

UNIVERZITA KARLOVA
Fakulta tělesné výchovy a sportu

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2023

Alena Koroleva

UNIVERZITA KARLOVA
Fakulta tělesné výchovy a sportu

**Vztah vnímané kvality života, sportovní angažovanosti a
psychické odolnosti u para plavců**

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce:

PhDr. Klára Dadřová, Ph.D.

Vypracovala:

Bc. Alena Koroleva

Praha, květen 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Dále prohlašuji, že jsem práci vypracovala pomocí legálního programového vybavení a že veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, řádně cituji v seznamu literatury. Zároveň souhlasím se zveřejněním této práce, jak v tištěné, tak v elektronické podobě.

V Praze dne:

.....

(podpis)

Evidenční list

Souhlasím se zapůjčením své diplomové práce ke studijním účelům. Uživatel svým podpisem stvrzuje, že tuto diplomovou práci použil ke studiu, a prohlašuje, že ji uvede mezi použitými prameny.

Jméno a příjmení:

Fakulta / katedra:

Datum vypůjčení:

Podpis:

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí diplomové práce Kláře Daďové, Ph.D., za její ochotu, vstřícnost, trpělivost a neocenitelnou pomoc v rámci vedení mé závěrečné práce. Dále chci poděkovat svému muži, rodině a přátelům, kteří při mně stáli i v nejkritičtějších chvílích a plně mě podporovali po celou dobu studia. Také bych chtěla poděkovat celému týmu PARA PLAVÁNÍ PRAHA, a to jak plavcům, tak i mým kolegům. A velké díky samozřejmě patří i všem účastníkům výzkumu za jejich spolupráci.

Abstrakt

Název:

Vztah vnímané kvality života, sportovní angažovanosti a psychické odolnosti u para plavců

Cíle: Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit, zda vybrané vlastnosti z oblasti psychické odolnosti (resilience, hardiness, grit) souvisejí s vnímáním kvality života a sportovní angažovaností u para plavců. Dále pak zda můžeme na základě těchto vlastností predikovat kvalitu života a sportovní angažovanost.

Metody: Dotazníkového šetření se zúčastnilo 31 dospělých respondentů (13 žen, 18 mužů) ve věku od 19 do 59 let (průměrný věk $29,2 \pm 8,5$ let), kteří se věnují para plavání. Data byla získávána na základě dotazníku zaměřeného na obecné informace, životní spokojenost, grit, resilienci, sportovní angažovanost a hardiness (Martin et al., 2015), přeloženého do českého jazyka Jiskrovou (2019).

Výsledky: Životní spokojenost (LS) statisticky významně korelovala s resiliencí ($r=0,61$) a hardiness ($r=0,41$). Sportovní angažovanost (SE) byla ve statisticky významném vztahu pouze s hardiness ($r=0,46$). Životní spokojenost můžeme na základě regresní analýzy nejlépe predikovat z resilience, která vysvětluje LS z cca 37 %. SE lze predikovat pouze na základě hardiness, přičemž tato vlastnost může vysvětlovat SE z cca 21 %.

Klíčová slova: tělesné postižení, para sport, odolnost, psychická vytrvalost, grit, resilience, hardiness

Abstract

Title: The relationship of perceived quality of life, sport engagement and psychological resilience of para swimmers.

Objectives: The main aim of the thesis is to investigate whether selected traits in the area of psychology (resilience, hardiness, grit) are related to perceived quality of life and sport engagement of para swimmers. Furthermore, whether we can predict quality of life and sport engagement based on these characteristics.

Methods: Thirty-two adult respondents (13 females, 18 males), aged 19 to 59 years (mean age 29.2 ± 8.5 years), participated in a survey. Data were collected using a questionnaire focusing on general information, life satisfaction, grit, resilience, sport commitment and hardiness (Martin et al., 2015), which was translated into czech by Jiskrova (2019).

Results: Life satisfaction (LS) is statistically significantly correlated with resilience ($r=0.61$) and hardiness ($r=0.41$). Sport engagement (SE) was only statistically significantly correlated with hardiness ($r=0.46$). Life satisfaction, based on regression analysis, can be best predicted from resilience, which explains LS from about 37 %. SE can only be predicted from hardiness, which can explain SE from about 21 %.

Key words: physical disability, para sport, endurance, mental toughness, grit, resilience, hardiness

Obsah

Seznam zkratk	10
Úvod	11
TEORETICKÁ VÝCHODISKA PRÁCE	13
1 Kvalita života	13
1.1 Definice pojmu	13
1.2 Metody pro měření kvality života	15
1.3 Definice kvality života související se zdravím	16
2 Vybraná postižení s vlivem na motoriku	19
2.1 Zdravotní postižení	19
2.2 Tělesné postižení	19
2.3 Vrozené vývojové vady	23
2.4 Cévní mozková příhoda	24
2.5 Spina bifida	24
2.6 Joubertův syndrom	26
2.7 Kvalita života u osob se specifickými potřebami	27
3 Psychologické konstrukty důležité pro sport	29
3.1 Psychická odolnost	29
3.2 Resilience	31
3.3 Hardiness	32
3.4 Životní spokojenost	34
3.5 Psychická vytrvalost	35
3.6 Sportovní angažovanost	35
4 Para plavání	37
4.1 Para plavání v ČR	37
4.2 Klasifikace para plavců	39
4.3 Tréninkový proces para sportovců	40
VÝZKUMNÁ ČÁST	42
5 Cíle, úkoly práce a výzkumné otázky	42
5.1 Cíle práce	42

5.2 Úkoly práce.....	42
5.3 Stanovení vědeckých otázek.....	42
6 Metoda.....	44
6.1 Organizace sběru dat.....	44
6.2 Charakteristika výzkumného souboru p.....	44
6.3 Použité metody	46
6.4 Analýza dat.....	50
7 Výsledky	51
8 Diskuze.....	58
9 Závěr	61
Seznam použité literatury	62
Seznam tabulek	69
Seznam grafů	69
Seznam příloh	70
Příloha č. 1: Žádost o vyjádření etické komise.....	70
Příloha č. 2:	72
Příloha č. 3: Úvod k dotazníku.....	73

Seznam zkratk

DMO – dětská mozková obrna

WHO – Světová zdravotnická organizace

QOL – Quality of Life

OSP – Osoby se specifickými potřebami

Např. – například

Obr. – obrázek

TP – tělesné postižení

HRQOL – health-related quality of life

Úvod

Tělesná výchova a sport hrají jedinečnou roli v rehabilitačních procesech, neboť se jedná o oblast, která má vliv na zlepšení zdravotního stavu osob se zdravotním postižením, dává jim nový smysl života, vrací je do společnosti a umožňuje jim zaujmout dostatečně vysokou společenskou úroveň. To vše má vliv i na duševní stav osob s tělesným postižením.

Pozitivní vliv fyzické aktivity na kvalitu života potvrzují i autoři cvičebních programů používaných k léčbě deprese a úzkosti, a to nejen díky souvisejícímu uvolňování endorfinů, ale také díky interakci s ostatními lidmi. Bylo dokonce prokázáno, že úroveň sportovní vyspělosti významně ovlivňuje kvalitu života a fyzická zdatnost úzce souvisí s jejím zlepšením. Kromě toho byla délka tréninkových zkušeností sportovců spojena se zvýšenou mírou životní spokojenosti, vnitřním klidem, pocitem bezpečí nebo osobním úspěchem (Kotarska a kol., 2019). Proto je důležité, aby měli jedinci s tělesným postižením možnost trénovat a posléze soutěžit v některém z aplikovaných sportů.

V para sportu by měl výběr prostředků a metod tréninkového procesu vycházet především ze zohlednění nosologických charakteristik, funkčního a psychického stavu a pohybových schopností sportovců s postižením. Moderní trendy ve vývoji sportu osob se zdravotním postižením však naznačují potřebu pečlivějšího přístupu nejen k biologickým charakteristikám sportovců se zdravotním postižením, ale také k těm sociálně-psychologickým. Je třeba vyvinout psychologické techniky, s jejichž pomocí se para sportovci mohou rychleji adaptovat na sportovní aktivity a zvýšit účinnost psychologické rehabilitace. V soutěžní sféře pak nepodléhat emočním výkyvům a zvýšit odolnost vůči stresu.

Podle Martina (2012) se v posledních letech výrazně zvýšil počet studií zabývajících se psychologií sportovců se speciálními potřebami. Avšak není známo velké množství studií, které by zkoumaly schopnosti pozitivních psychologických konstruktů (např. resilience a hardiness) ve vztahu ke sportovní angažovanosti a životní spokojenosti u para plavců.

Proto mi přišlo zajímavé se této problematice věnovat. Mimo tento důvod hrál důležitou roli i fakt, že jsem sama plavala závodně a nyní se věnuji trénování plavců s tělesným postižením. V práci jsem použila českou, ruskou a anglickou odbornou

literaturu. Praktická část se věnuje právě vztahu životní spokojenosti a sportovní angažovanosti s výše uvedenými konstrukty.

TEORETICKÁ VÝCHODISKA PRÁCE

V současné době se stále častěji uvažuje o tom, jak vzniká schopnost člověka zvládat stres, na čem tato schopnost závisí, a zda je vrozená nebo formovatelná. Anciferová (1994) uvádí, že aktivní roli při formování psychické odolnosti mohou hrát dědičnost, temperament a také podmínky naší společnosti, které se projevují do schopnosti zvládat stresové situace. Bylo zjištěno, že odolnost lze do určité míry formovat v procesu výchovy člověka, podněcovat jeho samostatnost, podnikavost, učit jedince ovládat své emoce a schopnost mobilizovat se v obtížných životních situacích. V tomto ohledu je nutné rozvíjet osobnostní rysy, které formují odolnost a podporují adaptaci, na stresující životní rytmus, úzkost a stres (Anciferová, 1994). Odolnost a určitá schopnost adaptace souvisí i s vnímáním kvality života člověka.

1 Kvalita života

1.1 Definice pojmu

Jak poukazují Vaňurová a Mühlpachr (2005, s. 7), s pojmem kvality života se setkáváme již v řecké a římské mytologii. V průběhu celé historie se lidé snažili různými metodami zlepšit životní podmínky ve svém okolí. Tyto metody nebyly vždy humánní, ale vždy směřovaly k jednomu cíli: vytvořit lidem příjemné podmínky k životu.

Jak píše Hnilicová (2005), definovat kvalitu života není snadné. Existuje mnoho definic, ale žádná z nich není univerzálně správná a všeobecně přijímaná. Ludíková et al., (2015) zmiňují, že počátky zájmu o kvalitu života se projevují již ve starověkém Řecku a Římě. Samotný termín kvalita života se začal zmiňovat ve 30. letech 20. století.

Payne a kol. (2005) však tvrdí, že první použití výrazu „kvalita života“ se datuje do 70. let 20. století, kdy ho použil politik Willy Brandt. Payne et al. rovněž poznamenávají, že se později tento termín začal užívat v sociologii v souvislosti s výzkumem zaměřeným na zjišťování dopadu sociálních změn na život lidí.

QOL je mezinárodní zkratka pro pojem „kvalita života“ v anglicky psané literatuře. Problematikou kvality života se zabývají odborníci z různých vědních oborů. Kvalita života se stává cílem rozvoje jednotlivce, státu i světového společenství jako celku. V medicíně se věnuje zvláštní pozornost fyzickému zdraví, v ekonomice úrovni blahobytu

a bezpečnosti, v ekologii stavu životního prostředí, psychologie zkoumá potřeby člověka, jeho hledání smyslu života, jeho honby za štěstím (Rossoshansky, 2016)

Termín „kvalita života“ používají vědci pro posuzování obecného blahobytu jednotlivce nebo populace jako celku. Je obtížné tento pojem definovat, protože sestává z celého souboru objektivního a subjektivního měření, který se může v průběhu času měnit, neboť člověk získává nové zkušenosti. Gurková (2011, s. 23) také uvádí, že definovat kvalitu života je náročné, protože zahrnuje velké množství různých oblastí, které jsou součástí lidského života. Jednotná komplexní definice kvality života dosud neexistuje. Níže jsou uvedeny definice, z nichž každá ve větší či menší míře odráží pojem „kvalita života“.

Kurdybaylo a kol. (2002) po shrnutí zkušeností mnoha vědců v této oblasti dospěli k závěru, že kvalita života je obvykle chápána podmínkami lidské existence: zajištěním materiálních statků, potravin, ošacení, bydlení, bezpečnosti, dostupnosti lékařské péče, možností vzdělávání a rozvoje schopností, stavu přírodního prostředí nebo sociálních vztahů ve společnosti.

Analýza existujících definic „kvality života“ umožňuje dospět k závěru, že tato kategorie odráží jak objektivní podmínky existence jednotlivce a společnosti jako celku, tak subjektivní hodnocení těchto podmínek. Kvalita života je tedy chápána jako pojem, který zahrnuje určitý soubor nezbytných parametrů a podmínek života jedince a hodnocení či míru spokojenosti s jejich reálným stavem mezi jednotlivci a společností, resp. označuje kvantitativní úroveň a rozmanitost těch materiálních a duchovních potřeb, které je jedinec schopen uspokojit v podmínkách určité společnosti (Spiridonov, 2010).

Pro představu zde uvedu některé z definic:

„Kvalita života je nedílnou charakteristikou fyzického, psychického, emocionálního a sociálního fungování zdravého nebo nemocného člověka na základě jeho subjektivního vnímání.“ (Novik et al., 2007, s. 144)

„Kvalita života je míra pohodlí člověka v něm samém a ve společnosti, ve které žije.“ (Sienkiewicz, 2000, s. 32)

„Kvalita života je funkční dopad zdravotního stavu a následné terapie na pacienta.“ (Novik et al., 2007, s. 144)

Hnilicová (2005, s. 207) shrnuje: *"Na nejobecnější úrovni je kvalita života chápána jako výsledek interakce mnoha faktorů. Jde o sociální, zdravotní, ekonomické a environmentální podmínky, které se vzájemně kombinují a velmi často neznámým (nebo neprozkoumaným) způsobem ovlivňují vývoj člověka na úrovni jednotlivců i celých společností."*

Podle Payne a kol. (2005) se QOL v oblasti psychologie zabývá třemi hlavními koncepty:

- koncept štěstí,
- koncept životní spokojenosti,
- koncept prožívání subjektivní pohody.

1.2 Metody pro měření kvality života

Studium kvality života se nevyhnutelně odehrává v kontextu vlivu mnoha faktorů vnitřního a vnějšího prostředí na zkoumané osoby. Základní je v tomto případě otázka, jak jedinec vnímá ty složky prostředí, které se pro něj v konkrétní životní situaci stávají významnými. Vnímání těchto prvků prostředí odráží nejen jejich význam pro člověka, ale také jeho postoj k nim. V důsledku toho lze kvalitu života chápat jako výsledek integrace subjektivních a objektivních charakteristik každodenního života a aktivit jedince (Goloviná, 2006).

Jak bylo řečeno výše, kvalitu života lze zkoumat subjektivně nebo objektivně. Pojem objektivní kvalita života představuje uspokojení potřeb souvisejících se sociálními a materiálními životními podmínkami, sociálním postavením a fyzickým zdravím. Subjektivní kvalita života se týká emocionality a celkové životní spokojenosti člověka hodnocené z pohledu jednotlivce (Vymětal, 2003). Názory různých autorů se zde rozcházejí. Někteří se domnívají, že objektivní a subjektivní kvalitu života lze zkoumat ve třech hlavních oblastech – fyzické, sociální a psychologické. Jiní autoři však tvrdí, že ačkoliv se koncept kvality života skládá ze tří úrovní, jejich obsah se může lišit (Salajka, 2006).

První úroveň zahrnuje spokojenost člověka s jeho životem a celkovou životní spokojenost. Ke druhé úrovni patří různé oblasti kvality života jako fyzická pohoda, sociální chování, celková spokojenost a psychologické parametry, podmínky a faktory

související s ekonomickou a pracovní situací a náboženský nebo duchovní stav. Třetí úroveň zohledňuje všechny složky, které jsou konkrétně hodnoceny prostřednictvím škál nebo testů (Salajka, 2006).

Studium kvality života se v posledních letech rozšířilo. Po celém světě se tématem kvality života zabývají různé výzkumné skupiny, které vycházejí z rozlišných koncepčních rámců a snaží se toto zajímavé téma řešit z různých úhlů pohledu. Obecně lze říci, že studovat kvalitu života dnes znamená hledat a identifikovat faktory, které přispívají k dobrému a smysluplnému životu a pocitu lidského štěstí. Výzkumníci se také zajímají o vzájemné interakce a souvislosti mezi těmito faktory (Hnilicová, 2005). Autorka také zmiňuje, že termín „kvalita života“ se začal ve zdravotnictví používat již v 70. letech 20. století. Jedna z prvních monografií, která se zabývala touto problematikou, vznikla v roce 1975 (Strauss, 1975) a byla věnována hodnocení kvality života chronicky nemocných pacientů (Petr, 2004).

V dnešním světě je zvýšený zájem o studium kvality života přímo spojen s hospodářskou krizí, která má za následek pokles reálných příjmů ve většině zemí světa a prohloubení majetkových rozdílů (Lobanov, 2018).

Když se obrátíme k novější literatuře, zjistíme, že pojem kvalita života má rovněž bohatý a širší význam. Shrnuje prožitky vlastního zdraví, stupeň osobní pohody, životní spokojenosti a postavení na společenském žebříčku (Kebza, 2005).

1.3 Definice kvality života související se zdravím

Zájem o problematiku kvality života a dopadu nemoci na jedince existoval i v zahraniční medicíně. Již v 16. století se anglický filozof a vědec Francis Bacon domníval, že hlavním cílem léčby nemocného člověka je dosažení harmonického stavu lidského těla, který zajistí plnohodnotný život. Zejména v posledních dvaceti letech se značně rozšířil výzkum kvality života související se zdravím (Lobanov, 2018).

V roce 1966 Erkinon J. R. jako první použil výraz „kvalita života“ v diskusi o důležitosti komplexního studia účinků nemoci. Pojem „kvalita života“ byl v medicíně oficiálně uznán v roce 1977 (Novik et al., 2004). Bylo stanoveno, že studium kvality života by se mělo zaměřit na hodnocení individuálního vnímání funkčních schopností pacienta, jeho postojů k určitým změnám v životě. Jak píše Golovina (2006), nemoc

ovlivňuje nejen fyzický stav člověka, ale také psychiku jeho chování, emoční reakce, často mění jeho místo a roli ve společenském životě, a proto účinná pomoc pacientovi není možná bez komplexního studia těchto projevů.

V moderní medicíně se široce používá termín **health-related quality of life** (dále jen HRQOL), který označuje hodnocení parametrů souvisejících a nesouvisejících s nemocí a umožňuje diferencované posouzení dopadu nemoci a léčby na psychický a emocionální stav pacienta a jeho sociální postavení. V české literatuře se tento termín překládá trochu jinak, ale stále se nejčastěji objevuje jako *kvalita života související se zdravím* nebo *kvalita života tykající se zdraví*.

Dle definice Mareše (2006, s. 30) *zahrnuje HRQoL ty aspekty celkové kvality života, které jsou nejvíce ovlivněny zdravotním stavem buď somatickým, nebo duševním. Jedná se o vnímané somatické a mentální zdraví včetně souvislostí typu zdravotních rizik a podmínek, funkčního stavu, sociální opory a socioekonomického statusu. Na úrovni komunity zahrnuje HRQoL zdroje, podmínky, zdravotní politiku a praktické postupy, které ovlivňují vnímaný zdravotní a funkční stav populace.*

Kvalita života je nedílnou charakteristikou, která ovlivňuje fyzické, sociální a psychické fungování člověka. V souladu s první pracovní definicí kvality života ve vztahu ke zdraví, uvedenou WHO (1993), je to vnímání jedince s ohledem na jeho postavení ve společnosti v kontextu kultury a aktuálního žebříčku hodnot a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, zájmům, starostem a obavám (WHO, 1993).

HRQL je součástí celkového konceptu kvality života, která se hodnotí především z hlediska fyzického stavu a zdraví a závisí na specifických vlastnostech jedince. Ovlivňuje ji také duševní stav, psychická pohoda, sociální vazby, zaměstnání, ekonomické podmínky a denní režim (Vaňurová a Mühlpachr, 2005; Salajka, 2006).

Ukazuje se, že změna životní situace vyvolaná například nemocí způsobí výraznou změnu kvality života. Když do životního procesu člověka náhle zasáhne nemoc, hospitalizace, bolest, úzkost a strach, psychické postižení nebo různé sociální změny jako jsou spory, konflikty a krize, je jeho úroveň kvality života znatelně otřesena a není stejná jako dříve (Křivohlavý, 2002). Dle názorů Slámy (2005) kvalita života vyjadřuje, do jaké míry nemoc a léčba ovlivňují možnost pacientovi žít spokojený život.

Zájem odborníků z různých vědních oborů o kvalitu života u osob se specifickými potřebami (dále jen OSP) vychází nejen z možnosti využít spolehlivou a účinnou metodu

k hodnocení zdraví a pohody populace, ale také z účinnosti rehabilitačních metod, poskytování lékařské péče a zdravotnického systému jako celku (Afanasyeva, 2010).

2 Vybraná postižení s vlivem na motoriku

2.1 Zdravotní postižení

Společnosti ve všech koutech světa se odpradávně potýkaly se zdravotními problémy. Není proto snadné vyložit definici "zdravotního postižení", ale je nutné zdravotní postižení nějakým způsobem klasifikovat. Právě tohoto obtížného úkolu dělení se ujala Světová zdravotnická organizace (dále WHO). Dokument *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů* vznikl v roce 1948 (sloučením tehdy existujícího seznamu klasifikací příčin smrti a dalších doplňkových seznamů) a od té doby je průběžně aktualizován.

Světová zdravotnická organizace (WHO) ve své Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví zohledňuje sociální aspekty postižení a nepovažuje postižení pouze za "lékařskou" nebo "biologickou" poruchu. WHO rozlišuje následující hlavní pojmy:

Porucha nebo **vada** – jakákoliv ztráta nebo abnormální fungování psychické, fyziologické nebo anatomické struktury či funkce.

Postižení – jakékoliv omezení nebo absence (v důsledku poruchy) schopnosti vykonávat určitou činnost způsobem nebo v rámci, který je pro daného jedince považován za normální.

Handicap – definován jako pokles funkční kapacity na úrovni organismu, jedince nebo společnosti, ke kterému dochází, když zdraví (zdravotní stav) občana narazí na překážky v prostředí. (WHO, 1980)

Zdravotní postižení je postižení vyplývající z fyzických, psychických, smyslových, kulturních, právních nebo jiných překážek, které brání osobě s postižením začlenit se do společnosti na stejném základě jako jejím ostatním členům (Ulanova, 2018).

2.2 Tělesné postižení

Tělesné postižení (dále jen TP) lze definovat jako omezení fyzických dovedností s dlouhou či trvalou dobou trvání. Tělesné postižení má značný vliv na všechny oblasti života postiženého jedince a může být rozděleno na postižení pohybové soustavy, nosné soustavy a nervového ústrojí. (Renotierová a Ludíková 2006)

Tělesné postižení lze rozdělit do dvou kategorií podle doby vzniku, a to na vrozené a získané tělesné postižení. U vrozených postižení jsou poruchy hybnosti nejčastěji spojeny s dětskou mozkovou obrnou. Méně často se vyskytují vrozené vývojové vady, jako např. rozštěp patra, malformace, nedostatečně vyvinuté končetiny apod. Pokud jde o získané tělesné postižení, nejčastějšími příčinami jsou následky závažných onemocnění nebo úrazů, při nichž dochází k amputaci nebo poškození míchy a páteře (Slowík, 2016).

Pro jedince s TP je typické částečné či úplné omezení pohybu a dělíme je na primární a sekundární. Primární omezení pohybu vzniká jako následek přímého postižení pohybového aparátu nebo může být důsledkem poškození centrální či periferní nervové soustavy. Patří sem amputace, deformace, vývojové vady a další. Sekundární tělesné postižení je následkem různých nemocí nebo poruch, které omezují pohyb nemocného jedince a můžeme sem řadit choroby srdeční, revmatické či kostní (Vítková, 2006; Kudláček a kol, 2013).

2.2.1 Mozková obrna

Pod pojmem dětská mozková obrna se skrývá celý komplex různých poruch nervového a svalového systému, které se u těchto dětí vyskytují (Vítková, 2006). Dětská mozková obrna progreduje v důsledku patologických změn ve strukturách mozku nebo nervového systému. V důsledku toho mají děti problémy s koordinací, rovnováhou a držením těla. Jejich závažnost se může lišit. Kromě pohybových poruch mívá mnoho dětí problémy také se zrakem, sluchem, řečí, periodickými křečemi a mentální retardací. Vzniká prenatálně, perinatálně i postnatálně – do tří měsíců od narození dítěte (Vítková, 2006). Některé z rizikových faktorů pro vrozenou DMO jsou:

- Nízká porodní váha – děti, které při narození váží méně než 2 500 gramů, zvláště ty, které váží méně než 1 500 gramů, mají větší pravděpodobnost výskytu DMO (Braun et al., 2006).
- Předčasný porod – Děti, které se narodily před 37. týdnem těhotenství, hlavně ty narozené před 32. týdnem těhotenství, mají větší riziko vzniku DMO (Braun et al., 2006).
- Vícečetné porody – Dvojčata, trojčata a další vícečetné porody mají vyšší riziko DMO, zejména když jeden z plodů zemře před porodem nebo krátce po něm. Pokud je v takovém případě těhotenství vícečetné, je podle statistik

pravděpodobné, že jedno z dětí bude mít dětskou mozkovou obrnu, šance je 12krát vyšší než při nošení jednoho plodu (Bonellie et al., 2005).

- Léčba neplodnosti technologií asistované reprodukce (ART) – Děti narozené z umělého těhotenství pomocí použití některých způsobů léčby neplodnosti mají vyšší pravděpodobnost narodit se s obrnou. Větší riziko mají také starší rodiče s anamnézou neplodnosti (Goldsmith et al., 2018).
- Infekce během těhotenství – ukazuje se, že infekce může přejít z krve matky do krve plodu s určitými poruchami placenty nebo v důsledku vlastností infekčního procesu. Chronické infekce matky mají vždy patologický vliv nejprve na placentu a přes poškozenou placentu i na plod, což vede k intrauterinní asfyxii a zánětlivým procesům u plodu (Braun et al., 2006).
- Žloutenka a kernikterus – Tento stav u novorozence nastává v důsledku zvýšení hladiny bilirubinu v krvi. Poznáte to podle charakteristické žluté barvy kůže. Pokud je hladina bilirubinu několikrát vyšší než normální a dítě nedostává správnou léčbu, mozek může začít trpět. V tomto případě není vyloučen rozvoj dyskinetické formy dětské mozkové obrny.
- Zdravotní stav matky – Matky s problémy se štítnou žlázou, mentálním postižením nebo záchvaty mají vyšší riziko porodit dítě s DMO.
- Porodní komplikace – odloučení placenty, ruptura dělohy nebo problémy s pupeční šňůrou během porodu mohou narušit zásobování dítěte kyslíkem a vést k DMO.

Každý jedinec má individuální projevy DMO. Rozdělení DMO má více možností a liší se dle autorů. Ve své diplomové práci používám dělení dle Šlapala (1996), který klasifikuje mozkovou obrnu na formy spastické a nespastické. Spastické dělí na diparetické, hemiparetické a kvadruparetické. Nespastické rozlišuje na hypotonické a extrapyramidové.

Spastické formy DMO tvoří přibližně 70–80 % všech jedinců s DMO a hlavními příznaky pro ni jsou svalová spasticita, nesprávný motorický vývoj, vznik kontraktur a hyperreflexií (Kraus, in Ošlejšková 2015). Nespastická forma DMO tvoří 10 % případů a charakteristická je pro ni absence svalového tonu.

2.2.2 Míšní léze

Míšní léze může být způsobena vrozenými abnormalitami, nejrozličnějšími chorobami a zejména úrazovým poraněním míchy. To zahrnuje zlomeniny, pohmožděniny či komprese v oblasti páteře a následně míchy, s různým stupněm poškození integrity tkáně. Ke zranění může dojít v důsledku autonehody, pádu, kolmého úderu do oblasti zad (střelná rána, bodnutí nožem, tupý úder). Nejzávažnější variantou je kompletní přerušení míchy v oblasti krční páteře.

V současné době neexistuje spolehlivý odhad celosvětové prevalence, ale incidence na celosvětové úrovni se odhaduje na 40–80 případů na milion obyvatel ročně. Až 90 % těchto případů je způsobeno úrazem, i když se zdá, že podíl atraumatických poranění míchy se zvyšuje (Kachesov, 2002).

Úrazy postihují především společně páteř i míchu, ale existují i izolované úrazy – zlomeniny páteře bez neurologických poruch a neurologické příznaky bez poranění páteře. Poranění krční a bederní páteře jsou častější a příznaky závisí na úrovni poranění – poranění krční páteře způsobují poruchy hybnosti a citlivosti rukou a nohou a poruchy pánevních orgánů, zatímco poranění bederní páteře způsobují poruchy hybnosti a citlivosti nohou a poruchy pánve (Kachesov, 2002).

Poškození motorické dráhy způsobené úrazem nebo nemocí na úrovni mozku nebo míchy vede k částečné nebo úplné ztrátě hybnosti. Poruchy hybnosti mohou mít podobu ochrnutí (plegie), čili úplné ztráty svalové síly a aktivních pohybů, nebo parézy (oslabení svalové síly a omezení aktivních pohybů). Přítomnost a stupeň parézy se určuje vyšetřením rozsahu pohybu a svalové síly končetin. Ambler (2006) a Kudláček (2013) rozdělují poškození míchy podle výšky poranění páteře takto:

- **Paraplegie/paraparéza** – Paraplegie je úplné ochrnutí dolních končetin a můžeme je rozlišovat na vysokou (Th1–Th6) a nízkou (Th7 a níže). Paraparéza je částečné přerušení inervace dolní poloviny těla.
- **Tetraplegie/tetraparéza (kvadruplegie/kvadruparéza)** – Mícha je poškozena mezi segmenty C5 a C8. Tetraplegie vzniká při postižení míchy na úrovni IV., V. a VI. krčního obratle, ale člověk je schopen zvedat a ohýbat ruce. Při postižení míchy na úrovni VI. a VII. krčního obratle jsou ochrnuté nohy, ruce a zápěstní klouby, ale pacient je schopen ohýbat ruce a pohybovat ramenem.

- **Pentaplegie** – Jedná se o ochrnutí všech čtyř končetin, pohyblivost je možná jen v oblasti šíje a hlavy (závisí na segmentu). Mícha je poškozena v oblasti C1–C4.

2.3 Vrozené vývojové vady

Malformace jsou trvalé morfologické změny orgánu, systému nebo organismu, které přesahují odchylky v jeho struktuře a vznikají v děloze v důsledku abnormálního vývoje embrya nebo po narození jako důsledek abnormálního dalšího utváření orgánů. Malformace jsou důsledkem genových mutací, chromozomálních a genomových mutací, kombinovaných účinků genových mutací a faktorů vnějšího prostředí a teratogenních faktorů (Enikeev et al., 2015).

Vrozené anomálie horních končetin jsou způsobeny abnormálním utvářením končetin během nitroděložního vývoje. Největší význam pro výskyt vrozených vad horních končetin mají teratogenní faktory (infekční onemocnění, užívání alkoholu a některých léků, ionizující záření) ve 3. –7. týdnu těhotenství. Příčina vrozených anomálií horních končetin často zůstává neznámá (Enikeev et al., 2015).

Mezi konkrétní příklady anomálie patří např.:

Artrogrypóza – toto vrozené onemocnění pohybového aparátu je charakterizováno vznikem kontraktur více kloubů, poškozením míšních neuronů a primární atrofii svalových struktur. Klinický obraz se skládá z deformity kloubních ploch s omezeným rozsahem pohybu, svalové hypotonie, přičemž děti si zachovávají normální úroveň inteligence a nemají poškozené vnitřní orgány (Agranovich a Lahina, 2013).

Hypoplazie palce – jedná se o specifickou malformaci palce na ruce. V závislosti na vývoji se může projevovat různými způsoby. Často dochází ke zkrácení nebo vyhubnutí palce. Někdy je k tělu přichycen kůží nebo může zcela chybět (Kornilov et al., 2001).

Aplazie je doprovázena zkrácením a zakřivením končetiny. V případě dolní končetiny (DK) je DK supinovaná, equinózní nebo sublaxovaná. Opora je narušena. Může se kombinovat s nedostatečným vývojem nebo absencí kostí v chodidle, nedostatečným vývojem nebo vykloubením pately, atrofií a abnormálním vývojem svalů dolní končetiny a stehna. Děti do 3 let věku se léčí konzervativně, aby se obnovilo normální postavení chodidla. Následně se dolní končetina prodlouží pomocí distrakčního přístroje (Enikeev et al., 2015).

2.4 Cévní mozková příhoda

Mozkové příhody stále patří k nejčastějším problémům moderní medicíny, zejména neurologie, vzhledem k vysoké incidenci a významnému počtu úmrtí, závažnému stupni invalidity a dramatickému snížení kvality života, ztrátě profesních schopností a sociálnímu nepřizpůsobení (Kandyba, 2013).

Pojem "cévní mozková příhoda" spojuje různé stavy z hlediska etiologie a patogeneze, jejichž realizačním článkem je akutní cévní příhoda, a to jak arteriálního, tak žilního řečiště. Cévní mozková příhoda označuje akutní poruchy mozkové cirkulace charakterizované náhlým vznikem ložiskových neurologických poruch (motorických, řečových, smyslových, koordinačních, zrakových, korových funkcí, paměti) a celkových mozkových poruch. Trvají déle než 24 hodin, nebo vedou k úmrtí v kratší době z cerebrovaskulární příčiny (Kandyba, 2013).

Existují dva typy mozkové příhody:

- **Ischemická** – nejčastěji způsobená zúžením nebo ucpáním tepen, které zásobují mozek. Bez přísunu kyslíku a živin mozkové buňky odumírají. Jedná se o 90 % mrtvic. K příčinám, které mohou vyvolat ischemickou příhodu, patří: infarkt myokardu, vysoký nebo nízký krevní tlak, fibrilace síní, diabetes mellitus, poruchy metabolismu lipidů. Mezi rizikové faktory se řadí stáří, dědičné dispozice k cévním příhodám a životní návyky.
- **Hemoragická** – ke krvácivé mozkové příhodě dochází v důsledku krvácení do mozku společně s prasknutím cév. Nástup patologie je akutní, nejčastěji se vyskytuje v přítomnosti vysokého krevního tlaku. Osoba má silné bolesti hlavy, závratě, doprovázené zvracením nebo nevolností. Stav se rychle mění v hluchotu, ztrátu vědomí a nakonec kóma. Neurologické příznaky se projevují ztrátou paměti, poruchou citlivosti a řečových funkcí. Jedna strana těla na opačné straně léze ztrácí schopnost normálně fungovat. To postihuje nejen svaly trupu, ale také obličej.

2.5 Spina bifida

Spina bifida je vrozená vývojová vada, při níž dochází k postižení páteře v důsledku abnormálního uzavření embryonální neurální trubice ve čtvrtém týdnu nitroděložního vývoje. Hlavním problémem všech pacientů s rozštěpem páteře je závažné neurologické

postižení, které se projevuje snížením motorické a senzorické aktivity pod úrovní léze, což se projevuje paralýzou a parézou dolních končetin (Copp et al., 2015).

Ačkoliv příčina není známa, riziko této abnormality zvyšuje nízká hladina folátů během těhotenství. Některé děti jsou asymptomatické, zatímco jiné mají závažnou neurologickou dysfunkci pod místem poškození. Otevřený rozštěp páteře lze prenatálně diagnostikovat ultrazvukem nebo na něj poukazuje zvýšená hladina α -fetoproteinu v mateřském séru a plodové vodě. Po porodu je léze často vidět na zádech. Léčba je obvykle chirurgická.

Rozštěp páteře se vyskytuje ve třech formách, z nichž každá má jiný stupeň závažnosti:

- **Spina bifida occulta** (rozštěp páteře bez herniace páteře) –tato forma rozštěpu páteře je důsledkem abnormálního oddělení nebo mezery v jednom nebo více obratlích a vyskytuje se přibližně v 5 % případů. Protože míšní nervy obvykle nejsou postiženy, většina dětí s touto formou rozštěpu páteře nemá žádné příznaky a neprojevují se u nich žádné neurologické problémy. Jediným viditelným projevem onemocnění může být neobvyklý chomáč vlasů, svazek tuku, malá prohlubeň nebo mateřské znaménko na kůži novorozence nad místem defektu páteře. Mnoho pacientů s rozštěpem páteře o něm ani neví, dokud není zjištěn rentgenem nebo jinými zobrazovacími vyšetřeními. V některých případech se kombinuje s jinými vrozenými abnormalitami v páteřním kanálu (lipom, dermoidní cysta, diastematomyelie – rozštěpení terminální oblasti míchy), které mohou způsobit bolestivý syndrom a neurologické poruchy v podobě paréz, poruch citlivosti a poruch pánevních orgánů (Popov, 2007).
- **Meningokéla** – malformace středně závažného stupně, při níž se defektem v páteři vyklenují pouze míšní obaly a vytvářejí herniální vak nebo cystu naplněnou mozkomíšním mokem, bez prvků nervové tkáně. Meningokéla se obvykle nachází v lumbosakrální páteři, někdy dosahuje velkých rozměrů a má krátkou stopku. Mícha a kořeny jsou obvykle nezměněny a zaujímají normální fyziologickou polohu, která je charakteristická pro cerviko-thorakální lokalizaci. Lumbosakrální meningokéla je kryta kůží a nezahrnuje ochrnutí dolních končetin ani ochrnutí močového měchýře a konečníku a hydrocefalus. U meningokély je závažnost stavu pacienta méně výrazná než u myelomeningokély, ale je možná i menší dysfunkce močového měchýře a střev s klinickou symptomatologií. Tento stav může

vyžadovat chirurgický zákrok, který však u novorozenců nemusí být nutně urgentní, přesto se chirurgická léčba tohoto stavu doporučuje z kosmetických důvodů a z důvodů péče o novorozence (Popov, 2007).

- **Myelomeningokéla** (spina bifida cystica) je nejzávažnější formou a představuje asi 75 % všech forem rozštěpu páteře. U této formy rozštěpu páteře část míchy vystupuje skrz defekt v páteři. Někdy může být "váček" obsahující míchu zakryt kůží, zatímco v jiných případech může vystupovat mozková tkáň a nervové kořeny a závažnost neurologických příznaků může být snížena. Závažnost neurologických příznaků a abnormalit bude souviset s umístěním a závažností defektu míchy (Moldenhauer, 2015).

Přesné příčiny této vývojové vady zatím medicína nezná. Stejně jako u jiných vrozených onemocnění je rozštěp páteře důsledkem kombinace genetických a rizikových faktorů, jako je výskyt defektů neurální trubice v rodině a nedostatek kyseliny listové.

2.6 Joubertův syndrom

Joubertův syndrom je vzácné genetické onemocnění, které se vyznačuje třemi hlavními rysy: abnormalitou mozečku a mozkového kmene, hypotonií a opožděným vývojem. Většina příznaků a symptomů Joubertova syndromu se objevuje velmi brzy v kojeneckém věku, přičemž většina dětí vykazuje opoždění v základních motorických fázích. Mezi nejčastější příznaky patří ataxie, hyperpnoe, abnormální pohyby očí a jazyka a hypotonie v raném dětství. Mohou se vyskytnout i další malformace, jako jsou polydaktylie, rozštěp rtu nebo patra, abnormality jazyka a záchvaty (Parisi et al., 2007).

Podrobný popis syndromu podala Marie Joubertová v roce 1969. Psala o čtyřech sourozencích (tři bratři, jedna sestra) v jedné rodině s abnormálním dýcháním, prudkými pohyby očí, špatným mentálním vývojem a ataxií. Radiologické vyšetření ukázalo, že určitá část mozku, tzv. mozečkový červ, chybí nebo se plně nevytvořila. Tato specifická vada mozku byla u jedné z těchto osob potvrzena při pitvě. V její původní zprávě byl popsán také sporadický (nedědičný) pacient s podobným nálezem, navíc s polydaktylií. Jiný název pro Joubertův syndrom je Joubert-Bolt Hauserův syndrom (Brancati et al., 2010).

Joubertův syndrom je autozomálně recesivní porucha. K autozomálně recesivním poruchám dochází tehdy, když člověk zdědí určitý pár genů, které nepracují správně. U

dětí rodičů-nosičů je 25% pravděpodobnost (1 ze 4), že se to stane v každém těhotenství. Je známo, že mozeček a mozkový kmen se začínají tvořit mezi šestým a dvanáctým týdnem těhotenství. Vrozené vady vyskytující se u Joubertova syndromu se musí vyskytnout právě v tomto klíčovém období vývoje (Parisi et al., 2007).

2.7 Kvalita života u osob se specifickými potřebami

Na přelomu 20. a 21. století se odborníci zabývali kvalitou života lidí se speciálními potřebami, aby zjistili jejich znevýhodnění ve srovnání s ostatními lidmi nebo s komplexní společností bez postižení. Jedním ze závěrů studie bylo, že čím více má člověk postižení, tím větší je potřeba intervence, která by překlenula rozdíl mezi člověkem s postižením a běžným člověkem (Ludíková 2014). Podle Ludíkové (2012) bylo první statistické šetření osob se zdravotním postižením v České republice provedeno v roce 2007. Jeho cílem bylo především zjistit, které bariéry pro zlepšení kvality života osob se zdravotním postižením by bylo možné zmírnit nebo zcela odstranit.

QOL osob se specifickými potřebami jim umožňuje žít ve společnosti zdravých lidí, stejně jako v prostředí menšinové komunity. Význam hodnocení QOL osob se zdravotním postižením je důležitý také při zjišťování vlivu jednotlivých složek postižení. Mezi ně patří například rehabilitační složky, terapeutické složky atd. (Jesenský, 2000).

Kvalitu života osob se specifickými potřebami je třeba zkoumat v širokém spektru, takže je třeba zohlednit mnoho faktorů, včetně například míry podpory, ať už ze strany rodiny, nebo odborníků (Ludíková 2014). Je velmi důležité si uvědomit, že mnoho různých faktorů působí na každého jedince jinak a s různou intenzitou. Pro někoho jsou například důležité vztahy a společnost, pro jiného vzdělání a práce.

Jak definuje Světová zdravotnická organizace, zdravotní stav člověka má zásadní vliv na QOL. To rozhodně neznamená, že život člověka s postižením není a nemůže být kvalitní. Je třeba říct, že tito lidé mají všechny předpoklady pro vysokou kvalitu života a vnímají postižení jako součást své identity (Gabel a Peters, 2004). Kawanishi a Greguol (2013) poukazují na to, že nedávné výzkumy se již nezaměřují na zdravotní stav OSP v kombinaci s měřením QOL. Právě oni testovali vliv rozličných typů fyzické aktivity na osoby s poraněním míchy. Nedostatky studie jim nebránily potvrdit pozitivní vliv fyzické aktivity na kvalitu jejich života.

Reifenauer a Daďová (2016) zkoumaly kvalitu života u osob s roztroušenou sklerózou zejména s ohledem na pozitivní působení jógových cvičení. Ve své diplomové práci se podobným tématem zabývala také Kůtová (2019), která hodnotila kvalitu života u amputářů hrajících volejbal vsedě.

Za okolnosti, které ovlivňují QOL zdravotně postižených jedinců, jsou považovány:

- odpovídající zdravotní stav – schopnost provedení aspoň nějakého pohybu jen určitou částí těla; schopnost vnímat vlastní tělo a jeho možnosti, mít představu o své budoucnosti, a tedy i motivaci k nějaké činnosti,
- odpovídající prostředí – rodina, škola, přátelé, vhodné bydlení, sportovní zařízení, kde je možné provádět pohybovou činnost.

(Potměšil a Čichoň, 2003)

3 Psychologické konstrukty důležité pro sport

Pro účely této práce je potřeba především blíže se seznámit s klíčovými pojmy jako psychická odolnost jak ve smyslu resilience, tak ve smyslu hardiness. Dále je cílem popsat psychickou vytrvalost (grit) a její význam ve sportu. V neposlední řadě je třeba se také dotknout sportovní angažovanosti a životní spokojenosti.

3.1 Psychická odolnost

S pojmem psychická odolnost se setkáváme v různých oblastech psychologie, např. v psychologii zdraví, psychologii osobnosti, klinické psychologii a dalších. Dle autorů Kebza a Šolcová (2008) lze tento pojem definovat jako schopnost vyrovnat se s psychickou zátěží bez použití nepřiměřených patologických reakcí.

Paulík (2017) usuzuje, že odolnost lze rozdělit na fyzickou a psychickou, ale současná psychologie vnímá odolnost spíše jako komplex těchto dvou složek a uplatňuje především tři vztahové rámce pohledu na adaptační schopnosti: odolnost jako osobnostní rys, odolnost jako proces a nezdolnost neboli salutogenezi.

Selivanova (2020) ve svém článku píše, že fenomén "psychická odolnost" patří do kategorie vnitřních lidských zdrojů a představuje schopnost člověka emočně se regulovat ve stresových situacích a míru fyzické, duševní a psychické vitality. Na druhé straně je koncept odolnosti organicky zakotven ve vnějších faktorech ovlivňujících lidské chování, zejména ve faktorech sociálních. Z praktického hlediska je důležité poznamenat, že tento koncept je širší než jen adaptace, protože zahrnuje dva významy:

- Odolnost vůči destrukci, tj. schopnost člověka bránit svou integritu, když je pod silným tlakem.
- Kromě pouhé odolnosti je to schopnost vybudovat si smysluplný život v obtížných podmínkách.

Analýza výzkumů Maddi, a kol. (2005) ukázala, že formování takové vlastnosti člověka, jako je odolnost, je určeno různými podmínkami činnosti člověka, podmínkami jeho života a okolními stresovými faktory. A v závislosti na vnitřních předpokladech jedince jsou možné různé úrovně rozvoje a intenzity odolnosti.

Existuje také souvislost mezi odolností, stresem a zdravotními problémy v závislosti na pohlaví a věku, kde muži jsou ohroženi více (Sheppard a Kashani, 1991). Odolnost se projevuje nejen v postojích, ale také v chování – např. snaha předcházet nemocem. Úloha odolnosti je zvláště důležitá při léčbě a péči o nevléčitelně nebo těžce nemocné, např. HIV (Nagy a Nix 1989). Úroveň a strukturu osobní pohody ovlivňují také protektivní prvky používané v některých dalších konceptech psychické odolnosti (**resilience** a koncept **hardiness** vyvinutý S. Kobasovou a jejími kolegy). Více je o tom pojednáno v následujících kapitolách (Cooper, 1998).

3.2 Psychická odolnost ve sportu

V životě sportovce je neustále přítomna vysoká míra stresu. Povaha této činnosti vyžaduje neustálé zdokonalování dovedností. Sportovce lze jen zřídka nechat odpočívat o samotě. Neustále pocítují konkurenci a tlak ze strany trenérů a samotný fakt konkurence v nich vyvolává úzkostné myšlenky.

Otázka psychické odolnosti sportovců v moderních sportech má zvláštní význam a důležitost. To je způsobeno především zvýšenými nároky na osobnost sportovce, na jeho individuálních psychických vlastnostech a na jeho individuálních psychologických rysech, fyzickým tréninkem a také rostoucím společenským významem sportu a soutěžením na hřišti. Zájem o problémy s duševní stabilitou každým rokem narůstá, jsou vyvíjeny a zaváděny nové metody a technologie pro jeho zlepšení (Batalova, 2022).

Kolosheina (2019) ve svém článku o psychologické odolnosti ve sportu uvádí, že jedním z problémů moderní mentální přípravy sportovců je dlouhodobé uchování jejich touhy po neustálém zlepšování. Tento problém se v posledních letech stal obzvláště akutním v důsledku prudce rostoucí tréninkové a soutěžní zátěže, fyzického a psychického stresu a času.

Zvládání stresu patří k fyziologickým, kognitivním a behaviorálním technikám, které jedinec používá ke zvládání faktorů a složek, jež jsou základem stresu nebo prožívání. Hlavním cílem zvládání stresu ve sportu je umožnit sportovci účinně regulovat svůj emoční stav v souvislosti s požadavky soutěže, dosáhnout optimálního výkonu a zlepšit psychickou pohodu.

Studie, které porovnávaly úspěšné a méně úspěšné sportovce z hlediska psychické odolnosti, zjistily, že ti první se vyznačují vyšší úrovní koncentrací a sebevědomím a také

nižší úrovni úzkosti. Úspěšně výkonní sportovci se také vyznačovali pozitivnějšími myšlenkami a ve větší míře využívali pozitivní ideomotorické akty k vizualizaci úspěchu. Navíc jsou odhodlanější a oddanější než jejich méně úspěšní kolegové (Batalova, 2022).

3.2 Resilience

Pojem "resilience" je v zahraniční literatuře chápán jako schopnost člověka překonávat obtíže v nepříznivých životních situacích, schopnost udržet si psychickou rovnováhu v potenciálně nebezpečných situacích. Dle Berga (2017) v českém jazyce neexistuje jednoznačný ekvivalent slova resilience, proto se překládá jako flexibilita a odolnost vůči zátěži. Křivohlavý (2009, s. 71.) např. definuje pojem resilience *jako „pružnost (elastičnost, houževnatost, nezdolnost)“* nebo také jako *„nezlomnost – schopnost rychle se vzpamatovávat“*.

V psychologii a medicíně zahrnuje dnes pojem resilience celou řadu modelů a přístupů; obecně lze říci, že se jedná o všechny psychologické koncepty, které obsahují určité ochranné prvky ve vztahu k osobní pohodě a zdraví (Kebza, 2005). Luthar et al. (2000) považují resilienci za schopnost úspěšně dokončit vývojové úkoly i za nepříznivých podmínek. Grotberg (1997) vykládá pojem resilience jako schopnost člověka vyvíjet se zdravým způsobem navzdory negativním a rizikovým vlivům. Atkinson et al. (2009) rozumí resilienci jako schopnost rychle se zotavit, dát se dohromady po špatné zkušenosti, a dokonce zlepšit své duševní a fyzické zdraví.

V tomto smyslu se "odolnost" liší od pojmů zvládnání, překonávání překážek, nalezení východiska, které sice znamenají jednorázové akce: člověk vyřeší nějaký problém, pak další, ale nevytváří nic trvalého. "Odolnost" neznamená pouze to, že člověk (společnost) překoná obtíže a vrátí se do předchozího stavu, jaký byl před vznikem obtíží, ale pokrok, kdy se posune vpřed přes obtíže do nové životní etapy (Vanistendael, 1998).

Celosvětově se výzkumem resilience zabývali například Westman a Muddy, kteří zkoumali osoby sloužící v armádě, a obě nezávislé studie předpovídaly úspěšné pokračování jednotlivců ve vojenském výcviku (Muddy, 2007; Láznicek, 2017).

Pokud jde o české autory, nejvíce se konceptem tvrdosti zabývali Šolcová a Kebza (1996). Jejich studie se zaměřila na srovnání české populace s americkou a ukázala, že Češi nepřijímají změny ve svém životě tak pozitivně jako Američané.

Metoda Connor-Davidson Resilience Scale ke změření resilience byla vyvinuta dvěma vědci, Kathryn M. Connerovou a Jonathanem R. T. Davidsonem (2003). Existují tři verze testu, všechny vycházejí z toho původního. Ten obsahuje 25 otázek. Aby byl test platný, musí respondent odpovědět alespoň na 19 z nich.

Pomocí faktorové analýzy a tří nezávislých vzorků došli autoři k závěru, že by test byl spolehlivější, kdyby byla škála upravena tak, aby obsahoval pouze deset položek. Deset položek zahrnutých do této zkrácené škály hodnotí schopnost tolerovat obtížné zážitky, včetně "změn, osobních problémů, nemocí, tlaku, neúspěchů a bolestných zážitků". Autoři zjistili, že skóre 10 položek škály CD-RISC silně koreluje se skóre původní 25položkové škály CD-RISC.

3.3 Hardiness

Hardiness je koncepce odolnosti, která byla vytvořena Suzannou Kobassovou v roce 1979 a jejími spolupracovníky s cílem rozvíjet "úsilí o autentický život", tj. identifikovat a rozvíjet osobnostní rysy, které zvyšují odolnost vůči nemoci. Tento koncept vychází z existenciální psychologie, což je směr moderní psychologie, který syntetizuje různá učení a teorie o psychologických problémech lidské existence.

V anglické vědecké literatuře se termín „hardiness“ často používá jako analogie tohoto aspektu odolnosti. Hardiness je zvláštní typ osobnostního chování v podmínkách rizika, nejistoty a tlaku okolností. Muddy (2006) považuje hardiness za přesvědčení člověka, které mu umožňuje zůstat aktivní a předcházet negativním účinkům stresu a je důležitějším prediktorem zvládnání stresu než optimismus nebo religiozita. Autor identifikuje tři klíčové složky konstrukce hardiness:

- *Závazek (commitment)* – je přesvědčení, že aktivní účast, zapojení do reality "dává nejlepší šanci najít něco hodnotného a zajímavého pro jednotlivce" (Leontiev et al., 2011, s 26). Člověk s rozvinutou angažovaností získává sílu a motivaci k činnosti a má radost z vlastní aktivity, uvědomuje si sám sebe a cítí se významný a hodnotný. Opakem zapojení je odcizení, pocit, že jste "mimo" život (Maddi, 2006).
- *Kontrola (control)* – je přesvědčení, že pouze boj jako volba vlastní strategie činnosti může ovlivnit skutečný výsledek, ačkoliv neexistuje žádná záruka úspěchu a možnosti vlastního ovlivnění jsou omezené. Člověk se silně rozvinutou složkou

kontroly má pocit, že si sám volí svou činnost, svou cestu. Opakem kontroly je bezmoc, bezvláda a nedůvěra ve vlastní schopnosti (Maddi, 2006).

- *Riziko (challenge)* – přijímání rizika (výzvy) je přesvědčení, že cokoliv se stane, je nezbytné pro rozvoj, protože tím získáváme zkušenosti. Negativní zkušenosti jsou stejně cenné jako ty pozitivní, protože poskytují příležitost k učení (Maddi, 2006). Opakem riskování je nejistota, odmítání nových příležitostí ve prospěch jistoty.

Čím výraznější jsou tyto složky, tím nižší je vnitřní stres ve stresových situacích. Mechanismus zvládnání stresu spočívá ve vnímání těchto situací jako méně významných. Všechny tři složky hardiness se vzájemně doplňují a společně pomáhají snižovat a lépe snášet existenciální úzkost. Rozvoj těchto složek je základem pro pozitivní pohled na svět, zlepšení kvality života a pochopení překážek jako zdrojů dalšího růstu a rozvoje (Maddi, 1994).

Maddi (1994) také uvádí pět klíčových mechanismů odolnosti, které fungují jako nárazník proti rozvoji nemocí, demoralizaci a snížení produktivity:

1. Přesvědčení o odolnosti – hodnocení životních změn jako méně stresujících na základě angažovanosti, kontroly a riskování.
2. Vytváření motivace k transformačnímu zvládnání, které předpokládá otevřenost všemu novému, ochotu člověka aktivně jednat v zátěžové situaci (užití strategií odolnosti).
3. Posílení imunitní reakce prostřednictvím duševní a fyzické mobilizace.
4. Posílení odpovědnosti a péče o vlastní zdraví (užití zdravotních postupů odolnosti).
5. Nalezení účinné sociální podpory, která usnadní transformační zvládnání prostřednictvím rozvoje komunikačních dovedností.

Souvislost mezi vytrvalostí a zvládnáním stresu a subjektivně hodnoceným zdravím byla potvrzena ve světové i české literatuře, přičemž lidé s vyšší úrovní hardiness se cítí zdravější v závislosti na úrovni a struktuře sociální opory (Šolcová, Kebza, 1996). Také studie Solkavy a Sikory (1995) ukázaly, že vysoká úroveň odolnosti a nízká úroveň úzkosti snižují fyzické reakce na stresory a mohou být účinnější než rozvoj sebekontroly a používání strategií zvládnání.

Scheyer a Carver (1989) zjistili souvislost mezi dispozičním optimismem a zdravím, zejména při zotavení po operaci. Podobně Sharpley a kol. (1999) zjistili souvislost mezi odolností a zdravím (včetně duševního zdraví).

3.4 Životní spokojenost

Balatsky (2005, s. 78) považuje životní spokojenost za *"složitý, neustále se měnící sociálně-psychologický útvar založený na jednotě poznávacích a emocionálně-volních procesů, charakterizovaný subjektivním emocionálně-hodnotícím postojem a disponující motivační silou, která motivuje k činnosti, hledání, řízení vnitřních a vnějších objektů"*.

Zahraničními autory je široce uznáván koncept, který v rámci výzkumu subjektivní pohody jedince vypracovali E. Diener a kol. a podle kterého je životní spokojenost chápána jako kognitivní složka subjektivní pohody, která souvisí s afektivními složkami. Spokojenost je definována jako globální hodnocení reálného života prizmatem subjektivních standardů "dobrého života", které jsou konstruovány nezávisle nebo jsou internalizovány snadno ze sociálního prostředí (Kulikov, 2017).

V české literatuře se také objevují významné práce o vztahu tělesné a duševní zdatnosti a životní spokojenosti, např. práce od A. Stránského, M. Vaňka, V. Hoška, P. Slepíčky. Hošek spojuje tělesnou a psychickou zdatnost ve smyslu osobního přínosu pohybové aktivity, kde není kladen důraz ani tak na maximální výkonnost, ale spíše na dosaženou kvalitu života (Hoskovec a Hoskovcová, 2000).

Škála životní spokojenosti měří kognitivní hodnocení relevance životních okolností k očekáváním jedince a odráží celkovou míru vnitřní harmonie a psychické spokojenosti. Ukazatel životní spokojenosti vykazuje poněkud slabší vztahy s ostatními měřítky subjektivní pohody, ale mělo by se očekávat, že bude těsněji souviset s objektivními měřítky životního úspěchu jedince (Kulikov, 2017).

Přehledová studie Hunta (2003) shrnuje hlavní přínosy fyzické zdatnosti pro celkovou životní spokojenost a osobní pohodu. Jedná se především o významnou celkovou nezávislost, péči o sebe a samostatnost. Fyzická zdatnost má také pozitivní vliv na metabolismus a schopnost udržet si optimální tělesnou hmotnost, čímž ovlivňuje výskyt a částečně předchází řadě poruch a onemocnění, jako jsou např. svalová zranění, bolesti zad nebo osteoporóza a s nimi spojené bolesti a omezení kloubů.

3.5 Psychická vytrvalost

Posledním z prediktorů QOL a sportovní angažovanosti je psychická vytrvalost, v angličtině je popisovaná pod pojmem grit. Kropáčová et al. (2018) uvádí, že tento koncept vznikl s rozvojem pozitivní psychologie. Grit je považována za jeden z faktorů přispívajících k úspěchu, který do výzkumné oblasti zavedla profesorka A. Duckworthová z Pensylvánské univerzity.

Grit je nekognitivní vlastnost, která je schopná předvídat dosažení cíle bez ohledu na úroveň inteligence. Je považována za nejdůležitější prediktor úspěchu a za jeden z prediktorů psychické pohody (Seligman, 2005). Psychická vytrvalost sportovce je tedy chápána jako pravděpodobnost stabilního zachování vysoké úrovně efektivní duševní činnosti a pozitivního psychického stavu v extrémních situacích tréninku a soutěže během plánovaného tréninkového cyklu.

Grit má dva prvky – vytrvalost ve snaze a oddanost dlouhodobým cílům (Duckworth et al., 2007). Současné výzkumy potvrzují tvrzení Duckworthové, že úspěšní studenti přijímají obtížnější úkoly a u těch s nižšími kognitivními schopnostmi hraje tato vlastnost kompenzační roli (Christopoulou et al., 2018).

V pozitivní psychologii je vytrvalost považována za duševní zdroj. Psychická pohoda, životní spokojenost a životní harmonie jsou předpovídané projevy tohoto rysu (Vainio et al., 2016). Lau et al. (2020) tvrdí, že vytrvalí lidé jsou psychicky stabilní a prosperující a snadněji se vyrovnávají s obtížemi a neúspěchy, protože rychleji zapomínají na nepříjemné události a déle si pamatují pozitivní události.

3.6 Sportovní angažovanost

Jedním z ukazatelů kvality života – zejména kvality života specifické pro sport – je sportovní angažovanost (Martin, 2015). Lonsdale et al. (2007) provedli studii o angažovanosti ve sportovním prostředí s 15 elitními sportovci na Novém Zélandu. Autoři použili deduktivní a induktivní techniky, aby se pokusili identifikovat složky angažovanosti sportovců ve sportu. Jejich výsledky definují sportovní angažovanost jako trvalý, pozitivní a kognitivně afektivní zážitek ze sportu, který se skládá ze tří hlavních faktorů: sebedůvěry, oddanosti a síly/energie. Později bylo zjištěno, že k těmto vlastnostem patří také nadšení.

Podobně jako vícerozměrné konstrukty, jakými jsou vyhoření sportovců nebo naopak jejich zapojení, může angažovanost sportovců umožnit výzkumníkům lépe porozumět složitosti lidského chování ve sportu a poskytnout rámec pro podporu pozitivních sportovních zážitků. Lonsdale, et al. (2007) navrhli, že sportovní angažovanost může být zvláště důležitá pro vrcholové sportovce, kteří musí investovat mimořádné množství času a úsilí, aby byli úspěšní.

4 Para plavání

4.1 Para plavání v ČR

Je třeba zmínit, že v České republice para plavání prakticky neexistovalo až do roku 1992, do příchodu dvou studentů Univerzity Karlovy, Martina Kováře a Jana Nevrkly. Společně jako dva přátelé a později jako trenér a sportovec založili občanské sdružení KONTAKT bB – Plaveckou akademii bez bariér, později ČESKÉ PARA PLAVÁNÍ z.ú., jehož cílem bylo odstraňovat překážky pro lidi s postižením a motivovat je k aktivnímu životu.

„Poslání: Přispívat k většímu pochopení a porozumění společnosti různým projevům bytí prostřednictvím plavání handicapovaných jako pevné součásti vzdělávacího systému a intenzivního prožívání volného času. Vize: Společenství utvářené pochopením a porozuměním, sounáležitostí s odlišnostmi, vlídným přijímáním jakéhokoli údělu jako výzvy.“

Setkali se však již dříve, v roce 1989, kdy byl Martin Kovář po pádu z výšky upoutáný na invalidní vozík. Se sportem ale Martin skončit nechtěl, a proto se spojil se svým spolužákem z vysoké školy Janem Nevrkou, který v té době studoval tělesnou výchovu a sport se specializací na trenérství plavání. Tak začala jejich dlouholetá spolupráce, která později přerostla v pevné přátelství. Začali se metodou pokusů a omylů učit, co mohou a co nemohou při plaveckém výcviku dělat (KONTAKT bB, Plavecká akademie bez bariér [online]. [cit. 2018-08-23]).

Jak bylo dříve napsáno, projekt byl zahájen v roce 1992 jako první v republice intenzivním kurzem pro lidi s poraněním míchy a v roce 1998 se stal samostatnou organizací. Plavání je hlavním prostředkem k dosažení stanoveného cíle organizace, kterým je odbourávání bariér mezi zdravotně postiženými a zdravou populací a motivace zdravotně postižených k sociálnímu a aktivnímu životnímu stylu (KONTAKT bB, Plavecká akademie bez bariér [online]. [cit. 2018-08-23]).

Pokud jde o první velký úspěch České republiky na mezinárodních závodech, je třeba zmínit Kateřinu Coufalovou, která v roce 1996 na paralympijských hrách v Atlantě získala pro Českou republiku první zlato. Na následujících paralympijských hrách v roce 2000 v Sydney získala Česká republika dalších osm medailí v plavání. V roce 2004 Martin Kovář vybojoval tři zlata na paralympijských hrách v Aténách, navíc Kateřina Coufalová

přinesla pro ČR další vítězství (KONTAKT bB, Plavecká akademie bez bariér [online]. [cit. 2018-08-23]).

V současné době se poselství nezměnilo, i když organizace již nemá svá střediska po celé zemi. Tato střediska se stala samostatnými právními subjekty, ale stále mají určitý kontakt s Akademií a nadále využívají její služby jako například informační systém OPEN SWIM. Tímto způsobem jim ČESKÉ PARA PLAVÁNÍ poskytuje svou unikátní metodiku KONEV (první písmena jmen zakladatelů Kovář–Nevrkla). Podílí se také na pořádání plaveckých kurzů a školení nových dobrovolníků, prestižních plaveckých soutěží a společenských akcí. ČESKÉ PARA PLAVÁNÍ je stále jedinou organizací v České republice, která se systematicky a důsledně zabývá plaváním zdravotně postižených, a to od rehabilitační až po nejvyšší vrcholovou úroveň (KONTAKT bB, Plavecká akademie bez bariér [online]. [cit. 2018-08-23]).

Dle Českého svazu tělesně postižených sportovců (2019) patří plavání k jednomu z nejrozvinutějších sportů pro handicapované v České republice. Dnes existuje několik klubů po celé zemi, které se tomuto sportu věnují stále více. Největší a nejstarší plavecké kluby vznikly z původních center Akademie plavání bez bariér, a tak jejich cíl a poselství zůstávají stejné: motivovat lidi s postižením k aktivnímu stylu.

Hlavní činností klubů je samozřejmě plavecký výcvik. Plavecký rok je zpravidla rozdělen do tří trimestrů a tréninky probíhají většinou v jednom bazénu (vše samozřejmě závisí na městě, kde se nachází klub, a finančních možnostech klubu). Plavci jsou rozděleni do tří skupin: individuální, kondiční a sportovní.

Na každého plavce během **individuální lekce** ve vodě obvykle dohlíží jeden instruktor a věnuje se mu. Všichni začátečníci obvykle začínají na individuální úrovni, aby se naučili techniku, správný způsob držení těla ve vodě a další drobné detaily. Za tímto účelem klub poskytuje plavcům nejvyšší míru péče. Individuální lekce trvají obvykle 30 minut, a pokud to individuální schopnost a míra handicapu dovoluje, plavce lze zařadit i do dvojic.

V **kondiční skupině** obvykle trénují plavci s vyššími schopnostmi, kteří jsou schopni plavat bez přímého zásahu instruktora ve vodě. Lekce zpravidla trvá hodinu a probíhá v malých skupinách pod vedením trenéra ze břehu. Tato skupina je vhodná i pro mladé plavce s další perspektivou dosažení lepších výsledků.

Sportovní skupinu tvoří plavci nejvyšší výkonnostní úrovně, včetně plavecké reprezentace. Trénink trvá 60–90 minut a stejně jako na kondiční úrovni probíhá v malých skupinách pod vedením trenéra ze břehu. Výuka plavání na této úrovni má ze všech uvedených skupin nejbližší k charakteru sportovního tréninku, ale samozřejmě je kladen důraz i na kompenzační a rehabilitační prvky. Téměř všichni plavci této úrovně jsou nominováni k účasti do závodů, které jsou zařazeny do pohárové série, ale vyloučení nejsou ani plavci jiných úrovní. (KONTAKT bB, Plavecká akademie bez bariér [online]. [cit. 2018-08-23]).

4.2 Klasifikace para plavců

Para plavání se od svého vzniku objevuje na všech paralympijských hrách. Klasifikace je proces vytváření homogenních skupin sportovců s postižením na základě jejich funkčních schopností. To znamená, že sportovci patřící do různých nosologických skupin mohou být zařazeni do stejné třídy, protože mají identickou funkční kapacitu. Klasifikace musí objektivně posoudit třídu postiženého sportovce, protože pokud je klasifikační třída sportovce nadhodnocena nebo podhodnocena, může to snižovat celkovou soutěživost mezi sportovci (World Para Swimming, 2018).

Sport handicapovaných používá klasifikační systém, který zajišťuje stejné podmínky. V plavání jsou plavci rozděleni do tříd podle omezení způsobených jejich diagnózou. V mezinárodním měřítku se jedná o stupnice od 1 do 15, kde třídy 1 až 10 obdrží plavci s tělesným postižením, 11 až 13 získávají zrakově postižení a 14 mentálně postižení sportovci. Třída 15 je určena pro sluchově postižené, ale jejich plavecké soutěže nejsou součástí programu paralympijských her. Pro účely klasifikace plavání se číslo třídy označuje předponou S, SB nebo SM v závislosti na plaveckém způsobu. Předpona S se používá pro znak, motýlek a volný způsob, předpona SB pro plavecký způsob prsa a předpona SM pro polohový závod (World Para Swimming, 2018).

Klasifikace může být národní nebo mezinárodní a liší se zkratkami: pro plavce s národní klasifikací je udělen status „N“ – New. Tuto klasifikaci obvykle provádí národní klasifikátor ze stejné země jako klasifikovaný plavec. Takovému plavci nesmí být přidělen jiný klasifikační status, dokud neprojde procesem mezinárodní klasifikace. Zároveň se nesmí účastnit významných mezinárodních plaveckých závodů jako mistrovství Evropy, světa nebo paralympijských her. Po absolvování mezinárodní

klasifikace může být plavci přidělen status „C“ – Confirmed, „R“ – Review nebo „RFD“ – Review with fixed review date (ve tvaru „R – rok“).

Pokud nejsou splněny předchozí podmínky, a z různých důvodů se proto očekávají změny, plavec obdrží status **Review**. Mezi takové důvody patří například progresivní charakter postižení. Plavec s takovou klasifikací musí být klasifikován znovu před dalšími vrcholnými plaveckými závody.

Plavci bude přidělen **status Review with fixed review date** za stejných podmínek, jaké jsou popsány v předchozím odstavci, ale zároveň se předpokládá, že do určeného data nedojde ke změnám (World Para Swimming, 2018)

4.3 Tréninkový proces para sportovců

V tréninkovém procesu se sportovci učí a zdokonalují řadu fyzických, technických, taktických a psychologických dovedností, které jsou přizpůsobeny jejich biologickým a psychologickým vlastnostem (Giménez a kol., 2000). Castejón a kol. (2013) definují tréninkový proces jako nepřerušené období souběžné s evolučním vývojem sportovce, v němž se projevuje nejen vliv motorických aspektů, ale také faktorů souvisejících s kognitivními a afektivně-sociálními procesy.

V případě sportovců se zdravotním postižením existuje řada výzkumů, který naznačuje existenci mnoha faktorů ovlivňujících jejich trénink. Např. Willis a kol. (2018) poznamenali, že sociální kontext má na tento proces relevantní vliv. Williamson a kol. (1984) uvedli, že nejdůležitějším faktorem při tréninku sportovců s postižením je znalost trenéra aspektů souvisejících s rehabilitací, úroveň dovedností, informovanost a znalost toho, jak sportovci zajistit stálou bezpečnost. Durstine a kol. navíc (2000) zdůraznili, že pro dobrý sportovní trénink osob se zdravotním postižením by se programy měly zaměřit na flexibilitu, rovnováhu, přístupnost, bezpečnost, radost, kardiovaskulární vytrvalost, obratnost a svalovou sílu.

Podle autorů Gawrońského a Sobiecké (2013) by měl tréninkový proces sportovců s postižením navíc probíhat pod dohledem lékařského týmu vedeného odborným lékařem. Podle Meliona a Walshe (1999) by tento tým měl mít klinickou a vědeckou podporu lékařských konzultantů, fyziologa, fyzioterapeuta, dietologa, psychologa a

biomechanického inženýra, kteří by měli být zodpovědní za prevenci zranění a ztráty zdraví paralympioniků během přípravy a soutěží

VÝZKUMNÁ ČÁST

5 Cíle, úkoly práce a výzkumné otázky

5.1 Cíle práce

Hlavním cílem diplomové práce bylo za pomoci dotazníkového šetření zjistit, zda vybrané vlastnosti z oblasti psychické odolnosti (resilience, hardiness, grit) souvisejí s vnímáním kvality života (resp. životní spokojeností) a sportovní angažovaností u para plavců.

5.2 Úkoly práce

Pro úspěšnou realizaci této diplomové práce bylo zvoleno několik úkolů:

- Podat žádost o vyjádření Etické komise UK FTVS a sepsat informovaný souhlas pro následné zahájení výzkumu.
- Prostudovat odbornou domácí i zahraniční literaturu a teoretické zdroje týkající se tématu.
- Vytvořit anonymní dotazník, oslovit potenciální respondenty a nechat je dotazník vyplnit.
- Analyzovat a zpracovat data.

5.3 Stanovení vědeckých otázek

Byly stanoveny následující vědecké otázky:

1. Existuje statisticky významný vztah mezi životní spokojeností a resiliencí u para plavců?
2. Existuje statisticky významný vztah mezi životní spokojeností a hardiness u para plavců?
3. Existuje statisticky významný vztah mezi psychickou vytrvalostí (grit) a životní spokojeností u para plavců?
4. Existuje statisticky významný vztah mezi sportovní angažovaností a hardiness u para plavců?
5. Existuje statisticky významný vztah mezi sportovní angažovaností a resiliencí u para plavců?

6. Existuje statisticky významný vztah mezi psychickou vytrvalostí (grit) a sportovní angažovaností u para plavců?

6 Metoda

Tato diplomová práce byla založena na empiricko-teoretickém výzkumu. Pro výzkumnou část byla zvolena kvantitativní metoda výzkumu. Jedná se průřezové šetření s využitím validizovaných psychologických dotazníků.

6.1 Organizace sběru dat

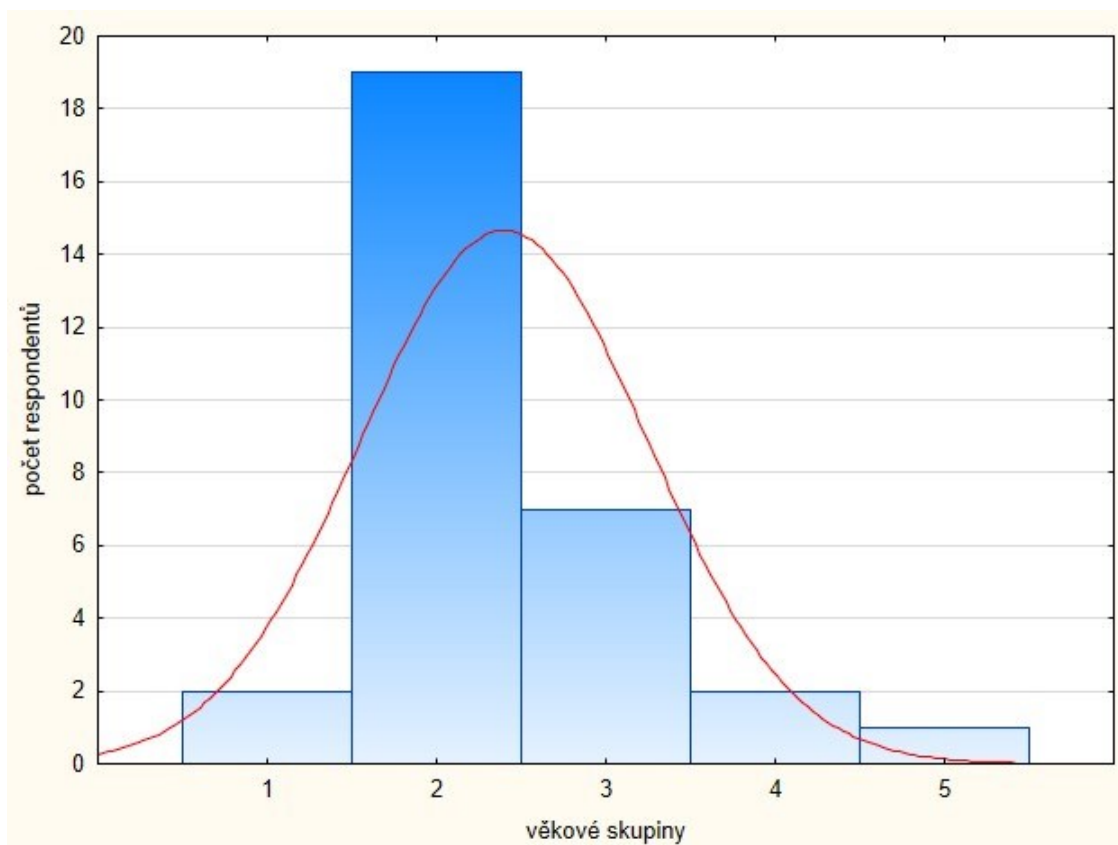
Sběr dat byl proveden elektronickou formou, a to prostřednictvím anonymního online dotazníku. Většina respondentů byla kontaktována prostřednictvím sociální sítě Facebook, dále e-mailem. E-mailové adresy para plavců jsem získala po udělení souhlasu respondentů za pomoci informačního systému OPEN SWIM. Dále jsem e-maily s žádostí o vyplnění dotazníku rozeslala vedoucím para plaveckých klubů do SK KONTAKT BRNO, SK KONTAKT Ostrava a SK KONTAKT KARLOVY VARY. Výběr respondentů tedy nebyl náhodný.

Na vyplnění dotazníku měla vybraná skupina poměrně dlouhé časové období, od 15. února do 15. března. V úvodu dotazníku byli respondenti seznámeni s tématem práce, anonymizací dat a schválením Etické komise UK FTVS (žádost je součástí přílohy x).

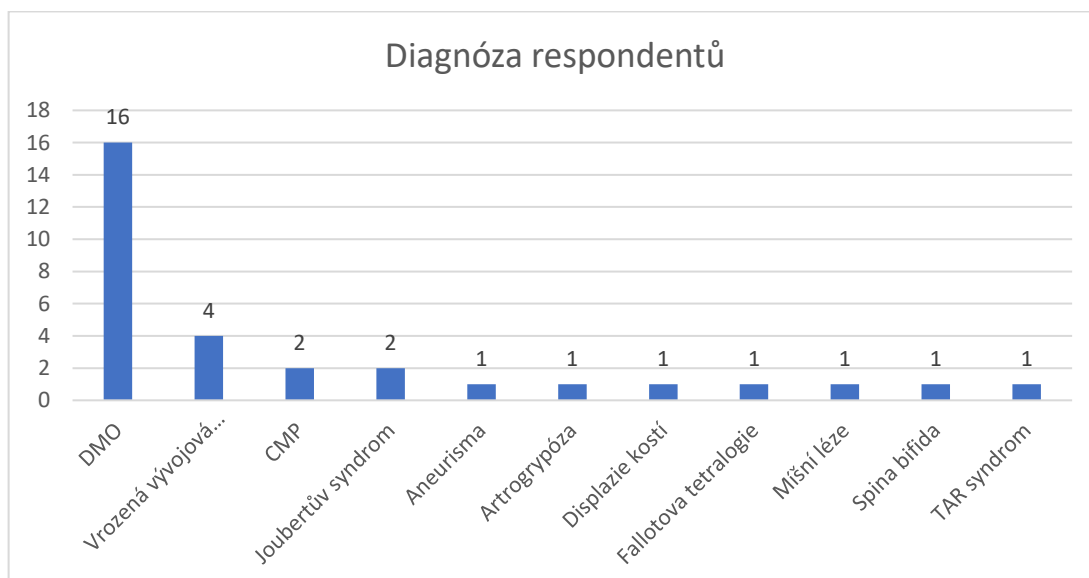
6.2 Charakteristika výzkumného souboru

Sledovaný soubor výzkumu se skládá z 31 osob s tělesným postižením, které se pravidelně věnují para plavání. Nejstarší osobě ze zkoumané skupiny bylo 59 let a nejmladší 19 let. Věkové zastoupení respondentů je popsáno v grafu 1. Z grafu je patrné, že nejvíce respondentů bylo z věkové skupiny 21–30 let. Většina sportovců se se svým postižením již narodila, pouze pět z nich postižení získalo v pozdějším věku. Výzkumu se zúčastnilo třináct žen a osmnáct mužů. Nejčastěji uváděným typem tělesného postižení byla DMO, ve výzkumném souboru se nacházelo celkem 16 jedinců s touto diagnózou (viz obr. 2). Podmínkou účasti ve výzkumu bylo, aby se každý respondent věnoval para plavání závodně a účastnil se před výzkumným šetřením aspoň dvou závodů Českého poháru v roce 2022. Délka plavecké kariéry byla u jednotlivých respondentů v rozmezí 4–24 let (průměr $16,1 \pm 5$ let).

Výzkum byl schválen Etickou komisí FTVS UK pod jednacím číslem 156/2022 (viz příloha 1), všichni respondenti byli seznámeni s cíli a metodami výzkumu a podepsali informovaný souhlas (viz příloha 2).



Obrázek 1 - Věkové zastoupení respondentů (1=10–20 let; 2=21–30 let, 3=31–40 let, 4 =41–50 let, 6 =51–60)



Obrázek 2 - Četnost jednotlivých diagnóz respondentů výběrového souboru

6.3 Použité metody

Ke zpracování diplomové práce byla využita dotazníková metoda sběru dat. Dotazníková šetření jsou nejběžnějším typem výzkumů a zároveň nejrozšířenější metodou sběru informací. Na základě položených otázek si respondent vybere odpověď, se kterou se nejvíce ztotožňuje. Je však na samotném výzkumníkovi, jakým způsobem tuto anketu vytvoří. To znamená, že si při jeho tvorbě může vybrat ze tří typů dotazníku – strukturované, polostrukturované nebo otevřené otázky. Pro získání adekvátní odpovědi je žádoucí, aby otázky byly formulovány jasně a stručně, protože na tom závisí kvalita odpovědí (Giddens, 2013; Pána a Somr, 2007).

Před vyplněním samotného dotazníku byly ještě k dispozici vstupní informace – na začátku jsem se představila, uvedla svůj ročník, obor a školu, na které studuji, a poté jsem přistoupila s žádostí k vyplnění tohoto dotazníku, který měl sloužit jako podklad pro mou diplomovou práci. Vysvětlila jsem, co přesně ve své práci zkoumám a pro jakou konkrétní skupinu je výzkum určen. Zmínila jsem také přibližnou délku vyplňování tohoto dotazníku. Nezapomněla jsem dodat, že údaje budou zpracovány a uloženy anonymně a chráněny před dalším využitím. Uvedla jsem také svou e-mailovou adresu pro případ, že by se respondenti chtěli dozvědět o výsledcích výzkumu. V případě, že by se některý z respondentů rozhodl ze studie z osobních důvodů odstoupit, byla možnost se kdykoli písemně odvolat k Etické komisi FTVS UK. Rovněž jsem zdůraznila, že se tato studie týkala pouze dospělých respondentů. Ještě před tím, než účastníci začali dotazník vyplňovat, a také po jeho vyplnění jsem jim poděkovala za jejich ochotu a čas, který dotazníku věnovali.

Otevřené otázky se týkaly především obecných informací a byly v první části dotazníku (např. pohlaví, typ postižení, věk účastníka; jak dlouho se zabývá para plaváním atd.). Otázka číslo 3 byla zaměřena na národnost, i přesto, že výzkumný soubor tvořilo české prostředí.

Celkově byl dotazník tvořen šesti dílčími částmi. V dalších částech dotazníku jsme se zaměřili na samotnou kvalitu života (životní spokojenost, sportovní angažovanost) a jeden z možných pozitivních prediktorů kvality života (hardiness, resilience, grit). Níže uvedené dotazníky byly do češtiny přeloženy Jiskrovou (2019).

Životní spokojenost – Byla použita pětipoložková Satisfaction with Life Scale (Diener, Emmons, Larsen a Griffin, 1985). Tuto část tvořilo pět prohlášení a všichni respondenti

museli zodpovědět, jak moc souhlasí či nesouhlasí s každým z uvedených prohlášení. Pomocí sedmistupňové Likertovy škály (1 = silně nesouhlasím, 4 = ani nesouhlasím ani souhlasím, 7 = silně souhlasím) respondenti měli ohodnotit tyto položky:

1. Ve většině aspektů je můj život blízko ideálu.
2. Podmínky pro můj život jsou výborné.
3. Se svým životem jsem spokojený/á.
4. V životě jsem dosáhl/a důležitých věcí, po kterých toužím.
5. Kdybych mohl/a žít svůj život znovu, téměř nic bych neměnil/a.

Nejsou zde žádné reverzní položky, takže průměrné skóre bylo získáno pomocí jejich sečtením a zprůměrováním.

Celkový počet bodů pak znamená následující:

- 30–35 bodů → extrémně spokojený se životem
- 26–30 bodů → spokojený se životem
- 21–25 bodů → lehce spokojený se životem
- 20 bodů → neutrální (ani nespokojený ani spokojený)
- 15–19 bodů → lehce nespokojený se životem
- 10–14 bodů → nespokojený se životem
- 5–9 bodů → extrémně nespokojený se životem

Psychická vytrvalost (grit) – K získání hodnoty psychické vytrvalosti jsme použili osmipoložkovou Short Grit Scale (Duckworth a Quinn, 2009). Pomocí pětistupňové Likertovy škály (1 = to se mi vůbec nepodobá, 5 = To je mi velice podobné) respondenti hodnotili uvedené položky:

1. Často si stanovují cíl, ale později se rozhodnu pro jiný.
2. Bývám pohlcený jedním nápadem nebo projektem na krátkou dobu, ale později o to ztratím zájem.
3. Dělá mi problém udržet soustředěnost na projektu, který trvá déle než několik měsíců.
4. Nové nápady a projekty mě někdy rozptylují od předešlých.
5. Dokončím, cokoliv začnu.
6. Překážky mě neodrazují.

7. Jsem pilný(á)/pracovitý(á).

8. Jsem dřič.

Položky číslo 1, 2, 3 a 4 odkazují na opak psychické vytrvalosti, a proto je potřeba proměnit jejich skórování (5 = to se mi vůbec nepodobá, 1 = to je mi velice podobné). Dal už můžeme jednotlivé položky sečíst a zprůměrovat.

Psychická odolnost (resilience) – Pro měření resilience byla použita desetipoložková Connor-Davidson Resilience Scale CD-RISC-10 (Campbell-Sills a Stein, 2007). Pomocí pětistupňové Likertovy škály (0 = nepravda, 4 = skoro vždy pravda) respondenti ohodnotili uvedené tvrzení:

1. Jsem schopný/á přizpůsobit se změnám.
2. Umím si poradit s čímkoliv, co mě potká.
3. Snažím se ve všem najít něco pozitivního.
4. Stres mě může posílit.
5. Po nemoci nebo náročném období se vracím rychle zpátky.
6. Stanovených cílů dosahuji bez ohledu na překážky.
7. Dokážu se soustředit pod nátlakem.
8. Nenechám se odradit neúspěchem.
9. Označil/a bych se za silného člověka.
10. Umím si poradit s nepříjemnými pocity

Všechny položky mají uvedené skórování, žádná není reverzní. Průměrné skóre každého respondenta bylo získáno sečtením položek a následujícím zprůměrováním.

Sportovní angažovanost – Byl použit dotazník Athlete Engagement Questionnaire (Lonsdale, Hodge a Jackson, 2007) který obsahoval šestnáct položek. Na pětistupňové Likertově škále (1 = téměř nikdy, 2 = výjimečně, 3 = někdy, 4 = často, 5 = téměř vždy) respondenti hodnotili tyto položky:

1. Věřím, že jsem schopný/á dosáhnout svých sportovních cílů.
2. Cítím se plný/á energie, když se účastním svého sportu.
3. Jsem odhodlán/a dosáhnout cílů, které jsem si ve sportu stanovil/a.
4. Sport, který dělám, mě baví.

5. Cítím, že jsem schopný ve svém sportu uspět.
6. Když se účastním svého sportu, cítím se plný/á energie.
7. Jsem odhodlaný/á dosáhnout svých sportovních cílů.
8. Ze svého sportu jsem nadšený/á.
9. Věřím, že mám potřebné schopnosti k tomu, abych ve svém sportu uspěl/a.
10. Cítím se opravdu plný/á života, když se účastním svého sportu.
11. Svému sportu jsem oddaný/á.
12. Tento sport si užívám.
13. Jsem přesvědčen/a o svých schopnostech.
14. Cítím se mentálně ostražitý/á, když se účastním svého sportu.
15. Chci tvrdě pracovat, abych dosáhl/a svých sportovních cílů.
16. Můj sport mě baví.

Průměrné skóre každého respondenta bylo získáno zprůměrováním všech sečtených položek.

Psychická odolnost (hardiness) – V poslední části dotazníku byla použita patnáctipoložková revidovaná norská škála Dispoziční odolnosti (z anglického Dispositional Resilience-hardiness Scale), která obsahuje tři podškály: kontrolu, závazek a výzvu (Hystad et al., 2010). Tentokrát byla použita čtyřstupňová Likertova škála (0 = nepravda, 3 = vždy pravda) pro hodnocení uvedených položek:

1. Většina věcí, které ve svém životě dělám, jsou smysluplné.
2. Tím, že budu tvrdě pracovat, můžu téměř vždy dosáhnout cílů, které si stanovím.
3. Nerad/a dělám změny v mých pravidelných aktivitách.
4. Cítím, že můj život někdy nemá smysl.
5. Změny v rutíně jsou pro mě zajímavé.
6. Jak se můj život odvíjí, záleží na mých skutcích. (Na základě mého jednání se odvíjí můj život.
7. Na své pracovní aktivity se velice těším.
8. Nemyslím si, že mohu udělat příliš pro to, abych ovlivnil/a svou budoucnost.
9. Baví mě výzvy.
10. Většina dnů v mém životě je zajímavá a vzrušující.
11. Je mi nepříjemné, když je má denní rutina nějakým způsobem narušena.

12. Je na mě, jak bude zbytek mého života vypadat.
13. Život obecně je pro mě nuda.
14. Mám rád/a svůj denní program, který se příliš nemění.
15. Má rozhodnutí skutečně ovlivňují to, jak věci nakonec dopadnou.

Položky 3, 4, 8, 11, 13 a 14 mají reverzní skórování (3 = nepravda, 0 = vždy pravda). Po jejich přepočítání byla potřeba je všechny sečíst a zprůměrovat, pro průměrný skóre každého respondenta.

6.4 Analýza dat

Poté, co jsem získala potřebná data od anonymních respondentů, které jsem si postupně shromažďovala, docházelo k tomu, že jsem některé dotazníky musela z výzkumu úplně vyloučit. Bylo to z toho důvodu, že data v nich nebyla úplná, a výsledky z nich by tedy nebyly platné.

Pro zpracování získaných dat byl použit software MS Excel 10 s jeho funkcemi. Jednotlivá data byla zpracována deskriptivní statistikou (aritmetické průměry, směrodatné odchylky), zapsána do tabulek, následně byla vyhodnocena a na závěr zpracována i graficky. Dále byla data podrobena statistickému zpracování v programu STATISTICA, verze 13.

U nezávislých proměnných s potenciálním blízkým vztahem byla ověřena multikolinearita. Pro korelační a regresní analýzy byl využit Pearsonův korelační koeficient. Hladina významnosti byla stanovena na úrovni $p < 0,05$.

7 Výsledky

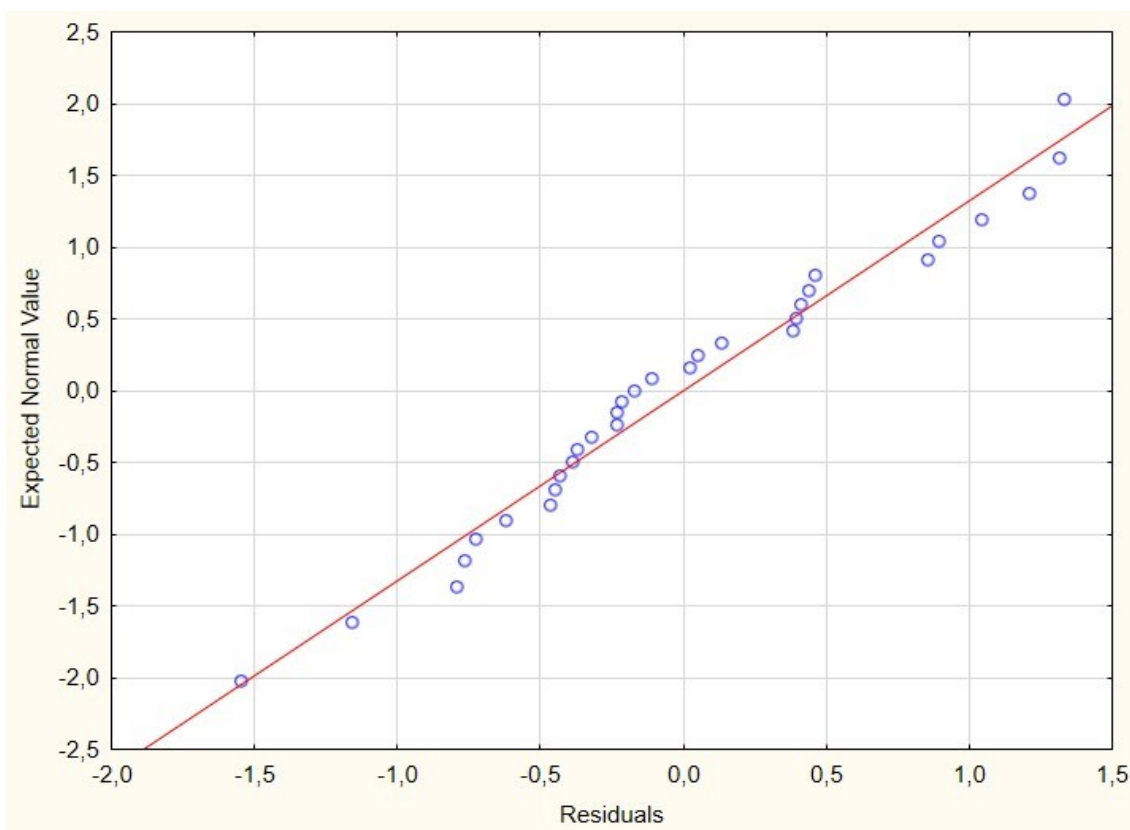
Parametr	Průměr ± SD	Medián	Min – Max
Životní spokojenost	5,08 ± 0,91	5,00	3,20–6,80
Sportovní angažovanost	3,81 ± 0,66	4,00	2,44–4,94
Grit	3,38 ± 0,66	3,38	2,00–4,63
Resilience	2,55 ± 0,59	2,60	1,40–3,60
Hardiness	1,94 ± 0,31	1,93	1,07–2,73

popisuje průměrné hodnoty, medián a rozptyl měřených parametrů u celého souboru.

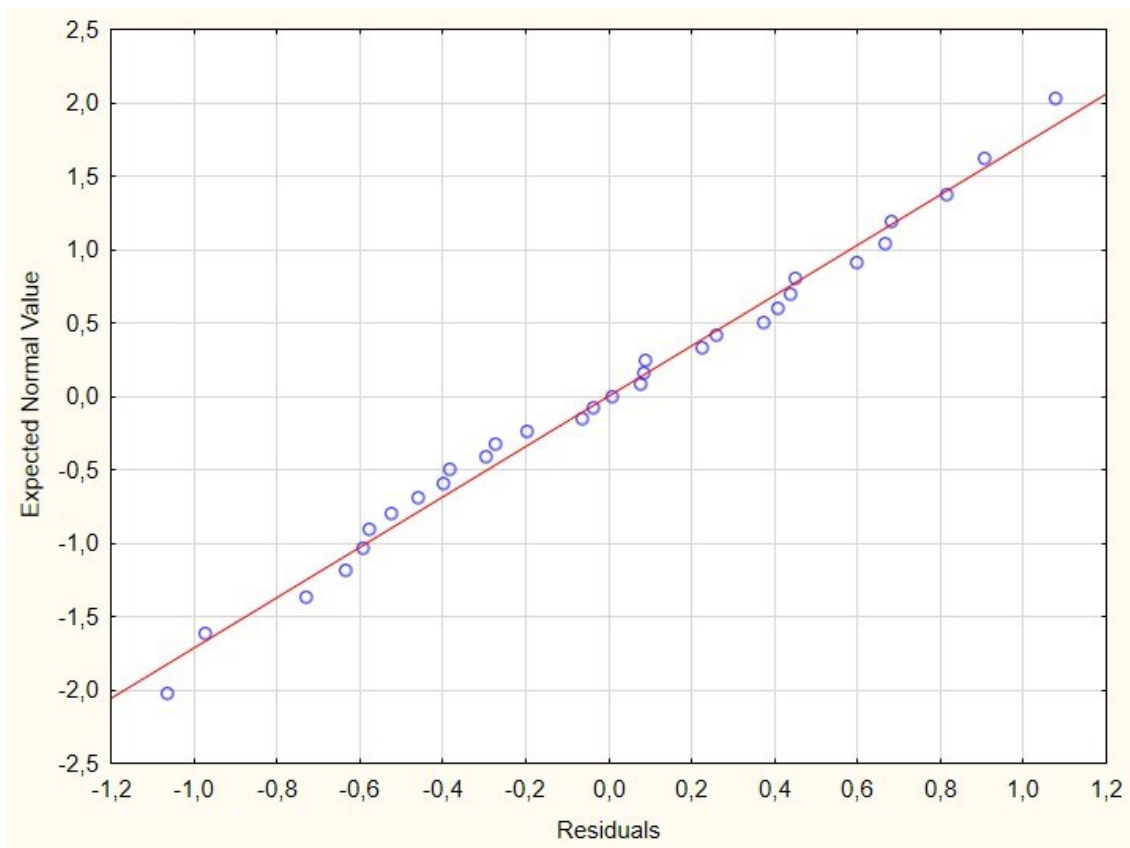
Parametr	Průměr ± SD	Medián	Min – Max
Životní spokojenost	5,08 ± 0,91	5,00	3,20–6,80
Sportovní angažovanost	3,81 ± 0,66	4,00	2,44–4,94
Grit	3,38 ± 0,66	3,38	2,00–4,63
Resilience	2,55 ± 0,59	2,60	1,40–3,60
Hardiness	1,94 ± 0,31	1,93	1,07–2,73

Tabulka 1 - Základní statistiky parametrů životní spokojenosti, sportovní angažovanosti a psychické odolnosti

Následující grafy dokládají splnění nutné statistické podmínky pro provedení analýzy, a to že rezidua jednotlivých pozorování mají normální rozdělení. Díky této vlastnosti lze použít parametrické testy.



Obrázek 3 - Graf pravděpodobnosti normálního rozdělení naměřené životní spokojenosti



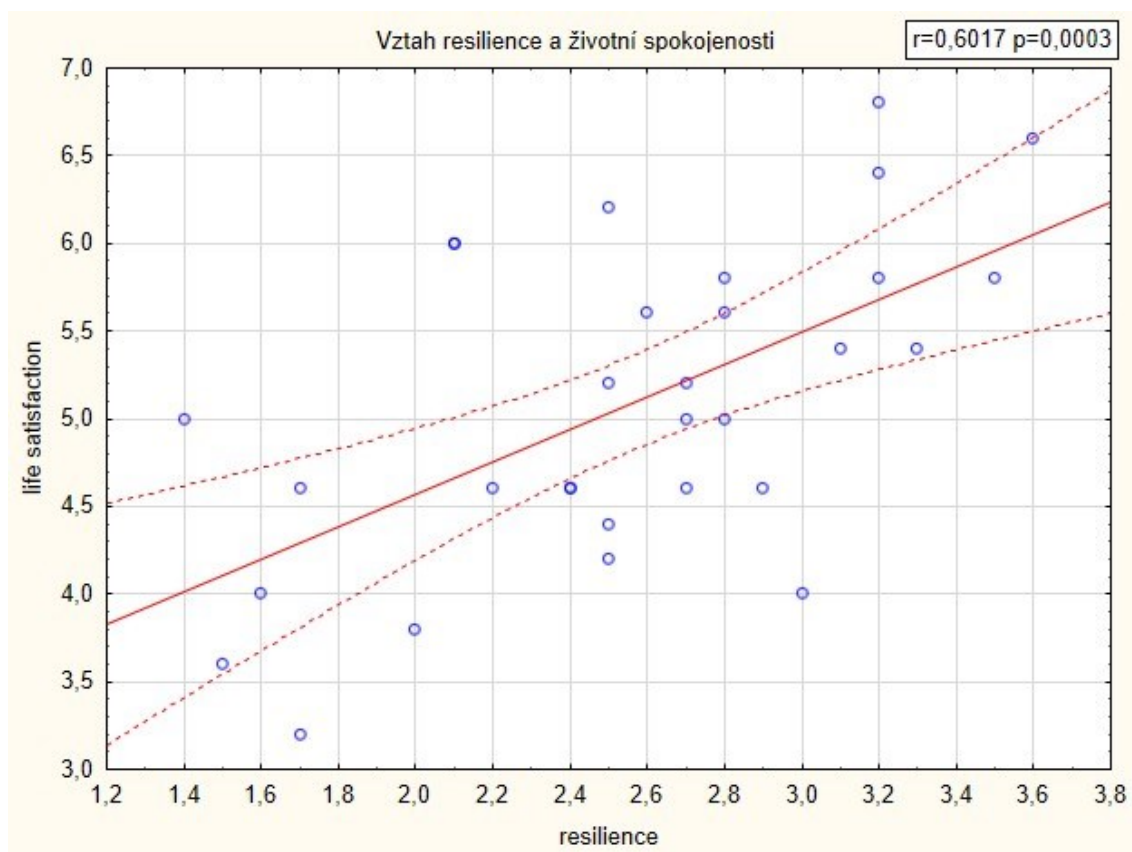
Obrázek 4 - Graf pravděpodobnosti normálního rozdělení naměřené sportovní angažovanosti

V tabulce Tabulka 2 vidíme jednotlivé Pearsonovy korelační koeficienty všech proměnných – grit, resilience, hardiness, životní spokojenosti, sportovní angažovanosti, doby plavecké kariéry a důležitosti posledního závodu. Nejmenší korelaci mezi sebou mají grit a životní spokojenost (0,217). Nejsilnější vztahy najdeme u hardiness s resilience (0,655), sportovní angažovanosti s důležitostí posledního závodu (0,635) a resilience se sportovní angažovaností (0,602).

	Životní spokojenost	Sportovní angaž.	Grit	Resilience	Hardiness	Doba plavání	Důležitost posledního závodu
Životní spokojenost	1,0000	0,3536	0,2166	0,6017	0,4141	-0,4470	0,3619
Sportovní angažovanost	0,3536	1,0000	0,3513	0,2510	0,4646	-0,2273	0,6351
Grit	0,2166	0,3513	1,0000	0,2222	0,2869	-0,0864	0,2705
Resilience	0,6017	0,2510	0,2222	1,0000	0,6554	-0,2753	0,2202
Hardiness	0,4141	0,4646	0,2869	0,6554	1,0000	-0,4309	0,4792
Doba plavání	-0,4470	-0,2273	-0,0864	-0,2753	-0,4309	1,0000	-0,4470
Důležitost posledního závodu	0,3619	0,6351	0,2705	0,2202	0,4792	-0,4470	1,0000

Tabulka 2 - Pearsonovy korelační koeficienty (statisticky významné korelace jsou tučně)

Statisticky významný vztah mezi životní spokojeností a resiliencí ukazuje obr. 5.



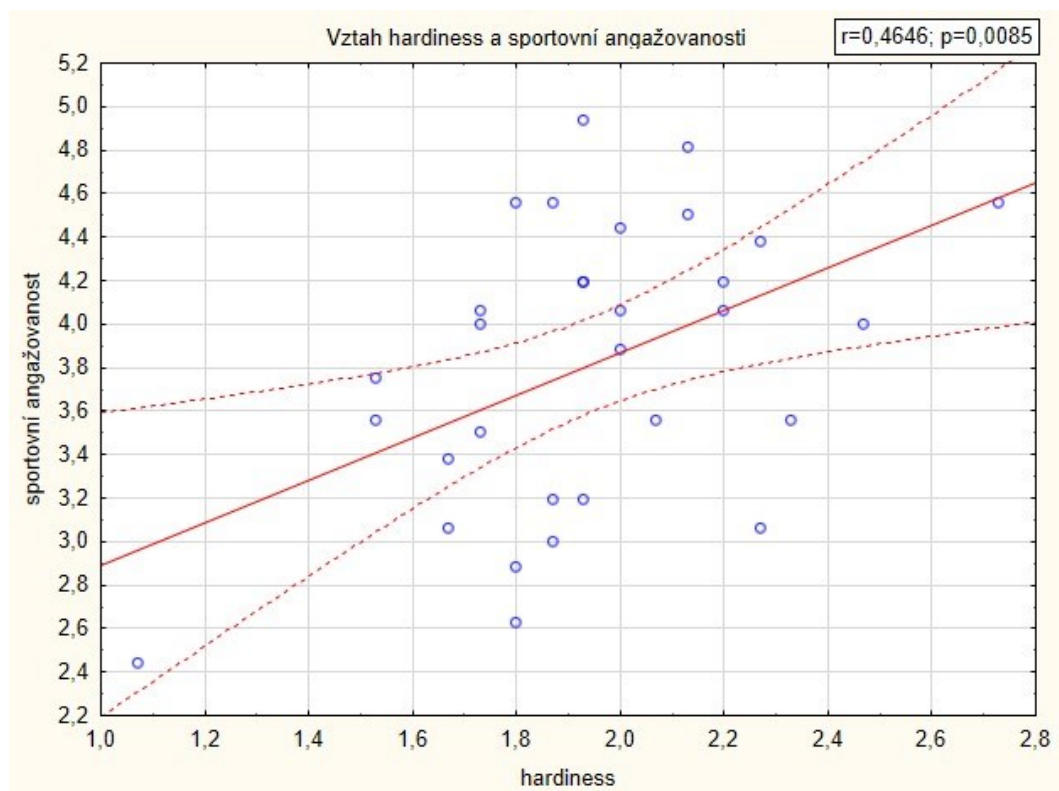
Obrázek 5 - Vztah mezi resiliencí a životní spokojeností

Tabulka 3 popisuje statistiky lineární regrese. Jedná se o korelaci mezi životní spokojeností (závislá proměnná) se všemi nezávislými proměnnými: grit, resilience, hardiness, délka plavecké kariéry a důležitost posledního závodu. Ve čtyřech případech se dá korelace považovat za signifikantní. Nejvyšší index determinace má resilience (36,2 %). Dále je délka plavecké kariéry (20 %), hardiness (17,1 %) a důležitost posledního závodu (13,1 %). Překvapivě délka plavecké kariéry má negativní vztah s životní spokojeností. S rostoucí délkou plavecké kariéry tedy klesá životní spokojenost. Další korelace za signifikantní považovat nelze.

Živ. spokojenost	R	R²	Nastavená hodnota spolehlivosti R	Chyba stř. hodnoty	Durbin-Watson
Grit	0,2166	0,0469	0,0140	0,8996	1,9407
Resilience	0,6017	0,3620	0,3400	0,7360	1,5106
Hardiness	0,4141	0,1714	0,1429	0,8387	1,8694
Délka plavecké kariéry	-0,4470	0,1998	0,1722	0,8242	2,2592
Důležitost posledního závodu	0,3619	0,1309	0,1010	0,8590	1,9768

Tabulka 3 - Lineární regresní analýza životní spokojenosti a nezávislých proměnných

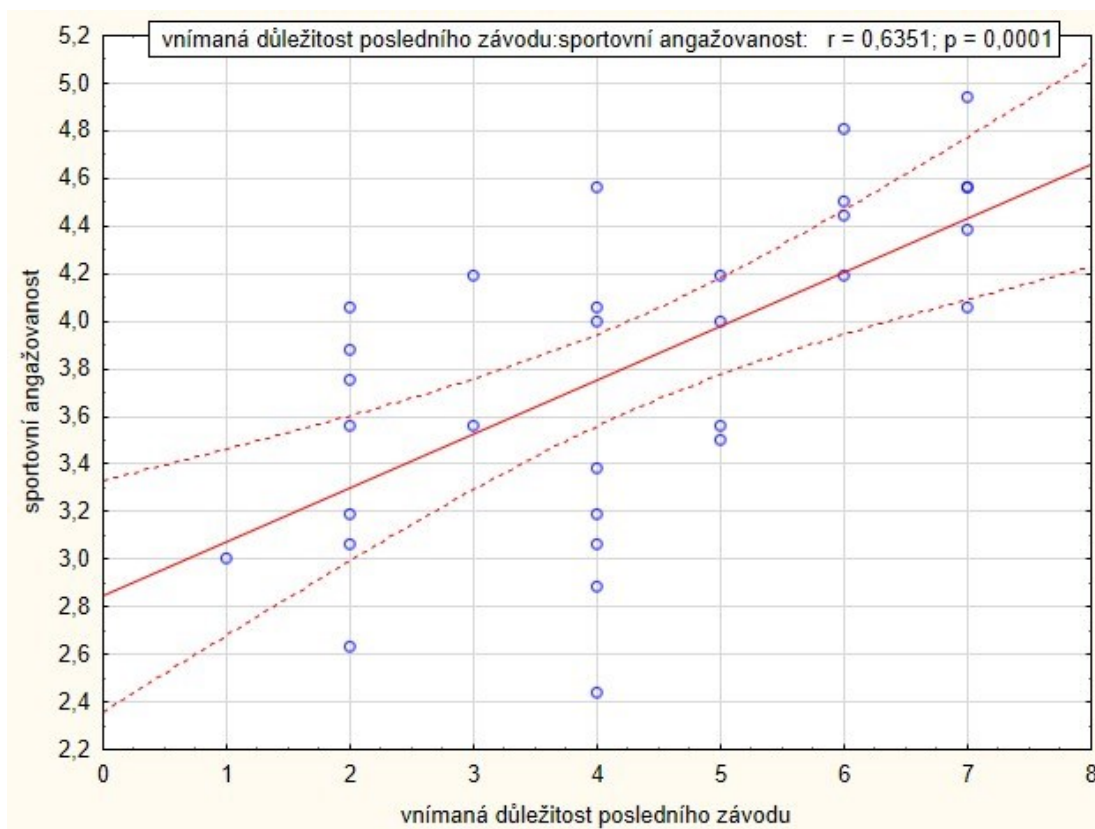
Obrázek 6 a tabulka 4 prezentují statistiky lineární regrese mezi sportovní angažovaností (závislá proměnná) a všemi ostatními nezávislými proměnnými – grit, resilience, hardiness, délkou plavecké kariéry a důležitostí posledního závodu. Vidíme, že index determinace je nejvyšší u důležitosti posledního závodu (40,3 %) s korelačním koeficientem 0,63. Další výrazná korelace je u hardiness, která má také vysoký index determinace (46,5 %). U těchto dvou proměnných lze považovat vztah za signifikantní a nejvíce vysvětlující sportovní angažovanost. Ostatní korelace již tak výrazný vztah nemají a dle parametrického testu je nelze považovat za signifikantní. Index determinace je 12,3 % u korelace s grit a pouhých 6,3 % s resilience. Délka plavecké kariéry má 5,2 % a jako jediná má negativní vztah.



Obrázek 6 – Vztah mezi sportovní angažovaností a hardiness

Sportovní angažovanost	R	R ²	Nastavená hodnota spolehlivosti R	Chyba stř. hodnoty	Durbin-Watson
Grit	0,3513	0,1234	0,0932	0,6273	1,8104
Resilience	0,2510	0,0630	0,0307	0,6485	1,7395
Hardiness	0,4646	0,2158	0,1888	0,5933	1,7533
Délka plavecké kariéry	-0,2273	0,0517	0,0190	0,6524	2,0059
Důležitost posledního závodu	0,6351	0,4033	0,3827	0,5175	2,2265

Tabulka 4 - Lineární regresní analýza sportovní angažovanosti a nezávislých proměnných



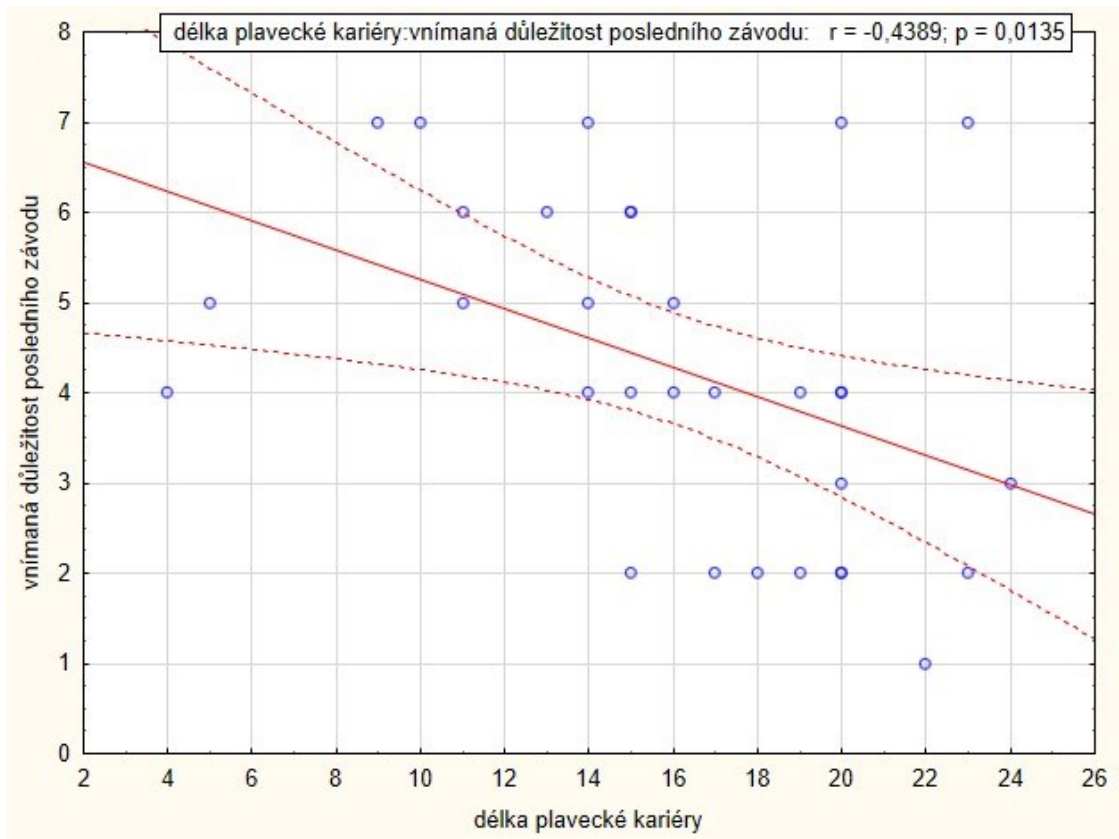
Obrázek 7 – Lineární regrese důležitosti posledního závodu a sportovní angažovanosti

Tabulka 5, poslední se statistikou lineární regrese, je korelace mezi důležitostí posledního závodu a životní spokojeností. Tato korelace se také ukázala jako signifikantní a lze z ní vidět zajímavý vztah, který je negativní, tedy s rostoucí délkou plavecké kariéry klesá i důležitost posledního závodu.

Důležitost posledního závodu	R	R ²	Nastavená hodnota spolehlivosti R	Chyba stř. hodnoty	Durbin-Watson
Délka plavecké kariéry	-0,4389	0,1927	0,1648	1,6846	2,3968

Tabulka 5 - Lineární regresní analýza důležitosti posledního závodu a životní spokojenosti

Zajímavé také je, že žádná z proměnných nebyla ve vztahu ke grit ani k věku plavců. Posledním prezentovaným vztahem, který se ukázal být statisticky významný, je vztah mezi vnímáním důležitosti posledního (naposledy konaného) závodu a délky plavecké kariéry.



Obrázek 8 – Lineární regrese délky plavecké kariéry a vnímané důležitosti posledního závodu

8 Diskuze

Na začátek diskuze je třeba zmínit, že jsem si vědoma toho, že diplomová práce má několik limitů. Nejzásadnějším limitem byl počet získaných a řádně vyplněných dotazníků. Vzhledem k absenci podobných studií v českém prostředí nemůžeme získané výsledky analyzovat a aplikovat na všechny sportovce s tělesným postižením. Získané výsledky jsou platné pouze pro náš vzorek, a to i z důvodu jedinečnosti účastníků.

Hlavním cílem této diplomové práce bylo zjistit, zda vybrané pozitivní psychologické konstrukty – psychická odolnost (ve smyslu resilience a hardiness) a psychická vytrvalost (grit) mohou predikovat životní spokojenost a sportovní angažovanost u sportovců s tělesným postižením, kteří se věnují para plavání. Podnětem pro tento výzkum byla již zmíněná diplomová práce Markety Jiskrové a studie profesora J. J. Martina (2015) z Wayne State University, kteří stejným způsobem testovali tyto konstrukty u hráčů basketbalu na vozíku, vozičkářského ragby a para hokeje.

Na základě teoretické rešerše bylo stanoveno šest vědeckých otázek. První zkoumala, zda existuje statisticky významný vztah mezi životní spokojeností a resiliencí u para plavců. Ten se potvrdil a zároveň index determinace resilience pro kvalitu života ve smyslu životní spokojenosti je 0,601. To znamená, že právě hardiness z 36 % vysvětluje naši závislou proměnnou – kvalitu života. Zajímavostí je, že ve svém výzkumu Martin (2015) tvrdí, že ačkoliv má resilience váhu a schopnost predikovat životní spokojenost, daleko silnějším prediktorem je hardiness. Jiskrová to potvrzuje a v její práci najdeme, že hardiness vysvětluje životní spokojenost dokonce ze 39 %. V mém případě také vyšlo, že existuje statisticky významný vztah mezi kvalitou života a hardiness u para plavců. Avšak u para plavců se ukazuje, že hardiness není lepším prediktorem než resilience. V našem výzkumu byl index determinace hardiness pro kvalitu života 0,414, což znamená, že právě hardiness ze 17 % vysvětluje naši závislou proměnnou – kvalitu života. To je o 19 % méně než u resilience. Na druhou otázku, která se věnovala právě vztahu životní spokojenosti a hardiness, tedy můžeme odpovědět, že statisticky významný vztah nalezen byl, ale pro predikci životní spokojenosti tato proměnná není tolik relevantní.

Třetí výzkumná otázka, ve které jsme předpokládali, že grit bude mít statisticky významný vztah s životní spokojeností, se nám nepotvrdila. Statisticky významný vztah nalezen nebyl, index determinace ukazuje hodnotu 0,216, takže grit by vysvětloval životní spokojenost jenom z 4,7 %. Když porovnáme naše výsledky s výsledky na Wayne

State University, zjistíme, že tam se i přes korelaci grit s ostatními nezávislými proměnnými ukázalo, že tento konstrukt nemá vůbec žádnou váhu při vysvětlení životní spokojenosti. Ve výsledcích Jiskrové (2019) naopak vidíme, že grit je statisticky významná v predikci životní spokojenosti.

Další výzkumné otázky již směřují k fenoménu sportovní angažovanosti (SA). Čtvrtá otázka se zabývala tím, jestli existuje statistický významný vztah mezi (SA) a hardiness.

Na základě výsledků lze odpovědět, že ano. Vztah se ukázal jako statisticky významný a index determinace hardiness pro sportovní angažovanost je 0,464. To znamená, že hardiness ze 21 % vysvětluje sportovní angažovanost. Avšak nemůžeme odpovědět kladně na pátou otázku, zda existuje statisticky významný vztah mezi resilience a sportovní angažovanosti. Index determinace resilience pro sportovní angažovanost je 0,251. To znamená, že resilience vysvětluje sportovní angažovanost jen ze 6 %. Nepotvrzují to ani Jiskrová (2019) a Martin (2015). Ve výzkumu Jiskrové (2019) také vyšlo, že sportovní angažovanost souvisí pouze s resiliencí. Vliv resilience na SA se ukázal signifikantní i ve studii profesora Martina (2015). Dle jeho tvrzení pomáhá vysoká resilience překonat sportovně-specifické těžkosti, které by časem mohly snižovat jedincovu sportovní angažovanost.

Naše šestá a poslední otázka se ptala, jestli grit bude mít statisticky významný vztah se sportovní angažovaností. Na základě výsledků nemůžeme na poslední otázku odpovědět kladně. Grit vysvětlovala SA pouze z 12 %. Ačkoli grit nemůžeme zcela zanedbat, korelační koeficient má hodnotu pouhých 0,351 a není statisticky významný.

Je třeba zmínit i další faktory a těmi jsou například délka plavecké kariéry. Čím větší byla délka plavecké kariéry, tím menší byla životní spokojenost. To může ale souviset i s věkem. Také ve výsledcích vidíme, že čím delší mají respondenti plaveckou kariéru, tím méně důležitý pro ně byl poslední závod. Může to být spojené s tím, že mají za sebou absolvováno příliš závodů, nebo to může být zapříčiněno jiným faktorem, opět například věkem či životními zkušenostmi. Vnímání těchto vztahů může být každopádně důležité pro trenéra.

Čichoň (2005) ve svém výzkumu provedl zajímavé srovnání, kde rozdělil skupinu 260 vozičkářů-paraplegiků na sportující rekreačně, sportující závodně a vůbec nesportující. Na základě výsledků důležitostí jednotlivých oblastí QOL dospěl k tomu, že mezi podskupinami nebyly zaznamenány žádné rozdíly. Ty se však významně projevíly

v hodnocení spokojenosti s jednotlivými oblastmi. Zajímavostí je, že skoro ve všech 23 sledovaných faktorech byly významně lepší ti probandi, kteří sportují rekreačně.

K zajímavým výsledkům dospěla také studie autorů Aitchison et al. (2020), která se jako první zabývala zkoumáním životní spokojenosti britských para plavců. Zkoumaný vzorek probandů tvořili dva para plavci, u kterých bylo při zkoumání životního stylu a psychologických faktorů ovlivňujících výkonnost zjištěno, že za důležitou pro sportovní úspěch považují osobní i profesionální podporu. Ale protože se této studii zúčastnili pouze dva para plavci, nebylo možné vyvodit definitivní závěry, které by sloužily jako podklad pro praxi v paralympijském sportu.

Výsledky jejich výzkumu také vedly k vytvoření nového modelu "Iluze pódia", který vizuálně odráží podporu dostupnou těmto sportovcům. Klíčové poznatky získané z této studie naznačují význam vztahu trenér–sportovec, spoluhráčů, finanční podpory, pracovníků pro podporu výkonnosti a osobní podpory od rodiny a přátel.

Co se týče konkrétních studií, které se zabývaly psychologickými aspekty a životní spokojeností para sportovců, je potřeba uvést práci Pack a kol. (2017), kde bylo účelem studie prozkoumat vliv plavání na vnímání sebe sama a na rozvoj identity paralympijskými sportovci. Výsledkem bylo zjištění, že účastníci nepovažovali své postižení za ztrátu. Jedním ze závěrů bylo, že účast v plavání usnadňuje celkovou kvalitu života zlepšením pohybových schopností a vštěpováním a udržováním identity, která poskytuje pocit přijetí, účelu a hrdosti.

Nedávno zveřejněný výzkum Mira a kol. (2022) zkoumal 31 z 33 sportovců portugalského paralympijského týmu, kteří se účastnili několika para sportovních disciplín (konkrétně para atletiky, para badmintonu, boccie, para kanoistiky, para cyklistiky, jezdectví, juda a para plavání). Výsledky ukázaly vysokou míru životní spokojenosti, vysokou úroveň odolnosti a sociální podpory.

Podle studie Laferriera a kol. (2015), jejímž cílem bylo zjistit vliv sportu na psychiku a kvalitu života osob se zdravotním postižením, má cvičení pozitivní vliv na psychiku a sebevědomí osob se zdravotním postižením. Výše uvedené práce spolu s touto diplomovou prací potvrzují nejen důležitost vlivu sportu na psychiku, ale také provázání psychologických vlastností a životní spokojenosti a angažovanosti ve sportu.

9 Závěr

Dosud bylo provedeno jen několik studií, které by zkoumaly souvislost životní spokojenosti a psychické odolnosti u osob se zdravotním postižením. Žádná systematická studie ale nebyla provedena u české populace para plavců. Cílem této práce proto bylo zjistit, zda vybrané vlastnosti z oblasti psychické odolnosti (resilience, hardiness, grit) souvisejí s vnímáním kvality života a sportovní angažovaností u para plavců.

U našeho specifického vzorku respondentů jsme potvrdili statisticky významnou korelaci životní spokojenosti s resiliencí ($r=0,61$) a hardiness ($r=0,41$). Sportovní angažovanost u respondentů byla ve statisticky významném vztahu pouze s hardiness ($r=0,46$). Životní spokojenost můžeme na základě regresní analýzy nejlépe predikovat z resilience, která ji vysvětluje z cca 37 %. Sportovní angažovanost lze predikovat pouze na základě hardiness, přičemž tato vlastnost může vysvětlovat SE z cca 21 %.

Životní spokojenost a sportovní angažovanost závisí na mnoha proměnných, z nichž některé spadají do oblasti psychické odolnosti. Trenér by si měl být těchto vztahů vědom, protože mohou ovlivnit motivaci trénovat a tím pádem i výsledky daného klubu.

Seznam použité literatury

1. AFANASYEVA E. V. *Assessment of health-related quality of life*. Moskva: Qualitative Clinical Practice, 2010. ISBN: 2618-8473
2. AGRANOVICH O., LAKHINA O. *Clinical variants of upper limb deformities in patients with arthrogryposis* / Russia: Traumatology and Orthopedics, 2013 ISBN: 617.57-007-053.
3. AITCHISON B, SOUNDY A, MARTIN P, RUSHTON A, HENEGHAN NR. *Lived experiences of social support in Paralympic swimmers: A protocol for a qualitative study*. BMJ Open. 2020 Sep 29; PMID: 32994258
4. ANTSIFEROVA L.I. *Personality in difficult life conditions: Rethinking, situation transformation and psychological protection*. Moskva: Journal of Psychology, 1994. ISBN: 56357-22
5. BALATSKY E. *Methods of diagnostics of social well-being of the population*. Kazan: textbook for students, 2005. ISBN 5-98201-001-8
6. BATALOVA A. *Peculiarities of Psychological Stability of High-Qualified Athletes in Team and Individual Sports individual sports*. Moskva: Eksmo, 2022. ISBN:79601-01
7. BRANCATI F., DALLAPICCOLA B., VALENTE E.M. *Joubert Syndrome and related disorders*. Orphanet J Rare Dis 2010; DOI: 10.1016/B978-0-444-59565-2.00058-7
8. CASTEJÓN, F.J.; GIMÉNEZ, F.J.; JIMÉNEZ, F.; LÓPEZ, V. (Eds.) *Formación deportiva como eje central de la enseñanza del deporte*. In Investigaciones en Formación Deportiva; Wanceulen: Seville, Spain, 2013; pp. 15–37.
9. COPP A.J., ADZICK N.S., CHITTY L.S., FLETCHER J.M., HOLMBECK G.N., SHAW G.M. *Spinabifida*. NatRevDisPrimers. 2015. PMID: PMC4898641
10. DAŘOVÁ, K., ČICHOŇ, R., ŠVARCOVÁ, J., POTMĚŠIL, J. *Klasifikace pro výkonnostní sport zdravotně postižených*. Praha: Karolinum 2008. ISBN 978-80-246-1520-2.
11. DIENER, E., EMMONS, R.A., LARSEN, R.J., & GRIFFIN, S. *The satisfaction with life scale*. Journal of Personality Assessment, 1985, doi:10.1207/s15327752jpa4901_13.

12. DURSTINE, J.L.; PAINTER, P.; FRANKLIN, B.A.; MORGAN, D.; PITETTI, K.H.; ROBERTS, S.O. *Physical activity for the chronically ill and disabled*. Sports Med. 2000, 30, 207–219. [CrossRef]
13. DUCKWORTH, A., PETERSON, C., MATTHEWS, M. D., & KELLY, D. R. (2007). *Grit: Perseverance and passion for long-term goals*. Journal of Personality and Social Psychology, 92(6), ISBN: 1087–1101
14. ENIKEEV D.A., NAGAEVA L.V., GOLOVIN V.P., *Introduction to pathophysiology. General Nosology*. Moskva: Eksmo. ISBN 978-5-689-68559-9.2015
15. GAWROŃSKI W, SOBIECKA J, MALESZA J. FIT and healthy Paralympians – *medical care guidelines for disabled athletes: a study of the injuries and illnesses incurred by the Polish Paralympic team in Beijing 2008 and London 2012*. Br J Sports Med, 2013; 47(13): 844-849
16. GIMÉNEZ, F.J. *Fundamentos Básicos de la Iniciación Deportiva en la Escuela; Wanceulen*: Seville, Spain, 2000.
17. GOLDSMITH S, MCINTYRE S, BADAWI N, HANSEN M. *Cerebral palsy after assisted reproductive technology: a cohort study*. Dev Med Child Neurol, 2018. PMID: 28980316
18. GOLOVINA G. M., SAVCHENKO T. N. *Subjective quality of life: approaches, methods of assessment*. Applied research: Moskva, 2006. ISBN: 5-9270-0097-5
19. GROTBORG, E. *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*. Haag: Bernard van Leer Foundation (1997), ISBN 90-6195-038-4
20. GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 223 s. ISBN 978-802-4736- 259.
21. HNILICOVÁ, H., BENCKO, V. Kvalita života – vymezení pojmu a jeho význam pro medicínu a zdravotnictví. *Prakt. lék*. 2005, 85, No. 11, s. 656-660.
22. CHRISTOPOULOU, M., LAKIOTI, A., PEZIRKIANIDIS, C., KARAKASIDOU, E. STALIKAS, A. The Role of Grit in Education: A Systematic Review. *Psychology*, 2018, 9, 2951-2971
23. JISKROVÁ, Markéta. *Vztah vnímané kvality života a psychické odolnosti a vytrvalosti u hráčů para hokeje a vozíčkářského rugby*. Praha, 2019. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Fakulta tělesné výchovy a sportu. Vedoucí práce PhDr. Klára Daďová, Ph.D.

24. KANDYBA DV. *Profilaktika insul'ta*. Saint Petersburg: FAIR-PRESS Grand, 2013. ISBN 5-8183-0277-6.
25. KACHESOV V.A. *Základy intenzivního výzkumu rehabilitace. Trauma a poranění míchy*. Kniha 1. Moskva: Grand, 2002. ISBN: 2587-23
26. KAWANISHI, C. Y., GREGUOL, M. Physical activity, quality of life, and functional autonomy of adults with spinal cord injuries. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 2013. 30(4), 317–337.
27. KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1.vyd. Praha: Academia, 2005. 263s. ISBN 80-200-1307-5.
28. KHOSHABA D., MADDI S. *Early antecedents of hardiness*. Consulting Psychology Journal, 1999, 51 (2), pp. 106–117.
29. KOLOSHEINA, V. *Features of psychological stability of kickboxers / 2019*. Moskva: FAIR-PRESS, Grand. ISBN 5-8183-0247-6. 49 (287).
30. KONTAKT bB, Plavecká akademie bez bariér [online]. [cit. 2018-08-23] Dostupné z: <http://www.kontaktbb.cz/o-nas/t1002>
31. KORNILOV, N.V., GRYAZNUKHIN, E.G., OSTASHKO, V.I, REDKO K.G. *Orthopedics: Concise Guide for Practical Doctors*. Moskva: Hippocrates, 2001. ISBN:5-8232-0208-3
32. KOTARSKA, K., NOWAK, L., SZARK-ECKARDT, M., NOWAK, M. Selected healthy behaviors and quality of life in people who practice combat sports and martial arts. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(5):875
33. KRAUS, Josef. *Dětská mozková obrna*. In: *Dětská neurologie*. Olomouc: 2015, s. 33-50. ISBN: 978-80-7471-124-4.
34. KUDLÁČEK, M. a kol. *Základy aplikovaných pohybových aktivit*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 2013. ISBN 978-80-244-3954-9.
35. KULIKOV L.V. *Determinants of life satisfaction*. St. Petesburg., Publishing house of St. Petersburg University, 2017
36. KURDYBAYLO S.F., SHCHERBINA K.K., ZVONAREVA E.V. Quality of life as an integral characteristic of the criteria of life activity of disabled people after amputation of the lower limbs // *Bulletin of the Guild of Prostheticians and Orthopedists*. 2002. № 2. C. 54-58)
37. KŮTOVÁ, K. *Kvalita života hráčů sitting volejbalu. Diplomová práce*. UK FTVS. Praha. 2019. Vedoucí práce: PhDr. Klára Daďová, Ph.D

38. LEONTIEV, D.A., RASSKAZOVA, E. *Resilience as a Component of Personal Potential / Personal Potential: Structure and Diagnosis*. Moskva: 2011. C. 178-210.
39. LOBANOV, Y.F., SKUDARNOV, E.V. Quality of life as a problem in health: modern tendencies. *International Journal of Applied and Fundamental Research*. - 2018. - № 5-1. - C. 235-239;
40. LUDÍKOVÁ, L. et al. *Výzkum kvality života vybraných skupin osob se speciálními potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 2014. 170 s. ISBN 978-80-244-4296-9. 16. "
41. LUDÍKOVÁ, L. et al. *Netradiční pohledy na kvalitu života osob se speciálními potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 2015. 199 s. ISBN 978-80-244-4869-5.
42. MADDI, S.R. Hardiness: The courage to grow from stresses. *The Journal of Positive Psychology*, 2006, pp. 160–168.
43. MADDI, S.R. On hardiness and other pathways to resilience. *American Psychology*, 2005, 60 (3), pp. 261–262.
44. MADDI, S.R., KHOSHABA, D.M. Hardiness and Mental Health. *Journal of Personality Assessment*, 1994, 63 (2), pp. 85–272.
45. MAREŠ, Jiří. *Kvalita života u dětí a dospívajících*. Brno: MSD, 2006. 228 s. ISBN 8086633659
46. MARTIN, J.J. et al. Gritty, Hardy, and Resilient: Predictors of Sport Engagement and Life Satisfaction in Wheelchair Basketball Players. *Journal of Clinical Sport Psychology*, 2015, 9, 345 -359 <http://dx.doi.org/10.1123/jcsp.2015-0008>.
47. MARTIN, J.J. *Psychological perspectives on athletes with disabilities*. In MELLALIELU, S., HANTON S., (Eds.), *Professional practice issues in sport psychology: Critical reviews* (pp. 54–78). New York, NY: Routledge Publishing 2012
48. MELION MB, WALSH WM. *The team physician*. In: Melion MB, editor. *Sports Medicine Secrets*. Philadelphia, 1999: Hanley & Belfus, 1-4;
49. MIRA T, MONTEIRO D, COSTA AM, MOROUÇO P, MATOS R, ANTUNES R. Tokyo 2020: A Sociodemographic and Psychosocial Characterization of the Portuguese Paralympic Team. *Healthcare* (Basel). 2022 Jun 24;10(7):1185. doi: 10.3390/healthcare10071185. PMID: 35885712; PMCID: PMC9316738.
50. MOLDENHAUER J.S., SONI S., RINTOUL N.E., SPINNER S.S., KHALEK N., MARTINEZ-POYER J. ET AL. *Fetal Myelomeningocele Repair: The Post-MOMS*

- Experience at the Children's Hospital of Philadelphia // Fetal Diagn Ther.* — 2015. — №37 (3). — P. 235-240. Doi:10.1159/000365353.
51. NAGY ST., NIX, CH.L. Relations between preventive health behavior and hardiness. *Psychological Reports*, 1989, 65 (1), pp. 339–345.
 52. NOVIK, A.A., IONOVA, T.I. *Study of quality of life in medicine /* Moscow: Geotar-Med, 2007. - C. 12-13
 53. PACK, S., KELLY, S., AND ARVINEN-BARROW, M. "I think I became a swimmer rather than just someone with a disability swimming up and down: " paralympic athletes perceptions of self and identity development. *Disabil. Rehabil.* 2017. 39, 2063–2070. doi: 10.1080/09638288.2016.1217074
 54. PARISI, M.A., DOHERTY, D., CHANCE, P.F., GLASS, I.A. Joubert syndrome (and related disorders) (OMIM 213300). *Eur J Hum Genet.* 2007; 15: 511–21
 55. PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti. 2., přepracované a doplněné vydání.* Praha: Grada, 2017. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5646-2.
 56. PAYNE, J. A KOL. SLÁMA, O. *kvalita života onkologicky nemocných. Kvalita života a zdraví. 1.vyd.* Praha: Triton, 2005. s. 288-295. ISBN 80-7254-657-0.
 57. PAYNE, J. et al., 2005. *Kvalita života a zdraví.* Praha: Triton. 629 s. ISBN 978-80-7254-657-2.
 58. PETR, P. *Kvalita života v balneologii.* 1.vyd. České Budějovice: INPRESS, 2004. 118s. ISBN 80-903427-1-X.
 59. POPOV, I.V., SYZDYKOV, E.D., KHATSKEL, S.B. *Spina bifida posterior as a manifestation of connective tissue dysplasia syndrome.* Kazan: Medical Journal., 2007. - №88 (5-S). - C. 140-142.
 60. ČICHONĚ, R. *Význam pohybových aktivit pro kvalitu života jedinců s tělesným postižením.* Praha, 2005. 179 s. Univerzita Karlova v Praze. Vedoucí disertační práce Doc. Ph.Dr. Jaroslav POTMĚŠIL, CSc.
 61. REIFENAUER, I. DAŘOVÁ, K. Vliv jógového cvičebního programu na kvalitu života pacientů s roztroušenou sklerózou - pilotní studie. In Suchý, J., a kol. (Ed.). *Sborník příspěvků z mezinárodní studentské vědecké konference Scientia Movens konané dne 15. března 2016.* Univerzita Karlova v Praze, FTVS, Praha, 2016, 206-215. ISBN 978-80-87647-26-4.
 62. RENOTIÉROVÁ, Marie a LUDÍKOVÁ, Libuše. *Speciální pedagogika.* 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. Učebnice. ISBN 80-244-1475-9.

63. RENOTIÉROVÁ, Marie; LUDÍKOVÁ, Libuše a kol. 2003. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. 290 s. ISBN 80-244-0646-2.
64. ROSSOSHANSKY, A., CHEKMAREVA, E. *Current state and development of the theory and methodology of research on the quality of life of the population*. Kazan: Problems of Territory Development, 2016. ISBN: 0320-8168
65. SALAJKA, F. *Hodnocení kvality života u nemocných s bronchiální obstrukcí*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1306-3.
66. SELIGMAN, M. E. P., STEEN, T. A., PARK, N., & PETERSON, C. (2005). *Positive Psychology Progress: Empirical Validation of Interventions*. *Acacia C. American Psychologist*, Vol 61(8), Nov 2006, 774-788
67. SELIVANOVA O.A., BYSTROVA N.V., DERECHA I.I., *Studying the phenomenon of resilience: problems and prospects*. Moskva: World of Science. Pedagogy and psychology, 2020. [online]. ISBN: 2658-6282
68. SENKEVICH N.Y. *Kvalita života předmětem vědeckého výzkumu / Moskva: Ter. Arch*, 2000. ISBN:26784-34
69. SHARPLEY CH.F., DUA J.K., REYNOLDS R., ACOSTA A. *The direct and relative efficacy of cognitive hardiness, a behavior pattern, coping behavior and social support as predictors of stress and ill-health*. *Scandinavian Journal of Behavior Therapy*, 1999.
70. SHEPPARD J.A., KASHANI J.H. *The Relationship of Hardiness, Gender, and Stress to Health Outcomes in Adolescents*. *Journal of Personality*, 1991. ISBN: 747–768
71. SCHEIER M.E., CARVER CH.S. *Dispositional optimism and physical well-being: The influence of generalized outcome expectancies on health*. Special Issue: Personality and Physical Health. *Journal of Personality*, 1989, 55 (2), pp. 169–210.
72. SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-271-0095-8
73. SOLCAVA I., SYKORA J. *Relation between psychological Hardiness and Physiological Response*. *Homeostasis in Health & Disease*, 1995, 36 (1), pp. 25–34.
74. ŠLAPAL, Radomír. *Dětská neurologie pro speciální pedagogy*. Brno: Paido, 1996. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-17-6.
75. ŠOLCOVÁ, Iva. *Rozdíly v úrovni a struktuře osobnostní odolnosti ("hardiness") u vzorku americké a české populace*. *Československá psychologie* [online]. 1996 [cit. 2020-07-15].

76. ULANOVA N.N. *Approaches to understanding health*. Moskva: Scientific and Practical Journal of Science of the Young, 2018. ISBN: 2079-3499
77. VAĎUROVÁ, H.; MÚHLPACHR, P. *Kvalita života teoretická a metodologická východiska*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2005. ISBN 80-210-3754-7.
78. VAINIO, M.M., DAUKANTAITĖ, D. *Grit and Different Aspects of Well-Being: Direct and Indirect Relationships via Sense of Coherence and Authenticity*. *J Happiness Stud* 17, 2119–2147 (2016). <https://doi.org/10.1007/s10902-015-9688-7>
79. VAN NAARDEN BRAUN K, DOERNBERG N, SCHIEVE L, CHRISTENSEN D, GOODMAN A, YEARGIN-ALLSOPP M. *Birth Prevalence of Cerebral Palsy: A Population-Based Study*. *Pediatrics*. 2016 Jan;137(1):1–9. doi: 10.1542/peds.2015-2872. Epub 2015 Dec 9. PMID: 26659459; PMCID: PMC4703497.
80. VANISTENDAEL S. *International Catholic Child Bureau*, Geneva, 1998. ISBN: 978-2-914862-87-5
81. VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. 2. vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-134 -0.
82. VYMĚTAL, J. *Úvod do psychoterapie*. 2.vyd. Praha: Grada, 2003. 262s. ISBN 80-247- 0253-3.
83. WORLD PARA SWIMMING. *World Para Swimming Classification Rules and Regulations: January 2018* [online]. [cit. 2018-08-23]. Dostupné z: https://www.paralympic.org/sites/default/files/document/171220150814237_2017_12%2BWorld%2BPara%2Bswimming_Classification%2BRules%2Band%2BRegulations_FINAL.pdf
84. WILLIS, C.E.; REID, S.; ELLIOTT, C.; ROSENBERG, M.; NYQUIST, A. JAHNSEN, R.; GIRDLER, S. *A realist evaluation of a physical activity participation intervention for children and youth with disabilities: What works, for whom, in what circumstances, and how?* *BMC Pediatr*. 2018, 18, 113. [CrossRef] [PubMed]
85. WILLIAMSON, J.A.; MCDONALD, F.W.; GALLIGAN, E.A.; BAKER, P.G. *Selection and training of disabled persons for scuba-diving: Medical and psychological aspects*. *Med. J. Aust*. 1984, 141, 414–418. [CrossRef] [PubMed]

Seznam tabulek

Tabulka 1 - Základní statistiky parametrů životní spokojenosti, sportovní angažovanosti a psychické odolnosti	51
Tabulka 2 - Pearsonovy korelační koeficienty (statisticky významné korelace jsou tučně)	53
Tabulka 3 - Lineární regresní analýza životní spokojenosti a nezávislých proměnných	54
Tabulka 4 - Lineární regresní analýza sportovní angažovanosti a nezávislých proměnných	55
Tabulka 5 - Lineární regresní analýza důležitosti posledního závodu a životní spokojenosti	56

Seznam grafů

Obrázek 1 - Věkové zastoupení respondentů (1=10–20 let; 2=21–30 let, 3=31–40 let, 4=41–50 let, 6 =51–60).....	45
Obrázek 2 - Četnost jednotlivých diagnóz respondentů výběrového souboru	45
Obrázek 3 - Graf pravděpodobnosti normálního rozdělení naměřené životní spokojenosti	51
Obrázek 4 - Graf pravděpodobnosti normálního rozdělení naměřené sportovní angažovanosti.....	52
Obrázek 5 - Vztah mezi resiliencí a životní spokojeností	53
Obrázek 6 – Vztah mezi sportovní angažovaností a hardiness	55
Obrázek 7 – Lineární regrese důležitosti posledního závodu a sportovní angažovanosti	56
Obrázek 8 – Lineární regrese délky plavecké kariéry a vnímané důležitosti posledního závodu	57

Seznam příloh

Příloha č. 1: Žádost o vyjádření etické komise

UNIVERZITA KARLOVA
FAKULTA TĚLESNÉ VÝCHOVY A SPORTU
Josef Martího 31, 162 52 Praha 6-Vešelavín

Žádost o vyjádření Etické komise UK FTVS

k projektu výzkumné, kvalifikační či seminární práce zahrnující lidské účastníky

Název projektu: Vztah vnímané kvality života a psychické odolnosti u para plavců

Forma projektu: výzkumná práce - diplomová práce

Období realizace: únor 2023 - březen 2023

Výzkum bude realizován v souladu s platnými epidemiologickými opatřeními Ministerstva zdravotnictví ČR.

Předkladatel: Bc. Alena Koroleva

Hlavní řešitel: Bc. Alena Koroleva

Místo výzkumu (pracoviště): dotazníkové šetření

Spoluřešitel(é):

Vedoucí práce (v případě studentské práce): PhDr. Klára Daďová, Ph.D.

Popis projektu: Cílem této diplomové práce bude zjistit, zda vybrané vlastnosti z oblasti psychické odolnosti (resilience, hardiness, grit) souvisejí s vnímáním kvality života u para plavců. Projekt bude realizován dotazníkovým šetřením, přičemž použijeme český překlad dotazníku, který ve své studii použil prof. Jeffrey Martin z Wayne State University, USA. Získané výsledky porovnáme s daty z jiných sportů (diplomová práce Markéty Jiskrové, rugby a para hokej, výsledky publikovány v zahraničním časopisu) a s výsledky z USA.

Odkaz na dotazník v elektronické podobě bude po domluvě s vedoucími klubu rozeslán všem členům prostřednictvím e-mailu (viz pozvání pro organizace níže).

Otázky nebudou zjišťovat žádná citlivá data.

Charakteristika účastníků výzkumu: Předpokládáme, že se zúčastní 40 osob ve věku 18-50 let. Všichni jsou členy sportovní organizace ČESKÉ PARA PLAVÁNÍ z.u. organizace, která se přes 30 let na území České republiky věnuje metodice a práci s para plavci na všech výkonnostních úrovních. Výzkumu se nezúčastní osoby s akutním (zejména infekčním) onemocněním.

Zajištění bezpečnosti: Jedná se o neinvazivní metodu výzkumu. Rizika prováděného výzkumu nebudou vyšší než běžně očekávaná rizika v rámci tohoto typu výzkumu.

Etické aspekty výzkumu:

Potenciální střet zájmů: Já ani nikdo z výzkumného týmu nemáme soukromý zájem na výsledku výzkumu, výzkum nevede k mému osobnímu prospěchu ani k prospěchu žádného z účastníků výzkumu.

Ochrana osobních dat: Data budou shromažďována a zpracovávána v souladu s pravidly vymezenými nařízením Evropské Unie č. 2016/679 a zákonem č. 110/2019 Sb. – o zpracování osobních údajů. Anonymně budou získávány následující osobní údaje: e-mail, národnost (všichni rozumí česky, jiná národnost Slovenská), pohlaví, věk, typ postižení, zaměstnání a délka provozování plavání, odpovědi na otázky v dotazníku. Ty budou bezpečně uchovány na heslem zajištěném počítači v uzamčeném prostoru, přístup k nim bude mít hlavní řešitel.

Uvědomuji si, že text je anonymizován, neobsahuje-li jakékoli informace, které jednotlivě či ve svém souhrnu mohou vést k identifikaci konkrétní osoby - budu dbát na to, aby jednotlivé osoby nebyly rozpoznatelné v textu práce. Osobní data, která by vedla k identifikaci účastníků výzkumu, budou bezprostředně do 1 dne po testování anonymizována. Získaná data budou zpracovávána, bezpečně uchována a publikována v anonymní podobě v odborných časopisech, monografiích a prezentována na konferencích, případně budou využita při další výzkumné práci na UK FTVS.

Pořizování fotografií/videl/audio nahrávek účastníků: Během výzkumu nebudou pořizovány žádné fotografie, audionahrávky ani videozáznamy.

V maximální možné míře zajistím, aby získaná data nebyla zneužita.


Text informovaného souhlasu: přiložen úvod k dotazníku

Povinností všech účastníků výzkumu na straně řešitele je chránit život, zdraví, důstojnost, integritu, právo na sebeurčení, soukromí a osobní data zkoumaných subjektů, a podniknout k tomu veškerá preventivní opatření.

UNIVERZITA KARLOVA
FAKULTA TĚLESNÉ VÝCHOVY A SPORTU
Josef Martího 31, 162 52 Praha 6-Vešelavín

Odpovědnost za ochranu zkoumaných subjektů leží vždy na účastnících výzkumu na straně řešitele, nikdy na zkoumaných, byť dali svůj souhlas k účasti na výzkumu. Všichni účastníci výzkumu na straně řešitele musí brát v potaz etické, právní a regulační normy a standardy výzkumu na lidských subjektech, které platí v České republice, stejně jako ty, jež platí mezinárodně. Potvrzují, že tento popis projektu odpovídá návrhu realizace projektu a že při jakékoli změně projektu, zejména použitých metod, zašlu Etické komisi UK FTVS revidovanou žádost.

V Praze dne: 23. 1. 2023

Podpis předkladatele: 

Vyjádření Etické komise UK FTVS


Složení komise: **Předsedkyně:** doc. PhDr. Irena Parry Martínková, Ph.D.
Členové: prof. MUDr. Jan Heller, CSc. Mgr. Eva Prokešová, Ph.D.
prof. PhDr. Pavel Šlepička, DrSc. Mgr. Tomáš Ruda, Ph.D.
PhDr. Pavel Hráský, Ph.D. MUDr. Simona Majorová

Projekt práce byl schválen Etickou komisí UK FTVS pod jednacím číslem: *156/2023*
dne: *25.1.2023*

Etická komise UK FTVS zhodnotila předložený projekt a neshledala žádné rozpory s platnými zásadami, předpisy a mezinárodními směrnici pro provádění výzkumu zahrnujícího lidské účastníky.

Řešitel projektu splnil podmínky nutné k získání souhlasu Etické komise.

UNIVERZITA KARLOVA
Fakulta tělesné výchovy a sportu
Josef Martího 31, 162 52, Praha 6
- 20 -


.....
podpis předsedkyně EK UK FTVS

Příloha č. 2: *Dopis pro organizaci ČESKÉ PARA PLAVÁNÍ, která bude pozvánku k výzkumu dále distribuovat svým členům*

Vážený pane/Vážená paní,

jmenuji se Alena Koroleva a jsem studentkou 2. ročníku magisterského studia v programu Aplikovaná tělesná výchova a sport osob se specifickými potřebami na Fakultě tělesné výchovy a sportu Univerzity Karlovy.

Obracím se na Vás se žádostí o pomoc při oslovování účastníků mého výzkumu s názvem **Vztah vnímané kvality života a psychické odolnosti u para plavců**. Cílem výzkumného projektu je navázat na diplomovou práci Markéty Jiskrové, která problematiku řešila u para hokejistů a para ragbistů, a zjistit, zda na základě vybraných pozitivních psychologických konstruktů (resilience, hardiness, grit) můžeme predikovat obecnou i sportovně specifickou kvalitu života u sportovců s tělesným postižením.

Výzkum bude probíhat online v období únor – březen 2023. Para plavci budou požádáni o elektronické vyplnění dotazníku, na který dostanou odkaz.

Jména všech účastníků a všech klubů budou anonymizována. Získaná data budou zpracovávána, bezpečně uchována a publikována v anonymní podobě ve výzkumných pracích, případně v odborných časopisech, monografiích a prezentována na konferencích, případně budou využita při další výzkumné práci na UK FTVS.

Tím, že link na dotazník a výše uvedené informace z tohoto e-mailu přepošlete plavcům z Vašeho klubu potvrzujete, že dobrovolně souhlasíte s realizací výzkumu ve Vašem klubu, o kterém jste byl/a informován/a, jakož i o právu odmítnout účast nebo svůj souhlas kdykoli odvolat bez represí, a to písemně Etické komisi UK FTVS. Prosím, aby mě zájemci kontaktovali na níže uvedeném e-mailu. Účast jednotlivých sportovců je zcela dobrovolná a každý z nich může účast odmítnout, případně z účasti kdykoliv během vyplňování odstoupit.

Výzkum byl schválen Etickou komisí UK FTVS pod číslem: **156/22**.

S výsledky studie se můžete poté seznámit pomocí dotazu na emailové adrese: leliks1997@gmail.com.

Děkuji Vám za spolupráci.

Alena Koroleva

Příloha č. 3: Úvod k dotazníku

Dobrý den,

jmenuji se Alena Koroleva a jsem studentkou 2. ročníku magisterského studia v programu Aplikovaná tělesná výchova a sport osob se specifickými potřebami na Fakultě tělesné výchovy a sportu Univerzity Karlovy.

Oslovuji Vás s prosbou o vyplnění níže uvedeného dotazníku, který poslouží k napsání mé diplomové práce na téma: *Vztah vnímané kvality života a psychické odolnosti u para plavců.*

V části s obecnými informacemi jsou otázky otevřené, v dalších částech pak budete zaškrťávat čísla na škálách dle pokynů dotazníku. Doba potřebná pro vyplnění dotazníku je přibližně 15 minut.

Výzkum byl schválen Etickou komisí UK FTVS pod číslem: 156/2022

Dotazník je určen členům sportovních organizací sdružujících osoby s tělesným postižením ve věku od 18 let do 60 let, které se věnují plavání.

Získaná data budou využita ke zpracování diplomové práce, odborného článku, případně dalšímu výzkumu na UK FTVS; budou zpracována, publikována a uchována v anonymní podobě a ochráněna před jiným užitím.

Pokud budete mít zájem seznámit se s výsledky studie, napište na adresu: lelik1997@gmail.com.

Vyplněním a odevzdáním dotazníku potvrzujete, že dobrovolně souhlasíte se svojí účastí v této výzkumné studii, o které jste byl(a) informován(a), jakož i o právu odmítnout účast nebo svůj souhlas kdykoliv odvolat bez represí, a to písemně Etické komisi UK FTVS.

Předem děkuji za Vaši ochotu při vyplnění dotazníku.