Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta tělesné kultury

Fakulta
tělesné kultury

Vnímání kvality života u vrcholových a výkonnostních para cyklistů.

Diplomová práce

Autor: Bc. Luděk Lichnovský

Studijní program: Aplikované pohybové aktivity

Vedoucí práce: Mgr. Ladislav Baloun, Ph.D.

Olomouc 2022

Bibliografická identifikace

Jméno a příjmení autora: Bc. Luděk Lichnovský

Název diplomové práce: Vnímání kvality života u vrcholových a výkonnostních para cyklistů.

Pracoviště: Katedra aplikovaných pohybových aktivit

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Ladislav Baloun, Ph.D.

Rok obhajoby diplomové práce: 2022

Abstrakt: Práce s názvem „Vnímání kvality života u vrcholových a výkonnostních para cyklistů“ obsahuje přehled vybraných aspektů para cyklistiky. Tento přehled je součástí hlavních cílů práce. Dalším hlavním cílem práce bylo zjistit kvalitu života vybraných para cyklistů. Ta byla zjišťována vyhodnocením dotazníků životní spokojenosti (SWLS) a kvality života (WHOQOL-BREF). Tento cíl byl zjišťován v praktické části této práce. Výzkumný soubor se skládá z celkem 13 plnoletých para cyklistů, kteří mají para cyklistiku jako svůj dominantní sport a věnují se jí na profesionální nebo výkonnostní úrovni. Úroveň životní spokojenosti byla zjišťována pomocí dotazníku SWLS a úroveň kvality života pomocí dotazníku WHOQOL-BREF. Průměrný výsledek dotazníku SWLS vyšel v nadstandartní hodnotě 25,08 a dotazník WHOQOL-BREF v jeho čtyřech doménách a dvou samostatných položkách v průměrných hodnotách: fyzické zdraví 15,65; prožívání 16,15; sociálních vztahů 14,67; prostředí 15, kvalita života 4,38; spokojenost se zdravím 3,54.

Klíčová slova: para sport, zdravotní postižení, životní spokojenost.

Souhlasím s půjčováním diplomové práce v rámci knihovních služeb.

Bibliographical identification

Author's first name and surname: Bc. Luděk Lichnovský

Title of the diploma thesis: Perception of the life quality among professional and performance para cyclists

Department: Department of adapted physical activities

Supervisor: Mgr. Ladislav Baloun, Ph.D.

The year of presentation: 2022

Abstract: The thesis named "Perception of the life quality among professional and performance para cyclists" provides an overview of selected aspects of para cycling. This overview is one of the main goals of the work. Finding out the life quality of such cyclists was another main goal of this thesis. This was determined by evaluating the life satisfaction questionnaires (SWLS) and quality of life (WHOQOL-BREF). This goal was examined in the practical part. The research group consists of a total of 13 adult para cyclists who have para cycling as their dominant sport and are devoted to it at a professional or performance level. The level of life satisfaction was determined using the SWLS questionnaire and the level of life quality using the WHOQOL-BREF questionnaire. The average result of the SWLS questionnaire was above the standard value of 25.08 points. The WHOQOL-BREF questionnaire had the following values measured in its four domains and two separate items: physical health 15.65; experience 16.15; social relations 14.67; environment 15, quality of life 4.38; health satisfaction 3.54.

Keywords: para sport, disability, life satisfaction.

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

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracoval samostatně pod vedením Mgr. Ladislava Balouna, Ph.D., uvedl všechny použité literární a odborné zdroje a dodržel zásady vědecké etiky.

V Olomouci 28.4.2022

Děkuji Mgr. Ladislavu Balounovi, Ph.D. za pomoc, vedení a ochotu při vytváření diplomové práce. Dále bych rád poděkoval Mgr. Julii Wittmanové Ph.D. za vytvoření dotazníku do praktické části této práce a také bych rád poděkoval všem respondentům, kteří se zúčastnili výzkumu.

Obsah

ZKRATKY 8
1 ÚVOD 9
2 PŘEHLED POZNATKŮ 11
2.1 Zdravotní postižení 11
2.1.1 Tělesné postižení 12
2.1.1.1 Dětská mozková obrna – DMO 12
2.1.1.2 Rozštěp páteře 13
2.1.1.3 Ochrnutí a poranění míchy 15
2.1.1.4 Amputace 16
2.1.2 Zrakové postižení 17
2.2 Klasifikace v para sportu 19
2.2.1 Způsobilý handicap 19
2.2.2 Kritérium minimálního handicapu 21
2.2.3 Sportovní klasifikace – klasifikační třída 22
2.2.4 Kvalifikační kód IPC 24
2.3 Para cyklistika 25
2.3.1 Historie para cyklistiky 25
2.3.1.1 Historie para cyklistiky v ČR 26
2.3.2 Kategorie a Disciplíny 27
2.3.3 Silniční para cyklistika 29
2.3.4 Dráhová para cyklistika 32
2.4 Mezinárodní organizace zastřešující para cyklistiku 36
2.4.1 IPC – Mezinárodní paralympijský výbor 36
2.4.2 UCI – Mezinárodní cyklistická federace 37
2.5 Národní organizace zastřešující para cyklistiku 38
2.5.1 Český paralympijský výbor 38
2.5.2 Český svaz cyklistiky 39
2.6 Kvalita života 40
2.6.1 Kvalita života u osob se zdravotním postižením 41
2.6.2 Kvalita života para sportovců 42
3 CÍLE, ÚKOLY A VÝZKUMNÉ OTÁZKY PRÁCE 45
3.1 Hlavní cíl 45

3.2 Úkoly práce ... 45
3.3 Výzkumné otázky ... 45
4 METODIKA ... 46
4.1 Charakteristika výzkumného souboru ... 46
4.2 Postup vypracování výzkumu a technika sběru dat ... 50
4.3 Dotazník SWLS ... 50
4.4 Dotazník WHOQOL-BREF ... 51
4.5 Technika zpracování dat ... 52
5 VÝSLEDKY ... 53
6 DISKUZE ... 57
7 ZÁVĚR ... 60
8 SOUHRN ... 61
9 SUMMARY ... 62
10 REFERENČNÍ SEZNAM ... 62
11 PŘÍLOHY ... 72
11.1 Příloha č.1, dotazník WHOQOL-BREF ... 72
11.2 Příloha č.2, vyjádření etické komise FTK UP ... 75

ZKRATKY

EUC – European Cycling Union – Evropská cyklistická federace

ICSD – International Committee of Sports for the Deaf – Mezinárodní výbor sportu neslyšících

IPC – International Paralympic Committee – Mezinárodní paralympijský výbor

MESS– magled extremity severity score – systém na určení rozsahu rozdrcení končetin

UCI – Union Cycliste Internationale – Mezinárodní cyklistická federace

WHO – World healty organization – Světová zdravotnická organizace

ČOV – Český olympijský výbor

ČPV – Český paralympijský výbor

ČSC – Český svaz cyklistiky

ČUS – Česká unie sportu

B – tandem

C – klasické jízdní kolo

H – handbike

T – tříkolky

WHOQOL-BREF – World healty organization Quality of life – BREF – dotazník kvality života

SWLS – Satisfaction with Life Scale – dotazník životní spokojenosti

1 ÚVOD

Tato práce se zabývá kvalitou života para cyklistů, což je dosud relativně neprobádané téma. Studií se zaměřením na para sport je ale relativně velké množství. Para cyklistika je však téma, které se zatím příliš do povědomí nedostalo, a to i přesto, že nyní tvoří zejména na paralympijských hrách jeden z hlavních soutěžních sportů. Může to být však způsobeno tím, že mezi běžnou populací mimo profesionální a výkonnostní sport, je para cyklistika relativně těžce přístupná. Zejména pak z důvodu finanční, personální a časové náročnosti.

Nicméně kvalita života je pojem, se kterým se setkáváme stále častěji. Pro mě osobně velmi zajímavé téma, které jsem si pro mojí diplomovou práci zvolil zejména pro spojení s cyklistikou – konkrétně v oborovém zaměření s para cyklistikou. Důvodem této volby byl fakt, že celý život jsem trávil sportem a posledních několik let se sport stal i mým zaměstnáním. Nyní jsem už dva roky mimo vrcholový sport a stále si zvykám na zcela jiný způsob života. Upravuji své návyky, hodnoty a snažím se najít nové cíle pro svoji motivaci. Čím déle ale mimo sportovní prostředí jsem, tím více si uvědomuji, že za těch několik let se sport stal mojí neoddělitelnou součástí. V rámci nového pracovního zaměření jsem už neměl jako denní prioritu pohyb a postupem měsíců jsem ho vytěsnil tak, že jeho absenci jsem počítal po týdnech. Přestal jsem prožívat život tak aktivně, jak jsem byl zvyklý, což se začalo projevovat jak na mé duševní pohodě, tak i zdraví. Uvědomil jsem si, že má kvalita života se snižuje.

Pro osoby se zdravotním postižením (stejně jako pro mě) může právě sport tvořit ideální a často jediný způsob seberealizace, který má zároveň pozitivní dopad na jejich psychické i fyzické zdraví. Sport a jakékoliv pohybové aktivity jsou jednoznačně ideálním místem pro spojení nejrůznějších komunit. V této diplomové práci se zaměřuji na sport vrcholový a výkonnostní. Jsou to sportovci, kteří mají sport za „denní chleba‘‘, ale i tak nemusí být jejich kvalita života jednoznačně plnohodnotná. I člověk se sportovním zapálením se potýká se strastmi běžného života, které ani pohyb nevyřeší.

Práce se dělí na část teoretickou a praktickou, přičemž v teoretické části bude řešen jeden z hlavních cílů práce, a to stručné popsání vybraných aspektů para cyklistiky. Tento cíl byl stanoven pro vytvoření dle mé rešerše prvního aktuálního obrazu para cyklistiky v ČR, který může sloužit jako nástroj pro její snadné zmapování a pochopení.

V kapitolách jí věnovaných se zaměřuji na obecnou sportovní klasifikaci v para sportu, historií, disciplínami a kategoriemi a dále národními a nadnárodními svazy, které ji zastřešují. Společně se zmíněným cílem jsou v rámci této teoretické části stručně popsány nejčastější druhy postižení v para cyklistice a také obsahuje kapitoly zabývající se kvalitou života.

Praktická část této práce se již plně zabývá zmíněnou kvalitou života. Ta je hodnocena dle výsledků ze souhrnného dotazníku složeného z demografické části, dotazníku SWLS (Satisfaction with Life Scale) a WHOQOL-BREF (World healty organization Quality of life – BREF), který byl vytvořen pro více prací. Jednalo se o snahu vytvořit souhrnný přehled úrovně kvality života para sportovců v České republice. Výsledky této práce jsou pak tedy nejvíce porovnávány s výsledky para atletů Chrenkové (2021) a tanečníků s tělesným postižením Johnové (2021). Obě tyto práce vznikaly v úzkém propojení s touto prací.

2 PŘEHLED POZNATKŮ

2.1 Zdravotní postižení

Dle českého statistického úřadu (2014) bylo v roce 2012 v České republice více než milion lidí s různým typem a mírou zdravotního postižení. Nejčastěji se jednalo o osoby starší 60 let, s mírně převažujícím podílem žen (52%), mezi kterými byla nejrozsáhlejší středně těžká intenzita zdravotního postižení. Osoby se zdravotním postižením tvoří početnou skupinu naší populace. Nicméně přístup intaktní společnosti k osobám se zdravotním postižením je stále ve fázi vývoje. Jasným příkladem je tomu nyní používané slovní spojení „osoba se zdravotním postižením‘‘, které nahradilo dříve používané oslovení jako „handicapovaný‘‘, „ mentálně postižený‘‘ apod. Rozdíl je zejména v tom, že člověk jako jedinečná osoba bez ohledu na jeho postižení je vždy na prvním místě. První musíme nechat za člověka mluvit jeho schopnosti a osobnost. Lidé by neměli být stigmatizováni svým zdravotním problémem a také jejich zdravotní či jakékoliv jiné omezení by mělo být zmiňováno pouze v situacích, které si tuto skutečnost vyžadují. Toto doporučení vychází ze anglického slovní předpisu „people first language‘‘, jakožto prevence stigmizace a dehuminizace osob se zdravotním postižením. Jeho využití je ale daleko širší, tento slovní předpis muže být využit všude tam, kde by mohly jakékoliv jiné znaky jedince zastínit jeho pestrost a individualitu - například tím, že člověka, který přišel o bydlení v tíživé životní situaci nezařadíme mezi „bezdomovce‘‘. (Klimentová, 2018).

Člověk s postižením jako pojem ale neoznačuje pouze jeho stav a rozlišování mezi zdravím a nemocí či normalitou a defektivitou. Jedná se pojem, kterým člověk získává i určitou dysfunkci sociální role, kvůli odlišnosti od okolí a postojů lidí vůči němu. (Buřvalová, & Reitmayerová, 2007).

WHO v roce 2001 vydala navazující - Mezinárodní klasifikaci funkčnosti, postižení a zdraví, (ICIDH – 2 International classification of functioning and disability and health), která chápe zdravotní postižení jako zastřešující pojem zahrnující: funkční, či orgánovou poruchu lidského těla nebo psychickou poruchu lidské osobnosti, ale také i nemožnost vykonávat z těchto důvodů určité aktivity či se aktivně účastnit běžných životních situací, a to i v důsledku existence bariér, jež vytváří prostředí, ve kterém zdravotně postižení lidé žijí (World Health Organization, 2001).

„Lidé, kteří jsou v důsledku jiné zdravotní kondice, než je považována za normální či obvyklou, zvykově nazývání lidmi se zdravotním postižením, vždy byli, jsou a budou přirozenou

součástí společenství napříč věkovými kategoriemi, pohlavím, společenským postavením, geografickým územím atd.“ (Krhutová, 2013, str. 19).

Jak uvádí Krhutová (2013), lidé s postižením jsou diferenciovanou a nehomogenní skupinou, která má odlišné a různě kombinované znaky z hlediska:

- typu postižení – tělesné postižení, smyslové postižení, mentálních funkcí, postižení řeči a komunikace, kombinovaná postižení
- doby vzniku postižení – vrozené nebo získané
- stupně (intenzity nebo hloubky) postižení – z pohledu úrovně fyzického postižení jedince nebo jeho schopnostech při činnostech a zapojení do životních situací
- průběh postižení a zdravotních problému s ním spojených – regresivní, progresivní, instabilní
- absence či přítomnost bolestí spojených s postižením.

2.1.1 Tělesné postižení

Tělesného postižení rozdělují Buřvalová, & Reitmayerová (2007) dle pohyblivosti jedince na:

- lehké: schopnost samostatného pohybu
- středně těžké: umožňuje pohyb s pomocí ortopedických pomůcek
- těžké: neschopnost samostatného pohybu

dále tělesné postižení rozdělují z hlediska hybnosti:

- dolních končetin: významné pro možnost samostatného pohybu; nezávislost na jiných lidech, možnost získávání zkušeností a poznatků, dobrá prostorová orientace
- horních končetin: důležité pro sebeobsluhu, jakoukoli pracovní činnost, aktivní styk s okolím; jasné vyjadřování emocí k druhým
- mluvidel a mimiky: zásadní pro rozvoj a užívání verbální i neverbální komunikace, vyjadřování emocí; význam pro uplatnění člověka s pohybovým postižením ve společnosti, na trhu práce, akceptaci druhými lidmi
- kombinace předchozích druhů

2.1.1.1 Dětská mozková obrna – DMO

Jedná se o nejčastější druh vrozeného tělesného postižení. Jeho nástup a následný pohybový vzor se v rámci výskytu u jednotlivých pacientů často odlišuje, k čemuž se ještě připojuje proměnná v podobě věkových a vývojových změn. DMO je diagnostikováno jako

následek prenatální, postnatální nebo raně postnatální léze vyvíjejícího se mozku a stav tohoto postižení není progresivní. Není však ani neměnný, neboť bývá spojen s přidruženými onemocněními jako jsou epilepsie, porucha citlivosti, smyslů a vnímání, poruchy učení, kognice, komunikace, chovaní́ nebo mentální retardace (Kraus, 2011).

DMO může u dítěte vzniknout jak v prenatálním, tak v postnatálním období. S výskytem v prenatálním období souvisí především dlouhotrvající a komplikované porody, déle trvající oživování dítěte po porodu nebo příliš rychlý porod, u kterého se příliš rychle vyrovná rozdíl mezi nitroděložním a atmosférickým tlakem a může dojít až poškození cév a následnému krvácení (Kraus, 2005).

Jak uvádí Kudláček et. al. (2013), DMO má tři základní formy:

1) Spastická forma DMO – tvoří cca 70% případů. Tato forma DMO je charakteristická zvýšeným svalovým tonem, zvýšenou dráždivostí a patologickými vzorci lokomotorického vývoje;
2) Diskinetická (extrapyramidová) forma DMO – postihuje asi 20% jedinců s DMO. Tato forma DMO je charakteristická dominancí nepotlačitelných (mimovolných), pomalých a kroutivých pohybů různých svalových skupin;
3) Mozečková forma DMO – se vyskytuje výjimečně, přibližně u 5–10% případů DMO.

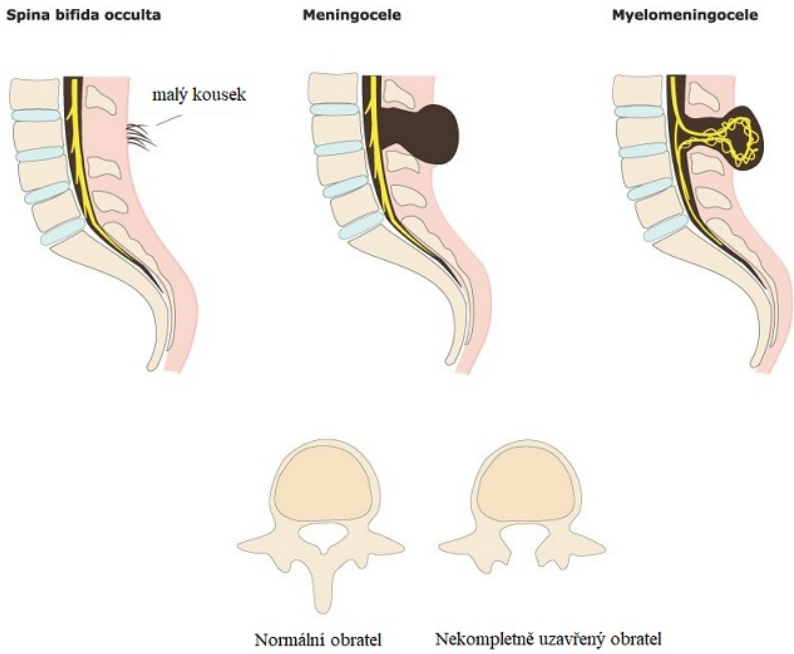
Dále dle lokalizace a stupně postižení mohou mít spastické formy DMO podobu:

1) Diparézy/diplegie – porucha hybnosti dolních končetin.
2) Hemiparézy/hemiplegie – postižení jedné poloviny těla se závažnějším postižením horních končetin.
3) Kvadruparézy/kvadruplegie – postižení všech čtyř končetin. Mentální postižení se u diparetické a hemiparetické formy vyskytuje méně často, více pak u kvadruparetické formy DMO.

2.1.1.2 Rozštěp páteře

Rozštěp páteře (spina bifida) je vrozená vada, která vzniká nejčastěji ve třetím až čtvrtém týdnu těhotenství. Jedná se druhý nejčastější typ vrozeného tělesného postižení po DMO. Vznik rozštěpu páteře je způsoben nedokonalým uzavřením medulární trubice, což má za následek vyhřeznutí míchy mimo páteřní kanál. (Copp, Adzick, Chitty, & et. al. 2015). Nejčastěji se tato vada vyskytuje v bederní části, kvůli čemuž bývá horní část těla vyvinuta bez následků.

Následně se však mohou objevit komplikace v podobě skoliózy. Rozštěp páteře bývá také spojen s výskytem hydrocefalu, který je způsoben nadměrnou produkcí mozkomíšního moku. Osoby s rozštěpem páteře jsou adepty pro sport na vozíku, kvůli horní polovině těla bez následků postižení. (Kudláček, et. al. 2013)



Obrázek 1. varianty rozštěpů páteře a vyhřeznutí, dle stupně závažnosti. (https://www.rehabilitace.info/nemoci/spina-bifida-rozstep-patere-priznaky-priciny-a-lecba-tohoto-problemu/)

Rozštěpy páteře se dělí dle rozsahu (viz. obrázek č.1):

- Spina bifida occulta – jedná se o takzvaný skrytý typ, kdy neuzavření není na první pohled patrné. Jedná se pouze o mezeru mezi obratli. Na místě tohoto nálezu bývá častou na pokožce chomáč vlasů nebo mateřské znaménko.
- Spina bifida meningocele – jedná se o stav, kdy neuzavření páteřního kanálu má za následek vyhřeznutí mening (míšních plen) ven. To způsobí vytvoření vaku naplněného tekutinou. V tomto případě většinou nebývá vůbec nebo mírně narušena funkce míchy a nervů. Můžou se objevit problémy s močovým měchýřem nebo střevy.
- Spina bifida myelomeningocele – nejčastější a nejvážnější typ. Jedná se o stav kdy, neuzavření páteřního kanálu má za následek vyhřeznutí mening včetně míchy. Rozsah postižení závisí na výšce nálezu a závažnosti defektu. Jako u předchozí méně závažně formy může dojít pouze k problémům se střevy a

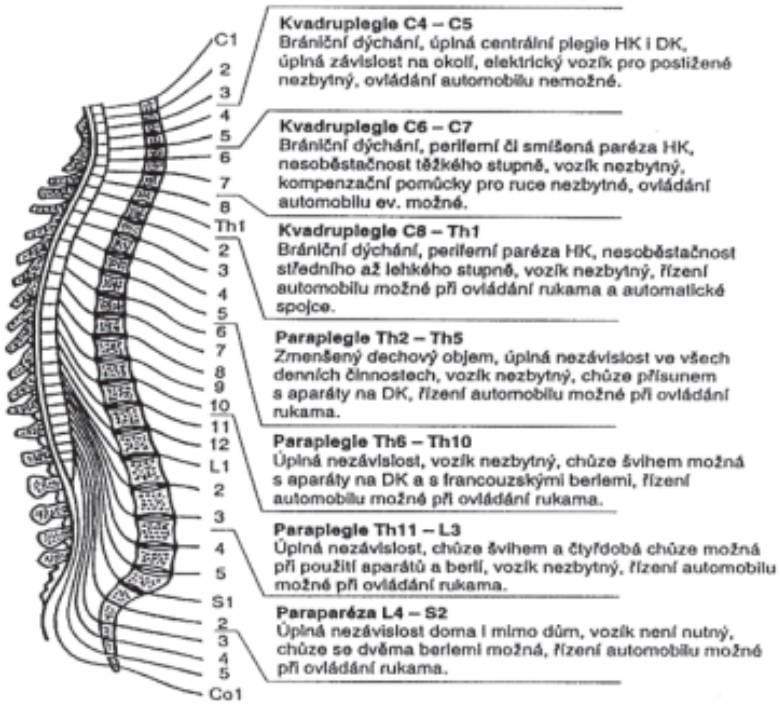
měchýřem nebo také až k úplnému ochrnutí dolních končetin společně s dysfunkcí zmíněných orgánů.

2.1.1.3 Ochrnutí a poranění míchy

K poškození míchy dochází především při těžkých úrazech páteře. Ve výjimečných případech může k poškození míchy dojít při určitých onemocněních. Rozsáhlost vzniklého ochrnutí tak závisí na výšce poškození páteřní míchy. Mezi nejčastější důvody ochrnutí patří automobilové havárie nebo skoky do mělkých vod. Ochrnutí jako důsledek úrazu je pro děti do 15 let spíše ojedinělé a setkáváme se sním spíše v pozdějších letech (Kudláček, et. al. 2013).

V závislosti na výšce léze rozdělujeme poškození na několik typů (viz. obrázek č.2):

- Poúrazová chabá paréza – jedná se o poškození míšních kořenů v oblasti dolní bederní páteře, při kterém dochází k neúplnému ochrnutí dolních končetin.
- Poúrazová paraplegie – většinou se jedná o poranění míchy v oblasti horní bederní a hrudní páteře. Následkem tohoto poranění je úplné ochrnutí dolních končetin
- Poúrazová kvadruplegie – vzniká poškozením míchy v krční oblasti, což způsobí úplné ochrnutí dolních končetin a ochrnutí rukou v různém stupni od paréz až po praktické plegie.
- Poúrazové kvadruparézy – jedná se o ojedinělý typ postižení, které se projevuje neúplným ochrnutí horních i dolních končetin, kdy stupeň jejich postižení bývá různý (Kudláček, et. al. 2013).



Obrázek 2. popsání následků způsobených poškozením páteřní míchy v jednotlivých úrovních páteře (Trojan, et. al. 2005)

2.1.1.4 Amputace

„Jako amputaci definujeme odstranění periferní části těla včetně krytu měkkých tkání s přerušením skeletu, která vede k funkční anebo kosmetické změně s možností dalšího protetického ošetření.„ (Dungl, et. al. 2014, str. 117)

Amputace s sebou nese limity, se kterými se člověk musí potýkat každý den. S postupem vědy se počet indikací k jejímu provedení snižuje. Mezi nejčastější indikace patří diabetes, poúrazová traumata, chronické infekce, tumory, nekrózy, vrozené vady či následky traumat a operací. Záchrana končetin zůstává náročným úkolem kvůli odlišným anatomickým faktorům. (Jindra, et. al. 2015) Amputace sice představuje rekonstrukční zákrok, ale přináší sebou přináší i spoustu rizik a způsobí narušení kontinuity organismu. Každý pacient by měl při tomto zákroku být v co nejlepší nutriční stavu a každá potencionálně přítomná infekce by měla být ihned léčena. Při provedení výkonu s hodnotami nižšími než 35g/l sérového albuminu a 1,5.109/l leukocytů, narůstá počet komplikací při hojení. Při nehodách a následných traumatech je rozhodující, zda bude či nebude zákrok proveden. Při snaze o co nejrychlejší a nejlepší rozhodnutí napříč různosti situací a úrazů, je k dispozici lékařům systém MESS (Magled extremity severity score). (Dungl, et. al. 2014)

Přehledová tabulka č.1 systému MESS podle Johansena (2022), která definuje udělení bodů pacientovi s rozdrcenou končetinou. Pokud skoré pacienta je 7 a vyšší, bývá konečným rozhodnutím amputace, jestli je ale pacientovi uděleno skóre 6 a nižší, jedná se dobré předpoklady k jejímu zachování.

Tabulka 1. přehled kategorizování systému MESS pro rozhodnutí o amputaci (Johansen, 2022)

I. Úrazová energie	
1) nízká energie – jednoduché zlomeniny a průstřely	1 bod
2) střední energie – otevřené nebo více zátěžové zlomeniny, větší pohmoždění	2 body
3) vysoká energie – vstřel zblízka, vysokorychlostní střelné zranění	3 body
4) masivní rozdrcení – důlní, železniční zranění	4 body
II. Tlaková stabilita	
1) normotenzní hemodynamika – TK stabilní i během operace	0 bodů
2) přechodná hypotenze – TK stabilizován infuzní terapií	1 bod
3) prolongovaná hypotenze – systolický tlak pod 90 mm Hg	2 body
III. Ischemické postižení – při ischémii delší než 6 hodin se body zdvojnásobují	
1) žádné – hmatná pulzace, bez známek ischémie	0 bodů
2) lehké – oslabená pulzace, bez známek ischémie	1 bod
3) střední – nedetekovatelná pulzace (Doppler), obleněný kapilární návrat, oslabená motorika	2 body
4) těžké – chladná a nehybná končetina, necitlivost, bez kapilárního návratu	3 body
IV. Věk	
1) do 30 let	0 bodů
2) mezi 30–50 roky	1 bod
3) více než 50 let	2 body

2.1.2 Zrakové postižení

Jak uvádí Vrubel, Roderová a Jágerová (2017), zrakové postižení vzniká v důsledku nemocí, úrazů, neúplného vývoje a vážných zrakových vad, které nelze kompenzovat kompenzačními pomůckami. Mezi nejčastější vrozené oční vady patří vrozený glaukom, albinismus, aniridie, mikroftalmie, vrozená katarakta, pigmentová degenerace sítnice, retinopatie nedonošených dětí, retinoblastom nebo hypoplazie zrakového nervu. Dalšími

příčinami zrakového postižení jsou věkem podmíněná makulární degenerace, glaukom, šedý zákal, diabetik retinopatie, uzávěr centrální retinální tepny a poranění zrakových orgánů. Vzhledem k tomu, že 80 % našeho vnímání získáváme zrakem, zrak představuje zvláště důležitou roli v průběhu dětského vývoje a učení. Porucha zrakových funkcí je doprovázena zvýšenými obtížemi v průběhu celého vzdělávacího procesu. Snížená zrakové funkce se může projevit nedostatky v prostorovém vnímání, orientaci a lokalizaci, motorice, identifikaci předmětů, popř. sníženou schopností sociální interakce, což se v konečném důsledku odráží pomalejším pracovním tempem. V tabulce č.2 pak můžeme vidět klasifikaci zrakového postižení.

Tabulka 2. klasifikace zrakového postižení dle MKN-10 Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize (WHO, 2018):

Střední slabozrakost	Zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 6/18 (0,30) - minimum rovné nebo lepší než 6/60 (0,10); 3/10 - 1/10.
Silná slabozrakost	zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 6/60 (0,10) - minimum rovné nebo lepší než 3/60 (0,05); 1/10 - 10/20.
Těžce slabý zrak	a) Zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 3/60 (0,05) - minimum rovné nebo lepší než 1/60 (0,02); 1/20 - 1/50, kategorie zrakového postižení 3. b) Koncentrické zúžení zorného pole obou očí pod 20 stupňů, nebo jediného funkčně zdatného oka pod 45 stupňů.
Praktická slepota	Zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí 1/60 (0,02), 1/50 až světlocit nebo omezení zorného pole do 5 stupňů kolem centrální fixace, i když centrální ostrost není postižena.
Úplná slepota	Ztráta zraku zahrnující stavy od naprosté ztráty světlocitu až po zachování světlocitu s chybnou světelnou projekcí.

2.2 Klasifikace v para sportu

Sportovní klasifikace má za účel zajištění rovných podmínek pro všechny sportovce s různými typy postižení. Rozděluje tak sportovce podle jejich funkčních schopností do jednotlivých kategorií neboli klasifikačních tříd. Rozdělení do těchto tříd závisí na typu postižení, funkčnosti svalů a úrovni tělesného, zrakového či intelektového postižení. Na rozdíl od zdravých sportovců, kde kategorie rozdělují sportovce dle věku, pohlaví a váhy. Každý sportovec s postižením, účastnící se soutěží, musí mít určenou klasifikaci. Pro možnost účastnit se mezinárodních soutěží je nezbytná klasifikace mezinárodní. Každý sport obnáší jiné specifické dovednosti, kvůli tomu má i každý sport odlišný dopad na určitý druh postižení. Každý sport tedy musí mít vlastní sportovní klasifikaci. Sportovní klasifikace určuje tedy nejen to, do jaké spadají klasifikační třídy v daném sportu, ale také v jakém sportu mohou sportovci soutěžit (Český paralympijský výbor, 2021).

Dle stanov IPC jsou sportovci do sportovních klasifikací zařazeni klasifikátory. Každý sportovec v rámci klasifikace musí předstoupit před klasifikační panel, který je tvořen ze dvou až tří klasifikátorů, což jsou odborníci školení a pověření Mezinárodními sportovními federacemi či IPC (pouze u sportů patřících pod IPC) (International paralympic committee, 2016).

Jak dále uvádí Český paralympijský výbor (2021), během klasifikování sportovce klasifikátoři pracují se třemi základními otázkami, ke kterým dostanou odpovědi během procesu hodnocení sportovce:

- Má sportovec pro daný sport takový handicap, který ho dělá pro ten určitý sport způsobilý?
- Splňuje handicap sportovce minimální kritéria handicapu daného sportu?
- Která sportovní klasifikace nejlépe vystihuje sportovcovo omezení?

2.2.1 Způsobilý handicap

Prvním krokem sportovní klasifikace je zjištění, zda má sportovec způsobilý handicap. Paralympijské hnutí nabízí sportovní příležitosti sportovcům, jejichž handicap spadá do jedné z deseti skupin, které definují způsobilý handicap (International paralympic committee, 2016).

Skupiny způsobilých handicapů dle mezinárodních standardů pro způsobilý handicap (International paralympic committee, 2016):

- Zhoršená svalová síla – sportovci s narušenou svalovou silou mají zdravotní stav, který buď snižuje, nebo eliminuje jejich schopnost dobrovolně stahovat svaly za účelem pohybu nebo vytváření síly. Příklady zdravotního stavu, který může vést k narušení svalové síly, zahrnují poranění míchy (úplné nebo neúplné, tetraplegie, paraplegie nebo paraparéza), svalová dystrofie, po obrnový syndrom a rozštěp páteře.
- Zhoršený pasivní rozsah pohybu – sportovci s narušeným pasivním rozsahem pohybu mají omezený nebo nedostatečný pasivní pohyb v jednom nebo více kloubech.
- Neúplné končetiny – sportovci s neúplnými končetinami mají úplnou nebo částečnou absenci kostí nebo kloubů v důsledku traumatu (například traumatická amputace), nemoci (například amputace kvůli rakovině kostí) nebo vrozeného nedostatku končetin (například dysmelie).
- Rozdíl v délce nohou – sportovci s rozdílnou délkou nohou mají rozdíl v délce nohou v důsledku poruchy růstu končetiny nebo v důsledku traumatu.
- Nízká postava – sportovci s nízkým vzrůstem mají sníženou délku v kostech horních končetin, dolních končetin anebo trupu.
- Hypertonie – u sportovců s hypertonií dochází v důsledku poškození centrálního nervového systému ke zvýšení svalového napětí a snížené schopnosti svalu se protáhnout. Příklady základního zdravotního stavu, který může vést k hypertonii, zahrnují dětskou mozkovou obrnu, traumatické poranění mozku a mrtvici.
- Ataxie – sportovci s ataxií mají nekoordinované pohyby způsobené poškozením centrálního nervového systému. Příklady základního zdravotního stavu, který může vést k ataxii, zahrnují: dětskou mozkovou obrnu, traumatické poranění mozku, mrtvici a roztroušenou sklerózu.
- Atetóza – sportovci s atetózou mají neustále pomalé mimovolní pohyby. Příklady základního zdravotního stavu, který může vést k atetóze, zahrnují dětskou mozkovou obrnu, traumatické poranění mozku a mrtvici.
- Porucha zraku – sportovci s poruchou zraku mají sníženou nebo žádnou schopnost vidění. To může být způsobeno poškozením struktury oka, optických nervů, optických drah nebo zrakové kůry mozku.

- Mentální postižení – sportovci s mentálním postižením mají snížený intelekt a schopnost adaptivním chování, které ovlivňuje koncepční, sociální a praktické adaptivní dovednosti potřebné pro každodenní život. Toto Poškození musí být přítomno před dosažením věku 18 let.

Mezinárodní paralympijský výbor převzal definice způsobilých typů handicapů od Světové zdravotnické organizace WHO, jak je popsána v International Classification of Functioning, Disability and Health, 2001.

Každý paralympijský sport má jiné možnosti kompenzace a přizpůsobení a určuje, které skupině handicapovaných poskytne dle svých klasifikačních pravidel sportovní příležitosti. Některé sporty nabízí sportovní příležitost sportovcům všech typů handicapu (například atletika, plavání), některé sporty jen určitému typu handicapu (například goalball je jen pro zrakově handicapované) a některé sporty nabízí možnosti pro různé handicapy jako třeba cyklistika. Cyklistika má vytvořené kategorie primárně pro sportovce s tělesným a zrakovým postižením (International paralympic committee, 2016).

2.2.2 Kritérium minimálního handicapu

> *Klasifikační pravidla každého paralympijského sportu popisují, jak vážný musí mít sportovec handicap, aby mohl být uznaný za způsobilý. Tyto kritéria se označují jako kritéria minimálního handicapu. Příkladem kritéria minimálního handicapu je třeba maximální výška u sportovce krátkého vzrůstu nebo výška amputace u sportovců s chybějící končetinou. Kritérium minimálního handicapu je definováno převážně na základě vědeckého výzkumu, který zhodnotí dopad handicapu na sportovní aktivitu. Každý sport má specifická kritéria. Na základě těchto kritérií se může stát, že sportovec může splňovat kritéria u jednoho sportu, ale nemusí je splňovat u nějakého dalšího sportu. To, že sportovec nesplňuje kritérium minimálního handicapu, v žádném případě ovšem neznamená, že sportovec není handicapovaný (Český paralympijský výbor, 2021).*

V rámci para cyklistiky je minimální handicap definován jako amputace všech prstů a palce nebo amputace více než poloviny přední části chodidla a pro rozdíl v délce nohy je dána minimální délka v rozměru 7 cm. Pro zhoršenou svalovou sílu a rozsah pohybu existují definice minimálních vhodných kritérií na základě bodovacích systémů využívajících manuální testování svalů a měření pasivního rozsahu pohybu (Union Cycliste Internationale, 2021).

2.2.3 Sportovní klasifikace – klasifikační třída

Klasifikační třída zahrnuje sportovce s podobným handicapem. Sportovci ale nejsou do kategorií primárně rozřazování dle handicapů, ale dle funkčních schopností, aby byla zajištěná co největší rovnost při sportovních soutěžích. Sportovec má tedy podobné funkční schopnosti jako sportovec s jiným druhem postižení, mohou být zařazeni do stejné kategorie. Není tedy pravidlem, že v jedné kategorii musejí být sportovci se stejným typem postižení. Z tohoto důvodu můžete v například v atletice, v závodě formulek, vidět v jedné kategorii sportovce paraplegiky a sportovce s amputací dolní končetiny. V některých sportech existuje jen jedna klasifikační třída jako například v cyklistice u kategorie tandemů (International paralympic committee, 2015).

Klasifikační panel určuje, ve které klasifikační třídě bude daný sportovec závodit. Hodnocení sportovce probíhá před závody. U některých sportů může hodnocení sportovce probíhat i během závodu/soutěže. Klasifikátoři jsou odborníci, kteří jsou školeni a uznáváni Mezinárodními sportovními federacemi, nebo samotným Mezinárodním paralympijským výborem (IPC) (pouze u sportů patřící pod IPC). Některá zdravotní postižení nejsou ustálená, naopak jsou progresivní, z tohoto důvodu mohou někteří sportovci podstoupit klasifikaci během své sportovní kariéry víckrát. Pokud se během sportovní kariéry sportovci změní jeho zdravotní stav, je nutné, aby o tom informoval svou mezinárodní federaci a požádal o překlasifikování (Český paralympijský výbor, 2021).

Klasifikační komise přiděluje para sportovcům sportovní třídu a status v souladu s klasifikačními pravidly Mezinárodních sportovních federací. Jedná se o skupinu klasifikátorů jmenovaných právě Mezinárodními sportovními federacemi za tímto účelem. Každá Mezinárodní sportovní federace určuje, jakou kvalifikaci a kompetence požaduje od klasifikátorů, a musí tyto požadavky jasně a transparentně vyjasnit. Některé sporty budou vyžadovat odborné lékařské znalosti, jiné budou vyžadovat specifické sportovní zkušenosti a jiné mohou vyžadovat kombinaci odborných znalostí (International paralympic committee, 2016).

Jak je uvedeno v (Classification Model Rules for Para Sports, 2017), sportovní klasifikační status určuje, zda má sportovec konečnou klasifikaci nebo zda ji bude muset podstoupit buď poprvé nebo opakovaně. V rámci klasifikace je mu pak udělen status, který vypovídá o jeho aktuálním stavu:

- **Status nový (new - N) –** sportovci je přidělen status sportovní třídy (N) předtím, než se zúčastní prvního hodnotícího zasedání sportovce. Sportovec se statutem

sportovní třídy (N) se musí před soutěží na jakékoli mezinárodní soutěži zúčastnit hodnotícího zasedání, pokud klasifikační komise nestanoví jinak.

- **Status potvrzen (confirmed - C)** - sportovec bude označen statusem sportovní třídy (C), pokud je klasifikační komise přesvědčena, že jak způsobilá porucha sportovce, tak i schopnost sportovce vykonávat specifické úkoly a činnosti zásadní pro sport jsou a zůstanou stabilní. Sportovec s potvrzeným statusem sportovní třídy (C) nemusí podstoupit žádné další hodnocení (s výjimkou ustanovení v klasifikačních pravidlech týkajících se protestů, lékařské kontroly a změn kritérií sportovních tříd). Klasifikační komise, která se skládá pouze z jednoho klasifikátora, nemůže jmenovat sportovce s potvrzeným statusem (C), ale musí určit sportovce statusem (R).
- **Status opětovného hodnocení (review - R) -** sportovec je tímto statusem určen k přezkoumání a je udělen, pokud se klasifikační komise domnívá, že budou zapotřebí další hodnotící zasedání. Klasifikační komise se může pro udělení tohoto statusu rozhodnout na základě mnoha faktorů. Nejčastěji to může být z důvodů kolísajícího či progresivního stavu postižení stavů, které jsou trvalé ale ne stabilní nebo nedosažení plné svalové a kosterní zralosti. Sportovec se statusem (R) musí dokončit hodnocení před soutěží v jakékoli následné mezinárodní soutěži, pokud klasifikační komise nestanoví jinak.
- **Status k opětovnému hodnocení k předem určenému datu (Review With fixed Review Date – FRD)** - sportovci může být udělen status k přezkoumáním statusu sportovní třídy s pevným datem kontroly (FRD), pokud se klasifikační komise domnívá, že bude vyžadováno další hodnocení sportovce, ale nebude nutné před stanoveným datem, kterým je pevné datum kontroly. Sportovec se statusem (FRD) se bude muset zúčastnit hodnotícího zasedání při první příležitosti po příslušném pevném datu kontroly a zároveň se nesmí zúčastnit hodnocení před uděleným datem. Klasifikační komise, která se skládá pouze z jednoho klasifikátora, nemůže udělit status (FRD) ale musí udělit status (R).

Pokud IPC změní jakákoli kritéria sportovní třídy anebo metody hodnocení, může přeřadit kteréhokoli sportovce, který je držitelem statusu (C) na status (R) a požadovat, aby se sportovec při nejbližší možné příležitosti zúčastnil hodnocení. Dále komise může u kteréhokoli sportovce odstranit pevné datum kontroly a požadovat, aby se sportovec zúčastnil hodnocení při nejbližší možné příležitosti. V obou případech bude příslušná národní federace nebo národní

paralympijský výbor informován v nejkratší možné době (International paralympic committee, 2017).

2.2.4 Kvalifikační kód IPC

Vize paralympijského hnutí (International paralympic committee, 2015) je *„umožnit para sportovcům dosáhnout díky sportu dokonalosti, inspirovat a fascinovat svět.“* Unikátní systémy klasifikace používané v para sportu plní dvě klíčové funkce na podporu realizace této vize:

1. definuje, kdo je způsobilý soutěžit v para sportu a následně má možnost stát se paralympijským sportovcem;
2. seskupit sportovce do sportovních tříd, jejichž cílem je zajistit, že dopad poškození je minimalizován a sportovní výkon určuje, který sportovec nebo tým nakonec zvítězí.

Klasifikační systémy nejsou důležité pouze pro vrcholový sport, ale jsou také zásadní pro propagaci sportu i mimo vrcholové zaměření. Klasifikace od doby, kdy hnutí poprvé začalo, významně pokročila. Počáteční klasifikace vycházela z lékařského hodnocení a kladla malý důraz na hodnocení dopadu na sportovní výkon. V 80. a 90. letech minulého století mnoho sportovců a klasifikátorů na tento nedostatek upozorňovalo a snažili se o vývoj funkčních klasifikačních systémů, zaměřených na sportovní výkon. V tomto období neexistovaly žádné sjednocující zásady, které by řídily vývoj nových klasifikačních systémů, a tak se rychlost vývoje se mezi různými para sporty velmi lišila. Správní rada IPC to uznala a aby zajistila budoucnost paralympijského hnutí, vyžadovala pro para sport více ucelený přístup klasifikace. V roce 2003 schválila správní rada klasifikační strategii, což vedlo v roce 2007 k vydání klasifikačního kódu IPC a mezinárodních standardů. Tento dokument je základem pro vývoj sportovně klasifikačních systémů. Přepracované vydání kodexu je v souladu s prvním cílem poskytnout jasné prohlášení účelu klasifikace sportovců, jakož i rámce zásad a postupů, které potvrdí důvěru v klasifikační systémy napříč paralympijským hnutím. Toto vydání Kodexu klade zvláštní důraz na jasný a snadno použitelný jazyk, aby sportovci plně pochopili, proč se účastní klasifikace, čímž podporuje jejich aktivní účast v proces klasifikace (International paralympic committee, 2015).

Kodex potvrzuje, že klasifikace funguje nejlépe, když sportovci a Klasifikátory spolupracují na určení nejvhodnější sportovní třídy. Kodex také obsahuje pět mezinárodních norem, které poskytují konkrétní operační pokyny v klíčových oblastech klasifikace. Rychlé

tempo vývoje technologií, metod školení a pokroku v medicíně zajistily významné příležitosti pro klasifikaci. Toto druhé vydání kodexu poskytuje rámec, jehož cílem je povolit paralympijské hnutí – sportovci, klasifikátoři, správci a vědci – zvládat výzvy a využívat příležitosti, které umožňují realizovat vize paralympijského hnutí do budoucna (International paralympic committee, 2015).

V rámci hodnocení a klasifikace sportovců je dle (International paralympic committee, 2015) také velmi důležité rozšířit informace o těchto postupech a jejich pravidlech mezi širší veřejnost. Media, diváci a všechny zúčastněné strany by měli mít povědomí o tom, jak probíhají a jak fungují. Díky tomu pak bude možné para sportu daleko lépe porozumět.

2.3 Para cyklistika

Para cyklistika je sport přizpůsobený pro sportovce s různým typem zdravotního postižení. Sportovci jsou rozděleni dle typu postižení do čtyř kategorií, z čehož každá kategorie používá jinak upravené kolo. Následně jsou sportovci rozděleni do celkem 14 tříd dle stupně postižení dle kritérií Mezinárodní cyklistické federace (UCI). Para cyklistika není primárně určený sport pro sportovce s mentálním a sluchovým postižením a není tedy zařazen ani mezi paralympijské kategorie, či mezinárodní a národní svazy. Každé z těchto dvou postižení má vlastní strukturu svazů, které je v cyklistice zastřešují. Para cyklistika se dělí na dráhovou, která obsahuje celkem pět disciplín a silniční která má pouze tři (Union Cycliste Internationale, 2021).

2.3.1 Historie para cyklistiky

Para cyklistika se rychle vyvíjela po celém světě, a to jak v soutěžních, tak i v rekreačních podobách. Za poslední dvě desetiletí se soutěžní pravidla a předpisy spolu s kategoriemi a disciplínami, ve kterých mohou para cyklisté soutěžit, značně rozrostly. Cyklistika je dnes třetím největším paralympijským sportem (mezi první dva největší patří atletika a plavání) (Gordon, & De Luigi, 2020).

Poprvé se para cyklistika objevila na paralympijských hrách v New Yorku v roce 1984. V sedmi disciplínách o medaile soupeřilo osm zemí s celkovým počtem dvaceti sportovců a dvou sportovkyň. V Korejském Soulu roku 1988 se k paralympiádě přidaly kategorie pro sportovce se zrakovým postižením. Přestože se tento sport stával stále populárnějším, na paralympiádě v roce 1988 se cyklistických závodů nezúčastnila žádná žena. V Barceloně roku 1992 však závodilo 17 žen, což představovalo něco málo přes 10 % para cyklistické výpravy. V roce 1994 se konalo první mistrovství světa a na paralympiádě

1996 byly zařazeny dráhové závody na velodromu. Na paralympijských hrách v Sydney v roce 2000 závodilo více než 200 para cyklistů, což potvrdilo, že para cyklistika byla a je hlavním sportem paralympiády. Kategorie handbiků byla na těchto hrách představena jako novinka a formálně byla přidána až v Aténách v roce 2004. Došlo také ke změnám v klasifikačním systému, což znamenalo, že sportovci byli rozděleni do čtyř kategorií: tandem, handbike, tříkolky a klasická silniční kola. Nyní paralympijské hry vítají více než dvě stě para cyklistů z téměř padesáti zemí, aby soutěžili o padesát titulů paralympijských šampionů. Skutečnost, že dvacet tři zemí získalo alespoň jednu medaili na paralympijských hrách v Riu 2016, je jen dalším důkazem toho, že para cyklistika neustále nabírá na své popularitě (Internatonal paralympic committee, 2022).

Jak uvádí Gordon, De Luigi (2020), para cyklistika ušla od svého debutu na paralympijských hrách v roce 1984 dlouhou cestu. V roce 2007 se správa para cyklistika převedla od IPC pod UCI, která nyní zaštiťuje cyklistiku ve všech jejích podobách po celém světě. Tak jako u ostatních cyklistických odvětvích se i pro para cyklistiku koná mistrovství světa, a to jak v dráhové, tak i silniční para cyklistice. V roce 2010 byl představen UCI Světový pohár v silniční para cyklistice. Dráhová para cyklistika se pak svého zařazení do světového poháru UCI dočkala v Londýně v roce 2018. Nyní mezi mezinárodní soutěže pro para cyklisty patří mistrovství světa, paralympijské hry a světový pohár.

2.3.1.1 Historie para cyklistiky v ČR

Česká republika se dočkala prvního kontaktu s para cyklistikou v 80. letech minulého století. V těchto raných začátcích přišel i první významný úspěch ještě československého para cyklisty Josefa Lachmana, který získal stříbro v silničním závodě na paralympijských hrách v Soulu v roce 1988. V období let 2000 až 2012 ČR zaznamenávala úspěchy na mezinárodním poli především zásluhou světoznámého para cyklisty Jiřího Ježka, kterému se podařilo vybojovat celkem 6 zlatých, 4 stříbrné a jednu bronzovou medaili z paralympijských her v Sydney 2000, Athény 2004, Peking 2008 a Londýn 2012. Máme ale i další skvělé závodníky, kteří dokázali získat ty nejcennější paralympijské medaile. Patří mezi ně Tereza Diepoldová, Markéta Macková, Roman Musil, Marcel Pipek, Jiří Bouška, Tomáš Kvasnička, Michal Stark a David Vondráček. I přes řadu skvělých světových úspěchů nemá para cyklistika v ČR velkou členskou základnu. Je to způsobeno především materiální náročností tohoto sportu a logistickou náročností sportovní přípravy a relativně malým počtem organizovaných závodů (Český svaz cyklistiky, 2021).

2.3.2 Kategorie a Disciplíny

Klasifikace para cyklistů se dělí na čtyři základní kategorie. Tyto kategorie se liší jak v typu postižení, tak v používání rozdílných kompenzačních pomůcek, mezi které řadíme především speciálně upravené kolo. Nevidomí a zrakově postižení sportovci (B) závodí na tandemovém kole, sportovci s mozkovou obrnou (T) závodí na tříkolkách, sportovci s amputací nebo jiným pohybovým postižením (C) jsou schopni pomocí menších úprav závodit na běžném silničním kole a sportovci s postižením páteře nebo dolních končetin (H) závodí na takzvaném handbiku, což je kolo, ve kterém cyklista většinou leží a pohon je zajištěn pomocí rukou. Jak je znázorněno v tabulce č.3, tyto čtyři základní kategorie jsou pak rozděleny na celkem 14 klasifikačních tříd dle míry postižení pro muže a ženy ve všech věkových kategorii definovaných dle UCI. Jezdci jsou zařazeni do příslušné třídy podle své funkční schopnosti. Para cyklistika není primárně určený sport pro sportovce s mentálním postižením a není tedy zařazen ani mezi paralympijské kategorie (Union Cycliste Internationale, 2021).

Tabulka 3. para cyklistické kategorie a třídy (Union Cycliste Internationale, 2022):

Kategorie	**Muži**	**Ženy**
Tandem	MB	WB
Handbike H1	MH1	WH1
Handbike H2	MH2	WH2
Handbike H3	MH3	WH3
Handbike H4	MH4	WH4
Handbike H5	MH5	WH5
Tříkolka T1	MT1	WT1
Tříkolka T2	MT2	WT2
Kolo C1	MC1	WC1
Kolo C2	MC2	WC2
Kolo C3	MC3	WC3
Kolo C4	MC4	WC4
Kolo C5	MC5	WC5

V rámci kategorie Handbiků (H) jsou cyklisté rozdělování dle úrovně postižení do pěti tříd. Ve třídě H1 jsou typickými jezdci kvadruplegici s těžkým postižením horních končetin neboli poškozením páteřní míchy od obratle C6. Další třídu H2 tvoří také kvadruplegici, ale s lehkým postižením horních končetin s poškozením mezi obratli C7 a T3. Třídu H3 tvoří paraplegici s poškozením míchy mezi obratli T4 až T10. Klasifikační třída H4 je také tvořena paraplegiky a poškozením od obratle T11 a níž, nebo závodníci s amputací a neschopností klečet. Závodník s nejlehčím postižením řadíme do třídy H5, kde se nachází závodníci paraplegici i amputáři, kteří jsou schopni klečet (Union Cycliste Internationale, 2021).

Stejně jako u kategorie H je i kategorie běžných závodních kol (C) rozdělena do pěti tříd dle stupně postižení. Sportovci této kategorie, závodí na běžném jednostopém kolo a patří mezi ně sportovci s amputacemi, zhoršenou svalovou sílou nebo rozsahem pohybu a s poruchami koordinace. Ve třídě C1pak závodí sportovci s nejtěžší formou postižení, což je těžká hemiplegií (postižení dolních a horních končetin), diplegií nebo těžkou ataxií, mnohočetnou amputací, neúplným poraněním míchy nebo svalovým postižením. Ve třídě C2 závodí sportovci s transfemorálními amputacemi bez použití protézy při jízdě na kole, těžkou hemiplegii (více zapojená dolní končetina) nebo s poklesem svalové síly. Třída C3 zahrnuje sportovce s dvojitou transtibiální amputací s použitím protéz, svalovým/mnohočetným postižením, středně těžkou hemiplegií nebo středně těžkou ataxií. Třída C4 je určená pro sportovce s lehkou hemiplegickou nebo diplegickou spasticitou, lehkou ataxíí nebo atétozou a jednostrannou podkolenní nebo oboustrannou amputací pod loktem. Třída C5 se sportovci s nejlehčím typem postižení zahrnuje sportovce s lehkou monoplegickou spasticitou, jednostrannou amputací paže (nad nebo pod loktem) (Union Cycliste Internationale, 2021).

Další kategorie tříkolek (T) není tak obsáhlá co se týče rozdělení a obsahuje pouze dvě třídy. Kategorie tříkolek je primárně určena pro závodníky s DMO. Zástupci třídy T1, určené pro sportovce s těžší formou tohoto postižení, mají velký problém s rovnováhou a jejich stav odpovídá funkčnímu profilu C1 až C4. Druhá kategorie T2 je určená pro závodníky s lehčí formou postižení s funkčním profilem C5 a C6 (Union Cycliste Internationale, 2021).

Čtvrtá a poslední kategorie v para cyklistice je kategorie tandemů (B). Tandemy jako jediná kategorie není rozdělena na třídy, ale pouze na pohlaví a je určena pro sportovce se zrakovým postižením. Kategorie tandemů je omezena minimálním handicapem pro sportovce na druhé pozici, kteří musí splňovat minimálně zrakovou ostrost 6/60 anebo musí mít zorné pole menší než 20 stupňů. Pilot, jakožto vedoucí tandemu, má omezení pouze v rámci jeho sportovní kariéry. Dle pravidel UCI pilot tandemu nesmí být profesionálním sportovcem, což znamená, že nesmí startovat po dobu 12 měsíců před para cyklistickou soutěží na žádném

profesionálním závodě zapsaném pod federací UCI a nesmí být ani do žádného profesionálního týmu zařazen. Doba 12 měsíců se počítá od 1. ledna následujícího roku, kdy byla smlouva s profesionálním týmem ukončena (Union Cycliste Internationale, 2021).

Dle Union Cycliste Internationale (2021) je para cyklistika rozdělena do dvou disciplín – silniční a dráhová.

Silniční (road):
• Silniční závod (muži a ženy) – pro všechny kategorie
• Individuální časovka (muži a ženy) – pro všechny kategorie
• Handbike štafeta týmů (muži a ženy, pár) – pouze pro kategorii H

Dráhová (track), pouze pro kategorie C a B:
• Tandemový sprint (muži a ženy) – pouze pro kategorii B
• Týmový sprint (muži a ženy, pár) – pouze pro kategorii C
• 500 m a 1km časovka (muži a ženy) – pouze pro kategorii B, C
• Stíhací závod (muži a ženy) – pouze pro kategorii B, C
• Scratch (muži a ženy) – pouze pro kategorii C

Jak uvádí Union Cycliste Internationale (2022), silniční disciplíny jsou určené pro všechny kategorie s jedinou výjimkou handbikové štafety týmu, která je i dle názvu určená pouze pro kategorii H. Dráhové disciplíny jsou určené pouze pro závodníky kategorií C a B, tedy závodit na velodromu se může pouze na jednostopém klasickém kole a na kole tandemovém. Silniční a dráhové para závody mají svá specifická pravidla pro pořádání akcí. Jedná se o pravidla, která UCI společně se zástupci cyklistických svazů vytvořila pro vytvoření bezpečných a regulérních podmínek v závodě. Tento záměr se odráží v samotném rozdělení disciplín mezi různé kategorie.

2.3.3 Silniční para cyklistika

V rámci pravidel Union Cycliste Internationale (2022) se silniční závody musí odehrávat na plně uzavřených komunikacích. Silniční závodní okruhy na všech para cyklistických závodech UCI musí mít délku mezi 7 a 15 km. Stoupání na jakémkoli okruhu nesmí přesáhnout maximální průměrný sklon 8 % a ne více než 15 % na jejich nejstrmějším úseku. Celková délka stoupání nesmí být větší než 25 % celkové délky okruhu. Okruhy, které jsou kratší než 7 km,

delší než 15 km nebo přesahují výše uvedené procento gradientu, ale obsahují jiné žádoucí vlastnosti, můžou být povoleny na žádost pořadatele a zvážením UCI. Kategorie H, T a jezdci kategorie mládeže mohou používat kratší a technicky méně náročné obtížný okruh, po podání žádosti pořadatele a zvážení UCI. Pořadatelé musí před konáním akce předložit UCI ke schválení okruh, který splňuje požadavky definované v organizační příručce. Dle pravidel může UCI také rozhodnout, o společném startu několika tříd nebo věkových kategorií v jedné skupině. Každá takto vytvořená skupina, nebo každá regulérní skupina dle kategorií a věku musí mít při startu minimální časový odstup dvě minuty, od jiné skupiny z důvodu zabránění míchání skupin při závodě. Jezdci jsou na starty závodů řazeni dle pořadí v posledním aktuálním žebříčku UCI. Přednost při řazení závodníku na start mají úřadující či obhajující závodnici s titulem mistr světa. Závodníci, kteří potřebují při startu asistenci mají přednost k místům u oplocení trati. V tabulce č.4 můžeme vidět přehled povolených vzdáleností pro silniční závody pro jednotlivé kategorie a třídy.

Tabulka 4. povolených vzdáleností pro silniční závody (Union Cycliste Internationale, 2022):

Třída	**minimum**	**maximum**			**minimum**	**maximum**
MB	93 km	125 km		MT2	30 km	40 km
WB	78 km	120 km		MT1	30 km	40 km
				WT2	26 km	35 km
MC5	75 km	100 km		WT1	26 km	35 km
MC4	75 km	100 km				
MC3	60 km	100 km		MH5	60 km	80 km
MC2	60 km	80 km		MH4	60 km	80 km
MC1	60 km	80 km		MH3	60 km	80 km
				MH2	45 km	60 km
WC5	60 km	80 km		MH1	45 km	60 km
WC4	60 km	80 km				
WC3	48 km	65 km		WH5	52 km	70 km
WC2	48 km	65 km		WH4	52 km	70 km
WC1	48 km	65 km		WH3	52 km	70 km
				WH2	37 km	50 km
				WH1	37 km	50 km

Dle Union Cycliste Internationale (2022), není u individuální časovky dle pravidel vyžadováno, ale pouze doporučeno plné uzavření okruhu a nutné je pouze uzavření protisměrného provozu. Časovka pak může využívat stejnou trať jaká je připravena pro silniční závod. V rámci startu má individuální časovka svá neměnná pravidla, která jsou stejná jako u běžné cyklistiky. Závodníci startují individuálně s časovým rozestupem jedné minuty. Je-li jeden závodník dostižen jiným, nesmí vést ani jet v závěsu závodníka, který ho dostihl. Závodník, který dostihl jiného závodníka, musí od něj dodržovat boční odstup minimálně 2 m. Po jednom kilometru musí dostižený závodník jet nejméně 25 m za závodníkem, který ho dostihl. Doprovodný vůz musí dodržovat vzdálenost nejméně 10 m za závodníkem, nikdy ho nesmí předjet ani dojet na jeho úroveň. V tabulce č.5 pak můžeme vidět přehled povolených vzdáleností pro individuální časovku pro jednotlivé kategorie a třídy.

Tabulka 5. povolených vzdáleností pro individuální časovku dle (Union Cycliste Internationale, 2022):

Třída	**minimum**	**maximum**			**minimum**	**maximum**
MB	20 km	40 km		MT2	12 km	25 km
WB	17 km	35 km		MT1	12 km	25 km
				WT2	10 km	20 km
MC5	17 km	35 km		WT1	10 km	20 km
MC4	17 km	35 km				
MC3	17 km	35 km		MH5	17 km	35 km
MC2	15 km	30 km		MH4	17 km	35 km
MC1	15 km	30 km		MH3	17 km	35 km
				MH2	12 km	25 km
WC5	15 km	30 km		MH1	12 km	25 km
WC4	15 km	30 km				
WC3	12 km	25 km		WH5	15 km	30 km
WC2	12 km	25 km		WH4	15 km	30 km
WC1	12 km	25 km		WH3	10 km	20 km
				WH2	10 km	20 km
				WH1	10 km	20 km

V handbikové štafetě týmů mohou startovat v závodě vždy pouze dva štafetové týmy z reprezentace či oddílu. Třetí tým by mohl být zapsán pouze v případě, že by všichni tři závodníci byly ženy. Závodníci v týmu jsou vždy tři a každý závodník má dle své kategorie udělený počet bodů (viz. tabulka č.6). Součet všech tří závodníků v týmu musí být maximálně 9 bodů (Union Cycliste Internationale, 2022).

Tabulka 6. s hodnotami závodníků pro složení týmu štafety handbiků dle pravidel (Union Cycliste Internationale, 2022):

Třída	**Body**	**Třída**	**Body**
MH5	4	WH5	3
MH4	4	WH4	3
MH3	3	WH3	2
MH2	2	WH2	1
MH1	1	WH1	1

U handbikové štafety týmů startuje první vlna sportovců vždy společně stejně jako u silničního závodu. Štafetu si závodnici předávají po projetí okruhu. V místě startu a cíle závodu je vymezený prostor, ve kterém se musí závodník štafety nacházet, aby mohl do svého závodu vyjet další závodník štafety. V případě vyjetí dalšího závodníka v době, kdy se předchozí závodník nenachází za vymezenou metou, bude družstvo pokutováno 10s penalizací k celkovému času. Jakmile sportovec z týmu dokončí kolo a projede před jeho týmové kolegy, další sportovec odstartuje své kolo. Pokud by další závodník v pořadí vystartoval dříve o více než 3 sekundy, bude tým diskvalifikován. Manažer týmu může asistovat u předávání štafety a startu závodníků. Nesmí však závodníky při startu tlačit či jim jinak manuálně pomáhat (Union Cycliste Internationale, 2022).

2.3.4 Dráhová para cyklistika

Jak uvádí Union Cycliste Internationale (2022), u dráhové para cyklistiky jsou disciplíny určené jen pro kategorie C a T. Jedná se o časově měřitelné disciplíny 1 km a 500 m s pevným startem a stíhací závod jednotlivců, což jsou individuální disciplíny, které doplňuje týmový sprint. Dále mezi dráhové para disciplíny patří tandemový sprint a scratch. 1 km a 500 m s pevným startem je disciplína spíše sprinterského charakteru. Relativně krátká vzdálenost umožňuje závodníkům vyrazit v maximálním tempu, které se snaží držet až do cíle. Každá

kategorie má dle pravidel danou vzdálenost pro závod, buď tedy 1 km nebo 500 m (viz. tabulka č.7) (UCI, 2022).

Tabulka č.7 vzdáleností jednotlivých kategorií pro disciplínu 1km a 500m s pevným startem dle pravidel (UCI, 2022):

Třída	**Vzdálenost**
MB, WB	1 km
MC5, MC4, MC3, MC2, MC1	1 km
WC5, WC4, WC3, WC2, WC1	500 m

Stíhací závod jednotlivců je disciplína vytrvalostního charakteru. Závodí se na vzdálenosti od 3 km a 4 km, které se určují dle kategorie (viz. tabulka č.8) (Union Cycliste Internationale, 2022).

Tabulka č.8 vzdáleností jednotlivých kategorií pro disciplínu stíhací závod jednotlivců dle pravidel (Union Cycliste Internationale, 2022):

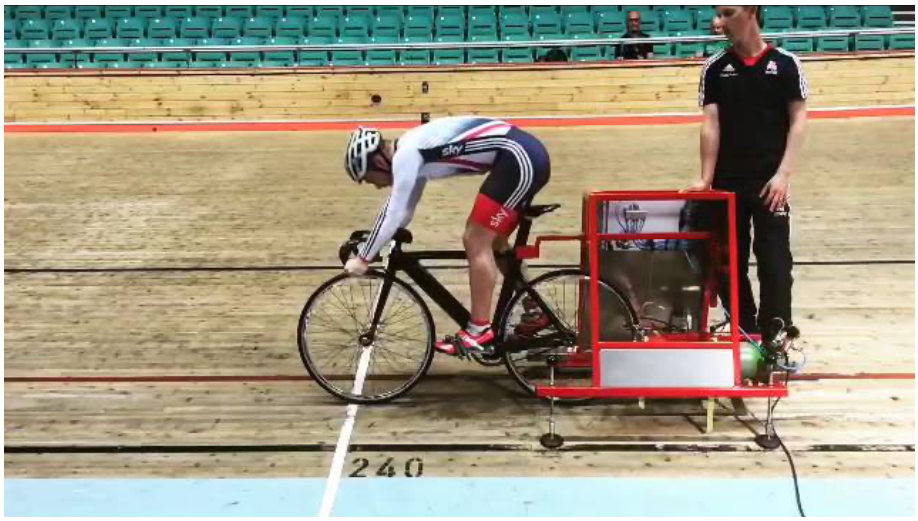
Třída	**Vzdálenost**
MB	4 km
MC5, MC4	4 km
MC3, MC2, MC1	3 km
WB	3 km
WC5, WC4, WC3, WC2, WC1	3 km

Týmový sprint je disciplína týmová a určená pouze pro kategorii C. Tým tvoří vždy tři závodníci a může být doplněn o náhradníky na kvalifikaci či finále. Skladba týmu probíhá stejně jako u handbikové štafety týmů s rozdílem skladby týmu, kdy dle pravidel nesmí přesáhnout po součtu bodů závodníků 10 (viz. tabulka č.9) (Union Cycliste Internationale, 2022).

Tabulka č.9 s hodnotami závodníků pro složení týmu týmového sprintu dle pravidel Union Cycliste Internationale (2022):

Třída	Body	Třída	Body
MC5	4	WC5	3
MC4	4	WC4	3
MC3	3	WC3	2
MC2	2	WC2	1
MC1	1	WC1	1

Dle Union Cycliste Internationale (2022) je u těchto disciplín je především rozhodující rozjížďka, kterou jede každý závodník či tým a musí ujet danou vzdálenost za co nejlepší čas. Ve finále se pak potkají jen čtyři nejrychlejší závodníci či týmy, kteří ve finálové jízdě startují proti sobě na protilehlých rovinkách. Závod pak končí buď ujetím dané vzdálenosti, kdy vyhrává rychlejší jízda nebo dojetím závodníka či družstva před ujetím vzdálenosti závodu. Ve finále se tedy střetnou dva nejrychlejší závodníci či družstva o první a druhé místo. Třetí a čtvrtý nejrychlejší čas o třetí a čtvrté místo. Tyto disciplíny se vždy startují s pevným startem tedy „z nulové rychlosti ze startovního boxu“. Startovní boxy jsou používaný i u běžné dráhové cyklistiky. Boxy pevně drží závodníka, a tak mu umožní vložit maximální úsilí do startu a zároveň neumožní závodníkovi vyjet z boxu dříve, než se závod odstartuje (viz. obrázek č.3).



Obrázek 3. start závodníka na velodromu ze startovní boxu.
(https://www.youtube.com/watch?v=E_HtVSQlry8)

Tandemový sprint je dle názvu disciplína sprinterského charakteru. Skládá se z kvalifikace a finálových jízd. Kvalifikací a vstupem mezi finálových osm tandemů je sprint na 200 m letmým startem, který jede každý tandem sólo. Následně se dle časů sestaví výsledky a prvních osm tandemů postupuje do finále. Sprinterské disciplíny se jezdí na dvě vítězné jízdy. Tandem tedy musím dvakrát vyhrát, aby mohl postoupit do dalšího kola. Maximálně se tedy jedou v každém kole tři jízdy, a to v případě, že každý tandem vyhrál jednou a třetí jízda slouží jako rozhodující. Mimo jízdy finále o 5 až 8 místo, kde se jede pouze na jednu vítěznou jízdu. Přehled systému jízd můžete je znázorněn v tabulce č.10. Dva tandemy startují zároveň na startovní pásce a závod se jede na celkem tři okruhy. Vítězem se stává tandem, který jako první protne cílovou pásku (Union Cycliste Internationale, 2022).

Tabulka č.10 systém finálových jízd pro sprint tandemů dle pravidel Union Cycliste Internationale (2022):

Závodníci	**Systém**	**Jízdy**	**Složení**	**Vítěz**	**Druhý**
8	¼ Finals 4x2 → 1=4	1	N1 – N8	1 A1	1 A2
		2	N2 – N7	2 A1	2 A2
		3	N3 – N6	3 A1	3 A2
		4	N4 – N5	4 A1	4 A2
4	½ Finals 2x2 → 1=2	1	1 A1 - 4 A1	1 B1	1 B2
		2	2 A1 - 3 A1	2 B1	2 B2
4	Finals 7-8 2x1 → 1=2	1	1 A2 – 2 A2	7.	8.
	Finals 5-6 2x1 → 1=2	2	3 A2 – 4 A2	5.	6.
4	Finals 2x2 → 1=2	1	1 B2 – 2 B2	3. bronz	4.
		2	1 B1 – 2 B1	1. zlato	2. stříbro

Scratch je jediná vytrvalostní disciplína dráhové para cyklistiky s hromadným startem. Závody s hromadným startem jsou dle UCI omezeny na počet 25 závodníků v závodě. Pokud tedy počet závodníků na disciplínu přesáhne počet 25, musí pořadatel vytvořit rozjížďky, ze kterých postoupí 25 závodníků do finále. Scratch, neboli hladký závod, je závod o vzdálenostech 10km a 15km, ve kterém se nesbírají žádné body, ale závodníci mohou sbírat

kola náskoku. To se stane, pokud závodník během závodu dostihne peloton o jedno kolo vpřed. Pokud se v rámci závodu kompaktní peloton závodníků „roztrhá“ na menší skupiny či osamocené závodníky, zůstává skupina s největším počtem závodníků označována jako peloton. Vzdálenost závodu opět závisí na kategorii (viz. tabulka č.11) (Union Cycliste Internationale, 2022).

Tabulka č.11 vzdáleností jednotlivých kategorií pro disciplínu scratch dle pravidel Union Cycliste Internationale (2022):

Třídy	Vzdálenost
MC5, MC4, MC3, MC2, MC1	15 km
WC5, WC4, WC3, WC2, WC1	10 km

2.4 Mezinárodní organizace zastřešující para cyklistiku

2.4.1 IPC – Mezinárodní paralympijský výbor

IPC bylo založeno 22. září 1989 jako mezinárodní nezisková organizace. IPC je organizací zaměřenou na para sport. Od roku 1999 sídlí v německém městě Bonn. Primární odpovědností IPC je podporovat více než 200 členských výborů a organizací při rozvoji para sportu a obhajovat sociální začleňování, zajišťovat pořádání paralympijských her a působit jako mezinárodní federace pro vybrané para sporty. IPC tedy sdružuje národní paralympijské výbory, mezinárodní federace, regionální organizace a mezinárodní organizace sportu zdravotně postižených. Závazek a povinnosti těchto členů tvoří součást příručky IPC, konečného referenčního dokumentu a rámce paralympijského hnutí (International paralympic committee, 2022).

Jak uvádí International paralympic committee (2016), paralympijské hnutí sleduje a aktivně podporuje hodnoty zaměřené na sportovce. Ty slouží jako základní reference pro všechny, kteří se para sportu věnují nebo ho sledují.

- Odvaha: para sportovci svými výkony předvádějí světu, čeho lze dosáhnout pomocí svého těla, když využijí jeho potenciál až do absolutních limitů.

- Odhodlání: para sportovci mají jedinečnou sílu charakteru, která kombinuje mentální odolnost, fyzickou zdatnost a vynikající agilitu k produkci sportovních výkonů, které pravidelně znovu definují hranice možností.
- Inspirace: jako vzory para sportovci maximalizují své schopnosti, posilují a povzbuzují lidi po celém světě, aby byli také aktivní účastníci sportu.
- Rovnost: para sportovci prostřednictvím sportu oslavují rozmanitost a ukazují, že rozdíl je síla. Jako průkopníci začleňování zpochybňují stereotypy, mění postoje a bourají sociální bariéry a diskriminaci vůči osobám se zdravotním postižením.

IPC má na každém kontinentu zástupce v podobě regionálních organizací. Regionální organizace jsou nezávislé na IPC a jsou uznávány jako výhradní zástupci členů IPC v dané části světa. Působí jako styční pracovníci IPC a organizují regionální sportovní akce, koordinují rozvojové aktivity a poskytují podporu členskému oddělení IPC v příslušných regionech. Mají také právo účastnit se aktivit IPC. IPC v současnosti uznává čtyři regionální organizace a pátou založila v Americe, která zůstane pod správou IPC, dokud nebude vytvořena nezávislá regionální organizace. Mezi regionální organizace patří Africký paralympijský výbor, Asijský paralympijský výbor, Evropský paralympijský výbor, paralympijský výbor Oceánie a již zmíněný Americký paralympijský výbor, který je pod správou IPC (International paralympic committee, 2022).

2.4.2 UCI – Mezinárodní cyklistická federace

UCI byla založena v roce 1900 v Paříži a je celosvětovým řídícím orgánem pro cyklistiku. V roce 1969 se sídlo UCI přemístilo z Paříže do Švýcarské Ženevy a v roce 2002 se naposledy přemístilo, ale pouze v rámci země do nového sportovního centra ve městě Aigle. UCI ze svého postu mezinárodní organizace spojuje národní cyklistické svazy. Dále jako řídící orgán má na starosti řízení, rozvoj, regulaci, kontrolu a disciplinaci cyklistiky ve všech jejích formách po celém světě. Podporuje cyklistiku ve všech zemích světa a na všech úrovních a organizuje pro všechny cyklistické sportovní disciplíny mistrovství světa, jejíž vítěz je jediným držitelem a vlastníkem titulu. UCI vypracovává předpisy a ustanovení a zajišťuje jejich dodržování. Podporuje přátelství mezi všemi členskými federacemi, sportovní chování, etiku a ducha fair play. Snaží se předcházet všem metodám nebo postupům, jako je korupce nebo doping, které ohrožují integritu soutěží, jezdců, funkcionářů a členů nebo by mohly vést ke zneužívání cyklistiky. UCI má za cíl podporovat rovnost pohlaví a rovnost ve všech aspektech cyklistiky, propagovat para cyklistiku a hájit bezpečnost a práva cyklistů. Zastupuje cyklisticku a hájí její

zájmy před Mezinárodním olympijským výborem, Mezinárodním paralympijským výborem a všemi národními a mezinárodními úřady. UCI spolupracuje s Mezinárodním olympijským výborem a Mezinárodním paralympijským výborem v případech, kdy jde o účast cyklistů na olympijských hrách. V rámci vývoje cyklistiky do elektronické podoby bylo do obsahu aktivit UCI v posledních letech přidáno také řízení, vývoj, regulace, kontrola a disciplinace veškeré virtuální/elektronické cyklistiky a s ní spojených soutěží ve všech formách po celém světě a organizovaní mistrovství světa, jehož vítěz je stejně jako u klasických mistrovství světa jediným držitelem a vlastníkem titulu (Union Cycliste Internationale, 2022).

2.5 Národní organizace zastřešující para cyklistiku

2.5.1 Český paralympijský výbor

> *Z iniciativy IPC, ICSD a po dohodě národních svazů zdravotně postižených sportovců byl dne 26. ledna 1994 založen – jako paralelní organizace vůči Českému olympijskému výboru Český paralympijský výbor (ČPV). Jeho hlavním posláním je podpora paralympijského a deaflympijského hnutí a jejich rozvoj v České republice. ČPV prostřednictvím sdružených sportovních svazů podporuje rozvoj sportu zdravotně postižených, a tím také přispívá k jejich společenské integraci, a zaštiťuje přípravu handicapovaných sportovců na vrcholné světové soutěže. Jedním z hlavních úkolů ČPV je zabezpečení důstojné reprezentace České republiky na letních i zimních paralympiádách a deaflympiádách a na Global Games pro mentálně postižené sportovce. ČPV je členem IPC a v České republice plní funkci národního paralympijského výboru. ČPV ve svých aktivitách navazuje na činnost Unie zdravotně postižených sportovců ČR a při zajišťování státní reprezentace úzce spolupracuje s orgány státní správy a případně i dalšími subjekty (Český paralympijský výbor, 2022).*

Jak uvádí Český paralympijský výbor (2022), Český paralympijský výbor zastřešuje přibližně 10 tisíc sportovců a má 18 řádných členů, mezi které patří:

Česká asociace basketbalu na vozíku, z. s.

Česká asociace stolního tenisu

Česká asociace tělesně handicapovaných sportovců, z.s.

Český badmintonový svaz, z.s.

Česká federace Spastic Handicap, z.s.

Česká jezdecká federace

Český lukostřelecký svaz

Český PARA sport

Český ragbyový svaz vozíčkářů, z.s.

Český svaz curlingu z.s.

Český svaz cyklistiky, z.s.

Český svaz mentálně postižených sportovců, z.s.

Český svaz teakwondo, z.s.

Český svaz zrakově postižených sportovců, z.s.

Český tenisový svaz vozíčkářů

Česká triatlonová asociace

Český veslařský svaz

Český volejbalový svaz

2.5.2 Český svaz cyklistiky

Český svaz cyklistiky (dále ČSC) se sídlem v Praze, dříve pod názvem Česká ústřední jednota velocipedistů založený roku 1883, je nejstarší národní sportovní organizací v České republice, zároveň také osmým nejstarším svazem cyklistiky na světě. Kvůli odmítnutí členů českého svazu cyklistiky na vytvoření jednotného svazu s tehdejším Rakousko-Uherským územím nebyl český svaz zařazen jako člen UCI při jeho vzniku roku 1900. Přijetí nastalo až v roce 1920 po vzniknutí samostatného českého státu (Cícha, & Prchal, 2014).

> *Hlavní činností ČSC je zejména vyjadřovat, prosazovat a chránit zájmy české cyklistiky, zvyšovat její společenskou prestiž doma i v zahraničí, pečovat o její všestranný rozvoj, jakož i chránit práva a oprávněné zájmy jeho členů v souvislosti s jejich činností v rámci ČSC. ČSC prosazuje zájmy cyklistiky ve vztahu ke státním, městským, a obecním orgánům a úřadům i ve vztahu k jiným právnickým osobám. Organizuje cyklistiku v její výkonnostní formě, rozvíjí mládežnickou, rekreační a veteránskou cyklistiku a cyklistiku pro osoby se zdravotním postižením (Český svaz cyklistiky, 2022).*

ČSC se podílí na zajišťování, řízení a organizaci skupin reprezentující Českou republiku a je zástupcem české cyklistiky, kdy aktivně spolupracuje s UCI, UEC, ČOV, ČUS. ČSC má dále na starost organizaci cyklistických závodů a soutěží v rámci své působnosti, k čemuž vydává relevantní instrukce. Hlavním starostí je pak organizace národních mistrovství a celostátních soutěží ve všech disciplínách, přičemž se pyšní titulem jediného majitelem veškerých práv k těmto akcím. Mezi další aktivity ČSC patří organizace mezinárodních

mistrovství, závodů a soutěží, případně spolupráce s pořadateli závodů a soutěží, kterým byla svěřena organizace pořadateli UCI nebo UEC v rámci území České republiky (např. soutěže Světového či Evropského poháru). ČSC vydává mezinárodních předpisy, pravidla a řády platné na území České republiky a zároveň dohlíží na jejich dodržování (včetně sportovní etiky). Dále obstarává systém vzdělávání trenérů, rozhodčích či jinak zainteresovaných osob. V neposlední řadě zařizuje propagaci cyklistiky. V rámci svých aktivit pravidelně finančně přispívá na aktivity krajských svazů a podporuje výstavbu cyklistických objektů (Český svaz cyklistiky, 2022).

2.6 Kvalita života

„Smyslem existence člověka se čím dál víc stává život sám. Symbolizuje přechod civilizace od extenzivního k intenzivnímu a zejména od kvantitativního ke kvalitnímu.“ (Svobodová, 2008, 122).

Dnes již docela známý a rozsáhlý pojem, který však nemá příliš dlouho historii. Stal se však v posledních letech běžnou součástí mnoha slovníků. Téma spojené s kvalitou života se začalo dostávat do povědomí v druhé polovině 20 stol., ale zájem o studium tohoto tématu je možné vysledovat už mnohem dříve. Hlavní příčinou rozvoje tohoto tématu, byl růst materiálního bohatství, ve vyspělých zemích západní Evropy a USA. Kvalita života je však velmi obsáhlý a složitý pojem, o čemž svědčí i jeho obtížná uchopitelnost. Je tomu tak zejména pro jeho multidimenzionalitu a komplexnost, dotýká se totiž samotné lidské existence, smyslu života i samotného bytí. Zabývá se materiálními, psychologickými, sociálními, duchovními podmínkami, které ovlivňuji náš spokojený život (Heřmanovská, 2012).

Světová zdravotnická organizace (WHO, 2012) definuje kvalitu života jako individuální vnímání své pozice v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žijí a ve vztahu k jejich cílům. Mnoho lidí si kvalitu života dává do přímé souvislosti s jejich úrovní nezávislosti v každodenních činnostech. Toto spojení utvrzuje, jak důležité je brát v úvahu zlepšující se sebevědomí, spokojenost s fungováním, pocit nezávislosti v každodenních činnostech a pocit spoluúčasti. Všechny tyto oblasti jsou velmi důležité součásti celkové struktury, která představuje standarty kvality života (Graham & Kenealy, 2004).

Kvalitu života jednotlivce určuje řada faktorů. Může souviset se životní úrovní, pocitem štěstí nebo životní spokojeností. Stejně tak může kvalitu života ovlivnit přístup ke zdravotní péči, pracovním příležitostem a sportu. Nedostatečný přístup k nějakému z těchto faktorů tedy může negativně ovlivnit kvalitu života a vytvářet u jednotlivce vyšší riziko onemocnění nebo izolace. Na kvalitu života, jak je již zmíněno výše, má velký vliv právě pohybová aktivita. Proto

je důležité, aby veřejnost a lidé z prostředí pohybových aktivit chápali tento potenciál a dokázali s ním pracovat (Minayo, Hartz, & Buss, 2000).

Životní spokojenost tvořící nedílnou součást, je jedna z ukazatelů „zdánlivé“ kvality života. Spolu s ukazateli duševního a fyzické zdraví nám může pomoci vyobrazit to, jak se lidem v dané společnosti či státu daří. Údaje o životní spokojenosti můžeme použít k účelu měření kvality života, kde za pomocí využití dat o životní spokojenosti můžeme odhadnout kvalitu života dané země či sociální skupiny (Veenhoven, 1996). Zároveň můžeme životní spokojenost zařadit mezi jednu z nejdůležitějších oblastí a potřeb lidského života (Zemanová, & Dolejš, 2015).

Dále je dle Gurkové (2011) kvalita života úzce spojena s pojmem životní úroveň. A to zejména díky tomu, že v sociologickém pojetí jsou s tímto pojmem zdůrazňované atributy sociální úspěšnosti a subjektivní pocit jednotlivce ke vztahu k nim.

2.6.1 Kvalita života u osob se zdravotním postižením

Kvalita života u osob se zdravotním postižením představuje důležitý faktor v rámci dalšího vývoje přístupu a služeb poskytovaných intaktní společností ve vztahu k těmto osobám. Jejich kvalita života je ovlivněná zejména díky tomu, že se vnímají jako neadekvátní součást společnosti z důvodu jejich postižení. Toto vnímání přímo souvisí s nízkou úrovní kvality života a nedostatkem motivace a ovlivňuje úroveň sociální úzkosti v případě nevyužití jejich stávajícího potenciálu (Duman et. al., 2011).

Při hodnocení kvality života osob se zdravotním postižením se ukazuje jako zásadní rodinný stav. Avšak nečekaně může mít své pozitivní dopady jak u respondentů s rodinou, tak u těch svobodných. Svobodní respondenti mohou být spokojenější s volným časem, finanční situací a postavením v zaměstnání. Tyto výsledky mohou přinést nový pohled na vnímání skupiny osob se zdravotním postižením. Neboť poukazují na to, že i navzdory pozitivnímu vnímání rodinného života, nemusí být vždy přínosem pro kvalitu života (Marinka, Dražen, Marijana, Tija, & Mitar, 2011).

Spokojenost se sexuálním životem, který může být vážně narušen zejména u osob s tělesným postižením úzce koreluje se zaměstnáním. To může být způsobeno pozitivním vlivem zaměstnání. Zaměstnaní respondenti jsou spokojenější sami se sebou a mají tak vyšší sebevědomí a méně finančních starostí, které mohou negativně ovlivnit právě sexuální život. Kvalita bydlení se také ukázala jako důležitý faktor životní spokojenosti. Respondenti žijící v prostorově větších domácnostech a lépe vybaveným prostorem jsou se životem spokojenější. Velikost prostoru domácnosti může být důležitá zejména v situaci, kdy člověk potřebuje svůj

osobní prostor, například pro únik při prožívání stresu či konfliktu. V tento moment může zvyšovat pocit osobní svobody a autonomie (Marinka, Dražen, Marijana, Tija, & Mitar, 2011). Úroveň zapojení ve fyzických aktivitách přímo koreluje s úrovní zapojení v domácích činnostech. Pokud je tedy osoba se zdravotním postižením pohybově aktivní, velmi často se tento potenciál přenáší i do oblasti soběstačnosti a zapojení v domácím prostředí. To platí zejména u osob s méně závažnými typy postižení, kterým postižení nebrání se aktivně zapojit do většiny těchto aktivit (Gaskin, & Morris, 2008).

U osob s tělesným postižením, zejména získaným, se může v průběhu času zlepšit kvalita života. Nejspíš se tak děje díky tomu, že v průběhu času se úči přijímat své postižení a přizpůsobovat se prostředí v rámci mobility (Mayo, Wood-Dauphinee, Côté, Durcan, & Carlton, 2002).

Služby zaměřené na pohybové aktivity se zdají být klíčové služby pro kvalitu života. Naproti tomu služby zaměřené na poradenství a uplatňování výhod se zdají být jako nepodstatné a na kvalitu života nemají příliš velký vliv (Manderson, Ayton, & Warren, 2021).

2.6.2 Kvalita života para sportovců

To, jaké pozitivní zdravotní přínosy má pravidelná pohybová aktivita, je již dobře známo. Účast na pohybových aktivitách a celkový aktivní životní styl je doprovázen řadou pozitivních dopadů na fyzickou kondici a zdraví. Pro osoby se zdravotním postižením může mít ještě zásadnější úlohu, neboť se nejedná pouze o způsob kompenzace sekundárních zdravotních důsledků neaktivního životního stylu, ale také o prostředek sociální rehabilitace a významně působí i na jejich psychiku. Díky tomu se stává mocným nástrojem pro zvyšování úrovně jejich kvality života. Stále však může být pro většinu těchto osob obtížně dostupný, v dnešní, více než kdy jindy inkluzivní společnosti, je tento problém stále aktuálním tématem. Nicméně tyto stále více publikované pozitivní dopady spolu s potvrzujícími výsledky studií způsobily, že podpora aktivního životního stylu se stala důležitým tématem zdravotní politiky, a to zejména v zemích prvního světa. (Diaz, Miller, Kraus, & Fredericson, 2019; van der Ploeg, van der Beek, van der Woude, et al., 2004).

Je tedy jasné, že pokud budeme chtít těžit z celkové pozitivního dopadu aktivního životního stylu na kvalitu života osob se zdravotním postižením, klíčovým se stává přístup k aktivitám s ním spojených. Ten, jak již bylo uvedeno, je stále značně omezený, i když se situace v průběhu vývoje značně zlepšuje (Lundberg & Zabriskie, 2009).

Tato kapitola se ale zaměřuje více na sport, nežli pouze na obecnou pohybovou aktivitu. Francesky et. al. (2011), uvádí že sport působí velmi pozitivně na kvalitu života zejména díky

tomu, že nejde o pouze o to, že sportovec zvyšuje svoji výkonnost, celkovou fyzickou zdatnost a díky tomu může být i celkově samostatnější. Sport na para sportovce působí v mnohem širším kontextu a ovlivňuje i jeho psychickou a sociální stránku. Například rozvoj a udržení sociálních vztahů může být pro osoby se zdravotním postižením jedna z klíčových oblastí, která přímo ovlivňuje vnímání kvality života.

Vztahy ve sportu, jako například vztah mezi trenérem a para sportovcem nebo mezi ostatními para sportovci, jsou minimálně stejně důležité jako sama fyzická aktivita a tvoří její nedílnou součást. Význam každé z těchto jednotlivých oblastí je tedy nezastupitelný a přímo koreluje s úrovní vnímání kvality života. Dá se do jisté míry říci, že sport z velké části slouží jako prevence úpadku sociálních vztahů. U para sportovce může být jedním z hlavních zprostředkovatelů těchto vztahů právě trenér. Tím pádem spojení sportu a vztahů mezi trenérem a ostatními para sportovci může mít na tuto oblast velmi silný dopad a tím ovlivnit i spoustu dalších oblastí (Stirling & Kerr, 2009). Zatímco fyzická aktivita může zlepšit kvalitu života sportovce tím, že posiluje jeho celkové zdraví a v důsledku toho se i lépe cítí, trenér může svým chováním ovlivnit kvalitu života sportovce především tím, že naplňuje jeho potřebu společenských vztahů, pozitivně ho motivuje a vytváří optimální klima pro podávání maximálních sportovních výkonů i v náročných sportovních situacích. Účast ve sportu spolu s pozitivním vlivem trenéra dává sportovci jedinečnou příležitost pozitivně ovlivnit celkový dopad sportu na jeho kvalitu života. (Fairhurst, Bloom, & Harvey, 2016).

Velkou roli v rámci psychického dopadu sportu na para sportovce hraje psychická odolnost. Para sportovec má díky sportu přirozenou schopnost odolávat větší psychické zátěži než osoby se zdravotním postižením, které se žádnému sportu nevěnují. Je to zejména kvůli tomu, že během sportu jsou zvyklí překonávat překážky, vynaložit maximální úsilí pro dosažení svého cíle a mít silnou vůli. To vše jsou psychické schopnosti, které ve velké míře působí pozitivně i v běžném životě mimo sport (Cevada et. al. 2012). Dalším důležitým aspektem může být jeho pozitivní vliv na objektivní psychologické vnímání, kdy zvýšená fyzická aktivita vede zároveň ke zvýšení psychické pohody. Při aktivitě totiž tělo produkuje endorfiny a další hormony, díky kterým se člověk po aktivitě „cítí lépe“. Zapojení do fyzických aktivit může také pomoci regulovat hormony: serotonin, norepinefrin a dopamin, které ovlivňují emoce (Ginise et.al., 2010). Účast ve sportu posiluje vnímání vlastních hodnot, dále může pomoci s prožitím úspěchu, posílením sebevnímáním a vnímáním vlastního těla (Graham, Kremer, & Wheeler, 2008).

Toto potvrzují i Kokun, Baranauskienė, & Shamych, (2018) kteří ve své studii uvádí, že optimální úrovně osobnostního rozvoje dosahují zejména paralympijští sportovci. Výrazně

dobře jsou u nich hodnoceny psychické aspekty jako psychická pohoda a všechny složky psychické odolnosti. Hlavní složky psychické pohody paralympijských sportovců jsou stejné či velmi blízké normativním hodnotám běžných sportovců. Yazicioglu et. al. (2012) ve své studii potvrdili pozitivní dopad sportu na vnímání kvality života osob se zdravotní postižením. Jasně o tom vypovídá jejich studie, kde byla porovnávána skupina osob se zdravotním postižením, která se pravidelně nevěnuje žádnému druhu sportu a skupina s pravidelnou účastí na sportovní aktivitě. Data, která byla získána pomocí dotazníku WHOQOL-BREF, mluví o pozitivním dopadu sportu na vnímání kvality života u osob se zdravotním postižením.

Ciampolini et. al. (2018) dále poukazují na celkovou provázanost mezi specifikami sportovců, jejich postižení a sportovních disciplín při hodnocení kvality života. Ty je mohou i přes pozitivní vztahy a dobré sportovní výkony přímo ovlivňovat. Nejde tedy jednoznačně mluvit o skupině para sportovců jako o celku. Každý sportovec má svou specifickou charakteristiku a potřeby, stejně jako specifický druh postižení. Stejně se lze dívat na jednotlivé druhy sportu. Mimo jiné musíme brát také v potaz rozdíl ve vnímání soutěžního a rekreačního prostředí, kde mohou být vztahy odlišné a para sportovec může být velmi úspěšný ve sportovním prostředí, ale jeho běžný život nemusí odpovídat takové kvalitě jako ve sportu.

3 CÍLE, ÚKOLY A VÝZKUMNÉ OTÁZKY PRÁCE

3.1 Hlavní cíl

Prvním cílem této práce je vytvoření stručného přehledu o vybraných aspektech para cyklistiky. Mezi vybranými aspekty jsou sportovní klasifikace, historie, disciplíny, kategorie, pravidla a para cyklistiku zastřešující federace. Tento cíl je řešen v rámci teoretické části diplomové práce.

Druhým cílem této práce je zjištění úrovně životní spokojenosti a kvality života českých para cyklistů.

3.2 Úkoly práce

- Převod dotazníku SWLS a WHOQOL-BREF do elektronické podoby
- Literární rešerše
- Vybrání aspektů na základě vybrané literatury
- Vypracování stručného přehledu vybraných aspektů
- Oslovení a distribuce dotazníku mezi české para cyklisty
- Sběr dat
- Vyhodnocení dat
- Interpretace výsledků

3.3 Výzkumné otázky

- Jaká je úroveň životní spokojenosti para cyklistů?
- Jaká je úroveň kvality života para cyklistů?
- Jaký je vztah mezi kvalitou života a životní spokojeností para cyklistů?

4 METODIKA

Při zpracování této práce jsem použil kvalitativní přístup. Pro sběr dat jsme využili dotazník SWLS a dotazník WHOQOL-BREF. Oba v upravené české verzi. Podrobně se metodice práce věnuji v dalších kapitolách.

4.1 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor se skládá z plnoletých para cyklistů, z toho 12 mužů a 1 ženy. Jedná se o para cyklisty, kteří se cyklistice věnují jako primárnímu sportu a účastní se mezinárodních i národních soutěží. Jejich charakteristiku, kterou nám zajistila demografická část dotazníku, můžeme vidět v tabulce č.9.

Tabulka č.9, uvádí informace z demografické části dotazníku, které uvedli respondenti.

Otázka	**Odpověď**	**Počet odpovědí**	**%**
1. Dominantní sport	Para cyklistika	13	100%
2. Jaké další sporty provozujete na závodní či vrcholové úrovni?	Žádné	11	84,6%
	Ping pong	1	7,6%
	Triathlon	1	7,6%
3. Sportovní klasifikace	MH3	3	23,1%
	MC4	2	15,4%
	MT2	2	15,4%
	MC5	1	7,7%
	MC1-MC3	1	7,7%
	MT1	1	7,7%
	MH2	1	7,7%
	WH3	1	7,7%
	MH1	1	7,7%
4. Pohlaví	Muž	12	92,3%
	Žena	1	7,7%

5. Věk	44	1	23,1%
	28	1	15,4%
	56	1	7,7%
	55	1	7,7%
	48	1	7,7%
	47	1	7,7%
	42	1	7,7%
	38	1	7,7%
	36	1	7,7%
	34	1	7,7%
6. V jakém kraji bydlíte?	Hlavní město Praha	4	30,8%
	Středočeský kraj	3	23,1%
	Jihomoravský kraj	3	23,1%
	Královehradecký kraj	2	15,4%
	Plzeňský kraj	1	7,7%
7. Bydlíte v obci/ve městě?	Nad 100 000 obyvatel	6	46,2%
	Od 1 000 do 10 000 obyvatel	5	38,5%
	Od 50 000 do 100 000 obyvatel	1	7,7%
	Do 1 000 obyvatel	1	7,7%
8. Ukončené vzdělání	Střední s maturitní zkouškou	5	38,5%
	Střední bez maturitní zkoušky	3	23,1%
	Vysokoškolské	3	23,1%
	Vyšší odborné	2	15,4%
9. Pracuji jako	OSVČ/živnostník	4	30,8%
	Zaměstnanec na plný úvazek	3	23,1%
	Zaměstnanec na částečný úvazek	3	23,1% 15,4%
	Jiná možnost	2	7,7%
	Nepracuji	1	

10. Jak byste v porovnání s ostatními rodinami (popř. jednotlivci v případě, že žijete sám/sama) hodnotil/a Vaši finanční situaci a hmotné zabezpečení?*	Mírně nadprůměrné Průměrné Výrazně nadprůměrné Výrazně podprůměrné Mírně podprůměrné	5 4 2 1 1	38,5% 30,8% 15,4% 7,7% 7,7%
11. Jaký je Váš rodinný stav?	Ženatý Svobodný Rozvedený	6 6 1	46,2% 46,2% 7,7%
12. Žijete v domácnosti	S manželem/manželkou či partnerem/partnerkou a dětmi S manželem/manželkou či partnerem/partnerkou Sám S rodiči (prarodiči)	4 4 3 2	30,8% 30,8% 23,1% 15,4%
13. Kolik máte dětí?	0 2 3	7 5 1	53,8% 38,5% 7,7%
14. Pokud máte děti, máte je v péči?	Ano Ne	5 2	71,4% 28,6%
15. Od jakého věku máte zdravotní postižení?	Od narození 14 47 29 28 19	4 2 1 1 1 1	30,8% 15,4% 7,7% 7,7% 7,7% 7,7%

	18	1	7,7%
	15	1	7,7%
	11	1	7,7%
16. Vaše diagnóza	DMO	4	30,8%
	Paraplegie	4	30,8%
	Amputace	1	7,7%
	Quadruplegie	1	7,7%
	Tetraplegie	1	7,7%
	Operace Kavernonu	1	7,7%
	Poranění očí	1	7,7%
17. Věnoval/a jste se pohybovým aktivitám (sportu) před úrazem/nemocí?	věnoval/a neorganizované pohybové aktivitě (např. jít sám si zaběhat, plavat,...)	2	15,4%
	věnoval/a organizované pohybové aktivitě	2	15,4%
	věnoval/a vrcholovému či výkonnostnímu sportu	2	15,4%
	Kulturistika	1	7,7%
	Sidecarcross	1	7,7%
	Fotbal, gymnastika	1	7,7%
18. Jak často se věnujete Vašemu dominantnímu sportu nyní (pandemie COVID-19 a vládní omezení)?	4-6x týdně	7	53,8%
	2-3x týdně	3	23,1%
	Denně	2	15,4%
	1x týdně	1	7,7%
19.Jak často se věnujete Vašemu dominantnímu sportu za	4-6x týdně	6	46,2%
	2-3x týdně	4	30,8%

běžných podmínek (před COVID-19)?	Denně 1x týdně	2 1	15,4% 7,7%
20. Jak hodnotíte Vaše sportovní možnosti ve svém městě?	Dostatečné Nedostatečné Nedokážu posoudit	11 1 1	84,6% 7,7% 7,7%
21. Kdo Vás přivedl k Vašemu dominantnímu sportu?	Nikdo začal jsem sám od sebe Zdraví kamarádi (bez postižení) Fyzioterapeut/lékař, zdravotnický personál (i v rehabilitačním ústavu) Rodina, nejbližší (otec, bratr, přítel/přítelkyně) Kamarádi s postižením	6 2 2 2 1	46,2% 15,4% 15,4% 15,4% 7,7%

4.2 Postup vypracování výzkumu a technika sběru dat

Nejdříve byla určená techniky sběru dat a následně byl v prosinci roku 2020 výzkum předložen etické komisi fakulty tělesné kultury Univerzit Palackého ke schválení. Tento postup probíhal pro více prací zároveň, neboť se jednalo o snahu vytvořit průřezový přehled kvality života para sportovců napříč různými sporty. Toto schválení s jednacím číslem 2/2021 naleznete v příloze č.2 této práce. Následovalo sestavení demografického dotazníku a upravení dotazníků SWLS a WHOQOL-BREF pro účely tohoto výzkumu.

Sběr dat k této práci začal v listopadu roku 2021 a probíhal až do konce března roku 2022. Dotazník byl vytvořen pomocí online platformy Survio a rozesílán mezi sportovce prostřednictvím emailů a sociálních sítí. Dotazník obsahoval celkem čtyři části. První čast byla úvodní stránka, která obsahovala informace, k jakým účelům dotazník slouží a co obsahuje, spolu s informovaným souhlasem o vyplnění a zpracování dat. Další části dotazníku pak byly demografická část, dotazníky SWLS a WHOQOL-BREF.

4.3 Dotazník SWLS

Vývojáři Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, (1985) představují dotazník SWLS jako krátký pěti položkový nástroj určený k měření globálních kognitivních úsudků o spokojenosti

s vlastním životem. Vyplnění škály SWLS obvykle vyžaduje asi jednu minutu respondentova času. Dotazník SWLS byl navržen pro měření složky úsudku. Bodování a interpretace v dotazníku se vyhodnocuje pomocí skóre, které vychází mezi hodnotami 5 a 35. Čím vyšší skóre vyjde, tím vyšší je i životní spokojenost.

Odpovědi s počty bodů, kterými může respondent u každé otázky odpovědět:

- 7 – Rozhodně souhlasím
- 6 – Souhlasím
- 5 – Mírně souhlasím
- 4 – Ani souhlasím, ani nesouhlasím
- 3 – Mírně nesouhlasím
- 2 – Nesouhlasím
- 1 – Rozhodně nesouhlasím

Výsledky lze pak hodnotit dle šesti úrovní, které určují úroveň životní spokojenosti dle škály, která je součástí dotazníku SWLS:

- 30–35 Naprosto spokojený
- 25–29 Spokojený
- 20–24 Mírně spokojený
- 15–19 Mírně nespokojený
- 10–14 Nespokojený
- 5–9 Velmi nespokojený

4.4 Dotazník WHOQOL-BREF

Dotazník WHOQOL-BREF vychází z dotazníku WHOQOL 100, který je dle názvu tvořen ze 100 položek. Dotazník WHOQOL-BREF je sestaven pouze z 26 položek, a to 24 položek sdružených do 4 domén (fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy, prostředí) a dvou samostatných položek hodnotících celkovou kvalitu života a spokojenost se zdravím. Výběr položek byl proveden tak, aby dotazník pokrýval široké spektrum aspektů kvality života. Znění položek bylo beze změn převzato z plné verze dotazníku. Oba dotazníky slouží k sebeposouzení kvality života jedince. Respondent je vyplňuje sám, pouze v případě potřeby se předkládá formou standardizovaného rozhovoru. Čas potřebný pro vyplnění dotazníku se pohybuje mezi 5 až 10 minuty. Oba dotazníky jsou určeny pro hodnocení kvality života skupin nebo populací.

Umožňují mezinárodní nebo regionální srovnání nebo srovnání skupin s různými sociodemografickými charakteristikami (Dragomirecká, 2006).

Oba tyto dotazníky vznikly za primárním účelem hodnocení kvality života skupin nebo populací. Srovnávají skupiny na mezinárodní nebo regionální úrovni a zároveň zapojují sociodemografické charakteristiky v rámci zkoumané skupiny. Využívá se nejčastěji při zjišťování rozdílů kvality u skupin osob s určitou diagnózou nebo postižením v porovnání s běžnou populací, případně pak hledá rozdíly zmíněné kvality života či hodnotí sociální a zdravotní intervence (Dragomerická & Bartoňová, 2006, 28).

4.5 Technika zpracování dat

Sesbíraná data pomocí internetové platformy Survio byla protříděna a převedena do programu MS Excel. Všechny datové analýzy v této práci byly provedeny v MS Excel 16.60. Zde byla výsledná data zpracována a procentuálně vyjádřena pomocí deskriptivní statistiky. Díky pomoci těchto programů jsem zpracoval výsledky, které jsou prezentovány v tabulkách a grafech pro lepší orientaci. Vztah mezi životní spokojeností (SWLS) a kvalitou života (WHOQOL-BREF) je zjišťován pomocí Spearmanova koeficientu pořadové korelace. Hodnocení síly vztahu mezi proměnnými provedeme podle doporučení De Vause (2002):

- 0,01 – 0,09 - žádná nebo triviální
- 0,10 – 0,29 - nízká až střední
- 0,30 – 0,49 - střední až podstatná
- 0,50 − 0,69 - podstatná až velmi silná
- 0,70 − 0,89 - velmi silná
- 0,90 – 0,99 - téměř perfektní.

5 VÝSLEDKY

Dotazník SWLS při vyhodnocení celkového průměru našeho vzorku 25,08 (viz. tabulka 10.) ukázal velmi vysoké a pozitivní hodnoty. Nejnižší zjištěné skóre u jednoho z respondentů bylo 13, což spadá dle škály dotazníku SWLS do kategorie „nespokojen“, ale 9 z 13 respondentů se pohybovali svým skóre nad 20 bodů, což představuje hranici, od které se dosažené výsledky hodnotí pozitivně. Celkově pak 4 respondenti skončili se svým skóre v nejlépe hodnocené úrovni tedy „naprosto spokojen“. Nejvyšší dosažené skóre bylo 35, což je zároveň i nejvyšší možná hodnota, které lze v dotazníku dosáhnout.

Tabulka č.10 vyhodnocení životní spokojenosti pomocí dotazníku SWLS

Respondenti	Otázka č.1	Otázka č.2	Otázka č.3	Otázka č.4	Otázka č.5	Celkové skóre M
1	5	5	5	6	6	**27**
2	3	4	4	4	1	**16**
3	6	6	6	6	6	**30**
4	6	7	6	6	2	**27**
5	2	3	4	4	2	**15**
6	4	4	5	6	3	**22**
7	1	2	5	5	2	**15**
8	7	6	7	7	6	**33**
9	6	5	7	5	5	**28**
10	7	7	7	7	7	**35**
11	7	6	6	7	6	**32**
12	7	7	7	6	6	**33**
13	3	2	3	3	2	**13**
Průměrný výsledek všech respondentů (N=13)						**25,08 (SD±7,61)**

Poznámky M= průměr; SD = směrodatná odchylka

Jak je již popsáno v rámci metodiky, dotazník WHOQOL-BREF vyhodnocuje celkem čtyři domény, mezi které patří fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí. Hodnocení těchto čtyř domén poukazuje na relativně vysoké hodnoty. Nejlépe hodnocenou doménou se stala doména prožívání (M 16,15. SD ±1,81) před druhou doménou fyzického zdraví (M 15,65. SD ±1,8) a třetí prostředí (M 15,38. SD ±2,54). Nejnižší výsledky byly zaznamenány u domény sociálních vztahů (M 14,67. SD ±2,82) (viz. tabulka č.11).

Tabulka č.11 vyhodnocení čtyř domén a dvou samostatných položek dotazníku WHOQOL-BREF

Respondenti	Doména fyz. zdraví	Doména prožívání	Doména soc. vztahů	Doména prostředí	Kvalita života	Spokojenost se zdravím
1	14,29	16,67	10,67	15,5	5	4
2	13,71	13,33	14,67	10	4	2
3	18,29	17,33	16	17,5	5	4
4	14,86	14	10,67	19	5	4
5	16	16,67	12	16	4	2
6	15,43	14,67	17,33	12,5	4	4
7	12	13,33	12	12	4	2
8	16,57	18,67	16	15	5	5
9	17,71	17,33	17,33	15	4	4
10	13,71	15,33	18,67	19	5	4
11	17,71	18,67	14,67	17	4	4
12	17,14	18	18,67	16,5	4	4
13	16	16	12	15	4	3
M a SD všech respondentů (N13)	15,65 ±1,8	16,15 ±1,81	14,67 ±2,82	15,38 ±2,54	4,38 ±0,49	3,54 ±0,93

Poznámky M= průměr; SD = směrodatná odchylka

Doména fyzického zdraví by měla být dle charakteristiky výzkumného souboru mezi nejlépe hodnocenými doménami. Vyhodnocení skóre tuto predikci potvrdilo a jak již bylo uvedeno, jedná se o druhou nejlépe hodnocenou doménu. Nejmenší hodnota hodnocení této domény byla 12, zatímco nejvyšší dosažená hodnota byla 18,29.

Nejlépe hodnocená doména prožívání byla vyhodnocena nejmenší hodnotou 13,33. Nejvyšší naměřenou hodnotou bylo skóre 18,67, které se objevilo dvakrát. Tyto výsledky mohou poukazovat na pozitivní vliv sportu na psychologickou stránku sportovce.

Nejhůře hodnocenou doménou respondentů vychází doména sociálních vztahů, kde se jako nejhorší hodnota dvakrát ukázala 10,67. Nejlepší hodnota 18,67 se ale také objevila dvakrát – stejně jako v předchozí nejlépe hodnocené doméně prožívání. Tyto výsledky poukazují na to, že doména sociálních vztahů představuje u respondentů velmi nesourodé prostředí. Nachází se zde jak respondenti, kteří tuto doménu hodnotí relativně pozitivně, tak i

respondenti, kteří poukazují svými výsledky na špatné vnímání sociálních vztahů ve svém prostředí.

V poslední doméně prostředí byly také hodnoty relativně rozptýlené. Nejvyšší hodnota 19 oproti nejmenší hodnotě 10 je toho jasným důkazem. Vliv na tyto rozdílné hodnoty může mít místo bydliště respondentů, kdy v odlehlejších místech mohou mít omezené prostředky dopravy a sportovních příležitostí. Oproti tomu v odlehlejších místech mohou naleznout klidnější prostředí pro život.

Dále jako součást tohoto dotazníku jsou dvě samostatné položky, které nám mohou vyhodnotit zdánlivou úroveň kvality života a spokojenosti se zdravím. Tyto dvě položky se v dotazníku objevují zcela samostatně, a tak je jejich výsledek pouze doplňujícím faktorem k vyhodnocení domén. Ze získaných dat lze u těchto dvou položek říci, že mezi kvalitou života a spokojeností se zdravím vykazovali respondenti značně odlišné hodnoty. Kvalita života se svým průměrným skórem (4,38) vychází celkově v daleko vyšších hodnotách, než spokojenost se zdravím (3,54). Z těchto výsledků lze tedy usoudit, že celková kvalita života je hodnocena bez značných odchylek relativně pozitivně napříč oběma skupinami. Hodnoty v hodnocení kvality života se pohybovaly od 3 do 5, přičemž nejnižší hodnota 3 byla označena pouze jednou.

Doména spokojenosti se zdravím přináší rozdílnější hodnoty a celkově nižší skóre, které může být ovlivněno přítomností zdravotního postižení. Zdá se že, respondenti se potýkají v rámci svých postižení se zvýšenou intenzitou zdravotních problému, což se odrazilo v hodnocení této domény. Nejnižší označená hodnota této položky byla 2, zatímco nejvyšší byla stejně jako u kvality života 5, ačkoliv byla označena pouze jednou.

Výsledky dotazníku SWLS a WHOQOL-BREF jsou pak dále porovnávány s prací Chrenkové (2021), která byla zaměřená na zjišťování kvality života u para atletů (viz. tabulka č.12).

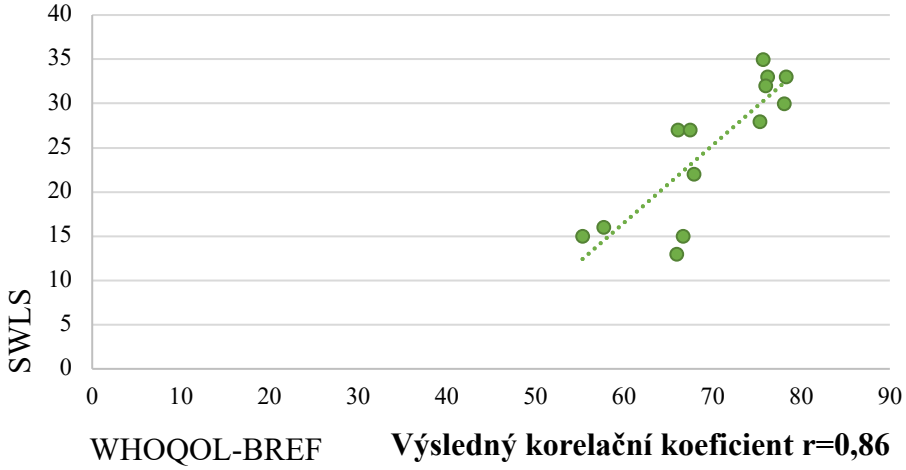
Tabulka č.12, vyhodnocení a srovnání výsledků dotazníku WHOQOL-BREF společně s výsledky dotazníku SWLS a výsledky para atletů z práce Chrenkové (2021).

	Para cyklisté		Para atleti (Chrenková, 2021)	
Dotazníky	M	SD	M	SD
WHOQOL-BREF				
Doména fyz. zdraví	15,65	±1,8	14,55	±1,91
Doména prožívání	16,15	±1,81	14,91	±2,33
Doména soc. vztahů	14,67	±2,82	14,42	±2,89
Doména prostředí	15,38	±2,54	15,36	±1,87
Samostatné položky				
Kvalita života	4,38	±0,49	4,27	±0,45
Spokojenost se zdravím	3,54	±0,93	3,82	±0,57
SWLS	25,08	±7,61	22,45	±6,75

Poznámky: M = průměr; SD = směrodatná odchylka

Na základě třetí výzkumné otázky byl dále zjišťován vzájemný vztah mezi životní spokojeností (SWLS) a kvalitou života (WHOQOL-BREF). Tento vztah byl zjišťován pomocí Spearmanovy pořadové korelace, která má výsledný korelační koeficient r=0,86. Grafické znázornění jednotlivých korelačních hodnot respondentů můžete vidět na grafu č.1.

Graf č.1, korelace výsledků dotazníku SWLS a WHOQOL-BREF



6 DISKUZE

Tato práce se zabývá kvalitou života para cyklistů, což je dosud relativně neprobádané téma. Studií se zaměřením na para sport je ale relativně velké množství. Para cyklistika je však téma, které se zatím příliš do povědomí nedostalo, a to i přesto, že nyní tvoří zejména na paralympijských hrách jeden z hlavních soutěžních sportů. Může to být však způsobeno tím, že mezi běžnou populací mimo profesionální a výkonnostní sport, může být para cyklistika relativně těžce přístupná. Zejména pak z důvodu finanční, personální a časové náročnosti.

Prvním cílem této práce bylo vytvoření stručného přehledu vybraných aspektů para cyklistiky. Vytvořený přehled para cyklistiky by měl být dle mé rešerše první publikací v ČR tohoto zaměření. Tento cíl je řešen v teoretické části práce. Druhým cílem této práce bylo zjištění zdánlivé kvality života u profesionálních a výkonnostních para cyklistů. Ta je vyhodnocena pomocí dotazníků SWLS a WHOQOL-BREF.

Demografická část dotazníku nám umožnila získat užitečná data ze života respondentů. Převážně byly otázky směřovány na jejich postižení, místo pobytu a sport. Z těchto údajů bylo možné zjistit to, zda oslovení respondenti odpovídají požadavkům výzkumu. Studie byla zaměřená výhradně na para cyklisty, kteří se věnují profesionálnímu a výkonnostní sportu. V době, kdy začala tato práce vznikat, byl svět ještě ochromený pandemií Covid-19. Demografická část dotazníku se tedy zabývala i touto situací. Konkrétně se zde objevily otázky s cílem zjistit, kolikrát týdně se respondent věnoval sportovní aktivitě před a během pandemie. Ze zjištěných výsledků je patrné, že cyklistika není závislá na prostorech a tělocvičnách, a tak sportovci i během pandemie mohli sportovat tak, jak byli zvyklí a jejich tréninková četnost se víceméně nezměnila. Výsledky Chrenkové (2021), která se zabývala stejnou problematikou, avšak v prostředí para atletů, ukazují na to, že para atleti byli pandemií relativně dosti ovlivněni, především pak v pravidelnosti pohybu. Většina sportovců, kteří byli před pandemií v pohybu 2-3x týdně, začali během pandemie sportovat pouze 1x týdně. Stejně negativně ovlivněni pandemií byli dle výsledků i tělesně postižení tanečníci v dotazníku Johnové (2021). Ti se nejčastěji v čase pandemie vzdali sportu úplně nebo přešli z pravidelných tréninků 2-3x týdně na 1x týdně. Tyto výsledky naznačují, že v budoucích studiích může vzniknout znatelný rozdíl ve vnímání životní spokojenosti a kvality života mezi různými druhy para sportu dle toho, jak významně byli po dobu pandemie ovlivněny sportovci v různých druzích sportu. S dlouhodobým úpadkem pravidelné sportovní aktivity totiž může souviset v budoucnu ztráta motivace, kontaktu s pohybem, aktivním životním stylem a sociálních vztahů.

Dále má tato práce celkem tři výzkumné otázky, které jsou: Jaká je životní spokojenost para cyklistů? Jaké je kvalita života para cyklistů? Jaký je vztah mezi životní spokojeností a kvalitou života para cyklistů?

První uvedená výzkumná otázka je zodpovídána pomocí dat získaných z dotazníku SWLS, díky kterému byla vyhodnocena zdánlivá úroveň životní spokojenosti. Průměrný výsledek respondentů se pohyboval na úrovni 25,08. Po porovnání se škálou, kterou dotazník obsahuje, vycházel výsledek nad očekávání pozitivně. Většina výsledků svým skóre spadala do úrovní, které jsou hodnoceny pozitivně. V rámci porovnání s výsledky Chrenkové (2021) je možné konstatovat, že para cyklisté vykazují významně vyšší hodnoty životní spokojenosti. Tyto výsledky mohou souviset i s předchozím hodnocením pravidelnosti sportovní aktivity během pandemie Covid-19. Stejně nadprůměrně však výsledky vyšly i v porovnání se studií Yazicioglu et al. (2012), kde byl výzkum zaměřen na para sportovce obecně bez rozdílu sportu.

Výzkumná otázka „Jaká je kvalita život para cyklistů?“ je hodnocena pomocí dotazníku WHOQOL-BREF. Jak již bylo zmíněno, dotazník obsahuje čtyři domény a dvě samostatné položky. Průměrné výsledky domén tohoto dotazníku u para cyklistů (fyz. zdraví 15,65; prožívání 16,15; soc. vztahů 14,67; prostředí 15,38) vyházely po předchozím hodnocení životní spokojenosti více v souladu s výsledky Chrenkové (2021). I přesto byly výsledky para cyklistů lepší než atletů. Doména fyzické zdraví a prožívání jsou znatelně vyšší oproti relativně podobným hodnotám domén sociálních vztahů a prostředí. Hodnoty domén Yazicioglu et al. (2012) poukazují na úplně jiné výsledky. Domény v této studii jsou si svými průměrnými hodnotami (fyz. zdraví 15.1; prožívání 15.1; soc. vztahů 15.4; prostředí 15.1) relativně rovny a nejlépe vychází doména sociálních vztahů. Tato doména je jak u para cyklistů, tak i para atletů hodnocena jako nejslabší. Může to být v důsledku zařazení i zcela odlišných sportů do výzkumného souboru, neboť Yazicioglu et al. (2012) se ve své studii zaměřuje na para sportovce v obecném kontextu. Výsledky dotazníku WHOQOL-BREF v porovnání s intaktní společností vychází převážně ve vyšších hodnotách. Ve srovnání se studií Li, Kay a Nokkaew (2009), ve které je zjišťována kvalita života intaktních respondentů bez jakéhokoliv zaměření na sport, jsou výsledky para cyklistů vyšší v doménách fyz. zdraví, prožívání a prostředí. Pouze u domény soc. vztahů jsou hodnoty u intaktních respondentů vyšší.

Samostatné položky dotazníku WHOQOL-BREF tvoří doplňkový ukazatel kvality života, neboť jsou hodnoceny pouze jednou odpovědí. Nicméně v rámci hodnocení položky kvality života se para cyklisté opět hodnotili relativně pozitivně a lepé než para atleti v práci Chrenkové (2021). U druhé položky spokojenosti se zdravím však para atleti Chrenkové (2021), hodnotili svůj stav lépe než para cyklisté. Tento výsledek může být ovlivněný

charakteristikou výzkumného souboru, neboť skupina para atletů má celkově lehčí typy postižení než skupina para cyklistů.

Třetí výzkumnou otázku „Jaký je vztah mezi životní spokojeností a kvalitou života para cyklistů?“ bylo možné vyhodnotit pomocí korelace. Ta byla vypočítána na základě vztahu mezi výsledky dotazníku SWLS a WHOQOL-BREF. Korelační koeficient tohoto vztahu vyšel v hodnotě 0,86. Dle stupňů hodnocení hodnoty korelace De Vauta (2002) je korelace tohoto vztahu velmi silná. Tento výsledek naznačuje, že mezi výsledky životní spokojenosti (SWLS) a výsledky kvality života (WHOQOL-BREF) je v tomto výzkumném souboru velmi silný vztah. Můžeme tedy říci, že životní spokojenost má na základě získaných výsledků velmi silný vztah s kvalitou života.

V porovnání výsledků této práce a výsledků Chrenkové (2021) je možné tvrdit, že vybraný soubor para cyklistů má vyšší úroveň kvality života než porovnávaný soubor para atletů. Mezi potencionální faktory, které mohly mít vliv na tyto výsledky, patří např. rodinný stav respondentů. Ve výzkumném souboru para cyklistů je z celkového počtu 13 respondentů celkem 6 respondentů v manželském svazku a stejný počet respondentů uvedlo, že má děti. Ve výzkumném souboru para atletů jsou v manželském svazku pouze 3 respondenti a 4 uvedli, že mají děti. Rozdíl není nějak značný, ale může mít dopad na výsledky hodnocení dotazníků. V opačném případě však manželství nemusí být zárukou vyšší kvality života. Marinka, Dražen, Marijana, Tija, & Mitar, (2011) ve své studii zmiňují, že při vyhodnocení kvality života uváděli svobodní respondenti vyšší hodnoty kvality života než respondenti v manželství nebo s dětmi. Autoři tento nezvyklý výsledek dávají do kontextu se životní úrovní. Svobodní a bezdětní respondenti mohou mít více času na sport a volnočasové aktivity, také mohou mít více finančních prostředků. Dále také uvádí, že tato skupina respondentů má větší prostor pro kariérní růst. Oproti tomu respondenti v manželství nebo s dětmi mohou nalézt větší psychickou pohodu a rodinné zázemí, ale tento rodinný stav sebou přináší i větší finanční a časové nároky, které se mohou odrazit v hodnocení kvality života.

Výsledky této práce a výsledky Chrenkové (2021), mohly být také ovlivněny zmíněnou situací za pandemie Covid-19. Práce Chrenkové (2021) byla vypracována v období největších restrikcí. Oproti tomu tato práce vznikala v pozdější době, kdy restrikce již nebyly tak přísné. Tento rozdílný stav se mohl odrazit v subjektivním hodnocení respondentů v době vyplňování dotazníků.

7 ZÁVĚR

Při hodnocení části demografického dotazníku je zřejmé, že para cyklisté nemuseli v rámci opatření spojených s pandemií Covid-19 významně omezovat svoje tréninkové návyky a oproti jiným porovnávaným sportovním odvětvím jim bylo umožněno se sportu relativně plnohodnotně věnovat. To je z hlediska dlouhodobého přínosu sportu velice pozitivním aspektem.

Při hodnocení dotazníku SWLS tvořila průměrná hodnota výsledků respondentů 25,08, což při dosazení do hodnotící škály dotazníku SWLS odpovídá úrovni „spokojený“. Toto velice dobré skóre je nadstandartní v hodnocení se všemi zmíněnými studiemi. Naše skupina para cyklistů dosáhla relativně vysoké úrovně životní spokojenosti. Z dotazníku WHOQOL-BREF, nebyly sice výsledky tak nadstandartní jako u porovnávání výsledků dotazníku SWLS, ale i tak vykazovali para cyklisté dobré až nadstandartní hodnoty. Průměrné výsledky domén (fyz. zdraví 15,65; prožívání 16,15; soc. vztahů 14,67; prostředí 15,38) vycházejí v porovnání se zmíněnými studiemi jako velmi dobré výsledky. Samostatné položky kvalita života svým jednopoložkovým hodnocení představují pouze doplňkovou hodnotu. Kvalita života byla hodnocena 5x jako dobrá a 8x jako velmi dobrá, což podporuje vysokou kvalitu života vyhodnocených domén. Položka spokojenosti se zdravím vyšla jako hůře hodnocená, kdy byla 3x označena hodnotou jako nespokojen, 1x ani spokojen/ani nespokojen, 8x spokojen a 1x velmi spokojen. Přesto nějak významně neovlivnila celkově pozitivní výsledky.

Vztah mezi životní spokojeností a kvalitou života byl zkoumán na základě výsledků obou dotazníků. Získaný korelační koeficient r=0,86 představuje velmi silný vztah mezi těmito výsledky.

Úroveň životní spokojenosti našeho souboru para cyklistů je jak v rámci hodnocení dle škály SWLS, tak i v porovnání se studiemi velmi dobrá. Kvalita života, která byla vyhodnocena pomocí domén a následně porovnána také vyšla velice dobře – a to jak v porovnání s jinými para sporty, tak i v porovnání s intaktní společností. Z dosažených výsledků této práce je patrné, že tento výzkumný soubor para cyklistů vykazuje velice dobré hodnoty kvality života.

8 SOUHRN

Tato práce s názvem „Kvalita života para cyklistů“, se nezabývá pouze zmíněnou kvalitou života, ale napříč svými kapitolami obsahuje daleko rozsáhlejší téma. V přehledu poznatků popisuje stručné souhrny vybraných aspektů para cyklistiky a v praktické části se pak zabývá hodnocením životní spokojenosti dotazníkem SWLS a kvality života dotazníkem WHOQOL-BREF.

Přehled poznatků této práce v úvodu představuje nejčastější typy postižení, se kterými se můžeme v rámci para cyklistiky potkat. Dále tato kapitola tvoří jeden ze dvou hlavních cílů této práce. Tím bylo vytvořit stručný souhrn vybraných aspektů para cyklistiky. Tento souhrn obsahuje jednotlivé aspekty para cyklistiky od klasifikace přes kategorie, historii, disciplíny, pravidla až po národní i nadnárodní federace zastřešující para cyklistiku. Cílem tohoto souhrnu bylo vytvoření aktuálního obrazu para cyklistiky, který může sloužit jako nástroj pro její snadné pochopení.

Praktická část představuje výzkum zaměřený na úroveň vnímání životní spokojenosti a kvality života para cyklistů. Tyto výsledky byly zjišťovány pomocí dotazníku vytvořeného na internetové platformě Survio. Dotazník byl tvořen demografickou částí, dotazníkem SWLS a WHOQOL-BREF. Do výzkumného souboru byly oslovováni pouze para cyklisté, kteří se cyklistice věnují jako dominantnímu sportu a provozují ji na profesionální a výkonnostní úrovni. Výzkumný soubor tvoří 13 plnoletých profesionálních nebo výkonnostních para cyklistů. Následné výsledky byly vyhodnoceny a primárně porovnány s výsledky para atletů Chrenkové (2021) a s jinými mezinárodními výsledky studií zabývajících se stejně orientovanými tématy.

Výsledky vybraných respondentů vycházely v porovnáním s výsledky ostatních studií relativně nadprůměrně. Průměrné skóre životní spokojenosti dosáhlo výsledku 25,08, což ve škále životní spokojenosti, která je součástí dotazníku SWLS, odpovídá druhé nejlepší kategorii „spokojený“. Následný dotazník pro vyhodnocení vnímaní kvality života se hodnotil pomocí výsledků ze 4 domén a 2 samostatných položek, které dotazník WHOQOL-BREF obsahuje a zjišťuje. I zde výsledky v porovnání se studiemi vyšly relativně nadprůměrně. Při vyhodnocení vztahu mezi životní spokojeností a kvalitou života vyšel korelační koeficient r=0,86. Tato hodnota korelace je hodnocena jako velmi silná a poukazuje na velmi silný vztah mezi získanými výsledky životní spokojeností a kvality života. Výsledky této práce byly převážně porovnávány v rámci prací se stejným zaměřením, které vznikaly souběžně s touto prací.

9 SUMMARY

This thesis does not only deal with the mentioned quality of life, but across its chapters it expands to a much broader topic. In the theoretical part it describes a brief summary of selected aspects of cycling. The practical part then deals with the evaluation of life satisfaction with the SWLS questionnaire and the quality of life with the WHOQOL-BREF questionnaire.

The most common types of disabilities that we may encounter in cycling are presented in the beginning of this thesis. Furthermore, this chapter forms one of the two main goals of the work - prepare a brief summary of selected aspects of cycling. This summary contains individual aspects of cycling from classification through categories, history, disciplines, rules to national and supranational federations covering para cycling. The aim of this summary was to create an up-to-date picture of para cycling, which can serve as a tool for its easy understanding.

The practical part presents research focused on the level of perception of life satisfaction and quality of life of para cyclists. These results were obtained using a questionnaire created on the Survio internet platform. The questionnaire consisted of the demographic part, the SWLS questionnaire and the WHOQOL-BREF. Only para cyclists, who engage in cycling as the dominant sport and run it at a professional and performance level, were addressed to the research group. The research group consists of 13 adults professional or performance para cyclists. Subsequent results were evaluated and primarily compared with the results of para athletes Chrenková (2021) and with other international results of studies dealing with equally oriented topics.

The results of the selected respondents were relatively above average in comparison with the results of other studies. The average life satisfaction score reached a result of 25.08 points, which corresponds to the second-best category “satisfied" within the SWLS life satisfaction scale. The subsequent quality of life perception questionnaire was evaluated using WHOQOL-BREF questionnaire within 4 domains and 2 separate items. The results were also relatively above average in comparison with other studies. When evaluating the relationship between life satisfaction and quality of life, a correlation coefficient of 0.86 was obtained. This value of correlation is assessed as very strong. The obtained points are indicating very strong relationship between the results, life satisfaction and quality of life. The results of this thesis were mostly compared with similarly focused works developed at the same time.

10 REFERENČNÍ SEZNAM

Buřvalová, D., & Reitmayerová, E. (2007). *Tělesně postižený.* Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí.

Cai, T., Verze, P., & Johansen, B. (2021). The Quality of Life Definition: Where Are We Going? *Uro*, *1(1),* 14-22. Retrieved 10.3. 2022 from the World Wide Web: https://www.mdpi.com/2673-4397/1/1/3#cite

Cevada, T., Cerqueira, L., Moraes, H., Santos, T. M., Pompeu, F. A. M. S., & Deslandes, A. C. (2012). Relationship between sport, resilience, quality of life, and anxiety. *Archives of Clinical Psychiatry*, *39*(3), 85-89. Retrieved 10.1. 2022 from the World Wide Web: https://www.researchgate.net/publication/262749626_Relationship_between_sport_resilience_quality_of_life_and_anxiety

Cícha, J., & Prchal, J. (2014). *Encyklopedie cyklistiky.* Praha: Český svaz cyklistiky.

Contreira, A. R., Caruzzo, N. M., Aizava, P. V. S., Passos, P. C. B., & Fiorese, L. (2020). Coach-athlete relationship and associated background factors: an analysis in brazilian coaches. *Research, Society and Development, 9(7),* 1-18. Retrieved 12.1. 2022 from the World Wide Web: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/4448

Copp, A., Adzick, N., Chitty, L., & et. al. (2015). Spina bifida. *Nature Reviews Disease Primers, 1.* Retrieved 10.12. 2021 from the World Wide Web: https://www.nature.com/articles/nrdp20157

Český paralympijský výbor, (2021). *Sportovní klasifikace*. Retrieved 10.12.2021 from the World Wide Web: https://paralympic.cz/cpv/cpt/sporty/sportovni-klasifikace/

Český paralympijský výbor, (2021). Retrieved 10.12.2021 from the World Wide Web: https://paralympic.cz/cpv/

Český statistický úřad, (2014). *Se zdravotním postižením žije každý desátý občan ČR.* Retrieved 6.2. 2022 form the World Wide Web: https://www.czso.cz/csu/czso/se_zdravotnim_postizenim_zije_kazdy_desaty_obcan_cr_20140416

Český svaz cyklstiky, (2021). *Koncepce rozvoje paracyklistiky 2021 – 2023*. Retrieved 3.2. 2022 form the World Wide Web: https://agenturasport.cz/wp-content/uploads/2022/01/Para-cyklistika.pdf

Český svaz cyklistiky, (2022). Retrieved 3.2. 2022 form the World Wide Web: https://www.czechcyclingfederation.com/svaz/cesky-svaz-cyklistiky/

Diaz, R., Miller, E., Kraus, E., & Fredericson, M. (2019). Impact of Adaptive Sports Participation on Quality of Life. *Sports Medicine and Arthroscopy Review, 27(2),* 73-82. Retrieved 4.2. 2022 form the World Wide Web: https://www.researchgate.net/publication/333388530_Impact_of_Adaptive_Sports_Participation_on_Quality_of_Life

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale.*Journal of Personality Assessment, 49,* 71-75. Retrieved 10.2. 2022 form the World Wide Web: https://psycnet.apa.org/record/1985-27000-001

Dragomirecká, E. (2006). Česká verze dotazníku kvality života WHOQOL – překlad položek *a* konstrukce škál. *Psychiatrie, 10*(*2*), 68–73. Retrieved 30.3. 2022 form the World Wide Web: https://adoc.pub/queue/eeska-verze-dotazniku-kvality-ivota-whoqol.html

Dragomerická, E., & Bartoňová, J. (2006). *WHOQOL-BREF & WHOQOL-100. Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života, Světové zdravotnické organizace.* Praha: Psychiatrické centrum Praha

Duman, S., Baştuğ, G., Taşğın, Ö. İ., & Akandere, M. (2011). Bedensel engelli sporcularda kendine güven duygusu ile yaşam doyum düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi [Investigation of the relationship between self-confidence and life satisfaction in

physically disabled athletes]. *Journal Human Sciences, 8(1),* 1365–1373. Retrieved 5.2. 2022 form the World Wide Web: file:///Users/ludeklichnovsky/Downloads/1564-5010-1-PB.pdf

Klimentová, E. (2018). *Osoby se zdravotním postižením v sociologickém výzkumu.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci

Fairhurst, K., Bloom, G., & Harvey, W. (2016). The learning and mentoring experiences of Paralympic coaches. *Disability and Health Journal, 10(2),* 240-246. Retrieved 15.1. 2022 form the World Wide Web: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1936657416301431

Gaskin, C. J., & Morris, T. (2008). Physical Activity, Health-Related Quality of Life, and Psychosocial Functioning of Adults With Cerebral Palsy, *Journal of Physical Activity and Health*, *5*(*1),* 146-157. Retrieved Mar 29, 2022, from https://journals.humankinetics.com/view/journals/jpah/5/1/article-p146.xml

Gordon, A., & De Luigi, A. J. (2020). Adaptive Cycling. *Current Sports Medicine Reports: 19(7),* 266-271. Retrieved 15.1. 2022 form the World Wide Web: https://www.researchgate.net/publication/342757548_Adaptive_Cycling

Beaumont, J., & Kenealy, P. M. (2004) Quality of life perceptions and social comparisons in healthy old age. *Ageing and Society, 24(5),* 755. Retrieved 15.1. 2022 form the World Wide Web: https://www.semanticscholar.org/paper/Quality-of-life-perceptions-and-social-comparisons-Beaumont-Kenealy/17d9509a22b2fb34b87f28e0bbb4e93f4b803610

De Vaus, D. (2002) *Surveys in Social Research. 5th Edition.* London: Routledge. Retrieved 15.1. 2022 form the World Wide Web: https://www.scirp.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkposzje))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1344754

Gurková, E. (2011). Hodnocení kvality života. *Pro klinickou praxi a ošetřovatelský výzkum.* Grada Publishing: Praha

Ginis, M. K. A., Jetha, A., Mack, D. E., & Hetz, S. (2010). Physical activity and subjective well-being among people with spinal cord injury: A meta-analysis. *Spinal Cord, 48(1)*, 65–72. Retrieved 15.3. 2022 form the World Wide Web: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19581918/

Mayo, N. E., Wood-Dauphinee, S., Côté, R., Durcan, L., & Carlton, J. (2002). Activity, participation, and quality of life 6 months poststroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 83(8),* 1035-1042. Retrieved 15.3. 2022 form the World Wide Web: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003999302000254

Heřmanoská, E. (2012). *Kvalita života a její modely v současném sociálním výzkumu.* Praha: Vysoká škola ekonomická v Praze a Metropolitní universita o.p.s.

van der Ploeg, H.P., van der Beek, A.J., van der Woude, L.H.V., & et al. (2004) Physical Activity for People with a Disability. *Sports Med 34,* 639–649. Retrieved 20.1. 2022 from the World Wide Web: https://link.springer.com/article/10.2165/00007256-200434100-00002

Hill, M., Noonan, V., Sakakibara, B., & et. al. (2010). Quality of life instruments and definitions in individuals with spinal cord injury: a systematic review. *Spinal Cord 48,* 438–450. Retrieved 5.1. 2022 from the World Wide Web: https://www.nature.com/articles/sc2009164#citeas

Paralympic, (2022). Histori of paralympic. Retrieved 15.2. 2022 form the World Wide Web: https://www.paralympic.org/news/para-cycling-brief-history-sport

França, I. S. X., Coura, A. S., França, E. G., Basílio, N. N. V., & Souto, R. Q. (2011). Quality of life of adults with spinal cord injury: a study using the WHOQOL-bref. *Rev Esc Enferm, 45(6),* 1361-8. Retrieved 22.12. 2021 from the World Wide Web: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/r7T8TsD5WgYXBJWfzrhYrYD/abstract/?lang=en#ModalTutors

International Paralympic Committee, (2015). *IPC Athlete Classification Code - Rules, Policies, and Procedures for Athlete Classification.* Retrieved 15.12.2021 Wide World Web: https://www.paralympic.org/sites/default/files/document/150813212311788_Classification+Code_1.pdf

International paralympic committee, (2016). *International Standard for Eligible Impairments.* Retrieved 8.12.2021, from the World Wide Web: https://www.paralympic.org/sites/default/files/document/161007092455456_Sec+ii+chapter+1_3_2_subchapter+1_International+Standard+for+Eligible+Impairments.pdf

International paralympic committee, (2017). *Classification Model Rules for Para Sports.* Retrieved 23.1.2022, from the World Wide Web: https://www.paralympic.org/sites/default/files/document/170217125550391_2017_01_18+Classification+Model+Rules+for+Para+Sports.pdf

Jindra, M., Věchtová, B., & Bielmeierová, J. (2015). Základní principy a úskalí rehabilitace u diabetiků po amputaci. *Vnitřní lékařství, 61(6),* 604-608. Retrieved 20.2. 2022 form the World Wide Web: https://www.casopisvnitrnilekarstvi.cz/artkey/vnl-201506-0027_basic-principles-and-difficulties-relating-to-rehabilitation-in-diabetic-patients-following-amputation.php

Johansen, K. (2022). *Mangled Extremity Severity Score (MESS Score).* Retrieved 19.12. 2021 form the World Wide Web:https://www.mdcalc.com/mangled-extremity-severity-score-mess-score#pearls-pitfalls

Kraus, J. (2005). *Dětská mozková obrna.* Praha: Portál

Kraus, J. (2011). Dětská mozková obrna. *Neurologie v praxi, 12(4): 222–224*. Retrieved 1.12. 2021 from the World Wide Web: https://www.neurologiepropraxi.cz/artkey/neu-201104-0002_Detska_mozkova_obrna.php

Krhutová, L. (2013) *Autonomie v kontextu zdravotního postižení*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě

Kokun, O. M., Baranauskienė, I., & Shamych, O. M. (2018) Social welfare. *Interdisciplinary approach, 8(1),*124-131. Retrieved 1.3. 2022 from the World Wide Web: https://vb.ku.lt/object/elaba:33212790/

Graham, R., Kremer, J., & Wheeler, G. (2008). Physical Exercise and Psychological Well-being among People with Chronic Illness and Disability*:* A Grounded Approach. *Journal of Health Psychology, 13(4),* 447–458. Retrieved 10.2. 2022 from the World Wide Web: https://doi.org/10.1177/1359105308088515

Groff, D. G., Lundberg, N., R., & Zabriskie, R. B. (2009) Influence of adapted sport on quality of life: Perceptions of athletes with cerebral palsy. *Disability and Rehabilitation, 31(4),* 318-326. Retrieved 1.3. 2022 from the World Wide Web: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09638280801976233

Manderson L., Ayton D., & Warren N. (2021) Disability and Health. In: Maggino F. (eds) *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research. Springer, Cham.* Retrieved 1.3. 2022 from the World Wide Web: https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-3-319-69909-7_739-2?noAccess=true

Margolis, S., Schwitzgebel, E., Ozer, D. J., & Lyubomirsky, S. (2018). A New Measure of Life Satisfaction: The Riverside Life Satisfaction Scale. *Journal of Personality Assessment, 101(6),* 621-630. Retrieved 20.1. 2022 from the World Wide Web: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29723079/

Marinka, B., Dražen, K., Marijana, S., Tija, P., & Mitar, K. (2011). Quality of life in people with physical disabilities. *Collegium antropologicum. 35(2),* 247-53. Retrieved 20.3. 2022 from the World Wide Web: https://www.researchgate.net/publication/221725286_Quality_of_life_in_people_with_physical_disabilities

Ciampolini, V., Pinto, M. G., Sousa, R. G., Silva, D. A. S., & Galatti, L. R. (2018) Do athletes with physical disabilities perceive their quality of life similarly when involved in different Paralympic Sports? *Motriz: Revista de Educação Física 24(4).* Retrieved 19.12. 2021 from the World Wide Web: https://www.scielo.br/j/motriz/a/N5jKJXjZb7yTN7pYVrgg6LB/abstract/?lang=en

Heräjärvi, N., Leskinen, M., Pirttimaa, R., & Jokinen, K. (2020) Subjective quality of life among youth with severe physical disabilities during the transition to adulthood in Finland. *Disability and Rehabilitation 42(7),* 918-926. Retrieved 13.1. 2022 from the World Wide Web: https://www.tandfonline.com/doi/citedby/10.1080/08870446.2013.845668?scroll=top&needAccess=true

Santos, F., Camiré, M., & MacDonald, D.J. (2018). Lived experiences within a longstanding coach-athlete relationship. *The case of one paralympic athlete, Ágora para la Educación Física y el Deporte, 20(2-3),* 279-297. Retrieved 2.1. 2022 from the World Wide Web: https://www.researchgate.net/publication/329914058_Lived_experiences_within_a_longstanding_coach-athlete_relationship_The_case_of_one_paralympic_athlete

Skevington, S., Lotfy, M., & O'Connell, K. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. *A Report from the WHOQOL Group 13*, 299-310. Retrieved 3.1. 2022 from the World Wide Web: https://link.springer.com/article/10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00#citeas

Slowík, J. (2012). *Speciální pedagogika: Integrace a inkluze.* Retrieved 19.12. 2021 from the World Wide Web: https://clanky.rvp.cz/clanek/16169/SPECIALNI-PEDAGOGIKA:-INTEGRACE-A-INKLUZE.html

Stirling, A.E., & Kerr, G. (2009). Abused athletes' perceptions of the coach-athlete relationship. *Sport in Society 12(2),* 227-239. Retrieved 19.1. 2022 from the World Wide Web: https://www.researchgate.net/publication/248950268_Abused_athletes'_perceptions_of_the_coach-athlete_relationship

Šubrt, J., et. al. (2008). *Soubodobá sociologie III. (Diagnózy soubodobých společností).* Univerzita Karlova: Praha

T. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine, 28(3),* 551-558. Retrieved 20.2. 2022 form the World Wide Web: https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/abs/development-of-the-world-health-organization-whoqolbref-quality-of-life assessment/0F50596B33A1ABD59A6605C44A6A8F30

Tomasone, J. R., Wesch, N. N., Ginis, K. A. M., & Noreau, L. (2013). Spinal Cord Injury, Physical Activity, and Quality of Life: A Systematic Review. Kinesiology Review*,* 2*(2),* 113-129. Retrieved 28.1. 2022 form the World Wide Web: from https://journals.humankinetics.com/view/journals/krj/2/2/article-p113.xml

Thompson, D., Fisher, R. K., Purcal, Ch., Deeming, Ch., & Sawrikar, P. (2012). Community attitudes to people with disability: scoping project. *SSRN Electronic Journal.* Retrieved 26.1. 2022 form the World Wide Web: https://www.researchgate.net/publication/256013706_Community_Attitudes_to_People_with_Disability_Scoping_Project

Trojan, S., Druga, R., Pfeiffer. J., & Votava, J. (2005). *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka.* Praha: Grada Publishing

Union Cycliste Internationale, (2022). *Uci cycling regulations, part 16 para-cycling*. Retrieved 26.1. 2022 form the World Wide Web: https://assets.ctfassets.net/761l7gh5x5an/2hSKKwLFWuz8ApFjJHZVWf/4cce41506a65361768e693089da1d72e/16-PAR-20220101-E.pdf

Veenhoven, R. (1996). *The study of life-satisfaction*. Retrieved 12.1. 2022, from the World Wide Web: http://hdl.handle.net/1765/16311

Ciampolini, V., Pinto, M. G., Sousa, G. R., Silva, D. A. S., , & Galatti, L. R. (2018) Do athletes with physical disabilities perceive their quality of life similarly when involved in different Paralympic Sports? *Revista de Educação Física.* Retrieved 18.1. 2022, from the World Wide Web: https://www.researchgate.net/publication/329171728_Do_athletes_with_physical_disabilities_perceive_their_quality_of_life_similarly_when_involved_in_different_Paralympic_Sports

Vrubel, M., Röderová P., & Jágerová, N. (2017). *Education, support anf rehabilitation for people with visual impairments*. Brno: Masarykova Univerzita

World Healty Organization, (2018). *MKN-10*: *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Retrieved 20.1. 2022 from the World Wide Web:https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246208/9788074721687-V1-cze.pdf?sequence=20&isAllowed=y

Yazicioglu, K., Yavuz, F., Goktepe, A., S., & Tan, A., K. (2012). Influence of adapted sports on quality of life and life satisfaction in sport participants and non-sport participants with physical disabilities. *Disability and Health Journal, 5(4),* 249-253. Retrieved 20.12. 2021 from the World Wide Web: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1936657412000568)

Zemanová, V., & Dolejš, M. (2015). Životní spokojenost, sebehodnocení a výskyt rizikového chování u klientů nízkoprahových zařízení pro děti a mládež. Olomouc: Univerzita Palackého

11 PŘÍLOHY

11.1 Příloha č.1, dotazník WHOQOL-BREF

WHOQOL

KVALITA ŽIVOTA
DOTAZNÍK SVĚTOVÉ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE

WHOQOL-BREF (krátká verze)

INSTRUKCE

Tento dotazník zjišťuje, jak vnímáte kvalitu svého života, zdraví a ostatních životních oblastí. **Odpovězte laskavě na všechny otázky.** Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, **vyberte prosím odpověď**, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne jako první.

Berte přitom v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti. Ptáme se Vás na Váš život za **poslední dva týdny**. Máme tedy na mysli poslední dva týdny, když se Vás zeptáme např.:

Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	vůbec ne 1	trochu 2	středně 3	hodně ④	maximálně 5

Máte zakroužkovat číslo, které nejlépe odpovídá tomu, kolik pomoci se Vám od ostatních dostávalo během posledních dvou týdnů. Pokud se Vám dostávalo od ostatních hodně podpory, zakroužkoval/a byste tedy číslo 4.

Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	vůbec ne ①	trochu 2	středně 3	hodně 4	maximálně 5

Pokud se Vám v posledních dvou týdnech nedostávalo od ostatních žádné pomoci, kterou potřebujete, zakroužkoval/a byste číslo 1.

Přečtěte si laskavě každou otázku, zhodnoťte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

	velmi špatná	špatná	ani špatná ani dobrá	dobrá	velmi dobrá
1. Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?	1	2	3	4	5

	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
2. Jak jste spokojen/a se svým zdravím?	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, **jak moc** jste během posledních dvou týdnů prožíval/a určité věci.

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
3. Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?	1	2	3	4	5
4. Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?	1	2	3	4	5
5. Jak moc Vás těší život?	1	2	3	4	5
6. Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?	1	2	3	4	5
7. Jak se dokážete soustředit?	1	2	3	4	5
8. Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	1	2	3	4	5
9. Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, **v jakém rozsahu** jste dělal/a nebo mohl/a provádět určité činnosti v posledních dvou týdnech.

	vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
10. Máte dost energie pro každodenní život?	1	2	3	4	5
11. Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?	1	2	3	4	5
12. Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?	1	2	3	4	5
13. Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?	1	2	3	4	5
14. Máte možnost věnovat se svým zálibám?	1	2	3	4	5

	velmi špatně	špatně	ani špatně ani dobře	dobře	velmi dobře
15. Jak se dokážete pohybovat?	1	2	3	4	5

Další otázky se zaměřují na to, jak jste byl/a **šťastný/á nebo spokojený/á** s různými oblastmi svého života v posledních dvou týdnech.

	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
16. Jak jste spokojen/a se svým spánkem?	1	2	3	4	5
17. Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?	1	2	3	4	5
18. Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?	1	2	3	4	5
19. Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?	1	2	3	4	5
20. Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5
21. Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?	1	2	3	4	5
22. Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?	1	2	3	4	5
23. Jak jste spokojen/a s pod-mínkami v místě, kde žijete?	1	2	3	4	5
24. Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?	1	2	3	4	5
25. Jak jste spokojen/a s dopravou?	1	2	3	4	5

Následující otázka se týká toho, **jak často** jste prožíval/a určité věci během posledních dvou týdnů.

	nikdy	někdy	středně	celkem často	neustále
26. Jak často prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?	1	2	3	4	5

11.2 Příloha č.2, vyjádření etické komise FTK UP

Fakulta
tělesné kultury

Vyjádření Etické komise FTK UP

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

Na základě žádosti ze dne 23.11.2020 byl projekt základního výzkumu

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

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

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

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

dne: **8.1.2021**

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

Řešitelé projektu splnili podmínky nutné k získání souhlasu etické komise.

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

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

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