

# Kvalita života sportovců s fyzickým postižením

Bc. Simona Nováková

---

Diplomová práce  
2016



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2015/2016

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Simona Nováková**  
Osobní číslo: **H140308**  
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**  
Studijní obor: **Sociální pedagogika**  
Forma studia: **kombinovaná**  
  
Téma práce: **Kvalita života sportovců s tělesným handicapem**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti kvality života, tělesného postižení a sociálně pedagogické intervence.

Příprava metodiky výzkumné části.

Realizace kvalitativního výzkumu metodou rozhovoru.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a interpretace doporučení pro praxi.



Rozsah diplomové práce: 85  
Rozsah příloh: 11  
Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

**BAKOŠOVÁ, Zlatica. Sociálna pedagogika ako životná pomoc. Bratislava: Univerzita Komenského Bratislava, Filozofická fakulta, 2008. ISBN 978-80-969944-0-3.**

**HAYES, Nicky. Základy sociální psychologie. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-283-6.**

**LUDÍKOVÁ, Libuše. Výzkum kvality života vybraných skupin osob se speciálními potřebami. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. ISBN 978-80-244-4296-9.**

**MICHALÍK, Jan. Zdravotní postižení a pomáhající profese. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3.**

**NOVOSAD, Libor. Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-509-7.**

Vedoucí diplomové práce: **doc. PhDr. Mgr. Jaroslav Balvín, CSc.**  
Ústav pedagogických věd  
Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2015**  
Termín odevzdání diplomové práce: **15. dubna 2016**

Ve Zlíně dne 1. prosince 2015



doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.  
děkanka





Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.  
ředitel ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné;
- na diplomové práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně ..... 5.4.2016



<sup>1)</sup> zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledků obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užíje-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává neotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Tato diplomová práce se zabývá kvalitou života zdravotně postižených občanů se zřetelem na základní oblasti života, které utvářejí životní spokojenost. Mezi tyto oblasti patří zejména zdraví, zaměstnání, bydlení, finanční situace, způsob trávení volného času, partnerský vztah. Diplomová práce vymezuje pojmy kvalita života, štěstí, životní spokojenost. Dále se zabývá rozdílnými přístupy ke kvalitě života z hlediska různých vědních oborů, jako jsou psychologie, sociologie a medicína. Pro zpracování praktické části diplomové práce byl použit kvantitativní výzkum, který byl proveden prostřednictvím dotazníku. Ten byl rozšířen mezi příslušníky populace zdravotně postižených, a to se zvláštním zřetelem na míru zapojení respondentů do pravidelných sportovních aktivit ve vztahu k celkové míře jejich životní spokojenosti. Závěrečná část obsahuje vyhodnocení výsledků výzkumu, přijetí relevantních závěrů a doporučení pro praxi.

Klíčová slova: kvalita života, životní spokojenost, zdraví, štěstí, sportovní aktivity, tělesně postižení.

## **ABSTRACT**

This master thesis deals with the quality of life of disabled people with regard to the fundamental areas of life which create emerging life satisfaction. These include in particular health, employment, housing, financial situation, leisure time, relationship. The diploma thesis defines the concepts of quality of life, happiness, life satisfaction. It also deals with different approaches to the quality of life in terms of different disciplines as psychology, sociology and medicine. For the practical part of the thesis there was used qualitative research focused on interviews conducted with various members of the population with disabilities, with special emphasis on the level of involvement of the respondents in regular sporting activities in relation to the overall level of life satisfaction. The final part contains an evaluation of the results of research and adoption of relevant conclusions and recommendations for practical life.

Keywords: quality of life, life satisfaction, health, happiness, sports activities, physically handicapped people.

**Motto:** „Ztrácíme jen to, čeho se sami vzdáváme.“

Lessing Gotthold Ephraim

Děkuji doc. PhDr. Mgr. Jaroslavovi Balvínovi, CSc., za vedení, cenné rady, připomínky a pomoc při zpracování této diplomové práce. Děkuji mu také za jeho přístup, který byl pro mne velkým přínosem a troufám si říci, že mne poznání doc. PhDr. Mgr. Jaroslava Balvína, CSc., na celý život velmi obohatilo.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

## OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>9</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>10</b>
<b>1 K TEORETICKÝM VÝCHODISKŮM A ZÁKLADNÍM POJMŮM</b> .....	<b>11</b>
1.1 STAV ZKOUMANÉ PROBLEMATIKY V DOMÁCÍ, ZAHRANIČNÍ A CIZOJAZYČNÉ LITERATUŘE .....	11
1.2 VZTAH TÉMATU K SOCIÁLNÍ PEDAGOGICE.....	13
1.3 VZTAH TÉMATU K SOCIÁLNÍ PSYCHOLOGII.....	17
<b>2 SPORT TĚLESNĚ POSTIŽENÝCH</b> .....	<b>21</b>
2.1 HISTORIE A DRUHY SPORTŮ - SLEDGE HOKEJ, FLORBAL, BASKETBAL, BOX. SPORTOVNÍ ORGANIZACE A JEJICH VÝSLEDKY .....	21
2.2 OZP A HANDICAP .....	26
2.3 TĚLESNĚ POSTIŽENÍ S VROZENÝM A SE ZÍSKANÝM POSTIŽENÍM.....	33
<b>3 KVALITA ŽIVOTA</b> .....	<b>39</b>
3.1 VYMEZENÍ POJMU KVALITA ŽIVOTA .....	39
3.2 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ KVALITU ŽIVOTA .....	41
3.3 KVALITA ŽIVOTA A HENDIKEPOVANÍ SPORTOVCI .....	42
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>48</b>
<b>4 ŠETŘENÍ MEZI TĚLESNĚ POSTIŽENÝMI SE ZŘETELEM NA TĚLESNÉ AKTIVITY</b> .....	<b>49</b>
4.1 ÚVOD DO DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ ZAMĚŘENÉHO NA TĚLESNÉ AKTIVITY U TĚLESNĚ POSTIŽENÝCH.....	50
4.2 REALIZACE DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	52
4.3 STATISTICKÉ VYHODNOCENÍ A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	54
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>75</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	<b>77</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ</b> .....	<b>81</b>
<b>SEZNAM TABULEK</b> .....	<b>83</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>85</b>



## ÚVOD

Tato diplomová práce se zabývá problematikou kvality života sportovců z řad tělesně postižených osob. Jde o téma, které bylo v bývalém Československu po celá desetiletí tabuizováno a tělesně postižení spoluobčané neměli příliš možností se veřejně realizovat, o sportovním životě ani nemluvě. Po roce 1990 se postupně toto téma začalo veřejně objevovat. V posledních desetiletích patří naši sportovci s fyzickým postižením mezi nejlepší na světě v dosahovaných výsledcích, ale také z hlediska masovosti jsou zařazeni do různých sportovních aktivit.

V úvodu této diplomové práce jsou vymezeny základní pojmy včetně stavu studia problematiky sportovců s fyzickým postižením jak v domácí, tak i v zahraniční literatuře. Provedeme přehled historie a druhů sportů, kterým se tělesně postižení spoluobčané věnují, zejména v České republice.

Samostatná část bude věnována i největším sportovním úspěchům českých zdravotně postižených sportovců.

Dále bude analyzována problematika kvality života tělesně postižených sportovců se zřetelem k faktorům, které kvalitu života ovlivňují.

Následně bude provedeno porovnání těchto teoretických východisek s reálným životem tělesně postižených sportovců. Zde nalezneme celou řadu zajímavých informací, které dokazují, že život zdravotně postižených občanů, kteří si našli koníčka ve sportovních činnostech, nemusí být vůbec jednotvárný.

Praktická část je založena na kvantitativním výzkumu, který byl postaven na dotazníkovém šetření mezi tělesně postiženými sportovci. Dotazník tvoří 18 uzavřených otázek s různým počtem nabízených odpovědí a je součástí přílohy.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 K TEORETICKÝM VÝCHODISKŮM A ZÁKLADNÍM POJMŮM

V první části práce se budeme zabývat teoretickými, výkladům základních pojmů a jejich faktickými významy. To je nezbytné proto, abychom pochopili problematiku tématu práce a rovněž, jakým způsobem je provázána se sociální pedagogikou a se sociální psychologií. Abychom měli přehled o situaci v odborné literatuře, je proveden přehled stavu zkoumané problematiky v literatuře, a to jak domácí, tak i v zahraniční, včetně cizojazyčné.

### 1.1 Stav zkoumané problematiky v domácí, zahraniční a cizojazyčné literatuře

Abychom mohli zahájit studium problematiky týkající se tématu zdravotně postižených sportovců, museli jsme zmapovat situaci v odborné literatuře, která se zabývá souvislostmi mezi sociální pedagogikou a zdravotně postiženými osobami i sociální psychologií a zdravotně postiženými spoluobčany.

K vymezení pojmů a teoretických východisek byly z domácí či slovenské literatury použity zejména publikace Zlatice Bakošové „Teórie sociálnej pedagogiky – edukačné, sociálne a komunikačné aspekty,“ a dále publikace „Sociálna pedagogika ako životná pomoc.“ Tyto publikace poskytují široký náhled na problematiku sociální pedagogiky, a to včetně vztahu k tělesně i mentálně postiženým osobám. Dále bylo značně čerpáno z renomované publikace „Základy sociální pedagogiky“ od Blahoslava Krause.

Mimo zmíněné publikace byla použita i další odborná literatura z oblasti sociální pedagogiky a sociální psychologie. Namátkou jmenujme třeba publikaci „Jak se vyrábí sociologická znalost“ od Miroslava Dismana, knihu „Psychologie zdraví a duševní hygiena“ od Rudolfa Kohoutka, publikaci „Zdravotní postižení a pomáhající profese“ od Jana Michalíka, knihu Josefa Slowíka „Komunikace s lidmi s postižením“, či rigorózní práci Ludka Kuly s názvem „Kvalita života mladistvých a mladých dospělých.“ Zajímavé informace rovněž byly čerpány z publikace „Psychosociální determinanty zdraví“ od českého autora Vladimíra Kebzy.

Zvláštní pozornost věnujeme třem dalším českým autorům, kteří sloužili jako zdroj cenné inspirace. Jsou to Jaro Křivohlavý, jehož knihy „Psychologie zdraví“ a „Psychologie nemocí“ patří k jedněm z nejlepších publikací v oblasti psychologických problémů osob

s fyzickým i mentálním postižením. K další významné publikaci patří kniha Milana Nakonečného „Sociální psychologie“. Ta v principu shrnuje veškeré zásadní problémy sociální psychologie a její praktické uplatnění v širokém spektru lidské populace, opět včetně osob s nějakou formou hendikepu. A do třetice si dovolíme upozornit na publikace Libora Novosada „Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním“ a „Základy speciálního poradenství“, ve kterých lze nalézt celou řadu cenných informací i doporučení pro práci s postiženými spoluobčany.

Problematika kvality života byla zkoumána pomocí několika zajímavých publikací. Mezi ně patří například „Psychosociální souvislosti osobní pohody“ od kolektivu autorů pod vedením Marka Blatného. Dále pak jmenujme publikaci Damiana Kováče „Kvalita života – naléhavá výzva pro vedu nového století“ a v neposlední řadě rovněž knihu „Kvalita života: teoretická a metodologická východiska“ od autorů Heleny Vaňurové a Pavla Muehlpachra. Z publikací Libuše Ludíkové „Kvalita života osob se speciálními potřebami“ a „Pohledy na kvalitu života osob se senzorickým postižením“ jsme pak získali řadu praktických rad, díky kterým můžeme zjistit, jakým způsobem lze ovlivňovat kvalitu života u osob se zdravotním postižením.

Jako podklad pro zpracování praktické části jsme využili známé publikace „Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu“ od Miroslava Chrásky. Vzhledem k jejímu rozsahu a preciznímu zpracování nebylo potřeba pro praktickou část hledat jiný zdroj.

Abychom získali přehled, jak se k problematice zdravotně postižených osob a jejich začleňování do společnosti věnují v zahraničí, použili jsme i několik zdrojů odborné literatury z ciziny. Jednou z těchto publikací je „Dotazník životní spokojenosti“ od Jochena Fahrenberga, kde německý autor podrobně provádí analýzu kvality života u německých zdravotně postižených osob.

Z americké literatury jsme čerpali z knihy „Principles of Social Psychology (Principles of Psychology)“, jejíž autorkou je Nicky Hayes. Další americký autor, Mathew Kelly, napsal populárně vědeckou publikaci s názvem „Buďte spokojeni v práci i doma“, ve které rovněž obecně nastiňuje záležitosti související s kvalitou života.

## 1.2 Vztah tématu k sociální pedagogice

Při hledání souvislostí mezi sociální pedagogikou a problematikou začlenění zdravotně postižených občanů do společnosti vyjdeme z nejrozšířenější české učebnice sociální pedagogiky, což je výše uvedená učebnice Blahoslava Krause „Základy sociální pedagogiky“. Ten uvádí (2008, s. 41), že se pozornost sociální pedagogiky někdy věnuje využívání a ovlivňování volného času dětí a mládeže, jindy části populace narušené nebo jiným způsobem znevýhodněné. Na základě tohoto vývoje tvrdí, že se problematika sociální pedagogiky netýká jen určitých daných kategorií společnosti, ale v zásadě celé populace. Z toho hlediska lze tedy sociální pedagogiku vztahovat i na komunitu zdravotně postižených spoluobčanů.

Když budeme v odborné literatuře hledat další východiska posuzování vztahu sociální pedagogiky k problematice zdravotně postižených občanů, můžeme použít publikaci „Sociální pedagogika jako životná pomoc“ od Zlatice Bakošové. Ta definuje sociální pedagogiku a její cíle následujícím způsobem:

„Sociální pedagogika je součástí věd o člověku, patří do soustavy pedagogických věd. Sociální pedagogika jako životní pomoc je pozitivní pedagogika, jejímž cílem je přeměna lidí a společnosti prostřednictvím výchovy. Jde o proces výchovné péče a ochrany směřující k integraci a stabilizaci osobnosti.“ (Bakošová, 2006, s. 54)

Z tohoto pohledu lze tedy chápat sociální pedagogiku jako pomoc člověku při zvládnání různých životních situací. To opět zapadá do konceptu inkluze zdravotně postižených občanů do majoritní společnosti. Autorka dále na straně 35 stejné publikace (Bakošová, 2006, s. 35) uvádí, že je třeba odstranit negativní až pejorativní chápání slova sociální, jež je spojeno se sociální pedagogikou a sociální prací. Naopak je potřeba vytvoření novodobého pohledu na sociální pedagogiku, a to tak, aby byla chápána pozitivně. Sociální pedagogiku lze tedy považovat za odbornou sociální práci, která má různé úkoly v oblasti výchovy. Tyto úlohy nepředstavují jen odstraňování patologických jevů, ale komplex nových úloh zařazení se do společnosti. Dále pak Bakošová (2006, s. 35) uvádí, že sociální práce obsahuje různé pedagogické aspekty. Jedním z důkazů je skutečnost, že klienti sociální práce se v rámci ekonomických, politických i sociálních přeměn společnosti změnili. Nejde tedy již o okrajové skupiny odkázané na péči, jako například lidi s kriminální minulostí, bezdomovce či dlouhodobě nemocné. V současnosti se již sociální práce věnuje všem lidem ve společnosti.

Když vezmeme v úvahu nejvýznamnější publikace Zlatice Bakošové (1994, 2006, 2011), lze obecně říci, že její pojetí sociální pedagogiky je založeno na principu humanizmu, akceptace a tolerance. Zjednodušeně řečeno, na rozdíl od dřívějšího pojetí má zřetelně filantropistický charakter. Zlatica Bakošová vymezuje sociální pedagogiku jako hraniční disciplínu pedagogiky, jejímž posláním je poskytovat životní pomoc dětem a mládeži nacházející se v různých problémových a krizových situacích. Můžeme sledovat, že uvedená pomoc se zpravidla uskutečňuje za přispění výchovy. Z toho vyplývá, že jedním ze základních úkolů sociální pedagogiky je kompenzace nevhodných vlivů na člověka, stejně jako důsledná prevence sociálně patologických jevů ve škole i v rodině, ale rovněž i v širším sociálním prostředí. Obecně můžeme říci, že v tomto pojetí se sociální pedagogika orientuje na sociální problémy společnosti, které je potřeba nezbytně řešit.

Tato tvrzení lze podpořit rovněž publikací „Teórie sociálnej pedagogiky“, ve které autorka uvádí, že „sociální interakce neboli interakční stránka sociálního styku je vzájemný vztah, který může mít rozličné podoby. Jde například o politické vztahy, právní vztahy, ekonomické vztahy, vztahy založené na morálce či etice“. (Bakošová, 2011, s. 102)

V rámci sociální pedagogiky zkoumáme, jak se utvářejí vzájemné lidské vztahy. Velkou úlohu zde hraje výchova a vzdělání. Při hledání harmonických vztahů hrají velkou úlohu vztahy sympatií a antipatií. Na základě jejich kombinace je možné pozorovat několik podob vztahů, které se nazývají interakce, neboť tím je vyjádřeno jejich vzájemné působení. V pedagogické, psychologické i sociologické odborné literatuře jsou obvykle uváděny tyto druhy interakcí (Bakošová, 2011, s. 104):

1. Interakce založená na koexistenci. Jde o vztah založený na fungování dvou partnerů existujících vedle sebe, kteří nepoužívají rivalitu, ale vzájemně se tolerují.
2. Interakce založená na koordinaci. Tato interakce respektuje individuální záměry účastníků v zájmu lepší kvality vztahu.
3. Interakce založená na kooperaci. Jedná se o způsob fungování, který respektuje záměry účastníků interakčního procesu. Jde tedy o vztah založený na důvěře a společném zájmu dosahování cíle.
4. Interakce založená na prosociální oblasti. Jde o typické jednání ve vzájemných vztazích. Projevuje se zejména v sociální sféře, kdy se při pomoci neočekává žádné ocenění či pochvala, jde o samotný pocit poskytnutí pomoci.
5. Interakce založená na konfliktu. Tento vztah je nerovnoměrný, protože může mít podobu soutěživosti či rivality. V některých případech může být soutěživost vhodná

na zvýšení výkonu jiných účastníků, někdy se naopak mění na násilné prosazování svých zájmů a zisků. Je to v případě, kdy oba partneři neberou ohled na další vztahy. V tomto vztahu je vždy jeden účastník vítězem a druhý účastník poraženým. Na základě toho vzniká konflikt. Konflikty mohou vznikat jak ve vnitřním, tak i ve vnějším vztahu.

Je potřeba si uvědomit, že sociální styk má rovněž svou stránku percepční. V rámci vnímání tak vnímáme určité individuální rozdíly. Ty se projevují v jeho dynamice, hloubce, šířce. V praxi dělíme vnímání většinou na analytické a syntetické. Analytické vnímání je takové, které se zaměřuje na rozkládání získaných informací na detailní části. Problémem pak však je, že je náročné vyvodit z dané informace nějaké finální závěry a pochopit smysl procesu. Syntetické vnímání je naopak zaměřeno na komplexní celek a na vidění základního smyslu. Složený typ vnímání, který je nazývaný analyticko-syntetický, je orientovaný především na vnímání částí, ovšem zároveň i celého komplexu jevů. Je to ideální způsob vnímání pro objektivní pochopení skutečnosti. Někdy též bývá uváděno emocionální vnímání. To se však zaměřuje jen na vlastní prožívání a snižuje tak objektivitu vnímání a pozorování (Bakošová, 2011, s. 105).

Důležitá pro utváření vztahů je i komunikační stránka sociálního styku. Komunikace je totiž vzájemná výměna informací mezi dvěma komunikujícími partnery. Komunikací se vyměňují a zpřesňují informace, odevzdávají se pocity, pravidla, vzájemné postoje, vztahy, ale i obrazy o jednotlivých osobách. Kromě toho se do procesu utváření sociálních vztahů zapojuje i sociální výměna. Jde o výměnu informací, služeb, sympatií, lásky a pomoci v rámci sociálních interakcí. Odměnou za provádění sociálních interakcí je dobrý pocit z poskytnutí pomoci jiným lidem (Bakošová, 2011, s. 105).

Pokud chceme zkoumat začlenění zdravotně postižených spoluobčanů do majoritní společnosti, musíme zkoumat problematiku sociálních kompetencí. Sociální kompetence jsou součástí obecných kompetencí. V principu jde o způsobilost a míru sociálnosti osobnosti v rámci sociálních vztahů. V sociálním prostředí je stanovení sociálních rolí dáno, ale záleží rovněž na úrovni komunikace a schopnosti předcházet problémům a popřípadě tyto problémy úspěšně řešit (Bakošová, 2011, s. 106 - 107). Vyšší úroveň sociálních kompetencí představují tzv. sociální kompetence. Tyto kompetence jsou stanoveny potenciálem, jak konat dobro, projevovat zdvořilost, pomáhat, chránit, ochraňovat a vyjadřovat empatii. Nejvyšší forma sociálních kompetencí se nazývá sociální inteligence. Tato forma není totožná s inteligencí v širším slova smyslu. Jde o schopnost předvídat životní rozhodnutí,

dále o schopnost vnímat změny v sociálním kontextu, schopnost přizpůsobit se v nových podmínkách, stejně jako schopnost utvářet pozitivní klima ve vztazích. Mezi sociální kompetence se zahrnuje obvykle zvyšování citlivosti vůči sobě i druhým, partnerské řešení konfliktů, stejně jako podporující chování ve vztahu k ostatním (Bakošová, 2011, s. 107 - 108).

Vyšší forma lidského chování, která není spojena s nárokem na zisky, odměny či jiné výhody, se v lidském vývoji vyskytuje poměrně ojediněle. Snahy o takový typ chování jsou projevem a potřebou lidí, aby byly naplněny jejich humanistické zájmy a potřeby. Zajímavé je, že se vyskytují v každém společenském zřízení (Bakošová, 2011, s. 108).

V demokratických zemích se snaha o zlepšení stavu výchovy v podmínkách demokracie provádí formou zavádění etické výchovy a sociální výchovy. Součástí jak etické tak sociální výchovy je prosociální chování, jehož formou pak je altruismus, který můžeme chápat jako práci pro blaho ostatních, nezištnou pomoc jiným lidem či nezištnou lásku. Sociální chování je spojeno rovněž s empatií, což je schopnost vcítit se do potřeb a pocitů ostatních. U empatie hovoříme o tzv. kognitivní složce a afektivní složce, kdy kognitivní složka je poznávací, zatímco afektivní je spojená s emocemi a tedy s porozuměním pro pocity jiných lidí (Bakošová, 2011, s. 108).

Nedílnou součástí sociální pedagogiky je personální rozměr osobnosti. Jde o obor zaměřený na utváření nových kvalit samotného člověka a součástí tohoto utváření je tzv. personálně osobnostní rozvoj. Ten je součástí utváření nových kvalit jedince. V zásadě jde o pět základních pravidel rozvoje člověka. Podle Bakošové (2011, s. 108 – 112) jde o tato pravidla:

1. Základem rozvoje schopností poznávání je smyslové vnímání. Spočívá v procvičování pozornosti, paměti, řešení problémů, stejně jako v řešení schopnosti učit se. Důležité je, aby člověk získal reálný obraz o sobě samém, o svých schopnostech, koncentraci a podobně.
2. Sebepoznávání a sebechápání. Tato forma rozvoje osobnosti je důležitá k získání pocitu o sobě jako o zdroji informací a o poznávání fyzických a sociálně psychických stránek člověka samotného. Důležité ovšem je, aby člověk odhalil jen poznané oblasti svého já, jeho veškeré souvislosti, stejně jako je důležité, aby byl schopen vysvětlit své vlastní reakce činnosti.



3. Seberegulace a sebeorganizace. Jedná se o důležitý proces, jehož cílem je zaměřit se na plánování i organizaci svého vlastního života. Daný jedinec si musí stanovit osobní cíle a cvičit sebekontrolu. Musí umět regulovat své chování a motivovat jej. To v důsledku znamená harmonizaci vztahů jedince s okolím.
4. Psychohygienu. Je to činnost založená na kompenzaci jednostrannosti či stereotypů. Zejména je obvyklá u některých druhů rodinných zátěží. Zvládnutí zátěží je prováděno v rámci takzvaného plánu psychohygieny.
5. Kreativita. Za kreativitu považujeme rozvoj fantazie a představivosti. V širším významu jde též o rozvoj tvořivého citění a chování. Tvořivost pak umožňuje člověku rozvíjet se. V rámci některých komunit jde o velmi důležitou formu sociálního chování člověka.

Z výše uvedeného vyplývá, že cílem rozvoje sociální, prosociální a personální stránky osobnosti je výchova člověka, který následně netrpí sociální izolovaností, ani sociálním vyloučením či sociální fobií. Taková osobnost je naopak velmi dobře sociálně adaptována, takže je schopná pochopit svou sociální pozici a rovněž umí odhadnout své místo ve společnosti. Právě toto je velmi důležité pro osoby se zdravotním postižením, které musí umět najít své místo ve společnosti a vyřešit své vnější vztahy vůči ostatním (Bakošová, 2011, s. 110 – 112).

### 1.3 Vztah tématu k sociální psychologii

Z hlediska psychologického je velmi důležitým faktorem životní spokojenost. Ta určuje míru kladných emocí v životě jedince, a je tedy důležitá i pro tělesně postižené osoby. Blatný (2005, s. 84) definuje životní spokojenost jako velmi důležitý významný pojem v oblasti psychologie individuální pohody. V současnosti patří k nejvíce se rozvíjejícím oblastem psychologického výzkumu. Jak můžeme v Blatného publikaci (Blatný, 2005) zjistit, životní spokojenost je vědomé, globální hodnocení vlastního života jako celku, které má těsnou souvislost s kognitivní složkou osobní svobody a spokojeností v subjektivních oblastech života, mezi které patří rodina, přátelé, zaměstnání, sociální postavení, ekonomický status a sebehodnocení. Z těchto faktů vyplývá, že výběrem pojmu naznačujeme, které stránce kvality života se chceme věnovat. V oblasti vymezené touto prací, tj. ve vztahu k psychologickým, sociálním a zdravotním otázkám, existují v současnosti dva přístupy (Blatný, 2005, s. 85 – 86):

První přístup v sociální psychologii je zaměřen na zkoumání kvality života v souvislostech ke zdravotním a sociálním ukazatelům. Druhý přístup je spjat s takzvanou pozitivní psychologií. Řeší terminologii postavenou na osobní pohodě, životní spokojenosti a štěstí jedince (Blatný, 2005, s. 85 – 86).

Když výše uvedené přístupy aplikujeme na vztah mezi zdravotně postiženými a sportovními aktivitami, můžeme vzít v úvahu rovněž subjektivní a objektivní činitele ovlivňující život zdravotně postižených osob (Novosad, 2009, s. 18 – 20).

Jako subjektivní činitele označujeme ty které, jsou vnímány ze strany tělesně postiženého vůči okolí.

1. Jako první faktor zmíníme zejména zdravotní stav a omezení, která má hendikepovaný jedinec ve srovnání s majoritní společností. Tento faktor souvisí s lokomocí, mobilitou, vnímáním i mírou komunikace jedince. Zároveň vyhodnocuje jeho emocionalitu, chápání, chování i jednání.
2. Další důležitý faktor jsou osobnostní rysy jedince dané souhrnem vrozených dispozic. Jsou ovlivněny rovněž učním, ale rovněž ovlivňováním ze strany rodiny, vrstevníků, spolupracovníků či spolužáků.
3. Velmi důležité je vlastní sebehodnocení hendikepovaného jedince vůči okolí a vzhledem ke zdravotnímu znevýhodnění. Rovněž určuje, jak reálně vidí postižený jedinec splnění svých životních cílů.
4. Významným faktorem je schopnost zvládnout nepříjemnou životní situaci. Hodně závisí na morálních i volních rysech daného člověka.
5. Vnější vlivy rovněž významně určují, jak se jedinec vypořádá s nepříznivou situací. Jde o komplex vztahů jedince s různými typy komunit.

Objektivní faktory hodnocení postoje zdravotně postižených osob vůči svému hendikepu jsou porovnatelné či měřitelné a lépe se posuzují, protože mají určitou statistickou a matematickou validitu. Jsou to zejména tyto činitele:

1. Společenské vědomí, tedy míra předsudků, ale i dalších postojů k postižené populaci ze strany majoritní populace.
2. Vztahy k lidem, kteří jsou nositeli zdravotního postižení. K nim patří i takzvaná stigmatizace, tedy přiřčení negativního odlišení od zavedených standardů, popřípadě norem (Novosad, 2005, s. 21).

Když chceme zhodnotit, jak probíhá socializace a sociální integrace lidí s postižením v rámci majoritní společnosti, můžeme vycházet z několika procesů, které nabízejí zapojení příslušníků obecně jakékoliv minority do majoritní skupiny. Pojmem sociální integrace, jinými slovy inkluze, označujeme proces rovnoprávného společenského začlenění do vzdělávacího i pracovního procesu a do života společnosti (Novosad, 2005, s. 21).

Integrace příslušníků minority je v kontextu péče o člověka a jeho všestranný rozvoj nejvyšším stupněm socializace jedince. Z hlediska sociální psychologie jej definujeme jako schopnost zapojit se do společnosti, vytvářet a formovat pozitivní vztahy i postoje, stejně jako akceptovat její normy a pravidla (Novosad, 2009, s. 21).

Integrace příslušníků minority je vnímána v rámci péče o člověka jako nejvyšší stupeň socializace jedince. V zásadě jde o to, aby byli příslušníci minority schopni zapojit se do společnosti a vytvářet hodnoty. Schopnost socializace je založená na mnoha faktorech. Podílejí se na ní především určité sociální skupiny a předpoklady jedinců v těchto skupinách, stejně jako řada individuálních odlišností každého jedince, ale rovněž objektivní aspekty dané stavem společnosti. Z toho vyplývá, že míra socializace není a ani nikdy nemůže být u všech postižených jedinců stejná. V každém případě ovšem existuje snaha postižené jedince integrovat, což před rokem 1990 v bývalém Československu nebylo možné. Nyní se podíváme, jaké možnosti nabízí proces inkluze. Máme v zásadě 4 varianty (Novosad, 2009, s. 22):

1. Integrace.
2. Adaptace.
3. Utilita.
4. Inferiorita.

Za integraci považujeme úplné začlenění osob se zdravotním postižením do majoritní společnosti. Vede k vytvoření samostatnosti a nezávislosti jedinců, takže nevyžadují zvláštní ohledy ani přístupy ze strany majority. V mezích změn, které přineslo postižení, dokáže postižený jedinec veškeré následky adekvátně kompenzovat, je schopen plnit všechny funkce vyplývající z plné socializace, navíc je i rovnoprávným partnerem ve všech běžných oblastech profesní přípravy. Úspěšná integrace s dobrou prognózou je běžná u lehčích forem postižení, popřípadě u lidí, kteří trpí některými běžnými chronickými chorobami (Novosad, 2009, s. 22).

Adaptace je nižší fáze socializace a charakterizujeme ji jako schopnost hendikepovaného jedince přizpůsobit se sociálnímu prostředí, vnější komunitě i společenským podmínkám. Ve velké míře záleží na volných vlastnostech jedince, stejně jako na jeho schopnostech a potřebách. Postupné adaptace lze dosáhnout u postižení či poruch těžšího typu, jako komplikované poruchy mobility, smyslová postižení, autismus, skleróza multiplex, popřípadě i lehká mentální retardace. U těchto lidí je běžná nízká míra sebehodnocení. V zásadě jde o komplex méněcennosti, což komplikuje jejich výchovně vzdělávací a socializační proces. Důsledkem může být i počátek sociální izolace a zhoršení společenského a pracovního uplatnění lidí s postižením. Proto je zde nutné kombinovat pozitivní motivaci, porozumění a systematický rozvoj nebo kompenzaci funkcí, schopností a dovedností. Zásadním cílem je dosažení optimální míry osobní a sociální samostatnosti (Novosad, 2009, s. 22).

Utilita je míra socializace jedince s postižením, u kterého jsou značně omezeny funkční schopnosti ve vývoji. Tento jedinec již není považován za zcela samostatného, protože je v mnoha ohledech závislý na jiných lidech. Většinou jde o kombinované mentální a tělesné postižení. U takových jedinců není možné člověka plně socializovat a tím pádem ani trvale nemůže žít zcela samostatně (Novosad, 2009, s. 23).

**Inferiorita** je nejnižší stupeň socializace. V principu jde o vyčlenění jedince z hlavního proudu života společnosti. Jedinec je naprosto nebo částečně nesamostatný, odkázaný na péči potřebnou k uspokojování nejzákladnějších životních potřeb. Bohužel není možná ani primitivní socializace, a proto je obvykle nutné tyto jedince odloučit od života majoritní společnosti (Novosad, 2009, s. 23).

V praxi se setkáváme někdy i s kombinacemi výše uvedených socializačních stupňů, protože postižené osoby se stejným typem postižení nemusí nutně dosáhnout shodného stupně socializace. Míra integrace je individuální a hodně záleží na okolnostech, rodině, osobnostních předpokladech, ale rovněž na adekvátní péči a fundovanost nutné pomoci. U tělesně postižených osob je právě velmi důležité, aby nedošlo k totální sociální izolaci, protože pak nejsou plně využity schopnosti, dovednosti i potenciál člověka. Proto je jedním z nástrojů překonávání sociální izolace. Zajišťuje to mimo jiné i výchova v duchu multikulturalismu, porozumění, komunikace a vzájemného akceptování identity, postojů i hodnot mezi majoritní společností a minoritními skupinami (Novosad, 2009, s. 24).

## 2 SPORT TĚLESNĚ POSTIŽENÝCH

V druhé části práce nastíníme, jakým způsobem pracují sportovní organizace zdravotně postižených. Nastíníme historii sportů, které jsou vhodné pro osoby se zdravotním postižením, stejně jako mezinárodní úspěch českých hendikepovaných sportovců. Rovněž vysvětlíme rozdíly mezi tělesně postiženými s vrozenou vadou a osobami s takzvaným získaným fyzickým postižením.

### 2.1 Historie a druhy sportů - sledge hokej, florbal, basketbal, box.

#### Sportovní organizace a jejich výsledky

Podle dostupných pramenů (Irish Wheelchair Association, 2015, [online]) byl termín „wheelchair“ použit poprvé v Anglii v 19. století. Více se začala tato pomůcka používat po první světové válce, kdy se z fronty vracely tisíce vojáků s amputovanými nohama. Díky kolečkovému křeslu se tak hendikepovaní mohli stávat méně závislými na pomoci druhých a lépe se začleňovali do majoritní společnosti. V té době se začal rozvíjet i zájem válečných invalidů o smysluplné trávení volného času, mimo jiné i vzrůstal zájem o sportovní aktivity. Doktor Ludwig Guttmann, pracující v rehabilitačním centru ve Stoke Mandeville (Anglie), je považován za zakladatele historického sportu vozíčkářů. V rámci rehabilitací pro válečné invalidy přišel s myšlenkou sportovních soutěží mezi vozíčkáři. Bylo to těsně po druhé světové válce. První sporty, u kterých zkoušel jejich vhodnost pro vozíčkáře, byly plavání, basketbal, softbal, vodní pólo a některé disciplíny z lehké atletiky. Později byly rovněž vyzkoušeny lukostřelba, vzpírání, volejbal a šerm (Irish Wheelchair Association, 2015, [online]).

Jako první sportovní hry veteránů - vozíčkářů na světě jsou historiky označovány soutěže, které se uskutečnily dne 21. července 1948 ve Stoke Mandeville. Jejich pořadatelem byl již zmiňovaný doktor Ludwig Guttmann. Podle dobových záznamů se her zúčastnilo 16 sportovců, z toho 2 ženy. Soutěže proběhly v lehké atletice a rovněž v takzvaných jízdách zručnosti (na vozíčcích), lukostřelbě a kuželkách. Díky velmi úspěšnému ohlasu se v roce 1952 ve Stoke Mandeville uskutečnily první mezinárodní hry vozíčkářů. Těchto her se zúčastnilo celkem 130 sportovců a sportovkyň z celého světa (Poppa Guttmann Trust, 2010, [online]).

Díky dalším masovým ohlasům byla pak v roce 1957 založena mezinárodní sportovní organizace pro vozíčkáře s názvem „Mezinárodní organizace her ve Stoke Mandeville“

(zkratka ISMGF – z anglického názvu organizace International Stoke Mandeville Games Federation). Předsedou se stal samozřejmě doktor Guttmann. Ten rovněž přišel s myšlenkou pořádat analogii Olympijských her. Chtěl, aby se konaly každé čtyři roky a vždy v jedné zemi, a to v té, kde se v tomto roce konají Olympijské hry. První mezinárodní hry typu olympiády se uskutečnily v roce 1960 v Římě, kde proběhl první ročník takzvané letní „paralympiády“. Pak se konaly paralympijské hry již každé čtyři roky, vždy krátce po ukončení průběhu konání standardních novodobých Olympijských her (Poppa Guttmann Trust, 2010, [online]).

Zpočátku byla paralympiáda určena pouze pro paraplegiky. Tedy pro osoby, které mají těžké poranění páteře. Později se do těchto her začali zapojovat i sportovci s jiným zdravotním postižením. Díky tomu se rozšířila nabídka disciplín a zvýšil se rovněž počet sportovců na paralympiádě. Zároveň začaly i pokusy o uspořádání zimní paralympiády. Zde však zpočátku byly velké technické obtíže. Hlavní problém spočíval ve špatné dostupnosti zimních areálů pro vozíčkáře. Nakonec se první zimní paralympiáda uskutečnila až v roce 1976. Jejich sídlem byl švédský Örnsköldsvik a za další čtyři roky norský Geil. Jak je vidět, u zimní paralympiády není dodržováno pravidlo o stejném působišti Olympijských her a paralympiády. Kromě toho ovšem i nadále každoročně probíhají Světové hry tělesně postižených, stejně jako sportovní hry ve Stoke Mandeville (rovněž každý rok), různé světové šampionáty, dále pak celosvětový mezinárodní okruh tenisových turnajů (Poppa Guttmann Trust, 2010, [online]).

Co se týče České republiky, i zde lze nalézt bohatou sportovní činnost včetně pořádání mezinárodních mistrovství v různých disciplínách. Samozřejmě jsou pořádány domácí celostátní soutěže i šampionáty. Sportů, které zdravotně postižení v České republice provozují, je celá řada. My se však zaměříme jen na některé, protože výčet všech je na signifikantně delší a dlouhodobější publikaci než je diplomová práce. Bližší informace lze nalézt na webových stránkách organizací zdravotně postižených sportovců, kde lze nalézt vyčerpávající informace týkající se soutěží, pravidel či úspěchů tělesně postižených sportovců.

Na tomto místě bychom rovněž chtěli poděkovat lidem z Českého svazu tělesně postižených sportovců, kteří nám poskytli cenné informace a postřehy týkající se jednotlivých sportů (Český svaz tělesně postižených sportovců, 1990 - 2013, [online]).

### ***Sledge hokej***

Sledge hokej je hokej, který je uzpůsoben pro hráče, kteří nemohou chodit. V praxi je provozován osobami s různým funkčním omezením na dolních končetinách nebo takzvanými amputaři (lidmi s jednou či oběma amputovanými dolními končetinami). Hráči se na ledě pohybují na speciálních saních, na kterých je umístěn sedák. K pohybu a zároveň ke hře jim slouží dvě hokejky, na kterých jsou z jedné strany hroty a z druhé strany čepel. Pravidla jsou obdobná jako v klasickém ledním hokeji (Hokej.cz, 2016, [online]).

Obdobou sledge hokeje je EWH neboli hokej na elektrických vozících. Hraje se s lehkou „florbalovou“ hokejkou, zvanou H-stick. Ta je významně kratší než klasická florbalová hokejka. Hokejku H-stick si hráč může připevnit k horní končetině. Pro hráče, kteří díky svému hendikepu nejsou schopni udržet hokejku, je určena jiná speciální hokejka. Ta se nazývá T-stick a je připevněna k přední části elektrického vozíku. EWH se někdy laicky zaměňuje za florbal. Je zde ovšem výše uvedená možnost zvolit si jiný druh hokejky, než je tomu u florbalu, kde každá hokejka musí mít speciální certifikaci. Tento sport navíc hrají hlavně lidé s těžkým zdravotním postižením, takže musí používat elektrický pohon vozíků (Hokej.cz, 2016, [online]).

### ***Florbal***

Florbal pro vozíčkáře (někdy nazývaný též florbal na vozíku) je relativně mladý, ale atraktivní sport pro hendikepované sportovce. Je jedním ze sportů, při kterém jsou týmy smíšené. Díky tomu se mohou zapojit i ženy ve společných týmech s muži. Florbal pro vozíčkáře má stejná pravidla jako klasický florbal a hraje se i se stejným míčkem a hokejkou. Pouze hokejky musí mít danou certifikaci (Havelka, 2012, [online]).

### ***Basketbal***

Basketbal se hraje podle klasických pravidel basketbalu, jen s některými výjimkami. Výjimky se týkají hlavně pohybu s míčem a některých omezení, která jsou spojena s pohybem na invalidním vozíku. Klasifikace hráčů basketbalu se určuje body od 1 do 4,5 bodu (od nejlehčího po těžší druhy postižení). Celkový součet bodů všech hráčů nesmí přesahovat 13,5 bodu, v klubových soutěžích je povoleno až 14,5 bodu, což umožňuje i zapojení hráčů s těžším druhem postižení (Škaroupka, 2013, [online]).

### **Box**

Box na vozíku se stává ve světě velmi populárním sportem. Momentálně se vedou debaty o jeho zařazení mezi sporty paralympijské. V zahraničí se již dávno konají mezinárodní paraboxerské turnaje. V naší zemi jde zatím o novinku, ale vzhledem k rostoucímu zájmu hendikepovaných o tento sport předpokládáme, že budou tréninková centra a paraboxeři přibývat. Největší tréninkové centrum v ČR funguje v Praze v bezbariérové tělocvičně Jedličkova ústavu. Trénink je podobný jako klasický boxerský, pouze uzpůsobený pro lidi na vozíku. Box je dobrý na fyzický rozvoj ve všech směrech. Zapojuje se při něm široké svalové spektrum. Zlepšuje celkovou koordinaci těla a bystří intelekt. Je tedy vhodný pro tělesně postižené, kteří chtějí zlepšit svou celkovou fyzickou kondici (Český svaz tělesně postižených boxerů, 2014, [online]).

Celkově lze říci, že existuje celá škála dalších sportů, které jsou u nás tělesně postiženými aktivně provozovány. Limitujícím faktorem je nabídka sportů pro hendikepované sportovce a jejich dostupnost poblíž místa bydliště. Situace je již signifikantně lepší ve srovnání s dobou před deseti či dvaceti lety, kdy sportovní aktivity pro sportovce na vozíku bylo možné využívat pouze v největších českých městech. Nabídky sportů se stále rozšiřují a postupně se tak dostávají do více měst a přibývá i množství sportovních disciplín. Organizace zabývající se sportovními aktivitami tělesně postižených zajišťují fungování vedení hendikepovaných sportovců na velmi dobré odborné úrovni (Český svaz tělesně postižených sportovců, 1990 - 2013, [online]).

Organizací věnujících se sportovním aktivitám tělesně postižených je celá řada, což umožňuje hendikepovaným sportovcům vybírat mezi velkým množstvím sportovních disciplín. Na výběr mají jak ze sportů, které jsou součástí paralympijských her, ale i ze sportů na rekreační úrovni. Nyní si uvedeme alespoň nejdůležitější světové a české sportovní organizace (Český paralympijský výbor, 2011, [online]).

Zcela první evropská organizace pro hendikepované sportovce vznikla roku 1924. Po druhé světové válce vznikla již výše uvedená celosvětová sportovní organizace pro vozíčkáře „Mezinárodní organizace her ve Stoke Mandeville“ (zkratka ISMGF). Až v roce 1992 vznikl Mezinárodní paralympijský výbor (IPC). Mezinárodní paralympijský výbor řídí následující mezinárodní federace, které jsou jeho součástí:

- INAS – FID (mentálně postižení sportovci).



- CP ISRA (spasticky postižení sportovci, tedy osoby ochrnuté převážně následky nenakažlivé dětské mozkové obrny).
- IWAS (tělesně postižení sportovci).
- IBSA (zrakově postižení sportovci).

Na základě návrhu Mezinárodního paralympijského výboru a po vyjednávání svazů zdravotně postižených sportovců byl dne 26. 1. 1994 založen Český paralympijský výbor. Ten zajišťuje reprezentaci a kontrolu nad přípravou sportovců na vrcholové úrovni. Český paralympijský výbor je hlavní organizací v České republice zabývající se sportem tělesně postižených osob. Je v něm registrováno téměř 20 tisíc sportovců. Jedním z úkolů Českého paralympijského výboru je i podpora sportu na vrcholové úrovni a zajištění účasti na Paralympijských hrách. Bohužel spory některých svazů s Českým paralympijským výborem v poslední době toto poslání Českého paralympijského výboru poněkud diskreditují v očích veřejnosti (Český paralympijský výbor, 2011, [online]).

Český paralympijský výbor řídí šest svazů, kterými jsou:

- ČSMPS - Český svaz mentálně postižených sportovců.
- ČFSH - Česká federace Spastic Handicap o. s.
- ČATHS - Česká asociace tělesně handicapovaných sportovců.
- ČSTPS - Český svaz tělesně postižených sportovců.
- ČSNS - Český svaz neslyšících sportovců.
- ČSZPS - Český svaz zrakově postižených sportovců.

Kromě toho Český paralympijský výbor částečně řídí i Český svaz vnitřně postižených sportovců, který je ale volně přidružený.

V naší zemi jsou sportovní aktivity vozičkářů zaštitěny Uníí zdravotně postižených sportovců České republiky. Tato unie řídí celkem šest specializovaných sportovních svazů. Český svaz tělesně postižených sportovců spadá do orgánových postižení. Výše uvedené dělení na různé svazy je důsledkem toho, že v určitých sportovních disciplínách spolu mohou soupeřit pouze postižení se stejným druhem postižení, což ovšem na druhé straně přináší mezisvazovou rivalitu, zejména v souvislosti s finančními prostředky přidělovanými na jejich činnost. Samotná Unie zdravotně postižených sportovců spadá pod členství Komory sportovních svazů Českého svazu tělesné výchovy (Český svaz tělesně postižených sportovců, 1990 - 2013, [online]).

Sportovní výsledky českých sportovců na paralympiádách jsou v posledních letech impozantní. Jako příklad uvádíme zimní deaflympiádu v Salt Lake City. V roce 2007 se čeští sportovci s postižením sluchu zúčastnili v počtu 4 soutěžících. Přivezli celkem 9 medailí, a z toho dokonce čtyři zlaté. Díky tomu byla Česká republika na druhém místě na světě hned za Ruskem (Český paralympijský výbor, 2011, [online]).

Ještě více úspěchů sklidili naši tělesně postižení sportovci na poslední letní paralympiádě v Londýně (2012). Sporty s českou účastí byly atletika, boccia, cyklistika, lukostřelba, plavání a stolní tenis. Medailový zisk činil celkem 11 medailí (1 zlatá medaile, 6 stříbrných medailí a 4 bronzové medaile). Cyklista Jiří Ježek získal zlato v časovce (C4) a stříbro ve stíhacím závodě na 4 km (C4). Atlet Radim Běleš vybojoval stříbro v hodě kuželkou (F31/32/51), Eva Berná zase bronz ve vrhu koulí (F37). Další cyklista Jiří Bouška získal bronz v časovce (C4) a jeho kolegyně Tereza Diepoldová stříbro v časovce (C1–3). Lukostřelba má stříbro díky Davidovi Drahonínskému (ve střelbě z kladkového luku – kategorie W1), sport boccia byl zase úspěšný díky Leoši Lacinovi a Radkovi Procházkovi, kteří získali stříbro v soutěži dvojic (BC4). Rostislav Pohlmann v atletice získal stříbro v hodě diskem (F57/58), Jan Povýšil bronz v plavání na 50 m volným způsobem (S4) a tricyklista David Vondráček vybojoval bronz v silničním závodě (T1–2). To lze bezesporu považovat za velký úspěch (<http://www.paralympic.cz>).

## 2.2 OZP a handicap

Je potřeba si uvědomit, že samotné postižení zdravotně postižených sportovců přináší rovněž určitá omezení ve sportovní činnosti. Proto je vhodné, aby tělesně postižený jedinec konzultoval svůj zdravotní stav před zahájením aktivního provozování sportovní činnosti se svým lékařem. Ten musí jasně stanovit, jaké sportovní aktivity daná osoba může a naopak nesmí provádět. Trenér zdravotně postižených osob musí mít rovněž základní znalosti o jednotlivých postiženích a měl by rovněž vědět, jak velké zátěži může vhodným způsobem zdravotně postiženého sportovce podrobit. Toto omezení je často odborně označováno jako handicap.

Ale na druhé straně není potřeba rezignovat na provádění sportovních aktivit. Pohybové aktivity mají pro zdravotně hendikepované osoby jak preventivní, tak i velký zdravotní význam. Sportovní aktivity zdravotně postižených osob napomáhají jedincům

s hendikepem překonat fyzické i psychické následky postižení. Pomáhají udržovat a případně dále zlepšovat výsledky dosažené při léčebné rehabilitaci. Fyzický i duševní stav zdravotně postižených sportovců je pak signifikantně lepší než zdravotně postižených jedinců, kteří se sportům nevěnují. Díky sportu se zdravotně postižené osoby lépe vyrovnávají se svým handicapem, v důsledku toho se lépe socializují a jsou spokojenější v rodině i v případném zaměstnání nebo jiné formě výtěžné činnosti (Beneš, 2005, s. 55).

Pohybové postižení je v oblasti fyzického postižení důsledek poruch v oblasti mozku, míchy, svalstva, kostí nebo kloubů. Většinou jde o následek nemocí, úrazů, či vrozených vad, popřípadě i genetických poruch. Tělesná postižení rozdělujeme do čtyř základních kategorií:

- Amputace (jde o takzvané amputáře).
- Míšň léze (jde o takzvané vozíčkáře),
- Centrální poruchy hybnosti - cph (jde o takzvané spastiky).
- Ostatní.

Amputaci lze definovat jako odstranění periferní části těla, a to včetně krytu měkkých tkání. Přitom dochází k přerušení skeletu, které vede k funkční či kosmetické změně. Je zde také možnost dalšího protetického ošetření (Beneš, 2005, s. 56).

Amputáři jsou tedy tělesně postižení, kterým chybí některá část končetiny. Navíc přitom zároveň postrádají alespoň jeden hlavní kloub. Tím se myslí koleno, kotník, loket, popřípadě zápěstí. Příčiny amputací mohou být vrozené nebo získané.

U vrozených amputací nejsou bohužel příčiny zatím známé. Některá literatura udává za možnou příčinu vzniku fakt, že matka užívá některé léky v období těhotenství. U vrozené amputace jde v zásadě o to, že kongenitálně chybí některá končetina. To se odborně označuje termínem dysmelia (Beneš, 2005, s. 57).

Získané amputace mají jako hlavní příčiny úrazy, chirurgické amputace, cukrovku, případně další choroby, jako například cévní onemocnění.

V praxi lze pozorovat velké zdravotní problémy jedinců s amputací částí končetin. Jde například o takzvané kontraktury a snížení rozsahu pohybu, které pozorujeme u zbylé části končetiny. Dále jde o ortopedické deformity páteře a kloubů způsobené jednostranným přetěžováním zdravých neamputovaných končetin. To je například skolióza. Může nastá-

vat též porucha vnímání (takzvaná fantomová bolest, tedy bolest chybějící končetiny), ale i zhoršení rovnováhy a koordinace, jako například zhoršení stability nebo změna těžiště. Kost pahýlu u takzvaných amputářů není tak pevná a může se snadno zlomit. Při sportu a nošení protézy je proto velmi důležité chránit kůži před jakýmkoliv poškozením. Poškození kůže na pahýlu znemožní používání protézy a po dobu léčby tak takzvané amputáře omezí v pohyblivosti a následně tedy i při fyzickém tréninku (Beneš, 2005, s. 56).

U vozíčkářů (postižené osoby v důsledku míšní léze) hovoříme o poranění, kde je částečně či úplně přerušena tělní mícha, a to v meziobratlovém prostoru. Podle toho, jak je mícha přerušena v páteřním kanálu, se poté objeví následné potíže s motorikou, ale i funkcí vnitřních orgánů, celkovou citlivostí a dalším fyzickým omezením. Prakticky po každé je postižena motorika dolních končetin. Jedinec je tedy odkázán na vozíček (správněji „invalidní vozík“). V důsledku toho takto postiženým osobám přísluší hovorový výraz „vozíčkáři“.

K porušení míchy obvykle dojde vlivem úrazu (úrazy, autohavárie, pády, násilné trestné činy). Někdy se však lidé s poškozením míchy mohou narodit. Jde například o nemoci zvané spina bifida. Jde o nemoc, kdy se člověk narodí s neuzavřeným míšním kanálem obratlového těla. Další typické onemocnění je polyomyelitida, což je virové onemocnění, jež napadá motorické nervy míchy. Způsobuje tím trvalé poškození pohyblivosti člověka. Nejvíce rozšířeným poraněním míchy je kvadruplegie, což je postižení všech čtyřech končetin, a to s lézí kolem přechodu krční a hrudní páteře. Tito lidé jsou prakticky vždy odkázáni na invalidní vozík. Na horních končetinách je zachována jen částečná hybnost a svalová síla. K úchopu je zapotřebí využívat speciálních rukavic. Tyto pohybové potíže však kvadruplegikům nebrání, aby se věnovali sportům (Beneš, 2005, s. 57).

Dle oblasti páteře, v níž je přerušena mícha, může dojít k těmto typům postižení:

- Velmi často nastává poranění v oblasti rozšíření páteřního kanálu krčního obratle C6 a dále pak v oblasti bederního L1. Z uvedených rozšíření vycházejí nervy, které jsou významné pro dolní i horní končetiny.
- Jako relativně časté se vyskytuje poškození míchy v oblasti krční. Při poškození krčního obratle C8 se jedná při neúplném přerušení o kvadruparézu, u úplného o kvadruplegii (postižení hybnosti všech čtyřech končetin). Pod krčním obratlem C7 jde o paraparézu či paraplegii, což je postižení hybnosti jen u dolních končetin.

- Poranění, které se nachází pod krčním obratlem C6. To vede následně k zachování hybnost většiny svalů pletence ramenního. Postiženému zřetelně chybí extenze v loktech a pohyby prstů ruky či dýchací rezerva, jako jsou odkašlávání nebo vytrvalost. Jedinec je schopen drobné mobility a umí se zvednout pomocí extenzorů nebo flexorů zápěstí či hrazdičky.
- Při poranění pod krčním obratlem C7 je často zachována funkce svalu s označením „muscle triceps brachii“, extenzorů a flexorů prstů. Ale postižený nemá jemné pohyby prstů a chybí mu také dýchací rezerva. Jedinec je schopen základní osobní obsluhy na lůžku a bez pomoci se posadí. Je rovněž schopen za pomoci přelézt na vozík, ale zato nedokáže zvednout pánev nad lůžko.
- U poranění horní hrudní oblasti páteře pozorujeme, že je často zachována hybnost horních končetin. Často je také pozorována inervace mezižeberních svalů a horních zádových svalů. Díky tomu je obvykle možný samostatný posun postiženého na lůžku a následný přesun na vozík. Za pomoci vozítek s automatickým řaděním a ruční obsluhou je umožněno, aby postižený jedinec mohl řídit auto.
- Další typ úrazu je spojen s poraněním dolní části hrudní oblasti a dále s poraněním přechodu hrudní a bederní části páteře. Obvykle je u postiženého plně zachována standardní pohyblivost horních končetin a také zádových svalů. Navíc je běžná částečná až úplná hybnost břišních svalů. Pacient může být díky tomu plně samostatný na lůžku i vozíku.
- Relativně málo běžné jsou typy poranění v oblasti mezi bederním obratlem L4 a křížovým obratlem S2. Obvykle pozorujeme zachování addukce kyčelních kloubů, dále pak extenzi kolen a plantární flexi. Bohužel chybí jak funkce análního svěrače, tak i dorzální flexe kotníků. Postižený jedinec je však poměrně samostatný a použití invalidního vozíku není nutné, někdy je možná chůze o berlích (Wendsche, 1993, s. 48).

Výše uvedené typy poranění ukazují, jak je pro vozíčkáře obtížné se samostatně uplatnit a posílit tím své sociální sebevědomí. Vozíčkáři mají ale kvůli svému postižení i další typy problémů. Je tedy nutné k nim přihlídnout při tréninku a jiné fyzické zátěži.

Za nejvýznamnější problémy vozíčkářů považuje Bartůňková:

- Atrofii končetin.

- Elasticitu.
- Kontraktury.
- Obezitu a osteoporózu.
- Problémy s močením.
- Poruchy srdeční a oběhové,
- Ortostatickou hypotenzi poruch kožní citlivosti (Bartůňková, 2002, s. 48).

Nyní provedeme stručný nástin výše uvedených problémů.

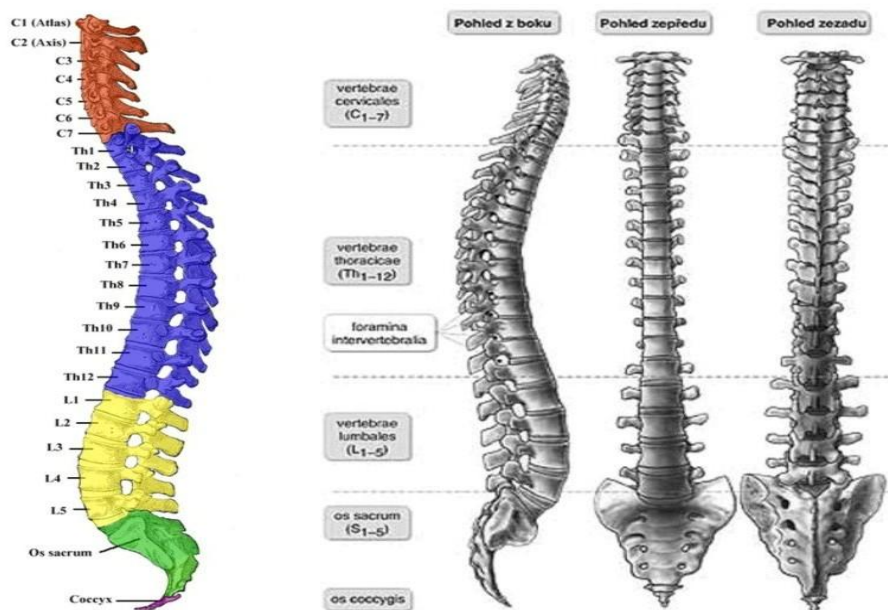
U poškození míchy je vždy přítomna porucha ve **vyprazdňování močového měchýře**. Postižení musí využívat k odstranění moči takzvanou katetrizaci: specifikem je, že u takzvaného nekompletního přerušeni míchy nad obratlem S2 využívají postižené osoby katetrizaci pouze v případě nutnosti. Ovšem na toaletu chodí daleko častěji než zdraví lidé (Bartůňková, 2002, s. 51).

Jako alternativu ke katetrizaci lze používat takzvaný Credův manévr. Ten spočívá v tom, že se tlakem na podbříšek vyvolá močení. Je rovněž možné používat permanentně zavedený katetr se sběrným sáčkem na moč. Zadržování moče je kontraindikováno. Existuje velké riziko infekce močových cest a ledvin. Aby nevznikaly močové komplikace, je vhodné, aby postižený vypil denně minimálně 2 litry tekutin. (Bartůňková, 2002, s. 52).

**Poruchy srdeční a oběhové** jsou velmi obvyklé u osob s takzvanou míšní lézí. Někdy ji říkáme také chronotropní porucha nebo syndrom chorého sinu. Nepříjemné je, že způsobuje nestandardní klidové hodnoty u srdeční frekvence. Míšní postižení nad hrudním obratlem Th5 silně zvyšuje odpověď při cvičení horními končetinami. Hodnoty nejvyšší tréninkové srdeční frekvence obvykle zcela neodpovídají intenzitě fyzického zatížení. Pokud jsou léze nad Th6, nelze dosahovat maximální srdeční frekvence. Důvodem je ztráta sympatické kontroly a naopak převládá tonus parasymptiku. Nejvyšší srdeční frekvence většinou nepřesahuje hodnoty 110 tepů za minutu. Malé plnění srdečních komor pak vede k minimalizaci systolického objemu. Poté dojde k omezení takzvané transportní kyslíkové kapacity. V důsledku toho malé zásobení kyslíkem vede k dřívější únavě a omezení aerobní výkonnosti. Neschopnost dosáhnout aerobních tréninkových efektů způsobuje především snížení objemu svalové hmoty. Ovšem je zde možné i zvýšení kardiorespirační zdatnosti. To se provádí zlepšením periferního využití vázaného kyslíku (Bartůňková, 2002, s. 53).

**Ortostatická a cvičební hypotenze** je závislá na výši hodnot u míšní léze. Postižení nad obratel L1 mají tu vlastnost, že u nich nastává porucha regulace sympatiku na dolních končetinách. Pokud je postižení na úrovni obratlů L1 a L2, jde jen o částečnou poruchu. Zajímavé je, že postižení pod obratlem L2 již nemá žádný negativní vliv na vasomotorický tonus. Gravitační síly transportují krev do dolních částí končetin. Je ovšem problém, že se nemohou uplatnit autoregulační oběhové mechanismy, které jsou zprostředkovávány sympatikem, takže může dojít ke mdlobě, protože mozek je nedostatečně zásoben krví a v důsledku toho ani kyslíkem. Abychom předešli hypotenzi či mdlobě, musíme provést zaklonění vozíku a elevace dolních končetin (Bartůňková, 2002, s. 56).

Tato cvičební hypotenze je způsobena změnou transportu krve. Ta se přesouvá do dilatovaného periferního řečiště aktivních svalů. Jako prevenci hypotenze aplikujeme při fyzické zátěži různé formy rozcvičení (Bartůňková, 2002, s. 57).



**Obrázek 1 – Rozsah páteřní míchy.**

**Poruchy kožní citlivosti** nastávají zejména u vozíčkářů. Ti mají signifikantně horší vnímání bolesti, tepla i chladu. V případě úplného přerušování míchy nastane pod místem přerušování ztráta veškeré citlivosti. Proto se vyskytuje zvýšené riziko poškození kůže a poranění. Je tedy nutná zvýšená opatrnost při sportu vozíčkářů. Malá poranění se ošetří, ale musí se

pohlídat sluneční záření či dávat pozor na opaření horkou vodou, popřípadě popálení od otevřeného ohně. V případě dlouhodobého sezení na nevhodné antidekubitní podložce dochází k otláčování, a někdy i ke tření. Proto je u vozíčkářů velké nebezpečí vzniku prosezenin a proleženin. Je tedy velmi důležité zajistit pohodlný posed a také vybírat vhodnou antidekubitní podložku pro danou činnost (Bartůňková, 2002, s. 58).

Svalovina umístěná na nehybných končetinách začne v průběhu času atrofovat z nedostatku pohybu. Pak nastává jev, kterému říkáme **atrofie končetin**. Ten se dá oddálit pasivním cvičením. Vysoce účinný je například motomed, tedy rotoped poháněný motorem.

Hodně nepříjemná je u vozíčkářů **spasticita**. Základem spasticity je vznik extenzních a flexních spasmů na dolních končetinách, které správným ošetřováním přecházejí do spasmů extenzních. Zvýšená spasticita je vyvolána prudkými pasivními pohyby. Někdy rovněž působí náhlá změna teploty nebo chlad, tělesný dotyk na plosce či genitáliích. U jedinců s lézí nad bederní obratel L1 se někdy objevují nekontrolovatelné série klonických spasmů. Ty jsou způsobeny excesivní reflexní aktivitou pod místem postižení. Tyto spasmy nelze chápat jen jako záporný jev, protože mohou být i prospěšné pro cirkulaci. Víme rovněž o metodách, které výskyt spasmů snižují. Jde například o použití farmak, cvičení za pomoci fyzikální terapie a jiné (Bartůňková, 2002, s. 61).

**Kontraktury**, které se velmi často objevují u postižených končetin, jsou v principu trvalá zkrácení dolních nebo horních končetin. Jejich vznik je způsoben spasticitou. Ta omezuje rozsah pohybu v kloubu. Je tedy vhodné pravidelně provádět protahovací cvičení a před strečinkem je třeba protahované skupiny rozcvičit.

Neblahé dopady tělesného postižení jsou například **obezita nebo osteoporóza**. Obezitu považujeme za rizikový faktor pro kardiovaskulární nebo případně i jiné metabolické nemoci. Je více nebezpečná pro osoby s míšní lézí. Je to dáno tím, že jejich aktivní tělesná hmota je redukována ochrnutím. Problémy s hmotností souvisí s nedostatkem pohybu a převážně sedavým způsobem života. S tím související osteoporóza je charakteristická postupnou ztrátou kalcia, což činí kosti křehčími. Hlavním důvodem je inaktivita postižených. Těm pak hrozí zlomeniny, zejména pokud má člověk velkou nadváhu (Bartůňková, 2005, s. 32).

Z jiných typů postižení pohybového aparátu se často vyskytují zejména postižení nazývaná jako centrální poruchy hybnosti. Zjednodušeně se pro ně používá zkratka CPH a lidé



s takovým typem postižení jsou nazýváni spastici. Jde o tělesná postižení, která jsou způsobena postižením oblastí centrální nervové soustavy, která řídí pohyb, svalový tonus, reflexní činnost a koordinaci člověka (Rektor, Rektorová, 2003, s. 45).

Příčiny tohoto typu postižení se pojí obvykle s obdobím porodu člověka. V některých případech mohou vzniknout onemocněním matky v těhotenství, ale také i předčasným porodem nebo některými méně obvyklými komplikacemi v průběhu porodu. Někdy se vyskytne v důsledku úrazu nebo otravy novorozence po porodu. Považujeme je za závažná tělesná postižení, protože postihuje motoriku celého těla. Rozsah postižení může být velmi individuální. Hlavními znaky centrálních poruch je spasticita, atetóza, ataxie, hypokineze, rigidita a tremor (Rektor, Rektorová, 2003, s. 45).

### 2.3 Tělesně postižení s vrozeným a se získaným postižením

Základní charakteristika jedinců postižených centrální poruchou hybnosti je podle dělení Bartůňkové následující:

- 50% jedinců s centrálními poruchami hybnosti je primárně spastických. To ovšem omezuje jejich svalovou sílu a také svalovou vytrvalost. Kvůli častým spasmům na obou končetinách se pro tyto jedince používá označení spastici.
- 25% jedinců je primárně postiženo atetózou, neboť jejich jemná motorika u horních končetin je velmi významně postižena, zatímco hrubší motorika dolních končetin méně (Bartůňková, 2002, s. 81).

U osob tělesně postižených centrálními poruchami hybnosti je významně omezena svalová síla, koordinace, flexibilita, ale také rychlost a vytrvalost. Je zajímavé, že u dětí s centrálními poruchami hybnosti je výrazná nerovnováha svalového tonu flexorů a extenzorů (Bartůňková, 2002, s. 82).

Zejména u spastiků jsou flexory výraznější než extenzory. Z toho důvodu je třeba posilovat především extenzory. Přitom je zajímavé, že koordinace je významně porušena. Řada postižených má lokomoční problémy a s tím spojené časté pády. Proto musí nosit ochrannou přilbu a také se učí padat do ochranného prostředí. Spastické svaly rukou i nohou vedou k omezení flexibility. Omezení rozsahu pohybu vede následně ke kontrakturám nebo ke kostním deformitám (Bartůňková, 2002, s. 82).

Je velmi nezbytné poškozené svaly pravidelně relaxovat. Strečinková cvičení mají být statická a u více postižených musí svaly být procvičovány denně. Když dojde k velkému poklesu svalové síly nebo tonusu, část může dojít k dislokaci kloubu nebo k poškození okolních tkání. To je hlavní příčinou, proč mají postižení problémy při rychlostních aktivitách. Náhlé provedení pohybu aktivuje totiž napínací reflex. Ale je pravda, že rychlost se dá tréninkem zlepšit, i když charakter cvičení se u jedinců s centrálními poruchami hybnosti liší od zdravých (Bartůňková, 2002, s. 82).

Jako zajímavost uvedeme na závěr kapitoly zmínku o takzvaných ostatních tělesných postiženích, která se často odborně nazývají jako „Le Autres“. Sem řadíme všechna ostatní tělesná postižení, u nichž nelze provést zařazení do kategorií předcházejících. Ve většině případů jde o různá progresivní onemocnění, u kterých se nemoc dále vyvíjí. U převážné části jedinců se jedná o postupné zhoršování jejich stavu. Ti se stávají vozíčkáři nebo jedinci odkázanými na lůžko a stoprocentní asistenci (Bartůňková, 2002, s. 83).

U těchto chorob hraje velkou roli přístup jedince k nemoci. Když se jedinec nemoci poddá, její postup se významně urychlí. Ve sportu zdravotně postižených se sportovcům s tímto postižením přiřazuje status N, což znamená nezařazen. Problém je, že se musí před každým závodem nechat znovu klasifikovat. Tato praxe není typická pro vozíčkáře nebo třeba amputáře. Ti mají na základě svého postižení jasnou klasifikaci, a to v drtivé většině případů bez dalších změn klasifikace (Bartůňková, 2002, s. 83).

Do kategorie Les Autres patří celá řada nemocí postihujících pohybový aparát. Zmíníme alespoň nejdůležitější z nich:

- Friedrichova ataxie.
- Myastenia gravis.
- Guillain-Barré syndrom.
- Svalová dystrofie.
- Roztroušená skleróza.

Nemoc zvaná **Friedreichova ataxie** je netypické onemocnění. To obvykle zasahuje děti i dospělé jedince. Bohužel hovoříme o tomto onemocnění jako o progresivním. Problém je, že časem dokonce znemožňuje chůzi. Z toho vyplývá, že postižený je odkázán na invalidní vozík. Jinými problémy spojenými s touto nemocí jsou poruchy jemné motoriky, řeči, třes, nystagmus. Nepříjemným doprovodným efektem je, že téměř třetina jedinců trpí navíc cukrovkou (Dungl, 2005, s. 62).

Nemoc zvaná **Myastenia gravis** je onemocnění, pro které je typický úbytek svalové hmoty ve velmi velkém rozsahu. Tato nemoc se týká zejména zádových svalů, stejně jako svalů dolních končetin. Někdy se vyskytuje i u mezižeberních svalů. Hlavním symptomem je nadstandardní míra únavy. Dvakrát častěji jsou postiženy ženy než muži. Původ nemoci není objasněn (Bartůňková, 2002, s. 93).

Nemoc zvaná **Guillain-Barré syndrom** je nemoc typická pro dolní končetiny. Nejdříve se projevuje velkou únavou a slabostí svalů dolních končetin, pak dochází k postižení velké části obličejového svalstva. Projevy dosáhnou maxima v průběhu několika týdnů. Někteří autoři předpokládají virové postižení či sebeimunní charakter choroby. Někteří pacienti nepřežijí, jiní mají kompletní rekonvalescenci, u dalších zůstávají následky ve slabosti nohou (Bartůňková, 2002, s. 95).

**Svalová dystrofie** je dědičné onemocnění charakterizované progresivní degenerací svalů. Vývoj jedince je z počátku standardní a chůze bývá zpožděna. Diagnostikována bývá mezi třetím až šestým rokem věku. U svalové dystrofie dojde k progresivnímu zhoršování mobility. Z jedince, jenž se projevuje z počátku lehce kolébatou chůzí, se ve finálním stádiu stane pacient odkázaný na postel a vyžaduje maximální asistenci. Mezi svalové dystrofie řadíme Duchenneovu svalovou dystrofii, dále pak Beckerovu dystrofii i jiné méně obvyklé choroby (Dungl, 2005, s. 54)

**Roztroušená skleróza** je zánětlivé onemocnění centrální nervové soustavy s relativně pomalým průběhem. Vede k rozpadu myelinových obalů nervových vláken. Jeho důsledkem jsou postižení motoriky a řízení vlastního těla. Z těchto projevů pak plyne postupný úbytek soběstačnosti nemocného jedince. Nemoc je doprovázena stádiem, kdy si postižení významně uleví. Ovšem jindy jsou nemocní lidé zasaženi atakami, po kterých se stav významně zhoršuje (Vágnerová, 2004, s. 32).

Nyní se v krátkosti zaměříme i na další typy postižení, i když primárně je diplomová práce věnována především osobám s postižením pohybového aparátu. Jde zejména o různé typy zrakového postižení. Největší potíže u těžce zrakově postižených osob jsou problémy s prostorovou orientací, neschopností získávání zkušeností zrakem a neschopností rozpoznat neverbální komunikaci (mimiku obličeje, pohyb těla, gesta). I poruchy zraku mohou být podle jeho vzniku vrozené nebo získané (Bartůňková, 2002, s. 103).

Vrozené poruchy zraku se v základu dělí na poruchy zraku centrální a poruchy zraku periferní. Centrální poškození jsou důsledkem postižení v oblasti mozku a periferní postižení zraku jsou pro změnu spojena s poškozením oka a zrakového nervu.

Mezi vrozené poruchy patří refrakční vady, tedy krátkozrakost a dalekozrakost, ale také například albinismus (Bartůňková, 2002, s. 103).

Získané postižení zraku je důsledek zranění oka. Dalšími příčinami mohou být například zánětlivá onemocnění různých částí oka (záněty spojivky, duhovky, cévnatky, sítnice či zrakového nervu), degenerativní onemocnění zrakového nervu, sítnice (retinopatie), čočky (katarakta – šedý zákal), zelený zákal se zvýšeným nitroočním tlakem, cévní poruchy místní i celkové (jako např. při cukrovce), nádory, ztráta oka, posttraumatický zákal, popřípadě odchlípení sítnice (Bartůňková, 2002, s. 103).

U zrakového postižení se obvykle používá klasifikace míry postižení podle dělení Světové zdravotnické organizace:

1. **Střední slabozrakost** je zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí. Maximum je menší než hodnota 6/18 a minimum je rovno či lepší než 6/60.
2. **Silná slabozrakost** je zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí. Maximum bývá menší než hodnota 6/60 a minimum je rovno či lepší než hodnota 3/60.
3. **Těžce slabý zrak** je zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí. Maximum bývá menší než hodnota 3/60 a minimum rovno či lepší než hodnota 1/60.
4. **Praktická nevidomost** je zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí hodnoty 1/60. Omezení zorného pole je do 5 stupňů kolem středové fixace.
5. **Úplná nevidomost** je ztráta zraku od naprosté ztráty světlocitu až po zachování světlocitu s chybou světelnou (ČÁKIOVÁ, 2006 [online]).

Podle Čakiové (ČÁKIOVÁ, 2006 [online]) v praxi zrakové postižení dělíme podle různých kritérií:

#### 1. Podle druhu zrakové vady jde o:

- Okulomotorické poruchy (strabismus).
- Problémy se zpracováním zrakových podnětů v mozku (kortikální slepota).
- Poruchy barvocitu (barvoslepost).
- Ztráta zrakové ostrosti (patří sem refrakční vady - krátkozrakost, dalekozrakost, astigmatismus).

- Postižení širě zorného pole (skotom, trubicové vidění).

## 2. Podle stupně zrakového postižení rozlišujeme:

- Slabozrakost (orgánová vada zraku projevující se částečným nevyvinutím, sníženou funkcí nebo zkreslující činností oka).
- Zbytky zraku (orgánová vada zraku způsobená nevyvinutím, snížením nebo zkreslující činností zrakového analyzátoru oka).
- Slepotu (neschopnost jedince vnímat zrakem i přes zachování určitého zrakového čítí).

## 3. Podle délky trvání dělíme zrakové postižení na

- Dlouhodobé.
- Chronické.
- Krátkodobé.
- Opakující se.

Kapitolu ukončíme ještě stručným náhledem na problematiku mentálně postižených jedinců. Za mentální postižení označujeme takové postižení rozumových schopností, které je vrozené. Obvykle se projeví neschopností porozumět svému okolí a v nezbytné míře se mu přizpůsobit.

Někdy je také definováno jako „neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje, přesto že jedinec byl odpovídajícím způsobem výchovně stimulován“ (Vágnerová, 2004, s. 45).

Mentální retardaci pak obvykle rozdělujeme podle standardizovaného testu inteligenčního kvocientu (IQ) do čtyř skupin (Vágnerová, 2004, s. 47):

- Mírná mentální retardace (IQ 50 – 70).
- Střední mentální retardace (IQ 35 – 49).
- Těžká mentální retardace (IQ 20 – 34).
- Hluboká mentální retardace (IQ pod 20).

V odborné literatuře jsou diskutovány různé příčiny mentálního postižení. Například Bartůňková (2002, s. 138) uvádí toto dělení: :

- Vrozené infekce, intoxikace (rubeola, syfilis, cytomegalovirus, fetální alkoholový syndrom).
- Prenatální onemocnění neznámého původu (hydrocefalus, mikrocefalus).
- Nedonošenost.
- Porodní trauma.
- Poruchy metabolismu nebo nutrice (fenyلكetonurie, galaktosemie).
- Chromozomální abnormality (Downův syndrom, abnormalita – fragilita chromozomu x, Turnerův syndrom).
- Postnatální onemocnění (neurofibromatóza, neoplazma).
- Psychiatrická onemocnění.
- Sociální vlivy prostředí.
- Jiné vlivy.

Mentální postižené osoby se obvykle nachází v kombinaci s jinými fyzickými defekty. Jde například o kombinaci s dětskou mozkovou obrnou nebo spinou bifidou (Bartůňková 2002, s. 138).

Mentálně postižené mohou doprovázet záchvatovitá onemocnění, ale rovněž různé vady zraku a sluchu. Vyskytují se u nich rovněž vrozené srdeční vady a obezita. Jako neadekvátní reakce na fyzickou zátěž se může projevit postižení vegetativního systému při syndromu chorého sinu, což je vlastně narušení srdečního rytmu. Proto často pozorujeme problémy mentálně retardovaných osob při motorickém učení s pozorností, koncentrací, krátkodobou pamětí, a učením delších sekvencí (Bartůňková, 2002, s. 142).

### 3 KVALITA ŽIVOTA

V třetí části diplomové práce se zaměříme na moderní pojem z oblasti psychologie, který se nazývá „kvalita života“. Tento pojem si vymežíme, určíme hlavní faktory, které pojem „kvalita života“ ovlivňují, a nakonec najdeme souvislosti mezi kvalitou života a reálným životem hendikepovaných sportovců.

#### 3.1 Vymezení pojmu kvalita života

Abychom vymežili pojem „kvalita“ života, můžeme vyjít z pojetí Křivohlavého (2002, s. 56), který uvádí tři roviny kvality života:

- Osobní rovinu. Jde o život jedince, který subjektivně v souladu s osobními hodnotami (představami, nadějemi, očekáváními, přesvědčeními) hodnotí naději, spokojenost, zdravotní stav.
- Makrorovinu. Ta řeší kvalitu života velkých sociálních celků, jako jsou regiony, státy, země, kontinenty.
- Mezorovinu. Ta analyzuje kvalitu života malých sociálních skupin. Jde o instituce typu škol, nemocnic, ústavů sociální péče a podobně. Zároveň řeší problém respektu k morálním hodnotám, klima a mezilidské vztahy, frustraci i satisfakci základních potřeb členů skupiny, ale i existence sociální opory.

Zkoumání kvality života je v současnosti ve společenskovedních disciplínách velmi moderní téma, protože se obecně zvyšuje zájem o kvalitu života celé populace. Velký důraz je kladen zejména na kvalitu života u minoritní populace. Mezi ty patří nejen etnické a národnostní minority, ale rovněž lidé s fyzickým i mentálním postižením, senioři, osoby s chronickým onemocněním, či osoby závislé na návykových látkách.

V této souvislosti se často vyskytuje pojem „well-being“- Ten bývá většinou jako přítomnost kladných emocí nebo kladného sebehodnocení. Často bývá do češtiny překládán jako „pohoda“. To někteří čeští sociologové a psychologové kritizují. Například v publikaci Payneho (2006, s. 132) najdeme výraznou kritiku tohoto překladu. Tvrdí, že špatný překlad je důsledkem překroucení v důsledku opakovaného překladu. Proto se Payne přiklání k českému termínu „smysl života“. Navíc v Kebzově publikaci (2005, s. 263) najdeme názor, že pojem „well-being“ má více významů a neměl by se zužovat jen na pohodu duševní. Jako typickou vlastnost osobní pohody chápe přijetí sebe sama, pozitivní vztahy s druhými, zvládání životních nároků, zaměřenost na cíle a na osobní rozvoj i autonomii. Z

osobnostních charakteristik má osobní pohoda nejbliže k adaptivním a atribučním stylům osobnosti a rovněž k hodnotové orientaci.

Payne (2005, s. 221) dále uvádí, že klíčovými slovy kvalitního života jsou mezilidské vztahy, ale rovněž i aktivita, přiměřené zdraví a uspokojené potřeby. Za primární sociální jednotku či komunitu je považována rodina, ale kvalitní život zahrnuje širší chápání proso-ciability. Bez vztahů k lidem na jiné než příbuzenské bázi není život vnímán jako kvalitní. V otázce zdraví připouští, že ne pokaždé jde o absenci potíží (Payne, 2005, s. 227).

Kvalita života je ovšem rovněž velmi ovlivněna osobnostními charakteristikami jedince a jeho schopnostmi adaptace. Mnohdy vážně nemocní lidé svůj život hodnotí jako dobrý. Jiní lidé, kteří mají dobré životní podmínky, kvalitu svého života hodnotí jako nedostačující. Někdy mohou lidé s omezením pohybových schopností svůj život hodnotit jako méně kvalitní, protože nejsou spokojeni s rozdílem hodnot, kterých by rádi dosáhli a kterých se jim nakonec dosáhnout podařilo. Ale tito lidé svým způsobem mohou změnit svou situaci. Musí jen změnit své životní podmínky a hodnoty, nebo zredukovat svoje očekávání (Payne, 2005, s. 228).

V České republice se k měření subjektivní pohody používá několik metod. Nejvíce se používá „Škála spokojenosti se životem“ (SWLS – z anglického „Satisfaction With Life Scale“). Dále je poměrně často využívána metoda PGWS („Psychological General Well-Being Scale“ – v češtině pro ni nemáme rozšířený ekvivalent). Někdy se zjišťuje i emocionální prožívání života metodou standardizované škály přítomnosti kladných i záporných emocí, což je někdy nazýváno jako metoda PANAS ((Payne, 2005, s. 228).

Ve světě se používají i jiné metody měřící kvalitu života. Jmenujeme alespoň následující metody:

- QoL (Quality of life of the patient).
- QWS (Quality of Well-Being Scale).
- SIP (Sickness Impact Profile).
- APACHE II.
- HRQoL (Health Related Quality of Life).
- NHP (Nottingham Health Profile).
- DDRS (Distress and Disability Rating Scale).



### 3.2 Faktory ovlivňující kvalitu života

Co se týče problematiky životní spokojenosti, například Kelly (2012, s. 153) uvádí, že jde v principu o naplnění a spokojenost, která vychází z ukojení potřeb a přání. Spokojenost, která je důsledkem naplnění našich potřeb, je dlouhodobější než spokojenost, kterou nám poskytne ukojení našich přání. V první řadě musí být naplněny naše potřeby, až potom přichází na řadu naplnění našich přání.

Blatný (2005, s. 84) vnímá životní spokojenost jako významný pojem z oblasti psychologie. Nazývá ji jako psychologii individuální pohody. Dále Blatný definuje životní spokojenost jako vědomé, globální hodnocení vlastního života jako celku, která má těsnou souvislost s kognitivní složkou osobní svobody, ale rovněž spokojeností v subjektivních oblastech života. Mezi tyto subjektivní složky osobního života zahrnuje rodinu, přátele, zaměstnání, sociální postavení, ekonomický status a sebehodnocení.

Když srovnáme Kellyho a Blatného definice, vidíme, že se významně neliší. Pouze americký autor klade větší důraz na individualitu, zatímco Blatný vnímá životní spokojenost více ve společenském či komunitním pojetí.

Pokud budeme zkoumat, co ovlivňuje životní spokojenost jedince, můžeme vyjít například z terminologie, kterou ve své publikaci uvádí Přemysl Mohapl (1992, s. 21 - 22):

1. Osobnost – Životní spokojenost souvisí s vysokým sebehodnocením, nešťastným klesá sebevědomí, zatímco sebeúcta přináší spokojenost.
2. Zaměstnání a vzdělání – Velmi negativní vliv na životní spokojenost má nezaměstnanost, protože pracovní spokojenost významně souvisí se životní spokojeností. Vzdělání má zase význam ve vztahu k dalším oblastem lidského života.
3. Příjem – Ten má svůj význam jen do určité výše, po dosažení této výše, ztrácí význam a stává se měřítkem společenského úspěchu. Spokojení však mohou být i lidé s nižším příjmem, záleží na osobnosti, životních hodnotách apod.
4. Věk – U něj sledujeme jen minimální souvislost se životní spokojeností, neboť se ukázalo, že starší osoby byly v některých oblastech životní spokojenosti spokojenější.

5. Pohlaví – Zde můžeme zmínit, že starší muži jsou šťastnější než starší ženy a mladší muži jsou méně šťastní než mladší ženy, tento rozdíl se objevuje ve věku okolo 45 let.
6. Náboženství – Náboženství má přímou souvislost s životní spokojeností, kladně souvisí se životní spokojeností u mladších 65 let, u lidí starších je vztah negativní.
7. Manželství a rodina - Spokojenost v manželství a rodině je významnou složkou osobní pohody, samotné rodičovství vliv na životní spokojenost nemá.
8. Sociální kontakty – Společenský kontakt se doporučuje ke zvýšení pocitu štěstí, extroverti jsou obecně šťastnější, spokojenost s intimním životem a milostný vztah významně přispívají k pocitu štěstí.
9. Životní události – Všeobecně platí, že příznivé životní události doprovázejí pozitivní pocity. zatímco součástí negativních událostí jsou záporné emoce.
10. Osobnostní proměnné – Například neuroticismus je spojen s negativním emočním doprovodem a snižuje pocit životní spokojenosti. Vztah inteligence s životní spokojeností nebyl zatím prokázán.
11. Biologické vlivy – Zdraví má podstatný pozitivní vliv ve spojitosti ke štěstí, zejména pokud se člověk subjektivně cítí zdravý. Naproti tomu objektivně posuzované zdraví má pozitivní vliv významně menší. Určité indikátory zdraví lidé vnímají v jasné spojitosti s osobní pohodou, třeba mizerný spánek je vnímán jako neštěstí.

Jednotlivé faktory lze dělit na různé dílčí části, popřípadě některé faktory lze kombinovat a integrovat, jelikož málokdo je ovlivňován pouze dílčími vnějšími vlivy. Na druhou stranu toto Mohaplovo dělení do bodů vnáší do systému určitou systematickou přehlednost (Mohapl, 1992, s. 22).

### 3.3 Kvalita života a hendikepovaní sportovci

V publikaci Ludíkové (2013, s. 10 – 12) lze nalézt specifické uplatnění fenoménu kvality života vzhledem k problematice zdravotně postižených osob. Ta uvádí takzvané holistické pojetí kvality života zdravotně postižených, které upozorňuje na dynamičnost, variabilnost, vysokou subjektivnost, individuálnost, sociální podmíněnost a celostní charakter prožitku kvality života každého jednotlivce.

Tím se liší od klasického pojetí kvality života, které se často dává do stejné roviny jako pojmy „well-being“, „social well-being“, „social welfare“ nebo „social development“ (Ludíková, 2013, s. 12).

Holistické pojetí má čtyři základní oblasti z hlediska interakce jedince s okolím (Ludíková, 2013, s. 14):

- Kontext a zázemí.
- Faktory prostředí.
- Osobnostní charakteristiky.
- Zpracování informací.

Pro osoby se zdravotním postižením vyplývá, že spolužití se zdravotně postiženou osobou je jedním z důležitých prvků kvality jejich života pracovního i rodinného (Ludíková, 2013, s. 14). Platí to ale i obráceně – zdravé osoby žijící s osobou zdravotně postiženou mají nesporně rovněž významně ovlivněnou kvalitu života. Je to smutný paradox, ale rodinní příslušníci hendikepovaného dítěte jsou také hendikepováni. V mnoha případech se setkáváme se situací, kdy se rodiče nedokážou smířit se zdravotním stavem dítěte, stydí se za něj, a někdy nejsou schopni vzít jej ani ven. Navíc je často unavuje trvale mu pomáhat v činnostech, které zdravé děti v jejich věku zvládají samy. Největší problém je, že tyto jedince nemohou nechat nikdy o samotě. Nemají tím pádem čas na odreagování a soukromý život (Ludíková, 2013, s. 14).

Samotné narození dítěte není pro rodiče postižených dětí radostná událost. Naopak, jde o nemalý zdroj stresu. Ten často vede k narušení osobnosti rodičů. Celkově lze říci, že narození dítěte s fyzickým či mentálním postižením představuje vysokou míru psychické i fyzické zátěže pro celou rodinu (Ludíková, 2013, s. 14).

Pediatři (Matějček, 1992, s. 4) uvádí, že v případě narození dítěte s fyzickým či mentálním postižením dochází u rodiny k pocitům úzkosti nebo beznaděje. Rodiče hledají velmi často viníka, který je zodpovědný za stav postiženého dítěte. Stává se však také, že se rodiče se stavem vyrovnají a dostanou novou životní motivaci. Díky tomu se pak například v péči o dítě střídají všichni členové rodiny. Někdy ovšem dochází naopak k rozvoji obranného mechanismu, kdy si rodiče realitu nechtějí vůbec přiznat (Matějček, 1992, s. 4).

Novosad uvádí, že někteří rodiče rezignují a dítě svěří do dlouhodobé nebo trvalé pobytové péče. Pokud se však rozhodnou, že se o dítě budou starat sami, učiní pro dítě to nejlepší,

neboť prostředí rodiny působí velmi dobře na rozvoj motivace všech stránek jeho osobnosti. Bohužel ale při této variantě dochází k ekonomickému oslabení rodiny. Často dochází i k izolovanosti ze strany okolí. Proto je důležitá psychická odolnost, stabilita a fyzické schopnosti. Velkým rizikovým faktorem je rovněž v takových případech rozvodovost. V mnoha případech postižené děti vyrůstají v péči pouze jednoho z rodičů, většinou matky. Naštěstí již také existují různé služby, které v určitých případech pomáhají rodičům zlepšit kvalitu života celé rodiny (Novosad, 2009, s. 34 - 35).

Aby se péče o rodiny s hendikepovanými dětmi zlepšila, je nutné, aby rodiny měly zajištěnou odbornou zdravotnickou i speciálně pedagogickou péči. Sem patří i psychologický servis. Tento psychologický servis by měl řešit problémy rodičů i postiženého dítěte. Důležitá je rovněž péče lékařů, péče sociálních pracovníků, stejně jako rehabilitačních pracovníků a speciálních pedagogů. V České republice to již řeší střediska takzvané rané péče, stejně jako sociálně-pedagogická centra (Novosad, 2009, s. 36).

Jedním z důležitých faktorů je ovlivňování postojů v rodině, kdy není dobré podporovat maximalistická očekávání. Není ovšem ani vhodné být příliš pesimistický, pokud je v rodině postižené dítě (Novosad, 2009, s. 36).

U hendikepovaných dětí často dochází k opožděnosti nebo nerovnoměrnosti v duševním vývoji dítěte. Matějček (1974, s. 23) se domnívá, že je to zapříčiněno nedokonalým rozvojem kognitivních kompetencí nebo nemožností získat samostatně dostatek podnětů z širšího okolí. Tak dojde k oslabení schopností postižených se učit a nastává špatné výchovné vedení, které se s věkem navíc ještě více zhoršuje.

Postižený jedinec je často vystavován vlivu intervencí. Proto je nutná rovněž pravidelná psychoterapie rodičů vedoucí k vyrovnání se se situací a u malých dětí rovněž ke zlepšení výchovného vedení dítěte. Ve své publikaci Matějček uvádí, že rodiny s dětmi s nepříjemným vzhledem nebo s nepříjemnými projevy bývají vystavovány negativním projevům ze strany okolí. I samotní rodiče mohou mít negativní postoj ke svému dítěti. Tyto postoje se posléze pokouší vysvětlit psychickou obranou. Někdy to naopak kompenzují přehnanou péčí o dítě (Matějček, 1974, s. 38).

Důležité je pro rozvoj postiženého jedince rovněž i školní prostředí, neboť zde dochází k seberealizaci postiženého dítěte. Ta obsahuje využívání i rozvoj schopností jedince a tím utváří podmínky pro činnosti, práci či sociální aktivity. Samotná seberealizace osob

s různým postižením na trhu práce v České republice je velmi obtížná (Novosad 2009, s. 45).

Současná platná legislativa MŠMT České republiky uvádí, že „děti s fyzickým postižením mohou vykonávat základní školní docházku v běžné základní škole, speciální škole pro tělesně postižené nebo ve speciální třídě základní školy. Pokud má dítě tělesné postižení kombinováno s mentálním, je vzděláváno podle vzdělávacích programů podle odpovídajícího stupně mentální retardace. Vždy je třeba myslet na bezbariérovou úpravu školy. Pokud jsou podmínky složitější, lze využít rovněž služeb asistenta. Na tohoto asistenta lze získat finanční příspěvek. Škola ale musí být vybavena vhodnými kompenzačními pomůckami.“ (Mühlpachr, 2009, s. 39)

Je nutno říci, že školní prostředí má důležitý vliv na rozvoj všech složek osobnosti postiženého dítěte, ale také na jeho socializaci. Proto je nutné zařazovat co nejvíce dětí s postižením do běžných škol mezi zdravé spolužáky v rámci trendu takzvané inkluze. Alespoň to posílí jejich ctižádost a adaptaci v sociálním prostředí. Je však nezbytné snižovat počet žáků ve třídách. Také je potřeba zajistit odpovídající vybavení škol a vychovat kvalifikované učitele. Některé postižené je ovšem vhodnější vzdělávat ve zvláštních školských zařízeních, popřípadě v individuální péči (Mühlpachr, 2009, s. 39).

Při přípravě postižených jedinců na pracovní nebo společenské uplatnění musíme zohlednit jejich pohybové, komunikační, ale také smyslové schopnosti. Je potřeba přihlídnout k jejich zdravotnímu stavu a předpokladu budoucího vývoje. Mezi nástroje politiky zaměstnanosti v České republice zaměřené na podporu osob s postižením lze zařadit pracovní rehabilitace, což jsou aktivity zaměřené na získání a udržení vhodného zaměstnání. Rovněž je důležité vytvářet takzvaná chráněná pracovní místa. Úřady práce v České republice často sestavují pro postižené osoby individuální plány pracovní rehabilitace. Zaměstnavatelé v České republice navíc mají nárok na příspěvek na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením (Milichovský, 2010, s. 48).

Zaměstnávání osob s postižením upravuje v České republice zákon 435/2004 Sb., „O zaměstnanosti“ ve znění pozdějších předpisů a další související zákony. Výhodou zaměstnavatelů, kteří zaměstnávají osoby s různým postižením je, že mohou získat finanční podporu z dotačních titulů České republiky. Někdy mohou získat i podporu z takzvaných evropských fondů. Existuje také daňově zvýhodnění při splnění stanovených podmínek a lze rovněž získat dotace na zřízení chráněného pracovního místa. Dotace směřují i na mzdu

pracovníka s postižením i na provozní náklady (Ministerstvo práce a sociálních věcí české republiky, 2009, [online]).

Jak uvádí Novosad (2009, s. 47 - 48), tyto ekonomické pobídky vedly některé zaměstnavatele ke zneužití ekonomických stimulů. Bohužel to na druhé straně přináší byrokratické překážky pro osoby s postižením k uplatnění na trhu práce.

Zákon 108/2006 Sb., „O sociálních službách“ se také zaměřuje na postižené jedince. Jde o osoby, které z důvodu snížené soběstačnosti v důsledku zdravotního postižení není možno umístit na otevřeném trhu práce, ale ani na chráněném trhu práce. Zákon určuje, jaké ambulantní služby poskytují sociálně terapeutické dílny. Cílem aktivit těchto dílen je poskytnutí pomoci postiženým v oblasti podpory soběstačnosti, v oblasti péče o osobní hygienu, ale i péče o vlastní osobu, stejně jako u aktivit vedoucích k sociálnímu začlenění. Jde rovněž o pomoc při vytváření a zlepšování pracovních dovedností a návyků postižených osob (Ministerstvo práce a sociálních věcí české republiky, 2009, [online]).

Skutečnost, zdali je osoba s postižením schopna získat a poté si udržet trvalé zaměstnání, je závislá na typu hendikepu, na dosaženém stupni kvalifikace, ale i na dalších faktorech. Nízká kvalifikace obecně nutí osoby s postižením vyhledávat manuální profese. Problém je, že pro ně často nemají postižení zdravotní předpoklady.

Další problém je, že zaměstnavatelé nemají informace o možnostech, jakým způsobem mohou odstranit nebo alespoň zmírnit vliv hendikepu na pracovní uplatnění člověka s postižením. Tento problém lze eliminovat díky specializovaným nástrojům politiky zaměstnanosti v České republice a i díky jejím projektům. Horší vyhlídky na získání dobrého zaměstnání má jedinec, jenž má kombinaci více různých typů či forem tělesného a duševního postižení (Ministerstvo práce a sociálních věcí české republiky, 2009, [online]).

Velkou nevýhodou pro zaměstnávání osob s hendikepem je fakt, že je mezi nimi velké procentuální množství osob vyššího věku. Na vině je také sociální systém, neboť setrvání osoby s hendikepem na sociálních dávkách je v České republice finančně výrazně výhodnější v porovnání s osobami, které mají například částečný pracovní poměr. Problémem se zaměstnáváním osob se zdravotním postižením v naší zemi je i fakt, že povinné kvóty pro osoby s hendikepem je možné kompenzovat takzvaným náhradním plněním. Tím se zaměstnavatelé vyhýbají povinnému zákonnému podílu zaměstnávání osob s hendikepem (Kopřiva, 2010, s. 25).

Je fakt, že multikulturní výchova podporuje komunikaci. Tím může pomoci překonat sociální izolaci. Někdy také navodí vzájemné porozumění. V tomto smyslu je důležité přijmout identitu, hodnoty, kulturu i postoje, a to jak majoritní částí společnosti, tak i minoritami. Mezi ně patří národnostní menšiny, ale také sociálně hendikepovaní či třeba staří lidé. Kvůli nerovnému přístupu k právům a příležitostem mohou vzniknout ekonomické problémy, a to v důsledku vydávání velkých finančních prostředků na zabezpečení životních potřeb postižených (Novosad, 2009, s. 23).

Z uvedených faktů vyplývá, že sportovní aktivity jsou právě jednou z oblastí, kde se mohou tělesně i mentálně postižení občané realizovat, získat tím pocit sounáležitosti s majoritní komunitou a lépe se socializovat. Díky tomu může být kvalita života relativně vysoká i pro zdravotně postižené, kteří neměli příliš velké úspěchy při studiu, a kteří mají problém získat kvalitní zaměstnání.

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**



## 4 ŠETŘENÍ MEZI TĚLESNĚ POSTIŽENÝMI SE ZŘETELEM NA TĚLESNÉ AKTIVITY

K provedení šetření projevů míry provádění pohybových aktivit mezi tělesně postiženými bylo potřeba analyzovat, jaký způsob dotazování je nejvhodnější. Následně jsme museli zvolit vhodný typ dotazníkového šetření a provést vyhodnocení výsledků dotazování.

Metodologický základ pro provádění šetření vycházel z publikace Miroslava Chráska „Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu“ (Chráska, 2007, s. 12). Na základě analýzy této knihy jsme si museli položit základní otázky související s pedagogickým výzkumem. Podle poznatků metodologie výzkumu jsou základními otázkami každého výzkumu tyto faktory:

- Předmět výzkumu.
- Metodika zkoumání (postup výzkumu).
- Určení tazatelů.
- Důvod výzkumu.
- Nalezení spolehlivých ukazatelů.
- Nenarušení validity a reliability.

Poté jsme se věnovali analýze, jak provést správný postup při provádění výzkumu. Stanovili jsme si následující postup:

- Formulace teoretického nebo praktického problému.
- Formulace teoretické hypotézy.
- Formulace souboru pracovních hypotéz.
- Rozhodnutí o populaci a vzorku.
- Rozhodnutí o technice sběru informací.
- Sběr dat.

Samotný výzkum byl prováděn formou kvantitativního výzkumu. Zde nastala drobná komplikace v přípravě výzkumu. Původně zamýšlené provedení formou kvalitativního výzkumu bylo změněno, neboť při testování kvalitativního dotazování formou rozhovoru jsme narazili na to, že respondent prvního prováděného dotazování odmítal na velkou část

dotazů odpovídat, jelikož celé téma považoval za příliš citlivé a osobní. I když jsme mírně pozměnili otázky, došlo i při dalším pokusu o získání příběhu k podobné situaci. Na základě těchto zkušeností bylo rozhodnuto o změně použité metody výzkumu z kvalitativního dotazování na kvantitativní, jelikož tento typ výzkumu prožívali respondenti v méně osobní rovině. V rámci této kapitoly tedy uvádíme již finální verzi výzkumu, a to formou dotazníkového šetření v rámci kvantitativního výzkumu.

#### **4.1 Úvod do dotazníkového šetření zaměřeného na tělesné aktivity u tělesně postižených**

Na počátku celého procesu jsme se snažili formulovat výzkumný problém. Zaměřili jsme výzkum tak, aby vedl k hlubšímu průzkumu míry provádění pohybových aktivit mezi tělesně postiženými. Na základě metodologie výzkumu jsme rovněž usilovali o to, aby byl problém výstižně vyjádřen přesně formulovanou otázkou. Základní otázka našeho výzkumu tedy zněla:

- *Nakolik je rozvinutá míra provádění pohybových aktivit mezi tělesně postiženými? Nakolik se jejich pohybové aktivity promítají do kvality jejich života?*

Postupně jsme si uvědomili, že z této základní otázky vyplývá celá řada možných podotázek, které jsme se pak snažili zpracovat do našeho dotazníku, abychom našli co nejpřesněji souvislosti mezi mírou kvality života tělesně postižených a mírou jimi prováděných pohybových aktivit. To považujeme za hlavní ideu našeho výzkumu.

Jako další výzkumné otázky, jejichž bližší rozpracování jsme pak provedli v samotném dotazníku, jsou tyto:

- *Nakolik je sociální prostředí faktorem, který ovlivňuje aktivní či naopak pasivní roli osob s postižením v procesu provádění pohybových aktivit?*
- *Nakolik je rodinné prostředí důležité pro to, aby tělesně postižené osoby mohly pravidelně provádět tělesné aktivity?*
- *Nakolik je případné pracovní prostředí tělesně postižených jedinců důležité pro možnost provádět pohybové aktivity?*
- *Je míra provádění pohybových aktivit mezi tělesně postiženými více rozvinutá ve velkých městech nebo na venkově?*

Poté jsme se zaměřili na formulaci pracovní hypotézy. Hypotéza vzniká na základě známých poznatků, formuluje nová tvrzení jako předpoklad, který je možno prokázat nebo negovat. Hypotéza vzniká zároveň s vedoucí ideou výzkumu. Její nutnou podmínkou je objektivnost (Chráska, 2007, s. 15 - 19).

Při formulování hypotéz je nutné dodržet všechny jejich formální znaky:

1. Adekvátnost odpovědi na danou otázku.
2. Shodu s již známými poznatky z dané problematiky.
3. Shodu nového výzkumu s obecnou společenskou teorií příslušného vědního oboru.
4. Formulování hypotéz tak, aby dávaly možnost adekvátního ověření (Chráska, 2007, s. 15 - 19).

Naší **základní hypotézou** je:

***H: Předpokládáme, že zejména sociální a rodinné prostředí primárně ovlivňují možnosti zapojení tělesně postižených jedinců do sportovních činností.***

Hypotézu jsme se pak pokoušeli ověřit formou dotazníku s výběrem odpovědí (takzvaný „multiply choice test“) s uzavřenými odpověďmi. Důvodem je, že tento typ dotazníku podle metodologických poznatků umožňuje poměrně kvalitní kvantifikaci dat. Výhodou tohoto typu testu je pak rovněž možnost kvantitativního statistického zpracování ve formě tabulek či grafů, stejně jako další matematické prostředky analýzy dat.

Chystaný výzkum nabízel celou řadu dalších pracovních hypotéz. Jejich zkoumání by si však zasloužilo samostatné práce, protože jejich ověřování, interpretace a statistické zpracování by vyžadovalo mnohem větší prostor, než umožňuje standardní rozsah diplomové práce. Například by bylo vhodné prozkoumat, jakým způsobem se projevuje míra provádění pohybových aktivit mezi tělesně postiženými osobami jako iniciátor dalších společenských aktivit mezi zdravotně postiženými osobami. Po provedení bližší analýzy dat a matematického aparátu potřebného ke zpracování takového množství vzájemných souvislostí se další postup výzkumu koncentroval zejména na statistické vyhodnocení základní pracovní hypotézy a následné grafické zpracování.

## 4.2 Realizace dotazníkového šetření

Abychom mohli seriózně provést dotazníkové šetření, je třeba ho rozdělit do dvou fází – na předvýzkum a poté na samotný výzkum. Teprve na základě výzkumu provádíme interpretaci dat.

Předvýzkumem lze u dotazníků zjišťovat například srozumitelnost jednotlivých otázek pro zkoumané osoby a jejich jednoznačnost. Tím předejdeme situaci, kdy distribuujeme dotazníky velkému počtu respondentů, a v průběhu sběru dat zjistíme, že dotazníky obsahují nedostatky či chyby.

Pokud by byly chybné dotazníky respondentům rozeslány, není možné v něm dělat žádné zásahy a jediným řešením by bylo distribuovat úplně nový dotazník. Předvýzkumem lze rovněž zjistit, zda jsou pokyny srozumitelné. Zkoumali jsme rovněž ochotu většiny respondentů účastnit se výzkumu. Dále předvýzkum ověřoval, zda je časové rozložení výzkumu reálné, nebo zda se dají získané údaje správně vyhodnotit.

My jsme provedli předvýzkum na 30 respondentech, které jsme oslovili z časových důvodů na relativně malém teritoriu. Z hlediska validity nejde sice o reprezentativní vzorek, ale primárním cílem bylo ověření parametrů dotazníku, nikoliv vyváženost demografických dat. Předvýzkum ukázal, že nebylo později potřeba upravovat finální podobu dotazníku. Přesto bylo lepší ho provést, abychom mohli korigovat nepřesnosti a zlepšit tak míru validity celkového výzkumu. Výsledky předvýzkumu vidíme v níže umístěné tabulce.

Výsledky předvýzkumu ukazuje následující tabulka:

	a	b	c	d	e
1	2	12	16	0	0
2	1	16	12	1	0
3	6	0	22	2	0
4	10	0	16	4	0
5	6	16	1	7	0
6	4	12	5	9	0
7	6	11	8	5	0
8	0	10	15	5	0
9	1	20	9	0	0
10	10	12	8	0	0
11	1	23	5	1	0
12	1	12	10	7	0
13	1	10	12	7	0
14	0	11	15	4	0
15	0	10	11	9	0
16	2	20	6	2	0
17	10	14	6	0	0
18	11	12	7	0	0

**Tabulka 1 - Předvýzkum – odpovědi respondentů na otázky z dotazníku**

Teprve po provedení předvýzkumu jsme začali organizovat samotný výzkum. Dotazníkové šetření jsme prováděli formou pětistránkových klasických papírových dotazníků ve formátu A4. K tomuto dotazníku byl přidán jednostránkový průvodní dopis, který byl odeslán na jednotlivé místní organizace za účelem vysvětlení smyslu a cílů výzkumu. Celkem jsme použili 200 kusů dotazníků.

Samotná distribuce dotazníků byla zajištěna za pomoci místních koordinátorů nebo předsedů jednotlivých organizací zdravotně postižených. Jednalo se například o sportovní kluby sledgehoje, florbalu na vozících nebo boxu. 100 kusů bylo odesláno k vyplnění do venkovských oblastí a 100 dotazníků bylo odesláno do krajských měst a hlavního města

Prahy. Snažili jsme se geograficky i demograficky rovnoměrně pokrýt území České republiky. Vzhledem k určité nezdravé rivalitě panující mezi jednotlivými sdruženími zastupujícími zdravotně postižené občany jsme však museli brát ohled na vztahy mezi těmito sdruženími a vybírat lokality, které nebyli negativně naladěni vůči olomoucké organizaci, která výzkum koordinovala. Bohužel i přes veškerou snahu se nám vrátilo pouze 55 vyplněných dotazníků z venkovských oblastí a 71 dotazníků z velkých měst.

Někteří respondenti ani po opakovaných žádostech řádně vyplněné dotazníky neodevzdali. S tím se však dalo počítat, protože výzkum zahrnoval rozsáhlé geografické území a je třeba brát zřetel na to, že ne všichni zdravotně postižení občané jsou naladěni na vyplňování dotazníků, které poněkud zasahují do jejich pocitů a soukromí.

V průvodním dopise (viz Příloha PI) jsme se snažili jednotlivým sdružením vysvětlit, o co v daném výzkumu půjde, protože jsme chtěli navodit atmosféru spolupráce. Vysoké procento svědomitě vyplněných a odevzdaných dotazníků svědčí o tom, že apel na spolupráci směřující k dalšímu rozvoji kvality života zdravotně občanů ve většině případů zapůsobil kladně.

### **4.3 Statistické vyhodnocení a interpretace výsledků dotazníkového šetření**

Statistické vyhodnocení výzkumu jsme provedli formou tabulek, které jsme zpracovali v programu Microsoft Excel. Do prvního sloupce jsme zadali čísla otázek, do následujících sloupců pak odpovědi v dotazníku.

Zpracovali jsme celkem tři základní tabulky. Jedna tabulka obsahuje data týkající se respondentů pocházejících z malých měst a venkova, další tabulka obsahuje data týkající se respondentů pocházejících z krajských měst a hlavního města Prahy a třetí tabulka obsahuje data týkající se souhrnu celého souboru otázek a všech respondentů (viz Příloha PIII, Příloha PIV a Příloha PV).

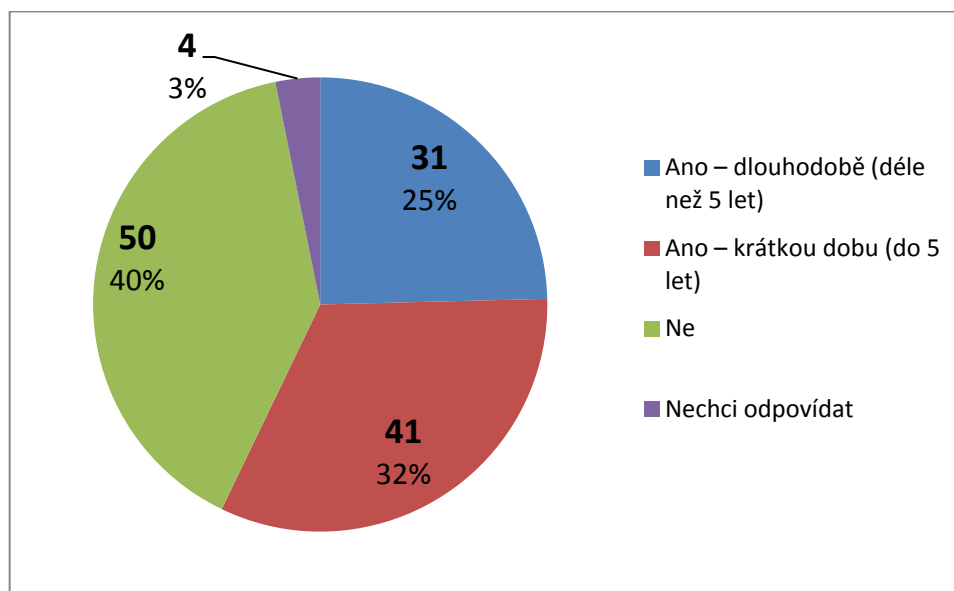
Nyní si provedeme analýzu jednotlivých otázek a vyvodíme z nich závěry.

U první otázky jsme zjišťovali, zda je respondent členem organizace sdružující zdravotně postižené občany. Konkrétně šlo o tvrzení „**Jsem členem organizace sdružující zdravot-**

ně postižené občany“ s nabídkou odpovědi. Při vyhodnocení získaných dat jsme dostali následující odpovědi:

Ano – dlouhodobě (déle než 5 let)	31
Ano – krátkou dobu (do 5 let)	41
Ne	50
Nechci odpovídat	4

**Tabulka 2- Výzkum – odpovědi respondentů na otázku č. 1 „Jsem členem organizace sdružující zdravotně postižené občany.“**



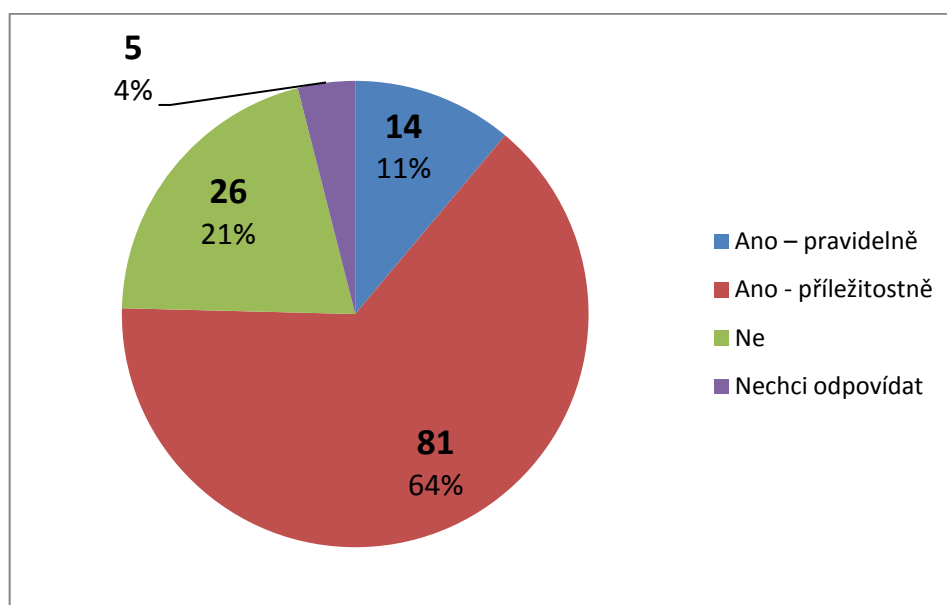
**Obrázek 2 – odpovědi na otázku číslo 1 „Jsem členem organizace sdružující zdravotně postižené občany.“**

Když pak porovnáme strukturu odpovědí (viz Přílohy II a III), je signifikantně vyšší formální organizovanost u občanů velkých měst (48 respondentů, tedy asi 68%) ve srovnání s občany malých měst a venkova (24 respondentů tedy asi 44%).

Otázka číslo 2 zkoumala, jak často provádějí zdravotně postižení sportovní aktivity. Opět šlo o tvrzení s nabízenými odpověďmi. Tvrzení mělo tvar: „**Provádím sportovní aktivity.**“ Zde jsme dospěli k těmto výsledkům:

Ano – pravidelně	14
Ano - příležitostně	81
Ne	26
Nechci odpovídat	5

**Tabulka 3 - Výzkum – odpovědi respondentů na otázku č. 2 „Provádím sportovní aktivity.“**



**Obrázek 3 – odpovědi na otázku číslo 2 „Provádím sportovní aktivity.“**

Zde můžeme konstatovat relativně vysokou míru sportovních aktivit mezi zdravotně postiženými občany. Zajímavé by bylo navození výzkumu srovnávajícího postižené osoby s ostatní populací, kde se zdánlivě relativně málo občanů pravidelně věnuje sportovním aktivitám. To by však zasluhovalo rámec samostatné práce.

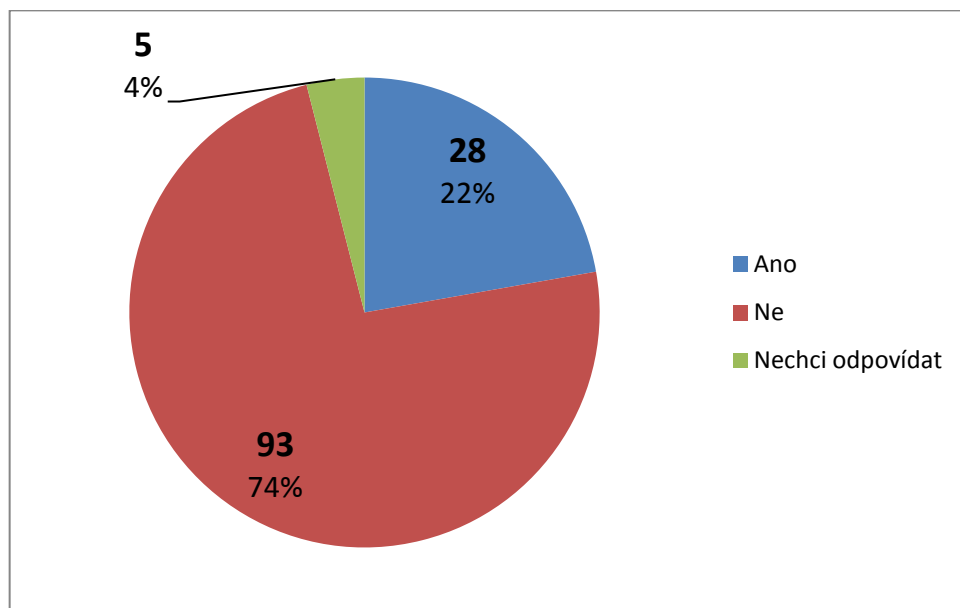
Pokud srovnáme strukturu odpovědí (viz Přílohy III a IV), je opět markantní signifikantně vyšší zapojení do sportovních aktivit u občanů velkých měst (62 respondentů, tedy asi 73%) ve srovnání s občany malých měst a venkova (33 respondentů, tedy asi 60%). Výsledky tohoto srovnání by se daly vysvětlit tak, že ve městě je větší koncentrace sportovních oddílů, které mají možnost hendikepovaní sportovci navštěvovat.



Třetí otázka pak zkoumala, jak organizované jsou výše uvedené sportovní aktivity tělesně postižených občanů. Formulace tvrzení pro výběr odpovědi zněla: „**Sportovní aktivity provádím pod hlavičkou sportovního oddílu**“. Odpovědi opět ukázaly určité rozdíly v míře organizovanosti ve velkých městech a na venkově. Zatímco ve městech bylo organizováno v nějaké sportovní organizaci či oddílu 20 respondentů (28%), na venkově to bylo pouze 8 respondentů (14%). Výsledky v této kategorii mají podle mého názoru podobnou příčinu jako výsledky předchozího srovnání. A to, že velké město nabízí mnohem větší počet sportovních oddílů. Také se zde může promítnout fakt, že sportovní organizace ve městech mají větší možnost využít dotace a sponzorské dary poskytované například obecními úřady či firmami nacházející se v místní lokalitě. Výsledky odpovědí u otázky 3 byly následující:

Ano – pravidelně	28
Ne	93
Nechci odpovídat	5

**Tabulka 4 – Výzkum – odpovědi respondentů na otázku č. 3 „Sportovní aktivity provádím pod hlavičkou sportovního oddílu.“**

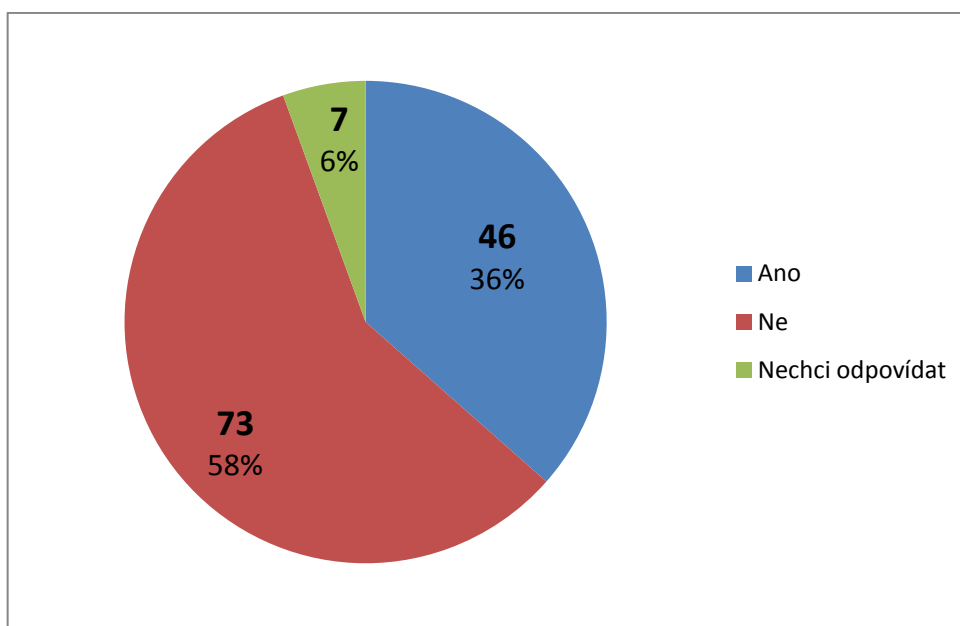


**Obrázek 4 – odpovědi na otázku číslo 3 „Sportovní aktivity provádím pod hlavičkou sportovního oddílu.“**

U čtvrté otázky - zda si respondent dokáže pokaždé najít čas na své sportovní aktivity, jsme použili tvrzení „Na své sportovní aktivity si dokážu pokaždé najít čas“ s nabídkou odpovědí. Při evaluaci provedené po sběru dat jsme dostali následující odpovědi:

Ano	46
Ne	73
Nechci odpovídat	7

**Tabulka 5 – Výzkum – odpovědi respondentů na otázku č. 4 „Na své sportovní aktivity si dokážu pokaždé najít čas.“**



**Obrázek 5 – odpovědi na otázku číslo 4 „Na své sportovní aktivity si dokážu pokaždé najít čas.“**

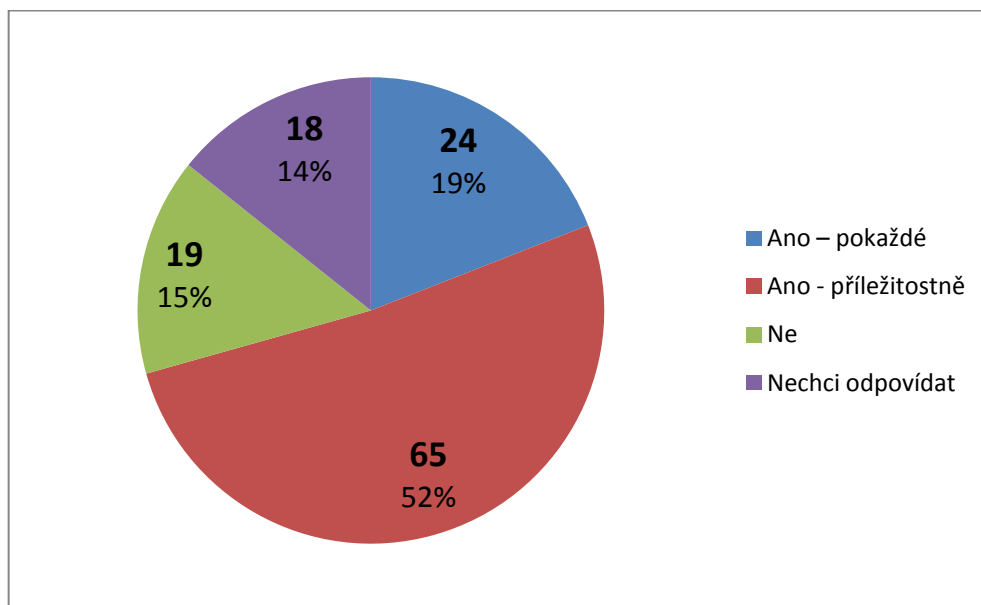
Zde pozorujeme velmi vysoký rozdíl mezi venkovskými oblastmi a velkými městy. Ve městech si dokáže pravidelně najít čas na sport 34 respondentů (48%), zatímco na venkově pouze 12 respondentů, což činí pouhých 21%. Zde by mohlo být možné vysvětlení v tom, že lidé z vesnice se oproti obyvatelům měst častěji věnují svým koníčkům a zálibám, které

jsou spojeny například s prací nebo pobytem na zahradě či v přírodě. K tomu nemají lidé z měst dostatečné podmínky.

Otázka číslo 5 zkoumala, jak velká je míra podpory rodiny zdravotně postižených při provádění sportovních aktivit. Šlo o tvrzení s nabídkou odpovědí. Tvrzení mělo tvar: „**Moje rodina mě v mých sportovních aktivitách podporuje.**“ Zde jsme dospěli k těmto výsledkům:

Ano – pokaždé	24
Ano - příležitostně	65
Ne	19
Nechci odpovídat	18

**Tabulka 6 – Výzkum – odpovědi respondentů na otázku č. 5 „Moje rodina mě v mých sportovních aktivitách podporuje.“**



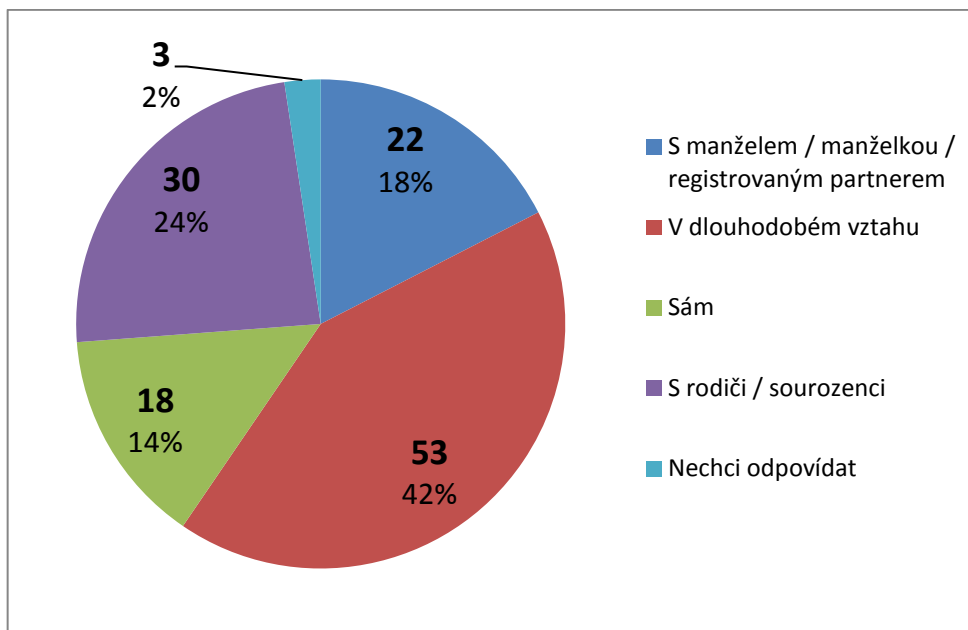
**Obrázek 6 – odpovědi na otázku číslo 5 „Moje rodina mě v mých sportovních aktivitách podporuje.“**

I když by se v tradičních venkovských oblastech dala čekat velká podpora rodiny díky nižší míře rozvodovosti v těchto oblastech, překvapivě větší procentuální počet respondentů potvrzoval podporu ze strany rodiny ve městech. Šlo o 54 respondentů (76%), zatímco na venkově jde o 35 respondentů, což je pouze 63%. Chybí zde ovšem informace, jakým způsobem osoby se zdravotním postižením jejich rodina podporuje. Zda svou účastí na sportovních akcích, zajištěním jejich dopravy na různé akce či finančním zajištěním těchto aktivit.

Šestá otázka pak zkoumala samotné rodinné prostředí respondentů, tedy to, zda žijí sami, s partnerem, manželem či manželkou. Charakter tvrzení s nabídkou měl tento tvar: „**V domácnosti žiji s ...**“. Tabulka odpovědí je následující:

S manželem / manželkou / registrovaným partnerem	22
V dlouhodobém vztahu	53
Sám	18
S rodiči / sourozenci	30
Nechci odpovídat	3

**Tabulka 7 – Výzkum – odpovědi respondentů na otázku č. 6 „V domácnosti žiji s ...“.**



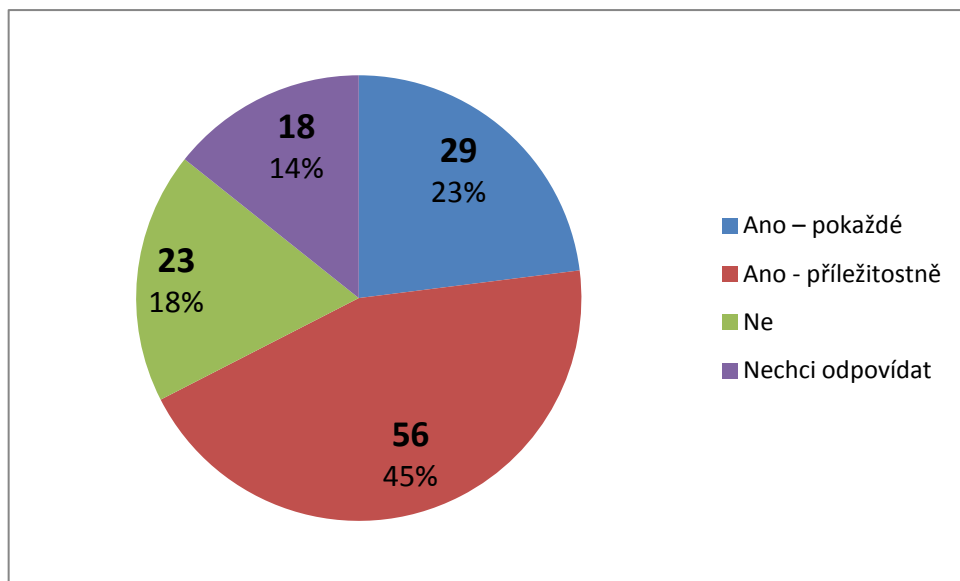
Obrázek 7 – odpovědi na otázku číslo 6 : „V domácnosti žiji s ...“.

Zde se neprojevil výrazný rozdíl mezi venkovem a velkými městy, v principu se blíží míře statistické chyby. Ve velkých městech je 62% respondentů v trvalém partnerském svazku, na venkově 56%.

Sedmá otázka zkoumala míru podpory při sportovních aktivitách ze strany přátel. Jednalo se o analogii otázky číslo 5, která byla zaměřena na podporu ze strany rodinných příslušníků. Tvrzení mělo tvar: „**Moje okolí (přátelé, členové organizace) mě v mých sportovních aktivitách podporuje.**“ Bylo zajímavé sledovat, kdo více ovlivňuje pozitivním směrem sportovní aktivity zdravotně postižených občanů – zda je to rodina, nebo širší okolí. Data vyjadřující odpovědi byla následující:

Ano – pokaždé	29
Ano - příležitostně	56
Ne	23
Nechci odpovídat	18

Tabulka 8 – Výzkum – odpovědi respondentů na otázku č. 7 „Moje okolí (přátelé, členové organizace) mě v mých sportovních aktivitách podporuje.“



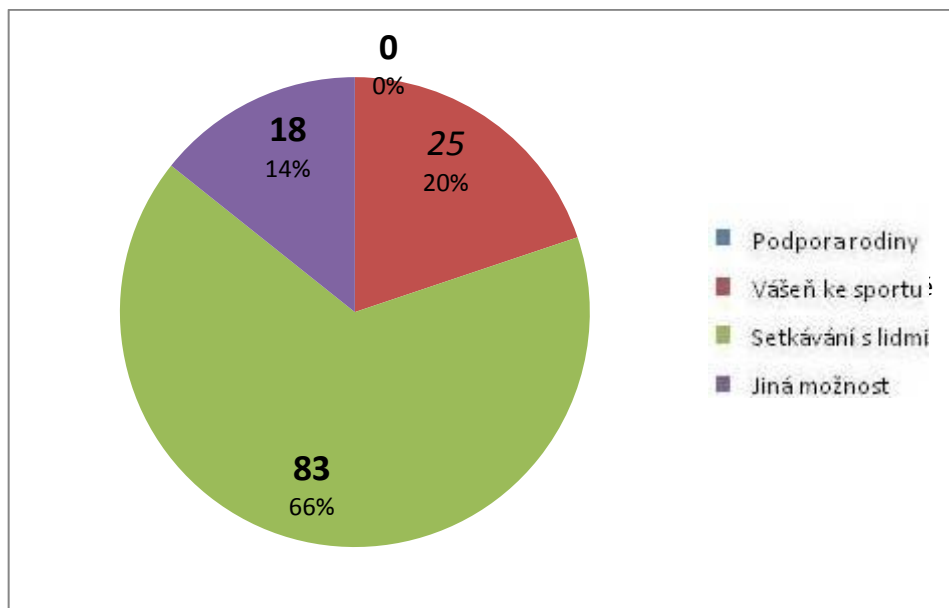
**Obrázek 8 – odpovědi na otázku číslo 7 „Moje okolí (přátelé, členové organizace) mě v mých sportovních aktivitách podporuje.“**

Analýza poměru mezi venkovem a městy pak odpadla ve prospěch měst, kde přátelé podporují zdravotně postižené v 56 případech (79%), zatímco na venkově v 29 případech (52%).

Otázka číslo 8 je pro tuto práci zásadní pro ověření naší hypotézy. Tvrzení bylo ve tvaru „K zapojení se do sportovních činností mě nejvíce ovlivňuje.“ Opět zde byla nabídka výběrových odpovědí. S výše uvedeným negativním jevem se postižení setkávají poměrně často, o čemž svědčí následující tabulka:

Podpora rodiny a silné rodinné prostředí	25
Vášeň ke sportu, sportovní vlohy	83
Setkávání s lidmi	18
Jiná možnost	0

**Tabulka 9 – Výzkum – odpovědi respondentů na otázku č. 8 „K zapojení se do sportovních činností mě nejvíce ovlivňuje.“**



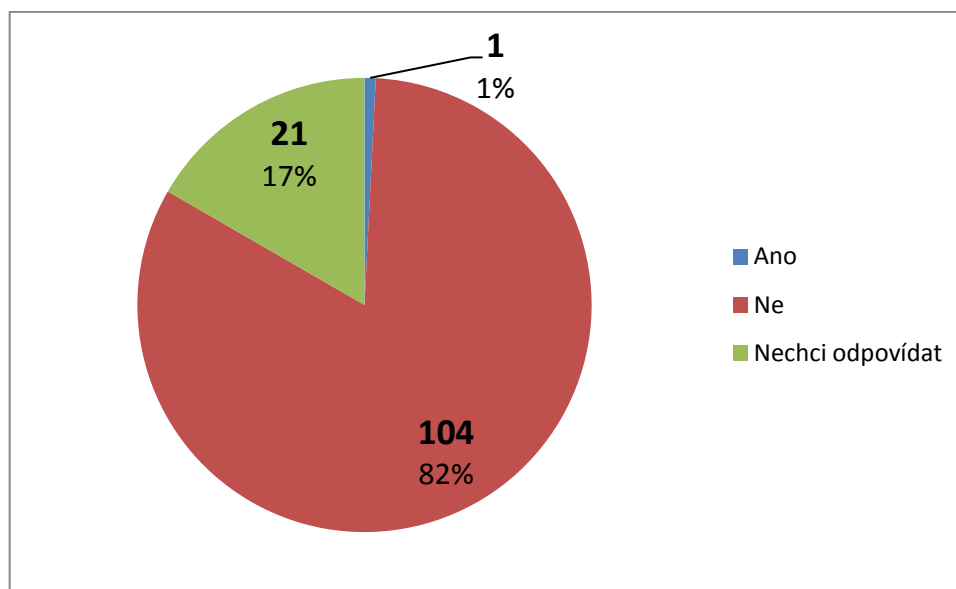
**Obrázek 9 – odpovědi na otázku číslo 8 „K zapojení se do sportovních činností mě nejvíce ovlivňuje.“**

Výsledky této otázky se budeme zabývat v závěru, kdy budeme ověřovat hypotézu. Ale již nyní vidíme jasný výsledek.

Otázka číslo 9 byla směřována na posměšky, kterým jsou bohužel tělesně postižení sportovci vystaveni ze strany okolí. Tvzení bylo ve tvaru „**Při svých sportovních aktivitách jsem terčem posměšků okolí.**“ Opět zde byla nabídka výběrových odpovědí. S výše uvedeným negativním jevem se postižení setkávají poměrně často, o čemž svědčí následující tabulka:

Ano	1
Ne	104
Nechci odpovídat	21

**Tabulka 10 – Výzkum – odpovědi respondentů na otázku č. 9 „Při svých sportovních aktivitách jsem terčem posměšků okolí“.**



**Obrázek 10 – odpovědi na otázku číslo 9 „Při svých sportovních aktivitách jsem terčem posměšků okolí.“**

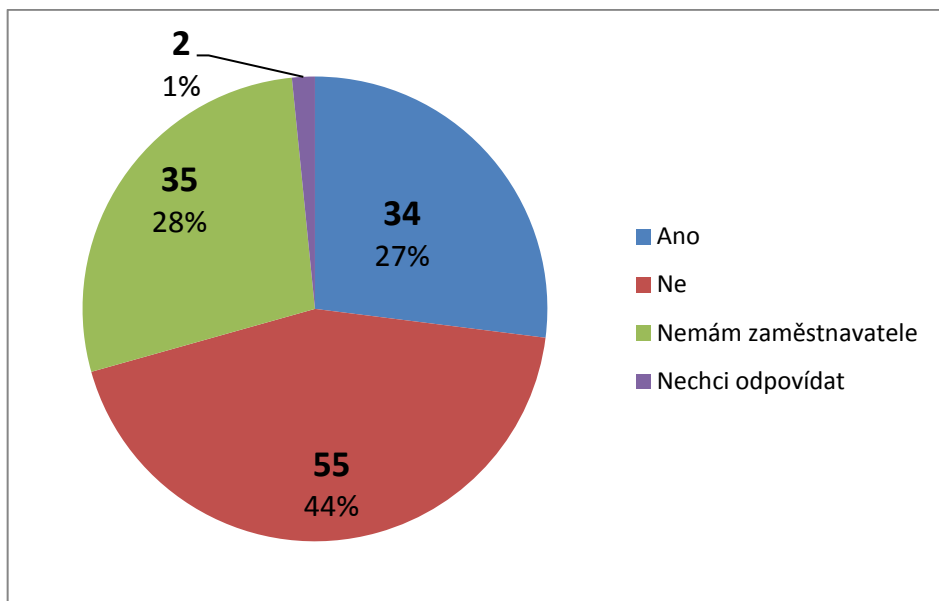
Z hlediska prostředí je to téměř vyrovnané, 12 respondentů zaznamenalo posměšky ve velkých městech (17%), a 13 respondentů je zaznamenalo na venkově (23%). Zde se můžeme opět pouze domnívat, že reakce lidí žijících ve vesnicích může takový být proto, že nepřichází s hendikepovanými tak často do styku.

V desáté otázce respondenti odpovídali, zda jsou ve svých sportovních aktivitách podporováni ze strany zaměstnavatele. Formulace měla charakter tvrzení „**Můj zaměstnavatel mě v mých sportovních aktivitách podporuje.**“ U mnoha zdravotně postižených osob z různých důvodů zaměstnavatel není. U těch, kteří zaměstnavatele mají, ovšem podpora rovněž příliš velká není. Ostatně, ukazuje to i tabulka s odpověďmi:

Ano	34
Ne	55
Nemám zaměstnavatele	35
Nechci odpovídat	2

**Tabulka 11 – Výzkum – odpovědi respondentů na otázku č. 10 „Můj zaměstnavatel mě v mých sportovních aktivitách podporuje.“**





**Obrázek 11 – odpovědi na otázku číslo 10, „Můj zaměstnavatel mě v mých sportovních aktivitách podporuje.“**

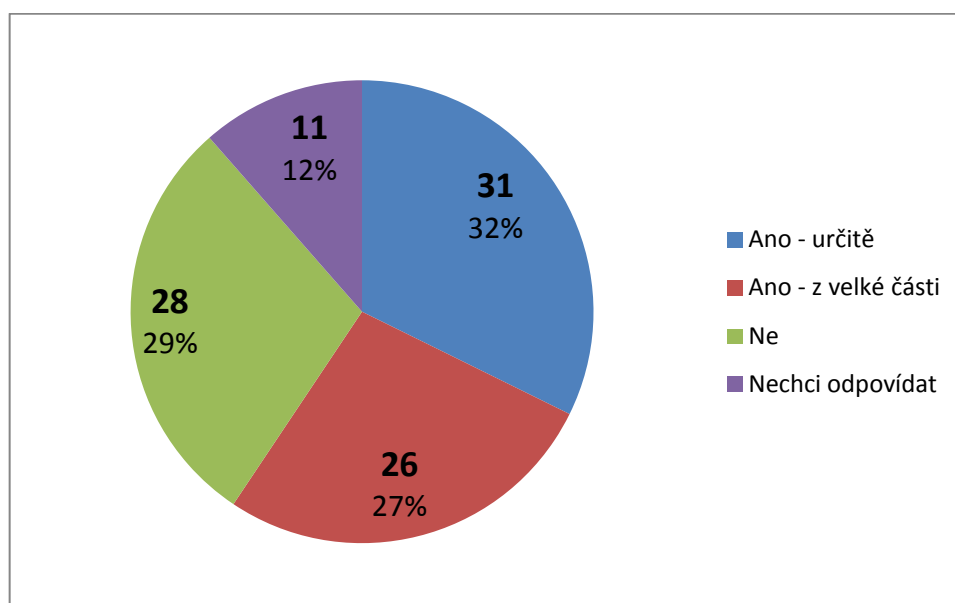
Poměr situace u velkých měst a venkova je podobný (města – 22:30, venkov 12:25). U venkova je podpora menší, ovšem mnozí lidé z venkova jezdí za prací do velkých měst, takže to není zcela relevantní. Zaměstnavatelé podporují své zdravotně postižené zaměstnance například placeným volnem v době zápasů či soutěží nebo sponzorováním klubu, jehož je zaměstnanec členem.

Jedenáctá otázka řešila, zda jsou zdravotně postižení sportovci objektivně zdravější díky sportovním aktivitám. Formulace zněla: „**Díky sportovním aktivitám jsem objektivně zdravější.**“ Zde se potvrdila část naší hypotézy, že pravidelné sportování skutečně přispívá k lepšímu zdravotnímu stavu těchto jedinců. Dokazuje to i následující tabulka s daty:

Ano - určitě	31
Ano - z velké části	26
Ne	28
Nechci odpovídat	11

**Tabulka 12 – Výzkum – odpovědi respondentů na otázku č. 11 „Díky sportovním aktivitám jsem objektivně zdravější.“**

Zde je zcela zřejmé, že osoby se zdravotním postižením cítí pravidelné sportovní aktivity jako blahodárnou činnost zlepšující jejich celkový zdravotní stav a potažmo tedy i jejich kvalitu života. Napomáhají jim k duševní i fyzické pohodě, přidávají sebevědomí a odolnost. Uvědomují si, že pohyb a sport zlepšují jejich zdraví a tělesnou i psychickou zdatnost. A i když jim přirozené možnosti pro pohyb chybí, tak je to pro sportování neodrazuje. Velká část těchto hendikepovaných sportovců se věnovala sportu, ještě než u nich došlo k postižení. Byli tedy zvyklí na určitou pohybovou aktivitu a chtěli se sportem pokračovat.



**Obrázek 12 – odpovědi na otázku číslo 11 „Díky sportovním aktivitám jsem objektivně zdravější.“**

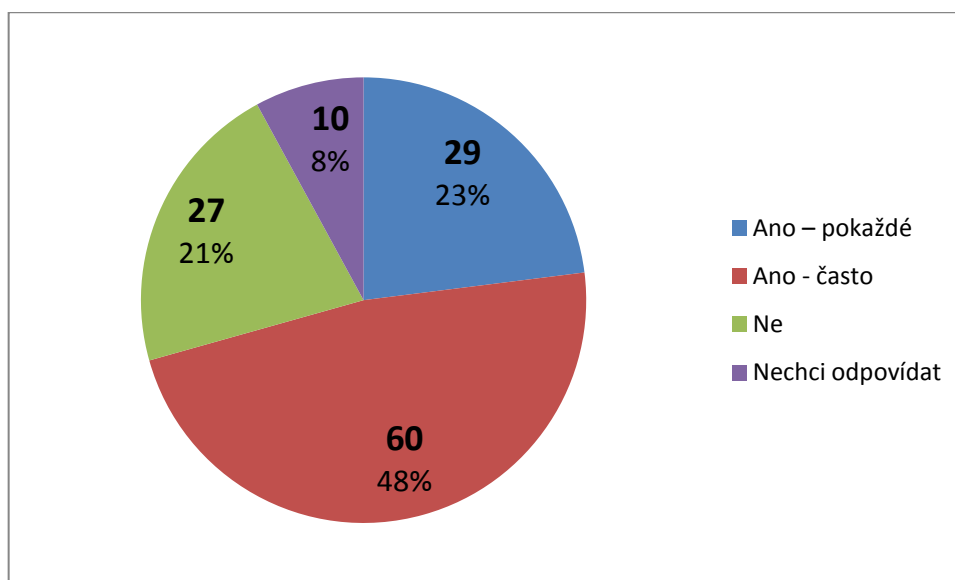
Ve dvanácté otázce byli respondenti dotazováni, zda po provádění sportovních aktivit cítí více energie. Tvrzení znělo: **„Po provádění sportovních aktivit cítím více energie.“**

I zde byla většina ohlasů kladných. Tedy i zde můžeme konstatovat, že zdravotně postižení cítí pravidelné sportovní aktivity jako činnost zlepšující jejich celkový zdravotní stav a tím i jejich kvalitu života. Po provádění sportovních aktivit se cítí celkově v lepší kondici. Zlepšují tak svou svalovou koordinaci a pociťují jak lepší náladu tak méně stresu.

Ukazuje to následující tabulka:

Ano – pokaždé	29
Ano - často	60
Ne	27
Nechci odpovídat	10

**Tabulka 13 – Výzkum – odpovědi respondentů na otázku č. 12 „Po provádění sportovních aktivit cítím více energie.“**



**Obrázek 13 – odpovědi na otázku číslo 12 „Po provádění sportovních aktivit cítím více energie.“**

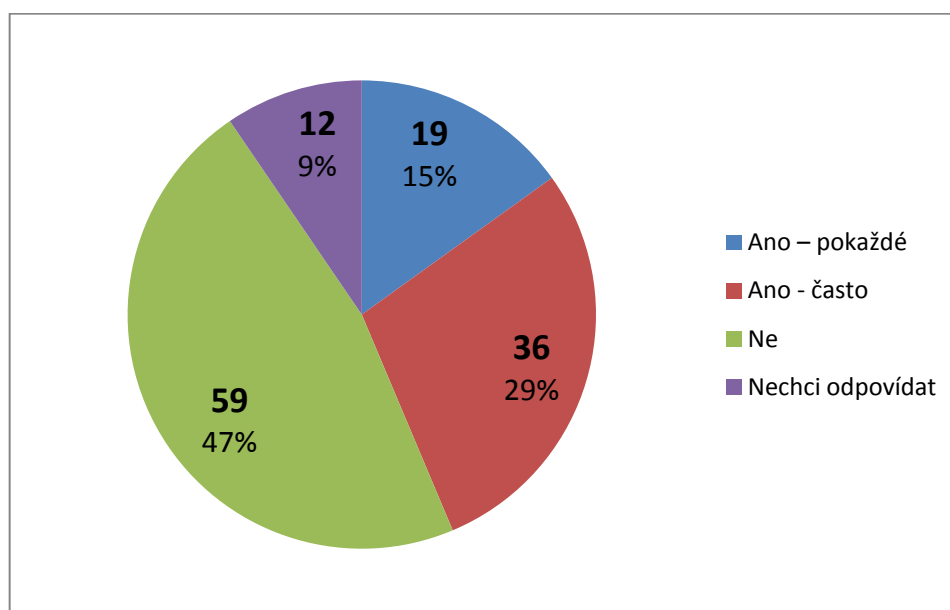
Obdobná byla i třináctá otázka. Formulace tvrzení zněla „**Po provádění sportovních aktivit mám větší elán a chuť do života.**“ Zde byli respondenti tázáni, zda mají díky sportovním aktivitám větší míru elánu a více chuti do života.

Odpovědi respondentů ukazuje přiložená tabulka:

Ano – pokaždé	19
Ano - často	36
Ne	59
Nechci odpovídat	12

**Tabulka 14 – Výzkum – odpovědi respondentů na otázku č. 13 „Po provádění sportovních aktivit mám větší elán a chuť do života.“**

Zde poněkud překvapivě většina dotazovaných odpověděla záporně. Otázkou je, zda tento fakt souvisí s celkově nepříliš dobrým postavením zdravotně postižených ve společnosti, což ani pravidelné sportovní aktivity nemohou pocitově signifikantně změnit.



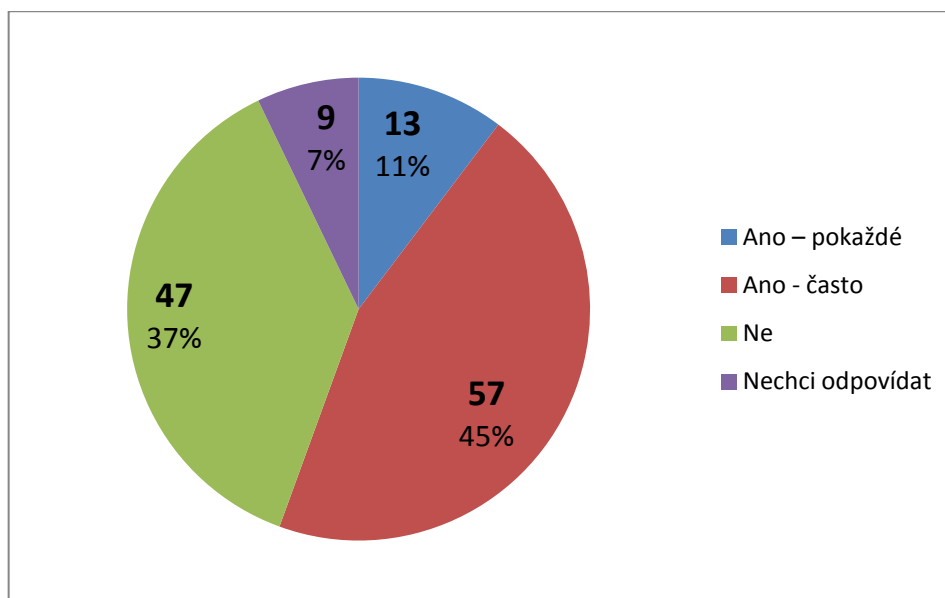
**Obrázek 14 – odpovědi na otázku číslo 13 „Po provádění sportovních aktivit mám větší elán a chuť do života.“**

Společenská situace v souvislosti s postavením zdravotně postižených naopak nijak neovlivňuje to, jak se na sportovní aktivity těší. Svědčí o tom i odpovědi na čtrnáctou otázku, která řešila, zda se na tyto aktivity těší. Formulace výzkumné otázky s nabízenými odpověďmi zněla: „**Na každou sportovní aktivitu se těším.**“ Potřeba sportovat je pak i spojena s nutností pohovořit si se sobě rovnými. Tato setkání pak mohou působit i jako terapie.

V tabulce najdeme pak rozložení odpovědí:

Ano – pokaždé	13
Ano - často	57
Ne	47
Nechci odpovídat	9

**Tabulka 15 – Výzkum – odpovědi respondentů na otázku č. 14 „Na každou sportovní aktivitu se těším.“**



**Obrázek 15 – odpovědi na otázku číslo 14 „Na každou sportovní aktivitu se těším.“**

Je zajímavé, že u této otázky byl signifikantně vyšší negativismus ve venkovských oblastech (32 respondentů, což činí 58%) ve srovnání s velkými městy (15 respondentů, což je pouze 21%).

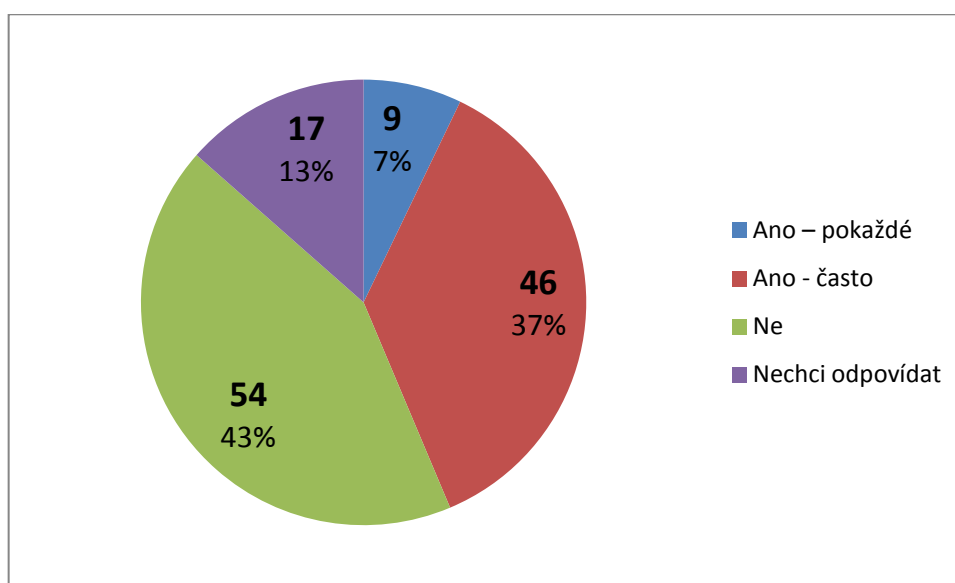
Patnáctá otázka řešila, zda mají zdravotně postižení díky sportu rovněž vyšší sebevědomí. I zde bylo použito tvrzení s výběrem odpovědí. Tvrzení znělo: „**Díky aktivnímu sportu mám větší sebevědomí**“. Zde byla zcela jasná disproporce mezi městy (51 kladných odpovědí, což je celkem 72%) oproti venkovu, kde to bylo pouze 13 respondentů (to jen 24%)! Může to být způsobeno tím, že zejména na vesnicích je sport stále vnímán jako ne-

vhodná forma trávení volného času. Dalším důvodem může být i fakt, že hendikepovaní sportovci ve městě mají více prostředků na vybavení a odstranění bariér prostor sportoviště. Hendikepovaní sportovci na vesnicích mají nevýhodu i v nedostatku informací o nabídce sportovních disciplín či sportovních organizací, kdy ve městech jsou tyto informace mnohem dostupnější.

Tabulka ukazuje přehledně odpovědi respondentů:

Ano – pokaždé	9
Ano - často	46
Ne	54
Nechci odpovídat	17

**Tabulka 16 – Výzkum – odpovědi respondentů na otázku č. 15 „Díky aktivnímu sportu mám větší sebevědomí.“**



**Obrázek 16 – odpovědi na otázku číslo 15 „Díky aktivnímu sportu mám větší sebevědomí.“**

Šestnáctá otázka se zabývala tím, zda mají zdravotně postižení díky sportu větší pocit spokojenosti. Formulace tvrzení byla: **“Díky aktivnímu sportu mám větší pocit spokojenosti“**.

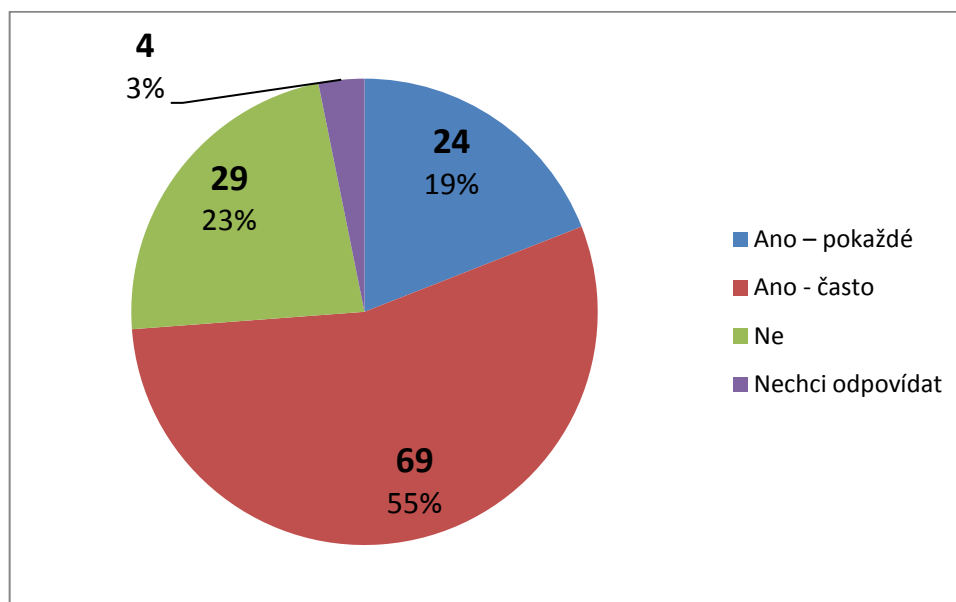
Odpovědi byly následující:

Ano – pokaždé	24
Ano - často	69
Ne	29
Nechci odpovídat	4

**Tabulka 17 – Výzkum – odpovědi respondentů na otázku č. 16 “Díky aktivnímu sportu mám větší pocit spokojenosti”.**

Zde je zcela zřejmé, že kvalita života zdravotně postižených je přímo úměrná míře provozovaných sportovních aktivit. Právě pocit spokojenosti, i když je subjektivní, bývá považován za jeden z rozhodujících faktorů určujících kvalitu života.

Opět zde můžeme pozorovat vyšší negativismus u respondentů z venkovských oblastí. Ti odpověděli záporně ve 20 případech, což je 36 procent. Naopak ve velkých městech negativně odpovědělo pouze 5 respondentů, což činí pouze 7 procent dotazovaných.



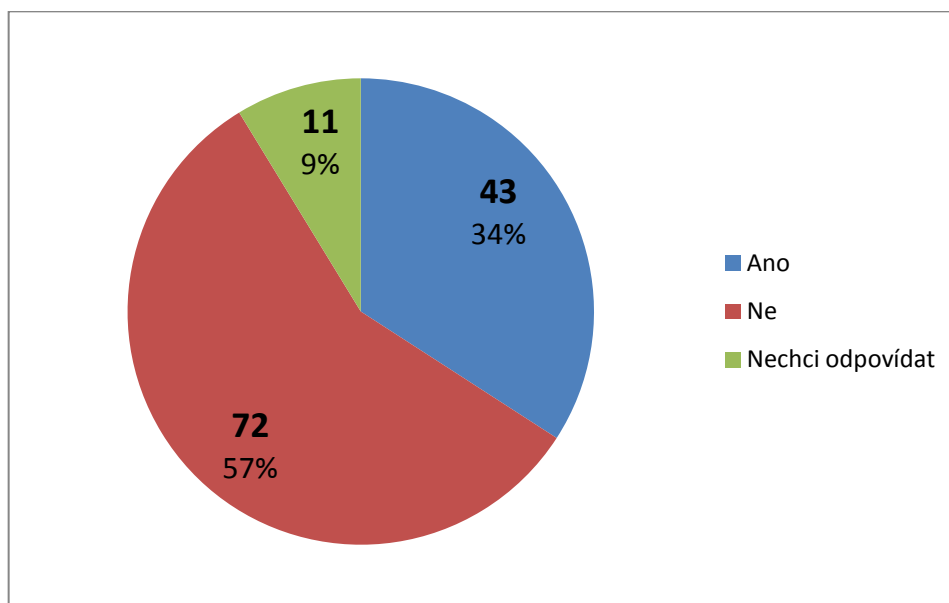
**Obrázek 17 – odpovědi na otázku číslo 16 “Díky aktivnímu sportu mám větší pocit spokojenosti.”**

U sedmnácté otázky bylo zjišťováno, zda mají zdravotně postižení díky sportování rovněž více přátel. Tvrzení bylo: „**Díky provádění sportovních aktivit mám více přátel.**“ Otevřené dopovědi byly následující, jak ukazuje tabulka:

Ano	43
Ne	72
Nechci odpovídat	11

**Tabulka 18 – Výzkum – odpovědi respondentů na otázku č. 17 „Díky provádění sportovních aktivit mám více přátel.“**

Ukázalo se, že většina dotazovaných nevidí přímou souvislost mezi počtem přátel a provozováním sportovních aktivit.



**Obrázek 18 – odpovědi na otázku číslo 17 „Díky provádění sportovních aktivit mám více přátel.“**

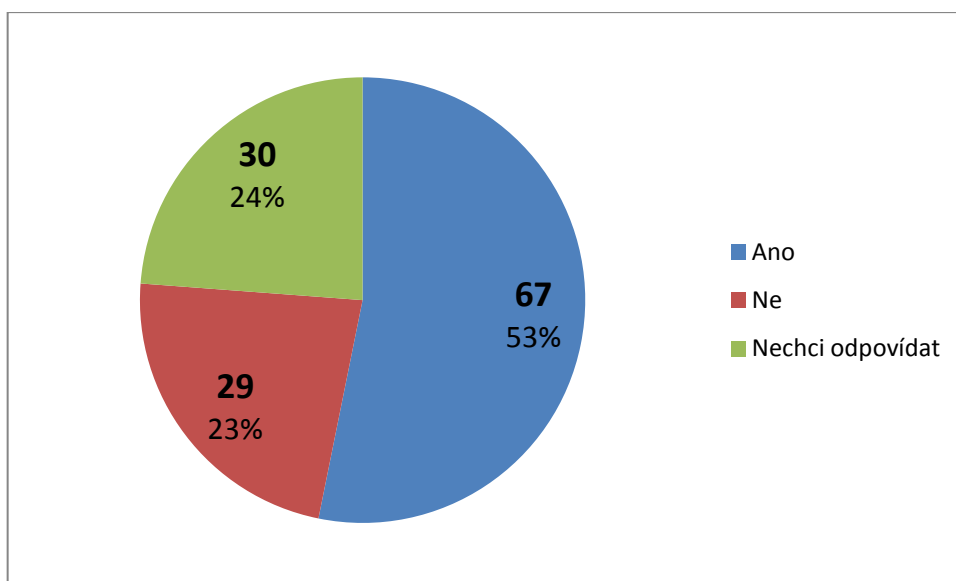
Osmnáctá, závěrečná otázka byla poněkud sugestivní. Tvrzení bylo: „**Bez aktivního sportu si nedovedu představit svůj život.**“ Dotazovali jsme se, zda si respondenti dokážou představit svůj život bez sportu. Odpovědi byly následující:



Ano	67
Ne	29
Nechci odpovídat	30

**Tabulka 19 – Výzkum – odpovědi respondentů na otázku č. 18 „Bez aktivního sportu si nedovedu představit svůj život.“**

Z toho zcela zřetelně vyplývá, že si mnozí zdravotně postižení jasně uvědomují význam sportu pro kvalitu jejich života a nechtěli by změnit svůj životní styl spojený se sportovními aktivitami. Navíc každý sportovec chce stále zlepšovat své výkony, dosahovat lepších výsledků a držet se v dobré kondici, což má jistě pozitivní vliv na kvalitu jeho života.



**Obrázek 19 – Výzkum - odpovědi na otázku číslo 18 „Bez aktivního sportu si nedovedu představit svůj život“.**

Je zajímavé, že u této otázky nebyly výrazné odpovědi mezi respondenty z velkých měst a z venkova. Je to zřejmě způsobeno tím, že míra spokojenosti s osobním životem je vysoce individuální záležitost a nelze ji nijak demograficky generalizovat.

### Ověření hypotézy

*HA: Předpokládáme, že sociální a rodinné prostředí ovlivňují možnosti zapojení tělesně postižených jedinců do sportovních činností více než ostatní aspekty.*

*H0: Předpokládáme, že sociální a rodinné prostředí ovlivňují zapojení tělesně postižených jedinců do sportovních činností méně nebo stejně jako aspekty.*

Z výsledků jsme se dozvěděli, že rodinné prostředí považuje při zapojení se do sportovních činností za nejdůležitější 25 respondentů (což je 20%), zatímco sociální prostředí jako setkávání se s jinými lidmi je stěžejní pro 18 respondentů (což je 14%). Nejvíce respondentů, a to 83 (což je 66%, takže nadpoloviční většina) motivuje k setrvání a pokračování ve sportování jejich vášeň, zaujetí a láska ke sportu nebo také jejich sportovní vlohy.

Z těchto dat je zcela zřejmé, že přijímáme nulovou hypotézu a nemusíme dále použít žádnou další metodu, kterou by jsme stanovenou hypotézu ověřili.

## ZÁVĚR

Jak ukázala tato diplomová práce, sportovní aktivity mají v životě velké části zdravotně postižených spoluobčanů naprosto zásadní význam. V mnoha ohledech to zcela zřetelně pozitivně ovlivňuje kvalitu jejich života. Tělesně postižení, kteří pravidelně sportují, mají přinejmenším nějakou motivaci vést aktivní způsob života a nepropadat beznaději a nihilismu. Proto jsme touto diplomovou prací chtěli vzdát hold všem tělesně postiženým, kteří nerezignovali, ale naopak se díky sportu aktivně zapojují do společenských aktivit.

Vědecký výzkum, který tvoří základ diplomové práce, byl prováděn formou kvantitativního výzkumu. Zde je nutno podotknout, že původně zamýšlené provedení formou kvalitativního výzkumu bylo změněno, neboť při testování kvalitativního dotazování formou rozhovoru jsme narazili na neočekávanou skutečnost. Respondent prvního prováděného dotazování odmítal na velkou část dotazů odpovídat, jelikož celé téma považoval za příliš citlivé a osobní. Pro jeho negativní postoj musel být dotazování ukončeno. Jelikož i v dalším pokusu došlo k podobné situaci, bylo rozhodnuto o změně použité metody výzkumu z kvalitativního dotazování na kvantitativní, protože tento typ výzkumu prožívali respondenti v méně osobní rovině.

Náš výzkum prokázal, že provozování sportovních aktivit výrazně přispívá k lepšímu stavu kvality života. Tím byla ověřena i základní hypotéza našeho výzkumu, která reflektovala moderní trendy v přístupu majoritní společnosti k tělesně postiženým spoluobčanům ve vyspělých zemích euroatlantické civilizace. Tato hypotéza byla formulována tak, že „zejména sociální a rodinné prostředí primárně velmi ovlivňují možnosti zapojení tělesně postižených jedinců do sportovních činností.“ Uvedená hypotéza byla díky našemu výzkumu v plné míře potvrzena. Je nesporné, že zdravotně postižení, kteří mají dobré zázemí, ať už tvořené rodinnými příslušníky, nebo přáteli a sousedy, mají signifikantně vyšší formu zapojení do sportovních aktivit a následně jim to přináší mnohem vyšší míru faktoru, který bývá označován jako kvalita života.

Rovněž se prokázalo, že velmi důležitým faktorem při provozování sportovních aktivit u zdravotně postižených spoluobčanů je podpora jak ze strany rodinných příslušníků, tak i ze strany přátel. Tím jsme dostali odpověď na výzkumnou podotázku, která byla zaměřena na vliv podpory okolí na kvalitu života zdravotně hendikepovaného jedince v souvislosti s jeho sportovními aktivitami.

Co lze naopak považovat za poněkud negativní zjištění, je skutečnost, že chybí větší podpora zdravotně postižených sportovců ze strany zaměstnavatelů. Zde lze apelovat na státní orgány, aby se této problematice více věnovaly, a aby se mohly zabývat úpravou legislativy ve prospěch zdravotně postižených spoluobčanů.

Stejně zarážející je fakt, že se zdravotně postižení sportovci poměrně často stávají terčem posměšků okolí, a někdy dokonce i terči útoků. Tady je velký prostor pro osvětu jak ze strany státních orgánů, tak i pracovníků médií.

Jako zajímavé zjištění se jeví horší situace zdravotně postižených sportovců ve venkovských oblastech a s tím souvisí jejich negativnější postoj u mnoha otázek ve srovnání s respondenty z velkých měst. Může to být způsobeno jak celkově horší infrastrukturou v oblasti dopravy, tak rovněž mnohem horší strukturou zdravotnických či sportovních zařízení. Tento fakt by rozhodně stál za další výzkum, protože se zde otvírá celá řada zajímavých témat k vědeckému zkoumání.

Diplomová práce nastínila další donedávna tabuizované téma, a to je osobní život zdravotně postižených spoluobčanů a jejich podíl na celkovém klimatu ve společnosti. Primárně byla práce věnována vlivu sportovních aktivit na kvalitu života a celkovou spokojenost zdravotně postižených občanů. Díky struktuře dotazníků byla odhalena celá škála dalších témat, jež souvisejí s osobními pocity zdravotně postižených občanů a veřejnosti. Byla tak zjištěna další zajímavá specifika, která ovlivňují život současných hendikepovaných osob.

Doufáme, že i díky této práci bude více občanů seznámeno s životním stylem zdravotně postižených, což pomůže jednak odbourat myšlenkové stereotypy, ale také přispěje k větší podpoře hendikepovaných sportovců ze strany zainteresovaných orgánů.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

### Seznam literatury – Simona Nováková

BAKOŠOVÁ, Zlatica, 1994. *Sociálna pedagogika - vybrané problémy*. Bratislava: Univerzita Komenského. ISBN 80-223-0817-X.

BAKOŠOVÁ, Zlatica, 2006. *Sociálna pedagogika ako životná pomoc*. Bratislava: Univerzita Komenského. ISBN 97-8809-6843-756.

BAKOŠOVÁ, Zlatica, 2011. *Teória sociálnej pedagogiky*. Bratislava: Slovenská pedagogická spoločnosť. ISBN 978-80-970675-0-2.

BARTŮŇKOVÁ, Simona, 2002: *Biomedicíncké aspekty sportu zdravotně postižených*. Praha: Učební texty UK FTVS. Bez ISBN.

BENEŠ, Václav, 2005. *Poranění míchy*. Praha: Avicenum. ISBN: 978-80-7387-299-1.

BLATNÝ, Marek et al., 2005. *Psychosociální souvislosti osobní pohody*. Brno: MSD. ISBN 80-86633-35-7.

DISMAN, Miroslav, 1998. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum. ISBN 80-718-4141-2.

DUNGL, Pavel, a kolektiv, 2005. *Ortopedie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0550-8.

FAHRENBERG, Jochen et al., 2001. *Dotazník životní spokojenosti*. Praha: Testcentrum. ISSN 80-86471-16-0.

HAYES, Nicky, 1993. *Principles Of Social Psychology (Principles of Psychology)*. New York: Psychology Press. ISBN: 978-0863772597.

HAYES, Nicky, 2007. *Základy sociální psychologie*. Praha: Portál. ISBN 80-736-7283-9.

CHRÁSKA, Miroslav, 2007. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1369-4.

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

KEBZA, Vladimír, 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia. ISBN 80-200-1307-5.

- KELLY, Matthew, 2012. *Bud'te spokojení v práci i doma*. Praha: Beta. ISBN 978-80-7306-499-0.
- KOHOUTEK, Rudolf, 2007. *Psychologie zdraví a duševní hygiena*. Brno: IMS. ISBN 80-210-4077-7.
- KOVÁČ, Damian, 2001. *Kvalita života – naliehavá výzva pre vedu nového storočia*. Československá psychologie. Ročník 45, č. 1.
- KRAUS, Blahoslav, 2008. *Základy sociální pedagogiky*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-383-3.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2001. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-568-4.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0179-0.
- LUDÍKOVÁ, Libuše a kol., 2012. *Pohledy na kvalitu života osob se senzorickým postižením*. Olomouc: univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-3386-1.
- LUDÍKOVÁ, Libuše a kol., 2013. *Kvalita života osob se speciálními potřebami*. Olomouc: univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-3827-6.
- MICHALÍK, Jan a kol., 2011. *K zdravotnímu postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-859-3.
- MOHAPL, Přemysl, 1992. *Úvod do psychologie zdraví a nemoci*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 807-0671-27-0.
- MATĚJČEK, Zdeněk, 1974. *Psychologie nemocných a tělesně postižených dětí: učební text pro obor dětských sester*. Brno: Ústav pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků. Bez ISBN.
- MATĚJČEK, Zdeněk, 1992. *Rodičům mentálně postižených dětí*. Praha: H & H. ISBN 80-85467-52-6.
- MILICHOVSKÝ, Luboš, 2010. *Kapitoly ze somatopedie*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského. ISBN 978-80-7452-001-3.
- MÜHLPACHR, Pavel, 2009. *Sociální inkluze v prostředí biodromální speciální pedagogiky*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-2104951-2.
- NAKONEČNÝ, Milan, 1999. *Sociální psychologie*. Praha: Nakladatelství Academia. ISBN 80-200-0690-7.

NOVOSAD, Libor, 2000. *Základy speciálního poradenství*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-197-5.

NOVOSAD, Libor, 2009. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-509-7.

REKTOR, Ivan, REKTOROVÁ, Ivana, 2003. *Centrální poruchy hybnosti v praxi*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-418-7.

SLOWÍK, Josef, 2010. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-691-9.

VAĎUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR, 2005. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3754-7.

VAĎUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR, 2005. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3754-7.

VÁGNEROVÁ, Milada, 2004. *Základy psychologie I*. Praha: Karolinum. ISBN: 80-246-0841-3.

WENDSCHE, Peter, 1993. *Poranění páteře a míchy*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN: 978-80-7262-966-4.

### **Seznam internetových zdrojů**

ČÁKIOVÁ. *Klasifikace zrakového postižení*. Národní informační centrum pro mládež. [online]. © 2014. Dostupné z: <http://www.nicm.cz/klasifikace-zrakoveho-postizeni>.

ČESKÝ PARALYMPIJSKÝ VÝBOR. [online]. © 2011. Dostupné z: <http://www.paralympic.cz>.

ČESKÝ SVAZ SLEDGE HOKEJE. [online]. © 2016. Dostupné z: <http://www.hokej.cz/sledge-hokej>.

ČESKÝ SVAZ TĚLESNĚ POSTIŽENÝCH BOXERŮ. *Nový sport pro handicapované – BOX*. [online]. © 2014. Dostupné z: <http://www.zijushandicapem.cz/clanky/sport/novy-sport-pro-handicapovane-box.html>.

ČESKÝ SVAZ TĚLESNĚ POSTIŽENÝCH SPORTOVců. [online]. © 1990-2013. Dostupné z: <http://www.cstps.cz>.

HAVELKA, Český svaz tělesně postižených sportovců – sekce florbal vozíčkářů. [online]. © 2012. Dostupné z: <http://www.cstps.cz/aktualne-z-florbalu-vozickaru/blog>.

IRISH WHEELCHAIR ASSOCIATION. [online]. © 2015. Dostupné z: <http://www.iwasport.com>.

MEZINÁRODNÍ STATISTICKÁ KLASIFIKACE NEMOCÍ A PŘIDRUŽENÝCH ZDRAVOTNÍCH PROBLÉMŮ. *Desátá revize MKN-10*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. [online]. © 2015. Dostupné z: <http://www.nicm.cz/klasifikace-zrakoveho-postizeni>.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČESKÉ REPUBLIKY. [online]. © 2009. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz>.

NEMOCNICE VE STOKE MANDEVILLE, UK. [online]. © 2015. Dostupné z:

POPPA GUTTMANN TRUST. [online]. © 2010. Dostupné z <http://www.poppaguttmanncelibration.org/index.php>.

ŠKAROUPKA, Český svaz tělesně postižených sportovců – sekce basketbal vozíčkářů. [online]. © 2013. Dostupné z: <http://www.cstps.cz/basketbal/historie-basketbalu-vozickaru>.



**SEZNAM OBRÁZKŮ**

<b>Obrázek 1 – Rozsah páteřní míchy.</b> .....	31
<b>Obrázek 2 – odpovědi na otázku číslo 1 „Jsem členem organizace sdružující zdravotně postižené občany.“</b> .....	55
<b>Obrázek 3 – odpovědi na otázku číslo 2 „Provádím sportovní aktivity.“</b> .....	56
<b>Obrázek 4 – odpovědi na otázku číslo 3 „Sportovní aktivity provádím pod hlavičkou sportovního oddílu.“</b> .....	57
<b>Obrázek 5 – odpovědi na otázku číslo 4 „Na své sportovní aktivity si dokážu pokaždé najít čas.“</b> .....	58
<b>Obrázek 6 – odpovědi na otázku číslo 5 „Moje rodina mě v mých sportovních aktivitách podporuje.“</b> .....	59
<b>Obrázek 7 – odpovědi na otázku číslo 6 : „V domácnosti žiji s ...“</b> .....	61
<b>Obrázek 8 – odpovědi na otázku číslo 7 „Moje okolí (přátelé, členové organizace) mě v mých sportovních aktivitách podporuje.“</b> .....	62
<b>Obrázek 9 – odpovědi na otázku číslo 8 „K zapojení se do sportovních činností mě nejvíce ovlivňuje.“</b> .....	63
<b>Obrázek 10 – odpovědi na otázku číslo 9 „Při svých sportovních aktivitách jsem terčem posměšků okolí.“</b> .....	64
<b>Obrázek 11 – odpovědi na otázku číslo 10 „Můj zaměstnavatel mě v mých sportovních aktivitách podporuje.“</b> .....	65
<b>Obrázek 12 – odpovědi na otázku číslo 11 „Díky sportovním aktivitám jsem objektivně zdravější.“</b> .....	66
<b>Obrázek 13 – odpovědi na otázku číslo 12 „Po provádění sportovních aktivit cítím více energie.“</b> .....	67
<b>Obrázek 14 – odpovědi na otázku číslo 13 „Po provádění sportovních aktivit mám větší elán a chuť do života.“</b> .....	68
<b>Obrázek 15 – odpovědi na otázku číslo 14 „Na každou sportovní aktivitu se těším.“</b> .....	69
<b>Obrázek 16 – odpovědi na otázku číslo 15 „Díky aktivnímu sportu mám větší sebevědomí.“</b> .....	70
<b>Obrázek 17 – odpovědi na otázku číslo 16 „Díky aktivnímu sportu mám větší pocit spokojenosti.“</b> .....	71

---

<b>Obrázek 18 – odpovědi na otázku číslo 17 „Díky provádění sportovních aktivit mám více přátel.“ .....</b>	<b>72</b>
<b>Obrázek 19 – Výzkum - odpovědi na otázku číslo 18 „Bez aktivního sportu si nedovedu představit svůj život“.....</b>	<b>73</b>

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 - Předvýzkum – odpovědi respondentů na otázky z dotazníku.....	53
Tabulka 2- Výzkum – odpovědi respondentů na otázku č. 1 „Jsem členem organizace sdružující zdravotně postižené občany.“ .....	55
Tabulka 3 - Výzkum – odpovědi respondentů na otázku č. 2 „Provádím sportovní aktivity.“.....	56
Tabulka 4 – Výzkum – odpovědi respondentů na otázku č. 3 „Sportovní aktivity provádím pod hlavičkou sportovního oddílu.“ .....	57
Tabulka 5 – Výzkum – odpovědi respondentů na otázku č. 4 „Na své sportovní aktivity si dokážu pokaždé najít čas.“ .....	58
Tabulka 6 – Výzkum – odpovědi respondentů na otázku č. 5 „Moje rodina mě v mých sportovních aktivitách podporuje.“ .....	59
Tabulka 7 – Výzkum – odpovědi respondentů na otázku č. 6 „V domácnosti žiji s ...“.....	60
Tabulka 8 – Výzkum – odpovědi respondentů na otázku č. 7 „Moje okolí (přátelé, členové organizace) mě v mých sportovních aktivitách podporuje.“ .....	61
Tabulka 9 – Výzkum – odpovědi respondentů na otázku č. 8 „Při svých sportovních aktivitách jsem terčem posměšků okolí.“.....	62
Tabulka 10 – Výzkum – odpovědi respondentů na otázku č. 9 „Při sportovních aktivitách jsem byl někdy fyzicky napaden“.....	63
Tabulka 11 – Výzkum – odpovědi respondentů na otázku č. 10 „Můj zaměstnavatel mě v mých sportovních aktivitách podporuje.“ .....	64
Tabulka 12 – Výzkum – odpovědi respondentů na otázku č. 11 „Díky sportovním aktivitám jsem objektivně zdravější.“ .....	65
Tabulka 13 – Výzkum – odpovědi respondentů na otázku č. 12 „Po provádění sportovních aktivit cítím více energie.“ .....	67
Tabulka 14 – Výzkum – odpovědi respondentů na otázku č. 13 „Po provádění sportovních aktivit mám větší elán a chuť do života.“ .....	68
Tabulka 15 – Výzkum – odpovědi respondentů na otázku č. 14 „Na každou sportovní aktivitu se těším.“ .....	69
Tabulka 16 – Výzkum – odpovědi respondentů na otázku č. 15 „Díky aktivnímu sportu mám větší sebevědomí.“ .....	70

---

<b>Tabulka 17 – Výzkum – odpovědi respondentů na otázku č. 16 “Díky aktivnímu sportu mám větší pocit spokojenosti“.....</b>	<b>71</b>
<b>Tabulka 18 – Výzkum – odpovědi respondentů na otázku č. 17 „Díky provádění sportovních aktivit mám více přátel.“ .....</b>	<b>72</b>
<b>Tabulka 19 – Výzkum – odpovědi respondentů na otázku č. 18 „Bez aktivního sportu si nedovedu představit svůj život.“ .....</b>	<b>73</b>

## SEZNAM PŘÍLOH

- P I – Motivační dopis kontaktním osobám jednotlivých organizací zdravotně postižených
- P II – Anonymní dotazník pro zdravotně postižené zaměřený na provádění pohybových aktivit
- P III – Odpovědi respondentů z malých měst a venkova
- P IV – Odpovědi respondentů z krajských měst a hlavního města Prahy
- P V – Odpovědi respondentů z celé České republiky
- P VI – Sledgehokej v ČR

# **PŘÍLOHA P I: MOTIVAČNÍ DOPIS KONTAKTNÍM OSOBÁM JEDNOTLIVÝCH ORGANIZACÍ ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝCH**

## **PŘÍLOHA P I: MOTIVAČNÍ DOPIS KONTAKTNÍM OSOBÁM JEDNOTLIVÝCH ORGANIZACÍ ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝCH**

Dobrý den!


Jmenuji se Bc. Simona Nováková a ve své diplomové práci zkoumám kvalitu života zdravotně postižených spoluobčanů. V dotazníku, který je přílohou tohoto dopisu, se snažím najít souvislost mezi provozováním sportovních aktivit a spokojeností těchto jedinců.

Ráda bych Vás požádala o spolupráci při distribuci a sběru dotazníků mezi zdravotně postiženými ve Vašem bydlišti. Nemusí jít o členy Vaší organizace, ale o všechny zdravotně postižené osoby, které znáte ve svém okolí.

Pevně věřím, že výsledky mé diplomové práce pomohou k lepšímu povědomí o problémech zdravotně postižených občanů na veřejnosti a možná tím pomohou i ke zlepšení situace zdravotně postižených sportovců v České republice.

Předem vám děkuji za spolupráci.

S pozdravem



Bc. Simona Nováková

Ve Zlíně dne 5. 1. 2016

## **PŘÍLOHA P II: ANONYMNÍ DOTAZNÍK PRO ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÉ ZAMĚŘENÝ NA PROVÁDĚNÍ POHYBOVÝCH AKTIVIT**

### **Anonymní dotazník pro zdravotně postižené zaměřený na provádění pohybových aktivit**

Instrukce k vyplnění:

Zakroužkujte prosím jednu z nabízených odpovědí (například a, b, ...). Vyberte vždy prosím jen jednu nabízenou odpověď. V případě omylu prosím škrtněte chybně vyplněný řádek a zakroužkujte správný.

1. Jsem členem organizace sdružující zdravotně postižené občany:

- a) Ano – dlouhodobě (déle než 5 let)
- b) Ano – krátkou dobu (do 5 let)
- c) Ne
- d) Nechci odpovídat

2. Provádím sportovní aktivity:

- a) Ano – pravidelně
- b) Ano - příležitostně
- c) Ne
- d) Nechci odpovídat

3. Sportovní aktivity provádím pod hlavičkou sportovního oddílu:

- a) Ano
- c) Ne
- d) Nechci odpovídat

4. Na své sportovní aktivity si dokážu pokaždé najít čas:

- a) Ano
- c) Ne
- d) Nechci odpovídat

5. Moje rodina mě v mých sportovních aktivitách podporuje:

- a) Ano – pokaždé
- b) Ano - příležitostně
- c) Ne
- d) Nechci odpovídat

6. V domácnosti žiji s:

- a) S manželem / manželkou / registrovaným partnerem
- b) V dlouhodobém vztahu
- c) Sám
- d) S rodiči / sourozenci
- e) Nechci odpovídat



7. Moje okolí (přátelé, členové organizace) mě v mých sportovních aktivitách podporuje:

- a) Ano – pokaždé
- b) Ano - příležitostně
- c) Ne
- d) Nechci odpovídat

8. K zapojení se do sportovních činností mě nejvíce ovlivňuje:

- a) Podpora rodiny a silné rodinné prostředí
- b) Vášeň ke sportu, sportovní vlohy
- c) Setkávání s lidmi
- d) Nechci odpovídat

9. Při svých sportovních aktivitách jsem terčem posměšků okolí:

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nechci odpovídat

10. Můj zaměstnavatel mě v mých sportovních aktivitách podporuje:

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nemám zaměstnavatele (např. jsem OSVČ, nezaměstnaný / - á )
- d) Nechci odpovídat

11. Díky sportovním aktivitám jsem objektivně zdravější:

- a) Ano - určitě
- b) Ano - z velké části díky nim
- c) Ne
- d) Nechci odpovídat

12. Po provádění sportovních aktivit cítím více energie:

- a) Ano - pokaždé
- b) Ano – často
- c) Ne
- d) Nechci odpovídat

13. Po provádění sportovních aktivit mám větší elán a chuť do života:

- a) Ano - pokaždé
- b) Ano – často
- c) Ne
- d) Nechci odpovídat

14. Na každou sportovní aktivitu se těším:

- a) Ano - pokaždé
- b) Ano – často
- c) Ne
- d) Nechci odpovídat

15. Díky aktivnímu sportu mám větší sebevědomí:

- a) Ano - pokaždé
- b) Ano – často
- c) Ne
- d) Nechci odpovídat

16. Díky aktivnímu sportu mám větší pocit spokojenosti:

- a) Ano - pokaždé
- b) Ano – často
- c) Ne
- d) Nechci odpovídat

17. Díky provádění sportovních aktivit mám více přátel:

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nechci odpovídat

18. Bez aktivního sportu si nedovedu představit svůj život:

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nechci odpovídat

***Děkujeme za vyplnění dotazníku.***

**PŘÍLOHA P III: ODPOVĚDI RESPONDENTŮ Z MALÝCH MĚST A VENKOVA**

	<b>a</b>	<b>b</b>	<b>c</b>	<b>d</b>	<b>e</b>
<b>1</b>	7	17	28	3	0
<b>2</b>	3	30	19	3	0
<b>3</b>	8	0	43	4	0
<b>4</b>	12	0	39	4	0
<b>5</b>	7	28	10	10	0
<b>6</b>	7	24	7	16	1
<b>7</b>	7	22	17	9	0
<b>8</b>	0	13	34	8	0
<b>9</b>	1	42	12	0	0
<b>10</b>	12	25	18	0	0
<b>11</b>	11	18	18	8	0
<b>12</b>	6	25	15	9	0
<b>13</b>	5	10	31	9	0
<b>14</b>	0	17	32	6	0
<b>15</b>	0	13	30	12	0
<b>16</b>	7	25	20	3	0
<b>17</b>	15	34	6	0	0
<b>18</b>	22	17	16	0	0

**PŘÍLOHA P IV: ODPOVĚDI RESPONDENTŮ Z KRAJSKÝCH  
MĚST A HLAVNÍHO MĚSTA PRAHY**

	<b>a</b>	<b>b</b>	<b>c</b>	<b>d</b>	<b>e</b>
<b>1</b>	24	24	22	1	0
<b>2</b>	11	51	7	2	0
<b>3</b>	20	0	50	1	0
<b>4</b>	34	0	34	3	0
<b>5</b>	17	37	9	8	0
<b>6</b>	15	29	11	14	2
<b>7</b>	22	34	6	9	0
<b>8</b>	0	12	49	10	0
<b>9</b>	0	62	9	0	0
<b>10</b>	22	30	17	2	0
<b>11</b>	20	38	10	3	0
<b>12</b>	23	35	12	1	0
<b>13</b>	14	26	28	3	0
<b>14</b>	13	40	15	3	0
<b>15</b>	9	33	24	5	0
<b>16</b>	17	44	9	1	0
<b>17</b>	28	38	5	0	0
<b>18</b>	45	12	14	0	0

**PŘÍLOHA P V: ODPOVĚDI RESPONDENTŮ Z CELÉ ČESKÉ REPUBLIKY**

	<b>a</b>	<b>b</b>	<b>c</b>	<b>d</b>	<b>e</b>
<b>1</b>	31	41	50	4	0
<b>2</b>	14	81	26	5	0
<b>3</b>	28	0	93	5	0
<b>4</b>	46	0	73	7	0
<b>5</b>	24	65	19	18	0
<b>6</b>	22	53	18	30	3
<b>7</b>	29	56	23	18	0
<b>8</b>	0	25	83	18	0
<b>9</b>	1	104	21	0	0
<b>10</b>	34	55	35	2	0
<b>11</b>	31	56	28	11	0
<b>12</b>	29	60	27	10	0
<b>13</b>	19	36	59	12	0
<b>14</b>	13	57	47	9	0
<b>15</b>	9	46	54	17	0
<b>16</b>	24	69	29	4	0
<b>17</b>	43	72	11	0	0
<b>18</b>	67	29	30	0	0

## **PŘÍLOHA P VI: SLEDGEHOKEJ V ČR**

V České republice se hraje sledgehokejová liga již od sezóny 2004-05. Průkopníkem tohoto sportu však byl celek Zlína, kde se s tímto sportem začínalo již v roce 1999. V několika prvních sezónách se hrála ligová soutěž za účasti pouze třech týmů, ale postupem času začali vznikat nové týmy a v současnosti hraje ligovou soutěž 8 českých týmů: 3 moravské celky, Olomouc, Zlín a Studénka. V Čechách je to Sparta Praha, Pardubice, Karlovy Vary, České Budějovice a Litvínov. Před několika lety se hrál sledge hokej i v Kolíně, ale tamní klub již pár let nefunguje. Za tuto dekádu ligových sezon se shodně se třemi ligovými tituly stali nejúspěšnějšími mužstvy celky Zlína a Karlových Varů.

Jelikož je česká sledgehokejová liga jedinou evropskou dlouhodobou soutěží, byla do uplynulé sezóny 2015/16 přizvána i dvě mužstva ze zahraničí. Jednalo se o rakouskou Vídeň a slovenský Dolný Kubín, neboť v ostatních evropských zemích obdobná pravidelná soutěž z nedostatku mužstev a hráčů neexistuje. Taktéž v některých českých klubech působí zahraniční akvizice, zejména z Německa, Slovenska, Rakouska a Polska. I když je v České republice patrně největší evropská členská základna tělesně postižených sledgehokejových hráčů, přesto jsou všechna ligová mužstva doplněna i zdravými hráči, tedy sportovci bez tělesného hendikepu. Ale aby tento sport zůstal určený především pro hendikepovaný sportovce, jsou v pravidlech ligové soutěže stanovená omezení pro nehendikepované hráče a to taková, že pro ligový zápas může být zapsáno na soupisku jen 5 hráčů a z nich pouze 2 hráči mohou být ve stejné chvíli ve hře na ledě. Brankářem může být pouze hráč tělesně postižený.

Jedním ze tří zakládajících mužstev české sledgehokejové ligy byl i moravský celek SOHO Olomoučtí Kohouti. A hned ve druhé sezóně 2005/06 vybojovali hráči Olomouce svůj první a dodnes jediný ligový titul. Od tohoto úspěchu doznalo mužstvo četných změn, ať už odchodu některých hráčů do jiných nově zakládajících mužstev nebo příchodu nových mladých hráčů. Někteří hráči již také ukončili svou aktivní sportovní kariéru. V současné době má tým Olomouckých Kohoutů na soupisce 17 hráčů. Z těchto hráčů je jich 11 hendikepovaných a 6 hráčů je bez tělesného postižení. Tento tým v sezóně 2013/14 dosáhl výrazného úspěchu, když překvapivě jako podceňovaný celek, vybojoval stříbrné medaile. Podlehli až ve finálové sérii vítězi tohoto ročníku Karlovým Varům.

Kromě ligové soutěže se hraje od roku 2003 v České republice sledgehokej taktéž na reprezentační úrovni. V té době nepatřila česká reprezentace mezi nejlepší týmy světa jako Kanada, USA nebo Švédsko. Přelom však nastal v sezóně 2007/08 kdy nejprve vybojovala stříbrné medaile na Mistrovství Evropy v Itálii a poté vyhrála Mistrovství světa skupiny "B", čímž se poprvé v historii účastnila světového šampionátu skupiny "A" v Ostravě, tedy těch nejlepších celků světa a umístila se zde na 5. místě a taktéž se historicky poprvé zúčastnila paralympijských her 2010 ve Vancouveru. Zde, ani o čtyři roky později v Soči se medailového úspěchu naše sledgehokejová reprezentace nedočkala. Naopak ji v loňském roce na mistrovství světa v Buffalu po špatných výsledcích čekal nemilý pád do "B" světové skupiny. V letošním roce český reprezentační celek vybojoval 4.místo na Mistrovství Evropy ve švédském Östersundu a příští rok ji čeká nelehký kvalifikační boj o paralympijské hry 2018 v jihokorejském PyeongChangu.

Bude to těžký boj, neboť skvělá generace českých hráčů, kteří působí v české reprezentaci již dlouhá léta stárne a mladých nadějných hendikepovaných hráčů, kteří by je nahradili je málo. Proto se sledgehokejovým velmocím jako je USA, Kanada nebo i Rusko v poslední době výkonnostně začínají vzdalovat.