

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**Odolnost vůči psychické zátěži u cyklistů s handicapem
v kontextu užívání návykových látek**

diplomová práce

Autor práce: Bc. Alena Nosková
Studijní program: Rehabilitace
Studijní obor: Rehabilitační psychosociální péče o postižené děti, dospělé
a seniory
Vedoucí práce: doc. PhDr. Helena Zášková Csc.

Datum odevzdání práce: 21. 5. 2012

Abstrakt

Tato práce se zabývá odolností vůči psychické zátěži u cyklistů s handicapem v kontextu užívání návykových látek. Teoretická část práce sumarizuje poznatky, týkající se cyklistiky handicapovaných, osobnostních charakteristik sportovců, a také k ovlivnění sportovního výkonu užívaných látek spolu s institucionálním rámcem této problematiky. V teoretické části jsou též popsány různé pohledy na odolnost vůči psychické zátěži, s důrazem kladeným na arousabilitu, dispoziční optimismus a Sense of Coherence. Skóre těchto tří ukazatelů bylo určováno u respondentů v rámci empirické části práce.

Cílem práce bylo definovat úroveň psychické odolnosti u cyklistů s handicapem a její souvislost s užíváním návykových látek. Dílčí cíle práce byly zaměřeny na informovanost respondentů o účincích návykových látek na sportovní výkon, konkrétní respondenty užívané látky, otevřenost k užití návykové látky za účelem ovlivnění sportovního výkonu a názory na takové užívání v prostředí sportu.

Pro výzkumné šetření byly použity škály Arousalability Optimism Scale a Sense of Coherence, kterými byla zjištěna úroveň arousability, dispozičního optimismu a Sense of Coherence. Výzkumný soubor tvořili muži – cyklisté s tělesným či smyslovým handicapem, účastníci se závodů v cyklistických disciplínách v rámci České republiky. Tímto šetřením byly ověřovány tři hypotézy.

Empirická část této práce přinesla závěry, týkající se úrovně psychické odolnosti u cyklistů s handicapem z hledisek Sense of Coherence, arousability a dispozičního optimismu. Četnost užití návykových látek za účelem ovlivnění sportovního výkonu byla v souladu s předem stanovenou hypotézou, výzkumný vzorek cyklistů s handicapem vykazoval nižší užívání návykových látek za účelem ovlivnění sportovního výkonu ve srovnání s cyklisty bez handicapu. Podobně otevřenost k užití návykové látky byla u výzkumného souboru nižší.

Abstract

The thesis deals with a resistance to a psychological stress at cyclists with disabilities in context of addictive substances use. The theoretical part of the thesis summarizes findings concerning handicapped people cycling, personal characteristics of sportsmen, and also an influence of a sports performance by used substances together with an institutional framework of this issue. In the theoretical part there are described various views of the resistance to the psychological stress with an emphasis on an arousability, dispositional optimism and Sense of Coherence. A score of these three indicators was determined at respondents within an empirical part of the thesis.

The aim of the thesis was to define a level of a psychological resistance at cyclists with disabilities and its relation to the addictive substances use. Partial aims of the thesis were focused on respondents' awareness of effects of addictive substances on the sports performance, particular substances used by respondents, an openness to the addictive substances use to influence the sports performance and views of such a use in the sports environment.

Scales of the arousability, Optimism Scale and Sense of Coherence, detecting levels of the arousability, dispositional optimism and Sense of Coherence, were applied in the research investigation. The research sample consisted of men – cyclists with physical or sense handicaps, participating in cycle racing disciplines in the Czech Republic. Three hypotheses were tested in this investigation.

The empirical part of the thesis has led to conclusions concerning a level of the psychological resistance at cyclists with disabilities from aspects of the Sense of Coherence, arousability and dispositional optimism. A frequency of the addictive substances use to influence the sports performance was in accordance with a predetermined hypothesis, the research sample of cyclists with disabilities showed a lower use of addictive substances to influence the sports performance compared to the cyclists without disabilities. Similarly, the openness to the addictive substances use was lower at the research sample.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 21. 5. 2012

.....

Poděkování:

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucí práce doc. PhDr. Heleně Záškodné CSc. za cenné rady a připomínky v průběhu psaní práce a Mgr. Františku Tůmovi.

Obsah

Úvod.....	8
1. Současný stav.....	9
1. 1 Základní pojmy.....	9
1.1.1 Cyklistika handicapovaných.....	9
1.1.2 Návykové látky.....	9
1.1.3 Psychická zátěž.....	10
1.2. Psychická odolnost.....	11
1.2.1 Vývoj studia psychické odolnosti.....	11
1.2.2 Pojetí psychické odolnosti.....	13
1.2.2.1 Odolnost jako rys osobnosti.....	13
1.2.2.2 Odolnost jako proces.....	16
1.2.3 Sence of Coherence (SOC).....	16
1.2.4 Moderátory psychické zátěže.....	18
1.2.4.1 Dispoziční optimismus.....	19
1.2.4.2 Arousabilita.....	20
1.3 Handicap.....	21
1.3.1 Zvládnání handicapu jako psychické zátěže.....	21
1.3.2 Osobnostní charakteristiky osob s handicapem.....	23
1.3.3 Osoby s handicapem a návykové látky.....	24
1.4. Sportovní aktivita.....	25
1.4.1 Vliv sportu na psychickou stránku jedince.....	26
1.4.2 Sociální vlivy na osobnost sportovce.....	28
1.5. Návykové látky v kontextu sportu.....	30
1.5.1 Užívané návykové látky.....	30
1.5.1.1 Stimulancia.....	30
1.5.1.2 Narkotika.....	33
1.5.1.3 Alkohol.....	33
1.5.1.4 Nikotin.....	34
1.5.1.5 Kanabinoidy.....	34
1.5.1.6 Anabolické androgenní steroidy.....	35
1.5.2 Motivy užívání návykových látek ve sportu.....	36
1.5.3 Institucionální kontrola užívání návykových látek ve sportu.....	36
1.5.3.1 Kontrola na mezinárodní úrovni.....	36
1.5.3.2 Kontrola v České republice.....	37
2. Cíle práce a hypotézy.....	39
2.1 Cíle práce.....	39
2.2 Hypotézy.....	40
3. Metodika.....	41
3.1 Diagnostické metody.....	41
3.2 Metody zpracování dat.....	41
3.3 Charakteristika výzkumného souboru.....	41
3.4 Pracovní postup.....	42

4. Výsledky.....	44
4.1 Výsledky k dílčímu cíli C1.....	44
4.2 Výsledky k dílčímu cíli C2.....	48
4.3 Výsledky k dílčímu cíli C3.....	50
4.4 Výsledky k dílčímu cíli C4.....	53
4.5 Výsledky k dílčímu cíli C5.....	55
4.5.1 Výsledky měření pomocí škály AOS.....	55
4.5.1.1 Výsledky měření subškálou arousability.....	55
4.5.1.2 Výsledky měření subškálou dispozičního optimismu.....	56
4.5.2 Výsledky měření pomocí škály SOC.....	57
4.5.3 Korelace mezi ukazateli psychické odolnosti.....	58
4.5.3.1 Korelace mezi arousabilitou a dispozičním optimismem.....	58
4.5.3.2 Korelace mezi arousabilitou a Sense of Coherence.....	59
4.5.3.3 Korelace mezi dispozičním optimismem a Sense of Coherence.....	60
4.5.3 Komparace se srovnávacím souborem.....	61
4.5.3.1 Komparace výsledků pro škálu Sense of Coherence.....	61
4.5.3.2 Komparace výsledků pro dispoziční optimismus a arousabilitu.....	62
4.6 Výsledky k dílčímu cíli C6.....	63
4.7 Výsledky k dílčímu cíli C7.....	64
5. Diskuse.....	65
6. Závěr.....	72
7. Seznam použitých zdrojů.....	74
8. Klíčová slova.....	80
9. Přílohy.....	81

Úvod

Současné populární a vědecké publikace i výzkumy věnují problematice zvládání zátěže, zátěžové odolnosti potažmo stresu, velký prostor. Celkově je téma stresu v dnešní, poněkud uspěchané době nadmíru aktuální. V rámci holistického pojetí lidské bytosti je pozornost věnována dopadům stresu na zdraví, kvalitu života, sociální okolí i na prožívání samotné. Ovšem zkoumání specifických populačních skupin jedinců ve vztahu k odolnosti vůči zátěži natolik rozšířené není. Tato práce je tedy drobným příspěvkem k zatím nepříliš zčeřeným vodám této oblasti zkoumání.

Diplomová práce se snaží modifikátory psychické odolnosti, tedy arousabilitu, dispoziční optimismus a Sense of Coherence, propojit s akcentem návykových látek, sportovního výkonu a handicapu. Stěžejní snahou je tedy definovat úroveň psychické odolnosti u cyklistů s handicapem a její souvislost s užíváním návykových látek v souvislosti s ovlivněním sportovního výkonu. Úroveň psychické odolnosti, pro jejíž měření byly použity psychologické škály Arousability and Optimism Scale a Sense of Coherence, zásadním způsobem ovlivňuje prožívání člověka a jeho vyrovnávání se stresovými a zátěžovými situacemi.

Empirická část se dále zabývá doplňujícími aspekty užívání návykových látek v souvislosti se sportovním výkonem – zda, popřípadě jaké látky jsou cyklisty s handicapem užívány, informovaností o účincích těchto látek či názory na jejich užívání.

Tato práce volně navazuje na autorčinu bakalářskou práci na téma Návykové látky a jejich užívání za účelem zvýšení výkonu v cyklistickém sportu. Výstupy z kvalitativního výzkumného šetření v bakalářské práci posloužily nejen jako pomyslný odrazový můstek pro práci diplomovou, ale také jako zdroj srovnávacích dat.

Fenomén paracyclingu je v českém prostředí vnímán poměrně intenzivně, a to nejen v kontextu výrazných úspěchů českých reprezentantů či letošních paralympijských her v Londýně. I v amatérských sférách cyklistiky handicapovaných nalézáme množství aktivně působících tělovýchovných jednot, občanských sdružení i pořadatelů závodů.

1. Současný stav

1. 1 Základní pojmy

1.1.1 Cyklistika handicapovaných

Cyklistický sport provozovaný osobami s handicapem je v současné době v České republice na vzestupu, především díky úspěchům, kterých naši závodníci dosahují ve světovém měřítku. Komplexně cyklistiku handicapovaných (paracycling) zastřešuje Mezinárodní cyklistická unie UCI, na domácí půdě potom Český svaz cyklistiky.

Z důvodů různosti postižení jsou zavedeny mezinárodně platné kategorie jezdců. Základní kategorie jsou handbike (H) úrovně 1 – 4, tricycle (T) úrovně 1 - 2, cycling (C) úrovně 1 – 5 a tandem (B). Každá jednotlivá kategorie je dále rozlišena dle pohlaví na muže (M) a ženy (W). Kategorie výše uvedené jsou UCI přesně specifikovány dle diagnóz cyklisty a stupně jeho postižení. Cyklisté s handicapem jsou pravidelně sledováni orgány UCI za účelem klasifikace, čili mapování omezení a důsledků jejich postižení. Účelem klasifikace je minimalizovat dopad postižení na sportovní výkon, potažmo na umístění v soutěži. Rozhodující je úroveň fyzické zdatnosti a osobního talentu (51).

Disciplíny, kterým se cyklisté s handicapem věnují, mají poměrně široké spektrum. V rámci silniční cyklistiky jde o časovky, kritéria, štafety a silniční závody. Dále dráhová cyklistika – sprinty, individuální stíhací závod, kilometr s pevným startem a disciplína horských kol.

1.1.2 Návykové látky

Zábranský definuje návykovou látku následujícím způsobem. Za návykovou látku lze považovat každou látku, přírodní nebo syntetickou, která splňuje dva základní požadavky. Prvním požadavkem je, že taková látka musí mít psychotropní účinek, tedy

musí ovlivňovat určitým způsobem naše prožívání okolní reality. Druhým předpokladem je, že tato látka může vyvolávat závislost (58).

Konkrétní návykové látky, jimž je věnována pozornost v této práci, jsou konkrétně stanoveny. Jejich výběr proběhl na základě prokazatelných účinků na sportovní výkon, vzhledem k charakteru výzkumného vzorku. Pro výběr byl použit Seznam zakázaných látek a metod pro rok 2012 (The 2012 Prohibited List) a Monitorovací program 2012 (The 2012 Monitoring Program) (Příloha 1), oba vydané Světovou antidopingovou agenturou, spolu s ohledem na definici návykové látky. Vybrané látky jsou tedy ty, které jsou návykové a současně splňují podmínku vlivu na sportovní výkon. Těmto látkám se věnuje kapitola 1.5 této práce.

1.1.3 Psychická zátěž

Náročné situace v životě jsou spouštěcím mechanismem adaptačních dějů, které jsou důležitým činitelem vývoje člověka. O psychické zátěži mluvíme při obtížné adaptaci člověka na prostředí v náročných situacích. Dle stupně mobilizace rezerv člověka rozlišujeme zátěž zvýšenou, hraniční a extrémní (14).

Skupinu pojmů ještě rozšiřuje Frankovský, který vedle pojmů zátěž a stres řadí ještě pojmy stresové, problémové a zátěžové situace a životní události (11).

Baumgartner zátěž definuje jako zpravidla méně intenzivní ohrožení než stres. Terminologické zpřesnění, které bylo nabídnuto J. Danielem, bere v úvahu intenzitu stresoru, motivaci a individuální zvláštnosti osoby, na kterou zátěž působí. Rozlišuje tímto způsobem těžkou, střední a lehkou psychickou zátěž. Ovšem dva poslední udávané faktory jsou subjektivní, a tak se přiklání k tomuto rozlišení: optimální je používat pojem stres pro těžký psychický stres a pojem zátěž pro střední a lehký psychický stres (4).

Navzdory tomu, že vztah pojmů zátěž a stres je definován různými badateli odlišně, nalézáme jeden společný rys. Pojem stres je spojován s obtížnými a náročnými situacemi, které výrazně narušují homeostázu organismu a vyvolávají změny v imunitním, oběhovém a hormonálním systému. Při výkladu pojmů stres a zátěž je

přítom důležité, aby se vycházelo z bio-psycho-socio-spirituálně-ekologické jednoty člověka a braly se v úvahu všechny komponenty chování, prožívání i spojitost organismu s vnějším prostředím (38).

Pro eliminaci a zvládnání zátěže a stresu existuje řada programů podpory zdraví, tyto programy jsou velmi často používány v profesní oblasti, ať již v rámci konkrétních společností (Volkswagen), či určitých profesí (učitelé). Dlouhodobý, chronický stres vede k výskytu potíží či jejich zhoršení, pokud již existují. Jde zejména o vertebrogenní potíže, bolesti hlavy, alergie, anginu pectoris, peptický vřed či migrénu (53).

Zátěžové situace velice silně negativním způsobem ovlivňují úroveň subjektivní pohody, ačkoli je definována jako poměrně trvalá, stabilní hladina (29).

1.2. Psychická odolnost

Psychická odolnost - resilience, ve svém původním smyslu označuje spektrum osobnostních dispozic, ovlivňující odolnost jedince vůči působícím stresogenním vlivům. V přeneseném slova smyslu lze pojem resilience chápat jako schopnost vrátit se pružně do původního stavu, získat zpět síly, zotavit se (24).

Pojem resilience je první ze dvou skupin faktorů, které ovlivňují lokalizaci jedince v rámci škály zdraví – nemoc. Resilience označuje odolnost či nezdolnost vůči působícím stresorům či psychické zátěži. Druhou skupinou faktorů je vulnerabilita – zranitelnost, předpoklad reagovat funkční poruchou pod vlivem stresu. Pokud připustíme, že onemocnění je vždy nemocí člověka jako celku, vulnerabilita se tedy uplatňuje v etiopatogenezi jakéhokoli onemocnění. Resilience a vulnerabilita jsou protiklady v rámci kontinua zdraví – nemoc (23).

1.2.1 Vývoj studia psychické odolnosti

Zásadním východiskem zkoumání psychické odolnosti je úsilí kognitivní psychologie, klinické psychologie a psychologie zdraví o poznání okolností

a podmínek, majících vliv na formování pojetí světa každého člověka a jeho místa v něm (23).

Vývoj studií o stresu a resilienci lze rozdělit na tři hlavní etapy. Období před první etapou bývá označováno jako období předstresové, kdy byla psychická odolnost spojována s vůlí, jakousi duchovní mohutností, která rozhoduje i o chování člověka v zátěži (voluntarismus). Později se ale prokázalo, že i vysoká snaha může znamenat pokles výkonu (Yerkes – Dodsonův zákon) (14). Tento zákon nepřímo potvrzují i Csikszentmihalyi (23), který konstatuje, že *„příliš mnoho stanovovaných požadavků a výzev může působit stejně škodlivě jako jejich nedostatek.“*

Studiemi první generace jsou označovány veškeré práce na toto téma, které vznikly do vydání sborníku Psychologický stres dua autorů Appley, Trumbull. V těchto pracích byla patrná snaha vymezit psychickou odolnost jako trvalý rys lidské osobnosti. Tato snaha ovšem nebyla naplněna, obecný faktor odolnosti se nepodařilo vymezit, neprokázala se analogie s faktory inteligence. V pomyslné druhé generaci výzkumů, které shrnuli stejní autoři v roce 1985, hrál prim vztah jedince a situačního prostředí. Společným rysem prací druhé generace je definice proměnné, která označuje to, co je k dispozici osobnosti v okamžiku konfrontace se stresorem. Tato proměnná byla nazývána různými autory různě – adaptační, zátěžová či systémová kapacita, zdroje zvládnání. V této době se též začaly objevovat studie, které prokazovaly patologické důsledky psychosociálního stresu na každý systém v těle. Současně s tímto prodělal změnu i náhled na stres, stal se neodmyslitelnou součástí života a procesem, ve kterém člověk mění sebe a své okolí, dokonce začal být uvažován i jeho pozitivní účinek (eustres). Třetí generace studií odolnosti se zabývá hledáním proměnné, která zmírňuje dopady stresu na zdraví lidského organismu. Do této generace spadá i zavedení pojmu resilience ve smyslu návratu do původních podmínek bez deformace. Zdroje resilience byly specifikovány do tří oblastí – osobnostních zdrojů (dispoziční optimismus, spiritualita), somatické oblasti (kondice) a sociální oblasti. Shoda mezi autory panuje v názoru, že psychická odolnost – resilience je *„multifaktoriálně podmíněný vícerozměrný jev, charakterizovatelný ve smyslu komplexní dispozice, jež umožňuje*

člověku rozvíjet se, vyžrávat a rozvíjet kompetence v nepříznivých životních podmínkách.“ (24).

Někteří autoři ještě rozlišují autentickou resilienci, která je založena na opravdových vnitřních – osobnostních, sociálních dispozicích a předpokladech. Druhým pojmem je pseudoresilience, zdánlivá odolnost založená na stylizaci a účelovém chování, např. ve vztahu k sociálním rolím (mužnost, udatnost), kdy jsou tyto vlastnosti v daném situačním kontextu vnímány jako žádoucí (23).

1.2.2 Pojetí psychické odolnosti

1.2.2.1 Odolnost jako rys osobnosti

Toto pojetí představuje odolnost jako dispozičně kapacitní adaptační substrukturu osobnosti – klíčový komponent tzv. jádra osobnosti, který umožňuje zvládat jedinci různé situace a nepodléhat ohrožujícím, škodlivým či rušivým vlivům. Vysoká úroveň této odolnosti představuje zvýšení potence k úspěšnému zvládnutí požadavků a širší spektrum nároků, s nimiž se člověk vyrovná bez větší újmy. Odolnější člověk má v běžném životě menší počet důvodů k nespokojenosti, cítí se lépe, má méně problémů se zdravím a v mezilidských vztazích. V tomto pojetí je odolnost obecným kvalitativním znakem adaptace (38).

Psychická odolnost jako vlastnost osobnosti se objevuje v mnoha významných psychologických teoriích.

V rámci hlubinné psychologie definoval S. Freud pojem síla ega, zahrnující empirickou část psychiky jedince. Síla ega v sobě skrývá zdroj duševní síly a odolnosti, projevovaný egodefenzivními mechanismy (regrese, represe, vytěsnění atd.) (24).

Na hlubinnou psychologii navázala psychologie experimentální a v druhé polovině let šedesátých Rotter se svou koncepcí LOC – Locus of Control (místo kontroly). Tento koncept je založen na zjištění, že míra odolnosti člověka roste s jeho kontrolou nad situací. Pokud se člověk cítí jako pěšák (pawn) na šachovnici jiného,

bude jeho odolnost nižší než u člověka, který je původcem (origin) svého jednání. Interní či externí lokalizace kontroly chování ovlivňuje jednání a má vliv na odolnost vůči zátěži (14).

Prvek kontroly se následně objevuje i v jiných, významných koncepcích, a to Sence of Coherence A. Antonovského a hardiness S. Kobasové (23).

V rámci experimentální psychologie byla formulována roku 1975 Selingmanem koncepce naučené bezmocnosti (Hopelessness + Helplessness). Ukazuje, že lidé s naučenou bezmocností jsou méně adaptabilní (nesvobodní a pasivní na podkladu empirické zkušenosti) v zátěžových situacích, ačkoli jejich psychická odolnost může být právě díky zvyku vysoce nadprůměrná (14).

Další důležitou teorií je teorie sociálního učení. Ústředním pojmem Bandurovy teorie sociálního učení, později přepracované do podoby sociálně kognitivní teorie, je self – efficacy. Pomocí této koncepce Bandura usiluje o postihnutí lidského chování z hlediska triadického recipročního determinismu: triády faktorů – chování, vnitřní osobnostní dispozice a vnější prostředí (24).

Pojem self – efficacy je do češtiny obtížně přeložitelný. Nejčastěji se v literatuře setkáváme s alternativami sebeúčinnost, sebeuplatnění, osobní efektivita či přesvědčení o vlastní zdatnosti (38).

Self – efficacy vyjadřuje určitou schopnost úspěšně si osvojit dané chování, určité přesvědčení lidí, že mohou něco úspěšně vykonat, zvyšuje pravděpodobnost, že budou dané chování realizovat (30).

Hodnocení úrovně self – efficacy se opírá o čtyři skupiny informací: nejefektivnější je zkušenost se zvládnutím daného úkolu, další je zástupná zkušenost díky vzorům a jejich úspěchu, třetí skupinou je přesvědčování druhými o kompetencích k zvládnutí úkolu a posledními jsou informace o vlastním zdravotním stavu (23).

Významná je též souvislost percepce sebeuplatnění a psychobiologického fungování, kterou definoval A. Bandura. Zvyšuje totiž celkovou úroveň aktivace (arousal), v čemž lze nalézt souvislost s aspirační úrovní – čím vyšší je hodnocení

sebeuplatnění, tím vyšší jsou stanovené cíle. Schopnost zvládat zátěžové situace je kvalitativně vyšší u osob se zvýšenou percepcí sebeuplatnění (11).

Koncepce odolnosti hardiness, vytvořená S. Kobasovou z bostonské školy na konci sedmdesátých let, navazuje na tradici existencionální a humanistické psychologie. Vznikla v rámci rozpracování tématu úsilí o autentický život, tedy identifikaci a rozvíjení osobnostních charakteristik zvyšujících odolnost (23).

Tento konstrukt vlastně vznikl jako pokus o vysvětlení rezistence jedinců s vysokým skóre životních změn vůči onemocnění. Kobasová chápe život dynamicky, jako neustálou změnu a vyzdvihuje schopnost jedince transformovat stresující životní události na příležitosti a výzvy k životnímu vývoji (53).

Pojetí hardiness vyjadřuje tuhost, houževnatost osobnosti, pro kterou je typická dominantní konfigurace tří osobnostních rysů, a to kontroly (control) – přesvědčení o vlastních možnostech zvládat dění kolem, výzvy (challenge) – chápání změn jako vývojových stupňů a zaujetí (commitment) – věnování se smysluplnému (14).

Paulík uvádí, že významnější součástí tvoří složky control a commitment než challenge. Ta se jeví z hlediska vlivu hardiness na zvládání zátěže jako méně významná. Výzkumy prokázala existence relativně vysoké negativní korelace mezi hardiness a neuroticismem podněcuje k úvaze, zda nízká úroveň hardiness nepředstavuje neuroticismus (38).

Složka commitment v konstrukt odolnosti hardiness je velmi blízká koncepci hledačské aktivity dle Zuckermana (sensation, novelty seeking) jako protipólu naučené bezmocnosti. Koncipuje v sobě jakousi pozitivní energii k aktivnímu hledání možného řešení i v případě nepříznivých podmínek (23).

Koncepce optimální zkušenosti (optimal experience) sice není primárně koncepcí o odolnosti, nicméně zahrnuje ve své podstatě specifický protektivní profil, který zvyšuje schopnost člověka čelit nepříznivým vlivům okolí. Tento profil je dán jak osobnostními dovednostmi a dispozicemi, tak požadavky, vztahujícími se k činnosti jedince. Toto pojetí definoval na konci 20. století psycholog Csikszentmihalyi.

Zásadním pojmem této teorie je flow, který vyjadřuje hluboké zaujetí činností, splynutí s ní a pozitivní emoce spojené s dosažením cílů ve vykonávané činnosti (24).

Flow, který je Křivohlavým překládán jako vrcholný zážitek, musí přesahovat běžné schopnosti a dovednosti, musí být pro jedince neodolatelnou výzvou, které nelze odolat. Přítomno je prožívání až extatických emocí a pocitů dokonalého štěstí, rozjaření. Tyto emoce jsou však vnímány spíše retrospektivně, jednou z podmínek hlubokého zaujetí je totiž eliminace emocí. Množství těchto flow činí v osobnosti jakousi zásobárnu psychických sil, z které je možné čerpat v budoucnu (29).

Do pojetí odolnosti coby rysu osobnosti spadá též velmi významná koncepce Sense of Coherence, které je dále věnována podkapitola.

1.2.2.2 Odolnost jako proces

Za hlavní podmínku rozvinutí odolnosti ve smyslu procesu, uvádí M. Earvolinová – Ramirezová (38) „*vznik silně nepříznivé situace s rušivými vlivy, jejíž nutná změna představuje výzvu.*“

Důsledkem odolnosti v tomto pojetí je efektivní coping, zvládnutí a ovládnutí situace a pozitivní adaptace. Znaky odolnosti v tomto pojetí jsou vysoká očekávání a sebedůvěra, pozitivní vztahy a sociální opora, smysl pro humor či přesvědčení o vlastní účinnosti – self – efficacy (38).

1.2.3 Sence of Coherence (SOC)

Toto pojetí bylo definováno v polovině osmdesátých let psychologem A. Antonovskym, profesorem na univerzitě v Tel Avivu. Velkou měrou vychází ze salutogenetického myšlení, orientovaného na zdraví a jeho rozvoj, opačně od myšlení patogenetického, které se orientuje na nemoc a její potlačení, likvidaci. Podle autora této koncepce jde o „*základ struktury osobnosti a determinantu místa člověka na zdravotním kontinuu a pohybu po tomto kontinuu dobrým, salutogenetickým, směrem.*“ (14).

Základem SOC je důvěra, že jedinec žije v prostředí, jehož působení je předvídatelné, pochopitelné a uspořádané; svět tak tvoří smysluplný, vnitřně soudržný celek. Sama výbava člověka na žití života plně dostačuje, má tedy smysl vynakládat energii na řešení úkolů, plně se věnovat dosažení cíle a úkoly chápat jako výzvu (38).

Spolu s konstruktem hardiness S. Kobasové navazuje A. Antonovsky na podněty existenciální a humanistické psychologie. Sám pojem SOC je do češtiny nejčastěji převáděn jako smysl pro soudržnost, smysl pro integritu či vědomí souvstažnosti. Antonovsky vycházel z vlastních poznatků, které se týkaly osob vězněných v nacistických koncentračních táborech a na základě rozdílů, které vyzoroval v souvislosti se schopností čelit takto náročným podmínkám, vyslovil předpoklad existence tří složek smyslu pro soudržnost (23).

První složka SOC je manageability – zvládnutelnost situace při uvědomění si vlastních zdrojů a schopností vynaložitelných k řešení situace; comprehensibility – pochopitelnost, schopnost vidět svět kauzálně; meaningfulness – smysluplnost řešení daného problému, vyvolávající pozitivní emoce. Manageability představuje instrumentální prvek a comprehensibility kognitivní prvek. Centrálním komponentem je dle autora konceptu meaningfulness, který v sobě skrývá motivační náboj (38).

V každé ze tří složek lze odstupňovat spektrum od kladné po zápornou polaritu. V rámci manageability je kladným pólem přesvědčení o vlastní síle a způsobilosti řešit problémy a zvládat je. Opačná polarita se pak projevuje dojemem vlastní nekompetentnosti a nevybavenosti k řešení a ovládnutí úkolů. U comprehensibility je žádoucí pól jistota, že na určité situace se lze připravit a předvídat je. Negativní pól představuje dojem, že události jsou ve své chaotičnosti velmi komplikované na to, aby na ně šlo adekvátně reagovat či je pochopit. U třetí složky SOC meaningfulness je v kladné škále tendence považovat za smysluplné řešení dané situace a vynaložit úsilí, které je následně spojeno se sociálním oceněním. Záporný pól představuje odcizení a odosobnění situace, které má za následek sociální izolaci. Souhrnně lze konstatovat, že nedostatek SOC vytváří pocit, že základním rysem života a prožívání je chaos, nelze na nic spoléhat a to ani na sebe. Dle Antonovského se základ SOC utváří již v raném

vývoji jedince, avšak modifikuje se v průběhu prvních tří dekad. Za významný faktor je považován nástup do prvního zaměstnání a první roky nato. Poté se SOC relativně stabilizuje. Osoby s vysokým SOC projevují vysokou flexibilitu při výběru a uplatňování zdrojů při reakci na stresory (38).

Jak SOC, tak i konstrukt hardiness zdůrazňují faktor smysluplnosti. Nalezení smyslu svého života je považováno za důležitý protektivní faktor zdraví. Důkazem je například V. E. Frankl, který logoterapii, svou metodu léčby neuróz, opírá o nalezení smyslu života (53).

Antonovského koncepce Sense of Coherence se stala východiskem a inspirací pro mnohé další výzkumy, zaměřené na vztah psychických dispozic ke zdraví a dalších proměnných. Pro výzkumy byla používána Antonovského škála SOC-29 s 29 položkami i redukovaná alternativa SOC-3 (24).

1.2.4 Moderátory psychické zátěže

Moderátory a mediátory jsou činitelé, kteří v odolnosti vůči zátěži zprostředkovávají vztahy mezi podněty a reakcemi, omezení, zmírnění či zesílení vlivu zátěže na lidskou osobnost. Někdy (zejména v obecnějších úvahách) se pojmy mediátory a moderátory užívají jako synonyma. Častěji ale, v zájmu subtilnější analýzy, se tyto dva pojmy rozlišují (38).

Dle Folkmanové a Lazaruse jsou moderátory ty proměnné, které existují již před počátkem působení zátěže, jsou tedy nezávislé na zátěži i na jejím zvládnutí (pohlaví, věk, dovednosti, schopnosti a vědomosti, vlastnosti osobnosti). Moderátory jsou spojeny a jsou typické pro individualitu jedince, jsou v čase relativně stabilní a konzistentní. Naproti tomu mediátory jsou proměnné, které vznikají až při vystavení osobnosti zátěži a následně zasahují do vztahů mezi proměnnými. Mnohem více než moderátory tedy souvisí se zátěží a jejím zvládnutím a jsou variabilnější (38).

A. L. Quinter (38) spatřuje nejvýraznější rozdíl mezi mediátory a moderátory z metodologického hlediska. „*Moderátory se podílejí na podmínkách, za nichž se mění působení nezávislé proměnné na závisle proměnnou. Mediátory se pak testují analýzou*

způsobů, kterými dochází ke změnám závisle proměnných. Mediátory hrají podstatnou roli mezi prediktory důsledků zátěže.“

1.2.4.1 Dispoziční optimismus

Současné psychologické teorie považují nejčastěji optimismus za kognitivní charakteristiku a zaobírají se jeho cíli, očekáváními a kauzálními atribucemi. Mimo zorné pole ovšem nestojí ani emoční doprovod pesimismu a optimismu. Teorie, které se zabývají individuálními rozdíly optimismu, se nerozcházejí s teoriemi, které považují optimismus za inherentní součást lidské osobnosti. Každý člověk disponuje určitou základní mírou optimismu, jsou ovšem velké rozdíly v tom, jakým způsobem se v životě projevuje (6).

Optimismus může být v zásadě situační nebo dispoziční. Dispozičním optimismem se rozumí generalizovaný a v čase relativně stabilní rys osobnosti. Optimismus v obou formách ovlivňuje psychosomatický stav i rozhodování o řešení problémů, promítá se tak do psychické odolnosti. Uskutečněné výzkumy zaměřené na optimismus ve vztahu k zvládnutí zátěže (např. I. Sarmány-Schuller, 1997) říkají, že optimisté, resp. osoby s vyšším skóre optimismu jsou při řešení problémů aktivnější, zaměřují se častěji na problém sám (problem focusing) a jejich zvolené strategie řešení jsou adaptabilnější a vykazují vyšší efektivitu. Optimisté jsou méně citliví na nejistotu a neurčitost v životních situacích. U optimistů též lze zaznamenat lepší fyzický zdravotní stav, lepší stav imunitního systému zapříčiněného vyšším počtem T-lymfocytů. Ověřené jsou i poznatky S.C. Segerstroma et al. (1998) o čtenějších pozitivních zdravotních návycích optimistů, které lze dát do souvislosti s efektivnějšími copingovými strategiemi, nižším výskytem depresí a úzkosti a nižší mírou konzumace alkoholu (38).

Definice Carvera a Scheiera vysvětluje dispoziční optimismus jako generalizované očekávání kladného průběhu událostí. Toto pojetí vyplývá z modelu motivace – očekávání – hodnoty. Dispoziční optimismus je do značné míry ovlivněn

genetickými vlivy, není však úplně zřejmé, zda sám o sobě či ve vztahu s některými temperamentovými charakteristikami. Peterson rozlišuje optimismus na velký a malý. Velký optimismus je naplněn obecnými očekáváními v horizontu celého života, malý optimismus pak zahrnuje specifická očekávání pozitivních výsledků. Předpoklad zní, že velký optimismus je vrozený, kdežto u malého optimismu je zásadní vliv učení (6).

1.2.4.2 Arousabilita

Arousabilita, v překladu vzrušení, postihuje obecnou míru vzrušení specifickou pro daného jedince. Arousabilita se skládá z individuální úrovně mentální bdělosti, fyzické aktivity a ostražitosti. Projevuje se zejména v situacích, které jsou náročnější, nečekané, tzv. high-information situations, a to tak, že dochází k větší koncentraci a fyzické aktivitě (hlasitější řeč, větší celkové tělesné napětí, výrazné grimasy a gesta). Nižší hladina arousability jedince se projevuje menším nabuzením a rychlejším návratem do výchozí úrovně vzrušení. Emočně se vyšší arousabilita souvisí s tendencí znovuprožívání emocí, neurotickými potížemi či nižší odolností vůči úzkosti. Prožívání situací jedince s vyšší arousabilitou se doprovází intenzivnějším afektem s doprovodem empatie a senzitivity, patrné je prohloubení potřeby afiliace, závislosti na ostatních a nižší úrovně schopnosti redukce impulzivity. Vztah vzrušivosti k somatickým problémům je podobný svými projevy vztahu somatické stránky ke stresu. Vyšší míra arousability je doprovázena vyšší diastolickým tlakem či vyšším rizikem kardiovaskulárních chorob (59).

Arousabilita je definována jako síla nabuzení jedince, která ovlivňuje odpověď na náhlé změnění situace, příval nových podnětů či neočekávané změny situace. Výzkumy provedené A. Mehrabianem dokazují koreláty mezi arousabilitou a vyšší mírou emocionality, snažším vyvoláním silných emočních stavů, které trvají déle, než se vrátí ke svému původnímu, nevzrušenému stavu. Arousabilita též znásobuje některé formy a projevy agrese, potěšení z násilí či dokonce sebevražedné sklony (31).

Používaným nástrojem pro zjišťování úrovně arousability je Arousal and Optimism Scale (AOS). Autory AOS jsou I. Sarmány-Schuller a A.L. Comunian.

Kromě obecné vzrušivosti měří tato škála i dispoziční optimismus. Obsahuje 17 tvrzení o chování, z toho 8 se týká arousability (38).

1.3 Handicap

Definice handicapu publikovaná roku 1980 Světovou zdravotnickou organizací v rámci Mezinárodní klasifikace postižení - International Classification of Impairment, Disability and Handicap (ICIDH), považuje handicap za nevýhody pro daného jedince vyplývající z neschopnosti či poškození, která nějakým způsobem omezují, zabraňují splnění úkolu, který je pro daného jedince v kontextu pohlaví, věku a sociokulturních faktorů normální. Ovšem dle revidované Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF) - International Classification of Functioning, Disability and Health z roku 2001, která nahradila ICIDH je pojem handicap nahrazen pojmem omezená participace. Omezená participace vyjadřuje problémy, které jedinec může prožívat při zapojení do životních situací. Přítomnost omezené participace je výslednicí participace jedince a očekávání společnosti od jedince bez překážek v téže společnosti a kultuře (57).

Skupina osob s handicapem, která ve světovém měřítku zahrnuje 650 milionů lidí, je chráněna různými dokumenty mezinárodního práva, včetně Všeobecné deklarace lidských práv. V roce 2006 byla přijata Úmluva o ochraně práv zdravotně postižených osob, která by měla zajistit osobám s postižením stejná práva jako všem ostatním. Velký důraz je kladen na zákaz diskriminace a v rámci opčního protokolu zmíněného dokumentu upravuje podmínky podávání stížností vůči jeho nedodržování (16).

1.3.1 Zvládání handicapu jako psychické zátěže

Adaptace na subjektivně nepříjemné skutečnosti ohrožující obraz o sobě a tím i pocit jistoty je zabezpečována obrannými mechanismy. K vyrovnání se s handicapem, potažmo jinou náročnou životní situací, existuje celá řada těchto mechanismů. Mezi časté způsoby vyrovnání se patří agrese, ať již v podobě verbální či fyzické. Pozitivním aspektem agrese je možnost vybití přijatelným způsobem, a to četbou či sledováním

filmů a zejména sportem. Dalšími mechanismy jsou vytěsnění, projekce, identifikace, kompenzace, racionalizace, trestání sebe sama, únik do nemoci, regrese, fixace, potlačení, negativismus či únikové chování (38).

To, že postižení působí řadu frustrací, konfliktů, z nichž některé mohou být pro jedince neřešitelné, již bylo zmíněno. Z tohoto pohledu je však sekundární, jakým typem postižení a jeho těžkostí jedinec trpí. Způsoby řešení takto náročné situace lze zobecnit pouze jako reakci na náročnou životní situaci. Prožívaná závažnost postižení není přímo úměrná k jeho reálně posouditelné závažnosti, lehčí postižení může způsobovat těžší sekundární postižení psychiky, pokud se s ním jedinec vyrovnává hůře (52).

Pro popsání skutečnosti zvládnutí zátěžové situace, v kontextu této práce handicapu, se nejčastěji používají pojmy copingové strategie či copingové styly. Základní dělení copingových stylů, které je nejčastěji uváděno, rozlišuje tři hlavní kategorie. První je zaměření nebo orientace na problém, druhou je zaměření se na emoce a konečně třetí styl, defenzivní, orientace na únik. Toto dělení vychází z dvou základních strategií, které vymezili R. S. Lazarus a S. Folkmanová. Jde o zvládání orientované na problém (problem-focused coping) a zvládání orientované na emoce (emotion-focused coping). Orientace na problém v sobě postihuje snahu změnit prostředí a působit na něj (analýza situace, plán postupu), kdežto orientace na emoce působí na přiměřenější přijetí vlastní emoční reakce (vyjadřování emocí, reinterpretace ale i popření, tendence k dennímu snění, abúsu alkoholu či drog) (4).

Definici i obecný model zvládání těžkých životních situací presentoval v polovině šedesátých let R. S. Lazarus (28). „Zvládáním se rozumí proces řízení vnějších i vnitřních faktorů, které jsou člověkem v distresu hodnoceny jako ohrožující jeho zdroje.“ Autor dále uvádí, že: „Jádrem zvládání je využívání snah řídit (monitorovat, ovládnout, minimalizovat) vnitřní či vnější požadavky, které těžce doléhají na člověka (a konflikty mezi nimi).“

Model zvládání má tři fáze, primární a sekundární hodnocení situace a znovuhodnocení situace. Primární hodnocení (primary appraisal) je zhodnocení všech

negativních aspektů dané situace, všeho, co může jedince ohrozit, z čeho má obavy a čeho se bojí. Sekundární hodnocení (secondary appraisal) je naopak zhodnocení všech pozitiv dané situace, možností a alternativ, které jsou jedinci k dispozici pro zvládnutí situace. Přehodnocení situace (reappraisal) nastává po konfrontaci sekundárního a primárního hodnocení. Spočívá v ověření efektivity použitých postupů (28).

Styly zvládání náročných situací se rozumí tendence jednat se stresující situací určitým způsobem. Mezi tyto styly obecně patří vyhýbání se stresu, stavění se stresu čelem a katarze (duševní očistění sdílením). Česká autorská dvojice B. Blažek a J. Olmerová vymezila sedmero stylů zvládání zdravotních těžkostí. Jedná se o: autismus – vnitřní emigrace, robinzonovství, kompenzace, překompenzování ztráty, dobrovolné podstupování rizika a utrpení, směna a dialog (28).

Na zvládání handicapu lze též nahlížet z hlediska teorie seberegulace. Snaha jedince dosáhnout osobních cílů je totiž podle teorie seberegulace (self-regulation theory) dle Carvera a Scheiera ústředním hybným impulsem v průběhu celého lidského života. Dlouhodobé cíle, čili základní životní úkoly dávají člověku smysl života a strukturují ho. V případě výskytu překážek při splňování úkolů – naplňování životních cílů, se v psychice jedince objeví frustrace. U jedince nemocného (pacienta) se můžeme setkat s projevy dekompenzace, čili ztráty schopnosti se pohotově nové situaci přizpůsobit, adekvátně na ni reagovat a působit na změněné prostředí. Po tomto následují tyto alternativy: hodnocení možnosti zvládnout tuto situaci (assess), zvládání (coping), vyvázání se z pokračování na cestě k cíli, substituce cíle nebo objevení nové cesty k vytyčenému cíli (28).

1.3.2 Osobnostní charakteristiky osob s handicapem

Specifika osobnosti jedince jsou do značné míry ovlivněna skutečností, zda je postižení vrozené či získané, též záleží na druhu postižení. Vady vrozené ovlivňují jedince od počátku jeho života, vyvíjí se za ztížených podmínek. Zpravidla je tak dítěti omezen přísun podnětů, nezbytných k optimálnímu vývoji, taktéž podmínky pro rozvoj schopnosti učit se mohou být omezeny. Neopomenutelným faktorem je ztížení

sociálního kontaktu jak s vrstevníky, tak s dalšími osobami. Kvůli častému pobytu ve zdravotnických zařízeních se mohou narušovat vazby s rodinou, dítě může být ohroženo subdeprivací až deprivací a nedostatkem citových vazeb. Jedinec s vrozenou vadou může být ohrožen i z pozice okolí, nadměrná lítost, hýčkání, nevhodné chránění a malé vedení k soběstačnosti a samostatnosti jsou ohrožujícími faktory (7).

U vrozených postižení je počátek vývoje jedince obdobím velké krize rodičovské identity, dobou, ve které se formuje adaptace na odlišnost vlastního dítěte. Prvotní zkušenosti rodičů v nové situaci tvoří nejrůznější odchylky v jejich chování, které ovlivňují vývoj dítěte v horizontu desítek let. Konkrétně symbiotický vztah matky k dítěti daný vývojem, který může být udržován do pozdějšího věku, se stává vztahem spíše parazitujícím. Nadále už je lhostejné, zda fixace již vývojově nefunkčního stavu byla zapříčiněna kompenzačním úsilím matky a hyperprotektivitou či vlivem neuvědoměle posilované závislosti dítěte (52).

Vady získané s sebou přináší odlišná úskalí. Z psychologického hlediska jsou doprovázeny naprosto jinými problémy, bereme-li v úvahu, že postižení vzniklo v době, kdy již byly rozvinuty určité schopnosti a dovednosti, jako například řeč. Náhle vzniklé postižení je velmi náročnou životní situací, spojenou s prožíváním úzkosti. Jedinec se musí vyrovnat nejen se změnou vzhledu (nejhůře jsou snášeny změny v obličeji), ale i se závislostí na druhých, ztrátou fyzické zdatnosti a různými sociálními důsledky. Zvládnutí této náročné situace je individuální a záleží na osobnosti, dřívějším osvojení si zvládacích mechanismů i předchozím vývoji (7).

Velkou roli připisuje tělesnému vzhledu i Hadj-Moussová. Celkový tělesný vzhled jedince hraje mimořádnou roli v sociálních vztazích, které mohou být osobní přitažlivostí či odpudivostí jedince silně poznamenány. Globálně získané postižení méně zasahuje vývoj funkcí osobnosti, protože se až do vzniku postižení mohly vyvíjet normálně. Klade ovšem mnohem větší nároky na adaptaci, znamená velký zásah do osobnosti, traumatizuje a je velice intenzivně prožíváno též v rámci vize do budoucna a osobnostních perspektiv (52).

1.3.3 Osoby s handicapem a návykové látky

U osob s handicapem je možné předpokládat, že vzhledem ke zdravotním potížím, které mají, mohou ve vyšší míře trpět odloučeností, obtížnějším hledáním přátel, partnera či sebeuplatněním v zaměstnání. Pocity mohou být prožívány odlišnou intenzitou než u osob bez handicapu. Pokud v této situaci nenaleznou pomoc či nepatologické východisko, hrozí, že potíže mohou být řešeny návykovým chováním či užíváním návykových látek (18).

Konkrétními rizikovými faktory ve vztahu k závislostnímu chování je častější užívání léků, oslabení metabolismu a orgánových soustav, horší schopnost predikce rizik či atypické projevy centrální nervové soustavy (37).

Jak uvádí Heinemann, riziko výskytu drogových problémů je u osob s tělesným postižením – tedy vadami nosného a pohybového ústrojí či nervového systému s porušenou hybností – vyšší než v běžné populaci. Jejich výsledný stav v mnohých případech souvisí s abúzem alkoholu či jiných návykových látek (13).

Pilotní studie realizovaná Masarykovou univerzitou, resp. P. Kachlíkem a kol. však přinesla odlišné závěry. U osob s motorickým postižením lze pozorovat, že masivnímu zkoušení a dalšímu užívání drog odolávají více než majoritní část populace bez zdravotních handicapů. Studie vykazuje nižší výskyt konzumentů tabáku, marihuany a vyšší výskyt alkoholových abstinentů. Ojedinele se vyskytly experimenty s opiáty a stimulanty, halucinogeny, těkavými látkami. K důležitým důvodům užití drog patřilo zmírnění zdravotních obtíží, navození příjemného psychického stavu či zvědavost (19).

U skupiny osob se spastickými potížemi a bolestivými syndromy bývá častěji pozorován abúzus alkoholu, či jeho kombinace s látkami tlumivými. Zahraniční studie uvádí inklinaci k užívání drog osobami, jejichž stav nevznikl prenatálně či perinatálně (37).

1.4. Sportovní aktivita

Vysoká úroveň fyzické kondice je fenomén, který je možné porovnat se stavem po očkování. Pravidelná fyzická aktivita, která je jedním z nejdůležitějších zdrojů fyzické kondice a zdatnosti do jisté míry očkuje tělo tím, že ho vystavuje drobným stresorům. Naneštěstí krátkodobá či sporadická fyzická aktivita nepřináší velké výsledky, proto je nutná pravidelnost a soustavnost. Takováto fyzická aktivita potom vede k celé řadě příznivých změn v organismu, a to jak po fyzické, tak po psychické stránce. Například se snižuje krevní tlak i srdeční frekvence, roste počet červených krvinek, pružnost tepen, snižuje se sekrece adrenalinu, zvyšuje se pevnost ligament a úponových šlach a zrychlují se metabolické procesy (53).

Pohybovou aktivnost jedince ovlivňuje celá řada faktorů, mezi které patří sebevědomí, podpora ze strany přátel a rodiny, radost se snahy něčeho dosáhnout, cílevědomost a přesvědčení, že člověk pohybovou aktivitou získá určité benefity. Důležitým stimulem je pocit úspěchu, který se může dostavit zapříčiněn vítězstvím, dobrým výkonem, zvýšením zdatnosti či zlepšením fyzického vzhledu. Pocitění vnitřní odměny někdy trvá déle jedincům, kteří se ji nenaučili získávat v jiných oblastech svého života (30).

1.4.1 Vliv sportu na psychickou stránku jedince

Sport je charakteristický svým kompetičním nábojem a je zdrojem mnohdy extrémních nároků, spojených s ohrožením zdraví, materiálních hodnot či životů. Sportovní výkony na vrcholové úrovni vyžadují vysoký stupeň zátěžové odolnosti, který se do jisté míry může stát kritériem výkonu, úspěchu. V obecném slova smyslu vyžaduje sportovní výkon jistou rovnováhu nároků a dispozic včetně adekvátního vztahu konativních složek včetně aktivace a výkonové kapacity (dovednosti a schopnosti). Vztah aktivace k výkonu je předmětem mnoha výzkumů psychologie sportu, předpokládá se přitom, že lze nalézt pro určitý výkon optimální úroveň aktivace (motivačního a volního úsilí). Již od roku 1908 byl vztah aktivace a výkonu vyjadřován inverzní U-křivkou na základě Yerkes-Dodsonova zákona. Z této křivky vyplývá, že

aktivace nedosahující či výrazně překračující optimální úroveň narušuje či negativně ovlivňuje výkon. Z hlediska psychologie je tento jev vysvětlován přemírou informací a vjemů, které jedinec není schopen selektivně zpracovat, je zahlcen, dochází k negativní emoční tenzi a jedinec se dopouští chyb. S touto teorií polemizuje katastrofický model L. Hardyho a J. Fazeye z přelomu osmdesátých a devadesátých let. Tento model souhlasí s tím, že fyziologická aktivace působí na zvládnání situace, ovšem jen při nízké úrovni kognitivního rozrušení. Při silném rozrušení před výkonem nastává katastrofický stav, kdy aktivační úroveň je silně nad optimem a výkon prudce klesá (38).

Protektivní vliv sportu je přímý i nepřímý. Nepřímý vliv znamená odklon od stresujících myšlenek či aktivit a zmírnění stresu pomocí kognitivních procesů a s nimi souvisejících emocí. Výzkum, který provedla Šolcová roku 1990, jasně ukázal, že sportovní aktivita příznivě ovlivňuje psychofyziologickou reakci dítěte na psychickou zátěž, a to již při anticipaci stresující situace (48).

Další výzkum, který provedl Hošek v roce 2003, ukazuje zřetelně vyšší hodnoty Sense of Coherence u studentů, kteří pečují o svou kondici, pravidelně se otužují a vykazují nižší nemocnost. Též výzkumy ohledně osobnostní složky hardiness vykazují lepší výsledky sportovců. Zvláště ve složce challenge dosáhli lepších výsledků sportovci, kteří provozují sport závodně, tedy včetně pravidelného rytmu opakujících se příprav, tréninků a závodů. V jejich případě neznamena žádnou katastrofu, ale spíše ukazatel účinnosti přípravy, vypovídající o nutnosti zkvalitnit další přípravu tak, aby v následující soutěži bylo možné uspět (23).

Sportovní aktivita má významný krátkodobý i dlouhodobý vliv na psychickou pohodu, přímo ovlivňuje sebeúctu, úzkost, tenzi a percepci stresu. A to jak u zdravých i nemocných jedinců v rámci dospělé i adolescentní populace. Aerobní cvičení má vliv na snižování intenzity a trvání depresivní epizody následkem stresogenní životní události (47).

Na základě P. Salmonem provedené longitudinální studie je zřejmé, že aerobní aktivita má antidepresivní a anxiolytický účinek a chrání jedince před škodlivými

účinky stresu. Výsledky výzkumu ukazují, že pohybový trénink zajišťuje trvalou odolnost vůči stresu. Tímto se otevírá široké pole působnosti pro klinickou oblast, a to ve formě využití sportovního tréninku jako nespecifického léčebného procesu v sociálně-psychologické oblasti (41).

Sportovní aktivita nárazová, nadlimitní a s krátkými přestávkami na zotavení může vést k přetrénování a stresu. Je tedy nutné sportovní aktivitu plánovat s ohledem na kondici, možnosti a stav jedince. Spolehlivě v počátcích diagnostikovat přetrénování a s tím následně spojený stres na základě fyziologických parametrů není možné. Pro tyto účely se využívají standardizované psychologické metody diagnostiky (25).

V důsledku eustresu, libého stresu, který má analgetizující účinky na něj může při sportovní aktivitě vzniknout návyk, konkrétně při sportovních vytrvalostních aktivitách. Ve sportu též můžeme pozorovat jev, kdy vítěz není po mezním výkonu unaven a libě prožívá posoutěžní únavu, která by ovšem u ostatních znamenala hraniční zátěž. Někdy se o eustresu mluví též v případech, kdy stres prokazatelně stimuluje výkon jedince, mobilizuje totiž jinými způsoby neuvolnitelné kapacitní zdroje organismu (14).

1.4.2 Sociální vlivy na osobnost sportovce

Osobnost člověka je individuální integritou dispozic a predispozic k psychickým reakcím určitého typu, která zabezpečuje diferenci typické reakce jedince v dané situaci (33).

S vyšší úrovní podávaného výkonu sportovce se zužuje jeho vnímání okolního světa a jedinec se uzavírá do mikrosvěta sportu. Pohybuje-li se sportovec na úrovni profesionála, pomalu se mění hodnoty sportu z požitku směrem k nutnosti s rostoucím tlakem, souvisejícím se sportem coby zdrojem obživy (35).

Pro vrcholového sportovce – profesionála je tak podstatou životního smyslu, seberealizace i těžištěm aspiračního směřování výhradné zaměření na výkon,

soustředění na úspěšnou účast v soutěžích a absolutní podřízení času sportovní přípravě (44).

V pojetí sportovního výkonu, coby kritéria vývoje osobnosti, je nezastupitelné působení na určité vlastnosti sportovce, zejména cílevědomost a houževnatost, čestné soutěžení a odolnost proti neúspěchu, sebevědomí a odvahu (10).

Při již zmíněném tunelovém vidění mikrosvěta sportu je zásadně ovlivňována osobnost sportovce nejbližším okolím, a to hlavně rodiči, trenéry a učiteli. Prostředí sportu je typické nesmírným tlakem na výkon a úspěch při soutěži, neúspěch je pro sportovce sám o sobě trestem a v případě, že je odezva nejbližšího okolí negativní, snadno dojde k frustraci a hledání východiska z nepříjemné situace, čímž může být užití podpůrných látek a prostředků. Tendenci k překračování fair play chování mívají zejména sportovci, na které jsou kladeny požadavky, kterým sportovec nemůže dostát (46).

Ve vztahu osobnosti jedince k užívání podpůrných látek dochází ke komparaci dvou aspektů: toho, co sportující jedinec chce – vnitřní a vnější motivace, která se v čase mění a toho, co může – což souvisí s vrozenými schopnostmi, dovednostmi a dispozicemi ke sportu. Tyto dva aspekty by měly být vyváženy, vhodně se doplňovat a být propojeny. V případě vychýlení rovnováhy dochází k pocítění potřeby řešit nastalou situaci a nalézt správnou volbu dalšího postupu. Nezanedbatelnou roli hraje i výkonová motivace, která je výsledkem sociálního učení. Vystihuje snahu dosáhnout úspěchu a zároveň vyhnout se neúspěchu spolu se souvisejícími, nejen sociálními, aspekty. Optimální a správně nastavené cíle jsou velmi důležitými motivačními faktory. Jejich dosažitelnost a relevantnost jen utvrzuje formování čestného jednání, prevenci užívání podpůrných látek a celkově vývoj osobnosti v pozitivním směru (46).

Jednou z nejdůležitějších postav sportovního prostředí je trenér. Zastává významnou roli jako vzor, zejména pro mladší sportovce. S jeho myšlenkami, názory a ideály se jeho svěřenci ztotožňují. Často trenér zastává roli náhradního rodiče, se kterým bývají konzultovány i soukromé záležitosti, což bývá častější u dívek a žen.

Činnost trenéra musí směřovat k dosažení maximální výkonnosti svěřenců ve sportu a zároveň rozvoji osobnosti v aspektu etických zásad (42).

1.5. Návykové látky v kontextu sportu

1.5.1 Užívané návykové látky

Základní terminologie rozlišuje tři stupně užívání návykových látek, a to úzus, škodlivé užívání a syndrom závislosti. Úzus je charakteristický jako užívání, které nevede k žádným signifikantním poškozením uživatele, a to nezávisle na tom, zda je užití jednorázové či opakované. Škodlivé užívání čili abúzus již uživatele návykové látky zatěžuje na tělesné, interpersonální či psychické úrovni. Syndrom závislosti je charakteristický výskytem kognitivních, fyziologických a behaviorálních fenoménů, v nichž má užívání návykové látky větší přednost než činnosti, kterých si jedinec kdysi cenil více, přítomna je silná touha po návykové látce. Vznik závislosti bývá vyústěním abúzu, a to na základě předcházející pozitivní zpětné vazby na změněné prožívání při intoxikaci (22).

K užívání návykové látky dochází podle modelu bio-psycho-socio-eko- spirituálním, který současně definuje vztah mezi návykovou látkou, uživatelem a prostředím. K jednotlivým složkám modelu se váží dva typy faktorů, protektivní, které jsou podporovány prevencí a rizikové, které se prevence snaží minimalizovat (21).

Zneužívání návykových látek vede k vytváření psychofyziologických stavů, které jsou ve svém jádru nedobrovolné, nevědomé a mají posilující účinky na vytvářející se bludný kruh závislosti (20).

1.5.1.1 Stimulancia

Užívání stimulancií, která působí na průběh volních i mimovolních procesů prostřednictvím centrálního nervového systému, zapříčiňuje na biochemické úrovni

psychické stavy ovlivňující chování, jednání a prožívání jedince. V rámci sportovního výkonu jsou stimulanty využívána k oddálení únavy, udržení koncentrace a bdělosti, povzbuzení soutěživosti a vyburcování agresivity či snížení pocitu vnímání bolesti (35).

Vzhledem k výše naznačené různorodosti účinků stimulačních látek bývá důvodem k užití stimulantů sportovci i dosažení relaxovaného stavu, snížení nervozity, zvýšení sebedůvěry a přizpůsobení organismu vyššímu stupni připravenosti před soutěží (50).

Do skupiny stimulantů patří celé spektrum látek: amfetaminy, efedrin a pseudoefedrin, kokain, ritalin, strychnin, kofein a extáze, která stojí na pomezí stimulantů a halucinogenů.

Amfetaminy se řadí do skupiny nejčastěji užívaných drog lidské populace, a to jak ve formě léčiv, například léků na hubnutí či léků pro léčbu poruch dětské hybnosti, tak jako drogy (39).

Působení amfetaminů na organismus zahrnuje aktivizaci sympatických nervových vláken a zvýšený průtok krve svalovou tkání spolu s uvolňováním adrenalinu v nadledvinkách (35).

Celkový přínos amfetaminů pro sportovní výkon spočívá především v regulaci psychických funkcí – snížení pocitu únavy, nárůst aktivity, koncentrace, sebedůvěry, pocitů „plnosti energie“, ačkoli jsou tyto vjemy pouze subjektivní. Vítaným účinkem je též snížení pocitu hladu a snížení tělesné váhy. Jedním z negativ amfetaminů je metabolický vliv na spotřebu glykogenu v zapojených svalových partiích, která je zrychlená, k vyčerpání glykogenových zásob tak dochází rychleji (39).

Efedrin je podobný amfetaminu, a to nejen chemicky, ale též účinky na centrální nervový systém lidského organismu. Jeho účinky jsou však slabší, méně intenzivní. Kromě výše popsaných účinků působí efedrin za určitých okolností protizánětlivě a analgeticky. Efedrin tak pomůže při onemocnění k lepšímu výkonu, ovšem za cenu rizika poškození zdraví. Specifikem efedrinu je usnadňování ventilace díky snížení

odporu dýchacích cest, bývá součástí kapek či sprejů indikovaných při dýchacích obtížích (34).

Efedrin bývá často součástí, podobně jako amfetaminy, preparátů ke snižování hmotnosti. V těchto preparátech se efedrin často kombinuje s kofeinem, čímž se násobí euforizující a energizující pocity. Častými vedlejšími účinky této kombinace byly kardiovaskulární, metabolické a hormonální potíže se závažnými následky mrtvice či selhání srdce (42).

Kokain se svými účiny nijak nevychyluje z obecné charakteristiky stimulancií, ovšem negativně ovlivňuje využití živin při výkonu s následným rychlejším zakyselením organismu a nástupem únavy, snižuje totiž toleranci organismu k fyzické zátěži. Pro srdeční sval je kokain toxický, tento účinek ale může ještě znásobit současné užívání spolu s androgenními anabolickými steroidy či alkoholem. Zároveň se zvyšuje pravděpodobnost výskytu psychických poruch (39).

Ritalin je obchodní název pro metylfenidát, což je látka účinky a složením velmi podobná kokainu a obvykle bývá používána k léčení ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) u dětí i dospělých (40).

I krátkodobé užívání ritalinu může způsobit těžké emocionální potíže, panické záchvaty, psychotické chování či halucinace (36).

Strychnin je jedním z nejstarších stimulancií. Povzbuzuje metabolismus, ovšem při požití větších dávek se objevují křeče, silnější svalový tonus, závratě či potíže s polykáním (12).

Kofein je nejběžnější droga užívaná ke zvýšení výkonnosti organismu. Působí na metabolismus vápníku, čímž ovlivňuje kosterní svalstvo i na hormonální aktivitu organismu. Kofein je přítomen v kávě, colových nápojích a bývá nedílnou součástí sportovních nápojů, gelů či tablet. Zvyšuje srdeční frekvenci, avšak při užití vyšších dávek se naopak objevuje bradykardie. Účinnost ovlivňuje hydratace organismu, kofein je distribuován tkáněmi v závislosti na obsahu vody. Jako nežádoucí účinky lze pozorovat třes, úzkost, nespavost či bolesti hlavy (12).

Extáze, tedy přesněji její účinná látka MDMA je svými účinky podobná jak amfetaminům, tak LSD. Vzhledem k halucinogenním účinkům ovšem není často k podpoře výkonu užívána zejména z hlediska bezpečnosti (42).

1.5.1.2 Narkotika

Za narkotika jsou považovány léky a látky, které jsou schopny ovlivnit či změnit fyzický i psychický stav organismu, a to jak utlumit k spánku či znehybnění, tak změnit náladu a euforizovat či excitovat. Jde o velmi silně návykové látky, které ovšem nemají přímo ergogenní vliv, tzn., že přímo nepomáhají svalům zvýšit podávaný výkon (42).

Nejčastěji používanými narkotiky jsou diamorfinum (heroin), hydromorfon, buprenorfin, metadon a morfin. Morfin je alkaloid opia – zaschlé šťávy z nezralých makovic a též je metabolitem kodeinu. Využití narkotik ve sportu má význam především tam, kde je žádoucí překonat práh bolesti či onemocnění nebo zranění, které limituje optimální výkon. Díky užití narkotik se sportovec může stát konkurenceschopnějším vůči soupeřům i při fyzickém či psychickém znevýhodnění (35).

Rizika a nežádoucí účinky narkotik spočívají kromě závislosti ve snížení aktivity hladké svaloviny, mohou tedy navozovat poruchy dýchání, pokles krevního tlaku a srdeční frekvence či obtíže v oblasti gastrointestinálního traktu provázené podrážděností či neklidem (39).

1.5.1.3 Alkohol

Alkohol, tedy etylalkohol či etanol je silně návykový jed, který je v malých dávkách slučitelný se životem. Mezi účinky alkoholu patří zejména snížení psychického napětí, tlumení vnímání bolestivých podnětů, odbourání pocitů strachu a také působení na emoce a jejich prožívání. Nezřídka je alkohol využíván kvůli navození spánku díky relaxačnímu účinku na psychiku. Alkohol působí na metabolismus cukrů s nižší hladinou glukózy a tak rychleji dochází k nárůstu psychické únavy i emočnímu

a koncentračnímu útlumu. Dochází též ke změnám oběhového systému, kdy se krev přesunuje ze svalů do roztažených periferních cév, a tak dochází k nedostatečnému přísunu kyslíku do svalů. Z tohoto mohou vzejít potíže zejména v extrémních teplotních podmínkách. Alkohol zpomaluje regeneraci po výkonu, čímž negativně ovlivní sportovní výkon následující. Zdravotní rizika nadměrného užívání alkoholu jsou závažná, patří mezi ně mimo rozvoje silné závislosti akutní záněty orgánů trávicího systému, zejména jater, poškození srdečního svalu či poruchy psychiky a změny chování doprovázené depresemi (39).

Kombinované užívání alkoholu s jinými návykovými látkami může zvýšit a prohloubit účinky jak alkoholu, tak i dalších současně užívaných látek, časté je souběžné užívání s narkotiky či kanabinoidy (42).

1.5.1.4 Nikotin

Nikotin může podpořit výkon především zklidněním sportovce při startovních a předstartovních stavech, vyvolává dále pocity euforie či zbystření smyslů či může být užit jako prostředek ke snížení tělesné hmotnosti. Nežádoucími účinky jsou zejména poškození dýchací soustavy kvůli aplikaci kouřením, či návykovost, která bývá přirovnávána k heroinu (42).

1.5.1.5 Kanabinoidy

Jako kanabinoidy, obsahující psychoaktivní látku tetrahydrocannabinol, THC, označujeme produkty z konopí jako hašiš či sušené rostliny. Kanabinoidy navozují libé pocity, uvolnění a klid a potlačují stresory. Působení kanabinoidů současně utlumuje bolest, což může zlepšit výkon především u nemocného či poraněného sportovce (39).

THC má primárně parasympatolytický efekt – dochází ke zvýšení srdeční frekvence za snížení srdečního tepového objemu. Nejzávažnějšími důsledky pro kardiovaskulární systém tak jsou infarkt myokardu, mozková příhoda či náhlá smrt (45).

Dalšími žádoucími účinky je pozitivní vliv na spánek a relaxaci, tudíž tak může mít nezanedbatelný vliv na výkon při soutěži. Konopí může usnadnit překlenutí obav a snést mnohem vyšší míru rizika či potlačit strach (42).

Při delším užívání mají kanabinoidy své negativní účinky, často jsou pozorovány dráždivý kašel, nevolnost, zvýšená srdeční činnost, u žen poruchy menstruačního cyklu, u mužů poruchy pohyblivosti spermií. V případě užívání kanabinoidů kouřením je nezanedbatelný též vliv kouře na dýchací cesty a jejich kapacitu. Nezřídka dochází i k závažným změnám psychiky jedince – psychotické příznaky, přeludy či halucinace (34).

1.5.1.6 Anabolické androgenní steroidy

Anabolické androgenní steroidy jsou látky derivátní či analogické tělu vlastních hormonů, které jsou vytvářeny v pohlavních žlázách a v nadledvinkách (17).

Nejčastěji se jedná o sexuální hormony, zejména testosteron a epiandrosteron, pohlavní hormony tvořené u mužů ve varlatech a u žen v nadledvinách a vaječnicích. Hrají velkou roli v pubertálním zrání jedince, působí na růst reprodukční tkáně u chlapců, působí na růst ochlupení. V ženském těle udržují libido a tvoří se z nich estrogény. Byl zaznamenán vliv epiandrosteronu na aktuální pohodu, byla potvrzena souvislost mezi jeho nízkou hladinou a depresemi. Prokázány byly též pozitivní účinky na srdečně-cévní onemocnění či výskyt nádorových onemocnění a vyšší úroveň obranyschopnosti organismu (39).

Steroidy mají dvě složky, složku androgenní – virilizační, která způsobuje rozvoj sekundárních i primárních mužských pohlavních znaků a složku anabolickou, která podporuje syntézu bílkovin, čili tvorbu tkání v organismu. Tyto látky působí žádoucím způsobem i na psychiku jedince, navozují stav, při kterém je možné zvýšit tréninkové dávky a zkrátit čas nutný k regeneraci mezi jednotlivými dávkami, velmi častý je též nárůst agresivity (35).

Anabolické androgenní steroidy se obvykle užívají podle určitých schémat s variabilními dávkami, cykly, pyramidami a obdobím vysazování jejich užívání. V době vysazení či střídání cyklů jsou běžné pocity závislosti projevující se abstinenčními příznaky, a to depresemi, touhou a bažením po další aplikaci látky či problémy s omezením užívání (34).

Příjem tělu nevlastních androgenních anabolických steroidů přináší řadu závažných zdravotních rizik. Jedná se hlavně o poruchy reprodukčního, oběhového, pohybového a trávicího systému a potíže v oblasti psychických funkcí, jako například násilné chování či rozvoj depresí. U žen může nastat virilizace, u mužů gynekomastie (39).

1.5.2 Motivy užívání návykových látek ve sportu

Motivy použití návykových látek, potažmo dopingů ve sportu se zaměřují na dosažení fyzické (např. lepší výkonnost, kontrola bolesti), psychologické (úzkost, tlak, stres, únava) a sociální (tlak na výsledek, přijetí ve skupině) výhody. Zanedbatelná není ani touha po výhodách v ekonomické oblasti, vlivu médií a touze sportovce po společenském uznání. Tyto motivy vycházejí hlavně z lidského a sociálního chování, emocí a osobnosti (49).

1.5.3 Institucionální kontrola užívání návykových látek ve sportu

Reálné fungování antidopingové politiky je zaměřeno primárně na základní konflikt mezi zákazem užívání podpůrných látek-dopingů, tedy společensky žádoucí ochranou zdraví sportovců a čistoty sportů a touhou po neomezeném svévolném dosažení sportovních výkonů či posunutí jejich limitů (35).

1.5.3.1 Kontrola na mezinárodní úrovni

V mezinárodním právu platí v oblasti antidopingové problematiky následující závazné dokumenty: Evropská antidopingová úmluva spolu se svým Dodatkovým protokolem a Mezinárodní úmluva proti dopingu UNESCO, obsahující dvě přílohy, a to každoročně aktualizovaný Seznam zakázaných látek a metod a Standart pro udělování terapeutických výjimek, upravující užívání léků sportovcem, které obsahují zakázané látky z léčebných důvodů. K Mezinárodní úmluvě proti dopingu UNESCO se vztahují i tři dodatky, Světový antidopingový kodex, Mezinárodní standart pro laboratoře a Mezinárodní standart pro testování. Světový antidopingový kodex je východiskem pro nalezení souladu mezinárodní a národní antidopingové legislativy. Hlavními složkami jsou Kodex, Mezinárodní standardy (Mezinárodní standard pro testování, pro terapeutické výjimky, pro práci laboratoří a Seznam zakázaných látek a metod) a Modely nejlepší praxe, které vypracovává WADA a jsou tak nezávazným doporučením ohledně způsobu řešení záležitostí ohledně boje proti dopingu (34).

Mezinárodní olympijská charta proti dopingu je dokumentem, který není právně vymahatelný. Vyjadřuje především morální apel na funkce sportu a odstoupení od ní je svévolným a možným rozhodnutím každého, kdo ji přijal (35).

1.5.3.2 Kontrola v České republice

Právní ošetření této problematiky vychází z mezinárodních závazků souvisejících s přistoupením a přijetím výše uvedených dohod.

Všechny normy jednání ve sportu jsou postaveny na principu dobrovolného členství osob ve sportovní organizaci. Nemají tedy povahu právních norem a nejsou všeobecně závazné a vynutitelné. Jejich dodržování je věcí etického a morálního uvědomění a přesvědčení. Základními dokumenty jsou Česká charta proti dopingu vycházející z Mezinárodní olympijské charty proti dopingu a Směrnice pro kontrolu a postih dopingu ve sportu (35).

Směrnice pro kontrolu a postih dopingu ve sportu stanovuje konkrétní postupy represe a kontroly dopingu. Směrnice je vydávána Antidopingovým výborem České republiky (2).

Porušení antidopingových pravidel podléhá disciplinárnímu řízení na úrovni sportovního svazu daného sportovního odvětví. Opravným prostředkem je odvolání k odvolacímu orgánu sportovního svazu, k mezinárodní sportovní federaci, rovněž k Rozhodčí komisi Českého olympijského výboru a v konečné instanci až k Arbitrážnímu soudu pro sport ve švýcarském Lausanne. Světový antidopingový kodex vymezuje přesná pravidla pro odvolání k Arbitrážnímu soudu (35).

Boj proti užívání dopingu je organizován na základě kooperace vládních a nevládních organizací s národními institucemi a organizacemi. Nejvyšší nevládní autoritou je Mezinárodní olympijský výbor (MOV) spolu se Světovou antidopingovou agenturou (WADA). Vládní úroveň boje proti dopingu funguje pouze v Evropě, a to díky Radě Evropy prostřednictvím Sportovního výboru a jeho komise pro kontrolu dopingu. V České republice je nejvyšší instancí Antidopingový výbor ČR, pověřený Českým olympijským výborem a Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy (17).

Na Seznamu zakázaných látek a metod pro rok 2012 – The 2012 Prohibited list, vydaném Světovou antidopingovou agenturou, jsou uvedena následující specifika ohledně látek popsaných v kapitole 1.5.1. Androgenní anabolické steroidy jsou zakázány stále - tj. při soutěži i mimo soutěž. Ze skupiny stimulantů jsou pouze při soutěži zakázány následující látky: amfetaminy, kokain, strychnin, ritalin a efedrin v hladině vyšší než 10 mikrogramů na 1 ml moči a pseudoefedrin v hladině přesahující 150 mikrogramů na 1 ml moči. Kofein a nikotin nejsou považovány za zakázané látky, ale jsou zahrnuty do Monitorovacího programu 2012 (Příloha 1) vydaného WADA. Narkotika čili diamorfinum (heroin), hydromorfon, buprenorfin, metadon a morfin jsou zakázány při soutěži, stejně jako kanabinoidy. Alkohol je látkou zakázanou jen v určitých sportech, cyklistika mezi nimi však schází. Jde například o automobilový sport, karate či lukostřelbu (56).

V rámci zavádění a implementace antidopingové prevence by mělo být zapojeno celé sportovní a společenské prostředí kolem sportovců, a to včetně trenérů, lékařů, terapeutů, rodičů, stejně jako sportovních klubů či škol. Ohrožujícím pro kariéru sportovce je užívání rekreačních návykových látek pro nerekreční účely, a tak by prevence neměla být zaměřena pouze na látky ze Seznamu zakázaných látek a metod (42).

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cílem této diplomové práce s názvem „Odolnost vůči psychické zátěži u cyklistů s handicapem v kontextu užívání návykových látek“ je definovat úroveň psychické odolnosti u cyklistů s handicapem a její souvislost s užíváním návykových látek.

Dílčí cíle diplomové práce:

C1 - Zjistit, zda cyklisté s handicapem užívají návykové látky, a pokud ano, tak jaké.

C2 - Zjistit informovanost cyklistů s handicapem o účincích návykových látek.

C3 - Zjistit, zda jsou cyklisté s handicapem méně otevření vůči užívání návykových látek v komparaci se srovnávacím souborem cyklistů bez handicapu.

C4 - Zjistit názory cyklistů s handicapem na užívání návykových látek v kontextu sportu.

C5 - Zjistit úroveň psychické odolnosti u cyklistů s handicapem v komparaci se srovnávacím souborem vysokoškolských studentů.

C6 – Zjistit zda s mírou užívání návykových látek – stimulantů cyklisty s handicapem souvisí míra psychické odolnosti měřená inventářem AOS.

C7 – Zjistit zda s mírou užívání návykových látek – stimulantů cyklisty s handicapem souvisí míra psychické odolnosti měřená inventářem SOC.

2.2 Hypotézy

H1: Handicapovaní cyklisté vykazují nižší míru užívání návykových látek v komparaci se srovnávacím souborem cyklistů bez handicapu.

H2: Úroveň psychické odolnosti měřená technikou SOC je u cyklistů s handicapem vyšší v komparaci se srovnávacím souborem.

H3: Úroveň psychické odolnosti měřené technikou AOS je u cyklistů s handicapem vyšší v komparaci se srovnávacím souborem vysokoškolských studentů.

Hypotézy byly formulovány tímto způsobem zejména proto, že jde o první výzkum realizovaný v České republice zaměřený na téma, které řeší tato diplomová práce.

3. Metodika

Hypotézy byly ověřovány v rámci kvantitativního výzkumu, a to metodou dotazování.

3.1 Diagnostické metody

Výzkumný nástroj se skládal ze tří částí, první částí byl dotazník vlastní konstrukce, který sledoval problematiku návykových látek, druhá a třetí část obsahovala inventáře k měření míry modifikátorů psychické zátěže – koherence osobnosti SOC a AOS měřící dispoziční optimismus a arousabilitu. Celkem respondenti odpovídali na 4 otázky a vyjadřovali se ke 46 tvrzením.

3.2 Metody zpracování dat

Inventář SOC stanovuje zátěžovou odolnost definovanou A. Antonovským, a to v převodu J. Křivohlavého. Respondenti vyjadřují svůj postoj k tvrzením v dotazníku na sedmibodové Likertově škále, tudíž má celkové skóre - součet - rozpětí 29 až 203 bodů. Celkové skóre je součtem bodů za označené postoje k tvrzením (3).

Inventář AOS obsahuje 17 tvrzení, ke kterým respondenti vyjadřují svůj postoj pomocí čtyřstupňové škály (1 – nikdy, 2 – někdy, 3 – často, 4 – vždy). Arousabilitu měří 8 tvrzení, 9 tvrzení měří dispoziční optimismus. Obě hodnoty se sčítají zvlášť (43).

3.3 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor, na kterém byl proveden kvantitativní výzkum, byl tvořen cyklisty s tělesným či smyslovým handicapem, kteří se účastní závodů v cyklistických disciplínách v rámci České republiky. Prostřednictvím serveru oursurvey.biz bylo přijato 50 řádně vyplněných dotazníků. Pokud jde o pohlaví, soubor tvořili pouze muži ve věkovém rozpětí 19 až 38 let.

Pro potřeby srovnávacího souboru 1 jsou použita data z výzkumu na téma Návykové látky a jejich užívání za účelem zvýšení výkonu v cyklistickém sportu (1). Tento soubor je tvořen cyklisty bez handicapu účastníci se soutěží na minimálně republikové úrovni.

Srovnávací soubor 2 vychází z výsledků výzkumu zveřejněného v publikaci Osobnostní aspekty prosociálního chování a empatie, autorů Heleny Záškové a Zdeňka Mlčáka (59), konkrétně Arousabilita a optimismus u studentů pomáhajících profesí. Výsledky SOC byly srovnávány s daty třetího srovnávacího souboru, a to vysokoškolských studentů ve výzkumu Zdeňka Mlčáka, Karla Paulíka a Heleny Záškové Osobnost v kontextu prosociálního chování a zátěžové odolnosti (32).

3.4 Pracovní postup

Dotazník byl vzhledem k období, kdy výzkum proběhl (únor – březen 2012) předložen respondentům v elektronické formě. Toto období je specifické přípravou na závodní sezonu, vzhledem ke klimatickým podmínkám v České republice je často využíváno jižních destinací – v tomto případě by bylo použití dotazníků v klasické podobě problematické. Dotazník byl vytvořen na serveru oursurvey.biz, kde byl též přístupný pro vyplnění. Internetový odkaz na dotazník byl respondentům, popřípadě trenérům k rozšíření mezi své svěřence, rozeslán elektronickou poštou. Dotazník byl přednastaven tak, aby se v okamžiku odeslání odpovědi padesátého respondenta pro případné další respondenty uzavřel.

Prvnímu tvrzení dotazníku předcházelo oslovení respondenta, ve kterém byl kladen důraz na anonymitu. Úvod samotný byl zaměřen na představení práce, její účel a na postup správného vyplnění dotazníku.

Během výzkumu byla data zpracovávána a tříděna s využitím program Microsoft Office Excel 2007 a konzultována s Mgr. Františkem Tůmou (Technická univerzita Liberec).

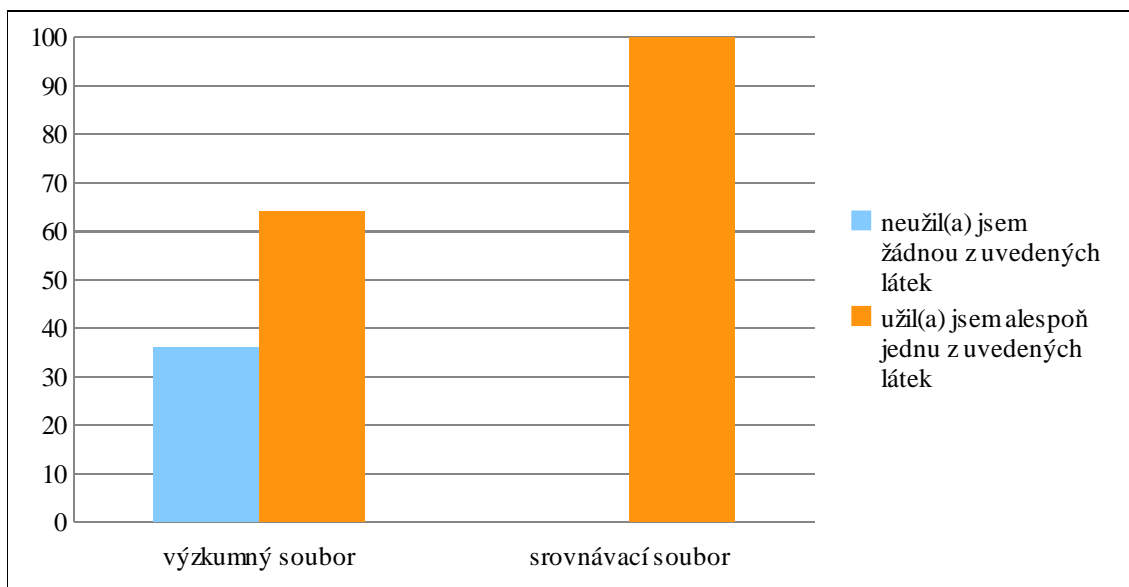
V prostředí tohoto programu byly využity funkce směrodatná odchylka a korelační koeficient. Směrodatná odchylka vyjadřuje, jak se liší hodnoty od průměrné (střední) hodnoty. Pro zjištění byla použita funkce SMODCH. Korelační koeficient nabývá hodnot od -1 do 1 a vyjadřuje míru lineární závislosti mezi dvěma jevy, která může být kladná či záporná. Tedy společně s růstem hodnot v první skupině znaků rostou hodnoty i ve druhé skupině znaků. Pro zjištění hodnoty korelačního koeficientu byla použita funkce CORREL (54).

4. Výsledky

4.1 Výsledky k dílčímu cíli C1

Dílčí cíl číslo jedna byl zaměřen na zjištění, zda a jaké návykové látky v kontextu sportovního výkonu cyklisté s handicapem užívají. Na následující otázku položenou v dotazníku: „Užil(a) jste v souvislosti s ovlivněním sportovního výkonu některou z těchto látek? Pokud ano, označte které prosím.“, měli respondenti možnost označit jednu či více nejlépe vystihujících odpovědí. Nabízené možnosti odpovědí zněly: 1) amfetaminy, 2) efedrin a pseudoefedrin, 3) kokain, 4) ritalin, 5) strychnin, 6) kofein, 7) extáze, 8) nikotin, 9) kanabinoidy, 10) anabolické androgenní steroidy, 11) alkohol, 12) morfin a jeho deriváty - heroin, metadon, buprenorfin, 13) neužil(a) jsem žádnou z těchto látek.

Graf 1: Užití návykové látky (v %)

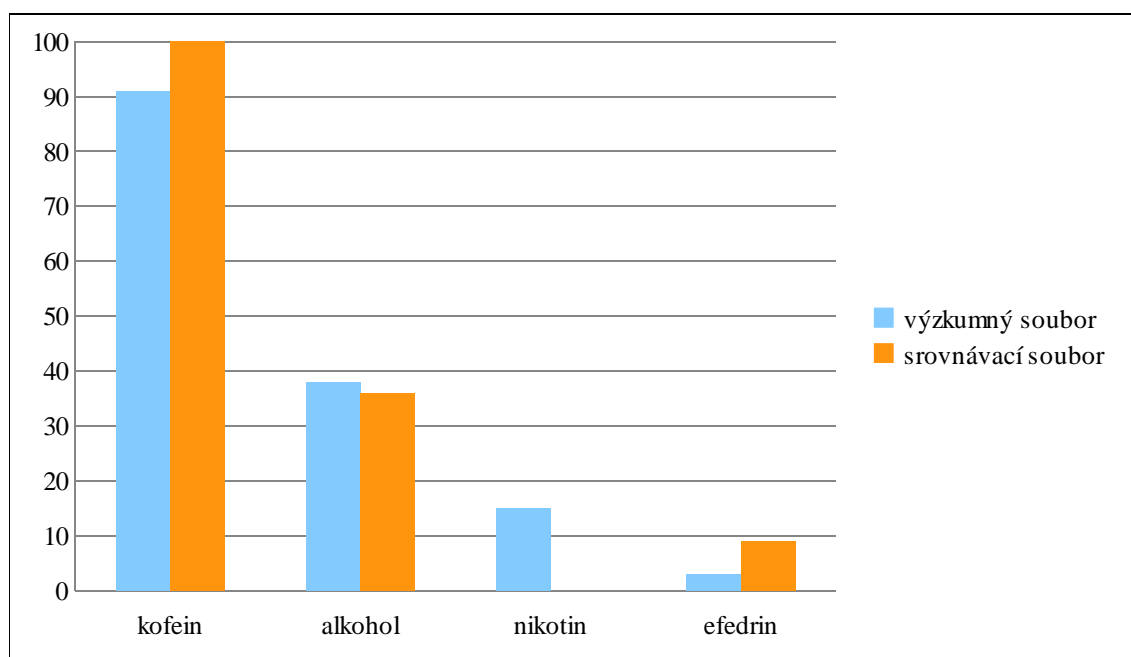


Zdroj: Vlastní výzkum

Jak vyplývá z grafu 1, návykovou látku v souvislosti s ovlivněním sportovního výkonu nikdy neužilo 18 respondentů, tedy 36 % z celého výzkumného souboru. Alespoň jednu užitou návykovou látku z nabídky odpovědí označilo 32 respondentů, tedy 64%.

Ve srovnávacím souboru 1 cyklistů bez handicapu 100% souboru, tedy 11 respondentů uvedlo, že užili návykovou látku v souvislosti se sportovním výkonem.

Graf 2: Užívané návykové látky (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Procentuální hodnoty u grafu 2 byly vypočteny ze souboru respondentů, kteří uvedli, že návykovou látku v souvislosti s ovlivněním sportovního výkonu užívali, soubor tedy tvoří 32 respondentů.

Respondenty výzkumného souboru nejčastěji užívanou návykovou látkou byl kofein, označilo jej 29 respondentů, čili 91 %. Dvaceti respondenty byl kofein uveden jako jediná návyková látka užitá v souvislosti se sportovním výkonem. Ve zbývajících devíti případech šlo o kombinace kofein + alkohol u pěti respondentů, kofein + nikotin + alkohol u tří respondentů a jedenkrát byla označena kombinace kofein + alkohol + efedrin.

Alkohol byl označen celkem u dvanácti respondentů výzkumného souboru (38 %), z toho byl uveden jedním respondentem jako jediná užitá návyková látka v souvislosti se sportovním výkonem. V kombinaci s kofeinem (viz výše) byl označen pětkrát, v kombinaci s nikotinem a kofeinem třikrát, pouze s nikotinem dvakrát, s kofeinem a efedrinem jedenkrát.

Nikotin nebyl respondenty výzkumného souboru nikdy označen samostatně, tj. bez kombinace s jinými návykovými látkami. Byl označen pěti osobami (15 %), z toho třemi v kombinaci s alkoholem a kofeinem, dvěmi v kombinaci s alkoholem.

Efedrin se v odpovědích respondentů výzkumného souboru objevil pouze jedenkrát (3 %), a to v kombinaci s kofeinem a alkoholem.

Graf ohledně srovnávacího souboru 1 ukazuje na skutečnost, že 100 % respondentů srovnávacího souboru uvedlo užití kofeinu. Z toho 6 respondentů (55 %) uvedlo pouze kofein, 5 respondentů (45 %) kofein v kombinaci s další látkou. Ve čtyřech případech byl spolu s kofeinem uveden alkohol (36 %) a jedenkrát efedrin (9 %).

Odpovědi 1) amfetaminy, 3) kokain, 4) ritalin, 5) strychnin, 7) extáze, 9) kanabinoidy, 10) anabolické androgenní steroidy, 12) morfin a jeho deriváty - heroin, metadon, buprenorfin nebyly označeny žádným respondentem.

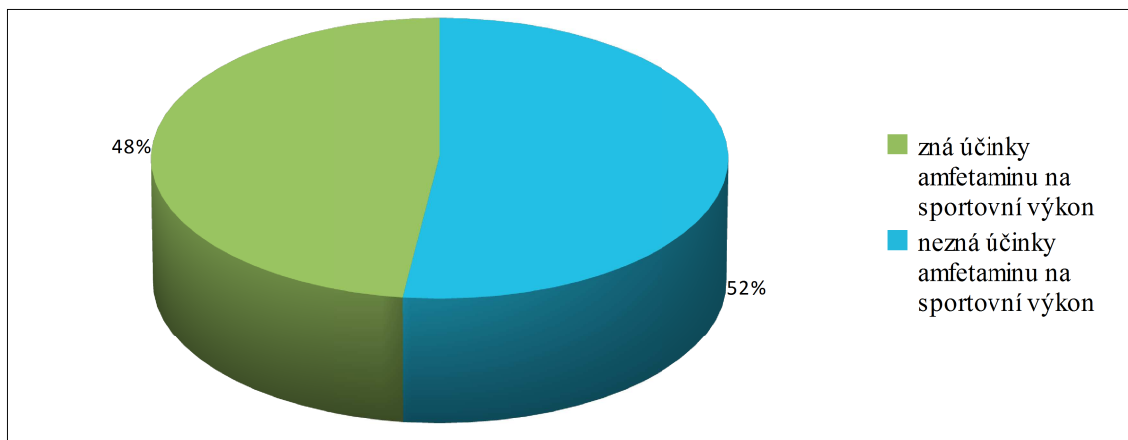
4.2 Výsledky k dílčímu cíli C2

Dílčím cílem číslo dvě bylo zjistit informovanost cyklistů s handicapem o účincích návykových látek. Pro naplnění tohoto cíle byla zvolena následující otázka. „Víte, jaký vliv má amfetamin na sportovní výkon? Napište prosím.“ za správnou odpověď byla považována ta, která obsahovala alespoň jednu skutečnost o účincích amfetaminu dle odborné literatury. Jako podklad hodnocení byl určen následující text.

Celkový přínos amfetaminů pro sportovní výkon spočívá především v regulaci psychických funkcí - snížení pocitu únavy, nárůst aktivity, koncentrace, sebedůvěry, pocitů „plnosti energie“, ačkoli jsou tyto vjemy pouze subjektivní. Vítaným účinkem je též snížení pocitu hladu a snížení tělesné váhy. Jedním z negativ amfetaminů je metabolický vliv na spotřebu glykogenu v zapojených svalových partiích, která je zrychlená, k vyčerpání glykogenových zásob tak dochází rychleji (39).

Respondenti na otázku uváděli v zásadě dva druhy odpovědí. První byla stručná odpověď typu ne, nevím, druhou byl popis vlivů amfetaminu na sportovní výkon, který ve 100% případů korespondoval s podmínkou alespoň jedné správné skutečnosti dle odborného textu.

Graf 3: Informovanost o účincích amfetaminu na sportovní výkon (v %)



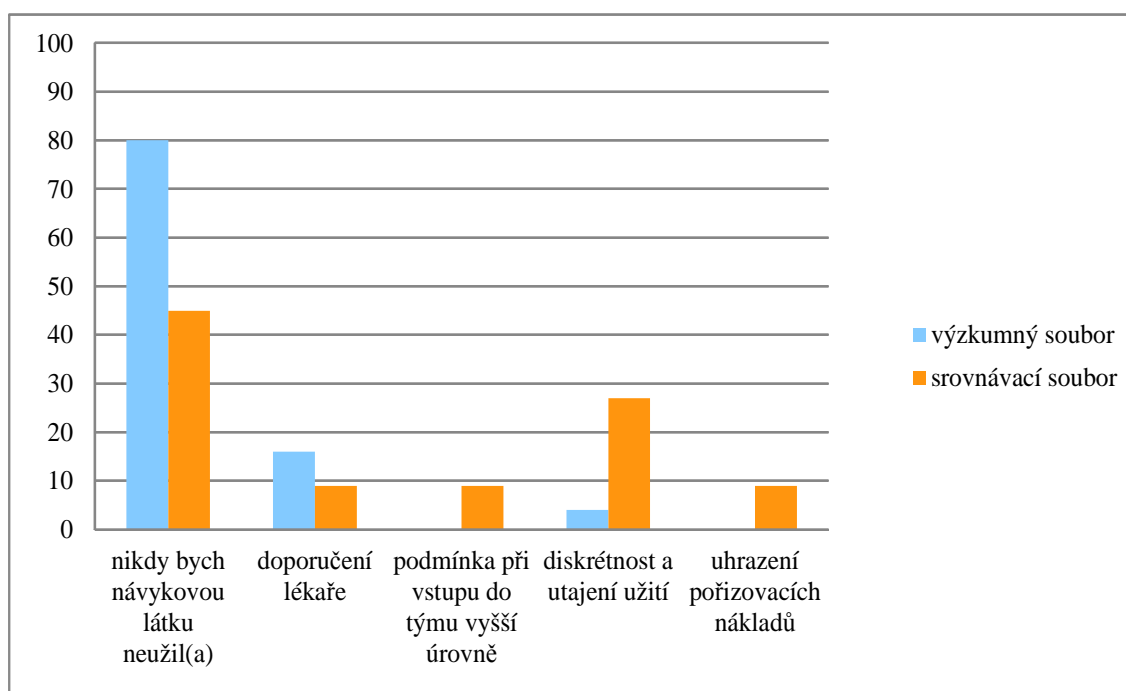
Zdroj: Vlastní výzkum

Tento graf 3 znázorňuje, že informovanost respondentů o účincích amfetaminu na sportovní výkon dosahuje 48%. V této oblasti svou znalost prokázalo 24 respondentů, 26 respondentů, tedy těsná nadpoloviční většina, jeho účinky neznala.

4.3 Výsledky k dílčímu cíli C3

V pořadí třetím cílem této práce bylo zjistit, zda jsou cyklisté s handicapem méně otevření vůči užívání návykových látek v komparaci se srovnávacím souborem cyklistů bez handicapu. K naplnění tohoto cíle byla konstruována otázka s nabídkou odpovědí následujícího znění. „Za jakých okolností byste užil(a) v souvislosti s ovlivněním sportovního výkonu návykovou látku?“ Možnosti odpovědí byly tyto: 1) nikdy bych návykovou látku neužil(a), 2) užil(a) bych návykovou látku jako podmínku setrvání v týmu, 3) finanční odměna za užití návykové látky, 4) hrazení nákladů na pořízení návykové látky, 5) užití návykové látky jako „vstupenky“ do týmu vyšší úrovně, 6) naprostá diskrétnost a utajení užití návykové látky, 7) doporučení lékaře, 8) jiné okolnosti – napište prosím. Nabídka odpovědí vycházela z předcházejícího výzkumu autorky zaměřeného na návykové látky v cyklistice. Do nabídky odpovědí byly použity nejčastěji zmiňované důvody užití.

Graf 4 : Okolnosti užití návykové látky (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

V grafu 4 můžeme vidět procentuální vyjádření odpovědí k možným okolnostem užití návykových látek výzkumného a srovnávacího souboru 1.

80 % čili 40 osob z výzkumného souboru si nedokáže představit situaci, při které by návykovou látku užila. 16 % respondentů, 8 jedinců, by bylo schopno takovou látku užít pouze na doporučení lékaře a zbývajících 4 %, 2 respondenti by byli ochotni látku užít v případě naprosté diskrétnosti a utajení. Odpovědi týkající se postupu do týmu vyšší úrovně a uhrazení pořizovacích nákladů nebyly respondenty výzkumného souboru označeny.

45 % respondentů ze srovnávacího souboru 1 by nikdy návykovou látku neužilo, s důvody doporučení lékaře, podmínka vstupu do týmu vyšší úrovně a uhrazení pořizovacích nákladů souhlasilo shodně 9 % respondentů. Diskrétnost a utajení užití návykové látky by bylo pro 27 % respondentů srovnávacího souboru 1 důvodem pro užití návykové látky v souvislosti s ovlivněním sportovního výkonu.

Otevřenost vůči užití návykové látky k ovlivnění sportovního výkonu je u výzkumného souboru cyklistů s handicapem nižší než u srovnávacího souboru cyklistů bez handicapu. 20 % výzkumného souboru by za určitých okolností návykovou látku užilo, oproti 55 % srovnávacího souboru.

4.4 Výsledky k dílčímu cíli C4

Za účelem zjištění názorů cyklistů s handicapem na užívání návykových látek v kontextu sportu byla použita otevřená otázka: „Jaký máte názor na užívání návykových látek v cyklistice? Například v kontextu konkrétní kauzy? Napište prosím.“

Názory cyklistů s handicapem byly rozlišeny do šesti kategorií dle postoje respondenta.

První kategorie sdružuje postoje, které užívání návykových látek v cyklistice odsuzuje jako neférové a klade důraz na aspekt spravedlnosti. Tento názor vyjádřilo 7 respondentů.

Druhá, nejpočetnější kategorie, zastřešuje rezolutně odmítavé postoje s apelem na poškození zdraví či dobré pověsti sportovního odvětví. V této kategorii nalezneme 26 výpovědí.

Třetí kategorie v sobě skrývá postoje zaměřené na profesionální výkon, jehož podání je bez užití návykových látek nemožné – bez užití není vítězství. Tento názor projevilo 8 respondentů.

Čtvrtá kategorie vyjadřuje určitou benevolenci a pochopení vůči užití návykové látky, jehož příčinou je silný tlak okolí na úspěch. V tomto duchu se vyjádřili dva respondenti.

Pátá kategorie zahrnuje odpovědi respondentů, kteří považují problematiku užívání návykových látek v cyklistice za zveličovanou a jakousi „nafouklou bublinu“. Tento názor sdílejí 3 respondenti.

Zbývajících 4 respondenti patří do kategorie osob, které se k této problematice odmítli vyjádřit.

Níže je uvedeno několik různorodých názorů zastupujících jednotlivé kategorie.

„Myslím si, že je to běžná praxe, v současné době již relativně bezpečná, pod lékařským dohledem, nicméně to absolutně neschvaluji.“

„Jde o neférový způsob souboje, kdy nevíteží lepší závodník, ale ten, kdo umí vymyslet způsob, jak zvítězit nečestným způsobem. Je to demotivující pro všechny, kteří se snaží poctivým způsobem něčeho dosáhnout a pak jak už to známe, zlo plodí jen další zlo.“

„Ten cyklista si ale nikdy nic nevezme sám. Všechno mu dá týmový lékař a trenér. Je to nefér.“

„Vadí mi to. Sportuji proto, že je to moje vášeň. Doping mi dobrý pocit ze sportu, tím méně z vítězství, nevylepší.“

„V profesionální cyklistice odsuzují - Tour, Giro.. v poslední době se naštěstí užívání nedovolených podpůrných látek na zvýšení výkonu snižuje.“

„Nelíbí se mi to, ale přijde mi divné, když slyšíme jen o prohřešcích cyklistů, když v tom jedou i jiní (viz. Operation Puerto) a tresty jsou dávány s velkým prodlením.“

„Vrcholoví sportovci všichni něco berou, top závody jsou natolik náročné, že na to lidská schránka sama o sobě nestačí.“

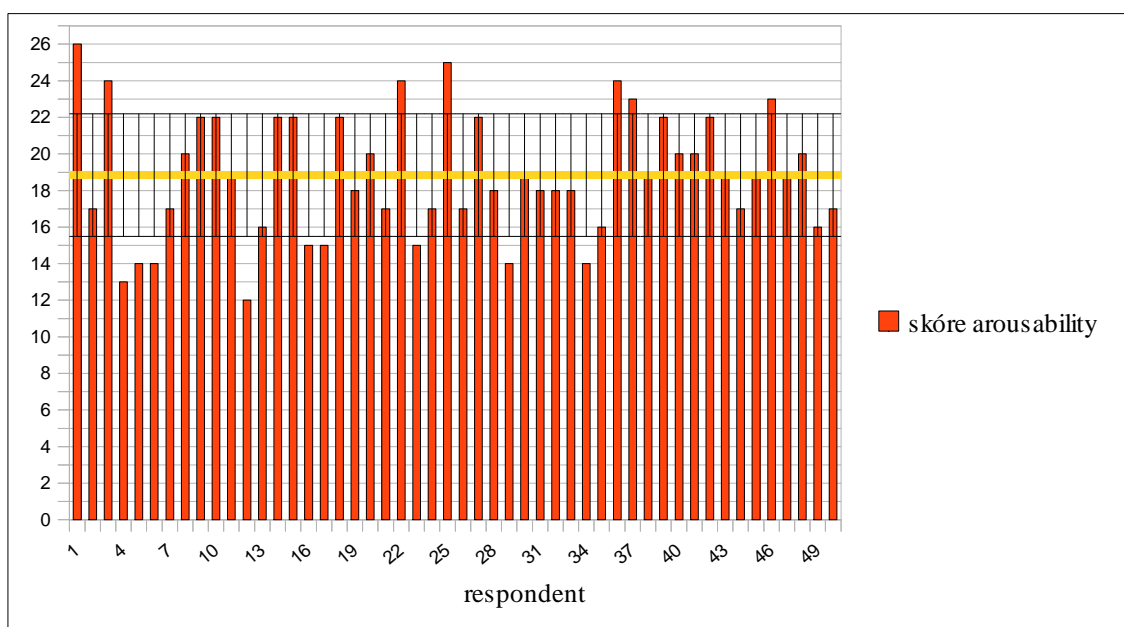
4.5 Výsledky k dílčímu cíli C5

Pátým cílem této práce bylo zjistit úroveň psychické odolnosti u cyklistů s handicapem v komparaci se srovnávacím souborem vysokoškolských studentů. Psychická odolnost byla měřena pomocí škály AOS (Arousability Optimism Scale) zjišťující dispoziční optimismus a arousabilitu a škály SOC (Sense of Coherence).

4.5.1 Výsledky měření pomocí škály AOS

4.5.1.1 Výsledky měření subškálou arousability

Graf 5: Skóre arousability

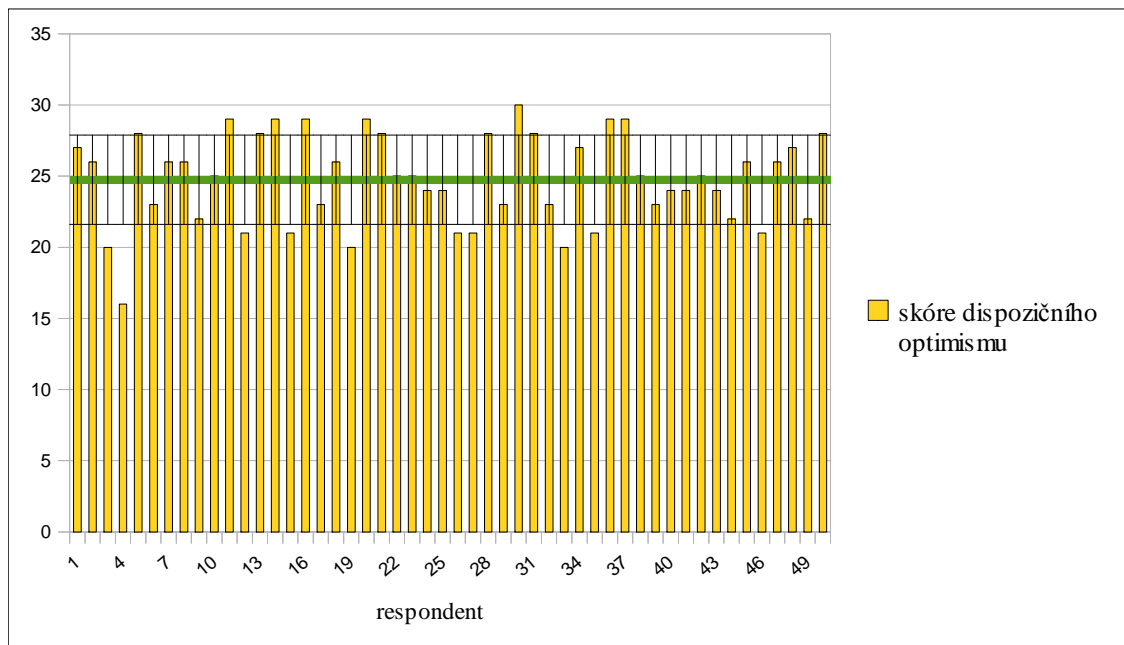


Zdroj: Vlastní výzkum

Na grafu 5 můžeme sledovat úroveň arousability u každého jednotlivého respondenta. Skóre arousability nabývá hodnot s minimem 12 a maximem 26 bodů. Žlutá přímká v tomto grafu znázorňuje střední hodnotu skóru pro výzkumný soubor, v tomto případě jde o hodnotu 18,84 bodů. Směrodatná odchylka pro skóre arousability znázorněná tenkými černými úsečkami činí u výzkumného vzorku 3,45.

4.5.1.2 Výsledky měření subškálou dispozičního optimismu

Graf 6: Skóre dispozičního optimismu

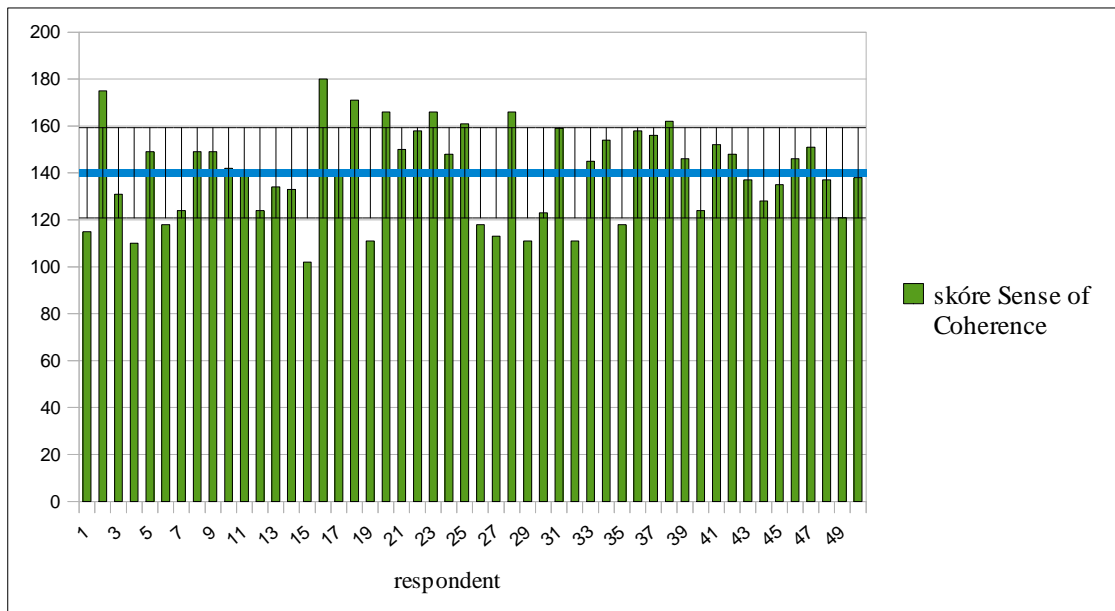


Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 6 znázorňuje jednotlivé skóre dispozičního optimismu výzkumného souboru. Zelená přímka v úrovni hodnoty 24,74 je střední hodnotou skóre. Maximální hodnota dispozičního optimismu výzkumného vzorku byla 30 bodů, minimální skóre 16 bodů. Hodnota směrodatné odchylky, znázorněné tenkými úsečkami je 3,14.

4.5.2 Výsledky měření pomocí škály SOC

Graf 7: Skóre Sense of Coherence



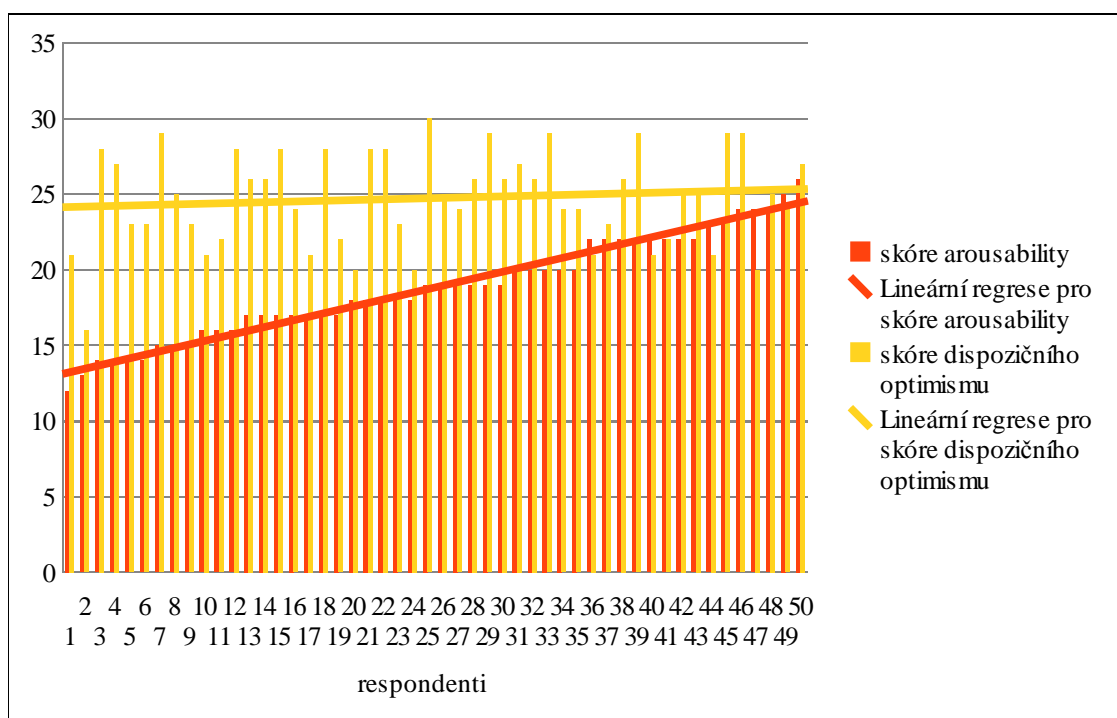
Zdroj: Vlastní výzkum

Tento graf nás informuje o skóru měřeném škálou SOC u každého jedince z výzkumného souboru. Nejnižší hodnota SOC u respondentů byla 102 a nejvyšší 180 bodů. Modrá příčka ukazuje hodnotu 140,04 bodů, střední hodnotu skóre. Drobné černé úsečky znázorňují směrodatnou odchylku, která v tomto případě nabyla hodnoty 19,23.

4.5.3 Korelace mezi ukazateli psychické odolnosti

4.5.3.1 Korelace mezi arousabilitou a dispozičním optimismem

Graf 8: Korelace mezi arousabilitou a dispozičním optimismem

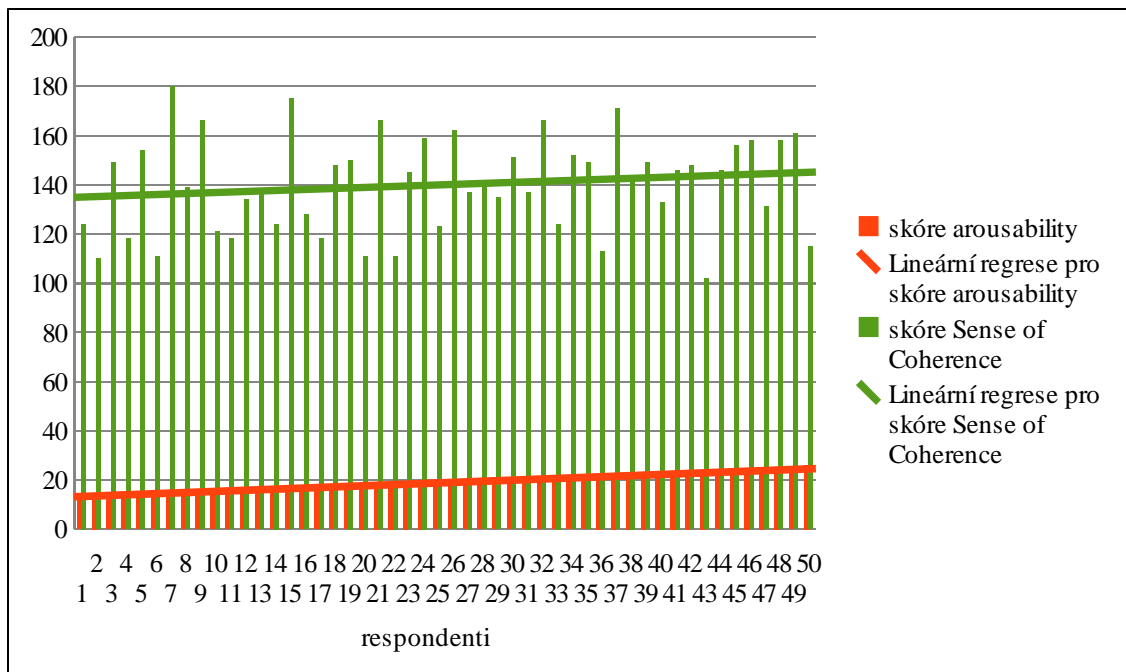


Zdroj. Vlastní výzkum

Tento graf vyjadřuje míru lineární závislosti mezi arousabilitou a dispozičním optimismem. Korelační koeficient mezi těmito dvěma skupinami hodnot je 0,13. Čím více se hodnota korelačního koeficientu blíží nule, tím je závislost slabší, tyto skupiny hodnot tedy můžeme označit za na sobě takřka lineárně nezávislé.

4.5.3.2 Korelace mezi arousabilitou a Sense of Coherence

Graf 9: Korelace mezi arousabilitou a Sense of Coherence

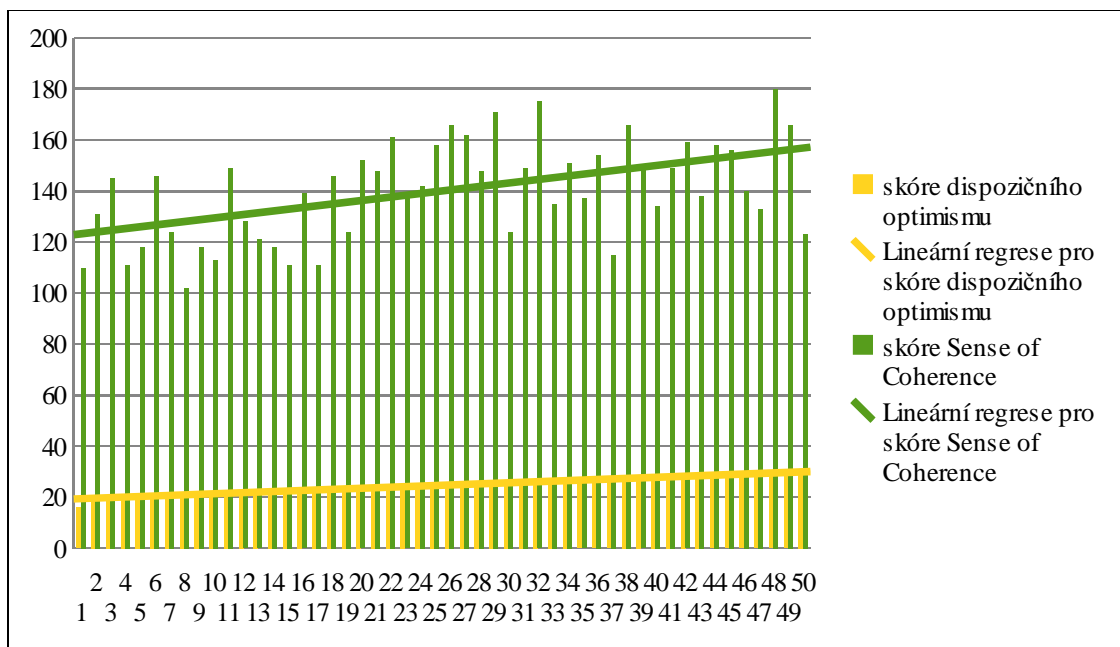


Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 9 ukazuje míru lineární závislosti mezi arousabilitou a Sense of Coherence. Hodnota korelačního koeficientu je 0,15, což značí velice slabou, téměř nulovou lineární závislost mezi těmito dvěma soubory hodnot.

4.5.3.3 Korelace mezi dispozičním optimismem a Sense of Coherence

Graf 10 : Korelace mezi dispozičním optimismem a Sense of Coherence



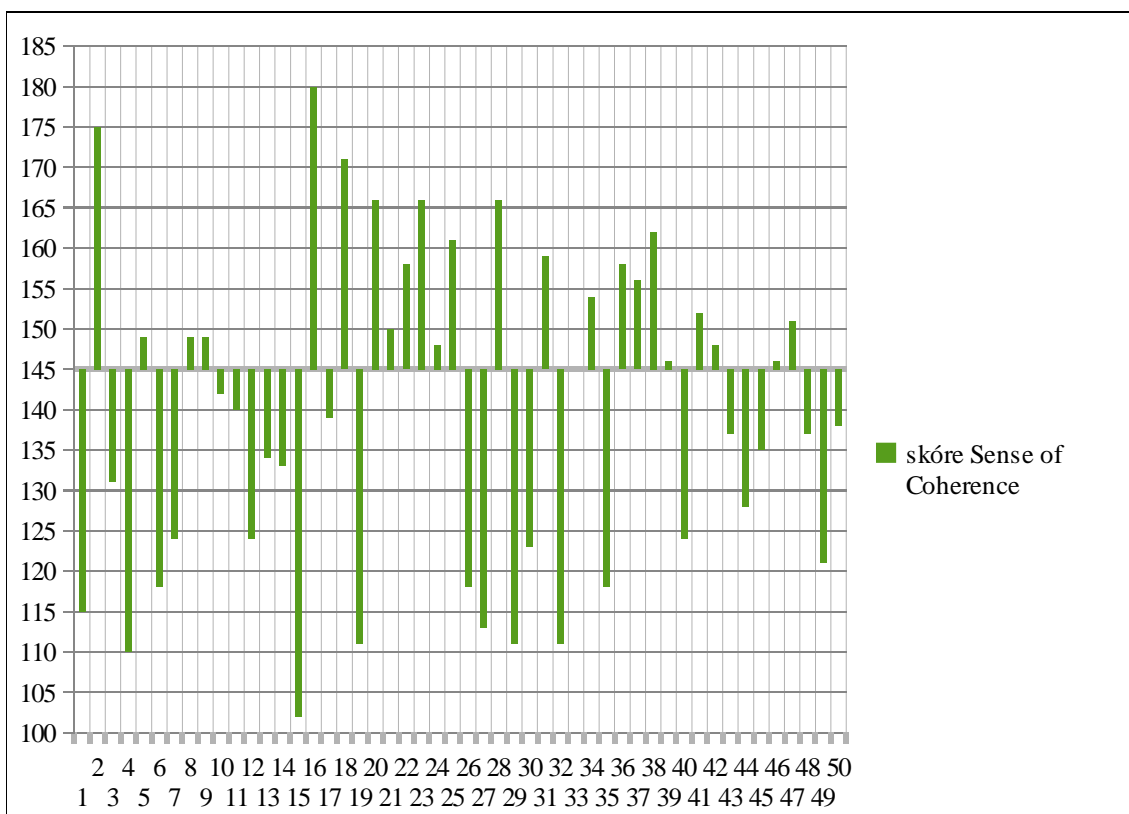
Zdroj: Vlastní výzkum

Hodnota korelačního koeficientu mezi dispozičním optimismem a Sense of Coherence je 0,53. Tato hodnota značí středně silnou lineární závislost mezi dvěma jevy.

4.5.3 Komparace se srovnávacím souborem

4.5.3.1 Komparace výsledků pro škálu Sense of Coherence

Graf 11: Komparace výsledků pro škálu Sense of Coherence



Zdroj: Vlastní výzkum

Tento graf porovnává skóre Sense of Coherence každého jednotlivého respondenta se srovnávacím souborem 3, tedy průměrnou hodnotou uváděnou výzkumem (32). Osa x grafu je posunuta do této průměrné hodnoty, tj. 145 bodů. 23 skóre respondentů se nachází nad průměrnou hodnotou, 26 pod průměrnou hodnotou, jeden respondent je přesně na úrovni průměru.

4.5.3.2 Komparace výsledků pro dispoziční optimismus a arousabilitu

Tabulka 1: Komparace výsledků pro dispoziční optimismus a arousabilitu

AOS	Průměr n=50	SO	Průměr SS n=828	SO
Arousabilita	18,8	3,4	17,4	3,4
Dispoziční optimismus	24,7	3,1	24,7	2,8

Legenda k tabulce 1: SS označuje údaje srovnávacího souboru 2.

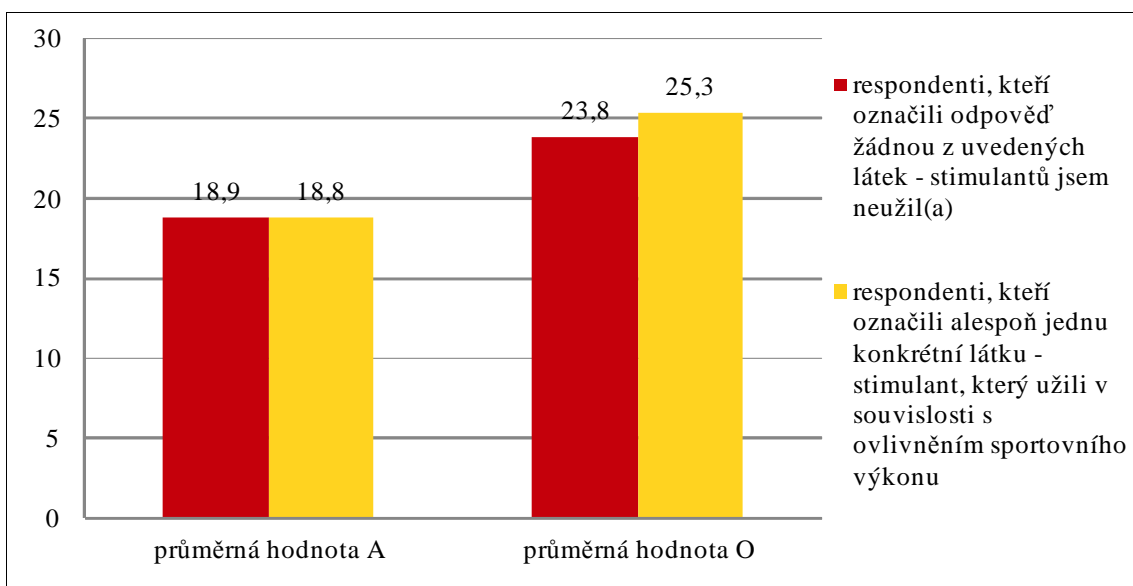
Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 1 znázorňuje diferenci mezi výzkumným souborem a srovnávacím souborem 2, souborem vysokoškolských studentů (59). Průměrná hodnota arousability se u komparovaných souborů liší, průměrné skóre u výzkumného souboru je o 1,4 bodu vyšší než u souboru srovnávacího. Průměrné hodnoty dispozičního optimismu jsou totožné.

4.6 Výsledky k dílčímu cíli C6

Šestým dílčím cílem bylo zjistit, zda s mírou užívání návykových látek cyklisty s handicapem souvisí míra psychické odolnosti měřená inventářem AOS. Pro naplnění cíle C6 a C7 byly z užitých látek respondenty vybrány pouze stimulanty.

Graf 12: Hodnoty AOS ve vztahu k užívaným látkám – stimulantům



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 12 nás informuje o průměrných hodnotách arousability (A) a dispozičního optimismu (O) ve vztahu k užívaným návykovým látkám – stimulantům.

Respondenti byli rozděleni do dvou skupin: ti, kteří žádnou ze stimulačních návykových látek neužili – 21 respondentů a ti, kteří označili alespoň jednu tuto látku z řady stimulantů, tedy kofein či efedrin – 29 respondentů.

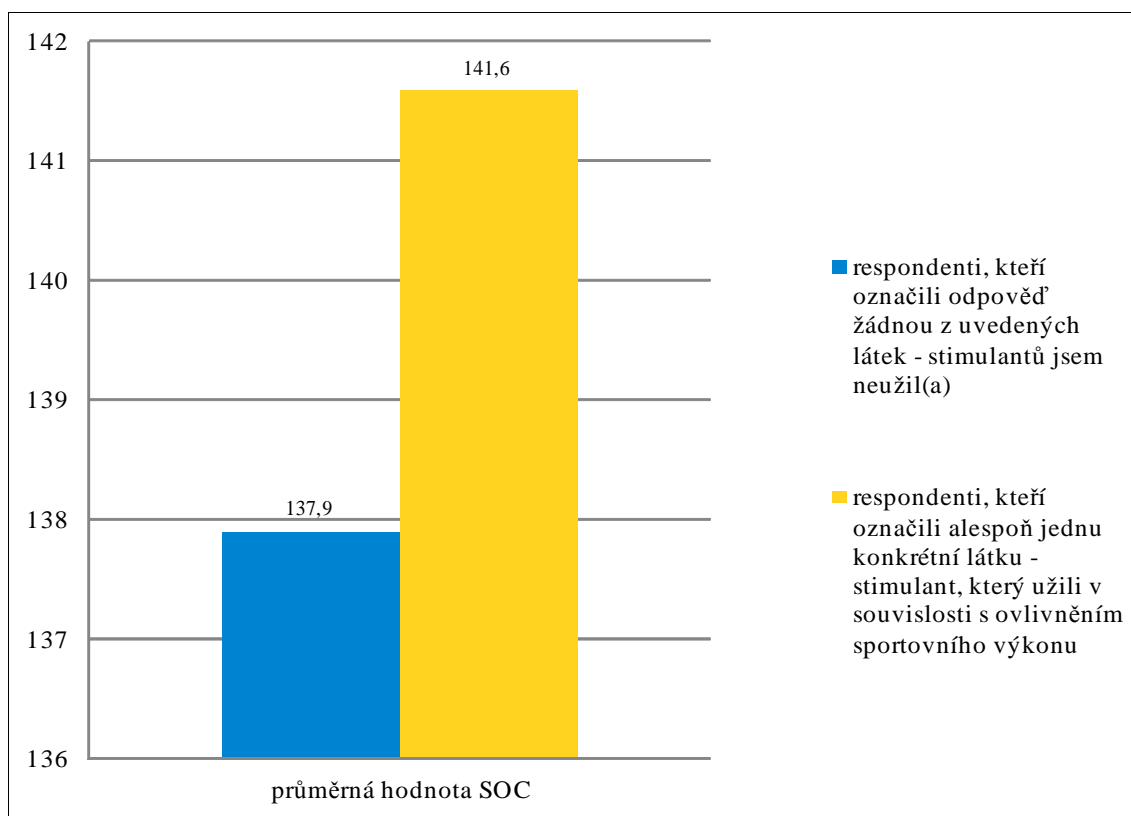
Průměrná hodnota arousability je o 0,1 bodu vyšší u skupiny respondentů, kteří neoznačili žádnou užitou stimulační látku.

Průměrná hodnota dispozičního optimismu je o 1,5 bodu vyšší u skupiny respondentů, kteří označili alespoň jednu užitou návykovou látku - stimulant.

4.7 Výsledky k dílčímu cíli C7

Náplní sedmého dílčího cíle bylo zjistit, zda s mírou užívání návykových látek cyklisty s handicapem souvisí míra psychické odolnosti měřená inventářem SOC. Pro naplnění cíle C7 byly z respondenty užitých látek vyfiltrovány pouze stimulanty.

Graf 13: Hodnoty SOC ve vztahu k užívaným látkám



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 13 nás informuje o průměrné velikosti skóru Sense of Coherence ve vztahu k užívání návykových látek - stimulantů v souvislosti s ovlivněním sportovního výkonu.

Respondenti byli rozděleni do dvou skupin, ti, co žádnou z uvedených stimulantů neužili – 21 respondentů a ti, kteří alespoň jednu ze stimulačních látek užíli – 29 respondentů. Průměrná hodnota skóru Sense of Coherence je vyšší o 3,7 bodu u respondentů, kteří stimulant v souvislosti se sportovním výkonem užíli.

5. Diskuse

V této, v pořadí páté kapitole práce jsou sumarizovány, shrnuty a analyzovány výsledky, kterých bylo dosaženo kvantitativním výzkumem. Výzkum byl zaměřen na zjištění úrovně ukazatelů psychické odolnosti – Sense of Coherence, dispozičního optimismu a arousability u cyklistů s tělesným či smyslovým handicapem a její souvislost s užíváním návykových látek. U této skupiny respondentů bylo též zjišťováno, zda a jaké návykové látky užívají v souvislosti s ovlivněním sportovního výkonu, informovanost o účincích těchto látek a názory, které respondenti na užívání návykových látek v prostředí sportu mají. Vlastní dotazník byl sestaven ze tří částí – čtyř otázek vlastní konstrukce, které mapovaly problematiku návykových látek, psychologického nástroje na měření Sense of Coherence (SOC) o rozsahu 29 položek a nástroje na měření arousability a dispozičního optimismu (AOS) obsahujícího 17 tvrzení. Celkem tedy respondenti reagovali na 50 položek dotazníku. Výzkumný soubor o velikosti 50 respondentů byl složen pouze z mužů – cyklistů s tělesným či smyslovým handicapem, aktivně se účastnících závodů v cyklistických disciplínách v rámci České republiky, a to ve věkovém rozmezí 19 až 38 let.

První dílčí cíl práce byl zaměřen na skutečnost, zda cyklisté s handicapem návykové látky užívají, a pokud ano, o které látky jde (Graf 1). 36 % výzkumného souboru, tedy 18 respondentů neužilo žádnou z uvedených návykových látek. 32 respondentů, 64 % označilo alespoň jednu užitou návykovou látku. Srovnávací soubor (1) vykazoval 100% užití alespoň jedné návykové látky. Zjištění ohledně konkrétních užitých návykových látek naprosto korespondovalo s výstupem výzkumu o návykových látkách zvyšujících výkon v cyklistice, a to, že „nejčastěji užívanou návykovou látkou v souvislosti s ovlivněním sportovního výkonu je kofein.“ (1). Jak lze sledovat na grafu 2, kofein označilo 29 z 32 respondentů výzkumného souboru, kteří nějakou látku užili, tedy 91 %. Z toho 20 respondentů označilo kofein jako jedinou užitou návykovou látku, zbývajících 9 respondentů označilo kombinaci s alkoholem, nikotinem či efedrinem. Druhou nejčastěji označenou látkou byl alkohol – u 12-ti

respondentů, tj 38 %. Užívání alkoholu k ovlivnění sportovního výkonu, není příliš výhodné, působí totiž na metabolismus cukrů takovým způsobem, že rychleji dochází k nárůstu psychické únavy i emočnímu a koncentračnímu utlumení. Alkohol zapříčiňuje též změny oběhového systému, kdy se krev přesunuje ze svalů do roztažených periferních cév, čímž dochází k nedostatečnému přísunu kyslíku do svalů. Alkohol zpomaluje regeneraci po výkonu, čímž negativně ovlivní sportovní výkon následující (39). Ve srovnávacím souboru užívání alkoholu obsadilo též druhou příčku, a to v zastoupení 36 % respondentů. Procentuální zastoupení respondentů, kteří užili v souvislosti s ovlivněním sportovního výkonu alkohol je tedy srovnatelně na alarmující úrovni. Právě zde by měl vzniknout prostor pro účinnou prevenci užívání alkoholu v souvislosti se sportovním výkonem. Výzkumný soubor oproti souboru srovnávacímu s nulovým skóre vykázal užívání nikotinu u 15 % respondentů, tedy 5-ti osob. Důvodem tak častého užití může být jeho podpora sportovního výkonu především díky pozitivnímu vlivu nikotinu na zklidnění sportovce při startovních a předstartovních stavech, které mohou zásadním způsobem ovlivnit výsledek soutěže (42). Nikotin nikdy nebyl označen samostatně, vždy v kombinaci s alkoholem, dvakrát v kombinaci navíc s kofeinem. Ve srovnávacím souboru bylo užívání nikotinu nulové. Pilotní studie P. Kachlíka (19) uvádí následující výsledky: nižší užívání tabáku spolu s vyšším výskytem alkoholových abstinentů u respondentů s motorickým postižením. Efedrin jako užitá látka byla označena ve výzkumném souboru jedním respondentem – 3 %, a to v kombinaci s kofeinem a alkoholem. Ve srovnávacím souboru bylo užití efedrinu v 9 %. O rostoucí aktuálnosti a pozornosti věnované užívání návykových látek svědčí i dokument World Anti-doping Agency The 2012 Monitoring Program (Příloha 1). Světová antidopingová agentura do svého monitorovacího programu zahrnuje zjišťování hladiny kofeinu, nikotinu a pseudoefedrinu (nižší než 150 mikrogramů na 1 ml moči) v soutěžích. Tyto látky budou pouze monitorovány, jejich užití není perzekuováno (55).

Náplní druhého dílčího cíle práce bylo zjištění informovanosti respondentů o účincích návykových látek na sportovní výkon (Graf 3). Svě znalosti o účinku amfetaminu na sportovní výkon prokázalo 48 % respondentů, 52 % tyto znalosti nemá.

I v oblasti informovanosti se nabízí široký prostor pro působnost v oblasti prevence, podávání úplných a nezkrácených informací o účincích návykových látek může významně ovlivnit jejich užití (46).

Oblast třetího dílčího cíle práce byla zaměřena na otevřenost k užití návykové látky v souvislosti s ovlivněním sportovního výkonu a na případné okolnosti užití této látky (Graf 4). Prostředí výkonnostního a vrcholového sportu je typické velkým tlakem na úspěch, a ten pokud nepřichází, dochází k frustraci a hledání východiska. Východiskem může být právě užití podpůrné látky, ke kterému jsou náchylnější jedinci, na které jsou kladeny příliš vysoké nároky. Správně nastavené cíle tak jsou protektivním faktorem vůči užívání podpůrných látek (46). 80 % respondentů, 40 osob, by nikdy návykovou látku za výše popsaným účelem neužilo. 20 %, 10 osob by tuto látku užilo – 16 % pouze pod kontrolou lékaře a 4 % při naprostém utajení. Ve srovnávacím souboru by návykovou látku nikdy neužilo 45 % respondentů, 27 % by užilo pouze při naprostém utajení, 9 % pod lékařskou kontrolou, 9 % při uhrazení nákladů a 9 % by návykovou látku k ovlivnění sportovního výkonu užilo pod tlakem ke kariérnímu posunu. Úroveň otevřenosti k užití návykové látky je u výzkumného souboru výrazně nižší než u srovnávacího souboru 1. Výzkum, který se týkal názorů sportovců na užívání podpůrných prostředků, který provedl Slepíčka et al. v roce 2001, uvádí, že více než třetina dotazovaných sportovců uvedla, že by podpůrné prostředky užila, pokud by existovala záruka, že nebudou odhaleni. Ovšem pokud by bylo navíc zajištěno, že nenastanou negativní zdravotní následky, pak jejich počet stoupl na více než polovinu dotázaných (46). V komparaci jak se srovnávacím souborem, tak s výzkumem provedeným P. Slepíčkou je zřejmé, že otevřenost vůči užití návykové látky v souvislosti s ovlivněním sportovního výkonu u výzkumného vzorku cyklistů s tělesným či smyslovým handicapem vykazuje nižší procentuální zastoupení. Jak uvádí Kachlík, masivnějšímu experimentování a dalšímu užívání drog odolávají osoby s motorickým handicapem více než majoritní část populace bez zdravotních handicapů (19).

Čtvrtý dílčí cíl byl zaměřen na zjištění názorů cyklistů s handicapem na užívání návykových látek v kontextu sportu. Odpovědi respondentů byly kategorizovány v šest oblastí. Nejpočetnější skupinou byly odpovědi rezolutně odmítající užívání návykových látek v cyklistice s apelem na poškození zdraví a zachování dobré pověsti sportovního odvětví. V tomto duchu se vyjádřilo 26 respondentů. Druhou nejčastější skupinou odpovědí byla skupina názorů zaměřených na nemožnost podání profesionálního výkonu bez užití návykové látky, čítala 8 respondentů. 7 respondentů se vyjádřilo zamítavě k užívání návykových látek v cyklistice, s důrazem na férovost a spravedlnost. Dle Slepíčky mají největší tendence k nerespektování fair-play sportovci, na které jsou kladeny nadměrné požadavky, kterým nemohou dostat (46). K otázce se odmítli vyjádřit 4 respondenti. Za „nafouklou bublinu“ považují kauzy užívání návykových látek v cyklistice 3 respondenti. Poslední kategorií je skupina názorů, které akceptují užívání návykových látek v cyklistice, jejichž příčinou je silný tlak na úspěch. Tento názor sdíleli 2 respondenti. Jak uvádí Slepíčka (46), v oblasti utváření názorů na užívání podpůrných látek hraje významnou roli výsledek sociálního učení – výkonová motivace, která v sobě snoubí snahu dosáhnout úspěchu a vyhnout se neúspěchu spolu se souvisejícími, nejen sociálními aspekty.

Pátý dílčí cíl byl zaměřen na zjištění úrovně psychické odolnosti prostřednictvím škál zjišťujících úroveň arousability (Graf 5) a dispozičního optimismu (Graf 6) a Sense of Coherence (Graf 7). Sportovní výkony na vyšší úrovni vyžadují vysoký stupeň zátěžové odolnosti, tento faktor tedy může být kritériem úspěšnosti jedince ve sportu. (38). M. Earvolinová-Ramirezová (38) považuje za hlavní podmínku rozvinutí psychické odolnosti jako procesu „*vznik silně nepříznivé situace s rušivými vlivy, jejíž nutná změna představuje výzvu.*“ Je možné předpokládat, že výše zmíněnou silně nepříznivou situací byla pro všechny respondenty společná věc – a to tělesné či smyslové postižení. Postižení působí jedinci řadu frustrací, konfliktů, které se subjektivně mohou zdát jako neřešitelné (52). Sportovní aktivita tak může být východiskem, jak prokázala Šolcová, sportovní aktivita velice příznivě ovlivňuje psychofyzickou reakce na psychickou zátěž u dětí (48). Na základě provedených

výzkumů je nasnadě využívání pravidelné pohybové aktivity coby nespécifického úlevného, léčebného postupu v nejrůznějších psychosociálních oblastech (41).

Úroveň arousability a dispozičního optimismu u respondentů demonstruje Tabulka 1, a to v komparaci s daty srovnávacího souboru. Tabulka jasně vykazuje statisticky významné diference mezi výzkumným a srovnávacím souborem. Výsledky zjištěné metodou AOS, subškálou arousability ukazují vyšší míru arousability u výzkumného souboru cyklistů s handicapem. Výzkumný soubor tedy charakterizuje: „v průměru vyšší arousabilita s projevy emočního vzrušení, s menší kontrolou vlastního chování, zvýšenou potřebou afiliace a družnosti.“ (59). K vyšší míře arousability výzkumného souboru pravděpodobně přispívá fakt, že je složen pouze z osob mužského pohlaví. „Muži reagují vzrušivěji, zvláště v náhlých, nových či složitých situacích, spojených s intenzivnějším emocionálním nábojem. Vzniklá emocionální excitace trvá déle a později klesá zpět do běžného, nevzrušeného stavu.“ (59) A. Mehrabian svým výzkumem prokázal korelace mezi arousabilitou a vyšší mírou emocionalit a snažším vyvoláním silných, déletrvajících emočních stavů (31). Odlišná je situace u míry dispozičního optimismu. Výsledky ukazují totožnou hladinu této proměnné jak u výzkumného souboru, tak u souboru srovnávacího složeného z vysokoškolských studentů. „Optimisté obecně používají jednodušší strategie, které pravděpodobně souvisejí s vyšší odolností vůči neurčitosti a nejistotě. Dispoziční optimismus jako regulátor aktuálního psychického stavu a mediátor výběru strategie řešení problémů hraje spolu s kognitivním stylem pravděpodobně jednu z nejvýznamnějších rolí při zvládnutí problémové, resp. stresové situace.“ (59). Dle Kesslera a Kleina osoby s handicapem častěji prožívají negativní emoce a mají nižší úroveň sebehodnocení (26). Ovlivňuje tedy jedna z mnoha proměnných, a to pravidelná sportovní aktivita dlouhodobého charakteru psychickou stránku jedince natolik, že se stírá rozdíl daný přítomností handicapu?

Úroveň Sense of Coherence zjišťovaná inventářem SOC je popsána grafy 7 a 11. Průměrná hodnota skóru Sense of Coherence u výzkumného souboru cyklistů s handicapem byla bezmála o 5 bodů nižší než u srovnávacího souboru 3, tvořeného

vysokoškolskými studenty. Výzkum, který provedl Hošek roku 2003, vykazoval zřetelně vyšší hodnoty SOC u studentů, kteří pečují o svou kondici, otužují se a jsou méně nemocní (23). U výzkumného souboru v návaznosti na tuto studii byly očekávány vyšší hodnoty SOC. Vzhledem k tomu, že teorie SOC vyzdvihuje smysluplnost jako významný protektivní faktor duševního i tělesného zdraví (53), lze tedy předpokládat, že výzkumný soubor oproti srovnávacímu pravděpodobně prožívá méně důvěry v to, že člověk žije v prostředí, které lze předvídat, pochopit a je uspořádané. Svět tak tvoří ne zcela vnitřně soudržný celek (38).

V rámci tohoto cíle byla dále zjišťována závislost mezi jednotlivými ukazateli psychické odolnosti. Mezi Sense of Coherence a arousabilitou (Graf 9) podobně jako mezi dispozičním optimismem a arousabilitou (Graf 8) nebyla zjištěna u výzkumného souboru statisticky významná lineární závislost, resp. tyto soubory byly shledány jako na sobě lineárně nezávislé. Situace je ale jiná v deskripci lineární závislosti mezi Sense of Coherence a dispozičním optimismem. Zde byla u výzkumného souboru cyklistů s handicapem prokázána středně silná lineární závislost mezi těmito dvěma proměnnými. Důvodem pravděpodobně může být prolínání se významů charakteristik těchto dvou ukazatelů. Optimismus se jako takový vyznačuje vyšší odolností vůči neurčitosti a nejistotě. Paralelou k němu jsou z určitého úhlu pohledu dvě složky Sense of Coherence a to: manageability – zvládnutelnost situace při uvědomnění si vlastních zdrojů a schopností vynaložitelných k řešení situace a meaningfulness – smysluplnost řešení daného problému, vyvolávající pozitivní emoce (38).

Náplní šestého dílčího cíle práce bylo zjistit, zda s mírou užívání návykových látek – stimulantů k ovlivnění výkonu cyklisty s handicapem souvisí míra psychické odolnosti měřená inventářem AOS. Tento inventář měří moderátory psychické zátěže, které zprostředkovávají vztahy mezi podněty a reakcemi, zesílení zmírnění či omezení vlivu zátěže na lidskou odolnost (38).

Úroveň arousability se u obou skupin cyklistů s handicapem příliš neliší, rozdíl ve skóru arousability je 0,1 bodu ve prospěch skupiny respondentů, kteří stimulant neužíli. Vzhledem k tomu, že jsou stimulancia ve sportu užívána zejména z důvodu

nabuzení agresivity, soutěživosti, navození bdělosti (35), lze vyvodit teoretický předpoklad, že stimulancia častěji užívají jedinci s nižší mírou arousability za předpokladu, že tuto nižší míru vnímají jako deficit, protože arousabilita dle A. Mehrabiana znásobuje některé formy a projevy agrese (31). Tento předpoklad je možné potvrdit či vyvrátit dalším výzkumem.

Situace ji ovšem jiná u druhé složky AOS, dispozičního optimismu. Graf 12 ukazuje vyšší hodnoty dispozičního optimismu u těch respondentů, kteří označili alespoň jednu užitou návykovou látku z řad stimulantů. Dle Paulíka s rostoucí mírou dispozičního optimismu roste četnost pozitivních zdravotních návyků, například méně časté užívání návykových látek, a to v souvislosti s adaptivnějším copingovým stylem (38). Za velmi pozitivní zdravotní návyk v kontextu adaptivnějšího copingového stylu však lze považovat i pravidelnou sportovní aktivitu na určité úrovni.

Obsah sedmého dílčího cíle byl změřen na zjištění, zda s mírou užívání návykových látek z řady stimulantů cyklisty s handicapem souvisí míra psychické odolnosti měřená inventářem SOC.

Skupinu návykovou látku – stimulant uživších respondentů charakterizuje statisticky významný rozdíl v úrovni Sense of Coherence. Tato skupina respondentů vykazovala o 3,7 bodů vyšší skóre Sense of Coherence oproti skupině, která takové látky neužila. Handicapovaní cyklisté, kteří stimulant užili, mají tedy vyšší úroveň přesvědčení, že problém vyřeší pomocí vlastních zdrojů, smysluplnosti vynaloženého úsilí za dosažením určitého cíle a vědomí, že na situace se lze připravit a předvídat je (38).

6. Závěr

Cílem této práce bylo definovat úroveň psychické odolnosti pomocí ukazatelů Sense of Coherence, dispozičního optimismu a arousability u cyklistů s handicapem a její souvislost s užíváním návykových látek. Práce byla dále zaměřena na informovanost respondentů o účincích návykových látek, konkrétní užívané látky, otevřenost k užití, ale též na názory k užívání návykových látek k ovlivnění výkonu v prostředí sportu. Cíle práce byly naplněny.

Šetřením bylo zjištěno, že úroveň arousability u výzkumného souboru byla vyšší než u srovnávacího souboru; výše skóru dispozičního optimismu obou souborů byla totožná. Koherence osobnosti SOC u výzkumného souboru cyklistů s handicapem vykazovala v komparaci se srovnávacím souborem významně nižší úroveň. Středně silná lineární závislost byla u výzkumného souboru zjištěna mezi dispozičním optimismem a Sense of Coherence. V souvislosti s užíváním návykových látek za účelem ovlivnění sportovního výkonu výzkumný soubor vykazuje nižší míru užívání než srovnávací soubor cyklistů bez handicapu. Podobně jako u srovnávacího souboru je nejčastěji užívanou návykovou látkou k ovlivnění sportovního výkonu kofein. Otevřenost k užití návykových látek u výzkumného souboru v komparaci s cyklisty bez handicapu vykazuje nižší úroveň. Informovanost respondentů o účincích návykových látek na sportovní výkon, konkrétně amfetaminu, dosahovala 48 %.

Prostorem, kde by bylo záhodno zahájit důraznější preventivní a osvětovou činnost, je oblast užívání alkoholu. Výzkumný soubor, podobně jako srovnávací soubor cyklistů bez handicapu vykazuje užívání alkoholu na alarmující úrovni. Obecně by bylo vhodné zaměřit prevenci zejména na užívání rekreačních návykových látek pro nerekreční účely, spolu s informovaností o objektivních účincích takových látek.

Formou kvantitativního výzkumu byly ověřovány následující hypotézy:

H1: Handicapovaní cyklisté vykazují nižší míru užívání návykových látek v komparaci se srovnávacím souborem cyklistů bez handicapu.

Tato hypotéza byla potvrzena.

H2: Úroveň psychické odolnosti měřená technikou SOC je u cyklistů s handicapem vyšší v komparaci se srovnávacím souborem.

Tato hypotéza nebyla potvrzena.

H3: Úroveň psychické odolnosti měřené technikou AOS je u cyklistů s handicapem vyšší v komparaci se srovnávacím souborem vysokoškolských studentů.

Tato hypotéza nebyla potvrzena.

Vzhledem k tomu, že na téma této diplomové práce dosud v rámci České republiky výzkum proveden nebyl, může být inspirací či naznačením směru, kam je možné se výzkumně ubírat.

7. Seznam použitých zdrojů

1) NOSKOVÁ, Alena. *Návykové látky a jejich užívání za účelem zvýšení výkonu v cyklistickém sportu*. České Budějovice, 2010. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.

2) ANTIDOPINGOVÝ VÝBOR ČR. *Směrnice pro kontrolu a postih dopingu ve sportu v České republice*. Praha: ADV ČR, 2009

3) ANTONOVSKY, Aaron. *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. The Jossey-Bass social and behavioral science series and the Jossey-Bass health series. San Francisco, CA, US: Jossey-Bass, 1987

4) BAUMGARTNER František. *Zvládání stresu – coping*. In VÝROST, Jozef a Ivan SLAMĚNÍK et al. *Aplikovaná sociální psychologie 2*. Praha: Grada, 2001. ISBN: 80-247-0042-5

5) BIERNÁTOVÁ Olga a Jan SKŮPA. *Bibliografické odkazy a citace dokumentů dle ČSN ISO 690 (01 0197) platné od 1. dubna 2011*. [online]. [cit. 2012-24-03]. Dostupné z <http://www.zsf.jcu.cz/studium/informace-pro-studenty-zsf/pravidla-pro-zpracovani-bakalarskych-a-diplomovych-praci/priloha-5-2013-bibliograficke-odkazy-a-citace-dokumentu-2013-interpretace-citacni-normy/>

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

7) ČECHOVÁ, Věra, MELLANOVÁ Alena a Marie ROZSYPALOVÁ. *Speciální psychologie*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2003. ISBN: 80-7013-386-4

8) DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum, 2002. ISBN: 978-80-246-0139-7

9) DOVALIL, Josef et al. *Výkon a trénink ve sportu*. Praha: Olympia, 2002. ISBN: 80-7033-760-5

- 10) DOVALIL, Josef et al. *Olympismus*. Praha: Olympia, 2004. ISBN: 80-7033-871-7
- 11) FRANKOVSKÝ Miroslav. *Stratégie správania v náročných životných situáciách*. In VÝROST, Jozef a Ivan SLAMĚNÍK et al. *Aplikovaná sociální psychologie 2*. Praha: Grada, 2001. ISBN: 80-247-0042-5
- 12) HAVLÍČKOVÁ, Jaroslava et al. *Fyziologie tělesné zátěže, Obecná část*. Praha: Karolinum 2000, ISBN: 80-7184-875-1
- 13) HEINEMANN, Allen W. (ed.). *Substance Abuse and Physical Disability*. 1st Ed. Binghamton: The Haworth Press, 1993. 291 p. ISBN: 1-56024-289-2
- 14) HOŠEK, Václav. *Psychologie odolnosti*. Praha: Univerzita Karlova, 1997. ISBN: 80-7065-976-4
- 15) HUBÍK, Stanislav. *Hypotéza: metodologický nástroj výzkumu ve společenských vědách*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta, 2006. ISBN: 80-7040-842-1
- 16) INFORMAČNÍ CENTRUM OSN V PRAZE. *Úmluva o ochraně práv zdravotně postižených osob* [online]. [cit. 2012-02-03]. Dostupné z <http://www.osn.cz/zpravodajstvi/zpravy/zprava.php?id=1173>
- 17) JANSÁ, Petr a Josef DOVALIL. *Sportovní příprava, vybrané kinantropologické obory k podpoře aktivního životního stylu*. Praha: Q-Art, 2009. ISBN: 978-80-903280-8-2
- 18) KACHLÍK, Petr. *Výskyt rizikového chování u studentů Masarykovy univerzity a možnosti jeho prevence*. Brno, 2011. Habilitační práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta
- 19) KACHLÍK, Petr et al. *Závěrečná zpráva o řešení fakultního výzkumného projektu id.MUNI/41/002/08: Problematika patologických závislostí v populační skupině osob s tělesným postižením - pilotní studie*. Brno: Pedagogická fakulta Masarykovy univerzity, 2009. Výzkumná zpráva.

- 20) KALINA Kamil et al. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 1*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN: 80-86734-05-6
- 21) KALINA, Kamil et al. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN: 80-86734-05-6
- 22) KALINA, Kamil et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, 2008. ISBN: 978-80-247-1411-0
- 23) KEBZA, Vladimír. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005. ISBN: 80-200-1307-5
- 24) KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. *Hlavní koncepce psychické odolnosti*. Československá psychologie, 2008, ročník 52, číslo 1, strana 1 – 19
- 25) KELLMANN, Michael. *Psychological methods for the assessment of recovery and stress [Psychologische Methoden der Erholungs-Beanspruchungs-Diagnostik]* Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin, 2000. 51 (7-8), pp. 253-258
- 26) KESSLER, David a Matthew KLEIN. *Drug use patterns and risk factors of adolescents with physical disabilities*. The International Journal of the Addictions, 1995, vol. 30, no.10, pp. 1243-1270.
- 27) KOZLOVÁ, Lucie a Veronika KUBELOVÁ. *Jak psát bakalářskou a diplomovou práci*. 2. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, zdravotně sociální fakulta, 2008. ISBN: 978-80-7394-155-0
- 28) KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. ISBN: 80-247-0179-0
- 29) KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Pozitivní psychologie*. Praha: Portál, 2004. ISBN: 80-7178-835-X
- 30) MARCUS H. Bess a H. Leigham FORSYTH. *Psychologie aktivního způsobu života: motivace lidí k pohybovým aktivitám*. Praha: Portál, 2010. ISBN: 978-80-7376-654-4
- 31) MEHRABIAN, Albert. *Theory and evidence bearing on scale of Trait Arousability*. Current psychology, 14, pp. 3-28. Spring 1995

- 32) MLČÁK, Zdeněk, PAULÍK Karel a Helena ZÁŠKODNÁ. *Osobnost v kontextu prosociálního chování a zátěžové odolnosti*. Monografický recenzovaný sborník prací FF Ostravské Univerzity 241/2008, Psychologica č. 13, OU v Ostravě, Filozofická fakulta 2008, ISBN: 978-80-7368-532-4
- 33) NAKONEČNÝ, Milan. *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia, 2003. ISBN: 80-200-1289-3
- 34) NEKOLA, Jaroslav. *Doping a sport*. Praha: Olympia, 2000. ISBN: 80-7033-137-2
- 35) NEKOLA, Jaroslav. *Prevence dopingu ve sportu*. Praha: Fakulta tělesné výchovy a sportu, 2008. ISBN: 978-80-86317-56-4
- 36) OBČANSKÉ SDRUŽENÍ ŘEKNI NE DROGÁM – ŘEKNI ANO ŽIVOTU. *Pravda o zneužívání ritalinu* [online]. 2009 [cit. 2012-02-06]. Dostupné z www.drogy.cz/ritalin
- 37) PANČOCHA, Karel. *Speciálně pedagogická dimenze závislostního chování*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2006. ISBN: 80-86633-61-6.
- 38) PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada, 2010. ISBN: 978-80-247-2959-6
- 39) PYŠNÝ, Ladislav. *Doping rizika zneužití*. Praha: GRADA, 2006. ISBN: 80-247-1702-6
- 40) *Ritalin* [online]. 2009 [cit. 2012-02-01]. Dostupné z <http://www.leky4u.cz/tag/ritalin/>
- 41) SALMON, Peter. *Effects of physical exercise on anxiety, depression, and sensitivity to stress: A unifying theory*. *Clinical Psychology Review* , 2001. 21 (1), pp. 33-61
- 42)SARIKAYA, Hande a Christiane PETERS et al. *Biomedical Side Effects of Doping*. Uni-Druck OHG: Starnberg, 2007. ISBN: 978-3-00-022081-4

- 43) SARMÁNY SCHULLER, Ivan a Immrich RUISEL: *Optimizmus a arousabilita vo vzťahu k indikátorm typu osobnosti* (Myers – Briggs). In: Košč, M., Sarmány Schuller, I., Brozmanová, E. (red.): *Retrospektíva, realita a perspektíva psychológie na Slovensku*. Bratislava 1996, 408 – 412.
- 44) SEKOT, Aleš. *Sport a spoločnosť*. Brno: Paido 2003. ISBN: 80-7325-047-6
- 45) SKALSKÁ, Marie. Nežádoucí vliv dopingu na kardiovaskulárny systém. *Kardiologická revue*, ročník 2007, č. 3, ISSN: 1212-4540
- 46) SLEPIČKA, Pavel, HOŠEK Václav a Běla HÁTLOVÁ. *Psychologie sportu*. Praha: Karolinum, 2006. ISBN: 80-246-1290-9
- 47) ŠOLCOVÁ, Iva. *Moderující role pohybové aktivity ve vztahu stres – zdraví*. *Československá psychologie*, 1994, ročník 38, číslo 4, strana 300 – 308
- 48) ŠOLCOVÁ, Iva. *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. Praha : Grada, 2009. ISBN: 978-80-247-2947-3
- 49) TECHNISCHE UNIVERSITÄT MÜNCHEN. *Psychological Effect and Addicition* [online]. 2006 [cit. 2012-01-24]. Dostupné z <http://www.doping-prevention.de/cs/human-body/psychological-effects-and-addicition/psychological-effects-and-addicition.html>
- 50) TECHNISCHE UNIVERSITÄT MÜNCHEN. *Stimulants* [online]. 2006 [cit. 2012-01-24]. Dostupné z www.doping-prevention.de/cs/substances-and-methods/stimulants/stimulants.html
- 51) UNION CYCLISTE INTERNATIONALE. *Rules: Para-cycling*. [online]. 2012 [cit. 2012-02-13]. Dostupné z <http://www.uci.ch/Modules/BUILTIN/getObject.asp?MenuId=MTkzNg&ObjTypeCode=FILE&type=FILE&id=MzQwMzY&LangId=1>
- 52) VÁGNEROVÁ, Marie, HADJ-MOUSSOVÁ Zuzana a Stanislav ŠTECH. *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum, 2004. ISBN: 80-7184-929-4
- 53) VAŠINA, Bohumil. *Základy psychologie zdraví*. Ostrava: Ostravská univerzita, Pedagogická fakulta, 2009. ISBN: 978-80-7368-757-1

54) VETERINÁRNÍ A FARMACEUTICKÁ UNIVERZITA BRNO. *Lineární korelační závislost*. [online]. [cit. 2012-04-03]. Dostupné z <http://cit.vfu.cz/stat/FVL/Teorie/Predn5/linearni.htm>

55) WORLD ANTI-DOPING AGENCY. *The 2012 Monitoring Program* [online]. [cit. 2012-04-03]. Dostupné z http://www.wada-ama.org/Documents/World_Anti-Doping_Program/WADP-Prohibited-list/2012/WADA_Monitoring_Program_2012_EN.pdf

56) WORLD ANTI-DOPING AGENCY. *The 2012 Prohibited List, International Standard* [online]. [cit. 2012-04-03]. Dostupné z www.wada-ama.org/Documents/World_Anti-Doping_Program/WADP-Prohibited-list/2012/WADA_Prohibited_List_2012_EN.pdf

57) WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*. Praha: Grada, 2001. ISBN: 978-80-247-1587-2 Dostupné také z http://www.mpsv.cz/files/clanky/9867/klasifikace_funkcnich_schopnosti_disability_zdravi.pdf

58) ZÁBRANSKÝ, Tomáš. *Drogová epidemiologie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. ISBN: 80-244-0709-4

59) ZÁŠKODNÁ, Helena a Zdeněk MLČÁK. *Osobnostní aspekty prosociálního chování*. Praha : Triton, 2009. ISBN: 978-80-7387-306-6

8. Klíčová slova

arousabilita

cyklisté s handicapem

dispoziční optimismus

návyková látka

Sense of Coherence

9. Přílohy

Příloha 1: Monitorovací program 2012

THE 2012 MONITORING PROGRAM*

The following substances are placed on the 2012 Monitoring Program:

1. Stimulants: *In-Competition Only:* *Bupropion, caffeine, nicotine, phenylephrine, phenylpropanolamine, pipradrol, pseudoephedrine (< 150 micrograms per milliliter), synephrine.*

2. Narcotics: *In-Competition Only:* *Hydrocodone, morphine/codeine ratio; tramadol.*

3. Glucocorticosteroids: *Out-of-Competition Only*

* The *World Anti-Doping Code* (Article 4.5) states: "WADA, in consultation with Signatories and governments, shall establish a monitoring program regarding substances which are not on the Prohibited List, but which WADA wishes to monitor in order to detect patterns of misuse in sport."

Zdroj: The World Anti-Doping Agency (55)