

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Kvalita života sportovců se získaným tělesným postižením
Quality of life of athletes with acquired physical disabilities

Lucie Krupařová

Vedoucí práce: doc. PaedDr. Vanda Hájková, Ph.D.

Studijní program: Speciální pedagogika (B7506)

Studijní obor: Speciální pedagogika (7506R002)

V Praze 2021

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá významem sportu pro socializaci osob s tělesným postižením pro kvalitu jejich života. Cílem případové studie bylo zaznamenat, co respondenti vypovídají o vlivu různých faktorů na jejich posttraumatickou socializaci a o subjektivně vnímaném významu sportu pro kvalitu jejich života. Vzhledem k momentální pandemické situaci byly zvolené rozhovory uskutečňovány prostřednictvím internetového připojení přes web kamery. Analýza probíhala na základě dat získaných z polostrukturovaných rozhovorů s celkem sedmi respondenty. Pro analýzu dat byl zvolen postup interpretativní fenomenologické analýzy. Při výzkumu byl kladen důraz na mentální procesy. Výsledky ukázaly, že počáteční obavy ohledně společenského přijetí pominuly také právě díky socializaci do kolektivu sportovců. Ve fázi časně socializace si respondenti vytvořili bezpečný prostor, který v některých případech souvisel i s pozitivně vnímanou anonymitou neznámého prostředí většího města. Sportovní aktivity respondentům umožnily obohatit kvalitu jejich života o motivaci k práci na sobě, o dobrou fyzickou kondici, o přátelské vztahy ve sportovních klubech, jako bonus vnímají i možnost účastnit se mezinárodních soutěží a cestovat. Podle výpovědí respondentů se objevil důraz na momentální prožitek tady a teď. Zdravotní stav tedy z pohledu subjektivně vnímané kvality zdraví není nejvýznamnějším faktorem. Subjektivním hodnocením kvality života je spokojenost a smysluplnost života.

Klíčová slova: sportování osob s tělesným postižením, limity socializace, kvalita života

ABSTRACT

The bachelor thesis deals with the importance of sport for the socialization of people with disabilities for the quality of their lives. The case study aimed to record what the respondents say about the influence of various factors on their post-traumatic socialization and their subjectively perceived importance of sport for the quality of their lives. Due to the current covid situation, the interviews were selected via Internet connection via a webcam. The evaluation was based on data obtained from semi-structured interviews with seven respondents. The method of Interpretive Phenomenological Analysis was chosen for data analysis. The research emphasized mental processes, where one thinks about what was going on. The interpretation process was crucial in the meaning that one attaches to the given experience. The results showed that the initial concerns about social acceptance also disappeared precisely due to socialization in the team of athletes. Sports activities enabled respondents to enrich their quality of life with motivation to work on themselves, with good physical condition, with friendly relationships in sports clubs and as a bonus, they also see the opportunity to participate in international competitions and travel. According to the respondents, the emphasis was on the current experience here and now. Thus, health status from the point of view of subjectively perceived quality of health is not the most important factor. According to the subjective evaluation of the respondents, the quality of life is perceived as satisfaction and meaningfulness of life.

Keywords: sports for people with physical disabilities, limits of socialization, quality of life

PROHLÁŠENÍ

Odevzdáním této bakalářské práce na téma „Kvalita života sportovců se získaným tělesným postižením“ potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 18. 4. 2021

.....

Lucie Krupařová

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji doc. PaedDr. Vandě Hájkové, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce. Dále děkuji spolku Adapted za poskytnutí kontaktu na respondenty a všem respondentům, kteří se mého výzkumu zúčastnili. V neposlední řadě bych ráda poděkovala babičce za zázemí a podporu.

OBSAH

Úvod.....	8
Teoretická část	10
1 Sportovci se získaným tělesným postižením.....	10
1.1 Tělesné postižení.....	10
1.2 Vymezení pojmu získané tělesné postižení.....	11
1.3 Získaná tělesná postižení	11
1.4 Socializace člověka se získaným tělesným postižením	14
1.5 Komunikace lidí bez postižení se sportovci s tělesným postižením.....	15
1.6 Předsudky vůči lidem s tělesným postižením	16
1.7 Edukace osob se získaným tělesným handicapem.....	17
1.8 Kompenzační pomůcky pro sportovce s tělesným postižením.....	19
2 Sport osob s tělesným postižením	22
2.1 Možnosti sportování osob s handicapem	22
2.2 Pozitivní přínosy sportu u osob s handicapem.....	23
2.3 Sportovní motivace	25
2.4 Klasifikace sportovců s tělesným postižením	26
3 Psychické důsledky tělesně postižených sportovců	28
3.1 Sebepojetí.....	28
3.1.1 Tělesné sebepojetí.....	29
3.2 Kvalita života	30
3.3 Přejít z neomezujícího života na omezující.....	31
4 Inkluze sportovců s tělesným postižením.....	33
4.1 Definice inkluze.....	33
4.2 Sociální inkluze.....	34
Praktická část	36
5 Úvod do výzkumu	36
5.1 Cíl výzkumu.....	36
5.2 Výzkumné otázky	36
5.3 Metody výzkumu	37
5.4 Charakteristika výzkumného souboru:	38

5.5	Způsob zpracování získaných dat	40
5.5.1	Postup systematické analýzy dat	40
5.5.2	Sportovní zaměření respondentů a dosažená sportovní úroveň.....	41
5.5.3	Odpovědi na výzkumné otázky	54
	Diskuze	56
	Závěr práce	60
	Literatura.....	62
	Internetové zdroje	66

ÚVOD

Kvalita života je propojeně vnímána s pojmem zdraví a životní styl. Ten zahrnuje množství faktorů. Vliv životního stylu na zdraví včetně duševní pohody je velmi aktuálním problémem. Vliv pohybové aktivity na psychickou pohodu je krátkodobý i dlouhodobý. Příznivě ovlivňuje náladu, sebeúctu, úzkost, depresi, tenzi a percepci stresu. Lidé s tělesným postižením nestojí o soucit nebo vyčlenění ze společnosti, přejí si, abychom k nim přistupovali jako k sobě rovným, bez jakéhokoli vymezení. Pro člověka s handicapem je socializace do běžného života náročná. Skvělým východiskem, které se člověku s postižením nabízí, je sport. V dnešní době existuje široké spektrum sportů pro tělesně či smyslově postižené. Sport je v takové situaci jednou z nejlepších cest k socializaci člověka s postižením.

K tématu kvalita života mě přivedl sport, kterému jsem se věnovala vrcholově osm let a zároveň i osobní zkušenost s lidmi s tělesným i smyslovým postižením. Také mě motivovala práce v Centru Terapie Autismu, kde jsem se setkala s dětmi s kombinovanými vadami. Pro mě, jako pro sportovce bez zdravotních omezení, bylo zajímavé pozorovat sportovce, jak se vyrovnávají s omezeními a s handicapem. Tuto problematiku jsem si vybrala, abych ji mohla monitorovat hlouběji.

Cílem bakalářské práce je přiblížit subjektivně vnímané pojetí kvality života sportovci se získaným tělesným postižením. Zmiňuje téma sportu tělesně postižených, problematiku sebepojetí a přechod z neomezujících podmínek života na omezující. Práce je rozdělena do dvou částí, na teoretickou a praktickou. Teoretická část je rozdělena na čtyři hlavní kapitoly a každá z těchto kapitol obsahuje další podkapitoly.

V první kapitole se zaměřuji na definování pojmů a sportovce se získaným tělesným postižením.

V druhé kapitole popisují možnosti sportování u osob s tělesným postižením.

Ve třetí kapitole se zabývám především kognitivní stránkou sportovců s tělesným postižením.

Ve čtvrté kapitole je řešena problematika inkluze u jedinců s handicapem.

Praktická část popisuje cíle výzkumu, výzkumné otázky, výzkumné metody a charakterizuje výzkumný vzorek. Na základě principů kvalitativního výzkumu, konkrétně pomocí interpretativní fenomenologické analýzy byla získaná data analyzována a na základě seskupených kódů byly zodpovězeny výzkumné otázky.

TEORETICKÁ ČÁST

1 SPORTOVCI SE ZÍSKANÝM TĚLESNÝM POSTIŽENÍM

1.1 Tělesné postižení

„Tělesná postižení jsou přetrvávající nápadnosti, snížené pohybové schopnosti s dlouhodobým nebo podstatným působením na kognitivní, emocionální a sociální výkony. Řadíme mezi ně vady pohybového a nosného ústrojí, tzn. kostí, kloubů, šlach, svalů a cévního zásobení. Dále pak poškození nebo poruchy nervového ústrojí, pokud se projevují narušenou hybností“ (Renotírová, Ludvíková, 2002, s. 204).

Tělesné postižení obsahuje dvě základní podskupiny, a to primární postižení hybného a nosného ústrojí a zdravotní znevýhodnění vzniklé v důsledku chronického onemocnění.

U chronického onemocnění se většinou jedná o onemocnění, které je nevyлéčitelné. Toto onemocnění a jeho následky výrazně snižují kvalitu života postiženého a jeho blízkých. Člověk s tímto typem postižení musí dodržovat danou životosprávu, léčebná opatření a celkový životní styl. Může docházet i k omezení pohybových schopností. Snížená pohybová schopnost se projeví v somatickém, psychickém i sociálním aspektu (Opatřilová, Zámečníková, 2008). Osoby s tělesným handicapem tvoří heterogenní skupinu, jejichž společným znakem je omezení pohybu (Pipeková, 2010).

Primární postižení hybného a nosného ústrojí má dopad na schopnosti člověka. Je omezena hybnost a motorická koordinace, které se pojí s vývojovou vadou, funkční poruchou nosného a hybného aparátu, centrální nebo periferní poruchou intervence nebo amputací či deformací části motorického systému. Na rozdíl od chronického onemocnění je toto postižení na první pohled viditelné, což má velký dopad na kvalitu života a soběstačnost těchto lidí (Novosad, 2011, s. 87-88).

Mezi specifika osob s tělesným postižením patří ztížení či ztráta schopnosti pohybu, problematická koordinace až narušení jemné motoriky, atypické až patologické pohybové stereotypy a užívání kompenzačních pomůcek, které mohou vést k druhotnému zdravotnímu postižení, tudíž ke zhoršení zdravotního stavu. Dále individuálně zvýšená

závislost na pomůckách, opatřeních a asistenci, dlouhodobé respektování dané životosprávy, specifických zdravotních opatření a léčebné rehabilitace. Zřejmé či skryté ohrožení informační; výkonové nebo činnostní deprivace, obtíže při procesu osamostatňování, poruchy sebepojetí, potíže se zvládnutím přirozených a běžných sociálních rolí, komunikační bariéry, menší či úplná nezkušenost v mezilidských nebo partnerských vztazích, oslabená vůle a motivace k seberozvoji a neadekvátní hodnocení jedince s tělesným postižením (Novosad, 2011, 105-108).

1.2 Vymezení pojmu získané tělesné postižení

Získané tělesné postižení je způsobeno úrazem nebo různými chorobami, jenž působí negativně na pohybový aparát. Může vzniknout v kterémkoli věku a mít různou závažnost (Monatová 1994). Ať už ho jedinec získal těsně po narození, v dětství, dospívání nebo v dospělosti, vždy se jedná o postižení získané. Postižení přivádí jedince do náhlé změny zdravotního stavu a přehodnocení kvality života. Jedná se o nečekaný přechod zdraví v “nezdraví”, funkční nedostatečnost a někdy také vzhledovou odlišnost. Přináší si následky v sociálním, osobním, rodinném a profesním životě. Osoby s postižením přicházejí o sociální kontakty, partnerské vztahy a zaměstnání. Často u nich dochází až k rozpadu rodiny a tím i socializačních podmínek. Aktivní zapojení osob s postižením do společnosti nelze podceňovat. Základní úkol spočívá ve vybudování sítě komunitních služeb a zabezpečení flexibilního podporovaného zaměstnávání založeného na svobodné možnosti výběru dané služby, která respektuje individuální potřeby jedince (Nosková, 2013). *Dobrá praxe vychází z předpokladu člověka jako jedinečné bytosti, poté přihlíží ke stupni a druhu jeho znevýhodnění* (Macková, 2014, s. 62). Novosad upozorňuje: *„Rozhodně nemůžeme usuzovat, že člověk s trvalým, vrozeným nebo časně získaným postižením je v příznivějším postavení, než člověk se získaným postižením”* (Novosad, 2011, s.113).

1.3 Získaná tělesná postižení

Nejčastějšími příčinami získaného tělesného postižení mohou být deformace, postižení po úrazu a nemoci (Renotiérová, Ludíková 2004). Můžeme k nim také počítat mimo jiné amputace, přerušování míchy, páteře a tělesná postižení získaná po nemoci. Amputace je popisována jako umělé odnětí části končetiny od trupu (MKN-10)- Y83.5) (Vítková,

2006, s. 65). Úraz vzniká často pádem z výšky nebo při dopravních nehodách. K poškození míchy může dojít v okamžiku úrazu či těsně po něm. Nejčastější příčinou je autonehoda a výbušniny. Poranění míchy může vzniknout i bez poranění páteře, například cévním onemocněním, nádorovým onemocněním nebo poraněním elektrickým proudem. Ke zlomeninám páteře může dojít i při minimálním traumatu, např. při předklonu, či při epileptickém záchvatu (Kaltofen, Česák, 2006).

Nejčastějším problémem při amputacích je velká svalová dysbalance a přetížení jedné svalové skupiny. Je proto velice důležité kompenzovat asymetrické zatížení pravidelným cvičením a posílením středu těla. Při amputacích dolních končetin může dojít k funkčním poruchám, rotace pánve, skoliotické držení těla, a k degenerativním postižením kloubu zdravé končetiny (Dad'ová, 2011). Je důležitá časná intervence, aby při jednostranném přetížení nedocházelo ke skoliotickému držení páteře (Tichý, 2000).

U osob se spasticitou dochází k poruše funkce a svalového tónu, únavě, třesu v ruce, pocitu slabosti (Kolář, 2009). Horní polovinu těla a krční páteř mají neustále v přetížení. Kompenzace a regenerace nepostižených svalových skupin je nezbytná (Dad'ová, 2011).

Deformity lze chápat jako neobvyklé tvary části těla (Renetiérová, Ludíková, 2006, s. 215-217). Způsobují je poúrazové stavy páteře.

Dle Renetiérové, Ludíkové (2006, s. 217-218) se řadí trojice onemocnění (revmatická onemocnění, dětská infekční choroba a Perthesova choroba) mezi nejzávažnější získané tělesné postižení v důsledku onemocnění.

Revmatická onemocnění spočívají v postižení velkých kloubů, kůže je nad nimi zarudlá a způsobuje omezení pohybu. Je snížena uchopovací schopnost ruky a u dolních končetin dochází ke ztížení schopnosti chůze. Nejzávažnějším dopadem tohoto onemocnění je revmatický zánět srdce, který v kritických případech může způsobit i smrt. V roce 2018 zemřelo 94 mužů a 163 žen. Standardizovaná úmrtnost byla u mužů 2,8 a u žen 2,9 (Zdravotnická ročenka ČR, 2018).

Mezi nemoci způsobené tělesným postižením se řadí Perthesova nemoc (MKN-10), která postihuje zejména děti ve věku 3-8 let. Postihuje čtyřikrát častěji chlapce.

V deseti procentech výskytu bývá oboustranná (National Osteonecrosis Foundation, 2021). Začíná často nebolestivým kulháním spojeným se sekundární hypotrofií stehenního svalstva (Koudela 2004). Aseptická nekróza hlavice kosti stehenní poruší prokrvení části nebo celé hlavice, která je součástí kloubu kyčelního. Hlavice ztrácí odolnost a může být deformována až rozmáčknuta (Dungl, 2014). Podle rozsahu nekrózy se klasifikuje rozsah postižení jako typ A, B nebo C (Dungl, 2014). Do 70. let 20. století se dávalo přednost konzervativní léčbě. To znamenalo léčebný pobyt po dobu 1–2 let ve specializovaných zařízeních. Takové zařízení je na území České republiky například v Hamzově léčebně v Luži Košumberk. V současné době děti prochází většinou dvěma operačními postupy. Po třech měsících je povolena chůze s omezením sportovních aktivit (Dungl, 2014). Přestože nemoci nelze zabránit, bylo dosaženo mnoha kroků k minimalizaci jejích účinků (National Osteonecrosis Foundation, 2021). Z hlediska výskytu onemocnění v populaci jde o 1% dětí (Zikl a Bendová, 2014).

S ohledem na zaměření výzkumu je třeba se zmínit o rozdělení míšních poranění, pod které spadá paraplegie, kvadruplegie a pentaplegie.

Paraplegie je úplné ochrnutí dolních končetin. Dle Pfeiffera (2007) vzniká při porušení míchy od Th2, kde již nejsou postiženy horní končetiny. Dělí se na vysokou paraplegii (poškození Th1 - Th6) a nízkou paraplegii (poškození Th7 - L3). **Vysoká paraplegie** vzniká poškozením míchy v horní části zad, způsobuje částečnou ztrátu pohyblivosti těla a úplnou ztrátu pohyblivosti dolních končetin. Jedinec s vysokou paraplegií má citlivost od hrudi nahoru, ale nemá žádnou citlivost na břicho a dolních končetinách (Faltýnková 2004). **Nízká paraplegie** vzniká poškozením míchy v dolní části zad, způsobuje úplnou nebo částečnou ztrátu pohyblivosti dolních končetin. Jedinec s nízkou paraplegií má zachovalou citlivost od břicha nahoru a částečně i na dolních končetinách.

Kvadruplegie neboli tetraplegie je poškození míchy v krčním segmentu, které je příčinou částečné ztráty pohyblivosti horních končetin, úplné ztráty pohyblivosti těla a dolních končetin a potížemi s dýcháním (Faltýnková 2004). Dle Pfeiffera se jedná o poruchu míšních segmentů C4 až C8.

Kvadruplegie C4 - C5/6 je úplná centrální plegie horních i dolních končetin, kdy je jedinec závislý na elektrickém vozíku a odkázán na pomoc okolí.

Kvadruplegie C6 - C6/7 je periferní či smíšená paréza horních končetin. Jedinec je odkázán na elektrický vozík a je zcela nesoběstačný.

Kvadruplegie C7 - C7/8 je periferní či smíšená paréza horních končetin. Jedinec je odkázán na elektrický vozík, má střední až lehký stupeň nesoběstačnosti a řízení automobilu je možné ve speciálně upraveném autě (Faltýnková 2004, Pfeiffer 2007).

Pentaplegie je postižení čtyř končetin. Jedná se o stav jedinců, kteří utrpěli vysokou krční lézi míchy. Byla u nich v krátké době provedena úspěšná transkutánní elektrostimulace (aplikace elektrického proudu přes pokožku) bráničních nervů, která uměle udržela aktivitu bránice a ta se později nahrazuje implantovanými stimulátory. „*Jde o neobyčejně závažný stav nejen z hlediska zdravotního, ale i mravního a je bezpodmínečně nutné zajistit danému jedinci rehabilitaci v největším rozsahu v elektronicky ovládaném okolí*” (Pfeiffer, 2007, s. 178). Tímto rozsahem, jsou u jedinců s pentaplegií myšleny nejmodernější pomůcky pro komunikaci a minimální sebeobsluha elektronickým procesorem.

1.4 Socializace člověka se získaným tělesným postižením

Socializace je „*sociální interakční proces, jímž si jedinec po celý život osvojuje soustavy hodnot, sociálních norem a vůbec všech sociálně relevantních faktorů sociálních (pod)celků, k nimž v rámci jednoho sociálního celku přísluší*“ (Geist, 1992, s. 406).

Dle Havlíka a Koti „socializace propojuje každého jedince se společností, je určitým mechanismem sociální kontroly, a přitom pomáhá spoluutvářet spontaneitu a připravenost na změnu” (Havlík, Kořa, 2007, s. 44).

Helus popisuje socializaci jako „proces utváření a vývoje osobnosti působením sociálních vlivů a jejích vlastních aktivit, kterými na tyto sociální vlivy odpovídá, vyrovnává se s nimi, podléhá jim či je tvořivě zvládá” (Helus, 2004, s. 172).

Jedinec se získaným tělesným postižením si prochází složitou psychickou změnou a je závislý na pomoci blízkých, kteří mu mohou umožnit úspěšně se přizpůsobovat

podmínkám života v kontextu svého zdravotního postižení. Potřebuje pomoc v každodenních aktivitách, jako např. v osobní hygieně, převlékání, pohybu. Jedná se o velký zásah do života člověka s handicapem, ale i do života osob jemu blízkých. V rovině socializace je vidět diferencovaný přístup. Někteří jedinci se s danou situací dokážou vyrovnat velmi rychle. Sžijí se s momentální situací, přijmou ji takovou, jaká je, a podřídí ji okamžitě veškeré okolnosti. Inkluze je proces vytváření podmínek pro účast v běžném životě. Úkolem inkluze je hledání cest a způsobů s ohledem na specifickou osobu (Ješina, 2020).

Hájková a Strnadová (2010) doporučují při inkluzi pracovat s rozvojem vnitřní motivace osob. Upozorňují na významnost podpory rozvoje osobnosti v oblasti sociální a emoční. Inkluze by měla spočívat v respektu k jedinečnosti každého člověka – jedinečnosti při volbě povolání, jedinečnosti v osobních preferencích, jedinečnosti v systému chápání vlastních hodnot, stejně tak jedinečnosti v motorických a sociálních kompetencích (Ješina 2020). Podle Vávrové (2012) jedním z cílů sociální práce je vytvořit takové podmínky, které vedou k uspokojování přirozených potřeb. Prozkoumávání vlastních možností se u lidí s tělesným postižením může stát novým životním směrem (Hanková, Vávrová, 2016, s. 37). Nemoc či získané postižení nevratného charakteru působí na psychiku jedince s postižením.

1.5 Komunikace lidí bez postižení se sportovci s tělesným postižením

Sociální komunikace je výhradně lidská schopnost, kdy pomocí výrazových prostředků dochází k přenosu informací a tím k vytváření a udržování mezilidských vztahů (Klenková, 2006). Zkušeností osob s tělesným postižením v každodenním životě bývá, že neinformovaná majoritní populace má tendenci s nimi jednat, jako by byli postižení i mentálně. (Slowík, 2010). Je dobré si uvědomit, že tělesné postižení nesouvisí s mentálním postižením (Exley, 1981).

V praxi bychom vždy měli mluvit především o lidech (sportovcích), ne o postižených, handicapovaných apod. Na prvním místě by měl být člověk, nikoliv jeho postižení. Je správné zdůrazňovat jejich pozitiva a kladné stránky popisným způsobem a vyvarovat se okázalých a nápadných ocenění. Je vhodnější zmiňovat spíše věci, které mohou dělat než ty, které nemohou. Soucit v tomto případě není na místě. Lidé s tělesným

postižením nejsou rádi litováni. Pokud porovnááme sportovce s postižením se sportovci bez postižení, měli bychom používat právě tuto frázi: „sportovci bez postižení“, nikoliv např.: „normální sportovci“. Pro člověka, který se nepohybuje v takovéto společnosti, může být komunikace se sportovcem s postižením velmi náročná. Pokud si lidé včas řeknou zásadní informace předem, není se čeho obávat (Slowík 2010, Slowík 2016).

1.6 Předsudky vůči lidem s tělesným postižením

Znevýhodňující důsledky jsou díky vnějším vlivům okolí podporovány. A to především přes dopravní bariéry, neinformovanost, obavy či předsudky. Jedinci, kteří se jakýmkoli způsobem odlišují od společnosti, budou vždy upoutávat pozornost okolí. *„Ti, kteří nejsou jako všichni ostatní, kteří se odlišují, a to nejen v chování, ale i svým fyzickým vzhledem či jinými charakteristikami, jsou zpravidla vnímáni jako cizí, ohrožující nebo nebezpeční“* (Vágnerová, 2000, s. 8).

Typy předsudků:

Paternalistické a podceňující

„Pomáhající či posuzující osoby posuzují vůli, možnosti a vůli potřeb, přání, a i relevanci citů lidí s tělesným postižením a rozhodují o tom, co tito lidé mohou, dokážou a co ne, bez ohledu na jejich skutečný potenciál“ (Novosad, 2011, s. 79). Je samozřejmé, že tyto osoby budou k postiženým jedincům přistupovat s určitým ochranným přístupem, ale je důležité najít kompromis bez infantilních prvků. A především jim dát volnost a možnost samostatného rozhodování.

Odmítavé a degradující

„Prezentují se vylučováním práv a potenciálu lidí s tělesným postižením. Jsou považováni za neužitečné, společnost zatěžující, neproduktivní, a tudíž paratizující“ (Novosad, 2011, s. 79).

Protektivně – paušalizující

„Jsou manifestovány názorem, že občané s tělesným postižením mají mnoho neoprávněných či nezasloužených výhod“ (Novosad, 2011, s. 80). Tím jsou myšleny např. služby, dávky, příspěvky, průkazy mimořádných výhod (TP, ZTP, ZTP/P),

vyhrazená místa k parkování, nezaplatněné užívání dálnic. Lidé to vnímají jako benefity pro lidi s postižením, ale je to pouze určitý druh kompenzace postižení a s ním spojené snížené výdělečné možnosti.

Idealizující

„Pojímají život s tělesným postižením jako hrdinství, mravní výzvu ostatním obdivuhodnost” (Novosad, 2011, s. 80). Což je pro tělesně postižené nepříznivé a nepříjemné. Chtějí, aby se k nim přistupovalo rovnocenně stejně jako k lidem bez handicapu.

1.7 Edukace osob se získaným tělesným handicapem

Potřeba vzdělávací a potřeba získávání informací je u osob s tělesným postižením jednou z důležitých potřeb. Člověku s handicapem musí být věnována podpora speciálních vzdělávacích potřeb, ke které přispívá mnoho odborníků, jako například učitelé, psychologové, trenéři a jiní.

Česká odborná literatura (Ješina, 2011; Ješina a kol. 2011; Kudláček & Ješina, 2013) poukazuje na důležitost časného začlenění edukace pohybových aktivit u lidí s tělesným postižením. Některé zahraniční zkušenosti (Morgulec, & Verellen, 2010) dokazují potřebu podpořit aplikované pohybové aktivity. Podle § 50 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání je za zařazení žáka do školních a mimoškolních aktivit organizovaných školou odpovědný ředitel. Povinností ředitele je také stanovit způsob vzdělávání, který odpovídá možnostem žáka. Sport osob s TP v rámci školství dělíme do tří skupin, na tělesnou výchovu, zdravotní tělesnou výchovu a rehabilitační tělesnou výchovu podle míry handicapu. Pravidelná pohybová aktivita je u dětí školního věku důležitá nejen jako prevence, ale také jako základ do budoucího rozvoje sportovce se získaným tělesným postižením (Kudláček a kol., 2013).

Juřeniková (2010) uvádí 5 základních fází edukace.

1. Fáze počáteční pedagogické diagnostiky

V této fázi se snaží učitel získat potřebné informace o žákovi. Odhaluje úroveň vědomostní a dovedností, postoje edukanta, jeho návyky a potřeby. Ve většině případů se využívá pozorování a rozhovorů, aby si učitel mohl dát všechny informace do souvislostí.

2. Fáze projektování

V této fázi je zásadní, si stanovit pedagogické cíle, zvolit výukové metody, formu a obsah edukace. Dále hodnotit úspěchy či problémy edukace a následně sestavit plán pro vyřešení výukových problémů.

3. Fáze realizace

Tuto fázi dělíme na pět hlavních kroků. Prvním je motivace. V ideálním případě by se mělo jednat jak o vnitřní, tak o vnější motivaci. Žák by se k ní měl propracovat sám za pomoci učitele. Druhým navazujícím krokem je expozice, při které učitel zprostředkovává nové poznatky. Dalším krokem je fixace, ve které by měl mít žák zcela procvičené dovednosti a získané potřebné vědomosti, aby se nadále mohly fixovat. Na fixaci navazuje čtvrtý krok, tedy průběžné hodnocení. Cílem tohoto kroku je prověřit dovednosti žáka a samotný zájem žáka o učivo. Posledním krokem je aplikace, při které chceme, aby žák dokázal aplikovat naučené dovednosti v běžném životě.

4. Fáze upevnění a prohlubování učiva

Tato fáze bývá často opomíjena, ale je vzhledem k trvalému výkonu zásadní. Aby mělo vzdělávání opravdový smysl, musí ho žák pravidelně opakovat a fixovat. Většinu osvojeného učiva z 50 % zapomeneme do druhého dne, tudíž je potřeba ho systematicky opakovat a procvičovat.

5. Fáze zpětné vazby

V poslední fázi reflektujeme celý proces a hodnotíme výsledky žáka i učitele. Je důležité mít zpětnou vazbu obou členů, na které závisí individuální prosperující vývoj (Juřeniková, 2010, s.21-22).

Školní docházku může plnit žák se zdravotním znevýhodněním s důsledkem pro pohybovou schopnost hned několika způsoby. Záleží, o jaký druh a stupeň postižení se jedná (MŠMT, 2017). Pokud se jedná o lehký stupeň postižení, nebývá s docházkou žádný problém, zatímco žáci s těžkým stupněm postižení potřebují odborníky, vybavení a kompenzační pomůcky, které jsou pro školu obtížné zařídit. Mohou se tedy obrátit na speciální zařízení a školy, které jsou touto výbavou vybavené (Vyhláška 72/2005). K efektivní realizaci výuky je nutné aktivní zapojení poradenských zařízení, a to jak pedagogicko-psychologické poradny, tak speciálně pedagogického centra při uplatňování § 50 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů a podstatně častější využívání individuálního vzdělávacího plánu a plánu pedagogické podpory (Ješina, 2020).

1.8 Kompenzační pomůcky pro sportovce s tělesným postižením

Kompenzační pomůcky jsou pomůcky, které handicapovanému člověku usnadňují pohyb a naplňují jeho běžné denní potřeby. Ty, které jsou technicky velmi náročné se výrazně liší cenově od jednoduchých, které si člověk dokáže zhotovit i svépomocí. S vhodným výběrem pomůcky pomáhá pracovník speciálně pedagogických center, fyzioterapeuti a samozřejmě rodiče. Na základě školního vzdělávacího plánu, tematického plánu učitele, vyjádření a přání rodičů (zákonných zástupců), lékařského doporučení, případně doporučení dalších odborných pracovníků jsou pro vyučování vypracována podpůrná opatření včetně doporučených kompenzačních pomůcek (Ješina, 2020).

Mezi nejčastější limity inkluze v České republice jsou považovány prostorové, materiální a personální limity (Ješina a kol., 2011, Kudláček, 2011).

Nedostatečné prostory, nevhodné kompenzační pomůcky, nedostatek sportovního vybavení a nedostupnost konzultantů v oblasti sportu osob s tělesným postižením je nutné doplnit o klíčový faktor, tedy rodinu. Podporující rodina pomáhá se zajištěním servisu kompenzačních pomůcek.

Existuje mnoho druhů pomůcek. Např. pomůcky pro kvalitní sed, pro vertikalizaci, pro pohyb a přesun, kompenzační pomůcky k chůzi, při osobní hygieně a rehabilitační pomůcky (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009).

Základní kompenzační pomůckou pro částečně pohyblivé osoby jsou berle a hole. Existují berle jednobodové či vícebodové, které jsou zakončeny protiskluzovým nástavcem a dělí se na typy: předložené, kanadské, francouzské a podpaží duralové. Další pomůckou jsou vozíky, které dělíme na elektrické a mechanické. Poté se rozlišují vozíky do obytných a venkovních prostor, pro sport, nebo nemocniční – sklopné. Základní dovedností je, naučit se s vozíčkem manipulovat a fungovat i na náročnějších površích. Při překonávání schodů se používají přenosné malé rampy, kolečkové schodolezy anebo zvedací plošiny, pokud se jedná o větší výškové destinace. Trojhranný program, je pomůckou pro správné držení psacích potřeb. Jedná se o pomůcky, které usnadňují přidržení sešitu, dále to jsou speciální psací desky s magnetickým pravítkem, protismykové podložky a speciální psací potřeby (Bendová, Jeřábková, Růžičková, 2006, Kubičková, Kubíče, 2001).

Mezi nejjednodušší pomůcku, díky které si handicapovaná osoba snadno získá a uchová informace je diktafon. Dá se použít i jako poznámkový blok. Dále to je xeroxovací tabule, díky které může osoba s postižením obdržet text, který učitel napsal na tabuli a samozřejmě nejvýznamnější pomůckou je počítač. Klávesnice může být přizpůsobena typu postižení. Existují různá speciální tlačítka, ať už pro jemný dotek nebo v různých velikostech a tvarech. Mohou se spínat různými částmi těla, záleží, čeho je jedinec schopen. Myš bývá často nahrazována Trackballem, který vynahradí myš pouhým otočením kuličky. Klávesnice se vždy používá podle věku a rozsahu postižení. V dnešní době je ohromnou výhodou, že se stále výpočetní techniky posouvají vpřed, což má jen kladný vliv pro osoby s tělesným postižením. Ulehčuje jim to práci v mnoha směrech práci (Bendová, Jeřábková, Růžičková, 2006, Kubičková, Kubíče, 2001).

Mezi pomůcky, které jsou nutné k osobní hygieně patří toaletní židle, různé varianty zvedáků a zdravotní lehátko, které umožňuje posadit handicapovaného do správné sedací pozice např. při koupání (Kočová, Kopecká, 2007).

Dále existují rehabilitační přístroje a pomůcky, které si handicapovaný vybírá dle typu postižení. Jsou jimi například MOTREN (trenažer pro pasivní a aktivní pohyb), ROTREN (trenažer poháněný paží cvičícího či asistenta), MOTomed (pasivní trénink poháněný motorem, aktivní pohybový trénink), pohybový trenažer Thera-Vital (ať už jen

na horní končetiny, dolní končetiny či obojí), éčka (polštář ve tvaru písmene E pro polohování nohou), podložky a válce (Kočová, Kopecká, 2007).

2 SPORT OSOB S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM

2.1 Možnosti sportování osob s handicapem

Člověk má právo na důstojnost, svobodu a na rovné zacházení (Milfajt, 2012, s. 87). Strategický plán Ministerstva zdravotnictví pod názvem Zdraví 2020 se v mnoha bodech dotýká i resortů ostatních ministerstev (MŠMT a MPSV). Právo na vzdělávání a na účast v pohybových aktivitách je nezpochybnitelné. Je součástí Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením, kterou ratifikovala i ČR (Ješina, 2020). Organizace, která koordinuje, propaguje a podporuje spolupráci v oblasti pohybových aktivit pro osoby s postižením je IFAPA (International Federation of Adapted Physical Activity). Tato organizace vznikla roku 1973 za účelem podpory aplikace výzkumu v různých profesních oblastech (Ješina, Kudláček a kol., 2011).

Sport pro handicapované osoby je v dnešní době obrovským fenoménem a jeho cílem je co největší normalizace života lidí s tělesným postižením a jejich rodin především v oblasti trávení volného času (Zinkl, 2011, s. 94). Je možné, že i díky tomuto faktoru neustále stoupá procento sportovců s tělesným handicapem. V historii byl sport brán jako součást rehabilitace a až později se dostaly do popředí širší zdravotní i sociálně psychologické aspekty. Dříve byl sport handicapovaných dostupný pouze v rehabilitačních centrech. Nyní je způsobem udržování kondice a pro některé i způsob obživy (Kudláček, 2013).

Česká republika je zemí, která se podílí na řadě mezinárodních projektů pro International Paralympic Committee nebo hnutí Special Olympics International. Byla hlavním řešitelem projektu European Standards of Adapted Physical Activities, který byl realizován jako součást systému projektů finančně podporovaných přímo Evropskou komisí. V posledních letech jsou absolventi vysokoškolských oborů vnímáni jako partneři pro klíčové organizace v praxi, jako je např. Asociace pracovníků speciálně pedagogických center. Ověřená metodika se pak stává součástí speciálně pedagogických odborných textů (Ješina, 2020).

Existuje široká škála sportů určená pro osoby s tělesným handicapem. Mezi nejoblíbenější sportovní odvětví patří atletika – královna sportu, pod kterou spadají další

individuální disciplíny, kterými jsou vrh koulí, hod oštěpem, hod kuželkou, hod diskem, pětiboj, trojskok, jízdy na stadionu (100 m, 200 m, 400 m, 800 m, 1 500 m, 5 000 m, 10 000 m), jízdy na silnici (10 000 m, půlmaraton, maraton). Dalšími sporty jsou tenis na vozíku, basketbal na vozíku, ragby, plavání, boccia, sledge hokej atd. (Kudláček, 2012).

Aby sportovci s tělesným postižením mohli svůj sport provádět, musí mít speciální kompenzační pomůcky. Tyto pomůcky rozdělujeme na dvě základní skupiny a) pomůcky pro sportovce s amputacemi horních a dolních končetin b) pomůcky pro sportovce na vozíku. Mezi ně patří několik druhů protéz, které se vyrábějí na míru klientovi a různé typy sportovních vozíků, které jsou konstruovány dle jednotlivých sportovců. Tyto vozíky bývají lehké, jednoduše ovladatelné a mají nápadně zešikmená zadní kola kvůli stabilitě. Existují i vozíky pro tenis, rugby, poté speciální tříkolky, kola, monolyže, vodní lyže, saně, sledge a adaptéry na vozíky (Janečka, 2012).

Snem většiny sportovců bez handicapu je olympiáda, stejný cíl mají sportovci s tělesným postižením, kteří jezdí na paralympiádu. Paralympiáda se koná jednou za čtyři roky, vždy po olympijských hrách a je určená pro sportovce s trvalým tělesným, mentálním a sensorickým zdravotním postižením. Paralympijské hry řídí a organizuje Mezinárodní paralympijský výbor. Mezi letní paralympijské sporty patří atletika, lukostřelba, boccia, kánoe, cyklistika, jezdeckví, fotbal, goalball, judo, jachting, jezdeckví, plavání, stolní tenis, veslování, vzpírání, triatlon, basketbal vozíčkářů, tanec vozíčkářů, šerm vozíčkářů, ragby vozíčkářů a tenis vozíčkářů. Sporty, které řadíme do zimních paralympijských her jsou: běžecké lyžování, biatlon, curling vozíčkářů, sjezdové lyžování, sledge hokej a snowboarding (Kudláček 2012). Při těchto aktivitách je důraz kladen na rozvoj kompetencí a funkčních schopností lidí se zdravotním postižením, nemocí nebo jiným oslabením (Daďová, 2011).

2.2 Pozitivní přínosy sportu u osob s handicapem

Nejobecněji je kvalita života chápána jako důsledek interakce mnoha různých faktorů, ke kterým patří sociální, zdravotní, ekonomické a environmentální podmínky, které následně ovlivňují lidský rozvoj na úrovni jednotlivců i celých společností (Hnilicová, 2005). Pro osoby s handicapem může být sport významným přínosem pro kvalitu života.

Krátkodobý vliv sportu může být významný pro aktuální psychický stav. Dlouhodobý vliv v ideálním případě tlumí deprese, smutek, únavu, úzkosti a zprostředkovává pocit klidu a odreagování od stresu. Napomáhá integraci, tedy plnohodnotnému návratu do společnosti, a to případně i ke sportu, kterému se jedinec věnoval před získáním postižení. Podle Vaňurové a Mühlpachra (2005) je hlavní doménou k určení psychické stránky osobnosti indikátorem představa tělesného schématu a vzhladu, negativní a pozitivní emoce, sebehodnocení, myšlení, učení, paměť a pozornost.

Bláha a Pyšný (2000) rozlišují dvě následující oblasti přínosů pohybových aktivit pro postižené:

1. Rozvoj zdravotně orientované zdatnosti jako základ rozvoje a utužování aktivního zdraví. Funkce zahrnuje rozvoj a upevnění pohybových dovedností, správné držení těla.
2. Utváření sociálních vztahů a vazeb v průběhu pohybových činností. S vytvářením pozitivního vztahu k pohybovým aktivitám souvisí požadavek prožití pocitů úspěchu a uspokojení z vykonávaných činností, týmové spolupráce a překonání duševního nebo tělesného zatížení. Týmová spolupráce přináší vědomí týmové sounáležitosti.

Matoušek, Koláčková, Kodymová (2005) uvádí, že rozsah sociálních interakcí osob se zdravotním omezením by měl být co nejširší. Dále uvádí, že pro seberealizaci je nutné uplatnění přirozených dispozic jedince k určité činnosti nebo sociální aktivitě. Sport rozvíjí volní úsilí, schopnost koncentrace, kooperace, zvládání emocí, vyrovnávání se s konfliktními situacemi a kompenzuje případné pocity méněcennosti. Někteří sportovci dokážou potlačit negativní důsledky svého traumatu a mohou se dívat na život s určitým nadhledem. Může dojít k novému zhodnocení životních hodnot. Díky sportu mohou získat odreagování, relaxaci, ale i oporu v kolektivu sportovců, kteří se inspirojí při překonávání obtíží spojených s postižením. Sport tak předchází nebezpečí vyřazení ze společnosti. Co je velmi důležitým faktem, je systematický, neustále se rozvíjející program pohybových aktivit. Získané koordinační schopnosti a dovednosti mohou přispět i k usnadnění sebeobsluhy. Sportovat může kdokoli bez věkového limitu. Je důležité přizpůsobit a upravit program podle individuálních potřeb jedince.

2.3 Sportovní motivace

Významným přínosem sportování je také zvyšování sebevědomí a sebejistoty v kontaktu s prostředím. Důležité je, že i osoby s tělesným postižením jsou motivované k hledání východiska ze společenské izolovanosti (Bláha a Pyšný, 2000). Je klíčové mít realistický přístup a cíle, ať už jsou krátkodobé nebo dlouhodobé. Je důležité si cíle vytyčit a snažit se jich dosáhnout (Vágnerová, 2000). Velkou roli má i prostředí, které může být vstřícné, akceptující, uvolněné a příjemné. Vedle motivace je významná i radost ze sportu. Prožitky radosti mají harmonizační účinky a zkvalitňují život (Hátlová, Hošek, Slepíčka, 2009).

Podle Freuda (1923) existují tři oblasti motivace o kterých mluvíme ve třech úrovních, a to v úrovni tzv. id, ega a superega. Úroveň id je oblast slasti, která není vědomá a je zaměřená k bezprostřednímu uspokojování pudových potřeb. Úroveň ega zahrnuje mechanismy, kterým člověk přizpůsobuje své chování a prožívání principu reality. Hlavním mechanismem superega je konflikt. Jedná se o princip dokonalosti a mravnosti (Lapsley, Stey, 2012).

Vágnerová (Vágnerová in IS MUNI, 2006) na základě výzkumu uvádí motivy, které vedly osoby s handicapem ke sportu. V největším zastoupení 86 % byl udán důvod setkávání se s přáteli a kamarády. Sport dává lidem s handicapem pocit, že patří do určitého kolektivu a poskytuje jim příležitost k aktivní socializaci. Motiv radosti ze sportu, pohybu, uspokojení z činnosti, zábava, byl zastoupen z 58 %. Radost z úspěchu, překonání sebe samotného a příjemný pocit po úspěšném zakončení tréninku, jsou faktory, které sportovce motivují k další práci a rozvoji své sportovní kariéry. Motiv soutěžit, zlepšit kondici, získat sílu, byl zastoupen 26 %. Motivace soutěžit a porovnávat se s ostatními, překonávání výkonů ostatních a viditelný posun výkonů a fyzické kondice je efektivním a silným pohonem pro další sportovní aktivity. Motiv udržet dobrou psychickou kondici, odreagovat se a získat sebedůvěru byl zastoupen 13 %. Sport pomáhá vyrovnat se s psychickou nepohodou, s nabouranou sebedůvěrou a s překonáním duševní nerovnováhy. Motiv prosadit se, vyrovnat se s handicapem a se ctižádostí byl zastoupen 12 %. Osoby vnímají, že nejsou jediné, které mají handicap a nachází podporu a vzor v ostatních sportovcích s handicapem. Mohou se díky sportu prosadit. Motiv zlepšení zdravotního stavu byl zastoupen 8 %. Poznání, že jim sport pomáhá k posouvání fyzické

kondice a udržení zdraví je pro ně také významným motivem. Motiv udržovat si zdravý životní styl byl u osob s handicapem zastoupen 8 %. Zdravý životní styl je předpokladem sportovního úspěchu. Pokud si handicapovaní sportovci nastaví správná pravidla, denní režim a dodržují je, zvyšují tak předpoklady ke zlepšení sportovní kondice. Motiv náplně volného času byl zastoupen 6 %. Sportem vyplňují svůj volný čas.

2.4 Klasifikace sportovců s tělesným postižením

Cílem klasifikace sportovců s handicapem je, aby všichni sportovci měli rovné podmínky a mohli se účastnit závodů. Pokud chce sportovec závodit na mezinárodních akcích, musí spadat pod mezinárodní klasifikaci. Sportovní klasifikace určuje, v jakém sportu mohou sportovci závodit a do jaké kategorie budou spadat. Různé handicapy mají u sportu odlišné dopady a také svou vlastní klasifikaci.

Základní schéma pohybových vad dělíme podle doby vzniku na a) vrozené/dědičné vady b) získané vady a podle místa postižení na a) obrny b) amputace, c) deformace d) malformace, tedy patologické vyvinutí různých částí těla (Vítková 1998).

Sport osob s tělesným postižením spadá pod paralympijské hnutí, které rozděluje sportovce do několika tříd. Klasifikace je vydána na základě hodnocení týmu klasifikátorů, do kterého patří profesionálové s příslušným osvědčením, lékaři, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, proškolení jedinci a případně trenéři. Sportovci si musí projít testováním, při němž se prokážou jejich schopnosti, a na základě těchto schopností je určena sportovní třída a stanovena způsobilost jedince. Dále se určuje status závodníka a zda je pravděpodobné, aby se jeho klasifikační třída do budoucna mohla změnit (Máček, Radvanský 2011, s. 236-237).

Klasifikační třída je tvořena kombinací písmene a čísla (např. F36, S3) nebo bodovou hodnotou (1.0 bod, 2.0 body). Sportovec, který dosud nebyl klasifikován mezinárodním týmem, se označí písmenem **N (new)**. Před závodem musí být otestován dle klasifikačních norem a během soutěže je sledován jak klasifikátory, tak svými konkurenty, jelikož v některých případech se jeho kategorie může měnit. Dále sportovec s proměnlivou klasifikací bývá označen písmenem **R (under review)**. Mezi tuto skupinu sportovců patří ti sportovci s handicapem, kteří mají progresivní postižení nebo u kterých

existují pochybnosti ohledně zařazení do kategorie. Musí se před závodem podrobit klasifikační prohlídce a jejich kategorie se může měnit. Do poslední skupiny řadíme sportovce s potvrzenou neboli „permanentní“ klasifikací a označujeme je písmenem **C** případně **P (confirmed, permanent)**. Spadají tam ti, kteří jsou trvale zařazeni do určité třídy a není u nich předpokládána změna funkčního stavu. Tato skupina nemusí být před závody testována a její třída se nemění (Krubová 2007).

Klasifikační testování a udělení kategorie se provádí před soutěží. V ideálním případě by měla probíhat v prostředí, kde se sportovní činnost odehrává. V případě pochybností či protestu se provádí rekvalifikace. Pokud se klasifikátoři rozhodují mezi dvěma třídami, měl by být závodník zařazen do vyšší třídy (Krubová 2007).

Vyšetření se provádí komplexním způsobem se zaměřením na pohyblivost aktivní a pasivní. Toto testování se provádí u pohybu hlavou, horních končetin, rukou, předpažení, trupu, dolních končetin, stoje, chůze. Dále vyšetření spasticity, předvedení sportovní činnosti v náznaku (hod, vrh, běh), pohybů s náčiním v ruce a sportovní činnosti naostro.

Klasifikace je dle (Dad'ové 2008) dále dělena do skupin A, B, C, a to dle sportů.

A – traťové disciplíny, skok daleký, přespolní běh, slalom, cyklistika a zimní sporty

B – atletické vrhačské disciplíny, boccia, stolní tenis, lukostřelba, jachting, šerm, střelba, jezdeckví a házená vozíčkářů

C – plavecké disciplíny

Vzpírání – na základě váhových kategorií

3 PSYCHICKÉ DŮSLEDKY TĚLESNĚ POSTIŽENÝCH SPORTOVců

3.1 Sebepojetí

Sebepojetí je spjato se sebehodnocením, sebeúctou, sebevědomím, sebedůvěrou a jeho stabilitou. „Je to souhrn představ a hodnotících soudů, které člověk o sobě chová” (Blatný, 2010, s. 25). Dle Vágnerové (2012) jde o vymezení nové identity, pochopení, kým je člověk nyní. V případě úrazu dochází k velice rychlé a náhlé ztrátě zdraví, takže u těchto lidí přetrvávají po určitou dobu dřívější postoje a teprve postupně dochází k přizpůsobení novým okolnostem. „Jedinec musí poznat a přijmout svá omezení tzn. přijmout sebe sama takového, jaký ve skutečnosti je, akceptovat své možnosti a schopnosti a v neposlední řadě vyvinout úsilí uskutečňování reálných cílů, který by v ideálním případě měly zahrnovat integrace do společnosti a s tím související kvalitní mezilidské vztahy včetně těch partnerských a sexuálních“ (Hanková, Vávrová, 2016, s. 53).

„Sebehodnocení vyplývá ze srovnání představy a přání s realitou, tj. z difference mezi reálným a ideálním já” (Vágnerová 2000, s. 122). Rozdíl je v tom, jak vnímáme sami sebe a jak nás vnímá okolí. Všichni máme vlastní sebehodnotící představu a těžce snášíme naprosto odlišné hodnocení na vlastní osobu.

Sebedůvěra je základem zdravého života. Důvěra v sebe sama je základním kamenem budoucího dosažení cílů, které si jedinec vytyčil. *„Míra sebedůvěry bude spoluurčovat další motivaci, úroveň cílů, které si jedinec troufne stanovit. Přijatelná sebedůvěra je spojena s pocitem kontroly, možnosti nějak ovlivňovat svůj život” (Vágnerová 2004, s. 256). „Přiměřená sebedůvěra umožňuje dítěti pracovat na úrovni odpovídající jeho schopnostem. Děti s nižší sebedůvěrou nedosahují tak dobrých výsledků, jakých by vzhledem ke svým předpokladům dosáhnout mohly” (Vágnerová, 2005, s. 131). Jedinci se získaným tělesným postižením si musí zcela vybudovat novou sebedůvěru, aby měli sílu veškeré problémy překonat. Ti, kteří se zvládli úspěšně adaptovat postižení, popisují situaci jako výzvu. Jejich problémy jim dávají smysl, jelikož je berou jako pobídku k hledání nového řešení, která je podnětem k osobnímu rozvoji (Vágnerová 2012).*

Sebeúcta má velký dopad na zachování pozitivní mysli a vytváření pozitivních prožitků. Základem je si uvědomit svou hodnotu a vědět, jak s ní pracovat a jak na ní navázat. „*Sebeúcta je kladné hodnocení sebe sama založené na vědomí své vlastní hodnoty a své nepopíratelné důležitosti coby lidské bytosti. Člověk, který má k sobě úctu, nakládá sám se sebou laskavě a cítí, že si zaslouží lásku a štěstí*” (Saint - Paul in Duclos, 2010, s.7). K potřebě sebeúcty bohužel velmi často u osob s tělesným postižením vůbec nedochází. Jedinec má méně možností, ale rodinné zázemí mu v častých případech poskytuje ochranný postoj. Seberealizace z pohledu handicapovaných je velmi citlivou oblastí, která se většinou pohybuje jen na úrovni snění, fantazie a přání (Vágnerová 2000).

Dle Blatného (2010) sebepojetí dále zahrnuje materiální já, sociální já a duchovní já. Materiální já je zaměřené na osobní majetek a představu vlastního těla. Sociální já nám předávají ostatní a na jeho základě se naše sociální já formuje. Duchovní já je naše vnitřní já, náš vnitřní hlas, kterému bychom měli naslouchat. Spadají do něho aspekty vlastní osoby, charakteristiky, dispozice, hodnoty a morální soudy. „*Dle autorů Cooleyho a Meada je Já vysoce ovlivněno představami o tom, co si druzí myslí o našem vzhledu, vystupování, motivech, skutcích, charakteru atp.*” (Blatný, 2010, s.108).

3.1.1 Tělesné sebepojetí

Tělesné sebepojetí spadá pod celkové sebepojetí člověka. Základem je, aby osoba s tělesným postižením přijala svou odlišnost a byla s ní ztotožněna. Ve většině případů má tělesné sebepojetí velký dopad na celkové sebepojetí osoby s tělesným postižením. „*Je to způsob, jak člověk přemýšlí o svém těle, jak se vnímá, prožívá*” (Hošek, 1999, s. 95).

Velmi častým jevem u tělesně postižených je kompenzování svého handicapu upozorněním jiné části těla. Kompenzací je myšlen např. extravagantní účes, výrazné líčení, tetování, extravagantní oblečení, piercing a jiné. Těmito efekty se snaží odpoutat pozornost od handicapu. Dále mezi časté kompenzace zahrnujeme vynikání v jiných oborech jako např. intelektuální či sportovní úspěch. Po dosažení vytyčených úspěchů získávají jedinci větší sebeúctu a motivaci do života (Vágnerová 2004).

3.2 Kvalita života

Pojem kvalita života – QoL (quality of life) a především výzkum kvality života získává velkou pozornost zejména v posledních letech, kdy se zaměřuje na hledání a identifikaci faktorů, které přispívají k dobrému a smysluplnému životu a k pocitu lidského štěstí (Mareš, 2008).

Křivohlavý (2002) rozlišuje u kvality života:

1. Makro rovinu kvality života velkých společenských celků, kdy je život chápán jako absolutní morální hodnota, která musí být plně respektována.
2. Mezo rovinu kvality života malých sociálních skupin (např. škola, sportovní organizace), kde jde i o sociální klima, vztahy mezi lidmi, otázky uspokojování a neuspokojování základních potřeb každého člena skupiny, existence tzv. sociální opory a sdílené hodnoty.
3. Osobní rovinu kvality života jednotlivce o jeho hodnocení vlastního života, zdravotního stavu, bolesti, spokojenosti, nadějí apod., které je ovlivněno jeho osobními hodnotami.

Kvalita života podmíněná zdravím – HRQoL (health – relate quality of life) je *„hodnota přiřazená délce života, změnám zdravotního stavu daných postižením, funkčnímu stavu, vnímání a sociálním možnostem, které jsou ovlivněny zraněním, nemocí nebo léčbou“* (Healthy people, 2010). Účelem HRQoL není stanovení přítomnosti a závažnosti symptomů onemocnění, nýbrž zjištění, jak jsou manifestace onemocnění nebo léčby prožívány (Salajka, 2006).

Dle Gurkové (2011) je pohoda (well – being) psychologický pojem a také jeden z faktorů patřící mezi hodnocení kvality života. Má dva hlavní koncepty a s nimi společné přístupy. Pohodu dělíme na štěstí, životní spokojenost, zažívání pozitivních emocí a vývoj lidského potencionálu. S nimi souvisejí dva hlavní přístupy: SWB a PWB, kterému není dáno tolik pozornosti jako druhému přístupu. Sice každý vychází z odlišných přístupů, ale oba se zaměřují na stejný cíl, kterým je míra prožívání osobní pohody.

SWB (subjective well – being), neboli subjektivní osobní pohoda, pochází z hedonistických aspektů života, které jsou založeny na štěstí, pozitivní náladě, radosti a

životní spokojenosti. Tento pojem je obecně definován jako přítomnost pozitivního a absence negativního afektu. Je nazýván subjektivně osobní pohodou z toho důvodu, že lidé si sami určují škálu spokojenosti, do jaké míry zažívají pocit pohody (Gurková 2011).

Jedním ze zástupců tohoto přístupu je Ed Diener (2002), který jej definuje jako osobní kognitivní a emoční hodnocení vlastního života.

PWB (psychological well – being), neboli psychologická osobní pohoda, staví na kořenech eudaimonických, které jsou založeny na výzkumu sebeaktualizace, smyslu života a osobního růstu. Jde především o naplňování osobních a všeobecně lidských potřeb (Gurková 2011).

Mezi zástupce tohoto přístupu patří Ryffová a Keyesová, které rozdělují psychologickou osobní pohodu do šesti dimenzí, kterými jsou: sebpřijetí, pozitivní vztah s druhými, autonomie, zvládnání životního prostředí, smysl života a osobní rozvoj (Ryffová a Keyesová, 1989, in Gurková, 2011).

3.3 Přejchod z neomezujícího života na omezující

„Později vzniklé postižení představuje silné emoční trauma. Způsob, jakým se jedinec s takovou zátěží vyrovnává, závisí na dosažené vývojové úrovni, jeho osobních vlastnostech i sociální podpoře nejbližších lidí” (Vágnerová, 2004, s. 179). Jedinec, který se dostane do náhlé změny zdravotního stavu, si musí projít několika fázemi, které vedou k přijetí sebe samotného a vyrovnáním se s aktuálním zdravotním stavem.

Vágnerová (2004) popisuje model čtyř fází:

Fáze latence (nedostatečné informovanosti): *„Člověk ví, že utrpěl úraz, leží v nemocnici, ale zatím neví přesně, co se mu stalo a jaké to bude mít následky. Pokud je při vědomí, myslí si, že jde o přechodný problém, a věří, že se uzdraví”* (Vágnerová, 2004, s. 180).

Fáze pochopení traumatizující reality: *„Pacient prochází léčbou, ale po určité době, když se jeho stav nemění, sám pochopí, že se pravděpodobně nikdy neuzdraví, nebo je v tomto směru informován lékařem”* a dochází k šoku (Vágnerová, 2004, s. 180).

Fáze protestu a smlouvání: „Pacient v této fázi neguje všechno, co není návratem k původnímu stavu. Odmítá kontakt s lidmi, nechce žít, nechce rehabilitovat, protože život postiženého je pro něj nepřijatelný” (Vágnerová, 2004, s. 180).

Fáze postupné adaptace: „Teprve v tomto období si většina postižených připustí, že došlo k zásadní změně jejich kompetencí a že na tom nemohou nic změnit. Této skutečnosti je nutné přizpůsobit i další směřování. Sociální adaptace je spojena s přechodovými rituály, které symbolizují změnu identity postiženého” (Vágnerová, 2004, s. 180).

Děti jsou ohledně získaného tělesného postižení oproti dospívajícím a dospělým ve značné výhodě. V tomto věku si dostatečně neuvědomují závažnost onemocnění, a především význam této změny. Bývají často ovlivněny způsobem, jakým se s ním vyrovnávají rodiče. Překonání takovéto krizové situace vede k řadě změn a přehodnocení života. Lidé pohlíží na život s nadhledem, obnovují mezilidské vztahy, cítí se uspokojeně a šťastně. Pokud ale handicapovaný nedokáže situaci překonat, dochází k psychickému narušení. Jedinec trpí úzkostmi, pocity viny a nízkým sebevědomím (Vágnerová 2004).

4 INKLUZE SPORTOVCŮ S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM

4.1 Definice inkluze

„Inkluze je nikdy nekončící proces, ve kterém se lidé s postižením mohou v plné míře zúčastňovat všech aktivit společnosti stejně jako lidé bez postižení” (Slowík, 2016, s. 82).

„Inkluze je charakteristikou takovéto kulturní společnosti, na jejímž životě se podílejí všichni bez rozdílu” (Hájková, Strnadová, 2010, s. 13).

Hinz definuje inkluzi následovně: *„Pro inkluzi neexistují žádné dvě skupiny žáků, nýbrž jednoduše děti a mladiství, kteří jsou žactvem a kteří mají rozdílné potřeby. Mnohé z těchto potřeb se týkají většiny z nich a vytvářejí společné výchovné a vzdělávací potřeby” (Hinz in Anderliková, 2014, s. 44).*

„Inkluzivní postoj spočívá v přesvědčení, že všichni lidé jsou si rovni v důstojnosti a právech” (Brandl, 2006 in Slowík 2016). V tomto přístupu jde především o to, aby lidé s postižením byli zapojováni do všech aktivit a činností jako lidé bez postižení. V tomto ohledu se od sebe zásadně liší integrační přístup a inkluzivní vzdělávání. Využívají se běžné metody a pomůcky, a to jak u dětí s postižením, tak u dětí bez postižení. „Inkluzivní vzdělávání se v dokumentu rozumí vzdělávání rozvíjející kulturu školy směrem k sociální koherenci a inkluzi se rozumí uspořádání běžné školy způsobem, který může nabídnout adekvátní vyučování a studium všem dětem, žákům a studentům s ohledem na jejich individuální rozdíly a s respektem vůči jejich aktuálním vzdělávacím potřebám” (Hájková, Strnadová, 2010, s. 90).

Společenská integrace sportovců se získaným tělesným postižením je podstatně snazší než u sportovců s jinými druhy postižení. Ve společnosti se postupem času objevují častěji. Tudíž faktor, že na sebe poutají pozornost pro ně není už tolik překvapující, což ale neznamená, že by byli společensky přijímáni bez omezení. Žijí s nálepkou abnormality a zažívají pocity méněcennosti, když komunikují s ostatními. Popisují to tak, jako by tělesné postižení rovněž představovalo handicap mentální a komunikační (Vágnerová 2004).

V následující tabulce je uvedena škála integračních stupňů podle WHO, která znázorňuje pozici jedince s postižením ve společnosti.

Stupeň integrace	Reálný obraz
Sociálně integrovaný	Postižení neomezuje plnou účast při všech společenských činnostech.
Účast inhibovaná	Postižení vyvolává určitou nevýhodu, která znamená mírné omezení.
Omezená účast	Osoby se neúčastní plně obvyklých společenských činností, jejich postižení negativně ovlivňuje manželství, sexuální život apod.
Zmenšená účast	V důsledku postižení nejsou osoby schopné navázat náhodné kontakty a jejich účast ve společenském životě je omezena na přirozené komunitární vztahy - rodina, domov, pracoviště apod.
Ochuzené vztahy	Jde o omezení ve fyzickém, sociálním či psychickém vývoji bez tendencí ke zlepšení.
Redukované vztahy	Jedinci jsou schopni udržovat vztahy pouze k vybrané a omezené skupině či k jednotlivci.
Narušené vztahy	Jedinci nejsou schopni udržovat trvalejší vztahy s ostatními lidmi, změny chování působí negativně i v prostředí přirozené skupiny.
Společenská izolovanost	Jde o specifické případy segregace, o osoby, jejichž schopnost míry integrace je nejzjistitelná právě pro jejich izolovanost.

Tabulka 1: Škály stupňů sociální integrace podle WHO (Jesenský, 1995 in Slowík 2016)

4.2 Sociální inkluze

Sociální inkluze je proces začleňování jedince či skupiny do jiné skupiny. Během něj dochází ke zvyšování příležitostí a možností. Sociální inkluzi podporují či brání faktory, kterými jsou například inkluzivní praxe, sociální struktury a postoje, sociální politika a individuální průběh života. Navštěvování segregovaných prostředí minimalizuje příležitost pro sociální inkluzi jak krátkodobou, tak dlouhodobou. Pokud sociální interakce probíhá v inkluzivním prostředí, je třeba se zaměřit především na přístup,

spolupráci, uznání a přijetí zdravotně postiženého (Evropská agentura pro speciální a inkluzivní vzdělávání, 2018).

Dosažení sociální inkluze závisí na zapojení jedince ve všech oblastech, mezi všemi zúčastněnými (např. zaměstnanci, žáky, rodiči) a na všech úrovních (např. školní politika a praxe, kultura). Naopak sociální inkluze nelze dosáhnout, pokud je jedinec omezován negativními postoji ke zdravotnímu postižení a vylučujícími strukturami mezi které patří například omezená přístupnost či nedostatečná flexibilita (Evropská agentura pro speciální a inkluzivní vzdělávání, 2018).

Podle Anderlikové (2014) je sociální inkluze stav, kdy je dospělý člověk přijímán společností bez ohledu na jeho individualitu. Zároveň má být každá osoba s tělesným postižením do společnosti plně přijata a mít možnost se plně zapojit.

PRAKTICKÁ ČÁST

5 ÚVOD DO VÝZKUMU

5.1 Cíl výzkumu

V teoretické části bakalářské práce jsem se zaměřila na charakteristiku sportovních aktivit pro osoby s tělesným postižením, psychické zdraví a kvalitu života sportovců s tělesným postižením. Cílem praktické části bylo zjistit, jak se respondenti cítili krátce po získání svého postižení, jaké vnímali limity při časné socializaci a jestli se setkali s negativními reakcemi okolí. Otázky směřující ke kvalitě, smyslu života a vytyčení si svých cílů korespondují s obrazem jejich aktuálního psychického stavu. Odráží se zde, zda prostřednictvím sportu dokážou fungovat ve společnosti a jak vnímají společenské přijetí.

5.2 Výzkumné otázky

Otázky byly formulovány takovým způsobem, aby byly srozumitelné a aby jim porozuměli všichni respondenti. V úvahu byla brána psychologická přijatelnost formulace otázky v souvislosti s nepříjemnými událostmi v minulosti účastníků. Formulace dotazu nemá predikovat respondentovi správnou odpověď. Otázky byly formulované jako otevřené, které nepředsouvají respondentovi žádnou variantu odpovědi. Respondent měl volný prostor ke svému vyjádření. Nevýhodou výzkumu formou rozhovorů bylo náročné zpracování odpovědí, kdy se zaznamenaná data přepisovala a odpovědi byly vzájemně porovnávány. V průběhu analýzy získaných dat byly hledány nové souvislosti a významová sdělení. Při přípravě otázek pro strukturovaný rozhovor byly brány v úvahu etická kritéria svobodného rozhodnutí respondentů. Výzkumné otázky byly řazeny v časové posloupnosti dotazovaných jevů.

První otázka se týká vnitřního subjektivního pohledu na otázku změny zdravotního stavu a následně vyplývajících limitů.

Druhá otázka byla směřována k prvním okamžikům socializace.

Třetí otázka na časové ose již směřovala k okamžiku plné socializace a k respondenty subjektivně vnímaným přínosům sportu.

Čtvrtá otázka již na časové ose směřovala od současného vnímání situace k plánování budoucnosti v kontextu s kvalitou života.

Výzkumné otázky:

1. Jak respondent vnímal limity svého postavení ve společnosti hned po získání handicapu?
2. Jak respondent popisoval pocity při počátečním začlenění do společnosti?
3. Jaký je podle respondentů přínos sportu pro osoby s tělesným postižením v kontextu se socializací?
4. V čem respondent vnímá kvalitu, smysl svého života?

5.3 Metody výzkumu

Během praktické části práce byla využita metoda kvalitativního výzkumu, který pracuje s menším počtem respondentů a podává podrobnější informace o každém jedinci. Tento přístup získává data na základě rozhovorů s respondenty. Kvalitativní výzkum nelze definovat jednou obecně danou definicí. Metodolog Creswell ho definoval takto: „*Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách*” (1998, s. 12).

K získání dat byla aplikována metoda případových studií, spolu s ní i polostrukturovaný rozhovor a pozorování. Při přípravné fázi bylo nejprve promyšleno uspořádání pořadí otázek tak, aby na sebe navazovaly. Na začátku rozhovoru byl respondent obeznámen základními informacemi, že rozhovor bude nahráván a pokud by mu bylo cokoliv nepříjemné, nemusí odpovídat. Zároveň byla snaha probourání psychické bariéry, aby se respondent během rozhovoru cítil komfortně a konverzace mu byla příjemnější. Každý z účastníků měl možnost výběru prostředí, ale vzhledem k momentální covidové situaci probíhaly veškeré rozhovory stejně, a to z domácího prostředí a napojení přes web kamery. Rozhovory byly uskutečňovány pomocí aplikací

Zoom, Skype, Google Meets a MS Teams. Každé sezení trvalo přibližně třičtvrtě hodiny až hodinu.

5.4 Charakteristika výzkumného souboru:

Výzkumný soubor byl vystaven na základě osobních kontaktů se sportovci z handicapovaného spolku „Adapted” a prostřednictvím spolupráce s předsedkyní spolku, která spolupracuje s českým paralympijským výborem. Během výzkumu bylo celkem osloveno sedm respondentů, kteří mají společnou charakteristiku. Podmínkou zahrnutí osoby do výzkumného souboru bylo, že dotyčný musí být sportovec se získaným trvalým tělesným postižením.

Výběr sportovců byl proveden podle časových možností respondentů od ledna 2021 do března 2021 a v neposlední řadě na základě ochoty respondentů podílet se na výzkumu.

Věk respondentů

Výběrový soubor tvořilo pět mužů a dvě ženy ve věkovém rozmezí 27 až 56 let. Průměrný věk respondentů je 41 let. První kontaktování proběhlo prostřednictvím internetu či telefonního hovoru a později došlo ke vzájemnému spojení přes videohovor pomocí již výše uvedených aplikací.

Respondenti měli možnost kdykoliv od výzkumných rozhovorů odstoupit, ale nikdo tohoto práva nevyužil. Všichni respondenti podle svých časových možností odpovídali na kladené dotazy.

Zdravotní omezení respondentů

Ve výzkumném souboru je zastoupeno pět paraplegiků. Jeden získal handicap v důsledku operace páteře, dva respondenti měli nehodu a jeden utrpěl cévní příhodu. Dva respondenti mají amputovanou paži.

V tabulce č. 2 jsou popsány základní informace a anamnéza respondentů.

Respondent	Popis respondenta (pohlaví, věk,)
Respondent 1	muž, 27 let, amputace paže, nádorové onemocnění
Respondent 2	muž, 35 let, paraplegik
Respondent 3	žena, 28 let, paraplegik, důsledky operace páteře
Respondent 4	muž, 36 let, paraplegik
Respondent 5	muž, 52 let, amputace paže
Respondent 6	žena, 51 let, paraplegik, cévní příhoda
Respondent 7	muž, 56 let, paraplegik, autonehoda

Tabulka 2: Základní informace a anamnéza respondentů.

(Zdroj: vlastní)

Etická hlediska výzkumu

Respondenti poskytli ústní informovaný souhlas s publikováním této studie. Aby byly naplněny etické principy ve vztahu k respondentům, byli seznámeni s účelem výzkumu a s anonymním zpracováním dat. Respondenti měli možnost se ptát na okolnosti a způsob zpracování získání dat, která byla ihned po přepisech anonymizována a bezpečně archivována. Archiv nebude zprostředkován pro účely jiných výzkumů.

Časový harmonogram výzkumných šetření

1. Příprava strukturovaného rozhovoru + vyhledávání respondentů: listopad 2020
2. Teoretická příprava výzkumného šetření + výzkumná část: únor – březen 2021
3. Zpracování výsledků + interpretace: březen – duben 2021

Analýza získaných dat

Pro analýzu dat byl zvolen postup Interpretativní fenomenologické analýzy (IPA – Interpretative Phenomenological Analysis). Svoji teoretickou pozici IPA

zakotvuje ve třech zdrojích – fenomenologii, hermeneutice a idiografickém přístupu. Prostřednictvím analytického procesu není možné dosáhnout čistého popisu zkušenosti. Analýza textu je tak vždy zároveň interpretací. Zkušenost je v rámci IPA vystavěna jako výsledek společného sdílení výzkumníka a participanta. Cílem je porozumění participantově žité zkušenosti (Koutná Kostníková, Čermák, 2013). Empirický kvalitativní přístup byl od 90. let minulého století využíván především v psychologii zdraví profesorem Jonathanem A. Smithem, který působí na Birkbeck University v Londýně. Snažil se prozkoumat osobité vnímání událostí, situací a zkušeností člověka. Zaměřoval se na žitou zkušenost člověka, která vede k získání dat, jejichž interpretace je ovlivněna výzkumníkovými koncepty nebo interakcí mezi ním a respondentem. Koncepty jsou nezbytné pro to, aby výzkumník prostřednictvím interpretačního procesu porozuměl dané zkušenosti (Koutná, Kostníková, Čermák, 2013).

Metoda IPA byla zvolena jako přístup, který poskytuje více prostoru pro kreativitu a svobodu výzkumného procesu. Osvědčila se také v případech, kdy je předmětem výzkumu neobvyklá skupina, situace nebo zdroj sběru dat (Koutná Kostníková, Čermák, 2013). Analýza začíná detailním prozkoumáním jednoho případu, pak se přesouvá k detailní analýze dalšího případu. Sleduje vztahy mezi jednotlivými případy. Při výzkumu je kladen důraz na mentální procesy. Zajímá nás, jak člověk přemýšlí o tom, co se děje. Význam, který člověk připisuje dané zkušenosti, je dosažitelný interpretačním procesem.

Výzkumný vzorek je zvolen malý, aby bylo možné detailní prozkoumání jednotlivých případů. Výzkumný vzorek je homogenní, respondenti reprezentují danou zkušenost.

5.5 Způsob zpracování získaných dat

5.5.1 Postup systematické analýzy dat

Nejprve byl rozhovor nahrán, výzkumník zároveň v průběhu rozhovoru zapisoval poznámky a postřehy, které korespondují s výzkumným cílem. Do rozhovorů výzkumník nezasahoval. Byla zachována autentičnost rozhovorů.

Zvukové záznamy polostrukturovaných rozhovorů s respondenty byly přepsány pomocí doslovné transkripce. Po transkripci byly přepsané rozhovory podrobeny extrahování významných slovních obrátů vyjadřujících centrální význam segmentu. Přepsané výpovědi jsou označeny značkami pro sedm respondentů: R1, R2, R3., R4, R5, R6, R7. Výňatky ze zpracovaných rozhovorů byly uvedeny do tabulky, aby bylo snazší se v nich orientovat. Jakmile byla všechna data zaznamenána v tabulce, byla vzájemně porovnána. Odpovědi byly opakovaně pročitány a analyzovány, čímž bylo postupně nalezeno množství podobných odpovědí bylo nalezeno. Na druhou stranu se objevily i případy, kde se odpovědi naprosto rozcházel, což bylo velmi překvapivé. Bylo vytvořeno několik kategorií, a to na základě často se opakujících témat, které byly součástí výzkumných otázek.

5.5.2 Sportovní zaměření respondentů a dosažená sportovní úroveň

Následující tabulka (Tabulka 3) uvádí základních informace o respondentech a zobrazuje sporty, kterým se respondenti věnují. Uvádí se jejich dosažená sportovní úroveň.

Respondent	Popis respondenta (pohlaví, věk, název tělesného postižení, příčina)	Druh sportu	Sportovní úroveň
Respondent 1	muž, 27 let, amputace paže, onkologické onemocnění	skialpinismus běh	Mistrovství Světa Mistrovství Evropy
Respondent 2	muž, 35 let, paraplegik, skok na lyžích do vody	atletika	Paralympiáda Mistrovství Světa Mistrovství Evropy
Respondent 3	žena, 28 let, paraplegik, důsledky operace páteře	sjezdové lyžování surfování	Mistrovství Světa Mistrovství Evropy
Respondent 4	muž, 36 let, paraplegik, pád z balkónu	atletika sjezdové lyžování basketbal	Paralympiáda Mistrovství Světa Mistrovství Evropy

Respondent	Popis respondenta (pohlaví, věk, název tělesného postižení, příčina)	Druh sportu	Sportovní úroveň
Respondent 5	muž, 52 let, amputace paže, autonehoda	sjezdové lyžování skialpinismus cyklistické kolo	Mistrovství Světa
Respondent 6	žena, 51 let, paraplegik, cévní příhoda	plavání	Mistrovství Světa
Respondent 7	muž, 56 let, paraplegik, autonehoda	plavání basketbal	Paralympiáda Mistrovství Světa Mistrovství Evropy

Tabulka 3: Charakteristika respondentů.

(Zdroj: vlastní)

Většina respondentů utrpěla úraz, který je odkázal na vozík.

U dotazovaných respondentů se mezi provozovanými sporty nejčastěji objevilo sjezdové lyžování. Dva respondenti se věnují atletice, dva respondenti závodně plavou a dva respondenti jsou skialpinisté. Dále se sportovci věnují běhu, surfování, cyklistice a basketbalu.

Všichni respondenti se zúčastnili Mistrovství Světa. Tři z nich byli účastni na Paralympiádě. Pět respondentů se účastnilo Mistrovství Evropy.

V následné tabulce č. 4 je zaznamenána osobní a rodinná anamnéza respondentů. Osobní anamnéza vypovídá o předchozích úrazech respondenta a rodinná anamnéza dodává informace o onemocněních a úrazech v jeho rodině.

Respondent	Současný věk/ doba po získání handicapu	OA	RA
Respondent 1	27 let / 25 let	amputace paže, získání handicapu ve 2 letech	nevyskytují se žádná další postižení
Respondent 2	35 let / 11 let	paraplegie - přerušená mícha, získání handicapu ve 24 letech	nevyskytují se žádná další postižení
Respondent 3	28 let / 16 let	paraplegie - přerušená mícha, získání handicapu ve 12 letech	nevyskytují se žádná další postižení
Respondent 4	36 let / 20 let	paraplegie - přerušená mícha, získání handicapu v 16 letech	nevyskytují se žádná další postižení
Respondent 5	52 let / 22 let	amputace paže, získání handicapu ve 30 letech	nevyskytují se žádná další postižení
Respondent 6	51 let / 29 let	paraplegie - přerušená mícha, získání handicapu ve 22 letech	nevyskytují se žádná další postižení
Respondent 7	56 let / 34 let	paraplegie - přerušená mícha, získání handicapu ve 22 letech	nevyskytují se žádná další postižení

Tabulka 4: Koncept kvalitativní analýzy dat směřující k osobní a rodinné anamnéze.

(Zdroj: vlastní)

Výzkumné šetření ukazuje, že všichni respondenti získali tělesný handicap do věku 25 let a u žádného respondenta se nevyskytuje další člen rodiny s tělesným postižením.

Tabulka č. 5 ukazuje výpovědi respondentů, kdy byli tázáni na subjektivně vnímané pocity, které zažívali krátce po získaném postižení.

Výzkumná otázka: Jak byste popsal/a své pocity v den po získání postižení?“

Respondent	Citace respondenta	Kódy, klíčová slova
Respondent 1	„Asi je super, že se to stalo, když jsem byl tak mladej, protože jsem ani nevnímal, že je to tak vážný“.	Nevědomost
Respondent 2	„No já jsem se probudil po operaci s úsměvem, s tím že člověk v té době moc neví, co se jako stalo“.	Nevědomost
Respondent 3	„Nedokážu popsat, protože si to nepamatuju.“	Nevědomost
Respondent 4	„Já jsem to měl hodně volně hozený a žil jsem v tom, že to bude trošku větší zranění, který bude za tři týdny v pořádku“.	Naděje Lhostejnost
Respondent 5	„To jsem říkal, že to je pěkný malér, protože budu ležet v nemocnici alespoň týden. Můj týden byl natolik vyplněný aktivitama, že jsem si nedokázal představit, že tam budu ležet.“	Nevědomost Podstata situace
Respondent 6	„Já jsem si na začátku říkala, tak to není konečný. Člověk si hlavně uvědomí, že má ještě ruce a že jsou na tom lidi ještě hůř“.	Naděje Uvědomění
Respondent 7	„Já jsem spíš přemýšlel, co budu dál dělat, ale nějak jsem netruchlil nad tím“	Smíření

Tabulka 5: Koncept kvalitativní analýzy dat směřující k tématu náhlé změny života respondentů.

(Zdroj: vlastní)

Většina respondentů si den po získaném handicapu neuvědomovala vážnost situace, ani jejich celkovou situaci. Respondent 4 a respondent 6 žili v domnění, že jejich aktuální stav není konečný a budou fungovat běžně jako předtím. U respondentky 6

to bylo zároveň podpořené i lékaři, kteří ji ujišťovali o tom, že se opravdu vrátí do běžného stavu. Žila v naději, která se ale později rozplynula, a musela se ztotožnit s realitou.

Jít do společnosti po náhlém získání zdravotního postižení je velmi zatěžující pro psychiku osoby s handicapem. Jak se respondenti cítili, když šli poprvé do společnosti je zaznamenáno v následující tabulce č. 6.

Výzkumná otázka: Jak jste se cítil/a, když jste šel/šla poprvé do společnosti jako osoba s handicapem?

Respondent	Citace respondenta	Kódy, klíčová slova
Respondent 1	„Když se mi to stalo ve třech letech, tak si taky prd pamatuju, ale teda asi nejhorší a to mám doteď, že nechodím do bazénu”.	Obava
Respondent 2	„Úplně v pohodě, já jsem s tím neměl problém”.	Přijmutí omezení
Respondent 3	„Asi tím, že máš štít ostatních lidí, že jsme vyráželi dohromady, tak to úplně tak nepříjemný není, protože seš tam za nějakou skupinu”.	Bezpečí ve skupině Štít pohody
Respondent 4	„Tam jsem měl ty největší bloky, že jsem nerad chodil do společnosti mezi lidi, kteří mě dřív znali takovýho, jaký jsem byl.	Nesmířlivost Obava

Respondent	Citace respondenta	Kódy, klíčová slova
Respondent 5	„Jdete, jak když jdete do neznámé společnosti. Šel jsem mezi známé lidi, ale nevěděl jsem, jak budou reagovat a věděl jsem, že už to všichni ví. Takže je to vlastně takový očekávání, co vlastně bude. Takže já jsem se vlastně obrnil takovým štítem pohody - hele mluv se mnou normálně jako dřív“.	Štít pohody Obava
Respondent 6	„Já jsem byla v Praze a tam jsem byla anonymní, tam mě nikdo nezná, takže jsem se na tom vozíku cítila úplně normálně. Ale když jsem přišla na naši vesnici, tak to bylo horší“.	Anonymita jako výhoda
Respondent 7	„Já když jsem šel poprvé ven, jako tam kde jsem bydlel, tak trochu jsem se styděl“.	Stud Obava

Tabulka 6: Koncept kvalitativní analýzy dat směřující k inkluzi handicapovaných do společnosti.

(Zdroj: vlastní)

Socializace respondentů do společnosti proběhla díky sportu ve skupinách sportovců, kteří měli možnost se lépe vzájemně poznat při trénincích. Skupina se stejnými zájmy tak tvořila bezpečí. Respondenti si vytvořili bezpečný prostor, který v některých případech souvisel i s pozitivně vnímanou anonymitou neznámého prostředí většího města.

Další čtyři respondenti se setkali s obavou ze společnosti. Pro tři z nich bylo stresující jít do společnosti, která je zná jako zdravé a najednou je spatří jako lidi s handicapem. Popisují tento stav jako dost nepříjemný pro obě strany. Společnost k nim je odtažitá, protože neví, jak s nimi komunikovat, a co si k nim může dovolit. Tato odtažitá reakce okolí může vést k tomu, že se lidé s handicapem necítí komfortně. Další

respondent popisuje obavu z bazénu, kterou zažívá dodnes. Z jeho pohledu je v bazénu středem pozornosti, nevyhne se otázkám na jeho osobu a necítí se proto dobře.

Tabulka 7 ukazuje, jestli mají lidé s tělesným postižením zkušenost s negativní reakcí na jejich osobu.

Výzkumná otázka: Setkal/a jste se někdy jako handicapovaný/á s negativní reakcí na Vaši osobu?

Respondent	Citace respondenta	Kódy, klíčová slova
Respondent 1	„Ne, to vůbec ne“.	Žádná zkušenost
Respondent 2	„Osobně jsem se s negativní reakcí neseťkal, jenom jsem registroval negativní reakce třeba v diskuzi pod článkem, v médiích nebo na sociálních sítích“.	Články Média Sociální sítě
Respondent 3	„Setkala jsem se asi výjimečně a většinou všechny moje příběhy, kde si vybavuju nějaký negativní reakce jsou s českýma dráhama. Paní na přepážce mě úplně z...., jak se opovažuju, že se se mnou teď nikdo nebude tahat a bylo to fakt hrozně nepříjemný“.	České dráhy
Respondent 4	„Asi ani tolik ne. Já si myslím, že ty lidi mají většinou nějaký předsudek, takže se bojí jít do nějakých negativních reakcí nebo do nějakýho útoku“.	Žádná zkušenost
Respondent 5	„Nebylo to, že by někdo řekl, ten nemá ruku, ten je špatnej. To jsem se nikdy neseťkal“.	Žádná zkušenost
Respondent 6	„Ne, ne, to jsem se naštěstí neseťkala“.	Žádná zkušenost
Respondent 7	„Nee, to ne“.	Žádná zkušenost

Tabulka 7: Koncept kvalitativní analýzy dat směřující k postoji lidí bez postižení k lidem s postižením.

(Zdroj: vlastní)

Touto výzkumnou otázkou bylo zjištěno, že většina respondentů nemá osobní zkušenost s negativní reakcí na jejich osobu ohledně handicapu. Pouze jedna respondentka (respondent 3) se setkala s negativní reakcí, a to tak, že jí ujel k večeru vlak a ona se potřebovala dostat do rodného města. Byla to pro ni velmi nepříjemná situace. Respondentka nevěděla, jak se v této situaci zachovat, jelikož jí bylo v době incidentu šestnáct let a cítila se v ten moment osaměle.

Respondent 2 měl negativní zkušenost skrz média, články a sociální sítě. Lidé neseznámeni s jeho skutečnou situací o něm psali nepravdivé a hanebné články. On to v daný moment neregistroval, a ani nechtěl registrovat, protože ležel v nemocnici. Na psychiku členů jeho rodiny to negativní dopad bohužel mělo.

Sport je pro většinu handicapovaných novým životním nábojem. V tabulce č. 8 je zaznamenáno, jak sport respondentům obohatil život.

Výzkumná otázka: Co jste díky sportu získal?

Respondent	Citace respondenta	Kódy, klíčová slova
Respondent 1	„Dal mi hromadu zážitků, hromadu emocí. Ty emoce v tom sportu jsou prostě něco úžasného no”.	Emoce Zážitky
Respondent 2	„Dal mi lepší kondici, možnost cestovat po závodech, nový přátele, novejš kolektiv.	Kondice Cestování Přátele Kolektiv
Respondent 3	„Ten návrat do normálního života. Pro mě už ten moment, kdy jsem zjistila, že budu ten sport moct dělat, to bylo skvělý”.	Náboj
Respondent 4	„Pomohl mi ze začátku po úraze, kdy jsem se díky tomu sportu dostal mezi kolektiv, naučil jsem se na tom vozíku žít, fungovat a rehabilitovat po tom úraze. Potom později fyzický zlepšení, vlastně přátele, cestování.	Kolektiv Kondice Přátele Cestování

Respondent	Citace respondenta	Kódy, klíčová slova
Respondent 5	„Dal mi spoustu věcí. Od té psychologické stránky, ať už je to uvolnění nebo dobíjení rádobý lidských baterií“.	Uvolnění Náboj
Respondent 6	„Hrozně mně to přidalo a tenkrát si pamatuju, že když jsem vyhrála to mistrovství Světa a dostala jsem medaili, tak teďka dokážu všechno, jsem si říkala“.	Nezlomná Silná Motivace
Respondent 7	„Je fajn, jak to přináší i takový ten adrenalin, člověk je takovém šťastnější a unavenější, a i to cestování“.	Adrenalin Náboj Cestování

Tabulka 8: Koncept kvalitativní analýzy dat směřující k zisku ze sportu.

(Zdroj: vlastní)

Po celkovém zhodnocení, co sport respondentům dal, se mezi nejčastější motivy řadí cestování, kolektiv, náboj a přátelé. Respondenti si nejčastěji váží přátelství, která si při trénincích vybudovali. Jsou přesvědčeni o tom, že přátelské vztahy jim zůstanou a jsou pro ně nejcennější. Cestování je pro ně bonus navíc. Bohatství zážitků jim dodává energii a motivaci k další práci. Podle vyjádření respondentů se dostanou do destinací, kam by se jako zdraví nedostali.

Sportování na profesionální úrovni je časově náročná činnost. Z toho důvodu byli respondenti tázáni, jak je sport omezuje v jejich každodenním životě (viz Tabulka 9).

Výzkumná otázka: Co Vám sport vzal?

Respondent	Citace respondenta	Kódy, klíčová slova
Respondent 1	„Sport mi vzal sociální život“.	Sociální život
Respondent 2	„Nevzal mi asi nic, kromě volného času, ale tím že jsem byl sportovec vždycky, tak prostě si to řídím sám a bez toho sportu bych nemohl bejt“.	Volný čas
Respondent 3	„Dlouho jsem se tam držela ze setrvačnosti, a proto jsem skončila. Měla jsem pocit, že mi bere už ten pocit a že mi něco uniká. Dávala jsem tomu moc a už mi chyběl nějaký partnerský život, kamarádi“.	Sociální život
Respondent 4	„Obecně mně nic nevzal“.	-
Respondent 5	„Nesebral mi nic. Maximálně kila, který jsem nepotřeboval“.	-
Respondent 6	„Mně sport nic nevzal“.	-
Respondent 7	„Mně teda nevzal nic“.	-

Tabulka 9: Koncept kvalitativní analýzy dat směřující k omezením na úkor sportu.

(Zdroj: vlastní)

Pozorujeme, že sport většině respondentů subjektivně nic nevzal. U dvou jedinců se výpovědi obrací k limitům širších sociálních kontaktů. Respondenti zároveň vyjadřují, že pokud se sportu chtějí věnovat naplno, bude jim brát určitou volnost a nezávanost.

V průběhu přibývajících let se lidem mění životní priority a s nimi i jejich smysl života. Respondenti byli dotazováni s cílem zjištění, co pro ně znamená kvalita a smysl života viz Tabulka č. 10.

Výzkumná otázka: V čem vidíte kvalitu, smysl svého života?

Respondent	Citace respondenta	Kódy, klíčová slova
Respondent 1	„Nemám smysl života, jakože smysl života. Mám fáze života a teď jsem ve fázi, kdy si všechno užívám, protože pak to tělo stárne a už jako nikdy druhou šanci v životě nedostanu”.	Momentální prožitek
Respondent 2	„Když je člověk zdravý, tak ten život je kvalitní. Pro mě je teď nejvíc rodina, to je můj smysl života.	rodina
Respondent 3	„Pro mě svým způsobem je důležitý, žít život, kterej je naplňující. Bejt prospěšná i světu, moje rodina, moje partnerství, mí blízcí lidi, který chci, aby byli šťastní”.	Prožitek Prospěšnost Rodina
Respondent 4	Mít zdravou rodinu, zázemí, zdraví děti, bejt zdravý, mít ekonomickou nezávislost, něco vybudovat. Jo, zabezpečit rodinu”.	Zdraví Rodina Ekonomická nezávislost
Respondent 5	„Dneska je asi smyslem života, se na sebe podívat do zrcadla, říct si, že to co dělám dělám dobře, žiju dobře, nemusím se za sebe stydět a neodejít z tohoto života a říkat si, co jsem chtěl všechno stihnout. To znamená takový prospěšným člověkem tomuto světu”.	Naplnění Prožitek Úspěšnost Prospěšnost
Respondent 6	„Já mám takovej smysl, abych dovedla děti do dospělosti, aby byly spokojení a aby taky našli svůj smysl života”.	Rodina - děti Jejich naplnění
Respondent 7	„Já bych chtěl připravit děti do života a momentálním smyslem je pro mě duchovní život”.	Rodina - děti Duchovní život

Tabulka 10: Koncept kvalitativní analýzy dat zaměřené na kvalitu života respondentů.

(Zdroj: vlastní)

Nejčastějším smyslem života byl motiv **rodiny**. Většina respondentů se buď snaží dosáhnout rodiny anebo už ji mají a chtějí jí věnovat veškerý čas. Dále často se objevujícím motivem byl **prožitek**. Žít tady a teď, uvědomovat si, co děláme, mít prožitek i z malých věcí a celkově být šťastný a naplněný.

Obvyklou reakcí intaktních osob je, že by mohl tělesně postižený jedinec litovat svého postižení či chyby, které se v životě dopustil, a na základě které je handicapovaný. V následující tabulce č. 11 jsou zaznamenané odpovědi respondentů ohledně lítosti nad limity a kvalitou života.

Výzkumná otázka: Je něco, čeho v životě litujete?

Respondent	Citace respondenta	Kódy, klíčová slova
Respondent 1	„Ne, většinou se z chyb snažím naučit, než abych litoval, že jsem je udělal. Protože holt se prostě stane a když na tom nezpracuju, tak se prd změní“.	Ponaučení Zápor
Respondent 2	Ne.	Žádná zkušenost Zápor
Respondent 3	„Hele není tady asi nic. Možná to lyžování, že jsem tam setrvala zbytečně dlouho, ale to tak asi mělo být“.	Plytvat časem Zápor Přijmutí omezena
Respondent 4	„Já ve finále těch věcí nelituju. Říkám si, že tak to mělo být. Nemá cenu plakat nad rozlitym mlékem“.	Přijmutí omezení Zápor
Respondent 5	„Nelituju ničeho, protože všechno беру jako stavební materiál pro svůj život. A hlavně kdybych toho litoval, tak je to strávený čas, který jsem mohl věnovat něčemu jinému a já už nic nezměním“.	Ponaučení Zápor
Respondent 6	Lituju těch jazyků, že jsme nestudovali víc. A teda chybí mi ty procházky v lese, projít se, proběhnout se. Čím dál tím víc mi to chybí no“.	Studium Chůze Běh

Respondent	Citace respondenta	Kódy, klíčová slova
Respondent 7	„Asi ničeho. Myslím si, že je lepší ničeho nelitovat a furt koukat jako teď a jít dopředu“.	Přijmutí omezení Zápor

Tabulka 11: Koncept kvalitativní analýzy dat směřující k lítosti respondentů.

(Zdroj: vlastní)

Dle výzkumu většina respondentů ničeho nelituje. Respondenti jsou vyrovnáni se svým handicapem, nelitují sebe ani jiné osoby s handicapem. Podle jejich vyjádření si často berou ponaučení ze svých chyb. Říkají, že dělat chyby je základ pro spokojený život. Že se člověk z chyb poučí a snaží se jich příště vyvarovat.

Jedna respondentka si posteskla po chůzi či běhu. Říkala, že s přibývajícím věkem jí klasický pohyb chybí víc a víc.

5.5.3 Odpovědi na výzkumné otázky

1. Jak respondent vnímal limity svého postavení ve společnosti hned po získání handicapu?

První otázka týkající se vnitřního subjektivního pohledu na otázku změny zdravotního stavu byla zodpovězena všemi respondenty. Nabízí se možnost, že respondent by v tuto chvíli prožíval největší psychickou zátěž a zklamání nad nečekaným limitem a determinantem kvality života. Respondenti si ale v této časné fázi ještě plně neuvědomovali limity a determinanty kvality života a vyslovovali prožitek naděje, že se úplně uzdraví. Někteří respondenti si tyto okamžiky již ani nevybavují.

2. Jak respondent popisoval pocity při počátečním začlenění do společnosti?

Druhá otázka byla směřována k prvním okamžikům socializace. Stereotypy intaktní společnosti by odhadovaly, že se v tomto období projeví lítost respondentů nad limity jejich socializace, která může ovlivňovat i kvalitu jejich života. Většina respondentů nesdílí negativní vzpomínky, ale zároveň se objevují vyjadřované potřeby bezpečného prostředí, nebo naopak anonymity, která jim umožňuje jednat za sebe bez ohledů na své blízké, kteří jsou v malých obcích konfrontováni a sledováni okolím.

3. Jaký je podle respondentů přínos sportu pro osoby s tělesným postižením v kontextu se socializací?

Třetí otázka se týkala přínosu sportu pro respondenty. Respondenti se podle jejich vyjádření považují za sociálně integrované osoby. Postižení neomezuje jejich účast na společenských událostech. Pouze jeden respondent není socializovaný v prostředí veřejného plaveckého bazénu.

Dva respondenti dodávají, že sport jim vzal i příležitosti pro bohatší sociální život s kamarády, kteří se sportu nevěnují. Důvodem této ztráty je vnímaná oběť časově náročných tréninků, které si vyžádali jejich plnou pozornost, ale naopak dokážou ocenit možnosti cestování po světě. Sport jim také umožnil udržovat své tělo v dobré kondici, odreagovat se a relaxovat.

4. V čem respondent vnímá kvalitu, smysl svého života?

Čtvrtá otázka směřovala k otázce vnímané kvality života. Podle názorů respondentů je nejvýznamnější kvalitou života jejich rodina. Respondenti vyjadřují, že se vyrovnali se svým handicapem. Podle jejich slov počítají s chybami jako příležitostí poučit se. Nepocítují sebelítost.

DISKUZE

V úvodu diskuse pokládám za nezbytné uvést nejzávažnější faktory, které způsobily určité limitace výzkumu. Jde především o homogenitu výzkumného souboru, která pravděpodobně nepokryla veškeré možnosti, z nichž lze vyvozovat jednoznačné a nevyvratitelné závěry. Při výzkumu byla použita metoda kvalitativní analýzy – rozhovory. Výsledky, které byly předloženy, mají proto orientační vypovídací hodnotu a závěry, které z nich byly vyvozeny, zcela jistě neodhalují celou skutečnost. Výsledky vyplývající z této práce mohou být zkresleny v důsledku malého vzorku respondentů.

Limitem bakalářské práce je jednorázový záznam subjektivně vnímaných skutečností. Bylo by zajímavé porovnávat názory respondentů v časovém odstupu. Je také třeba upozornit na nedostatečnou komplexnost dat vyplývajících z polostrukturovaných rozhovorů. Je tedy nutné se vyhnout zobecnění uvedených příčin zjištěných výsledků a vyvozených závěrů zmiňovaných v diskuzi. Při měření kvality života je nutné přihlížet k celému souboru ukazatelů, a že do života respondentů přicházely rozdílné podněty. Jejich životní cesty se ubíraly v rozdílných podmínkách a okolnostech.

Lze říct, že problematika kvality života je lépe uchopitelná kvalitativním výzkumem. Jsem ráda, že jsem si zvolila právě tuto výzkumnou metodu, která mi umožnila se k respondentům přiblížit, získat jejich důvěru a vnímat jejich výpovědi v širších souvislostech. Myslím, že dotazníkový kvantitativní výzkum by v tomto výzkumu nezaznamenal souvislosti a byl tak ochuzený o informace, které výzkumník vnímal a přijal „mezi řádky.“ Určitým limitem byla i epidemiologická situace, kdy místo osobního setkání se rozhovory odehrávaly prostřednictvím online schůzek. Je pravděpodobné, že osobní kontakt by poskytl lepší podmínky pro osobní vyjádření respondentů. Bakalářská práce může být pro studenty speciální pedagogiky a podobných oborů vítaným prohlubováním porozumění fenoménu kvality života i příspěvkem do diskuse o hodnocení kvality života jako takové.

Jako aktivního sportovce mě těší vzrůstající počet osob s handicapem, kteří se rozhodnou pro sportovní vyžití. Mohou se stát vzorem pro další osoby s handicapem, ale i pro zdravou populaci. Sportovci se dále mohou stát vedoucími sportovních klubů a na základě svých zkušeností erudovaně v klubech působit. Sport má v životě osoby

s handicapem nenahraditelné místo. Sport je nejen způsobem trávení volného času, ale pro mnohé i součást společenského života. Lidé s postižením bojují neustále s novými problémy, ale vyjadřují, že se nebojí chyb. Spíše se z nich chtějí poučit. Sport jim dává smysl a vyšší kvalitu jejich života. Pomáhá jim vyrovnat se s tím, co se stalo, a najít ztracenou vnitřní rovnováhu. Respondenti dále uvádějí, že díky sportu více cestují, poznávají jiné kraje, kultury. Socializace je celoživotní proces. Po úraze se dosavadní začlenění do společnosti náhle změní. Při resocializaci, tedy návratu do života je pro člověka po úraze sport významným resocializačním prvkem. Otevírá se mu prostor pro nové vztahy s novými přáteli, kteří mají podobný osud. Osobám s handicapem pomáhá vědomí, že patří do určité společnosti lidí (Bartoňová, 2004).

Praktická část byla zaměřena především na význam sportu pro osoby s tělesným postižením a okolnosti, které s ním jsou spojené, dále na smysl života a společenské přijetí sportovců se získaným tělesným postižením. Veškeré kódy byly rozřazeny do čtyř kategorií, které byly nazvány: „sport tělesně postižených“ (tab. 8 a 9), „společenské přijetí“ (tab. 6 a 7), „kvalita života“ (tab. 10 a 11) a „náhlá zdravotní změna“ (tab. 5).

Kategorie „náhlá zdravotní změna“ (tab. 5) ukazuje na počáteční nevědomost a neuvědomování si aktuální situace respondentů.

Většina respondentů měla obavy ohledně „společenského přijetí“ (tab. 6 a 7), které se nakonec projevy jako zcela zbytečné. V průběhu socializace se k nim společnost nestavěla s negativním či vyčleňujícím přístupem. V určitých situacích se u běžné populace projevila nejistota, jak k handicapovaným jedincům přistupovat, a to mezi nimi mohlo vytvářet určitou bariéru.

V kategorii „kvalita života“ (tab. 11) data poukazují, že respondenti jsou se svým tělesným postižením smířeni. Dále si respondenti uvědomují, že v plném zdraví by se jejich životní cesta mohla ubírat jiným směrem. Sport a společnost sportovců, do které se socializovali, jim přinesla novou kvalitu života. Jistý vnímaný bonus jsou i ocenění, která ve sportu handicapovaných respondentů obdrželi.

Sport jim přinesl kvalitu života, na kterou poukazují ve výčtu zážitků, získání nových přátel, možností cestování při sportovních aktivitách. Prostřednictvím sportu se

opět socializovali do společnosti a navázali pevné vztahy v novém kolektivu. (tab. 8 a 9 – „sport tělesně postižených“)

Respondenti vyjadřovali významnou oporu v rodině. Ta je pro ně prvořadou hodnotou. Respondenti dále vyjadřují, že je třeba žít tady a teď, vnímat přítomné prožitky v maximální pozornosti. Respondenti svého handicapu nelitují. Vyjadřují, že není přínosné se zabývat něčím, co již nelze změnit. Je podle nich důležité přijmout své handicap. Podle respondentů je ideální podpořit svůj osobnostní růst pomocí sportovních aktivit a být člověkem, který je motivovaný se dále rozvíjet. (tab. 10 a 11 – „kvalita života“)

Cílem výzkumu bylo kvalitativními metodami výzkumu popsat některé faktory ovlivňující kvalitu života u lidí s tělesným postižením. Byly to otázky, jak konkrétně se respondenti cítili krátce po získání svého postižení, jaké vnímali limity při časné socializaci, a jestli se setkali s negativními reakcemi okolí. Zkoumání kvality života nebylo zaměřeno na zjišťování zdravotního stavu a dalších objektivních životních podmínek, ale na subjektivní zhodnocení kvality života dotázanou osobou vzhledem k socializaci prostřednictvím sportu. Kvalita života byla pro výzkum definována jako míra životní spokojenosti a pocíťované smysluplnosti života. Výzkumem je tedy takto definovaná kvalita života měřena nepřímou, usuzuje se na ni z celkové míry spokojenosti a smysluplnosti života daného jedince. Výzkum byl proveden pomocí polostrukturovaných rozhovorů a výsledky byly porovnány mezi jednotlivými daty získaných od jednotlivých respondentů. První část dotazníku zjišťovala míru spokojenosti s těmito oblastmi života: úloha sportovních aktivit, společenské kontakty a celková životní spokojenost.

Podle Blatného (2006) je většina lidí v různých dotazníkových výzkumech z více než dvou třetin spokojených, tedy uvádějí průměrné až výrazně kladné hodnoty své spokojenosti. Pouze zanedbatelné procento lidí vyjádří radikální nespokojenost. To se dá vysvětlit tím, že pro lidi je osobní pohoda velmi důležitá a jsou ochotni k ní aktivně přispívat a udržovat ji.

U lidí s tělesným postižením bude míra životní spokojenosti záviset na řadě vnitřních i vnějších faktorů. Jsou jimi např. typ osobnosti, postoj k nemoci, schopnost

adaptace na změněnou životní situaci, rodinné vztahy, přátelé, životní prostředí a společenské klima. Pokud se blíže podíváme na výsledná data získaná z rozhovorů zjistíme, že rozdíly v míře spokojenosti u dílčích oblastí nejsou u respondentů výrazné. Největší rozdíly jsou patrné mezi respondentem 3 a respondentem 6. Respondent 3 má ohromný náboj do života, do všeho se hrne bezmyšlenkovitě po hlavě. Oproti tomu respondent 6 vnímá, že si prožil mnoho dobrého a přijímá životní výzvy s jistou odevzdaností. Tento rozdíl může být samozřejmě ovlivněn věkem. Jedná se o respondenty stejného pohlaví se stejným úrazem. Mezi jejich výpovědi je znatelný rozdíl.

Při subjektivním hodnocení kvality života z hlediska životní spokojenosti neznamena zhoršený zdravotní stav automaticky nižší kvalitu života.

Breetvelt a Van Dam (1991) zjistili, že celková životní spokojenost nemocných a zdravých lidí se liší jen mírně. Tato skutečnost je připisována schopnosti lidí aktivně zvládat zátěž pomocí kognitivních strategií, které člověku pomáhají od potenciální hrozby odklonit pozornost či snížit význam hrozícího rizika. Dukel-Schetterová (1992 in Křivohlavý, 2002) zjistila, že strategie, kterých lidé používají, se podobají do značné míry těm, s nimiž se setkáváme při zvládání stresu. Domnívám se, že lidé s postižením umí čelit stresu, který jim jejich onemocnění přináší, i tím, že hledají smysluplnost v tom, co se děje. Přehodnocují své životní zážitky a zkušenosti a hledají sociální oporu ve sportovních aktivitách. Kompenzují tak nespokojenost v určitých oblastech tím, že čerpají radost v oblastech, kde se jim daří.

Křivohlavý (2006) považuje smysluplnost našeho bytí za velmi důležitý faktor napomáhající adaptaci na změny či zvládání životních obtíží a uvádí, že pojem kvalita života má v konečném důsledku daleko blíže k pojmu „smysl života“ než ke zdraví.

V porovnání výzkumné práce s Machovou (2009), ve které také zkoumala otázku, co pro osoby se získaným postižením znamená smysl života, jsem dosáhla podobných výsledků. V její práci uvedli 4/6 respondentů, že jejich smyslem života je rodina a 4/6 respondentů uvedli samostatnost. V mém výzkumu jsem dosáhla výsledků, kdy 5/7 respondentů uvedli rodinu jako jejich smysl života a 3/7 respondentů momentální prožitek.

ZÁVĚR PRÁCE

Bakalářská práce se zaměřuje na kvalitu života lidí s trvalým získaným tělesným postižením a na jejich subjektivně vnímanou životní spokojenost a smysluplnost života. Teoretická část bakalářské práce se věnuje zmapování pojmu socializace, zabývá se termínem kvality života, jeho vývojem, kognitivní problematikou a inkluzí osob s tělesným postižením. Její rozdělení je uspořádáno do čtyř kapitol. V první kapitole jsem se zabývala především charakteristikou některých druhů tělesných postižení, dále komunikací, socializací a edukací osob s tělesným postižením a v neposlední řadě předsudky vůči lidem s tělesným postižením a kompenzačními pomůckami sportovců s tělesným postižením. V druhé kapitole jsem se věnovala možnostem sportování a pozitivnímu přínosu sportu pro osoby s handicapem, poté sportovní motivaci a klasifikaci sportovců s tělesným postižením. Třetí kapitola je zaměřena na psychické důsledky tělesně postižených sportovců, mezi které jsem zařadila sebepojetí, tělesné sebepojetí, kvalitu života a přechod z neomezujícího života na omezující. V poslední, čtvrté kapitole jsem uvedla definici inkluze a sociální inkluze.

Výzkum hodnotil, jakou roli má sport u lidí s trvalým získaným postižením v socializaci do běžného života. Dále sledoval, jak se někteří respondenti vyrovnávali s přechodem z života intaktní osoby, na život s omezujícími podmínkami. Zaměřila jsem se na subjektivně vnímané životní spokojenosti a smysl života lidí s trvalým získaným tělesným postižením v souvislosti s aktivním sportováním. Realizovaná kvalitativní studie zpracovává data získaná v průběhu polostrukturovaných rozhovorů s respondenty, kdy respondenti velmi vstřícně odpověděli na osobní témata. Výzkumné otázky byly řazeny v časové posloupnosti dotazovaných jevů.

První otázka týkající se vnitřního subjektivního pohledu na otázku změny zdravotního stavu byla zodpovězena všemi respondenty. Předpoklad, že respondent v tuto chvíli prožíval největší psychickou zátěž a zklamání, se nepotvrdil. Respondenti si v této časné fázi ještě plně neuvědomovali limity a determinanty kvality života a vyslovovali prožitek naděje, že se úplně uzdraví, někteří respondenti si tyto okamžiky již ani nevybavují.

Druhá otázka byla směřována k prvním okamžikům socializace. Předpoklad, že se v tomto období projeví lítost respondentů nad limity jejich socializace, která může ovlivňovat i kvalitu jejich života se opět potvrdila jen z části. Většina respondentů nesdílí negativní vzpomínky, ale zároveň se objevují potřeby bezpečného prostředí, nebo naopak anonymity, která jim umožňuje jednat za sebe bez ohledů na své blízké, kteří jsou v malých obcích konfrontováni a sledováni okolím.

Třetí otázka se týkala přínosu sportu pro respondenty. Předpoklad, že sport, který jim umožnil jeden z nejdůležitějších bodů ve vnímané kvalitě jejich života se potvrdil. Dva respondenti dodávají, že jim vzal i příležitosti pro bohatší sociální život s kamarády, kteří se sportu nevěnují. Důvodem této ztráty je vnímaná oběť časově náročných tréninků, které si vyžádaly jejich plnou pozornost.

Čtvrtá otázka směřovala k otázce vnímané kvality života. Předpoklad, že sport pro respondenty i do budoucnosti bude vnímán jako významná hodnota, která jim pomáhá překračovat osobní limity a umožňuje jim z velké části účast na začlenění do sportovního kolektivu, byla potvrzena jen z části. Podle názorů respondentů je nejvýznamnější kvalitou života jejich rodina.

Ze získaných dat a zjištěných výsledků vyplývá, že socializace byla usnadněná díky příležitostem začlenění se do sportovních aktivit. Sport a sportovní úspěchy dodávají handicapovaným nový náboj do života a sebevědomí.

Podle výpovědí respondentů se objevil důraz na momentální prožitek tady a teď. Zdravotní stav tedy z pohledu subjektivně vnímané kvality zdraví není nejvýznamnějším faktorem. Subjektivním hodnocením kvality života je spokojenost a pocíťovaná smysluplnost života. Podle výpovědí respondentů má mnohem důležitější roli rodinné zázemí a pomoc blízkým.

LITERATURA

- ANDERLIK, Lore, 2014. *Cesta k inkluzi: úvahy z praxe a pro praxi*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-765-1.
- BARTOŇOVÁ, Miroslava, 2004. *Sportovní socializace tenistů na vozíku*. Olomouc. Akademická práce. Fakulta tělesné kultury Univerzity Palackého.
- BENDOVÁ, Petra, Kateřina JEŘÁBKOVÁ a Veronika RŮŽIČKOVÁ, 2006. *Kompenzační pomůcky pro osoby se specifickými potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1436-8.
- BLÁHA, Ladislav, 2000. *Provozování pohybových aktivit zrakově handicapovanou populací*. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně. Acta Universitatis Purkynianae. ISBN 80-7044-323-5.
- BLATNÝ, Marek, 2010. *Psychologie osobnosti: hlavní témata, současné přístupy*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3434-7.
- BLATNÝ, Marek, ed., 2006. *Metodologie psychologického výzkumu: konsilience v rozmanitosti*. Praha: Academia. ISBN 80-200-1450-0.
- DAŘOVÁ, Klára, 2008. *Klasifikace pro výkonnostní sport zdravotně postižených*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1520-2.
- DUNGL, Pavel, 2014. *Ortopedie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN
- FALTÝNKOVÁ, Zdeňka, 2004. *Cesta k nezávislosti po poškození míchy*. Praha: Svaz paraplegiků - Centrum paraple. ISBN 80-239-5555-1.
- EXLEY, Helen, 1981. *What It's Like to be Me*. Exley Publications. ISBN 0905521447.
- GEIST, Bohumil, 1992. *Sociologický slovník*. Praha: Victoria Publishing. ISBN 9788085605280.
- GURKOVÁ, Elena, 2011. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 9788024736259.
- HÁJKOVÁ, Vanda a Iva STRNADOVÁ, 2010. *Inkluzivní vzdělávání: [teorie a praxe]*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3070-7.
- HÁJKOVÁ, Vanda a Iva STRNADOVÁ, 2013. DENOTACE INKLUZIVNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ S ODKAZEM PRO VZDĚLÁVACÍ PRAXI V ČESKÉ REPUBLICE. *Pedagogika*. **2013**(63), 252-258.
- HANKOVÁ, Magdalena a Soňa VÁVROVÁ, 2016. *Partnerské vztahy: očima mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0012-5.
- HAVLÍK, Radomír a Jaroslav KOŤA, 2007. *Sociologie výchovy a školy*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-327-7.
- HELUS, Zdeněk, 2004. *Dítě v osobnostním pojetí: obrat k dítěti jako výzva a úkol pro učitele i rodiče*. Praha: Portál. Pedagogická praxe. ISBN 8071788880.
- HNILICOVÁ, Helena a Vladimír BENCKO, 2005. *Kvalita života - vymezení pojmu a jeho význam pro medicínu a zdravotnictví*. *Praktický lékař: Biopsychosociální vztahy*. **2005**(11), 656-660.
- HOŠEK, Václav, 1999. *Psychologie odolnosti*. 2. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-889-1.
- JANEČKA, Zbyněk, 2012. *Vybrané kapitoly ze sportu osob se zdravotním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-3107-9.
- JELÍNKOVÁ, Jana, Mária KRIVOŠÍKOVÁ a Ludmila ŠAJTAROVÁ, 2009. *Ergoterapie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-583-7.

- JEŠINA, Ondřej a Martin KUDLÁČEK, 2011. *Aplikovaná tělesná výchova*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2738-6.
- JEŠINA, Ondřej a Zdeněk HAMŘÍK, 2011. *Podpora aplikovaných pohybových aktivit v kontextu volného času*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2946-5.
- JEŠINA, Ondřej, 2011. *Integrace - jiná cesta VI: Sborník příspěvků ze semináře zaměřeného na oblast fitness a wellness osob se zdravotním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2954-0.
- JEŠINA, Ondřej, 2020. *Otázky a odpovědi aplikované tělesné výchovy II, aneb, Inkluzivní tělesná výchova pro II. stupeň základních škol s přesahem do středoškolského vzdělávání*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5757-4.
- JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2171-2.
- KALMAN, Michal, Zdeněk HAMŘÍK a Jan PAVELKA, 2009. *Podpora pohybové aktivity: pro odbornou veřejnost*. Olomouc: ORE-institut. ISBN 978-80-254-5965-2.
- KALTOFEN, K. – ČESÁK, T. Poranění míchy, NÁHLOVSKÝ, J. et al. *Neurochirurgie*, 1., vydání. Praha Nakladatelství Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1202- X. Praha nakladatelství Galén, 2006. ISBN 80-7262-319-2.
- KLENKOVÁ, Jiřina, 2006. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 9788024711102.
- KOLÁŘ, Pavel, c2009. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-657-1.
- KOUDELA, Karel, 2004. *Ortopedie*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0654-2.
- KOUTNÁ KOSTÍNKOVÁ, Jana a Ivo ČERMÁK. Interpretativní fenomenologická analýza. In Tomáš Řiháček, Ivo Čermák, Roman Hytych. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2013. s. 9-43. ISBN 978-80-210-6382-2.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0179-0.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2006. *Psychologie smysluplnosti existence: otázky na vrcholu života*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1370-5.
- KRUBOVÁ, Kristýna, *Tělesná výchova a sport zdravotně postižených*, Brno, 2007. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Fakulta sportovních studií, Katedra sportovní edukace. Vedoucí práce Mgr. Alena Skotáková, Ph.D.
- KUBÍČOVÁ, Zdeňka a Jiří KUBÍČE, 2001. *Kompenzační a didaktické pomůcky pro děti a žáky s tělesným postižením v mateřské a základní škole*. Praha: Septima. ISBN 80-7216-166-0.
- KUDLÁČEK, Martin a Ondřej JEŠINA, 2013. *Integrovaná tělesná výchova, rekreace a sport*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3964-8.
- KUDLÁČEK, Martin, 2013. *Aplikované pohybové aktivity osob s tělesným postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3938-9.
- KUDLÁČEK, Martin, Natalia MORGULEC-ADAMOWICZ a Joeri VERELLEN, ed., 2010. *European standards in adapted physical activity*. Olomouc: Palacký Univerzity. ISBN 978-80-244-2584-9.
- KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, Lea, Iva STRNADOVÁ a Vanda HÁJKOVÁ, 2012. *Cesty k inkluzi*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2086-2.
- LAPSLEY, Daniel K. a Paul C. STEY, 2012. *Encyclopedia of Human Behavior: in V.S. Ramachandran*. 2. Notre Dame: Academic Press/Elsevier. ISBN 9780123750006.

- MÁČEK, Miloš a Jiří RADVANSKÝ, c2011. *Fyziologie a klinické aspekty pohybové aktivity*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-695-3.
- MACKOVÁ, Martina, 2014. *Sociální práce s handicapovanými I*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-464-9.
- MACHOVÁ, Martina, 2009. *Vnímání psychických a fyziologických potřeb u lidí s tělesným postižením*. Zlín. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Vedoucí práce PhDr. Hana Včelařová.
- MAREŠ, Jiří, 2008. *Kvalita života u dětí a dospívajících*. Brno: MSD. ISBN 80-86633-65-9.
- MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed., 2005. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál. ISBN 807367002x.
- MILFAIT, René, ed., 2012. *Lidská práva osob s postižením, nevyléčitelně nemocných a umírajících*. Středokluky: Zdeněk Susa. ISBN 978-80-86057-79-8.
- MONATOVÁ, Lili, 1994. *Pedagogika speciální: [určeno pro posluchače fakulty pedagogické]*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 8021010096.
- NOSKOVÁ, Š. *Integrace klientů Ústavu sociální péče pro tělesně postižené v Hořicích*. Hradec Králové, 2013.. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Ústav sociální péče. Vedoucí práce Mgr. Martina Macková, Ph.D.
- NOVOSAD, Libor, 2011. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-873-9.
- OPATŘILOVÁ, Dagmar a Dana ZÁMEČNÍKOVÁ, 2008. *Možnosti speciálně pedagogické podpory u osob s hybným postižením*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-4575-0.
- PFEIFFER, Jan, 2007. *Neurologie v rehabilitaci: pro studium a praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1135-5.
- PIPEKOVÁ, Jarmila, 2010. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-198-0.
- RENOTIÉROVÁ, Marie a Libuše LUDÍKOVÁ, 2004. *Speciální pedagogika*. 2. vyd., dopl. a aktualiz. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-0873-2.
- RENOTIÉROVÁ, Marie a Libuše LUDÍKOVÁ, 2006. *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1475-9.
- RENOTIÉROVÁ, Marie, 2002. *Somatopedické minimum*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-0532-6.
- ŘIHÁČEK, Tomáš, Ivo ČERMÁK a Roman HYTYCH, 2013. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-6382-2.
- SALAJKA, František, 2006. *Hodnocení kvality života u nemocných s bronchiální obstrukcí*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1306-3.
- SLEPIČKA, Pavel, Václav HOŠEK a Běla HÁTLOVÁ, 2009. *Psychologie sportu*. Vyd. 2. Praha: Karolinum. ISBN 9788024616025.
- SLOWÍK, Josef, 2010. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-691-9.
- SLOWÍK, Josef, 2016. *Speciální pedagogika*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-0095-8.
- TICHÝ, Miroslav, 2000. *Funkční diagnostika pohybového aparátu*. Vyd. 2., (V Tritonu přeprac. a dopl. vyd. 1.). Praha: Triton. ISBN 80-7254-022-x.

- TRÁVNÍKOVÁ, Dagmar, ed., 2014. *Vybrané aplikované pohybové aktivity: teorie a praxe*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-6719-6.
- VÁDUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR, 2005. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3754-7.
- VÁGNEROVÁ, Marie, 2000. *Psychologie handicapu*. Praha: Univerzita Karlova. ISBN 80-7184-929-4.
- VÁGNEROVÁ, Marie, 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese / Marie Vágnerová*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál. ISBN 80-7178-802-3.
- VÁGNEROVÁ, Marie, 2005. *Školní poradenská psychologie pro pedagogy*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-1074-4.
- VÁGNEROVÁ, Marie, 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., dopl. a přeprac. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2153-1.
- VÁVROVÁ, Soňa, 2012. *Doprovázení v pomáhajících profesích*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0087-1.
- VÍTKOVÁ, Marie, 1998. *Integrativní speciální pedagogika: sborník k projektu "Škola pro všechny" realizovaný s podporou Vzdělávací nadace Jana Husa*. Brno: Paido. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-51-6.
- VÍTKOVÁ, Marie, 2006. *Somatopedické aspekty*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido. ISBN 80-7315-134-0.
- ZIKL, Pavel a Petra BENDO VÁ, 2014. *Speciálně pedagogický výkladový slovník: (somatopedie, psychopedie, logopedie)*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-514-1.
- ZIKL, Pavel, 2011. *Děti s tělesným a kombinovaným postižením ve škole*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3856-7.

INTERNETOVÉ ZDROJE

[online]. Copyright © [cit. 9.04.2021]. Dostupné z: https://www.european-agency.org/sites/default/files/evidence_final_summary_cs.pdf

[online]. Dostupné z: <http://www.lekarske.slovníky.cz>

Český statistický úřad | ČSÚ [online]. Copyright © [cit. 9.04.2021]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/61431878/32019818.pdf/f7a76822-fe74-4caa-8031-6cf5963e125f?version=1.4>

https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/National_Health_Policies-United_States-Healthy_People_2010.pdf?fbclid=IwAR3fKcTG93GPYvip8ZGDdd4EsElCAJ9pNeBvWK0vguqLKqSj-aH9Gpeupo

Informační systém [online]. Copyright © [cit. 9.04.2021]. Dostupné z: https://is.muni.cz/el/fsp/jaro2006/p003/Telesne_postizeni.pdf

Kolpingova rodina Smečno :: Dům rodin [online]. Copyright © [cit. 9.04.2021]. Dostupné z: <http://www.dumrodin.cz/res/data/038/004051.pdf>

Legg Perthes Disease Brochure. *National Osteonecrosis Foundation* [online]. Copyright © 2014, National Osteonecrosis Foundaton. All Rights Reserved. [cit. 9.04.2021]. Dostupné z: <http://nonf.org/perthesbrochure/perthes-brochure.htm>

Úvod - ÚZIS ČR [online]. Copyright © [cit. 9.04.2021]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008280/zdrroccz-2018.pdf>

Úvod - ÚZIS ČR. *Úvod - ÚZIS ČR* [online]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php>

Seznam tabulek

Tabulka 1: Škály stupňů sociální integrace podle WHO.

Tabulka 2: Základní informace a anamnéza respondentů.

Tabulka 3: Charakteristika respondentů.

Tabulka 4: Koncept kvalitativní analýzy dat směřující k osobní a rodinné anamnéze.

Tabulka 5: Koncept kvalitativní analýzy dat směřující k tématu náhle změny života respondentů.

Tabulka 6: Koncept kvalitativní analýzy dat směřující k inkluzi handicapovaných do společnosti.

Tabulka 7: Koncept kvalitativní analýzy dat směřující k postoji lidí bez postižení k lidem s postižením.

Tabulka 8: Koncept kvalitativní analýzy dat směřující k zisku ze sportu.

Tabulka 9: Koncept kvalitativní analýzy dat směřující k omezením na úkor sportu.

Tabulka 10: Koncept kvalitativní analýzy dat zaměřené na kvalitu života respondentů.

Tabulka 11: Koncept kvalitativní analýzy dat směřující k lítosti respondentů.

Seznam příloh

Příloha 1 – Prohlášení o mlčenlivosti výzkumníka

Příloha 2 – Vzor souhlasu účastníka výzkumu

Příloha 3 – Struktura rozhovoru

Příloha 4 – Přepis rozhovoru respondenta 3