

Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta tělesné kultury

KVALITA ŽIVOTA TANEČNÍKŮ S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM

Diplomová práce

Autor: Bc. Petra Johnová

Vedoucí práce: Mgr. Ondřej Ješina, Ph.D.

Olomouc 2021

Jméno a příjmení autora: Bc. Petra Johnová

Název diplomové práce: Kvalita života tanečníků s tělesným postižením

Pracoviště: Katedra aplikovaných pohybových aktivit

Vedoucí práce: Mgr. Ondřej Ješina, Ph.D.

Rok obhajoby diplomové práce: 2021

Abstrakt:

Diplomová práce se zabývá tématem kvality života tanečníků s tělesným postižením. Cílem práce bylo zjistit míru subjektivně vnímané kvality života osob s tělesným postižením, věnující se pravidelně tanci na vozíku. Výzkumný soubor tvořili tanečníci s tělesným postižením věnující se tanci na vozíku na území České republiky. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 18 osob ve věku od 17 do 70 let. V této práci byl využit dotazník životní spokojenosti SWLS a dotazník kvality života WHOQOL-BREF. Z analýzy výsledků dle dotazníku SWLS byla naměřena mírná spokojenost u všech respondentů. U dotazníku WHOQOL-BREF byly výsledky vnímání kvality života dobré. Naopak subjektivní zdraví bylo hodnoceno spíše průměrně. Dle jednotlivých oblastí dotazníku WHOQOL-BREF mají tanečníci s tělesným postižením nejvyšší kvalitu v oblasti prožívání. Druhá je oblast prostředí, za kterou následovala oblast sociálních vztahů. Nejnižší kvalita byla naměřena u poslední oblasti, týkající se fyzického zdraví.

Klíčová slova: kvalita života, tanec, tanec na vozíku, osoby s tělesným postižením.

Souhlasím s půjčováním závěrečné písemné práce v rámci knihovních služeb.

Author's first name and surname: Bc. Petra Johnová

Title of the thesis: The quality of life of dancers with physical disabilities

Department: Department of Adapted Physical Activities

Supervisor: Mgr. Ondřej Ješina, Ph.D.

The year of presentation: 2021

Abstract:

This thesis deals with the topic of the quality of life of dancers with physical disabilities. The aim of the work was to find out the degree of subjectivity in the quality of life of people with physical disabilities, who regularly dance in wheelchairs. The sample of respondents consisted of dancers with physical disabilities who are being part of wheelchair dancing in the Czech Republic. To the survey which was part of this work attended 18 people aged between 17 to 70 years. The SWLS life satisfaction questionnaire and the WHOQOL-BREF quality of life questionnaire were used in this work. From the analysis of the results of the SWLS questionnaire, a slight satisfaction was measured for all respondents. In the case of the WHOQOL-BREF questionnaire, the results of quality of life were evaluated as good. On the contrary, subjective health was evaluated rather on average. According to the individual areas of the WHOQOL-BREF questionnaire, dancers with physical disabilities have the highest quality in the field of experiencing. As a second choice was statistically stated the area of the environment, followed by the area of social relations. The highest quality was stated for the last area related to physical health.

Keywords: quality of life, dancing, wheelchair dancing, people with disabilities.

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

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně pod vedením Mgr. Ondřeje Ješiny, Ph.D., uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a dodržovala zásady vědecké etiky.

V Olomouci dne

.....

Děkuji vedoucímu mé diplomové práce, Mgr. Ondřeji Ješinovi, Ph.D., za důležité a cenné rady, které mi pomohly při psaní mé diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat všem zúčastněným respondentům, kteří si udělali čas a zapojili se do výzkumu.

OBSAH

1 ÚVOD	8
2 PŘEHLED POZNATKŮ	10
2. 1 Tělesné postižení	10
2. 1. 1 Klasifikace příčin tělesného postižení	12
2. 1. 2 Klasifikace vad tělesného postižení	13
2. 2 Kvalita života	19
2. 2. 1 Dimenze kvality života.....	20
2. 2. 2 Potřeby a hodnoty v životě člověka	22
2. 2. 3 Specifika kvality života u osob s tělesným postižením.....	25
2. 2. 4 Životní spokojenost	27
2. 2. 5 Faktory ovlivňující životní spokojenost	29
2. 2. 6 Životní spokojenost a pohybová aktivita	31
2. 3 Tanec	33
2. 3. 1 Tanec a jeho vývoj	34
2. 3. 2 Vybrané taneční styly.....	36
2. 3. 3 Význam tance v životě člověka s tělesným postižením	39
3 CÍLE.....	42
3. 1 Hlavní cíl	42
3. 2 Dílčí cíle	42
3. 3 Výzkumné otázky.....	42
4 METODIKA.....	43
4. 1 Charakteristika výzkumného souboru	43
4. 2 Metody sběru dat.....	46
4. 2. 1 Dotazník SWLS (Satisfaction with Life Scale).....	46
4. 2. 2 Dotazník WHOQOL-BREF	48
4. 3 Postup práce	48

4. 4 Statistické zpracování dat.....	50
5 VÝSLEDKY	51
5. 1 Životní spokojenost dle SWLS	51
5. 2 Kvalita života dle dotazníku WHOQOL-BREF.....	53
5. 3 Spokojenost se zdravím dle dotazníku WHOQOL-BREF	54
5. 4 Kvalita života v jednotlivých oblastech dle dotazníku WHOQOL-BREF	55
6 DISKUZE.....	60
7 ZÁVĚR.....	65
SOUHRN	67
SUMMARY	69
REFERENČNÍ SEZNAM.....	71
PŘÍLOHY	80

1 ÚVOD

Tanec je pohybová aktivita, která nám pomáhá se neohlížet na naše starosti a obavy, které nás v životě potkávají. Naplňuje naše sny, touhy a usnadňuje nám, oprostít se od reality všedního dne. Tancovat můžeme ve svém srdci i v duši, tudíž kdykoliv i kdekoliv. Z poslechu hudby při tanci vznikají dojmy, které jedinci ztělesňují pocity a stávají se jeho smyslem života. Proto se říká, že tanec je modlitbou těla. Stejně tak i pro mě je tanec velmi důležitou a srdeční záležitostí, které se věnuji již 15 let. Tanec mi pomáhá přicházet na jiné myšlenky, poznávat nové přátele, získávat nové zkušenosti a zlepšovat moji kvalitu života. Každý z nás, někdy stál doma před zrcadlem, zpíval si, poslouchal hudbu a u toho si tancoval. I když si to možná spousta lidí nepřizná nebo ani neuvědomuje, můžeme říci, že tanec je naší životní součástí.

Tanec je velmi různorodý a je pro všechny, tudíž i pro osoby s tělesným postižením, kterým se ve své diplomové práci věnuji. Právě tanec je pohybová aktivita, kterou mohou provádět i osoby s tělesným postižením odkázané na vozík. I když dané postižení člověka jistým způsobem omezuje v motorice i sebeobsluze, tanec je výbornou pohybovou aktivitou, která těmto lidem pomáhá zapomenout na každodenní nástrahy v jejich životech a ovlivňuje tak jejich kvalitu života. Osoby s tělesným postižením pomocí tance nachází nejenom nová přátelství, ale zlepšuje se jim i samotná orientace v prostoru při různých cestách. Pocit sebedůvěry v nich vzbuzuje samotné taneční zlepšení. Nezapomenutelným zážitkem je určitě i potlesk, který tito tanečníci sklízí po tanečním vystoupení a je pro ně obrovskou motivací v dalším tréninku. Proto můžeme říci, že tanec nebo i jakákoliv jiná pohybová aktivita má velký význam v hodnocení kvality života u osob s tělesným postižením. Na jeho hodnocení se podílí nejenom úroveň sociálních vztahů, psychického, fyzického zdraví či prostředí, ale i mobilita jako úroveň nezávislosti.

Kvalita života tanečníků s tělesným postižením je téma mé diplomové práce, které jsem si vybrala, jelikož mě tato problematika zaujala natolik, že jsem se o ní chtěla dozvědět více. Cílem mé diplomové práce je zjistit, jaká je kvalita života osob s tělesným postižením, věnující se tanci na vozíku.

Diplomová práce je rozdělena na dvě části – část teoretickou a část praktickou. V teoretické části se zabývám charakteristikou tělesného postižení a jeho klasifikací. Dále se podrobněji věnuji kapitole kvality života a jejím dělení. Zaměřuji se na životní spokojenost a její faktory, které jsou pro ni podstatné. Zmiňuji zde i vztah mezi životní spokojeností a pohybovou aktivitou, které se navzájem ovlivňují. Poslední kapitola se věnuje tanci, jeho

charakteristice i historii. Zaměřuji se na tanec na vozíku a na seznámení s jeho základními tanečními styly. Poté zmiňuji vliv a význam tance v životě člověka s tělesným postižením.

V praktické části své diplomové práci se zabývám výsledky dotazníkového šetření. Výzkumný soubor je tvořen osobami s tělesným postižením zabývající se tancem na vozíku na území České republiky. Za pomoci dotazníku SWLS a WHOQOL-BREF je zjišťována kvalita života a životní spokojenost tanečníků na vozíku. Výsledky mé práce pak mohou posloužit k dalšímu výzkumnému šetření a hlavně ke zjištění, jak pohybová aktivita pozitivně ovlivňuje kvalitu života osob s tělesným postižením.

2 PŘEHLED POZNATKŮ

V následujících podkapitolách se budu věnovat charakteristice tělesného postižení a jejím klasifikacím, se kterými se nejběžněji setkáme. Zmiňuji základní informace o kvalitě života a její specifika u osob s tělesným postižením. Dále je zde popsána životní spokojenost a jednotlivé faktory, které ji ovlivňují. V neposlední řadě se zaměřím i na charakteristiku tance a jeho jednotlivým tanečním stylům. Jako poslední je uvedeno, jaký má tanec význam v životě člověka s tělesným postižením.

2. 1 Tělesné postižení

Tělesné postižení se různým způsobem snaží charakterizovat mnoho autorů. Značně různorodou skupinu lidí představují i osoby s tělesným postižením. Avšak i heterogenní skupina se vyznačuje společným znakem. Snížená pohybová schopnost v důsledku poškození či omezení pohybového aparátu popisuje jedince s tělesným postižením. Jak uvádí Mezinárodní klasifikace vad, postižení a handicapů (WHO, 1980) vycházející z knihy od Slowíka (2016) je důležité vnímat jedince s tělesným postižením jako osobu se specifickými pohybovými projevy.

Tělesné postižení nazýváme jako trvalý nebo dlouhodobý stav, který se vyznačuje funkční, orgánovou nebo anatomickou poruchou. I přes veškerou léčebnou péči nelze tuto poruchu zcela odstranit nebo podstatně zmírnit. Je charakteristické postižením jedné či více oblastí, které se projevují v obvyklém fungování člověka, v menší rozmanitosti životních šancí i reálných možností, značně omezuje jeho práceschopnost a odráží se i v mnoha stránkách kvality života (Michalík, 2011).

Tělesné postižení má vliv na celou osobnost jedince. Narušuje motoriku, která má vliv na vady pohybového a nosného ústrojí (např. deformace, amputace) nebo na poruchy nervového ústrojí (např. dětská mozková obrna, rozštěp páteře, úrazy míchy). Nejde však jen o motoriku, ale také o vnímání, kognici a sociální vztahy (Kočová et al., 2017). Potíže v socializaci závisí na druhu, rozsahu postižení, na osobnostních vlastnostech a individuálních zvláštěnostech každého jedince. Důsledky tělesného postižení se projevují i v sekundárních potížích při sebeobsluze, závislosti na asistenci druhé osoby nebo v komunikaci s okolím související s různou mírou izolovanosti. Osoby s tělesným postižením překonávají překážky po celý svůj život, ať už jde o bariéry architektonické, psychické či společenské (Opatřilová & Zámečnicková, 2008).

Většina lidí vnímá jinakost osob s tělesným postižením velmi subjektivně a osobně. Dle Kudláčka et al. (2013a) lze jinakost hodnotit jako odlišnost od běžně přijímané normy.

S tím souvisí správné pochopení a vymezení základních termínů, které s osobami s tělesným či jiným zdravotním postižením souvisejí.

- *Porucha* se vyznačuje ztrátou či anomálií v oblasti tělesných funkcí nebo struktur.
- *Postižení* můžeme charakterizovat jako určitou odchylku ve zdravotním stavu jedince, která mu znesnadňuje vykonávat činnosti v běžném životě (kvalita života, pohyb a další).
- *Handicap* jedince vyplývá z postižení či poruchy, která osobu částečně omezuje v plnění funkcí v běžném životě. Jde o jistý vztah mezi okolím a zdravotně postiženým člověkem.
- *Disabilita* znamená omezení jako následek poškození chorobou, traumatem či jinými zdravotními problémy, která vyžadují lékařskou péči. Rovněž jde i o problém sociální, který jedinci znesnadňuje začlenění do společnosti, na kterém se podílí vnější sociální okolnosti (Kudláček et al., 2013b).

Užívání správné terminologie souvisí s postavením zdravotně postižených osob ve společnosti. V minulosti se používaly pojmy a označení, které nám v dnešní době mohou přijít velmi urážlivé a hanlivé. S podstatou lidského bytí souvisí užívání správných pojmů, které již v dnešní době používáme správně. Na základě správného užití slov respektujeme práva zdravotně postižených na lidskou důstojnost, sociální začlenění a právo na plnohodnotný život. Proto se klade důraz, aby termín, který označuje dané postižení, byl až druhořadý, za tím nejpodstatnějším jako je osoba, člověk či občan (Michalík, 2011).

Termín tělesné postižení úzce souvisí s termínem zdravotní postižení. Zákona č. 561/2004 Sb. zařazuje tělesné postižení jako jednu z forem zdravotního postižení, který je pojmem nadřazeným. Dalšími formami je postižení mentální, sluchové, zrakové a další. Opakem je zdravotní znevýhodnění, které chápeme jako zdravotní oslabení, dlouhodobé onemocnění nebo lehčí zdravotní poruchy učení a chování (Fischer, Škoda, Svoboda, & Zilcher, 2014).

Problematika tělesného postižení je v posledních letech často probíraným tématem. Lidé se učí chápat postižení jako trvalý stav, který může potkat každého z nás, v jakémkoliv období našeho života. Avšak každý jedinec se s tělesným postižením vyrovnává jinak.

2. 1. 1 Klasifikace příčin tělesného postižení

V jakémkoliv věkovém období, následkem onemocnění či úrazu, může vzniknout tělesné postižení. Postižení má vliv nejenom na rozumový a smyslový vývoj, ale i na fyzickou stránku jedince. Svaly ochabují a postupně se zmenšují z důvodu malé zátěže pohybem. Jelikož je jedinec částečně omezený ve svém pohybu, nemůže si zrakové a sluchové poznatky v plné míře ověřit, proto je jeho rozumový a smyslový vývoj omezen o řadu poznání. Při nedostatku pohybujičích se předmětů, z důvodu omezeného poznání a kvality myšlení, je nepřilíš aktivní psychická činnost (Novosad, 2011).

V rámci tělesného postižení se vyskytují různé klasifikace a dá se dělit několika způsoby. Jelikož se ve své následující podkapitole budu zaměřovat na klasifikaci jednotlivých vad, které se mohou vyskytovat u tanečníků s tělesným postižením, je potřeba si nejprve vymežit základní klasifikaci tělesného postižení.

Tělesné postižení se určuje dle doby vzniku na vrozené, vzniklé v raném dětství a získané během nemoci či úrazu. Opatřilová a Zámečnicková (2007) ve své knize uvádí, že vrozenou vadu má každý dvacátý pátý jedinec v České republice. Objevují se typy tělesného postižení, které nemají vliv na kvalitu života, ale i pohybové vady vážnějšího charakteru. Jelikož žijeme v moderní době plné nových technologií a lékaři stále objevují nové vady, tak se za posledních 30. let ztrojnásobil počet vrozených, zejména srdečních vad. Avšak jsou zde i postižení, která mají multifaktoriální etiologii vznikající kombinací několika příčin. Dle Renoteriová a Bendová (2005) se na etiologii postižení podílí, kromě dědičnosti, i faktory chemické, fyzické, biologické či psychické.

Vrozené postižení vzniká ve vývoji zárodku v prvních týdnech těhotenství, v období prenatálního, před narozením (např. přenošené těhotenství, infekce, malformace), perinatálního, vzniklé během porodu nebo pár dní po porodu a raně postnatálním období, tj. období po narození dítěte, kam patří nedonošenost či kojenecká infekce (Hanáková, 2012). Nejčastější příčinou bývá dědičnost. Důvodem postižení je poškození centrálního nervového systému, na jehož základě mohou vznikat postižení, jako rozštěpové vady, tělesné malformace nebo mozkové obrny. U osob s vrozeným postižením se jinak rozvíjí psychická i sociální stránka (Slowík, 2016).

Opakem je získané postižení, které může vzniknout kdykoliv v průběhu života. Postižení se objevuje nečekaně změnou zdravotního stavu, což bývá pro tyto osoby velmi psychicky náročné. Jde o zásah do jejich života, omezení pohybových aktivit a různých

příležitostí. Mezi nejčastěji získaná postižení patří zejména poúrazové stavy míšní léze, úrazy hlavy, amputace, získané srdeční vady nebo jiné poúrazové onemocnění (Kábele, 1993).

Slowík (2016) uvádí, že dalšími příčinami tělesného postižení může být i životní styl, který preferujeme. Nedostatek pohybu, nesprávné držení těla, nezdravý životní styl a s nimi spojená nadváha či obezita je příčinou vad a deformací páteře, jako je skolióza, lordóza nebo kyfóza.

U osob se specifickými pohybovými projevy můžeme také rozlišovat postižení primární a sekundární. Primární postižení vzniká jako následek přímého poškození pohybového aparátu, jako jsou dětské mozkové obrny, rozštěpy páteře nebo například progresivní svalové dystrofie. Jelikož díky poruše či nemoci je omezen pohybový aparát, mohou vznikat sekundární postižení, například obezita, která omezení pohybové hybnosti může způsobovat (Slowík, 2016).

Jiný pohled na klasifikaci tělesného postižení uvádí Kudláček a Ješina (2013). Tělesné postižení klasifikují dle svalového napětí (tonus) na hypotonii, tj. snížený svalový tonus a hypertonii, tj. zvýšený svalový tonus. Další dělení tělesného postižení byla klasifikována v knize Fialové, Opatřilové a Procházkové (2012). Dle místa vzniku postižení rozdělujeme na malformace, deformace, amputace a obrny. Malformace a deformace se často pletou či zaměňují, ale je v nich jistý rozdíl. Malformací rozumíme vrozenou vývojovou vadu, u které je typické znetvoření. Radíme sem rozštěp rtu, aplazii (nevyvinutí a tudíž chybějící orgán), genezi (nevyvinutí části těla) či kombinované srdeční vady. Deformaci chápeme jako vadu, která může být jak získaná, tak vrozená. Jde zejména o nesprávný tvar určité části těla. Příkladem je deformace dolních či horních končetin (syndaktylie, polydaktylie,...) nebo deformace hrudníku a páteře. Amputací je myšleno nezvratné oddělení části těla při úrazu, nemoci (diabetes mellitus, nádor,...) nebo plánovaném zákroku. U obrny se jedná o postižení periferní (chabé) či centrální (spastické) nervové soustavy, která se projevuje poruchou hybnosti. Dělí se také dle závažnosti ochrnutí, které může být částečné (parézy) nebo úplné (plegie). Mezi periferní obrny radíme poranění, záněty a úrazy, které jsou následkem hlubšího poranění. Postižení centrálního nervového systému má za následek mozkové nádory, embolie, dětské mozkové obrny, rozštěpy páteře a další.

2. 1. 2 Klasifikace vad tělesného postižení

V této kapitole vás seznámím s nejčastěji se vyskytujícími typy tělesných postižení v tanečním sportu. Budu se věnovat vybraným typům tělesného postižení jako je dětská

mozková obrna, rozštěp páteře, progresivní svalové dystrofie, ochrnutí po poranění míchy a amputace dolních i horních končetin.

Dětská mozková obrna

Mezi první nejběžnější i nejčastější tělesné postižení patří dětská mozková obrna. Jedná se o neprogresivní a nestacionární postižení, které vede k parézám, mimovolným pohybům nebo poruchám volní hybnosti (Kudláček & Spurná, 2010).

Dětská mozková obrna vzniká počátečním poškozením centrálním pohybového aparátu. Jde o chronické onemocnění projevující se nejčastěji do čtvrtého roku dítěte. Během života se již průběh onemocnění nezhoršuje. Dětská mozková obrna má velmi individuální a různorodé příznaky. Obvykle se jeví jako porucha svalové koordinace a napětí. Avšak mohou se objevovat i poruchy jemné motoriky, problémy při chůzi, opožděný vývoj řeči, motorický neklid a další (Fischer et al., 2014). Dle Kudláčka (2012) se mohou u daného postižení vyskytovat nejenom motorické poruchy, ale i přidružená mentální postižení různého stupně. K čemuž na základě Pragerové (2008) mohlo dojít v předporodním, porodním nebo poporodním období do 1. roku dítěte. Jelikož došlo k poškození mozku, vznikají nejenom poškození pohybového aparátu, ale i přidružená mentální postižení. Většinou jsou doprovázena onemocněními, jako jsou epileptické záchvaty nebo smyslové vady.

Na vzniku dětské mozkové obrny se tedy podílejí činitelé prenatální, perinatální nebo postnatální. Mezi předporodní, prenatální činitele patří přenošenost, malformace, infekce i oběhové poruchy. Důležitou skupinou jsou faktory perinatální, porodní. Jedná se o abnormální porody, způsobené apoxií a krvácením. Patří sem zejména porod klešťový, překotný nebo protahovaný. Mezi postnatálními faktory objevující se do prvního roku života dítěte patří kojenecké infekce nebo nedonošenost (Ješina, Kudláček et al., 2011).

Ješina, Kudláček et al. (2011) a stejně tak Fischer et al. (2014) rozdělují dětskou mozkovou obrnu do tří základních oblastí:

a) Nervosvalová

- Spastická – ztuhlost v postižených svalových oblastech, vyšší svalové napětí
 - Diparetická forma
 - Hemiparetická forma
 - Kvadraparetická forma
- Nespastická – absence svalového napětí
 - Dyskinetická forma - postihuje různé svalové skupiny projevující se krouživými a mimovolnými pohyby.

- Hypotonická forma – poškození části mozku a s ním související porucha vnímání rovnováhy projevující se nestabilní chůzí.
 - Mozečková
- b) Topografická
- Diparéza – postižení dolních končetin.
 - Hemiparéza – oslabení jedné poloviny těla tj. jedné horní končetiny a jedné dolní končetiny.
 - Kvadruparéza – poškození dolních i horních končetin.
- c) Funkčně sportovní
- Třídy od nejtěžších forem CP 1 až po nejlehčí formy CP 8.

Sportovní klasifikace slouží k účelům stejného a spravedlivého výchozího bodu pro všechny sportovce. Slouží také k tomu, aby všichni sportovci v dané kategorii měli stejné šance na úspěch bez ohledu na jejich postižení (Kudláček et al., 2013b).

Dětská mozková obrna spíše obtěžuje, nežli bolí. Primárním projevem je více tělesná nepohoda, která se u těžších projevů spasticity může v dalším vývoji jevit jako nepříjemný stav s případnými bolestmi (Kudláček, 2012). Tento typ postižení není dědičný, ani přenosný a nejde bohužel ani vyléčit. Avšak dnešní moderní medicína se alespoň částečně snaží o zmírňování projevů této nemoci, které mají pozitivní vliv na zlepšení kvality života těchto jedinců (Fischer & Škoda, 2008).

Rozštěp páteře

Rozštěp páteře nebo také spina bifida se vyskytuje u 0,2-0,25 % narozených dětí. Jedná se o vývojovou vadu, jednu z nejfrekventovanějších vrozených vad, která je druhou nejčastější formou po dětské mozkové obrně. Řadí se do skupiny defektů vývoje neurální trubice neboli vad, které postihují CNS (Fischer et al., 2014). „Rozštěp páteře vzniká nedokonalým uzavřením medulární trubice a následným výhřezem míchy z páteřního kanálu, nejčastěji v bederní krajině. Horní polovina těla bývá normálně vyvinuta, dodatečně se mohou vyvíjet skoliózy“ (Kudláček et al., 2013b, 12). Příčin vzniku rozštěpu páteře je několik. Jedná se o multifaktoriální etiologii s jistým vlivem dědičnosti a zevního prostředí. Důsledkem vzniku může být nedostatek kyseliny listové v období těhotenství, částečně i vliv teplého osvětlení v saunách, horečky při infekci nebo také věk matky (Horn et al., 2011). Dittrichová,

Sobotková a Štembera (2014) uvádí, že jistý vliv na vznik postižení může mít i špatně uhnížděné vajíčko, virová infekce, metabolická porucha a další.

Rozštěp páteře se dá dělit více způsoby, avšak já jsem si pro svou diplomovou práci vybrala dělení dle Fischer et al. (2014), který rozštěp páteře dělí na:

- a) meningokéla – pouhý výhřez míšních plen,
- b) meningomyelokéla – výhřez míšních plen i samotné míchy z páteřního kanálku,
- c) spina bifla occulta („utajená“ spina bifla) – neurologický nález je dán rozsahem rozštěpu páteře, může být normální až po úplné ochrnutí dolních končetin (tj. paraplegie) (Fischer et al., 2014).

Pro osoby s rozštěpem páteře jsou vhodné sporty na vozíku. Z toho důvodu bychom se měli zabývat zejména rozvoji svalstva horních končetin, které jsou většinou nepoškozené (Kudláček et al., 2013b). Za vhodné aktivity považujeme různé sporty na vozíku, plavání nebo aktivity na kolečkových prkénkách. Nesmíme opomenout ani lyžování nebo sledge hokej, které jsou pro tyto osoby taktéž vhodné (Sherill, 2004).

Progresivní svalová dystrofie

Progresivní svalová dystrofie patří do skupiny nezánnětlivých svalových onemocnění. Hovoříme o tzv. myopatii, která je způsobena poruchou přímo ve svalu (Kantor, Pfeiffer, & Urbanovská, 2014). Myopatie neboli poškození svalového vlákna označuje skupinu svalových onemocnění, která jsou podmíněna geneticky nebo zevními faktory (metabolické, nádorové, endokrinní, úrazy či záněty). Progresivní svalová dystrofie zaujímá zhruba 50% mezi ostatními svalovými chorobami (Vítková, 2004). Vzniká nejčastěji v dětském věku, v dospělosti se objevuje pouze vzácně. Projevuje se postupným slábnutím svalů, kdy dochází k rozpadu a pozdějšímu zániku svalových vláken. Následně se vytváří vazivo, které je však funkčně bezcenné. Až v období dospělosti, po šesti až deseti letech od propuknutí onemocnění, se stav postižení může zhoršovat. Může se začít projevovat tzv. kolébavá „kachní“ chůze. Později, kdy už jedinec nemůže chodit, bývá odsouzen na invalidní vozík (Renotierová & Ludíková, 2005).

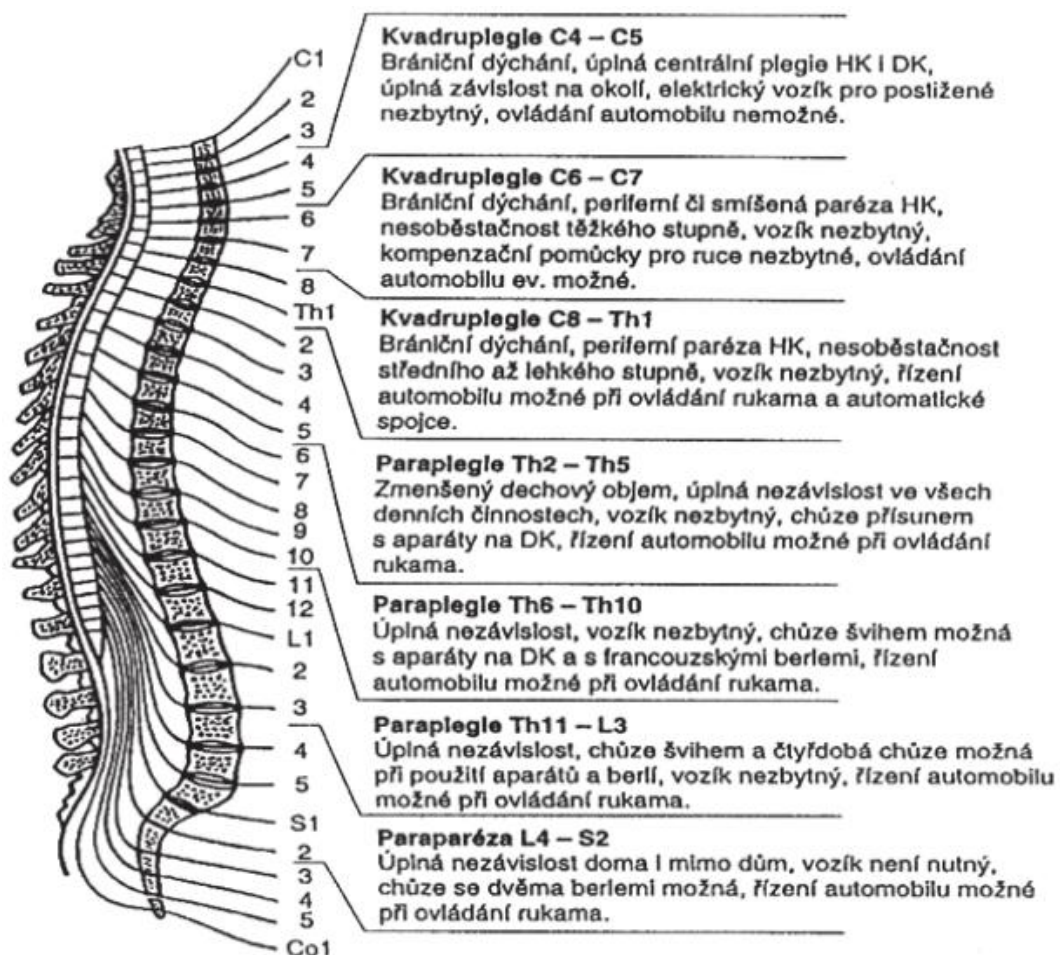
Progresivní svalová dystrofie se projevuje jako vzestupný nebo sestupný typ. Vzestupný typ začíná na pánevním pletenci a postupuje směrem nahoru. U sestupného typu postupně ubývá svalstvo od ramene a pokračuje od horních končetin, přes trup až k dolním končetinám (Kudláček et al., 2013a).

Sherill (2004) i Kudláček et al. (2013a) poukazují na to, aby osoby s progresivním svalovým postižením neopomíjeli pohybovou aktivitu, dokud jim to jejich zdravotní stav

dovoluje. Taktéž je dobré, seznámit tyto osoby s aktivitami, které mohou vykonávat i po zhoršení jejich zdravotního stavu. Jedná se o pohybové aktivity na vozíku, boccia, tanec na vozíku, rugby, sledge hokej a další.

Ochrnutí po poranění míchy

K ochrnutí míchy dochází nejčastěji po těžkých úrazech páteře, ojediněle při určitých onemocněních. Častými příčinami poranění jsou motocyklové či automobilové havárie, skoky do neznámých vod nebo sport (Kudláček et al., 2013b). Rozsah ochrnutí je závislý na místě, kde byla páteř poškozena. K lepšímu pochopení jednotlivých typů ochrnutí přikládám přesnější popis v Obrázku 1 od Drugy, Pfeiffera, Trojana a Votava (2005).



Obrázek 1. Funkční potenciál v závislosti na výši léze (Druga et al., 2005)

Poúrazová chabá paréza vzniká poškozením míšních kořenů v oblasti dolní bederní páteře a dochází tak, k neúplnému ochrnutí dolních končetin. *Poúrazová paraplegie* vzniká

v důsledku poranění míchy v hrudní a horní bederní oblasti páteře. Dochází k úplnému ochrnutí dolních končetin. *Poúrazová kvadruplegie* nastává po poškození míchy v krční části páteře. Jedná se o úplné ochrnutí dolních končetin. Horní končetiny jsou ochrnuté v různém stupni, od paréz až po úplné ochrnutí. *Poúrazové kvadruparézy* se vyskytují pouze ojediněle. Jde o neúplné ochrnutí dolních i horních končetin (Druga et al., 2005).

Amputace dolních a horních končetin

Amputace dolních a horních končetin je opravdu radikální zákrok do pohybových schopností jedince. Důvodem, kdy dojde k rozhodnutí o amputaci, jsou zejména závažné až devastující poranění, kde dojde ke zničení důležitých cév, na základě nezvládnutelné infekce s celkovými života ohrožujícími chorobnými projevy (například plynatá sněť). Dalším důvodem může být dlouhotrvající a nevléčitelné místní onemocnění, které mohou osobu omezovat více, nežli vyhovující protéza (Kudláček et al., 2013a). Amputované části těla jsou nahrazeny technickými pomůckami a kompenzovány protézami (Renotierová & Ludíková, 2005). Vedle nutnosti kompenzace ztracených částí těla, se mohou u jedince objevovat edémy, fantomové pocity a bolesti, které mohou vést až k psychickým problémům, hůře i ke klinické depresi, která se vyskytuje u 18% až 35% osob s amputací (Frontera, Silver, & Rizzo, 2018).

Po operaci je velmi důležitá péče o amputační pahýl. Ten by měl být hlavně odolný, dobře pohyblivý a výkonný. Proto je potřeba se o pahýl starat a dobře o něj pečovat (Ješina & Kudláček et al., 2011). Jeho odolnost je závislá zejména na kvalitě a umístění pooperačních jizev. Také je důležité samotný pahýl trénovat. Zaměřit se na cvičení jeho pohyblivosti, posilovat odolnost vůči nárazu. Trénovat protézu u dolní končetiny v chůzi, u horní končetiny cvičit ovládání (Kábele, 1993). Dle Ješiny, Kudláčka et al. (2011) samotné ovládání protézy závisí na délce pahýlu. Čím je pahýl delší, tím lépe se ovládá protéza. Nicméně samotná délka pahýlu nesmí bránit při umístění protézového příslušenství. Protézy se vyvíjí z různých materiálů a každým rokem s rostoucí technologií dochází k lepšímu zapojování osob s amputací do pohybových aktivit.

Sport u osob s amputací se liší dle druhu amputace. Osoby s oboustrannou nadkolenní amputací dolních končetin využívají vozík, se kterým i sportují. Avšak všechny osoby s amputacemi se nemusí pohybovat pouze na vozíku. Protézy jsou využity k nahrazení chybějících částí končetin (Kudláček et al., 2013b).

2. 2 Kvalita života

Každý člověk chce, aby jeho život měl určitou kvalitu, úroveň a náplň. Pojem kvalita života je velmi individuální (Šamánková et al., 2011). Dotýká se životního stylu, našich pocitů a různých životních zkušeností v našem životě. Do kvality života řadíme i zdraví fyzické, sociální a psychické. Člověk by se měl cítit spokojený, vyrovnaný a celkově dobře ve všech směrech života. Kvalita života zahrnuje nejen zdraví, ale i lidský rozvoj, pocit štěstí nebo bohatství. Do kvality života patří spousta věcí, které si mnohdy lidé neuvědomují, že s jejich životní kvalitou souvisí (Kubátová, 2010).

Každý jedinec má jedinečný standard toho, co vnímá jako hodnoty, které vytvářejí jeho kvalitu života. Jde o individuální a hluboce osobní koncept, který představuje naši kvalitu života (Fayers & Machin, 2016). Tento koncept neobsahuje jen objektivní indikátor vyrovnanosti posuzovaný dle socionormativních měřítek, ale i subjektivní cítění jedince během jednotlivých fází jeho života. Zařazujeme sem nejenom objektivní činitele jako zdravotní stav nebo funkční schopnosti, ale i subjektivní determinanty jako je například spokojenost (Selai & Trimble, 1999). Tudíž můžeme říci, že kvalita života znázorňuje komplexní chápání související s cíli, obavami a očekáváními jedince, která obsahuje oblast psychologickou i fyzickou, samostatnost, sociální interakci, duchovní stránku i životní prostředí (Birren & Dieckermann, 1991).

S kvalitou života souvisí i různé problémy, které se v posledním desetiletí prosazují ve spoustě vědních disciplínách jako je například psychologie, medicína nebo sociologie. Avšak první zmínka o kvalitě života byla zaznamenána ve vědní disciplíně v ekonomii. Každá vědní disciplína má jiný pohled na kvalitu života a jinak ho vysvětluje. Proto je velmi obtížné nalézt jednu univerzální definici kvality života (Ludíková, 2013). Mareš (2006, 11) ve své knize tvrdí, že „není možné usilovat o vytvoření univerzální definice, jež by se dala využívat v různých oborech“. Proto se jako nejlepší řešení ukazuje, že je třeba stylizovat definice v různých vědních oborech, které by byly rozdílné dle úrovně obecnosti a navíc i citlivé na změny kvality života v čase (Mareš, 2006).

Pokud bychom, ale na definici trvali, Mezinárodní zdravotnická organizace (WHO, 1996, 354) definuje kvalitu života jako „jedincovu percepci jeho pozice života v kontextu své kultury a hodnotového systému, ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám“.

2. 2. 1 Dimenze kvality života

Kvalita života má multidimenzionální rozsah, a proto ji každá osoba vnímá jiným způsobem. Samotná existence lidského bytí, přijetí sebe sama nebo i materiální, psychologické či sociální podmínky, to jsou věci, kterými se zabývá naše kvalita života. Pakliže se tyto dimenze navzájem prolínají, zvyšují tak spokojenost jedince se životem a jeho kvalitou.

Kvalitu života dělíme na různé dimenze a můžeme na ni nahlížet z různých hledisek. Zejména z hlediska objektivního a subjektivního. V posledních letech se odborníci přiklání k názoru, že je důležitější hledisko subjektivní, které je pro náš život zásadnější. Tuto informaci potvrzuje i medicína, která zaznamenala velký pokrok v subjektivním vnímání kvality života (Dvořáčková, 2012). Objektivní i subjektivní kvalita je vnímána rozdílně s odlišnými daty, avšak společně jsou nepostradatelnou součástí celkového hodnocení (Vaňurová & Mühlpachr, 2005).

Kvalita života se chápala jako objektivní kritérium, které může být hodnoceno zvenčí jako míra nezávislosti a normálního fungování v běžném životě. Postupně se přesouval důraz na subjektivní stránku kvality života a kvalita života se začala používat pro hodnocení zdravotních a sociálních intervencí u širokého spektra dlouhodobých onemocnění, postižení a nepříznivých životních okolností (Bartoňová & Dragomirecká, 2006, 9).

Objektivní vnímání kvality života je naším odhadem na celkovou životní spokojenost. Tento odhad stanovujeme na základě podmínek ekonomických, sociálních, environmentálních a zdravotních a sleduje také sociální status či materiální zabezpečení (Vymětal, 2003). Avšak život nejde popsat jen pomocí toho, co je očima viditelné a hodnotitelné, pomocí objektivních ukazatelů. Některé pocity nejdou dostatečně vysvětlit, a proto je objektivní hodnocení nedostatečné. Z toho důvodu je potřeba hodnotit kvalitu života i z hlediska subjektivního (Kollár, 2008).

Subjektivní dimenzi kvality života posuzuje jedinec na základě svého vlastního vnímání, postavení ve společnosti v kulturních a společenských hodnotách (Vymětal, 2003). Jedná se o subjektivní názor na zdraví fyzické, psychické i sociální. Kvalita života se týká lidské emocionality a všeobecné spokojenosti se životem (Fialová & Vlastníková, 2013). Konečný úsudek spokojenosti se svým životem záleží na našich stanovených cílech, zájmech a očekáváních (Vaňurová & Mühlpachr, 2005). Kvalita životní cesty jedince je komplexem subjektivních ukazatelů. Špatné životní podmínky značí nepříznivou kvalitu života a naopak

příznivé životní podmínky označují dobrou kvalitu života (Mareš, 2006). Stejně tak je tomu i vysvětleno v Tabulce 1, kterou nalezneme v knize od Michalíka (2011).

Tabulka 1

Model kvality života dle objektivních podmínek a jejich subjektivního prožívání (Michalík, 2011, 34)

Objektivní životní podmínky	Subjektivní pohoda	
	dobrá	špatná
Dobré	pohoda	disonance
Špatné	adaptace	deprivace

Nepříznivé životní podmínky nemusí nutně znamenat špatnou kvalitu života. Jestliže u jedince převládá dobrá kvalita života a dobré naladění, tento stav nazýváme jako paradox spokojenosti nebo také adaptace. Důvodem existence těchto osob je neomezování se pouze v objektivních indikátorech kvality života a ani v hledání jakési podoby „skutečného“ handicapu (Mareš, 2006).

Opačnou variantou je situace, kdy jsou životní podmínky dobré, avšak jedinec je nespokojený se životem a převládá u něj negativní myšlení. Termín disonance, který byl zmíněný v tabulce, nazýváme také jako nespokojencovo dilema. Dle měřítek by měl být jedinec šťastný a spokojený, ale není. Tento jedinec bere pozitiva jako samozřejmost, chyby nachází na každém rohu, nic mu není dost dobré. Když je mu dobře, toto období nerozpozná. Jakmile se jeho životní podmínky zhorší, až zpětně si uvědomí, jak se měl dobře (Mareš, 2006).

Odlišný pohled má Veenhovenová (2000), která doporučuje rozlišovat mezi dobrými příležitostmi s kvalitním životem a samotným kvalitním životem. Jinak řečeno, jde o to, rozlišovat mezi šancemi a možnostmi na jedné straně a skutečnostmi na straně druhé. Také navrhuje rozeznávat kvalitu života na vnitřní a vnější (Tabulka 2). Mezi tím, co je charakteristické pro prostředí, kde jedinec žije a mezi tím, co charakterizuje samotného jedince.

Tabulka 2

Čtyři typy kvality života (Veenhovenová, 2000, 4)

	Vnější kvality života (prostředí)	Vnitřní kvality života (jedinec)
Životní šance, životní příležitosti	Příhodnost prostředí pro život	Životaschopnost jedince, viabilita
Výsledek života, podoba života	Užitečnost života	Porozumění vlastnímu životu

V Tabulce 2 jde vidět, že na kvalitu života lze nahlížet ze čtyř pohledů, avšak každý pohled akceptuje jiný moment. První řádek tabulky se věnuje životní příležitosti a šanci člověka. Vnějšími kvalitami patří příhodnost prostředí pro život akceptující životní podmínky. K životním šancím a příležitostem se vztahuje i druhý pojem, životaschopnost jedince. Jedná se o vnitřní kvality jedince, jeho schopnost vyrovnávat se s nároky života a jeho vybavenost do života (Veenhovenová, 2000).

Jiné dělení uvádí WHO, která kvalitu života rozděluje bez ohledu na věk, národnost nebo pohlaví, do čtyř oblastí. První oblast je úroveň samostatnosti a fyzického zdraví, kde patří energie, odpočinek, bolest, únava, průčeschnost. Druhou oblastí je duševní stránka a psychické zdraví, jako je paměť, víra, spiritualita, myšlení a sebepojetí. Oblast třetí patří sociálním vztahům, sociální podpoře a osobním vztahům. Poslední oblastí je dobrá dostupnost zdravotnické péče, pocit bezpečí, nové příležitosti, domácí prostředí (Vaďurová & Mühlparc, 2005).

Obecně se kvalita života rozděluje do šesti dimenzi, které se nevztahují pouze na kvalitu života osob, ale jsou platná obecně. Zařazujeme sem oblast mezilidských vztahů, well-being (subjektivní pocit spokojenosti), pocit bezpečí, produktivitu a aktivitu, komunitu, zdraví (Cummins, 2000). Tentýž počet dimenzí se objevuje i v dotazníku WHOQOL-BREF, kterému se budu věnovat ve své výzkumné části diplomové práce.

2. 2. 2 Potřeby a hodnoty v životě člověka

Uspokojováním hodnot a potřeb utváříme naši kvalitu života. Potřeby jsou individuální a každého jedince motivuje k jejich uspokojování něco jiného. Mění se časem i ve vztahu k prostředí, ve kterém se vyskytujeme.

Osobnost člověka se rozvíjí na základě setkávání s okolím. Reakce prostředí na změny nazýváme chování a základem chování je motivace. Motivace je hybnou silou pro chování a významnou hodnotou vedoucí k uspokojování našich potřeb (Jesenský, 2000).

Potřebu definoval Jesenský (2000) v užším slova smyslu jako stav nedostatku něčeho, co je nevyhnutelné pro osobnost nebo organismus. V širším slova smyslu je potřeba stav psychiky, která souvisí s hodnotami kulturními, společenskými, pracovními i biologickými. Potřeba je zdrojem lidského chování a klíčem k pochopení a porozumění sebe sama. Krátká (2018, 14) ve své knize popisuje, že „každý člověk pociťuje potřeby, ať tělesné, ať duševní, různého druhu a stupně, z nichž některé mohou být k samé životní existenci nezbytně nutné (potřeby existenční), kdežto jiné se vyskytují teprve na vyšších stupních společenského a osvětového vývoje (potřeby kulturní)“.

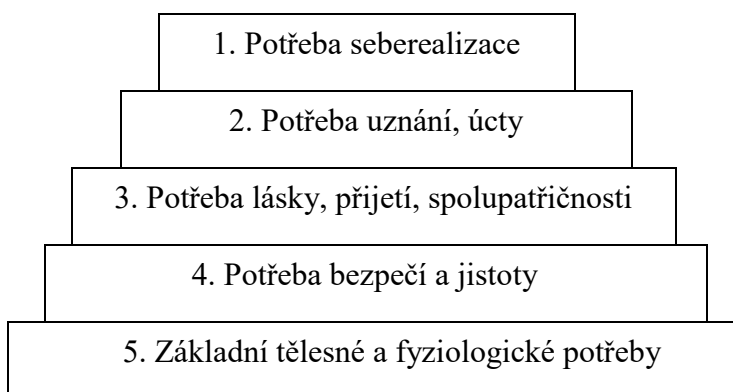
Potřeba je jistý projev nedostatku, který startuje proces motivace, vymezuje cíle, směr i trvání konkrétního chování a vystupování, které vedou k uspokojování potřeb člověka (Krátká, 2018). Dle Maslowa (2014) jen zřídka kdy dospějeme k tzv. motivačnímu klidu. Uspokojíme-li jeden podnět, v tu chvíli se na jejím místě objeví druhý, který když uspokojíme, nahradí ho další pohnutek. Pořadí potřeb není neplánované, jelikož lidské potřeby jsou postupně seřazené a jejich místo je určováno dle míry naléhavosti, priority a síly.

Motivace je subjektivně charakterizována za vědomou a nevědomou touhu či chtíč. Na jedné straně pocit strádání, na straně druhé pocit příjemného uspokojení. Motivační potřeba vzniká jako první a ta nás motivuje k instrumentálnímu chování (činnosti) a následně k pocitu uspokojení (Maslow, 2014).

Slováček, Slováčková, Jebavý a Blažek (2004) uvádí, že v obecné rovině, může definice kvality života vycházet z nezbytného naplnění základních fyziologických potřeb jako je spánek, úleva od bolesti či potřeba nasycení. Až poté mohou být uspokojeny vyšší potřeby, kterými jsou potřeby bezpečí, sebeúcty či blízkost jiných lidí. Abraham Maslow byl zastáncem teorie, která tvrdí, že lidé jsou motivováni určitými potřebami. Slováčkova definice vychází z Maslowovy pyramidy potřeb (Tabulka 3).

Tabulka 3

Maslowova pyramida potřeb (Maslow, 2014)



Maslow (2014) ve své hierarchii potřeb vysvětluje, že pocit nedostatku či frustrace z nižších potřeb nám zabraňuje postupovat výš. Avšak jsou-li naše základní potřeby uspokojeny, přestaneme je vnímat jako prioritu a automaticky přejdeme do vyšší úrovně. Uspokojování je důležité pro pocit osobní pohody. Vyšší potřeby jsou zakořeněny v lidské přirozenosti, ale jsou zastíňovány biologickými potřebami, které jsou pro nás důležitější.

Lze tedy říci, že Maslowovy teorie potřeb měří kvalitu života jako sílu nepoměru mezi nenaplněnými cíly a uskutečněnými potřebami a přáními (Vaďurová & Mühlparch, 2005).

Kvalitu života lze hodnotit různými metodami, které se snaží zjistit postoje, hodnoty a smysluplnost v životě člověka. Popisují snahu o zjištění, kdy a za jakých podmínek považujeme náš život za smysluplný. Každá osoba si může zvolit svůj smysl života, který mu vyhovuje. Avšak pokud není tato potřeba naplněna, jedinec se necítí dobře nebo upadá do nemoci (Krátká, 2018).

Hodnoty se mění v průběhu celého života, s ohledem na zdravotní stav. „Za předpokladu, že vše co člověk potřebuje a na čem mu záleží má určitou hodnotu, je zřejmé, že mnohé hodnoty jsou nedosažitelné“ (Krátká, 2018, 13). Stejně tak, tvrdí i Vágnerová (2004), že u osoby se zdravotním postižením může dojít jak k psychickým změnám, tak ke změnám hodnot i potřeb. Ať už je člověk zdravotně postižený nebo nemocný, mění se jeho postoj k životu celkově. Může dojít jak ke ztrátě naděje, smyslu života nebo motivace. Celá hierarchie potřeb se mění. Obvykle se stává hlavní a nejvyšší potřebou zdraví.

Zpravidla se snižuje *potřeba stimulace a nových zkušeností* v závislosti na různých potížích a celkové vyčerpanosti. Osoba se často cítí vyčerpaná a nemá dost energie, proto je jeho potřeba nových podnětů utlumována. Únava a vyčerpání vede k upřednostňování stereotypu, a jelikož je méně náročný, nedožaduje tolik energie. Osoby se zdravotním

postižením či nemocí mají *potřebu se ve své situaci orientovat*, znát svůj zdravotní stav a vědět, co je čeká. Pokud by se osoba alespoň rámcově neorientovala ve svém zdravotním stavu, narůstal by pocit nejistoty a ohrožení. Dále se zvyšuje *potřeba citové jistoty a bezpečí*. Odloučení od rodiny a zátěž, vede k úzkosti a smutku. Potřeba citové opory vede k upevňování rodinných a okolních vztahů. Jakmile dojde k hospitalizaci či k fyzickému omezení osoby, může být náročnější uspokojovat *potřebu sociálního kontaktu*. V této situaci je obtížnější kontakt s okolním prostředím i s rodinou. Setkávání je závislé na aktivitě zdravých osob, až za osobou přijdou. Taktéž se mění i *potřeba seberealizace*. Osoba se vzdává svých ambicí, cílů, protože si uvědomuje, že mohou být pro něj nedostupné. Důležitější význam má pocit samostatnosti, zdraví, pocit lásky nejbližších. Pozitivní prognózou je *potřeba otevřené budoucnosti*, která je pro člověka nadějí, že dojde k uzdravení a je rozhodnutý bojovat (Vágnerová, 2004).

Avšak i nemoc nebo zdravotní omezení může mít pozitivní vliv na jedince a jeho rodinu. Může být příležitostí k vyslovení dosud nevyřčeného, k usmíření, ale také k přehodnocení vlastního žebříčku potřeb a hodnot. Je-li využita a správně uchopena tato příležitost, může být nemoc nebo zdravotní omezení tím nejcennějším a nejlepším obdobím v životě člověka (Krátká, 2018).

Osoby s tělesným postižením mají stejné základní lidské potřeby, jako všichni ostatní lidé. Lidské potřeby jsou motorem vnitřního motivačního systému, který usměrňuje výkon a životní snahy. Vnitřní motivační systém je zdrojem životní spokojenosti (Plháková, 2003).

2. 2. 3 Specifika kvality života u osob s tělesným postižením

Tělesné postižení působí ve větší či menší míře na osobnost jedince. Dané osobě se mění hodnoty, potřeby, postoje i celý život. Specifika kvality života u osob s tělesným postižením jsou od ostatních lidí poněkud odlišná. Rozdílnosti nacházíme zejména v oblasti zdravotní. Dle Ješiny, Hamříka et al. (2011) je nejvýznamnějším faktorem, který má vliv na kvalitu života, právě typ a hloubka postižení. V posledních letech je kladen důraz zejména na složky života zabývající se psychologickou a socializační oblastí. Aby byli lidé s postižením schopni aktivně žít ve společnosti, je velmi důležité, aby se vyrovnali se svým typem postižení, který je jistým způsobem znevýhodňuje. Dalším důležitým činitelem při měření kvality života je úroveň komunikačních schopností při sociální interakci. Osobnost jedince je jedním z dalších důležitých faktorů, a to zejména úroveň sebedůvěry a celkové přijetí sebe sama. Proto je vhodné, motivovat tyto osoby co nejvíce k aktivitám

ve společnosti. Taková aktivita je velmi prospěšná a vede ke zvyšování sebevědomí a celkové chuti do života (Kábele, 1992). Rovněž je důležitým faktorem také míra samostatnosti a soběstačnosti jedince. Z toho důvodu by se měla osoba se zdravotním postižením co nejdříve naučit samoobsluže a práce s kompenzačními pomůckami (Ješina, Hamřík et al., 2011).

Kvalitu života často ovlivňují životní události, které mění její aktuální prožívání, tzn. úzkosti, pocit nespokojenosti, deprese, strach či neklid. Taktéž mohou vést k poruchám spánku, sociální izolaci, nesoustředěnosti, ulpívavým myšlenkám nebo ke změně sociálních vztahů. Získané postižení v průběhu života, může z hlediska kvality života znamenat změny hodnot a hledání nových, změny v perspektivně a jiný pohled na život, změny smyslu života a objevování nové náplně života nebo celková změna životního stylu. Získané postižení také souvisí s determinanty kvality života, jako jsou procesy edukace, rehabilitace a reedukace (Jesenský, 2000).

Konkrétní činitele ovlivňující kvalitu života popisují ve své publikaci také Vaňurová a Mühlbacher (2005). Uvádějí, že nedostatek vědomostí a negativní postoj jejich okolí často ovlivňují kvalitu života osob s postižením. Což může mít za následek lhostejnost k osobám s postižením, hůře i diskriminaci. Podle Ješiny, Hamříka et al. (2011) jsou klíčovým faktorem kvalitního života vztahy, aktivity, uspokojené potřeby a přiměřené zdraví. Primární sociální jednotkou je hlavně rodina. Avšak pokud osobám s postižením chybí vztah s okolím mimo rodinu, nedá se jejich život považovat za kvalitní.

U osob dlouhodobě nemocných může být zásadním faktorem jak kvalita vztahů s kamarády a spolužáky, tak kvalita vztahů s nejbližší rodinou. Zvláště je pak důležité, aby byl vliv nemoci a jeho následků minimalizován tak, aby se život po nemoci příliš neodlišoval, byl plnohodnotný a vyrovnával se standardům zdravých vrstevníků. Dalším významným faktorem u osob se speciálními potřebami je potřeba sociální opory zahrnující interpersonální vztahy jedince, jeho vztah k sociálním normám a institucím. Pozitivní vliv má zejména na zmírňování důsledků stresových událostí a na proces přizpůsobování jedince (Payne, 2005).

Nejzásadnějším faktorem, který má vliv na kvalitu života jedince s tělesným postižením je omezená mobilita, která je často závislá na podpoře a péči dalších lidí. Zdravý jedinec často nepřemýšlí, jak člověk na vozíčku provádí pro něj běžné denní úkony a aktivity. Takový člověk má problém nejenom při používání toalety a pohybu v prostoru, ale i v oblasti partnerského života a jeho uspokojivého prožívání. Jelikož žijeme v moderní době plné nových pomůcek a technologií, i pro osoby s handicapem je stále více způsobů

a kompenzačních pomůcek, které těmto lidem pomáhají v přiblížení se životu zdravé populace a zvýšení tak jejich kvality života (Slowík, 2016).

Na závěr lze tedy říci, že je potřeba, aby i lidé s tělesným či jiným postižením vedli plnohodnotný život, který se bude co nejvíce podobat intaktní společnosti. Avšak můžeme se jen domnívat, jaký význam pro osoby s tělesným postižením má kvalita života. Plně zodpovědět tuto otázku nám mohou pouze osoby, které tento osud potkal.

2. 2. 4 Životní spokojenost

Rozdílnost mezi člověkem a ostatními živými organismy nacházíme zejména v tom, že má člověk ke svému vlastnímu já dva vztahy. Prvním ze vztahů je naše hodnotící já a druhým naše poznávací já. Současně se můžeme dostat i do pozice, kdy nás hodnotí někdo jiný. Naše vlastní hodnocení a hodnocení našim okolím, vede k tomu, že jsme k sobě kritičtí a naše motivace nás táhne kupředu, prezentovat se, co možná nejlépe (Fialová & Krch, 2012).

Životní spokojenost neboli subjektivní osobní pohoda je komplexní a multidimenzionální fenomén. Existuje velké množství termínů, které se snaží tento fenomén popsat. Životní spokojenost vystihují nejčastěji termíny osobní pohoda neboli well-being, dále štěstí, blaho, duševní zdraví a pohoda, životní a subjektivní pohoda či zmiňovaná životní spokojenost (Ludvíková, 2017). Díky různorodosti přístupů, které zkoumají životní spokojenost, je tento termín obtížně definovaný. Avšak i přes tuto nejasnost v terminologii je životní spokojenost předmětem mnoha výzkumů.

Jelikož se setkáváme s mnoha různými definicemi, pokusím se nyní vybrat několik definic osobní pohody. Dle Světové zdravotnické organizace (WHO, 1996) je životní spokojenost stav úplného tělesného, duševního a sociálního blahobytu, nejde pouze o absenci nemoci či choroby. Křivohlavý (2013) tvrdí, že jde zejména o subjektivní pohled každého člověka, hodnocené dle jeho vlastních měřítek. Jinak řečeno hodnocení podléhá aktuální situace jedince. Ludvíková (2017) vymezuje životní spokojenost jako kognitivní reprezentaci osobní pohody a její povahy. Diener, Such, Lucas a Smith (1999) definoval životní spokojenost jako jednu z nejdůležitějších oblastí lidského života. Chápe ji jako jednu ze tří složek subjective well-being (pocitů subjektivní pohody). První složkou je emoční komponenta – emocionální odpovědi, druhou je kognitivní komponenta – spokojenost v různých oblastech života a poslední složkou je kognitivní komponenta, zabývající se celkovým posouzením životní spokojenosti. Spokojenost v životě je vědomým kognitivním

úsudkem o životě, o kterých si rozhoduje sám člověk. Hlavním ukazatelem životní spokojenosti je zejména náš temperament a pozitivní hodnocení vlastní osoby.

I přes na první pohled zřejmou pluralitu pojmů a přístupů, se odborníci shodují, že se jedná o dlouhotrvající emoční stav, ve kterém se odráží subjektivní spokojenost se životem. Životní spokojenost je tedy způsob, jakým člověk hodnotí svůj život (Ludvíková, 2017, 100).

Nejvíce používaným slovem znamenající osobní pohodu je „well-being“. Stejně významová slova jsou také životní spokojenost, štěstí, zdraví a duševní zdraví. Křivohlavý (2013) tvrdí, že se well-being vztahuje k tomu, jak je nám jako člověku dobře, jak se cítíme. Křivohlavý (2013, 27) zdůrazňuje, že „toto hodnocení – „jak moc dobře mu je“ – je však viděno jen a jen ze subjektivního pohledu dané osoby – jen právě ten dotyčný to pocítuje a jen on sám to hodnotí podle svých osobních měřítek“.

Diener et al. (1999) vidí well-being spíše jako pojetí než popis konkrétní oblasti života. Rozděluje well-being jako *objective well-being* a *subjective well-being*. Objektívni osobní pohoda vyjadřuje objektivní pohled na okolnosti, který není závislý na jednotlivých subjektivních normách a hodnotách. Opakem je subjektivní pohoda, která vyžaduje vlastní pohled jedince, jeho potřeby, zájmy, touhy i preference. Zahrnuje také emoční reakce člověka, štěstí a celkovou spokojenost se životem. Základní komponenty *subjective well-being* představuje Diener et al. (1999) v následující tabulce (Tabulka 4).

Tabulka 4

Základní komponenty Subjective well-being (Diener et al., 1999)

Pozitivní vlivy	Negativní vlivy	Životní spokojenost	Oblast spokojenosti
Radost	Vina a stud	Touha změnit život	Zaměstnání
Euforie	Smutek	Spokojenost s dosavadním životem	Rodina
Spokojenost Hrdost	Úzkost a neklid Zlost	Spokojenost s minulostí	Volný čas Zdraví
Láska	Stres	Spokojenost s budoucností	Finance
Štěstí	Deprese	Spokojenost s pohledem ostatních na její/jeho život	Vlastní osoba
Extáze	Závist		Přátelé

Když poskládáme výše zmíněné komponenty, zjistíme, že spokojený člověk je ten, který hodnotí svůj život pozitivně, je veselý, vyrovnaný a minimálně smutný.

Pro lidi je velmi důležité být spokojený a pociťovat štěstí. Je samozřejmě důležité i to, jak se daná osoba vnímá a vidí. Z výše zmíněného vyplývá, že životní spokojenost je stav, kdy je osoba celkově spokojená se svým životem, na události z minulosti pohlíží pozitivně, těší se ze své budoucnosti a k pojmům kvalita života, well-being, štěstí a částečně i zdraví má velmi blízko.

2. 2. 5 Faktory ovlivňující životní spokojenost

Životní spokojenost ovlivňuje celá řada faktorů, jako jsou demografické, sociální, osobnostní nebo specifické aspekty člověka, tj. pohlaví a věk (Ludvíková, 2017). Níže se budu věnovat vybraným faktorům.

Věk

Dle Hamplové (2004) bylo zjištěno, že s rostoucím věkem klesá naše spokojenost s rodinou a celková životní spokojenost. Opakem je to v zaměstnání po 45. roce člověka, kdy spokojenost stoupá. Diener et al. (1999) zjistil, že s rostoucím věkem naše spokojenost mírně stoupá, a to hlavně z důvodu, lepšího přizpůsobování měnícím se podmínkám. Dle aktuálního období života se různě vyvíjí naše životní spokojenost. S věkem klesá spokojenost se zdravím, ale naopak vzrůstá spokojenost s financemi. Lze tedy říci, že s rostoucím věkem naše životní spokojenost spíše roste (Ludvíková, 2017).

Pohlaví

Souvislost s pohlavím a životní spokojeností se různí dle výsledků rozličných výzkumů. Na jedné straně jsou výzkumy, které tvrdí, že větší míru spokojenosti vykazují muži (Ludvíková, 2017). Na straně druhé, tvrdí Hamplová (2004), že rozdíly mezi pohlavími se v celkové životní spokojenosti nenachází. Naopak Diener et al. (1999) zjistil, že jsou ženy častěji náchylné k depresím a negativním emocím, oproti mužům. Ženy obecně projevují své emoce snadněji než muži. Lze tedy říci, že pohlaví má vliv na životní spokojenost (Ludvíková, 2017).

Socioekonomický status

Na celkovou životní spokojenost má vliv i spokojenost se vzděláním, zaměstnáním či s příjmem. Dle Hamplové (2004) bylo zjištěno, že do středního věku se snižuje spokojenost se zaměstnáním, nýbrž po čtyřicátém pátém roce začíná spokojenost opět stoupat. Úzký vztah nacházíme i mezi pracovní spokojeností a příjmem. Křivohlavý (2013) uvádí, že naše spokojenost se zaměstnáním má neměnný vztah k naší spokojenosti v životě, tudíž se pracovní spokojenost převádí do celkové životní spokojenosti, která ovlivňuje spokojenost v zaměstnání. Je zde jistý vztah mezi pracovní spokojeností a druhem práce, mezi postojem a motivací k práci a podmínkami na straně zaměstnavatele (Diener et al., 1999).

Mezilidské vztahy a rodinný stav

Vyšší spokojenost nacházíme u osob, které se obklopují přáteli, rodinou a žijí v partnerském vztahu (Ludvíková, 2017). Dle Křivohlavého (2013) se lidé žijící ve spokojeném manželství dožívají vyššího věku a jejich zdravotní stav je lepší. Naopak Hamplová (2004) zjišťuje, že spokojenost lidí se neliší u osob, které žijí v manželství nebo v neoddaném páru, avšak osoby dlouhodobě nezadané, mají nižší životní spokojenost.

Hodnoty

Základními komponenty životní motivace tvoří hodnoty. Zaměření vnitřních hodnot člověka významnou mírou souvisí s duševním zdravím. Životní spokojenost má kladný vztah k individuálním hodnotám, jako je vzdělání, pracovní kariéra nebo zájmy. Naopak negativní vztah mají materialistické hodnoty, jako je kvalita živobytí, moc nebo úspěch (Ludvíková, 2017).

Osobnost

Právě osobnost je faktor, který se z 26% podílí na naší životní spokojenosti. Toto tvrzení potvrzuje i Diener et al. (1999), který došel k závěru, že životní spokojenost koreluje s osobnostními znaky, jako je sebehodnocení, svědomitost, přívětivost, optimismus. Často také extrovertní osobnostní rysy jedince souvisí se životní spokojeností. Významná souvislost je nalezena mezi nespokojeností se životem a neuroticismem (Ludvíková, 2017).

Náboženství

Mezi vírou a životní spokojeností prokazují výzkumy pozitivní souvislost, zejména u osob mladších 65 let (Ludvíková, 2017). Stejného názoru je i Křivohlavý (2013), který

uvádí, že vyšší míru životní spokojenosti mají hlavně lidé s hlubším náboženským přesvědčením. Víra je nástroj, který pomáhá lidem překonávat těžké životní okamžiky.

Zdraví

Zdraví je jedním z nevýznamnějších faktorů ovlivňující životní spokojenost. Zdraví je předpokladem pro naplnění životních tužeb. Mezi subjektivním zdravím a životní spokojeností existuje úzký vztah. Osoby s těžkým zdravotním postižením ve srovnání se zdravými jedinci jsou méně spokojeni (Ludvíková, 2017). Z výzkumu od Dienera et al. (1999) bylo zjištěno, že ačkoliv respondenti označovali zdraví za nejdůležitější faktor životní spokojenosti zajišťující pocit štěstí, tak spokojenost se zdravím se ukázala až jako osmý důležitý faktor naší spokojenosti v životě.

2. 2. 6 Životní spokojenost a pohybová aktivita

Jedním z důležitých a klíčových faktorů dnešní doby je vliv pohybové aktivity na životní spokojenost jedince. Nejenom, že dle mnoha studií má pohybová aktivita vliv na zlepšení zdravotního stavu, ale má vliv i na zlepšení kognitivních funkcí, funkcí lidského těla a na řadu dalších (Vařeková & Dařová, 2014). Například Křivohlavý (2013) prokázal, že i chůze volným tempem má na životní spokojenost pozitivní účinek. Výzkumné studie dle (Fox, 1999; Scully et al., 1998) se zaměřují na vliv pohybové aktivity, na složky subjektivní životní pohody (stres, úzkost, deprese) a na vliv jak vnímáme našeho těla, sebevědomí a redukci špatných nálad. Na všechny tyto složky má pozitivní vliv pravidelná pohybová aktivita.

Pohybová aktivita je jedním z pilířů životní spokojenosti, přispívá k osobní pohodě a jejím projevům. Už idealista Platon tvrdil, že z pozemských statků je na prvním místě tělo, a to se do dnešního dne nezměnilo. Pro životní spokojenost je důležitý tělesný stav. Zejména jde o prožívání vlastního těla, celkovou spokojenost s ním. Abychom se dostali do stavu osobní pohody, můžeme tomu dopomoci díky pohybové rekreaci nebo aktivním odpočinkem (Hošek, 2013).

Stejně tak na svých webových stránkách tvrdí Český Para sport, že pohybová aktivita napomáhá překonávat jak psychické, tak fyzické následky zdravotně postižených osob. Lepší duševní i tělesný stav mají sportovci se zdravotním postižením než zdravotně postižení nesportovci. Díky pohybovým aktivitám se tyto osoby mnohem lépe vyrovnávají se

zdravotním postižením nebo handicapem, žijí společně, zaujímají lepší postavení v zaměstnání a jejich životní spokojenost je celkově vyšší (Český PARA sport, 2021).

Pohybová aktivita také ovlivňuje i naše zdraví. Zdraví je významnou složkou naší spokojenosti, osobní pohody a pocitu štěstí v životě. Dle Světové zdravotnické organizace je pohybová aktivita důležitou součástí našeho životního stylu. Přináší užitek jak v oblasti mentální, sociální i fyzické (Kalman, Pavelka, & Hamřík, 2009). Míra životní spokojenosti má vliv na duševní pohodu a zdraví člověka a stejně tak míra životní spokojenosti je ovlivněna dalšími faktory, jako je nemoc, životní styl, onemocnění, aj (Pelclová et al., 2012). Maciantowicz, Witowska a Sass-Stańczak (2018) zkoumali vliv času na spokojenost se životem dospělých osob. Z výsledků jejich výzkumu vyplynulo, že pokud si člověk vytvoří dobré podmínky pro život, zajímá se o své potřeby a zájmy a řídí se tím, pak jeho spokojenost se životem stoupá pozitivně nahoru.

Pohybová aktivita působí také na kognitivní funkci člověka. Kognitivní funkcí se myslí procesy psychické a úkony, díky nimž osoba poznává svět i sebe sama, reaguje, jedná a zvládá úkoly (Vařeková & Daňová, 2014). Lze tedy říci, že pohybová aktivita pomáhá udržovat a zlepšovat kognitivní funkce. Má vliv na naše zdraví, je důležitou složkou kvality našeho života a naší životní spokojenosti.

2.3 Tanec

„Tanec je matkou všech jazyků“. (R. G. Collingwood)

„Když tančím, nesoudím, nemohu nenávidět, nemohu sebe oddělit od života. Mohu být jen šťastný a plný života. To je důvod, proč tančím.“ (Hans Bos)

Tanec nás provází již od nedávna a stejně tak pohyb, který je přirozenou součástí člověka. Tanec dal lidskému pohybu krásu a jedinečnost. Dává nám možnost zapojovat různé části těla, jako jsou paže, boky, hlava, aj. Jakmile jednotlivé části propojíme, vzniká pohyb jako základ celého tance (Balaš, 2003).

Jídlo, námluvy, zábava jsou pro lidi stejně tak přirozené, jako tanec, kterým tyto činnosti vyjadřujeme. Tanec se stal součástí našeho dědictví po celém světě (Payne, 2011). V období rodové společnosti vznikl tanec, jako součást rituálních obřadů (Vrtělová, 2014). Za pomoci tance uctívali lidé různé životní události, například narození dítěte, úmrtí či svatbu (Balaš, 2003). Další rozvoj nastal ve starověku, kdy se k tanci přidal jeho umělecký rozměr (Vrtělová, 2014).

V dnešní době plné nových technologií má i tanec své specifické místo. Tanec nám dává možnosti, jak dospět k vlastní harmonii a identitě. Pomáhá nám uvolňovat napětí, vyjadřovat emoce, vyvolat lepší náladu (Vrtělová, 2014).

Můžeme se setkat s rozdělením, kdy tanec je brán jako umění nebo jako pohyb (Payne, 2011). Tanec, který je považovaný za jistý druh umění, si klade za cíl představení, výuku či procvičení. Jde o projev, který má estetický účinek (Rey, 1947). Lidské tělo je dominantním prvkem uměleckého tance. Je to umění, které za pomoci citu a výrazu pracuje v čase a prostoru (Jebavá, 1998). Tanec jako pohyb nemá za cíl vytvářet umění a připravovat taneční vystoupení, nýbrž funguje jako pohybová terapie. Člověk odráží v tanci své pocity, zkušenosti, zážitky z minulosti. Slovy můžeme sdělovat jiné informace, než které zrovna cítíme, avšak pohyb často prozradí, jak se doopravdy cítíme. Dle toho, jaký přístup k tanci volíme, tedy tanec jako umění nebo tanec jako pohyb, ovlivňuje naše cíle a metody rozvoje, charakter hodiny a způsob hodnocení (Payne, 2011).

Máme velké množství tanečních pohybů, avšak nelze o každém pohybu říci, že jde o pohyb taneční, například chůze. Aby byl pohyb tancem, musí mít určitý rytmus (Krapková & Šopková, 1991). Tanečník si vybírá pohyby, které si poté upravuje, stylizuje a umocňuje. Svým pohybům pak přiřkládá jistý smysl. Nesnaží se pouze o vyjádření stavu duše, nýbrž spojuje pohyby s určitou představou, náladou (Rey, 1947).

Pakliže se zajímáme o tanec, měli bychom znát i základní informace o hudbě. Hudba vznikla nejenom, aby nás bavila, ale aby dala tanečnickům nový impuls k jejímu ztvárnění. Rozdělíme-li hudbu na poslechovou a taneční, zůstane nám právě ta, která nás nejvíce zajímá a bude nás provázet (Balaš, 2003). V hudbě vznikl nejprve rytmus za pomoci jednoduchého tleskání a díky přidání zbytku těla, následného pohybu, vznikl tanec (Šmolík, 1985).

Tanec na vozíku

Tanec na vozíku je ve světě označován názvem „Wheelchair Dance Sport“, avšak v České republice tento pojem tak známý není. Původně byl tanec na vozíku představen světu jako část ucelené rehabilitace. Postupem času se z rehabilitace stal sport, rychle se rozvíjející. Začaly vznikat v mnoha zemích asociace i svazy (Daďová, 2012; Paralympic.org, n.d.).

Tanec na vozíku je určen zejména pro osoby s tělesným postižením dolních končetin. Při soutěžním tanci musí splňovat tanečníci kritérium minimálního postižení, které by mělo být permanentní, rozpoznatelné a znemožňující chůzi. Minimální postižení je například amputace v oblasti kotníku, defekt v extenzi kolene alespoň 30 stupňů, u spastiků odpovídá minimálnímu handicapu třída CP 7, aj (Daďová, 2012).

Jedná se o velmi specifický tanec, který se dá tancovat čtyřmi způsoby. Prvním způsobem je single-dance neboli sólové vystoupení, kdy osoba tancuje sama a má hlavní roli. Druhým typem je duo-dance, kde tancují dva tanečníci na vozíku dohromady. Dalším způsobem je group-dance neboli skupinový tanec, zahrnující jak tanečnický na vozíku, tak tanečnický schopné tance a společné choreografie. Čtvrtý, poslední způsob je combi-dance, kdy jde o kombinaci osoby bez postižení s tanečníkem na vozíku. Díky tomuto způsobu, mohou tanečníci na vozíku tančit i párové tance tango, slowfox, valčík nebo quickstep (Disabled World, 2013).

2. 3. 1 Tanec a jeho vývoj

Součástí lidské kultury byl už od začátku vývoje právě tanec, avšak kdy se stal kulturní složkou lidského života, to není známo. Dle Dosedlové (2012) tančil člověk hlavně proto, aby se chránil před zlem, aby pole rodila, aby lov byl úspěšný. Aby svá přání zesílila, malovali je na stěny. Víme, že počátky tanečního projevu se objevily v pravěku při lovu. Tanec často napodoboval zvířata, byl součástí magických obřadů a výsadou kmenových šamanů. Postupem času proniká tanec jak do nových obřadů, tak do mnohých příležitostí

života lidí. Stal se nejenom součástí významných mezníků životního cyklu člověka, ale i přírodních jevů, kdy se lidé snažili napodobit například kapky deště nebo tancovali na počest slunce.

Ve středověku byl kulturním fenoménem šamanismus, jehož typickými znaky byly iniciály v podobě vzkříšení jedince nebo různé šamanské schopnosti. Často se sem zařazoval i léčivý tanec, kdy se okolo nemocného shromáždila celá komunita. V některých společnostech tomu bylo naopak a tančil hlavně nemocný jedinec (Bič, 2011). Středověk byl také věnován většímu množství tanečnicků účastnících se rituálních obřadů. Tanec začal mít i kulturní charakter věnovaný divákům, proto k jeho velké oblibě vznikaly bohaté kulturní programy. Ve starém Řecku a Římě se začal objevovat tanec na jevišti, který sloužil především k vyjádření emocí a k podpoře uměleckého zážitku v divadle. Začaly se rozšiřovat jak tance dvorské, tak lidové. Došlo ke sjednocení základních prvků klasického tance (Dosedlová, 2012).

Období renesance v 16. století se pojí s rozvojem taneční kreativity, výtvarného umění, divadla či hudby. V pokročilé renesanci vznikaly ballo neboli choreografické skladby, které se dále rozšířily do střední Evropy. Ballo byl tanec, který se tančil na slavnostech jako úvodní předtančení na šlechtických dvorech. Jak ve městě, tak na venkově se i nadále rozvíjeli lidové tance. Velký rozvoj se v párovém tanci rozmohl hlavně u prvků točení, skákání nebo zvedání partnerek do vzduchu. V období renesance se tanec stával součástí společenského života (Jebavá, 1998).

V období baroka se rozvíjel zejména italsko-francouzský hybrid nebo také dvorský balet. Taneční figury z francouzského dvora se propojily s italskými tanečními kroky a vznikaly nové kombinace a variace. Vznikala Královská akademie tance, jejíchž ředitelem byl první tvůrce francouzské opery, Jean – Baptista Lully. Tanec povýšil na profesionální úroveň, tj. období předklasického baletu (Jebavá, 1998). Tento balet se od nynějšího značně lišil. Taneční pohyby zdůrazňovaly zejména eleganci a půvab, namísto hybnosti, síly a obratnosti (Čížková, 2005).

Největší taneční rozkvět byl zejména ve 20. století. Nejenom, že se atmosféra společnosti uvolňovala, ale vznikala i nespočet nových tanečních stylů. Podoba klasického tance se proměňovala a začal se rozšiřovat tanec společenský a moderní. Do světa pronikal swing, jazz, step nebo výrazový tanec. Objevují se známky pouličního tance (Street dance) a jeho další taneční styly. Ze společenského tance se odvíjí taneční podoby jako tanec sportovní. A to vše hlavně díky lidem, kteří podleli taneční vášni. Tanec se neustále mění

a vyvíjí, odpovídá na okolnosti ve společnosti a jeho vývoj nikdy nebude u konce (Dosedlová, 2012).

Historie tance na vozíku

Počátky tance na vozíku se podle Pavlů (1996) datují k roku 1971, kdy byla také založena první taneční asociace vozíčkářů v Anglii. Od roku 1977 vznikaly taneční skupiny vozíčkářů i v Holandsku a Německu. Tyto taneční skupiny se od sebe jistým způsobem odlišují. Holandsko se zaměřovalo nejenom na výkon, ale hlavně na osoby s těžkým typem postižení a hledali k nim partnery z řad přátel a příbuzných. Naopak Německo se věnovalo spíše kombinovaným párům a na těžce postižené osoby nezaměřovalo tak velkou pozornost.

Už celá desetiletí existuje tanec na vozíku, avšak na jeho počátku se označoval jako „integrováný tanec“. Els-Britt Larsson byla jedna z průkopníků tance, která v roce 1968 založila relaxační a rehabilitační centrum v jejím rodném Švédsku. Díky tomu, začala popularita tance vzrůstat a v roce 1975 se konala první místní soutěž ve švédském Vasterasu, které se zúčastnilo 30 tanečních párů. Na mezinárodní úrovni se konala první soutěž v roce 1977 ve Švédsku a první Mistrovství světa v Japonsku v roce 1997. V Americe se vyskytovaly organizace jako Axis Dance Company a Full Radius Dance, které spojovaly komunitu zdravotně postižených s komunitou taneční, a to díky změně způsobu, jakým vnímali lidé osoby s postižením. Za nejpřístupnější a nejpřínosnější aktivitou pro lidi používající vozík je považován právě tanec. V roce 1984 se uspořádalo první Mistrovství Evropy v Mnichově v tanci na vozíku v tanečním stylu Rock'n'Roll. O rok později vzniklo první neoficiální Mistrovství Evropy ve standardních a latinskoamerických tancích v Nizozemsku (Paralympic.org, n. d.). Historicky první otevřené Mistrovství České republiky se odehrálo v rámci tanečního festivalu PragueDance Championship v roce 2020 (PragueDance Championship, 2020).

Tento sport není součástí programu paralympijských her. Proto organizace World Para Dance Sport projevila zájem o zahrnutí tance do paralympijských her v roce 2024 v Paříži. Žádost se dostala do druhého kola procesu, ale dále již nepostoupila (Paralympic.org, n. d.).

2. 3. 2 Vybrané taneční styly

Stejně jako u nepostižených tanečníků, i u tanečníků na vozíčku se skupiny soutěžních tanců dělí na tance Standardní a Latinsko-Americké. Do tanců Standardních patří taneční

styly Waltz, Quickstep, Slow Foxtrot, Vídeňský Waltz, Tango. Latinsko-Americké tance zahrnují taneční styly Samba, Rumba, Cha Cha, Paso doble a Jive (Paralympic.org, n. d.).

Tanec zahrnuje velkou skupinu možností a tanečních stylů, které nebyly výše zmíněné. Ani tanec vozíčkářů není limitovaným stylem. Můžeme se setkat i s tanečními styly, jako je Street dance, Hip hop, balet nebo výrazový tanec pro vozíčkáře (Paralympic.org, n. d.). Avšak abych svůj výběr tanečních stylů zúžila, v této kapitole se zaměřím zejména na taneční styly, které se objevují v soutěžích společenského tance.

Standardní tance

Standardní tance jsou tanci staršími, nežli tance Latinsko-americké. Vznikaly ve 20. letech 20. století v Anglii a vyznačovaly se párovým držením, u žen zdobenými šaty, u pánů fraky a hudbou 30. let. Začátky standardních tanců vznikaly uměle, aby vyhovovaly hlavně obyvatelům Anglie. U tance byl stanoven výraz, forma, charakter i tempo, ve kterém se bude tancovat. Postupem času vznikaly nové techniky, měnil se styl oblékání i hudební doprovod. Z původního anglického stylu plného nedbalé elegance a obdivem k technice, se tak současný styl přesouvá více k dravosti, kráse, romantičnosti a citovému prožívání hudby i pohybu (Moore, 2002; Odstrčil, 2004).

Waltz

Waltz je taneční styl, který ze všech současných tanců existuje pravděpodobně nejdéle. Vyvinul se v 16. a 17. století z lidového tance. Waltz se tančí v těsném držení na klasickou romantickou hudbu, která dodává tanci pocit pohybu na vlnách. Tento tanec se vyznačuje švihovým kyvadlovým pohybem, připomínající jízdou na kole z jednoho kopce na druhý. Taktéž je charakteristický otáčkami a přísuny, díky kterým je možné se dostat až na konec parketu na druhé straně. Waltz má několik podob, jako je například vídeňský valčík, který se od klasického waltzu liší hlavně v rychlejším tempu hudby, což je v nácviku jednodušší, ale obtížnější v provedení (Odstrčil, 2004; Wainwright & King, 2006).

Quickstep a Foxtrot

Quickstep a Foxtrot jsou taneční styly, které mají stejný původ. Vývoj Foxtrotu byl zejména v roce 1917, kdy se díky americkým vojákům dostal do Paříže a hned se stal populární ve všech tanečních sálech. Ve dvacátých letech vznikala nová pomalejší forma, Slow Foxtrot. Jelikož se projevuje velký zájem i o rychlejší tempo, rozděluje se Foxtrot do dvou různých tanců. Quickstep se stal rychlou verzí Foxtrotu, naopak Slow Foxtrot své

tempo zpomalil. Ve 30. letech měl na vývoj Quickstepu vliv Charleston a Jazz, což vedlo k větší pohyblivosti tanečních párů. Proto lze říci, že se jedná o velmi hravý a veselý tanec (Odstrčil, 2004; Wainwright & King, 2006).

Tango

Tango vzniklo v 19. století v Buenos Aires, kde se ocitli pracovníci a imigranti z Evropy a Afriky. Jelikož spousta z nich hledala zábavu a přátele, zrodil se díky tomu nový hudební styl. Hudba se skládala z indických rytmů, afrických beatů a podíl měla i latinskoamerická hudba (Balaš, 2003). Tango představuje velmi energický tanec s dramatickými gesty, velkými pohyby a zejména rychlými pohyby hlavy. Na jedné straně neustále dochází ke změně útočností a tvrdostí, na straně druhé měkkostí a zdržováním energie vytvářející skutečné drama. Do tohoto tanečního stylu jsou zařazeny i prvky Foxtrotu a Waltzu. Tento tanec má osobitý charakter, odlišující se od ostatních společenských tanců (Odstrčil, 2004; Wainwright & King, 2006).

Latinsko-Americké tance

Latinsko-Americké tance jsou tance o něco mladší než tance Standardní. Vznikly teprve v 60. letech minulého století, kdy se postupně dostaly do Evropy, kde se standardizovaly, aby se mohly vyučovat. Latinsko-Americké tance se vyznačují rytmickou pestrostí, citovým nábojem, smyslností, temperamentem, nezkrotností, stejně jako doprovodná hudba, která je velmi rozmanitá. Tanec je více uvolněný, a to nejenom v párovém držení, ale i v oblékání. Pohyb je nejenom na místě, ale i v prostoru (Odstrčil, 2004).

Samba

Samba je taneční styl, který má své kořeny sice v Africe, ale vznikl v Brazílii. Afričtí otroci měli výrazný vliv na vývoj tohoto tance, jelikož přinesli množství kmenových tanců, které se postupně mísily s tanci indiánskými a portugalskými a vznikla Samba. Samba si z původních rituálních tanců ponechala svou životnost a vášeň. Tancuje se nejčastěji na karnevalových průvodech, které probíhají v Rio de Janeiru (Odstrčil, 2004; Wainwright & King, 2006).

Rumba

Kubánský tanec neboli rumba je označení, které se užívá pro název všech tanců na Kubě. Tančí se na pomalejší hudbu s jistým napětím a jiskřením mezi partnery. Tanečníci

se snaží vyjádřit především milostný vztah pomocí pohybu kyčlí a očního kontaktu (Odstrčil, 2004; Wainwright & King, 2006).

Cha Cha

Cha Cha, jeden z nejoblíbenějších a nejmladších Latinsko-Amerických tanců. Má kubánské kořeny se silným vlivem americké hudební scény. Tento tanec je velmi energický, hravý a veselý. V ustavičném pohybu hrají roli nohy, paže, prsty i ruce, celé tělo a dokonce i oči. Tanečníci by se měli tancem zejména bavit, někdy i koketovat (Odstrčil, 2004; Wainwright, 2006).

Paso doble

Jako jeden z mála nepochází z černošské kultury, ale má své kořeny ve Španělsku. Svou odlišnost nacházíme ve flamengu, býčích zápasech, základních krocích i celkovou atmosférou tance. Základní kroky muže jsou inspirované pohyby toreadorů. Žena představuje šátek neboli muletu, kterým toreador dráždí býka. Tento typ tance vyjadřuje sílu, napětí, nebezpečí, odhodlanost i ostražitost (Odstrčil, 2004).

Jive

Jive je tanec, který je hodně hravý a měli bychom se jím hlavně bavit. Základní inspirací byly rytmy Boogie-Woogie, Jitterbugu a Swingu, což jsou předchůdci Jivu a Rock-and-Rollu. Rock-and-Roll, byl na širokou veřejnost svou divokostí mnohdy příliš. Proto tento tanec modifikovali a označili názvem Jive (Odstrčil, 2004; Wainwright & King, 2006).

2. 3. 3 Význam tance v životě člověka s tělesným postižením

Obecně lze říci, že sport tvoří nenahraditelnou součást našeho života a slouží, snad každému z nás, jako náplň volného času. Díky sportu zapomínáme na realitu všedního dne a má na nás pozitivní psychické účinky. Sport má stejný vliv i na osoby s tělesným či jiným typem postižení, které je potřeba udržovat v ideální fyzické i psychické kondici. Tyto osoby využívají ke svému rozvoji fyzické kondice dostupné formy i prostředky, které sport nabízí (Kábele, 1992).

Pravidelná pohybová aktivita nás pozitivně ovlivňuje už od nedávna. Má vliv na naše zdravotní, sociální i psychické klima, což u osob s handicapem platí dvojnásob. Ve společnosti se v posledních letech změnil postoj k těmto osobám a stávají se tak součástí

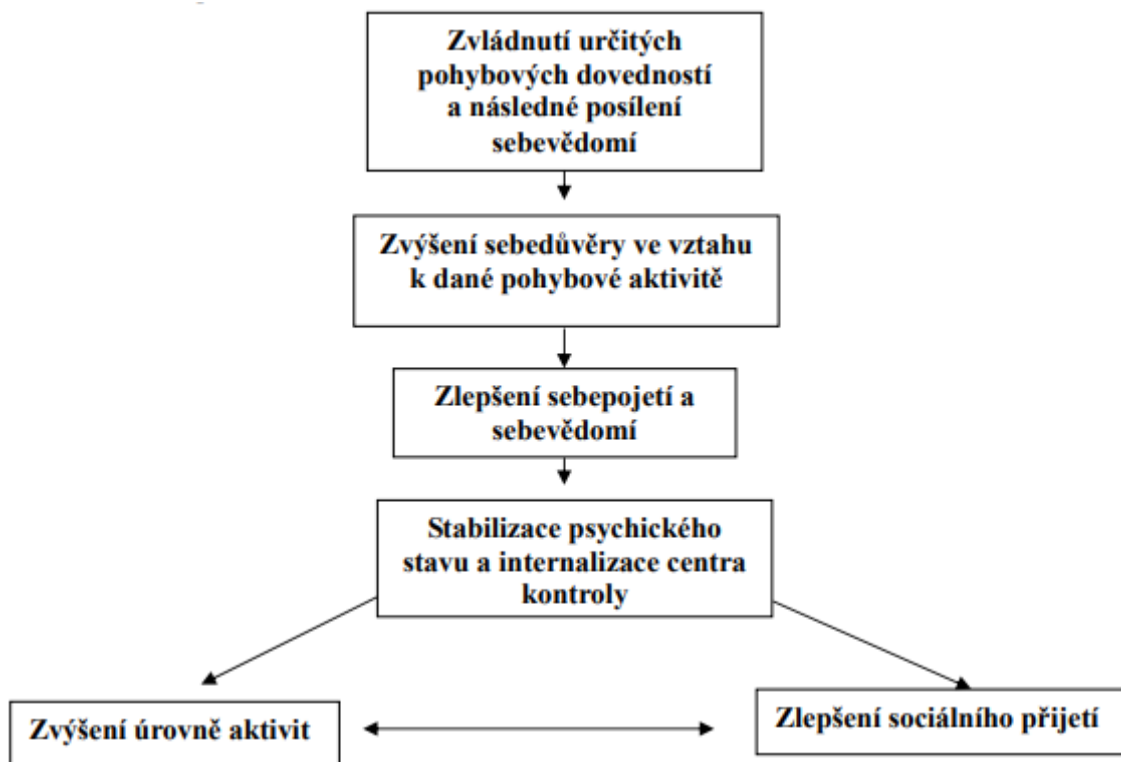
komunity ve společnosti a zároveň i nedílnou součástí běžného života. Lidé totiž začali chápat, že jejich potřeby a přání jsou stejné jako přání a potřeby osob s tělesným postižením. Sportovní činnost u vozíčkářů slouží nejenom k náplni volného času, ale má své místo i v rehabilitaci. Žádoucí kompenzační a regenerační techniky si vozíčkář osvojuje za pomoci pohybu a tělesné aktivity. Patří sem například jízda na vozíčku či různé dovednosti. Sportovní činnost podporuje i psychickou aktivitu, tj. zvládání emocí, kompenzace pocitů méněcennosti, schopnost koncentrace. Také je potřeba nezapomenout na to, že sport a pohyb mají vliv i na předcházení civilizačních chorob, jako je obezita, neurotizace, hypokineze a další (Blažíková, 2005).

Tanec je sportovní i uměleckou činností, která nám pomáhá k vyjádření pocitů, které zrovna cítíme. Důležitým prostředkem je sdělení a výraz vyjádřený pohybem, které u diváka může vyvolat jisté pocity. Vzniká ze zkušeností v každodenním životě člověka, i přesto, že je záměrně řízenou činností. Tanec pramení ze života, a proto je jeho neodmyslitelnou součástí. Nikoliv smutek, ale citová hodnota a umění vyjadřující tanec pohybem jsou jeho základním kamenem. Je potřeba pohyb poznávat, studovat, zaměřit se na zážitky vyvolané pohybem, budovat pohybové i časové citění, dynamiku pohybu a smysl pro proměnlivé prostorové vztahy (Blažíková, 2005).

Payne (2011) tvrdí, že pohyb i tanec jsou aktivní prostředky, které spolu komunikují, zaměřují se na práci s tělem, díky němuž lze snižovat množství adrenalinu v těle. Jedinec se tzv. vytancuje ze svého vzteku, smutku, radosti i lásky a zvyšuje tak schopnost, se z těchto pocitů vyjádřit. Na základě toho se aktivují naše psychické i fyzické síly a sjednocují tak naši osobnost a sebepoznání. Jakmile známe lépe sami sebe, zvyšujeme tím schopnost sebejistoty, sebeovládání i sebekontroly. Tanec pomáhá rozvíjet kreativitu, prověřuje osobnost, dává zážitkům jistou podobu, má určitou sociální hodnotu (Blažíková, 2005).

U osob s tělesným postižením pocit úspěšnosti ve sportu vyvažuje pocity životní zbytečnosti či méněcennosti. Je prokázáno, že sport pozitivně ovlivňuje plnohodnotné zapojení do společnosti, rozšiřuje zónu sociálních kontaktů a posiluje soudržnost. V dnešní době plné integrace a inkluze handicapovaných jedinců do společnosti, se jakýkoliv sport podílí na začleňování těchto osob mezi jedince bez handicapu (Kábele, 1992).

Optimální a pravidelná pohybová aktivita je jedním z předpokladů harmonického rozvoje člověka. Vhodná pohybová aktivita umožňuje osobám s tělesným postižením prožít pocit úspěchu a zvyšuje tak sebehodnocení a celkové sebepojetí jedince. Jak pohybová aktivita ovlivňuje sebepojetí osob, si můžeme znázornit na modelu sportovního umocnění (Obrázek 2) (Kudláček et al., 2013a).



Obrázek 2. Model sportovního umocnění (Kudláček et al., 2013a)

Proces umocnění začíná osvojením dovedností, projevující se zlepšením sebepojetí a zvýšeným sebevědomím u osob s tělesným postižením. Tohle všechno napomáhá k vytvoření psychické rovnováhy a pocitu, že má jedinec kontrolu nad vlastním životem. Výsledkem tohoto všeho je lepší začlenění do širší společnosti a větší odvaha zkoušet nové aktivity. Za pomoci pohybové aktivity si tyto osoby otevírají cestu ke snazší komunikaci mezi sociálními skupinami a lidmi, a tím současně i k nenásilnému začlenění osob s tělesným postižením do těchto skupin (Kudláček et al., 2013a).

3 CÍLE

3. 1 Hlavní cíl

Hlavním cílem diplomové práce je zjistit míru subjektivně vnímané kvality života osob s tělesným postižením, věnující se pravidelně tanci na vozíku.

3. 2 Dílčí cíle

1. Zjistit, jaká je úroveň životní spokojenosti osob s tělesným postižením věnující se tanci na vozíku dle dotazníku SWLS.
2. Zjistit, jaká je úroveň kvality života osob s tělesným postižením věnující se tanci na vozíku dle dotazníku WHOQOL-BREF.
3. Zjistit, jaká je úroveň spokojenosti se svým zdravím u osob s tělesným postižením věnující se tanci na vozíku dle dotazníku WHOQOL-BREF.
4. Zjistit, jaká je úroveň kvality života osob s tělesným postižením věnující se tanci na vozíku dle jednotlivých oblastí (fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí) dotazníku WHOQOL-BREF.

3. 3 Výzkumné otázky

1. Jaká je úroveň životní spokojenosti osob s tělesným postižením věnující se tanci na vozíku dle dotazníku SWLS (Satisfaction with Life Scale)?
2. Jaká je úroveň kvality života osob s tělesným postižením věnující se tanci na vozíku dle dotazníku WHOQOL-BREF?
3. Jaká je úroveň spokojenosti se svým zdravím u osob s tělesným postižením věnující se tanci na vozíku dle dotazníku WHOQOL-BREF?
4. Jaká je úroveň kvality života osob s tělesným postižením věnující se tanci na vozíku dle jednotlivých oblastí (fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí) dotazníku WHOQOL-BREF?

4 METODIKA

4.1 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor je tvořen dospělými jedinci s tělesným postižením věnující se tanci na vozíku na území České republiky. Respondenti byli vybráni prostým záměrným výběrem založeným zejména na dobrovolnosti. Anketního šetření se zúčastnilo celkem 18 tanečnicků na vozíku bez ohledu na konkrétním typu diagnostikovaného ochrnutí a bez ohledu na etiologii. Věkové rozpětí výzkumného souboru se pohybovalo v rozmezí od 17 do 70 let. Celkový věkový průměr byl pak 42 let (SD = 14,73). Skupinu respondentů tvořilo 5 mužů (28 %) a 13 žen (72 %).

Základní demografické informace výzkumného šetření jsou uvedeny v Tabulce 5.

Tabulka 5

Základní demografické informace vyjádřené v četnosti a procentech

	OTÁZKA	ODPOVĚD	n	%
1.	Dominantní sport	Tanec	18	100 %
2.	Kdo Vás k dominantnímu sportu přivedl?	nikdo, začal jsem sám od sebe	6	33 %
		zdraví kamarádi (bez postižení)	5	28 %
		kamarádi s postižením	4	22 %
		Jiná možnost	2	17 %
Trend Olomouc	1			
3.	Provozujete další sporty na závodní či vrcholové úrovni?	Para plavání	5	28 %
		Para atletika	1	5,5 %
		Para drezura a Curling na vozíku	1	5,5 %
		Para hokej	1	5,5 %
		Lehokolo	1	5,5 %
		Žádný další	9	50 %
4.	Sportovní klasifikace	Ne	14	78 %
		Ano	4	22 %
5.	Pohlaví	Žena	13	72 %
		Muž	5	28 %
6.	Věk	15-18 let	1	6 %
		18-30 let	4	22 %
		30-45 let	5	28 %
		45-60 let	6	33 %
		60-75 let	2	11 %

OTÁZKA		ODPOVĚD	n	%
7.	Bydliště	Hlavní město Praha	1	5,75 %
		Středočeský kraj	1	5,75 %
		Plzeňský kraj	2	11 %
		Ústecký kraj	2	11 %
		Liberecký kraj	1	5,75 %
		Jihomoravský kraj	4	22 %
		Olomoucký kraj	4	22 %
		Zlínský kraj	1	5,75 %
		Moravskoslezský kraj	2	11 %
8.	Počet obyvatel	do 1000 obyvatel	2	11 %
		od 1001 do 10 000 obyvatel	1	5 %
		od 10 001 do 50 000 obyvatel	3	17 %
		od 50 001 do 100 000 obyvatel	2	11 %
		nad 100 000 obyvatel	10	56 %
9.	Jaké jsou sportovní možnosti ve Vašem městě?	dostatečné	9	50 %
		nedostatečné	5	28 %
		nedokážu posoudit	4	22 %
10.	Vzdělání	základní	1	6 %
		střední bez maturitní zkoušky	6	33 %
		střední s maturitní zkouškou	7	39 %
		vysokoškolské	4	22 %
11.	Práce	zaměstnanec na plný úvazek	2	11 %
		zaměstnanec na částečný úvazek/DPP/DPČ	3	17 %
		OSVČ/živnostník	1	5 %
		nepracuji	7	39 %
		jsem student	3	17 %
		jiná možnost důchod	2	11 %
12.	Jaká je Vaše finanční situace a hmotné zajištění?	výrazně podprůměrné	1	6 %
		mírně podprůměrné	5	27 %
		průměrné	11	61 %
		mírně nadprůměrné	1	6 %
		výrazně nadprůměrné	0	0 %
13.	Rodinný stav	svobodný/á	11	61 %
		ženatý/vdaná	3	17 %
		rozvedený/á	4	22 %
14.	Žijete v domácnosti	sám	5	28 %
		s rodiči (prarodiči)	6	33 %
		s manželem/manželkou či partnerem/partnerkou	7	39 %

OTÁZKA		ODPOVĚD	n	%
15.	Počet dětí	žádné	9	50 %
		jedno	2	11 %
		dvě	4	22 %
		tři	2	11 %
		čtyři	1	6 %
16.	Pokud máte děti, máte je v péči?	ano	4	45 %
		ne	4	45 %
		ve střídavé péči	1	10 %
17.	Zdravotní postižení	vrozené	11	61 %
		získané	7	39 %
18.	Věnoval/a jste se pohybovým aktivitám (sportu) před úrazem/nemocí? (pokud máte získané postižení)	věnoval/a neorganizované pohybové aktivitě (např. jít sám si zaběhat, plavat,...)	4	58 %
		věnoval/a organizované pohybové aktivitě	1	14 %
		věnoval/a vrcholovému či výkonnostnímu sportu	2	28 %
19.	Jak často se věnujete Vašemu dominantnímu sportu nyní (pandemie COVID-19 a vládní omezení)?	nevěnuji	12	67 %
		1x měsíčně	1	5 %
		1x týdně	3	17 %
		2-3x týdně	2	11 %
		4-6x týdně	0	0 %
		denně	0	0 %
20.	Jak často se věnujete Vašemu dominantnímu sportu za běžných podmínek (před COVID-19)?	nevěnuji	0	0 %
		1x měsíčně	10	56 %
		1x týdně	4	22 %
		2-3x týdně	4	22 %
		4-6x týdně	0	0 %
		denně	0	0 %
21.	Diagnóza	Nemoc křehkých kostí (Osteogenesis imperfecta)	2	11 %
		Dětská mozková obrna	4	22 %
		Rozštěp páteře	3	17 %
		Gangréna	1	5,5 %
		Poranění míchy	4	22 %
		Kvadruplegie	3	17 %
		Degenerativní míšní onemocnění	1	5,5 %

Poznámka. n = absolutní četnost (n=18); % = procentuální vyjádření.

4. 2 Metody sběru dat

V této kapitole jsou popsány informace k metodice mé diplomové práce. Pro účel této diplomové práce byl použit kvantitativní přístup se záměrným výběrem. Výzkum probíhal v období měsíce prosince 2020 – března 2021. V prosinci začala příprava podkladů a tvorba celého konceptu. V lednu byl schválen Etickou komisí FTK UP pod jednacím číslem 2/2021 (Příloha 1). Samotná data byla sbírána v období měsíců únor – březen 2021.

Sběr dat probíhal v podobě dotazníkového šetření na území České republiky. Forma sběru dat probíhala elektronickou formou prostřednictvím webové stránky survio.com. Finální podoba dotazníku a jeho znění bylo vytvořeno garanty projektu Mgr. Julii Wittmannovou, Ph.D., Mgr. Ladislavem Balounem, Ph.D., doc. Mgr. Jiřím Kantorem, Ph.D. a Mgr. Ondřejem Ješinou Ph.D.

V úvodní části dotazníku jsou informace o obsahu i účelu dotazování. Je zde také zdůrazněno, že účast je dobrovolná a dotazník zcela anonymní. Součástí úvodní části je i informovaný souhlas. Souhlas se zařazením do výzkumu respondenti vyjádřili vyplněním dotazníku.

Dotazník je rozdělen na tři části a každá z nich je obohacena o instrukce k vyplnění. První část zahrnuje demografické a doplňující údaje. Druhou částí je standardizovaný dotazník životní spokojenosti SWLS. Poslední, třetí částí dotazníku, je standardizovaný dotazník kvality života WHOQOL-BREF.

4. 2. 1 Dotazník SWLS (Satisfaction with Life Scale)

Dotazník životní spokojenosti SWLS (Satisfaction with Life Scale) vyvinul Diener, Emmons, Larsen a Griffin (1985) a zaměřuje se především na spokojenost se životem jako jednotným celkem. Škála životní spokojenosti skrze pět jednoduchých otázek, měří obecné zhodnocení vlastního života respondenta. Respondent odpovídá na 7-stupňové škále od 1 = výrazně nesouhlasím po 7 = výrazně souhlasím. Osoby mohou dosáhnout celkového skóru 5 až 35, kde sečtení všech bodů, představuje spokojenost jedince se životem. Vyšší míra spokojenosti se životem značí vyšší počet bodů (Diener et al., 1985).

Otázky, na které respondenti odpovídali v oblasti životní spokojenosti, byly následující:

- q22. Můj život je v mnoha směrech blízky ideálu mého života.
- q23. Podmínky mého života jsou výtečné.
- q24. Jsem spokojen(a) se svým životem.
- q25. Doposud dostávám od života to podstatné, co od něho očekávám.

q26. Kdybych mohl(a) žít svůj život ještě jednou, nic bych na něm neměnil(a).

Diener et al. (1985) pro vyhodnocení dotazníku SWLS uvádí následující škálu hodnocení:

- *5-9 bodů – Velmi nespokojený*

Lidé bývají často nespokojeni se svým dosavadním životem. Jejich nespokojenost se odráží ve více oblastech životní spokojenosti. Proto je potřeba, aby se těmto lidem dostalo pomoci od rodinných příslušníků, psychologa či někoho jiného.

- *10-14 bodů – Nespokojený*

Zásadní životní nespokojenost se projevuje buď v jedné či dvou oblastech nebo ve více oblastech zároveň. Zdrojem může být rozvod, úmrtí někoho blízkého nebo problémy v práci. Spokojenost se postupem času zase vrátí.

- *15-19 bodů – Mírně nespokojený*

Lidem mírně nespokojeným se často daří, avšak v jedné oblasti se potýkají, se zásadními problémy nebo pocíťují menší problémy, které jsou spíše závažného charakteru. Může se stát, že tito lidé mají velká očekávání od života, což vysvětluje jejich nespokojenost.

- *20 bodů – Neutrální*

Lidé jsou více méně spokojeni se svým životem, avšak také cítí, že v některých oblastech života potřebují změnu. Nicméně jsou to často lidé, kteří se nebojí dělat změny, aby jejich životní spokojenost byla vyšší.

- *20-25 bodů – Mírně spokojený*

Mírná spokojenost se projevuje spokojeností ve více oblastech. Tyto osoby jsou obecně motivované a pozitivní ke změnám. Někdy ale existuje oblast, ve které necítí tak velkou spokojenost, avšak tato oblast pro ně nemá velkou váhu.

- *26-30 bodů - Spokojený*

Když je člověk spokojený, má pocit, že většina věcí v jeho životě je v pořádku. Daří se mu jak v rodině, s přáteli, v práci či ve škole. Když není osoba s něčím spokojena, má dostatek motivace to změnit.

- *31-35 bodů – Velmi spokojený*

Tyto osoby milují svůj život, který není vždy dokonalý, ale berou ho takový, jaký je. Žijí teď a tady. Mají rádi osobní rozvoj a životní výzvy, které jim pomáhají v jejich životní spokojenosti.

4. 2. 2 Dotazník WHOQOL-BREF

Dotazník WHOQOL-BREF je standardizovaný dotazník vyvinutý Světovou zdravotnickou organizací (Dragomirecká & Bartoňová, 2006). Je považován za nástroj, který je dobře aplikovatelný u běžné populace. Jedná se o dotazník, který se dá využívat v mnoha oblastech, jako je politická činnost, výzkum, lékařská péče, aj. Jeho výsledky zajišťují srovnatelnost v různých zemích (Vad'urová & Mühlpachr, 2005).

Dotazník se skládá z 26 otázek. První otázka (q27), hodnocení kvality života i druhá otázka (q28), spokojenost se zdravím. Zbýlých 24 otázek je rozděleno do 4 oblastí: Fyzické zdraví, Prožívání, Sociální vztahy a Prostředí. Oblast Fyzického zdraví se týká bolesti, pohyblivosti, energie, únavy, spánku, pracovního výkonu, nepříjemných pocitů a každodenních činností (q29, q30, q36, q41, q42, q43 a q44). Oblast Prožívání neboli psychologické zdraví obsahuje otázky zaměřené především na smysl života, spokojenost se sebou, potěšení ze života, negativní pocity nebo přijetí vlastního vzhledu (q31, q32, q33, q37, q45 a q52). Oblast Sociálních vztahů zjišťuje podporu přátel, sexuální život či osobní vztahy (q46, q47, q48). Poslední oblastí je Prostředí, které se zaměřuje na otázky finanční situace, přístupu k informacím, zálib, dostupnosti zdravotní péče, dopravy, prostředí v okolí bydliště nebo životní prostředí (q34, q35, q38, q39, q40, q49, q50, q51) (Dragomirecká & Bartoňová, 2006).

Hodnocení dotazníku probíhá na pětibodové škále, která vyjadřuje hodnocení (v rozsahu velmi špatné – velmi dobré), množství (v rozsahu vůbec ne – maximálně), rozsah (rozsahu vůbec ne – zcela), spokojenost (v rozsahu velmi nespokojen/a - velmi spokojen/a), četnost (v rozsahu nikdy – neustále) (Dragomirecká & Bartoňová, 2006).

Výsledky dotazníků se vyjadřují v podobě čtyř oblastí označených pomocí hrubých skóre měřených na číselné stupnici 4–20, kdy 4 je nejnižší a 20 nejvyšší hodnota (vyšší hodnota označuje vyšší kvalitu života v dané oblasti) a průměrných skóre dvou položek hodnotících celkovou kvalitu života (q27) a zdravotní stav (q28).

4. 3 Postup práce

V první části postupu práce jsem se zaměřila na hledání tanečních skupin a tanečních oddílů z České republiky, věnující se tanci na vozíku a prezentující na svých oficiálních webových stránkách, že pracují s osobami s tělesným postižením v integrované nebo segregované formě.

Na prvopočátku jsem se snažila za pomoci internetu vyhledat jednotlivé taneční skupiny, které se věnují tanci osob s tělesným postižením. Nejprve jsem zkusila internetový vyhledávač www.google.com, kde jsem zadala klíčová slova, například tanec na vozíku nebo taneční skupiny tělesně postižených. Slovní spojení jsem zadávala v různých podobách. V konkrétních vyhledávacích odkazech jsem našla články o různých tanečních skupinách, které jsem si poté dle názvu taneční skupiny vyhledala. Na oficiálních stránkách tanečních skupin jsem dohledala kontaktní informace (zejména emailové adresy), abych poté mohla s danou taneční skupinou navázat kontakt.

Taneční skupiny a oddíly jsem vyhledávala i na internetové stránce www.theses.cz, která se zabývá vyhledáváním všech vysokoškolských kvalifikačních prací. Opět jsem zadala klíčová slova, jako u předchozího vyhledávání a zkoušela různá slovní spojení. Vyhledala jsem bakalářskou práci od Terezy Brázdové, která se zabývala Metodickým doporučením pro využití tanečních aktivit v práci s osobami s tělesným postižením - na invalidním vozíku. V této práci jsem se inspirovala tanečními oddíly, které se v České republice tancem na vozíku zabývají. Další bakalářskou prací, která mi byla inspirací v hledání tanečních skupin, byla práce od Adély Skřivánkové s názvem Možnosti tanečních aktivit osob s tělesným postižením. Poté jsem si opět dohledala oficiální stránky tanečních skupin a zjistila kontaktní údaje.

Následně jsem všechny taneční skupiny a taneční oddíly kontaktovala pomocí emailu s prosbou o přeposlání dotazníku tělesně postiženým jedincům, kteří se v daném oddílu tanci na vozíku věnují.

Do výzkumu bylo zapojeno celkem 13 tanečních skupin a oddílů, věnující se tanci na vozíku tělesně postižených osob (Tabulka 6). I když bylo osloveno více organizací, celkový počet vyplněných dotazníků byl 18. Jelikož by byl jakýkoliv nátlak či přesvědčování neetické a nemístné, organizace jsem znovu nekontaktovala a pracovala jsem jen s daným vzorkem respondentů, kteří souhlasili s výzkumem na mé diplomové práci.

Tabulka 6

Seznam tanečních skupin a oddílů

	<i>Název taneční organizace</i>	<i>Sídlo taneční organizace</i>
1.	Bílá Holubice	Černá louka 3187, 702 00 Moravská Ostrava
2.	Roztančená kolečka	Písečná 2820, 438 01 Žatec
3.	Balet Globa	Dolní náměstí 200/2, 779 00 Olomouc
4.	Pohybové studio Cyranovy boty	Lidická 50, 658 12 Brno - Lužánky
5.	Proty boty	Svatopluka Čecha 1405/35a, 61200 Brno
6.	Freedom4	198 00 Praha - Hloubětín
7.	E-motion	Ovčárská 471, 108 00 Praha 10 - Malešice
8.	SKV Praha	Ovčárská 471, 108 00 Praha 10 - Malešice
9.	Line dance club	Sokolská 7, 779 00 Olomouc
10.	PATZ a T.I.K. Jilemnice	Masarykovo náměstí 82, 514 01 Jilemnice
11.	A proč ne?	Křižíkova 1694/11, 612 00 Brno – Královo Pole
12.	VerTeDance	Na Neklance 3232/38, 150 00 Praha - Smíchov
13.	Trend Vozíčkářů	Lužická 7, 779 00 Olomouc

4. 4 Statistické zpracování dat

Jednotlivé položky v dotazníku byly analyzovány z různých hledisek. Výsledná data byla zpracována a procentuálně vyjádřena v grafech a tabulkách v rámci deskriptivní statistiky v programu Statistica. Grafy a tabulky jsou zpracovány prostřednictvím aplikace Microsoft Office Excel. Na základě pomoci těchto programů, jsem došla k výsledkům, které jsou znázorněné v grafech a tabulkách k lepší prezentaci.

5 VÝSLEDKY

Následující kapitola představuje výsledky, které byly zjištěny na základě dotazníkového šetření, kterého se zúčastnilo 18 osob, z toho 13 žen a 5 mužů s tělesným postižením věnující se tanci na vozíku v České republice.

5.1 Životní spokojenost dle SWLS

Z následujících výsledků vyhodnocených za pomoci průměrné hodnoty vyplývá, že celkově jsou respondenti se svým životem mírně spokojeni, a to jak muži, tak i ženy. Nejvíce rozdílů mezi pohlavím nacházím v otázce SWLS 24, která se ptá, jestli jsou respondenti spokojeni se svým životem. Na tuto otázku odpověděly ženy ani souhlasím, ani nesouhlasím, ale naopak muži s tímto tvrzením souhlasí. Významný rozdíl nalézám i v otázce SWLS 26, kdybych mohl/a žít ještě jednou, nic bych nezměnil/a. Muži v této otázce spíše nesouhlasí, nežli souhlasí, ale naopak ženy s tímto tvrzením ani nesouhlasí, ani souhlasí.

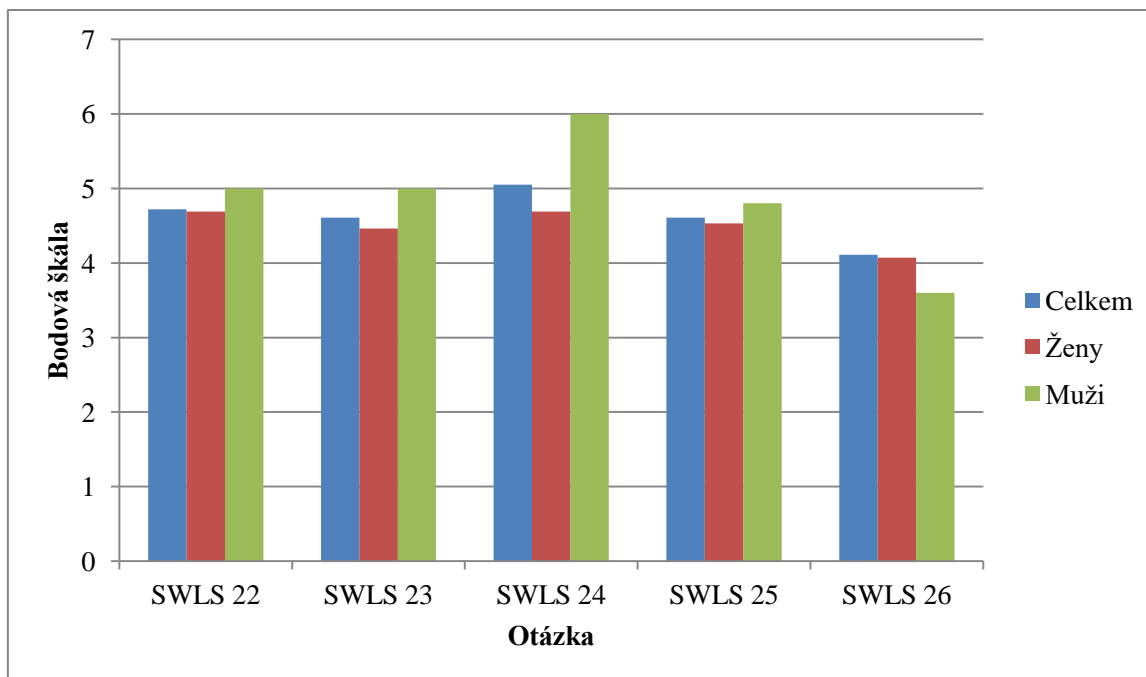
Pro lepší pochopení výsledků životní spokojenosti dle SWLS uvádím tabulkové (Tabulka 7) i grafické znázornění (Obrázek 3).

Tabulka 7

Položková analýza a reliabilita dotazníku SWLS pro výzkumný soubor

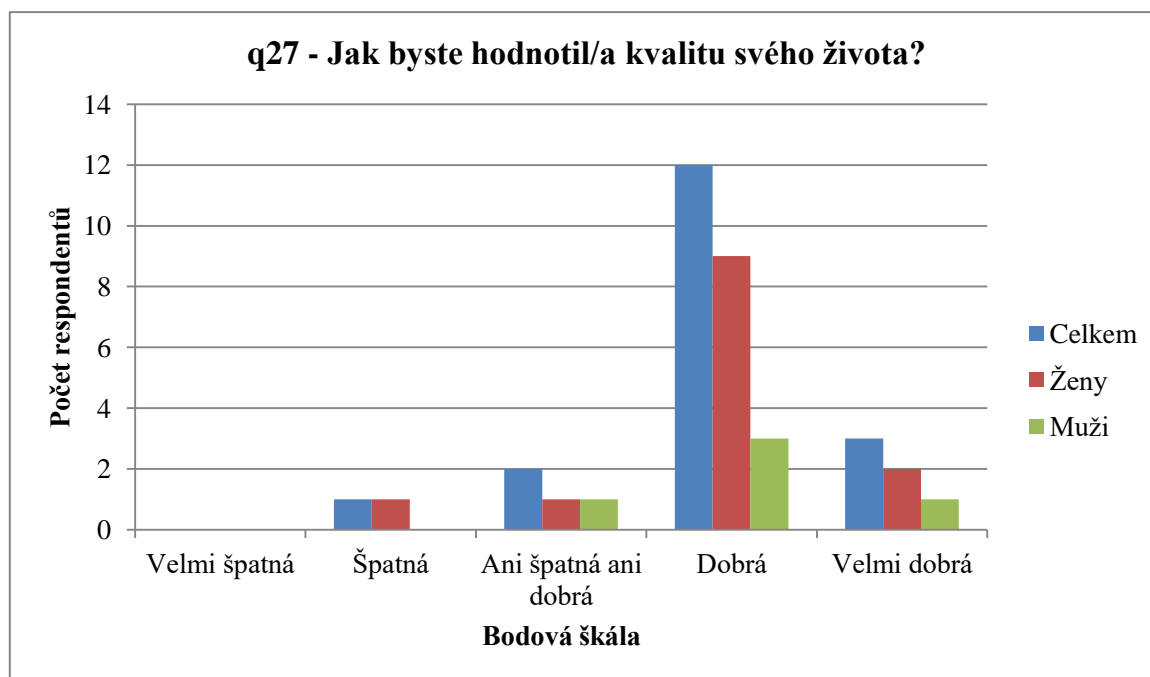
<i>Položka</i>	ŽENY		MUŽI		CELKEM	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
SWLS 22	4,69	2,23	5	1,09	4,72	1,99
SWLS 23	4,46	1,86	5	0,63	4,61	1,63
SWLS 24	4,69	2,19	6	0,63	5,05	1,98
SWLS 25	4,53	2,17	4,8	0,97	4,61	1,91
SWLS 26	4,07	2,26	3,6	1,74	4,11	2,15
Celková spokojenost	4,49	2,16	4,88	1,34	4,62	1,96

Poznámka. M = průměr; SD = směrodatná odchylka.



Obrázek 3. Rozložení hodnot jednotlivých položek dotazníku SWLS dle pohlaví

5. 2 Kvalita života dle dotazníku WHOQOL-BREF

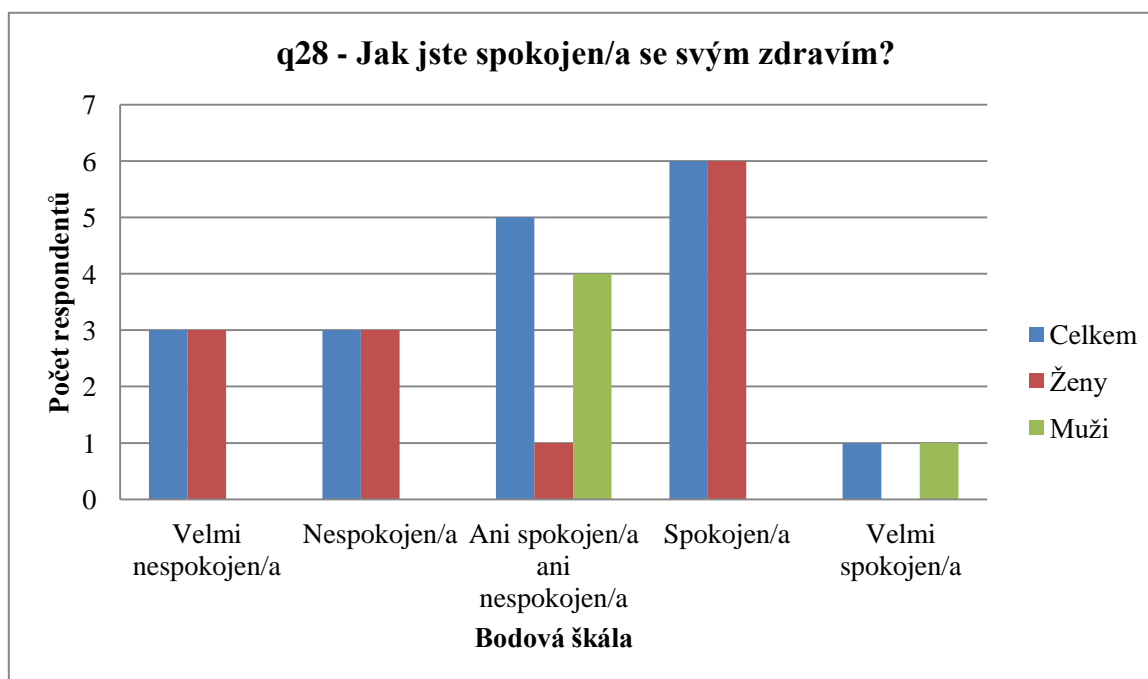


Obrázek 4. Subjektivní hodnocení kvality života tanečníků s tělesným postižením dle pohlaví

Otázku, jak byste hodnotil/a kvalitu svého života (Obrázek 4), označilo 12 respondentů (66 %) položkou Dobře, zejména 9 žen (69 %) a 3 muži (60 %). Velmi dobrou kvalitu života mají pouze 3 respondenti, a to 2 ženy (15 %) a 1 muž (20 %). Bodovou škálou označující tvrzení, ani špatná ani dobrá, označili 2 lidé (11 %), konkrétně 1 žena (7 %) a 1 muž (20 %). Pouze 1 žena (7 %) zhodnotila svou kvalitu života jako špatnou.

Z výsledků je patrné, že většina osob vnímá svou kvalitu života jako dobrou, což je dle mého názoru skvělé. Každý člověk má jisté cíle, kterých chce dosáhnout a za kterými si jde. Pakliže svých cílů dosáhneme, naše kvalita života stoupá, avšak stane-li se, že se nám něco nepovede nebo je naše cesta plná překážek, může naše kvalita života klesat. Nicméně v hodnocení kvality našeho života hrají velkou roli i další faktory. Zejména to, jak se zrovna cítíme, jaké je venku počasí, zdali jsme ve stresu nebo například, jaký je náš nynější zdravotní stav.

5. 3 Spokojenost se zdravím dle dotazníku WHOQOL-BREF

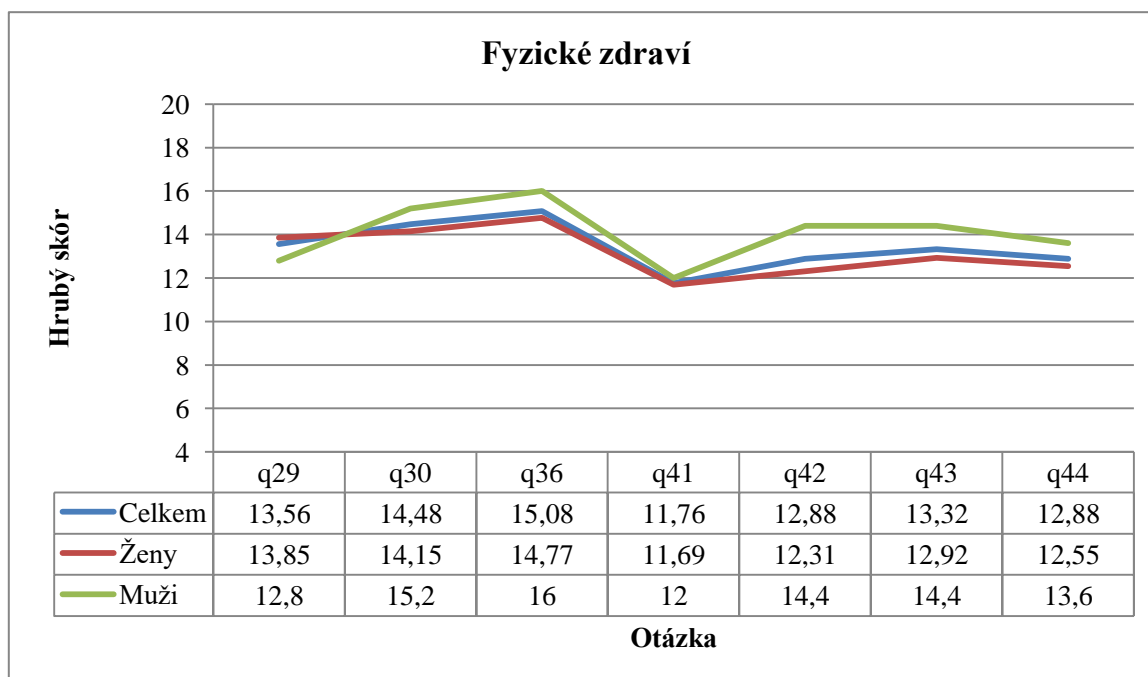


Obrázek 5. Spokojenost se zdravím u tanečniců s tělesným postižením dle pohlaví

Na otázku, jak jste spokojen/a se svým zdravím byly odpovědi velmi rozmanité (Obrázek 5). Velmi nespokojené jsou 3 ženy (23 %), to je 16 % z celého souboru. Stejně tak, tomu bylo i u odpovědi nespokojen/a, kterou rovněž označily 3 ženy (23 %). Ani spokojen/a ani nespokojen/a, označilo celkem 5 osob (28 %), tj. 1 žena (7 %) a 4 muži (80 %). Se svým zdravím je spokojeno 6 žen (46 %), což je celkem 6 osob (33 %) z celkového souboru. Velmi spokojen je pouze 1 muž (20 %).

Rozmanitost v odpovědích může být způsobena tím, že každý člověk se každý den cítí jinak. Zejména osoby s tělesným postižením, které mají různorodé zdravotní problémy a jinak závažné. Někdo může mít vrozené postižení, se svým zdravotním stavem je plně vyrovnaný, žádné zdravotní problémy ho netrápí, tudíž je se svým zdravím spokojený. Jiný může mít postižení získané a celý život se mu změní v jednom okamžiku. Tudíž je pro něj v jeho zdravotním stavu vše nové a je jen na něm, jak se vyrovná se svým zdravotním stavem. Samozřejmě vše je závislé na typu postižení, na tom, jak se daný člověk cítí, zda ho netrápí nějaká nemoc a další faktory. Proto je pochopitelné, že odpovědi budou velmi rozmanité.

5. 4 Kvalita života v jednotlivých oblastech dle dotazníku WHOQOL-BREF

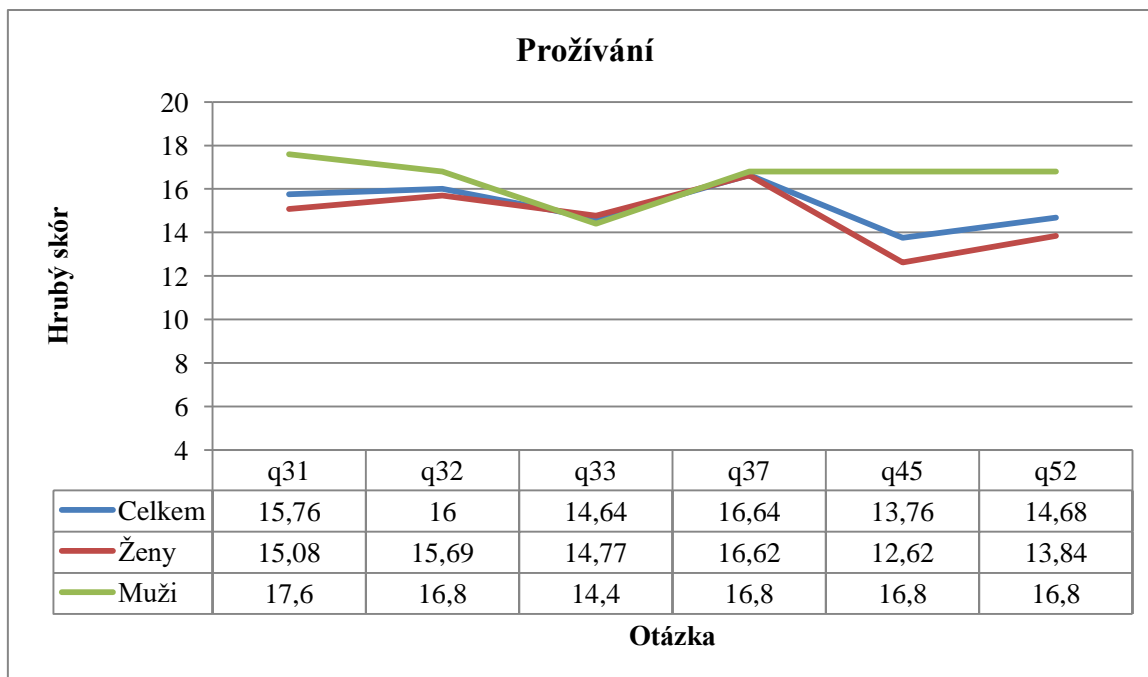


Obrázek 6. Hrubé skóry kvality života dle pohlaví v oblasti Fyzického zdraví

V Obrázku 6 jsou znázorněny hrubé skóry k jednotlivým otázkám v oblasti Fyzického zdraví, které se týkají bolesti a nepříjemných pocitů, energie a únavy, spánku i odpočinku.

Na otázku q29, do jaké míry Vám brání bolest v tom, co potřebujete dělat, byla naměřen hrubý skór 13,56, které vyjadřuje bodovou položku středního hodnocení. U otázky q30, jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohli fungovat v každodenním životě, byl naměřen hrubý skór o hodnotě 14,48. Lze tedy říci, že většina respondentů potřebuje jen občasnou pomoc. Q36 a jeho hrubý skór 15,08 vyjadřuje odpověď většinou ano a značí otázku, zda mají respondenti v každodenním životě dost energie. Jak se dokážete pohybovat, otázka q41 je označena skóry 11,41 a představuje odpověď, ani špatně ani dobře. Otázky, týkající se spokojenosti se spánkem (q42) a se svým pracovním výkonem (q44) byly vyhodnoceny skóry 12,88, což značí lepší průměr. Otázka q43 související s každodenní prováděnou činností byla hodnocena skóry 13,32, tj. spíše spokojenost.

Nízké hodnoty v otázce (q29) týkající se bolesti a jak moc jedinci brání v děláni běžných věcí, označili muži spíše středně, naopak ženy spíše trochu. Je tedy patrné, že tělesné postižení člověka jistým způsobem omezuje a nedovoluje mu dělat všechny běžné činnosti. Nicméně v dnešní době existuje spousta kompenzačních pomůcek, které těmto lidem pomáhají v sebeobsluze, usnadňují život a zlepšují tak jejich kvalitu života.

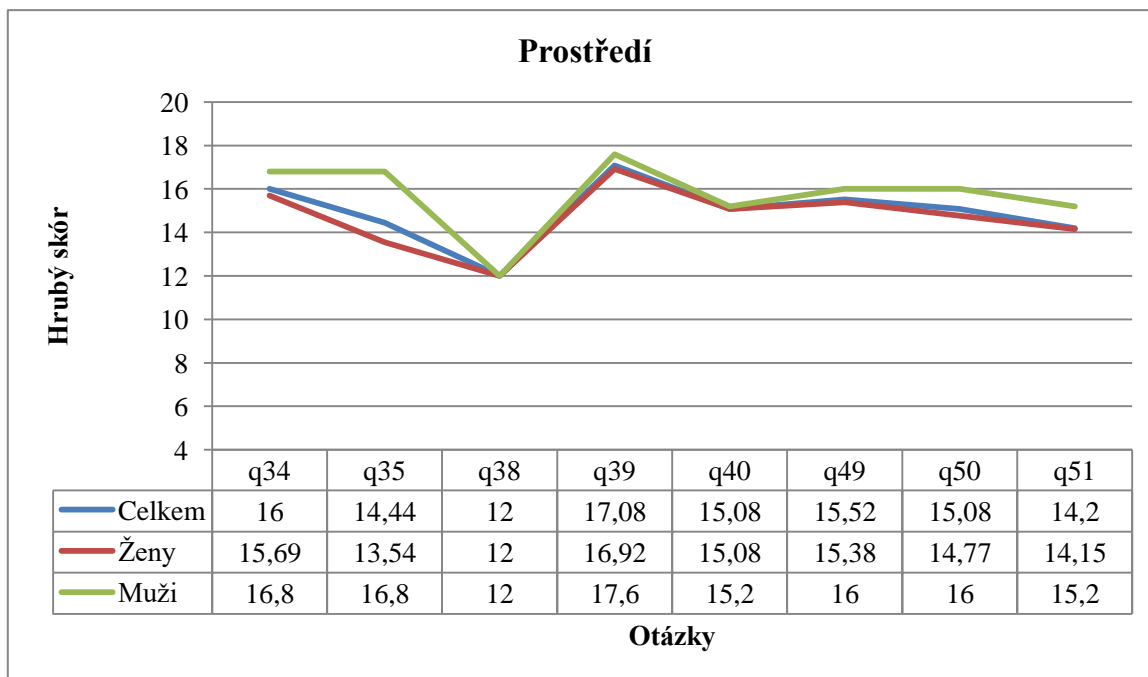


Obrázek 7. Hrubé skóry kvality života dle pohlaví v oblasti Prožívání

Do oblasti Prožívání (Obrázek 7), zařazujeme otázky týkající se pozitivních pocitů, myšlení, učení a paměti, sebedůvěry a sebeúcty, vnímání vlastního těla a vzhledu, negativních pocitů

Na otázku q31, jak moc Vás těší život a na otázku q32, nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl, byly naměřeny víceméně stejné skóry 15,76-16, které označují odpověď hodně. Q33, jak moc se dokážete soustředit, je označena skórem 14,64, tudíž spíše hodně. Zdali respondenti dokáží akceptovat svůj tělesný vzhled u otázky q37, byla nejčastěji označovaná odpověď většinou ano s hrubým skórem 16,64. Sami se sebou (q45) jsou respondenti ani spokojeni ani nespokojeni (hrubý skór 13,76). Poslední otázka (q52) v této oblasti se věnovala tomu, jak často respondenti prožívají negativní pocity a jejich nejčastější odpověď byla někdy, označená hrubým skórem 14,68.

V této oblasti si můžeme všimnout, že muži prožívají negativní emoce méně, nežli ženy (q52). Tento rozdíl může být způsoben tím, že muži často své problémy neřeší nebo se s nimi vypořádají sami, avšak ženy své pocity většinou sdílí s druhými nebo těmto negativním emocím často propadnou. Výrazný rozdíl je u otázky spokojenosti sám se sebou (q45). Ženy jsou odjakživa více kritické a také se tak často hodnotí. Naopak muži jsou se svým vzhledem vyrovnanější, a proto jsou i více spokojenější nežli ženy.

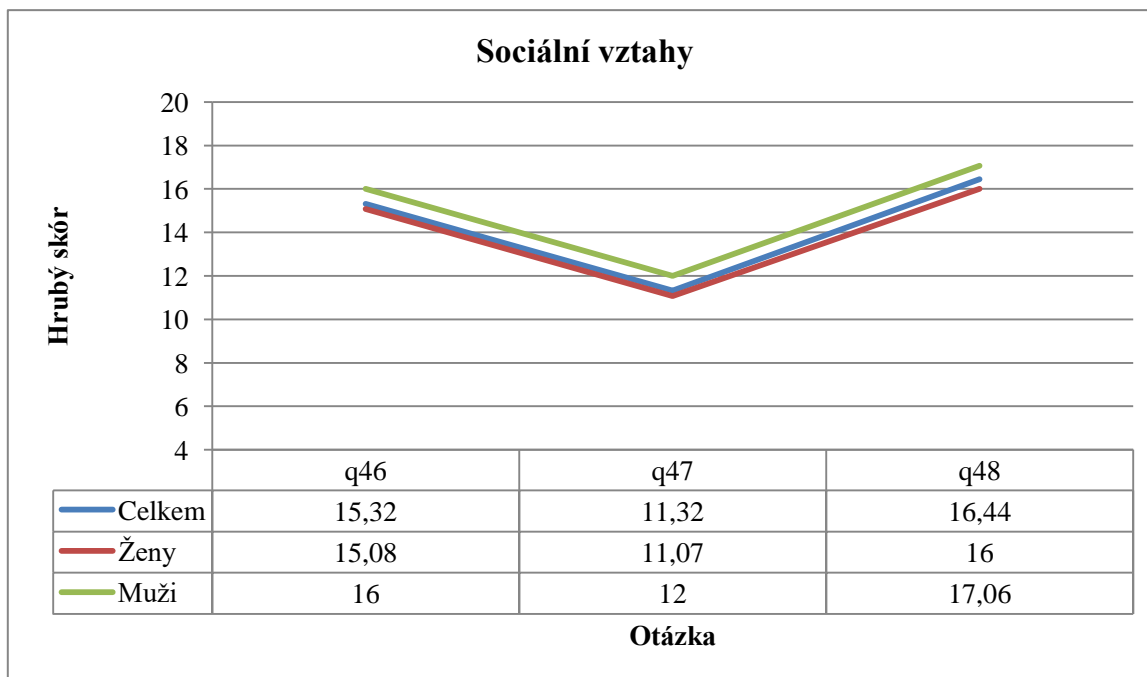


Obrázek 8. Hrubé skóry kvality života dle pohlaví v oblasti Prostředí

V oblasti Prostředí (Obrázek 8) byly otázky týkající se zejména bezpečí, prostředí, finanční situace, kvality a dostupnosti zdravotní péče, možnosti získávat nové informace či možnosti věnovat se svým zálibám.

První otázkou v této oblasti byla otázka q34, zaměřující se na to, jak bezpečně se cítíme v každodenní situaci a odpovědi na ni, byly vyhodnoceny číslem 16, což je odpověď hodně. Další otázka q35 se dotazovala, jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete a výslednou hodnotou 14,44, byla odpověď spíše hodně. Otázka q38, na kterou odpověděli všichni respondenti stejně, byla otázka věnující se dostatku financí k uspokojování svých potřeb. Odpověď byla průměrná a označená hrubým skórem 12. Q39 se věnovala přístupu informací a jeho výsledné skóre bylo 17,08 s odpovědi většinou ano. Otázky, zda mají respondenti možnost se věnovat svým zálibám (q40) a jak jsou spokojeni se zdravotní péčí (q50) dosáhly stejného hrubého skóru 15,08, znamenající většinou ano. U otázky q49, podmínky v místě bydliště, byla hodnota 15,52, která vyjadřuje spokojenost. Poslední otázkou q51, je spokojenost s dopravou, která byla spíše průměrná až dobrá, označená hrubým skórem 14,2.

Ve výsledcích mě zaujala otázka, která se zaměřuje na finanční situaci. Muži a stejně tak i ženy se na této odpovědi shodli a označili ji za průměrnou. Může to být z důvodu, jelikož nám finance pomáhají uspokojovat naše potřeby zdravého a pohodlného životního stylu. Tudíž záleží na tom, co si člověk může a nemůže dovolit, a jak to pak ovlivňuje jeho kvalitu života.

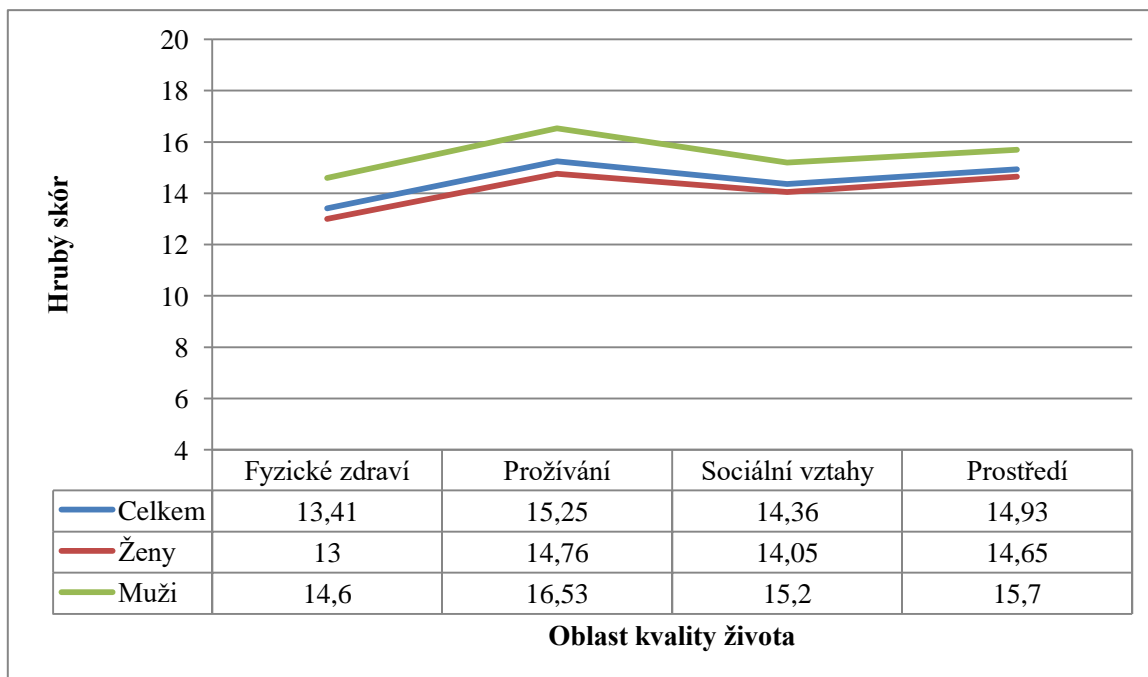


Obrázek 9. Průměrné hodnocení kvality života dle pohlaví v oblasti Sociálních vztahů

Poslední oblastí kvality života jsou Sociální vztahy (Obrázek 9). Zde respondenti odpovídali především na otázky týkající se sociální podpory, sexuálního života a osobních vztahů.

Na otázku q46, jak jste spokojeni se svými osobními vztahy, byly odpovědi vypočítány na hrubý skór 15,32, tudíž spíše spokojeni. Spokojenost se sexuálním životem u otázky q47, je u respondentů spíše průměrná s hodnotou 11,32. Spokojenost s podporou přátel, u otázky q48, značí vyšší spokojenost s hrubým skórem 16,44.

V této oblasti dosáhla nejvyšších hodnot položka vyjadřující spokojenost s podporou přátel. Dle mého názoru je velmi důležité mít oporu přátel i rodiny. Pomáhá pozitivně ovlivňovat nejenom naše duševní a tělesné zdraví, ale pomáhá nám snižovat stres i zlepšovat náladu.



Obrázek 10. Hrubé skóry kvality života u všech oblastí dle dotazníku WHOQOL-BREF

Shrnutí hrubých skór získaných ze všech zmíněných oblastí uvádím v Obrázku 10.

Je patrné, že nejvyšších hodnot 15,25 dosáhla oblast Prožívání. Druhou nejvyšší hodnotu hrubého skóru (14,93) dosáhla oblast Prostředí. Prostředí je nejdůležitější místo, kde jedinec žije. Pocit vlastního „útočiště“ zesiluje pocit bezpečí a jistoty, které zvyšují kvalitu života jedince. Následně byla oblast Sociálních vztahů, která měla jen o pár bodů méně, a to 14,36. Oblast fyzického zdraví byla vyhodnocena jako nejslabší ze všech oblastí, s hodnotou 13,41. Nízké hodnocení může být způsobeno nepříjemnými tělesnými pocity, které člověk prožívá, a tím, nakolik jsou pro něj tyto pocity zatěžující a narušují mu život. Dokonce, i když bolest člověk bezprostředně neprožívá, ať už díky nárazové bolesti nebo díky užívání léků, může jeho kvalitu života negativně ovlivňovat neustálá hrozba bolesti.

6 DISKUZE

V této kapitole se budu věnovat výsledkům, které byly v dotazníkovém šetření zjištěny. Poukážu na zajímavé výsledky z mého bádání a v diskuzi se zaměřím na jejich rozbor.

V první části výsledků mého výzkumu byla v rámci dotazníku SWLS hodnocena úroveň životní spokojenosti osob s tělesným postižením, věnující se pravidelně tanci na vozíku. Dle výsledků je spokojenost těchto lidí na mírné úrovni, tudíž není ani maximální, ani minimální, ale je vyšší jak průměrná. Podobné výsledky naměřil i Český statistický úřad v roce 2018, který zjišťoval spokojenost obyvatel v České republice. Nejenom, že se hodnocení celkové životní spokojenosti mezi pohlavími příliš nelišilo, stejně jako je tomu v mém výzkumu, ale zároveň obyvatelé České republiky dosáhli výsledků odpovídající mírné spokojenosti, kterých jsem dosáhla i v mé diplomové práci.

Je obecně známo, že životní spokojenost ovlivňuje řada faktorů. Nejenom náš zdravotní stav, ale i věk, pohlaví, vztahy v rodině, únava či snížená sebeobsluha a mnoho dalšího. Jak uvádí Diener, Emmons, Larsen a Griffin (1985), úroveň životní spokojenosti a její hodnocení je velmi subjektivní. Je závislá nejenom na různých faktorech, ale zejména na tom, s jakým životním standardem naši spokojenost v životě srovnáváme. Obecně lze tedy říci, že celkovou životní spokojenost ovlivňují položky i faktory jako je rodinný stav, zdraví, pohybová aktivita aj., které mají pro každého člověka jiný význam. Například Niedbalski (2018) ve svém výzkumu zjišťoval, jaký může mít pohybová aktivita vliv na zlepšení kvality života. Z jeho výzkumu vyplynulo, že zapojení osob s tělesným postižením do sportovních aktivit má významný vliv na životní spokojenost, osobní rozvoj, vlastní identitu a na způsob vnímání vztahu mezi sebou a ostatními. Tuto skutečnost potvrzuje i Pedišić, Greblo, Phongsava, Milton a Bauman (2015), který ve svém výzkumu tvrdí, že pravidelná pohybová aktivita ve volném čase může být pozitivně spojena se zvýšenou životní spokojeností. Avšak není to pouze o pohybové aktivitě, která naši životní spokojenost může pozitivně ovlivňovat, jsou zde i další aktivity jako návštěva rodiny či přátel, čtení či fotografování (Brawley, Rejeski, & Lutes, 2000; Peppers, 1976).

V další části své diplomové práce jsem se věnovala subjektivnímu vnímání kvality života v rámci dotazníku WHOQOL-BREF. Dotazník obsahuje 24 otázek, které jsou rozděleny do čtyř oblastí (fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí) a jsou doplněny o dvě samostatné otázky, věnující se hodnocení kvality života a spokojenosti se zdravím.

Otázka zabývající se tím, jak respondenti hodnotí svoji kvalitu života, byla nejčastěji označována jako dobrá, dokonce i některými respondenty hodnocena jako velmi dobrá. V této

otázce neshledávám příliš velké odlišnosti týkající se pohlaví. Theofilou (2013) ve své studii poukazuje na fakt, že problematika týkající se kvality života souvisí s termínem subjektivní pohoda. Proto je důležité rozlišovat mezi kvalitou života a subjektivní pohodou. Oba termíny se v některých případech nemusí lišit, je však nutné vzít v úvahu široký rozsah definování kvality života (Quality of Life) s kvalitou života související se zdravotním stavem (Health Related Quality of Life).

Rozdílnost v odpovědích nacházím zejména u otázky týkající se subjektivního hodnocení zdraví. Odpovědi byly velmi variabilní a to zejména u žen, kde polovina označila odpověď nespokojená až velmi nespokojená a opakem byla druhá polovina žen, která je se svým zdravím spokojená. Muži v této otázce odpovídali více jednotně a se zdravotní stránkou jsou spokojeni spíše průměrně, tudíž ani spokojeni, ani nespokojeni.

Zdravotní stav znázorňuje soubor fyziologických faktorů, symptomů, fungování, vnímání celkového zdraví, pocitu tělesné a duševní pohody, soběstačnosti nebo starosti o zdraví blízkých lidí. Dle Karimi a Braziera (2016) zdraví představuje, jak člověk funguje ve svém životě, jak vnímá blahobyt ve fyzické, duševní a sociální oblasti zdraví. Zdraví představuje nejvyšší životní hodnotu, kterou si člověk uvědomí, až když ji ztratí (v důsledku nemoci či úrazu). Avšak osoby s tělesným postižením odkázané na invalidní vozík, mohou shledávat dle Giacobbiho, Stancila, Hardina a Bryanta (2008) řadu výhod v oblasti sociální, psychologické i zdravotní, které jsou spojené například s účastí na fyzické aktivitě. Nicméně, jak tvrdí Karimi a Brazier (2016), zdraví ovlivňuje naši kvalitu života, avšak to jen tehdy, pokud respondenti správně odhadnou vliv zdraví na kvalitu života. Jen tehdy můžeme říci, že kvalita života souvisí se zdravím.

Dle jednotlivých oblastí kvality života byla nejlépe hodnocena oblast prožívání, druhá v pořadí byla oblast prostředí, následně oblast sociálních vztahů. Nejhůře dopadla oblast fyzického zdraví.

V oblasti prožívání byla dosažena nejvyšší hodnota hrubého skóru a to 15,25. Ačkoliv byly otázky v dané oblasti hodnocené spíše kladně, nejnižší hrubý skór byl naměřen u otázky, týkající se spokojenosti sám se sebou. Je zde značný rozdíl mezi pohlavími, kdy ženy dosáhly hodnotu 12,62 a muži hodnotu 16,8. Následující studie od Lenneyho (1977) tvrdí, že ženy vykazují nižší sebevědomí než muži, a to téměř ve všech situacích s úspěchem. Přestože je nízké sebevědomí častým a vysilujícím problémem žen, není sebedůvěra žen nižší než u mužů ve všech situacích, ve kterých jsou muži úspěšní. Druhou nejhůře hodnocenou odpovědí, a to zejména u žen, byla odpověď týkající se toho, jak často respondenti prožívají negativní pocity. Ukázalo, že ženy prožívají deprese častěji jak muži. Dosáhly hrubého skóru

13,84 oproti mužům, kteří mají hrubé skóre 16,8. Tento fakt je zmíněný i ve studii od Goulda (2007). Jiná studie od Rintala, Harta a Fuhrera (1996) se věnovala výzkumu, který srovnával deprese mezi pohlavími, zejména u 40 žen a 100 mužů. Studie odhalila vyšší hladinu depresivních symptomů u žen (47,5%) než u mužů (25%). Také mě zaujal výzkum od Miecha a Shanahana (2000), který ukazuje, že souvislost mezi depresí se s přibývajícím věkem posiluje. Klíčem k boji proti depresi dle Terroneziho (2008) je právě tanec. V jeho studii bylo zjištěno, že právě tanec zlepšuje jak fyzickou, sociální, psychologickou nebo environmentální stránku života jedince. Účastníci výzkumu také uvádí, že díky socializaci mezi tanečníky, jim tanec pomohl v boji s negativními pocity.

V oblasti prostředí byl hrubý skór o něco málo nižší než v předcházející oblasti, a to 14,93, avšak naměřená hodnota stále směřuje spíše ke spokojenosti. Je tedy patrné, že většina osob s tělesným postižením je spíše spokojena s životním prostředím, službami ve zdravotnictví či bezpečím. Nicméně zaměříme-li se na jednotlivé otázky v dané oblasti, zjistíme, že finance dopadly nejhůře a lidé jsou s nimi spokojeni spíše průměrně. Důvodů takového hodnocení může být více. Často se říká, že peníze nejsou potřeba, hlavně ať je jich dostatek. Avšak sami víme, jak složité je najít si v dnešní době práci, která bude dobře placená, což u osob s tělesným postižením platí dvojnásob. Lze tedy říci, že kvalita života se odvíjí také od získání či udržení zaměstnání, ve kterém budeme spokojeni, což tvrdí i Buchtová (2004). V neposlední řadě se od kvality života odvíjí i spokojenost se zdravotní péčí, která zde byla ohodnocena skórem 15,8, což je spokojenost. Studie od Zhenga, Tiana, Haoa, et al. (2004) zjistila, že vliv závažnosti tělesného postižení na kvalitu života se nevyvíjí pouze přímo, ale také nepřímo prostřednictvím kvalitní péče a podpory, která hraje důležitější roli než postoj lidí s tělesným postižením k jejich vlastnímu postižení. Z tohoto důvodu je určitě potřeba zdravotní péči dále rozvíjet a věnovat jí pozornost.

Oblast sociálních vztahů, která vyšla s průměrným hrubým skórem 14,36, značí hodnocení, blížíci se ke spokojenosti. Jak tvrdí Kim, Hong a Kim (2015), kvalita sociálních vztahů je důležitým faktorem, který přispívá k životní spokojenosti. V podobném duchu se vyjadřuje i Titl, Zaatar a Ješina (2011), kteří tvrdí, že oblast socializace značí celoživotní proces. Stane-li se jedinci úraz, který mu způsobí postižení na celý život, jeho dosavadní začleňování se změní. Avšak právě sportovní činnost mu v jeho socializaci výrazně pomáhá. Pomáhá mu nejenom poznávat nové přátele, ale objevovat i nové zážitky, které mu rozvíjí jeho společenský život. Vědomí, že patříme do určité společnosti lidí, kteří nás podporují a jsou tu pro nás, nám pomáhá zlepšovat naši kvalitu života. To stejné říká i Kokoric, Berc a Rusac (2012), který tvrdí, že sociální podpora pozitivně ovlivňuje život lidí se zdravotním

postižením. Taková podpora zvyšuje kvalitu úrovně somatického a psychického zdraví a celkovou osobní spokojenost se životem.

Poslední a nejhůře hodnocenou oblastí je fyzické zdraví s hrubým skórem 13,41, což můžeme chápat jako lepší průměr. Jak je to možné? Mobilita je klíčem ke spoustě věcí, a jelikož se má práce zabývá osobami s tělesným postižením, které se nachází s největší pravděpodobností na invalidním vozíku, je jasné, že jejich mobilita nebude na tak vysoké úrovni. Avšak žijeme v době, která je plná moderních kompenzačních pomůcek, a to jak pro osoby s amputacemi, tak i pro osoby na invalidním vozíku. Pro osoby s amputací existuje velké množství protéz a různých typů kompenzačních pomůcek, které těmto lidem pomáhají být na tom fyzicky daleko lépe, než je tomu například u osob s paraplegií. Chůze s protézou nabízí velký komfort, zejména v mobilitě. U osoby s paraplegií je používán zejména invalidní vozík, což těmto osobám nabízí více sportovních možností. V takovém případě je kladen velký nárok na výkon horních končetin, které jsou v neustálém zápřahu. Tudíž záleží na typu postižení a dalších konkrétních aspektech, které právě fyzické zdraví ovlivňují, a to u každého jedince individuálně. Nicméně dle výzkumu od Mockeviho (2012) je postoj k tělesnému postižení mnohem příznivější právě u osob, které se věnují sportovním aktivitám. Nejenom, že jim to pomáhá zlepšovat jejich životní spokojenost a psychické zdraví, ale cítí se mnohem lépe, než osoby se zdravotním postižením, které se sportu nevěnují.

Tanec zlepšuje funkční mobilitu například i u jedinců s 3. stupněm Parkinsonovy choroby. Účelem studie od Zitomera a Reida (2011) bylo prozkoumat, jaké má tanec na vozíku účinky na kvalitu života i vytrvalost. Výsledky byly lepší, než se očekávalo. Jedinci s Parkinsonovou chorobou se zlepšila vytrvalost, rovnováha a nejenom i jeho kvalita života, ale i jeho mobilita. Jiný výzkum od Hackneya a Bennetta (2014) našel zlepšení u postiženého jedince, který sám uvedl, že tanec mu zlepšil jeho kvalitu života. Lze tedy říci, že pohybové aktivity mají stejný význam pro člověka s tělesným postižením, jako pro kohokoliv jiného. Působí na psychosociální rozvoj i na zdravotní stav jedince. Proto lidé s tělesným postižením sportují, baví je to, naplňuje a zlepšuje jejich zdravotní stav.

Tanec na vozíku má pozitivní vliv na různá hlediska, jako je duševní zdraví, sociální účast nebo psychosociální pohoda (Ginis, Jorgensen, & Stapleton, 2012). Brazilská studie od Quinlanda a Hartera (2010) prokázala, že během posledních 5 let se zvýšila taneční aktivita tělesně postižených osob. Proces učení využívaný v tanci je základem pro tyto osoby. Nejenom, že je na tanec v dnešní době kladen důraz, ale stejně tak i na tanec na vozíku, který je pro mnohé lidi takřka nemožný.

Tanec na vozíku má vliv i na samotnou socializaci. Hackney a Earhart (2010) ve svém výzkumu zmiňují taneční školu The Dancing Wheels Company School, která integruje tanečnický na vozíku do představení a snaží se tak poukázat na chápání zdravotního postižení. Jiná studie od Gregoryho (1998) se snažila upozornit širokou veřejnost za pomoci dvou videí s postiženými a zdravými tanečnický. Reakce na videa byly velmi pozitivní a překvapivá. Na základě těchto videí chtěl autor pomoci lidem uvědomit si samu sebe a své pocity soucitu a strachu.

Z vyhodnocení všech cílů a výsledků, které byly z výzkumného šetření zjištěny, vyplývá, že pohybová aktivita, a to zejména tanec, nemají přímý vliv na kvalitu života osob s tělesným postižením, avšak jistým způsobem ho ovlivňují. Příčinou může být to, že samotnému jedinci pohybová aktivita nezmění jeho kvalitu života, ale má na něj pozitivní vliv, jak v oblasti sociálních vztahů, zdravotního stavu, zlepšení jeho fyzických funkcí a celkově na jeho vnímání subjektivní kvality života.

7 ZÁVĚR

Hlavním cílem mé diplomové práce bylo zjistit míru subjektivně vnímané kvality života osob s tělesným postižením, věnující se pravidelně tanci na vozíku na území České republiky.

V rámci prvního dílčího cíle bylo zjištěno, že hodnocení životní spokojenosti v rámci dotazníku SWLS bylo vyhodnoceno jako mírná spokojenost, tj. průměr 4,69. Takové hodnocení vyjadřuje obecnou spokojenost, kdy jedinec v určitých oblastech očekává nějaké zlepšení. Často se stává, že osoby s takovým hodnocením jsou spokojeny se svým životem, jen cítí, že v jistých oblastech by se dalo co zlepšovat. Nebo jsou spokojeny, ale mají jednu či dvě oblasti, ve kterých by rády ocenily velká zlepšení. Takové hodnocení spokojenosti je zcela normální, jelikož si myslím, že vždycky je dobré, mít co zlepšovat.

V rámci druhého dílčího cíle, který se týkal toho, jak respondenti vnímají kvalitu svého života dle dotazníku WHOQOL-BREF, bylo vyhodnoceno, že kvalita těchto lidí je na dobré úrovni. Což značí lepší průměr, který si myslím, že bychom naměřili u většiny lidí. Tito lidé jsou spokojeni se svou kvalitou života, avšak si uvědomují, že by se mohli mít i lépe.

V rámci třetího dílčího cíle, který zjišťoval spokojenost se zdravím v rámci dotazníku WHOQOL-BREF, byly výsledky více rozdílné než v druhém dílčím cíli. 6 žen hodnotilo svoji spokojenost se zdravím jako podprůměrnou, 4 muži obsadili průměrné hodnocení, stejně jako 1 žena. Pouze 6 žen a 1 muž jsou se svým zdravím spokojeni nadprůměrně. Důsledky takového hodnocení vysvětlují tím, že každý jedinec má jiný typ postižení a s ním spojené zdravotní komplikace, které jeho spokojenost ovlivňují. Avšak nejde jen o přítomnost postižení, nemoci či vady. Do spokojenosti se zdravím nespadá jen samotné zdraví, ale jde i o celkovou spokojenost se sociální, tělesnou či duševní pohodou.

Ve čtvrtém dílčím cíli jsem se zaměřila na jednotlivé oblasti a jejich hodnocení dle dotazníku WHOQOL-BREF. První, nejlépe hodnocenou, byla oblast prožívání. Tato oblast mi přijde velmi důležitá a už jen z toho důvodu, že sem patří zejména spokojenost s vlastním životem, sám se sebou nebo s naším každodenním fungováním. Myslím si, že být spokojený sám se sebou, je klíčem ke spokojenosti s vlastním životem. Následovala oblast prostředí. Do této oblasti řadíme jak bezpečí a zdravé místo našeho bydliště, tak finanční situaci, dopravu nebo dostupnost zdravotní péče. V této oblasti dopadla nejhůře otázka týkající se financí. Je určitě potřeba říci, že jakmile nemáme dostatek peněz, nejsme schopni uspokojovat své potřeby a naše kvalita života klesá. To může vysvětlovat i hodnocení této oblasti. O trochu méně bodů měla oblast sociálních vztahů, která zjišťovala zejména osobní vztahy, sexuální život a podporu přátel. Poslední a nejhůře hodnocenou oblastí bylo fyzické

zdraví, kde dopadla nejhůře otázka, jak se daná osoba dokáže pohybovat. Osoby s tělesným postižením mají sníženou mobilitu a to hlavně z důvodu, že je většina těchto osob odkázána na invalidní vozík. Díky tomu je vyvíjen velký tlak na posilování horních končetin. I když žijeme v moderní době a stále více se myslí na bezbariérovost v různých budovách a místech, stále máme co zlepšovat už jen proto, abychom zlepšili mobilitu těchto lidí, kteří jsou na naši pomoci do jisté míry závislí.

Ačkoliv se na výsledcích této diplomové práce podílelo pouze 18 osob s tělesným postižením věnující se aktivně tanci na vozíku, myslím si, že na Českou republiku je takový počet odpovídající. Téma této práce je jedním z prvních studií a může tak posloužit k dalším výzkumným šetřením.

SOUHRN

Diplomová práce se zabývá kvalitou života tanečníků s tělesným postižením na území České republiky. Zaměřuji se nejenom na kvalitu života, ale i na životní spokojenost či spokojenost se zdravím jedince. K tomuto výzkumu jsem využila dotazník SWLS a dotazník WHOQOL-BREF.

V úvodní části své diplomové práce se věnuji tématu tělesného postižení a jeho charakteristice. Zabývám se nejenom klasifikací příčin tělesného postižení, které rozdělují na vrozené a získané, ale i na základní klasifikaci vad tělesného postižení, kde se podrobně věnuji dětské mozkové obrně, rozštěpu páteře, progresivní svalové dystrofii, ochrnutí po poranění míchy a amputacím dolních či horních končetin. Objasňuji pojem kvalita života a jeho dimenze, zejména jeho objektivní a subjektivní vnímání. Snažím se vystihnout, jaké jsou potřeby i hodnoty člověka a jaké mohou být specifika kvality života u osob s tělesným postižením. Věnuji se také spokojenosti v životě a s tím související faktory, které životní spokojenost ovlivňují. Dále také na vzájemný vztah mezi životní spokojeností a pohybovou aktivitou. V první části se rovněž zabývám charakteristikou tance klasického a tance na vozíku a zmiňuji jejich historii. Vysvětluji rozdíly mezi standardními a latinskoamerickými tanci a uvádím charakteristiku jejich základních tanečních stylů. Poslední důležitou kapitolou je objasnění, jaký může mít v životě člověka s tělesným postižením tanec význam.

Na teoretickou část mé práce navazuje část metodická. Jsou zde zmíněny cíle práce i výzkumné otázky. Popisuji metodický rámec výzkumu a jeho metody zpracování. Zabývám se charakteristikou výzkumného souboru. Zmiňuji postup při provádění výzkumu a jeho statistické zpracování.

V dotazníkovém šetření jsem oslovila celkem 13 tanečních skupin a oddílů, věnující se tanci na vozíku tělesně postižených osob. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 18 respondentů, kteří se tanci na vozíku aktivně věnují. Respondenti se pohybovali ve věkovém rozmezí od 17 do 70 let. Sběr dat probíhal v období měsíců únor - březen 2021.

V empirické části jsem se zaměřila na vyhodnocení výsledků. Z dotazníkového šetření dle dotazníku SWLS byla naměřena hodnota odpovídající mírné spokojenosti všech respondentů. Dále bylo za pomoci dotazníku WHOQOL-BREF zjištěno, že kvalita života osob s tělesným postižením je dobrá. Co se týče subjektivního hodnocení zdraví, zde byla větší variabilita v odpovědích, avšak většina respondentů je spokojena v rozmezí mezi průměrnou spokojeností a spokojeností. V jednotlivých oblastech kvality života dosáhla

nejlepšího hodnocení oblast prožívání. Následovala oblast prostředí, oblast sociálních vztahů a jako poslední a nejhůře hodnocenou byla oblast fyzického zdraví.

Cíle mé diplomové práce byly splněny. Výsledky mé práce jsou základem pro další výzkumné šetření. Avšak je jasné, že jakákoliv pohybová aktivita pomáhá osobám s tělesným postižením, zlepšovat jejich subjektivní vnímání kvality života.

SUMMARY

This thesis deals with the quality of life of dancers with physical disabilities in the Czech Republic. I focused not only on the quality of life, but also on life satisfaction or satisfaction with the health of the individual. For this research I used the SWLS questionnaire and the WHOQOL-BREF questionnaire.

In the introductory part of my diploma thesis I dealt with the topic of physical disability and its characteristics. I dealt not only with the classification of the causes of physical disability, which I divided into congenital and acquired, but also with the basic classification of disabilities, where I dealt in detail with cerebral palsy, spina bifida, progressive muscular dystrophy, paralysis after spinal cord injury and amputations of lower or upper limbs. I explained the concept of quality of life and its dimensions, especially its objective and subjective perception. I tried to capture what are the needs and values of a person and what can be the specifics of quality of life for people with disabilities. I also dealt there with life satisfaction and related factors. Furthermore, I tried to focus on the relationship between life satisfaction and physical activity. In addition I also dealt in the first part with the characteristics of classical dance and wheelchair dance and mentioned their history. I explained here the differences between standard and Latin American dances and gave the characteristics of their basic dance styles. The last chapter which has significant importance is the one, where I clarified how important dance can be in the life of a person with a disability.

The theoretical part of my work is followed by a methodical part. There are mentioned aims of the work and research questions. In addition I described here the methodological framework of research and its methods of processing. I also dealt with the characteristics of the research set and mentioned the procedure for conducting research and its statistical processing. In the questionnaire survey, I addressed a total of 13 dance groups and sections dedicated to wheelchair dancing for the disabled. The questionnaire survey was attended by 18 respondents who are active in the wheelchair dancing. Respondents ranged in the age from 17 to 70 years. Data collection took place in the period from February to March 2021.

In the empirical part I focused on the evaluation of results. From the questionnaire survey was measured, according to the SWLS questionnaire, that the value representing the satisfaction was stated as satisfactory by all respondents. Furthermore, with the help of the WHOQOL-BREF questionnaire, it was found that the quality of life of people with disabilities is good. Regarding the subjective health assessment, there was more variability in responses, but most respondents are satisfied between average satisfaction and satisfaction. In the section of individual areas of quality of life, the area of experience achieved the best

rating. This was followed by the area of the environment, the area of social relations and the last and worstly evaluated area was physical health.

The goals of my diploma thesis were met. The results of my work are the basis for further research. However, it is clear that any physical activity helps people with disabilities improve their subjective perception of quality of life.

REFERENČNÍ SEZNAM

- Balaš, R. (2003). *Tance 20. století*. Olomouc: Hanex.
- Bartoňová, J., & Dragomirecká, J. (2006). *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100*. Praha: Psychiatrické centrum.
- Bič, P. (2011). *Tanečně-pohybová terapie v institucionální výchově: expresivně terapeutické metody - cesta ke změně v institucionální výchově*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Birren, J., & Dieckermann, L. (1991). Concept and content of quality of life in later years: an overview. *The Concept and Measurement of Quality of Life in the Frail Elderly*, 344-360.
- Blažíková, E. (2005). *Metodika a didaktika taneční výchovy*. Praha: Konzervatoř Duncan Center.
- Brawley, L. R., Rejeski, W. J., & Lutes, L. (2000). A Group-Mediated Cognitive-Behavioral Intervention for Increasing Adherence to Physical Activity in Older Adults. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 5(1), 47-65.
- Buchtová, B. (2004). *Kvalita života dlouhodobě nezaměstnaných*. Brno: Masarykova univerzita.
- Cummins, R. (2000). Objective and subjective quality of life: An interactive model. *Social Indicators Research*, 52(1), 55-67.
- Český PARA sport. (2021). *Cíle a poslání*. Retrieved 1. 3. 2021 from: <https://ceskyparasport.cz/>.
- Český statistický úřad. (2018). *Zjišťování spokojenosti obyvatel ČR*. Retrieved 10. 4. 2021 from: <https://www.czso.cz/csu/stoletistatistiky/zjistovani-spokojenosti-obyvatel-cr>.
- Čížková, K. (2005). *Tanečně-pohybová terapie*. Praha: Triton.
- Dad'ová, K. (2012). *Letní a zimní paralympijské sporty*. Retrieved 13. 3. 2021 from: <https://docplayer.cz/45589979-Letni-a-zimni-paralympijske-sporty-klara-dadova-katedra-ztv-tvl-ftvs-uk.html>.

- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 1(49), 71-75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R., & Smith, H. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.
- Disabled World (2013). *Wheelchair Dancing: Information and Overview of Types of Dance*. Retrieved 12. 3. 2021 from: <https://www.disabled-world.com/sports/dancing.php>.
- Dittrichová, J., Sobotková, D., & Štembera, Z. (2014). *Perinatální neuropsychická morbidita dítěte*. Praha: Karolinum.
- Dosedlová, J. (2012). *Terapie tancem: role tance v dějinách lidstva a v současné psychoterapii*. Praha: Grada.
- Dragomirecká, E. & Bartoňová, J. (2006). *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100 Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- Druga, R., Pfeiffer, J., Trojan, S., & Votava, J. (2005). *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. Praha: Grada Publishing.
- Dvořáčková, D. (2012). *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing.
- Fayers, P. M., & Machin, D. (2016). *Quality of life: The Assessment, Analysis and Reporting of Patient-reported Outcomes*. UK: Wiley Blackwell.
- Fialová, L., & Krch, F. D. (2012). *Pojetí vlastního těla – Zdraví, zdatnost, vzhled*. Praha: Karolinum.
- Fialová, I., Opatřilová, D., & Procházková, L. (2012). *Somatopedie: Texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido.
- Fialová, D., & Vlastníková, V. (2013). Pohybové aktivity seniorek II: Subjektivní vnímání vybraných ukazatelů kvality života. *Hygiena*, 58(2), 62-66.

- Fischer, S., & Škoda, J. (2008). *Speciální pedagogika*. Praha: Triton.
- Fischer, S., Škoda, J., Svoboda, Z., & Zilcher, L. (2014). *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se specifickými potřebami v oblasti somatické, psychické a sociální: učebnice pro studenty učitelství*. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton.
- Fox, K. (1999). The influence of physical activity on mental well-being. *Public Health Nutrition*, 2(3a), 411-418.
- Frontera., W. R., Silver, J. K., & Rizzo, T. D. (2018). *Essentials of Physical Medicine and Rehabilitation: Musculoskeletal Disorders, Pain, and Rehabilitation*. Philadelphia: Elsevier Health Sciences.
- Giacobbi, P., Stancil, M., Hardin, B., & Bryant, L. (2008). Physical Activity and Quality of Life Experienced by Highly Active Individuals with Physical Disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 25(3), 189-207.
- Ginis, K., Jorgensen, S., & Stapleton, J. (2012). Exercise and sport for person with spinal cord injury. *PMR*, 4(11).
- Gould, M. (2007). Society: Gender equality: Men's health: Men still dying younger: One of the starkest gender differences is between men and women's health. so what is being done to help? *The Guardian*, 4(1).
- Gregory, D. (1998). Reactions to ballet with wheelchairs: Reflections of attitudes toward people with disabilities. *Journal of Music Therapy*, 35(4).
- Hackney, M. E., & Bennett, C. G. (2014). Dance therapy for individuals with parkinson's disease: Improving quality of life. *Journal of Parkinsonism & Restless Legs Syndrome*, 4, 17-25.
- Hackney, M., & Earhart, G. (2010). Effects of dance on balance and gait in severe parkinson disease: A case study. *Disability and Rehabilitation*, 32(8).
- Hamplová, D. (2004). *Životní spokojenost: rodina, práce a další faktory*. Praha: Sociologický ústav AV ČR.
- Hanáková, A. (2012). *1000 pojmů ze speciální pedagogiky*. Olomouc: Univerzita Palackého.

- Horn, F., Martinka, I., Funáková, M., Sabová, L., Drdulová, T., Hornová, J., & Trnka, J. (2011). Epidemiology of neural tube defects. *Rozhledy v Chirurgii: Mesicnik Ceskoslovenske Chirurgicke Spolecnosti*, 90(5), 259–263.
- Hošek, V. (2013). Wellness, well-being a pohybová aktivita. *Palestra*, 1(1), 1-8.
- Jebavá, J. (1998). *Kapitoly z dějin tance a možnosti terapie*. Praha: Karolinum.
- Jesenský, J. (2000). *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. Praha: Karolinum.
- Ješina, O., Hamřík, Z. et al. (2011). *Podpora aplikovaných pohybových aktivit v kontextu volného času*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Ješina, O., Kudláček, M. et al. (2011). *Aplikovaná tělesná výchova*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Kalman, M., Pavelka, J., & Hamřík, Z. (2009). *Podpora pohybové aktivity: pro odbornou veřejnost*. Olomouc: ORE-institut.
- Kantor, J., Pfeiffer, J., & Urbanovská, E. (2014). *Student s omezením hybnosti na vysoké škole*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Karimi, M., & Brazier, J. (2016). Health, health-related quality of life, and quality of life: What is the difference? *PharmacoEconomics*, 34(7), 645-649.
- Kábele, F. (1992). *Sport vozičkářů*. Praha: Olympia.
- Kábele, F. (1993). *Somatopedie*. Praha: Karolium.
- Kim, HJ., Hong, S. & Kim, M. (2015). Living Arrangement, Social Connectedness, and Life Satisfaction among Korean Older Adults with Physical Disabilities: The Results from the National Survey on Persons with Disabilities. *J Dev Phys Disabil* 27, 307–321.
- Kočová, H. et al. (2017). *Spinální svalová atrofie v souvislostech*. Praha: Grada.
- Kokoric, S. B., Berc, G., & Rusac, S. (2012). SATISFACTION WITH LIFE AND INFORMAL AND FORMAL SOURCES OF SUPPORT AMONG PEOPLE WITH DISABILITIES. *Drustvena Istrazivanja*, 21(1), 19-38.

- Kollár, D. (2008). Subjektivní aspekty kvality života: Percepce míst základních životních funkcí obyvatel Slovenska. *Geographia Slovaca*, 25(5), 85-96.
- Krapková, H., & Šopková, J. (1991). *Lidový a společenský tanec*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Krátká, A. (2018). *Hodnoty a potřeby člověka v ošetrovatelské praxi*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati.
- Křivohlavý, J. (2013). *Psychologie pocitů štěstí: současný stav poznání*. Praha: Grada Publishing.
- Kubátová, H. (2010). *Sociologie životního způsobu*. Praha: Grada Publishing.
- Kudláček, M. (2012). *Svět dětské mozkové obrny*. Praha: Portál.
- Kudláček, M. et al. (2013a). *Aplikované pohybové aktivity osob s tělesným postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Kudláček, M. et al. (2013b). *Základy aplikovaných pohybových aktivit*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Kudláček, M., & Ješina, O. (2013). *Integrovaná tělesná výchova, rekreace a sport*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Kudláček, M., & Spurná, M. (2010). Aplikované tělocvičné aktivity žáků s dětskou mozkovou obrnou. *Studia Sportiva*, 4(1), 109-118.
- Lenney, E. (1977). Women's self-confidence in achievement settings. *Psychological Bulletin*, 84(1), 1–13.
- Ludíková, L. (2013). *Kvalita života osob se speciálními potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Ludíková, L. (2017). *Problematika kvality života osob se speciálními potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého.

- Maciantowicz, O., Witowska, J., & Sass-Stańczak, K. (2018). Empowered and satisfied: Relationship between empowerment, temporal life satisfaction and time perspective. *Ceskoslovenska Psychologie*, 62(5), 488-525.
- Mareš, J. (2006). *Kvalita života u dětí a dospívajících*. Brno: MSD.
- Maslow, A. H. (2014). *O psychologii bytí*. Praha: Portál.
- Michalík, J. (2011). *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Miech, R. A., & Shanahan, M. J. (2000). Socioeconomic status and depression over the life course. *Journal of Health and Social Behavior*, 41(2), 162–176.
- Mockevi, D. (2012). *Aspects of life quality of persons with physical disabilities*. Retrieved 12. 4. 2021 from: [https://academic.microsoft.com/paper/2181705742/reference/search?q=ASPECTS%20OF%20LIFE%20QUALITY%20OF%20PERSONS%20WITH%20PHYSICAL%20DISABILITIES&qe=Or\(Id%253D1590859447%252CId%253D2136615513%252CId%253D18569502\)&f=&orderBy=0](https://academic.microsoft.com/paper/2181705742/reference/search?q=ASPECTS%20OF%20LIFE%20QUALITY%20OF%20PERSONS%20WITH%20PHYSICAL%20DISABILITIES&qe=Or(Id%253D1590859447%252CId%253D2136615513%252CId%253D18569502)&f=&orderBy=0).
- Moore, A. (2002). *Ballroom dancing*. New York: Routledge.
- Niedbalski, J. (2018). The multi-dimensional influence of a sports activity on the process of psycho-social rehabilitation and improvement in the quality of life of persons with physical disabilities. *Qualitative Sociology Review*, 14(3), 68-85.
- Novosad, L. (2011). *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita*. Praha: Portál.
- Odstrčil, P. (2004). *Sportovní tanec*. Praha: Grada.
- Opatřilová, D., & Zámečnicková, D. (2007). *Somatopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido.
- Opatřilová, D., & Zámečnicková, D. (2008). *Možnosti speciálně pedagogické podpory u osob s hybným postižením*. Brno: Masarykova univerzita.
- Paralympic.org. (n. d.). *Dance Sport*. Retrieved 4. 3. 2021 from: <https://www.paralympic.org/dance-sport>.

- Pavlů, D. (1996). Tanec jako jedna z forem volného času pro zdravotně postižené. In I. Šelner, L. Šelnerová, & L. Vorarlberg, *Kvalita života zdravotně postižených a starších občanů*. Praha: Univerzita Karlova.
- Payne, H. (2011). *Kreativní pohyb a tanec ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. Praha: Portál.
- Payne, J. (2005). *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton.
- Pedišić, Ž., Greblo Z., Phongsavan, P., Milton, K., & Bauman, A. E. (2015). Are Total, Intensity- and Domain-Specific Physical Activity Levels Associated with Life Satisfaction among University Students? *Plos ONE*, *10*(2), 1-21.
- Pelclová, J., Frömel, K., Bláha, L., Zajac-Gawlak, I., & Tlučáková, L. (2012). Neighborhood Environment and Walking for Transport and Recreation in Central European Older Adults. *Acta Gymnica*, *42*(4), 49–56.
- Peppers, L. G. (1976). Patterns of Leisure and Adjustment to Retirement. *Gerontologist*, *16*(5), 441-446.
- Plháčková, A. (2003). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia.
- Pragerová, J. (2008). *Význam začlenění tělesně postiženého dítěte do dětského kolektivu*. Brno: Pedagogická fakulta.
- PragueDance Championship. (2020). *Soutěže*. Retrieved 1. 3. 2021 from: <https://www.praguedance.cz/souteze/>.
- Quinlan, M., & Harter, L. (2010). Meaning in motion: The embodied poetics and politics of dancing wheels. *Text and Performance Quarterly*, *30*(4).
- Renoteriová, M., & Bendová, P. (2005). *Somatopedie pro výchovné pracovníky*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Renotiérová, M., & Ludíková, L. (2005). *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Rey, J. (1947). *Jak se dívat na tanec*. Praha: Vyšehrad.

- Rintala, D. H., Hart, K. A., & Fuhrer, M. J. (1996). *Perceived stress in individuals with spinal cord injury*. In D. M. Krotoski, M. A. Nosek, & M. A. Turk (Eds.), *Women with physical disabilities: Achieving and maintaining health and well-being*. Baltimore: Brookes.
- Selai, C., & Trimble, M. R. (1999). Assessing quality of life in dementia. *Aging and Mental Health*, 3(2), 101-111.
- Scully, D., Kremer, J., Meade, M., Graham, R., & Dudgeon, K. (1998). Physical exercise and psychological well being: a critical review. *Br J Sports Med*, 32(2), 111–120.
- Sherrill, C. (2004). *Adapted physical activity, recreation and sport. Crossdisciplinary and lifespan*. Boston, MA: WCB/McGraw-Hill.
- Slováček, L., Slováčková, B., Jebavý, L., & Blažek, M. (2004). Kvalita života onkologických nemocných: koncepční model, možnosti měření. *Vojenské zdravotnické listy*, 74(5), 180-182.
- Slowík, J. (2016). *Speciální pedagogika*. Praha: Grada.
- Šamánková, M. et al. (2011). *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada.
- Šmolík, P. (1985). *Pohybová výchova*. Praha: Mladá fronta.
- Terronez, D. G. (2008). *The effects of recreational dancing on quality of life in older adults*. Retrieved 12. 4. 2021 from: <https://search.proquest.com/dissertations-theses/effects-recreational-dancing-on-quality-life/docview/304826680/se-2?accountid=16730>.
- Theofilou, P. (2013). Quality of life: Definition and measurement. *Europe's Journal Of Psychology*, 9(1), 150-162.
- Titl, Z., Zaatar, A. M. Z., & Ješina, O. (2011). Vliv sportovních aktivit na kvalitu života osob s transfemorální amputací. *APA v teorii a praxi*, 2(1), 61-67.
- Vad'urová, H., & Mühlparch, P. (2005). *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita.

- Vařeková, J., & Daďová, K. (2014). Pohybová aktivita a kognitivní funkce. *Medicina Sportiva Bohemica et Slovaca*, 23(4), 210-215.
- Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Veenhoven, R. (2000). The Four Qualities of Life. *Journal of Happiness Studies*, 1(1), 1-39.
- Vítková, M. (2004). *Integrativní speciální pedagogika*. Brno: Paido.
- Vrtělová, K. (2014). *Když tančím, nemohu nenávidět*. Retrieved 1. 3. 2021 from: <https://psychologie.cz/kdyz-tancim-nemohu-nenavidet/>.
- Vymětal, J. (2003). *Úvod do psychoterapie*. Praha: Grada.
- Wainwright, L. B., & King, L. (2006). *V rytmu tance*. Praha: Ikar.
- WHO Quality of Life Assessment Group. (1996). What quality of life? / The WHOQOL Group. *World Health Forum*, 17(4), 354-356.
- Zheng, QL., Tian, Q., Hao, C. et al. (2004). The role of quality of care and attitude towards disability in the relationship between severity of disability and quality of life: findings from a cross-sectional survey among people with physical disability in China. *Health Qual Life Outcomes* 12(1), 1-25.
- Zitomer, M., & Reid, G. (2011). To be or not to be - able to dance: Integrated dance and children`s perceptions of dance ability and disability. *Research in Dance Education*, 12(2).

PŘÍLOHY

Příloha 1. Vyjádření Etické komise FTK UP.



Fakulta
tělesné kultury

Vyjádření Etické komise FTK UP

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

Na základě žádosti ze dne 23.11.2020 byl projekt základního výzkumu

autor /hlavní řešitel/: Mgr. Ondřej Ješina, Ph.D.

Spoluřešitelé: Mgr. Julie Wittmannová, Ph.D.; Doc. Mgr. Jiří Kantor, Ph.D.; PaedDr. Zbyněk Janečka, Ph.D.; Prof. Mgr. Martin Kudláček, Ph.D.; Mgr. Jana Sklenaříková, Ph.D.; Mgr. Ladislav Baloun, Ph.D.; Mgr. Jarmila Štěpánová, Ph.D.; Mgr. Alena Skotáková, Ph.D.; PaedDr. Zbyněk Janečka, Ph.D.; PhDr. Klára Daňová, Ph.D.; Mgr. Lenka Honzátková, Ph.D.; Mgr. Tomáš Vyhledal, Mgr. Eva Kacanu

s názvem **Životní spokojenost parasportovců v České republice**

schválen Etickou komisí FTK UP pod jednacím číslem: **2/2021**

dne: **8.1.2021**

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

Řešitelé projektu splnili podmínky nutné k získání souhlasu etické komise.

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

Fakulta tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci
třída Míru 117 | 771 11 Olomouc | T: +420 585 636 009
www.ftk.upol.cz

Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta tělesné kultury
Komise etická
třída Míru 117 | 771 11 Olomouc