

Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta tělesné kultury



Fakulta
tělesné kultury

ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST BASKETBALISTŮ NA VOZÍKU

Diplomová práce

Autor: Bc. Zuzana Talácková
Studijní program: Rekreatologie
Vedoucí práce: Mgr. Julie Wittmannová, Ph.D.
Olomouc 2022

Bibliografická identifikace

Jméno autora: Zuzana Talácková

Název práce: Životní spokojenost basketbalistů na vozíku

Vedoucí práce: Mgr. Julie Wittmannová, Ph.D.

Pracoviště: Katedra aplikovaných pohybových aktivit

Rok obhajoby: 2022

Abstrakt:

Diplomová práce se zabývá tématem kvality života basketbalistů na vozíku. Cílem této práce bylo zjištění míry subjektivně vnímané kvality života a životní spokojenosti osob s tělesným postižením, které se věnují basketbalu na vozíku na území České republiky. Výzkumný soubor byl tvořen devatenácti basketbalisty na vozíku, jež se tomuto sportu věnují pravidelně, rekreačně nebo na reprezentační úrovni. V této práci je využit dotazník životní spokojenosti SWLS (*Satisfaction with Life Scale*) a dotazník kvality života WHOQOL-BREF. Osoby účastníci se dotazníkového šetření se pohybovali ve věkovém rozmezí 21–48 let. Dle dotazníku SWLS byla naměřena průměrná až nadprůměrná hodnota životní spokojenosti, 23,74. Obecnou kvalitu života, dle dotazníku WHOQOL-BREF, 17 z 19 ti respondentů zhodnotili na pětistupňové škále jako dobrou nebo velmi dobrou. Otázka ohledně spokojenosti se zdravím byla zhodnocena průměrně a byla zde přítomna větší variabilita. Jednotlivé oblasti dotazníku WHOQOL-BREF ukázaly nejvyšší spokojenost s kvalitou života v oblasti sociálních vztahů. Druhou nejlépe hodnocenou oblastí byla doména prožívání a třetí prostředí. Nejnižší skóre bylo naměřeno v doméně fyzického zdraví.

Klíčová slova: Životní spokojenost, kvalita života, tělesné postižení, basketbal na vozíku, pohybová aktivita, sportovci

Souhlasím s půjčováním práce v rámci knihovních služeb.

Bibliographical identification

Author: Zuzana Talácková

Title: Life satisfaction and quality of life in wheelchair basketball players

Supervisor: Mgr. Julie Wittmannová, Ph.D.

Department: Department of Adapted Physical Activities

Year: 2022

Abstract:

This thesis evaluated the quality of life and life satisfaction of wheelchair basketball players. The goal of this study was to find out the level of subjective quality of life and subjective life satisfaction of people with physical disabilities who regularly participated in this sport in the Czech republic. The respondent sample consisted of 19 players aged in between 21 and 48 years old. The questionnaires, SWLS (Satisfaction with Life Scale) and WHOQOL-BREF, were used as tools to examine life satisfaction and quality of life. The analysis of the results of questionnaire SWLS showed average and above average satisfaction with life with 23,74 score. The evaluation of the WHOQOL-BREF results showed good quality of life. Another result presented average subjective satisfaction with one's current health state. The individual areas of WHOQOL-BREF showed the greatest satisfaction in the area of social relationships. Second place belonged to the area of lived through experiences and third was the environment area. Physical health placed fourth.

Key words: Life satisfaction, quality of life, physical disability, wheelchair basketball, physical activity, athletes

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

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

V Olomouci dne 30. června 2022

.....

Děkuji vedoucí své práce, Mgr. Julii Wittmannové, Ph.D., za trpělivost, užitečné rady a podporu, kterou mi poskytla při psaní této diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům a přihlížejícím, kteří se ochotně zapojili do výzkumu.

OBSAH

Obsah	6
1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA	10
1.1 Tělesné postižení	10
1.1.1 Vrozená tělesná postižení	11
1.1.2 Získaná tělesná postižení	12
1.1.3 Dětská mozková obrna (DMO)	12
1.1.4 Rozštěp páteře/Spina Bifida	13
1.1.5 Myopatie	14
1.1.6 Amputace	14
1.1.7 Poranění míchy	15
1.2 Kvalita života	17
1.2.1 Historie pojmu	17
1.2.2 Pojem kvalita života	18
1.2.3 Ukazatelé kvality života	20
1.2.4 Měření kvality života	21
1.2.5 Objektivní metody měření kvality života a životní spokojenosti	21
1.2.6 Subjektivní metody měření kvality života a životní spokojenosti	23
1.2.7 Well-being/Osobní pohoda	24
1.2.8 Metody zkoumání osobní pohody	25
1.2.9 Životní styl a sebeúcta	26
1.2.10 Disability paradox a bio-psycho-sociální model	27
1.3 Životní spokojenost	28
1.3.1 Pojem životní spokojenost	28
1.3.2 Determinanty životní spokojenosti	29
1.3.3 Zdraví	29
1.3.4 Věk	30
1.3.5 Osobnost a hodnoty	31
1.3.6 Rodinné a mezilidské vztahy	32
1.3.7 Pohlaví	32
1.3.8 Religiozita	33
1.3.9 Pohybová aktivita	33
1.4 Basketbal na vozíku	34

1.4.1	Světová historie	34
1.4.2	Historie v Čechách	35
1.4.3	Stručný popis hry.....	35
1.4.4	Pravidla.....	36
1.4.5	Klasifikace.....	36
2	CÍLE	39
2.1	Hlavní cíl	39
2.2	Výzkumné otázky	39
3	METODIKA.....	40
3.1	Charakteristika výzkumného souboru	40
3.2	Průběh šetření	42
3.2.1	Dotazník SWLS (Satisfaction with Life Scale).....	43
3.2.2	Dotazník WHOQOL-BREF	44
3.2.3	Postup práce	45
3.3	Způsob zpracování dat.....	46
4	VÝSLEDKY	47
4.1	Životní spokojenost SWLS.....	47
4.2	Kvalita života WHOQOL-BREF.....	49
5	DISKUSE	58
6	ZÁVĚR.....	64
7	SOUHRN	66
8	SUMMARY	68
9	REFERENČNÍ SEZNAM.....	70
10	PŘÍLOHY.....	78
10.1	Dotazník WHOQOL-BREF.....	78

ÚVOD

Basketbal je kolektivní sport, který hrají dva, většinou dvanácti členné, týmy proti sobě a navzájem se snaží prohodit míč skrze obroučku koše soupeře. Na hřišti se vždy pohybuje 10 hráčů, a to 5 z každého týmu. Basketbal zajišťuje úlevu od stresu, starostí a je zdrojem mnoha radostí. Ve době tréninku i zápasu se v danou chvíli člověk musí soustředit na mnoho herních aspektů, a tím zapomene na starosti běžného denního života. Basketbal je organizovaná pohybová aktivita, kde se probírá a piluje taktika, zlepšuje fyzická kondice, dovednosti a v neposlední řadě se utužuje charakter a týmový duch. Jelikož je basketbal kolektivní sport, učí nás spolupráci. Komunikace probíhá s trenéry, ostatními hráči a budí v člověku zdravou rivalitu a soutěživost, což se pak hodí v běžném osobním životě. Basketbalu se už nevěnuji, ale hrála jsem ho od třetí třídy až do ukončení bakalářského studia v USA. Patnáct let strávených hraním basketbalu rozhodně nepovažuji za čas ztracený. Při tréninku či zápasu jsem vždy přišla na jiné myšlenky a trávila čas ve skvělém kolektivu, kde tato „práce“ byla vlastně zábavou. Navíc, každý z nás touží někam patřit a jakýkoliv kolektivní sport je výbornou příležitostí k nalezení přátel, zlepšení fyzické i mentální kondice a v některých případech může napomoci vycestování za hranice republiky.

Basketbal hrají děti již od útlého věku, ale začít se dá i později. Není dáno pravidlo „kdy je správné začít s basketbalem“. Existují basketbalové školičky pro malé děti od tří let, přípravky, mini žactvo, mladší žáci, starší žáci, ... až po soutěže žen a mužů na různých úrovních. Tyto skupiny jsou rozšířené v basketbalu bez postižení. K basketbalu na vozíku se hráči a hráčky většinou dostávají až v pozdějším věku. Výjimka však potvrzuje pravidlo a v Americkém YMCA tréninky pro mladé basketbalisty na vozíku existují a je to velmi inspirativní zážitek. Basketbalisté na vozíku mají různá omezení a znevýhodnění, což může limitovat jejich možnosti ve hře a samotném pohybu. Postižení ale nijak neomezují benefity, které poskytuje kolektivní sport a pohybová aktivita. Ty jsou přínosné pro všechny bez rozdílu. Basketbalisté navazují nová přátelství, zlepšují fyzickou kondici, motoriku, ale i sebevědomí a celkové mentální zdraví. Ocenění od trenérů, rodičů, kamarádů a někdy novinářů jsou jen dalšími impulsy, jež osoby s tělesným postižením povzbuzují v dalším hraní. Někteří basketbalisté na vozíku zároveň excelují i v jiných sportech jako je para volejbal, hokej, tenis aj. Benefity vznikající skrze pohybovou aktivitu mají vliv na hodnocení vnímání kvality života a životní spokojenosti, což je zkoumáno v praktické části této práce.

Životní spokojenost a kvalita života basketbalistů na vozíku je tématem mé diplomové práce. Je to proto, že k basketbalu a sportu obecně jsem měla vždy blízko a myslím si, že je důležité někam patřit, cítit se dobře a být v životě spokojený. Měla jsem příležitost si hru na vozíku vyzkoušet a je to opravdu úplně jiné než se čtyřmi zdravými končetinami. Přimělo mě to k zamyšlení a přehodnocení některých věcí. Myslím si, že kvalita života, pohybová aktivita i mentální zdraví jsou stále nedoceňovány. Cílem mé diplomové práce je zjistit kvalitu života a spokojenost basketbalistů na vozíku. Zároveň bych chtěla vyzdvihnout důležitost těchto pojmů, jelikož dokážou ovlivnit každý lidský život.

Tato diplomová práce má dvě části – teoretický přehled poznatků a praktickou část. V teoretické části se věnuji definování tělesného postižení, jeho klasifikaci a rozdělení. Rozdělují tělesné postižení na vrozené a získané vady. Dále se věnuji vymezení pojmu kvalita života z pohledu historie a současnosti. Objasňuji dimenze a oblasti kvality života a životní spokojenosti. Snažím se o objasnění vlivu tělesného postižení na život a jeho průběh. V neposlední řadě popisuji basketbal na vozíku, jeho pravidla a klasifikaci. Věnuji se specifikacím pro basketbalisty s tělesným postižením a klasifikaci, která je jedním z hlavních kritérií pro sestavení hracího celku dle pravidel IWBF.

Praktická část obsahuje výsledky z anonymního dotazníkového šetření. Výzkumný soubor je tvořen osobami, jež se věnují basketbalu na vozíku jako dominantnímu sportu. Na základě osobní schůzky by se mělo jednat především o hráče na české špičkové úrovni, figurující v české reprezentaci. Skrze standardizované dotazníky (SWLS a WHOQOL-BREF) je zkoumána kvalita života a životní spokojenost basketbalistů na vozíku. Výsledky tohoto dotazníkového šetření pomáhají zjistit, jak jsou kvalita života a životní spokojenost ovlivněny pravidelnou pohybovou aktivitou v kolektivu, prostředím, rodinným zázemím a jinými faktory. Výsledky šetření také mohou sloužit pro budoucí výzkumy a motivaci k participaci v para sportu.

1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

1.1 Tělesné postižení

Tato diplomová práce se zaměřuje na životní spokojenost a kvalitu života sportovců s tělesným postižením. Tato kapitola definuje termín tělesné postižení, rozvoj v názvosloví a soustředí se na nejčastější příčiny vzniku a specifikace daných postižení.

Termín tělesné postižení je vymezen jako: „vady pohybového a nosného ústrojí, tj. kostí, kloubů, šlach i svalů a cévního zásobení, jakožto i poškození nebo poruchy nervového ústrojí, jestliže se projevují porušenou hybností” (Kraus & Šandera, 1975, p. 6). Zdravotní postižení je obecně chápáno jako zdravotní stav, který dle vysvětlení lékařské vědy trvá déle než jeden rok (Michalík, 2011). V angličtině je používán termín *disability*, který je k dnešnímu dni ustálený. V průběhu let se tento termín vyvíjel a z jeho vývoje se dal vytušit postoj k lidem s tělesným postižením.

V devatenáctém století byl nejvíce používán termín *affliction* neboli utrpení. Nebylo to míněno nijak hanlivě, ale bylo to založeno na křesťanské víře a vysvětleno jako několik druhů neštěstí. Bůh, ve své tajemné moudrosti uvrhl na lidi zvláštní druh utrpení, jež je měli naučit trpělivosti a víře. Lidé měli věřit, že jejich utrpení je součástí nějakého většího plánu. Byli uvrženi do utrpení z nějakého důvodu – měli dostat lekci, naučit ostatní soucitu a dobročinnosti. Utrpení nebylo něco, co by se mělo překonat. Cílem bylo naučit se s ním žít. Na konci devatenáctého století termín *affliction* vymizel a nahradil ho termín *handicapped*, jenž pochází ze hry zvané Hand in Cap. Ve zmíněné hře má každý člověk stejnou šanci vyhrát. Později bylo slovo *handicapped* spojováno s koňskými závody, kdy člověk znevýhodnil koně kameny, aby ho zpomalil. Termínu *handicapped* bylo využíváno skrze celé dvacáté století až ho nahradil termín *disability*, který si proboujel svou cestu až do století dvacátého prvního. Termín *disability* je součástí anglického jazyka už od šestnáctého století, avšak nebyl využíván ve spojitosti jako je dnes (Baynton, 1998).

Novosad (2011) dodává, že slova handicap a postižení jsou chybně vnímána a používána jako synonyma. Lidé používají spojení jako „pomoc handicapovaným” nebo „výchova handicapovaných”. Baynton (1998) udává, že lidé tímto zpochybňují smysl jejich činů při práci s osobami s postižením. O práci s osobami s postižením by nemělo být hovořeno jako o práci s handicapovanými, ale jako o práci, kdy se riziko handicapu minimalizuje a tím lidé s postižením přestávají být handicapovanými.

Novosad (2011) udává další termíny jako *disorder* nebo *impairment*. *Disorder* neboli když něco není v pořádku se používá například ve spojení *disordered eating*, v případech mentální anorexie nebo bulimie. *Impairment* zastává poškození, zhoršení nebo oslabení.

Tělesné postižení je součástí lidského života. Z celkové lidské populace, patnáct procent, více než jeden bilion, má nějaký druh postižení. Díky větší nehodovosti, přírodním katastrofám a zároveň zlepšení zdravotnické péče, vzniká stále více chronických nemocí a postižení. Toto číslo stále roste (Fellinghauer, Reinhardt, Stucki, & Bickenbach, 2012; World Health Organization [WHO], 2014). Téměř každý člověk je během života vystaven nějaké formě postižení, ať dočasné nebo trvalé.

Postižení se může týkat zraku, sluchu, pohybového aparátu, mozku, psychického zdraví nebo socializace. Mnozí autoři pojem tělesné postižení definují jako poruchu hybnosti, což však upozorňuje na jinakosti od normy a vyzdvihuje patrná omezení. (Kudláček & Ješina, 2013; WHO, 2014).

Tělesné postižení může být chápáno jako specifický pohybový projev, s nímž lze pracovat a pohybové funkce s asistencí a pomůckami zlepšovat. Postižení je definováno jako jakýkoliv stav těla nebo mysli, který pro jedince vytváří ztížené podmínky provádět aktivitu nebo komunikovat s okolním světem (Centers for Disease Control [CDC], n.d., WHO, 2014). Příčiny tělesného postižení se dle vzniku dělí na dvě hlavní skupiny – vrozené a získané.

Ať je tělesné postižení vrozené nebo získané, člověk pociťuje své abnormality a může tak vzniknout špatný vztah k sobě samému a nízká míra sebevědomí. Novosad (2011) upozorňuje, že diskuse o porovnávání vrozeného a získaného tělesného postižení nebo „co je horší“ jsou irelevantní, jelikož se lidé snaží porovnávat neporovnatelné.

1.1.1 Vrozená tělesná postižení

Vrozená tělesná postižení jsou rozvinuta už před narozením dítěte, a to během raného těhotenství. Faktory ovlivňující vznik vrozených tělesných postižení jsou různorodé a řadí se mezi ně například poruchy ve tvaru a velikosti lebky, vady horních a dolních končetin, poruchy růstu, rozštěpové vady nebo centrální a periferní obrny (Bendová, 2007). V Tabulce 1 jsou uvedeny druhy tělesných postižení a konkrétní příklady k nim. Každá forma postižení je specifická a prožití je vždy individuální.

Tabulka 1

Faktory ovlivňující vliv vrozených tělesných postižení (Bendová, 2007)

Poruchy tvaru a velikosti lebky	Hydrocefalus, mikrocefalus, makrocefalus
Vady horních končetin	Amélie, dysmelie, syndaktylie, polydaktylie
Vady dolních končetin	Vrozená hákovitá nebo kosá noha
Poruchy růstu	Achondroplazie, gigantismus, nanismus
Rozštěpové vady	Rozštěp lebky, rtu, čelisti, patra, páteře
Centrální a periferní obrny	Formy DMO

1.1.2 Získaná tělesná postižení

Získaná tělesná postižení jsou projevena po narození a během života. Mezi získaná tělesná postižení se řadí následky po úrazech mozku a míchy, poškození periferních nervů, amputace nebo deformity těla. V Tabulce 2 jsou uvedeny faktory a konkrétní příklady získaných tělesných postižení (Bendová, 2007).

Tabulka 2

Faktory ovlivňující vliv získaných tělesných postižení (Bendová, 2007)

Mozek a mícha	Otřes mozku, pohmožděny, zlomeniny spojené s poškozením míchy
Periferní nervy	Neuropraxis, axonotmesis, neurotmesis (poúrazové následky)
Amputace	Horní končetiny, dolní končetiny
Deformita tvaru těla	Skolióza, kyfóza, hyperlordóza, ploché nohy, plochá záda, vnitřní a vnější bočivost kolen

Existuje riziko rozvinutí tělesného postižení po nemoci, a to po revmatickém onemocnění, dětské infekční obrně, Perthesově chorobě, myopatii, onkologickém onemocnění aj. V další části jsou detailněji zahrnuty onemocnění – dětská mozková obrna, rozštěp páteře, myopatie, amputace a poranění míchy. Tyto formy onemocnění byly nejčastěji prezentovány v dotazníku praktické části.

1.1.3 Dětská mozková obrna (DMO)

Graham a Selber (2003) definují dětskou mozkovou obrnu jako onemocnění centrálního systému, jež vzniká před narozením, po narození nebo do jednoho roku stáří dítěte - tzv. v prenatalním, perinatálním nebo postnatálním období. DMO je jednou z

nejčastěji se vyskytovaných tělesných postižení, která v rozvojových zemích postihuje 2 - 2,5 dítěte na 1000 narozených dětí.

Definice DMO prošly řadami upřesnění. Graham a Selber (2003) popisují tři různé charakteristiky DMO:

1. **výsledkem léze v nezralém mozku;** není progresivní
2. **poruchou držení těla z pohybu;** trvalá, ale ne neměnná
3. **tělesné postižení;** progresivní muskuloskeletální patologie u většiny postižených

Charakteristické znaky pro dětskou mozkovou obrnu jsou nemotornost, impulzivita, nevyrovnanost, emocionální výkyvy a vady řeči. Kudláček et al. (2013) popisuje DMO jako postižení centrálního nervového systému, které není progresivní a stacionární. DMO vede k poruchám volní hybnosti, parézám nebo mimovolným pohybům. Mohou být porušeny mentální a smyslové funkce a přítomny nervové záchvaty. Sedmdesát až osmdesát procent dětské mozkové obrny vzniká v prenatálním období (před porodem) mnohdy z nejasných příčin. Důvody vzniku onemocnění mohou být různé, například komplikace při porodu, včetně nedostatku přísunu kyslíku, jež tvoří šest procent případů. Dalším rizikem je předčasný porod, kdy je plod starý méně než třicet dva týdnů a váha plodu je méně než dvě a půl kila. Postnatální DMO tvoří deset až dvacet procent případů. Imunitní systém je napaden bakteriální meningitidou nebo virovou encefalitidou.

Přístup k léčbě a pohybové aktivitě je individuální z důvodu specifických symptomů. Dětská mozková obrna je často rozvinuta od útlého věku, a to ovlivňuje i veškeré pohybové aktivity a začlenění do kolektivu. Záleží také na intenzitě mentálního postižení (Kriger, 2006).

1.1.4 Rozštěp páteře/Spina Bifida

Rozštěp páteře, jinak také Spina Bifida je vrozené vývojové onemocnění, které vzniká špatným uzavřením medulární trubice v páteřním kanálu. Rozštěp páteře může zasáhnout jakýkoliv segment, nejčastěji však rozštěp vzniká v bederní oblasti. Pod tenkou vrstvou kůže se vytvoří nádor a často dochází k poškození míchy a nervů. Vážnost postižení se odvíjí od velikosti a umístění nedovřením medulární trubice a rozsahu poškození míchy a nervů (Kudláček et al., 2013).

Spina Bifida je nejkompexnější vrozené tělesné postižení s dlouhodobým přežitím. 70–80 % dětí přežije do dospělosti. Vysoká míra přežití se zapříčinila o rozvoj well-being,

participace ve sportu a celkového zlepšení kvality života (Bakanienė, Žiukienė, Vasiliauskienė, & Prasauskienė, 2018).

Léčba a úroveň pohybové aktivity je individuální, ale důležitá. Ve většině případů je sport možný rekreačně i na závodní úrovni (Sandler, 2004). Sportovci by měli rozvíjet svalovou hmotu v horní části těla, která většinou bývá plně funkční. Vhodným sportem je plavání a kolektivní vozíčkářské sporty a participace v klubech. (Kudláček & Ješina, 2013).

1.1.5 Myopatie

Myopatie je genetické degenerativní onemocnění, které zasahuje svaly, které umožňují člověku vědomý pohyb. Osoby s myopatií mají kvůli dysfunkci svalových vláken svalovou slabost. Myopatie se přenáší z rodiče na potomka, nebo se rozvíjí v pozdním věku skrze autoimunitní onemocnění, metabolický syndrom a jiné.

Symptomy myopatie se kromě ochabování svalstva projevují únavou, celkovou slabostí, poruchou motoriky, mimiky nebo řeči. Myopatie je nevléčitelná, ale sportovní aktivity a fyzioterapie jsou velkým přínosem a zkvalitněním života. Osoby s myopatií mají často hodně energie a snaží se žít aktivním životem. Rekreační aktivity jsou vhodnější než ty fyzicky náročnější (CedarsSinai, 2021).

1.1.6 Amputace

Amputace je ztráta či odebrání části těla, která se týká prstů, ale i větších částí jako jsou celé horní a dolní končetiny. Amputace může být také vrozená. Jedná se o trauma, které změní člověku od základu život, alespoň na začátku. Chybějící končetina ovlivní pohyb, nezávislost a psychiku. Lidé s amputacemi končetin se účastní všech různých sportovních disciplín, a to i basketbalu nebo hokeje na vozíku (Shores, 2022).

Amputace ovlivňují sportovce různými způsoby a pro sportovce je prospěšné se vrátit k aktivitě i po amputaci končetiny. Pro předešle neaktivní jedince je tu také spousta přínosů. Návrat ke sportování nebo začátek se sportováním zlepšuje celkový psychický stav, rozvíjí sociální kontakt, zlepšuje fyzickou kondici a zdraví. Mezi zdravotní benefity patří například zvýšení kardiovaskulární zdatnosti, nabrání svalové hmoty, a tím zvýšení celkové síly (Matthews, Sukeik, & Haddad, 2014).

1.1.7 Poranění míchy

Poranění míchy je jedna z nejčastějších příčin, které upoutají člověka na invalidní vozík. Dle výšky léze se poranění dělí na vysokou a nízkou paraplegii, vysokou a nízkou kvadruplegii/tetraplegii a pentaplegii. K poškození míchy často dochází při těžkých úrazech páteře, výjimečně při určitých onemocněních. Nejčastějšími příčinami jsou nehody na silnici nebo skoky do neznámých mělkých vod (Kudláček et al., 2013).

Při paraplegii dochází k ochrnutí dolní poloviny těla. Rozlišuje se vysoká a nízká paraplegie podle místa poranění. Při obou paraplegiích bude mít člověk problémy s ovládním vyprazdňování. (Česká asociace paraplegiků [CZEPA], 2020).

1. **Vysoká paraplegie** – mícha je poraněna v hrudní oblasti, konkrétně TH1 – TH6, blíže ke krku; dýchání a kašláni je zčásti omezené; cit je od hrudi nahoru včetně horních končetin; bez citu v oblasti břicha
2. **Nízká paraplegie** – mícha je poraněna v hrudní až bederní oblasti, konkrétně TH7 – L3; zranění je ve spodní části zad; ztráta hybnosti dolních končetin úplně nebo jen částečně; cit od břicha nahoru, včetně horních končetin a částečně dolních končetin.

Tabulka 3

Symptomy a potřeby při poranění hrudní, bederní a sakrální páteře (ShepherdCenter, 2021)

Hrudní/Thoracic (TH1 – TH12, obvykle paraplegie)	TH1 – TH5 poškozené nervy trupu neomezený pohyb horních končetin narušení sensitivity dolních končetin, někdy spodní části trupu TH6 – TH12 neomezený pohyb horních končetin dobrá stabilita při sedu schopnost kašlat
Bederní/Lumbar (L1 – L5, částečná paraplegie)	L1 – L5 částečná funkce kyčlí a dolních končetin invalidní vozík nebo použití ortéz absolutní samostatnost se speciálními pomůckami

Sakrální/Sacral (S1 – S5, nejlehčí forma)	S1 – S5 částecná ztráta funkce kyčlí a dolních končetin pravděpodobnost chůze je veliká absolutní samostatnost se speciálními pomůckami
--	---

Při kvadruplegii jde o poranění míchy v oblasti krční páteře. Rozlišuje se vysoká a nízká kvadruplegie. Následkem tohoto poranění dochází k částečné poruše hybnosti horních končetin a nastává úplné ochrnutí trupu a dolních končetin, anebo k úplné dysfunkci dolních i horních končetin a trupu. V případě poškození v oblasti C1 – C3 dochází k pentaplegii, ochrnutí horních i dolních končetin, bránice a svalstva hrudníku a trupu. Při pentaplegii je pacient do konce života odkázán na umělou plicní ventilaci.

Nehledě na rozsah a segment poškození páteře, všechna zranění tohoto rázu jsou velkou psychickou zátěží. Nový vozíčkář potřebuje podporu rodiny a blízkých, lékařů a fyzioterapeutů, a i přesto adaptace trvá dlouhou dobu (CZEPA, 2021). V Tabulce 4 jsou přehledně popsány symptomy a potřeby při poranění segmentu páteře v oblasti C1 – C7. Poranění krční páteře je tím nejzávažnějším poraněním s nejtěžší adaptací zpět do života.

Tabulka 4
Symptomy a potřeby při poranění krční páteře (ShepherdCenter, 2021)

Krční/Cervical (C1 – C7, nejzávažnější forma)	C1 – C4 potřeba osobní asistence 24/7 paralýza celých paží, trupu a nohou schopnost mluvit je omezená někdy neschopnost samostatně dýchat C5 samostatnost v poháněném vozíku zvednutí rukou, ohnutí v lokti paralýza zápěstí, rukou, trupu, nohou oslabené dýchání C6 se správným náčiním samostatnost při přesunu z a do postele paralýza rukou, trupu a dolních končetin funkční extenze zápěstí
--	---

	C7 možnost řídit upravené auto funkční extenze loktu a prstů natažení ruky, hybnost ramen
--	---

1.2 Kvalita života

„To, co je důležité pro naše dobro, nespočívá v kvantitě, je to kvalita života“

(Mareš, 2006, p. 11).

Tato kapitola je věnována pojmům kvalita života a well-being. Tyto dva pojmy spolu souvisí a jsou v této práci a dotazníkovém šetření velmi důležité. Životní spokojenost je dalším pojmem, jelikož se jedná o rovnocenný termín, který je zaměňován s kvalitou života a well-being. Začátek je věnován historii pojmu, pokračování se věnuje pojmu jako takovému, následuje kvalita života dle WHO, definice, ukazatelé a měření kvality života.

1.2.1 Historie pojmu

Kvalita života je rozšířeným pojmem a první záznamy o jeho použití se datují ve 20. letech 20. století. Američtí ekonomové, Ordway a Osborne na počátku 60. let upozorňovali na negativní ekologické dopady, které nastaly vlivem rapidního ekonomického růstu země (Mareš, 2006). Vadurová (2006) přibližuje kvalitu života ze stránky ekonomického a sociálního zabezpečení. Zohledňoval se například hrubý domácí produkt k počtu obyvatel. Státní rozpočet, podpora a sociálně slabší vrstvy byly hlavními tématy ve společnosti.

Termín kvalita života si svou větší pozornost získal až po druhé světové válce, kdy upoutal pozornost a začaly být zkoumány termíny s ním spojené jako well-being, osobní pohoda, štěstí, blaho, duševní zdraví, životní spokojenost nebo subjektivní pohoda (Ludíková et al., 2017).

Výzkum kvality života se do povědomí veřejnosti dostal za vlády 35. prezidenta Spojených Států Amerických, J. F. Kennedyho, a 36. prezidenta Lyndona B. Johnsona. Kennedy a Johnson si stáli za důležitostí kvality života občanů. Zlepšování kvality života bylo cílem státní politiky. Sociálně politické cíle nemohou být poměřovány výší financí a množstvím majetku, ale musí být brán zřetel na kvalitu života občanů Spojených Států (Mareš, 2006). Byly založeny politické programy „*The Great Society*” a „*The Beautiful*

America”, které měly za úkol změnit pohled na sociálně slabší vrstvy nebo menšiny (Payne, 2005).

Pojem kvalita života a nahlížení na něj se stále rozšiřovalo a ve velké míře se o to zapříčinila OSN (Organizace spojených národů), která tuto problematiku rozvíjela. Vznikaly faktory jako podmínky života, které zahrnovaly ochranu zdraví, životní a pracovní prostředky, vzdělání, volný čas nebo sociální jistoty. S rozvíjením těchto faktorů se měnil i přístup ke zkoumání a měření kvality života. Kvalita života nikdy neměla, a do dnešního dne nemá, ustálenou definici, která by přesně vystihovala danou problematiku. V literatuře existuje množství definic kvality života. V průběhu posledních třiceti let nebyla ani jedna z nich všeobecně akceptovaná (Payne, 2005).

Během 60. a 70. let se pojem kvalita života stal sociologickým tématem, kdy se začalo hovořit nejen o objektivních, ale i o subjektivních ukazatelích. Šlo o vnímání individuální kvality života a svých potřeb. Jak již bylo zmíněno, ukázalo se, že socioekonomický status ani zdraví se nemusí odrážet v subjektivním vnímání. Zdraví je dle WHO (2014) definováno jako „stav úplného tělesného, duševního a sociálního blahobytu, a ne pouze absence choroby nebo nemoci”, a je ovlivňováno mnohými faktory.

Pojem kvalita života je do dnešního dne velkým tématem a je stále zkoumána více do hloubky. Vývoj posuzování kvality života se od stránky materiální přesunul k té nemateriální. Materiální stránka vyjadřuje objektivizované pojetí kvality života a nemateriální vyjadřuje subjektivní vnímání a hodnocení života daným člověkem (Šubrt, 2008). Do kvality života se zařazuje kvalita života osob se speciálními potřebami, sportovců, seniorů nebo dětí. Zohledňují se zde vybrané faktory, které kvalitu života ovlivňují a je zde velká snaha o zlepšení a o aplikování v reálném světě (Ludíková et al., 2017).

1.2.2 Pojem kvalita života

Pojem kvalita života tvoří dvě slova – kvalita a život. Kvalita je definována jako „jak špatné nebo dobré něco je” a je používána v kladném i záporném významu. Může se jednat o kvalitu jídla, produktu, filmu, anebo právě o kvalitu života. Život je definován jako „doba mezi narozením a smrtí, nebo zkušenost nebo stav, kdy je člověk naživu” (Cambridge Dictionary, 2022).

Kvalita života by se tedy dala vyjádřit jako úroveň životní spokojenosti – dobra a zla – daného člověka. Jedná se o dynamickou veličinu, která je jen těžko uchopitelná, a

tak není možné určit jednoznačnou definici (Pyšný, 2008). V různých vědních oborech je proto definice stanovena dle cílů daného oboru (Mareš, 2006).

Dle Heřmanové (2012) neexistuje a snad ani nemůže existovat všemi přijímaná definice kvality života. Nikdo se totiž neshodl na jednotné definici tohoto pojmu, a to vede k tzv. terminologické roztržičnosti. Kvalita života, anglicky *quality of life*, souvisí s mnoha dalšími podobnými pojmy. Příkladem jsou *social a subjective well-being* nebo také jen *well-being, social welfare, human development, happiness, health, wealth* nebo *satisfaction*. Česky se jedná o sociální nebo individuální stav pohody, blahobyt, lidský rozvoj, štěstí, zdraví, bohatství nebo spokojenost.

Každý člověk vyžaduje kvalitu života a je zvyklý na určitý standard, to však pro každého znamená něco jiného. Nároky a představy jsou individuální. Celkově je důležité, aby člověku bylo dobře (Hnilicová, 2004). Do kvality života patří psychické, fyzické a sociální zdraví, životní styl, lidský postoj, osobnostní rozvoj nebo pocit štěstí a zázemí. Člověk by celkově měl být spokojený, vyrovnaný a projevovat se jako „*well-rounded individual*” (Ludíková et al., 2017).

Míra kvality života ovlivňuje člověka od narození až do jeho smrti. Hamplová (2015) uvádí, že existují důkazy o tom, že lidé s vysokou kvalitou života mají lepší zdraví, žijí déle, jsou více kreativní a mají lepší vztahy. Kvalita života se odvíjí od mnoha faktorů, ale nejvíce je ovlivněna subjektivním posouzením člověka. Murgaš (2018) říká, že hodnotit svůj život dokáže každý člověk, jenž je schopen uvědomovat si sebe sama.

Heřmanová (2012) definuje kvalitu života jako stupeň výjimečnosti způsobu a uspokojivého charakteru života. Jedná se o osobní existenční stav zdraví a pohody. Kvalita života je určována objektivními i subjektivními faktory.

Dufková (1986) představuje tři možné pohledy na zkoumání kvality života. Definice jsou seřazeny od nejobecnější po individuální.

1. **Makrostrukturální** – jedná se o velmi obecné pojetí, jež představuje kvalitu života jako součást pokroku lidstva jako celku
2. **Mezostukturální** – zachycuje kvalitu života u menších sociálních skupin, ale nevěnuje se člověku jako jednotlivci
3. **Mikrostrukturální/Personální** – zaujímá subjektivní přístup ke zkoumání kvality života, zahrnuje životní spokojenost, individuální přístup, uspokojování potřeb, sebereflexi, štěstí nebo zdraví

Kvalita života může být také vysvětlována jako stav osobní pohody, jinak také well-being, jednotlivce nebo skupiny, který je sledovaný nebo identifikovaný objektivními indikátory (Heřmanová, 2012; Johnston et al., 2016).

V literatuře a odborných textech se často setkáváme s pojmy well-being, sociální pohoda, blahobyt nebo lidský rozvoj, jež jsou používány místo termínu kvalita života. Obecně je kvalita života vysvětlována jako souhrn různých faktorů. Jedná se o sociální, zdravotní, ekonomické a environmentální podmínky, které společně ovlivňují lidský život a jeho kvalitu. Koncept kvality života má dvě základní dimenze subjektivní a objektivní (Payne, 2005).

1.2.3 Ukazatelé kvality života

Základními ukazateli zkoumání kvality života jsou subjektivní, objektivní a smíšené ukazatele:

1. **Subjektivní ukazatele** – představuje je hodnocení vlastního života daným člověkem; zobrazují obecnou životní spokojenost, zahrnují individuální cíle, hodnoty, životní styl nebo zájmy daného jedince.
2. **Objektivní ukazatele** – představuje je okolí, v němž se člověk pohybuje a všechny vnější faktory, kterým je člověk vystaven; zobrazují materiální a sociální zázemí; objektivní kvalita života nemusí a často neodráží individuální pocity.
3. **Smíšené ukazatele** – mix předchozích ukazatelů

Ve většině případů je subjektivní kvalita života zkoumána skrze dotazníková šetření a jedná se o primární data. Hodnocení objektivní kvality života je bráno ze statistických zdrojů a jedná se o data sekundární (Murgaš, 2018).

Kvalita života obsahuje velké množství činitelů, které jedincům umožňují žít ve společnosti. Nezáleží na tom, zda se jedná o muže nebo ženu, dítě nebo starce, Afroameričana nebo Evropana, anebo osobu s postižením. Jesenský (2000) dělí činitele na vnitřní a vnější.

1. **Vnitřní činitele** – představují somaticko-psychickou individuální vybavenost, jež je ovlivněna zdravotním stavem člověka a typem jeho postižení; mezi vnitřní činitele patří rozvoj osobnosti; odpovídají subjektivním ukazatelům kvality života
2. **Vnější činitele** – představují ekonomickou, společenskou, kulturní nebo pracovní situaci, ve níž se člověk ať s postižením nebo bez postižení nachází; odpovídají objektivním ukazatelům kvality života (Vaďurová & Mühlpachr, 2005; Jesenský, 2000).

1.2.4 Měření kvality života

Kvalita života je měřena nástroji, které se rozdělují do dvou skupin. Jedná se o nástroje obecné a specifické.

1. **Obecné nástroje** mají multidimenzionální charakter a pokrývají široké pole oblastí. Tyto nástroje mohou být použity téměř na jakoukoliv skupinu. Skrze obecné nástroje se zjišťuje zdravotní stav a porovnávají se jednotlivé nemoci a choroby. Nevýhodou obecných nástrojů měření je nízká citlivost sebraných dat. Data jsou nejčastěji měřena dotazníkovou formou.
2. **Specifické nástroje** se specializují na určitou oblast a jednotlivé aspekty. Tyto nástroje se zaměřují na určitou nemoc, populaci nebo skupinu sportovců. Výhodou specifických nástrojů měření je vyšší citlivost než u obecných nástrojů. Nevýhodou je časová náročnost (Vařurová & Mülpachr, 2005).

WHO (2014) rozeznává šest základních oblastí, na nichž v měření kvality života záleží bez ohledu na věk, pohlaví, kulturu nebo handicap. Tyto oblasti jsou zároveň doménami dotazníku WHOQOL-BREF, který je použit v praktické části.

Fyzické zdraví – úroveň životní energie, přítomná bolest, množství spánku a odpočinku

Mentální zdraví – *body-image*, vzhled, negativní a pozitivní pocity, sebevědomí, celkové myšlení, schopnost se učit a koncentrovat se

Úroveň nezávislosti – schopnost pohybu, aktivity každodenního života, závislost na lécích, pracovní schopnost

Sociální vztahy – osobní vztahy, sociální podpora, sexuální aktivita

Prostředí – finance, svoboda, bezpečnost, zdraví a sociální zabezpečení, domácí prostředí, rekreace, environmentální prostředí

Spiritualita/Náboženství/Osobní přesvědčení – náboženství, kultura

1.2.5 Objektivní metody měření kvality života a životní spokojenosti

V objektivních metodách kvalitu života hodnotí druhá osoba, někdo jiný než dotyčný, hodnotícím může být například lékař, příbuzný nebo kamarád.

Apache II (*Acute Physiological and Chronic Health Evaluation system*) je jednou z prvních objektivních metod měření kvality života. Předchůdcem byla metoda Apache. Jedná se o hodnocení celkového zdravotního stavu člověka z pohledu fyziologie a

patofyziologie. Hodnotí se stav krevního tlaku, srdečního tepu a celkových laboratorních testů. Metoda porovnává vážnost nemoci pacienta s jeho normálním, zdravým stavem a měří se kvantitativní odchylka od normálního stavu pacienta. Výsledné skóre se pohybuje v rozmezí od 0 do 71 bodů. Čím má člověk vyšší skóre, tím se zvyšuje pravděpodobnost úmrtí v nemocnici. Apache II je nejvíce využívána v lékařských zařízeních (Křivohlavý, 2002).

Karnofský index (*Performance status index*) je metoda, pomocí níž ošetřující lékař hodnotí celkový stav pacienta k určitému datu. Karnofský index je jednou z nejčastěji používaných objektivních metod. K hodnocení je používáno tzv. Karnofské skóre, které se pohybuje v rozmezí 100–0, kdy číslo 100 představuje absolutní zdraví pacienta a číslo 0 představuje pacientovu smrt. Škála je popsána v intervalech po deseti. 100 je stav pacienta bez obtíží, 90 je stav pacienta minimálními projevy, 80 je s malými projevy nemoci, 70 představuje omezenou výkonnost, ale samostatnost, ... 10–0 představuje pacientovu smrt. (Vaďurová & Mühlpachr, 2005).

VAS (*Visual analogous scale*) komplexně vystihuje aktuální stav pacienta. Hodnocení probíhá na slovní škále od „velmi dobrý stav“ po „velmi špatný stav“. Hodnotící udělá křížek na stupnici/přímce dlouhé 10 cm, kdy 0 cm představuje žádnou bolest a 10 cm představuje bolest maximální. Tuto metodu může provádět jak pacient, tak ošetřující lékař. Provedení metody se odvíjí od zdravotního stavu pacienta. (Vaďurová & Mühlpachr, 2005).

QL Index ILF (*Quality of Life Index*) je považována za převratnou metodu v měření kvality života. Jedná se o předem stanovená slovní kritéria, která zahrnují emoce nebo zvládání bolesti. Při této metodě kvalitu života nehodnotí pouze jeden člověk, ale u hodnocení je přítomno více lidí, a to od spolu pacientů, sester až po lékaře (Křivohlavý, 2004).

Systém W. O. Spitzera QOL je jednou z nejfrekventovaněji používaných metod k měření kvality života. Obsahuje podrobnosti o jednotlivých oblastech, které jsou měřeny. Jedná se například o pracovní schopnost, finanční situaci, náladu, komunikaci, bolesti, vztahy nebo emoce. (Vaďurová & Mühlpachr, 2005).

Všechny tyto metody jsou metodami objektivními. Výsledky měření objektivní kvality života se často oddalovaly od skutečnosti, a to od subjektivního pocitu pacienta.

1.2.6 Subjektivní metody měření kvality života a životní spokojenosti

Subjektivní metody měření kvality života vyobrazují pocity a vnímání daného člověka. Subjektivní kvalita života je ovlivněna celkovým zdravotním stavem, životní spokojeností nebo předešlými zkušenostmi.

SEIQoL (*Schedule for the Evaluation of Individual Quality of life* neboli program hodnocení individuální kvality života) je jedna z nejpoužívanějších metod určená k měření subjektivní kvality života. Jedná se o metodu provedenou formou strukturovaného rozhovoru. Člověk si v rozhovoru stanoví pět životních cílů, kdy dále hodnotí jejich důležitost a rozděluje mezi ně sto procent. Nula procent znamená, že to pro člověka není důležité, sto procent znamená maximální důležitost. U každého cíle člověk také hodnotí, jak moc se mu daří cíl uskutečnit a opět mezi cíle rozděluje stop procent kdy nula procent značí nespokojenost a sto procent značí absolutní spokojenost. Posledním krokem SEIQoL je stanovení celkové míry životní spokojenosti, které se vyobrazuje křížkem na přímce (Křivohlavý, 2009).

PANAS (*The Positive and Negative Affect Schedule*) je sebe posuzovací škála pozitivních a negativních emocí, která obsahuje dvacet přídavných jmen – dvě desetistupňové škály. Jedna škála se zaměřuje na pozitivní položky a druhá škála představuje negativní položky. Každé přídavné jméno je zhodnoceno na pětibodové škále od 1 – vůbec ne do 5 – maximálně, kdy člověk hodnotí, do jaké míry se s výrazem ztotožňuje. Mezi pozitivní emoce patří pojmy radostně vzrušený, aktivovaný, nadšený, zaujatý, bdělý, pozorný, rozhodný, silný, aktivní nebo hrdý. Naopak mezi negativní emoce patří pojmy podrážděný, nervózní, rozzlobený, nevraživý, zahanbený, provinilý, bázlivý, vylekaný, ustaraný nebo zmatený. Je spolehlivě prokázáno, že v krátkém časovém úseku pozitivní emoce potlačují ty negativní (Bucher, 2018).

Oxfordský dotazník štěstí (*Oxford Happiness Questionnaire*) je dotazník zacílený na měření subjektivní osobní pohody. Tento dotazník měří subjektivní životní spokojenost a frekvenci výskytu pozitivních a negativních emocí. Dotazník byl vyvinut psychology Oxfordské Univerzity, M. Argylem a P. Hillssem. Dotazník obsahuje 29 položek, kdy člověk výroky hodnotí na pětibodové škále od 1 – silně nesouhlasím do 5 – silně souhlasím. Byla také vyvinuta kratší verze o osmi položkách.

Škála eudaimonického/psychologického štěstí byla vytvořena Ryffovou (Ryff, 1989). Škála obsahuje šest dimenzí a každá dimenze pak dvacet položek. Jedná se o dimenze autonomie, zvládání životních poměrů, osobní růst, pozitivní sociální vztahy,

smysl a cíl života a akceptace sebe samého. Dalším nástrojem k měření eudaimonického štěstí je **osobní dotazník typických činností**, kdy dotazovaní napíší pět charakteristických činností, podle nichž by měla být rozpoznatelná jejich osobnost z pohledu druhého člověka. Z tohoto dotazníku je patrné, že náročnější činnosti slouží k většímu eudaimonickému štěstí než ty činnosti, které mají být pouze pro potěšení (Heřmanová, 2012).

WHOQOL-BREF je standardizovaný dotazník, jenž se skládá z 26 otázek. 24 otázek je seskupeno do čtyř domén. Dvě otázky jsou samostatnými položkami a zabývají se celkovou kvalitou života a zdravotním stavem. Jedná se o zkrácenou formu dotazníku WHOQOL-100, která se sestává ze 100 položek. Bartoňová a Dragomirecká (2006) představují výše zmíněné domény – fyzický stav, prožívání, sociální vztahy a prostředí. První doménou je fyzický stav, kam patří bolest a nepříjemné pocity, energie a únava nebo spánek a odpočinek. Druhou doménou je prožívání, jež představuje pozitivní, avšak i negativní pocity, myšlení, soustředění nebo sebedůvěru a vnímání vlastního těla. Třetí doménou jsou sociální vztahy, které zahrnují osobní a sexuální vztahy a individuální sociální podporu ze strany blízkého okolí. Čtvrtou doménou je prostředí, jež představuje fyzické bezpečí, jistotu, domácí prostředí, finanční a zdravotní zabezpečení nebo volný čas a záliby.

Hodnocení dotazníku WHOQOL-BREF probíhá pomocí pětistupňové Likertovy škály – množství, kapacita, frekvence a hodnocení (Bartoňová & Dragomirecká, 2006).

Množství (vůbec ne – maximálně)

Kapacita (vůbec ne – zcela)

Frekvence (nikdy – neustále)

Hodnocení (velmi nespokojen – velmi spokojen; velmi špatný – velmi dobrý)

Oblasti z dotazníků jsou měřeny na stupnici 4–20, od nejnižší po nejvyšší hodnotu. Platí čím vyšší hodnota, tím vyšší kvalita života v dané oblasti.

1.2.7 Well-being/Osobní pohoda

Stejně jako u pojmu kvality života – *quality of life* – u pojmu osobní pohoda – *well-being* – nedošlo v českém jazyce ani v jiném k jednoznačnému vymezení definice. Šolcová a Kebza (2005) navrhli termín osobní pohoda jako český název, a proto v této části bude užíván tento český termín.

Osobní pohoda je považována za důležitou součást zdraví a pravděpodobně nejnámější a nejobecnější vysvětlení pojmu je stav úplné tělesné, duševní a společenské pohody (Blatný, 2005). Diener et al. (1999) definoval osobní pohodu jako dlouhodobý emoční stav, který reflektuje celkovou spokojenost člověka s jeho životem.

Z důvodu studia kvality života, osobní pohody a životní spokojenosti se začal rozvíjet nový směr – pozitivní psychologie. Pozitivní psychologie vznikla počátkem 21. století. V tomto směru existuje snaha o rozvinutí studia příznivých a pozitivních aspektů života, jež byly díky studiu problémových oblastí, rizikových faktorů, problémů a poruch doposud přehlíženy. Pozitivní psychologie se snaží rozvinout celkovou psychickou stránku člověka a soustředit se na kladné aspekty života, do nichž patří i osobní pohoda (Slezáčková, 2010).

Centers for disease control (n.d.) vymezuje termín well-being jako pozitivní směr, který je významný pro lidi v mnoha aspektech jejich života. Dle CDC osobní pohoda je, když se lidé cítí dobře, vnímají jejich život jako dobrý a ubírající se vytouženým nebo alespoň uspokojivě správným směrem. Do osobní pohody patří dobré životní podmínky jako bydlení nebo zaměstnání. Osobní pohoda zahrnuje také celkové globální hodnocení, životní spokojenost, absenci negativních pocitů a přítomnost pocitů pozitivních.

1.2.8 Metody zkoumání osobní pohody

Metody zkoumání a měření osobní pohody jsou různého zaměření. Existují testy, které se soustředí na hodnocení úrovně životní spokojenosti a kvality života. Jiné škály se zaměřují komplexně na celkovou míru prožívání osobní pohody. V neposlední řadě mohou být využity dotazníky, jež slouží ke zkoumání osobnostního rozvoje a míry prožívané naděje (Šolcová & Kebza, 2005). Následuje přehled metod, který ukazuje vývoj v metodách měření osobní pohody.

Self-Anchoring Striving Scale je jednou z nejstarších škál. Byla vynalezena v roce 1965 H. Cantrilem. Jedná se o jednoduchou metodu, která je založená na hodnocení vlastního života z extrémních hledisek. Dle svých předpokladů, vnímání, cílů a hodnot si člověk sám definuje dva kotevní body, jež slouží k následnému zhodnocení. Cantrilova škála má využití v mnoha životního oblastech, které jsou pro daného respondenta důležité. Respondent využívá škálu od 1 do 10, kdy do horní části se umístí všechny pozitiva o životě. Do spodní části se umístí všechna negativa – strachy, úzkosti nebo

obavy. Tento symbolický žebřík má určit v jakém patře se respondent nachází, v jakém se nacházel, nebo kam by se chtěl posunout (Cantril, 1965).

Affect Balance Scale je škála o čtyřech položkách, která se zaměřuje na míru psychologické osobní pohody. Čtyři položky v této škále obsahují otázky ohledně celkového pocitu štěstí, porovnání s minulostí, budoucích plánů a dosažení životních cílů. Respondent odpovídá na třístupňové škále – very happy – pretty happy – not so happy. Škála ale není dostatečně podrobná a neposkytuje tak přesné výsledky k porovnání měření v čase (Bucher, 2018).

Delighted-Terrible Scale (D-T Scale) je metoda vynalezená F. M. Andrews v roce 1991. Jedná se o dvacet čtyř faktorovou analýzu, která se zaměřuje na různé oblasti života a jejich hodnocení. Andrews vymyslel otázky, které vždy začínaly stejně, a to *How do you feel about ...? (Jak se cítíte ohledně ...?)*. Otázky se týkaly vztahu se sebou samým, zdraví, financí, koníčků, práce, rodinných vztahů a veřejného mínění. Respondenti měli k dispozici sedmibodovou škálu – *I feel delighted – I feel pleased – I feel mostly satisfied – I feel mixed – I feel mostly dissatisfied – I feel terrible* (Jsem nadšený – jsem potěšený – jsem víceméně spokojený – cítím se rozporuplně – cítím se víceméně nespokojený – cítím se hrozně). Andrews nakonec zařadil otázku týkající se celkové spokojenosti se životem (Robinson, Shaver & Wrightsman, 1991).

SWLS (Satisfaction with Life Scale) je jedním z nejčastěji používaným nástrojem k měření štěstí a životní spokojenosti. Tato škála začínala na 48 položkách, avšak byla postupně zredukována na pět položek. Respondenti odpovídají na sedmibodové škále, kdy číslo jedna představuje nejsilnější nesouhlas a číslo sedm nejsilnější souhlas. Dienerova škála je velmi jednoduchá a respondent může získat 5–35 bodů, kdy 5–9 představuje alarmující nespokojenost, 10–14 velkou nespokojenost, 15–19 lehkou nespokojenost, 20–24 průměrnou spokojenost, 25–29 nadprůměrnou spokojenost a 30–35 extrémní spokojenost (Diener, 1985).

1.2.9 Životní styl a sebeúcta

Zdravá sebeúcta je nutná pro osobní pohodu. Sebeúcta je uznání, respekt a docenění své osoby. Jedinci se zdravotním postižením jsou často ti, kteří si sami sebe neváží. Ryan J. Voigt z Brainline uvádí tipy, jak zlepšit vlastní sebeúctu. Mezi tyto tipy patří maximalizace pozitivního, minimalizace negativního, vyhnutí se nereálnému

porovnávání s ostatními, stanovení realistických cílů nebo oceňování sám sebe (Voigt, 2009).

Osobní pohoda je také významně ovlivněna životním stylem a pohybovou aktivitou. Šolcová a Kebza (2005, p. 16): „Vliv životního stylu na zdraví včetně zprostředkující role osobní pohody je velmi aktuálním problémem mj. i proto, že uváděné procento úmrtí způsobených nevhodnými složkami životního stylu již před více než 15 lety přesáhlo v civilizovaných zemích hodnotu 50 procent.” Významným aspektem osobní pohody je dále dobrá tělesná zdatnost a pohybová aktivita, která příznivě ovlivňuje psychickou pohodu, zvyšuje sebeúctu, snižuje úzkost, depresi, celkové napětí a všudypřítomný stres.

1.2.10 Disability paradox a bio-psycho-sociální model

V rámci well-being jakožto osobní pohody bych ještě ráda zmínila tzv. *disability paradox*. V roce 1999 proběhl výzkum zvaný: *The disability paradox: high quality of life against all the odds* – vysoká kvalita života navzdory všem předpokladům/překážkám (Fellinghauer et al., 2012). Byl proveden rozhovor se 153 lidmi s postižením, kdy 54,3 % z nich, kteří měli střední až těžkou formu postižení, zhodnotili jejich kvalitu života jako skvělou nebo dobrou. Dle výsledků tohoto výzkumu, dobrá kvalita života a osobní pohoda závisí na nalezení vnitřní rovnováhy mezi tělem, myslí a duší. Dále se osobní pohoda odvíjí od udržování harmonických vztahů v rodinném a sociálním kruhu (Albrecht & Devlieger, 1999).

Výsledky této studie také poukazují na dvojí *disability paradox*. Přes 50 % osob s tělesným postižením vykazují dobrou nebo dokonce skvělou subjektivní kvalitu života, i přes vážná omezení a diskriminaci v běžném životě, ale obecná veřejnost a lékaři mají pocit, že kvalita života většiny osob s postižením je neuspokojivá. Tato studie je názorným příkladem rozporu objektivního a subjektivního hodnocení.

Další studie, která byla provedena telefonicky na 18 760 respondentech následovala bio-psycho-sociální model WHO, jenž byl poprvé objeven v roce 1980 G. Englem. Model se řídí filozofií, která zahrnuje sociální a lékařské modely postižení. Ovlivňujícími faktory jsou postižení jednotlivců a negativní společenské faktory (Penney, 2013). Bio-psycho-sociální model představuje spojení mezi biologickými, psychologickými a socio-environmentálními faktory. Model se soustředí na tyto tři aspekty a zkoumá, jakou roli hrají ve zdraví, nemoci, postižení a lidském rozvoji (Petasis, 2019). Sociální model

představuje postižení jako sociální exkluzi, zatímco z lékařského hlediska je postižení bráno jako rozdíl, který odděluje osoby s postižením a osoby bez postižení. Bio-psycho-sociální model se snaží najít kompromis mezi oběma modely.

Bio-psycho-sociální model zastává, že tělesné postižení má nutnou pozornost lékaře, ale zároveň komunita a sociální skupina má za úkol zařadit osoby s postižením do běžných sociálních, ekonomických i politických aktivit a poskytnout stejné možnosti jako komukoliv jinému (Bath, Trask, McCrosky & Lawson, 2014).

Výše zmíněná rozsáhlá telefonická kvantitativní studie provedená ve Švýcarsku definuje *disability paradox* identicky s první zmíněnou studií – rozpor mezi objektivním a subjektivním hodnocením. Výsledky této studie ukázaly, že vnímané zdraví a omezení nejsou v přímé závislosti na tělesném postižení. Za zhoršení stavu nebo bolesti, nebo naopak zlepšení je zodpovědná řada environmentálních a osobních faktorů. Příkladem je porovnání dvou mužů. První muž je na invalidním vozíku, avšak má skvělou podporu od své partnerky a přístup k rozličným technologiím. Druhý muž kvůli jeho věku nemůže najít práci a je sociálně izolovaný, a tak může být v mnoha aktivitách omezen. Toto porovnání ukazuje důležitost sociální podpory, zázemí a přístupu k informacím (Fellinghauer et al., 2012).

Disability paradox souvisí s touto prací, jelikož je zkoumána kvalita života, životní spokojenost a osobní pohodu para sportovců, která se do budoucna může porovnat se sportovci bez zdravotních omezení, anebo může sloužit k porovnání v čase.

1.3 Životní spokojenost

1.3.1 Pojem životní spokojenost

Pojem životní spokojenost, stejně jako kvalita života, osobní pohoda a jim příbuzné pojmy, je pojem komplexní a multidimenzionální s neustálenou definicí. Dle Ludíkové et al. (2017) termín životní spokojenost vystihují právě příbuzné pojmy jako osobní pohoda, štěstí, blaho, kvalita života, subjektivní nebo duševní pohoda.

Dle Dienera (1999) je životní spokojenost plně vědomý kognitivní úsudek o vlastním životě, kdy o nastavených kritériích rozhoduje ten, kdo svůj život hodnotí. Životní spokojenost je jedním z nejdůležitějších aspektů lidského života a dá se vysvětlit jako subjektivní osobní pohoda, jež obsahuje tři komponenty:

1. **emoční** – pozitivní emocionální cítění

2. **kognitivní** – spokojenost s různými oblastmi v životě – práce, vztahy, zdraví, volný čas, sebezpřijetí a sebehodnocení

3. **kognitivní racionální** – celková životní spokojenost

Blatný (2005) definuje životní spokojenost jako celkové hodnocení vlastního života. Jedná se o vědomou činnost, která je provozována lidmi na celém světě. Životní spokojenost je dlouhodobý prožitek nebo stav. Netrvá totiž jen pár vteřin, ale jedná se i o dny či měsíce. Projevuje se stabilitou emocí a nálad.

V pozitivní psychologii dochází k diskusím, zda životní spokojenost není to stejné jako štěstí. Veenhoven (2010) zastává názor, že štěstí a životní spokojenost jsou synonyma. Jiní autoři však poukazují na rozdíly mezi těmito dvěma pojmy. Štěstí je představeno jako intenzivní prožitek, který je rychlý, náhlý a krátkodobý (Mayer & Frantz 2004). Naproti tomu, životní spokojenost je více spojována s dlouhodobou kvalitou života. Jedná se o pomalejší, postupný a déle trvající pocit. Životní spokojenost je více o stabilitě a komplexnosti (Diener et al., 1985).

Mnozí autoři se shodují, že pro dosažení vysoké míry životní spokojenosti je potřeba pozitivní myšlení, kladné emocionální naladění, přátelské osobnosti vlastnosti a pevné mezilidské vztahy (Seligman, 2003).

1.3.2 Determinanty životní spokojenosti

Životní spokojenost je ovlivňována demografickými, socioekonomickými, kulturními, sociálními a v neposlední řadě osobnostními faktory (Šolcová & Kebza, 2003). Do demografických faktorů patří zdraví, rodinný stav, víra, pohlaví nebo věk. Mezi socioekonomické faktory se řadí výše příjmu, zaměstnání nebo vzdělání. Kulturní vyžití a vztahy se řadí do kulturních a sociálních faktorů a osobnostní charakteristiky jsou zároveň osobnostními faktory. Následuje stručný rozbor několika faktorů a jejich vlivu na životní spokojenost. Konkrétně se jedná o zdraví, věk, osobnost a hodnoty, rodinné a mezilidské vztahy, pohlaví a religiozitu. Vzhledem k tématu této diplomové práce bude jako faktor zohledněna i pohybová aktivita.

1.3.3 Zdraví

V hovorové řeči je často používáno: „zdraví až na prvním místě“. Ludíková et al. (2016) představuje zdraví jako nejvýznamnější hodnotu každého člověka. Těšit se dobrému zdraví znamená pozitivně ovlivňovat kvalitu života, životní spokojenost nebo

sociální role. Změna zdravotního stavu je často impulsem k přehodnocení životních priorit.

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje zdraví jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoliv jen jako nepřítomnost nemoci nebo abnormality. Stejně jako kvalita života, životní spokojenost a osobní pohoda si i definice zdraví prošla svými proměnami. V roce 1998 bylo přijato doplnění zdraví jako stav, kdy je člověk schopen produktivně vést život sociálně a ekonomicky (Health 21, MZČR, 2021). Další proměna a posun přišel s programem Světové zdravotnické organizace „Zdraví pro všechny v 21. století“, který představuje strukturovaný komplexní model péče společnosti o zdraví a jeho rozvoj. Cílem programu je zlepšování zdravotního stavu obyvatel České republiky nebo snížení rozdílů ve zdravotním stavu mezi občany a mnoho dalšího. Program se mimo jiné zabývá nedostatky v životním stylu jako je kouření, špatné stravovací návyky, nadměrná konzumace alkoholu, užívání drog, nedostatek pohybu a nadbytek stresu nebo environmentálními riziky. (MZČR, 2021).

Křivohlavý (2009) uvádí, jak těžké je definovat pojem zdraví jednou ustálenou definicí, přesto ji však vymezuje jako celkový – tělesný, psychický, sociální a duchovní – stav člověka, který umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí. (Křivohlavý, 2009). Křivohlavý (2002) vysvětluje zdraví jako absenci nemoci, a naopak nemoc jako poruchu zdraví.

Subjektivní vnímání zdraví je ovlivňováno mnoha faktory, mezi něž patří dědičnost, životní styl, sociální zázemí a také tělesné postižení (Ludíková et al., 2016). Osoby s tělesným postižením bývají se svým zdravím obecně méně spokojeni než zdraví jedinci. Toto tvrzení však není pravidlem.

1.3.4 Věk

Pravděpodobně většina z nás zná hovorové: „věk je jenom číslo“. Mnohdy si však člověk neuvědomuje vliv věku na životní spokojenost. S věkem přibývají zkušenosti, ale zároveň starosti, přibývají finance, ale i výdaje, ubývá času a přibývá aktivit.

Dle Hamplové (2004) s přibývajícím věkem klesá celková životní spokojenost v rodinném životě, naopak po pracovní stránce životní spokojenost nabývá na síle. Děje se tak kolem pětáctého roku. Naopak Fahrenberg, Myrtek, Schumacher a Brähler. (2001) uvádí, že v několika studiích nebyla prokázána žádná souvislost s věkem, a v několika dalších respondenti uvedli vyšší spokojenost až s dosažením určitého věku.

Diener, Suh, Lucas & Smith (1999) zjistili, že s přibývajícím věkem roste i životní spokojenost, což může být zapříčiněno zkušenostmi a změnou životních podmínek. Graham a Pozuelo (2015) v jejich studii *Is happiness just a matter of waiting for the right age* z části souhlasí s Dienerem et al. (1999), a to, že s přibývajícím věkem životní spokojenost roste. Upozorňují však na křivku ve tvaru U, která představuje životní spokojenost během lidského života. Autoři přišli na to, že životní spokojenost je vysoká od osmnáctého do jednadvacátého roku života, a pak postupně klesá až do čtyřicátého roku života. Po dosažení čtyřiceti let tato křivka míří směrem vzhůru a životní spokojenost se zvyšuje až do pozdního věku. Od dvacátého prvního roku nastává více povinností, více přemýšlení, nacházení smyslu života a sama sebe, zakládání rodiny nebo shánění vlastního bydlení. V pozdějším věku už lidé většinou něco dokázali, nabrali životní zkušenosti a dívají se na svět jinýma, více realistickýma očima (Graham a Pozuelo, 2015).

1.3.5 Osobnost a hodnoty

Schimmack, Oishi, Furr a Funder (2004) rozdělují komponenty životní spokojenosti. Jedná se o afektivní komponent a kognitivní komponent. Většina studií se zaměřuje na afektivní komponent, jenž je definován jako tzv. Hédonická rovnováha – rovnováha mezi příjemnými a nepříjemnými zkušenostmi. Jestliže příjemné zkušenosti převládají nad nepříjemnými, životní spokojenost je vysoká a naopak. Tato studie se však zaměřuje na kognitivní komponent. Kognitivní komponent životní spokojenosti je posuzován samotným člověkem. Schimmack et al. (2004) uvádějí, že lidé jsou predikováni k neuroticismu nebo k extraverci. Neuroticismus je spojován s úzkostí a vztekem a lidé s těmito predispozicemi jsou náchylnější k zažívání depresí. Naproti tomu, extraverce je spojována s pozitivními emocemi, lepšími sociálními vztahy a s veselým temperamentem. Deprese a pozitivní emoce jsou velmi silnými prediktory špatné nebo dobré životní spokojenosti. Ludíková et al. (2017) taktéž spojuje neuroticismus s nízkou životní spokojeností.

Ve studii, která trvala 30 kalendářních dnů a byla provedena na univerzitních studentech, bylo zjištěno, že pozitivní emoce predikují růst životní spokojenosti. Nejedná se jen o samotné pozitivní emoce, ale díky nim zlepšenou odolnost, regulaci emocí, kritické řešení problémů nebo umění změny perspektivy. Všechny tyto aspekty

napomáhají dlouhodobým pozitivním životním změnám (Cohn, Fredrickson, Brown, Mikels & Conway, 2009).

1.3.6 Rodinné a mezilidské vztahy

Každý člověk se pohybuje v tzv. síti, kterou tvoří rodina, přátelé, spolupracovníci nebo spoluhráči. Od kvality vztahů, sociální podpory a zařazení ve společnosti se odvíjí úroveň životní spokojenosti. (Amati, Meggiolaro, Rivellini, & Zaccarin, 2018). Vztahy a jak šťastní v nich lidé jsou má silný dopad na lidské zdraví. Mineo (2017) dodává, že starat se o své tělo je věc jedna, ale pečovat o své vztahy je věc druhá. V nejrozsáhlejším celoživotním výzkumu provedeném na Harvardské univerzitě vědci odhalili signifikanci blízkých vztahů a socializace, kdy dobrá společnost napomáhá šťastnému životu a oddaluje mentální a pohybový pokles více než vysoké IQ, sociální postavení nebo geny. Křivohlavý (2009) dodává, že lidé, kteří žijí v partnerství nebo v manželství, vykazují vyšší míru životní spokojenosti.

Lidé se zdravotním postižením jsou obvykle vystaveni vyššímu riziku nízké životní spokojenosti než běžná populace (Tough, Brinkhof, Siegrist, & Fekete, 2018). Tough et al. (2018) uvádí, že člověk může zažívat pocity osamělosti, jestliže není řádně začleněn do společnosti, a může tak negativně ovlivňovat úroveň životní spokojenosti svého partnera, který se mnohdy stará o jeho denní běžné potřeby.

1.3.7 Pohlaví

Na téma pohlaví a životní spokojenost bylo provedeno mnoho studií. Výsledky z některých studií ukazují, že muži jsou obecně spokojenější než ženy, ale v některých studiích ženy vykazují vyšší míru životní spokojenosti než muži (Jovanović, 2019). Hamplová (2004) uvádí, že rozdíly mezi muži a ženami v úrovni životní spokojenosti jsou nepatrné. Ve studii s rozsáhlým výzkumem Joshanloo a Jovanović (2019) mají ženy v průměru lehce vyšší úroveň životní spokojenosti než muži napříč mnohými testovanými skupinami, i když muži v některých skupinách měli životní úroveň vyšší. Také An et al. (2020) jsou názoru, že vzdělané ženy ve vztahu mají větší pravděpodobnost vysoké životní spokojenosti. Joshanloo a Jovanović (2019) společně s Inglehart (2002) také uvádí, že mladší ženy vykazují vyšší úroveň životní spokojenosti než muži, zatímco starší muži vykazují vyšší úroveň životní spokojenosti než starší ženy. Rozdíl úrovně životní spokojenosti mezi pohlavími není zcela zřetelný.

1.3.8 Religiozita

Mnohé výzkumy ukazují souvislost mezi vysokou mírou životní spokojenosti a náboženstvím (Ludíková et al., 2017). Existuje sociální religiozita a individuální religiozita. Sociální religiozita mimo jiné přináší socializaci, pocit, že člověk někam patří, a sdílení stejného náboženství na nábožensky zaměřených událostech. Individuální religiozita představuje víru v Boha, jeho důležitost a poskytuje víru v důležitost náboženství. Nejen náboženství se zapřičiňuje o vyšší životní spokojenost, avšak právě sociální aspekt, kdy člověk někam patří, je signifikantním faktorem zvýšené životní spokojenosti (Okulicz-Kozaryn, n.d.).

1.3.9 Pohybová aktivita

Mnozí autoři se shodují, že pohybová aktivita přináší mnoho benefitů jak pro fyzické, tak pro psychické zdraví. Dostatečné množství pohybové aktivity zlepšuje funkční kapacitu plic, snižuje risk chronických onemocnění, zlepšuje tělesnou stavbu a pomáhá s udržením a s redukcí tělesné hmotnosti. Pohybová aktivita pomáhá se zlepšením nálady, snižováním deprese a s úzkostí (Vogel et al., 2008).

Dle rozsáhlé studie provedené ve dvaceti čtyřech zemích Pengpid a Peltzer (2019) uvádí, že lidé, jejichž úroveň pohybové aktivity je střední až vysoká, mají vyšší životní spokojenost a celkové zdraví. Výsledky studií se rozcházejí ohledně intenzity prováděné pohybové aktivity. An et al (2020) ve své studii porovnali skupiny lidí s nízkou a vyšší pohybovou aktivitou. Lidé věnující se více pohybové aktivitě měli jasně vyšší úroveň životní spokojenosti.

Španělská studie provedená s basketbalisty na vozíku ukazuje vysokou životní spokojenost sportovců. Nebyly zde ani nalezeny statisticky významné rozdíly mezi hráči z nižších a vyšších sportovních lig. Dle této studie míra životní spokojenosti nesouvisí s věkem nebo s funkčním zařazením sportovců, ale ovlivňuje ji míra schopnosti věřit v sebe sama a efektivně se uplatnit (Tejero-González, De La Vega-Marcos, Vaquero-Maestre & Ruiz-Barquín, 2016).

Křivohlavý (2009) hovoří o pozitivních aspektech pravidelného cvičení. Pravidelná pohybová aktivita kladně ovlivňuje problémy s rakovinou, diabetem nebo nadváhou. Z psychického hlediska snižuje depresi, úzkost, stres a zvyšuje kladné sebehodnocení. Křivohlavý zjistil, že sociální podpora je důležitým faktorem ve výdrži u cvičení. Různé

kluby a skupinová cvičení s kamarády jsou tudíž vhodnou formou pohybu napomáhající zvyšování míry životní spokojenosti.

Ve většině případů je pohybová aktivita pozitivním aspektem. Existují však případy, kdy si lidé vybudují pohybovou závislost a při nuceném přerušení u nich nastávají pocity viny, úzkosti nebo deprese (Křivohlavý, 2009). Ke snížení životní spokojenost může také dojít při profesionálním sportu a vystavení se vysokému nátlaku. Za určitých podmínek může dojít k syndromu vyhoření nebo velkým výkyvům nálad. Speciálně pro para sportovce, jež čelí dodatečným fyzickým překážkám, je míra osobní pohody více než důležitá. (Macdougall, O'Halloran, Sherry, & Shields, 2018).

1.4 Basketbal na vozíku

Basketbal na vozíku, v angličtině wheelchair nebo running basketball, patří mezi paralympijské sporty, jejichž začátky se datují k roku 1948. V roce 1948 se odehrály Stoke-mandevillské hry sportovců na vozíku. Zapříčinil se o to neurolog Ludwig Guttmann, jenž propagoval sporty na vozíku. Guttmanovi se podařilo zrealizovat něco jako Olympijské hry, které později byly nazvány „paralympiády“. (Janečka, 2012). Basketbal na vozíku také patří mezi paralympijské sporty společně s atletikou, cyklistikou, bocciovou, stolním tenisem aj. (Paralympijské sporty, n.d.).

1.4.1 Světová historie

Basketbal na vozíku existuje již od poválečného období. Po 2. světové válce se basketbal na vozíku začal hrát v rámci rehabilitace v Americe a v roce 1945 byl v Kalifornii sehrán první zápas mezi dvěma rehabilitačními centry. V roce 1949 byla založena Národní asociace basketbalu na vozíku (NWBA – National Wheelchair Basketball Association) a byly vydány první oficiální pravidla hry. Od roku 1960 byl basketbal na vozíku zařazen mezi sporty na paralympiádě (Řím). Do roku 1968 byl vrcholový basketbal na vozíku přístupný pouze pro muže, avšak v roce 1968 se v Izraeli na 3. Paralympiádě zúčastnily i ženy. Další důležitý mezník je rok 1970, kdy se v Belgii událo první mistrovství Evropy. V roce 1989 vznikla mezinárodní federace basketbalu na vozíku (IWBF – International Wheelchair Basketball Federation) a rok poté se uskutečnilo první mistrovství světa žen ve Francii. Rok 1997 byl důležitým okamžikem pro světový vozíčkářský basketbal, jelikož se IWBF stalo součástí FIBA (International

basketball federation), která zastřešuje celosvětový basketbal (Kudláček, Ješina, Machová & Válek, 2007).

1.4.2 Historie v Čechách

Basketbal na vozíku se rozvinul v rehabilitačních centrech v Hrabyni a Kladrubech. V roce 1984 se v Československu začalo s propagací a popularizací basketbalu na vozíku a vznikla fyzická příprava pro basketbalisty. V těchto letech aktivními týmy byly: META Praha, SLOVAN Kladruba, META Hrabyně nebo TJ MORAVIA Brno. První neoficiální mistrovství v České republice proběhlo v Hrabyni v roce 1987. V roce 1992 začala fungovat Národní liga. Nejúspěšnější týmem byli USK Meta Praha, SK HOBIT Brno anebo Meta Hrabyně. Basketbalové kluby v Čechách jsou součástí Českého svazu tělesně postižených sportovců. V současné době jsou SK HOBIT Brno, Tigers České Budějovice, BKV Frýdek-Místek, WBS Pardubice a Prague Riders. aktivními kluby, jež soutěží v České republice (Czech Wheelchair Basketball, 2022).

1.4.3 Stručný popis hry

Všechna pravidla a pojmy jsou dle IWBF (International Wheelchair Basketball Federation – Mezinárodní Vozíčkářská Basketbalová Federace). Jedná se o oficiální organizaci, která zastřešuje vozíčkářský basketbal a udává jeho pravidla a normy (IWBF, 2021).

Basketbal na vozíku je kolektivní sport, kdy dva týmy hrají proti sobě. Každý tým má v hracím poli pět hráčů. Cílem obou týmů je zaútočit na soupeřův koš a prohodit míč skrze obroučku se sítí. Zároveň tým brání týmu soupeře v zakončení na koš vlastní.

Při hře jsou přítomni trenéři a asistenti trenéra, hráči, rozhodčí a zapisující. Trenéři určují sestavu na hřišti a taktiku svého týmu. Trenér musí být velmi pozorný, měl by znát jednotlivá tělesná postižení a jejich specifika. Dále by měl znát povolené pomůcky a jejich využití sportovcem a nedílnou součástí je znalost psychologie, taktiky a skvělá komunikace (Janečka, 2012). Asistenti trenéra jsou jeho či její pravou rukou a v mnoha případech fungují jako hráčská psychická podpora. Rozhodčí kontrolují pravidla hry a trestají přestupky proti nim. Zapisující zaznamenávají průběh zápasu, uvádí skóre na světelnou tabuli, stopují čas, obnovují útočných 24 vteřin a spouští oddechový čas trvající jednu minutu. U zapisovatelů je také přítomen komisař, který kontroluje správnost celého dění.

Basketbalový zápas se rozděluje na dva poločasy, které se dělí na desetiminutové čtvrtiny. Během zápasu se čas stopuje při výhozu ze zámezí, při střídání, oddechových časech, faulech nebo při střelení šestek. Čas dál běží po úspěšném koši, kdy tým, jenž neubrání vlastní koš okamžitě vyhazuje a útočí.

Basketbal musí mít vždy vítěze a poraženého. Vítězem se stává ten tým, který má na konci zápasu více bodů. Jestliže je skóre po čtyřiceti minutách vyrovnané, přechází se do prodloužení, které trvá pět minut. Zápas se prodlužuje tak dlouho, dokud jeden tým nedocílí vyššího počtu bodů.

1.4.4 Pravidla

Pravidla basketbalu na vozíku jsou velmi podobná klasickému basketbalu. Dle IWBF pravidel pro rok 2021 jsou výška koše, vzdálenost od šestkové a trojkové čáry totožné s klasickým basketbalem a oba sporty se hrají na stejném hřišti bez větších úprav. Všechna pravidla byla převzata od FIBA (Federation Internationale de Basketball) a následně upravena pro vozíčkářské účely. Podrobné informace jsou k nalezení na oficiálních stránkách International Wheelchair Basketball Federation (IWBF, 2021).

V basketbale existuje pojem dvojitý driblink *double dribble* (hráč dribluje, chytne balon a začne opět driblovat, aniž by se zbavil míče). Dvojitý driblink v basketbalu na vozíku neexistuje. Hráč může jet a zároveň driblovat, ale je povoleno odložit si míč na klín, dvakrát se odstrčit a začít s driblingem (IWBF, 2021).

1.4.5 Klasifikace

Hráči basketbalu používají různé typy vozíků, což je zapříčiněno mírou postižení a typem postavy (IWBF, 2016).

Klasifikace je a bude součástí života sportovců se zdravotním postižením jakéhokoliv profesionálního sportu. Klasifikace basketbalu na vozíku je založena na hráčské funkční kapacitě vykonávat úkony, jež jsou nezbytné ke hře – tlačení, pivotování, střelení, doskakování, přihrávání a chytání. Nejedná se o posuzování hráčských dovedností, ale pouze o úroveň a funkční kapacitu, kterou potřebují k vykonávání daného úkonu. Jedná se o stabilitu a pohyb trupu posuzovaných během basketbalových situací. Na základě zdravotního posouzení je hráč přidělen do klasifikační skupiny, kterou poté trenér používá k vytvoření sestavy (IWBF, 2016). Divácká veřejnost mnohdy netuší, že

klasifikace existuje, nebo nerozumí jejímu principu, podmínkám a využitelnosti (Daďová, Čichoň, Švarcová, & Potměšil, 2008).

Basketbal na vozíku byl jeden z prvních sportů, kde se začal používat funkční klasifikační systém místo léčebného klasifikačního systému. Klasifikace tohoto sportu je vytvořena a schválena IWBF (International Wheelchair Basketball Federation) a zajišťuje přijatelnou rovnováhu mezi spoluhráči s jinými úrovněmi postižení. Čím vyšší číslo je přiděleno, tím lepší je funkční hráčská kapacita. (IWBF, 2016). Nezbytnost porozumění klasifikace je pro trenéry a hráče samozřejmostí. Je vhodné, když diváci mají o klasifikaci přehled. Mohou tak lépe porozumět hře a celkovému dění (Daďová et al., 2008).

Klasifikační systém se poprvé objevil v roce 1984 na paralympijských hrách ve Velké Británii. Jedná se o bodování, které má čtyři hlavní kategorie: 1.0, 2.0., 3.0 a 4.0. O čtyři roky později byly kategorie doplněny pro lepší specifikaci i půlbodovými kategoriemi: 1.5, 2.5., 3.5 a 4.5. Sportovci s nejlehčím postižením dostanou nejvyšší číslo (4.5). Na hřišti se může pohybovat sestava, jež dohromady má 14 bodů nebo 14,5 bodu (v klubových soutěžích). Každý hráč má svou licenci, kde je uvedena jeho klasifikace. V závislosti na lékařském posudku a zdravotním stavu hráče se klasifikace může změnit (Kudláček et al., 2007).

Tabulka 5

Klasifikační skupiny (Janečka, 2012; Kudláček et al., 2007)

Body	Hráči	Funkční omezení	Dovednosti
1 bod	paraplegici, kompletní léze Th7 včetně a výše; poškození horních končetin	nedostatečná rovnováha při sedu bez opory; bez pomoci horních končetin neschopnost otáčet trupem	použití horních končetin k udržení stability; usazení nízko ve vozíku; neustálý kontakt zad a opěradla; ztráta rovnováhy při držení míče oběma rukama nad hlavou
2 body	paraplegici; kompletní léze Th8 až 11 včetně; jednostranné poškození horních končetin	dostatečná rovnováha při sedu bez opory; schopnost otáčet trupem a rameny daleko dozadu; stabilizace jednou rukou	držení rukou na obručích, pohánění bez obtíží; trup nelze udržet v ideální poloze při rozjezdu a zatáčení;
3 body	Paraplegici, kompletní léze L2 – L5 včetně; minimální funkční schopnost kyčelních kloubů; jednostranné postížení horních končetin	kontrolovaný předklon, napřímení trupu; stehna jsou opora pro trup schopnost přitisknutí kolen k sobě; absence laterální stability a abdukce kyčlí	přirozené držení trupu; obtížné zpracování míče, který letí stranou; menší fyzická zdatnost oproti skupině 4
4 body	paraplegici; kompletní léze L5 a níže; schopnost ovládat stehno alespoň jedné nohy; amputace	kontrola pohybu trupu do všech stran; stabilita často jednostranně omezená	téměř neomezená funkce trupu při hře; dribling na obou stranách; sezení bez obtíží; nehrozí vypadnutí

2 CÍLE

2.1 Hlavní cíl

Cílem této diplomové práce je zjistit kvalitu života a životní spokojenost basketbalistů na vozíku v České republice, kteří se tomuto sportu aktivně věnují.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaká je úroveň životní spokojenosti basketbalistů na vozíku dle SWLS?
2. Jaká je úroveň kvality života basketbalistů na vozíku dle WHOQOL-BREF?

3 METODIKA

Kapitola metodika je věnována popisu výzkumného souboru a průběhu šetření. Dále jsou zde rozebrány využití techniky a popsáno zpracování dat. Pro sběr dat byly využity dotazníky SWLS a WHOQOL-BREF.

3.1 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvoří devatenáct respondentů, jedinců s tělesným postižením, věnujícím se basketbalu na vozíku na území České republiky. Respondenti byli vybráni z České basketbalové reprezentace a z ostatních hráčů hrajících nejvyšší soutěž. Anketní šetření bylo založené na dobrovolnosti a anonymitě. Věkové rozpětí ve výzkumném souboru se pohybovalo mezi 21 a 48 let. Skupinu respondentů tvořilo celkem 16 mužů (84,2 %) a 3 ženy (15,8 %).

Demografické informace dotazníkového šetření jsou uvedeny v Tabulce 6.

Tabulka 6

Demografická část dotazníku vyjádřená v četnosti a procentech

Otázka	Odpověď	Počet	%
		n =19	100 %
1. Dominantní sport	Basketbal	19	100 %
2. Další sporty na závodní či vrcholové úrovni	Florbal	5	26,3 %
	Handbike	2	10,5 %
	Plavání	2	10,5 %
	Lyžování	1	5,3 %
	Hokej	1	5,3 %
	Ping pong	2	10,5 %
	Atletika	1	5,3 %
	Žádný	5	26,3 %
3. Sportovní klasifikace	Ano	14	73,7 %
	Ne	5	26,3 %
4. Pohlaví	Muž	16	84,2 %
	Žena	3	15,8 %
5. Věk	20-30 let	9	48 %
	31-40 let	4	21 %
	41 a více	6	31 %
6. V jakém kraji bydlíte?	Hlavní město Praha	1	5,3 %
	Jihočeský kraj	3	15,8 %
	Liberecký kraj	4	21,1 %
	Královehradecký kraj	3	15,8 %
	Pardubický kraj	2	10,5 %

	Jihomoravský kraj	4	21,1 %
	Moravskoslezský	2	10,5 %
7. Bydlíte v obci/ve městě?	do 1000 obyvatel	5	26,3 %
	od 1001 do 10 000	2	10,5 %
	od 10 001 do 50 000	2	10,5 %
	od 50 001 do 100 000	4	21,1 %
	nad 100 000	6	31,6 %
8. Ukončené vzdělání	střední bez maturitní zkoušky	4	21,1 %
	střední s maturitní zkouškou	7	36,8 %
	vyšší odborné/ vysokoškolské	1	5,3 %
		7	36,8 %
9. Pracuji jako	zaměstnanec na plný úvazek	9	47,4 %
	zaměstnanec na částečný úvazek/DPP/DPČ	7	36,8 %
	OSVČ/živnostník	1	5,3 %
	nepracuji	1	5,3 %
10. Jak byste v porovnání s ostatními rodinami hodnotila Vaši finanční situaci?	mírně podprůměrné	1	5,3 %
	průměrné	14	73,7 %
	mírně nadprůměrné	4	21 %
11. Jaký je Váš rodinný stav?	svobodný	14	73,7 %
	ženatý/vdaná	5	26,3 %
12. Žijete v domácnosti	sám	4	21 %
	s rodiči (prarodiči)	3	15,8 %
	s manželem/manželkou či partnerem/partnerkou	12	63,2 %
13. Kolik máte dětí?	žádné	13	68,4 %
	jedno	3	15,8 %
	dvě	3	15,8 %
14. Pokud máte děti, máte je v péči?	ano	5	83,3 %
	ne	1	16,7 %
15. Od jakého věku máte zdravotní postižení?	od narození	5	26,3 %
	získané	14	73,7 %
16. Vaše diagnóza	Paraplegie	14	73,7 %
	Amputace	2	10,5 %
	Bechtěrevova nemoc	1	5,3 %
	Vrozená vývojová vada 3 končetin	1	5,3 %
	DMO	1	5,3 %

17. Věnoval/a jste se pohybovým aktivitám před úrazem/nemocí?	nikdy nevěnoval/a	3	20 %
	věnoval/a neorganizované pohybové aktivitě	2	13,3 %
	věnoval/a organizované pohybové aktivitě	5	33,3 %
	věnoval/a vrcholovému či výkonnostnímu sportu	5	33,3 %
18. Jak často se věnujete Vašemu dominantnímu sportu nyní (pandemie COVID-19 a vládní omezení)?	nevěnuji se	9	47,4 %
	1x měsíčně	6	31,6 %
	1x týdně	2	10,5 %
	2-3x týdně	1	5,3 %
	4-6x týdně	1	5,3 %
19. Jak často se věnujete Vašemu dominantnímu sportu za běžných podmínek (před COVID-19)?	1x týdně	5	26,3 %
	2-3x týdně	11	57,9 %
	4-6x týdně	13	15,8 %
20. Jak hodnotíte Vaše sportovní možnosti ve svém městě?	dostatečné	16	84,2 %
	nedostatečné	3	15,8 %
21. Kdo Vás přivedl k Vašemu dominantnímu sportu?	nikdo, začal jsem sám od sebe	3	15,8 %
		7	36,8 %
	kamarádi s postižením	4	21,1 %
	fyzioterapeut/lékař,		
	zdravotnický personál	3	15,8 %
	rodina, nejbližší	1	5,3 %
	sociální pracovník	1	5,3 %
jiná možnost			

Poznámka. n = absolutní četnost (n=19); % = procentuální vyjádření.

3.2 Průběh šetření

Příprava výzkumu a výzkum samotný se konal v období čtyř měsíců – prosinec 2020–březen 2021. V prosinci 2020 byl vytvořen celý koncept a v lednu 2021 ho etická komise schválila s jednacím číslem 2/2021. Sběr dat proběhl během dvou měsíců – únor až březen 2021.

Pomocí dotazníkového šetření byla sebrána veškerá data. Sběr dat proběhl elektronicky pomocí webové stránky survio.com. Konečná podoba dotazníku byla schválena jeho garanty.

Úvodní část dotazníkového šetření seznamuje respondenta s obsahem a popisuje účel šetření. Úvodní část říká, že tento dotazník je zcela dobrovolný a anonymní a

účastník souhlasí se zpracováním vyplněných dat. Započítím dotazníku respondent souhlasím se zařazením do výzkumu.

Dotazník má tři části, přičemž každá část poskytuje instrukce, které jsou potřeba k dokončení. První částí dotazníkového šetření je anketa vlastní konstrukce obsahující dotazy na demografické údaje a další doplňkové otázky, které garanti výzkumného záměru považují za důležité. Druhá část dotazníku je tvořena standardizovaným dotazníkem životní spokojenosti SWLS (*Satisfaction with Life Scale*). Třetí a poslední část dotazníku obsahuje standardizovaný dotazník kvality života WHOQOL-BREF.

3.2.1 Dotazník SWLS (Satisfaction with Life Scale)

Dotazník SWLS (Satisfaction with Life Scale) vytvořili Diener, Emmons, Larsen a Griffin (1985). SWLS se skládá z pěti jednoduchých otázek, skrze které respondenti hodnotí svůj vlastní život jako celek. V dotazníku respondenti reagovali na následující tvrzení:

1. Můj život je v mnoha směrech blízky ideálu mého života.
2. Podmínky mého života jsou výtečné.
3. Jsem spokojen/a se svým životem.
4. Doposud dostávám od života to podstatné, co od něho očekávám.
5. Kdybych mohl/a žít svůj život ještě jednou, nic bych na něm neměnil/a.

K hodnocení otázek dotazník SWLS používá sedmistupňovou škálu od 1 do 7.

1. výrazně s tím nesouhlasím
2. nesouhlasím s tím
3. spíše s tím nesouhlasím, nežli souhlasím
4. ani s tím nesouhlasím, ani souhlasím
5. spíše s tím souhlasím, nežli nesouhlasím
6. souhlasím s tím
7. výrazně s tím souhlasím

Respondenti mohli dosáhnout skóre v rozmezí 5-35 bodů. Diener et al. (1985) uvedl 20 bodů jako neutrální bod na škále. Skóre mezi 5-9 ukazuje extrémní nespokojenost se životem, 10-14 ukazuje nespokojenost, 15-19 ukazuje lehkou nespokojenost, 20-25 ukazuje mírnou spokojenost, 26-30 představuje vysokou spokojenost a skóre mezi 31-35 ukazuje, že respondent je extrémně spokojený se svým životem (Pavot & Diener, 1993).

Obecně platí, že čím vyšší je skóre, tím je člověk spokojenější a šťastnější. (Diener et al., 1985).

3.2.2 Dotazník WHOQOL-BREF

Dotazník WHOQOL-BREF je nástroj ke zhodnocení kvality života skupin nebo populací vytvořený Světovou zdravotnickou organizací v roce 1996. Dotazník zjišťuje úroveň kvality života ve čtyřech doménách, kdy se každá doména zaměřuje na odlišnou část života. Dotazník je možné využít v jakékoliv profesi a díky překladu i jakékoliv zemi. Dotazník umožňuje porovnávat kvalitu života napříč kulturami. (Vaďurová & Mühlpachr, 2005).

Dotazník WHOQOL-BREF je zkrácenou verzí WHOQOL-100. Dotazník obsahuje 26 položek, kdy dvě samostatné jsou BREF 1: „*Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?*“ a BREF 2: „*Jak jste spokojen/a se svým zdravím?*“ Zbývající otázky jsou rozděleny do čtyř domén, a to do fyzického zdraví, prožívání, sociálních vztahů a prostředí. Fyzická doména obsahuje otázky ohledně dostatku energie, pohyblivosti, nadměrné únavě nebo průběhu každodenních činností. Oblast prožívání se zaměřuje na sebevědomí, pozitivní a negativní pocity nebo smysl života. Doména sociálních vztahů zahrnuje přátele, rodinné vztahy a sexuální život. Poslední doména, oblast prostředí, zohledňuje finance, koníčky, zdravotní péči, dopravu a environmentální faktory (Bartoňová & Dragomirecká, 2006).

Dotazník WHOQOL-BREF je hodnocen na pětistupňové škále s možností odpovědí:

1. velmi špatné-špatné-ani špatné ani dobré-dobré-velmi dobré
2. vůbec ne-trochu-středně-hodně-maximálně
3. velmi nespokojen-nespokojen-ani spokojen ani nespokojen-spokojen-velmi spokojen
4. nikdy-někdy-středně-celkem často-neustále
5. vůbec ne-spíš ne-středně-většinou ano-zcela

Výsledky dotazníku jsou vyjádřeny ve čtyřech podoblastech označených pomocí hrubých skóre měřených na číselné stupnici 4-20. Na této stupnici je číslo 4 nejnižší a číslo 20 nejvyšší hodnota. Čím vyšší je naměřená hodnota, tím vyšší je kvalita života v dané doméně. Výsledky obsahují průměrné skóre z výše zmíněných otázek, hodnotících celkovou kvalitu života a spokojenost se zdravím.

3.2.3 Postup práce

V prvopočátku jsem se zaměřila na hledání sportovních týmů basketbalu na vozíku v České republice hrajících nejvyšší soutěž. Týmy jsem našla na oficiálních stránkách basketbalu na vozíku www.wbasket.cz.

Vedoucí mé práce mi zprostředkovala kontakt na uznávaného rozhodčího basketbalu, kterého jsem následně oslovila. Pan rozhodčí mi poskytl kontakt na jednoho z aktuálně nejznámějších reprezentačních hráčů, kterého jsem také následně kontaktovala, nejprve emailem a pak i telefonicky. Tento hráč mi díky ochraně osobních údajů nemohl poskytnout emaily ani telefonní kontakty hráčů reprezentace, a tak mi přislíbil rozeslání dotazníku. Po prvotním oslovení a rozeslání dotazníku jsem obdržela celkem šest odpovědí.

Vyhledávala jsem na internetu další kontakty a podařilo se mi najít e-mail na hlavního trenéra týmu a telefonní kontakt na předsedkyni České asociace basketbalu na vozíku. Kontaktovala jsem hlavního trenéra, který přislíbil participaci všech reprezentačních hráčů a znovu jsem napsala výše zmíněnému hráči. Hlavní trenér mi nabídl pozvání na 1. kolo Českého poháru, které se však kvůli pandemii Covid-19 nekonalo. Uskutečnil se až reprezentační sraz v Kutné Hoře, kterého jsem se stala součástí. Do Kutné Hory jsem si s sebou vzala papírové formy dotazníku pro ty, kteří by chtěli dotazník vyplnit na místě.

V Kutné Hoře jsem získala celkem osm respondentů, z čehož šest z nich vyplnilo dotazník online. Se dvěma hráči jsem dotazníky vyplnila osobně na místě a následně odpovědi zanesla do online dotazníku. Po osobní návštěvě měl dotazník celkem 12 respondentů.

Na webových stránkách se mi podařilo dohledat na týmových soupiskách celkem 43 hráčů aktivně se věnujícím basketbalu na vozíku s tím, že BKV Frýdek Místek nemá vypsanou hráčskou soupisku. Mým cílem bylo dosáhnout alespoň patnácti vyplněných dotazníků. Dále jsem komunikovala s předsedkyní České asociace basketbalu na vozíku, která přislíbila rozeslání dotazníku i mezi další hráče a hráčky, kteří se neúčastnili srazu v Kutné Hoře. Díky paní předsedkyni se mi podařilo získat dalších 7 vyplněných dotazníků a dostat se tak na konečné číslo 19.

Získání tohoto počtu vyžadovalo rozsáhlou telefonickou a emailovou komunikaci. Největším přínosem byla osobní návštěva v Kutné Hoře, kde se podařilo získat nejvíce vyplněných dotazníků.

Do výzkumu bylo zapojeno celkem 19 basketbalistů na vozíku hrajících nejvyšší možnou soutěž v České republice. Díky GDPR bylo získávání kontaktů těžší, avšak skrze ochotu hráčů, trenérů a předsedkyně České asociace basketbalu na vozíku se podařilo získat téměř polovina z celkového počtu možných respondentů, kteří souhlasili s participací ve výzkumu této diplomové práce.

3.3 Způsob zpracování dat

Data byla sesbírána skrze internetovou platformu Survio, následně pak protříděna a zpracována pomocí programu Microsoft Excel a programu Statistica. Data byla procentuálně vyjádřena a následně převedena do grafů a tabulek. Tabulky a grafy slouží pro správnou orientaci v sebraných výsledcích.

4 VÝSLEDKY

Následující kapitoly představují výsledky, které byly zjištěny z dotazníkového šetření. Vyplnění dotazníku většinou osob trvalo 10-30 minut. Našli se však tací, kteří vyplnění zvládli i pod desetiminutovou hranicí.

Dle Mann Whitneyova U testu nebyl nalezen statisticky významný rozdíl ve výsledcích obou standardizovaných dotazníků u mužů (16) a žen (3), a proto jsou dále v textu výsledky zpracovány a interpretovány jako celek bez rozdělení dle pohlaví.

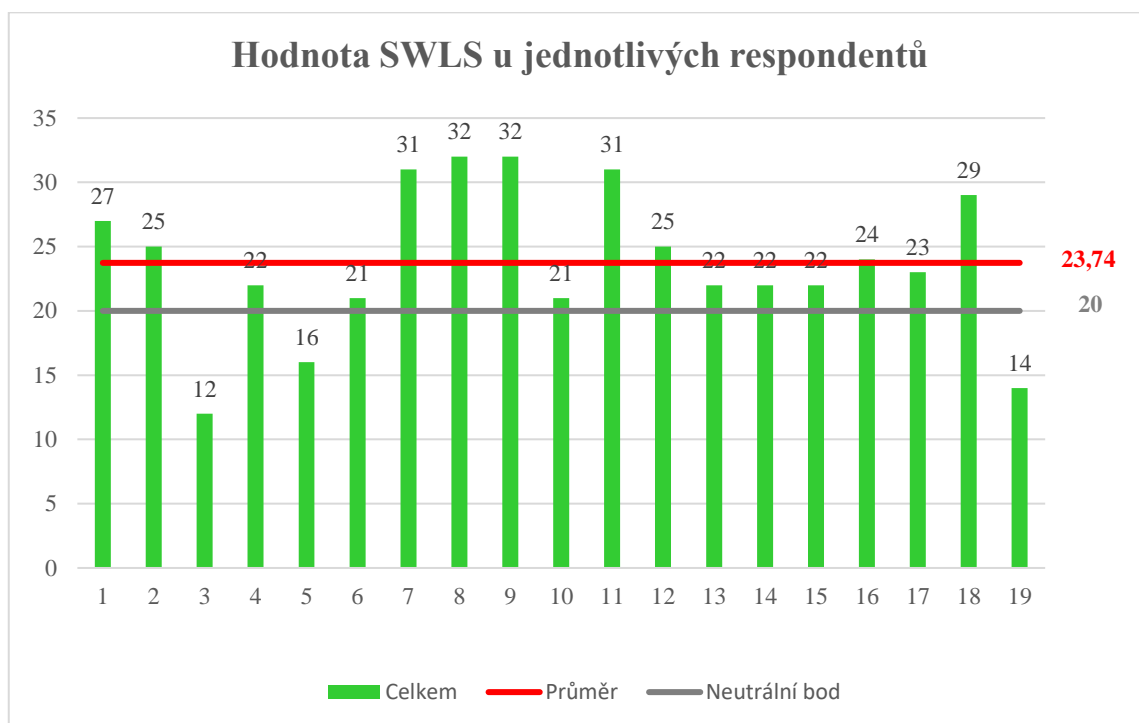
4.1 Životní spokojenost SWLS

Tato podkapitola se věnuje vyhodnocení otázek ohledně životní spokojenosti dle dotazníku SWLS. Výsledky jsou vygenerovány z webového portálu survio.com. V následující Tabulce 7 je rozděleno hodnocení životní spokojenosti dle manuálu SWLS. Tabulka 7

Slovní vyjádření životní spokojenosti dle SWLS (Diener et al., 1985)

SWLS skóre	Slovní vyjádření skóre
5-9	Extrémní nespokojenost
10-14	Nespokojenost
15-19	Lehká nespokojenost
20	Neutrální bod
21-25	Mírná spokojenost
26-30	Vysoká spokojenost
31-35	Extrémní spokojenost

Následující Obrázek 1 se věnuje vyhodnocení hodnot jednotlivých respondentů.



Obrázek 1: Hodnoty SWLS skóre pro jednotlivé respondenty s průměrnou naměřenou hodnotou 23,74 a neutrálním bodem 20

Průměrná hodnota životní spokojenosti vyjádřená celkovým skóre škály u celkového vzorku respondentů je 23,74 (viz Obrázek 1) a značí u respondentů „mírnou životní spokojenost“. Nejnižším naměřeným skóre bylo 12, což dle škály SWLS značí „nespokojenost“. Nad průměrnou naměřenou hodnotou, 23,74, se pohybuje 9 z 19 respondentů, 47,4 % a nad hranicí neutrálního bodu 20 se pohybuje 16 z 19 respondentů, 84,2 %. Čtyři respondenti, 21,1 %, se pohybují v kategorii „extrémní spokojenost.“ Nejvyšší dosažené skóre bylo 32, kterého dosáhli dva respondenti.

Na následující Tabulce 8 je možné vidět průměrné hodnocení spokojenosti života na sedmi stupňové škále a úrovně u jednotlivých otázek.

Tabulka 8

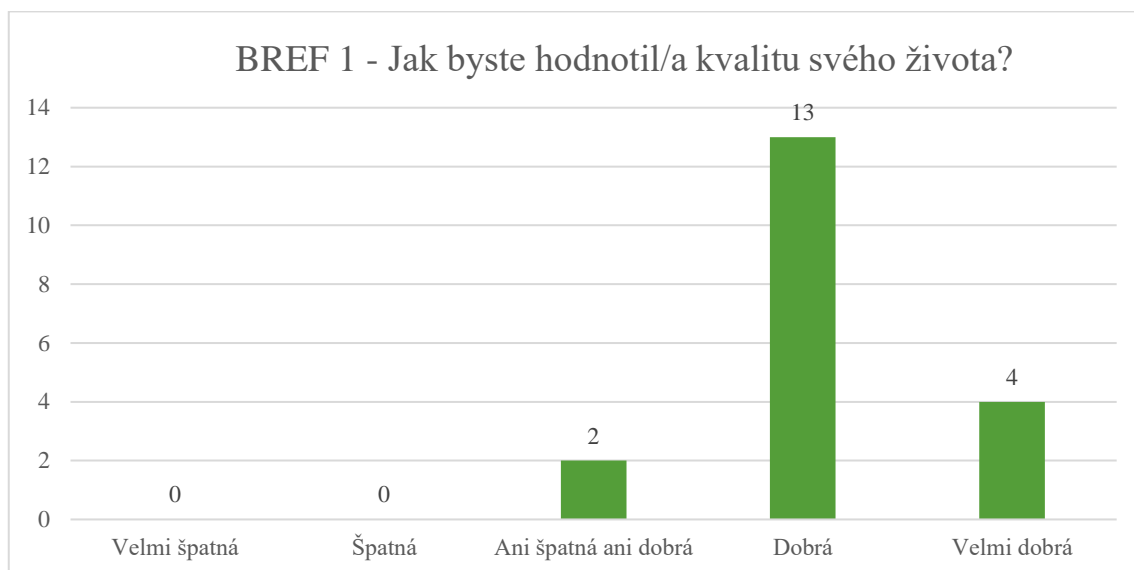
Průměrné skóre SWLS

Otázka	Průměr	Směrodatná odchylka
SWLS 1	4,842	1,344
SWLS 2	4,421	1,465
SWLS 3	5,474	1,124
SWLS 4	5,000	1,000
SWLS 5	4	1,764

Nejvyšší dosažený průměr dosahuje SWLS 3 a to 5,474. SWLS 3 znělo: „*Jsem spokojen se svým životem*“. 47,4 % respondentů spíše souhlasilo, než nesouhlasilo, 31,6 % respondentů souhlasilo a 15,8 % respondentů výrazně souhlasilo. Nejvyšší úroveň směrodatné odchylky, která představuje o kolik bodů se odpovědi respondentů odlišují od průměru, byla 1,764 v otázce SWLS 5. SWLS 5 znělo: „*Kdybych mohl/a žít svůj život ještě jednou, nic bych na něm neměnil/a.*“ Zde byla vidět největší variabilita v odpovědích. S výrokem 10,5 % respondentů výrazně nesouhlasilo, 5,3 % nesouhlasilo, 26,3 % spíše nesouhlasilo, než souhlasilo, 21,1 % ani nesouhlasilo, ani souhlasilo, 15,8 % spíše souhlasilo, nežli nesouhlasilo, 10,5 % souhlasilo a 10,5 % výrazně souhlasilo.

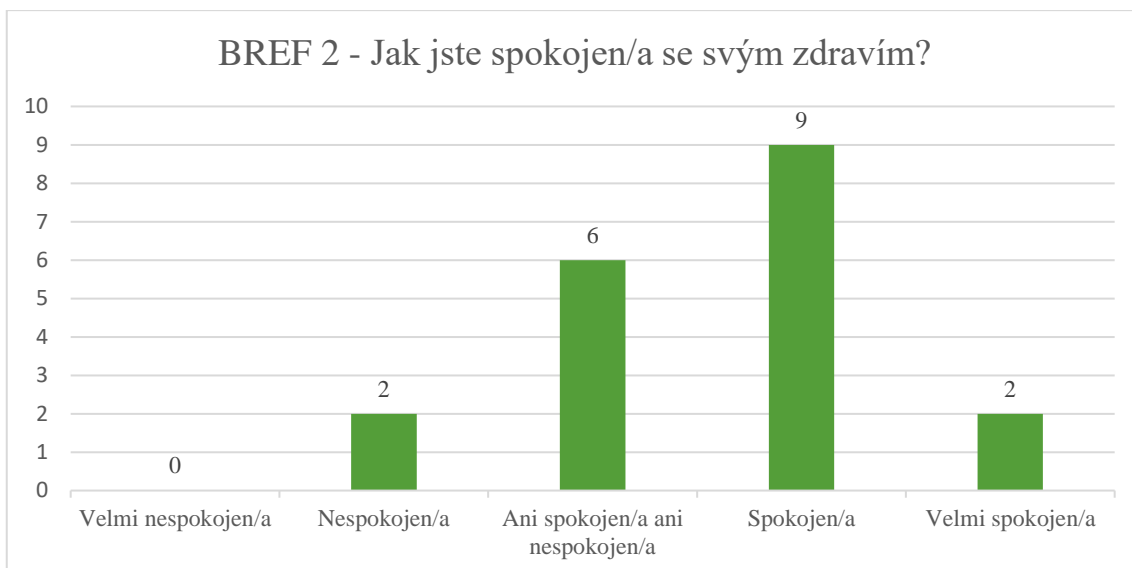
4.2 Kvalita života WHOQOL-BREF

Tato sekce je věnována otázce kvality života podle dotazníku WHOQOL-BREF, který byl zařazen jako třetí část dotazníku na webovém portálu survio.com. V následujících dvou grafech budou zhodnoceny otázka BREF 1 a BREF 2. Otázka BREF 1 se týká subjektivního hodnocení kvality vlastního života a otázka BREF 2 se dotazuje na obecnou spokojenost s vlastním zdravím.



Obrázek 2: *Subjektivní hodnocení kvality života basketbalistů na vozíku*

K otázce BREF 1 měli respondenti možnost zareagovat na pěti stupňové škále začínající reakcí velmi špatná, špatná, ani špatná, ani dobrá, dobrá a končící výrokem velmi dobrá. Dva respondenti označili odpověď ani špatná, ani dobrá (10,5 %), 13 respondentů označilo jako svou odpověď dobrá (68,4 %) a 4 respondenti označili jejich kvalitu života jako velmi dobrou (21,1 %). Z výsledků je patrné, že 17 respondentů, 89,5 %, vnímá jejich celkovou kvalitu života dobře nebo velmi dobře.



Obrázek 3: *Subjektivní hodnocení spokojenosti se zdravím basketbalistů na vozíku*

Na otázku BREF 2, spokojenost se zdravím jako celkem, měli respondenti možnost odpovědět na pěti stupňové škále začínající výrokem velmi nespokojen/a, nespokojen/a, ani spokojen/a, ani nespokojen/a, spokojen/a, a končící výrokem velmi spokojen/a. Dva z respondentů se vyjádřili výrokem nespokojen (10,5 %) a šest respondentů odpovědělo ani spokojen/a, ani nespokojen/a (31,6 %). Devět respondentů (47,4 %) se ke spokojenosti se zdravím vyjádřili jako spokojen/a a dva respondenti (10,5 %) se vyjádřili jako velmi spokojen/a. 57,9 % respondentů je se svým zdravím spokojeno nebo velmi spokojeno a 42,1 % respondentů spokojeno se svým zdravím není nebo není ani spokojeno, ani nespokojeno.

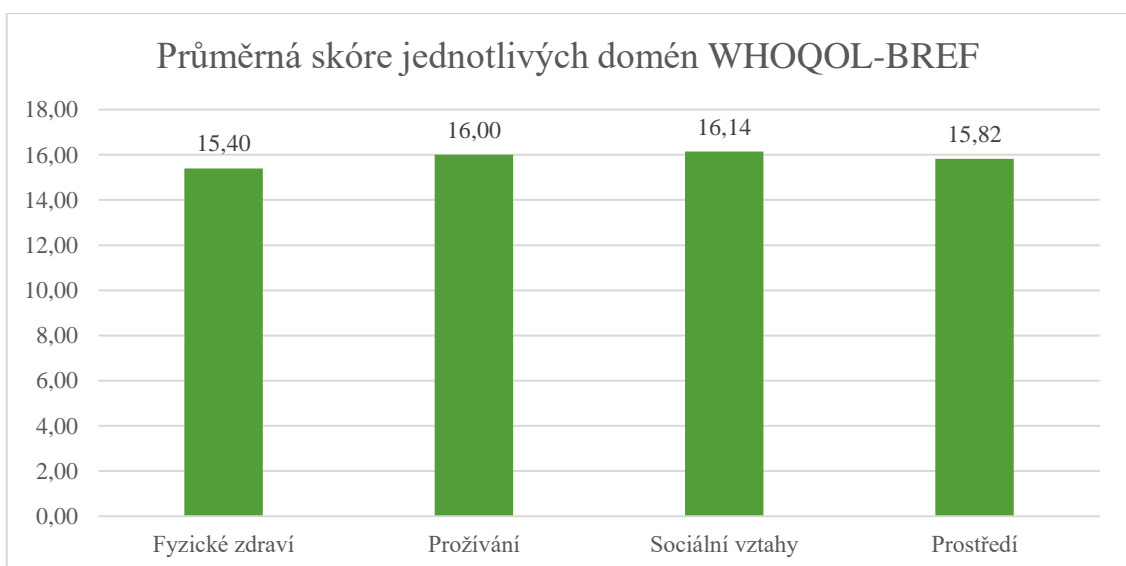
Dotazník WHOQOL-BREF vyhodnocuje čtyři domény: fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí. Nejlépe hodnocenou doménou jsou sociální vztahy s celkovou průměrnou hodnotou 16,14 hrubého skóre. Druhou nejlépe hodnocenou doménou je prožívání s průměrem 16,00 hrubého skóre. Třetí nejlépe hodnocenou doménou je doména prostředí, která má zároveň nejvyšší variabilitu – 2,44. Nejhůře hodnocenou doménou je fyzické zdraví s průměrným hrubým skóre 15,40. Průměrným hrubým skóre ze všech otázek je 15,84.

Tabulka 9

Jednotlivé průměrné skóre WHOQOL-BREF

Respondent	Fyzické zdraví	Prožívání	Sociální vztahy	Prostředí	Kvalita života	Spokojenost se zdravím
1	16,57	18,00	16,00	15,50	4,00	4,00
2	16,57	16,00	14,67	16,00	4,00	3,00
3	12,00	12,00	12,00	14,50	3,00	3,00
4	16,00	18,00	18,67	17,00	4,00	4,00
5	12,00	14,67	14,67	15,50	4,00	3,00
6	15,43	15,33	14,67	16,50	4,00	4,00
7	19,43	18,00	16,00	18,50	5,00	5,00
8	16,57	16,00	16,00	18,50	4,00	4,00
9	17,14	18,67	20,00	18,00	5,00	5,00
10	16,00	16,67	17,33	15,50	4,00	3,00
11	17,14	15,33	18,67	19,00	4,00	4,00
12	12,57	14,67	14,67	13,50	4,00	2,00
13	15,43	16,00	16,00	13,50	4,00	4,00
14	17,71	19,33	18,67	17,50	5,00	4,00
15	14,86	14,00	14,67	15,00	4,00	3,00
16	14,29	18,00	18,67	16,50	4,00	2,00
17	13,14	14,00	10,67	13,00	4,00	3,00
18	15,43	16,67	17,33	18,00	5,00	4,00
19	14,29	12,67	17,33	9,00	3,00	4,00
Průměr	15,40	16,00	16,14	15,82	4,11	3,58
Směrodatná odchylka	1,99	2,04	2,39	2,44	0,57	0,84

Pro grafické znázornění hrubých skóre WHOQOL-BREF následuje Obrázek 4.



Obrázek 4: *Průměrná skóre jednotlivých domén WHOQOL-BREF*

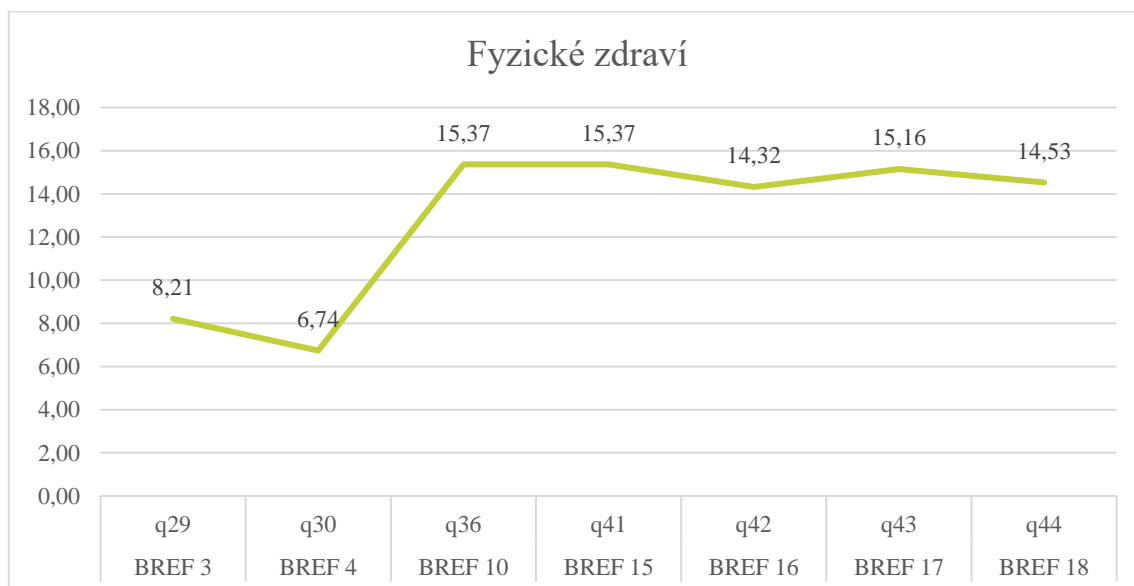
Pro porovnání a grafické znázornění naměřeného skóre jednotlivých otázek BREF 1 a BREF 2 ohledně kvality života a zdraví WHOQOL-BREF následuje Obrázek 5.



Obrázek 5: Průměrná skóre kvality života a zdraví WHOQOL-BREF

Fyzické zdraví

V rámci domény fyzické zdraví byla nejvyšší naměřená průměrná hodnota 19,43, zatímco nejnižší naměřená průměrná hodnota byla 12. Směrodatná odchylka byla 1,99, což představuje o kolik se odpovědi lišily od průměru.



Obrázek 6: Doména fyzického zdraví

První doména, fyzické zdraví, se týká úrovně životní energie, přítomnosti bolesti, dostatečnosti spánku, odpočinku nebo nepříjemných pocitů. Do fyzické domény jsou zařazeny otázky BREF 3, 4, 10, 15, 16, 17, a 18.

Otázka BREF 3 „*Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?*“ má průměrný hrubý skór 8,21. 7 respondentům (36,8 %) bolest nebrání vůbec v tom co potřebují dělat, 6 respondentům (31,6 %) bolest brání trochu, 4 respondentům (21,1 %) bolest brání středně a 2 respondentům (10,5 %) bolest brání hodně.

U otázky BREF 4 „*Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?*“, byl naměřen hrubý skór 6,74. 1 respondent (5,3 %) potřebuje pomoc středně, 11 respondentů (57,9 %) potřebuje pomoc trochu a 7 respondentů (36,8 %) pomoc vůbec nepotřebuje.

Otázka BREF 10 „*Máte dost energie pro každodenní život?*“ má průměrný hrubý skór 15,37. 5 respondentů (26,3 %) má středně energie pro každodenní život, 12 respondentů (63,2 %) má většinou dostatek energie a 2 respondenti (10,5 %) mají dostatek energie zcela.

Otázka BREF 15 „*Jak se dokážete pohybovat?*“ ukazuje hrubý skóre 15,37. 1 respondent (5,3 %) se pohybuje špatně, 3 respondenti (15,8 %) se nepohybují ani špatně, ani dobře, 13 respondentů (68,4 %) se pohybuje dobře a 2 respondenti (10,5 %) se pohybují velmi dobře.

Otázka BREF 16 „*Jak jste spokojen/a se svým spánkem?*“ má průměrný hrubý skór 14,32. 1 respondent (5,3 %) je se svým spánkem velmi spokojen, 12 respondentů (63,2 %) jsou spokojeni, 3 respondenti (15,8 %) nejsou ani spokojeni ani nespokojeni, a 3 respondenti (15,8 %) jsou nespokojeni.

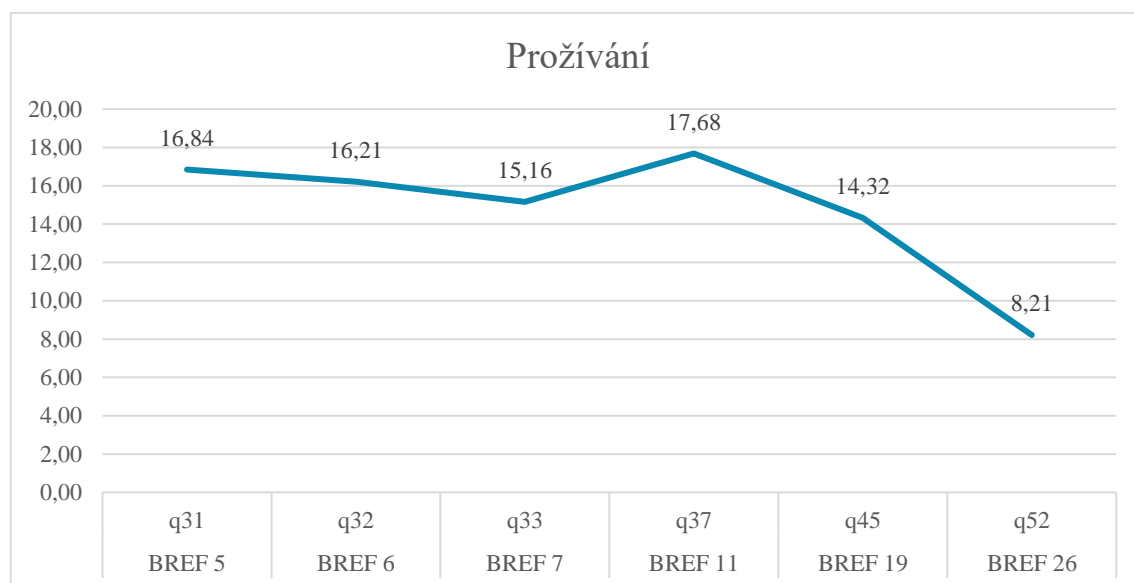
BREF 17 „*Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?*“ vykazuje hrubý skór 15,16. 5 respondentů (26,3 %) není ani spokojeno, ani nespokojeno, 13 respondentů (68,4 %) je spokojeno a 1 respondent (5,3 %) je velmi spokojen se svými schopnostmi během každodenních činností.

BREF 18 „*Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?*“ vykazuje hrubý skór 14,53., kdy 2 respondenti (10,5 %) jsou velmi spokojeni, 9 respondentů (47,7 %) je spokojeno, 7 respondentů (36,8 %) není ani spokojeno, ani nespokojeno a 1 respondent (5,3 %) je se svým pracovním výkonem nespokojen.

Nejlépe hodnocenými otázkami jsou BREF 10 a 15 se stejným hrubým skóre 15,37. 100 % respondentů má středně, většinou nebo zcela energie pro každodenní život. 78,9 % respondentů se pohybuje dobře nebo dokonce velmi dobře.

Prožívání

Nejvyšší naměřená hodnota v doméně prožívání byla 19,33. Naproti tomu, nejnižší naměřenou hodnotou byla hodnota 12 stejně jako u fyzické domény. Odpovědi respondentů se od sebe v průměru lišily o 2,04.



Obrázek 7: Doména prožívání

Druhou doménou je prožívání, které představuje míru sebevědomí, přítomnost pozitivních a negativních pocitů nebo smysl života. Patří sem také vnímání vlastního těla, spokojenost se vzhledem a myšlení. Do domény prožívání patří otázky BREF 5, 6, 7, 11, 19 a 26.

BREF 5 „*Jak moc Vás těší život?*“, vykazuje naměřený hrubý skór 16,84. 4 respondenti (21,1 %) se ze života těší středně, 7 respondentů (36,8 %) se těší hodně, a 8 respondentů (42,1 %) se ze života těší maximálně.

V otázce BREF 6 „*Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?*“ byl naměřen hrubý skór 16,21. 6 respondentů (31,6 %) vidí ve svém životě smysl středně, 6 respondentů (31,6 %) hodně, a 7 respondentů (36,8 %) mají pocit maximálního smyslu jejich života.

V otázce BREF 7 „*Jak se dokážete soustředit?*“ byl naměřen hrubý skór 15,16. 1 respondent (5,3 %) se dokáže soustředit trochu, 5 respondentů (26,3 %) středně, 10 respondentů (52,6 %) hodně, a 3 respondenti (15,8 %) se dokážou soustředit maximálně.

Otázka BREF 11 „*Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?*“ je nejlépe hodnocenou otázkou této domény s hrubým skóre 17,68. 8 respondentů (42,1 %) dokáže svůj tělesný vzhled akceptovat většinou a 10 respondentů (52,6 %) zcela. 1 respondent (5,3 %) spíše nedokáže svůj tělesný vzhled akceptovat.

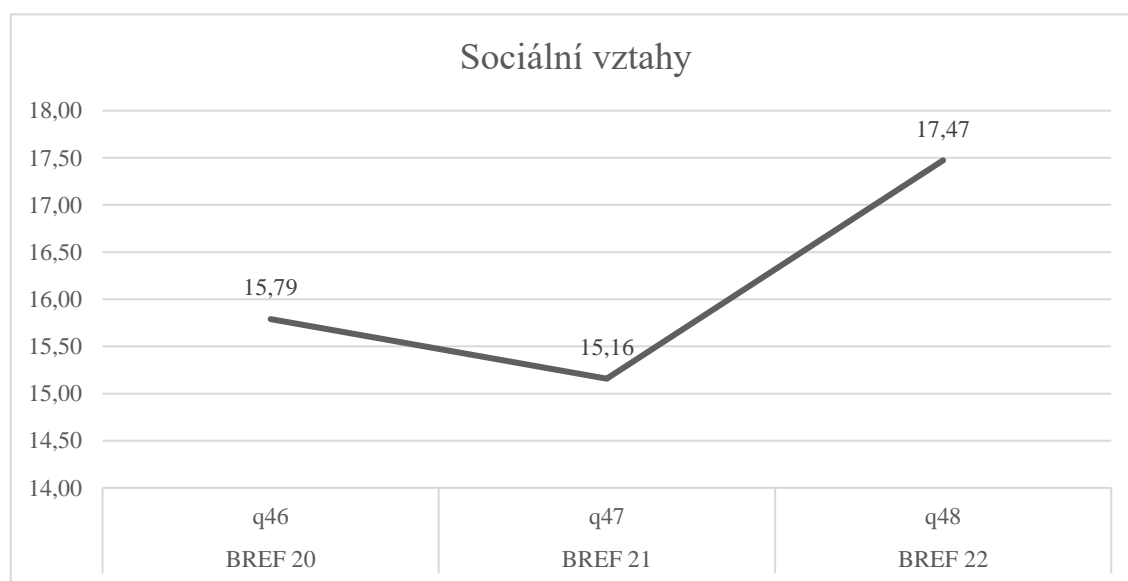
BREF 19 „*Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?*“ vykazuje hrubý skór 14,32, kdy 7 respondentů (36,8 %) není ani spokojeno, ani nespokojeno, 11 respondentů (57,9 %) je spokojeno, a 1 respondent (5,3 %) je velmi spokojený sám se sebou.

Poslední otázka této domény, BREF 26 „*Jak často prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost, nebo deprese?*“ vykazuje hrubý skór 8,21. 4 respondenti (21,1 %) nikdy neprožívají tyto pocity, 11 respondentů (57,9 %) je prožívá někdy, 3 respondenti (15,8 %) je prožívají středně a 1 respondent (5,3 %) celkem často.

Nejlépe hodnocenou otázkou je BREF 11 s hrubým skóre 17,68, kdy 94,7 % respondentů dokáže většinou nebo zcela přijmout svůj tělesný vzhled.

Sociální vztahy

Ve třetí doméně, v doméně sociálních vztahů, byla naměřena nejvyšší hodnota 20,00, což představuje maximální možné hrubé skóre dotazníku WHOQOL-BREF. V této doméně byla zároveň nalezena druhá nejnižší hodnota hrubého skóre 10,67. Úroveň zkoumaného vzorku této domény je 2,39.



Obrázek 8: Doména sociálních vztahů

Třetí doménou v pořadí je doména sociálních vztahů. Patří sem vztahy s přáteli, s rodinou nebo sexuální život. V této doméně jsou pouze tři otázky a to BREF 20, 21, a 22.

Otázka BREF 20 „*Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?*“ vykazuje průměrné hrubé skóre 15,79. 1 respondent (5,3 %) je nespokojen, 3 respondenti (15,8 %) nejsou ani spokojeni ani nespokojeni, 11 respondentů (57,9 %) je spokojeno a 4 respondenti (21,1 %) jsou se svými osobními vztahy velmi spokojeni.

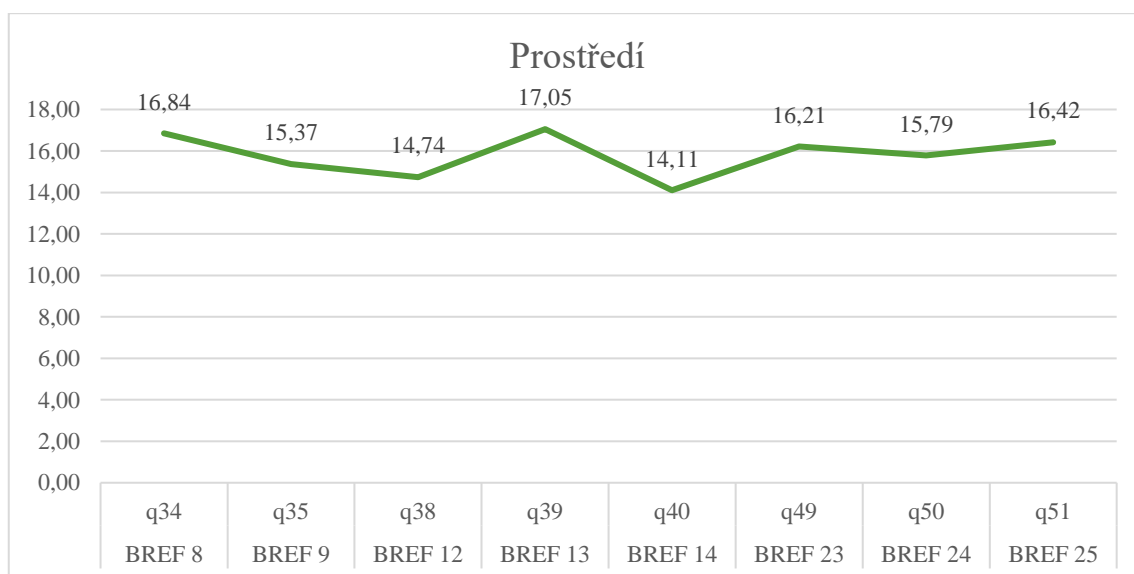
V otázce BREF 21 „*Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?*“ bylo naměřeno průměrné hrubé skóre 15,16. 1 respondent (5,3 %) je nespokojen, 5 respondentů (26,3 %) není ani spokojeno, ani nespokojeno, 10 respondentů (52,6 %) je spokojeno a 3 respondenti (15,8 %) jsou velmi spokojeni se svým sexuálním životem.

Otázka BREF 22 „*Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?*“ vykazuje nejlepší průměrný hrubý skór této domény, a to 17,47. 1 respondent (5,3 %) je nespokojen, 7 respondentů (36,8 %) není ani spokojeno, ani nespokojeno, 9 respondentů (47,4 %) je spokojeno, a 2 respondenti (10,5 %) jsou velmi spokojeni.

Nejlépe hodnocenou otázkou je BREF 22 s průměrným hrubým skóre 17,47, kdy 57,9 % respondentů je spokojeno nebo velmi spokojeno se svým pracovním výkonem.

Prostředí

V poslední, čtvrté doméně byla naměřena nejvyšší hodnota 19 a nejnižší hodnota 9. Naměřená hodnota 9 je zároveň nejnižší naměřenou hodnotou hrubého skóru z celého dotazníku. Doména prostředí zároveň nabízí největší směrodatnou odchylku, a to 2,44.



Obrázek 9: Doména prostředí

Čtvrtá doména, prostředí, zohledňuje finance, koníčky, zdravotní péči, dopravu a environmentální faktory. Otázky se také dotazují na možnost získávání a zpracovávání nových informací. Doména prostředí je co do počtu otázek nejrozsáhlejší a obsahuje otázky BREF 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 a 25. Všechny průměrné hrubé skóre se pohybují nad hranicí 14.

BREF 8 „*Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?*“ má průměrné hrubé skóre 16,84. 4 respondenti (21,1 %) se cítí středně bezpečně, 7 respondentů (36,8 %) se cítí hodně bezpečně a 8 respondentů (42,1 %) se cítí maximálně bezpečně.

BREF 9 „*Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?*“ s naměřeným hrubým skóre 15,37 ukazuje, že 1 respondent (5,3 %) považuje svoje prostředí za trochu zdravé, 6 respondentů (31,6 %) za středně zdravé, 7 respondentů (36,8 %) za hodně zdravé, a 5 respondentů (26,3 %) považuje prostředí, ve kterém žije za maximálně zdravé.

Otázka BREF 12 „*Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?*“ vykazuje hrubé skóre 14,74. 2 respondenti (10,5 %) spíše peníze nemají, 5 respondentů (26,3 %) má peněz středně, 8 respondentů (47,4 %) má peníze většinou a 3 respondenti (15,8 %) mají zcela dostatek peněz k uspokojení svých potřeb.

BREF 13 „*Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?*“ vykazuje průměrné hrubé skóre 17,05, což je zároveň nejvyšším naměřeným hrubým skóre v této rozsáhlé doméně. 1 respondent (5,3 %) odpověděl středně, 12 respondentů (63,2 %) většinou ano a 6 respondentů (31,6 %) má přístup k potřebným informacím zcela.

V otázce BREF 14 „*Máte možnost věnovat se svým zálibám?*“ bylo naměřeno hrubé skóre 14,11, kdy 4 respondenti (21,1 %) spíše možnost nemají, 3 (15,8 %) mají možnost středně, 10 (52,6 %) většinou ano a 2 respondenti (10,5 %) mají vždy možnost se věnovat svým zálibám.

BREF 23 „*Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?*“ s hrubým skóre 16,21, kdy 1 respondent (5,3 %) je nespokojen, 2 respondenti (10,5 %) nejsou ani spokojeni, ani nespokojeni, 11 respondentů (57,9 %) je spokojeno a 5 respondentů (26,3 %) je velmi spokojeno s jejich podmínkami v místě bydliště.

Otázka BREF 24 „*Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?*“ vykazuje průměrný hrubý skór 15,79. 1 respondent (5,3 %) je nespokojen, 3 respondenti (15,8 %) nejsou ani spokojeni, ani nespokojeni, 11 respondentů (57,9 %) je spokojeno a 4 respondenti (21,1 %) jsou velmi spokojeni s dostupností zdravotní péče.

Poslední otázkou této domény je BREF 25 „*Jak jste spokojen/a s dopravou?*“ s průměrným hrubým skóre 16,42. 1 respondent (5,3 %) je nespokojen, 2 respondenti (10,5 %) nejsou ani spokojeni, ani nespokojeni, 10 respondentů (52,6 %) je spokojeno, a 6 respondentů (31,6 %) je s dopravou velmi spokojeno.

Z tohoto grafu nejvíce vystupuje otázka BREF 13 s průměrným hrubým skóre 17,05. Otázka se týká dostupnosti informací potřebným k životu. Tento svět je dobou digitální a většina informací je snadno dostupná z domova. 68,5 % respondentů má přístup středně nebo většinou a 31,6 % respondentů má přístup vždy.

5 DISKUSE

V této kapitole budou prezentovány a shrnuty výsledky, které byly zjištěny skrze dotazníková šetření. Budou rozebrány zjištění ze standardizovaných dotazníků SWLS a WHOQOL-BREF. Tato práce se zabývá zkoumáním kvality života a míry životní spokojenosti basketbalistů na vozíku. Basketbal na vozíku je jedním z nejpopulárnějších adaptovaných kolektivních sportů na světě. Moss, Lim, Prunty & Norris (2020) ve svém výzkumu zkoušeli najít jaký vliv má hraní v basketbalovém klubu na perspektivu a zkušenosti mladých lidí a aplikování těchto zkušeností do běžného života. Basketbal byl dětmi zhodnocen jako hra, která vyvolává silné emoce, umožňuje pozitivní sociální interakci, podporuje zdraví a zdravý životní styl. Hraní basketbalu také podporuje nezávislost a umožňuje vidět tělesné postižení z jiného úhlu.

V první části dotazníkové šetření byli respondenti dotazováni ohledně demografických údajů. Jejich odpovědi poskytli cenné informace ze života basketbalistů na vozíku. Otázky se týkaly sportu, postižení, bydliště nebo pracovního zařazení. Demografická část dotazníku umožnila zhodnotit vhodnost adeptů k tomuto výzkumu. Demografická část dotazníku se dále zabývala pandemií Covid-19, která byla v letech 2020–2021 velkým tématem a přinášela mnohá omezení jak v socializaci, tak ve sportu. Ze zjištěných výsledků bylo patrné, že pandemie Covid-19 basketbalisty na vozíku limitovala. Basketbal je halový sport a mnoho z těchto vnitřních sportovišť bylo zneprístupněno. 9 respondentů se basketbalu během pandemie nevěnovalo vůbec, 6 se mu věnovalo jednou měsíčně a 4 respondenti 1-6x týdně. Naproti tomu, při běžných podmínkách 5 respondentů aktivně sportovalo jednou týdně, 11 respondentů 2-3x týdně a 3 respondenti dokonce 4-6x týdně. V porovnání s prací Lichnovského (2022), který se zabýval para cyklistikou, basketbalisté ovlivněni byli, ale cyklisté nikoliv, jelikož se nejedná o halový sport. V možných následujících studiích může dojít k rozdílu vnímání životní spokojenosti díky přítomnosti nebo absenci nemoci Covid-19 a zkoumání halových a venkovních sportů.

Výzkumné otázky pro tuto práci jsou:

1. Jaká je úroveň životní spokojenosti basketbalistů na vozíku dle SWLS?
2. Jaká je úroveň kvality života basketbalistů na vozíku dle WHOQOL-BREF?

První výzkumná otázka ohledně životní spokojenosti je zodpovězena pomocí standardizovaného dotazníku SWLS (*Satisfaction with Life Scale*). Průměrný výsledek basketbalistů se pohyboval na úrovni mírné životní spokojenosti s průměrným skóre 23,74. Při porovnání s Lichnovským (2022), který u para cyklistů naměřil hrubé skóre 25,08 a pohybuje se tak na hranici mírné až vysoké životní spokojenosti může být zpozorován rozdíl ve skóre, který může být zapříčiněn právě výše zmíněnou pandemií Covid-19 a omezením vnitřních sportovišť. Diener et al. (1985) uvádí, že životní spokojenost je ovlivňována mnoha objektivními i subjektivními faktory. Mezi tyto faktory se řadí věk, pohlaví, rodinné, partnerské a přátelské vztahy, míra únavy a životní energie nebo zhoršený zdravotní stav a úroveň samostatnosti. Hodnocení životní spokojenosti je velmi subjektivní záležitostí a záleží na každém člověku a jeho osobním vnímání.

Jedním z faktorů, který ovlivňuje životní spokojenost je frekvence a druh pohybové aktivity, které se člověk věnuje (Yazicioglu, Yavuz, Goktepe, & Tan, 2012). Je obecně známo, že existuje souvislost mezi pohybovou aktivitou, kvalitou života a životní spokojeností. Člověk, který je fyzicky aktivní se cítí dobře ve vlastním těle, je šťastnější, zdravě asertivní a nebojí se stanovit si cíle a plnit je. Pohybová aktivita, která je provozována pravidelně, je esenciální pro psychické zdraví a slouží jako prevence a lék na mnohé chronické choroby. Ve studii životní spokojenosti (Němček, 2016) byly pomocí dotazníku SWLS porovnány osoby s postižením a se sedavým a aktivním stylem života. Osoby se sedavým stylem života průměrně skórovali 20,3 bodu, což ve studii reprezentuje průměrnou spokojenost. Naproti tomu osoby s pravidelným aktivním životním stylem průměrně skórovali 22,1 bodu, tj. v průměru téměř o dva body více.

V rámci zkoumání kvality života a životní spokojenosti byly provedeny i další práce zabývající se stejným tématem. Jednalo se o životní spokojenost a kvalitu života u atletů s tělesným postižením (Chrenková, 2021), kvalitu života a životní spokojenost para hokejistů s tělesným postižením v České republice (Buriánek, 2021), výše zmíněné vnímání kvality života u vrcholových a výkonnostních para cyklistů (Lichnovský, 2022) a kvalitu života tanečnicků s tělesným postižením (Johnová, 2021). Chrenková naměřila průměrnou hodnotu SWLS 22,45 se svými 11 respondenty. Buriánek naměřil průměrnou hodnotu 24,28 se svými 40 respondenty a Lichnovský naměřil 25,08 se svými 13 respondenty. V Buriánkově práci byla použita kontrolní skupina, která se skládala z nespportujících jedinců s tělesným postižením. V Buriánkově práci bylo nespportujícím jedincům s tělesným postižením naměřeno SWLS skóre 22,13 oproti 24,28. Buriánek se

tak shoduje s Němček (2016), Zelenkou, Kudláčkem a Wittmannovou (2017) o vyšší míře spokojenosti sportujících. Výsledné skóre SWLS se průměrně lišilo o 2 body.

Druhá výzkumná otázka dotazující se na kvalitu života je zodpovězena pomocí třetí části standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF. Jak již bylo zmíněno, standardizovaný dotazníku WHOQOL-BREF obsahuje dvě samostatné otázky a zbývajících 24 otázek je rozděleno do 4 domén. První samostatnou otázkou je hodnocení kvality vlastního života. 13 z 19 basketbalistů (68,4 %) označili svoji kvalitu života jako dobrou, a 4 (21,1 %) jako velmi dobrou. 2 respondenti (10,5 %) zhodnotili svou kvalitu života průměrně, jako ani špatnou ani dobrou. Muldoon, Barger, Flory & Manuck (1998) zařazují do kvality života běžné objektivní fungování a subjektivní osobní pohodu. Bez problémů každodenně fungující člověk, který má pocit osobní pohody a naplnění je ten, který označuje svou kvalitu života jako dobrou nebo velmi dobrou. Samozřejmě zde musí být také vzaty v potaz faktory jako bolest, negativní pocity nebo samostatnost.

Druhou samostatnou otázkou WHOQOL-BREF je hodnocení spokojenosti se svým zdravím. 2 respondenti (10,5 %) odpověděli, že jsou velmi spokojeni a 9 respondentů (47,4 %) odpovědělo, že je spokojeno. 6 respondentů (31,6 %) odpovědělo, že není ani spokojeno, ani nespokojeno a 2 respondenti (10,5 %) odpověděli, že jsou nespokojeni se svým zdravím. Vnímání spokojenosti se svým zdravím se může lišit a záleží na konkrétních zdravotních problémech, kterým daná osoba čelí. V otázce „*Od jakého věku máte zdravotní postižení?*“ 5 respondentů odpovědělo od narození a 14 odpovědělo, že jejich postižení je získané po zranění nebo nemoci. Otázka spokojenosti se zdravím může také záviset na míře smíření se se získáním zdravotního postižení. Jestliže je postižení vrozené, může být člověk se svým zdravím spokojený, jelikož je se svým stavem sžitý. Pokud je však postižení získané, člověk nemusí být plně vyrovnán se svou situací. V tomto případě také záleží, jak dlouho je člověk po zranění a v jakém stavu je po psychické stránce, anebo jaké má podmínky pro život – rodinné, finanční a sociální zázemí. Toto tvrzení není vždy pravdivé a záleží na konkrétním jedinci a jeho specifické situaci.

Dle statistických výsledků jsou nejlépe hodnocenou doménou WHOQOL-BREF sociální vztahy s průměrným hrubým skóre 16,14. V závěsu je doména prožívání s průměrným hrubým skóre 16,00. Třetí v pořadí je doména prostředí s průměrným hrubým skóre 15,82 a poslední doménou s průměrným hrubým skóre 15,40 je fyzické zdraví.

Pro přehlednější zobrazení a porovnání s dvěma pracemi byla vytvořena Tabulka 10, která ukazuje jednotlivé výsledné skóry. V tabulce se nacházejí data této práce ohledně basketbalistů, data Lichnovského (2022), který se věnoval para cyklistům a data Zelenky, Kudláčka a Wittmannové (2017), kteří se zaměřili na hráče rugby. Svou kvalitu života nejlépe zhodnotili cyklisté a spokojenost se zdravím nejlépe vyhodnotili basketbalisté.

Tabulka 10

Porovnání výsledků basketbalistů, cyklistů a hráčů rugby dle WHOQOL-BREF

Porovnání	Basketbalisté		Cyklisté		Hráči rugby	
Dotazníky	M	SD	M	SD	M	SD
BREF 1	4,11	±0,57	4,38	±0,49	3,95	±0,51
BREF 2	3,58	±0,84	3,54	±0,93	3,30	±0,92
Fyzické zdraví	15,40	±1,99	15,65	±1,8	14,60	±1,85
Prožívání	16	±2,04	16,15	±1,81	15,89	±1,89
Sociální vztahy	16,14	±2,39	14,67	±2,82	15,02	±2,99
Prostředí	15,82	2,44	15,38	±2,54	14,91	±1,56

Výše přítomné hrubé skóry ze všech tří sportů jsou si hodnotově velmi podobné. Při bližším zkoumání je možné si povšimnout, že nejnižší hrubé skóry, kromě domény sociálních vztahů, patří hráčům rugby. Hráči rugby a basketbalisté na vozíku mají jako nejhůře hodnocenou doménu fyzického zdraví, ale vysokou míru v doméně prožívání a sociálních vztahů. Naproti tomu, cyklisté mají jako nejhůře hodnocenou doménu sociálních vztahů. Může se jednat o rozdíl mezi kolektivními a individuálními sporty. V kolektivních sportech člověk nikdy není sám za sebe, ale v cyklistice většinou ano.

Sociální vztahy jsou nejlépe hodnocenou doménou při zkoumání kvality života basketbalu na vozíku. Amati, Meggiolaro, Rivellini & Zaccarin (2018) ve své studii hovoří o přátelských vztazích, které sahají za rodinný kruh jako o důležitém zdroji podpory. Kvalita a frekvence těchto vztahů pozitivně koreluje se životní spokojeností. Přítomnost sociálních vztahů má pozitivní dopad na psychické zdraví a osobní pohodu, kdy absence sociálních kontaktů koreluje s psychickou nepohodou. V neposlední řadě,

sociální vztahy formují takzvaný bazén, kdy se skrze přátele člověk dozví spoustu informací a prožije zážitky, které má s kým sdílet.

Druhou nejlépe hodnocenou doménou s průměrným hrubým skóre 16,00 je oblast prožívání, které je vysoce hodnoceno i u para cyklistů a hráčů rugby. Je možné, že participace ve sportu může snižovat míru negativních pocitů a zvyšovat ty pozitivní. Sport napomáhá zdravému myšlení, soustředění nebo může budovat sebedůvěru a zlepšovat vnímání vlastního těla. Přijetí vlastního vzhledu a spokojenost sám se sebou souvisí s mírou sebevědomí. Szcześniak, Mazur, Rodzeń & Szpunar (2021) definuje sebevědomí jako komplex individuální vnímání, emocionálního hodnocení a přijímání sebe sama. Sebevědomí je po celý život relativně stabilní, zvyšuje se v mladém věku a odlišuje se skrze kultury. 12 basketbalistů (63,2 %) je spokojeno nebo velmi spokojeno se svým vzhledem a 7 respondentů (36,8 %) je spokojeno průměrně.

Třetí v pořadí je doména prostředí s průměrným hrubým skóre 15,82. Většina respondentů se cítí bezpečně, má přístup ke kvalitní zdravotní péči a žije v uspokojivém životním prostředí. V této doméně hrál velkou roli rychlý přístup k potřebným informacím, které člověk potřebuje pro každodenní život. 18 z 19 basketbalistů (94,7 %) má přístup zcela a jeden respondent (5,3 %) středně. Nejhůře v této doméně dopadla otázka BREF 14, která se dotazuje na možnost věnovat se svým zálibám. 7 respondentů (36,8 %) možnost spíše nemá nebo ji má jen průměrnou. 12 respondentů (63,2 %) má na hobby čas většinou nebo zcela. I když je tato otázka nejhůře hodnocenou, i přesto se 63,2 % odpovědí respondentů pohybuje v kladné části škály. Negativní odpovědi mohou být způsobeny pandemií Covid-19, ve které byl tento dotazník aplikován. Dymecka, Gerymski, Machnik-Czerwik, Derbis & Bidzan (2021) ve své studii uvádí, že strach z nemoci Covid-19 a jejího dopadu negativně ovlivnil odolnost, smysl pro soudržnost a životní spokojenost. Pandemie Covid-19 a s ní spojená opatření limitovali sociální kontakty a možnosti sportu ve skupině. Covid-19 však nemusí být důvodem sedmi negativních odpovědí. V demografické části dotazníku, byli respondenti mimo jiné dotazováni na místo bydliště. 36,8 % respondentů bydlí ve městě nebo obci, do 10 000 obyvatel, 31,6 % respondentů bydlí ve městě nebo obci do 100 000 obyvatel a 31,6 % respondentů bydlí ve městě nad 100 000 obyvatel. Je tedy pravděpodobné, že možnosti vyžití v malé obci jsou menší než na větším městě.

Doménou, která se ocitla na čtvrtém místě je fyzické zdraví s průměrným hrubým skóre 15,40. Stejně tak hráči rugby měli fyzickou doménu jako nejhůře hodnocenou. Tato práce se zabývá osobami s tělesným postižením, kteří mají omezenou hybnost většinou

v dolní polovině těla. Respondenti se na hřišti i v běžném životě pohybují na vozíku, který slouží jako nástroj jejich dopravy kamkoliv. I když ve 21. století existuje mnoho kompenzačních pomůcek, které lidem s postižením usnadňují sportovní i běžný život a pomáhají tak vymazat určitý handicap, kterému daný člověk čelí, i přesto člověk může vnímat své fyzické zdraví jako nejhorší. U mnoho lidí došlo k amputaci a pro ty jsou zde profesionální protézy, které umožňují lehčím paraplegikům chůzi. Šikovné protézy a vozíky, které jsou odlehčené a speciálně upravené, otevírají osobám s tělesným postižením více možností, jak se zapojit do sportovních aktivit – basketbal, florbal, tenis, tanec na vozíku a mnoho dalších. Dle Němček (2016), lidé s tělesným postižením, kteří se pravidelně účastní sportovních aktivit měli výrazně vyšší kvalitu života a životní spokojenost než ti, kteří nebyli zainteresováni do žádného sportu. Jsou tu i další benefity jako snížení riziku hospitalizace a výskytu chronických onemocnění jako jsou kardiovaskulární, diabetické, psychické onemocnění nebo obezita.

V porovnání s prací Lichnovského (2022), není možné říct, že basketbalisté mají vyšší kvalitu života a životní spokojenost než para cyklisté. Je možné říct, že basketbalisté mají vyšší naměřené hodnoty než hráči rugby. Je možné tvrdit, že basketbalisté mají lepší kvalitu života v doménách sociálních vztahů a prostředí oproti para cyklistům. Dané soubory sportovců jsme však nehodnotili pomocí žádných statistických metod, nemůžeme tedy určit, zda dané rozdíly v hodnocení kvality života a životní spokojenosti jsou u daných typů sportů a jejich sportovců statisticky významné.

Byly provedeny i statistické výpočty potenciálních rozdílů u jednotlivých proměnných, ty jsme se však rozhodly v práci neprezentovat (soubor basketbalistů není velký, $n=19$) a je prezentována popisná statistika a orientační srovnání s pracemi už provedenými v rámci výzkumného záměru „Kvalita života para sportovců“.

6 ZÁVĚR

Hlavním cílem této diplomové práce bylo zkoumání životní spokojenosti a kvality života osob s tělesným postižením věnujícím se basketbalu na vozíku na území České republiky. Výzkumný soubor se skládal z devatenácti basketbalistů na vozíku, jež se tomuto sportu věnují pravidelně, rekreačně nebo na reprezentační úrovni. V této práci je využit dotazník životní spokojenosti SWLS (*Satisfaction with Life Scale*) a dotazník kvality života WHOQOL-BREF. Osoby účastníci se dotazníkového šetření se pohybovali ve věkovém rozmezí 21–48 let.

První výzkumná otázka – životní spokojenost basketbalistů na vozíku – byla měřena skrze standardizovaný dotazník SWLS. Byla naměřena mírná životní spokojenost s průměrným skóre 23,74. Z odpovědí respondentů bylo patrné, že každý z nich má alespoň jednu oblast v jejich životě, se kterou není zcela spokojen a je zde prostor pro zlepšení. Je zcela normální, že lidé nejsou spokojeni ve všech oblastech jejich života a taky není nic špatného na tom mít k dispozici prostor na změnu k lepšímu. Úroveň životní spokojenosti basketbalistů na vozíku je průměrná až lehce nadprůměrná. Závěrem pro dotazník SWLS, by se dalo zhodnotit, že mezi 19 zúčastněnými basketbalisty je 16 z nich (84,2 %) mírně až extrémně spokojeno v jejich životě. Nejčastější naměřené skóre spadalo do kategorie „mírná spokojenost“, kdy 10 respondentů (52,6 %) průměrně skórovalo mezi 21 a 25 body.

Druhá výzkumná otázka – kvalita života basketbalistů na vozku – byla měřena skrze standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF, který je sestaven ze dvou samostatných otázek ohledně míry kvality života a spokojenosti se zdravím a zbylých 24 otázek rozdělených do čtyř domén – fyzické zdraví, prožívání, prostředí a sociální vztahy.

První samostatně hodnocenou otázkou bylo hodnocení kvality života, kde vyšlo průměrné skóre 4,11, kdy maximální možné skóre bylo 5. Dle tohoto výsledku je kvalita života basketbalistů na průměrné až nadprůměrné úrovni. Většina respondentů je se svou celkovou kvalitou života spokojena, ale je tu místo ke zlepšení, ať už se jedná o prostředí, ve kterém žijí, finance nebo sociální kontakty.

Druhou samostatně hodnocenou otázkou bylo hodnocení subjektivní spokojenosti se zdravím. Průměrné skóre bylo 3,58, což je oproti předchozí otázce ohledně celkové kvality života o něco nižší. Každý participant má jiný typ postižení a pravděpodobně každý je jinak psychicky vyrovnaný. Určitý typ postižení může přinést jiné překážky než jiný, což může ovlivnit spokojenost se zdravím, a tak je hodnocení velmi individuální.

Nejlépe hodnocenou doménou byla oblast sociálních vztahů (16,14), těsně následovaná oblastí prožívání (16,00), prostředí (15,82) a fyzického zdraví (15,40). Do oblasti sociálních vztahů patří rodinné, přátelské a sexuální vztahy, které jsou mnohdy základním pilířem k vybudování zdravého sebevědomí. Do oblasti prožívání patří pozitivní, ale i negativní pocity, myšlenky, soustředění nebo sebedůvěra, sebevědomí a vnímání vlastního těla. Od lidské sebedůvěry a sebevědomí se odráží mnoho dalších věcí v běžném i sportovním životě. Tato oblast je úzce provázána se sociálními vztahy. Do oblasti prostředí řadíme fyzické bezpečí, jistotu, přátelské domácí prostředí, finanční a zdravotní zabezpečení, ale i trávení volného času a věnování se zálibám. Poslední oblastí je fyzické zdraví, kam patří bolest, nepříjemné, ale i příjemné pocity, míra energie a únavy a množství spánku a celkového odpočinku. Důvodem tohoto pořadí může být snížená pohyblivost osob s tělesným postižením. Basketbalisté na vozíku jsou většinou odkázáni na invalidní vozík nebo na pomocnou protézu. S největší pravděpodobností je vyvíjen větší tlak na horní polovinu těla, kdy muži mohou mít oproti ženám výhodu. Bezbariérový přístup může být také jedním z faktorů, který ovlivňuje výsledné skóre, ale většina sportovišť a budov je v dnešní době bezbariérová (jedná se však o spekulaci).

Na celém dotazníku se podílelo 19 osob s tělesným postižením. Jedná se o téměř polovinu aktivně hrajících basketbalistů na vozíku, kteří se mohli zúčastnit dotazníkového šetření, a tak považují tuto práci za úspěšnou. Životní spokojenost basketbalistů je mírná, celková kvalita života dobrá, spokojenost se zdravím je průměrná a nejlépe hodnocenou doménou jsou sociální vztahy. Téma životní spokojenost basketbalistů na vozíku může být opakováno a porovnáváno v dalších letech, s dalšími sporty a použito pro další výzkumná šetření.

7 SOUHRN

Diplomová práce se zabývá kvalitou života a životní spokojenosti basketbalistů na vozíku na území České republiky. K hodnocení subjektivní životní spokojenosti byl použit dotazník SWLS o pěti otázkách a k hodnocení subjektivní kvality života byl použit dotazník WHOQOL-BREF o 24 + 2 otázkách.

Úvod této práce je věnován termínu tělesné postižení, jeho charakteristice a dělení. Tělesné postižení je rozdělené na vrozené a získané. Dále se tato práce podrobněji věnuje dětské mozkové obrně, rozštěpu páteře neboli Spina bifida, myopatii, amputaci horních nebo dolních končetin a úrazech při poranění míchy. Další část teoretické práce je věnována kvalitě života. Je objasněna jeho historie, pojem jako takový, ukazatelé, způsoby a metody měření. Dále je definován termín well-being neboli osobní pohody, životní styl a disability paradox. Tato část se snaží vystihnout subjektivní životní hodnoty a potřeby a jak jsou ovlivněny tělesným postižením. V neposlední řadě se tato práce věnuje tématu životní spokojenosti, jejím determinantům, mezi které patří zdraví, věk, osobnost a hodnoty, rodinné a mezilidské vztahy, pohlaví nebo religiozita. Poslední částí teoretické práce je basketbal na vozíku, kdy je objasněna světová a Česká historie, stručný popis hry a pravidla a klasifikace.

Po teoretické části následuje část praktická – metodická. V metodické části jsou specifikovány hlavní a dílčí cíle a výzkumné otázky, dále je popsán metodický rámec a metody zpracování. Výzkumný soubor, postup, provedení výzkumu a statistické zpracování jsou také nedílnou součástí praktické části.

Dotazník, vytvořený na webu Survio byl rozeslán reprezentantům České republiky, kteří byli vybráni jako ti nejlepší z pěti českých týmů. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 19 respondentů, kteří se basketbalu na vozíku věnují aktivně ať na reprezentační či rekreační úrovni. Věk respondentů se pohyboval od 21 do 48 let. Sběr dat probíhal v období dvou měsíců, a to únor až březen 2021.

Výsledková část byla zaměřena na vyhodnocení sebraných statických dat. Výzkumné šetření dle dotazníku SWLS ukázalo průměrnou, téměř nadprůměrnou, spokojenost všech respondentů. Průměrné skóre odpovídalo 23,74 bodů z možných 35. Skrze dotazník WHOQOL-BREF, byla naměřena dobrá až velmi dobrá obecná kvalita života. Subjektivní zdraví bylo hodnoceno o něco hůře, kdy však většina respondentů byla spokojena průměrně a lépe. Ze čtyř domén dotazníku WHOQOL-BREF – fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí – byla nejlépe hodnocena doména sociálních

vztahů (16,14). V těsném závěsu se pohybovala doména prožívání (16,00), prostředí (15,82) a nejhůře hodnocenou doménou bylo fyzické zdraví (15,40).

Cílem této diplomové práce bylo zhodnotit životní spokojenost a kvalitu života basketbalistů na vozíku. Cíle práce byly splněny a statistické výsledky mohou být použity pro další výzkumné šetření.

8 SUMMARY

The thesis deals with the quality of life and a life satisfaction of wheelchair basketball players in the Czech Republic. Life satisfaction was evaluated by the questionnaire SWLS that consisted total of 5 questions. The quality of life was evaluated by the questionnaire WHOQOL-BREF that consisted total of 24 + 2 questions.

The introduction of this theses is devoted to the term physical disability, its characteristics, and divisions. Physical disability is divided into congenital and acquired. Furthermore, this thesis deals in more detail with cerebral palsy, spina bifida, myopathy, amputation of the upper or lower limbs and spinal cord injuries. The next part of this work is devoted to quality of life. Specifically, to its history, to the whole concept, indicators, and the measuring methods. Furthermore, there is focus on terms such as well-being, lifestyle, and disability paradox. This section seeks to define subjective personal values and needs and how they are defined by a physical disability. Finally, this work deals with the term life satisfaction and its determinants that include health, age, personality and values, family and interpersonal relationships, gender, or religiosity. The last part of the theory is a wheelchair basketball. This section clarifies world and Czech history, provides a brief description of the game, the rules, and the classification.

The theory of the thesis is followed by a practical – methodological part. This part specifies the goals and the research questions. It also describes the methodological framework and processing methods. The research set, procedure, research implementation and statistical processing are an integral part of the practical part. The questionnaire that was created on the Survio.com website was sent to the representatives of the Czech Republic that were selected as the best players of the country. The questionnaire survey was attended by 19 respondents who are actively involved in wheelchair basketball, at the national and the recreational level. The age of the respondents ranged from 21 to 48 years. Data collection took place over a period of two months, from February to March 2021.

The results chapter is provided with the evaluation of collected data. According to the SWLS questionnaire, the life satisfaction of the 19 respondents is average, almost above average. The average score corresponds to 23,74 points out of 35. The WHOQOL-BREF questionnaire showed a good to a very good general quality of life of the respondents. A subjective health of the respondents was rated slightly worse, but on average most respondents were satisfied.

In WHOQOL-BREF's domains that evaluated physical health, experience, social relationships, and the environment was the domain of social relationships rated the best (16,14). The domain of experience (16,00) placed second, third was the environment (15,82), and the worst rated domain was physical health (15,40).

The aim of this diploma thesis was to evaluate the life satisfaction and quality of life of basketball players in wheelchairs. The objectives of the work have been met and the statistical results can be used for further research and evaluation.

9 REFERENČNÍ SEZNAM

- Albrecht, L. G., & Devlieger, J. P. (1999). The disability paradox: high quality of life against all odds. *Social Science & Medicine*. 48, 977-988. doi: 10.1016/S0277-953(98)00411-0
- Amati, V., Meggiolaro, S., Rivellini, G., & Zaccarin, S. (2018). Social relations and life satisfaction: the role of friends. *Genus* 74. 7. doi: 10.1186/s41118-018-0032-z
- An, H., Chen, W., Wang, Ch., Yang, H. Huang, W., & Fan, S. (2020). The relationship between physical activity and life satisfaction and happiness among young, middle-aged, and older adults. *International journal of environmental research and public health*. 17(13): 4817. doi: 10.3390/ijerph17134817
- Bakanienė, I., Žiukienė, L., Vasiliauskienė, V., & Prasauskienė, A. (2018). Participation of children with Spina Bifida: A scoping review using the international classification of functioning disability and health for children and youth. *Medicina (Kaunas)*. 54(3):40. doi: 10.3390/medicina54030040
- Bartoňová, J., & Dragomirecká, J. (2006). *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100*. Praha: Psychiatrické centrum.
- Bath, B., Trask, C., McCrosky, J., & Lawson, J. (2014). A biopsychosocial profile of adult Canadians with and without chronic back disorders: a population-based analysis of the 2009-2010 Canadian Community Health Surveys. *Biomed Res Int*. doi: 10.1155/2014/919621
- Baynton, D. (1998). Language matters: handicapping an affliction. *Disability History Museum*. Retrieved 1.2.2022 from <http://www.disabilitymuseum.org/dhm/edu/essay.html?id=30>.
- Bendová, P. (2007). *Manuál základních postupů jednání při kontaktu s osobami s tělesným postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Blatný, M. (2005). *Psychosociální souvislosti osobní pohody*. Brno: Masarykova Univerzita nakladatelství MSD.
- Bucher, A. A. (2018). *Psychologie štěstí*. Praha: Portál.
- Buriánek, D. (2021). *Kvalita života a životní spokojenost para hokejistů s tělesným postižením v České republice: diplomová práce*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Cambridge Dictionary. (2022). *Meaning of quality in English*. Retrieved 1.2.2022 from <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/quality>

- Cantril, H. (1965). *The pattern of human concerns*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- CedarsSinai. (2021). *Myopathy*. Retrieved 1.2.2022 from <https://www.cedars-sinai.org/health-library/diseases-and-conditions/m/myopathy.html>
- Centers for Disease Control – CDC. (n.d.). Health-related quality of life (HRQOL): Well-being concepts. *U.S. department of health & human services*. Retrieved 1.2.2022 from <https://www.cdc.gov/hrqol/wellbeing.htm>
- Cohn, M., Fredrickson, B., Brown, S., Mikels, J., & Conway, A. (2009). Happiness unpacked: positive emotions increase life satisfaction by building resilience. *Emotion (Washington, D.C.)*, 9(3), 361-368. doi: 10.1037/a0015952
- Czech Wheelchair Basketball. (2022). Retrieved 1.2.2022 from <https://wbasket.cz/kluby/>
- Česká asociace paraplegiků – CZEPA. (2021). Retrieved 1.2.2022 from <https://czepa.cz/poskozeni-michy/>
- Daďová, K., Čichoň, R., Švarcová J., & Potměšil, J. (2008). *Klasifikace pro výkonnosti sport zdravotně postižených*. Praha: Karolinum.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*. 49(1), 71–75. doi: 10.1207/s15327752jpa4901_13
- Diener, E., Suh, M. E., Lucas E. R. & Smith L. H. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*. 125(2), 276-302. doi: 10.1037/0033-2909.125.2.276
- Dymecka, J., Gerymski, R., Machnik-Czerwik, A., Derbis, R. & Bidzan, M. (2021). Fear of COVID-19 and Life Satisfaction: The Role of the Health-Related Hardiness and Sense of Coherence. *Front. Psychiatry*. doi: 10.3389/fpsyt.2021.712103
- Fahrenberg, J., Myrtek, M. Schumacher, J. & Brähler, E. (2001). *Dotazník životní spokojenosti*. Praha: Test centrum
- Fellinghauer, G. A. B., Reinhardt, D. J., Stucki, G. & Bickenbach, E. J. (2012). Explaining the disability paradox: a cross-sectional analysis of the Swiss general population. *BMC Public Health*. doi: 10.1186/1471-2458-12-655
- Graham, C. & Pozuelo R. J. (2015). Is happiness just a matter of waiting for the right age?. *Future development*. Retrieved 1.2.2022 from

<https://www.brookings.edu/blog/future-development/2015/11/09/is-happiness-just-a-matter-of-waiting-for-the-right-age/>

- Graham, K. H., & Selber, P. (2003). Musculoskeletal aspects of cerebral palsy. *The Journal of Bone and Joint Surgery*. 85(2), 157-66. doi: 10.1302/0301-620x.85b2.14066
- Halama, P. & Dědová, M. (2007). Meaning in life and hope as predictors of positive mental health. Do they explain residual variance not predicted by personality traits? *Studia Psychologica*. 49(3). 191-200.
- Hamplová, D. (2004). *Životní spokojenost: rodina, práce, a další faktory*. Praha: Sociologický ústav AV ČR.
- Hamplová, D. (2015). *Proč potřebujeme rodinu, práci a přátele: štěstí ze sociologické perspektivy*. Praha: Fortuna Libri.
- Health 21. The health for all policy framework for the WHO European Region. Retrieved 1.2.2022 from https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf
- Heřmanová, E. (2012). *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: Sociologické nakladatelství SLON.
- Hnilicová, H. (2004). *Kvalita života: sborník příspěvků z konference, konané dne 25.10.2004 v Třeboni, Kongresový sál hotelu Aurora*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky.
- Ho, Y. M., Cheung M. F., & Cheung F. S. (2008). Personality and Life Events as Predictors of Adolescents' Life Satisfaction: Do Life Events Mediate the Link Between Personality and Life Satisfaction? *Social Indicators Research*. 89(3):457-471. doi: 10.1007/s11205-008-9243-6
- Chrenková, V. (2021). *Životná spokojnosť a kvalita života u atlétov s telesným postihnutím: diplomová práca*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Inglehart, R. (2002) Gender, aging, and subjective well-being. *International Journal of Comparative Sociology*. 43(3–5):391–408. doi:10.1177/ 002071520204300309
- International Wheelchair Basketball Federation – IWBF (2016). *What is classification?* Retrieved 1.2.2022 from <https://iwbf.org/2016/09/20/what-is-wheelchair-basketball-classification/>

- International Wheelchair Basketball Federation – IWBF. (2021). *Official wheelchair basketball rules*. Retrieved 25.11.2021 from https://iwbf.org/wp-content/uploads/2021/03/2021_IWBF_rules-Ver2_compressed.pdf
- Janečka, Z. (2012). *Vybrané kapitoly ze sportu osob se zdravotním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Jesenský, J. (2000). *Základy komprehenzivní speciální pedagogiky*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus.
- Johnová, P. (2021). *Kvalita života tanečníků s tělesným postižením: diplomová práce*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Johnston, B., Lawton, S., McCaw, C., Law, E., Murray, J., Gibb, J., Pringle, J., Munro, G., & Rodriguez, C. (2016). Living well with dementia: enhancing dignity and quality of life, using a novel intervention, *Dignity Therapy*. 11(2):107-20. doi: 10.1111/opn.12103
- Joshanloo, M. & Jovanović, V. (2018). The relationship between gender and life satisfaction: analysis across demographic groups and global regions. *Archives of Women's Mental Health*. 23. 331-338. doi: 10.1007/s00737-019-00998-w
- Jovanović, V. (2019) Measurement invariance of the Serbian version of the satisfaction with life scale across age, gender, and time. *European Journal of Psychological assessment*. doi: 10.1027/1015-5759/a000410
- Kraus, J. & Šandera, O. (1975). *Tělesně postižené dítě: psychologie, léčba a výchova*. Praha: SPN: Knižnice speciální pedagogiky.
- Krigger, W. K. (2006). Cerebral palsy: an overview. *Am Fam Physician*. 73(1). 91-100.
- Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada.
- Křivohlavý, J. (2004). *Pozitivní psychologie*. Praha: Portál.
- Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Kudláček et al. (2013). *Aplikované pohybové aktivity osob s tělesným postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Kudláček, M. & Ješina, O. (2013). *Integrovaná tělesná výchova, rekreace a sport*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Kudláček, M., Ješina, O., Machová, I., & Válek, J. (2007). *Aplikované pohybové aktivity pro osoby s tělesným postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého.

- Lichnovský, L. (2022). *Vnímání kvality života u vrcholových a výkonnostních para cyklistů: diplomová práce*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Ludíková, L. et al. (2016). *Vybrané faktory ovlivňující kvalitu života osob se speciálními potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Ludíková, L. et al. (2017). *Problematika kvality života osob se speciálními potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Macdougall, H., O'Halloran, P., Sherry, E., & Shields, N. (2018). A pilot randomised controlled trial to enhance well-being and performance of athletes in para sports. *European Journal of Adapted Physical Activity*. 12(2):7. doi: 10.5507/euj.2019.006
- Mareš, J. (2006). *Kvalita života u dětí a dospívajících*. Brno.
- Matthews, D., Sukeik, M. & Haddad, F. (2014). Return to sport following amputation. *J Sports Med Phys Fitness*. 54(4), 481-486.
- Mayer, S. & Frantz, C. (2004). The connectedness to nature scale: A measure of individuals' feeling in community with nature. *Journal of Environmental Psychology*. 24(4). 503-515. doi: 10.1016/j.jenvp.2004.10.001
- Michalík, J. (2011). *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Portál: Praha.
- Mineo, L. (2017). Good genes are nice, but joy is better. *The Harvard Gazette*. Retrieved 1.2.2022 from <https://news.harvard.edu/gazette/story/2017/04/over-nearly-80-years-harvard-study-has-been-showing-how-to-live-a-healthy-and-happy-life/>
- Ministerstvo zdravotnictví České republiky – MZČR. Zdraví 21. Retrieved 1.2.2022 from <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/2461/7180/Zdrav%C3%AD%2021%20-%20Cile%201-9.pdf>
- Moss, P., Lim, K., Prunty, M. & Norris, M. (2019). Children and young people's perspectives and experiences of a community wheelchair basketball club and its impact on daily life. *British Journal of Occupational Therapy*. 83(7670). doi: 10.1177/0308022619879333
- Muldoon, M., Barger, S., Flory, J. & Manuck, S. (1998). What are quality of life measurements measuring? *Center for Clinical Pharmacology*. 316(7130), 542-545. doi: 10.1136/bmj.316.7130.542

- Murgaš, F. (2018). Kvalita místa jako vyjádření objektivní dimenze kvality života. *XXI. Mezinárodní kolokvium o regionálních vědách*. Masarykova Univerzita Brno. 353-360. doi: 10.5817/CZ.MUNI.P210-8970-2018-46
- Němček, D. (2016). Life scale satisfaction of people with disabilities: A comparison between active and sedentary individuals. *Journal of Physical Education and Sport*. 16(2).1084-1088. doi: 10.7752/jpes.2016.s2173
- Novosad, L. (2011). *Tělesné postižení jako fenomén i životní reality: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. Praha: Portál.
- Okulicz-Kozaryn, A. (no data). Religiosity and life satisfaction across nations. *Institute for quantitative social science. Harvard University*. 1-17.
- Paralympijské sporty. (no data). *Český paralympijský výbor*. Retrieved 1.2.2022 from <https://paralympic.cz/cpv/cpt/sporty/paralympijske-sporty/>.
- Pavot, W. & Diener, D. (1993). Review of the Satisfaction With Life Scale. *Psychological Assessment*, 2(5), 164–172.
- Payne, J. (2005). *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton.
- Pengpid, S., & Peltzer, K. (2019). Sedentary Behaviour, Physical Activity and Life Satisfaction, Happiness and Perceived Health Status in University Students from 24 Countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(12):2084. doi: 10.3390/ijerph16122084
- Penney, N. J. (2013). The biopsychosocial model: redefining osteopathic philosophy?. *International Journal of Osteopathic Medicine*. 16(1), 33-37. doi: 10.1016/j.ijosm.2012.12.002
- Petasis, A. (2019). Discrepancies of the medical, social and biopsychosocial models of disability; a comprehensive theoretical framework. *The International Journal of Business Management and Technology*. 3(4). 42-54.
- Pyšný, L. (2008). *Kvalita života II*. 1. vyd. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně.
- Robinson, P. J., Shaver, R. P. & Lawrence, S. (1991). *Measures of personality and social psychological attitudes*. United Kingdom: Academic Press Limited.
- Sandler, A. (2004). *Living with Spina Bifida: A Guide for families and professionals*. University of North Carolina Press: Chapel Hill.

- Seligman, M. (2003). *Opravdové štěstí: pozitivní psychologie v praxi*. 1. vyd. Praha: Ikar.
- Shepherd Center. (2021). Levels of injury. Retrieved 1.2.2022 from <https://www.spinalinjury101.org/details/levels-of-injury>
- Shores T. J. (no data). Amputation. *Johns Hopkins Medicine*. Retrieved 1,2,2022 from <https://www.hopkinsmedicine.org/health/treatment-tests-and-therapies/amputation>
- Schimmack, U., Oishi, S., Furr, M. R., & Funder C. D. (2004). Personality and life satisfaction: a facet-level analysis. *Personality and Social Psychology Bulletin*. doi: 10.1177/0146167204264292
- Slezáčková A. (2010). Pozitivní psychologie – věda nejen o štěstí. *Elektronický časopis ČMPS*, 4(3). 55-69.
- Světová zdravotnická organizace – WHO. (1997). Programme on mental health – measuring quality of life. Retrieved 1.2.2022 from: https://www.who.int/mental_health/media/68.pdf
- Szcześniak, M., Mazur, P., Rodzeń, W. & Szpunar, K. (2021). Influence of Life Satisfaction on Self-Esteem Among Young Adults: The Mediating Role of Self-Presentation. *Psychol Res Behav Manag*. doi: 10.2147/PRBM.S322788
- Šolcová, I. & Kebza, V. (2003). *Syndrom vyhoření*. Hradec Králové: Státní zdravotní ústav.
- Šolcová, I. & Kebza, V. (2005). Prediktory osobní pohody (well-being) u reprezentativního souboru české populace. *Československá psychologie*. 49(1). 1-8.
- Šubrt, J. (2008). *Soudobá sociologie*. Praha: Karolinum.
- Tejero-González, C. M., De La Vega-Marcos, R., Vaquero-Maestre, M., & Ruiz-Barquín, R. (2016). Satisfacción con la vida y autoeficacia en jugadores de baloncesto en silla de ruedas [Life satisfaction and self-efficacy in wheelchair basketball players]. *Revista de Psicología del Deporte*, 25(1), 51–56.
- Tough, H., Brinkhof, M., Siegrist, J., & Feteke, Ch. (2018). The impact of loneliness and relationship quality on life satisfaction: A longitudinal dyadic analysis in persons with physical disabilities and their partners. *Journal of Psychosomatic Research*. 110: 61-67. doi: 10.1016/j.psychores.2018.04.009

- Vaňurová, H. & Mühlpachr, P. (2005). *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita.
- Vaňurová, H. (2006). *Sociální aspekty kvality života v onkologii*. 1. Vyd. Brno: MSD, spol. s.r.o.
- Válek, J., & Kudláček, M. (no data) *Centrum APA: Basketbal na vozíku*. Retrieved 1.2.2022 from: <http://www.apa.upol.cz/web/index.php/e-learningove-texty-cols3/sport/265-basketbal-na-voziku.html>
- Veenhoven, R. (2010). Greater happiness for a greater number. Is that possible and desirable? *Journal of Happiness Studies*. 11(5). 605-629. doi: 10.1007/s10902-010-9204-z
- Vogel, T., Brechat, H., Leprêtre, M., Kaltenbach, G., Berthel, M., & Lonsdorfer, J. (2009). Health benefits of physical activity in older patients: a review. *International journal of clinical practice*. 63(2). 303-320. doi: 10.1111/j.1742-1241.2008.01957.x
- Voigt, R. (2009). Who me? Self-esteem for people with disabilities. *Brainline*. Retrieved 1.2.2022 from <https://www.brainline.org/article/who-me-self-esteem-people-disabilities>
- World Health Organization (2014) Disability and health. Retrieved 1.2.2022 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
- Yazicioglu, K., Yavuz, F., Goktepe, S., & Tan, 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, 249-253.
- Zelenka, T., Kudláček M., & Wittmannová, J. (2017) Quality of life of wheelchair rugby players, *European Journal of Adapted Physical Activity*, 10, 2, 31-35.

10 PŘÍLOHY

10.1 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.:

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

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

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

	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 podmínkami 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

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

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

2. Jak jste spokojen/a se svým zdravím?	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
	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