se dále ve svých možnostech, odhodlat se k něčemu novému, do čeho by se sám jako jedinec málokdy pustil.

Můžeme tedy konstatovat, že splouvání řeky a outdoorové aktivity jsou pro osoby po poranění míchy obrovským zážitkem a možností rozvíjet více realizaci sebe sama.

8 ZDROJE

BENEŠ, V. *Poranění míchy*, 1. vyd. Praha: Avicenum, 1987.

BETTMANN J. & JASPERSON R. 2007. *Adults in Wilderness Treatment: A Unique Application of Attachment Theory and Research*. Clinical Social Work Journal, 36(1), 51- 61. doi: 10.1007/s10615-007-0134-0.

ČICHOŇ, R. *Význam pohybových aktivit pro kvalitu života jedinců s tělesným postižením.* Disertační práce. UK FTVS Praha 2005.

DARDOVÁ, L. *Možnosti pohybových aktivit u kvadruparetiků*. Diplomová práce. UK FTVS Praha 2006.

DOLEŽAL, T., ČICHOŇ, R. *Kanoistika zdravotně postižených*. Multimediální učebnice, 2003.

DUBSKÝ, Z. *Vodní turistika vozíčkářů*. Bakalářská práce. UK FTVS Praha 2006.

DUBSKÝ, Z. *Vodní turistika vozíčkářů a její možné vlivy na kvalitu života*. Diplomová práce. UK FTVS Praha 2008.

FALTÝNKOVÁ, Z. *Paraplegie, tetraplegie.* 1.vyd. Praha: Svaz paraplegiků – Centrum Paraple, 1997.

FALTÝNKOVÁ, Z. et al., *Cesta k nezávislosti po poškození míchy.* 1. vyd. Praha: Svaz paraplegiků, 2004, 83 s.

FERNEE, C. R., L. E. GABRIELSEN, A. J. W. ANDERSEN, T. MESEL. 2015. *Therapy in the open air: Introducing wilderness therapy to adolescent mental health services in Scandinavia.* Scandinavian Psychologist, 2, e14.

FISCHER, S., ŠKODA, J. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008. 205 s. ISBN 8073870142.

GASS, M. A. (ed.). 1993. *Adventure therapy: Therapeutic applications of adventure programming. Boulder*, CO: Association for Experiential Education.

GILLIS, H. L., K. C. RUSSELL. 2017. *Explaining therapeutic change in residential wilderness therapy groups*. Získáno 25. října 2017 z http://societyforpsychotherapy.org/explaining-therapeutic-change-in-residentialwilderness-therapy

HAGAN, J. D. 2002. *An alternative therapy for the behaviorally challenged youth: The efficacy of wilderness therapy programs.* The University of Toledo, OH.

HOAG, M. J., K. E. MASSEY, S. D. ROBERTS, P. LOGAN. 2013. *Efficacy of Wilderness Therapy for Young Adults: A First Look*. Residential Treatment For Children & Youth, 30(4), 294-305. doi:10.1080/0886571X.2013.852452.

HOGENOVÁ, A. *Kvalita života a tělesnost*. Praha: Karolinum 2002. 304 s. ISBN 80-246-0457-4.

HRADEČNÁ, A. *Aktivity v přírodě jako prostředek integrace osob po poranění míchy*. Bakalářská práce. UK FTVS Praha 2009.

JENSEN, C. R., S. GUTHRIE. 2006. „Outdoor Recreation Meanings and Concepts“. *Outdoor Recreation in America*. Champaign: Human Kinetics.

JONOVÁ, L. *Problematika vozíčkářů v aktivním cestovním ruchu se zaměřením na pěší turistiku v Praze a okolí*. Diplomová práce. UK FTVS Praha 2007.

KOLÁŘ, P. et al., 2012. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd., dotisk. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-657-1.

KONEČNÁ, D., KUBÍČEK, Z., GAJOVÁ, B. Možnosti ovlivnění kvality života onkologických pacientů. *Zdravotnické noviny 51*, příloha Lékařské listy 36, 2002.

KORDÍK, T. *Speciální pomůcky pro kanoistiku vozíčkářů s míšním poraněním*. Bakalářská práce. UK FTVS Praha 2006.

KOUDELKOVÁ, A. Přístupy k měření kvality života. In: Tilinger, P. (ed.): *Sport v České republice na začátku nového tisíciletí*: sborník příspěvků národní konference. Praha 2001.

KRATOCHVÍL, S. 2009. *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha: Galen.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.

KUDLÁČEK, M., VALENTA, T., MAGEROVÁ, L. Společně v zážitkové pedagogice: Integrace osob se zdravotním postižením prostřednictvím společných zážitků. *GYMNASION: časopis pro zážitkovou pedagogiku,* 2004, roč. 1, č. 2, s. 8-17. ISSN: 1214-603X.

MANDÁT, M. *Kondiční trénink u jedinců po poranění míchy*. Bakalářská práce. UK FTVS Praha 2019.

NEVŠÍMALOVÁ, S., RŮŽIČKA, E., TICHÝ, J. 2002. *Neurologie.* 1. vyd. Praha: Galén. 368 s. ISBN 80-7262-160-2.

NOVOSAD, L. 2011. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. Praha: Portál.

PEEL, J., K. RICHARDS. 2005. *Outdoor cure. Therapy Today*, 16(10), 4-8.

PFEIFFER, J. *Neurologie v rehabilitaci pro studium a praxi.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007, 352 s. ISBN 978-80-247-1135-5.

POTMĚŠIL, J. Sport zdravotně postižených. In: TILINGER, P., PERIČ, T. *Tělesná výchova a sport na přelomu století*. Sborník referátů z národní konference. Praha: FTVS, 1996. ISBN 80-902147-2-X.

RENOTIÉROVÁ, M. a L. LUDÍKOVÁ. *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, 313 s. ISBN 80-244-1475-9.

ROSOL, M. 2000. *Wilderness Therapy for Youth-at-Risk. Parks & Recreation*, 35(9), 42.

RUSSELL, K. C. 2000. *Exploring how the wilderness therapy process relates to outcomes.* The Journal of Experiential Education, 23 (3), 170-176.

RUSSELL, K. C. 2001. *What is wilderness therapy?.* Journal of Experiential Education, 24, 70–79.

RUSSELL, K. C., D. PHILLIPS-MILLER. 2002. *Perspectives on the Wilderness Therapy Process and its Relation to Outcome*. Child & Youth Care Forum, 31(6), 415-437.

RUTKO, E. A., J. GILLESPIE. 2013. *Where's the Wilderness in Wilderness Therapy?*. Journal Of Experiential Education, 36(3), 218-232. doi:10.1177/1053825913489107

SOBOLOVÁ, P. *Pracovní uplatnění osob se získaným postižením po poškození míchy*. Brno: Masarykova univerzita. 109 s. Diplomová práce. 2011.

SPIELBERGER, C.D., GORSUCH, R., LUSHENE, R. .1970. *Dotazník na meranie úzkosti a úzkostlivosti.* (*STAI).* Překlad a úprava: Mülner, J., Ruisel, I., Farkaš, G. (1980). Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy.

SUCHÝ, F. *Sport vozíčkářů – aktuální možnosti a postoje vozíčkářů v České republice*. Diplomová práce. UK FTVS Praha 2007.

ŠPATENKOVÁ, N. et al., *Krize psychologický a sociologický fenomén*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004, 132 s. ISBN 80-247-0888-4.

ŠRÁMKOVÁ, T. *Poranění míchy pohledem sexuologa*. 1. vyd. Praha: Svaz paraplegiků, 1997.

ŠVAŘÍČEK, R., K. ŠEĎOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007, 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

The State-Trait Anxiety Inventory (STAI). *American psychological association* [online]. 2011 [cit. 2021-01-02]. Dostupné z: https://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/practice-settings/assessment/tools/trait-state.

TRČKA, M. *Outdoorové aktivity a střediska pro zdravotně postižené osoby*. Bakalářská práce. UK FTVS Praha 2008.

TRČKA, M. *Outdoorové aktivity pro zdravotně postižené osoby*. Diplomová práce. UK FTVS Praha 2011.

VISSELL, R. 2004. *Effects of wilderness therapy on youth at risk's concept of self and other: A deeper understanding of the journey*. Institute of Transpensonal Psychology, Palo Alto, CA.

VOKURKA, M., HUGO, J. 2004. *Praktický slovník medicíny*. 7. rozš. vyd. Praha : Maxdorf. ISBN 80-7345-009-7.

VOTAVA, J. a kol. *Základy rehabilitace*, 1.vyd. Praha: Karolinum,1997.139 s. ISBN 80-7184-385-7.

WENDSCHE, P. et al., *Poranění páteře a míchy.* 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1993, 83 s. ISBN 80-7013-159-4.

WILLIAMS, B. 2000. *The treatment of adolescent populations: An institutional vs. a wilderness setting.* Journal of Child and Adolescent Group Therapy , 10, 47–56.

9 PŘÍLOHY

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA A – Souhlas etické komise

PŘÍLOHA B – Informovaný souhlas

PŘÍLOHA C – Dotazník před akcí

PŘÍLOHA D – Dotazník po akci

PŘÍLOHA E – Dotazník STAI – X1

PŘÍLOHA F – Dotazník STAI – X2

PŘÍLOHA G – Stenové normy

PŘÍLOHA H – Stupnice stenových hodnot

PŘÍLOHA CH – Ukázka jízdy na těžko

PŘÍLOHA A – Souhlas etické komise

UNIVERZITA KARLOVA
FAKULTA TĚLESNÉ VÝCHOVY A SPORTU
José Martího 31, 162 52 Praha 6-Veleslavín

Žádost o vyjádření Etické komise UK FTVS

k projektu výzkumné, kvalifikační či seminární práce zahrnující lidské účastníky

Název projektu: Mapování prožívání a očekávání u osob s míšní lézí na vodácké turistické akci

Forma projektu: výzkumná práce - diplomová práce

Období realizace: červen 2020 – srpen 2020

(výzkum je třeba realizovat v souladu s usnesením Ministerstva zdravotnictví č. MZDR 10676/2020–1/MIN/KAN ze dne 10. 3. 2020, případně dalšími relevantními opatřeními)

Předkladatel: Bc. Denisa Langová (UK FTVS, APTV OSP)

Hlavní řešitel: Bc. Denisa Langová (UK FTVS, APTV OSP)

Místo výzkumu (pracoviště): SKV Praha, přímo na místě konání kurzu splouvání Vltavy

Spoluřešitel(é): /

Vedoucí práce (v případě studentské práce): Mgr. Ilona Pavlová, MBA

Finanční podpora: /

Popis projektu: Cílem diplomové práce nebude pouze analýza dotazníkového šetření před a po realizaci vodácké turistické akce s osobami s míšní lézí, ale i formulace doporučení pro praxi, která z tohoto šetření vyplynou, jak případně odstranit rozpory v očekávání či případné bariéry v realizaci vlastní akce. Získané výsledky poukáží na vnímání celé akce a také na trendy v organizaci vodáckých akcí pro osoby s míšní lézí, napomůže i formulaci doporučení. Předpokládám, že vlastní výzkum odkryje potenciál kladných emocí a motivaci každého nového účastníka pro seberealizace na outdoorových akcích.
Šetření bude probíhat před a po realizaci kurzu. Výzkum bude součástí splouvání řeky Vltavy osobami s míšní lézí za doprovodu vyškolených asistentů a pracovníků Sportovního klubu vozíčkářů Praha /dále jen SKV Praha/. Splouvání bude probíhat na nafukovacích kánoích se speciálními sedačkami pro osoby s míšní lézí, ubytování typicky ve stanech.
Typ studie: empiricko-teoretická. Jedná se o kvalitativní výzkum. Sběr dat bude probíhat explorativní metodou – rozhovorem vlastní konstrukce a dotazníkem STAI.

Charakteristika účastníků výzkumu: Počet účastníku cca 10, věk 18 – 55 let (dle přihlášení na kurz), předpokládá se účast osob s míšní lézí, kteří již tento kurz absolvovali v minulých letech a také účast zájemců, kteří dosud na kurzu splouvání řeky nebyli účastni a dojde k porovnání jejich zkušeností a očekávání. Kontraindikace: velmi nízká míra soběstačnosti. Účastníci výzkumu budou zájemci, kteří se na základě vlastního rozhodnutí přihlásili do kurzu splouvání řeky, který organizuje SKV Praha. Testování se nezúčastní osoby s akutním (zejména infekčním) onemocněním a v rekonvalescenci po onemocnění.

Zajištění bezpečnosti: Rizika prováděného výzkumu nebudou vyšší než běžně očekávaná rizika u aktivit a testování prováděných v rámci tohoto typu výzkumu. Rizika, která by mohla býti definovaná v rámci realizace kurzu splouvání řeky jsou plně v kompetenci zkušených organizátorů a lektorů SKV Praha. Bezpečnost bude zajištěna vyškolenými asistenty a pracovníky Sportovního klubu vozíčkářů Praha /dále jen SKV Praha/.

Etické aspekty výzkumu: Kurz bude přínosný pro osoby s míšní lézí hlavně v tom ohledu, že se potkají s osobami, kteří jsou na tom zdravotně stejně či podobně, budou se moci navzájem motivovat k seberealizaci na outdoorových turistických akcích.
Střet zájmů: Nejsem v pracovně právním (ani rodinném) vztahu k žádnému účastníkovi výzkumu ani k výše uvedené organizaci. Bude dohlížet nad korektností a nestranností posuzování výsledů výzkumu mou osobou. Já ani zmíněná organizace nemáme soukromý zájem na výsledku výzkumu, výzkum nevede k mému osobnímu prospěchu ani k prospěchu organizace.

Ochrana osobních dat: Data budou shromažďována a zpracovávána v souladu s pravidly vymezenými nařízením Evropské Unie č. 2016/679 a zákonem č. 110/2019 Sb. – o zpracování osobních údajů. Budou získávány následující osobní údaje (jméno, rok narození, doba od porušení míšní léze, doba, jak dlouho je respondent pohybově aktivní), které budou bezpečně uchovány pod heslem v počítači autora práce v uzamčeném prostoru, přístup k nim bude mít autor práce a na vyžádání vedoucí práce. Uvědomuji si, že text je anonymizován, neobsahuje-li jakékoli informace, které jednotlivě či ve svém souhrnu mohou vést k identifikaci konkrétní osoby - budu dbát na to, aby jednotlivé osoby nebyly rozpoznatelné v textu práce. Osobní data, která by vedla k identifikaci účastníků výzkumu, budou bezprostředně do 1 dne po testování anonymizována. Získaná data budou zpracovávána, bezpečně uchována a publikována v anonymní podobě v diplomové práci, případně v odborných časopisech, monografiích a prezentována na konferencích, případně budou využita při další výzkumné práci na UK FTVS.

UNIVERZITA KARLOVA
FAKULTA TĚLESNÉ VÝCHOVY A SPORTU
José Martího 31, 162 52 Praha 6-Veleslavín

Pořizování fotografií účastníků: Anonymizace osob na fotografiích bude provedena začerněním/rozmazáním obličejů či částí těla, znaků, které by mohly vést k identifikaci jedince. Neanonymizované fotografie budou uloženy v zaheslovaném počítači řešitele a budou bezprostředně do 1 týdne po vyfotografování osob smazány. Publikovány budou pouze anonymizované fotografie.

Pořizování videí účastníků: V rámci výzkumu bude pořizován videozáznam. K videozáznamům budu mít přístup já a vedoucí práce. Neanonymizované videozáznamy budou po ukončení výzkumu smazány a před smazáním budou bezpečně uchovány na heslem zajištěném počítači v uzamčené místnosti a budou bezprostředně po ukončení výzkumu smazány. Videozáznam nebude nikdy publikován.
V maximální možné míře zajistím, aby získaná data nebyla zneužita.
Text informovaného souhlasu (IS): přiložen

Povinností **všech účastníků výzkumu na straně řešitele** je chránit život, zdraví, důstojnost, integritu, právo na sebeurčení, soukromí a osobní data zkoumaných subjektů, a podniknout k tomu veškerá preventivní opatření. Odpovědnost za ochranu zkoumaných subjektů leží vždy na účastnících výzkumu na straně řešitele, nikdy na zkoumaných, byť dali svůj souhlas k účasti na výzkumu. Všichni účastníci výzkumu na straně řešitele musí brát v potaz etické, právní a regulační normy a standardy výzkumu na lidských subjektech, které platí v České republice, stejně jako ty, jež platí mezinárodně.
Potvrzuji, že tento popis projektu odpovídá návrhu realizace projektu a že při jakékoliv změně projektu, zejména použitých metod, zašlu Etické komisi UK FTVS revidovanou žádost.

V Praze dne: 29. 5. 2020 Podpis předkladatele:

Datum a podpis odpovědného pracovníka z místa výzkumu:

Vyjádření Etické komise UK FTVS

Složení komise: Předsedkyně: doc. PhDr. Irena Parry Martínková, Ph.D.
Členové: prof. PhDr. Pavel Slepička, DrSc.
prof. MUDr. Jan Heller, CSc.
PhDr. Pavel Hráský, Ph.D.
Mgr. Eva Prokešová, Ph.D.
Mgr. Tomáš Ruda, Ph.D.
MUDr. Simona Majorová

Projekt práce byl schválen Etickou komisí UK FTVS pod jednacím číslem: 142/2020
dne: 29. 5. 2020

Etická komise UK FTVS zhodnotila předložený projekt a **neshledala rozpory** s platnými zásadami, předpisy a mezinárodní směrnice pro provádění výzkumu zahrnujícího lidské účastníky.

Řešitel projektu splnil podmínky nutné k získání souhlasu Etické komise UK FTVS.

razítko UK FTVS

UNIVERZITA KARLOVA
Fakulta tělesné výchovy a sportu
José Martího 31, 162 52, Praha 6

podpis předsedkyně EK UK FTVS

PŘÍLOHA B – Informovaný souhlas

UNIVERZITA KARLOVA
FAKULTA TĚLESNÉ VÝCHOVY A SPORTU
José Martího 31, 162 52 Praha 6-Veleslavín

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Vážený pane, vážená paní,
v souladu se Všeobecnou deklarací lidských práv, zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů a dalšími obecně závaznými právními předpisy *(jakož jsou zejména Helsinská deklarace, přijatá 18. Světovým zdravotnickým shromážděním v roce 1964 ve znění pozdějších změn (Fortaleza, Brazílie, 2013); Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zejména ustanovení § 28 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb.) a Úmluva o lidských právech a biomedicíně č. 96/2001, jsou-li aplikovatelné),* Vás žádám o souhlas s Vaší účastí ve výzkumném projektu na UK FTVS v rámci diplomové práce s názvem "Mapování prožívání a očekávání u osob s míšní lézí na vodácké turistické akci" prováděné před a na kurzu splouvání řeky.

Období realizace: červen 2020 – srpen 2020
Projekt bude probíhat v období před zahájením kurzu a během splouvání řeky
Projekt je financován Sportovním klubem vozíčkářů (dále jen SKV) Praha a Vaší příspěvkem za kurz.
Cílem výzkumného projektu je porovnání očekávání před kurzem u osob s míšní lézí, které se akce účastní poprvé a osob, které se této akce účastní již poněkolikáté. Po kurzu bude zhodnoceno, jak moc se jejich očekávání lišilo od reality.
Před zahájením kurzu nejdříve vyplníte dotazník STAI a krátký rozhovor. Jejich vyplnění Vám zabere cca 15 minut. Následně absolvujete kurz v rozsahu cca 4 dnů. Po ukončení kurzu opět vyplníte dotazník STAI a rozhovor, které Vám zaberou opět cca 15 minut.
Zúčastníte se aktivního splouvání řeky Vltavy, přespávání se stanech, pobytu v přírodě.
Kurz bude součástí výzkumu, během kurzu budou probandi vykonávat outdoorové aktivity (splouvání řeky, pobyt v přírodě, přespávání ve stanech), které budou součástí výzkumu.
Způsob zásahu bude neinvazivní. Rizika prováděného výzkumu nebudou vyšší než běžně očekávána rizika u aktivit a testování prováděných v rámci tohoto typu výzkumu. Rizika, která by mohla býti definovaná v rámci realizace kurzu splouvání řeky jsou plně v kompetenci zkušených organizátorů a lektorů SKV Praha. Bezpečnost bude zajištěna vyškolenými asistenty a pracovníky Sportovního klubu vozíčkářů Praha /dále jen SKV Praha/.
Projektu se nemohou účastnit osoby s míšní lézí, které mají minimální schopnost sebeobsluhy. Dále osoby s akutním (zejména infekční) onemocněním a v rekonvalescenci po onemocnění. Osoby by měli ovládat alespoň základy přesunů, oblékání nebo stravování.
účastník budete mít přiřazeného 1 asistenta, který s Vámi bude sdílet loď a pomáhat Vám i s běžnými denními činnostmi na souši.
Přínosem tohoto výzkumného projektu pro Vás bude setkání se s osobami s míšní lézí, kteří nevzdali snahu o pohyb a mohou se s Vámi podělit o své zážitky a poradit Vám jako sobě rovnému, co je vhodné zkusit dále. Hlavní výhodou jsou nové zkušenosti a pokoření sama sebe.
Vaše účast v projektu je dobrovolná a nebude finančně ohodnocená. Odměna za Vaši účast v projektu budou nové zkušenosti a zážitky.
Informace ohledně shromažďování, zpracování a publikování dat - Vaše osobní údaje budou Ochrana osobních dat: Data budou shromažďována a zpracovávána v souladu s pravidly vymezenými nařízením Evropské Unie č. 2016/679 a zákonem č. 110/2019 Sb. – o zpracování osobních údajů. Budou získávány následující osobní údaje (jméno, rok narození, doba od porušení míšní léze, doba, jak dlouho je respondent pohybově aktivní), které budou bezpečně

uchovány pod heslem v počítači autora práce v uzamčeném prostoru, přístup k nim bude mít autor práce a na vyžádání vedoucí práce. Uvědomuji si, že text je anonymizován, neobsahuje-li jakékoli informace, které jednotlivě či ve svém souhrnu mohou vést k identifikaci konkrétní osoby - budu dbát na to, aby jednotlivé osoby nebyly rozpoznatelné v textu práce. Osobní data, která by vedla k identifikaci účastníků výzkumu, budou bezprostředně do 1 dne po testování anonymizována. Získaná data budou zpracovávána, bezpečně uchována a publikována v anonymní podobě v diplomové práci, případně v odborných časopisech, monografiích a prezentována na konferencích, případně budou využita při další výzkumné práci na UK FTVS.

Pořizování fotografií účastníků: Anonymizace osob na fotografiích bude provedena začerněním/rozmazáním obličejů či částí těla, znaků, které by mohly vést k identifikaci jedince. Neanonymizované fotografie budou uloženy v zaheslovaném počítači řešitele a budou bezprostředně do 1 týdne po vyfotografování osob smazány. Publikovány budou pouze anonymizované fotografie.

Pořizování videí účastníků: V rámci výzkumu bude pořizován videozáznam. K videozáznamům budu mít přístup já a vedoucí práce. Neanonymizované videozáznamy budou po ukončení výzkumu smazány a před smazáním budou bezpečně uchovány na heslem zajištěném počítači v uzamčené místnosti a budou bezprostředně po ukončení výzkumu smazány. Videozáznam nebude nikdy publikován.

S celkovými výsledky a závěry výzkumného projektu se můžete seznámit v diplomové práci v studentském informačním systému (SIS), v nebo na e-mail adrese: langova.de@gmail.com
V maximální možné míře zajistím, aby získaná data nebyla zneužita.

Jméno a příjmení předkladatele a hlavního řešitele projektu Bc. Denisa Langová

Jméno a příjmení osoby, která provedla poučení: Bc. Denisa Langová Podpis:.....

Prohlašuji a svým níže uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že dobrovolně souhlasím s účastí ve výše uvedeném projektu a že jsem měl(a) možnost si řádně a v dostatečném čase zvážit všechny relevantní informace o výzkumu, zeptat se na vše podstatné týkající se účasti ve výzkumu a že jsem dostal(a) jasné a srozumitelné odpovědi na své dotazy. Byl(a) jsem poučen(a) o právu odmítnout účast ve výzkumném projektu nebo svůj souhlas kdykoli odvolat bez represí, a to písemně Etické komisi UK FTVS, která bude následně informovat předkladatele projektu. Dále potvrzuji, že mi byl předán jeden originál vyhotovení tohoto informovaného souhlasu.

Místo, datum .....

Jméno a příjmení účastníka ..... Podpis: .....

PŘÍLOHA C – Dotazník před akcí

DOTAZNÍK PRO ABSOLVOVÁNÍ KURZU SPLOUVÁNÍ ŘEKY

Dobrý den,

Jmenuji se Denisa Langová a studuji 2. ročník navazujícího magisterského oboru Aplikovaná tělesná výchova a sport osob se specifickými potřebami na Fakultě tělesné výchovy a sportu Univerzity Karlovy v Praze. Součástí ukončení mého studia je diplomová práce na téma Mapování prožívání a očekávání u osob s míšní lézí na vodácké turistické akci. Tento dotazník je součástí mého výzkumu a je zcela anonymní.

Zaškrtněte vždy jedno políčko, prosím.

Předem děkuji za Váš čas a Vaše názory.

1) Pohlaví
   a) Žena
   b) Muž

2) Váš věk:

3) Jak dlouho jste na vozíku?

4) Vaše zkušenosti se splouváním řeky?
   a) Žádné
   b) Malé
   c) Průměrné
   d) Bohaté

5) Jaké 3 největší očekávání máte od této akce všeobecně?

6) Jaké 3 největší očekávání máte od této akce, co se týká kolektivu?

7) Jak jste se na tuto akci připravoval/a fyzicky?

8) Jak jste se na tuto akci připravoval/a, co se týká vybavení? Potřeboval/a jste něco speciálního?

9) Domníváte se, že pro Vás bude tato akce velkým výstupem v komfortní zóny?
   a) Ano
   b) Spíše ano
   c) Spíše ne
   d) Ne

PŘÍLOHA D – Dotazník po akci

1) Jaké byly 3 nejdůležitější zjištění, zkušenosti, které jste během akce získal/a?

2) Přišla Vám fyzická příprava dostačující?
   a) Ano
   b) Spíše ano
   c) Spíše ne
   d) Ne

3) Přišla Vám materiální příprava dostačující?
   a) Ano
   b) Spíše ano
   c) Spíše ne
   d) Ne

4) Byl/a jste spokojený/á s organizací akce?
   a) Ano
   b) Spíše ano
   c) Spíše ne
   d) Ne

5) Vyhovovalo Vám složení kolektivu?
   a) Ano
   b) Spíše ano
   c) Spíše ne
   d) Ne

6) Byla pro Vás tato akce velkým výstupem v komfortní zóny?
   a) Ano
   b) Spíše ano
   c) Spíše ne
   d) Ne

PŘÍLOHA E – Dotazník STAI – X1

STAI T-161
X1

Příjmení a
jméno:……..
Věk: ……
Dnešní datum: ……

INSTRUKCE
Uvedli jsme zde různé výroky, kterými jsou lidé zvyklí popisovat sami sebe. Pročtěte si pozorně každý výrok a z čísel uvedených vedle zakroužkujte to, které nejlépe vystihuje Vaše momentální pocity. Při každém výroku tedy uveďte,

JAK SE CÍTÍTE PRÁVĚ TEĎ

	Vůbec ne	jen trochu	docela dost	velmi
1. Jsem klidný/á, pokojný/á……..	1	2	3	4
2. Jsem bezstarostný/á…….…….	1	2	3	4
3. Jsem napjatý/á…….…….	1	2	3	4
4. Jsem smutný/á…… ……	1	2	3	4
5. Cítím se dobře……..	1	2	3	4
6. Jsem vzrušený/á……...	1	2	3	4
7. Bojím se neúspěchu…….	1	2	3	4
8. Cítím se odpočinutý/á……..	1	2	3	4
9. Mám pocit úzkosti……...	1	2	3	4
10. Cítím se pohodlně……..	1	2	3	4
11. Důvěřuji si……	1	2	3	4
12. Jsem nervózní……	1	2	3	4
13. Jsem ustrašený/á……	1	2	3	4
14. Cítím, že bych měl/a něco udělat……..	1	2	3	4
15. Jsem uvolněný/á……	1	2	3	4
16. Jsem spokojený/á……..	1	2	3	4
17. Mám starosti…….	1	2	3	4
18. Jsem podrážděný/á a cítím se „vyveden/a z míry“…..	1	2	3	4
19. Jsem šťastný/á……..	1	2	3	4
20. Cítím se příjemně…….	1	2	3	4

PŘÍLOHA F – Dotazník STAI – X2

STAI T-161
X2

Příjmení a
jméno:……..
Věk: ……
Dnešní datum: ……

INSTRUKCE
Uvedli jsme zde výroky, kterými obvykle lidé popisují sami sebe. Přečtěte si pozorně každý výrok a z čísel uvedených vedle zakroužkujte to, které nejlépe vystihuje Vaše obvyklé pocity. Při každém výroku tedy uveďte,

JAK SE OBVYKLE CÍTÍTE

	Téměř nikdy	někdy	často	Téměř vždy
21. Cítím se příjemně……	1	2	3	4
22. Rychle se unavím……	1	2	3	4
23. Bývá mi do pláče……	1	2	3	4
24. Rád/a bych byl/a šťastný/á, jak se zdají ostatní……..	1	2	3	4
25. Přicházím o hodně, protože se neumím včas rozhodnout……	1	2	3	4
26. Cítím se odpočinutý/á a svěží……	1	2	3	4
27. Jsem klidný/á, pokojný/á a rozvážný/á……..	1	2	3	4
28. Mívám pocity, že těžkosti se hromadí tak, že je nedokážu překonat…….	1	2	3	4
29. Trápí mě věci, na kterých ve skutečnosti nezáleží……...	1	2	3	4
30. Jsem šťastný/á……..	1	2	3	4
31. Mám sklon brát věci příliš vážně…….	1	2	3	4
32. Málo si důvěřuji……	1	2	3	4
33. Jsem bezstarostný/á……..	1	2	3	4
34. Krizové situace a těžkosti mě pronásledují……...	1	2	3	4
35. Bývám smutný/á……	1	2	3	4
36. Jsem spokojený/á……..	1	2	3	4
37. Zmocní se mě bezvýznamná myšlenka a nemůžu se jí zbavit……	1	2	3	4
38. Zklamání prožívám tak hluboko, že na něj nemůžu zapomenout……	1	2	3	4
39. Jsem vyrovnaná osobnost…….	1	2	3	4
40. Dostávám se do stavu napětí nebo nepokoje, když rozmýšlím o svých současných problémech…….	1	2	3	4

PŘÍLOHA G – Stenové normy

SKÓRE	STAI X-2	STAI X-1	SKÓRE	STAI X-2	STAI X-1
20	1	1	51	7	7
21	1	1	52	7	7
22	1	1	53	7	8
23	1	1	54	8	8
24	1	1	55	8	8
25	1	1	56	8	8
26	1	1	57	8	8
27	1	2	58	9	9
28	1	2	59	9	9
29	1	2	60	9	9
30	1	3	61	9	9
31	1	3	62	9	10
32	1	3	63	10	10
33	1	4	64	10	10
34	2	4	65	10	10
35	2	4	66	10	10
36	2	4	67	10	10
37	2	5	68	10	10
38	3	5	69	10	10
39	3	5	70	10	10
40	3	5	71	10	10
41	4	5	72	10	10
42	4	6	73	10	10
43	4	6	74	10	10
44	5	6	75	10	10
45	5	6	76	10	10
46	5	6	77	10	10
47	6	6	78	10	10
48	6	7	79	10	10
49	6	7	80	10	10
50	7	7			

PŘÍLOHA H – Stupnice stenových hodnot

STEN	STAI X-2	STAI X-1	
10			zvýšená míra úzkosti, úzkostnost
9			
8			
7			přiměřená, normální, zdravá míra úzkosti, úzkostnosti
6			
5			
4			
3			neúzkostní (popírající úzkost) nízká míra úzkosti, úzkostnosti
2			
1			

PŘÍLOHA CH – Ukázka jízdy na těžko

Zdroj: vlastní fotografie