

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky a logopedie

Vliv sportu na psychiku lidí s tělesným postižením

Bakalářská práce

Autor: Tomáš Jandera
Studijní program: B 7506 Speciální pedagogika
Studijní obor: Výchovná práce ve speciálních zařízeních
Vedoucí práce: PhDr. Stanislav Pelcák, Ph.D.

UNIVERZITA HRADEC KRÁLOVÉ
Pedagogická fakulta
Akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Tomáš Jandera**
Osobní číslo: **P12778**
Studijní program: **B7506 Speciální pedagogika**
Studijní obor: **Výchovná práce ve speciálních zařízeních**
Název tématu: **Vliv sportu na psychiku lidí s tělesným postižením**
Zadávací katedra: **Katedra speciální pedagogiky**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Tato bakalářská práce se zabývá lidmi s tělesným postižením ať už vrozeným nebo získaným. Zaměřuje se především na psychiku těchto lidí a zkoumá, jakou roli sehrává sport v jejich životě. Bakalářská práce je rozdělena na dvě části a to na část teoretickou a praktickou. Teoretická část vymezuje pojmy jako je klasifikace tělesného postižení, nabídku sportu pro lidi s tělesným postižením, dále se zabývá týmovou spoluprací při sportu a motivací. Praktická část obsahuje výzkum, který bude proveden na základě kvalitativní metody pomocí rozhovoru a pozorování lidí s tělesným postižením, kteří se rozhodli pro sport, respektive pro Sledge hokej. Hlavním cílem bakalářské práce bude zjistit, jaký vliv má sport na psychiku lidí s tělesným postižením.

Rozsah grafických prací:
Rozsah pracovní zprávy:
Seznam odborné literatury:

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Stanislav Pelcák, Ph.D.**
Katedra sociální patologie a sociologie

Datum zadání bakalářské práce: **20. února 2014**
Termín odevzdání bakalářské práce: **26. března 2015**

doc. PhDr. Pavel Váček, Ph.D.,
děkan

I.S.

doc. PhDr. Tibor Vojtko, Ph.D.,
vedoucí katedry

dne

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracoval (pod vedením vedoucího bakalářské práce) samostatně a uvedl jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 24. 3. 2015

Poděkování

Tímto bych rád poděkoval panu PhDr. Stanislavu Pelcákovi, Ph.D. za cenné rady a příkladné vedení práce. Dále bych chtěl moc poděkovat všem hráčům SHK Mustangové Pardubice za ochotu a skvělou spolupráci. V neposlední řadě děkuji hlavně své manželce a celé rodinně za pomoc během mých studií.

Anotace

JANDERA, Tomáš. *Vliv sportu na psychiku lidí s tělesným postižením*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2015. 70 s. Bakalářská práce.

Tato bakalářská práce se zabývá lidmi s tělesným postižením, ať už vrozeným, nebo získaným. Zaměřuje se především na psychiku těchto lidí a zkoumá, jakou roli sehrává sport v jejich životě. Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, a to na část teoretickou a praktickou. Teoretická část vymezuje pojmy, jako jsou klasifikace tělesného postižení, zvládání života s tělesným postižením, týmová spolupráce při sportu, motivace, dále pojmy jako resilience, psychická odolnost, sociální opora, sebepojetí.

Empirická část obsahuje výzkum, který byl proveden na základě kvalitativní metody pomocí polostrukturovaného rozhovoru a pozorování lidí s tělesným postižením, kteří se rozhodli hrát sport, respektive sledge hokej, s doplněním kvantitativní metody dotazníků Nezdolnost typu SOC a Stress profile. Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaký vliv má sport na psychiku lidí s tělesným postižením.

Klíčová slova: tělesné postižení, psychika, sport, motivace, opora, kvalita života.

Annotation

JANDERA, Tomáš. *The Influence of sport on psyche of people with bodily disabilities*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2015. 70 pp. Bachelor Degree Thesis.

This thesis deals with people with physical disabilities, whether congenital or acquired. It is primarily focused on psyche of these people and it researches which role sport plays in their lives. The thesis is divided to two parts - the theoretical and the empirical part. The theoretical part defines concepts such as classification of physical disabilities, coping life with a physical disability, sports teamwork, motivation, as well as concepts such as resilience, psychological resilience, social support, self-concept.

The empirical part contains research which was based on qualitative methods using a semi-structured interview and an observation of people with disabilities who decided to play sport, specifically Sledge Hockey, with the addition of quantitative methods using questionnaires: Resilience of type SOC and Stress and profile. The main aim of this thesis was to find out the influence of sport on the psyche of people with disabilities.

Keywords: physical disability, psyche, sport, motivation, support, life quality.

OBSAH:

ÚVOD	1
1 JEDINEC S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM	3
1.1 TĚLESNÉ POSTIŽENÍ VROZENÉ.....	5
1.2 TĚLESNÉ POSTIŽENÍ ZÍSKANÉ.....	8
1.3 EDUKACE OSOB S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM	11
1.4 KOMPENZAČNÍ POMŮCKY PRO TĚLESNĚ POSTIŽENÉ.....	13
2 VYBRANÉ PSYCHICKÉ DŮSLEDKY TĚLESNÉHO POSTIŽENÍ. 16	
2.1 TĚLESNÉ POSTIŽENÍ A SEBEPOJETÍ	17
2.2 TĚLESNÉ POSTIŽENÍ A KVALITA ŽIVOTA.....	20
3 ZVLÁDÁNÍ ŽIVOTA S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM.....	23
3.1 TĚLESNÉ POSTIŽENÍ JAKO NÁROČNÁ ŽIVOTNÍ SITUACE.....	25
3.2 RESILIENCE A TĚLESNÉ POSTIŽENÍ	27
3.2.1 <i>Psychická odolnost</i>	29
3.2.2 <i>Sociální opora</i>	31
4 SPORT A INTEGRACE TĚLESNĚ POSTIŽENÝCH.....	34
4.1 SPORT TĚLESNĚ POSTIŽENÝCH.....	35
4.2 SPORT JAKO KOMPLEXNÍ AKTIVIZAČNÍ ČINITEL TĚLESNĚ POSTIŽENÝCH ...	37
4.3 KLASIFIKACE SPORTOVců S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM	38
4.4 SKUPINOVÁ DYNAMIKA A KOLEKTIVNÍ SPORT	40
4.5 SPORTOVNÍ MOTIVACE	42
5 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	45
5.1 CÍL VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	45
5.2 POUŽITÉ VÝZKUMNÉ METODY	46
5.3 VÝZKUMNÝ SOUBOR	48
5.3.1 <i>Sběr dat k výzkumnému šetření</i>	49
5.3.2 <i>Atmosféra ve zkoumané cílové skupině</i>	49

6	VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	51
7	ZHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	60
	ZÁVĚR	65
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	67
	SEZNAM POUŽITÝCH INTERNETOVÝCH ODKAZŮ	69
	SEZNAM PŘÍLOH	70

Úvod

Každý člověk má touhu někam patřit a nejinak je tomu u člověka s tělesným postižením. Proto je důležité pro takto postiženého jedince nalézt zábavu, která by ho naplňovala a vnesla do jeho života pozitivnější náboj. Jednou z takovýchto možností je sport. V dnešní době existuje celá řada sportů pro tělesně postižené, mají své vlastní soutěže a nejlepší sportovci mohou měřit síly mezi sebou na mezinárodní úrovni. Sport se tedy stává nedílnou součástí životů lidí s tělesným postižením, a to jak s postižením vrozeným, tak hlavně tím získaným. Člověk, který je po úraze, prochází celou řadou změn osobnosti. Je na každém jedinci, jak se s nastalou situací vypořádá. Zda zůstane doma a bude si pořád dokola připomínat své postižení, nebo si najde zábavu, která ho bude naplňovat. Nemalou roli hraje v této těžké chvíli také sociální opora. Ve sportovních oddílech pro tělesně postižené se setkávají lidé s podobnými problémy a osudy, kteří se tak mohou vzájemně podporovat a rozumějí si. Sport je zkrátka v dnešní době fenoménem, a to nejen u lidí bez handicapu, ale právě také u sportovců s tělesným postižením.

Svoji bakalářskou práci zaměřím na jedince s tělesným postižením, kteří se rozhodli sportovat, respektive hrát sledge hokej, a budu zkoumat vliv tohoto sportu na jejich psychiku. Toto téma jsem si vybral, protože je pro speciálně pedagogickou praxi důležité vědět, co a jak pomáhá osobám s postižením. Dále bych sledge hokej rád přiblížil společnosti intaktních jedinců, i jedincům s postižením, pro které to může být jedna z možností, jak zlepšit kvalitu svého života. Bakalářská práce se tedy zabývá tělesným postižením obecně, dále sebepojetím a kvalitou života jedinců s tělesným postižením, jejich psychickou odolností a sociální oporou.

Podstatnými faktory, které budu v teoretické části práce rozebírat, jsou tělesné postižení obecně, sebepojetí jedince s tělesným postižením, kvalita jeho života, jeho psychická odolnost a míra sociální opory. Tyto pojmy budou teoretickým základem pro výsledný výzkum této bakalářské práce. Výzkum bude probíhat ve sledge hokejovém klubu SHK Mustangové Pardubice. Na základě tohoto výzkumu se pokusím odpovědět na otázku, zda má sport vliv na psychiku lidí s tělesným postižením, případně v jakých oblastech je tento vliv patrný a jedná-li se o vliv kladný, či záporný.

Doufám, že by tato práce mohla dostat sledge hokej do podvědomí jak intaktních jedinců, tak hlavně jedinců s tělesným postižením, pro které by mohl být základem pro zlepšení kvality prožívaného života.

1 Jedinec s tělesným postižením

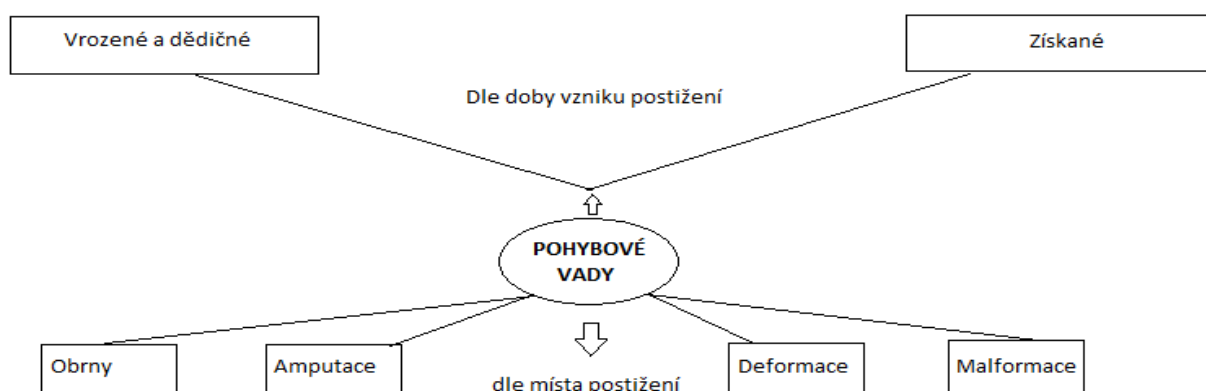
Veřejnost vnímá tělesně postiženého jedince obvykle jako člověka, jehož motorický handicap je naprosto zjevný a nepřehlédnutelný. Hlavním znakem tělesného postižení je tedy porušení motoriky, a to jak z hlediska kvalitativního, tak i kvantitativního. U takto postižených osob se jedná o viditelné postižení dolních či horních končetin. (Fischer, Škoda, 2008, s. 34)

Pohybové postižení je příčinou omezení samostatnosti, vzniká tedy závislost na jiných lidech, je zábranou pro získání mnoha zkušeností a s tím souvisejícím omezením socializace, respektive sociální adaptace. Klíčovým faktorem ovlivňujícím také psychický vývoj pohybově postiženého jedince je rozsah a závažnost pohybového postižení. Důležitá je míra soběstačnosti a nezávislosti, která je spjata se zachováním přijatelné pohybové funkce horních i dolních končetin. Pohybové postižení bývá často spojováno s estetickým handicapem, s tělesnou deformací, která rovněž představuje určitou, především psychosociální zátěž. **Hybnost dolních končetin** je důležitá pro samostatnou lokomoci, která umožňuje odpoutání ze závislosti na jiných lidech. Je také prostředkem k získání mnoha poznatků, zkušeností a také předpokladem účelné orientace v prostředí. **Hybnost horních končetin** je významná hlavně pro sebeobsluhu a pro aktivní kontakt s prostředím. Manuální zručnost je podstatná pro jakoukoli pracovní aktivitu. Postižení motoriky rukou rovněž znemožňuje osamostatnění. **Hybnost mluvidel a mimická pohyblivost** jsou důležité pro rozvoj komunikace – jak verbální tak i neverbální. Pohybové postižení tohoto typu významně ovlivňuje sociální uplatnění člověka, jeho pozici ve společnosti, akceptaci ostatními lidmi a v závislosti na tom i jeho sebehodnocení. (Vágnerová, 2012, s. 251-252) Dle Slowíka (2007, s. 98) mohou být poruchy hybnosti jak primární (tedy jako následek přímého poškození pohybového ústrojí) tak sekundární (pohyb je omezen v důsledku jiné nemoci či poruchy).

Zásadním znakem osob s tělesným postižením je celkové nebo částečné omezení hybnosti. Může se jednat o prvotní nebo druhotné omezení hybnosti. V případě prvotního omezení hybnosti se jedná buď o přímé postižení vlastního hybného ústrojí, nebo

o postižení centrální či periferní nervové soustavy, kdy je v periferní části postiženo vlastní hybné ústrojí (např. amputace, deformace, vývojové vady a podobně). Při postižení střední části, to jest při poškození nižších center, popřípadě nervových drah, vznikají takzvané chabé obrny, zatímco patologické změny korové a přilehlé části mají za následek obrny spastické, popřípadě rozmanité poruchy hybnosti onemocněním extrapyramidového systému (dyskinetické formy obrny projevující se nepotlačitelnými mimovolnými pohyby, které doprovázejí každý pokus o volný pohyb). Ve druhém případě přetrvává centrální i periferní nervová soustava a vlastní hybné ústrojí bez patologických změn; hybnost je však omezena z jiných příčin. Projevují se tu důsledky chorob srdečních, revmatických, kostních apod., které omezují pohyb nemocného. (Vítková, 2006, s. 11) Obrny se týkají centrální a periferní nervové soustavy. Centrální část zahrnuje mozek a míchu, periferní část obvodové nervstvo. Jednotlivé druhy se od sebe liší rozsahem a stupněm závažnosti; dělí se na parézy (částečná ochrnutí) a plegie (úplná ochrnutí). Základní rozdělení plegií a paréz je: **monoparéza**, **monoplegie**, kdy je postižena jedna končetina, **hemiparéza**, **hemiplegie**, kdy jsou postiženy obě končetiny téže strany, dále pak **paraparéza**, **paraplegie** kdy jsou postiženy obě horní nebo obě dolní končetiny. Podle toho, v jaké době postižení vzniklo a jaká část těla je postižena, se rozeznává, jedná-li se o obrnu, deformaci, malformaci či amputaci. Blíže popsáno ve schématu dělení pohybových vad. (Pipeková, 2006, s. 170)

Obrázek 1- Schéma dělení pohybových vad



1.1 Tělesné postižení vrozené

Sociální postavení a psychika člověka s vrozeným postižením se vyvíjí odlišně ve srovnání s psychikou lidí, u nichž se zdravotní stav změnil až v průběhu života. Nemůžeme ovšem usuzovat, že člověk s trvalým vrozeným nebo časně získaným postižením je v příznivějším postavení. Jeho životní geneze od počátku zahrnovala jednotlivé aspekty postižení i úsilí o překonávání jeho důsledků. To tedy znamená, že takový člověk, který má výchovnou a další podporu stále získává další potřebné zkušenosti, ví, co může od života očekávat, osvojí si určité sociální dovednosti, zvládá jiné sociální role, má určitou motivující hodnotovou hierarchii, dosahuje vytyčených přiměřených cílů a ví, jakými prostředky jich dosáhnout. Ovšem je jasné, že ne každému jedinci s vrozeným postižením se dostane v potřebné míře ucelené adresné podpory, že se mu vše podaří a že se nedostaví krize nebo zklamání. Přesto je pravdou, že osoba s vrozeným nebo časně získaným postižením má určitý časový prostor a různé podpůrné opatření k tomu, aby se adaptovala na svoji životní situaci, přijala ji a žila život co možná nejefektivněji. (Novosad, 2011, s. 113-114)

Důležité jsou tedy včasné zjištění postižení a následná intervence u člověka s vrozeným nebo časně získaným postižením, aby došlo k co největší možné integraci do společnosti a ke zlepšení kvality života takového jedince, a to ať už v podobě užívání léků či výběru různých kompenzačních, ortopedických, nebo technických pomůcek. Dále pomocí vhodné úpravy nábytku v domácím, školním prostředí. Spoluprací s týmem odborníků. Těmito všemi možnostmi, lze zmírnit dopad na osobnost a zároveň zpříjemnit život osob s tělesným postižením.

Jako nejčastější vrozené tělesné postižení zmíníme dětskou mozkovou obrnu, kterou popisuje Pipeková (2006, s. 171-173). Dětská mozková obrna (dále jen DMO) patří mezi závažná centrální postižení. Příčiny DMO jsou:

- Prenatální - jsou to všechny infekce matky, v pokročilých fázích těhotenství se jedná o oběhové poruchy matky, které mají za následek nedostatečné okysličování plodu, zejména mozku.

- Perinatální – porodní asfyxie, nedonošenost, pozdní porod, těžké komplikované protahované porody.
- Postnatální – všechny infekce zejména do šesti měsíců, vždy se jedná o postižení nezralého mozku.

Klinický obraz DMO se v průběhu prvního roku života teprve utváří a neurologové se charakterizuje jako centrální koordinační porucha a centrální tonusová porucha. Pro DMO jsou typické postižení hybnosti, dále například tělesná neobratnost (zejména v jemné motoriceu, nerovnoměrný vývoj, zvýšená pohyblivost a neklid, těkavost, nedokonalé vnímání a nedostatečná představivost.

Dle Renotierové (2006, s. 214-216) v posledních desetiletích počet postižených dětí narůstá. K přesné diagnostice dochází až ke konci prvního roku života. Podle klasického členění se DMO dělí na formy spastické a nespastické.

Spastické formy:

- Forma diparetická - postihuje obě dolní končetiny. Jsou slabší, zejména v bérkách. Dochází ke zvýšení napětí většiny svalových skupin. Zkráceny jsou i přitahovače stehien, proto jsou dolní končetiny v bérkách nebo stehnech překříženy. Mobilita obou dolních končetin je narušená, chůze je možná pouze s pomocí druhé osoby, nebo za pomoci berlí. Takto postižené děti začínají chodit až mezi 3. a 5. rokem.
- Forma diparetická paukospastická - méně častější. Překřížení dolních končetin nevzniká. Jsou obvyklé drobné mozečkové příznaky jako nedostatečná motorická koordinace, poruchy cílení pohybů a další.
- Forma hemiparetická - spastická obrna horní i dolní končetiny jedné poloviny těla. Přitom bývá výrazněji postižena horní končetina, která je ohnuta v lokti, a dolní končetina je napjatá tak, že postižený došlapuje na špičku. Postižené končetiny jsou slabší a kratší, menší je i příslušná polovina obličeje.
- Forma oboustranně hemiparetická - postižení všech čtyř končetin. Jejich držení je patologické a je těžce omezena hybnost. Osoby s tímto typem DMO většinou nechodí a často nemohou pohybovat ani horními končetinami. Jsou odkázáni na pomoc další osoby a invalidní vozík.

- Forma kvadruparetická - na základě poškození v oblasti mozkového kmene bývají postiženy všechny čtyři končetiny. Horní končetiny jsou postiženy symetricky. K dalšímu kognitivnímu vývoji je tato prognóza nejméně příznivá.

Nespastické formy:

- Forma dyskinetická - je provázena mimovlnnými, nechtěnými a nepotlačitelnými pohyby. Objevují se spontánně, v klidu nebo různými vyprovokovanými podněty. Mohou se projevat jako atetotické pohyby které jsou pomalé, červovité, vlnivé; choreatické, které jsou prudké, nečekané, obvykle drobné; dále jako balistické, prudké, obvykle celou končetinou; myoklonické - drobné pohyby jednotlivých svalů nebo celých svalových skupin. Lordotická dystonie se projevuje při chůzi kroucením trupu kolem vertikální osy, směrem dozadu, takže vzniká nápadná lordóza, a to vše při současném stáčení hlavy. Mimovlnní pohyby se zvětšují obvykle při chtěných pohybech. Dále je znesnadněná řeč, která je těžko srozumitelná.
- Forma hypotonická - typická snížením svalového tonu. Obvykle se kolem třetího roku života jedince mění na některou formu spastickou či dyskinetickou. Tato forma je téměř vždy doprovázena těžkou mentální retardací. V důsledku sníženého svalového napětí, zvláště u kořene končetin, mají tito jedinci zvýšený rozsah pohybů v kloubech. Vlastní stoj je nejistý, o široké bázi. Pokud jedinec chodí, je chůze vrávoravá a nejistá.

Fischer, Škoda (2008, s. 53-58) uvádí další vrozená tělesná postižení, a to Duchenneovu svalovou dystrofii. „Jedná se o nemocnění, které je způsobeno mutacemi různých proteinů dystrofinového glykoproteinového komplexu. Příčinou vzniku této choroby je delece (typ genové mutace) určité části řetězce DNA lokalizovaná na chromozomu X. Poškozený úsek chromozomu X produkuje při transkripci defektní mRNA, podle které se při translaci vytvářejí chybné či nefunkční proteiny. Ty pak neumožňují správnou funkci svalového vlákna. DMD je onemocnění, které postihuje téměř výhradně chlapce.“

Mezi vrozená postižení dále patří:

- vrozený rozštěp páteře - nedokonalé uzavření páteřního kanálku;
- spina bifida occulta - neuzavření páteřního kanálku; mícha a míšní pleny uzavřeny jsou;
- meningoléka - dochází k vyhrěznutí míšních obalů ven z páteře;
- meningomyelokéla - vyhrěznutí jak míšních obalů, tak samotné míchy z páteřního kanálku;
- malformace končetin - různé odchylky od normálního stavu končetin přítomné v okamžiku narození (amelie - absence celé končetiny; peromelie - absence části paže; mikromelie - celkové zmenšení končetiny; fokomelie - končetina ve tvaru ploutve dosedá přímo na ramena).

1.2 Tělesné postižení získané

Takto postižený jedinec prochází složitou psychickou změnou. Musí se vyrovnat se změnou životní situace a přijmout svoji novou roli. Pro zlepšení kvality života existuje celá řada kompenzačních pomůcek. Osoby se získaným tělesným postižením potřebují pomoc blízkého okolí, ať už se jedná o zvládání denních potřeb jako např. osobní hygieny či převlékání nebo o psychickou podporu.

Získané tělesné postižení popisuje Novosad (2011, s. 114-118) tak, že jeden z nejnáročnějších tlaků na lidskou psychiku v období úrazu nebo z ne zcela úspěšné operace nebo akutního i progredujícího průběhu nemoci, jež vedou k získanému postižení, je nečekaný přechod zdraví v nezdraví. Krizová situace vzniká u lidí, kteří do vzniku nemoci či úrazu neměli nikdy větší zdravotní obtíže a kterým i přes veškerou léčbu zůstanou trvalé následky. Postižení pro ně znamená zásah do kvality života a omezení všech aktivit a příležitostí. To vše se negativně projevuje jak do sociální oblasti, tak i do rodinné, osobní a profesní stránky jejich života. To vše může vést k rozpadu rodiny, ztrátě existenčního zajištění. U velké části osob se získaným postižením dochází

k traumatu v produktivním věku, kdy náhlá ztráta nejen pracovní výkonnosti, ale také pohyblivosti, soběstačnosti, rovnováhy, kontroly vyměšovacích procesů i pohlavní aktivity znamená rozpad dosavadních jistot, představ, životních plánů a očekávání. Osoby se získaným postižením mívají v některých případech potíže s pamětí. Případů, kdy člověk ztratí paměť po úraze, je velké množství. Poznatky o těchto lidech, kteří ztratili paměť a prožili zneklidňující situace a akceptují je, ale náhle neví, odkud pramení a kde je získali, dokládají, že člověk nemůže žít jen přítomností. Musí budovat svoji existenci na vědomí kořenů poutajících ho k prožití minulosti. Vždy záleží na osobnosti postiženého jedince, jeho zázemí, závažnosti jeho stavu, perspektivách, schopnosti adaptace. Někteří jedinci se se získaným postižením vyrovnají relativně rychle a vytvoří si adekvátní podmínky pro plnohodnotný život. Je to vše ovšem vysoce individuální a proměnlivé.

Mezi nejčastější získané tělesné postižení se řadí:

- amputace;
- deformace páteře a míchy;
- tělesná postižení po nemoci.

Dle Vítkové (2006, s. 65) amputací rozumíme umělé odnětí části končetiny od trupu. Příčinou bývají úrazy, kdy k samotné amputaci může dojít v okamžiku úrazu nebo těsně po něm jako například při autonehodě, poranění elektrickým proudem, výbušninou atd. V těchto případech se spolupracuje s plastickou chirurgií nebo protetickým oddělením, kde se volí nejvhodnější řešení pro postiženého jedince. Dále může být, další příčinou amputace cévní onemocnění - takzvaná choroba Búrgerova-Winiwarterova. Při tomto druhu onemocnění vzniká akutní zánět žil a tepen, při kterém dochází k trombóze. Další příčinou amputace jsou zhoubné nádory na končetinách. Amputace může být i infekčního původu se sepsí, kterou nelze zvládnout konzervativními prostředky.

Deformity získané popisuje Renotierová, Ludíková a kol. (2006, s. 215-217) tak, že jsou charakteristické neobvyklým tvarem části těla. Nejčastější příčinou bývá nesprávné držení těla. Deformace páteře jsou v rovině sagitální (předozadní); jedná se o hyperlordózu, hrudní kyfózu, plochá záda a bederní lordózu. Za vadné držení těla je považována každá odchylka od správného držení, která se nedá aktivním úsilím jedince vyrovnat. Správné držení těla zajišťuje organismu optimální podmínky pro správné

rozložení orgánů a jejich funkci. Nejčastěji vzniká úraz páteře a míchy při dopravních nehodách, dále při zasažení elektrickým proudem, živelných katastrofách atd. Nejzávažnější bývají právě úrazová onemocnění mozku a míchy. Zlomeniny obratlů mívají za následek zpravidla poškození míchy. Příčinou jsou úrazy při pádu z výšky, při sportu a hlavně při dopravních nehodách. Příznaky poškození míchy odpovídají místu a stupni úrazu. Objevují se poruchy hybnosti, citlivosti a vegetativních funkcí. Při všech formách postižení míchy vznikají kromě poruch citlivosti a hybnosti ještě poruchy defekace a mikce. Další závažné důsledky má úrazové poškození periferních nervů. Jedná se o:

- neuropraxis - přechodnou funkční blokádu neboli porušené vedení nervem, která vzniká při tupém poranění periferního nervu čili jeho pohmožděním;
- axonotmesis - těžší stupeň úrazového poškození; dochází k přerušení celistvosti axonů;
- neurotmesis - nejtěžší stupeň poranění periferního nervu; dochází k úplnému přerušení nervu, kdy oba konce jsou od sebe oddáleny;
- Obrna pažní pleteně - bývá důsledkem přímého poškození nervové pleteně tlakem nebo tahem při problémovém porodu.

Jako nejzávažnější tělesné postižení po nemoci uvádí Renotírová, Ludíková a kol. (2006, s. 217-218) trojici onemocnění, a to: **revmatická onemocnění** jako je akutní revmatismus, kde bývají postiženy zejména velké klouby, které jsou zduřené, teplé, napjaté, kůže nad nimi je zarudlá. Nejzávažnějším projevem tohoto onemocnění bývá revmatický zánět srdce, který v nejhrošších případech může způsobit i smrt. Dalším revmatickým onemocněním je vleklý kloubní revmatismus, který mívá za následek omezení hybnosti, popřípadě úplnou kloubní ztuhlost. Je snížena uchopovací, tedy i pracovní schopnost ruky. Dolní končetiny bývají deformity v kolenou, které ztěžují chůzi i stání. **Dětská infekční choroba**, je onemocnění, které se u nás díky očkování již řadu let nevyskytuje. Příčinou nemoci je vir vejčitého tvaru. Dochází k zánětům míšních nervových buněk, které jsou povětšinou zcela zničeny, nebo vážně poškozeny. Při těžším stupni onemocnění degenerují svaly a ztrácejí pohybovou schopnost. Poslední z trojice onemocnění je **Perthesova nemoc**. U tohoto druhu postižení je obtížné určit pravou příčinu onemocnění, může se jednat o úraz, luxaci či prodělání bakteriálního nebo virového

onemocnění. Hlavice stehenní kosti bývá postižena zánětlivým procesem. Hlavice kosti ztrácí odolnost a může být tlakem při pohybu deformována až rozmáčknuta. Toto onemocnění postihuje zejména děti ve věku 5-7 let.

1.3 Edukace osob s tělesným postižením

Edukace osob s tělesným postižením je důležitá z více hledisek. Nejen z hlediska psychologického, ale i z hlediska fyzického. Člověku s jakýmkoliv druhem postižení musí být věnována daleko větší péče. Ať se jedná o péči rodičovskou, pedagogickou nebo lékařskou. V dnešní době existuje celá řada zařízení specializovaných na daný druh postižení; velký výběr je i v oblasti kompenzačních pomůcek. Edukací osob s tělesným a zdravotním znevýhodněním se zabývá vědní obor somatopedie.

Somatopedie podle Vítkové (In. Valenta, 2014, s. 104-105) je složena z řeckých slov *soma* – tělo a *paidea* – výchova. Označení somatopedie začal u nás jako první užívat František Kábele. Hlavním předmětem somatopedie je školní edukace rozšířená o oblast rané podpory, profesního vzdělávání, v současné době pak dále o pracovní uplatnění mladých dospělých s tělesným postižením a ucelenou rehabilitaci seniorů. Vzhledem k tomu, že se postižení může objevit v každém věku a každé má jiný průběh, nelze vázat stanovení pedagogických úkolů jenom na vybrané věkové skupiny nebo určité instituce. Pedagogika tělesně postižených se tak stává edukačním procesem svázaným s celým životem jedince.

U edukace osob s vrozeným tělesným postižením je důležitá včasná intervence, kterou popisuje Národní plán vyrovnání příležitostí pro občany se zdravotním postižením (In. Vítková, 2006, s. 127-130). Rozumíme tím systém služeb a programů poskytovaných dětem, které jsou ohroženy v sociálním, biologickém a psychickém vývoji, dětem se zdravotním postižením a jejich rodinám s cílem předcházet postižení, eliminovat nebo zmírnit jeho následky a poskytnout jak rodině, tak i dítěti možnost sociální integrace.

Léčebná, rehabilitační a výchovně vzdělávací zařízení pro tělesně postiženou a zdravotně oslabenou mládež jsou potřebná. V letech 2005-2006 došlo důsledkem

legislativních změn k výraznému nárůstu počtu tělesně postižených žáků ve speciálních třídách. Některé dříve samostatné speciální školy byly formou speciálních tříd integrovány do běžných škol. Z toho vyplívá rozsah potřebné péče a nároky na počet kvalifikovaných učitelů a vychovatelů zabývajících se edukací žáků s tělesným postižením. Jejich úzkou spoluprací s dalšími pomáhajícími profesemi jako jsou lékaři, psychologové, sociální pracovníci atd. je možné tělesné postižení alespoň částečně kompenzovat. (Fischer, Škoda, 2008, s. 36-37)

Přestože existuje celá řada speciálních zařízení pro osoby s tělesným postižením, je v dnešní době kladen spíše důraz na integraci, a to buď individuální, nebo skupinovou. Problematiku integrace popisuje Vítková (2006, s. 30-35), která rozlišuje integraci individuální, to pokud je žák začleněn do běžné třídy ve škole, a integraci skupinovou, která je realizována v rámci třídy pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami zřizované ve škole běžného typu. Začali se integrovat zejména žáci s lehčím tělesným postižením nebo i s tělesným postižením těžšího stupně, pokud ovšem nebrání mobilitě žáka a není spojeno s dalším přidruženým, zejména mentálním postižením. Kvalitativně se zlepšila i poradenská péče rodičům a učitelům, kteří mají ve třídě integrované dítě se zdravotním postižením. Po roce 1992 vznikala speciálně pedagogická centra zřizovaná při vybraných speciálních mateřských a základních školách popřípadě i středních školách. V posledních letech vznikají i samostatně. Současně se rozšířila i nabídka základní školy pro tělesně postižené žáky a základní školy speciální pro žáky s těžkým postižením a postižením více vadami, které se zřizují jako samostatné subjekty, jak státní tak i nestátní, bez návaznosti na ústav sociální péče, jak tomu bylo donedávna. Pro žáky se souběžným postižením více vadami (obzvláště s tělesným a mentálním postižením), kteří zůstávají ve speciálních školách a školských zařízeních, se neustále rozšiřují jejich edukativní možnosti. Mimo základní školy praktické a základní školy speciální lze zřídit při základní škole speciální přípravný stupeň. Nové možnosti jsou i v profesní přípravě žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, a to v tom, že kromě zřizování škol odborných a středních se zřizují i školy praktické, a to buď roční anebo dvouleté.

1.4 Kompenzační pomůcky pro tělesně postižené

Kompenzačních pomůcek pro osoby s tělesným postižením existuje celá řada. Jedná o pomůcky usnadňující pohyb jedince či o pomůcky běžné denní potřeby. Mnoho pomůcek je technicky velmi náročných a tomu odpovídá i jejich cena, jiné jsou jednoduché a lze je zhotovit svépomocí. Vždy je však potřeba mít na paměti rozsah a druh tělesného postižení, aby bylo možné vybrat pomůcky co nejvhodnější a současně mít přehled o dalších dostupných a používaných pomůckech. S tímto mohou pomoci pracovníci speciálně pedagogických center pro tělesně postižené. Rovněž spolupráce rodičů dětí s fyzioterapeuty a protetiky je významnou pomocí pro tvorbu pomůcek. (Kubíčková, Kubíče, 2001, s. 15)

Kompenzační pomůcky pro osoby částečně pohyblivé jsou **berle a hole**. Berle může mít jednu nožičku, ale i čtyři pro zvýšení stability, ukončena je protiskluzovými nástavci. Berle jsou předloketní, kanadské, francouzské i podpažní duralové. Dalšími pomůckami jsou kozičky (duralové) a chodítka. **Vozíky** se dělí na (mechanické a elektrické). Vozíků je velké množství, moderních a odlehčených tvarů, pro děti od šesti let s celkovým moderním designem a v různých barvách, dále známe vozíky do obytných prostor i ven, vozíky speciálně uzpůsobené pro sport, vozíky nemocniční sklopné, které lze roztáhnout jako lůžko podle potřeby. Důležité pro jedince s tělesným postižením je naučit se s vozíkem zacházet. Jedná se především o překonávání nerovností a architektonických bariér. U mladších dětí lze využívat zpevněné dětské rehabilitační kočárky a tříkolky. Snadno ovladatelné je lezítko. Jedná se o pomůcku pro pohyb vleže na břiše pro malé i větší děti s těžkým postižením. Pro překonání schodů se používají **přenosné rampy malé**, které jsou vhodné pro překonání pouze několika schodů. Pro přístup vozíčkářů do míst s různou výškou se používají **zvedací plošiny**. Významným pomocníkem je i **kolečkový schodolez**, který jednoduchým způsobem umožňuje překonat schody, a tím se dostat do míst kde není výtah. (Kubíčková, Kubíče, 2001, s. 16-19)

Dalšími významnými kompenzačními pomůckami jsou specifické pomůcky pro žáky s tělesným postižením. Jedná se například o **trojhranný program**, který je pomůckou k rozvoji správného držení psacích potřeb. Obsahuje psací potřeby s přesným

ergonomickým tvarem. Speciální psací potřeby, speciální psací desky s magnetickým pravítkem, které usnadňují přidržení sešitu, a protismykové podložky využívají především žáci s výrazným postižením horních končetin. Dalšími neméně důležitými kompenzačními pomůckami jsou pomůcky usnadňující získávání a uchovávání informací. Nejjednodušší a nejefektivnější je **diktafon**. Lze ho použít pro zaznamenání jako poznámkový blok. Další vhodnou pomůckou do školy je **xeroxovací tabule**. Díky ní může žák získat okamžitě na papír text shodný s tím, který napsal učitel na tabuli pro zbytek třídy. Nejvýznamnější technickou pomůckou jsou počítače. Vstupním prostředníkem pro práci s počítačem je klávesnice. Vyrábí se celá řada speciálních tlačítek, která jsou citlivá na jemný dotek, jsou v různých tvarech a velikostech. Mohou se spínat rukama, nohama, kolenem, popřípadě jakýmkoliv pohybem, kterého je tělesně postižený jedinec schopen. Tlačítka existují membránová, pneumatická, magnetická (kdy může být magnet umístěn například v botě), citlivá na světlo nebo na fouknutí vzduchu z úst do trubičky. Jednou z velkých překážek je použití myši. Proto se používá tzv. trackball, který nahrazuje pohyb myši na stole pouhým otočením kuličky na jednom místě. Dále lze využít i upravené alternativní klávesnice s krytem s otvory pro jednotlivá tlačítka (tzv. Keyguard), který brání nechtěnému stisku jiných kláves. Klávesnice k počítači se používají podle věku a rozsahu postižení. Někdy je klávesnice nahrazena tzv. obrazkovou klávesnicí. Na části obrazovky se zobrazuje její schéma a pomocí kurzoru myši se po něm pohybujeme a píšeme. Pro zjednodušení a zrychlení psaní se používají speciální programy. Napsanou zkratku počítač převede do plného znění a při psaní vět a slov počítač nabízí, jak by se mohlo pokračovat - nabízejí pisateli určité varianty dalšího textu. Výpočetní technika v dnešní době přináší velkou řadu úlev pro postižené a jejím zdokonalováním se budou možnosti neustále rozšiřovat. Jako velice přínosnou kompenzační pomůcku lze vnímat tzv. chatboard. Jedná se o přídavnou klávesnici k mobilnímu telefonu pro snadnější psaní. Mobilní telefony bezesporu ovlivňují sociální kontakty osob s tělesným postižením v procesu integrace. (Kubíčková, Kubíče, 2001, s. 20-25)

Dále existuje spousta kompenzačních pomůcek pro příjem a přípravu jídla a různé komunikační pomůcky. Těmito pomůckami se zabývá Zikl (2011, s. 92-96), který zařazuje do pomůcek pro příjem potravy různé speciální talíře se zvýšeným okrajem, speciální hrníčky s víčkem, bezpečnostní hrnečky zabraňující vylití tekutiny, speciální

lžíce a příbory s velkou protiskluzovou rukojetí s možností ohnutí, fixací na ruku atd. Další skupinou jsou pomůcky pro přípravu jídla, kam patří například otvírák lahví a sklenic, speciální nože, prkénka s fixací nebo různé držáky. Mezi kompenzační pomůcky pro komunikaci patří různé komunikační tabulky, jedná se o tabulky vytvořené s využitím specializovaného softwaru na počítač, jako je Altík nebo Boardmaker, dále tabulky obsahující slova, sady fotografií, makety předmětů, nebo sady obrázků. Využít můžeme i speciálních komunikátorů. Jedná se o pomůcku s hlasovým výstupem, do nichž lze nahrát verbální sdělení, které můžeme následně přehrát.

2 Vybrané psychické důsledky tělesného postižení

Somatická nemoc je velkým psychologickým problémem. Vágnerová (2012, s. 78-79) uvádí, že významným aspektem je vědomí o chorobě, představa o míře ztrát, které jsou jejím důsledkem, i ohrožení vlastní budoucnosti a života tak, jak je nemocný ochoten a hlavně schopen si ji připustit. Nemoc egocentrizuje a izoluje, stává se dominantním osobním tématem, které činí všechno ostatní méně významným. Pod vlivem choroby samotné i v důsledku jejího převážně negativního sociálního významu se mění sebepojetí nemocného. Zhoršuje se jeho sebehodnocení a snižuje se sebeúcta. Postoj k vlastní chorobě může v různé míře vést ke změně identity nemocného člověka, k jejímu rozkladu či pocitu ztráty její podstatné části. Dále se projevuje v tom, jak přijímá, nebo nepřijímá roli nemocného, to znamená, zda se s ní ztotožní, či nikoli, a následkem toho různým způsobem jedná.

Vágnerová (2012, s. 79-80) píše, že každý nemocný člověk nějak emočně prožívá svou nemoc, která vyvolává určitou citovou odezvu. Změna emočního ladění může být jedním z prvních signálů počínajících chorob. V dalším období se na této úrovni projeví celkové zhoršení kvality života nemocného. Obecně může nemoc vyvolávat různé emoční reakce, jako jsou např. **strach a úzkost**. Tyto negativní citové prožitky jsou jednak reakcí na diskomfort daný chorobou, jednak odezvou na uvědomění velkého rizika vlastního ohrožení. Každý nemocný trpí nejistotou, protože nikdy přesně neví, co ho v budoucnosti čeká. Závažná chronická nemoc představuje definitivní ztrátu zdraví. Na takovou ztrátu nemocný reaguje **smutkem a truchlením**. Truchlení představuje určitý způsob zpracování ztráty, s níž se člověk musí nějakým způsobem vyrovnat, aby ji mohl přijmout. Teprve po prožití smutku a truchlení je nemocný schopen přijmout svoji novou identitu a reálně plánovat další život. Smutek doprovázející ztrátu ovšem může přejít až v depresi, která mívá různý charakter. Jedná se buď o symptomatickou depresi, která souvisí se samotnou chorobou, je jedním z jejích příznaků, doprovází např. kardiovaskulární či některá nádorová onemocnění, není pouhou psychickou nadstavbou, i když je ve skutečnosti těžké odlišit míru určitého typu deprese, nebo se jedná o psychogenní, reaktivní depresi, která je reakcí na subjektivně nadměrnou zátěž, kterou představuje celková změna situace. Je

spojována s úzkostí apod. Sebehodnocení je zhoršené, nemocný má pocit ztráty vlastní hodnoty. Často se objevují i sebevražedné tendence.

Zvládání zátěže neboli coping popisuje Vágnerová (2012, s. 84-86) následovně: onemocnění je zátěží, kterou musí člověk zvládnout. Z tohoto hlediska lze diferencovat rozumové zpracování a citové vyrovnání s problémem, který představuje nemoc. Citové vyrovnání znamená přijetí reálné situace, rozumové zpracování představuje její porozumění. **Coping** zaměřený na řešení problému je přístup, který závisí na situaci, na tom, že si nemocný myslí, že má nějakou možnost cokoliv udělat. Aktivní přístup vyplývá z jeho přesvědčení, že s nemocí je třeba bojovat, a bývá spojen s tendencemi: hledat konkrétní řešení, která se jeví jako nadějná, hledat pomoc, usilovat o emoční oporu, pozitivní zpětnou vazbu a potvrzení účelnosti svého dosavadního jednání. Cílem copingové strategie zaměřené na obranu vlastních pocitů je zmírnění dopadu choroby v situaci, kdy se problém jeví jako nezvládnutelný. Další strategií je paliativní **coping**, který se objevuje v těžko řešitelných a silně stresujících situacích, jako je např. progredující nevléčitelné onemocnění. Je typický změnou hodnocení traumatizující situace, již nelze zásadnějším způsobem ovlivnit. Psychickou reakcí na chorobu může být i prohloubení vědomí vlastní odlišnosti od zdravých. Vytváří se zde pocit příslušnosti k minoritě nemocných, kteří jsou jiní než většina populace, k níž už nepatří. Těžce a nevléčitelně nemocný velice často ztrácí svůj původní smysl života.

2.1 Tělesné postižení a sebepojetí

Fialová, Krch (2012, s. 14) uvádí, že sebepojetí bývá považováno za poznávací složku sebesystému. Jedná se hlavně o poznatky a přesvědčení o sobě samém. Základy sebepojetí byly položeny již koncem 19. a začátkem 20. století Jamesem a dalšími symbolickými interakcionisty. Z dnešního pohledu ale není možné kognitivní aspekty izolovat od emocí.

Tělesné postižení a sebepojetí hraje důležitou roli v životě každého postiženého jedince. Více se tímto problémem zabývá Vágnerová (2001, s. 119). Vlastním základem

sebepečetí je vjem a představa vlastního těla a vlastní osobnosti. To předpokládá schopnost odlišení sebe od okolního světa, vymezení hranic ve smyslu „co jsem já“ a „co už já nejsem“. Takovéto vymezení bývá často u postižených a nemocných limitované na úrovni psychické (např. přetrvávání infantilní symbiózy s matkou) či na úrovni somatické (např. ochrnutí části těla).

Vágnerová (2001, s. 120-121) dále uvádí fakt, že vztah vlastního zevnějšku k sebehodnocení je známý a má svůj význam i u lidí nějakým způsobem postižených. Sami si uvědomují vlastní postižení a vzhled. Trauma, které z této skutečnosti vyplývá, je potřeba kompenzovat a vytvořit vnitřní rovnováhu. Jako např. absolvováním vysoké školy, dále péčí o svoje tělo a tak podobně. Na druhou stranu je pravdou, že postižený člověk zahrnuje do své identity celý komplex žádoucích, negativně hodnocených vlastností svého zevnějšku. V některých případech není problémem upravit chirurgicky některé nápadnosti, které pacientovi vadí. Ovšem často se nepočítá se skutečnostmi, že musí v této souvislosti změnit částečně i identitu. Takovýto mechanismus je běžně známý i u kosmetických operací. Pacient musí být motivován a hlavně připraven na změnu, která je hlubší než by byl ochoten si sám předem připustit.

Vágnerová (2001, s. 122-128) udává, že význam tělového schématu pro sebehodnocení je značný, ještě větší než by se na první pohled zdálo. **Sebehodnocení, které zahrnuje emoční složku, může být značně variabilní** (není jen sebeláskou, ale má i jiné odstíny). Vlastní sebehodnocení vyplývá ze srovnání představy a přání s realitou, tj. z diference mezi reálným a ideálním já. Hodnotící citový vztah k sobě bývá závislý na vlastní aspirační úrovni, která je ovlivněna zkušeností. Tím je myšleno to, jak bylo dítě od malička hodnoceno a akceptováno rodiči, později vrstevníky, školou a v dalším životě i na jiné sociální úrovni. Sebehodnocení postižených a nemocných bývá v mnoha směrech odlišné. Závisí především na možnostech jedince adekvátním způsobem posuzovat a hodnotit. Na úrovni emocionální může být sebehodnocení zkresleno v kladném i záporném směru, zejména u lidí s neurotickými rysy a projevy, které se mohou snadno sekundárně vytvořit, i u jedinců se somatickým a smyslovým postižením. Sebehodnocení zahrnuje i schopnosti jedince, které rovněž mohou být handicapem postiženy. U mentálně postižených je sebehodnocení celkově ovlivněno mírou intelektu a možností pochopit svoje omezení. Změna sebehodnocení a z toho vyplývající představy o vlastních

možnostech vynucené okolnostmi jsou obtížné i pro zdravého člověka. Pro jedince mající jakékoliv postižení může být změna sebehodnocení nepřijatelná nebo nezvládnutelná, zejména pokud není schopen pochopit její smysl. Základ sebehodnocení postiženého dítěte je třeba hledat v počátcích jeho vývoje. Významným faktorem ovlivňujícím sebehodnocení je také škola. Úspěšnost ve škole může kompenzovat nedostatky dané postižením. Dalším významným bodem v sebepojetí je hodnocení vrstevníky. Sebehodnocení je určitým způsobem ohroženo v období puberty a adolescence.

Dále Vágnerová (2001, s. 130-131) poukazuje na to, že nástup do zaměstnání, úspěšnost v této oblasti i subjektivní prožitek doprovázející úsilí o seznámení s přijatelným partnerem mohou představovat další zátěž sebehodnocení postiženého jedince. **Na úrovni budoucí motivace, tj. aspirací a cílů, je možné vidět směřování člověka, které vyplývá ze sebehodnocení.** Postižený člověk může usilovat o něco reálného nebo něco zcela nedosažitelného, popřípadě může reagovat rezignací. V krajním případě může vést k sebezničení. Mentálním defektem je ovlivněno sebehodnocení také ve vztahu k budoucím cílům. Postižený nemá schopnost odhadnout své možnosti a přizpůsobit jim své chování. Budoucnost je často výsledkem náhodných, impulzivních aktivit, které vlastní schopnosti ignorují. Jako další je uveden postoj **na úrovni vlastní moci, představy, co mohu sám učinit a ovlivnit.** Tento postoj se projevuje jako míra sebedůvěry a má značný vliv na vlastní prožívání a chování. U postižených jedinců hrozí riziko vzniku extrémních variant. Na jedné straně akceptují pasivní strategie. Opačným extrémem je přehnaná snaha o uplatnění vlastní vůle a přecenění vlastních možností. **Významným způsobem spoluvytvářejí sebepojetí jedince jeho sociální role.** Role, které člověk zaujímá, patří k jeho identitě a ovlivňují jeho sebepojetí. U postiženého ovlivňují spíše negativně. K tomu, aby sebepojetí plnilo svou úlohu, potřebuje mít pevnou a stálou strukturu, která je do určité míry rezistentní vůči různým změnám. Sebepojetí potřebuje být také jednotné, ucelené, a tak směřuje k vyloučení protichůdných informací.

2.2 Tělesné postižení a kvalita života

Kvalita života představuje termín, který je nyní velmi skloňovaný, je často předmětem výzkumu či interpretačním východiskem pro řadu problémů. Pojem kvalita života je používán v řadě disciplín a do medicíny, psychologie a pedagogiky se dostal přes ekonomii a sociologii, kde se při zkoumání (například při zkoumání životní úrovně) ukázala více rozhodující kritéria kvalitativní než kvantitativní. (Řehuláková, Řehulka, Blatný, Mareš, 2008, s. 5)

Každé zhoršení zdravotního stavu vede i ke změně vnímání a prožívání kvality života. Vágnerová (2012, s. 76-81) uvádí, že kvalita života je vyjádřitelná mírou subjektivní spokojenosti; její objektivní charakteristika nemá smysl, protože lidé prožívají svá onemocnění a s nimi spojené obtíže každý jinak. Vždy je nutné si uvědomit, do jaké míry nemoc stěžuje jejich životy, ve kterých oblastech je limituje a hlavně znevýhodňuje. Jedním z velmi významných aspektů je míra soběstačnosti a nezávislosti na pomoci jiného člověka. Důležitá je tedy samostatnost v sebeobsluze, hlavně v intimní hygieně. Pacienti totiž vždy považují za zásadní mezník schopnost dojít si na záchod a umýt se. Z tohoto hlediska je důležitá i schopnost samostatné lokomoce nebo alespoň pohybu s pomocí ortopedických pomůcek. Pro porozumění nemocnému je potřeba si uvědomit, jak velký je prostor, v němž se může postižený pohybovat sám. Nespecifickými projevy mnoha různých somatických onemocnění jsou míra generalizovaného omezení možností, zvýšená unavitelnost a vyčerpání. Jejich důsledkem je omezení, ztráta možností pracovat nebo konat určité zájmové aktivity. Získat tak alespoň částečně uspokojivou náplň a smysl všedního dne. S tímto souvisí i schopnost udržet sociální kontakty. Míra schopnosti sociálního kontaktu zahrnuje zachování komunikačních schopností a dalších kompetencí, které umožňují udržet vztahy s jinými lidmi a sdílet s nimi různé aktivity. Dále je důležité zachovat celkový pocit pohody, jež závisí na tělesném i duševním stavu nemocného doprovázeného bolestmi, vyčerpáním i komplexní nemohoucností. Vlastní nemoc je tím méně subjektivně přijatelná, čím více zhoršuje právě kvalitu života nemocného a jeho osobní komfort a omezuje soběstačnost. Každé onemocnění má specifické symptomy,

kteře jsou nepříjemné a omezující. Každý jedinec má potřebu prožít život co možná nejefektivněji.

Ovšem při získání tělesného postižení dochází ke změně základních psychických potřeb a hodnot, a jak publikuje Vágnerová (2012, s. 82-89), může se změnit jejich hierarchie, preferovaný způsob uspokojování atd. Obvykle se stává hlavní potřebou zdraví. Další potřebou je **potřeba stimulace a nových zkušeností**. Tato se v závislosti na různých potížích a celkové vyčerpanosti zpravidla snižuje. Nemocný člověk nemívá příliš velkou potřebu nových podnětů, protože nemá dost energie, aby na něho nepůsobily nepříjemně. Nemocný jedinec má dále **potřebu se ve své situaci orientovat**, znát svůj zdravotní stav, vědět, co jej čeká a proč je to nutné. Pokud by neznal alespoň okrajově charakter svého postižení, narůstal by jeho pocit nejistoty a ohrožení, zvyšovalo by se riziko konfliktu. Dále se zvyšuje **potřeba citové jistoty a bezpečí**. Závažné onemocnění je značnou zátěží, která vede ke zvýšenému úsilí získat podporu. Nemocný totiž zažívá více nepříjemností než uspokojení. Nejistota a úzkost narůstají při odloučení od rodiny. Z toho vyplývá větší potřeba citové podpory, která by tyto problémy mohla kompenzovat. **Potřeba sociálního kontaktu** může být obtížněji uspokojována, nemocný je více izolován, setkává se s omezenou skupinou lidí. Sociální svět postiženého se může zúžit na nejbližší členy rodiny, zdravotnický personál a spolupacienty. Někdy může být v souvislosti s celkovým vyčerpáním, bolestmi a dalšími potížemi tato potřeba snížena. Pod vlivem onemocnění se mění i **potřeba seberealizace**. Její uspokojení je obtížnější a vzhledem k proměně osobně významných hodnot mnohdy ztrácí význam. Nemocný se vzdává původních ambicí, protože ví, že jsou nedostupné, nebo proto, že ztratily svou dřívější hodnotu. V současné situaci jsou pro postiženého důležitější jiné věci a seberealizace mívá tudíž jiné zaměření. **Potřeba otevřené budoucnosti**, to jest pozitivní prognózy, bývá závažným onemocněním vždycky více či méně frustrována. Vlastní budoucnost se nemocnému člověku může jevit nepříznivá a nemocný je nucen pod tlakem okolností slevovat ze svých původních představ. Určitou zátěž při zvládání tohoto úkolu může představovat nedostatečná informovanost, nejistota a úzkost.

Pro zlepšení kvality života pro osoby s tělesným postižením existuje celá řada institucí, zájmových kroužků, nadací.

Novosad (2011, s. 66) chápe kvalitu života s tělesným postižením jako výzvu v rovině osobní a společenské, a to proto, že člověk s postižením přijímá životní situaci jako výzvu k překonání svízelné či nepříjemné situace a jako podnět k prokázání toho, že má stejné předpoklady k osobnímu i společenskému uplatnění jako jeho vrstevníci. Usilující lidé s postižením jsou výzvou lidem intaktním, kteří mohou zhodnotit své cíle, ambice a postoje, a mohou tak posunout hodnotovou orientaci své existence na kvalitativně vyšší úroveň.

3 Zvládání života s tělesným postižením

Jaký je vývoj osoby s vrozeným tělesným postižením a jak zvládají svoji těžkou životní situaci, popisuje Kuja (In. Renotiérová, Ludíková a kol., 2006, s. 130) tak, že změny, které ovlivňují socializační proces dítěte, jsou ovlivňovány typem postižení. V batolecím věku je třeba zaměřit výchovu na překonání symbiotického vztahu dítěte s matkou a vést dítě postupně k osamostatnění. V předškolním věku je sociální aktivita postižených dětí vesměs omezena jen na okruh široké rodiny. Jestliže postižené dítě nezíská potřebné zkušenosti s osvojováním různých společenských rolí a norem a zkušenosti s vrstevníky, bude v budoucnosti značně sociálně handicapováno. Nástupem do školy ztrácí dítě svoje výsostné postavení. Pokud je dítě na internátní škole, setkává se vesměs jen s postiženými dětmi. Dítě ve škole s denní docházkou je konfrontováno se zdravými vrstevníky, o nichž nelze ještě očekávat ohleduplnost. Integrace do běžné školy je prozatím více než nadějná po předchozí přípravě dítěte, spolužáků a učitelky. Z hlediska vývojových zvláštností osobnosti, a to platí spíše pro postižení získané, je nejcitlivějším obdobím pro vyrovnání se s postižením období dospívání. Důležitým předpokladem pro adaptaci na novou situaci je zajištění sociální a emoční opory rodiny, přátel, ošetřujícího personálu i navázání kontaktů s různými organizacemi.

Poškození, zneschopnění a handicap dle Kuja (In. Renotiérová, Ludíková a kol., 2006, s. 131) představují pro postiženého člověka mimořádnou zátěž, která je mimo jiné zkouškou nezdolnosti i výzvou pro postiženého jedince a jeho rodinu. Přináší s sebou řadu omezení, zásadních změn a různou míru stresu. Získané postižení nutně vyvolává potřebu inventury dosavadního životního stylu, který nemusel být ani doposud optimální, nová situace však vede k jeho prověření a změnám i u ostatních členů rodiny. Osoby s trvalým postižením mají životní situaci o to složitější, že jejich poškození zvětšuje rozpor mezi potřebami a možnostmi je naplňovat. Tato omezení ovlivňují také jejich hodnotovou orientaci. Zvládnutí těžkého osudu vážných zdravotních poškození je prověrkou potenciálu člověka samotného, ale i jeho sociálního okolí. Navzdory náročné životní situaci je člověk s postižením schopen, dokáže-li přijmout svoji situaci jako výzvu, směřovat k pozitivním hodnotám, najít svá vlastní životní poslání a postupně je naplňovat. Zdravotní, ale i

sociální handicap vystavují postiženého celé řadě úskalí a rizik. Překonávání různých nesnází přináší radost, kterou třeba my, doposud relativně zdraví lidé, neznáme. Život člověka s tělesným postižením je ovlivněn vlastnostmi a vůlí jedince samotného. Samozřejmě, že závisí také na jeho reálných možnostech, dostupnosti příležitostí a sociální opoře blízkých osob. Klíčovou vlastností je míra zvládnutí sebeobsluhy, jako jsou hygiena, stravování se, oblékání, možnost dostavit se na úřady apod. Vrcholem socializace je začlenění do partnerského vztahu a založení rodiny. Kvalita sexuálního vývoje a partnerského života je příkladem propojenosti tělesné, psychické a vztahové složky lidského zdraví. Zdravotní postižení není samo o sobě důvodem k omezení či rezignaci na partnerský vztah.

Vítková (2006, s. 98) se zabývá postižením již od dětského věku a uvádí, že se dětem dostává většinou už od raného věku mnoha podnětů pomoci a tréninkových programů, které jim umožňují získávat zkušenosti a učit se. Problémová stránka této podpory je patrná především u těžce postižených dětí, u kterých je tato podpora pocíťována ve velké míře jako cizí zásah do všech životních oblastí. Těžce postiženému dítěti způsobuje obtíže při vyvíjení vlastních impulzů, zastupování vlastních zájmů, pozorování, hraní atd. Podstatným problémem je pro postižené dítě to, že tělesné postižení působí v mnoha směrech jako výrazné postižení. Nejtěžším případem je bezesporu DMO. U těžších forem je postižena hrubá i jemná motorika, gestikulace, mimika, řeč, tvoření. Je to mimořádné životní ztížení, protože toho nelze tolik vyjádřit, sdělit, nejsou k dispozici diferencované výrazové možnosti. Tělesné postižení je často spojováno s narušenými vztahy. K tomu může dojít v důsledku výrazného chování dítěte, které vzniká na základě jeho postižení. Postiženo je přijímání a vytváření vztahů založených na společenských předsudcích vztahujících se k poškození mozku, k tělesnému poškození, které na jednotlivce působí. Podceňovat se nedají zkušenosti ze ztížených vztahů, které má mnoho dětí s tělesným postižením již od raného věku. Mohou negativně ovlivňovat jeho celkový emocionální a sociální vývoj. To vše jsou zkušenosti, ve kterých dítě prožívá, že není pochopeno, a není akceptováno takové, jaké je.

3.1 Tělesné postižení jako náročná životní situace

Vágnerová (2001, s. 59) říká, že každé postižení působí podle toho, jak ho sám postižený prožívá a jak toto prožívání na něj působí, dále jaké způsoby řešení své situace nachází a jak tyto způsoby řešení ovlivňují jeho osobnost.

Postižení můžeme chápat z hlediska prožívání jedince jako náročnou životní situaci. Podle Čápa, Dytrycha (In. Vágnerová, 2001, s. 59-60) dlouhodobě působí na jedince zatěžujícím vlivem, zvyšuje stres, zhoršuje jeho každodenní situaci, způsobuje řadu konfliktů, z nichž jsou některé pro postiženého jedince neřešitelné. Mimo jiné způsobuje řadu frustrací. Z tohoto hlediska je sekundární, jakým typem postižení jedinec trpí, dokonce i jak těžké je jeho postižení, protože způsoby řešení lze zobecnit jako reakci na náročnou životní situaci, kterou postižení představuje. V praxi ostatně často vidíme, že prožívaná závažnost postižení není v přímé úměře k jeho reálné závažnosti. Je to myšleno tak, že lehčí postižení může způsobovat těžší sekundární postižení psychiky, pokud se s ním postižený hůře vyrovnává.

Vlastní somatická nemoc působí na psychiku nemocného, jde jen o každého jedince, jak postižení přijme. Vágnerová (2012, s. 75-76) popisuje, že nemoc lze obecně chápat jako narušení určitých funkcí organismu, které nepříznivě ovlivňuje kvalitu života každého nemocného jedince. Chronické onemocnění či postižení představuje trvalé znevýhodnění. Často dochází sice ke zlepšení, respektive k úpravě stavu, ale chronicky nemocného nelze nikdy zcela vyléčit. Musí postižení přijmout jako součást sebe sama a musí se s ním naučit žít. Jakékoli závažné onemocnění bývá zdrojem velké životní zátěže, která nějakým způsobem ovlivní i vlastní psychiku nemocného. Dokáže změnit nejenom aktuální prožívání a reagování, ale dokonce i některé vlastnosti jeho osobnosti. Naopak mnohé tělesné potíže mohou být v závislosti na špatném psychickém stavu nemocného udržovány či zhoršovány, zatímco dobrý psychický stav může přispět k jejich zlepšování nebo vymizení. Mezi tělesnou a psychickou složkou existuje reciproční vztah.

Jak uvádí ve své publikaci Matějček (1992, s. 6-7), podle psychologických studií se přibližně 50% lidí s tělesnými defekty přizpůsobuje životním okolnostem tak vyrovnaně jako většina lidí bez postižení. Současně ovšem připomíná, že mezi tělesně postiženými se

přece jen vyskytuje znatelně více jedinců odtažitých, nevraživých, bázlivých a lítostivých, s podlomeným nebo přepjatým sebevědomím. Přitom se však prokázalo, že neplatí žádná rovnice mezi určitým druhem defektu a určitými povahovými rysy postiženého jedince.

Jsou známy techniky, kterými se člověk vyrovnává s náročnou životní situací. Tyto techniky používá i postižený, a i když důsledky těchto technik na osobnost mohou být leckdy překryty postižením, jsou přičítány vlivu postižení, čili jsou považovány za více či méně zákonitý sekundární důsledek primárního postižení. Proto je nutné rozlišovat, zda je reakce postiženého skutečně dána postižením, nebo je spíše důsledkem vyrovnávání se svým postižením. Většina technik, které se používají pro řešení náročných životních situací, jsou odvozeny od dvou základních reakcí, které můžeme pozorovat nejen u člověka, ale i na nižších vývojových úrovních. Jednou z reakcí je přímá agrese. Jedná se o řešení útokem, čili jde o reakci aktivní. Druhá reakce je spíše pasivní, konkrétně se jedná o únik, znehybnění. Je jasné, že tyto techniky ve své čisté podobě jsou spíše vzácné, protože vliv společnosti s normami o přijatelnosti či nepřijatelnosti určitého chování působí na modifikaci původního impulsu do sociálně přijatelných forem. Zvláště pak je to patrné v případě agrese, která je ve společnosti nepřijatelná. Mezi **techniky aktivního řešení** patří např. přímá agresivní řešení. Tato nemusí mít podobu přímého fyzického násilí, ale vlivem tlaku společenských norem se mohou měnit na formy verbální agrese, což jsou urážky, nadávky, ale dokonce jízlivost, ironie, škádlení a popichování. Právě u postižených jedinců se můžeme s podobným chováním setkat. Dále se může agresivita přenést na jiné objekty (věci, které je možné ničit, ztratit, špinit) nebo na jiné lidi, například agresivita proti učiteli nebo rodičům se může obrátit vůči spolužákům či sourozencům, někdy třeba i vůči neznámým lidem v autobuse apod. Mezi agresivní techniky patří také upoutání pozornosti, které je doprovázeno značným egocentrismem. Jsou to různé nápadnosti v chování, zlobení u dětí, zlozvyky a šaškování, nápadné protlačování sebe sama do popředí apod. Mezi další techniky aktivního řešení patří například: hledání viníka vlastní situace (přenášení vlastních problémů na okolí), identifikace se silnější osobností, skupinou či institucí (jeden z mechanismů socializace, který pomáhá vývoji dítěte od raného dětství). Další technikou je kompenzace jako technika, která pomáhá jedinci vyrovnat deficit v jedné oblasti zvýšenou výkonností v oblasti jiné (zvýšení výkonů, zájmů v oblasti která je postiženému dostupná). **Únikové**

techniky jsou způsoby řešení náročných životních situací, které lze obecně charakterizovat jako rezignaci na dosažení cíle či řešení situace. Jedná se tedy o techniky v zásadě pasivní. Může se jednat například o přímý únik z tíživé situace (záškoláctví, útky či toulky). Dále může jedinec tíživé situaci uniknout i ztrátou vědomí. Jindy zase mohou jedinci pomoci alkohol, drogy, ale i vášnivé provozování koníčků či denní snění. Mluvíme také o únikové literatuře. Dalšími únikovými řešeními jsou izolace (uzavření vnějšímu světu) či tzv. únik do nemoci (psychosomatické symptomy, které poskytují důvod, proč jedinec nemůže řešit své problémy). Resocializace je další únikovou technikou, (rezignace na dosažení nějakého cíle, často jsou na vině rodiče, kteří dítěti říkají, co vše nemůže dělat kvůli své nemoci). Mezi únikové techniky řadíme také regresi (návrat na nižší vývojovou úroveň chování, a to zpravidla takovou, kde byly potřeby jedince uspokojovány způsobem, který mu lépe vyhovoval). Popření nebo potlačení nepříjemné skutečnosti je technika, se kterou se setkáváme v souvislosti se vztahem postiženého k vlastnímu postižení (umožnění postiženému nepřipustit sobě samému existenci obtíží, i když to samozřejmě jeho situaci neřeší). Tyto techniky je obtížné hodnotit jako dobré či špatné východisko ze situace postiženého. Každá z nich může za určitých okolností pomoci člověku vyřešit alespoň dočasně jeho situaci, v jiném případě ovšem může vést až k patologickým důsledkům. (Vágnerová, 2001, s. 60-64)

3.2 Resilience a tělesné postižení

„Termín resiliency znamená doslova pružnost (elastičnost, houževnatost, mrštnost, nezlomnost, schopnost rychle se vzpamatovávat apod.). Vývojová psychologička Emmy Wernerová použila termínu resilience při studiu dětí na ostrově Kauai.“ (Křivohlavý 2001, s. 71)

Nejobecněji lze resilienci definovat prostřednictvím tří charakteristik: a) míra změny, kterou může systém podstoupit při zachování v zásadě stejné struktury, funkce, identity a zpětnovazebního mechanismu, b) úroveň, do které je systém ještě schopen

sebeorganizace, c) úroveň, do které systém ještě projevuje kapacitu pro učení a adaptaci (Quinlan, In. Pelcák, 2013, s. 62).

Dále popisuje Pelcák (2013, s. 62-63) stručný přehled definic od více českých i zahraničních autorů a podtrhuje skutečnost, že resilience je víceúrovňový, multidimenzionální konstrukt, zahrnující variabilitu vnitřních a vnějších zdrojů zvládnání, adaptivních procesů, které probíhají na úrovni jedince, sociálních skupin i společnosti, různých výsledků a vyústění zvládnání nároků vnějšího prostředí.

Zdroje resilience	Protektivní mechanismus
	Úroveň jednotlivce
Konstituční resilience	Pozitivní temperament, statný neurobiologický systém
Sociabilita	Citlivost k ostatním, prosociální postoje, citová vazba k ostatním
Inteligence	Školní výkon, plánování a rozhodování
Komunikační dovednosti	Rozvinutá řeč, čtenářské dovednosti
Osobnostní charakteristiky	Tolerance k negativním emocím, sebeuplatnění, adekvátní vnímaná vlastní účinnost, sebevědomí, pozitivní sebepojetí, vnitřní lokalizace kontroly, smysl pro humor, nadějeplnost, rozvinuté strategie zvládnání stresu, trvalý hodnotový systém, vyvážený pohled na zkušenosti, tvárnost a pružnost, mravní síla, přesvědčení, houževnatost, odhodlání
	Úroveň rodiny
Podporující rodina (rodinná resilience)	Rodičovská vřelost, povzbuzení, pomoc, soudržnost a péče v rodině, blízký vztah k pečujícím dospělým, víra v dítě, neobviňování, vzájemná manželská opora, talent nebo koníček, který je ostatními oceňován
Socioekonomický status	Materiální prostředky
	Úroveň komunity
Školní zkušenosti	Podporující kamarádi, vrstevníci, pozitivní vliv učitele, úspěch
Podporující komunita	Víra v jedince, netrestání
	Zdroje na úrovni kultury
	Tradiční aktivity, spiritualita, jazyk, tradiční medicína

Tabulka 1 Protektivní faktory – zdroje resilience

V tabulce 1 od Šolcové (In. Pelcák, 2013, s. 63) je uveden přehled zdrojů resilience a mechanismy jejich protektivního účinku. Jsou to charakteristiky, které v interakci s nepřízní či protivenstvím redukují nebo eliminují potenciální negativní účinek rizikových faktorů. Jsou to tedy faktory napomáhající resilienci.

Výčet **protektivních** faktorů ovlivňujících resilienci jedince v průběhu biodromálního vývoje lze dále rozšířit o dispoziční odolnost vůči stresu, kognitivní styl, prožívanou smysluplnost života, spiritualitu, adherenci k pohybové činnosti a fyzickou zdatnost, zdraví podporující preventivní chování. Proces a efekt resilience souvisí také s (ne)přítomností tzv. rizika (např. biologickou a psychickou vulnerabilitou, chronickou nemocí, náročnou životní situací a mikrostressory, socioekonomickým gradientem, kulturními a environmentálními vlivy atd.). Rozvoj resilience nespočívá jen ve vyhýbání se stresu, ale spíše v tom čelit stresu ve vhodnou chvíli a způsobem, který umožňuje rozvoj sebedůvěry a pocitu kompetence skrze zážitek a adekvátní zodpovědnost. V této problematice má důležité místo rodinná resilience, která spojuje vnitřní a vnější zdroje zvládnutí na úrovni jednotlivce a primární sociální skupiny. Dalšími důležitými faktory resilience jsou faktory rizikové a projektivní. S nimi souvisí také faktory prostředí, jako jsou vývojové trumfy, vývojová aktivita, vývojová výhoda, které zvyšují pravděpodobnost pozitivních výsledků. Od protektivních faktorů se liší tím, že protektivní faktory fungují ve vztahu k rizikovým jako nárazníky proti vlivu rizikových faktorů. Vývojové výhody se pozitivně uplatňují bez ohledu na přítomnost rizikových faktorů. (Pelcák, 2013, s. 63-64)

3.2.1 Psychická odolnost

Psychická odolnost je pro každého jedince s tělesným postižením důležitým faktorem. Odolnost k náročným životním situacím lze definovat jako schopnost vyrovnávat se s náročnými životními situacemi, a to bez maladaptivních reakcí. Slouží tedy k uchování jak duševního, tak i tělesného zdraví. Odolnost závisí na úrovni intelektu jedince a je ovlivněna aktuálním stavem organismu i příznivými společenskými vztahy. Dále odolnost obecně závisí na vrozených vlastnostech organismu, na věku

(odolnost vzrůstá do věku okolo 16 let), na životní zkušenosti, a to jak na zkušenosti přímo s náročnou životní situací tak i na zkušenosti z období raného dětství. (Čáp, Dytrych, 1968, s. 53 – 58)

Každý tělesně postižený, ať se jedná o sportovce či ne, musí při zvládání závažných životních událostí a náročných situací volit individuální strategie. Pelcák (2013, s. 67) uvádí, že cílem těchto strategií je adaptace na změnu a tzv. „minimalizace“ jejího nežádoucího vlivu na zdraví člověka. Zvládání zaměřené na problém je centrováno na zvládání a kontrolování vlastního stresoru. Charakteristická je snaha vzniklý problém, nebo situaci řešit. To se odrazí v hledání způsobů, jak nároky změnit, odstranit nebo se jim úplně v budoucnosti vyhnout. Tento proces zahrnuje vymezení problému, hledání alternativních řešení, jejich vlastní volbu a realizaci. Strategie, které jsou zaměřené na problém, mohou být nasměrovány také dovnitř, kdy dochází k přehodnocení hodnotové orientace, postojů k působícím podmínkám, prohloubení sebereflexe a sebeakceptace.

Autoři Cohen a Lazarus (In. Pelcák, 2013, s. 67) přiřazují k strategiím zaměřeným na problém přímou akci, vyhledávání informací a vyhledávání pomoci ze strany druhých lidí.

Antonovsky (In. Pelcák 2013, s. 67) rozlišuje u strategií zvládání tři kvalitativní komponenty:

- **racionalitu** jako přesné objektivní kognitivní hodnocení situace nebo stresoru;
- **flexibilitu** jako dostupnost různých zvládacích strategií, překonání stresoru a ochotu všechny vzít v úvahu zahrnující také výběr nejvhodnější strategie v rámci našich kulturních omezení;
- **prozíravost** jako schopnost předvídat různé následky zvládacích strategií, formulovat hypotézy a mentálně je testovat, anticipovat důsledky chování.

Do této kapitoly je jistě potřeba zařadit část o vyrovnání se s traumatem. Jedná-li se o postižení získané, je trauma velké a každý jedinec se s ním vyrovnává odlišně. Ovšem vyrovnávání se s traumatem mívá svůj předpokládaný průběh. Každý odborník stanovuje různé etapy i různý časový průběh. Použijí členění Kořána (In. Mareš, 2012, s. 18-19) který rozlišuje pět fází:

1. **fáze omráčení a šoku**, která začíná bezprostředně po traumatické události a trvá okolo 24 až 36 hodin;

2. **fáze výkřiku „co se stalo?“** s pocity přítomnosti mimo realitu, ochromení aktivity, či naopak puzení k nadměrné aktivitě, která trvá do 3 dnů od začátku traumatické události;
3. **fáze hledání smyslu události**, kdy se ptáme: „Proč mě to potkalo?“ a která probíhá přibližně 3. až 14. den po traumatické události;
4. **fáze popření a zase znovuprožívání události** trvající přibližně 2 až 8 týdnů po traumatické události;
5. **posttraumatická fáze**, která trvá přibližně 1 až 3 měsíce po traumatické události.

Existují ovšem i případy jedinců, kteří v traumatické, tedy nenormální situaci, vykazují dál své normální chování, jako by se jich neštěstí vůbec nedotklo. Přitom jejich nejbližší i pomáhající profesionálové očekávají, že by tito jedinci měli projevit negativní emoce vázané na těžké situace. Výše zmínění jedinci jsou osobnostně vybaveni jinak, jsou odolnější než ostatní a dokážou se s traumatem sami vyrovnat. Ovšem ostatní lidé je mohou považovat za necitlivé a takové chování se pak jeví jako nevhodné, dokonce až „patologické“.

3.2.2 Sociální opora

„Sociální opora bývá nejobecněji definována jako existence nebo dostupnost, blízkost osob, které k nám mají vztah, které mají o nás starost, cení si nás a mají nás rády.“ (Pelcák, 2013, s. 80)

Pojem sociální zdroje používají Šolcová, Kebza (In. Pelcák, 2013, s. 81-83), kteří pod tímto pojmem zastřešují proměnné postihující anticipovanou sociální oporu, získanou sociální oporu, sociální kontakty s rodinou a přáteli. Sociální vazby k druhým osobám, skupinám a širší společnosti poskytují prostřednictvím sociální opory pomoc při zvládnání životních nároků a dosahování cílů. Vlastní pozitivní vazby ulehčují přežití, adaptaci na nepříznivé prostředí a mají vliv na udržení vlastního celkového zdraví. Sociální začlenění jedince do sociální struktury je tedy významnou determinantou jeho psychické pohody a zdraví. Ovšem absence sociální opory snižuje šance jedince v krizi na adekvátní

řešení problémů a představuje rizikový zdravotní faktor. Obdobně jako u jiných faktorů ovlivňujících proces zdraví a nemoci má svůj význam i subjektivní hodnocení sociální opory. Vědomí, že druzí jsou schopni a připraveni pomoci, vytváří pocity sociální jistoty, která usnadňuje podstoupení rizika a povzbuzuje jedince k tomu, aby se pokusil řešit problém samostatně.

Širší pojetí sociální opory popisuje Křivohlavý (2001, s. 95). Jedná se o:

- makroúroveň sociální opory - v tomto pojetí jde o celospolečenskou formu pomoci potřebným. Jedná se například o existenci tzv. sociální podpory, tj. sociální a ekonomické pomoci potřebným jakou poskytuje např. organizace ADRA;
- mezoúroveň sociální opory - o sociální oporu se jedná i tam, kde se určitá sociální skupina lidí snaží pomoci jednomu ze svých členů, případně lidem ve svém okolí, kteří nejsou součástí této skupiny, ovšem nachází se v určité nouzi. Příkladem mohou být organizace typu Charita, Diakonie apod.;
- mikroúroveň sociální opory - jedná se o pomoc a oporu, kterou danému člověku poskytuje osoba, jež je mu nejbližší. Jde o sociální oporu v rámci dyády, tzn. dvojice lidí. Například pomoc matky dítěti a dítěte matce, vzájemná pomoc nejbližších přátel.

Křivohlavý (2001, s. 97-99) se také zabývá druhy sociální opory. Prvním druhem je **instrumentální opora**, kdy jde o velice konkrétní formu pomoci (např. poskytnutí finanční výpomoci, obstarání potřebných věcí, zařízení neodkladných věcí apod., které postižený sám nemůže provést). V této souvislosti mluví někteří autoři o tzv. asistenci potřebným. Iniciativa k pomoci při ní nevychází od člověka v tísní, nýbrž od druhého člověka - od toho, jež se rozhodl z vlastní vůle postiženému pomoci, a to velice konkrétně. Dalším druhem sociální opory je tzv. **informační opora**, kdy je postiženému jedinci dodána informace, která by mu mohla být nápomocna při orientaci v životní situaci, do které se dostal. Například mu poskytují rady lidé, kteří mají s obdobnou situací zkušenosti. Do této kategorie patří také pomoc poskytovaná člověku v tísní tím, že je mu nasloucháno, zjišťují se jeho představy, co by bylo možno pro něho udělat apod. Třetím druhem je **emocionální opora**. Člověku v tísní je empatickou formou sdělována emocionální blízkost (láska, soucítění), laskavým jednáním je mu naznačována náklonnost, je mu podána ruka, když propadá depresi, je mu dodávána naděje, je uklidňován v rozrušení apod. Jako poslední

druh sociální opory je uvedena tzv. **hodnotící opora**, která je postiženému člověku poskytována např. tím, jak je s ním jednáno (s úctou a respektem). Tím je posilováno jeho kladné sebehodnocení a sebevědomí, je podporována jeho snaha o autoregulaci (řídít věci podle vlastního přání), je povzbuzován ve víře a naději apod.

Obecně se má za to, že sociální opora má v životě člověka svůj význam. Jeví se jako jeden z nedůležitějších momentů v procesu zvládnání životních těžkostí zvláště tam, kde člověk onemocní, kde se dostává do určité životní krize, kde byl postižen nehodou, kde byl chodem událostí hluboce zklamán, kde stojí před závažným rozhodnutím apod. Psychologové používají ke zjišťování a měření sociální opory různé metody. Jednou z nejjednodušších je zjišťování souboru (palety) lidí, kteří jsou dané osobě nejbližší, a usuzování z tohoto zjištění na tzv. sociální opěrnou síť dané osoby. Příkladem může být metoda, které bylo použito při zjišťování sociální sítě dětí, které jsou v nemocnici, nebo těch, kterým se něco stalo, a jsou v úzkostném stavu apod. O stupeň složitější jsou metody, které zjišťují nejen osoby nacházející se v sociální síti daného člověka, ale zároveň se ptají, na koho by se daná osoba obrátila v situaci nouze. Tyto druhy životních těžkostí jsou jednotlivě vyjmenovávány. U dětí i dospělých lidí, kteří se nacházejí v těžké situaci a kterým se dostává sociální opory od různých lidí, se zjišťuje nejen to, kdo tuto oporu poskytuje a jakého druhu, ale také do jaké míry je příjemce s touto sociální oporou spokojen. (Křivohlavý, 2001, s. 98-106)

Ještě je potřeba zmínit, že ne vždy je opora a pomoc vhodná. Jedná se např. o nadměrnou pomoc tam, kde ji není zapotřebí, ale také pomoc jiného druhu, než je v dané situaci potřeba. Setkáváme se s ní všude tam, kde forma sociální opory neodpovídá potřebám daného člověka. Příkladem může být podání jídla pacientovi, který má ovšem mimořádnou žízeň. (Křivohlavý 2001, s. 111)

4 Sport a integrace tělesně postižených

Integrací obecně se zabírají Fischer, Škoda (2008, s. 23-24). Cílem speciální pedagogiky je integrace jedinců s postižením do většinové společnosti. Jedná se tedy o integraci adekvátní. Postoj a přístup ke znevýhodněným spoluobčanům se totiž pohybuje mezi dvěma protipóly, kterými jsou buď integrace, nebo segregace. Segregace je opačným pojmem integrace; jedná se o společenské oddělování, vylučování. Současný postoj české speciální pedagogiky směřuje jednoznačně směrem k integraci znevýhodněných jedinců do většinové populace. Zde se tedy jedná o ukazatel úrovně povědomí a kulturní vyspělosti naší současné společnosti. V rámci integračního procesu je důležité vymezit hranice integrace. Ty jsou dány druhem a stupněm vlastního znevýhodnění. Ty mohou být takového charakteru, že integrační proces je obtížný a problematický. Existují dokonce handicap, kdy integrace prakticky není možná, kdy je nutný dokonce i trvalý ústavní pobyt.

Vlastní integraci můžeme vymezit jako snahu o úplné zapojení handicapovaného jedince, splynutí, začlenění a zapojení ve společnosti. Integrativní snahy jsou popsány v různých modelech. **Biomedicínský model** vychází z biologických, organických a funkčních příčin. Vede k péči, která je orientována medicínsky. Cílem je tedy hlavně léčba a překonání poruchy a handicapu. Integrace v tomto případě znamená reintegraci po léčbě. Integrace spočívá v přizpůsobení ve stávající struktuře. Dalším modelem je **model sociálně patologický**, který vychází z toho, že integrační obtíže nevycházejí z biologických odlišností, ale z problémů sociálních. Základním problémem je otázka společenské přizpůsobivosti a diskriminace. Integrace je podporována speciální terapií. Třetím modelem je **model prostředí**, kde se řeší otázka, jak se má škola či jiná instituce změnit, aby změna byla ve prospěch znevýhodněného jedince. Postižení jsou integrováni do běžného prostředí, které se mění vzhledem ke specifčnosti potřeb všech zúčastněných. Posledním je **antropologický model**, u kterého nejde primárně o zlepšení prostředí, ale o lepší interpersonální vztahy i interakce. Jde tedy nejen o to, aby se postižení jedinci mohli podílet na společenské seberealizaci dohromady s okolím, ale zejména je důležité vzájemné respektování všech s ohledem na jejich jedinečnost a potřeby. Integrace se

pokládá za vzájemný proces, ve kterém se obě strany k sobě přibližují a mění se. Cílem integrace je vytvoření akceptace znevýhodněných a intaktních. To tedy znamená dávat i brát na obou stranách. Akceptace bývá různá. Můžeme se setkat se třemi procesy přizpůsobení v rámci integrace, a to s **asimilací**, kdy asimilace znamená, že se handicapovaný jedinec vypořádá se způsoby a pravidly chování většiny a že je převezme tak dalece, jak toho sám bude schopen, dále s **akomodací**, která znamená přizpůsobení se způsobům a pravidlům většiny, chybí však nutnost na potlačování odlišností. Postižený jedinec si utváří pozitivní sebeobraz. Posledním procesem je tzv. **adaptace**, čímž rozumíme oboustranné přizpůsobení obou stran. Cílem je tedy vzájemné úsilí o přiblížení se. (Fischer, Škoda, 2008, s. 24-25)

Co se týká integrace do společnosti díky sportu, existují definice tzv. **aplikované pohybové aktivity (APA)**. Podle jedné z těchto definic se jedná o pohybové aktivity a sport, kde je zvláštní důraz kladen na zájmy a schopnosti jedinců s limitovanými podmínkami danými postižením, nemocí nebo věkem. Oproti klasickému medicínskému pojetí, které je zaměřeno na poruchu či postižení, zdůrazňují APA zejména funkce a schopnosti daného jedince, tedy potenciál každého člověka. Důsledkem využití tohoto potenciálu často bývá vyšší nezávislost jedince, zlepšení kvality jeho života a společenského uplatnění. (Dařová, In. Máček, Radvanský, 2011, s. 233)

Začlenění do společnosti je díky sportu bezesporu jednodušší. Lidé postižení, kteří se aktivně věnují sportu, jsou v lepší kondici jak fyzické, tak i psychické. Umějí lépe navazovat vztahy, nejsou díky skupině samotáři, rádi se do skupiny vrací. Sport integraci osob s tělesným postižením proto daleko zjednodušuje.

4.1 Sport tělesně postižených

Sport osob se zdravotním postižením je dnes již nepřehlédnutelným fenoménem. I přes relativně nízké procento osob se zdravotním postižením, které se sportu věnují, přibývá stále více jedinců, kteří se do tohoto speciálního odvětví chtějí a mohou aktivně zapojit. V České republice je sport zdravotně postižených provozován již od počátku

20. století. Ovšem k největšímu rozmachu dochází po roce 1989. V současné době je již sport chápán více v kontextu sportovního výkonu, tréninků, soutěživosti a u některých sportovců i jako způsob obživy. (Daďová, In. Máček, Radvanský, 2011, s. 233)

Sportů pro tělesně postižené existuje celá řada. Mezi nejrozšířenější patří atletika, kterou popisuje Iva Machová (In. Janečka a kol., 2012, s. 25-41). Atletika je považována za královnu sportu a to platí i u sportovců s tělesným postižením. Její počátky najdeme již na hrách pořádaných v roce 1948 v rehabilitačním zařízení anglického města Stoke Mandeville sirem Ludwigem Guttmannem. Atletika je pod IPC zastoupena jako samostatný sport IPC athletics, který zahrnuje pět specifických skupin postižení: zrakové, mentální, cerebrální palsy (dětskou mozkovou obrnu), postižení související s amputací nebo vrozenými deformacemi končetin a postižení spjaté s umístěním na invalidní vozík. V atletice se jednotlivé skupiny dále dělí do soutěžních kategorií, které se díky bodovému systému mohou slučovat. Toto rozdělení a bodové slučování zajišťuje rovné šance na vítězství v rámci jednotlivých kategorií. Do atletických disciplín patří například: vrh koulí, hod oštěpem, hod kuželkou, hod diskem, pětiboj, trojskok. Závisí samozřejmě na vážnosti postižení.

Dalšími sporty pro tělesně postižené jsou například tenis na vozíku a různé kolektivní sporty, jako je například basketbal na vozíku, rugby, plavání, boccia či sledge hokej.

Kořeny sledge hokeje najdeme ve švédském Stockholmu, kde počátkem 60. let skupina Švédů z rehabilitačního centra chtěla pokračovat ve hraní hokeje i přes své tělesné postižení. Rozhodli se sestavit speciální saně („sledge“), které sestávaly z kovového rámu připevněného na nožích z bruslí. Jako hokejky používali kulaté palice s řídítky jízdních kol. Sportu se podařilo prosadit kolem roku 1969, kdy v okolí Stockholmu fungovalo již 5 týmů, ve kterých hráli po boku hráčů s tělesným postižením i jejich přátelé bez postižení. Ve stejném roce se konalo první mezistátní utkání mezi týmem Stockholmu a týmem Osla. V 80. letech se mezi země hrající sledge hokej přidali Velká Británie a Kanada. Teprve koncem 20. století se tento sport rozšiřoval po celém světě. V roce 1990 vstoupilo USA, v roce 1993 se k nim přidalo také Estonsko a Japonsko. Na paralympiádě se sledge hokej objevil až v roce 1994 v Lillehammeru. Po další paralympiádě v roce 1998 v Naganu se k zemím hrajícím sledge hokej přidaly také Německo, Nizozemí, Korea a Česká republika.

V současné době se sledge hokej na různých úrovních hraje a rozvíjí v 17 zemích světa. (Janečka a kolektiv, 2012, s. 65) Historie sledge hokeje v ČR je blíže popsána v příloze 1.

„Sledge hokej je hokej přizpůsobený tak, aby jej mohly hrát i osoby, které nemohou chodit, resp. nemohou hrát hokej vstoje. Mezi potenciální hráče se tedy řadí vozíčkáři, amputaři či osoby s různými funkčními omezeními dolních končetin. Sledge hokej se hraje na speciálně upravených saních (sledge = saně), v nichž jsou hráči upoutáni ve speciálních sedačkách. Hráči se po ledě pohybují pomocí dvou hokejek, které mají na jednom konci bodce a na druhém čepel, která je ohnuta na pravou a levou stranu.“ (Kudláček, In. Janečka a kolektiv, 2012, s. 65). Pro lepší představu o hře přikládám DVD (příloha číslo 11 Video – ukázky a fotografie sledge hokeje), na kterém se nachází klipy z utkání a fotografie.

Výstroj hráčů se skládá ze standardní výstroje hráčů ledního hokeje s tím, že hráči mají povinnost používat chrániče hrdla a obličejové masky. Výstroj hráčů se nejvíce odlišuje u bruslí - hráči sledge hokeje hrají na speciálních saních a se speciálními hokejkami, které slouží jak k vlastní hře, tak také k pohybu na ledové ploše. (Kudláček, In. Janečka a kolektiv, 2012, s. 68). Více k pravidlům je uvedeno v příloze 2.

4.2 Sport jako komplexní aktivizační činitel tělesně postižených

Vliv pohybové aktivity na psychiku jedinců můžeme rozdělit na krátkodobý a dlouhodobý. Krátkodobý vliv je zacílen na aktuální psychický stav. Dlouhodobě může mít antidepresivní efekt, kdy tlumí depresi, smutek a únavu, anxiolytický efekt, kdy snižuje a rozpouští napětí a úzkost, a abreaktivní efekt, který zprostředkovává odreagování od stresu, navozuje pocity klidu a zpomaluje vnitřní tempo jedince. (Stackeová, In. Tilinger, Rychtecký, Perič 2001)

Pro provozování sportu tělesně postižených jsou potřeba různé kompenzační pomůcky. Kromě speciálních sportovních vozíků existuje celá řada dalších pomůcek speciálně určených pro sport lidí s tělesným postižením nebo pro aktivity volnočasové. Zejména v posledních letech dochází k velkému rozšiřování nabídky pomůcek

umožňujících účast na aktivitách dříve dostupných jen obtížně. Cílem je co největší normalizace života lidí s tělesným postižením a jejich rodin, a to v oblasti trávení volného času. (Zikl, 2011, s. 94)

Ve vztahu k pohybovým aktivitám osob s tělesným postižením existují pomůcky, které úplně nebo částečně nahrazují funkce končetin při lokomoci či manipulaci s objekty. Základní rozdělení pomůcek je na pomůcky pro sportovce s amputacemi horních či dolních končetin a pomůcky pro sportovce na vozíku. Pokud zmíníme **kompensační pomůcky pro amputáře**, existuje celá řada protéz, které se vytvářejí přesně na míru klientům. Současné protézy pracují na systému aktivních kloubů, které poskytují potřebnou oporu, ale fungují i dynamicky, a mohou tak nahradit práci kotníků či kolena. Takovéto protézy můžeme vidět u atletů či cyklistů. Protéza je náhrada končetiny, která se skládá z několika částí. První část tvoří návlek, který se naroluje na pahýl. Moderní návleky jsou vyrobeny ze silikonu, který je měkký a elastický a slouží jako mezivrstva mezi tvrdým nosným lůžkem protézy a kůží na pahýlu. Lůžko protézy je individuálně vytvořeno podle pahýlu z různých materiálů. U transtibiálních (bérceových) protéz je protetické chodidlo připojeno k lůžku přímo nebo pomocí trubky. K nosnému lůžku transfemorální (stehenní) protézy je připojen kolenní kloub. Pod ním je trubka, ve které je připojeno protetické chodidlo. Jako **kompensační pomůcky pro vozíčkáře** rozlišujeme sportovní vozíky, které jsou konstruovány tak, aby vyhovovaly jednotlivým sportovcům. Jedná se o lehké, dobře ovladatelné a velmi drahé vozíky. Jsou většinou krabicového typu - tzn., že má vozík zkosená zadní kola, která posílí stabilitu vozíku. Dále existují speciální vozíky pro tenis a rugby. Mimo vozíků se vyrábí ještě speciální tříkolky, kola, adaptéry na vozíky, monolyže, vodní lyže, saně pro sledge atd. (Janečka a kol., 2012, s. 18-22)

4.3 Klasifikace sportovců s tělesným postižením

Organizovaný sport osob se zdravotním postižením je celosvětově zařazen pod tři hnutí. Sport tělesně postižených zastřešuje jednak hnutí paralympijské. V tomto hnutí se uplatňuje tzv. klasifikace sportovců. Jedná se o hodnotící systém, který se používá

k rozdělení sportovců do tříd tak, aby jim byl poskytnut srovnatelný výchozí bod pro trénink a soutěže a tím byla zajištěna spravedlivost. Cílem je tedy minimalizovat vliv zdravotního postižení na výsledek sportovní soutěže. Vlastní klasifikace se vydává na základě hodnocení sportovce týmem klasifikátorů, tj. profesionálů s příslušným osvědčením, kteří jsou oprávněni sportovce hodnotit. Jsou to lidé se zdravotním vzděláním jako lékaři, fyzioterapeuti, ergoterapeuti nebo se sportovním vzděláním jako trenéři a sportovní vědci. Klasifikační týmy u jedinců s tělesným postižením užívají různé lékařské či funkční testy k odhalení pohybových schopností a potenciálu sportovce. Často se využívají vyšetřovací metody hodnotící svalovou sílu, koordinaci, spasticitu, rozsah kloubní pohyblivosti. Speciálně u vozíčkářů se často hodnotí stabilita v sedu a další funkční testy. V rámci této klasifikace se určuje jednak způsobilost sportovce, tzn. dostatečný stupeň postižení pro účast na mezinárodní soutěži, a jednak sportovní třída. Obecně vesměs platí, že způsobilý jedinec musí mít diagnostikovanou poruchu tělesných, sensorických nebo intelektových funkcí, která způsobuje permanentní objektivně měřitelné postižení, což má prokazatelný vliv na sportovní výkon a pro daného jedince tak znamená, že se již nemůže účastnit sportu nepostižených za srovnatelných podmínek s ostatními nepostiženými jedinci. Sportovní klasifikační třída je u většiny sportů tvořena kombinací písmene a čísla (např. F36, S3 apod.) nebo bodovou hodnotou (např. 1.0). Zároveň se ještě určuje status závodníka, respektive jeho sportovní třídy nebo to, zda se ještě může třída v budoucnosti změnit. Dává tedy komplexní informace o tom, zda se sportovec po příjezdu na závody či utkání musí podrobit klasifikačnímu hodnocení. Dále také ukazuje, jaké jsou možnosti s ohledem na podávání protestů. (Máček, Radvanský 2011, s. 236-237)

Existuje také obecná klasifikace sportovců dle typu postižení - tzv. medicínská klasifikace, ale ta se používá spíše orientačně. Cílem klasifikace je co nejlépe regulovat soutěžení sportovců s tělesným postižením se snahou o co největší začlenění sportovců do co možná nejmenšího počtu skupin tak, aby při soutěžích nebylo například 40 závodů pro skupiny o pěti sportovcích. Moderní klasifikace je funkční a sportovně specifická. Klasifikace je funkční, neboť sportovec není do třídy zařazen na základě rozhodnutí lékaře, ale na základě testování určitých schopností a dovedností specifických pro daný sport. Každý sport má tedy vlastní skupiny klasifikátorů, kteří jsou zodpovědní za zařazení sportovce do určité třídy. Jako příklad uvedeme kategorie pro kvadruplegiky. Tito lidé mají

postižení horních i dolních končetin pro úrazy páteře v oblasti krčních obratlů. **Kategorie F/T51** - poškození v oblasti krčních obratlů C6, částečná síla ve všech ramenních pohybech a loketní flexi, zápěstní extenze, nefunkční triceps, téměř žádná hybnost prstů ruky, úplné ochrnutí trupu a dolních končetin. **Kategorie F/T52** - poškození v oblasti krčních obratlů C7, dobrá funkce ramen, loketní flexe a zápěstní extenze, funkční pectorální svaly, omezená hybnost prstů ruky, úplné ochrnutí dolní části trupu a dolních končetin. **Kategorie F/T53** - poškození v oblasti krčních obratlů C8, normální rozsah pohybu horních končetin, funkční pectorální svaly, mírně omezená flexe a extenze prstů, úplné ochrnutí dolní části trupu a dolních končetin. (Janečka a kol., 2012, s. 17-28)

Hráči sledge hokeje mají postižení dolních končetin se zachováním funkcí horních končetin. Jakékoli postižení horní části těla nečiní sportovce způsobilé k hraní sledge hokeje. Předpokládá se, že hráč má normální funkci horní části těla. Sledge hokej mohou dle pravidel hrát sportovci se zřejmým postižením dolních končetin, které je permanentní a které jim znemožňuje účastnit se normálního hokeje. (Daďová, 2014, [online])

Minimální postižení hráčů sledge hokeje je dle Kudláčka (In. Janečka a kol., 2012, s. 68) amputace dolní končetiny minimálně v kotníku paréza- ztráta minimálně 10 bodů na obou dolních končetinách ve funkčním svalovém testu, kloubní mobilita-ankylóza v kotníku (nepohyblivost způsobená srůstem kostí), extenční omezení (max. 30 stupňů) či ankylóza v kolenním kloubu, zkrácení dolní končetiny o minimálně 7 cm.

4.4 Skupinová dynamika a kolektivní sport

Sport, hlavně pak ten kolektivní, vyžaduje spolupráci mezi spoluhráči. Bez týmové spolupráce nelze v žádném sportu dosáhnou vrcholu. Jak popisuje Hošek (In. Slepíčka, Hošek, Hátlová, 2011, s. 124-149), sport vytváří ve svých rozmanitých podobách řadu příležitostí pro sociální kontakty. Mnoho sportovních odvětví vyžaduje úzký kontakt mezi lidmi a vytváří potřebu spolupráce a sdružování se do sociálních skupin. Především většina sportovních her je přímo založených na spolupráci, vytváření a existenci sociálních

skupin. Vzájemné interakce sportovců uvnitř skupiny a střetávání s druhými skupinami je podstatnou složkou těchto sportovních odvětví, bez níž by v podstatě ztratily svůj smysl. Důležitou vlastností každé skupiny je tzv. polarizace. Polarizace skupiny je vlastnost vyjadřující jednotnou zaměřenost všech členů k dosažení společných cílů. Podmínkou je jasnost a zřejmost zadaných cílů. Většinou se tedy jedná o úspěch v soutěži. Členové jsou vedeni k dosažení tohoto cíle a podřizují veškerou skupinovou činnost jeho dosažení. Obecně platí, že jestliže skupinová činnost a úkoly z ní plynoucí vyžadují od všech členů spolupráci a koordinaci vynaloženého úsilí, pak skupinová produktivita závisí na průměru schopností a dovedností členů a jejich schopnosti podřídit vše úspěchu a vedení skupiny. V případě, že skupinová činnost vyžaduje právě zejména spolupráci, nezávisí skupinová produktivita v tak velké míře na schopnostech a dovednostech jednotlivých členů, ale na celkové atmosféře ve skupině. Tam, kde je spolupráce nezbytným předpokladem úspěchu, vstupují do popředí vlastnosti a dovednosti, jako jsou například ochota ke spolupráci, preference společných cílů, sebeovládání a psychická odolnost. Naopak individualizace, zaujetí pouze pro osobní cíle, agresivita v chování k ostatním či autoritářství přispívají ke snížení soudržnosti skupiny, která je podstatným předpokladem pro spolupráci a podmiňuje také skupinový výkon.

Snížení soudržnosti vytváří předpoklady pro vznik meziosobních konfliktů, čímž dochází ke zhoršení skupinového klimatu, ve kterém převažuje negativní emoční napětí, což se odrazí v efektivitě daného družstva. Jsou známy dvě základní zásady akceptovatelné pro sportovní družstva, které by měly být využity pro zlepšení týmové motivace a spolupráce. První z nich je **zásada učinit všechny členy skupiny na sobě závislé při plnění zadaného úkolu**. U sportovních družstev je tato zásada automaticky dodržována, neboť charakter většiny sportovních her dává značný prostor ke spolupráci; bez spolupráce nelze mnohé z nich vůbec pozorovat. Druhou zásadou je **zásada skupinového rozhodování**. Ukázalo se, že každý další cíl je přijímán lépe, jestliže bylo o jeho přijetí rozhodnuto po společné diskuzi celé skupiny a panovala při tomto rozhodování co možná největší shoda mezi všemi členy. Při skupinovém rozhodování je totiž důležité zdůraznit průnik osobních a skupinových cílů, objasnit důležitost přijímaného cíle pro všechny členy skupiny a hlavně vyslechnout i připomínky a návrhy dokreslující zejména možné obtíže při jeho dosahování i postupy, jak ho dosáhnout. (Hošek, 1985, s. 18)

Přes soutěživý charakter sportu je pro řadu sportovních odvětví spolupráce nezbytným předpokladem jejich provádění i dosažení úspěchů. Tento do jisté míry protikladný charakter sportu s sebou nese nutnost spolupráce i mezi jedinci s negativními vzájemnými vztahy. Můžeme ale konstatovat, že pozitivní vztahy ovlivňují tendenci ke spolupráci, přičemž můžeme považovat kladné vztahy za nejlepší předpoklad pro zvýšení pravděpodobnosti vzájemné spolupráce. Lze tedy předpokládat preference ve spolupráci mezi sportovci, u nichž převládají intenzivní kladné vztahy, pokud to dovolí objektivní situace. Ukazuje se, že jedinci jsou ochotni více riskovat spolupráci se spoluhráčem, k němuž mají pozitivní vztah. Jde tedy o ochotu podstoupit riziko nezdařeného vlastního zásahu s možnou následnou výtka od ostatních, zlepšovat vzájemnou spolupráci a zvyšovat tím pravděpodobnost úspěchu celého mužstva. Vedle pozitivních vztahů podporujících spolupráci se negativní vztahy ukazují jako okolnost tuto spolupráci spíše brzdící. Je proto zřejmé, že ve sportovních družstvech, u nichž je intenzivní spolupráce základní podmínkou úspěchu, je výhodou převaha pozitivních vztahů, neboť se tak vytvářejí lepší předpoklady pro vysokou efektivitu. Rovněž se do skupiny s vytvořenou sítí přátelských vztahů lépe začleňují nově příchozí a snižuje se pravděpodobnost výskytu izolovaných členů, kteří nemají žádné vztahy k dalším členům. U izolovaných členů se totiž snižují možnosti ke spolupráci s ostatními, čímž negativně ovlivňují jak skupinovou atmosféru, tak i efektivitu. (Hošek in Slepíčka, Hošek, Hátlová, 2011, s. 150-157)

4.5 Sportovní motivace

„Lidské chování je vědomě či nevědomě zaměřeno na dosažení určitého cíle a jako takové se vyznačuje určitou intenzitou a trváním v čase (pokud není dosaženo původního nebo náhradního cíle). V psychologii se tyto procesy, které determinují zaměření, sílu a trvání chování, označují jako motivace.“ (Nakonečný, 2009, s. 177).

Každý postižený musí v sobě najít motivaci pro plnohodnotný život. Existují tzv. motivační tendence, které blíže přibližuje Vágnerová (2001, s. 30-31) a které lze posuzovat

např. ve vztahu k realitě a podle míry jejich uvědomění. Např. dle Freuda existují tři funkční oblasti lidské motivace, které odpovídají jednotlivým vrstvám osobnosti. Jedná se o **úroveň tzv. id**, což je motivační oblast, která není vědomá a je zaměřená k bezprostřednímu a nekorigovanému uspokojování pudových potřeb. Dále **na úrovni ega**, které zahrnuje motivační mechanismy, jimiž člověk přizpůsobuje své chování a prožívání principu reality. Tato oblast je u postižených jedinců spojena s uvědoměním reálných omezení i sociálních tlaků, vyplývajících z postojů společnosti. Na **úrovni superega** zahrnuje strukturu sociálních požadavků, které jsou v tomto případě spojeny i s odrazem postojů společnosti k handicapovaným lidem. Hlavním mechanismem motivace chování je konflikt. U postižených a nemocných bývá intenzivnější, protože vychází ze situace většího omezení, většího rozdílu mezi možnostmi a přáním. Obranné mechanismy jsou čitelnější a bizarnější, a to zejména různé varianty úniku.

Motivace hraje velkou roli pro vykonávání sportů a pohybové aktivity vůbec. Záleží samozřejmě na zdravotním stavu jedince, výskytu komplikací, strachu, studu apod. Je potřeba podotknout, že motivačním prvkem pro zapojení postiženého člověka do sportovního prostředí nebývá touha zlepšit zdravotní stav nebo preventivně působit, ale spíše setkávání s přáteli, zařazení do kolektivu, prožitky při sportu, soutěživost a udržení kondice fyzické i psychické. (Máček, Radvanský 2011, s. 234)

Sportovní motivace se orientuje, jak uvádí Hošek (In Slepíčka, Hošek, Hátlová, 2011, s. 79- 87), jen na otázky peněžního hodnocení, a to není správné jak z hlediska etického, tak ani z hlediska psychologických zákonitostí sportovních činností. Každý sportovec je ovlivňován řadou motivačních seskupení, hlavních či vedlejších, navzájem se překrývajících i často vzájemně protichůdných. Hlavním vlivem, který určuje vývoj motivační struktury, je kromě věku i vlastní výkonnost sportovce. V konkurenčním prostředí jako je sport se často motivace považuje za složku samozřejmou, vždy přítomnou, která žene jedince k vylepšování svých schopností. Podle teorie výkonové motivace vzniká tendence k nesportovní aktivitě z rozdílu mezi tendencí dosáhnout nějakého úspěchu a tendencí vyhnout se selhání. Každá situace, která je pobídkou pro velký výkon tím, že vzbuzuje naději na celkový úspěch, musí zároveň obsahovat i obavu před selháním. Z toho vyplývá, že aktivita zaměřená ke sportovnímu výkonu je vždy výslednicí konfliktu mezi dvěma protichůdnými tendencemi. První tendence je tedy

chápana jako funkce motivu dosáhnout úspěchu, hodnoty úspěchu a pravděpodobnosti dosažení tohoto úspěchu. Obdobně je tendence vyhnout se sportovnímu selhání funkcí motivu vyhnout se neúspěchu, negativní hodnotě neúspěchu a pravděpodobnosti neúspěchu. Sportovci se silnějším motivem dosáhnout úspěchu než vyhnout se selhání budou nejvíce motivováni v situaci padesátiprocentního rizika, tj. při značné nejistotě výsledku. U lidí, u nichž motiv úspěchu vysoce převyšuje motiv vyhnout se selhání, mluvíme o velké potřebě úspěchu. Sportovce počítáme mezi část populace, kde je tendence k úspěchu velmi zvýrazněná a je typickým osobnostním rysem, relativně trvalým a málo aktuálně oscilujícím. Dále se potvrdila hypotéza, že u sportovců je potřeba velkého výkonu vyšší než u ostatní populace. V psychologii sportu a zvláště v psychologické přípravě sportovců se nabízí široké využití znalostí o dynamice potřeby velkého výkonu jednotlivých sportovců. Potřeba výkonu je hlouběji uložena v osobnosti každého člověka. Vlastní zdroj motivace je ve faktorech ontogenetického vývoje, dále souvisí se sociální rolí a situačními vlivy. Právě ve stádiu ontogenetického vývoje se výkonová motivace považuje za produkt sociálního učení, kdy sportovec usiluje o souhlas a snaží se vyhnout nesouhlasu okolí.

S motivací jde ruku v ruce samotná radost ze sportu a antistresovost. Ta podle Hoška (In Slepíčka, Hošek, Hátlová, 2009, s. 228) spočívá v odvedení pozornosti z existenční (např. pracovní roviny) do nevážné roviny zábavy a hry. Jde o mechanismus emočního přeladění s dobrými psychohygienickými důsledky. Prožitky radosti mají harmonizační účinky a jsou momentem zkvalitnění života. Práce a obstarávání v běžném životě vede k hromadění napětí pociťované jako starosti. A právě ve sportu se toto nepříjemné napětí snižuje. Hovoříme tedy o mechanismu odreagování, tj. že se jiné emoční reakce překryjí a ve svých důsledcích sniží; předchází se emočnímu napětí. Znamená to tedy redukci předpokladů vzniku stresu.

5 Výzkumné šetření

Výzkumné šetření má za úkol odpovědět na otázku: Jaký vliv má sport na psychiku lidí s tělesným postižením? Bylo provedeno smíšenou formou sestávající z kvalitativního šetření - pozorování a rozhovorů v sledge hokejovém klubu SHK Mustangové Pardubice a kvantitativního šetření, kdy byly pro zlepšení výsledků mezi hráče ještě dodány dotazníky.

5.1 Cíl výzkumného šetření a výzkumné otázky

Výzkumným cílem této bakalářské práce bylo zjistit formou smíšeného výzkumu, jaký má sport vliv na psychiku lidí s tělesným postižením, jak hodně je důležitá pro hráče vzájemná sociální opora. Dále jak se hráči cítili před svým vstupem do týmu SHK Mustangové a co vše jim vlastní sport a pohyb dává. Jak jedinec prožívá život s tělesným postižením a jak sledge hokej ovlivňuje jeho osobní život.

Hlavní výzkumná otázka:

- **Jaký je vliv sportu na psychiku lidí s tělesným postižením?**

K těmto cílům a k odpovědi na hlavní výzkumnou otázku byly vytvořeny dílčí výzkumné otázky, související se získanými poznatky z bodů z teoretické části.

Dílčí výzkumné otázky:

1. Cítili se hráči SHK Mustangové před svým vstupem do mužstva méněcenní?
2. Jak ovlivňuje atmosféra SHK Mustangové osobní život hráčů?
3. Je členství v klubu zdrojem významné sociální opory?
4. Sehrává sledge hokej pozitivní roli v procesu integrace?
5. Ovlivňuje sledge hokej sociální pohodu?

5.2 Použité výzkumné metody

V této bakalářské práci jsem se rozhodl využít kvalitativní výzkumné metody (pozorování a rozhovor) a pro důkladnější vyhodnocení ještě doplněné o kvantitativní metodu formou dotazníku Nezdolnost typu SOC.

Jako první výzkumnou metodu jsem si zvolil kvalitativní metodu pozorování. Navštěvoval jsem tréninky a zápasy v období šesti měsíců. Zkoumal jsem vliv sportu na psychiku lidí, kteří prožívají těžké životní situace. Gavora (2010, s. 188-189) uvádí, že pozorování je nejtypičtější metoda sběru dat v kvalitativním výzkumu. Uplatňuje se v nejrůznějších situacích. Výzkumník pomocí něho chce poznat, popsat a pochopit lidi a prostředí, ve kterém působí. V kvalitativním výzkumu se využívá nestrukturovaného pozorování, u kterého se nepoužívají předem stanovené pozorovací systémy nebo hodnotící škály. Hlavním cílem pozorování v kvalitativním výzkumu je objevit ve zkoumané realitě nové věci, podívat se na ně z nového úhlu.

Je důležité pojmut výzkumný celek ze široka a dostat se postupně k jádru věci, právě proto jsem si vybral jako první metodu pozorování. Snažil jsem se zaměřit na nové skutečnosti. A pochopit jak se jedinci cítí a co je pro osoby s tělesným postižením důležité po psychické stránce, jak funguje skupina jako celek, jak si navzájem pomáhají všichni v týmu, jaká je atmosféra ve zkoumané cílové skupině. Vymezení těchto jevů je obsaženo v kapitole 5.3.2. Ukázku z pozorování jsem uvedl v příloze 3.

Další metodou, kterou jsem zvolil, je polostrukturované interview. To, jak uvádí Gavora (2010, s. 202-203), znamená, že výzkumník má dopředu vypracované otázky, ale nemusí se jich pevně držet. Přizpůsobují se podle vyvíjejícího se obsahu interview. V průběhu interview se může tazatel ještě doptávat na podrobnosti, které by mohly mít význam při hodnocení výzkumu. V tomto druhu interview by měla více mluvit zkoumaná osoba než výzkumník. To je vede správným směrem. Základní pravidlo totiž je, že čím hovoří první méně, tím hovoří druhý více. Je důležité se na začátku interview představit a vysvětlit záměr svého interview. Nikdy nesmí výzkumník začít interview náhle. Je vždy třeba věnovat několik minut běžnému rozhovoru, aby se nastolila příjemná atmosféra mezi

tazatelem a odpovídajícím. Tón řeči se má přibližovat běžné, každodenní komunikaci. Výzkumník osobu považuje za sobě rovnou a nenaznačuje, že je něco více než ona.

Metodu polostrukturovaného rozhovoru jsem si zvolil, protože se blíží vlastní každodenní přirozené komunikaci. Dotazovaná osoba může být proto uvolněnější a hlavně otevřenější. Tazatel se dozví více důležitých informací pro vypracování výzkumu i díky doplňujícím otázkám. Vzor rozhovoru je uveden v příloze 4.

Třetí výzkumnou metodou je standardizovaný dotazník Nezdolnost typu SOC od autora Aarona Antonovského. Tento dotazník jsem si vybral pro rozšíření svého šetření - pro zjištění, jak řeší respondenti vzniklé náročné životní situace a jaký mají smysl pro soudržnost.

Dotazník typu SOC čítá celkem 29 otázek, které mají vždy dvě krajní odpovědi, ke kterým se dotazovaný přiklání na sedmibodové stupnici. Vybírá tedy, zda souhlasí spíše s odpovědí A, nebo s odpovědí B, a dále rozhoduje, do jaké míry s odpovědí souhlasí. Pelcák (2013, s. 90) popisuje, že dotazník obsahuje 11 položek na srozumitelnost, 10 na zvládnutelnost a 8 na smysluplnost. Čím je celkové skóre vyšší, tím vyjadřuje jedinec silnější smysl pro soudržnost. Vzor tohoto dotazníku se nachází v příloze 5.

Zkratka SOC neboli Sense of Coherence, v překladu smysl pro soudržnost. Jak uvádí Pelcák. (2013, s. 75) SOC definuje Antonovsky jako globální orientaci vyjadřující rozsah, v jakém má člověk trvalý, i když dynamický pocit důvěry, že:

- stimuly z vnitřního nebo vnějšího prostředí jsou strukturovány, jsou předvídatelné a pochopitelné;
- člověk má k dispozici zdroje, které mu umožňují reagovat, zvládat požadavky, které tyto stimuly kladou;
- tyto požadavky jsou výzvy, které stojí za investování a angažování se, jsou totiž smysluplné.

Nezdolnost typu SOC lze tedy považovat za hlavní záruku soudržnosti osobnosti v zátěžových situacích.

Křivohlavý (In. Pelcák, 2013, s. 76) uvádí, že lidé, kteří mají vysoké hodnoty SOC, se vyznačují mimořádnou odolností k vnějším tlakům, nepodléhají tak jednoduše stresům, nevzdávají se v těžkých situacích, mají také své představy a plány o tom, co chtějí dělat a čeho chtějí v budoucnu dosáhnout.

Teoretický konstrukt smyslu pro soudržnost SOC je tvořen třemi dimenzemi, a to srozumitelností (C), zvládnutelností (MA) a smysluplností řešení problému (ME). Srozumitelností rozumíme kognitivní tendence určitým způsobem vnímat a chápat svět a své místo v něm. Člověk s vysokým smyslem pro srozumitelnost očekává, že podněty a situace, se kterými se v budoucnosti setká, budou předvídatelné a budou mít určitý řád a strukturu. Základem dimenze zvládnutelnosti je přijímání a vnímání životních úkolů jako zvládnutelných, řešitelných. Jedinec se cítí být schopný a kompetentní tak, aby konkrétní úkol či situaci vyřešil. Jedná z vlastní iniciativy. Zvládnutelnost souvisí s přiměřeností konkrétních zdrojů potřebných k řešení daného problému, jako jsou sociální kompetence, zvládací strategie atd. Třetí dimenzí je smysluplnost řešení problému. Člověk s vysokou mírou smysluplnosti je přesvědčen, že problémy, před které je postaven, stojí za vynaložení úsilí, času a energie do jejich řešení. Překážky, které se objevují na cestě k cíli, jedinec vnímá jako výzvu k aktivitě. Právě smysluplnost je důležitým klíčem k mobilizaci zdrojů odolnosti. Ovšem důležité pro aktivní řešení vzniklých náročných životních situací jsou všechny tři dimenze, a to i přesto, že mají jednotlivé dimenze smyslu pro soudržnost SOC různou míru důležitosti. (Pelcák, 2013, s. 75-79)

5.3 Výzkumný soubor

Sledge hokejový klub vznikl v Pardubicích v roce 2011 a je nejmladším účastníkem 1. sledge hokejové ligy, kterou hraje celkem šest družstev. Jedná se o mužstva HC Sparta Praha, SHK Lapp Zlín, SKV Sharks Karlovy Vary, SOHO Olomoučtí Kohouti, Kings České Budějovice a právě SHK Mustangové Pardubice. Výzkum probíhal od října 2014, kdy začali Mustangové trénovat, až do začátku března 2015, kdy sehráli své poslední finálové utkání na ledě LAPP Zlín.

V týmu působí tři hráči s oboustrannou amputací dolních končetin, čtyři hráči s jednostrannou amputací, čtyři jedinci s DMO, dále tři hráči bez postižení a jeden hráč mající zánětlivý proces na páteři.

5.3.1 Sběr dat k výzkumnému šetření

Pro zodpovězení mých výzkumných otázek byl tedy aplikován výzkum na sledge hokejové mužstvo pardubických Mustangů. Pro metodu pozorování se jednalo o celý tým, který se scházel na tréninky a zápasy po dobu šesti měsíců. Pro polostrukturované rozhovory jsem vybral z týmu čtyři jedince se získaným postižením. Tyto rozhovory byly pořízeny v důvěrně známém prostředí hráčů - v jejich šatně. Byly nahrávány na diktafon a následně přepsány do textového dokumentu. Všem hráčům byl ještě předložen dotazník Nezdolnost typu SOC pro zpřesnění výsledků výzkumu.

5.3.2 Atmosféra ve zkoumané cílové skupině

Při trénincích, které jsem dvakrát do měsíce navštěvoval, jsem zjišťoval, jak hráči navzájem spolupracují, jak intaktní hráči, kteří jsou po většinou v příbuzenském vztahu s některým z postižených hráčů, pomáhají svým spoluhráčům, ať se jedná o přinesení sledge saní před samotným tréninkem a jejich odnesení po skončení tréninku, tak i při samotném usazování do saní a jejich následném připoutání. S tímto měli největší problémy jedinci s DMO. Intaktní jedinci přinesou na led vše potřebné - puky, hokejky, láhve na pití. Dále bylo zajímavé sledovat, jak je skupina těchto sportovců kompaktní. Každý ví, co, jak a kdy udělat, každý má svůj specifický úkol, který musí plnit, aby trénink začal včas. Každý trénink začíná trenér Tereska přivítáním se všemi hráči, kteří se dostavili. Trénink je pouze hodinový, a tak vše probíhá v rychlém sledu. Pro hráče je důležité být součástí této skupiny, panuje zde přátelská atmosféra.

Jejich společnou aktivitou je sledge hokej. Všichni spoluhráči mají stejný a jasný cíl, a to vyhrát nad soupeřem. Tomuto cíli podřizují vše. V tréninku fungují jako profesionálové, i když se jedná o sport ryze amatérský. Velkou zásluhu na tom má trenér Michal Tereska, který má v týmu pohybově postiženého syna. Jednou ze společných aktivit je trénink, který je jednou týdně nejčastěji v malé hale Tipsport arény. Trénink je povětšinou v pozdních denních hodinách. Schází se zde početná skupina hráčů. Tréninky probíhají ve vysokém tempu. Co se týče zápasů, jsou nepravidelné a záleží na rozlosování

soutěže. Trenér se snaží tým maximálně motivovat jak během zápasu, tak i v průběhu tréninku.

Při zápasech, které se hrají na tři třetiny po patnácti minutách, se hráči soupeřů navzájem respektují. Za vše hovoří obrázek 2 – přestávka mezi třetinami, na kterém je vidět přestávkový program obou mužstev, kdy jsou všichni hráči i se soupeři v jednom kruhu a probírají zápas.

Obrázek 2 - Přestávka mezi třetinami



6 Výsledky výzkumného šetření

Tato část bakalářské práce se zabývá výsledky výzkumného šetření za pomoci odpovědí získaných z rozhovorů s hráči sledge hokejového týmu SHK Mustangové Pardubice. Tyto rozhovory probíhaly formou polostrukturovaného interview a otázky byly rozděleny do šesti skupin, ze kterých vylýnuly odpovědi na dílčí výzkumné otázky, které posléze odpověděly na hlavní výzkumnou otázku. Otázky byly rozděleny do šesti okruhů a v průběhu rozhovorů byly doplňovány. Kompletní přepisy rozhovorů s hráči jsou k dispozici v přílohách 6, 7, 8, a 9.

Okruhy otázek:

- První okruh otázek byl seznamovací. (otázky 1-5).
- Druhý okruh byl zaměřen na vznik postižení a měl za úkol odpovědět na první dílčí výzkumnou otázku - zda se cítili hráči SHK Mustangové před svým vstupem do mužstva méněcenní (otázky 6-12).
- Třetí okruh otázek byl zaměřen na klub SHK Mustangové a měl za úkol odpovědět na druhou dílčí otázku „Jak ovlivňuje atmosféra SHK Mustangové osobní život hráčů?“ (otázky 13-16).
- Čtvrtý okruh se zaměřil na sociální oporu. Tento okruh odpovídá na třetí dílčí výzkumnou otázku „Je členství v klubu zdrojem významné sociální opory?“ (otázky 17-19).
- Pátý okruh otázek měl za úkol zjistit, jak jedinci vnímají své postižení, co jim sledge hokej přinesl a zda jim pomáhá s integrací a tím odpovědět na čtvrtou dílčí výzkumnou otázku, zdali sehrává sledge hokej pozitivní roli v procesu integrace?(otázky 20-22).
- Šestý okruh otázek měl za cíl odpovědět na pátou dílčí výzkumnou otázku „Jak ovlivňuje sledge hokej sociální pohodu?“ (otázky 23-26).

K lepší přehlednosti vyhodnocení jsem analýzu výzkumného šetření rozdělil na čtyři části. Každá část, obsahuje vždy rozhovor s jedním z hráčů a jeho rozbor. Ke každému rozhovoru jsou vždy přiřazeny výsledky dotazníku Nezdolnost typu SOC.

Hráč A

Hráč A má tělesné postižení získané. Po nehodě na motorce mu byla amputována levá dolní končetina nad kolenem. Sledge hokejový tým sám v Pardubicích založil. Nejbližší se totiž nacházel až v Kolíně, kam také zprvu dojížděl. Před vznikem postižení byl aktivním sportovcem. Hrál fotbal, tenis, hokej, volejbal apod. V osobním životě podniká. Má malou dílnu a věnuje se truhlářině. Po úrazu mu pomáhali celá rodina i kamarádi, všichni mu byli sociální oporou. Odbornou pomoc lékařů nepotřeboval. Své postižení bere s nadhledem, a jak sám říká, jedná se jen o „vadu na kráse“. Po svém úraze byl v pohodě, nevěděl, co ho čeká, myslel si, že dostane protézu a vše bude jako dřív. Ale brzy si přiznal, že se spletl, že to tak jednoduché rozhodně nebude. Atmosféra SHK Mustangové velice ovlivňuje jeho život. Jako předseda klubu má spoustu starostí s fungováním klubu. Podle svých slov se jedná o „žrouta času“. Jako kapitán a hlavně zakladatel klubu cítí zodpovědnost za výsledky a spoluhráče. Chce, aby se spoluhráči cítili dobře. A vidí, „jak jsou kluci, když jsou někde pohromadě, v pohodě. Jsou mezi lidmi, kteří mají stejné či podobné problémy, a je úplně jedno, že je mezi některými třeba i věkový rozdíl třiceti let,“ podotýká hráč A. Členství v SHK Mustangové mu pomáhá, má pocit, že někam patří a může něco dokázat. A ještě každý pohyb pomáhá tělu. Sledge hokej mu přináší větší fyzickou i psychickou kondici a nové známé po celé republice. Avšak zabírá spoustu času, což se moc nelíbí jeho přítelkyni a dětem, na které nemá během sezóny tolik času, kolik by chtěl. Když potřebuje pomoc či radu, ví, že v klubu ji dostane. Sám je sebevědomější díky sportu, protože dělá, co ho baví, naplňuje, a hlavně v tom chce být dobrý. Je rád, že spoluhráči si navzájem pomáhají a zdokonalují se a že berou klub jako srdeční záležitost. Sledge hokej se podle něj dostává do povědomí intaktní společnosti a to bere jako velké plus co se týče procesu integrace. Jak sám říká: „I když jsme kriplové, tak jsme pořád lidi.“ Když zrovna není sezóna, odpadá mu spousta starostí. Jediné, co mu vždy chybí, jsou spoluhráči a atmosféra v týmu. Svůj volný čas tráví hlavně s rodinou. Občas, se se spoluhráči vidá i mimo tréninky a zápasy. Hlavní rozdíl mezi postižením a

zdravým stavem spatřuje v tom, že už nemůže dělat, co chce. Sport mu dodává lepší pocit ze sebe sama. Často se mu v běžném životě stává, že si na něj lidé ukazují, ale nevadí mu to.

Výsledky dotazníku Nezdolnost typu SOC u hráče A:

- Celkový součet = 140;
- srozumitelnost „C“ = 4,09;
- zvládnutelnost „MA“ = 4,80;
- smysluplnost „ME“ = 5,88.

Z výsledků vyplývá, že jeho celkový smysl pro soudržnost je na základě dotazníku a v porovnání s průměrnými hodnotami zdravé populace v České republice (viz příloha 5) lehce podprůměrná. Tento fakt se dá přiřadit dle Pelcáka (2013, s. 103) ke zvýšené vulnerabilitě, která může hrát roli nejen v samotné etiologii onemocnění, ale hlavně při zvládnání nemoci a při náhlých změnách zdravotního stavu.

Hodnoty srozumitelnosti jsou u hráče A, také lehce podprůměrné, ovšem blíží se k celkovému průměru zdravé populace v České republice. Toto můžeme přiřadit jeho rozhodnému stylu života. Ví, co od života čeká. Své postižení bere s nadhledem.

Výsledná hodnota zvládnutelnosti se blíží k průměru zdravé populace v České republice. Tento fakt, že jsou hodnoty průměrné a nikoli podprůměrné, lze přiřadit kvalitní sociální opoře, jak při vzniku postižení, kdy měl plno přátel, kteří se k němu neotočili zády, tak samozřejmě i k jeho nynější přítelkyni se kterou má dvě děti. Dalším faktorem průměrné hodnoty zvládnutelnosti může být to, že vnímá ztrátu končetiny jako překonanou.

Hodnoty smysluplnosti jsou u hráče A lehce nadprůměrné. Toto nám říká, že hráč A má kladný postoj k životu. Má v životě motivaci něco dokázat. Hráč A je zároveň kapitánem reprezentačního mužstva sledge hokeje. Proto se dá smysluplnost přiřadit tomu, že chce ve sportu něco dokázat.

Na hodnotách zvládnutelnosti a hlavně smysluplnosti u hráče A je patrné, jak je pro člověka důležité mít sociální oporu a mít v životě nějaký cíl. Provozovat činnost, která ho bude naplňovat.

Hráč B

Hráči B byla amputována levá dolní končetina ve stehně pro kostní nádor. Onemocněl v 19 letech. Ke sledge hokeji ho přivedl kamarád, který klub zakládal a potřeboval hráče do začátků. Je tedy členem týmu již pátou sezónu. Před svým postižením závodně tancoval, hrál rekreačně fotbal, tenis, jezdil na kole. V zimě jezdil často lyžovat. Pracuje na částečný úvazek v jedné firmě jako IT pracovník, přivydělává si opravou počítačů a má částečný invalidní důchod. Ke vzniku svého postižení a sociální opoře se vyjádřil tak, že onemocněl ve špatnou dobu, protože „v roce 1994 naše socialistické zdravotnictví a vůbec celá společnost v otázce handicapů schovávala hlavu do písku. Takže mi pomáhala jen rodina. V okolí žádné sdružení, akce a sport pro tělesně postižené v té době v podstatě neexistovaly.“ S postižením mu tedy moc nikdo nepomohl, musel se s tím sžít sám. Bohužel, ani přátelé mu nebyly silnou oporou, protože nikdo nevěděl, jak mu mají pomoci, jak se k němu chovat. Na tuto dobu nevzpomíná v dobrém. Zkoušel vyhledat odbornou pomoc, ale také neúspěšně. Své postižení už nyní vnímá normálně, naučil se s ním žít. Po vzniku postižení se cítil značně méněcenný. S tímto pocitem se vyrovnal až v době, když začal potkávat lidi, kteří na tom byli obdobně. Atmosféra SHK Mustangové ho ovlivňuje velice pozitivně právě proto, že potkává lidi s podobným postižením. Cítí, že není postižený sám. Sport a vlastní pohyb jsou pro něj pozitivním nábojem do života. Dodává mu mimo jiné také fyzickou vzpruhu a celkově lepší pocit ze sebe sama. Je díky sportu se cítí sebevědomější. Pomáhá mu jak po fyzické stránce, tak hlavně po psychické. Spoluhráči mu pomáhají a on pomáhá jim. „Je dobré si popovídat o stejných problémech, které nás trápí, každý člověk má jiné zkušenosti a cítí to jinak“ dodává k tomu hráč B. Je rád, že se sledge hokej dostává do povědomí populace. Mimo sezónu mu chybí fyzická aktivita sledge hokeje, proto chodí plavat, jezdí na kole a provozuje všelijaké sporty. Co se týká spoluhráčů a společných aktivit, s těmi toho moc nepodniká. Hlavní důvod vidí v tom, že jsou spoluhráči různě roztroušeni po kraji. On sám bydlí v Hradci Králové. Postižení mu sebralo „takový ten normální život.“ Naopak ale poznal něco nového. Sport mu pomáhá oprostít se od každodenní rutiny. Chodí pravidelně plavat, v zimě jezdí na lyže. Své tělo v současné době vnímá dobře. V začátcích po amputaci vnímal, jak se na ně okolní svět dívá poměrně hodně. Nyní to vnímá také, ale už si to tolik nepřipouští.

Výsledky dotazníku: Nezdolnost typu SOC u hráče B.

- Celkový součet = 112;
- srozumitelnost „C“ = 3,91;
- zvládnutelnost „MA“ = 4,00;
- smysluplnost „ME“ = 5,33.

Hráč B má celkový smysl pro soudržnost na základě výsledků dotazníku a porovnání s průměrnými hodnotami zdravé populace v České republice (příloha 5) hluboce pod průměrem. Toto se dá opět přiřadit ke vzniku postižení. U hráče B se jednalo o amputaci dolní končetiny po vzniku nádorového onemocnění. S tímto se podle rozhovorů velice těžko sžíval. V době vzniku postižení neměl ani možnost navštívit odbornou pomoc. Přátelé a známí se k němu otočili zády.

Hodnota srozumitelnosti je také velice podprůměrná. Hráč B neví, kam povedou jeho další životní kroky. Jeho život nemá jasný cíl. V době postižení cítil méněcennost a ta v něm pořád zůstává.

Na podprůměrnou hodnotu zvládnutelnosti má vliv nízká rodinná resilience a sociální opora. Dále může mít vliv na nízkou hodnotu zvládnutelnosti fakt, že se hráč B se svým postižením sžíval dlouhou dobu. Hráč B má neustále pocit, že nezvládá úkoly a situace běžného dne.

Hodnota smysluplnosti je v porovnání s průměrnou hodnotou zdravé populace v České republice (viz. Příloha 5) spíše průměrná. Z hlediska rozhovoru víme, že si neumí představit život bez sportovního vyžití. Proto nebyť vstupu do týmu sledge hokeje a setkávání se s lidmi se stejnými problémy, byla by hodnota smysluplnosti určitě ještě nižší.

Na příkladu hráče B je patrné, že mu scházela sociální opora a odborná péče. Toto všechno má vliv na velice podprůměrné hodnoty SOC. Dále z rozhovoru vyplývá, že sport na něj má velice kladný vliv.

Hráč C

Hráč C má amputované obě dvě dolní končetiny po úraze v roce 1996. V sledge hokejovém klubu Mustangové se objevil během první sezóny, kdy ho přivedl na trénink zakladatel hráč A. Hráč C byl velkým sportovcem již před vznikem svého postižení. Běhal různé terénní běhy, byl vášnivý horolezec a rád vyrážel na vysokohorské túry. Na svůj život si nestěžuje, pracuje jako asistent pedagoga na základní škole a pobírá částečný invalidní důchod. V době po úraze ho nejvíce podržela jeho nejbližší rodina. Nejvíce mu pomohlo, jak sám říká: „že jsem doslova a do písmene vylezl z hrobu. Vše následující byl krásný sen. To mi nejvíce pomohlo vyrovnat se s dvojí amputací.“ Přátelé a známí mu také všemožně pomáhali, uspořádali sbírku na protézy pro Konto Bariéry. Pomáhali i jeho rodině, pro kterou to bylo také těžké období. Po uplynutí dvou až tří let musel vyhledat pomoc psychologa, dostavila se nespavost a jiné problémy, které byly spojeny s traumatem po úraze. Své postižení vnímá tak, že se s ním dá žít celkem hodnotný život, i když s přibývajícím věkem má více zdravotních problémů. Postižení bere jako výzvu, snaží se zvládat co nejvíc. Atmosféra SHK Mustangové na něj má pozitivní vliv. Jako hlavní uvádí, že může být v kontaktu s lidmi, kteří mají podobné osudy a starosti. Navzájem se „hecuje“ a dodávají si sebevědomí. Členství v SHK mu velice pomáhá v osobním životě. Do budoucna ví, že toho už ve sledge hokeji jako nejstarší hráč ligy asi příliš nedokáže. Hlavní pro něj je, že si může s mladšími hráči pořádně zatrénovat. Sport vnímá jako obrovskou psychickou vzpruhu, je pro něj nesmírně důležitý. Je rád, že může společně se spoluhráči prožívat úspěch. Neumí si představit, že by nesportoval. Sledge hokej mu přinesl samá pozitiva, občas ho sice vše bolí, ale o to je to prý „zdravější“ pocit, že se hýbe. Jen vydržet. Sport mu tedy pomáhá jak po psychické tak i po fyzické stránce. Vlévá mu sebevědomí do žil. Ví, že něco dokáže a není ještě „na odpis.“ Spoluhráči ho dokážou vyhecovat. Cítí, že díky sportu, je blíž intaktní společnosti. Nebojí se vyjet ven. Po sezóně, kdy je letní přestávka, má ve škole prázdniny. Má dostatek ostatních zájmů, ale na start nové sezóny se vždy těší. Se spoluhráči se mimo tréninky a zápasy navštěvuje spíše výjimečně, ale jak sám říká: „jsou fajn.“ Postižení mu celkově zpomalilo život, vidí věci, kterých si dřív nevšiml. Jako vášnivý horolezec nestihl vylézt Matterhorn, ale ten už prý opravdu nepoleze. Své tělo se snaží udržovat v kondici a na to, že mu chybí nohy, si už zvykl. Na poslední otázku, zda měl někdy pocit, že se na něj dívá celý okolní svět a že si

na něj ukazuje kvůli postižení, odpověděl: „To jsem zažil nespočetněkrát na koupališti s malými dětmi, které jsou naprosto bezprostřední a bezelstné. Mimochodem, vzpomínám si, že mi nějaký čas trvalo, než jsem se odhodlal na veřejnosti svléknout do plavek a sundat „nohy“. Dnes je to už zcela běžné. Všechno chce svůj čas.“

Výsledky dotazníku: Nezdolnost typu SOC u hráče C.

- Celkový součet = 147;
- srozumitelnost „C“ = 4,09;
- zvládnutelnost „MA“ = 5,20;
- smysluplnost „ME“ = 6,25.

Z výsledků dotazníku SOC má hráč C hodnotu celkového smyslu pro soudržnost průměrnou v porovnání s hodnotami zdravé populace v České republice (příloha 5). To lze zdůvodnit velkou mírou sociální opory při vzniku postižení. Dále pak k takové míře SOC mohl přispět fakt, že na následky nehody mohl zemřít.

Hodnoty srozumitelnosti s porovnáním s průměrnými hodnotami zdravé populace v České republice jsou lehce podprůměrné. Tato hodnota podprůměrnosti je ovšem zanedbatelná. Ví, co od života čeká, a ví, jaké v něm má místo.

Hodnota zvládnutelnosti je u hráče C v průměrných hodnotách v porovnání s hodnotami zdravé populace v České republice. Hráč C je se svým postižením zcela sžitý. Jak vyplývá také z rozhovoru, naučil se se svým postižením žít celkem plnohodnotný život. Sociální opora je u něho důležitým faktorem. Přátelé, známí a celá rodina mu velice pomáhají.

Hodnoty smysluplnosti jsou u hráče C s porovnáním zdravé populace v České republice nadprůměrné. To lze bezesporu přiřadit k chuti sportovat. Vstup do sledge hokejového týmu mu dal potřebnou motivaci k životu. Jak je patrné z rozhovoru, setkávání se s lidmi s podobnými problémy a možnost vyměnit si různé názory a zkušenosti jsou pro něho nepostradatelné.

Na příkladu hráče C je určitě patrná pomoc rodiny a přátel při vzniku postižení, a tedy dostatečně velká sociální opora. Dále mu pomáhá setkávání se s lidmi s podobnými problémy a možnost výměny svých zkušeností.

Hráč D

Postižení hráče D je získané - amputace levé nohy nad kolenem po nehodě na motorce. Ke sledge hokeji ho dovedl kamarád, který již sledge hokej hrál. Je členem druhou sezónu. Před vznikem postižení byl aktivním sportovcem. Hrál fotbal, hokej, hokejbal a rekreačně provozoval celou spoustu dalších sportů. Dlouho hledal zaměstnání. Nyní pracuje na částečný úvazek jako IT pracovník a pobírá částečný invalidní důchod. Při vzniku postižení ztratil spoustu přátel a hlavně přítelkyni, se kterou plánovali svatbu. Jak sám říká: „Asi si nedokázala představit život s mrzákem.“ Nejvíce mu pomáhaly nejbližší rodina a také představa, že tu nehodu vůbec nemusel přežít. Přátelé mu moc nepomohli. Vyhledal pomoc psychiatra, kterého navštěvoval rok, ovšem nějaké velké podpory a pomoci se mu nedostávalo. Lékař mu předepisoval jen prášky pořád dokola. Své postižení chápe dle svých slov jako „krutou daň mladistvé nerozvážnosti“ a s postižením se sžívá. Pocit méněcennosti je v něm každý den, i když poslední dobou už si zvyká. Atmosféra SHK Mustangové ho velmi ovlivňuje, je to pro něho zábava a hlavně možnost setkávat se s lidmi s podobnými problémy a zkušenostmi. Ví, že se v klubu nikdo k němu neotočí zády. Dělá, co ho naplňuje. Sport mu pomáhá v osobním životě, rád se chlubí úspěchy týmu, chce ve sledge hokeji něčeho dosáhnout, rád by se jednou dostal na paralympiádu. Sledge hokej mu přináší větší fyzickou i psychickou odolnost. Členství v SHK mu pomáhá hlavně v tom, že může potkávat lidi s podobnými osudy a že ví, že není sám, kdo má problémy. Než začal hrát sledge hokej, trpěl depresi. V dnešní době je sebevědomější. Se spoluhráči si pomáhají tak nějak navzájem a neustále se podporují. Sledge hokej se podle něho dostává více do povědomí lidí a díky tomu cítí větší míru integrace. Lidé ho poznávají. Když zrovna není sezóna, tak se snaží udržovat v kondici, chodí plavat, jezdí na kole. Se spoluhráči se občas sejde na nějakém grilování, ale nebývá to často, hlavně kvůli vzdálenosti bydliště ostatních spoluhráčů. Postižení mu vzalo hlavně možnost dělat to, co pro něho dřív bylo běžné, a, jak dodává, také „bývalou přítelkyni a některé falešné kamarády.“ Díky sportu se cítí lépe, a to jak po psychické, tak po fyzické stránce. Se svým postižením se neustále sžívá. Neustále má pocit, že se na něj dívá celý svět, že si na něho děti ukazují, když se svlékne na plavání. Ovšem ví, že jiné už to nebude.

Výsledky dotazníku: Nezdolnost typu S.O.C u hráče D.

- Celkový součet = 110;
- srozumitelnost „C“ = 3,73;
- zvládnutelnost „MA“ = 4,00;
- smysluplnost „ME“ = 5,23.

Výsledky dotazníku SOC vypovídají o tom, že hráč D má celkový smysl pro soudržnost velice podprůměrný s porovnáním s průměrnými hodnotami zdravé populace v České republice (příloha 5). To lze bezesporu odůvodnit nízkou mírou sociální opory přátel a ukončením vztahu ze strany jeho přítelkyně krátce po vzniku postižení.

I hodnoty srozumitelnosti jsou s porovnáním s průměrnými hodnotami zdravé populace v České republice velice podprůměrné. To lze přiřadit faktu, že je jeho postižení stále čerstvé. Neví, co od života čeká, a neví, jak se jeho život bude vyvíjet dále.

Hodnota zvládnutelnosti je u hráče D znovu v podprůměrných hodnotách v porovnání s hodnotami zdravé populace v České republice. Jak je patrné z rozhovoru, stále se nenaučil se svým postižením žít. Nízká hodnota se dá přiřadit také k tomu, že mu chyběla pomoc nejbližších přátel, a tím pádem byla sociální opora nižší.

Hodnoty smysluplnosti jsou u hráče D s porovnáním zdravé populace v České republice průměrné. Jak je zjevné z rozhovoru, nebýt vstupu do SHK Mustangové a sportovní aktivity, hodnoty smysluplnosti by byly daleko nižší. Sport ho naplňuje a je rád, že se může setkávat s lidmi s podobnými problémy.

Na příkladu hráče D je zjevné, jak mu chyběla pomoc přátel při vzniku postižení. Rozchod s bývalou přítelkyní, která se s ním rozešla bezprostředně po nehodě, mu také nepomohl. Se svým postižením se pořád ještě sžívá a domnívám se, že to ovlivnilo výsledky dotazníku SOC.

7 Zhodnocení výsledků výzkumného šetření

Tato bakalářská práce se zaměřila na otázku, zda má sport vliv na psychiku lidí s tělesným postižením. Pro odpověď na tuto hlavní výzkumnou otázku bylo zvoleno pět dílčích výzkumných otázek a pomocí kvalitativních metod pozorování a polostrukturovaného rozhovoru a kvantitativní metody dotazníků Nezdolnost typu SOC a Stress profile na ně bylo odpovídáno.

Při pozorování jsem se zaměřil na celou skupinu SHK Mustangové. Zajímalo mě hlavně chování intaktních spoluhráčů ke spoluhráčům s postižením, a jak na tyto postižené jedince působí intaktní jedinci. Dále pak jak vztahy ve skupině působí na psychiku lidí s tělesným postižením.

První skupina otázek v polostrukturovaném rozhovoru (přepis v příloze 4) byla seznamovací (otázky 1-5). Tyto otázky byly pokládány k navození přátelské atmosféry. V této části výzkumu jsme se dozvěděli, jak jsou jedinci dlouho členy SHK Mustangové a kdo je ke sledge hokeji přivedl. Ve třech případech (hráči A, B, C) jsou respondenti členy SHK Mustangové od první sezóny. Hráč A je dokonce zakladatelem klubu a všechny dotazované přivedl ke sledge hokeji právě on. Hráč D je nejmladší člen mužstva a odehrál dvě sezóny. Co se týká druhu postižení, vybral jsem si k rozhovorům záměrně postižení získané. Všichni dotazovaní mají amputaci dolní končetiny. Hráč C má amputované dokonce končetiny obě. Všichni dotazovaní také sportovali již před vznikem postižení. Dále všichni dotazovaní pobírají částečný invalidní důchod a každý z nich má zaměstnání alespoň na částečný úvazek. Hráč A dokonce vlastní truhlářskou firmu.

Po těchto seznamovacích otázkách byly hráčům pokládány otázky (č. 6-12, viz příloha 4), které měly zjistit odpověď na první dílčí výzkumnou otázku:

1. Cítili se hráči SHK Mustangové před svým vstupem do mužstva méněcenní?

Jak je patrné z rozhovorů a odpovědí v dotazníku Nezdolnost typu SOC, hráč A a hráč C měli při vzniku svého postižení velkou sociální oporu. Přátelé a rodina je v nejtěžších chvílích podrželi a u těchto jedinců nebyla zaznamenána větší míra méněcennosti. Naproti tomu hráčům B a D, se pomoci a celkově sociální opory tolik

nedostávalo. Například hráč D přišel po amputaci o dlouholetou přítelkyni a spoustu kamarádů. Pocit méněcennosti se u něho projevoval každý den, nedokázal ani jet po ulici, aniž by si pocit méněcennosti nepřipustil. Všude slyšel rozhovory lidí typu „co, kdo, kdy a jak budou dělat“, a to ho velmi sráželo na kolena. Myslel si, že už nikdy v životě ničeho nedosáhne. Sledge hokej mu s tímto problémem pomohl. Chce s tímto sportem dosáhnout úspěchů, jeho přáním je dostat se s českou reprezentací na paralympiádu. Hráč B se také cítil velmi méněcenný. Nikdo včetně odborníků mu nedokázal pomoci. Musel se s postižením vyrovnávat sám. Velice mu pomohl vstup do sledge hokejového týmu, kde se může vídat s lidmi s podobnými starostmi.

Jak je tedy patrné, sociální opora je velice důležitým faktorem pro psychiku jedince při zisku tělesného postižení. Jednou z možností, jak odbourat pocit méněcennosti, je právě například sport. Člověk se cítí sebevědomější a hlavně může být součástí skupiny jedinců s podobnými problémy.

Třetí okruh otázek (otázky č. 13-16 v příloze 4) byl veden směrem ke klubu SHK Mustangové. Tyto otázky měli za úkol odpovědět na druhou dílčí výzkumnou otázku:

2. Jak ovlivňuje atmosféra SHK Mustangové osobní život hráčů?

Na tento okruh otázek všichni respondenti odpovídali kladně, a to hlavně z toho důvodu, že se navzájem potkávají lidé s podobnými problémy a starostmi. Hráč C například uvedl, že, „to má rozhodně pozitivní vliv. A to z více stránek. Jednak jsou v přímém kontaktu lidé s podobnými osudy a starostmi, mohou si vyměňovat názory a zkušenosti. Také se vzájemně povzbuzujeme a hecujeme, vyhovuje mi i sdílený černý humor. A rozhodně je dobré sportovat a prožívat společně případný úspěch. Sport je tedy pro mě mimořádně důležitý.“ Hráč B uvedl, že členství v SHK Mustangové, sport a vlastní pohyb mu pomáhá i v osobním životě, protože se jedná o pozitivní náboj do života. Hráče D sport a pohyb velice naplňuje a cítí se sebevědomější. Hráči A sport a členství v klubu SHK Mustangové pomáhá hlavně v tom, že „má člověk pocit, že někam patří a že může něco dokázat.“ Všichni dotazovaní hráči se tedy shodly na tom, že sledge hokej, jim přináší větší fyzickou i psychickou odolnost.

Jak tedy vyplynulo z odpovědí na otázky, které byly položeny hráčům, a také z pozorování, je pro ně atmosféra v SHK Mustangové důležitá. Jedná se hlavně o možnost

setkávání se lidí s podobnými starostmi a problémy. Všichni jsou si rovni a panuje zde respekt jak mezi spoluhráči, tak i mezi soupeři. A jak dále vyplynulo z výsledků dotazníku Nezdolnost typu SOC, je pro všechny dotazované sport důležitý hlavně z hlediska smysluplnosti, které vyšli u všech hráčů alespoň v průměrných hodnotách.

Ve čtvrtém okruhu otázek, jsem se zaměřil na sociální oporu. Jedná se o otázky s čísly 17-19 (viz příloha 4). Tyto otázky měli odpovědět na třetí dílčí výzkumnou otázku:

3. Je členství v klubu zdrojem významné sociální opory?

Na otázku, zda si pomáhají spoluhráči, co se týče sebevědomí, se odpovědi opět velmi shodovali, a to většinou tak, že si pomáhají všichni navzájem. Opět jsou všichni rádi, že patří do nějaké skupiny, kde mají všichni podobný problém, cítí, že nejsou „jiní“. Například hráč D odpověděl: „Členství v SHK a spoluhráči mi nejvíce pomáhají hlavně po psychické stránce, setkávání se s lidmi s podobnými osudy je pro mě velice důležité. Vím, že nejsem sám, kdo má tyto problémy, a to mě asi nejvíce drží nad vodou.“ Hráč B ještě dodal, že „je dobré si popovídat o stejných problémech, které nás trápí. Každý člověk má jiné zkušenosti a cítí to jinak.“ Hráč C je nejstarším hráčem a je rád, když ho mladší spoluhráči motivují k ještě lepším výkonům, navzájem se „hecuje“.

Z výsledků rozhovorů a dotazníku Nezdolnost typu SOC tedy vyplývá, že je členství v klubu zdrojem významné sociální opory. Všichni si navzájem pomáhají, spolupracují a navzájem se „hecuje“. Jeden na druhého se můžou spolehnout, co se týká rady či pomoci. U odpovědi na tuto dílčí výzkumnou otázku lze zmínit ještě to, že jsem pomocí výzkumné metody pozorování zjistil, jak pomáhají intaktní jedinci tělesně postiženým spoluhráčům. Tito vědí, že se na ně mohou spolehnout, co se týče například přípravy sledge saní před tréninkem či zápasem.

Pátý okruh otázek měl za úkol zjistit, jak jedinci vnímají své postižení, co jim sledge hokej dal a jestli jim pomáhá s integrací (viz příloha 4, otázky 20-22). Tím jsem mohl odpovědět na čtvrtou dílčí výzkumnou otázku:

4. Sehrává sledge hokej pozitivní roli v procesu integrace?

Hráč A odpověděl, že, co se týká integrace, se sledge hokej „čím dál tím víc dostává do povědomí lidí, a pak i zdraví si uvědomují, že i když jsme „kriplové“, tak jsme pořád lidi.“ Hráč B odpověděl v podobném smyslu jako hráč A. Je tedy rád, že se sledge hokej dostává do povědomí populace. Hráč C doslova odpověděl: „Sledge hokej má jednoznačně pozitivní roli v procesu integrace. Jsem díky sportu blíže většinové společnosti, nebojím se vyjet ven.“ I u hráče D je sledge hokej důležitý v procesu integrace. Hráč D dokonce, když skončí sezóna, dlouze přemýšlí nad tím, jak naložit se svým volným časem. Sledge hokej mu chybí, a tak sportuje jinak, chodí plavat, jezdí na kole.

Z rozhovorů tedy vyplývá, že, co se týká integrace, má sledge hokej pozitivní vliv na všechny z dotazovaných hráčů. Hlavním důvodem je, že se sledge hokej dostává do povědomí široké populace, což potvrzuje i mé pozorování, kdy jsem zjistil, že se na finálový zápas mezi SHK Mustangové a Lapp Zlín sešlo v Pardubické Tipsport aréně přes 600 diváků. Stejný zájem jsem zaznamenal i při odvetném zápase ve Zlíně, kde se také sešlo okolo 500 diváků.

Šestý a poslední okruh otázek (viz příloha 4, otázky 23-26) měl za cíl odpovědět na pátou dílčí výzkumnou otázku:

5. Ovlivňuje sledge hokej sociální pohodu?

Sledge hokej je zdrojem sociální pohody u všech dotazovaných hráčů. Například hráč B odpověděl na otázku, zda má někdy pocit, že je díky sportu lepším člověkem, co se týká sociální pohody, takto: „Jednoznačně. Chodím pravidelně plavat, v zimě jezdím na lyže, sport mi prostě pomáhá oprostít se od každodenní rutiny, cítím se pak lépe, aktivněji, jednoznačně pocitově lepší.“ Na stejnou otázku odpověděl hráč C takto: „Sport má u mě na sociální a celkově pocitovou pohodu určitě kladný vliv. Hlavně, že jsem se zdravě zapotil nebo že jsem dal důležitý gól.“ Poslední, 26. otázka dotazníku byla záměrně zařazena do této 5. dílčí výzkumné otázky. Nešlo ani tak o spojení sledge hokeje a sociální pohody, ale spíše o to, jak se dotazovaní hráči cítí ve společnosti, jaký mají pocit ze svého postižení. Otázka tedy zněla: Měl jste někdy pocit, že se na Vás dívá celý okolní svět? Že si na Vás ukazuje kvůli postižení? Všichni hráči odpovídali, že tento pocit zažívají každý

den. Například hráč A odpověděl: „Ano, téměř pokaždé, když jdu někde po plavečáku pouze o berlích a bez protézy, tak lidi koukají a děti si ukazují, ale už s tím nemám problém. Ovšem, když mám kalhoty a protézu, tak to lidi ani pořadně nezjistí.“ Hráč B odpověděl: „V začátcích po amputaci jsem to vnímal silně. Nyní to samozřejmě vnímám taky, lidi si ukazují, maminky nadávají dětem, ať po mě tak nekoukají, ale nevádí mi to. Hráči C nějakou dobu trvalo, než se odhodlal na veřejnosti svléknout do plavek a sundat protézy. Dnes, jak sám říká, je to už zcela běžné. Všechno chce svůj čas.

Z výsledků polostrukturovaných rozhovorů, pozorování a dotazníku typu SOC tedy vyplývá, že sledge hokej a celkově sport ovlivňuje velmi sociální pohodu dotazovaných hráčů. Při sportu zapomínají na běžnou denní rutinu a cítí se celkově lépe jak po psychické stránce, tak i po stránce fyzické.

Pomocí těchto dílčích otázek, můžeme tedy odpovědět na hlavní výzkumnou otázku:

- **Jaký je vliv sportu na psychiku lidí s tělesným postižením?**

Podle výsledků výzkumu je sport jednou z možností, jak zlepšit jedincův stav, kdy je jedinec tělesně postižený, po psychické stránce. Pravidelné setkávání se s lidmi v rámci skupiny s podobnými zdravotními problémy a lidskými osudy je pro jedince s tělesným postižením zdrojem významné sociální útechy. Jedinci se cítí díky sportu sebevědomější a lépe integrováni do společnosti. Sport jim přináší pocit důležitosti. Dělají, co je naplňuje, a chtějí dosáhnout úspěchu. Během tréninků a zápasů alespoň na chvíli nemyslí na své postižení. Rádi navštěvují každý trénink. Vědí, že se v týmu vždy, když budou potřebovat, dočkají sociální opory a celkové pomoci od všech přítomných, protože si všichni pomáhají navzájem. Jak vyplývá z výsledků dotazníku Nezdolnost typu SOC a polostrukturovaných rozhovorů, tak i když je celkový součet smyslu pro soudržnost u hráče B a hráče D velice podprůměrný a u hráčů A a C průměrný, hodnoty smysluplnosti jsou díky sportu v průměrných hodnotách.

Závěr

Tato bakalářská práce byla zaměřena na problematiku tělesného postižení. Zejména pak na to, zda má sport vliv na psychiku lidí s tělesným postižením. Snažil jsem se nastínit možnost, jak mohou postižení lidé efektivněji trávit svůj volný čas, jak mohou zapomenout alespoň na chvíli na problémy, které je každý den potkávají, jak mohou zlepšit své sebevědomí a sebehodnocení. Dále jsem se snažil představením sledge hokejového týmu SHK Mustangové Pardubice nastínit intaktní společnosti fakt, že i postižený člověk může provozovat sport a kvalitně tak trávit svůj volný čas, protože sport tělesně postižených osob se pomalu stává fenoménem dnešní doby - čím dál více lidí s tělesným postižením se věnuje právě sportu.

V teoretické části byly rozebrány mimo jiné psychické důsledky tělesného postižení, sebepojetí, resilience, psychická odolnost, sociální opora a kvalita života s tělesným postižením. Na základě výzkumu bylo zjištěno, že sport těmto lidem po psychické stránce velmi pomáhá. Jsou v běžném životě sebevědomější. Cítí se lépe jak po fyzické, tak hlavně po psychické stránce. Hlavním důvodem je fakt, že jedinci mohou být součástí skupiny, ve které jsou lidé s podobnými problémy a starostmi, což jasně nastiňuje paralelu mezi teorií o sociální opoře a výsledky výzkumu. Na základě tohoto výzkumu je také patrné, jak je pro jedince s postižením sport důležitý z hlediska integrace mezi většinovou společností.

U tělesně postižených jedinců je také velmi důležitá míra resilience. Tu jsem ve výzkumném šetření zjistil z dotazníku Nezdolnost typu SOC. Celková míra nezdolnosti sice vyšla u dvou z dotazovaných hluboce v podprůměru, toto se ale dá odůvodnit chybějící podporou rodiny při vzniku postižení. Co se však týká smysluplnosti jako jedné ze zkoumaných oblastí dotazníku, ta je u všech dotazovaných v průměrných hodnotách. Její výši lze zdůvodnit chutí sportovat a provozovat činnost, která jedince naplňuje. Nemohl jsem očekávat, že hodnoty SOC vyjdou nadprůměrné vzhledem k tomu, jak závažnou krizí si dotazovaní po úraze prošli. O tom jsem se zmínil mimo jiné také již v teoretické části.

Výsledky výzkumu jednoznačně poukazují na fakt, že jedinci s tělesným postižením, kteří se věnují sportu, jsou dle svého názoru psychicky odolnější a cítí se více integrováni do společnosti. Pozitivním faktorem sportu tělesně postižených je také chuť dosahovat společných cílů. Vzhledem k uvedeným skutečnostem považuji cíl bakalářské práce za splněný.

Seznam použité literatury

1. ČÁP, Jan a Zdeněk DYTRYCH. *Utváření osobnosti v náročných životních situacích*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1968.
2. FIALOVÁ, Ludmila a František David KRCH. *Pojetí vlastního těla - zdraví, zdatnost, vzhled*. Praha: Karolinum, 2012, ISBN 978-802-4621-609.
3. FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha: Triton, 2008, ISBN 978-807-3870-140.
4. GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2.vyd. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-185-0.
5. HOŠEK, Václav a kolektiv. *Motivace sportovního tréninku*. Praha: Univerzita Karlova, 1985
6. JANEČKA, Zbyněk a kolektiv. *Vybrané kapitoly ze sportu osob se zdravotním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012, ISBN 978-802-4431-079.
7. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001, ISBN 80-717-8551-2.
8. KUBÍČOVÁ, Zdeňka a Jiří KUBÍČE. *Kompenzační a didaktické pomůcky pro děti a žáky s tělesným postižením v mateřské a základní škole*. Praha: Septima, 2001, ISBN 80-721-6166-0.
9. MÁČEK, Miloš a Jiří RADVANSKÝ. *Fyziologie a klinické aspekty pohybové aktivity*. Praha: Galén, 2011, ISBN 978-80-7262-695-3.
10. MAREŠ, Jiří. *Posttraumatický rozvoj člověka*. Praha: Grada, 2012, ISBN 978-802-4730-073.
11. MATĚJČEK, Zdeněk. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. Praha: H, 1992. ISBN 80-854-6742-9.
12. NAKONEČNÝ, Milan. *Sociální psychologie*. 2. vyd. Praha: Academia, 2009, ISBN 978-80-200-1679-9.
13. NOVOSAD, Libor. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. Praha: Portál, 2011, ISBN 978-80-7367-873-9.

14. PELCÁK, Stanislav. *Osobnostní nezdolnost a zdraví*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2013. ISBN 987-80-7435-342-0.
15. PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. vyd. Brno: Paido, 2006, ISBN 80-731-5120-0.
16. RENOTIÉROVÁ, Marie a Libuše LUDÍKOVÁ. *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, ISBN 80-244-1475-9.
17. ŘEHULKOVÁ, Oliva a Evžen ŘEHULKA. *Kvalita života v souvislostech zdraví a nemoci*. Brno: MSD, 2008, ISBN 978-807-3920-739.
18. SLEPIČKA, Pavel, Václav HOŠEK a Běla HÁTLOVÁ. *Psychologie sportu*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2009, ISBN 978-802-4616-025.
19. SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika: prevence a diagnostika, terapie a poradenství, vzdělávání osob s různým postižením, člověk s handicapem a společnost*. Praha: Grada, 2007, ISBN 978-802-4717-333.
20. STACKEOVÁ, Daniela. Psychologické aspekty fitness. In: TILINGER, P., RYCHTECKÝ, A, and PERIČ, T. (eds.). *Sport v ČR na začátku nového tisíciletí: sborník příspěvků národní konference – Praha: 2001. díl 2*. Praha: FTVS UK, 2001. s. 176-180. ISBN 80-86 317-12-9
21. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 5. vyd. Praha: Portál, 2012, ISBN 978-802-6202-257.
22. VÁGNEROVÁ, Marie, Zuzana HADJ-MOUSSOVÁ a Stanislav ŠTECH. *Psychologie handicapu*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2001, ISBN 80-718-4929-4.
23. VALENTA, Milan. *Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru*. Praha: Portál, 2014, ISBN 978-802-6206-026.
24. VÍTKOVÁ, Marie. *Somatopedické aspekty*. 2. vyd. Brno: Paido, 2006, ISBN 80-731-5134-0.
25. ZIKL, Pavel. *Děti s tělesným a kombinovaným postižením ve škole: komplexní péče: léčebná rehabilitace ve škole: polohování: pomůcky pro děti s tělesným postižením*. Praha: Grada, 2011, ISBN 978-802-4738-567.

Seznam použitých internetových odkazů

1. DAŘOVÁ, Klára. Sport tělesně postižených. *Sport tělesně postižených* [online]. 2014 [cit. 2015-03-18]. Dostupné z: <http://ktl.lf2.cuni.cz/text/sportovni/SportZP.pdf>

Seznam příloh

Příloha 1: Sledge hokej v ČR a jeho historie

Příloha 2: Pravidla sledge hokeje

Příloha 3: Zápisy z pozorování

Příloha 4: Vzor rozhovoru

Příloha 5: Vzor dotazníku Nezdolnost typu SOC

Příloha 6: Přepis rozhovoru s hráčem A

Příloha 7: Přepis rozhovoru s hráčem B

Příloha 8: Přepis rozhovoru s hráčem C

Příloha 9: Přepis rozhovoru s hráčem D

Příloha 10: Seznam obrázků a tabulek

Příloha 11: Video - ukázky a fotografie sledge hokeje (DVD)

Příloha 1: Sledge hokej v ČR a jeho historie

Historie sledge hokeje v ČR sahá do roku 2000. Strůjcem všeho byl Roman Herink, který se nechal inspirovat záběry z paralympiády v Naganu v roce 1998. První český hokejový tým pro tělesně postižené sportovce u nás vznikl v roce 1999 na zimním stadionu ve Zlíně a byl pojmenován po zlínském ligovém týmu Sedící Berani. Začátky nebyly vůbec lehké. Saně si vyráběli hráči v garážích. Na Vánoce 1999 obdrželi od jednoho výrobce výstroj pro 10 hráčů. Zlomovým rokem pro rozvoj sledge hokeje u nás byl rok 2002. Od října 2002 se k Sedícím Beranům ze Zlína přidaly týmy z Olomouce a Kolína. Navíc se i Český svaz ledního hokeje rozhodl přijmout sledge hokej jako součást české hokejové komunity. V roce 2003 došlo k prvnímu mezistátnímu utkání státní reprezentace s výběrem Německa. Historicky první mistrovství Evropy ve sledge hokeji se uskutečnilo v dubnu 2005 na nově vybudovaném zimním stadionu ve Zlíně. Tento stadion byl postaven s přihlédnutím ke specifickým potřebám sledge hokejistů a je plně bezbariérový. Naše reprezentace skončila na tomto mistrovství čtvrtá. Rok 2009 byl přelomový pro celý český sledge hokej. Mistrovství světa bylo pořádáno v Ostravě. Pátým místem si naše reprezentace zajistila postup na paralympijské hry ve Vancouveru, kde jsme při premiéře českého týmu potvrdili postavení světové pětky. Postavení mezi světovou elitou naše reprezentace potvrdila i na nadcházejícím světovém šampionátu v roce 2012 v norském Hamaru, kde skončila na čtvrtém místě a jako jediná dokázala porazit světové šampiony z USA. Na paralympijských hrách v Soči v roce 2014 se naše sledge hokejová reprezentace umístila na pátém místě a vyrovnala tak čtyři roky staré umístění z Vancouveru. (Kudláček, In. Janečka a kolektiv, 2012, s. 65-66).

V dnešní době je sledge hokej čím dál více populárnějším sportem. Dostává se do povědomí lidí.

Na obrázku 3 je znázorněna útočná akce SHK Lapp Zlín z finálového zápasu SHK Mustangové – SHK Lapp Zlín. Na obrázku 4 je znázorněno uvedení puku do hry po přerušení (tzv. „buly“).

Obrázek 3 - Útočná akce SHK Lapp Zlín



Obrázek 4 - Uvedení puku do hry



Příloha 2: Pravidla sledge hokeje

Zápas je rozdělen na tři třetiny. Hraje se třikrát 15 minut čistého času. Počet hráčů na ledě je pět (dva obránci, tři útočníci) plus jeden brankář. Na soupisce může být maximálně patnáct hráčů a dva brankáři. Hrací plocha je standardní dle pravidel mezinárodní hokejové federace s umožněním přístupu na hráčské lavice a trestné lavice pomocí rampy či snížení úrovně těchto prostor na úroveň ledu. Tyto prostory musí být pokryty povrchem, na kterém se mohou volně pohybovat hráči na saních. Hrazení v prostoru hráčských a trestných lavic je průhledné tak, aby hráči mohli sledovat průběh hry. Aby hráč mohl hrát v utkáních Mezinárodního paralympijského výboru, musí splňovat podmínku minimálního postižení. Ovšem při regionálních či národních soutěžích mohou hrát také hráči zdraví, a to v počtu maximálně pěti na mužstvo, přičemž v jednu chvíli můžou být na hřišti maximálně dva. (Kudláček, In. Janečka, 2012, s. 68-69).

Zápasy jsou nepravidelné a záleží na rozlosování soutěže. Pravidly české sledge hokejové federace je dán herní plán tak, že hraje každý tým s každým během základní části dvakrát - jednou na domácím ledě a jednou na kluzišti soupeře. Do nadstavbové části tzv. play off postupují čtyři nejlepší celky. První tým hraje se čtvrtým a druhý s třetím na dva vítězné zápasy. Vítězové se utkají mezi sebou o titul. Poražení hrají o třetí místo.

Vyloučení ze hry za faul je stejné jako v klasickém hokeji, a to na dvě minuty. Na zápas dohlíží rozhodčí. Vyloučený hráč je vykázan k trestné lavici, ze které nesmí zasáhnout do hry. Viz obrázek 5 - Vyloučený hráč.

Obrázek 5 - Vyloučený hráč



Příloha 3: Ukázka zápisu z pozorování

Den první. Po předchozí e-mailové domluvě s předsedou družstva poprvé přicházím na trénink. Je čtvrtek, 2. října roku 2014. Trénink se koná v malé hale ČEZ Arény Pardubice. Na ledové ploše sedí na sledge saních celkem devět jedinců. Mezi nimi stojí na bruslích jejich trenér. Hráči si mě nedůvěřivě prohlíží. Trénink začal v rychlém sledu; trenér mění tréninková cvičení. Na ledě jsou hráči, kteří mají na svých přilbách oranžový pruh, jsou celkem tři. Tento pruh značí, že se jedná o člověka bez postižení. Trénink ubíhá ve velkém tempu. Hráči se po cca dvaceti minutách zátěže jdou napít. Intaktní jedinci pomáhají spoluhráčům s postižením upravit si výstroj, popřípadě podávají láhev s vodou. Trénink pokračuje. Hráč s číslem 37 nestíhá tempo spoluhráčů. Ostatní na něj za brankovou konstrukcí čekají. Trenér začíná nácvik přechodu středního pásma. Hráč s číslem 29, který je zároveň kapitánem družstva, všechny přítomné převyšuje o třídu. Následuje tréninkové „báčko“ čtyři na pět na jednu branku. Prohraní jedinci sbírají puky do připravených nádob. Po skončení tréninku intaktní jedinci odnášejí všem sledge saně do předsálí arény. Dále se vrací pro puky a vše potřebné. Po konzultaci s trenérem mužstva jsem se dohodl na dalších návštěvách.

Příloha 4: Vzor rozhovoru

1. Je Vaše postižení vrozené, či získané?
2. Jak jste se dozvěděl o SHK Mustangové?
3. Jak dlouho jste členem SHK?
4. Provozoval jste sport již před vznikem svého postižení? Popřípadě jaký?
5. Jak se cítíte v běžném životě? Pracujete/studujete? Popřípadě kde? A jak? (plný úvazek, částečný, invalidní důchod)
6. Existoval v době získání postižení člověk, který by byl pro Vás zdrojem útěchy? Pokud ano, kdo to byl?
7. Co Vám v době vzniku postižení nejvíce pomohlo?
8. Kdo Vám v době vzniku postižení nejvíce pomohl? (rodina, přátelé, známí, lékaři)
9. Snažili se Vám pomoci Vaši přátelé či známí? Pokud ano, jakým způsobem?
10. Vyhledal jste odbornou pomoc (terapeuta, psychologa, psychiatra, ortopeda atp.)? Pokud ano, o jakou pomoc se jednalo?
11. Jak vnímáte své postižení?
12. Cítili jste v době po vzniku postižení méněcennost, pocit, že již v životě nic nedokážete? Pokud ano, jak jste se s tímto pocitem vyrovnal?
13. Jak ovlivňuje atmosféra SHK Mustangové Váš osobní život?
14. Pomáhá Vám členství v SHK při představě lepší budoucnosti? Jestli ano, jak?
15. Máte pocit, že Vám členství v SHK, sport a vlastní pohyb pomáhá i v osobním životě? Proč ano/ne? V čem?
16. Co Vám sledge hokej přinesl? Nebo naopak co Vám vzal?
17. Cítíte, že Vám členství v SHK nějak pomáhá? A jakým způsobem?
18. Jste díky SHK sebevědomější v běžném životě?
19. Pomáhají Vám spoluhráči, co se týče sebevědomí? Popřípadě jak?
20. Sehrává sledge hokej pozitivní roli v procesu Vaší integrace?
21. Jak se cítíte, když zrovna není sezóna? Popřípadě jak nakládáte se svým volným časem během sezóny a po sezóně? Jaký je rozdíl?
22. Navštěvujete se se spoluhráči i mimo trénink nebo zápas? Pokud ano, jak často?
23. Co vše Vám sebralo postižení?

24. Máte někdy pocit, že jste díky sportu lepším člověkem? Mám na mysli pocitovou pohodu. Popřípadě v čem konkrétně?
25. Jak vnímáte své tělo?
26. Měl jste někdy pocit, že se na Vás dívá celý okolní svět? Že si na Vás lidé ukazují kvůli postižení?

Příloha 5: Vzor dotazníku Nezdolnost typu SOC

1. Když mluvíte s lidmi, máte pocit, že Vám rozumějí?
 - a) Nemám ho nikdy.
 - b) Mám ho vždy.
2. Když jste v minulosti měl(a) dělat něco, kde byla nezbytná spolupráce s druhými lidmi, měl(a) jste pocit:
 - a) že to nebude uděláno.
 - b) že to bude vždy uděláno.
3. Znáte dokonale lidi, s nimiž denně přicházíte do styku (mimo členy své vlastní rodiny)?
 - a) Velmi zřídka mám ten pocit.
 - b) Mám jej velmi často.
4. Máte pocit, že se v podstatě nezajímáte o to, co se děje kolem vás?
 - a) Velmi zřídka mám ten pocit.
 - b) Mám jej velmi často.
5. Stalo se Vám v minulosti, že jste byl(a) překvapen(a) chováním lidí, o nichž jste si myslel(a), že je dobře znáte?
 - a) Nikdy se mi to nestalo.
 - b) Tak tomu bylo vždy.
6. Stalo se Vám, že Vás zklamali lidé, jimž jste důvěřoval(a) a s nimiž jste počítal(a)?
 - a) Nikdy se mi to nestalo.
 - b) Tak tomu bylo vždy.
7. Život je:
 - a) Velice zajímavý.
 - b) Jen běžná rutinní záležitost.
8. Váš život doposud:
 - a) Neměl jasný smysl a cíl.
 - b) Měl velice zřetelný a jasný smysl a cíl.
9. Máte pocit, že se s Vámi zachází nespravedlivě (nefér)?
 - a) Velmi často.
 - b) Velmi zřídka nebo nikdy.

10. V uplynulých deseti letech:
- byl Váš život plný změn, kdy jste nevěděl (a), co se bude dále dít.
 - plynul Váš život pořád stejně dále ve stálé pohodě.
11. Většina věcí, které v budoucnu budete dělat, bude:
- vzrušujících.
 - velice nudných.
12. Máte pocit, že jste v neobvyklé situaci a že nevíte dost dobře, co dělat?
- Mám tento pocit velmi často.
 - Tento pocit mám velmi zřídka nebo nikdy.
13. Co lépe vystihne, jak Vy sám/sama hodnotíte svůj život?
- Člověk vždy může najít řešení těžkých životních situací.
 - Neexistuje žádné řešení těžkých životních situací.
14. Když myslíte na svůj život, pak velmi často:
- cítíte, jak je dobré, že můžete žít.
 - ptáte se sám sebe, proč vlastně žijete.
15. Když stojíte před obtížným problémem, pak se Vám jeho řešení zdá:
- vždy nejasné a těžko se hledá.
 - vždy zcela jasné.
16. Když máte dělat to, co děláte každý den, je to pro Vás:
- zdrojem hluboké radosti a uspokojení.
 - zdrojem utrpení a nudy.
17. Váš budoucí život bude pravděpodobně:
- plný změn, kdy sám/sama ano nebudete dost dobře vědět, co se bude dít.
 - plynout souvisle a vše bude jasné.
18. Když se Vám v minulosti stalo něco nemilého, pak Vaše reakce na to byla:
- užírat se a trápit se tím.
 - říci si „ano, stalo se to, nedá se nic dělat, musím s tím prostě žít a jde se dál.“
19. Míváte nejasné představy a smíšené pocity?
- Velmi často je mám.
 - Mám je velmi zřídka nebo nikdy.
20. Když děláte něco, co Vám dává dobrý pocit, jste si v tu chvíli jistý/jistá, že:
- se tak dobře budete cítit i nadále.

- b) se stane něco, co Vám ten dobrý pocit pokazí.
21. Stává se Vám, že máte pocity, které byste raději neměl (a)?
- a) Velmi často.
 - b) Velmi zřídka nebo nikdy.
22. Očekáváte, že Váš budoucí život bude:
- a) neúčelný a zcela beze smyslu.
 - b) mít dobrý smysl, cíl a účel.
23. Domníváte se, že vždy budou lidé, na které se budete moci spolehnout?
- a) Jsem si jist (a), že budou takoví lidé.
 - b) Pochybuji, že budou takoví lidé.
24. Stane se Vám, že máte pocit, kdy nevíte dost dobře, co se bude dál dít?
- a) Velmi často se mi to stane.
 - b) Stane se mi to velmi zřídka nebo nikdy.
25. Mnozí lidé – i ti, kteří mají pevný charakter – se někdy cítí poražení a smutní.
Jak často jste se takto cítil (a) v minulosti Vy?
- a) Nikdy.
 - b) Velmi často.
26. Když se někdy něco stalo, zjistil (a) jste obvykle:
- a) že jste podcenil (a) důležitost toho, co se dělo.
 - b) že jste viděla věci správně.
27. Když pomyslíte na obtíže, s nimiž se setkáváte v důležitých úsecích svého života, máte pocit, že:
- a) vždy nad obtížemi zvítězíte.
 - b) obtíže nezdoláte a nezvítězíte nad nimi.
28. Jak často máte pocit, že to, co děláte ve svém běžném životě, nemá žádný smysl?
- a) Ten pocit mám velmi často.
 - b) Ten pocit mám jen zřídka nebo nikdy.
29. Jak často máte pocit, že si nejste zcela jist (a), zda se dokonale ovládáte?
- a) Tento pocit mám často.
 - b) Tento pocit mám jen zřídka.

Tabulka 2 (Pelcák, 2013, s. 101) uvádí průměrnou hodnotu celkového skóre SOC a jeho dimenzí u zdravé populace.

Tabulka 2- Průměrná hodnota celkového skóre SOC a jeho dimenzí u zdravé populace

Soubor populace	SOC	C	MA	ME
Soubor zdravé populace (N = 372, věk = 36,04 ± 10,9)	147,8	4,50	5,35	5,57

Příloha 6: Rozhovor s hráčem A

1. Je Vaše postižení vrozené, či získané?
 - Moje postižení je získané. Po nehodě na motorce jsem přišel o levou spodní končetinu nad kolenem.
2. Jak jste se dozvěděl o SHK Mustangové?
 - Toto je velice příznačná otázka. Já sám jsem totiž zakladatelem klubu SHK Mustangové Pardubice. V Pardubicích totiž žádný klub nebyl a nejbližší se nacházel až v Kolíně, kde jsem také 3 roky hrál, ovšem nebavilo mě to věčné cestování, a tak jsem založil klub blíže mému bydlišti.
3. Jak dlouho jste členem SHK?
 - Jako zakladatel tedy od roku 2010.
4. Provozoval jste sport již před vznikem svého postižení? Popřípadě jaký?
 - Ano provozoval, já jsem sportovec tělem i duší. Dělal jsem snad všechny sporty, ale věnoval jsem se jim pouze rekreačně, jednalo se jak o letní sporty, jako jsou fotbal, tenis, volejbal, plavání, ale rád jsem lyžoval a hrál jsem i hokej.
5. Jak se cítíte v běžném životě? Pracujete/studujete Popřípadě kde? A jak? (plný úvazek, částečný, invalidní důchod).
 - Já pracuji jako osoba výdělečně činná. Mám malou dílničku a věnuji se truhlářině. A můžu ti říct, že po zkušenostech s některými brigádníky či s ostatními pomocníky toho vydržím a zvládnu víc než jako každý druhý zdravý člověk.
6. Existoval v době získání postižení člověk, který by byl pro Vás zdrojem útěchy? Pokud ano kdo to byl?
 - Určitě ano, pomáhala mi celá moje rodina, bývalá přítelkyně, můj nejlepší kamarád, nelze jmenovat jen jednoho člověka, všichni při mně hrozně stáli a pomáhali mi.
7. Co, Vám v době vzniku postižení nejvíce pomohlo?
 - Mě osobně pomohla opravdu nejvíce celá rodina a kamarádi. Na všechny byl spoleh.

8. Kdo Vám v době vzniku postižení nejvíce pomohl? (rodina, přátelé, známí, lékaři)
- Jak jsem odpověděl v předcházející otázce, tak určitě nejvíce rodina. Na lékaře si také nemůžu stěžovat, ale s nimi to bylo na profesionální úrovni, kdežto rodina je rodina.
9. Snažili se Vám pomoci Vaši přátelé či známí? Pokud ano, jakým způsobem?
- Moji přátelé mě taky nenechali ve „štichu“. Neustále mě navštěvovali v nemocnici a svým optimismem mě drželi nad vodou, plánovali věci do budoucna, co kde, jak a podobně, jako by se ani žádný úraz nestal.
10. Vyhledal jste odbornou pomoc (terapeuta, psychologa, psychiatra, ortopeda atp.)? Pokud ano, o co se jednalo?
- Já osobně jsem žádnou lékařskou pomoc nevyhledával. Jednou, to bylo ještě v nemocnici, za mnou přišel nějaký psycholog, ovšem brzy zjistil, že je tam zbytečný, a odešel.
11. Jak vnímáte své postižení?
- Jak kdy. Občas se určitě najdou chvíle, kdy mě zamrzí, že jsou věci, které už nebudu moct dělat. Ale jinak spíše svůj úraz beru jako „vadu na kráse“ oproti ostatním klukům, co jsou na vozíčku.
12. Cítil jste v době po vzniku postižení méněcennost, pocit, že již v životě nic nedokázete? Pokud ano jak jste se s tímto pocitem vyrovnal?
- V době úrazu jsem byl úplně v pohodě, byl jsem totiž dost naivní, vůbec jsem netušil, co obnáší nosit protézu. Neznal jsem totiž nikoho s podobným postižením. Myslel jsem si, že mi dají protézu a vše bude jako dřív, ale pak jsem zjistil, že to tak lehké rozhodně není, ale postupem času jsem se s tím dokázal nějak poprat.
13. Jak ovlivňuje atmosféra SHK Mustangové Váš osobní život?
- Můj určitě hodně. Není to pro mě jen tak se občas sklouznout na ledě jako pro většinu kluků. Pro mě je to od zajištění peněz na celou sezónu přes celoroční fungování klubu, aby vše bylo jak má. Je to prostě strašný „žrout času“.
14. Pomáhá Vám členství v SHK při představě lepší budoucnosti? Jestli ano jak?
- Určitě. Já osobně mám klub jako srdcovou záležitost a hrozně chci, aby se v něm kluci cítili dobře, takže na ně tak nějak dohlížím a vidím, jak jsou kluci, když jsme někde pohromadě, v pohodě. Jsou mezi lidmi, kteří mají

stejně či podobné problémy, a je úplně jedno, že je mezi některými třeba i věkový rozdíl třiceti let.

15. Máte pocit, že Vám členství v SHK, sport a vlastní pohyb pomáhá i v osobním životě? Proč ano/ne? V čem?

- Ano, pomáhá, člověk má alespoň pocit, že někam patří a že může něco dokázat. Hlavně každý pohyb pomáhá tělu.

16. Co Vám sledge hokej přinesl? Nebo naopak co Vám vzal?

- Určitě mi přinesl lepší fyzickou i psychickou kondici, nové známé a kamarády po celé republice. Ovšem také bere spoustu času, když jsem byl sám, tak to bylo v pohodě, ovšem teď, jak mám přítelkyni a dvě děti už to tak v pohodě není.

17. Cítíte, že Vám členství v SHK nějak pomáhá? A jakým způsobem?

- Ano, pomáhá, když potřebuju nějakou pomoc, nebo radu ať už kvůli postižení či jiné věci, tak tady vím, že ji vždy najdu.

18. Jste díky SHK sebevědomější v běžném životě?

- Ani ne tak kvůli SHK, jako spíše kvůli tomu, že dělám to, co mě baví, naplňuje a hlavně v tom chci být dobrý.

19. Pomáhají Vám spoluhráči, co se týče sebevědomí? A popřípadě jak?

- Víte co, každý se můžeme stále zdokonalovat, čtyři roky jsem dělal jak kapitána, tak i trenéra, a když se klukům něco povedlo, následovala pochvala či naopak a osobně vidím, jak někteří kluci jsou do toho sportu opravdu zažraní a mají to jako srdcovou záležitost.

20. Sehrává sledge hokej pozitivní roli v procesu Vaší integrace?

- Celkově si myslím, že tento sport se čím dál tím víc dostává do podvědomí lidí a pak i zdraví si uvědomují, že i když jsme „kriplové“ tak jsme pořád lidi.

21. Jak se cítíte, když zrovna není sezóna? Popřípadě jak nakládáte se svým volným časem během sezóny a po sezóně? Jaký je rozdíl?

- Já osobně se těším na to, až sezóna skončí, odpadá mi spousta starostí, ale je to jen tak na tři měsíce, pak už pro mě znova začíná organizování na další sezónu. Jediné, co mi během pauzy chybí, jsou spoluhráči a atmosféra klubu. Během volného času se snažím být co nejvíce s rodinou. Není nad to mít spokojenou rodinu a přítelkyni.

22. Navštěvujete se se spoluhráči i mimo trénink či zápas? Pokud ano jak často?

- S některými ano, s jinými ne. Není problém u některých třeba přespat či oni aby přespali u nás. Grilovačky jsou v létě poměrně časté. Někteří se stali mými dobrými kamarády a to teď nemyslím jen od nás z Pardubic, ale i z reprezentace.

23. Co vše Vám sebralo postižení?

- Je toho hodně, už si hlavně nemůže člověk dělat, co chce. Hlavní rozdíl je po fyzické stránce.

24. Máte někdy pocit, že jste díky sportu lepším člověkem? Mám na mysli pocitovou pohodu. Popřípadě jak?

- Ani ne, snažil jsem se být dobrým člověkem i před úrazem. Ovšem pocitová pohoda je znatelná. Sport mi pohodu dodává.

25. Jak vnímáte své tělo?

- V pohodě, máme se rádi.

26. Měl jste někdy pocit, že se na Vás dívá celý okolní svět? Že si na Vás lidé ukazují kvůli postižení?

- Ano, téměř pokaždé když jdu někde po plavečáku pouze o berlích a bez protézy, tak lidi koukají a děti si ukazují, ale už s tím nemám problém. Ovšem, když mám kalhoty a protézu, tak to lidi ani pořadně nezjistí.

Příloha 7: Rozhovor s hráčem B

1. Je Vaše postižení vrozené či získané?
 - Získané, po nemoci. Mám amputaci levé nohy ve stehně kvůli osteosarkomu (nádoru) v kosti. Onemocněl jsem v 19 letech. Už je tomu tedy skoro 20 let.
2. Jak jste se dozvěděl o SHK Mustangové?
 - O sledge hokeji a sledge hokejové klubu Mustangů jsem se dozvěděl od kamaráda, který klub zakládal. Potřeboval členy pro první sezónu, tak jsem musel nastoupit, a od té doby jsem stálým členem týmu.
3. Jak dlouho jste členem SHK?
 - Jsem jeden z prvních hráčů, takže od založení klubu v roce 2010.
4. Provozoval jste sport již před vznikem svého postižení? Popřípadě jaký?
 - Ano provozoval, hrál jsem fotbal, závodně jsem tancoval, to mě moc bavilo, dále jsem hrál rekreačně tenis, jezdil na kole a v zimě lyžoval.
5. Jak se cítíte v běžném životě? Pracujete/studujete Popřípadě kde? A jak? (plný úvazek, částečný, invalidní důchod).
 - Pracuji na částečný úvazek jako IT pracovník v jedné malé firmě poblíž. Dále si přivydělávám jako osoba výdělečně činná v oblasti informačních technologií a k tomu všemu mám ještě částečný invalidní důchod.
6. Existoval v době získání postižení člověk, který by byl pro Vás zdrojem útěchy? Pokud ano kdo to byl?
 - No. Bohužel jsem onemocněl ve špatnou dobu, v roce 1994, kdy naše socialistické zdravotnictví a vůbec celá společnost v otázce handicapů schovávala hlavu do písku. Takže jen rodina, v okolí a žádné sdružení, akce, sport pro tělesně postižené v té době v podstatě neexistovali.
7. Co Vám v době vzniku postižení nejvíce pomohlo?
 - Co? Nic!!! Musel jsem se s tím sžít sám.
8. Kdo Vám v době vzniku postižení nejvíce pomohl? (rodina, přátelé, známí, lékaři).
 - Jak už jsem řekl. Jen rodina.

9. Snažili se Vám pomoci Vaši přátelé či známí? Pokud ano jakým způsobem?
- Moc ne, protože to nikdo neznal, nikdo se s tím nesetkal, nevěděl co a jak, jak se k tomu vlastně postavit. No nebyla to dobrá doba.
10. Vyhledal jste odbornou pomoc (terapeuta, psychologa, psychiatra, ortopeda atp.)? Pokud ano, o co se jednalo?
- Zkoušel jsem sehnat pomoc, ale v devadesátých letech mi nikdo pořádně nepomohl, nikdo moc nevěděl jak poradit.
11. Jak vnímáte své postižení?
- Teď už normálně, už jsem se s tím naučil žít, nemám žádný problém chodit bez protézy v krátkých kalhotách.
12. Cítil jste v době po vzniku postižení méněcennost, pocit, že již v životě nic nedokážete? Pokud ano, jak jste se s tímto pocitem vyrovnal?
- Cítil a dost. Vyrovnal jsem se s tím, až když jsem začal potkávat lidi, kteří jsou na tom stejně, jezdil jsem s nimi na akce pro postižené. Tam jsme se začali více sdružovat.
13. Jak ovlivňuje atmosféra SHK Mustangové Váš osobní život?
- Stoprocentně pozitivně. Setkávám se s lidmi, kteří mají podobné postižení, a hlavně jsme skvělá parta.
14. Pomáhá Vám členství v SHK v představě o lepší budoucnosti? Jestli ano, jak?
- Tak bych to asi neřekl, spíš je to o setkávání lidí se stejnými osudy.
15. Máte pocit, že Vám členství v SHK, sport a vlastní pohyb pomáhá i v osobním životě? Proč ano/ne? V čem?
- Určitě, hlavně je to takový pozitivní náboj do života.
16. Co Vám sledge hokej přinesl? Nebo naopak co Vám vzal?
- Přináší mi fyzickou vzpruhu, pravidelný fyzický záprah, vyplavení endorfinů a celkově lepší pocit ze sebe sama.
17. Cítíte, že Vám členství v SHK nějak pomáhá? A jakým způsobem?
- Pomáhá a moc. Hlavní důvod je, že se setkávám s lidmi, kteří mají podobné osudy. Dále pravidelný kontakt s přáteli.
18. Jste díky SHK sebevědomější v běžném životě?
- Řekl bych, že určitě ano. Aktivní sport mi pomáhá jak po fyzické stránce, tak i po psychické.

19. Pomáhají Vám spoluhráči, co se týče sebevědomí? A popřípadě jak?

- Pomáháme si tak nějak všichni navzájem. Je dobré si popovídat o stejných problémech, které nás trápí, každý člověk má jiné zkušenosti a cítí to jinak.

20. Sehrává sledge hokej pozitivní roli v procesu Vaší integrace?

- Ano. Cítím se sebevědomější. Jsem rád, že se sledge hokej dostává do podvědomí veřejnosti. Lidé se s námi učí žít.

21. Jak se cítíte, když zrovna není sezóna? Popřípadě jak nakládáte se svým volným časem během sezóny a po sezóně? Jaký je rozdíl?

- Mimo sezónu mi fyzická aktivita ze sledge hokeje chybí. Ten pořádný záprah na ruce. A tak mimo sezónu hodně jezdím na kole a plavu. Člověk si na ten pohyb přes sezónu zvykne, takže mu pak chybí. Je to jako droga.

22. Navštěvujete se se spoluhráči i mimo trénink či zápas? Pokud ano, jak často?

- No. Na společných akcích od hokeje ano, jinak moc ne. Jsme totiž roztroušení po celém okolí Pardubic i dál (Hlinsko, Skuteč). Já sám jsem z Hradce Králové.

23. Co vše Vám sebralo postižení?

- Takový ten normální život, který žije spousta lidí, ale naopak jsem poznal něco nového, neříkám lepšího, jen jiného.

24. Máte někdy pocit, že jste díky sportu lepším člověkem? Mám na mysli pocitovou pohodu. Popřípadě jak?

- Jednoznačně. Chodím pravidelně plavat, v zimě jezdím na lyže, sport mi prostě pomáhá se oprostit od každodenní rutiny, cítím se pak lépe, aktivněji, jednoznačně pocitově lepší.

25. Jak vnímáte své tělo?

- V současné době dobře.

26. Měl jste někdy pocit, že se na Vás dívá celý okolní svět? Že si na Vás lidé ukazují kvůli postižení?

- V začátcích po amputaci jsem to vnímal silně. Nyní to samozřejmě vnímám taky, lidi si ukazují, maminky nadávají dětem, ať po mě tak nekoukají, ale nevdá mi to.

Příloha 8: Rozhovor s hráčem C

1. Je Vaše postižení vrozené, či získané?
 - Získané, jedná se o amputaci obou končetin po úrazu. Bylo to v roce 1996.
2. Jak jste se dozvěděl o SHK Mustangové?
 - O SHK Mustangové jsem se dozvěděl od zakladatele (pro zachování anonymity uvádím hráče A). Bylo to náhodou, navštívil jsem jeho firmu, která shodou okolností sídlí v místě mého bydliště, a tam mi právě hráč A nabídl, zdali se nechci přijít podívat na trénink a vyzkoušet si to. Řekl jsem si: „Proč ne“ a chytlo mě to a od té doby jsem členem.
3. Jak dlouho jste členem SHK?
 - Naskočil jsem do vlaku jménem Mustangové během první sezóny, takže pět let.
4. Provozoval jste sport již před vznikem svého postižení? Popřípadě jaký?
 - Ano, provozoval. Tedy spíše rekreačně, jednalo se o různé terénní běhy, horolezectví, vysokohorskou turistiku, běžky. Byl jsem na horách jako doma.
5. Jak se cítíte v běžném životě? Pracujete/studujete Popřípadě kde? A jak? (plný úvazek, částečný, invalidní důchod).
 - Nestěžuju si. Mám částečný invalidní důchod, k tomu si přivydělávám jako asistent pedagoga na základní škole.
6. Existoval v době získání postižení člověk, který by byl pro Vás zdrojem útěchy? Pokud ano kdo to byl?
 - Bylo to více lidí. Nejvíce, ale určitě nejbližší rodina.
7. Co Vám v době vzniku postižení nejvíce pomohlo?
 - To, že jsem doslova a do písmene „vylezl z hrobu“. Vše následující byl krásný sen. To mi nejvíce pomohlo vyrovnat se s dvojí amputací.
8. Kdo Vám v době vzniku postižení nejvíce pomohl? (rodina, přátelé, známí, lékaři).
 - Kdo? Všichni známí, nejvíce rodina. Lékaři byly taky milí a vděčím jim za záchranu života.

9. Snažili se Vám pomoci Vaši přátelé či známí? Pokud ano, jakým způsobem?
- Všechno. Například uspořádali sbírku na protézy na Konto Bariéry. Ale i jinak byly úžasní. Pomáhali se vším, nejen mě, ale i mé rodině, pro kterou to byl bezesporu také šok.
10. Vyhledal jste odbornou pomoc (terapeuta, psychologa, psychiatra, ortopeda atp.)? Pokud ano, o co se jednalo?
- Ano, vyhledal psychologa, ale až s odstupem dvou, tří let. Dostavila se nespavost a jiné problémy. Vycházelo to z traumatu spojeného s úrazem.
11. Jak vnímáte své postižení?
- Dá se s ním docela hodnotně žít. Sice s věkem přibývají zdravotní potíže, ale snad to nějak zvládnou.
12. Cítil jste v době po vzniku postižení méněcennost, pocit, že již v životě nic nedokážete? Pokud ano, jak jste se s tímto pocitem vyrovnal?
- Nebudete mi asi věřit, ale tento pocit jsem skutečně nezažil. Já beru postižení jako výzvu, snažím se zvládat co nejvíc. Jistě, někdy se dostaví pocit, že něco nejde. Pak je dobré si připomenout, jak jsem byl vděčný na začátku, že vůbec žiji.
13. Jak ovlivňuje atmosféra SHK Mustangové Váš osobní život?
- Má to rozhodně pozitivní vliv. A to z více stránek. Jednak jsou v přímém kontaktu lidé s podobnými osudy a starostmi, mohou si vyměňovat názory a zkušenosti. Také se vzájemně povzbuzujeme a hecujeme, vyhovuje mi i sdílený černý humor. A rozhodně je dobré sportovat a prožívat společně případný úspěch. Sport je tedy pro mě mimořádně důležitý.
14. Pomáhá Vám členství v SHK při představě lepší budoucnosti? Jestli ano jak?
- Rozhodně, jako nejstarší hráč v lize nemám příliš ambice. Hlavně, když si budu moct s mladíky zatrénovat co nejdéle to půjde.
15. Máte pocit, že Vám členství v SHK, sport a vlastní pohyb pomáhá i v osobním životě? Proč ano/ne? V čem?
- Jak už jsem řekl: určitě. Neumím si představit nespportovat.
16. Co Vám sledge hokej přinesl? Nebo naopak co Vám vzal?
- Rozhodně samá pozitiva. Občas mě všechno bolí, to je v mém věku jasné, ale o to je to zdravější pocit, že se prostě hýbu. V kolektivu mladších borců se člověk donutí k větším výkonům, než by si naložil sám.

17. Cítíte, že Vám členství v SHK nějak pomáhá? A jakým způsobem?

- Po všech stránkách, jak fyzické, tak hlavně psychické. Jen vydržet!!

18. Jste díky SHK sebevědomější v běžném životě?

- Ano, sport mě vlévá sebevědomí do žil. Víím, že něco dokážu, že nejsem na odpis.

19. Pomáhají Vám spoluhráči, co se týče sebevědomí? Popřípadě jak?

- Ano. Dokážou mě vyhecovat, jsou ke mně shovívaví, mají se mnou trpělivost.

20. Sahrává sledge hokej pozitivní roli v procesu Vaší integrace?

- Jednoznačně. Jsem díky sportu blíž většinové společnosti, nebojím se vyjet ven.

21. Jak se cítíte, když zrovna není sezóna? Popřípadě jak nakládáte se svým volným časem během sezóny a po sezóně? Jaký je rozdíl?

- Po sezóně je letní přestávka, ve škole mám prázdniny. Mám dostatek dalších zájmů a aktivit. Je ale pravdou, že jsem se doposud na sezónu vždy těšil.

22. Navštěvujete se se spoluhráči i mimo trénink či zápas? Pokud ano, jak často?

- Moc často ne. Spíše výjimečně. Ale je to i tak fajn.

23. Co vše Vám sebralo postižení?

- Zpomalilo mi život, což je do jisté míry i výhoda. Člověk stačí vidět věci, kterých by si v tom spěchu ani nevšiml. Svým způsobem si prohloubí hodnoty. Čapek napsal hezkou knížku, jmenuje se „Kulhavý poutník“, vřele doporučuji k četbě při dlouhých zimních večerech. Nestihl jsem sice vylézt na Matterhorn, ale to zase tak nevádí, rozhodně tam už nepolezu.

24. Máte někdy pocit, že jste díky sportu lepším člověkem? Mám na mysli pocitovou pohodu. Popřípadě jak?

- Pcitovou pohodu určitě ano. Hlavně, že jsem se zdravě zapotil nebo že jsem dal důležitý gól, to už je sice dávno. S tím lepším člověkem bych to zase tak nepřeháněl.

25. Jak vnímáte své tělo?

- Nejsem narcis. Snažím se jej ale přiměřeně udržovat. Že chybí nohy, jsem si skutečně již zvykl.

26. Měl jste někdy pocit, že se na Vás dívá celý okolní svět? Že si na Vás lidé ukazují kvůli postižení?

- To jsem zažil nespočetněkrát na koupališti s malými dětmi, které jsou naprosto bezprostřední a bezelstné. Mimochodem, vzpomínám si, že mi nějaký čas trvalo, než jsem se odhodlal na veřejnosti svléknout do plavek a sundat „nohy“. Dnes je to už zcela běžné. Všechno chce svůj čas.

Příloha 9: Rozhovor s hráčem D

1. Je Vaše postižení vrozené, či získané?
 - Mé postižení je získané. Jsem ten tzv. dárce orgánů. Při nehodě na motorce jsem před třemi roky přišel o levou nohu nad kolenem.
2. Jak jste se dozvěděl o SHK Mustangové?
 - O SHK Mustangové mi řekl kamarád, který sledge hokej hraje, přivedl mě na trénink, seznámil se spoluhráči a já už sem u toho zůstal.
3. Jak dlouho jste členem SHK?
 - Jsem členem druhou sezónu, tedy krátce.
4. Provozoval jste sport již před vznikem svého postižení? Popřípadě jaký?
 - Ano provozoval. Hrál jsem Krajský přebor ve fotbale. Rekreačně lední hokej, basketbal, hokejbal, volejbal, žádný sport mi nebyl cizí. Na co sem šáhl, to mi šlo.
5. Jak se cítíte v běžném životě? Pracujete/studujete Popřípadě kde? A jak? (plný úvazek, částečný, invalidní důchod).
 - Dlouho jsem hledal práci, protože být jen doma by mě asi zabilo. Nakonec jsem našel a pracuji na částečný úvazek jak IT pracovník. Pak pobírám ještě částečný invalidní důchod.
6. Existoval v době získání postižení člověk, který by byl pro Vás zdrojem útěchy? Pokud ano kdo to byl?
 - Nechci říkat, že se na mě úplně všichni vykašlali, ale takové bývalé přítelkyni to nikdy nezapomenu... Ta se na mě vykašlala bezprostředně po úraze. Asi si nedokázala představit život s mrzákem. A já blbec jsem si ji chtěl vzít, ještě že to nedopadlo. A kdo mi nejvíce pomohl? Asi nebližší rodina.
7. Co Vám v době vzniku postižení nejvíce pomohlo?
 - Představa, že jsem tu ošklivou nehodu vůbec přežil, i když za jakou cenu.
8. Kdo Vám v době vzniku postižení nejvíce pomohl? (rodina, přátelé, známí, lékaři).
 - Lékaři byli fajn. Pomáhali mi se vším. Přátelé? No nevím, těch jsem po úraze taky spoustu ztratil, nikdo se asi nechtěl zahazovat s mrzákem. Na druhou stranu jsem jich také pár získal.

9. Snažili se Vám pomoci Vaši přátelé či známí? Pokud ano, jakým způsobem?
- Přátelé opravdu moc ne, snad jen jeden, ten mě často navštěvoval, ale už jsem ho také dlouho neviděl.
10. Vyhledal jste odbornou pomoc (terapeuta, psychologa, psychiatra, ortopeda atp.)? Pokud ano, o co se jednalo?
- Ano, vyhledal, navštěvoval jsem rok psychiatra, ale žádná výhra to taky nebyla. Cpal mě jen prášky pořád dokola.
11. Jak vnímáte své postižení?
- Své postižení vnímám jako krutou daň mladistvé nerozvážnosti. Neustále se s postižením tzv. peru. Ale v poslední době se s ním už tak nějak sžívám.
12. Cítil jste v době po vzniku postižení méněcennost? Pocit, že již v životě nic nedokážete? Pokud ano jak jste se s tímto pocitem vyrovnal?
- Méněcennost? Ano, každý den. Víte, ono jezdit na vozíku, než jsem dostal protézu, a sledovat lidi, jak jim je skoro na obtíž se vám vyhnout, a poslouchat rozhovory „kdo, co, kde, kdy a jak bude dělat“ není zrovna dvakrát příjemné. Ale jak jsem říkal, pomalu si na to zvykám, všechno chce svůj čas.
13. Jak ovlivňuje atmosféra SHK Mustangové Váš osobní život?
- Mě opravdu velmi. Je to zábava a hlavně potkávám lidi s podobnými problémy a hlavně se zkušenostmi. Rád přicházím na každý trénink i zápas. Protože vím, že zde se ke mně nikdo neotočí zády.
14. Pomáhá Vám členství v SHK při představě lepší budoucnosti? Jestli ano, jak?
- Při představě lepší budoucnosti asi úplně ne, jde hlavně o to, že se potkávám s lidmi, které mám rád, a dělám, co mě naplňuje.
15. Máte pocit, že Vám členství v SHK, sport a vlastní pohyb pomáhá i v osobním životě? Proč ano/ne? V čem?
- Víte, že asi jo? Rád se chlubím úspěchy ze sledge hokeje doma rodině. Když vyhraje, tak mě musí poslouchat celý večer. Sport mě naplňuje a cítím se sebevědomější. Chci v sledge hokej něčeho dosáhnout, třeba se jednou podívám na paralympiádu, to je můj sen.
16. Co Vám sledge hokej přinesl? Nebo naopak co Vám vzal?
- Přinesl mi větší fyzickou a psychickou odolnost. Vzal? Asi nic, mám jen samá pozitiva. Je tu skvělá parta.
17. Cítíte, že Vám členství v SHK nějak pomáhá? A jakým způsobem?

- Pomáhá, hlavně po psychické stránce, setkávání se s lidmi s podobnými osudy je pro mě velice důležité. Vím, že nejsem sám, kdo má tyto problémy a to mě asi nejvíce drží nad vodou.
18. Jste díky SHK sebevědomější v běžném životě?
- Sebevědomější určitě jsem. Dřív, než jsem začal hrát sledge hokej, jsem trpěl depresemi. Teď se cítím o mnoho lépe.
19. Pomáhají Vám spoluhráči, co se týče sebevědomí? A popřípadě jak?
- Spoluhráči? Jednoznačně, pomáháme si tak nějak navzájem, vyměňujeme si životní zkušenosti a neustále se podporujeme.
20. Sehrává sledge hokej pozitivní roli v procesu Vaší integrace?
- Opět musím odpovědět, že určitě. Sledge hokej je čím dál tím víc populárnější sport. Lidé nás znají a poznávají. Teď se mi zrovna nedávno stalo, že jsem byl v obchodě nakupovat a potkal jsem tam dva pány, kteří mě zastavili a ptali se, zdali nejsem ten sledge hokejista, že se byly podívat na finálovém zápase se Zlínem. Tak jsme si pěkně popovídali. To víte, že to člověka potěší.
21. Jak se cítíte, když zrovna není sezóna? Popřípadě jak nakládáte se svým volným časem během sezóny a po sezóně? Jaký je rozdíl?
- Sezóna sledge hokeje je pro mě samozřejmě příjemnějším obdobím roku. Po sezóně vždy přemýšlím, co vlastně budu dělat. Začal jsem chodit plavat, jezdím na kole. Tak nějak se udržuji v kondici.
22. Navštěvujete se se spoluhráči i mimo trénink či zápas? Pokud ano, jak často?
- Občas se nás pár sejde na nějakém grilování, ale tak časté to není, to víte, jsme všichni roztroušení po celém kraji.
23. Co vše Vám sebralo postižení?
- Sebralo mi určitě hodně. To, co jsem dělal dřív, již dělat nemůžu. Dále mi sebralo bývalou přítelkyni a některé falešné kamarády.
24. Máte někdy pocit, že jste díky sportu lepším člověkem? Mám na mysli pocitovou pohodu. Popřípadě jak?
- Pocitová pohoda díky sportu je u mě zřejmá. Cítím se lépe jak po psychické stránce, tak po stránce fyzické.
25. Jak vnímáte své tělo?
- Sžívám se s ním.

26. Měl jste někdy pocit, že se na Vás dívá celý okolní svět? Že si na Vás lidé ukazují kvůli postižení?

- Ano, tak ten mám každý den. Například sundat si kalhoty a protézu na plavečáku je vždy těžkou zkouškou. Děti si na mě ukazují, maminky je napomínají, ale zkrátka takový je život a jiné už to nebude. Prostě se s postižením zatím sžívám.

Příloha 10: Seznam obrázků a tabulek

a) seznam obrázků

Obrázek 1: Schéma dělení pohybových vad.

Obrázek 2: Přestávka mezi třetinami.

Obrázek 3: Útočná akce SHK Lapp Zlín.

Obrázek 4: Uvedení puku do hry.

Obrázek 5: Vyloučený hráč.

b) seznam tabulek

Tabulka 1: Protektivní faktory- zdroje resilience.

Tabulka 2: Průměrná hodnota celkového skóre SOC a jeho dimenzí u zdravé populace.