

Univerzita Palackého v Olomouci
Pedagogická fakulta

David Buriánek

**Kvalita života a životní spokojenost para hokejistů s tělesným postižením
v České republice**

Diplomová práce

Olomouc 2021

Prohlášení

Tímto prohlašuji, že jsem svou diplomovou práci na téma „Kvalita života a životní spokojenost para hokejistů s tělesným postižením v České republice“ vypracoval za dohledu mého vedoucího bakalářské práce samostatně. Přičemž jsem všechny mnou použité zdroje a prameny řádně ocitoval a uvedl na konci dokumentu.

V Olomouci dne:

.....

David Buriánek

Poděkování

Rád bych poděkoval doc. Mgr. Jiřímu Kantorovi Ph.D. za jeho odborný a věcný přístup, užitečné připomínky a cenné podněty po dobu psaní diplomové práce. Mé poděkování patří i všem respondentům, kteří se zúčastnili výzkumu a důvěrou poskytli svoje osobní data a vlastní postoje k výzkumným otázkám. V neposlední řadě však všem předsedům klubů a reprezentačnímu trenérovi za ochotu a pomoc nejen při sběru dat.

OBSAH

Úvod.....	1
TEORETICKÁ ČÁST	3
1. Pravidla Para hokeje	3
1.1 Klasifikace a minimální kritéria hráčů	3
1.2 Výstroj	5
1.3 Základní pravidla hry	7
1.4 Turnaje pořádané na území České republiky	9
2. Historie para hokeje	11
3. Vymezení tělesného postižení a jeho specifika	16
2.1 Základní rozdělení a společné znaky	16
2.2 Vybrané typy postižení.....	19
4. Pojmy kvalita života a well-being.....	21
4.1. Pojem kvalita života	21
4.2. Pojem Well-being.....	24
5. Pojem životní spokojenost	26
5.1 Faktory ovlivňující životní spokojenost	28
PRAKTICKÁ ČÁST	32
6. Organizace a metody výzkumu.....	32
6.1 Cíle a hypotézy výzkumu	32
6.2 Metody	34
6.3 Dotazníky.....	36
6.4 Výběrové soubory	40
7. Výsledky výzkumu	42
7.1 Demografické údaje	42
7.2 Dílčí výstupy z WOQOL-BREF	45
7.3 Dílčí výstupy para hokejistů WHOQOL-BREF.....	48
7.4 Dílčí výstupy SWLS.....	49
7.5 Vyhodnocení Hypotéz	50
8. Diskuze	54
9. Závěr	59
Zdroje:.....	61

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

PŘÍLOHY

ANOTACE

ÚVOD

Svoji bakalářskou práci jsem psal na téma “Vnímaní subjektivního zdraví u osob s tělesným a kombinovaným postižením“. Téma životní spokojenosti mě zaujalo, a proto jsem se mu chtěl věnovat ještě jednou, tentokrát ve spojení se sportem. Důležitým aspektem při rozhodování a zaměření se na téma diplomové práce, hrálo markantní roli mé čtyřleté působení v para hokejovém týmu SOHO Olomouc.

Jelikož jsem sám od narození jedinec s tělesným postižením, vždy jsem měl blízko k lidem podobného typu postižení. I přes svůj velmi dobrý fyzický stav, díky kterému jsem se dokázal v průběhu života integrovat do intaktní společnosti, jsem neustále zůstal v úzkém kontaktu se světem osob s postižením a s „mými lidmi“.

Stalo se tak, především díky lázeňským pobytům v Janských lázních a pozdějším kontaktům a spolupráci s Obchodní akademií Olgy Havlové v Janských lázních. A právě zde vybudované vztahy mě na vysoké škole dostaly až k para hokeji, díky kterému se zrodila myšlenka a podstata vzniku této diplomové práce.

Cílem této práce je zjistit, do jaké míry má para hokej vliv na kvalitu života a životní spokojenost osob s tělesným postižením. V teoretické části jsme se snažil o stručné nastínění dosavadního poznání na základě přehledu odborné literatury. Jsou zde vymezeny klíčové pojmy práce, a to para hokej, tělesné postižení, životní spokojenost a kvalita života.

V první kapitole jsem se podrobněji věnoval pravidlům toho výjimečného sporu, klasifikaci hráčů, základním pravidlům na mezinárodní úrovni a pravidlům české ligy o pohár Romana Herinka.

Druhá kapitola plynule přechází k objasnění termínu tělesné postižení, charakteristické nejčastější typy postižení a jejich specifika, se kterými se lze setkat u para hokejistů.

V třetí kapitole rozebírám historii para hokeje od samotného vzniku tohoto atypického sportu pro jedince s tělesným postižením, až po snahu přiblížení tohoto sportu k mladší populaci v podobě „paralympijského školního dne“.

V poslední teoretické části objasňuji stěžejní pojmy vztahující se k dotazníkům (životní spokojenost a její složky, kvalitu života, well-being) s apelem na jejich nesprávně používanou záměnu a se snahou poukázat na odlišnosti mezi jednotlivými termíny.

Praktická část diplomové práce přináší průřezovou studii u českých para hokejistů realizovanou na základě kvantitativního, dotazníkového průzkumu. Základním stavebním kamenem byl výběr vhodného výzkumného instrumentu, kterým byl ve finální fázi soubor tří položek, a to demografického dotazníku, českých verze dotazníku životní spokojenosti SWLS

(v původní verzi byly vytvořeny Edem Dienerem již v roce 1985) a dotazníku kvality života WHOQOL-BREF, za jehož vytvořením stojí 15 zástupců výzkumných center z celého světa pod záštitou celosvětové zdravotnické organizace (WHO).

Tato studie vznikla za spolupráce s katedrou Aplikovaných pohybových aktivit na Fakultě tělesné kultury v Olomouci (tým z této katedry vede doktor Ondřej Ješina). Předpokládáme společnou publikaci výsledků, neboť tento průzkum je realizován jako součást širší studie zaměřené na české para sportovce.

TEORETICKÁ ČÁST

V teoretické části se seznámíme nejen s historií para hokeje, ale i s jeho pravidly, výbavou hráčů, českou para hokejovou ligou a českou reprezentací. Uzavírat bude tuto část kapitola, jejímž cílem je přiblížení termínu životní spokojenost.

1. PRAVIDLA PARA HOKEJE

V této kapitole se podíváme na pravidla para hokeje. Poukážeme především na různosti, (od klasifikace hráčů, přes speciální výstroj a výzbroj, až po pravidla samotné hry a na jejich rozdíl v tuzemsku a na mezinárodní úrovni) se kterými se běžně nesetkáme u klasického ledního hokeje.

1.1 Klasifikace a minimální kritéria hráčů

Klasifikace se dle Paralympic.org (2017) provádí za účelem definování, kdo je způsobilý pro soutěžení v oblasti para sportů a následně tak, kdo má příležitost stát se paralympijským sportovcem. Vše je vytvořeno proto, aby se mohli poměřovat síly sportovců se stejným typem nebo rozsahem postižení. Takováto klasifikační pravidla jsou platná pro všechny sportovce, kteří jsou licencováni, a-nebo se účastní událostí World Para Ice Hockey (dále jen WPIH). Klasifikační pravidla mají přednost před všemi ostatní pravidly. Metodika je prováděna pomocí bodové škály v oblasti rozsahu pohybů (Daniel a Worthingham).

Atleti s tělesným postižením, kteří jsou zhodnoceni, jako způsobilý na hrách konaných WPIH:

- **S poruchou svalové síly** – neboli se sníženou svalovou silou. Tento zdravotní stav snižuje, nebo zcela znemožňuje sportovci ovládnutí svalového tonu při samotném pohybu, nebo generování síly. Mezi takto klasifikované diagnózy patří:
 - Poranění míchy (úplné, nebo neúplné, tetraplegie, paraplegie, paraparéza)
 - Svalová dystrofie
 - Syndrom post-polio
 - Spina bifida (rozštěp páteře)
- **S nedostatkem končetin** – je myšlena jak už úplná, tak částečná absence kostí nebo kloubů v důsledku vzniklých traumat. Patří sem:
 - Traumatické amputace
 - Nemoc (amputace v důsledku rakoviny kostí)
 - Vrozené postižení (např. dysmelie)
- **S rozdílem v délce nohou** – do této skupiny neřadíme pouze dysmelii, ale i vrozené, nebo traumatické narušení růstu končetin.

- **S Hypertonii** – způsobenou centrální nervovou soustavou, konkrétně nárůstem svalového napětí při snížené schopnosti sval ovládat. Konkrétně:
 - Mozková obrna (MO)
 - Traumatické poranění mozku
 - Mrtvice
- **S Ataxií** – je také způsobena poruchou centrální nervové soustavy, přičemž se projevuje nekoordinovatelnými pohyby. Do této skupiny jsou zahrnuty tyto typy postižení:
 - MO
 - Traumatické poranění mozku
 - Mrtvice
 - Roztroušená skleróza
- **S Atetózou** – vyznačující se kontinuálními, pomalými, nedobrovolnými pohyby. Zahrnuje stejné typy diagnóz jako je tomu u hypertonie.
- **S narušením pasivním rozsahem pohybu** – jedná se o omezený, nebo nedostatečný pohyb v jednom nebo ve více kloubech. Zahrnuje se zde:
 - Artrogrypóza
 - Kontraktura plynoucí z chronické imobilizace kloubu
 - Traumata postihují kloub

Protože para hokej má v současné době pouze jednu sportovní třídu, tedy dva stavy (klasifikován /neklasifikován), které jsou dány *minimálními kritérii* snížených hodnot zdravotního stavu. Berou se u sportovce pouze v úvahu způsobitelná poškození ovlivňující dolní končetiny, uvedená předešlé podkapitole.

Hráči musí splňovat alespoň jedno z následujících minimálních kritérií zhodnocení:

- **Nedostatek končetin** – kritériem je jednostranná amputace kotníku (Symesova amputace), včetně poškození, která způsobují podobnou ztrátu končetiny.
- **Snížení svalové síly** – pro uznání kritérií zde sportovec musí ztrácet 10 bodů oproti normálnímu stavu (80 bodů).
- **Poškozený pasivní pohyb** – Ankylóza u jednoho kotníku, nebo vada, extenze kolene nejméně o 30 stupňů. Účastník pouze s omezenou pohyblivostí v kyčli nemá nárok soutěžit v WPIH.
- **Ataxie, Atetóza, Hypertonie** – musí v posudkovém kritériu musí získat maximálně 3 body, oproti šesti bodům stanoveným, jako normál.

- **Rozdíl délky nohou** – jak už bylo řečeno v předešlé kapitole nejmenší rozdíl mezi délkami noh pro uznání (klasifikován) musí být 7 cm. Toto měření se provádí od pupku po sférický výčnělek na vnitřní straně nohy, těsně nad kloubem kotníku. (Paralympic.org, 2017)

1.2 Výstroj

Osobami kompetentními k provádění kontroly jsou delegát IPC, hlavní rozhodčí, nebo vedlejší rozhodčí. Správně by mělo být prohlédnuto veškeré náčiní hráčů, a to ať už ve skladu s vybavením, v šatně, nebo i na ledě, ještě před začátkem samotné hry. Mezi kontrolní body patří například přeměřování parametru sledge, délky holý a jejich ostrých konců (hloubku bodců). Dojde tak k ujištění se o bezpečnosti vybavení hráčů před započítím hry. Pokud dojde i přesto k podezření na vadu jakéhokoliv komponentu výstroje, či výzbroje během hry, je možné hru přerušit a udělit proviněnému týmu menší trest (2 minuty). Tato nevyhovující součást vybavení je z hrací plochy odstraněna do té doby, dokud není opravena a shledána bezpečnou delegátem IPC. (Červený, 2013)

Pokud se podobný prohřešek stane brankáři a bude mu dle regulí udělen menší trest, nemusí opustit hrací plochu. Může jej nahradit spoluhráč, který se v danou dobu nacházel na ledové hrací ploše. Je také možnost opakovat použití stejného, či více minutového trestu hráči, který tak opakovaně činil prohřešky proti kvalitě výzbroje (Mrázová, 2006). Jak říká Kudláček (2007) výstroj para hokejistů se skládá z podobných komponentů, jako je tomu v běžném hokeji.

Blíže to specifikuje kniha pravidel od WPIH, jedná se o výstroj, kterou všichni hráči musí mít povinně jak při rozcvičení před zápasem, tak během hry. U *helmy* je důležitá schválená certifikace HEEC a správně připevněný řemínek. Je i přesný postup, jak má být helma nasazena a jak má držet při hře. Účastníci hry nesmí mít helmu pouze s horním plexisklem. Jsou povinni mít celo-obličejovou masku, která musí být zkonstruována tak, aby přes ni nemohl proniknout puk, čepel nebo hrot hokejky. Nezbytnou součástí je *chránič* krku, jenž nesmí být během rozcvičení nebo zápasu upravován, či sundán z krku. Kdežto u *chrániče zubů* je pouze doporučeno, aby měl každý jednotlivec vlastní. U *vesty* jsou však nařízeny povinně ramenní vycpávky a to tak, aby byla chráněna oblast mezi ramenními klouby a lokty. Dále navazují *chrániče loktů*, které chrání především zadní části loktů. U *rukavic* se apeluje na jejich stav. Neměli by mít odstraněnou stranu v oblasti dlaní, aby hráč nehrál holýma rukama. A konečně poslední částí ochranné výstroje jsou *chrániče holení*. Ty musí zakrývat celou oblast od kolena

ke kotníku. Mezi další ochrannou výstroj patří i *obuv*, která však není pravidly blíže specifikovaná. (Paralympics.org, 2018)

Jak uvádí Kršáková (2018) ve své bakalářské práci, někteří atleti často nosí brusle bez čepelí. To je však spíše módním výstřelkem, než abychom mohli mluvit o kdovíjaké funkčnosti, proto je stále mnoho hráčů, kteří raději upřednostní teplé boty. Někteří dokonce nosí pracovní boty s kovovou špičkou. Společným základem všech zúčastněných aktérů však je co nejlépe ochránit své prsty a kotníky.

Konstrukce saní (*sledge*) prošla od svých prvopočátků bouřlivým pokrokem a dodnes dochází k neustálému vylepšování vedoucích ke zlepšení jejich funkčnosti. Veškerá inovace však musí být v souladu s platnými pravidly a schválena IPC (International paralympic commite) a taktéž WPIH.

Sáně se skládají z několika částí (rámu, podpěr na paty a nohy, předního lemu ochranného krytu, sedla, nosiče čepelí, nožů a kluzáku). Rámy mohou být vyrobeny pouze ze schválených materiálů, jako jsou ocel, hliník, titan a hořčík, o průměrových rozměrech od 1,5 cm do 3 cm. Zadní koncová část může přesahovat za sedákem maximálně o jeden centimetr. Celková šíře rámu při měření z vnějších stran rámu nesmí překročit šíři sedáku, a naopak nesmí být menší než 15 cm. Kvůli atletům s amputací obou dolních končetin je udávána i minimální délka celých saní (80 cm). Hlavní rám je povoleno mít od ledu ve výšce od 8,5 cm do 9,5 cm. Celková výška se u nastavitelných saní může, od ledu po držák sedáku, povolit až do výšky 20 cm. Všechny části kovové konstrukce musí být zabroušeny, tak aby se na saních nevyskytovaly žádné ostré hrany. (Paralympics.org, 2018)

Sedáky sáněk jsou v základu dvojího provedení dle typu postižení. Pro jedince s oboustrannou amputací dolních končetin se kompletují celoplastové uzavřené. Nebo pro hráče s dolními končetinami, kteří mají samotný kryt na vrchní stranu stehů s popruhy po stranách sedáku, díky kterým se hráč upevní. Každé saně pak mají samostatné úpravy, jako je polstrování sedáku, popřípadě opěradlo pro sportovce s vyšším poraněním míchy atp. (Chisholm et al., 2017; Kudláček, 2007)

Každý hráč má dvě *hokejky* (levou a pravou), které jsou další velmi podstatnou částí vybavení, protože hráčům neslouží pouze strana s čepelí k manipulaci s pukem a střelbě, ale i druhý konec hokejek, kde jsou umístěny bodce, díky kterým se hráči mohou po ledě pohybovat. (Kudláček, Ješina, 2013)

Maximální možná užívaná délka hokejek je 100 cm z toho může být čepel nanejvýše 32 cm dlouhá a 7,5 cm široká, při zahnutí 1,5cm. Na druhé straně holí jsou připevněny pláty o celkové

délce max 10,2 cm, které nesmí pevnou část hole překročit o 1 cm. Každý takový plát obsahuje tři čtyřmilimetrové zuby. (Paralympics.org, 2018)

Výstroj para hokejových brankářů také není úplně shodná s výstrojí těch hokejových. Určité podobnosti lze můžeme shledat, a to v rozměrech „lapačky“ či „vyrážečky“. Ovšem už i lapačka je ozvláštněna o pevně přidělané hroty, díky kterým se může gólman pohybovat. Hroty obsahuje samozřejmě i hokejka, jako je tomu u útočníků i obránců.

Co se týče saní dle WPIH je povolných několik přesných typů, které lze pro para hokej využívat. A to ať už pro brankáře sedící bokem, nebo ty co sedí v tureckém sedě. Od zvolení postoje se také dále odvíjí i to kolik může mít brankář betonů, či hokejek (i když v dnešní době jen stěží najdeme nějakého gólmana co by využíval dvě hole). (Paralympics.org, 2018)

1.3 Základní pravidla hry

Dle Paralympics.org, 2018 mohou mít rozměry *kluziště* maximálně 61 m délky ku 30 m šíře, a minimální rozměry 56 m na 26 m. Stejně tak je to i s poloměrem zaoblení rohů hřiště, kde je rozteč poloměru od 7 m do 8,5 m. Kromě toho je led (popř. plastové, gumové pláty) umístěn i v oblasti střídacích lavic, pro lepší manipulaci a pohyb hráčů na saních při střídání. Doplňuje to ještě další z podmínek, která přikazuje pořadatelům, aby vstup ze střídaček, či trestných lavic byl ve stejné úrovni jako samotná ledová plocha.

Rozdílné jsou i předpisy pro *mantinely* oproti běžnému hokeji. Především se jedná o průhledná plexiskla umístěná v oblasti střídaček a trestných lavic, která umožňují hráčům mít neustálý přehled o hře. Každá ze střídaček obsahuje dvojce dvířka, kde jedny slouží pro vstup na střídačku a druhé na kluziště. (Schuster, 2015)

Hraje se podobně jako v ledním hokeji na třetiny, avšak jejich doba trvání je pouze 15 minut. Mezi třetinami jsou povětšinou desetiminutové přestávkové bloky. Obvykle do hry zasahuje pět hráčů (tři útočníci a dva obránci), plus brankář z každého mužstva. Celkově soupiska skýtá třináct hráčů a dva brankáře na každé straně. (Kudláček, 2007)

Udělení trestů (menší dvouminutový, větší pěti minutový, osobní desetiminutový, do konce zápasu, nebo trestné střelení) a fauly (např. hra vysokou holí, držení hole, hákování, hrubost apod.) opět vychází z pravidel IIHF pro lední hokej. I zde však v rámci para hokeje lze nalézt specifický zákrok, který v běžném hokeji nevidíme. Je známý buď pod názvem „teeing“, nebo „t-boning“ (v překladu: „těčko“). Jedná se o najetí do protihráče pod pravým úhlem. (Kršáková, 2018)

V tuzemsku je para hokej řízen Českou para hokejovou asociací, která byla přijata do Českého svazu ledního hokeje v roce 2004. Sdružení zajišťuje organizovaný chod a rozvoj para hokej v České republice. V největším rozkvětu měl 8 členů, kterými jsou para hokejové kluby. Orgány ČSHA jsou valná hromada, výkonný výbor, dozorcí rada a generální sekretář. (Schuster, 2015)

Česká para hokejová liga má však oproti pravidlům WHIP pár svých úprav a odlišností. Mezi ně patří například rozdílnost pauz mezi hrací dobou. Taktéž je maximálně desetiminutová pauza, kdy hráči odejdou z ledu či minimálně třiminutová pauza, kdy hráči zůstanou na ledě. Většinou je kratší pauza mezi první a druhou třetinou, a před poslední třetinou se na led pustí rolba pro úpravu ledu, ale ani rolba nemusí být vždy podmínkou. Jakékoliv změny musí být oboustranně odsouhlaseny oběma trenéry během hry. (Červený, 2013)

Mezi další obměny patří, z důvodu složité přípravy haly, úprava prostoru pro střídačky. Ten se nenachází v oblasti za mantinely, ale je vyhrazen přímo na ledové ploše u mantinelu od půlící čáry k modré čáře, pro oba celky. (Kršáková, 2018)

Oproti mezinárodním soutěžím může nastoupit do zápasu až 18 hráčů a 2 brankáři. Dále je možné, aby se podle českých pravidel zápasu zúčastnilo 5 zdravých hráčů. V jednu chvíli mohou do hry však zasáhnout pouze dva z nich. Aby bylo možné tyto zdravé hráče při hře dobře rozlišit, jsou označeni oranžovým pruhem na helmě. (Dařová, 2008)

Poslední valná hromada přinesla také pár úprav pravidel. Jak napsal hokejový předseda Černochoch 2020 „*Pondělní 29.6.2020 byl den, kdy se uskutečnila valná hromada para hokejových týmů ČR. Více než pětihodinové jednání klubů přineslo před sezonou 2020/2021 další změny. Došlo k dalšímu omezení startu zahraničních hráčů, mluvilo se i o hybridním zakázaném uvolnění či o podobě soutěže v následujícím ročníku. Toho se zúčastní stejná sestava jako loni, tudíž Zlín, Olomouc, Havířov (dříve Studénka), Sparta, Karlovy Vary a Pardubice. Ani letos nebudou hrát České Budějovice, které se sice chystaly na sezonu, ale dle vyjádření klubu „by se nebyly schopny s omezeným rozpočtem plnohodnotně účastnit soutěže.“*

Dále Černochoch (2020) uvádí konkrétní omezení zahraničních hráčů oproti loňským pravidlům, která dovolovala každému klubu využívat služeb „cizinců“ v počtu pěti hráčů. Pro nynější sezónu se počet sníží na čtyři zahraniční hráče na utkání. Pouze však tři zahraniční hráči budou moci být při hře současně na ledě. Dále se upravilo množství zaregistrovaných hráčů (nejvíce 6) bez českého občanství pro jeden klub na sezonu. Další významnou změnou bylo aplikování hybridního zakázaného uvolnění. Poslední informací z tohoto zasedání byla změna názvu trofeje pro vítěze základní části, ta nově nese název pohár Romana Herinka.

1.4 Turnaje pořádané na území České republiky

Je již tradičním, dlouholetým, mezinárodním pohárovým víkendem ve Zlíně je *Lapp cup*, konaným od roku 2001. Účastní se jej vždy osm týmů z celého světa. Obvykle se zde objevují týmy Německa, Rakouska, Itálie, Norska, Švédska a samozřejmě český tým SHK LAPP Zlín, popř se objevil i tým Ruska. Ve třech dnech se tak uskuteční 20 zápasů ve Zlínské hale. (Blažková, 2015)

Ta byla a je považována, díky svým kvalitám, dle zástupce Mezinárodního olympijského výboru (IPC) Stena Dumella za jeden z nejlepších stadionů pro hokejisty se speciálními potřebami, který kdy viděl. (Skruhovský, 2017)

Do realizačního týmu pro tuto akci jsou kromě rodinných příslušníků využíváni i studenti zlínské vysoké školy, kteří mohou využít tuto zkušenost v rámci stáže. Díky pomoci pak mají různé benefity v podobě lístku na „after party“, která je pro sponzory a všechny členy týmů. Tato „after party“ navíc slouží mimo jiné k vyhlášení nejlepších hráčů turnaje. Celá akce je pro fanoušky zdarma na jakýkoliv zápas. Vstupné je pouze v dobrovolné formě, kde mohou návštěvníci zanechat dar v pokladničce. (Blažková, 2015)

Další akcí je *Mezinárodní parahokejový turnaj o pohár hejtmana Olomouckého kraje*. Tato akce v roce 2019 byla první svého druhu v Olomouckém kraji. Účastnily se jí čtyři týmy – tým z rakouského Grazu, reprezentace Polska a dva naši čeští zástupci v podobě Sparta Praha a Olomouckých kohoutů. Po dvou hracích dnech skočili vítězně v turnaji hráči pražské Sparty, druzí byli domácí para hokejisté Olomouce, na třetím místě se nacházela reprezentace Polska a poslední byl tým Grazu z Rakouska. Celá tato akce se mohla konat jenom díky velké podpoře Olomouckého kraje. Jako uznání, tak i poděkování hejtmanovi Ladislavovi Okleštěkovi, lze považovat právě to, že se celá tato akce pojmenovala „Pohár hejtmana Olomouckého kraje“. Během celého víkendu bylo pro veřejnost dobrovolné vstupné, díky kterému se podařilo vybrat přesně 10 984 Kč. Tyto peníze byly darovány Dětskému domovu v Olomouci.

Celý tento víkendový turnaj na závěr okomentoval trenér Olomouckého týmu Libor Hulín, který hodnotil turnaj po sportovní stránce velmi kladně a děkoval všem, kdo se zasadil o to, aby takový turnaj u nás mohl vzniknout. Ovšem poukázal i na stinnou stránku: *„Snad jen na závěr nás všechny trochu mrzí nezáměr medií v našem kraji. Posílali jsme pozvánky, mluvili se zástupci medií, propagovali turnaj a mysleli si, že jejich zájem a účast bude vyšší. Vždyť nám jde o to sportovat, začleňovat se plnohodnotně do dění v našem městě i kraji, ukázat prostě všem, že i s postižením mohou lidé žít aktivně i na poli sportu. Od některých nám byla přislíbena účast, zveřejnění, podpora, ale nic takového se nestalo. Snad chyba v komunikaci, nebo krásné*

letní počasí. Mrzí nás to, protože většina handicapovaných do para hokejového sportu dává mnoho, trénují po nocích, chodí do práce, o víkendech hrají pravidelnou soutěž, kdy za své peníze jezdí po celé naší republice a snaží se v rámci integrace přednáškami propagovat sport ve školách. Para hokej je jedním z nejtěžších sportů pro handicapované a zasloužili by si, kdyby se o nich alespoň někdo zmínil. Všichni víme, že jsou na světě důležitější věci, ale i tak všichni handicapovaní sportovci se rozhodli, že budou se svým osudem bojovat a reprezentovat nejen sebe, ale i svůj klub, své město nebo kraj. Možná i řádka v novinách, slovo v televizi či rádiu, by každému z těchto sportovců pomohla a ukázala, že to, co dělají, dělají správně a pomohla i dalším, co se rozhodují, zda stojí za to sportovat, prát se se svým postižením, prostě – žít.“
(Černoch, 2019)

2. HISTORIE PARA HOKEJE

V dřívějším znění sledge (sáně) hokej byl v roce 2019 oficiálně upraven na para hokej (Glacová, 2019). Proto se budu v celé své práci držet již nového označení, pokud se bude jednat o hru.

Přímý potomek ledního hokeje vznikl na počátku 60. let, a to především díky skupině bývalých hokejistů z rehabilitačního centra ve Švédsku, kteří chtěli i přes svou fyzickou disabilitu pokračovat v hokeji. (Kudláček, 2009)

Sami si vyrobili první sánky z kovové konstrukce, pod kterou přidělali dva nože z obyčejných ledních bruslí tak, aby mezi nimi mohl projet puk. I původní zjev hokejek neměl přesnou podobu tak, jak ji vidáme nyní, jelikož se jednalo o kulaté palice s rukojetmi z cyklistických kol. (Kudláček, 2007)

Na samotném prvopočátku hráli průkopníci para hokeje na zamrzlém jezeře bez brankářů. I přes těžké začátky se tento sport uchytil, a tak v roce 1969 vznikla liga pěti týmů ve Stockholmu. Ta zahrnovala, jak hráče s disabilitou, tak hráče zdravé. (Červený, 2013)

V témže roce se uskutečnil první mezinárodní para hokejový zápas mezi klubovými týmy Švédska a Norska. Ti se v průběhu nadcházejících let spolu utkávali dvakrát do roka. Postupně se přidávaly nové týmy z dalších zemí např. Velké Británie (1981), Kanady (1982), USA (1990), Estonska a Japonska (1993). (Kudláček, 2007)

Jak uvádí Martin Kudláček v Janečka a kol. (2012) i přesto, že se poprvé v exhibici paralympijských her představil lední hokej pro sportovce s tělesným postižením již v roce 1976, musela si sportovní veřejnost počkat dlouhých osmnáct let, než mohla vidět tento sport na paralympiádě.

Tedy až v roce 1994 na hrách v norské Lillehammeru, kde se zúčastnilo pět týmu s celkem 57 hráči, byl para hokej oficiálně uznán. Rychle se stala jednou z divácky nejatraktivnějších disciplín, a to jak pro svou rychlost, fyzickou náročnost, tak určitou atletickou zdatnost jedinců s tělesným postižením dolní části těla. (Kudláček, Ješina, 2013)

Pro velký úspěch na sebe dlouho nenechalo čekat ani první mistrovství světa, které se konalo v roce 1996 ve švédském Nynashamu. (Bambuchová, 2020)

Tak, jako tomu bylo ve světě, i u nás byly začátky para hokeje opravdu velmi složité. Za průkopníka tohoto sportu pro jedince s tělesným postižením u nás je považován Roman Herink. V roce 1998 po televizním vysílání paralympiády v Naganu dostal myšlenku vytvořit para hokejový sportovní oddíl v České republice. (Kudláček, 2007)

Vše se uskutečnilo za pomoci katedry aplikované tělesné výchovy Univerzity Palackého v Olomouci, konkrétně ve spolupráci s Martinem Kudláčkem. Mohl tak vzniknout první para hokejový tým u nás. Bylo to roku 1999 na zimním stadioně ve Zlíně, díky čemuž byl přejatý i název klubu od hokejového týmu Zlína „sedící berani“. (Červený, 2013)

Dle slov samotného zakladatele Romana Herinka měl tým na samém začátku pouhé čtyři sledge. Ať už jedny dovezené z Amsterdamu, nebo další zhotovené výrobcem sportovních pomůcek pro postižené podle „lillerhameské“ předlohy, či dvoje amatérsky vyrobené v garáži. Obdobně tomu bylo i s hokejkami. Postupem roku byl tým dovybaven výstrojí pro deset sportovců od společnosti VHV OPUS, přilbami darovanými firmou OKULA a první sadou dresů ušitých jehlami družstva Horácko. (Skuhrovský, 2016)

Jak dále Roman Herink (2003) vypověděl, takto vybaveni začali hrát. Ale hlavně se stali noční kočující společností, využívající závěrečných provozních hodin zimních stadiónů v širokém okolí (bez ohledu na bariérovost), nezřídka i volných venkovních ploch.

Protože se na tuzemském území nenacházel jiný klub, své první zápasy „sedící berani“ odehráli proti evropským týmům na různých turnajích. První zahraniční utkání se uskutečnilo v dubnu roku 2000 v Drážďanech. O měsíc později se konalo odvetné utkání v Praze. Na podzim téhož roku podnikl český tým první evropskou šňůru přes Německo do Holandska. (Červený, 2013)

V roce 2001 proběhla první zkušenost hráčů s velkým turnajem „MALMÖ OPEN“ ve Švédsku. Účast na tomto turnaji byla iniciací proto, aby se podobná událost konala i na české půdě. „FREECORPPLUS HANDICAP-CUP“ se odehrál v Kroměříži.

Rok 2002 bylo rokem velkých cílů. Od založení sportovně technické komise (STK), pro nábor nových hráčů a rozšíření tak počtu družstev. To vše proto, aby mohla vzniknout samostatná soutěž a ustanovit se národní reprezentace. (Herink, 2003)

Ke Zlínskému mužstvu se díky tomu postupně přidaly týmy Olomouce a Kolína. Český svaz ledního hokeje se rozhodl přijmout para hokej jako součást hokejové komunity a mohl se tak začít hrát historicky první ročník soutěže pod názvem „Český pohár“. (Schuster 2015)

Dlouhodobým cílem a snem kromě vytvoření para hokejové soutěže byla účast na mistrovství světa a paralympijských hrách. Byli vybráni nejlepší čeští para hokejisté z tehdejších týmů naší nejvyšší soutěže, díky čemuž roku 2002/2003 vznikl tým české reprezentace. (Bambuchová, 2020)

Celý proces vzniku a vývoje počátků reprezentace prošel několika fázemi. V první řadě byl Český svaz tělesně postižených sportovců (2002) ten, kdo podporoval para hokejovou reprezentaci. Později Česká sledge hokejová asociace (2004) a na samém konci Český svaz

ledního hokeje (2005), který následně para hokej přijal jako součást své hokejové komunity. (Štěpnička 2011)

Hráči z týmů Zlína, Olomouce a Kolína zvolili formu přípravy pomocí krátkých intenzivních víkendových soustředění. K závěru roku uspořádali tři taková soustředění. Vše mohli uskutečnit pouze díky pochopení a pomoci Českého svazu ledního hokeje, který je finančně podporoval, a také za vstřícnosti a podpory města Pardubic, které nám při pořádání soustředění vyšlo vstříc. (Kudláček, 2007)

Dále konala soustředění kromě Pardubic v Kolíně, Nymburce, Českých Budějovicích a Uherském Brodě. To vše za účelem přípravy na mezinárodní turnaj v Uherském Hradišti, kam dorazili týmy Německa, Estonska a Švédska. Zde se česká výprava pokoušela kvalifikovat na mistrovství světa. Bohužel však neúspěšně. (Skruhovský, 2016)

Získané cenné zkušenosti však zúročili naši atleti na prvním mistrovství Evropy roku 2005. To se pořádalo na bezbariérovém stadioně ve Zlíně. Prvního mistrovství se zúčastnilo 6 týmů a naši reprezentanti obsadili celkové čtvrté místo. (Kudláček, 2007)

V tomto roce čekala na naši reprezentaci ještě jedna nelehká zkouška v podobě kvalifikace ve Švédsku na paralympijské hry do Turína. I přesto, že náš celek nepoznal na tomto para hokejovém klání soupeře a pouze smolně remizoval s Velkou Británií, byli to právě Angličané, kdo nakonec jel do Itálie. (Skruhovský, 2016)

Tento neúspěch způsobil hned několik změn v celkovém přístupu. Změnil se hlavní trenér, rozšířila se reprezentační scéna o „mladou krev“ nadějných hokejistů s tělesnou disabilitou a v neposlední řadě za to mohla změna tréninkové náplně. Díky tomuto posunutí se mohla radovat česká výprava z první stříbrné medaile na mistrovství Evropy v italském Pinerolu. (Štěpnička 2011)

O rok později, tedy v roce 2008, na mistrovství světa skupiny „B“ v americkém Bostonu se naše reprezentace umístila na druhém místě. To ji zaručovalo postup mezi světovou elitou do skupiny „A“. Díky tomuto postupu si tak vybojovala právo na účast na první MS konané v České republice v Ostravě. (Janečka, 2012)

V premiérovém pořádání mistrovství světa v Ostravě v roce 2009 se naše reprezentace umístila na pátém místě. To znamenalo jistou účast na zimních paralympijských hrách v kanadském Vancouveru, protože umístění na MS v České republice bylo bráno jako klasifikace. (Schuster, 2015)

Své kvality a připravenost porovnat své síly se světovou špičkou bylo potvrzeno opět pátým místem na prvních paralympijských hrách, kde se náš tým ukázal, že patří mezi světovou špičku tohoto sportu. (Štěpnička 2011)

O potvrzení svého postavení se český para hokejový tým postaral na mistrovství Evropy ve švédském Solleftea, kde již podruhé získal stříbrné medaile. V následujícím roce to byl právě náš celek, který jako jediný v norském Hamar porazil obhajující mistry světa z USA. Rok 2013 přinesl opět čtvrté místo na mistrovství světa v Korejské republice v Goyangu. (Janečka, 2012, str. 65)

V ruském Soči se konaly Zimní paralympijské hry v roce 2014, obsadil náš tým páté místo. Ke zlomu a velkému zklamání došlo na mistrovství světa v roce 2015 v USA, kde obsadili sedmé místo, což způsobilo sestup z elitní skupiny mistrovství světa „A“. (Skruhovský, 2016)

Tímto neúspěchem se ale česká reprezentace nenechala zdeptat. Cíl byl jasný, dostat se opět mezi světovou top třídu. Následovala tak cesta do japonského Nagana na mezinárodní turnaj, kde jsme vybojovali bronzové umístění, a to i přesto, že naše družina neodletěla v nejsilnějším složení. Z nadcházejícího mistrovství Evropy se naši para hokejisté umístili pouze na neoblíbené čtvrté, „bramborové“ příčce. Kvalifikace v japonském Tomakomai na paralympijské hry do Pchjongčchangu, byla už pro naše svěřence o něco radostnější, když se po suverénním vítězství zaslouženě kvalifikovala. (Skruhovský, 2017)

Na dvanácté zimní paralympijských hry v Pchjongčchangu (2018) se naše družina vydala i přes napjaté politické vztahy na tamním území. Po těsné porážce s výběrem norských reprezentantů skončila až na šestém místě celkového pořadí. (Paralympics.org, 2018)

V roce 2019 před MS v Ostravě nikoho nenapadlo, co se dá prožít za jediný týden. Díky výborným pořadatelským poměrům se tento sport dostal do povědomí širší veřejnosti. Celá akce se tak proměnila na vlnu pozitivní energie. Jako by zmizeli všechny překážky, postižení a bariéry a čeští fanoušci táhli za jeden provaz s para atlety. Díky tomu byl pokořen hned několikrát rekord návštěvnosti na sport pro jedince s tělesnou disabilitou. Nejvyšší číslo v počtu 8600 fanoušků bylo ve finálových dnech, kdy byla ostravská hala beznadějně vyprodaná. Rapidně vzrostla i sledovanost u televizních obrazovek, a to nejen u nás, ale i v zahraničí, byť se nakonec domácí museli spokojit se čtvrtým místem. (Glacová, 2019)

Především díky celé této akci se i nynější MS 2021 bude pořádat v Ostravě. Kvůli stávající celosvětové krizi se datum konání posunul na druhou polovinu června tohoto roku. Zajímavostí je, že se všechny účastněné kluby na místě konání shodli jednohlasně. (Glacová, 2021)

Výše zmiňovaná „paraostrava“ může za příchod mladých hráčů a zvýšení zájmu o tuto sportovní disciplínu. Ať už to byli televizní spoty vytvořené pořadateli pro přiblížení sportu atletů s tělesným postižením, nebo samotní hráči, kteří ještě před mistrovstvím světa pořádali přednášky na základních školách. V neposlední řadě se o to zasloužil projekt běžící současně s MS „hledání nových talentů“. V návaznosti s ním se uskutečnil mezinárodní para hokejový

kemp Ostrava, kam mohli zavítat naprostí nováčci. Celá tato akce byla spolufinancována vládami České republiky, Maďarska, Polska a Slovenské republiky prostřednictvím Visegrádských grantů pro udržitelnou regionální spolupráci ve střední Evropě. Tento projekt lze považovat za úspěšný, protože pro nadcházející MS 2021 přibylo do reprezentačního kádru pět nových jmen, díky kterým národní tým znatelně omladil své řady. (Glacová, 2020)

Společně s výše zmíněnými přednáškami se na školách, již k roku 2007, zúčastnilo přes 25 000 žáků a pedagogů Paralympijského školního dne (PŠD) organizovaného Univerzitou Palackého v Olomouci, proto lze říct, že nejde o žádnou novou věc, ale díky mistrovství světa se opět tento program zviditelnil. Prostřednictvím jednodenního vzdělávacího programu žáci, studenti, ale i pedagogičtí pracovníci základních a středních škol se aktivně seznamovali se sporty pro jedince s tělesným postižením. Konkrétně s jejich možnostmi trávení volného času, specifickým životním stylem a jejich právy. Základní snahou je zlepšení postojů k lidem se specifickými potřebami. Pedagogickým pracovníkům může realizace PŠD usnadnit přijetí žáka s disabilitou v intaktním kolektivu vrstevníků. (Kudláček et al., 2008)

Para hokej je zařazen do skupiny zimních sportů společně s alpským lyžováním a běhu na lyžích. Nehledě na to, kam je ale para hokej řazen, preferuje se u něj využití hokejového vybavení, sání, hokej s hroty a puků. Ne vždy je to však možné, proto je alternativou vnitřní simulace para hokeje. Studenti se mohou seznámit s pravidly a vyzkoušet a procvičit základní pohybové úkony:

- nácvik přihrávky a střelby ze statické polohy
- pohyb na desce
- pohyb v různých dráhových simulacích (osmička)
- souběžný pohyb při driblování s pukem
- popř. si zahrát mini zápas na polovičním hřišti (Paralympic.org., 2014)

3. VYMEZENÍ TĚLESNÉHO POSTIŽENÍ A JEHO SPECIFIKA

Diplomová práce byla zaměřena na osoby s tělesným postižením. Tato kapitola představí definici tělesného postižení, základní termíny a rozdělení tělesných postižení a také zde budou popsány nejčastější typy postižení, které se vyskytly u respondentů v praktické části.

2.1 Základní rozdělení a společné znaky

Z historického hlediska bylo v prvopočátcích pojmáno tělesné postižení z medicínského modelu. Tedy s apelem na tělesnou patologii a zkoumání odlišností ve snaze od sebe odlišit normalitu a abnormalitu. (Novosad, 2011, s. 94)

Pro porozumění mezinárodní terminologii a českých odchylek a specifík je třeba představit si a definovat několik základních pojmů. **Disorder** – termín opačný k in order – v pořádku, je porucha, dysfunkce, zkrátka něco, co není v pořádku. Obdobně pak **Impairment** – znamenající poškození funkce či narušení, nebo zhoršení výkonu (Novosad, 2011). Další termín, který již nereflektuje pouze pojetí medicínského modelu je **Handicap** – znevýhodnění v určité oblasti osobní i sociálních aktivit. Vyvíjí se sekundárně v návaznosti na postoje okolí a absenci kompenzujících opatření (Michalík et al., 2011). V rámci mezinárodní úmluvy členských států Světové zdravotnické organizace, byla učiněna dohoda, že se tento pojem nahradí termínem **Disabilita**, což „je snížení funkčních schopností na úrovni těla, jedince nebo společnosti, která vzniká, když se občan se svým zdravotním stavem (zdravotní kondicí) setkává s bariérami prostředí.“ (Pfeiffer, Švestková, 2008).

Kraus, Šandera (1975, s. 6) definují tělesné postižení jako: „vady pohybového a nosného ústrojí, tj. kostí, kloubů a šlach i svalů a cévního zásobení, jakož i poškození nebo poruchy nervového ústrojí, jestliže se projevují porušenou hybností“. K této definici dodává Vítková in Renotierová a Ludníková (2002, s. 204): „*Tělesná postižení jsou přetrvávající nápadnosti, snížené pohybové schopnosti s dlouhodobým nepodstatným působením na kognitivní, emocionální a sociální výkony.*“

Renotierová (2002) se přiklání ke členění tělesného postižení dle doby vzniku, na vrozené postižení, získané postižení po úraze a získaná postižení po nemoci. Přesně o tomto členění dle doby vzniku postižení, si zde něco řekneme.

Vrozené tělesné postižení – vzniká poruchou v období pre, peri a raně postnatálním. Ke vzniku tak dochází z několika možných příčin, ať už je to infekční onemocnění matky v raném období těhotenství, nebo při překotných a komplikovaných porodech, nedonošenosti plodu až po možné úrazy dítěte s následným narušením CNS v prvním roce svého života

(Renotierová, 2002, s. 30). Psychosociální vývoj osob s vrozeným tělesným postižením se diametrálně od osob, jejichž zdravotní stav se změnil až v průběhu života. O příznivějším postavení mluvíme především díky možnému dlouhodobému vyrovnání se a překonání důsledku postižení. Takový jedinec získal a stále získává potřebné zkušenosti, díky kterým ví, co může od života žádat. Má dostatek času na to, aby si osvojil specifické sociální dovednosti a role a vytvořil si vhodný sebe náhled, díky čemuž si lépe určí hierarchii hodnot a následně k ní dosažitelné cíle (Novosad, 2011, s. 113). Říčan, Krejčířová et al. (2006) dodávají, že kromě většího časového prostoru má jedinec s vrozeným postižením výhodu tehdy, když se své těžké úlohy správně chopí jeho rodiče a vytvoří mu tak adekvátní podmínky pro jeho psychickou i fyzickou stránku života.

Získané tělesné postižení – znamenající náhlou nebo prudkou změnu zdravotního stavu a tím i sociálního statusu pro člověka. Největší krize nastává u lidí, kteří doposud neměli sebemenší zdravotní komplikace. Za stresor nelze považovat pouze krátkou adaptační dobu, takřka bleskový přechod ze zdraví do traumatické poruchy spojené s postižením, ale i nově vzniklou funkční nedostatečnost, vzhledovou odlišnost a trvalé následky. Nová životní situace znamená nemalý zásah do kvality života a omezení aktivit a příležitostí, protože jedinec náhle ztratí dosavadní jistoty. Musí změnit životní plány, představy a očekávání jak vůči sobě samému, tak i vůči blízkým. (Novosad, 2011)

K dalšímu pojetí tělesného postižení lze nahlížet podle typu a charakteru postižení, jak uvádí např. Vítková (1998) na příkladu členění z německé literatury:

- a) Obrny centrální a periferní – vznikají postižením centrální a periferní nervové soustavy.
- b) Deformace – jsou získané deformity těla.
- c) Malformace – jsou vrozené vady projevující se částečným nebo neúplným nevyvinutím určité části těla, případně také jejím nesprávným vyvinutím.
- d) Amputace – je získaná ztráta končetiny.

Pohyb, který je u jedinců s tělesným postižením narušen, je u všech osob brán za základní prostředek, který dopomáhá k sociální integraci, sebereflexi, existenční zajištění skrze pracovní uplatnění, výkon občanských práv a svobod, k utvoření podmínek o rozhodování o vlastním životě, přísun podnětů, informací a poznatků, k seberealizaci, k sebeobsluze a zábavě (Novosad, 2011). Znemožnění těchto typických úkonů člověku sobě vlastních, může také nastat v důsledku funkční poruchy, která převážně vzniká na základě nevhodných **pohybových stereotypů** – jedná se o způsob, jakým provádíme pohyb, jenž formuje naši tělesnou schránku, postavení v kloubech a poměry ve svalích. Pokud se pohybové úkony provádí nesprávným

způsobem, dochází pak k bolestem, nejen centra vzniku bolesti, ale i např. přetíženého okolního svalstva, způsobené funkčními změnami (Janda, 2004). Novosad (2011) dodává, že pohybové stereotypy, nebo kompenzační nově vzniklé pohyby, mohou vést až k druhotnému zdravotnímu postižení, respektive ke zhoršení stavu. Například při dlouhodobém používání berlí či mechanického vozíku, dochází poměrně často k poškození a zánětům kloubů a šlach horních končetin, nebo k deformitám páteře. Takové přetěžování může přejít v deterioraci zdravotního stavu a přesunu jedince od berlí, přes mechanický vozík, až po vozík elektrický. S tím souvisí **výkonová deprivace** – omezení v tom, co by člověk chtěl dělat ku tomu, co mu jeho zdravotní stav dovolí. Dochází tak k velmi časté kolizi představ jedince s možnou činností. Obdobně tomu je i u nadání a možnosti jeho plného využití.

Narušení jemné a hrubé motoriky – kde hrubá motorika umožňuje komplexní pohyby celého těla. Například se jedná o zkoordinování horních a dolních končetin, celkové držení těla, ovladatelnost velkých svalových skupin, díky kterým mohou zdraví jedinci chodit, skákat, běhat, plavat atp. (Opatřilová, 2010). Na druhé straně pojem jemná motorika zahrnuje ovládání ruky, motoriku mluvidel, mimiky a jiné pohyby malého svalstva. Úroveň jemné motoriky je poměrně úzce spjata se sebeobsluhou, pracovními činnostmi a denními činnostmi, ale také kupříkladu s psychomotorickou činností vykonávanou při psaní či kreslení. (Přinosilová, 2007)

Mezi další specifika patří **zvýšená závislost na asistivních technologiích** či bezbariérových opatřeních (prostředí, doprava, budovy) a na pomoci od jiné fyzické osoby (asistence, péče), a to zrovna například při **respektování určitých zdravotních opatření** (léčebná rehabilitace, životospráva). (Novosad, 2011, s. 105)

Ohrožení citovou a podnětovou deprivací – může se jednat o přímo o viditelné, jinými slovy *zřejmé*, nebo o na první pohled nerozpoznatelné *skryté* ohrožení. Jedinec s tělesným postižením může být deprivován v oblastech citů, výkonů, podnětů a spolubytí, zejména u těžších stupňů tělesného postižení. Nelze si však myslet, že jde o univerzálně platné tvrzení, i přes nabízející se klíše „postižený = deprivovaný“. Vhodnější je brát tuto oblast jako potencionální ohrožení deprivacími vlivy s ohledem na individuální variabilitu psychického vývoje každého člověka. (Vágnerová, 2003)

K výše zmíněným deprivacím často napomáhají i **komunikační bariéry** – například u jedinců s mozkovou obrnou (MO) vznikají poruchy primárně na základě motorického postižení. Za nejčastější případy pak uvádí literatura dysartrii a anartrii (Kantor, 2013). Dále upozorňuje na to, že neexistuje přímá úměra mezi schopností verbální komunikace a inteligencí daného jedince. Takovéto **stereotypy, nálepkování** vyvrací i Slowík (2010), kdy jsou bohužel jedinci s tělesným postižením, společností bráni jako méně schopní, nesamostatní a závislí

na pomoci druhých. Novosad (2011) dodává, že tento pohled široké veřejnosti je umocňován průvodními činiteli postižení, jako jsou křečovitě pohyby či grimasy, nedostatečné dovednosti a obtíže při porozumění sdělovaného, nebo vyjádření vlastních myšlenek. Závěrem pak dodává, že nelze opomenout ani znevýhodňující podmínky přidruženého smyslového postižení, kterými jsou sluch a zrak.

2.2 Vybrané typy postižení

Vzhledem k naší práci si zde podrobněji uvedeme dva nejčastější typy tělesného postižení vyskytujícího se respondentů para hokeje. U vrozeného tělesného postižení a zároveň dle Vítkové spadající pod první skupinu, je nejčastější **MO** (mozková obrna). Lesný (1972) ji popisuje jako ranně vzniklé poškození centrálního nervového systému, pro které je význačné narušení hybnosti a její vývoj. Jak píše Kantor (2013, s 18) ve své disertační práci: „...se současnými tendencemi nahlížet na MO jako na komplexní funkční postižení. Vzhledem k časté koincidenci s řadou doprovázejících poruch nemůže být MO v budoucnosti definována pouze termíny, které popisují postižení motoriky“.

Pro naše účely však bude stačit uvedení si rozdělení od Sowíka (2007), jenž dělí MO, v nynější době častěji MO, na tři typy dle svalového tonu:

- a) spastické – zvýšený svalový tonus, neboli křečovitě stahování svalstva, to je možno rozdělit na parézu (částečná neschopnost pohybu) a plegii (úplná neschopnost pohybu)
- b) nespastické – mezi které patří atetoidní (samovolné krouživé pohyby) a ataktická (narušená celková rovnováha a koordinace těla)
- c) smíšené – kombinace obou předešlých

Nejčastějším získaným postižením, se kterým se lze setkat v para hokeji je **amputace**. Její příčinou jsou většinou úrazy a nehody, kdy může dojít k umělému odnětí části končetiny od trupu. Mohou ji však zavinit i cévní onemocnění (např. zánět žil a tepen), zhoubné nádory, anebo infekce se sepsí (Pipeková, 2010). K amputaci může dojít v kterémkoliv věku. Avšak z praxe vyplývá, že čím je věková hranice při úraze nižší, tím více je zvýšená schopnost jedince adaptovat a vyrovnat se s úplnou ztrátou končetiny. Nejvíce problematickým věkem bylo vysledováno období dospívání, kde se ve větší míře setkáváme s psychickými problémy, negativně zasahujícími do života mladého člověka (Renotierová, 2002). K nejčastějším typům amputací patří amputace v bérce, která tvoří až polovinu případů. Za nejméně výhodnější se považuje délka pahýlu cca 15 cm od horního okraje tibie. I přes hybnost kolenního kloubu

a standardního použití protézy, bez větších obtíží, není pahýl plně nášlapný, ale je využíváno opěrných bodů (kondyl, drsnatina, hlavička fibuly). Druhou nejčastější amputací je amputace ve stehně, kde je optimální délka přibližně ve dvou třetinách délky stehenní kosti. Při articulatione coxae není jedinec omezen ve svém rozsahu pohybu, je tak využití protézy možné bez omezení. (Svobodová, 2013)

Při amputacích dochází k jevu tzv. „**fantomova končetina**“ – jedná se utkvělou a falešnou představu jedince s amputací, že odstraněnou končetinu neustále má. Po měrně často se tak lze setkat s bolestí pahýlu, která postihuje až polovinu pacientů (Novosad, 2011, s. 115). Tato bolest může být lokalizována v jednom místě, nebo naopak se může jednat o celkovou bolest pahýlu. Popřípadě dochází ke kombinaci s „**fantomovou bolestí**“ – nejde tak jen o pocit setrvání chybějící končetiny, ale o vnímání v širším slova smyslu. Mozek projektuje kromě citu končetiny i všechny pocity, které má normálně zdravý jedinec (teplo, chlad, dotek, polohu, pohyb, bolest) (Kolář, 2009). Nelze opomenout ani častou problematiku, kterou jsou **dekubity**, neboli proleženiny (Renotierová, 2002, s. 32). Přičemž Trojan (2003) popisuje dekubit jako místní ischemické postižení až nekróza kůže, podkoží a svalstva. Zjednodušeně se tedy jedná o poškození kůže následkem lokálního působení tlaku, který způsobuje stlačování drobných cév a v tomto důsledku může být takto postižená část těla nedostatečně prokrvena a zásobována kyslíkem. To vede až k nahromadění toxických látek s následným zvýšením permeability kapilár, rozšíření cév, s tvorbou edému a celulárních infiltrací. (Trojan, 2003)

Z hlediska výše zmiňovaného tělesného postižení, které zapříčiňuje ztížení, nebo ztrátu schopnosti a koordinace pohybu, nastávají u těchto jedinců různé stupně narušení jemné a hrubé motoriky, pohybové stereotypy, závislost na asistivních technologiích, ohrožení deprivací (citovou, výkonovou, podnětovou), poruchy sebepojetí, bariéry sociálních vztahů, oslabená vůle a motivace k seberozvoji a neadekvátní hodnocení okolí. Všechny tyto specifika ve velké míře výrazně narušují životní spokojenost individua. (Novosad, 2011)

4. POJMY KVALITA ŽIVOTA A WELL-BEING

V této kapitole se budu zabývat koncepty kvalita života a well-being, které spolu úzce souvisejí a jsou zásadní a podstatné pro mou práci. Je důležité je vysvětlit prvotně, aby byla zachována návaznost k další kapitole životní spokojenost, která je k nim rovnocenným komponentem.

V podkapitole 4.1 se budu snažit definovat kvalitu života, poukázat na její sféry, přístupy a typy. Následně bude vymezen termín well-being, který ve značné míře může za subjektivní náhled na kvalitu života jedince.

4.1. Pojem kvalita života

Pojem „kvalita života“ se skládá ze dvou slov „kvalita“ a „život“. Slovo kvalita pochází z latinského „qualitas“, jinými slovy jakost, hodnota – brána z obou pólů pohledu, ať už kladná/dobrá, nebo záporná/špatná. Život je pojímán obecně, jako život určitého druhu jedinců, pro naše účely, tedy lidský život. (Křivohlavý 2002)

Proto si lze představit pod tímto pojmem ideu jedince, jak by chtěl, aby vypadal jeho život, a jak by měl prožít svůj život, aby byl spokojený. Za charakteristický rys, jenž odlišuje životy jednotlivých lidí od sebe, je brána právě kvalita života. (Křivohlavý 2002)

Pojmy životní spokojenost, štěstí a subjektivní blaho se potýkají se základním problémem, kterým je neexistující přibližná shoda v sociálních vědách, co znamenají a jaké jsou mezi nimi rozdíly. I přesto, že kvalita života, životní spokojenost, štěstí a subjektivní či psychologické blaho, jsou kladeny do opozice proti „objektivním“ ekonomickým a demografickým faktorům a materiálním a na zisk orientovaným kritériím, stále chybí přesná definice těchto pojmů tak, abychom je mohli dostatečně rozlišit. (Hamplová, 2004)

Termín „kvalita života“ je ovšem v dnešní době hojně používaným termínem. Používá jej jak laická veřejnost, politici, tak i řada vědeckých disciplín, jako jsou například medicína, psychologie, sociologie, pedagogika, ekonomie atp. V prvopočátku byla kvalita života spojována se sférami politickými a ekonomickými. Posuzována tak byla ve spojitosti s materiálními hodnotami a ekonomickým vývojem. Až následně se objevila v oblasti medicínské, nebo ve spojitosti se životním prostředím. (Vaňurová & Mühlpachr, 2005)

Můžeme si však povšimnout, že se odborníci nemohou shodnout ani na tom, kde se tento termín vlastně používal dříve, neboť dle Kováče (2001) se Quality of Life (QoL), neboli kvalita života objevila dříve v lékařských oborech již s tímto názvem po druhé světové válce. QoL bylo spojováno v této době s cíli sociálních programů mnoha zemí. Kořeny, dle něj, ale sahají až do 30. let 20. století, kdy se začalo zabývat potřebami chronicky nemocných pacientů.

Podobný zrod termínu (označení vybrané skupiny jevů) uvádí Michalík (2018). Dle něj se první výskyt datuje k 20.letům 20.století. Ovšem Američtí autoři se domnívají, že odborně použitý termín je až v pracích dvou amerických ekonomů z roku 1958.

Z výše uvedeného vidíme obrovský zájem odborné veřejnosti o tento termín a při sledování výsledků bibliografických databází vyvozujeme jeden podstatný a zásadní znak. Je jím přesvědčení o definitivní neuchopitelnosti termínu kvality života jedním či několika vědeckými směry, jednou či několika vědeckými disciplínami a jednou či několika metodologiemi. (Michalík, 2018)

Z toho vyplývá, jak je „Kvalita života“ složitý interdisciplinární a multidimenzionální koncept. V současnosti je pomyslným společným cílem prozkoumat změny v hodnotové orientaci populace, kdy se životní styl a vnímání životních hodnot stále rychleji mění, díky vlivu nových technologií ovlivňující strukturu zaměstnanosti směrem k duševní práci. Nelze opomenout ani stále zvyšující se životní standard. (Heřmanová, 2012)

Kvalitu života lze pojmut v rámci definování jako sebereflexi nad dosavadní existencí a průběhem vlastního života, subjektivní uchopení vlastní hodnoty jedince. Z tohoto pohledu lze uvažovat o třech **sférách kvality života**:

- a) *makro-rovina* – jedná se o úhel pohledu velkých společenských celků, zvažuje se zde smysl života při zohlednění velkých rozhodnutí společnosti (boj s nemocemi a chudobou, investice do zdravotnictví atp.)
- b) *mezo-rovina* – vnímání kvality života v malé sociální skupině, jedná se zde o respektování morálních hodnot života člověka i o otázky sociálních mezilidských vztahům, se zřetelem uspokojení základních potřeb každého člena skupiny
- c) *personální rovina* – subjektivní pohled individua při hodnocení vlastního stavu (zdraví, bolest energie, pocit spokojenosti, očekávání a naplnění cílů) (Křivohlavý, 2002)

I přes nejednotnou definici, která by mohla být přijata jednotně napříč všemi disciplínami, lze mluvit o společném obsahu, kde by neměly chybět údaje o fyzickém, psychickém a sociálním stavu jedince. (Kebza, 2005)

Definice kvality života se většinou formulují z hlediska možností realizace osobních plánů. Mnoho autorů se shoduje na tom, že posuzování kvality života je velice subjektivní, co jedinec očekává od svého života. Kvalita života se vyjadřuje určitou mírou nebo stupněm proměnné, kterou chceme sledovat. (Payne, 2005)

Základními třídícími schémata, která se uplatňují pro **přístupy ke kvalitě života** jsou:

objektivní – je chápáno jako naplnění materiálních a sociálních podmínek života. Svědčí o kvalitách životních podmínek v dané zemi. Z předchozí věty lze vyvodit, že se jedná o vnější činitele působící na život jedince na daném území.

subjektivní – rozumí se tím všeobecná osobní spokojenost se životem z pohledu očekávání, zájmů, cílů, hodnot, dosavadního osobnostního rozvoje a životního stylu jedince. Jedná se tedy o vnitřní činitele formující osobnost a působící na vnímání kvality života.

kombinace – jde o kombinaci objektivních a subjektivních ukazatelů. (Michalík, 2018)

R. Veenhovenová (2000) pak hovoří o **čtyřech typech** kvality života a navrhuje je rozlišovat mezi příležitostmi pro dobré kvalitní podmínky života a kvalitou života samotného. Rozlišit možnosti, šance na jedné straně a skutečnosti výsledku na straně druhé. Dále upozorňuje na důležitost v rozlišování mezi vnějšími a vnitřními kvalitami života. Pro lepší pochopení můžeme říct, že jde o souhrn mezi všemi znaky typickými prostředí, ve kterých jedinec žije a mezi charakteristickými znaky dané osoby.

Tabulka č. 1 Čtyři typy kvality života

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

Zdroj: Veenhovenová (2000, s. 4)

Světová zdravotnická organizace (WHO) hovoří o možnosti členění kvality života z pohledu vystižení jejích čtyřech oblastí. Bez ohledu na etnikum pohlaví, věk nebo postižení:

- a) fyzické zdraví a úroveň samostatnosti – energie, únava, bolest, odpočinek, mobilita, každodenní život, schopnost pracovat a další
- b) psychické zdraví a duchovní stránka – sebepojetí, pocity, učení, paměť, víra atd.
- c) sociální vztahy – osobní vztahy, sociální podpora, sexuální aktivita atd.
- d) prostředí – svoboda, finanční zdroje, dostupnost zdravotní péče, domácnost atd., (Vad'urová & Mühlpachr, 2005)

Podle Michalíka (2018) lze dělit kvalitu života podle jeho modifikace na tři základní oblasti:

- a) být - (fyzické, psychické a spirituální bytí)

b) někam patřit – (fyzická, sociální a komunitní přináležitost)

c) o něco usilovat - (praktické, volnočasové usilování a usilování o osobní růst a rozvoj)

Vedle pojmu kvalita života (Quality of Life), díky značné terminologické rozšířenosti, existuje řada pojmů souřadných či závislých na sobě, které jsou velmi často zaměňovány, nebo jsou používány jako synonyma. Mezi tyto pojmy například patří: „well-being“, „subjective well-being“, „standard of living“, „happiness“, „health“, „wealth“, „satisfaction“ aj. (Heřmanová, 2012)

4.2. Pojem well-being

Termín vycházející ze anglických slov „well“, znamenající „dobře“ a „being“, které je jiným tvarem od slovesa „to be“, neboli „být/i“. Doslovným překladem tak lze docílit slovních spojení „je mi dobře“, nebo obecně „jsem v pohodě“. (Křivohlavý, 2010)

Primární pojetí tohoto pojmu je sice psychologické, avšak well-being má interdisciplinární přesah do dalších společenských a přírodovědných oborů, jako je filosofie, sociologie, pedagogika, medicína a dalších, nehledě na jeho časté užívání v obecném jazyce. (Kebza, Šolcová, 2005)

Podstatné je si uvědomit, že se jedná o subjektivní posouzení vlastní pohody. K jejímu zjišťování se převážně používají metody založené na sebeposouzení. Z toho vyplývá zkreslenost v důsledku předsudků či subjektivní zaujatosti, momentální náladou, špatným vybavením si vlastních vzpomínek, nebo snahou dosáhnout žádoucího sociálního dojmu. (Dosedlová et al., 2008)

Například jak uvádí Johnson, Yarhouse (2013) u jedinců se zdravotním postižením se často setkáváme s velmi nízkou měrou sebeúcty způsobené zdravotním stavem a předsudky a stigmaty společnosti. Rosenberg (1990) poukazuje na základní aspekt hodnocení sebe sama, tedy sebevědomí, které bývá u těchto lidí sníženo.

O tom, jak je důležitý vliv tělesné zdatnosti pro komplexní osobní pohodu píše Kebza, Šolcová (2005, s. 16): „*Pohybová aktivita má krátkodobý i dlouhodobý příznivý účinek na psychickou pohodu, zejména příznivě ovlivňuje sebeúctu, úzkost, depresi, tenzi, percepce stresu.*“

Ke zpopularizování velmi přispěla WHO, která tento pojem ukotvila do původního definování zdraví, kde je zdraví bráno jako stav, při kterém je člověku naprosto dobře, a to jak

po fyzické, psychické, tak i sociální stránce. Nejedná se pouze o nepřítomnost nemoci nebo oslabení. (Křivohlavý, 2009)

Podle Dienera (2000, s. 34) lidé zažívají silný pocit pohody právě tehdy, převažují-li ve velké míře pozitivní emoce nad negativními. Zároveň se podílí na osobně zajímavých aktivitách a jsou spokojeni se svým životem. Takto definovaná životní pohoda v sobě zahrnuje jak kognitivní reakce, tak emocionální hodnocení vlastního života.

Emoční složka zaštiťuje soubor nálad, emocí a narušení duševní rovnováhy. Řadí se sem tedy afektivita (jak pozitivní, tak negativní) a dále je do této kategorie přiřazen pocit štěstí, které představuje prožitkové hodnocení života. Do kognitivní složky zahrnujeme vlastní vědomé hodnocení svého života neboli životní spokojenost, která má významově nejbližší k pojmu osobní pohoda. Mezi další složky pak patří subjektivně významné oblasti života a spokojenost jedince v nich (např. rodina, práce, sociální postavení, ekonomická úroveň, sebehodnocení). (Hrdlička, Kuric, Blatný, 2006)

5. POJEM ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST

Pro snadnější pochopení musíme koncept „životní spokojenost“ rozdělit na několik složek. Ve výsledku se ovšem nejedná o prostý součet těchto parciálních pojmů, ale jde o spolupůsobení a součinnost více činitelů, které jsou kvantitativně i kvalitativně jiné.

Životní spokojenost by se dala definovat jako hodnocení všech rozličných oblastí života jedincem, přičemž o ni lze říct, že je oproti spontánním pocitům vázaným k právě prožité skutečnosti, poměrně stálým komponentem v průběhu života. (Kalmana et al. 2010, s. 53)

Fahrenberg (2001, s. 23) popisuje životní spokojenost jako „*individuální posouzení minulých a současných životních podmínek a perspektivy do budoucnosti*.“ Dále také poukazuje na hlavní složky životní spokojenosti, které jsou dle něj: zdraví, bydlení, finanční situace jedince i jeho rodiny, práce a zaměstnání, partnerství a manželství, vztah k vlastním dětem, přátelé, vlastní osoba, sexualita a trávení volného času.

Pro naše účely mohu s jistotou říct, že je jednou z nejdůležitějších a stěžejních částí je **zdraví**. Konkrétně posouzení subjektivního zdraví, pro které jsou komplexními ukazateli tři dimenze (fyzická, sociální, emocionální), kde proces hodnocení vlastního zdraví je komplexní a nejedná se tak jen o spontánní zhodnocení vlastního, aktuálního, zdravotního stavu. Přesto, že životní spokojenost není spolehlivým ukazatelem úrovně zdraví, lze říct, že subjektivní zdraví je vnímáno jako nutná podmínka, nikoliv však postačující ku životní spokojenosti. (Adamové, 2016)

Fahrenberg et al. (2001) upozorňuje na zřejmý fakt, že osoby s tělesným postižením nebo funkčním omezením jsou v porovnání s jedinci zdravými méně spokojeni při subjektivním vnímání vlastního zdraví. Nizozemský ekonom Bernard van Praag et al. (2003) uvádí mimo jiné i skutečnost vyšší hodnoty spokojenosti s vlastním zdravím u vzdělanějších lidí a přičítá tuto skutečnost jejich častějšímu dodržování zásad zdravého životního stylu. S opačnou situací se ale můžeme setkat v oblasti **spokojenosti s bydlením**, neboť jedinci s vyšším dosaženým vzděláním jsou k sobě více kritičtí a kladou na sebe vyšší nároky spojené s bydlením. S nejnižší spokojeností se v tomto ohledu setkáváme u lidí nižšího věku do 29 let. Vychází to z nákladů na bydlení, protože lépe vybavený byt či dům, v lepší lokalitě, je více nákladný a požaduje vyšší příjem jedince.

Praag et al. (2003) dále rozlišuje příjem na dvě úrovně získaný v zaměstnání a celkový příjem domácnosti. S růstem příjmu exponenciálně roste životní spokojenost. Štikar et al. (2003) poukazuje na fakt, kdy se růst mzdy zastaví a že vysoká mzda nemá dlouhodobější motivační účinek, protože ji pracovník po určitém čase bere jako standard, a tím opět klesá

finanční spokojenost. Byl také zjištěn kladný vliv, při vytváření úspor a financí získaných z jiných aktivit nesouvisejících se samotným zaměstnáním. Ten totiž dovoluje výběr práce, která dotyčnému a jeho členům rodiny vyhovuje z hlediska finančního, ale i s ohledem na zájmové preference. (Praag at al. 2003)

Protože podle Fahrenberg et al. (2001) s vyšším příjmem ve většině případů roste **pracovní spokojenost**, a tím klesá četnost objevujících se stížností na aktuálně špatný zdravotní stav. Tyto slova potvrzuje i Kollárik et al. (2011), který tvrdí, že pracovní spokojenost determinuje všeobecnou kvalitu života a odráží se tak i ve zdraví jedince, a to nejen s ohledem na finanční stránku, ale na celou řadu uspokojených potřeb pracovníka (socializace, začlenění do pracovní skupiny, smysluplná činnost, pohyb apod.). Štikar et al. (2003) dále doplňuje, že tato spokojenost se v souvislosti se situační změnou pracovních podmínek, u většiny, značně transformuje. Dále poukazuje na dva *faktory*, které rozhodují o spokojenosti zaměstnance:

- a) vnější faktory – druh a charakter práce, ohodnocení, kariérní postup, vztahy se spolupracovníky apod.
- b) vnitřní faktory – věk, pohlaví, vzdělání, zkušenost, intelekt, celkový soubor schopností pracovníka, ale i rodinný stav

Právě rodinný stav je podle Fahrenberg et al. (2001) velmi důležitým faktorem životní spokojenosti, která je násobně vyšší u lidí ve vztahu či manželství než u lidí osamělých, nebo ovdovělých. **Partnerskou, manželskou spokojenost** lze chápat, jako výsledek balancování mezi emocemi a kognicí. Podle Vágnerové (2008) se manželská role stává důležitou součástí identity jedince a manželství uspokojuje jeho nejrůznější psychické potřeby. Manželská spokojenost je dána vzájemnou měrou, souladem z očekávání a plánů obou partnerů. K tomu napomáhá i správné fungování rodiny, kde hlavním předpokladem, aby tomu tak bylo, je komunikace jednotlivých členů na kvalitní úrovni a jejich pozitivní emoční prožívání (Sobotková, 2012). Husovská (2012) doplňuje, že nejvyšší míra spokojenosti v manželství je na začátku partnerství (bez dětí) a naopak tomu je v době, kdy „dětí“ odchází z domu.

Poslední složkou životní spokojenosti, které se budeme v této kapitole věnovat, je **spokojenost s trávením volného času**, na které lze nahlížet ze tří úhlů pohledu (doba strávená v práci, čas věnovaný domácnosti a samotný volný čas). Čím více hodin člověk stráví v práci, tím je méně spokojen, a naopak čím více času stráví při volnočasových aktivitách, tím jeho spokojenost roste. V tomto ohledu prožívají svůj volný čas s větší měrou spokojenosti nezadaní lidé než ti ve vztahu. (Praag at al. 2003)

5.1 Faktory ovlivňující životní spokojenost

V této podkapitole se podíváme povětšinou na vybrané demografické faktory ovlivňující životní spokojenost, ale nejprve se zaměříme na lidskou osobnost, která ovlivňuje všechny složky životní spokojenosti. Pro naši práci se budeme snažit přiblížit osobnost jedince s tělesným postižením a proměnné specifické právě pro tyto jedince.

Praško et al. (2003, s. 15) uvádí že: „*Osobnost představuje individuální soubor duševních a tělesných vlastností člověka, které se utvářejí v průběhu vývoje a projevují se v sociálních vztazích*“.

Osobnost – se utváří za výrazného působení vnějších a vnitřních vlivů. Mezi tyto vlivy lze řadit zdravotní postižení, kde závisí na době jeho vzniku, zda k němu došlo při narození, či v období časného dětství nebo se jedná o postižení získané. Každá takto vzniklá pohybová abnormalita odlišuje jedince s disabilitou od intaktní společnosti a znemožňuje ji řadu činností. Mezi tyto činnosti patří například začlenění do náročných sportovních, rekreačních a pracovních činností. V důsledku působení těchto vlivů je vytvoření mimořádné životní situace, která může zapříčiňovat mnoho komplexů, které v jedinci vyvolávají pocity méněcennosti, nebo jej vedou k nadměrnému zneužívání a požadavkům vůči členům rodiny, asistentům, přátelům, popřípadě spolužákům. (Monatová, 1996)

Často se lze i u těchto jedinců setkat s egocentrismem vyznačujícím se neustálým upozorňováním na sebe, vztahovačností a přecitlivělým jednáním na podněty, ať už skutečné nebo domnělé vztahující se k disabilitě. Tyto vyvolané reakce bývají často veřejností vnímány jako agresivní. (Vágnerová et al., 1999)

Emocionální změny, prožitky i nejmenší různosti ve formách reakcí vyvolané změnami rovnováhy organismu, se dějí člověku již od vzniku postižení. Zvláště, pokud hovoříme o získaném postižení, je zde duševní trauma hluboce prožíváno. Nejvíce pak při otázkách osobních perspektiv a výhledů do budoucnosti. Intenzivní prožívání emocí a jejich změn mnohdy neodpovídá skutečnému rozsahu postižení. Lehčí stupeň postižení tak může vyvolat silné emoce, zatímco u nejtěžších typů tělesných poruch se stává, že je jedinec v útlumu, v naprostém klidu až apatii. (Kábele et al. 1993)

Tělesné postižení má výrazný vliv na vztah k okolnímu světu, s čímž je spojen i vztah k sobě samému. Způsobuje tak ne zřídka vážné problémy a omezení v navázání komunikace a sociálních vztahů. Může k tomu docházet po předešlých špatných zkušenostech, které vyústí v jedincovu neochotu navazování a udržování vztahů. Do jisté míry malou sociabilitu může zapříčiňovat takzvaná technika izolace, která je využívána jako způsob řešení zátěžových

situací. Lze se tak setkat s naprostým uzavřením se do sebe, při pocitu ohrožení jedince. Právě sociální vztahy mají silnou spjitost se sebehodnocením. Poruchy sebehodnocení vyvolané obtížemi v požadovaném sociálním přijetí vedou jedince ke zhoršení vnímání sebe sama. (Vágnerová et al., 1999)

Kábele et al. (1993) dodává, že jedinci s tělesnou disabilitou silně vnímají diskrepanci mezi sebou a intaktní společností. Vnímání těchto rozdílů může být zdrojem úzkostných a depresivních reakcí, které vedou až k syndromu méněcennosti.

Obecně vnímání sebe sama vychází ze čtyř zdrojů, které se v průběhu socializace jedince rozvíjí (akceptace, hodnocení, sociální srovnání, afektivnost). Sebehodnocení se zvyšuje, pokud jedinec v průběhu života zvládne obstát v situacích čtyř zdrojů a pokud se dokáže přizpůsobit svému prostředí (Dosedlová et al., 2008). Z výzkumů vyplývá, že sebehodnocení tvoří podstatnou složku životní spokojenosti, a je to pozitivní hodnota vlastní osoby. Životní spokojenost je spojená s vysokým sebehodnocením (Blatný, 2001). U jedinců s tělesným postižením je subjektivní hodnocení vlastní životní spokojenosti jednoznačně ovlivněno typem a měrou závažnosti postižení. O co závažnější je tělesné postižení, o to menší je celková spokojenost. (Hicke, 2002)

Za snížení výkonnosti a kvality života, tak i jeho vnímání, může u lidí s tělesným postiženým přetrvávající problém, kterým je bolest a její snášení. Nehledě na to, jak často a v kterých částech těla se objevuje, nebo to, jak intenzivní je. (Wood-Dauphinée, Exner, 2002)

Jak píše Hrachovcová (2006) ve své diplomové práci, životní spokojenost a osobnost jedince může být ovlivněna pocitem zodpovědnosti za vlastní postižení. Vlastní vnímání osobnosti a subjektivní pohody je závislé na době uběhlé od vzniku postižení – s delší časovou prodlevou se zvyšuje. K tomu může pomoci orientace na budoucnost v rámci rehabilitace a dlouhotrvající motivace zaměřené na kariéru. Carver a Scheier (1985) poukazují na důležitost optimismu a říkají, že jedinec, který má charakteristické myšlenky na budoucnost, které ovlivňují okolnosti jeho života, tím také ovlivňují i životní spokojenost.

Právě životní spokojenost a subjektivní pohoda byla podstatou nespočtu výzkumů, které se snažily vystihnout podstatu, vymezit a určit jednotlivé faktory. V zásadě jsou tři hlavní skupiny těchto faktorů (osobnostní, sociální, demografická). (Šolcová, Kebza 2003)

Dále Kalman (2011) uvádí, že významnými faktory ovlivňujícími životní spokojenosti jsou pohlaví, věk, zdravotní stav, fyzická výkonnost, sociální vztahy, socioekonomický status, životní události a spiritualita jedince v širokém slova smyslu (celkový životní postoj, transcendence, smysl života, víra, religiozita).

Pohlaví – jedná se o základní demografickou charakteristiku. Ta ovšem má velmi slabý vztah s životní spokojeností, a proto nelze hovořit o jednoznačných rozdílech vnímání žen a mužů (Fahrenberg et al.). V roce 1989 tento vliv zkoumaly Woodová, Rhodesová a Whelanová a zjistily, že ženy udávají znatelně větší pocit životní pohody než muži. Zdůvodněním bylo rozdílné prožívání emocí, kde ženy prožívají intenzivněji negativní i pozitivní emoce. Dle zkoumajících za to může především sociální role, při které je u žen (matek) obsažena větší emocionální citlivost (Hrdlička, Kuric, Blatný, s. 120, 2006). Lyubomirsky (2001) však upozorňuje na zjiitelný rozdíl mezi muži a ženami pouze v oblasti subjektivního pocitu pohody, který zahrnuje afektivní složky. Z pohledu na globální životní spokojenost, která je považována za kognitivní hodnocení spokojenosti, konstatuje nezjistitelnost rozdílu mezi pohlavími. Toto tvrzení však vyvrací Výrost et al. (2008), protože dle sociologických průzkumů v zemích evropské unie, je potvrzena významně vyšší míra životní spokojenosti u mužské populace.

Věk – jeho vliv na životní spokojenost je shrnut tak, že i přes mírné snížení spokojenosti se stoupajícím věkem je tento vztah eliminován při kontrole jiných proměnných (např. příjem). Podstatou zůstává, ukazující se častý vzrůst životní spokojenosti s věkem, nikdy však pokles (Diener et al., 1999). Gertorf et al. (2008) na základě dlouholeté studie poukazuje na fakt standardního poklesu životní spokojenosti u lidí v závěrečné fázi života. Rozpor předchozích dvou autorů nám tak ukazuje, že žádné životní období nelze brát jako šťastnější, nebo méně šťastné, ale i přes více stresová období (dospívání, krize středního věku, terminální fáze). (Myers, Diener, 1995, s. 11)

Socioekonomický status – je pojem definovaný příjmem, vzděláním a povoláním. Má průkazně pozitivní vliv na životní spokojenost. Obzvláště těsné souvislosti si lze všimnout mezi příjmem a pracovní spokojeností, kde se s tímto jevem můžeme setkat takřka u většiny prováděných výzkumů (Fahrenberg et al., 2001). Myers, Diener, (1995, s. 13) ovšem tvrdí, že to platí pouze do určité úrovně mzdy. Nemůžeme tedy říct, že čím více peněz jedinec má, tím je spokojenější. Pro lepší představu přirovnává bohatství ke zdraví, u kterého jeho nepřítomnost může přinášet stavy nepohody, ale samotná přítomnost zdraví nám nemůže stoprocentně zaručit spokojenost. Diener výzkum shrnuje tak, že příslušníci zemí bohatších jsou o něco spokojenější než obyvatelé zemí chudších. Díky Hrdličkovi, Kuricovi a Blatnému (2006) se dozvídáme, že významnějším faktorem, než je výše platu/mzdy, i přes možné srovnávání s okolím, je podstata, zda jedinec zaměstnání vůbec má, či nikoliv. Zaměstnání umožňuje uspokojit jedince ve smyslu seberealizace, nalezení smyslu života, pocitu identity, ale i v rámci

uspokojení potřeb sociálních vztahů. Proto o něm lze mluvit jako o významném demografickém faktoru v souvislosti s životní spokojeností.

Religiozita – je pojmem, který je často zaměňován se spiritualitou, popřípadě jsou považovány za dva důsledně překrývající se konstrukty (Lerner et al., 2011). Pargament, (2013) vysvětluje, že religiozita je chápána jako hledání něčeho posvátného a je spojována s náboženskými institucemi a aktivitou s nimi spojenou. Na rozdíl od spirituality, která klade důraz na duchovní prožitek. Podle Hilla a Pargamenta (2008) lze potvrdit spojitost jak religiozity, tak spirituality s celkově lepším fyzickým i duševním zdravím.

Sociální vztahy – patří k objektivním faktorům osobní pohody. Udržování dobrých mezilidských vztahů s ostatními lidmi (rodina, přátelé, známí) je bezpochyby ústředním faktorem spokojeného života. *„Vřelé podporující a vzájemnou důvěrou naplněné interpersonální vztahy pozitivně pocit osobní pohody“* (Hrdilička, Kuritc, Blatný, 2006, s.126). Vyšší životní spokojenost vykazují ti jedinci, u nichž je vysoce rozvinutá síť interpersonálních vztahů. Lidé, které lze řadit do skupiny velmi šťastných, mají většinou kvalitní sociální vztahy. Ty jsou považovány za nutnou podmínku, ale nikoliv za podmínku dostačující. Jak je známo, nutnost sociální příslušnosti a sounáležitosti, potřeba navazování pozitivních vztahů s druhými, patří k základním lidským potřebám. (Dosedlová et al. 2008)

PRAKTICKÁ ČÁST

6. ORGANIZACE A METODY VÝZKUMU

Po představení klíčových pojmů v teoretické části, nám tato kapitola popíše nástroje použité pro sběr dat, bude charakterizovat výzkumný soubor, představí organizaci a cíle výzkumu.

6.1 Cíle a hypotézy výzkumu

Jednou z nejpodstatnějších částí empirické části práce stanovení si cílů, výzkumných otázek a hypotéz, i přestože obdobných výzkumů na jedincích s tělesným postižením bylo v tuzemsku provedeno ve skromné míře. Například Jarmila Adamové ve své diplomové práci porovnávala zdravou populaci s jedinci s tělesnou disabilitou. Naším cílem bylo tuto hranici ještě o kousek posunout a to tak, že jsme se snažili porovnat osoby s tělesným postižením mezi sebou. Konkrétně pak para hokejisty s převážně nesportujícími/ne-poloprofesionály. Rádi bychom zde poukázali na významnost sportu v životě jedinců s tělesným postižením. Nehledě na to, že je tato práce jednou z mnoha prací, které by v konečném důsledku mohli zmapovat životní spokojenost a kvalitu života různých skupin para sportovců v České republice.

Prověříme vztah mezi kvalitou života a životní spokojeností obou výzkumných vzorků pomocí výše zmíněné korelační analýzy (Pearsonův korelační koeficient). Nejpodstatnější pro náš výzkum bude posouzení významu dotazníku na kvalitu života a dotazníku na životní spokojenost u obou skupin respondentů. Dále se podíváme na zjištěné rozdíly mezi základním a kontrolním souborem v oblasti demografických údajů a na největší rozdíly jednotlivých otázek ze čtyř celků dotazníku WHQOL-BREF:

- zaměření na prožívání určité věci během posledních dvou týdnů
- zjištění možnosti rozsahu výkonu určité činnosti v posledních dvou týdnech
- oblast štěstí a spokojenosti v posledních čtrnácti dnech
- prožívání určitých věcí za poslední dva týdny

Naše cíle byly stanoveny následovně:

1. *Porovnat kvalitu života para hokejistů a jedinců s tělesným postižením, kteří se tomuto sportu nevěnují a převážně sportují na rekreační úrovni. Porovnání kvality života mezi výzkumnými skupinami nám může odhalit vliv sportu na kvalitu života jedinců s tělesným postižením. Blahodárný vliv sportu, který odstraňuje či zmírňuje fyzické projevy tělesné disability, je častým stimulem pro nalezení dalšího smyslu života. Stejně tak plní funkci pomyslného pojítka se společností, při procesu do jejího znovu začlenění (Sládková, 2011). Všechny tyto skutečnosti zapřičiňují celkové*

pozitivní naladění emocí, díky kterým je člověk kreativnější, vnímavější a pozornější ke svému okolí. Tím podporuje svůj celostní a pozitivní náhled na celý svět. (Slezáčková, 2012)

2. *Porovnat životní spokojenost para hokejistů s kontrolní skupinou.* Na oblast životní spokojenosti existuje mnoho názorů a přístupů, které jsou však nejednotné. Jak bylo poukázáno v teoretické části, rozsah a definování tohoto pojmu je značně obtížné. (Michalík, 2018) Budeme zde proto vycházet ze standardizovaného dotazníku, který umožní poměrně objektivní porovnání obou skupin.
3. *Prozkoumat vztah mezi kvalitou života a životní spokojeností.* Tento cíl je především stanoven z důvodu ověření předpokládaných úzkých vztahů mezi oběma koncepty. Předpokládáme, že para hokej může ovlivňovat vyšší míru životní spokojenosti a kvality života, a že mezi životní spokojeností a kvalitou života bude existovat významný vztah.

Hypotézy vycházejí z výsledků našeho výzkumu a výše stanovených cílů práce. Vzhledem k východiskům tohoto výzkumu jsme predikovali následující hypotézy:

H1: Respondenti věnující se para hokeji mají významně vyšší míru kvality života než jedinci s obdobným typem postižení, kteří se para hokeji nevěnují.

H2: Respondenti věnující se para hokeji mají významně vyšší míru životní spokojenosti než jedinci s obdobným typem postižení, kteří se para hokeji nevěnují.

H3: U skupin respondentů, tj. jedinců, kteří se věnují para hokeji, i jedinců s obdobným typem postižení, kteří se para hokeji nevěnují, existuje významná korelace mezi kvalitou života a životní spokojeností.

6.2 Metody

Výzkum je kvantitativního rázu. Podkladem pro výzkumné šetření jsou dva dotazníky zaměřené na sebehodnocení respondenta. Pro sledování korelačních vztahů jsme využili Pearsonův korelační koeficient a pro kazuálně-porovnávací výzkum byl využit studentův t-test. Výzkumný soubor má normální rozdělení dat, což nám umožňovalo použití těchto parametrických metod. Obě tyto metody jsme také využili při vyhodnocení hypotéz. Podrobné rozebrání dotazníků jsme dělali pomocí hrubých scórů. U dotazníku na životní spokojenost SWLS jsme navíc analyzovali data pomocí deskriptivní statistiky. Využili jsme zde základní popisné parametry např. průměr, medián, směrodatná odchylka. Veškeré tyto parametry byly vypočítány pomocí funkcí v programu Microsoft Office Excel, který poskytl také všechna grafická znázornění v této práci.

Použité funkce:

Průměr	-	=průměr(číslo1;číslo2;...)
Minimum	-	=min(číslo1;číslo2;...)
Maximum	-	=max(číslo1;číslo2;...)
Medián	-	=median(číslo1;číslo2;...)
Modus	-	=mod(číslo1;číslo2;...)
Směrodatná odchylka	-	=smodch.p(číslo1;číslo2;...)

Aplikace všech těchto funkcí byly provedeny u již dříve zmíněného dotazníku SWLS, jeho výsledky jsou uvedeny v kapitole 7.4. U dotazníku WHOQOL-BREF (kapitola 6.3) jsme postupovali přesně dle vzorců uvedených v manuálu od Dragomirecké, Bartoňové (2006).

Pearsonův korelační koeficient

Pearsonův korelační koeficient patří k jedné z nejdůležitějších měr síly vztahu dvou náhodných spojitých proměnných (v našem případě vazba mezi bodovými součty odpovědí dotazníků WHOQOL-BREF a SWLS). Počítá se z n -tice hodnot párů (x_i, y_i) naměřených na n jednotkách (výzkumných otázkách) náhodně vybraných prvků (od náhodných respondentů). Korelační koeficient r nabývá hodnot v intervalu od -1 do 1 a vypočteme jej za pomoci kovariance s_{xy} a směrodatných odchylek s_x a s_y obou proměnných.

$$s_{xy} = \frac{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x}) \cdot (y_i - \bar{y})}{n - 1}$$

$$r_{xy} = \frac{s_{xy}}{s_x \cdot s_y}$$

Využívá se za předpokladu, že obě proměnné jsou náhodnými veličinami majícími společné dvourozměrné normální rozdělení. Bez toho předpokladu nelze z nulových hodnot korelačního koeficientu usuzovat, zdali se jedná o veličiny korelované či nikoliv.

Míru souvislosti neboli korelaci lze popsat nejen matematicky, ale také i verbálně. K vyhodnocení samotné veličiny r použijeme příručku Evanse (1996), kterou navrhl pro absolutní hodnotu r :

- 0,00 – 0,19 velmi slabá korelace
- 0,20 – 0,39 slabá korelace
- 0,40 – 0,59 střední korelace
- 0,60 – 0,79 silná korelace
- 0,80 – 1,00 velmi silná korelace

Studentův t-test

Jedná se o jeden z nejpoužívanějších testů významnosti mezi studenty vysokých škol. Využívá se v těch případech, kdy posuzujeme význam rozdílu mezi průměry u dvou skupin zkoumaných osob. Ovšem používá se pouze za předpokladu splněné podmínky normálního rozdělení a dodržení tak homogenity rozptylu. Testování nulové hypotézy se provádí pomocí Studentova testovacího kritéria:

$$t = \frac{\bar{x} - \bar{y}}{s} \cdot \sqrt{\frac{n_1 \cdot n_2}{n_1 + n_2}},$$

kde \bar{x} je bodový průměr odpovědí základního souboru a \bar{y} je bodový průměr souboru kontrolního, n_1 označuje počet respondentů základního souboru a n_2 počet respondentů souboru kontrolního, s je tzv. směrodatná odchylka, kterou lze vypočítat pomocí vztahu

$$s^2 = \frac{1}{n_1 + n_2 - 2} \cdot \left[\sum_{i=1}^{n_1} (x_i - \bar{x})^2 + \sum_{i=1}^{n_2} (y_i - \bar{y})^2 \right].$$

Vypočtené studentovo kritérium t porovnáme s kritickou hodnotou pro stupeň volnosti f a hladinu významnosti 0,05 popřípadě 0,01.

$$f = n_1 + n_2 - 2$$

Jestliže je testovací kritérium větší než kritická hodnota, nepřijímáme nulovou hypotézu, Pokud je kritická hodnota větší než testovací kritérium, nulovou hypotézu přijímáme. (Klementa et al., 1980)

6.3 Dotazníky

Pro sběr dat, byla vhodnější volba dotazníku v elektronické podobě (pomocí portálu Survio), nežli v tištěné. Elektronické dotazníky měl pod svou správou student doktorského studijního programu Fakulty tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci.

Dotazník demografických údajů a otázky zaměřené ke sportovní aktivitě

Stěžejním instrumentům této práce předcházelo několik otázek v rámci demografických údajů a upřesňujících otázek, týkajících se samotného sportu (viz přílohy).

Mezi demografické otázky byly u obou souborů zařazeny následující:

- Pohlaví (které by mělo smysl, pokud by náš dotazník vyplnila jediná para hokejistka v ČR)
- Typ tělesného postižení (diagnóza; čas vzniku postižení)
- Věk
- Nejvyšší dosažené vzdělání
- Místo bydliště (kraj; obec či město; počet obyvatel)
- Forma rodiny (rodinný stav; domácnost; počet dětí; dítě v péči)

Kromě výše uvedených dotazů na základní demografické údaje, vzhledem k charakteru práce, byly vytvořeny otázky vztažené ke sportu:

- Sport (dominantní; další pohybové aktivity; dostupnost; kdo vás přivedl k dominantnímu sportu)
- Časová orientace (sportovní aktivita před vznikem postižení; jak často jste se věnovali dominantnímu sportu v době pandemie COVID-19; jak často se věnujete dominantnímu sportu mimo omezení)

Dotazník WHOQOL-BREF

Základní instrument WHOQOL klade důraz a poukazuje na nezbytnost vytyčení si čtyř základních principů:

- **Komplexnost** – vyplývá z definice zdraví WHO: „stav úplné tělesné, mentální a sociální pohody, nejen neexistence choroby“ (Křivohlavý, 2009). Kromě toho vychází i z výzkumů, které prokázaly, že nelze brát jako indikátor kvality života zdraví samo o sobě. Taková podmínka je totiž nepostačující, protože tento nástroj by měl pokrývat daleko širší spektrum charakteristických znaků života.
- **Subjektivnost** – potvrzené studie poukazují na fakt, kdy lékaři hodnotili kvalitu života pacienta s chronickým onemocněním výrazně hůře, než jej hodnotili sami pacienti. To je zapříčiněno pacientovým přizpůsobením na nemoc a životně nepříznivými podmínkami. Proto je více upřednostňované sebeuposouzení před hodnocením jiné osoby.
- **Relativní důležitost různých oblastí života** – tato skutečnost má znatelný vliv na přesné měření. Každý jedinec vnímá rozličně oblasti, jako jsou vztahy, nemoc, podmínky a postižení. Proto by měl nástroj obsahovat hodnocení subjektivní důležitosti daných hledisek života tak, aby strukturovaně ukazoval poznatky o důležitosti položek a oblastí.
- **Kulturní relevance** – je důležitým principem s ohledem na potřebu stoupajícího počtu mezinárodních výzkumů. Základem je tedy možnost použití konkrétního instrumentu v různých jazykových a kulturních prostředí.

Pilotní verze obsahovala 236 položek sdružených podle škál. Při redukci otázek byly odstraněny položky s nízkou reliabilitou, s nejasnou faktorovou příslušností a ty, které měly problematické rozložení otázek.

Vznikl tak instrument WHOQOL-100, který byl rozdělen do 24 podoblastí (facet), kde každá z nich obsahovala čtyři výzkumné otázky. Struktura tohoto dotazníku byla šesti-faktorová (fyzické zdraví, psychologická oblast, úroveň nezávislosti, sociální vztahy, prostředí a spiritualita). Protože praxe ukázala, že byl i tento nástroj příliš rozsáhlý, následovaly další analýzy a byl tak vytvořen čtyř-faktorový (fyzická, psychická, sociální oblast a prostředí) model WHOQOL-BREF. Struktura tohoto modelu byla zkrácená na 26 otázek, které jsou shrnuty do čtyř oblastí. Čtyřicet z nich zastupují facetu a dvě z nich jsou přímým hodnocením celkové kvality života a životního stylu. (Dragomirecká, Bartoňová, 2006)

Položky lze hodnotit ve škále od jedné do pěti. Lze říct, že čím vyšší číslo, tím vyšší kvalita života v dané otázce. Ovšem pozor na tři konvertující otázky, u kterých je bodování opačného rázu. (Gurková 2011, s. 146)

Scórové vyhodnocení WHOQOL-BREF

Výsledky tohoto dotazníku se obvykle vyjadřují v podobě tzv. čtyř doménových skóreů a dvou průměrných hrubých skóreů položek hodnotící celkovou kvalitu života (Q1) a zdravotní stav (Q2). Přičemž Q1 je zastoupena otázkou: „*Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života?*“ A Q2 zastupuje otázka: „*Jak jste spokojena se svým zdravým?*“ Průměrné hrubé skóre domén jsou standardizované průměrné hodnoty jednotlivých položek vztahující se ke každé doméně.

Doména 1 – představující *fyzické zdravý* je zastoupena sedmi položkami, z toho dvě mají obrácenou polaritu. Proto vzorec v excelu vypadá následovně:

$$= \text{PRŮMĚR}(((6 - C2); (6 - D2); J2; O2; P2; Q2; R2) \cdot 4$$

Jednotlivá písmena a číslice označují konkrétní buňky v excelu. A protože je jednotný manuál na zpracování dat, lze tento vzorec, i vzorce následující, aplikovat v kterémkoliv výzkumu, který se bude přesně držet instrukcí pro vyhodnocení WHOQOL-BREF. Otázky vyskytující se ve zde zmíněných buňkách jsou poskytnuty v příloze, jako jednotný seznam.

Doména 2 – představující *prožívání* je zastoupena vzorcem:

$$= \text{PRŮMĚR} (E2; F2; G2; K2; S2; (6 - Z2)) \cdot 4$$

Doména 3 – zastupující skupinu tří otázek na *sociální vztahy*, má vzorec:

$$= \text{PRŮMĚR}(T2; U2; V2) \cdot 4$$

Doména 4 – se vztahujícími se otázkami k *prostředí* má vzorec:

$$= \text{PRŮMĚR}(H2; I2; L2; M2; N2; W2; X2; Y2) \cdot 4$$

Protože se hladina hrubého skóru dotazníku pohybuje od minima 4 do maxima 20 u každé jednotlivé otázky, objevuje se ve všech vzorcích roznásobení hodnotu 4. (Dragomirecká, Bartoňová, 2006)

Dotazník SWLS

Dotazník „*Satisfaction with Life scale*“ byl vytvořen autory za jasným účelem zjištění subjektivní spokojenosti respondenta (Diener et al., 1985). Hodnocení spokojenosti v jednotlivých částech je závislé na osobním a samostatném zhodnocení životních podmínek respondenta a vlastní představě o vhodném standardu. Z toho vyplývá, že nezáleží na objektivních standardech stanovených zkoumajícím subjektem, nýbrž jde o to, jak každý člověk hodnotí svou spokojenost se životem a podstatné jsou tedy jeho subjektivní kritéria. Velkou rozdílností tohoto dotazníku oproti ostatním, je pojmání spokojenosti v globálním měřítku. Podobné škála do této doby sice existovali, ale vždy se jednalo o zaměření na jednu položku životní spokojenosti, nebo se výzkum vztahoval k úzké předem specifikované skupině lidí. SWLS nebyl vytvořen pro to, aby měl zájem o měření spokojenosti v jednotlivých oblastech života.

Při prvotním konstruování škály bylo použito 48 položek, kompletně mapujících spokojenost s vlastním životem, obsahujících jak pozitivní, tak negativní afekty. Postupem času docházelo k vyřazování položek. Prvními, které podlely vyřazení, byly ty na měření afektivity. Následovali otázky, jež v prvních fázích využívání u výzkumů získali nízké hodnoty významnosti. Tato selekce zapříčinila, že ze 48 rázem bylo jen 10 otázek. U kterých se navíc zjistila neměnnost ve významu zkoumané oblasti. Proto je nyní používaná škála o obsahu pouhých pěti položek. Všechny pět otázek je velmi jednoduchých pro představu: „*Doposud dostávám od svého života to podstatné, co od něho očekávám*“. Na tyto otázky respondent odpovídá a vyjadřuje tím tak svůj vlastní postoj v rozsáhlou sedmistupňovou škálou, kde je každá z odpovědí bodově ohodnocena.

- | | | |
|---|---|--------|
| 1. Výrazně s tím nesouhlasím | - | 1 bod |
| 2. Nesouhlasím s tím | - | 2 body |
| 3. Spíše s tím nesouhlasím, nežli souhlasím | - | 3 body |
| 4. Ani s tím nesouhlasím, ani souhlasím | - | 4 body |
| 5. Spíše s tím souhlasím, nežli nesouhlasím | - | 5 bodů |
| 6. Souhlasím s tím | - | 6 bodů |
| 7. Výrazně s tím souhlasím | - | 7 bodů |

Součet bodů, ze všech pěti otázek, nám umožňuje představu o životní spokojenosti respondenta:

- 5 až 10 bodů nám ukazuje výrazně nespokojen
- 11 až 16 bodů představuje spíše nespokojen
- 17 až 23 bodů udává, že respondent není ani spokojen, ani nespokojen
- 24 až 29 bodů informuje o tom, že je spíše spokojen
- 30 až 35 bodů znamená, že je člověk výrazně spokojen

Rámcově jde říct, že tento dotazník má dobré psychometrické vlastnosti a může být použit i v klinických podmínkách (Diener et al., 1985). Prvotní výzkumy (1. na 176 studentech, 2. na geriatrických pacientech) odhalily vysokou pozitivní korelaci dotazníku s testy na zjištění sebehodnocení. S vysokou mírou negativní korelace vykazuje ve srovnání s neuroticismem. Pavot a Diener (1993) Validita dotazníku je, právě díky konvergenci s nástroji měřící subjektivní pohodu a diskriminaci nástrojů měřících patopsychologii, jasně prokázána.

Za mínusový aspekt lze brát to, že z SWLS dotazníku nelze vyčíst jaká jsou jeho ohraničení. Může tak docházet k tomu, že dva respondenti mohou dosáhnout stejných výsledků, přestože jejich životní spokojenost je v různé míře ovlivněna odlišnými faktory životní spokojenosti. I přes tuto nesrovnalost je však tento výzkumný nástroj hojně používán po celém světě. Může za to především jeho jednoduchost a přímočarost.

6.4 Výběrové soubory

Výzkum byl uskutečněn na dvou odlišných souborech respondentů (soubor para hokejistů, kontrolní skupina), ze kterých jsme vycházeli při porovnávání, vyhodnocení a výpočtech. Z dat jsme tak mohli prezentovat výsledná grafická znázornění a ve slovní podobě zavést diskusi.

Pro naše dva výzkumné vzorky bylo stěžejní určení vzájemných parametrů a vytyčení si tak určitého ohraničení. Využili jsme tak věkového činitele, který byl důležitý pro možnosti porovnávání. Věkové ohraničení bylo udáno první kontrolní skupinou, tedy od 14 let do 60 let.

Dále jsme z dat pro základní soubor zjistili, že je tvořen pouze mužskou populací, proto jsme se tohoto faktu drželi i u kontrolní skupiny. Rovněž bylo důležité, aby subjekty kontrolní skupiny byly též z celé České republiky, nikoliv z jedné lokality. Za podstatné kritérium jsme považovali, aby obě skupiny byly tvořeny z jedinců s tělesným postižením. A posledním kritériem byl stejný počet účastníků (40) výzkumu v obou vzorcích.

Soubor para hokejistů – byl tvořen výhradně z českých para hokejistů s tělesným postižením. Tento soubor obsahuje jak reprezentanty, kde někteří pobírají plat, tak hráče

nejvyšší české para hokejové soutěže. Poměr respondentů byl 45 % s vrozeným postižením a 55 % s postižením získaným. V návaznosti na teoretickou část lze zmínit i poměr nejčastějšího typu postižení, tedy mozkové obrny v poměru 17,5 % a amputace dolních končetin/y s 32,5 % zastoupením. Zbýlých 50 % byli ostatní diagnózy (vrozené vady dolních končetin, rozštěp páteře, rakovina kosti atp.).

Tabulka č.2 Procentuální rozdělení vrozeného a získaného postižení para hokejistů

Postižení	Relativní četnost
Vrozené	45 %
Získané	55 %

Tabulka č. 3 Procentuální rozdělení postižení para hokejistů

Nejčastější postižení para hokejistů		Ostatní
MO	Amputace	
17,5 %	32,5 %	50 %

- 1. Kontrolní soubor** – obsahoval jedince s tělesným postižením, nehrajících para hokej. Vzhledem k základnímu souboru, kde se každý para hokeji věnuje minimálně 2x za týden, se v kontrolním souboru nachází 50 % osob, které vůbec nesportují, nebo se pohybové aktivitě věnují pouze jednou týdně. Druhá polovina respondentů kontrolního souboru uváděla, že se pohybové aktivitě věnují 2x týdně a více, nejčastěji uváděli rekreační procházky, jízdu na handbike nebo plavání. Respondenti zde byli v 57,5 % zastoupení s vrozeným postižením a 42,5 % s disabilitou získanou. V největším zastoupení zde byla mozková obrna 42,5 % a amputace DK 7,5 %.

Tabulka č.4 Procentuální rozdělení vrozeného a získaného postižení kontrolního souboru

Postižení	Relativní četnost
Vrozené	57,5 %
Získané	42,5 %

Tabulka č. 5 Procentuální rozdělení postižení kontrolního souboru

Nejčastější postižení para hokejistů		Ostatní
MO	Amputace	
42,5 %	7,5 %	50 %

Sběr dat – jak už bylo řečeno výše, výběr respondentů nebyl náhodný. Pro vytyčení si kritérií jsme nejdříve nasbíraly data základního souboru a až poté jsme se podle nich orientovaly na respondenty z kontrolního souboru. Proto se lišil i datum sběru dat, kdy pro první skupinu byl termín od 20.2.2021 do 7.5.2021 a upravený dotazník pro kontrolní skupinu se spustil 15.5.2021 do 3.6.2021. Zmíněné upravení dotazníku pro kontrolní soubor spočívalo v odstranění otázek vztahujících se k para hokeji a přidáním dotazu, zda respondent sportuje alespoň rekreačně ve volném čase.

Pro *soubor para hokejistů* byly využity mé osobní styky s para hokejisty, vedením jednotlivých klubů a v neposlední řadě s vedením české reprezentace. Jelikož jsou para hokejové kluby rozmístěny po celé České republice, vedli jsme výzkum jako celorepublikový.

Sběr dat pro *kontrolní skupinu* již nebyl tak jednoduchý, v podobě poslání odkazu předsedům klubů či trenéru české reprezentace. V úvodu jsme se snažili, aby se v kontrolní skupině nacházeli nesportující jedinci s tělesným postižením. Zde jsme však narazili, protože téměř každý jedinec s tělesným postižením se snaží v rámci svých možností věnovat nějaké pohybové aktivitě. A proto, že je para hokej brán jako amatérský sport (kromě osmi hráčů reprezentace), bylo by velmi těžké najít takový počet respondentů, který se v aktivním trávení volného času značně liší od para hokejistů. Proto jsme opět využili mých osobních kontaktů, tentokrát z Janských lázní, kam se sjíždějí pacienti z celého tuzemska, což zajišťovalo celorepublikový rozsah výzkumu.

7. VÝSLEDKY VÝZKUMU

V této kapitole si představíme výsledky výzkumu. Budeme prostor věnovat představení demografických dat, která jsme si přehledně vynesli do tabulek a grafu. Následně se zaměříme na dílčí vyhodnocování dotazníku WHOQOL-BREF a SWLS a potvrzení, případně vyvrácení našich hypotéz.

7.1 Demografické údaje

Demografické údaje jsme zde rozdělili do tří skupin:

- Vzdělání a Práce
- Bydlení, Rodinný stav a Bydlení/domácnost
- Sportovní možnosti a Sportovní činnosti

Tabulka č. 6 Vzdělání

Nejvyšší ukončené vzdělání	Para hokejisté		Kontrolní skupina	
	Počet respondentů	Relativní četnost	Počet respondentů	Relativní četnost
základní	8	20 %	6	15 %
SŠ bez maturitní zkoušky	10	25 %	10	25 %
SŠ s maturitní zkouškou	15	37,5 %	13	32,5 %
vyšší odborné	1	2,5 %	3	7,5 %
vysokoškolské	6	15 %	8	20 %
Celkem	40	100 %	40	100 %

Tabulka č. 7 Práce

Práce / zaměstnání	Para hokejisté		Kontrolní skupina	
	Počet respondentů	Relativní četnost	Počet respondentů	Relativní četnost
plný úvazek	13	32,5 %	10	25 %
částečný úvazek/DPP/DPČ	6	15 %	14	35 %
OSVČ/živnostník	9	22,5 %	4	10 %
nepracuji	3	7,5 %	5	12,5 %
jsem student	8	20 %	7	17,5 %
jiná možnost	1	2,5 %	0	0 %
Celkem	40	100 %	40	100 %

Na vzorkách obou soborů lze pozorovat pokrytí všech odpovědí, což je zapříčiněno vysokým věkovým rozptylem od 14 let do 60 let. Údaje o nejvyšším ukončeném vzdělání odhalují fakt, že nenajdeme větších rozdílů mezi para hokejisty a kontrolní skupinou a můžeme tak říct, že jsou obě skupiny poměrně rovnoměrně rozděleny mezi všemi stupni vzdělání.

V tabulce práce již můžeme pozorovat znatelné rozdíly, kde v kontrolní skupině pracuje na částečný úvazek o 20 % více respondentů. Para hokejisté se ve znatelně větší míře nebojí pracovat tzv. „na sebe“. Přes mírný rozdíl nepracujících se dostáváme k rovnoměrnému zastoupení studentů až k individuální odpovědi (OSVČ + zaměstnanec).

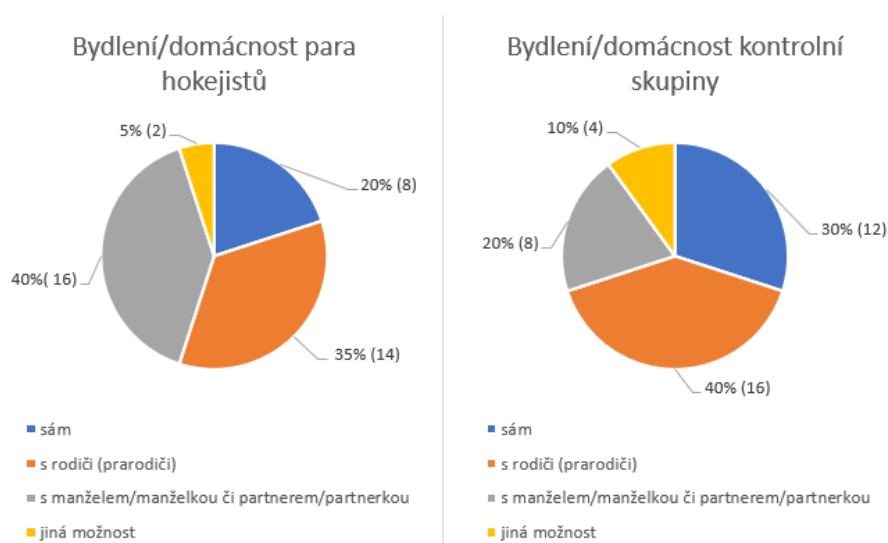
Tabulka č. 8 Bydlení

Bydlení	Para hokejisté		Kontrolní skupina	
	Počet respondentů	Relativní četnost	Počet respondentů	Relativní četnost
do 1000 obyvatel	11	27,5 %	9	22,5 %
od 1001 do 10 000 obyvatel	11	27,5 %	6	15 %
od 10 001 do 50 000 obyvatel.	6	15 %	10	25 %
od 50 001 do 100 000 obyvatel	5	12,5 %	5	12,5 %
nad 100 000 obyvatel	7	17,5 %	10	25 %
Celkem	40	100 %	40	100 %

Tabulka č. 9 Rodinný stav

Rodinný stav	Para hokejisté		Kontrolní skupina	
	Počet respondentů	Relativní četnost	Počet respondentů	Relativní četnost
svobodný/á	24	60 %	31	77,5 %
žinatý/vdaná	13	32,5 %	7	17,5 %
rozvedený/á	3	7,5 %	1	2,5 %
ovdovělý/á	0	0 %	1	2,5 %
Celkem	40	100 %	40	100 %

Graf č. 1 Bydlení/domácnost



Nadpoloviční většina para hokejistů bydlí na vesnici, nebo ve městě do 10.000 obyvatel. Zde se nám tak obě sledované skupiny rozchází, protože kontrolní skupina má svou nadpoloviční většinu v opačné části tabulky.

Tabulka číslo 9 zaměřená na rodinný stav uvádí u para hokejistů vyšší procentuální četnost zadaných a rozvedených, a naopak nižší četnost svobodných. Tento fakt lze přisoudit rozdílnosti věkového průměru. Průměrný věk para hokejistů je totiž 33,4 let a kontrolní skupiny 30,5 let. Na rodinném stavu pak samozřejmě vychází způsob bydlení, který je naznačen v grafu č. 1.

Tabulka č. 10 Sportovní možnosti

Sportovní možnosti	Para hokejisté		Kontrolní skupina	
	Počet respondentů	Relativní četnost	Počet respondentů	Relativní četnost
dostatečně	22	55 %	21	52,5 %
nedostatečně	13	32,5 %	8	20 %
nedokážu posoudit	5	12,5 %	11	27,5 %
Celkem	40	100 %	40	100 %

Tabulka č. 11 Sportovní činnosti

Sportovní činnosti	Para hokejisté		Kontrolní skupina	
	Počet respondentů	Relativní četnost	Počet respondentů	Relativní četnost
nevěnuji se	1	2,5 %	12	30 %
1x měsíčně	0	0 %	1	2,5 %
1x týdně	7	17,5 %	8	20 %
2–3x týdně	21	52,5 %	14	35 %
4–6x týdně	9	22,5 %	2	5 %
denně	2	5 %	3	7,5 %
Celkem	40	100 %	40	100 %

V poslední demografické části jsme využili tabulek sportovní možnosti a činnosti. Téměř třetina respondentů z kontrolní skupiny nedokáže posoudit sportovní možnosti v místě bydliště, když sami nesportují. Nadpoloviční většina všech respondentů však hodnotí sportovní možnosti v místě bydliště jako dostatečné. Třetina para hokejistů je se sportovními možnostmi nespokojena. Mohli bychom to přisuzovat faktoru místa bydliště (vesnice, menší město = málo možností).

Tabulku sportovní činnosti musíme brát s určitou rezervou. I přesto že 67,5 % jedinců z kontrolní skupiny odpovědělo, že se sportovní činnosti věnuje alespoň 1x v týdnu, musíme si uvědomit, o jakou činnost se jedná (rekreační procházky, plavání, jízda na handbike atp.), a že mezi některými sportovními aktivitami se značné rozdíly, např. mezi rekreační procházkou a silovým a vytrvalostním tréninkem na ledě.

7.2 Dílčí výstupy z WOQOL-BREF

Analýza výpočtů pro tuto podkapitulu byla již v předešlé kapitole zmíněna. Zde jsou uvedeny pouze výpočty v názorných tabulkách a pro lepší představu jsou ještě tabulky doplněny grafickými znázorněními.

Tabulka č. 12 Doménové skóry

Domény	Para hokejisté	Kontrolní skupina	Rozdíl skóru
Fyzické zdraví	15,68571429	14,41428571	1,271428571
Prožívání	15,63333333	13,95	1,683333333
Sociální vztahy	15,63333333	14,16666667	1,466666667
Prostředí	15,3375	15,2	0,1375

Jak již bylo uvedeno výše, dotazník je rozdělen na čtyři domény, které můžeme vidět v tabulce. Pro jasnou představu je tabulka doplněna o sloupec „Rozdíl skóru“, díky kterému si lze ihned udělat prvotní představu o tom, jak nám vyšlo vyhodnocení dotazníku na kvalitu života. Rozdíl skóru byl vždy počítán jako základní soubor – kontrolní soubor neboli odpočet skóru převážně nesportujících jedinců s tělesným postižením od českých para hokejistů s tělesnou disabilitou. Díky tomuto kroku a kladným výzkumným výsledkům jsme nemuseli řešit absolutní hodnotu ve vzorci. Proto můžeme konstatovat, že ve všech čtyřech oblastech se naše skupina para hokejistů nachází v oblasti kladnějších skóruů oproti kontrolní skupině.

První doména

Celkem snadno si zde dokážeme odůvodnit, proč nám vyšel takovýto výsledek ve prospěch para hokejistů. I přesto, že se v celé práci zaměřujeme jedince s tělesným postižením, troufnu si tvrdit, že podobné výsledky bychom dostali, kdybychom porovnávali zdravou populaci sportovců s nesportujícími. Pro sportující, konkrétně v našem případě pro para hokejisty, je zřejmá nutnost určitého fyzického zdraví k výkonu samotného sportu. Vycházet můžeme i z toho, že třetinu para hokejistů tvoří lidé po amputaci dolní končetiny. Ti nemají povětšinou narušený centrální nervový systém, a kromě chybějící dolní končetiny, která je nahrazena ortézou, nejsou omezeni v realizaci a koordinaci pohybu v takovém rozsahu.

Druhá doména

Největší rozdíl můžeme pak vidět u této domény. Když se podíváme do příloh, které otázky tato doména zastupuje, lépe pochopíme, proč se zrovna zde jedná o jeden z největších rozdílů. Jednoduchou odpovědí zde je, že právě sport má velký podíl na rozdíl skóruů. V zaokrouhleném skóru na celé jednotky tak para hokejisté prospívají průměrně o 2 body lépe na jednotlivce.

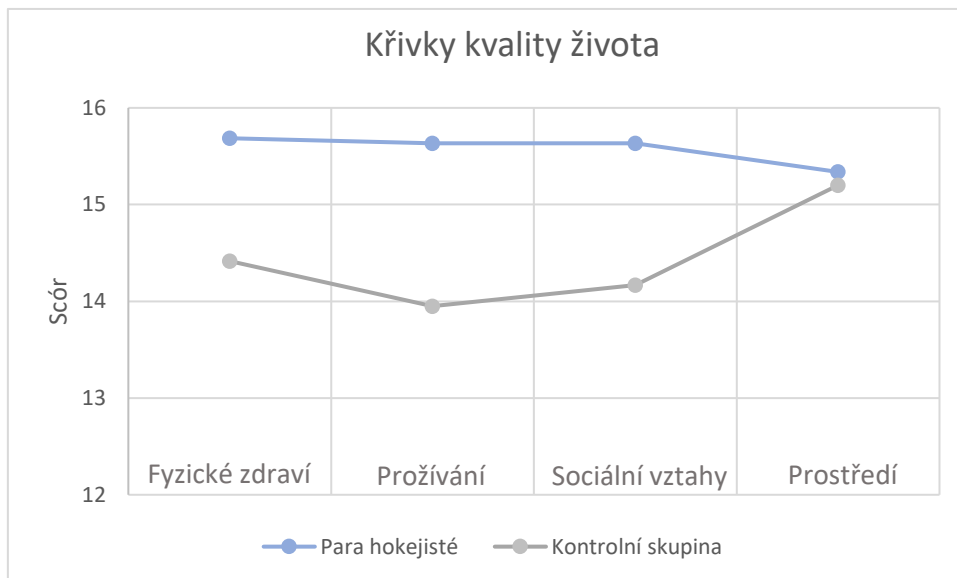
Třetí doméně

Zde je na tom ve skóru opět hůře kontrolní skupina. I zde za výsledkem můžeme hledat sport. Nyní však za kladným rozdílem nemusí stát tak úplně samotná sportovní aktivita, jako komunita, která se pohybuje kolem tohoto sportu. Mohli bychom zde hledat odůvodnění i z demografických údajů, kde je daleko větší procentuální četnost svobodných a nesezdaných u kontrolní skupiny.

Čtvrtá doména

Poslední doména je ta s nejmenším rozdílem hrubého skóru nám ukazuje fakt, že i přesto, že předešlé skóry vyšly v prospěch para hokejistů, oba výzkumné vzorky pochází z velmi podobně podnětného prostředí.

Graf č. 2 Křivky kvality života



Z grafu lze vyčíst několik zajímavých informací. Pakliže se na něj podíváme zprava doleva, kde obě skupiny vyráží ze stejného pole, rozdíl v sociálních vztazích může zapříčinit pocit samoty a celkově prohlubování negativních prožitků, které se mohou podepsat na zdraví jedince.

Křivka kvality života para hokejistů je poměrně stálá. Mohli bychom ji nazvat jako velmi konstantní. Druhá a třetí doména mají stejný hrubý skór a první se od nich liší až v řádu setin skóru. Kdežto u kontrolní skupiny pozorujeme nestálost a nevyrovnanost jednotlivých domén ovlivňujících křivku kvality života.

Tabulka č. 13 Q1 a Q2

Otázky	Para hokejisté	Kontrolní skupina	Rozdíl skóru
Q1 - Kvalita života	15,9	14,7	1,2
Q2 - Spokojenost se zdravím	14,3	12,4	1,9

Výše uvedená tabulka zobrazuje hrubý skór dvou otázek, které se nacházejí mimo prostředí domén. I zde si však můžeme všimnout rozdílu ku prospěchu prioritní skupiny. Při bližším prozkoumání si můžeme všimnout podobnosti rozdílu skóru Q1 s první doménou a Q2 s doménou druhou.

7.3 Dílčí výstupy para hokejistů WHOQOL-BREF

S ohledem na zaměření diplomové práce, ve které jsou hlavním zájmem para hokejisté, jsme se proto detailněji zaměřili na tuto skupinu. Z tabulky č. 2 víme, že poměr para hokejistů je 55 % s vrozeným postižením ku 45 % s postižením získaným. A právě rozdíly v kvalitě života para hokejistů s vrozeným vs získaným postižením je předmětem této podkapitoly.

Tabulka č. 14 Doménové skóry para hokejistů

Domény	Parahokejisté se získaným TP (N=22)	Parahokejisté s vrozeným TP (N=18)	Rozdíl skóru
Fyzické zdraví	15,97402597	15,33333333	0,640692641
Prožívání	15,57575758	15,70370370	-0,127946128
Sociální vztahy	16,42424242	14,66666667	1,757575758
Prostředí	14,88636364	15,88888889	-1,002525253

Tabulka je standardně rozdělena do čtyř domén, které zastřešují zkoumané oblasti (fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí). Oproti porovnání hrubých skóre para hokejistů a jedinců převážně nesportujících zde můžeme vyzorovat zřetelně menší rozdíly skóre ve většině uvedených položek.

Rozdíl skóre byl vždy počítán jako odečtení průměrného skóre para hokejistů s vrozeným postižením od hrubého skóre para hokejistů se získaným tělesným postižením. Pro přehlednost, která skupina na tom byla lépe necháváme hodnoty vycházející lépe pro jedince s vrozeným postižením v mínusových hodnotách.

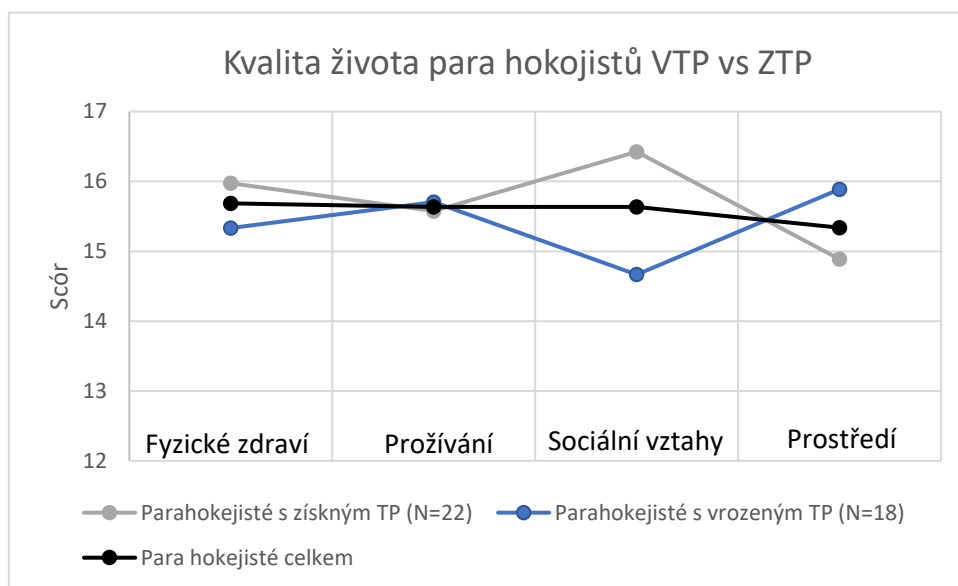
V **doméně 1** při porovnání jedinců s a bez tělesného postižení hrajících para hokej vidíme, že v rámci fyzického zdraví mají hráči se získaným tělesným postižením, zaokrouhleně vyšší skór o 0,64 setin. Tento rozdíl lze hodnotit jako velmi malý.

V **doméně 2** se setkáváme asi s vůbec nejmenším skórovým rozdílem v práci. Lze tak říci, že v oblasti prožívání není zřetelných rozdílů mezi sledovanými skupinami.

V **doméně 3** se naopak setkáváme s nejvyšší rozdílem, za kterým lze hledat, jako v předchozí podkapitole, rozdílnost mezi sledovanými subjekty v oblasti partnerské. Dalším faktorem by mohla být skutečnost vzniku postižení v pozdějším věku, kdy mají jedinci s amputací dolní končetiny či končetin, širší základnu styků, nebo vztahů s intaktní společností.

V **doméně 4** pro některé možná překvapivě mají vyšší hrubý skór o 1 jedinci s vrozeným tělesným postižením. I zde se můžeme pouze domnívat proč tomu tak je, ale možnou skutečností bude péče a pomoc druhých osob, kterou tito jedinci povětšinou potřebují od nejtělejšího věku.

Graf č. 3 Křivky kvality života para hokejistů s a bez vrozeného postižení



Na grafu je zřejmá na první pohled rozdílnost a konstantnost v obou skupinách. V grafu je znázorněna křivka kvality života celkového hlavního výzkumného souboru, která nám značí průměr obou skupin.

Tabulka č. 15 Q1 a Q2 para hokejistů

Otázka	Para hokejisté se získaným TP (N=22)	Para hokejisté s vrozeným TP (N=18)	Rozdíl skóru
Q1 - Kvalita života	3,863636364	4,111111111	0,247474747
Q2 - Spokojenost se zdravým	3,545454545	3,611111111	0,065656566

Aby nám vyšel kladný rozdíl skóru odečítali jsme para hokejisty se získaným tělesným postižením od těch s postižením vrozeným. Z toho plyne, že v obou otázkách Q1 i Q2 vychází lepší hrubý skór pro jedince s vrozeným tělesným postižením.

To můžeme brát za velice zajímavý jev, protože v celkové kvalitě života vychází celkový hrubý skór pro jedince se získaným postižením. I přes pozitivnější výsledek fyzického zdraví hráčů s amputací lze vidět jejich mírně zvýšenou nespokojenost se zdravím samotným. Tento jev lze přisuzovat sebehodnocení, kdy se lidé s amputací ve větší míře srovnávají s běžnou intaktní populací než jejich spoluhráči s vrozeným postižením.

7.4 Dílčí výstupy SWLS

Průměrné hrubé skóre je zaokrouhleně u para hokejistů na 24 a u kontrolní skupiny na 22. Nejnižší dosáhnutá hodnota hrubého skóre je 5. Ta odpovídá nejnižší možnému počtu bodů

v dotazníku, které mohl respondent získat. Naopak dosažení nejvyššího hrubého skóre je při hodnotě 35.

Tabulka č. 16 Popisná statistika u SWLS

SWLS	Para hokejisté	Kontrolní skupina
Průměr	24,275	22,125
Minimum	13	7
Maximum	33	33
Rozdíl max-min	20	26
Medián	25	22
Modus	26	19
Směr. odchylka	5,06869477	6,260120012
Rozptyl výběru	25,69166667	39,18910256

Modus zde vyjadřuje nejčastěji vyskytovanou hodnotu skóre, kde můžeme pozorovat první znatelný rozdíl, protože u para hokejistů je hodnota 26 a u kontrolní skupiny je to 19. Poukázat lze i na menší směrodatnou odchylku, tedy odchýlení hrubých skóre od průměrné hodnoty.

Tabulka č. 17 Hrubé skóre u SWLS

Skóre	Para hokejisté	Kontrolní skupina	Životní spokojenost
05-10	0	4	Výrazně nespokojen
11-16	4	1	Spíše nespokojen
17-23	12	18	Ani spokojen, Ani nespokojen
24-29	17	12	Spíše spokojen
30-35	7	5	Výrazně nespokojen
Celkem	40	40	

Ze skórové tabulky v porovnání s popisnou statistikou vidíme znatelný rozptyl odpovědí u respondentů kontrolní skupiny. Z tohoto faktu lze pozorovat homogenitu jednotlivých výzkumných souborů.

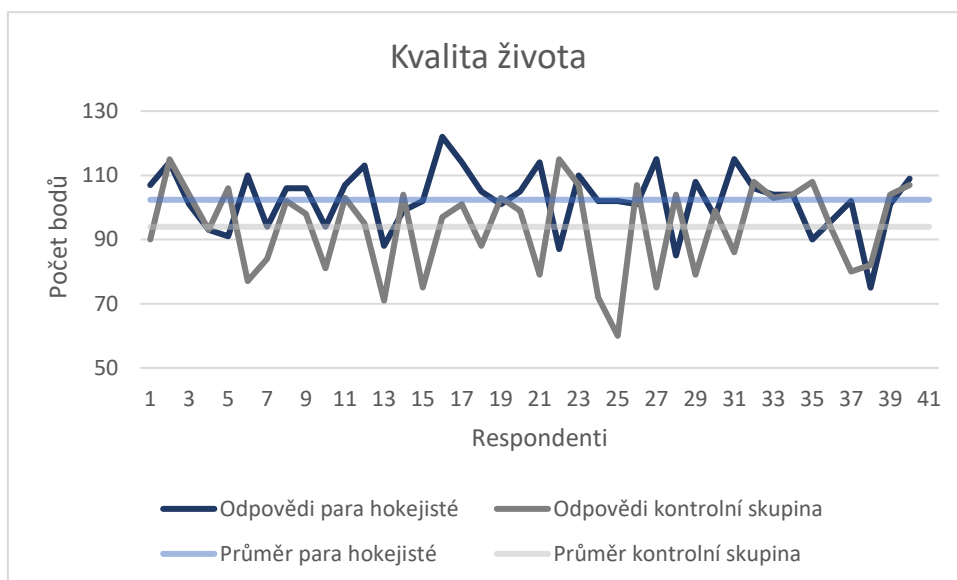
Dále lze vypořádat, že kontrolní skupina, tvořená převážně nesportovci, v největší míře není se svým životem ani spokojena a ani s ním není nespokojena, kdežto para hokejisté již spadají mezi spíše spokojené.

7.5 Vyhodnocení Hypotéz

K ověření hypotéz za účelem zjištění statistické významnosti jsme využívali studentův t-test a k ověření korelace mezi jednotlivými dotazníky Pearsonův korelační koeficient.

H1: Respondenti věnující se para hokeji mají významně vyšší míru kvality života než jedinci s obdobným typem postižení, kteří se para hokeji nevěnují.

Graf č. 4 Bodové výsledky ke Kvalitě života



Tabulka č. 18 Kvalita života

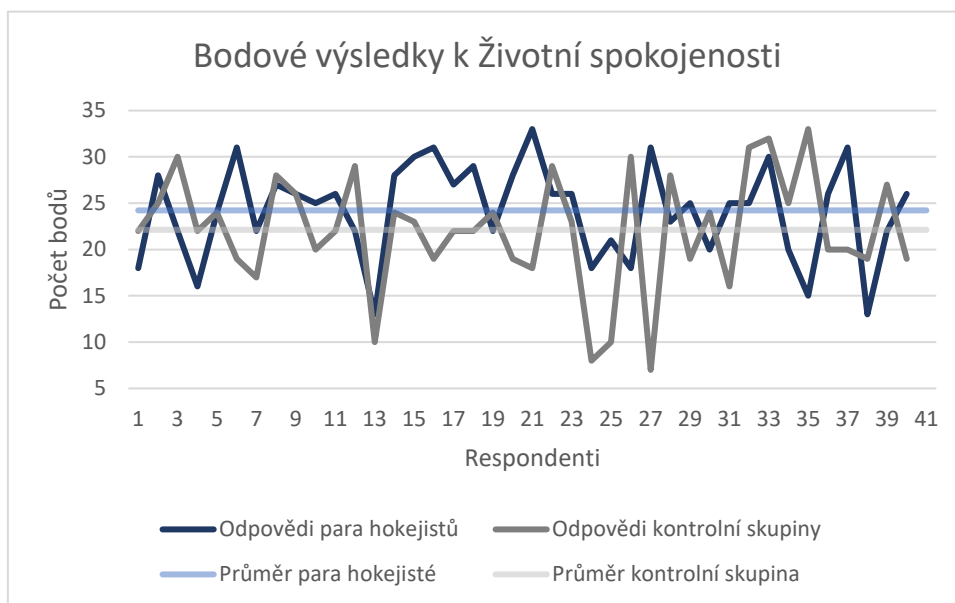
T-test	Para hokejisté	Kontrolní soubor
Průměr	102,375	93,95
Směrodatná odchylka s posunutím	138,7599359	
Stupeň volnosti	78	
hodnota t	3,198547924	
Kritická hodnota	1,990847069	

Základní myšlenka je: „Čím vyšší součet bodů respondent získá, tím je spokojenější“. Z grafu lze vidět, že mírný rozdíl v průměru získaných bodů. Avšak na hladině významnosti $\alpha = 0,01$ a ani na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ (viz. tabulka č. 18) nelze hypotézu dokázat. Vždy se hodnota t pohybuje výše, jak kritická hodnota.

⇒ **Hypotézu H1 tedy zamítáme, což znamená, že jedinci věnující se para hokeji nemají významně vyšší kvalitu života než jedinci v kontrolním souboru.**

H2: Respondenti věnující se para hokeji mají významně vyšší míru životní spokojenosti než jedinci s obdobným typem postižení, kteří se para hokeji nevěnují.

Graf č. 5 Bodové výsledky k Životní spokojenosti



Tabulka č. 19 Životní spokojenost

T-test	Para hokejisté	Kontrolní soubor
Průměr	24,225	22,125
Směrodatná odchylka s posunutím	37,23269231	
Stupeň volnosti	78	
hodnota t	1,642088554	
Kritická hodnota	1,990847069	

U dotazníku životní spokojenosti je též zisk bodů úměrný životní spokojenosti neboli čím vyšší počet bodů respondent získá, tím více by měl být spokojen se svým životem. Zde jsme ovšem pomocí t-testu zjistili a potvrdili si na hladině významnosti $\alpha = 0,05$, že para hokejisté mají statisticky vyšší míru životní spokojenosti nežli kontrolní skupina.

⇒ **Hypotézu H2 tedy přijímáme, což znamená, že jedinci věnující se para hokeji mají významně vyšší životní spokojenost než jedinci v kontrolním souboru.**

H3. U skupin respondentů, tj. jedinců, kteří se věnují para hokeji, i jedinců s obdobným typem postižení, kteří se para hokeji nevěnují, existuje *významná korelace* mezi kvalitou života a životní spokojeností.

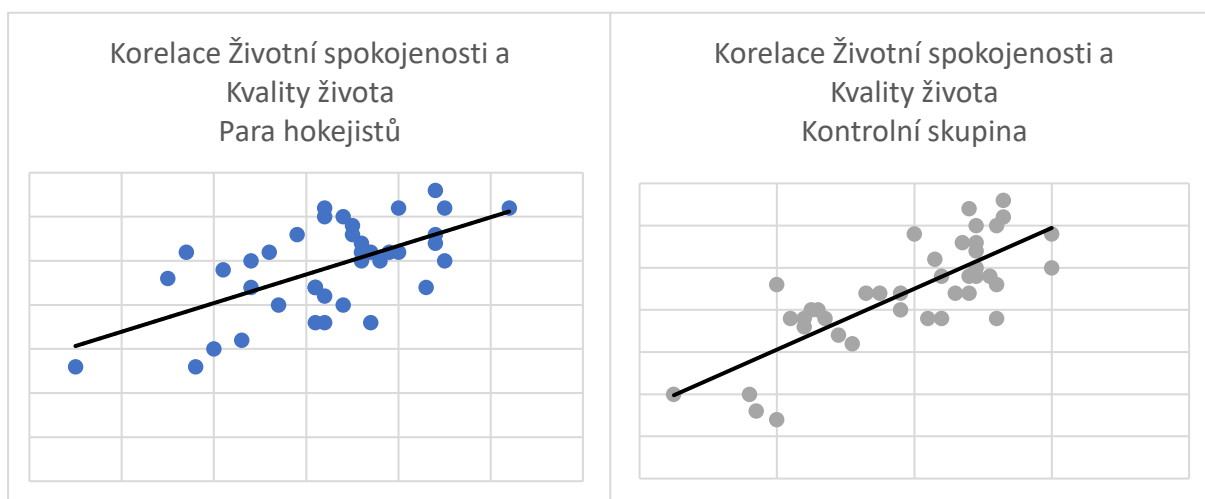
Tabulka č. 20 Korelace Životní spokojenosti a Kvality života – para hokejisté

Para hokejisté				
Korelační matice	Průměry	Směrodatná odchylka	Kvalita života	Životní spokojenost
Kvalita života	102,375	9,499178	1	
Životní spokojenost	24,225	5,057111	0,609734	1

Tabulka č. 21 Korelace Životní spokojenosti a Kvality života – kontrolní skupina

Kontrolní skupina				
Korelační matice	Průměry	Směrodatná odchylka	Kvalita života	Životní spokojenost
Kvalita života	93,95	13,42935	1	
Životní spokojenost	22,125	6,181373	0,783397	1

Graf č. 6 Korelace Životní spokojenosti a Kvality života



Kvalitu života zde reprezentovali výsledky dotazníku WHOQOL-BREF a životní spokojenost reprezentovali výsledky dotazníku SWLS. Pearsonův korelační koeficient jsme provedli na obou výzkumných vzorcích zvlášť, při hladině spolehlivosti $\alpha = 0,05$. U para hokejistů nám vyšel koeficient $r = 0,609734$ a u kontrolního souboru $r = 0,783397$. Tento mírný rozdíl lze vyčíst i z grafu, dle hustoty a rozptylu bodů podél diagonály, která naznačuje ideální *kladný* korelační průběh. Dle Evansovi příručky (1996) se tak pohybujeme v oblasti **kladné silné korelace** mezi dotazníky u obou zkoumaných skupin. Zjednodušeně by se pak dalo konstatovat, že s růstem kvality života, roste i životní spokojenost a naopak.

⇒ **Hypotézu H3 tedy přijímáme, což znamená, že u skupin respondentů existuje významná korelace mezi kvalitou života a životní spokojeností.**

8. DISKUZE

Tato kapitola slouží k shrnutí výsledků výzkumného šetření, které si tak můžeme podrobněji popsat. Uvedeme si reflexi celého výzkumu a poukážeme i na jeho limity a přínosy pro další šetření.

Hlavní výsledky. Dvě hypotézy bychom mohli potvrdit a jednu jsme museli s ohledem na statistickou významnost vyvrátit. Potvrdili jsme hypotézu o vzájemné korelaci mezi dotazníkem WHOQOL-BREF a SWLS, a to ve velmi silné míře korelace. Zde byl Pearsonův korelační koeficient, u kontrolní skupiny, dokonce o více než jednu desetinu vyšší.

Vysoká míra kladné korelace nahrávala faktu, že pokud potvrdíme nebo vyvrátíme tvrzení, že mají para hokejisté statisticky vyšší/nížší životní spokojenost, budou mít i vyšší/nížší míru kvality života. Tento fakt se však pomocí t-testu na hladině významnosti 0,05 nepotvrdil. Oproti tomu se potvrdila hypotéza týkající se životní spokojenosti, nikoliv však u kvality života. I když se to může zdát jako nesmyslný výsledek, vysvětlení je jednoduché. K jeho pochopení nám mohou pomoci i dílčí výsledky dotazníku WHQOL-BREF, kde sice dochází k rozdílům ve výsledných hrubých skórech, avšak se jedná o tak malé hodnoty, které studentův t-test vyhodnotil jako statisticky nevýznamné. Jelikož jsme jeden dotazník potvrdili a druhý vyvrátili i přes vysokou kladnou korelaci, můžeme o hlavních výsledcích říct, že jsou na hranici statistické významnosti.

Někdo by se ještě mohl pozastavit nad vizualizací a rozdílností grafů u potvrzování hypotéz a u dílčích výstupů z WHQOL-BREEF. Oba tyto grafy lze nazvat výslednicí kvality života, ovšem u hypotézy jsme nevycházeli z dat hrubých skóru, ale z přesných bodových výsledků jednotlivých respondentů.

Kvalita života. Dílčí výsledky tohoto dotazníku byly rozděleny do dvou částí. V první části jsme porovnávali para hokejisty s kontrolní skupinou, tedy s převážně nesportujícími jedinci s tělesným postižením. V této části výzkumu ve všech čtyřech doménách, kterými jsou fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí, se vyskytl vyšší doménový skór u hlavního souboru. Ovšem nepohybovali jsme se v nějak závratně vysokých skórových rozdílech. Maximální rozdíl se pohyboval kolem hodnoty 1,68 a nejmenší rozdíl byl zaokrouhleně 0,14.

Zajímavá zjištění nám pak odhalil také graf křivky kvality života. Na něm bylo velice názorně vidět, že obě skupiny vychází z téměř totožných prostředí. Kromě této domény se ostatní lišily minimálně o 1,27 skóru. Graf nám také odhaluje zřetelně konstantní průběh křivky životní spokojenosti para hokejistů, který má ve svém vyrovnaném průběhu jediné slabé místo,

kterým je právě zmiňovaná doména prostředí. Oproti tomu křivka kontrolní skupiny má velmi nestálý průběh, který mohl být způsoben větším spektrem tělesných postižení.

U otázek Q1 a Q2 jsme si potvrdili výsledky domén. Q1 zastupující přímou otázku kvality života na tom o 1,2 hrubého skóru byla lépe skupina para hokejistů. U Q2 zastupující otázku subjektivní spokojenosti respondenta, potvrdila svou relaci s doménou fyzické zdraví, protože také vyšla v rozdílu skóru ku prospěchu para hokejistů.

Druhá část dílčích výstupů WQOL-BREF byla věnována pouze samotné hlavní skupině. Ta byla rozdělena podle vzniku postižení do dvou souborů, na para hokejisty s vrozeným tělesným postižením a na para hokejisty se získaným postižením. I přestože byl poměr tohoto rozdělení 45 % ku 55 %, neselektovali jsme respondenty na stejný počet, protože jsme chtěli mít zahrnuté v této části výzkumu všechny para hokejisty. Fyzické zdraví vyšlo ve prospěch sportovců se získanou disabilitou. S těsným pozitivním skórem 0,13 pro jedince s vrozeným postižením vyšla doména prožívání. Tento druhý nejmenší rozdíl naší práce je ale s ohledem na ostatní rozdíly opravdu zanedbatelný. U souhrnu otázek týkajících se sociálních vztahů na tom znatelně lépe vyšli para hokejisté se získaným tělesným postižením. Podstatu tohoto rozdílu lze hledat již v demografických otázkách, kde ve vyšší míře byli právě tito jedinci nebydleli sami. Poslední doména prostředí vyšla naopak lépe u souboru jedinců s vrozenou disabilitou. Lze vznik tohoto faktu hledat v možných zvýšených nárocích na prostředí u jedinců s převážným zastoupením sportovců s amputací dolní/ch končetin/y.

Součet doménových skóru vyšel u jedincům se získaným tělesným postižením vyšší. Mohli bychom tak předpokládat, že tento součet odpovídající vyšší kvalitě života, bude korespondovat s odpovědí u mimo doménové otázky Q1 „Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?“. Avšak na otázku Q1 odpovídali kladněji respondenti s vrozeným postižením. U druhé mimo doménové otázky na spokojenost se zdravím nám vyšel rozdílný hrubý skór pod jednu desetinu bodu. Tudíž jsme mohli konstatovat, že spokojenost se zdravím je srovnatelná u obou skupin v této části výzkumu.

Životní spokojenost. Kromě jejího zkoumání společných vztahů s dotazníkem na kvalitu života, jsme i tento dotazník převedli do hrubých skóru, a navíc jsme u něj provedli popisnou statistiku, vše pro obě skupiny. Díky tomu jsme si ověřili například výsledky hrubých skóru s modusem, tedy ověření nejčastěji se vyskytující hodnoty u respondentů obou výzkumných souborů. Právě v této hodnotě jsme objevili celkem velký rozdíl, kdy para hokejistům vyšel modus 26 z celkově možný 35 a u kontrolního souboru byl modus pouhých 19 z maximálně možných 35 bodů. Už z toho jsme mohli usuzovat rozdílnost životní spokojenosti. Pro lepší orientaci a snadnější pochopení jsme však vytvořili ještě tabulku hrubých skóru pro SWLS,

díky které jsme mohli tento rozdíl vyzorovat na všech respondentech, nikoliv pouze na dvou samostatných modusových hodnotách. Kromě toho nám i tato tabulka lépe prezentuje znatelný rozdíl rozptylů hlavní a kontrolní skupiny.

Rozdíly v demografických údajích. Pomáhají nám lépe pochopit rozdíly v jednotlivých výsledcích na všech úsecích výzkumu. Pro naše účely jsme je prezentovaly za použití relativní četnosti. Neuváděly jsme je vzhledem k jejich obsáhlosti všechny. Kromě rozdělení dle typu postižení, jsme v naší práci uvedli pouze vybrané demografické otázky, které jsme si rozdělily na tři části. První část obsahovala přehled otázek vzdělání a práce. Druhá část obsahovala tři otázky místo bydliště, domácnost a rodinný stav. Poslední část byla orientována na otázky ohledně sportu. Konkrétně pak na otázku sportovních možností v místě bydliště jednotlivých respondentů a na četnost výkonu sportovní činnosti s ohledem na množství opakování za určitý čas.

V první části, konkrétně ve vzdělání byl uveden vyšší počet respondentů se základním vzděláním u para hokejistů. Zde musíme hledat odůvodnění ve větší četnosti mladších respondentů. I přesto se ve všech ostatních dosažených vzděláních lišily skupiny maximálně o 5 %, což v rozsahu našich výzkumných souborů znamená dvě individua (jedinec = 2,5 %). V oblasti práce však už nacházíme větší rozdíly. Para hokejisté se s vyšší relativní četností věnují svému zaměstnání na plný úvazek, pracují jako OSVČ/živnostník, popřípadě kombinace práce na plný úvazek + OSVČ. Najdeme mezi nimi i více studentů. Převážně nesportující jedinci pak pracují pouze na částečný úvazek, nebo nepracují vůbec.

Ve druhé skupině pak lze z demografických tabulek vyčíst rozdíl místa bydliště. Respondenti z hlavního souboru bydlí častěji na vesnici či maloměstech. Největší rozdíl je udán u měst od 10.001 obyvatel do 50.000, který je až 10 %. Jinak lze říci, že jsou místa bydliště obou skupin srovnatelná. U rodinného stavu, který mohl z velké části ovlivňovat sekci sociálních vztahů v dotazníku kvality života, jsou jednotlivci z kontrolní skupiny častěji svobodnými, nesezdanými, ovdovělými a méně rozvedenými. Tato otázka byla vztahově velmi blízko otázce na bydlení/domácnost. Protože para hokejisté bydlí až ze 40 % s partnerem a v menší míře bydlí s rodiči, spolubydlíci, nebo sami.

Ve třetí skupině sportovní možnosti hodnotí nejčastěji v nadpolovičním zastoupení jako dostačující obě skupiny. Za nedostačující ve větší míře označovali podmínky para hokejisté, kde s ohledem na četnost místa jejich bydliště je celkem pochopitelné. Až 11 členů kontrolní skupiny nedokázalo vůbec posoudit sportovní možnosti v místě jejich bydliště zřejmě proto, že sportovní aktivity nejsou středem jejich zájmu. U výkonu sportovní činnosti se celkem

pochopitelně častěji objevovali para hokejisté v počtu opakování činnosti v kratším časovém rozmezí.

Limity práce. Za možný limit lze brát samotné uchopení poslední zmíněné demografické otázky, protože jsme společně vedle sebe postavili para hokejovou přípravu na soutěž, popřípadě reprezentační povinnosti s procházkami, rekreačním plaváním a aktivitami tomu podobnými. Nazvali jsme tak kontrolní skupinu jako „převážně nesportující“, nikoliv „nesportující“.

Limitem práce bylo období sběru dat, protože jsme nejprve vybírali odpovědi od respondentů věnujících se para hokeji, a až teprve podle vybraných dat jsme se rozhodovali, podle jakých kritérií vybrat kontrolní skupinu. To mělo za následek, že jsme dotazníky od para hokejistů dostali v době vládních omezení z důvodu COVID-19. Narozdíl od respondentů kontrolní skupiny jsme je vybírali již v období rozvolňování. Tento fakt mohl do jisté míry ovlivnit celou výzkumnou část práce.

Dalším limitem mohla být právě výše zmíněné zvolení některých kritérií pro kontrolní skupinu respondentů. Byl jím samotný věk, zvolený z důvodu širší věkového spektra para hokejistů od 14-60 let. Při množství respondentů jednoho souboru o čtyřiceti respondentech mluvíme o značném věkovém rozptylu. A bylo téměř nemožné získat jako respondenty stejně staré jedince s přibližně stejnou diagnózou. Právě i typ postižení, kromě toho, že se ve všech případech jedná o postižení tělesné, byl u obou vzorků velmi rozdílný. Nejlépe to tak pozorovat u jedinců s amputací DK a jedinců s mozkovou obrnou viz tabulky 2. a 3.

V neposlední řadě jsou limity výzkumu samotný design výzkumu – jedná se o observační studii, která neumožňuje ověřování kauzálních vztahů. Dále malá velikost souboru, která mohla mít negativní vliv na výsledky statistické analýzy (ve smyslu snížení statistické významnosti výsledků), způsob sestavení souboru (není to reprezentativní vzorek vůči souboru para hokejistů) a rozdíly mezi výzkumným a kontrolním souborem.

Přínos práce. Tato práce potvrdila spojitost kvality života a životní spokojenosti v rámci vzájemné korelace mezi dotazníky WHOQOL-BREF a SWLS u para hokejistů a osob s tělesným postižením. Z našeho výzkumu dále je patrná dostatečnost využití 26 - položkového dotazníku na kvalitu života v kombinaci s 5 - položkovým dotazníkem na životní spokojenost. Ukázali jsme tak možnost využitelnosti těchto dvou výzkumných nástrojů na populaci jedinců s tělesným postižením.

Vzhledem na kvantitativní charakter práce výzkumu, výsledky předestírají jasně kvantifikovatelné fakty, umožňují interindividuální porovnatelnost, avšak nám již vždy neříkají, co přesně stojí za těmito fakty. O tom už můžeme vést pouhé úvahy. Pro vyřazení

domněnek by bylo zapotřebí doplnit naše šetření o životní příběhy každého z respondentů. Tyto souvislosti by nám pak mohli odhalit aktuální kontext a doplnit tak data užitečná pro interpretaci závěrů. Užitečné by tak do budoucnosti mohlo být využití šetření se smíšeným designem, například dotazníkové šetření s polostrukturovanými rozhovory. V neposlední řadě by se dalo též výzkum opakovat a udělat z něj tak longitudinální studii, která by mohla zmapovat působnost jednotlivých faktorů v čase. Zajímavé poznatky by mohla přinést i práce, která by naše výsledky para hokejistů porovнала s jinými kontrolními skupinami.

Je důležité uvědomit si také to, že tyto dílčí výsledky budou mít přínos především v kontextu dat nasbíraných u ostatních skupin sportovců, které by měly přinést zmapování kvality života a životní spokojenosti para sportovců v celé České republice.

9. ZÁVĚR

Přínosem teoretické části je představení klíčových kategorií pro výzkumné šetření. V první kapitole jsme si představili aktuálně platná pravidla para hokeje, přeložená z oficiálních dokumentů organizace světového para hokeje.

I uchopení druhé kapitoly mělo své opodstatnění. V této práci není zastoupeno stejnou měrou celé spektrum tělesných disabilit. Tento sport není vhodný pro každého jedince s tělesným postižením, proto jsme zde v krátkosti představili dvě nejčastější diagnózy (MO a traumatickou amputaci). Podle aktuálního vývoje, bude tento sport nejspíše do budoucna pouze pro jedince s amputací DK. To vše je způsobeno snahou o zrychlení sportu, zvýšení kreativity za účelem divácké popularity. Důkazem toho jsou např. týmy Ruska, Ameriky a Kanady, které jsou nadpoloviční většinou hráčů tvořeny bývalými sportovci, nebo vojáky, kteří v průběhu života přišli o dolní končetinu či končetiny.

Třetí kapitola byla věnována historii tohoto neobvyklého sportu. Kromě zjevných dat počátku, slouží tato kapitola také k uvědomění si, jak dlouhou, a ne vždy snadnou cestu ve své existenci tento sport urazil. Od vzniku, přes uznání sportu pro jedince s disabilitou a možnosti účastnit se v tomto sportu paralympijských her, paralympijským výborem, po nynější tvář tohoto sportu.

Poslední část teoretické oblasti práce se věnovala třem, v odborné literatuře, často zaměňovaným konceptům. Podstatou bylo rozlišení dvou rovnocenných konceptů kvality života a životní spokojenosti, kde v úzké souvislosti s těmito termíny koketuje koncept well-being, jinými slovy pocit štěstí.

Hlavním cílem této práce bylo zjistit, zda má para hokej vliv na kvalitu života a životní spokojenost u osob s tělesnou disabilitou.

Vliv životní spokojenosti jsme potvrdili, jak pomocí hrubého skóru, tak pomocí rozebrání si popisné statistiky u obou sledovaných souborů.

Také jsme potvrdili hypotézu, pomocí Pearsonova korelačního koeficientu o vzájemném vztahu neboli korelací mezi dotazníky SWLS a WHOQOL-BREF, a to dokonce na vysoké úrovni kladné korelace. Z tohoto důvodu jsme předpokládali, že stejně tak jako pro životní spokojenost, tak i kvalitu života budeme moci potvrdit studentovým t-testem. To se ovšem nestalo. Zjistili jsme, že v rámci kvality života jsou mezi zkoumanými skupinami rozdíly, avšak nejsou tak velké, abychom je mohli uvést na hladině významnosti $\alpha = 0,01$, ani dokonce na benevolentnější hladině významnosti $\alpha = 0,05$.

Dále v práci bylo naznačeno, jakým směrem by se mohly ubírat výzkumy obdobného zaměření v dalších letech. Zdůrazněná byla podstata realizace tohoto výzkumu za účelem studie, která je realizována ve spolupráci s katedrou Aplikovaných pohybových aktivit na Fakultě tělesné kultury na UP v Olomouci a je zaměřena také na ostatní para sportovce v České republice.

ZDROJE:

- 1) ADAMOVE, J. *Subjektívne zdravie a životná spokojnosť*. Diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého. 2016.
- 2) BLAŽKOVÁ, P. *Integrated marketing communication and new sponsors for sledge ice hockey team SHK LAPP ZLIN*. Diplomová práce. Huddersfield: University of Huddersfield. 2015.
- 3) CARVER, C. SCHEIER, M. F. (1985). Optimism, coping, and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.
- 4) ČERVENÝ, P. *Analýza problematiky sledge hokeje v Jihočeském kraji*. Bakalářská práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita . 2013.
- 5) FAHRENBERG, J.; MYRTEK, M., SCHUMACHER, J., BRÄHLER, E. *Dotazník životní spokojnosti*. 1. vyd. Praha: Testcentrum. 84 s. 2001. ISBN 80-86471-16-0.
- 6) DAŘOVÁ, Klára a kol. *Klasifikace pro výkonnostní sport zdravotně postižených*. Praha: Karolinum, 2008. 89 s. ISBN 978-80-246-1520.
- 7) DOSEDLOVÁ, Jaroslava. *Předpoklady zdraví a životní spokojnosti*. Brno: MSD, 2008. ISBN isbn978-80-7392-010-4.
- 8) DRAGOMIRECKÁ, E.; BARTOŇOVÁ J. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment : příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 80-85121-82-4.
- 9) DRAGOMIRECKÁ, E., Škoda, C. (1997). *Měření kvality života v sociální psychiatrii*. In *Československá psychiatrie*, 93, č. 8, s. 423-432.
- 10) DIENER, E., SUH, E., LUCAS, R. E., & SMITH, H. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress, *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- 11) DIENER, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55, 34–43.
- 12) DIENER, E.; EMMONS, R. A.; LARSEN, R. J.; GRIFFIN, S. The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, č. 1, roč. 49, s. 71-75. 1985. ISSN 0022-3891.
- 13) GERSTORF, D.; RAM, N.; RÖCKE, CH.; LINDENBERGER, U.; SMITH, J. Decline in life satisfaction in old age: Longitudinal evidence for links to distance-to-death. *Psychology and Aging*, č. 1, roč. 23, s. 154-168. 2008. ISSN 0882-7974.

- 14) GURKOVÁ, Elena, 2011. Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. 1. vyd. Praha: Grada. Sestra. ISBN 978-80-247-3625-9.
- 15) HAMPLOVÁ, D. *Životní spokojenost: rodina, práce a další faktory*. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2004. Sociologické studie. ISBN 80-7330-063-x.
- 16) HERINK, R. (2003). Výroční zpráva ČSTPS 2003
- 17) HEŘMANOVÁ, E. (2012). *Kvalita života a její modely v současném sociálním výzkumu*. Sociológia. 4. 478-496.
- 18) HICKE, B. L., PUTZKE, J. D., NOVACK, T., SHERER, M. RICHARDS, S. (2002). *Life satisfaction following spinal cord ad traumatic brain injury: A comparative study* (elektronická verze). *Journal of rehabilitation Research and Development*, 39, 3, 359-366.
- 19) HILL, P. C.; PARGAMENT, K. I. Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health research. *Psychology of Religion and Spirituality*, č. 1, roč. S, s. 3-17. 2008. ISSN 1941-1022.
- 20) HNĚLICOVÁ, H. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In: Payne, J., a kol. *Kvalita života a zdraví*, Praha: Triton 2005, s. 205-216.
- 21) HRACHOVCOVÁ, B. *Životní spokojenost a tělesné postižení*. Diplomová práce. Brno: Univerzita Masarykova. 2006.
- 22) HRDLIČKA, Michal, Julián KURIC a Marek BLATNÝ. *Krize středního věku*. Praha: Portál, 2006. ISBN 8073671689.
- 23) HUSOVSKÁ, D. *The family life cycle and satisfaction*. *Individual and Society*, č. 1, roč. 15. [online]. [cit. 2021-05-03]. 2012. ISSN 1335-3608. Dostupné z: http://www.saske.sk/cas/public/media/5968/Husovska_Rodinn%C3%BD%20cyklus%20a%20spokojnos%C5%A5%20jednotlivca%20-%20pr%C3%ADspevok%20%C4%8CAS.pdf
- 24) JANDA, Vladimír. *Svalové funkční testy: kniha obsahuje 401 obrázků a 65 tabulek*. Praha: Grada, 2004. ISBN 978-80-247-0722-8.
- 25) JANEČKA, Zbyněk. *Vybrané kapitoly ze sportu osob se zdravotním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3107-9.
- 26) JEŠINA, Ondřej. *Otázky a odpovědi aplikované tělesné výchovy I, aneb, Inkluzivní tělesná výchova pro I. stupeň základních škol s přesahem do mateřských škol*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2020. ISBN 978-80-244-5719-2.

- 27) JOHNSON, V. R. F. & YARHOUSE, M. A. (2013). Shame in sexual minorities: Stigma, internal cognitions, and counseling considerations. *Counseling and Values*, 58, 85–103. DOI: 10.1002/j.2161-007X.2013.00027.x
- 28) KEBZA, Vladimír. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1307-5.
- 29) Kábele et al. *Somatopedie: učebnice speciální pedagogiky tělesně a zdravotně postižené mládeže*. Praha: Karolinum, 1993. ISBN 80-7066-533-5.
- 30) KANTOR, J. *Výstupy edukačního procesu v oblasti sociálních kompetencí žáků s dětskou mozkovou obrnou*. Disertační práce. Olomouc: Univerzita Palackého. 2013.
- 31) KALMAN, M. a kol., *Národní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků*, Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 978-80-244-2986-1
- 32) KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. (2005). Koncept osobní pohody (well-being) a jeho psychologické a interdisciplinární souvislosti. In M. Blatný, J. Dosedlová, V. Kebza, I. Šolcová (Eds): *Psychosociální souvislosti osobní pohody* (s. 11–35). Brno: MSD.
- 33) KLEMNTA, J. a kolektiv, *Statistické metody v pedagogickém výzkumu.*, Olomouc: Rektorát Univerzity Palackého v Olomouci, 1980.
- 34) KRŠÁKOVÁ, Z. *The Role of Physiotherapist in Para Ice Hockey Players*. Bakalářská práce. Brno: Univerzita Masarykova. 2018.
- 35) KOLÁŘ, P., *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vydání. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-657-1.
- 36) KOLLÁRIK, T.; LETOVANCOVÁ, E.; VÝROST, J. ET AL. *Psychológia práce a organizácie*. 1. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave. 404 s. 2011. ISBN 80-223-3078-7.
- 37) KOVÁČ, D. *Kvalita života – naliehavá výzva pre vedu nového storočia*. Čs. psychologie, 2001, roč. 45, č.1, s. 34–44. ISSN 0009-062X.
- 38) KRAUS, J. ŠANDERA, O. *Tělesné postižení dítěte*. Praha : SPN, 1975.
- 39) KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada. 2002. ISBN 80247-0179-0.
- 40) KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 3. vyd. Praha: Portál. 280 s. 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.
- 41) KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Pozitivní psychologie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. *Psychologie (Portál)*. ISBN 978-80-7367-726-8.
- 42) KUDLÁČEK, M., & DALBESIO, I., & JANEČKA, Z., & VANŮAMDEWIJCK, Y., & BECKHAM, E. (2009). *The analysis of individual skills of ice sledge hockey players*

- at the Torino 2006 paralympic tournament. *European Journal of Adapted Physical Activity*.
- 43) KUDLÁČEK, Martin a kol. *Aplikované pohybové aktivity pro osoby s tělesným postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. 122 s. ISBN 978-80-244-1655-7
 - 44) KUDLÁČEK, M. et al. *Paralympijský školní den*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2008.
 - 45) KUDLÁČEK, Martin a Ondřej JEŠINA. *Integrovaná tělesná výchova, rekreace a sport*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3964-8.
 - 46) LERNER ET AL. *Thriving and Spirituality Among Youth: Research Perspectives and Future Possibilities*. Hoboken, NJ: Wiley. 2011. 384 s. ISBN: 978-1-118-09983-4.
 - 47) LESNÝ, Ivan. *Dětská mozková obrna ze stanoviska neurologa*. Praha: Avicenum, 1972
 - 48) MICHALÍK, J. ET AL. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál. 512 s. 2011. ISBN 978-80-7367-859-3.
 - 49) MICHALÍK, Jan. *Kvalita života osob pečujících a osob se zdravotním postižením: výzkumná šetření 2018*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2018. ISBN 978-80-244-5471-9.
 - 50) MONATOVÁ, L. *Vliv pohybového postižení na osobnost*. In KOLEKTIV. *Kritické životní situace dětí a mladistvých s tělesným a zdravotním postižením: sborník z konference somatopedické společnosti k 50. výročí založení Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity*. Brno: Paido, 1996. ISBN 80-85931-18-4.
 - 51) MRÁZOVÁ, J. *Sledge hokej*. Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova. 2006.
 - 52) MYERS, D. G., DIENER, E. (1995). *Who is happy?* *Psychological Science*, 6 (1), 10–19. doi: 10.1111 / j.1467-9280.1995.tb00298.x
 - 53) NOVOSAD, L. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-873-9.
 - 54) OPATŘILOVÁ, D. *Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s dětskou mozkovou obrnou*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2010. 150 s. ISBN 9788021052666.
 - 55) PARRGAMENT, K., EXLINE J. J., MAHONEY A., JONES J. W., & SHAFRANSKE, E. P. (2013). *Envisioning an integrative paradigm for the psychology of religion and spirituality*. *APA handbook of psychology, religion, and spirituality: Context, theory, and research*. Washington, DC: American Psychological Association.

- 56) PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ O. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF*. Praha: Grada, 2008. ISBN isbn978-80-247-1587-2.
- 57) PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky. 3.*, přeprac. a rozš. vyd. Brno : Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.
- 58) PRAŠKO, Ján. *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-737-X.
- 59) B.M.S van PRAAG, P FRIJTERS, A FERRER-i-CARBONELL, *The anatomy of subjective well-being*, Journal of Economic Behavior & Organization, Volume 51, Issue 1, 2003, Pages 29-49, ISSN 0167-2681, [https://doi.org/10.1016/S0167-2681\(02\)001403](https://doi.org/10.1016/S0167-2681(02)001403). Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167268102001403>.
- 60) PŘINOSILOVÁ, Dagmar. *Diagnostika ve speciální pedagogice: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2007. 178 s. ISBN 9788073151423
- 61) RENOTIÉROVÁ, Marie. 2002. *Somatopedické minimum*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2002. 290 s. ISBN 80-244-0532-6.
- 62) ROSENBERG, M. (1990). The self-concept: Social product and social force. In M. Rosenberg & R. H. Turner (ed.), *Social psychology: Sociological perspectives* (pp. 593–624). New York, USA: Basic Books.
- 63) ŘÍČAN, P.; KREJČÍŘOVÁ, D. ET AL. *Dětská klinická psychologie*. 4. vyd. Praha: Grada. 603 s. 2006. ISBN 978-80-247-1049-5.
- 64) SCHUSTER, M. *Změny vnímání sportu „sledge hokej“ v hokejových klubech 1994-2004*. Diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého. 2015.
- 65) SKUHROVSKÝ, P. *Průpravné hry ve sledge hokeji*. Bakalářská práce. Praha: Univerzita Karlova. 2016.
- 66) SKUHROVSKÝ, P. *Rozvoj herních kombinací ve sledge hokeji*. Bakalářská práce. Praha: Univerzita Karlova. 2017.
- 67) SLOWÍK, J. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál, 2010, s. 39. ISBN 978-80-7367-691-9.
- 68) SOBOTKOVÁ, I. *Psychologie rodiny*. 3. vyd. Praha: Portál. 224 s. 2012. ISBN 978-80-262-0217-2.
- 69) SVOBODOVÁ, P. *Následky amputace na dolních končetinách*. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita. 2013.
- 70) ŠOLCOVÁ, I.; KEBZA, V. Prediktory sociální opory u české populace. *Československá psychologie*, č. 3, roč. 47, s. 220-229. 2003. ISSN 0009-062X.

- 71) ŠTĚPNIČKA , V. *Analýza herního projevu hráčů sledge hokeje*. Bakalářská práce. Olomouc: Univerzita Palackého. 2011.
- 72) ŠTIKAR, J.; RYMEŠ, M.; RIEGEL, K.; HOSKOVEC, J. *Psychologie ve světě práce*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 269 s. 2003. ISBN 80-246-0448-5.
- 73) TROJAN, S. aj. *Lékařská fyziologie*. 4. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 771 s. ISBN 80-247-0512-5.
- 74) VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita lidské psychiky*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-214-9.
- 75) VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychologie handicapu*. Vyd. 2. opr. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2003. ISBN 80-7083-772-1.
- 76) VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 461 s. 2008. ISBN 978-80-246-1318-5.
- 77) VAĎUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3754-7.
- 78) VEENHOVEN, R. *The Four Qualities of Life*. *Journal of Happiness Studies*, 2000, vol. 1, no. 1, p. 1–39, ISSN 1389-4978.
- 79) Wood-Dauphinée S, Exner G, Bostanci B, Exner G, Glass C, Jochheim KA, Kluger P, Koller M, Krishnan KR, Post MW, Ragnarsson KT, Rommel T, Zitnay G; SCI Consensus Group. Quality of life in patients with spinal cord injury--basic issues, assessment, and recommendations. *Restor Neurol Neurosci*. 2002;20(3-4):135-49. PMID: 12454362.
- 80) VÝROST, J. ET AL. *Európska sociálna sonda (ESS)*. 3. kolo na Slovensku. 1. vyd. Prešov: UNIVERSUM. 195 s. 2008. ISBN 978-80-89046-55-3.

E-citace

- 1) ČERNOCH, M. 2019 [online]. Olomouc: I. Ročník para hokejového turnaje. [Cit. 15.4.2021]. Dostupné z: <https://www.parahokejolomouc.cz/>
- 2) ČERNOCH, M. 2020 [online]. Olomouc: Valná hromada před para hokejovou sezónou. [Cit. 15.4.2021]. Dostupné z: <https://www.parahokejolomouc.cz/>
- 3) GLACOVÁ, Z. 2019 [online]. Ostrava: Mistrovství bortilo opakovaně všechny hranice. [Cit. 15.4.2021]. Dostupné z :<https://paraostrava2019.cz/aktuality/mistrovstvi-bortilo-opakovane-vsechny-hranice/>

- 4) GLACOVÁ, Z. 2020 [online]. Ostrava: Rozvojový kemp pro nové hráče. [Cit. 15.4.2021]. Dostupné z: <https://parahockey.cz/aktuality/poprve-ve-sledgi-v-ostrave-probehl-prvni-rozvojovy-kemp-pro-nove-hrace/>
- 5) GLACOVÁ, Z. 2021 [online]. Ostrava: Omlazený český národní tým se připravuje na domácí šampionát. [Cit. 15.4.2021]. Dostupné z: <https://ms2021.parahockey.cz/mistrovstvi/omlazeny-cesky-narodni-tym-se-pripravuje-na-domaci-sampionat/>
- 6) CHISHOLM, Tara, Derek WHITSON, Peggy ASSINCK and Jade WERGER, 2017. Sledge Hockey (Para-Ice Hockey) Coaching Resource A Guide to Inclusive Programming [online]. Canada: SportAbility. [cit. 15.4.2021]. Dostupné z: <http://sportabilitybc.ca/sledge-hockey-coaching-resource/>
- 7) Paralympic.org. 2014 [online]. Paralympic school day. Dostupné z: <https://www.paralympic.org/the-ipc/paralympic-school-day>
- 8) Paralympic.org. 2017 [online]. Bonn: Classification Rules and Regulations. [Cit. 15.4.2021] Dostupné z: <https://www.paralympic.org/ice-hockey/classification>
- 9) Paralympic.org. 2018 [online]. Bonn: Rules 2018-2022. [Cit. 15.4.2021] Dostupné z: <https://www.paralympic.org/ice-hockey/rules>
- 10) EVANS, J. D., 1996. Straightforward statistics for the behavioral sciences [online]. Pacific Grove: Brooks/Cole Pub. Co [cit. 2017-05-17]. ISBN 0534231004 9780534231002. Dostupné z: <http://www.worldcat.org/title/straightforward-statistics-for-the-behavioralsciences/oclc/32465263>

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tabulky

Tabulka č. 1 Čtyři typy kvality života

Tabulka č. 2 Procentuální rozdělení vrozeného a získaného postižení souboru para hokejistů

Tabulka č. 3 Procentuální rozdělení postižení para hokejistů

Tabulka č. 4 Procentuální rozdělení vrozeného a získaného postižení kontrolního souboru

Tabulka č. 5 Procentuální rozdělení postižení kontrolního souboru

Tabulka č. 6 Vzdělání

Tabulka č. 7 Práce

Tabulka č. 8 Bydlení

Tabulka č. 9 Rodinný stav

Tabulka č. 10 Sportovní možnosti

Tabulka č. 11 Sportovní činnosti

Tabulka č. 12 Doménové skóry

Tabulka č. 13 Q1 a Q2

Tabulka č. 14 Doménové skóry para hokejistů

Tabulka č. 15 Q1 a Q2 para hokejistů

Tabulka č. 16 Popisná statistika u SWLS

Tabulka č. 17 Hrubé skóre u SWLS

Tabulka č. 18 Kvalita života

Tabulka č. 19 Životní spokojenost

Tabulka č. 20 Korelace Životní spokojenosti a Kvality života – para hokejisté

Tabulka č. 21 Korelace Životní spokojenosti a Kvality života – kontrolní skupina

Grafy

Graf č. 1 Bydlení/domácnost

Graf č. 2 Křivka kvality života

Graf č. 3 Křivka kvality života para hokejistů s a bez vrozeného postižení

Graf č. 4 Bodové výsledky ke kvalitě života

Graf č. 5 Bodové výsledky k Životní spokojenosti

Graf č. 6 Korelace Životní spokojenosti a Kvality života

Přílohy

Příloha č. 1 Demografický dotazník pro para hokejisty

Příloha č. 2 Demografický dotazník pro kontrolní skupinu

Příloha č. 3 Otázky dotazníku WHOQOL-BREF podle domén a pozic v excelu

PŘÍLOHA Č. 1: DEMOGRAFICKÝ DOTAZNÍK PRO PARA HOKEJISTY

1. Dominantní sport

- para cyklistika
- para hokej
- para atletika
- para plavání
- basketbal na vozíku
- tanec
- volejbal sedících
- jiná..

2. Jaké další sporty provozujete na závodní či vrcholové úrovni?

3. Sportovní klasifikace

- napište ji prosím
- není

4. Pohlaví

- muž
- žena

5. Věk

6. V jakém kraji bydlíte?

- Hlavní město Praha
- Středočeský kraj
- Jihočeský kraj
- Plzeňský kraj
- Karlovarský kraj
- Ústecký kraj
- Liberecký kraj
- Královéhradecký kraj
- Královéhradecký kraj
- Kraj Vysočina

- Kraj Vysočina
- Olomoucký kraj
- Zlínský kraj
- Moravskoslezský kraj

7. Bydlíte v obci/ve městě?

- do 1000 obyvatel
- od 1001 do 10 000 obyvatel
- od 10 001 do 50 000 obyvatel
- od 50 001 do 100 000 obyvatel
- nad 100 000 obyvatel

8. Ukončené vzdělání:

- základní
- střední bez maturitní zkoušky
- střední bez maturitní zkoušky
- vyšší odborné
- vysokoškolské

9. Pracuji jako:

- zaměstnanec na plný úvazek
- zaměstnanec na částečný úvazek/DPP/DPČ
- OSVČ/živnostník
- nepracuji
- jsem student
- jiná možnost

10. Jak byste v porovnání s ostatními rodinami (popř. jednotlivci v případě, že žijete sám/sama) hodnotil/a Vaši finanční situaci a hmotné zabezpečení?

- výrazně podprůměrné
- mírně podprůměrné
- průměrné
- mírně nadprůměrné
- výrazně nadprůměrné

11. Jaký je Váš rodinný stav?

- svobodný/á
- ženatý/vdaná
- rozvedený/á
- ovdovělý/á

12. Žijete v domácnosti:

- Sám
- s rodiči (prarodiči)
- s manželem/manželkou či partnerem/partnerkou
- jiná možnost

13. Kolik máte dětí?

14. Pokud máte děti, máte je v péči?

- ano
- ne
- ve střídavé péči

15. Od jakého věku máte zdravotní postižení?

- od narození
- od (doplňte roky)

16. Vaše diagnóza (např. dětská mozková obrna; nebo poranění míchy quadruplegie na úrovni Th5 apod.)

**17. Věnoval/a jste se pohybovým aktivitám (sportu) před úrazem/nemocí?
(pokud máte vrozené postižení, nevyplňujte)**

- nikdy nevěnoval/a
- věnoval/a neorganizované pohybové aktivitě (např. jít sám si zaběhat, plavat,...)
- věnoval/a organizované pohybové aktivitě
- věnoval/a vrcholovému či výkonnostnímu sportu
- pokud ano, doplňte prosím, o jaký sport se jednalo?
-

**18. Jak často se věnujete Vašemu dominantnímu sportu nyní
(pandemie COVID-19 a vládní omezení)?**

- nevěnuji se
- 1x měsíčně
- 1x týdně

- 2–3x týdně
- 4–6x týdně
- denně

19. Jak často se věnujete Vašemu dominantnímu sportu za běžných podmínek (před COVID-19)?

- nevěnuji se
- 1x měsíčně
- 1x týdně
- 2–3x týdně
- 4–6x týdně
- denně

20. Jak hodnotíte Vaše sportovní možnosti ve svém městě?

- dostatečné
- nedostatečné
- nedokážu posoudit

21. Kdo Vás přivedl k Vašemu dominantnímu sportu?

- nikdo, začal jsem sám od sebe
- zdraví kamarádi (bez postižení)
- kamarádi s postižením
- fyzioterapeut/lékař, zdravotnický personál (i v rehabilitačním ústavu)
- rodina, nejbližší (otec, bratr, přítel/příteřkyně)
- sociální pracovník
- jiná možnost

Příloha č. 2: Demografický dotazník pro kontrolní skupinu

1. Pohlaví

- muž
- žena

2. Věk

--

3. V jakém kraji bydlíte?

- Hlavní město Praha
- Středočeský kraj
- Jihočeský kraj
- Plzeňský kraj
- Karlovarský kraj
- Ústecký kraj
- Liberecký kraj
- Královéhradecký kraj
- Královéhradecký kraj
- Kraj Vysočina
- Kraj Vysočina
- Olomoucký kraj
- Zlínský kraj
- Moravskoslezský kraj

4. Bydlíte v obci/ve městě?

- do 1000 obyvatel
- od 1001 do 10 000 obyvatel
- od 10 001 do 50 000 obyvatel
- od 50 001 do 100 000 obyvatel
- nad 100 000 obyvatel

5. Ukončené vzdělání:

- základní
- střední bez maturitní zkoušky
- střední bez maturitní zkoušky
- vyšší odborné
- vysokoškolské

6. Pracuji jako:

- zaměstnanec na plný úvazek
- zaměstnanec na částečný úvazek/DPP/DPČ
- OSVČ/živnostník
- nepracuji
- jsem student
- jiná možnost

7. Jak byste v porovnání s ostatními rodinami (popř. jednotlivci v případě, že žijete sám/sama) hodnotil/a Vaši finanční situaci a hmotné zabezpečení?

- výrazně podprůměrné
- mírně podprůměrné
- průměrné
- mírně nadprůměrné
- výrazně nadprůměrné

8. Jaký je Váš rodinný stav?

- svobodný/á
- ženatý/vdaná
- rozvedený/á
- ovdovělý/á

9. Žijete v domácnosti:

- sám
- s rodiči (prarodiči)
- s manželem/manželkou či partnerem/partnerkou
- jiná možnost

10. Kolik máte dětí?

11. Pokud máte děti, máte je v péči?

- ano
- ne
- ve střídavé péči

12. Od jakého věku máte zdravotní postižení?

- od narození
- od (doplňte roky)

13. Vaše diagnóza (např. dětská mozková obrna; nebo poranění míchy quadruplegie na úrovni Th5 apod.)

14. Věnujete se pravidelně nějaké pohybové aktivitě či sportu? (např. pravidelné procházky, hraní hry boccia)

- ano
- ne

15. Pokud ano, o jakou pohybovou aktivitu či sport jde?

16. Jak často se věnujete těmto pohybovým aktivitám či sportu?

17. Jak hodnotíte Vaše sportovní možnosti ve svém městě?

- Dostatečné
- Nedostatečné
- Nedokážu posoudit

Příloha č. 3 Otázky dotazníku WHOQOL-BREF podle domén a pozic v excelu

Doména 1 - Fyzické zdraví	
Pozice v Microsoft office excel	Otázka
C2 - C41	Do jaké míry Vám brání bolest v tom, co potřebujete dělat?
D2 - D41	Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?
J2 - J41	Máte dost energie pro každodenní život?
O2 - O41	Jak se dokážete pohybovat?
P2 - P41	Jak jste spokojen/a se svým spánkem?
Q2 - Q41	Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?
R2 - R41	Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?

Doména 2 - Prožívání	
Pozice v Microsoft office excel	Otázka
E2 - E41	Jak moc Vás těší život?
F2 - F41	Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?
G2 - G41	Jak se dokážete soustředit?
K2 - K41	Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?
S2 - S41	Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?
Z2 - Z41	Jak často prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost, nebo deprese?

Doména 3 - Sociální vztahy	
Pozice v Microsoft office excel	Otázka
T2 - T41	Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?
U2 - U41	Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?
V2 - V41	Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?

Doména 4 - Sociální vztahy	
Pozice v Microsoft office excel	Otázka
H2 - H41	Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?
I2 - I41	Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?
L2 - L41	Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?
M2 - M41	Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?
N2 - N41	Máte možnost věnovat se svým zálibám?
W2 - W41	Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?
X2 - X41	Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?
Y2 - Y41	Jak jste spokojen/a s dopravou?

ANOTACE

Jméno a příjmení:	David Buriánek
Katedra:	Speciální pedagogiky
Vedoucí práce:	doc. Mgr. Jiří Kantor, Ph.D.
Rok obhajoby:	2021

Název práce:	Kvalita života a životní spokojenost parahokejistů s tělesným postižením v České Republice
Název v angličtině:	Quality of Life and Life satisfaction para ice hockey players with physical disability in the Czech Republic.
Anotace práce:	<p>V teoretické části proběhne seznámením s para hokejem v České republice. Zaměříme se na jeho historii, pravidla, současný stav ve srovnání se zbytkem světa. Dále navážeme a rozebereme pojem důležité pojmy kvality života a životní spokojenosti.</p> <p>Praktická část práce vyhodnocuje nasbíraná data, v oblasti kvality života pomocí dotazníku WHOQOL-BREF a životní spokojenosti přes dotazník SWLS, para hokejistů v porovnání s jinými jedinci s tělesným postižením v ČR.</p>
Klíčová slova:	Kvalita života, Životní spokojenost, Tělesné postižení, Para hokej
Anotace v angličtině:	<p>The theoretical part will introduce the para ice hockey in the Czech Republic. We will focus on its history, rules, current state in comparison with the rest of the world. Next, we will establish and analyze the concept of important concepts of quality of life and life satisfaction.</p> <p>The practical part of the work evaluates the collected data, in the field of quality of life using the WHOQOL-BREF questionnaire and life satisfaction through the SWLS questionnaire, para ice hockey players in comparison with other individuals with physical disabilities in the Czech Republic.</p>
Klíčová slova v angličtině:	Quality of Life, Life satisfaction, Somatic disability, Para ice hockey
Rozsah práce:	60 s. (123 778 znaků)
Jazyk práce:	Český