

UNIVERZITA KARLOVA

Fakulta tělesné výchovy a sportu

Kvalita života hráčů volejbalu sedících

Diplomová práce

Vedoucí práce:

PhDr. Klára Daďová, PhD.

Zpracovala:

Mgr. Kristýna Kůtová

Praha, srpen 2019

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité informační zdroje a literaturu. Tato práce ani její podstatná část nebyla předložena k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze, dne 20. srpna 2019

.....

Mgr. Kristýna Kůtová

Evidenční list

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

Jméno a příjmení:

Fakulta / katedra:

Datum vypůjčení:

Podpis:

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí práce PhDr. Kláře Daňové, PhD. za cenné rady, věcné připomínky a vstřícnost při konzultacích a vypracování diplomové práce. Dále děkuji všem hráčům volejbalu sedících, kteří mi byli oporou při psaní diplomové práce. A v neposlední řadě bych ráda poděkovala příteli a rodině, kteří mi poskytli podporu v průběhu celého navazujícího magisterského studia.

Abstrakt

Název: Kvalita života hráčů volejbalu sedících

Cíle: Hlavním cílem této diplomové práce je ucelení problematiky o volejbalu sedících a dále analýza kvality života hráčů volejbalu sedících.

Metody: Pro měření kvality života hráčů volejbalu sedících byl použit standardizovaný dotazník Světové zdravotnické organizace v krátké verzi WHOQOL-BREF „Kvalita života“. Výzkumu se účastnilo 12 hráčů (8 mužů, 4 ženy) s věkovým průměrem 40,6 roku.

Výsledky: Z výzkumu vyplynulo, že kvalita života hráčů volejbalu sedících je na vyšší úrovni než u běžné populace, jelikož ve třech ze čtyřech oblastí (prožívání, sociální vztahy a prostředí) dosáhli lepšího průměrného skóre než běžná populace. Pouze v oblasti fyzického zdraví je na tom lépe běžná populace, což vzhledem k tělesnému postižení respondentů nelze považovat za překvapivé.

Klíčová slova: paralympijský sport, volejbal, resocializace, amputace, WHOQOL-BREF

Abstract

Title: Quality of life in sitting volleyball players

Objectives: The main goal of the thesis is to summarize and extend knowledge about sitting volleyball and to analyse quality of life in sitting volleyball players.

Methods: For the analysis we have used standardized questionnaire from the World Health Organization in its short version named WHOQOL-BREF. 12 players (8 men, 4 women) with average age 40,6 years participated in the study.

Results: The results of the questionnaire show, that quality of life in sitting volleyball players is better then quality of life of general population. We can deduce it from the fact, that their answers were better in three of four domains of the questionnaire (experiencing, social relations, surroundings). Only in the domain of physical health, sitting volleyball players showed worse results than general population, what could not be surprising due to their physical handicap.

Keywords: paralympic sport, volleyball, resocialisation, amputation, WHOQOL- BREF

Obsah

I. ÚVOD	10
II. TEORETICKÁ VÝCHODISKA PRÁCE	11
1 CHARAKTERISTIKA VOLEJBALU SEDÍCÍCH	12
1.1 Výhody volejbalu sedících	13
1.2 Historie volejbalu sedících	15
1.3 Zastřešující organizace volejbalu sedících	17
1.4 Vrcholné akce volejbalu sedících	18
1.5 Pravidla volejbalu sedících	22
1.6 Klasifikace volejbalu sedících	26
2 ZDRAVÍ A KVALITA ŽIVOTA	29
2.1 Kvalita života u osob s amputací	31
2.1.1 Resocializace lidí s amputací	31
2.1.2 Psychika jedince s amputací dolní končetiny	32
2.1.3 Sport osob s amputací	33
2.3 Metody měření kvality života	34
2.3.1 Metody měření QOL subjektivní	34
2.3.2 Metody měření QOL objektivní	35
2.3.3 Metody měření QOL smíšené	36
2.4 Vybraná výzkumná šetření k problematice	37
III. CÍLE A ÚKOLY PRÁCE, VÝCHODISKA PRÁCE	40
1 Cíl práce	40
2 Úkoly práce	40
3 Hypotézy	40
IV. METODIKA PRÁCE	41
1 Metodika výzkumu	41

2	Charakteristika výběrového souboru	41
3	Metody sběru dat	43
4	Dotazník WHOQOL-BREF a analýza dat	43
V.	VÝSLEDKY	48
1	Výsledky doménových skóru jednotlivých hráčů	48
2	Komparace výsledků doménových skóru	49
3	Výsledky otázky č. 1 – celková kvalita života	50
4	Výsledky otázky č. 2 – celkové zdraví	51
5	Výsledky domény č. 1 – fyzické zdraví	52
6	Výsledky domény č. 2 – prožívání	59
7	Výsledky domény č. 3 – sociální vztahy	65
8	Výsledky domény č. 4 – prostředí	68
VI.	DISKUZE O VÝSLEDKÁCH	76
VII.	ZÁVĚR A DOPORUČENÍ	81
	POUŽITÁ LITERATURA	82
	PŘÍLOHY	I

Seznam použitých zkratk

APACHE – Acute Psychological and Chronic Health Evaluation system

ČVS – Český volejbalový svaz

HS – Health State

HSP – Health State Profiles

IPC – International Paralympic Committee

ISOD – International Sports Organisation for the Disabled

MANSA – Manchester Short Assasment of Qaulity of Life

ME – Mistrovství Evropy

MS – Mistrovství světa

LSS – Life Satisfaction Scale

PH – Paralympijské hry

QL – Spitzer Quality of Life Index

QOF – Quality of life

SEIQoL – Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life

SQALA – Subjective Quality of Life Analysis

SWLS – Satisfaction With Live Safe

TP – tělesné postižení

SD – směrodatná odchylka

WADA – The Wolrd Anti-Doping Agency

WHO – World Health Organisation

WHOQOL World Health Organization Quality of Life Assessment

WOVD – World Organisation Volleyball for disabled

ZTP – zvlášť těžké postižení

ZTP/P – zvlášť těžké postižení s průvodcem

I. ÚVOD

V průběhu posledních pár let, kdy se volejbal sedících v České republice začal rozvíjet, vnímám potřebu věnovat se tomuto sportu nejen z pozice zakladatelky a trenérky, ale také z dalších pozic, které se s volejbalem sedících pojí. Od roku 2014, kdy moje snaha o založení začala mít konkrétní charakter, přes oslovení prvního hráče, uskutečnění prvního tréninku a poté i prvního turnaje, přes důležitý vznik mužského reprezentačního týmu, se událo hodně. Protože jsem všeho byla součástí, mám k danému tématu velice blízko. To je jeden z hlavních motivů, proč jsem si vybrala toto téma.

V českém jazyce je jen skromné množství dostupné literatury o volejbale sedících. Proto se snažím zvoleným tématem diplomové práce zabývat a odbornou literaturu vytvářet a publikovat pomocí vysokoškolských závěrečných prací, článků v časopisech a vytvářením webových stránek. Volejbal sedících se snažím prezentovat dále odborníkům na aplikované pohybové aktivity a volejbal, ale i široké veřejnosti.

Hlavními cíli této diplomové práce je ucelení problematiky volejbalu sedících a dále analýza kvality života hráčů volejbalu sedících pomocí standardizovaného dotazníku kvality života Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF

Teoretická část práce je rozdělena na dvě kapitoly. První kapitola se zabývá uvedením do problematiky volejbalu sedících, to znamená vysvětlení principů hry, pravidel a klasifikace. Seznamuje s historií sportu, zastřešujícími organizacemi a vrcholnými akcemi. Druhá kapitola se zaměřuje na zdraví a kvalitu života. Konkrétně na kvalitu života u osob se zdravotním postižením. Tato kapitola uvádí i vybraná výzkumná šetření. Závěrečná část je věnována výzkumu a jeho analyzování.

II. TEORETICKÁ VÝCHODISKA PRÁCE

Volejbal sedících je pohybová aktivita, která kultivuje lidskou osobnost po stránce fyzické, psychické i sociální. Jde o činnost v zásadě dobrovolnou, vykonávanou pro potěšení a pro radost. V širším kontextu může být součástí léčby či možností, jak ovlivňovat tělesnou kondici. Volejbal sedících můžeme chápat i jako profesionální sport. „*Volejbal je hra orientovaná k dosažení vítězství nad soupeřem. Na rozdíl od velké skupiny sportů ve volejbalu neexistuje nerozhodný výsledek. Herní výkon není myslitelný bez soupeře, bez přímé výměny obranných a útočných kombinací. Časová neomezenost a způsob bodování vyžadují rozdílů nejméně jedné sady k vítězství v utkání a rozdíl nejméně dvou bodů k získání páté sady prodlužuje utkání, přičemž zdůrazňuje jeho dramatický charakter a činí z utkání systémové řešení herních situací s uplatněním strategie a taktiky*“ (Kaplan, 1999, s. 7). Nutnost předvídání a bezprostřední reakce na hru soupeře předpokládá tvořivý proces ve stále se měnících podmínkách. Dramatičnost volejbalu nezávisí pouze na výkonnostní úrovni, nýbrž i na vyrovnanosti jednotlivých rozehr.

Vnímání zdraví a kvality života je u osob se zdravotním postižením v důsledku předchozí zkušenosti diametrálně odlišné. Významným faktorem, jenž ovlivňuje kvalitu života osob s postižením, je především hloubka a typ (tedy charakter) daného postižení. Projevy různých zdravotních postižení mohou být důsledkem omezené možnosti účastnit se volnočasových aktivit, zejména pohybového charakteru. Výsledky aktivity jsou ovlivněny vůlí jedince samotného, jeho reálnými možnostmi, dostupností příležitostí a sociální oporou blízkých osob (Ješina, Hamřík, 2011). Kvalitu života můžou ovlivňovat i životní události tím, že ovlivňují aktuální prožívání, vedou k problémům se spánkem, s koncentrací, k úzkosti a neklidu. Získané postižení může ovlivnit dosavadní hodnotovou orientaci, změnu perspektivy či celkovou změnu životního stylu (Franková, 2016). V kontextu se získaným postižením bývá kvalita života ovlivněna také procesy rehabilitace a reedukace. Pro kvalitu života dlouhodobě nemocných jsou důležité vztahy s rodinnými příslušníky, ale také s vrstevníky či skupinami se stejným zájmem.

1 CHARAKTERISTIKA VOLEJBALU SEDÍCÍCH

Volejbal sedících se řadí mezi jednu z nejoblíbenějších sportovních her pro handicapované sportovce. Do programu letních paralympijských her byl poprvé zařazen v Arnhemu 1980 (Karásková, 2005, Kudláček, Ješina, 2013). Volejbal sedících byl hrán ale již dávno před tím. První zmínky pocházejí z Velké Británie a hrají ho lidé převážně po amputaci dolní končetiny. Z důvodu zachování fair play byla zavedena klasifikace, která se v průběhu času měnila a nyní se zdá, že vyhovuje všem podmínkám hry i jednotlivým hráčům. Hra je otevřena pro všechny hráče, kteří splňují požadavky klasifikační komise (Dařová, 2008).

Volejbal sedících je řazen mezi kolektivní, neinvazivní míčové hry (Kůtová, 2013; Buchtel, 2006). Cílem hry je přehrání míče přes síť na polovinu soupeře tak, aby dopadl do soupeřovy části pole, případně aby protihráči nebyli schopni míč vrátit zpět v souladu s pravidly. Volejbal sedících se liší od volejbalu pro zdravé hlavně menším hřištěm (6 x 10 m) a nižší sítí (1,15 m pro muže a 1,05 m pro ženy). Tyto modifikace způsobují, že hra je mnohem rychlejší a dynamičtější (Kudláček, Ješina 2013). Každá rozehra začíná podáním a končí ziskem bodu. Na oficiálních soutěžích se hraje na tři vítězné sety do 25 bodů s minimálním rozdílem 2 bodů. Pokud je turnaj tzv. otevřený, určuje pořadatel systém turnaje. Často se tak hraje jen na dva vítězné sety, občas i na dva hrané sety (turnaje např. v Německu, Dánsku či Norsku).

1.1 Výhody volejbalu sedících

Ludwig Gutmann prohlásil, že: „*Sport by se měl stát pro postiženého hybnou silou, která mu pomůže nalézt nebo obnovit vlastní vztah k okolnímu světu a tím ke svému uznání coby rovnocenného a plnoprávného občana*“ (Kudláček, 2007, s. 5). Handicapované osoby mají kromě svých zdravotních obtíží i svízelnou pozici ve sféře společenské, zvláště pokud je porucha postiženého viditelná a omezuje-li ho v pohybu a možnostech sociálních kontaktů. Zde sehrává sport důležitou roli (Kučera, Dylevský, 1999).

Prostřednictvím pravidelné fyzické aktivity si sportovci udržují celkové zdraví a zlepšují si kvalitu života ve všech jeho fázích. Realizované pohybové aktivity jsou významným prediktorem zdraví všech sportovců (Ješina, Hamřík, 2011). Zapojení lidí s handicapem do pravidelných pohybových aktivit přináší různá úskalí podle závažnosti jejich postižení. Tito jedinci jsou často pro své znevýhodnění ohroženi sociální exkluzí a sociálně patologickými jevy. Pohybová aktivita může být důležitá i při začlenění těchto lidí do společnosti a při osobnostně-sociálním formováním. Sport slouží i jako prevence zdravotních rizik, která by mohla vzniknout z nedostatku pohybové aktivity (Buchtel, Kůtová, 2013b). Případně u těchto lidí roste riziko výskytu neinfekčních onemocnění (obezita, diabetes mellitus 2. typu, ischemická choroba srdeční, cévní a mozkové příhody). Osoby se zdravotním postižením předcházejí pravidelnou pohybovou činností dalším prohlubujícím se zdravotním komplikacím (Ješina, Hamřík 2011).

Pozitivní účinky pravidelné pohybové aktivity můžeme jednoduše rozdělit na fyzické, psychické a sociální. Je řada výzkumů, která dokazuje spojitost mezi fyzickou aktivitou a kardiovaskulárním onemocněním (Börjesson et al., 2006; Zoeller, 2007).

Fyzický přínos pohybových aktivit

- vyšší úroveň pravidelné pohybové aktivity je spojena s nižší úmrtností, snižuje riziko úmrtí na kardiovaskulární onemocnění;
- pravidelné pohybové aktivity zamezují nástupu zvýšeného krevního tlaku, sportovcům s hypertenzí tlak snižuje;
- pravidelná pohybová aktivita snižuje riziko rozvoje non-inzulin dependentního diabetu mellitu (diabetes mellitus 2. typu);
- pravidelná pohybová aktivita je nezbytná pro udržení normální svalové síly; kvalitní struktury kostí a správnou funkci kloubů;
- pohybová aktivita snižuje úbytek kostní tkáně u žen v menopauze;

- pohybová aktivita příznivě ovlivňuje metabolismus tuků;
- kompenzace a regenerace ostatního zatížení.

Psychický přínos pohybových aktivit

- pohybová aktivita redukuje příznaky depresí a úzkosti;
- přispívá ke snazšímu ovládní emocí a zlepšení nálady;
- pohybová aktivita posiluje důvěru ve vlastní schopnosti;
- mohou se stát příkladem pro své okolí;
- zvyšuje psychickou odolnost, vůli.

Sociální přínos pohybových aktivit

- pohybová aktivita podporuje nezávislý životní styl;
- pravidelné sportování uvádí jednice do kolektivu, přináší možnost navázání nových kontaktů;
- odbourává stud spojený s používáním protézy;
- přispívá k možnosti žít plnohodnotný život (Ješina, Hamřík 2011).

1.2 Historie volejbalu sedících

Sportovní hry měly vždy hodně příznivců. Jakákoliv hra s míčem je přitažlivá a dynamická, a proto není divu, že lákala i handicapované sportovce. Z počátku byly hry s míčem vsedě hodně pasivní, proto se hledala nová alternativa (Buchtel, 2006). První mezinárodní hry handicapovaných lidí se objevily v Anglii po 2. světové válce. Sir Ludwig Guttmann na své klinice ve Stoke Mandeville uspořádal mezinárodní hry vozičkářů pro 130 sportovců (Kudláček, 2007). „V roce 1956 představili Holanďané novou hru zvanou „volejbal v sedu“ (je odvozen z Německé hry „Sitzball“ nebo „fitsball“), kombinace hry v sedu s míčem, a byl pojmenován jako *sittinig volleyball*“ (Buchtel, 2006, s 31).

Mezinárodní soutěže se konaly již od roku 1967. První turnaj se uskutečnil ve Flenburgu s týmy Německa, Nizozemska, Švédska a Dánska. Naši sportovci museli do roku 1978 s účastí počkat, dokud nebude oficiálně přijat volejbal sedících Českou organizací pro sport nemohoucích (Kůtová, 2013). V roce 1979 se koná v holandském Haarlemu první oficiální turnaj pod záštitou ISOD (International Sports Organisation for the Disabled). SSSR v době před paralympijskými hrami v roce 1980 neměl téměř žádné zkušenosti s pořádáním soutěží pro zdravotně postižené sportovce. Proto organizační výbor pro paralympijské hry vyhověl nabídce nizozemské sportovní organizace pro postižené sportovce a Paralympijské hry se konaly v Arnhemu (Kudláček, 2007). Po paralympiádě v Arnhemu se členská základna rozrostla ze sedmi národních týmů na 60. Následoval první evropský šampionát v Bonnu v roce 1981 a také první světový šampionát v Deldenu v roce 1983 (Kábele, 1992). V roce 1996 během valné hromady se členské státy rozhodly přijmout novou ústavu a název organizace World Organisation Volleyball for disabled (WOVD) v čele s předsedou P. Joonem. Volejbal sedících v ženském podání měl první mistrovství Evropy v roce 1993 a evropský šampionát o rok později. Na Paralympijských hrách v Aténách v roce 2004 se objevil volejbal sedících hraný výhradně ženami (Kůtová, 2013).

V roce 2014 začal psát svou historii volejbal sedících i u nás. Po mém velkém úsilí, ale také za značné pomoci dalších lidí, mohl proběhnout v únoru 2015 první trénink za účasti prvních handicapovaných hráčů, a to Petry Žákové a Romana Bernata, ale také dalších zdravých volejbalistů. V prosinci 2015 hráči absolvovali své první víkendové soustředění na Monínci, aby započali dlouhodobou přípravu. První ročník domácího turnaje Sitting Comet se konal v dubnu roku 2016. Tento turnaj byl pro rozvoj volejbalu

sedících klíčový. Hráči si udělali obrázek o tom, co vše se musí ještě naučit a kde mají rezervy. Manažeři volejbalu sedících navázali nové kontakty na zahraniční týmy, a v neposlední řadě tým volejbalu sedících založený pod Sportovním klubem Kometa Praha byl pozván na několik zahraničních turnajů. V roce 2018 byla oficiálně založena česká reprezentace mužů (Bernat, Zachoval, Hýbner, Ježek, Stejskal, Hacaperka, Kubík, Šimonek, Tupý) a přijata pod Český volejbalový svaz (ČVS). Reprezentace se zúčastnila v září 2018 klasifikačního turnaje pro nově vzniklé národní týmy ve francouzském Tourcoing, kde obsadila 2. místo za týmem Slovinska a zařadila se tak do bodování Para Volley Europe. V únoru 2019 reprezentace mužů odjela na kvalifikaci (o účast na Mistrovství Evropy konaném v červenci 2019 v Budapešti) do chorvatské Poreče, kde bohužel v silné konkurenci neuspěla a obsadila 7. místo. Dvě postupová místa na Mistrovství Evropy v Maďarsku tak vybojovalo zkušenější Turecko a Litva. Od roku 2018 se volejbal sedících rozšířil i na Moravu. V Brně založil druhý tým mezinárodní rozhodčí volejbalu sedících Fedor Tiršel. První vzájemné utkání týmů SK Komety Praha a SV Brno se uskutečnilo v červnu 2019 a v poměru 3:1 vyhrála zkušenější domácí SK Kometa Praha (Volejbal vsedě, 2019).

1.3 Zastřešující organizace volejbalu sedících

Zastřešující organizací pro handicapované sportovce je Mezinárodní paralympijský výbor (International Paralympic Committee – ICP). Jako demokratická organizace má tyto cíle:

- pomoc při přípravě paralympijských her;
- koordinace a supervize regionálních mistrovství a mistrovství světa;
- koordinace kalendáře mezinárodních sportovních soutěží;
- integrace sportovců s postižením do běžných sportovních soutěží;
- spolupráce s Mezinárodním olympijským výborem;
- podpora vzdělávacích a rehabilitačních programů, výzkumu a propagace (Kudláček, 2013).

Mimo jiné je Mezinárodní paralympijský výbor zodpovědný za organizaci jednotlivých paralympijských sportů (jako je volejbal sedících, quadragby, plavání a jiné). Pod IPC spadá World Paravolley (dřívější název WOVD), který zastřešuje svazy na jednotlivých kontinentech. Předsedou World Paravolley je v roce 2019 Phil Allem. Úkolem organizace je:

- prezentace tohoto sportu na veřejnosti;
- vzdělávání trenérů, rozhodčích i jednotlivých hráčů;
- dohled nad vrcholnými turnaji;
- motivovat hráče ke hraní (Buchtel, Kůtová, 2013a).

Na Evropském kontinentě je zodpovědný za volejbal sedících Paravolley Europe se slovinským předsedou Brankem Mihorkem (Paravolley Europe, 2019). Paravolley Europe poskytuje komplexní programy v oblasti soutěže, propagace a vzdělávání v kombinaci s významnou celosvětovou osvětou. V České republice zastřešuje v současné době volejbal sedících Český volejbalový svaz.

1.4 Vrcholné akce volejbalu sedících

Vrcholnou celosvětovou akcí jsou paralympijské hry (PH), které se konají ve čtyřletých cyklech ve stejném roce jako olympijské hry. Volejbal sedících byl poprvé představen na pátých Letních Paralympijských hrách v Torontu v roce 1976 (Wikipedie, 2019). Na prvním místě se na PH v roce 1976 umístilo Nizozemsko, stříbrnou medaili získalo Německo a bronz bralo Finsko. Od roku 1980 je oficiálně volejbal sedících v mužském provedení součástí PH. Ženy se účastní PH od roku 2004. Vítězové jednotlivých PH jsou uvedeni v tabulce č. 1 (Výsledky paralympijských her – muži) a v tabulce č. 2 (Výsledky paralympijských her – ženy).

Paralympijských her se účastní vždy osm nejlepších týmů na světě. Jedno místo má zajištěné pořadatelská země. Dvě místa jsou pro finalisty předcházejícího mistrovství světa. Dále se rozděluje po jednom místě pro vítěze kontinentálních mistrovství. Tzn. jedno místo pro vítěze mistrovství Evropy, Afriky, Ameriky, Austrálie a Oceánie. Poslední místo zbývá pro nejlépe hodnocený tým v žebříčku, který do této chvíle nebyl kvalifikován (World Paravolley, 2019).

Year	Gold	Silver	Bronze
1980	 Netherlands	 Sweden	 Yugoslavia
1984	 Netherlands	 West Germany	 Sweden
1988	 Iran	 Netherlands	 Norway
1992	 Iran	 Netherlands	 Germany
1996	 Iran	 Norway	 Finland
2000	 Iran	 Bosnia and Herzegovina	 Finland
2004	 Bosnia and Herzegovina	 Iran	 Egypt
2008	 Iran	 Bosnia and Herzegovina	 Russia
2012	 Bosnia and Herzegovina	 Iran	 Germany
2016	 Iran	 Bosnia and Herzegovina	 Egypt

Tabulka č. 1: Výsledky paralympijských her – muži (Wikipedie, 2019)

Year	Gold	Silver	Bronze
2004	 China	 Netherlands	 United States
2008	 China	 United States	 Netherlands
2012	 China	 United States	 Ukraine
2016	 United States	 China	 Brazil

Tabulka č. 2: Výsledky paralympijských her – ženy (Wikipedie, 2019)

Mistrovství světa (MS) pořádá světová organizace World Paravolley vždy dva roky po paralympijských hrách. První MS mužů se konalo až po prvních paralympijských hrách v roce 1983 v holandském Deldenu. Ženský světový šampionát se uskutečnil v roce 1994 v německém Bottropu. Vítězové jednotlivých světových šampionátů jsou uvedeni v tabulce č. 3 (Výsledky světových šampionátů – muži) a v tabulce č. 4 (Výsledky světových šampionátů – ženy).

MS se účastní 16 států z celého světa. Jedno místo získává pořadatelská země mistrovství světa, dále země, která vyhrála předcházející paralympijské hry a také země, která bude hostit následující paralympijské hry. Také je možnost postoupit z kontinentálních šampionátů. Z mistrovství Evropy jsou zvané tři národy, z mistrovství Afriky, Ameriky, Austrálie a Oceánie po dvou zemích. Další tři týmy se mohou kvalifikovat na základě umístění v celosvětovém žebříčku, pokud už nepostoupili na základě jiného pravidla. A poslední místo je pro vítěze kvalifikačního turnaje. Pokud se tento turnaj nekoná, postupuje automaticky tým dle celosvětového žebříčku (World Paravolley, 2019, Qualification – Team Slots, 2018).

Year	Location	Gold	Silver	Bronze
 1983	Delden	 Netherlands	 Germany	 Finland
 1985	Kristiansand	 Iran	 Yugoslavia	 Netherlands
 1986	Pécs	 Iran	 Hungary	 Netherlands
 1989	Las Vegas	 Netherlands	 Hungary	 Germany
 1990	Assen	 Iran	 Netherlands	 Yugoslavia
 1994	Bottrop	 Iran	 Norway	 Netherlands
 1998	Tehran	 Iran	 Finland	 Bosnia and Herzegovina
 2002	Cairo	 Bosnia and Herzegovina	 Germany	 Iran
 2006	Roermond	 Bosnia and Herzegovina	 Iran	 Egypt
 2010	Edmond	 Iran	 Bosnia and Herzegovina	 Egypt
 2014	Elblag	 Bosnia and Herzegovina	 Brazil	 Iran
 2018	The Hague	 Iran	 Bosnia and Herzegovina	 Ukraine

Tabulka č. 3: Výsledky světových šampionátů – muži (Wikipedie, 2019)

Year	Location	Gold	Silver	Bronze
 1994	Bottrop	 Netherlands	 Latvia	 Lithuania
 2000	Maastricht	 Netherlands	 Finland	 Slovenia
 2002	Kamnik	 Netherlands	 Slovenia	 Finland
 2006	Roermond	 Netherlands	 China	 Slovenia
 2010	Edmond	 China	 United States	 Ukraine
 2014	Elblag	 China	 United States	 Russia
 2018	Rotterdam	 Russia	 United States	 China

Tabulka č. 4: Výsledky světových šampionátů – ženy (Wikipedie, 2019)

Každý kontinent má svůj šampionát (European Championship, Pan America Championship, Asia and Oceania Championship a Africa Championship). První mistrovství Evropy mužů se konalo v roce 1981 v německém Bonnu. Ve finské Jarvenpě roku 1993 se do pravidelné soutěže ME připojily i ženské národní týmy (Wikipedie, 2019). Vítězové jednotlivých evropských šampionátů jsou uvedeni v tabulce č. 5 (Výsledky Evropských šampionátů – muži) a v tabulce č. 6 (Výsledky Evropských šampionátů – ženy).

Mistrovství Evropy prošlo řadou změn. V současné době je snaha o vznik i tzv. „B“ skupiny, kam by se mohly zařadit nově vzniklé národní týmy mužů (mimo jiné i reprezentace České republiky). Tato skupina má naplánovaný svůj první turnaj v roce 2020. Předseda evropské organizace Paravolley Europe Branko Mihorko vidí tento krok jako další možnost, která povede k rozšíření volejbalové základny. Ve skupině „A“ je v současné době 12 týmů. V roce 2019 se zapojily do Mistrovství Evropy tyto mužské národní týmy: Maďarsko, Německo, Ukrajina, Lotyšsko, Srbsko, Litva, Polsko, Bosna a Hercegovina, Nizozemsko, Chorvatsko a Turecko. U žen je zatím vytvořena jen jedna herní skupina. V Maďarsku na Mistrovství Evropy se ukázaly tyto ženské týmy: Maďarsko, Slovinsko, Chorvatsko, Německo, Rusko, Finsko, Ukrajina, Itálie a Velká Británie. Česká republika zatím nemá reprezentační družstvo žen z důvodu malého zájmu sportovkyň.

Year	Location	Gold	Silver	Bronze
 1981	Bonn	 Netherlands	 Germany	 Sweden
 1987	Sarajevo	 Netherlands	 Yugoslavia	
 1991	Nottingham	 Netherlands		
 1993	Järvenpää	 Norway	 Finland	
 1995	Ljubljana	 Hungary		
 1997	Tallinn	 Finland		 Bosnia and Herzegovina
 1999	Sarajevo	 Bosnia and Herzegovina	 Germany	 Finland
 2001	Sárospatak	 Bosnia and Herzegovina	 Germany	
 2003	Lappeenranta	 Bosnia and Herzegovina	 Germany	 Finland
 2005	Leverkusen	 Bosnia and Herzegovina	 Germany	 Russia
 2007	Nyíregyháza	 Bosnia and Herzegovina	 Russia	 Germany
 2009	Elbląg	 Bosnia and Herzegovina	 Russia	 Germany
 2011	Rotterdam	 Bosnia and Herzegovina	 Russia	 Germany
 2013	Elbląg	 Bosnia and Herzegovina	 Russia	 Germany
 2015	Warendorf	 Bosnia and Herzegovina	 Germany	 Russia
 2017	Poreč	 Russia	 Ukraine	 Bosnia and Herzegovina
 2019	Budapest			

Tabulka č. 5: Výsledky Evropských šampionátů – muži (Wikipedie, 2019)

Year	Location	Gold	Silver	Bronze
1993	✚ Jarvenpaa	Netherlands	✚ Finland	Estonia
1995	Ljubljana	Netherlands	Latvia	Slovenia
1997	Tallinn	Latvia	Lithuania	Netherlands
1999	Sarajevo	Slovenia	✚ Finland	Netherlands
2001	Sarospatak	Netherlands	Slovenia	✚ Finland
2003	✚ Lappeenranta	Netherlands	Slovenia	✚ Finland
2005	Leverkusen	Netherlands	Lithuania	Slovenia
2007	Nyiregyhaza	Netherlands	Ukraine	Slovenia
2009	Elblag	Netherlands	Ukraine	Slovenia
2011	Rotterdam	Ukraine	Netherlands	Russia
2013	Elblag	Russia	Ukraine	Slovenia
2015	Podcetrtek	Ukraine	Russia	Slovenia
2017	Poreč	Russia	Ukraine	Netherlands
2019	Budapest			

Tabulka č. 6: Výsledky Evropských šampionátů – ženy (Wikipedie, 2019)

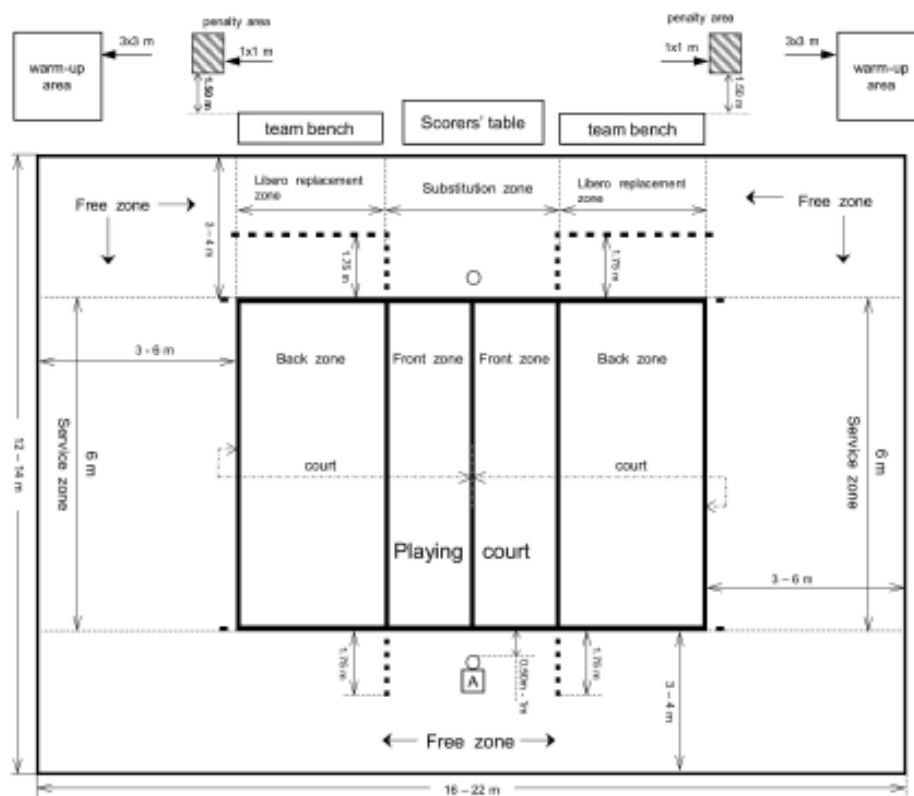
Kromě výše zmíněných oficiálních turnajů existuje celá řada otevřených turnajů, která si částečně upravuje pravidla volejbalu sedících. Většinu turnajů hrají společně ženy i muži. Tým se nemusí nutně skládat jen z hráčů s handicapem. Často se stává, že je součástí týmů pouze jeden klasifikovaný hráč a ostatní jsou zdraví. Pořadatel si určuje dále systém turnaje dle počtu přihlášených týmů. Například upravuje počet vítězných setů, nebo nechává hrát zápasy ve skupině jen na hrané sety. V České republice se koná každoročně jeden mezinárodní turnaj s názvem Sitting Comet. V roce 2019 se uskutečnil turnaj již po čtvrté. I v dalších Evropských městech se konají otevřené turnaje. V sousedním Německu se koná celá řada prestižních turnajů s dlouholetou tradicí a vysokou úrovní, např. Hamburk, Drážďany, Leverkusen nebo Hoffenheim. Další turnaje po Evropě jsou například v Holansku, Dánsku, Norsku, Srbsku atd.



Obrázek č. 1: Sitting Comet – 4. ročník mezinárodního turnaje (Volejbalvsede, 2019)

1.5 Pravidla volejbalu sedících

Filosofie pravidel volejbalu sedících je v souladu s filosofií FIVB (francouzsky Fédération Internationale de volleyball). Volejbal sedících je hrán dvěma týmy po šesti hráčích. Hřiště (viz, obrázek č. 2) je rozdělené sítí (80 cm vysokou a 6,5 – 7 m dlouhou). Ve výšce 1,15 m se utkávají muži a v 1,05 m hrají ženy. Hrací plocha je ve tvaru obdélníku 6 x 10 m a je obklopena volnou zónou, jenž je minimálně 3 m široká na všech stranách. Volný hrací prostor musí měřit na výšku minimálně 7 m. Pro světové utkání a oficiální soutěže musí být volné pásmo minimálně 4 m od postranní čáry a 6 m od koncové. Volný hrací prostor nad hřištěm musí měřit minimálně 10 m. Povrch je nejčastěji syntetický nebo dřevěný. Nesmí pro hráče představovat žádné nebezpečí. 2 m od středové čáry se nachází útočná čára, která vymezuje směrem k síti útočný prostor (Kábele, 1992; Kalfař, Kůtová, 2014; Official sitting volleyball rules 2017-2020, 2017).



Obrázek č. 2: Volejbalové hřiště (Official sitting volleyball rules 2017-2020, 2017)

Teplota haly by se dle regulí měla pohybovat mezi 16 – 25 C. Anténky vymezují postranní prostor nad sítí. Jsou vysoké 1,6 m a jsou označené kontrastní barvou, zpravidla červeno-bílou. Sloupky podírající síť jsou ve vzdálenosti 0,5 – 1 m od postranní čáry a jsou maximálně 1,25 m vysoké. Míč se ničím neliší od míče, se kterým hrají zdraví

sportovci. U nás se hraje s volejbalovými míči značky Gala, ve světě se preferují míče značky Mikasa. Na některých turnajích se můžeme setkat i se značkou Molten. Míče pro volejbal jsou vyrobené z umělé kůže o hmotnosti 260 – 280 g a obvod mají 66 – 68 cm (Buchtel, 2006).

Tým se skládá z maximálně 12 hráčů, jednoho trenéra, dvou asistentů a jednoho lékaře. Týmový manažer a fotograf musí sedět mimo hrací plochu. Hráčské vybavení se skládá z dresů (očíslování 1 – 20), šortek nebo dlouhých kalhot, ponožek a sportovních bot. Hráčům je dovoleno hrát i bez bot.

Tým může získat bod několika způsoby. Za prvé míč spadne do pole soupeře. Za druhé pokud se soupeř dopustí chyby při odehrávání míče nebo odehraje míč v rozporu s pravidly. Pokud se tým dopustí dvou a více chyb po sobě, soupeř získá pouze jeden bod. Set vyhraje tým, který jako první získá 25 bodů s dvoubodovým rozdílem. S výjimkou pátého setu, který se hraje pouze do 15 bodů opět s rozdílem dvou bodů.

Pokud je na hřišti hráč s minimálním postižením VS2, musí ostatní hráči být zařazeni do klasifikace VS1. Trenér před zahájením utkání dává zapisovateli soupisku týmu a sestavu týmu, ve které nastoupí ke hře. Pokud se během hry zjistí, že došlo k chybě v postavení nebo střídal hráč, který není na soupisce uveden, soupeř získává bod a podání. Provinilému týmu jsou navíc odečteny všechny získané body, které získal od vzniku chyby. Před začátkem roze hry musí být všichni hráči rozmístěni ve svých zónách (očíslované od podání I. – VI.) a dodržovat správné postavení, kdy je rozhodující postavení hýždí. Po uvedení míče do hry se mohou hráči volně pohybovat po hřišti a zaujmout libovolnou zónu. Pokud dojde k chybnému postavení, družstvo ztrácí podání a soupeř získává bod. Pořadí rotace na podání je dané sestavou týmu a je kontrolováno zapisovatelem. Pokud dojde k chybě, zapisovatel určí okamžik, kdy k ní došlo a všechny získané body provinilý tým ztrácí. Navíc je potrestán ztrátou míče a soupeř získá bod. Pokud nelze přesně určit vznik chyby, žádné body tým neztrácí a je potrestán jen bodem pro soupeře a ztrátou podání.

„Míč ve hřišti“ je takový, který se dotkne země uvnitř hřiště včetně čar. Jako „míč v autu“ se označuje míč, který spadne mimo hřiště, dotkne se předmětu mimo hřiště (např. strop, stěna, nehrající hráč) nebo je odehrán mimo anténkami vymezeném území. Každý kontakt s míčem je považován jako úder. Tým má povoleno maximálně tři odbití. Dotek míče při blokování se nepočítá za úder. Pokud se tým dotkne čtyřikrát,

je to považováno za chybu. Pokud se dva hráči dotknout míče současně, není to považováno za chybu, ale počítáno jako dva údery. Pokud se dva protihráči dotýkají na bloku míče společně a je narušena kontinuita rozehry, jedná se o oboustrannou chybu a je zapískán nový míč. Míč může být odehrán jakoukoliv částí těla. Při prvním úderu se může jednat o tzv. dvojdotek. Míč nesmí být ale hozen nebo tažen.

Dalším důležitým pravidlem pro zachování „fair play“ je tzv. lifting. Vždy, když hráč odehrává míč, musí mít část těla mezi hýžděmi a rameny v kontaktu se zemí. Výjimkou je odehrání prvního míče v obraně, kdy se hráč může nadzvednout, ale míč nesmí být výš než horní okraj pásy. Je striktně zakázáno vstát a míč doběhnout. Při podání i jiném odbíjení se smí míč dotknout sítě. Je dovoleno dotýkat se soupeřova hřiště pod sítí, pokud není narušena hra soupeře. Hráč se může dotknout sítě, pokud jeho dotyk nenarušuje hru, nesmí se však dotknout horního okraje pásy.

O tom, jaký tým začne v utkání podávat, rozhoduje los. Poté se v každé sadě pravidelně střídají. Hráč na podání má osm vteřin na to, aby uvedl míč do hry. Míč musí udeřit paží. Je dovolené mít nohu/nohy na koncové čáře nebo v hracím poli. Hýždě se nesmí dotýkat koncové čáry ani nesmí být ve hřišti. Každý míč, kromě bloku, který míří na soupeřovu polovinu, je považován za útok. Hráč přední řady může hrát míč v jakékoliv výšce, ale jeho hýždě musí být v kontaktu s hrací plochou. Hráč zadní řady může útočit nad páskou jen v zadní části hřiště. Může útočit i v přední části hřiště, ale míč musí být hrán pod horním okrajem pásy. Pouze hráči přední řady mohou blokovat míč letící od soupeře. Hráč může umístit své ruce za síť na soupeřovu stranu za předpokladu, že nenarušuje hru soupeře. Je povoleno blokovat podání soupeře.

V každém setu má trenér k dispozici dva 30vteřinové oddechové časy a šest střídání. V případě nepřítomnosti trenéra může o oddechový čas požádat hrající kapitán týmu. Při oficiálních soutěžích jsou zařazeny další dva technické oddechové časy trávající jednu minutu. Hráč, který byl v základní sestavě a byl vystřídán, může do hry ještě jednou nastoupit, ale pouze za hráče, kterým byl vystřídán. Hráč, jenž v utkání začínal jako střídající, může nastoupit pouze jednou do utkání a pak být vystřídán zpět. V případě zranění je dovoleno provést náhradní střídání i přes rozpor výše zmíněného. Zraněný hráč nesmí znovu vstoupit do zápasu. Střídání se provádí u postranní čáry v prostoru přední zóny po nahlášení. Hráč musí být ke střídání připraven, jinak se jedná o zdržování. Střídá se v době přerušení. Libero má neomezený počet střídání. Nemůže ale střídat, pokud rozhodčí zapíská nový míč.

Každý tým může mít ve svém týmu až dvě libera. Současně ale nemohou být na hřišti. Dres libera musí mít kontrastní barvu se svým týmem. Libero smí vystřídat kteréhokoliv hráče v zadní části hřiště. Nesmí podávat, nesmí blokovat a nesmí v přední části hřiště hrát míč nad páskou. Pokud zahraje libero míč prsty v přední zóně, nesmí spoluhráč zahrát míč k soupeři nad horním okrajem pásky.

Šampionáty řídí první rozhodčí, kterému pomáhá druhý rozhodčí a dále čtyři (případně dva) čaroví rozhodčí. O zapisování výsledků a ukazatele skóre se stará zapisovatel, který má u sebe svého asistenta. Pouze první a druhý rozhodčí smí během roze hry zapískat a hru ukončit. Bezprostředně po zapískání první rozhodčí ukazuje, kdo získal bod, povahu chyby, případně hráče, který chyboval. Pokud zapíská porušení pravidel druhý rozhodčí, ukazuje porušení pravidel, případně hráče, který chyboval a společně s prvním rozhodčím signalizuje družstvo, které získává bod a výhodu servisu. První rozhodčí stojí u volejbalové sítě naproti stolku zapisovatelů. Druhý rozhodčí stojí mimo hrací plochu v blízkosti hřiště na opačné straně od prvního rozhodčího (Official sitting volleyball rules 2017-2020, 2017).

Všichni hráči se musí chovat dle pravidel fair play ke spoluhráčům, protihráčům, rozhodčím, funkcionářům a divákům. Pokud dochází k nějakému přestupku, rozhodčí má povinnost na ně upozornit.

1. Varování: bez sankce – 1. stupeň varování, 2. stupeň žlutá karta
2. Trest: sankce – červená karta
3. Vyloučení: sankce – červená a žlutá karta společně
4. Diskvalifikace: sankce – červená a žlutá karta odděleně

Mezinárodní paralympijský výbor spolu s mezinárodními federacemi a národními paralympijskými výbory vytvořili antidopingový kodex, který má za úkol zabránit dopování sportovců s postižením. Organizace World Paravolley úzce spolupracuje s WADA (The World Anti-Doping Agency) na vizi, kde jsou všichni sportovci bez dopingu a výsledek soupeření závisí jen na jejich trénovanosti a nadání (Antidopingový program ČOV, 2009). Sportovci s handicapem si mohou zažádat o terapeutickou výjimku napříč všemi sporty. Terapeutická výjimka povoluje užití látek nebo metod, které jsou obsaženy v seznamu zakázaných látek a zakázaných metod z důvodu nemožnosti jiné účinné léčby.

1.6 Klasifikace volejbalu sedících

V kontextu sportu pro zdravotně handicapované sportovce může být klasifikace definována jako hodnotící systém, jenž se používá k rozdělení sportovců do jednotlivých tříd pro různé sportovní aktivity tak, aby jim poskytl srovnatelný výchozí bod pro trénink a soutěže, a tím jim zajistil „fair play“. Trénovanost sportovce a jeho talent by měly být jediné faktory, které mají vliv na výsledek soutěže. Klasifikace si totiž klade za cíl zajistit pro všechny sportovce rovné podmínky. Je jasné, že žádná klasifikace neumožní srovnatelné podmínky pro danou třídu, protože každý sportovec je jiný a u lidí s handicapem to platí dvojnásobně. Vždy bude v dané třídě někdo, kdo bude na horních i spodních hranicích (Daďová, 2008; IPC Athlete Classification Code, 2015).

Každá klasifikace je specifická pro daný sport. Klasifikační systém volejbalu sedících je založen na ztrátě pohybové funkce. Systém zahrnuje amputace (získané i vrozené abnormality) a „Les Autres“ (francouzské slovo, které znamená to „ostatní“), do nichž spadá muskuloskeletální poranění a mnoho neurologických stavů. Pro názornost uvedu několik příkladů typů poruch:

1. *Slabá svalová síla*

Snížená svalová síla jedné končetiny nebo dolní poloviny těla, způsobené např. poraněním míchy nebo obrnou.

2. *Zhoršený pasivní rozsah pohybu*

Rozsah pohybu v jednom nebo více kloubech se trvale snižuje, například v důsledku arthrogrýpózy, což je syndrom mnohočetných kloubních kontraktur způsobený fibrózou svalů a zkrácením a ztluštěním kloubního pouzdra vazů (Velký lékařský slovník, 2019). Hypermobilita a nestabilita kloubů a jejich akutní stavy, jako je například artritida, nejsou považovány za způsobitelná poškození.

3. *Abnormality končetin*

Celková nebo částečná absence kostí nebo kloubů v důsledku traumatu (např. autonehody), nemoci (např. rakovina kostí) nebo vrozený deficit končetiny (např. dysmélie).

4. *Rozdílná délka dolních končetin*

Zkrácení kosti v jedné dolní končetině v důsledku vrozeného deficitu nebo traumatu.

5. *Hypertonie*

Abnormální zvýšení svalového napětí a snížená schopnost svalů natáhnout se v důsledku neurologického stavu, jako je například mozková obrna, poranění mozku nebo roztroušená skleróza.

6. *Ataxie*

Nedostatek koordinace svalových pohybů v důsledku neurologického stavu, jako je například mozková obrna, poranění mozku nebo roztroušená skleróza.

7. *Atetóza*

Obecně charakterizovaná nevyváženými a nedobrovolnými pohyby a obtížemi při udržování symetrického držení těla v důsledku neurologického stavu, jako je například mozková obrna, poranění mozku nebo roztroušená skleróza.

8. *Krátký vzrůst*

Snížená výška v důsledku abnormálních rozměrů kostí horních a dolních končetin nebo trupu, například v důsledku achondroplasia nebo dysfunkce růstového hormonu (Paralympic, 2015).

Za celou klasifikaci odpovídá Mezinárodní paralympijský výbor. Sportovci jsou hodnoceni vyškolenými a certifikovanými klasifikátory World ParaVolley. Jsou testovány jejich funkční schopnosti a jsou pozorováni při tréninku nebo během utkání. Mezinárodní klasifikace se může uskutečnit pouze na oficiálních mezinárodních soutěžích, jež řídí ParaVolley. Všichni oklasifikováni hráči jsou zaznamenáni do klasifikačního listu. Hráči se musí před prvním mezinárodním turnajem podrobit hodnocení dvou až tří klasifikátorů. Klasifikátoři společně odpovídají na tři otázky:

1. *Má sportovec handicap způsobitý ke hraní volejbalu sedících?*

Sportovec má povinnost poskytnout veškeré lékařské informace o svém zdravotním stavu. Hráč se statusem „New“ nebo „Review“ by měl mít všechny lékařské zprávy nahrané v systému Paravolley (PVSAS – ParaVolley Sport Administration System) nejméně tři měsíce před mezinárodním turnajem, na kterém má proběhnout klasifikace.

2. Splňuje postižení sportovce minimální handicap pro hraní volejbalu sedících?

Kritéria pro splnění minimálního handicapu jsou popsána ve světových pravidlech klasifikace a klasifikačních tabulkách.

3. Která sportovní třída co nepřesněji popisuje omezení aktivity sportovce?

Existují dvě sportovní třídy pro volejbal sedících – VS1 a VS2, které se rozlišují na základě tzv. minimálního handicapu. Minimální handicap se posuzuje podle možnosti provádět herní činnosti jednotlivce (podání, přihrávka, nahrávka, útočný úder, blokování pohyb na hřišti v sedě). Příkladem minimálního handicapu u volejbalu sedících je například výška amputace nebo maximální vzrůst u sportovců s achondroplasií. Hráči s amputací nebo vrozenou dysmélií nepodstupují pozorování klasifikátorů při tréninku ani herním utkání. Ostatní nově oklasifikovaní sportovci jsou pozorováni na hřišti, aby klasifikátoři se ujistili, že sportovec předvede schopnosti, které jsou v souladu s mírou svalové síly, pasivním rozsahem pohybu, koordinací, známkami spasticity, atetózou a ataxií, které byly prokázány při klasifikování. Objektívni klinické příznaky a opatření jsou pozorovány napříč hlavními volejbalovými dovednostmi. Každé družstvo může mít jednoho hráče na hřišti s minimálním handicapem, tzn. s klasifikační třídou VS2 (IPC Athlete Classification Code Rules, Policies and Procedures for Athlete Classification, 2015).

Pokud se sportovec se stálým statusem domnívá, že jeho handicap už nedopovídá jeho klasifikační třídě, může požádat o novou lékařskou prohlídku. Všechny potřebné dokumenty musí doručit vedoucímu Světové klasifikační komise ParaVolley alespoň tři měsíce před konáním další soutěže spolu s nevratným poplatkem 100 euro. Nejčastěji se žádá, pokud je porucha sportovce progresivní a zhoršila se do té míry, že sportovec již s největší pravděpodobností nezapadá do své současné sportovní třídy. Dalším takovým příkladem může být lékařský zásah, který způsobí snížení hypertonie ve svalech nebo zvýší aktivní rozsah pohybu v kloubech a uvolní šlachy. Pokud se chce sportovec odvolat o výsledku rozhodnutí, může podat protest za současného poplatku 200 euro (Paravolley, 2019). Existuje řada zdravotních problémů, které ale neumožňují zařazení do klasifikačního systému volejbalu sedících. Je to například postižení sluchu, poruchy metabolismu, problémy s dýchacími orgány, poruchy kardiovaskulárních funkcí nebo problémy se stabilitou kloubů či jejich hypermobilitou (Classification rules, 2018).

2 ZDRAVÍ A KVALITA ŽIVOTA

S pojmem zdraví se dnes setkáváme v odborné terminologii. Tento termín používají lékaři, psychologové, sociologové, kinantropologové nebo například pedagogové. Setkáváme se s tímto pojmem i mezi laickou veřejností. Protože má pojem zdraví přesah do výše zmíněných oblastí, je těžké ho definovat.

Světová zdravotnická organizace (WHO, 2003) popisuje zdraví obecně jako stav tělesné, duševní a sociální pohody. Odborníci se shodují na tom, že každá profese vnímá pojem zdraví odlišně (Ješina, Hamřík, 2011). Lékař pojem zdraví vnímá jako stav organismu, kdy v těle není přítomna nemoc nebo člověk není zraněn. Sociolog vidí zdravého člověka jako jedince, který je schopen správně reagovat ve všech svých sociálních rolích. Z pohledu psychologa je zdravý člověk jedinec, který je schopen se vyrovnávat se všemi vzniklými životními situacemi. Výše zmíněný holistický přístup ke zdraví chápe člověka jako celek, celistvou bytost a všechny stránky jejího životního stylu – tělesnou zdatnost, primární prevenci negativních tělesných a emocionálních stavů, zvládnutí stresu, citlivost k prostředí, sebekoncepci a duchovno.

Slovo kvalita bylo odvozeno od latinského „qualis“, což v překladu znamená jakost a životem se rozumí život obecně. Anglický termín Quality of Life (QOL) byl poprvé použit ve 20. letech minulého století, kdy se začalo uvažovat o ekonomickém rozvoji a materiální podpoře nižších vrstev. O kvalitě života se hovoří v posledních dvaceti letech minulého století. Gurková (2011) definuje kvalitu života v závislosti na tom, jak lidé s handicapem vnímají své postavení v životě v souvislosti s kulturou a hodnotovými systémy ve vztahu ke svým předpokladům, cílům, zvyklostem a zájmům. Definice kvality života vychází s Maslowovy teorie potřeb, tzn. naplnění základních fyziologických potřeb, dále potřeb bezpečí, potřeb sounáležitosti, uznání a v poslední řadě potřeba seberealizace (Franková, 2016).

V dané problematice existuje bohatá česká i zahraniční literatura. Slováček (2004) chápe pojem QOL jako subjektivní hodnocení života jedincem. Podle něho v životě dominuje fyzický, sociální a psychický stav a psychologické a duchovní aspekty. Dragomirecká a Škoda (1997) vidí jako důležitou v kvalitě života psychickou, fyzickou a sociální pohodu a osobní spokojenost. Cummins (1997) zdůrazňuje subjektivní pohodu života (subjective well-being). Přístup „well-being“ lze chápat psychologickým přístupem jako celkovou pohodu a spokojenost. Charalampos, Silva, Kudláček (2015)

upozorňují na nedávné studie, které naznačují vztah mezi fyzickou aktivitou a vyšší kvalitou života a lepším zdravotním stavem.

„Fenomén kvality života tvoří velký počet činitelů, které umožňují, aby i např. zdravotně postižený jedinec žil v naší společnosti spokojeně“ (Ješina, Hamřík, 2011). Činitelé mohou být vnitřní (somaticko-psychologická vybavenost pro život, která je vyvolaná jeho zdravotním postižením) a vnější (faktory ekonomické, společenské, pracovní, kulturní a jiné). Z toho vyplývá, že vnitřní činitelé jsou tedy subjektivní dimenzí života a vnější činitelé odpovídají objektivnímu rozměru kvality života. WHO (2006) uvádí čtyři základní skupiny faktorů, které postihují dimenze lidského života bez ohledu na pohlaví, věk, národnost nebo postižení. Jsou to následující skupiny:

1. **fyzické zdraví a míra samostatnosti** – energie a únava, bolest, odpočinek, mobilita, každodenní život, závislost na lékařské pomoci, schopnost pracovat;
2. **psychické zdraví** – sebepojetí, sebehodnocení, učení, paměť, víra, spiritualita;
3. **sociální klima** – osobní vztahy, sociální podpora, sexuální aktivity;
4. **prostředí** – finanční zdroje, bezpečí, sociální péče, domácí prostředí, fyzikální prostředí, hluk, klima a provoz.

Úroveň kvality života slouží jako ukazatel hodnocení efektivnosti léčby a celkové resocializace. Kvalita života se může změnit i u lidí, kteří se o handicapovaného v počátečních fázích starají. Může to být zapříčiněno jeho zdravotním stavem, dlouhodobou péčí o něj, charakterem léčby, psychickou zátěží nebo úrovní sociální podpory (Gurková, 2011).

Z výše uvedeného je patrné, že problematika měření hodnot a posuzování QOL je značně široká, komplexní a v centru různých vědních oborů (Bence, Pyšný, 2008).

2.1 Kvalita života u osob s amputací

Celkový tělesný vzhled hraje velmi důležitou roli v sociálních vztazích. Ztráta končetiny výrazným způsobem ovlivní život každého člověka, je jedním ze zámků, který přináší významné změny v životě. Somatické změny jsou viditelné a sám sebe začne člověk po amputaci vnímat pod jiným úhlem pohledu. Úraz se stane náhle a neočekávaně (např. autonehoda) a je velice obtížné se s takovou změnou vyrovnat. Amputace dolní končetiny je velký zásah do psychiky jedince a je paradoxně tolerována hůře než amputace horní končetiny (Opatřilová, 2007).

2.1.1 Resocializace lidí s amputací

I v dnešní době přetrvávají problémy lidí s handicapem se začleněním do společnosti. Lidé s amputací ale i jiným postižením mají strach, jakým způsobem dojde k přijetí společností z důvodu jejich odlišnosti. Největší podporu by měli cítit od své rodiny a přátel. V současné době existuje mnoho organizací, které v začátcích lidem pomáhají. Například organizace No foot No stress No Problem (Nofoot, 2019) nebo Cesta za snem (Cestazasnem, 2019) zaštiťují různé sportovní a společenské akce. Rehabilitační klinika Malvazinky nebo Kladruby pořádají akce určené speciálně pro osoby s amputací (např. Fitness den pro amputované, Kladrubské hry). Mnoho sportovních klubů nabízí sportovní vyžití (volejbal sedících, parahokej, florbal, plavání, atletika a další). Díky těmto možnostem se mohou lidé s amputací setkávat s dalšími lidmi, kteří prožili nebo prožívají stejné obtíže a mohou si vzájemně radit, jak dané situace překonávat.

Naše společnost by se měla průběžně vzdělávat, aby přijímala lidi s handicapem mezi sobě rovné a naučila se chápat jejich potřeby. Bez pomoci široké veřejnosti k resocializaci nemůže dojít. Zdravý člověk by měl v případě potřeby být připraven jim pomoci. Nejdůležitější je vzájemná komunikace o potřebách handicapovaného. Běžně se ve společnosti můžeme setkat s různými pohledy. Může dojít k negativní reakci, kdy je člověk s postižením vnímán jako přítěž nebo jako bezmocný člověk, který čeká na pomoc od druhých. Anebo pozitivní reakce, kdy je člověk s amputací vnímán jako hrdina a je příkladem pro ostatní handicapované osoby ale i zdravé (Mach, 2018).

Stává se, že se lidé po amputaci nemohou vrátit ke svému původnímu zaměstnání, protože jejich současný fyzický stav jim to neumožňuje. V tomto případě mohou využít

podporované zaměstnání či sociální rehabilitace. Podporované zaměstnání je službou podporující člověka s handicapem v hledání a udržení si zaměstnání na otevřeném pracovním trhu za rovných podmínek. Snaží se o úplnou integraci mezi zdravou populací. K udržení nebo získání nové práce jim může pomoci vhodná protéza, která opticky zakryje chybějící končetinu (získání sebedůvěry) a pomůže vykonávat činnosti, jenž bez ní není člověk schopen zvládnout (Hulvová, 2010).

V České republice dle zákona č. 155/1995 Sb. o důchodovém pojištění má pojištěnec nárok na invalidní důchod při splnění všech náležitých podmínek. Osoba po amputaci může využít i dalších sociálních podpor. Ze zákona č. 108/2006 Sb., §11- §29 o sociálních službách má každý, kdo je v nepříznivé sociální situaci nárok na příspěvek na péči. Výše příspěvku na péči se liší od míry postižení (stupeň I. kdy se jedná o lehkou závislost až po stupeň IV, kdy je člověk plně závislý). Lidé s amputací většinou spadají do stupně I. (v roce 2019 částka pro dospělé osobu 880 Kč/měsíc) a do stupně II. (v roce 2019 částka pro dospělé osobu 4.400 Kč/měsíc). Lidé s amputací využívají příspěvku na pořízení zvláštních pomůcek (např. na přenosnou rampu, francouzské berle nebo mechanický vozík). Dále mohou využívat příspěvek na úpravu bytu, na zakoupení nebo zvláštní úpravu motorového vozidla (např. ruční řízení). Lidé s amputací si mohou zažádat o průkaz pro osoby se zdravotním postižením (průkaz TP, ZTP a ZTP/P).

2.1.2 Psychika jedince s amputací dolní končetiny

Základem psychické stavby každého jedince jsou dvě složky. Jedna část je geneticky daná, neměnná, druhou část ovlivňuje prostředí, ve kterém člověk žije. Sociální prostředí dokáže člověka v určitém ohledu změnit, vtisknout mu povahové rysy a jiné poupravit. Osobnost každého člověka tedy dokážeme částečně ovlivnit přizpůsobením prostředí kolem něj. Pokud si společnost uvědomuje jeho handicap, může mu aktivně pomoci se s postižením vyrovnat a tím ho rychleji adaptovat opět do běžného života (Čakrt, 2004).

Amputace dolní končetiny znamená pro člověka stresovou situaci, kdy dochází ke změně kvality života a také ke změně postavení ve společnosti (Vágnerová, 2008). Každý člověk je individuální bytost a s amputací se vyrovnává po svém. Lépe se s amputací vyrovnává člověk, který je na amputaci dlouhodobě připravován,

jenž ji očekává jako úlevu od bolesti. Těžší vyrovnání můžeme čekat u osoby, u které dojde k amputaci náhle (např. vlivem autonehody). Často se vyskytují obavy z jejich budoucnosti, jak je přijme rodina, přátelé, přemýšlí o zaměstnání. V tuto chvíli by měla přijít na řadu pomoc psychologa (Brozmanová, 1990).

2.1.3 Sport osob s amputací

Se sportovní aktivitou by se mělo začít hned, jak to bude možné. Pohybové aktivity zvyšují svalovou sílu, udržují normální rozsah kloubů a rozvíjí koordinaci. Mají pozitivní vliv i na psychickou stránku. Snižuje úzkostné stavy a depresi, potlačují stres a zlepšují mentální funkce. Při sportování v kolektivu dochází k navazování sociálních kontaktů, vznikají nová přátelství a utužují se společenské vazby. Pohyb motivuje. Sportovních možností mají lidé s amputací v dnešní době protetických pomůcek hodně. V současné době lze provozovat i sporty bez jakýchkoliv speciálních pomůcek (plavání, volejbal sedících). Řada aktivit nabízí sportovní vyžití s použitím protézy (lyžování, atletika, cyklistika). Nejvíce druhů sportů využívá speciálně upravený vozík (basketbal, quadrugby, tenis) nebo další protetické pomůcky upravené na daný sport (parahokej, lyžování na monoski). Relativně nedávno vznikl i fotbal pro osoby s amputací, kde se hráči v poli pohybují pomocí berlí. V bráně dle pravidel stojí hráč s amputací horní končetiny (Lehnert, 2014).

2.3 Metody měření kvality života

Pro posouzení kvality života nám mohou sloužit různé metody měření. Kirchner (2007) dělí metody měření do tří oblastí podle hodnotitele. V prvním případě hodnotí kvalitu života druhá osoba (např. lékař, fyzioterapeut, člen rodiny) a hodnotí se převážně zdravotní stav. Ve druhém případě hodnotí kvalitu života sám dotazovaný. Zaměřuje se na hodnotový žebříček. Třetí metodou jsou metody smíšené, kde se jedná o kombinaci obou předchozích.

2.3.1 Metody měření QOL subjektivní

Metody hodnocení kvality života z hlediska lidí, kteří jsou pacientovi blízko (lékař, zdravotní sestra, rodinní příslušníci) mají nesporné výhody. Tyto externí přístupy jsou zaměřeny na chování a jednání pacientů, které je téměř objektivně měřitelné. Celkový stav pacienta se dá vyjádřit číselně. Na druhé straně vykazuje tento externí přístup i nedostatky. Kritéria a dimenze kvality života nemusí být v souladu s tím, jak pacient sám hodnotí svůj stav. Proto se začala brát v úvahu důležitost jednotlivých dimenzí z pohledu pacienta (Křivohlavý, 2002).

SWLS (Satisfaction With Life Scale) je nejrozšířenější metoda diagnostikování QOL. Jejím autorem je Diener (Křivohlavý, 2002). K vyhodnocení je potřeba dotazník s pěti otázkami. Tyto otázky musí každý zodpovědět na sedmibodové škále (číslice 7 vyjadřuje maximum souhlasu, číslice 1 minimum).

Zkratkou SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life) se rozumí systém individuálního hodnocení kvality života. Jde o způsob zjišťování QOL, který předem neklade kritéria, která by stanovila, „co je správné, dobré, žádoucí atp.“, ale vychází z osobních představ dotazovaného o tom, co on či ona považuje za důležité (Křivohlavý, 2002). Využívá strukturovaný rozhovor, kdy respondent uvádí pět životních cílů a k nim i míru spokojenosti (číslice 0 označuje nespokojenost, číslice 100 úplnou spokojenost).

SQALA (Subjective Quality of Life Analysis) je dotazník, který byl vytvořen v roce 1992 a jeho autorem je Zannotti. Vychází z Maslowovy pyramidy potřeb, a proto zahrnuje i oblasti života. Vadurová, Mühlpachr (2005) uvádí, že ji lze využít v oblasti medicínské, sociální, psychologické i pedagogické za účelem diagnostiky nebo zkvalitnění péče a služeb o pacienta. Sestává se z 23 oblastí vnější a vnitřní reality

každodenního života. Jsou to zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, prostředí a domov, spánek, mezilidské vztahy, děti, péče o sebe, láska, sex, politika, víra, odpočinek, záliby, bezpečí, práce, spravedlnost, svoboda, krása a umění, pravda, peníze a jídlo (Dragomirecká, 2006). Spokojenost v každé z nich je hodnocena na pětibodové škále (číslice 0 značí velké zklamání, číslice 4 velká spokojenost) a subjektivní důležitosti (číslice 0 znamená bezvýznamné, číslice 4 nezbytné).

Další možností dotazníku je dotazník Světové zdravotnické **WHOQOL-BREF**, což je zkrácená a v praxi častěji používaná verze dotazníku WHOQOL-100. Autorkami české verze jsou Eva Dragomirecká a Jitka Bartoňová. Účelem dotazníku je hodnocení subjektivně vnímané kvality života jednotlivců nebo skupin ve věkovém rozmezí 18–65 let. Je řada forem dotazníku (např. WHOQOL-OLD pro osoby starší 65 let, WHOQOL-HIV pro HIV pozitivní osoby, DIS-QOL pro osoby s různým typem postižení atd.). Dotazník kvality života Světové zdravotnické organizace je metodou k sebeposouzení kvality života. Ta je chápána jako vnímání sebe sama v kontextu kultury, ve které člověk žije, a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, životnímu stylu a koníčkům (Machová, 2014).

2.3.2 Metody měření QOL objektivní

V průběhu 20. století je možné najít předchůdce měření QOL právě v Rejstříku zdravotního stavu daného pacienta (HS – Health State), kam se zaznamenávali lidé staří a chronicky nemocní. Zdokonalenou formou pak byly Profily zdravotního stavu pacienta (HSP – Health State Profiles). Zaznamenával se v nich zdravotní stav pacienta, jak byl viděn čistě z lékařského hlediska (Křivohlavý, 2002).

APACHE II (Acute Psychological and Chronic Health Evaluation system) je metoda, která hodnotí aktuální a chronicky změněný zdravotní stav. „Racionále této metody je odvozeno z předpokladu, že na vážnost onemocnění je možné usuzovat podle toho, jak se kvantitativně odchyluje daný stav pacienta od stavu normálního“ (Křivohlavý, 2002, s. 165). Do celkového hodnocení jsou zařazené údaje i o věku a chronickém onemocnění, protože tyto aspekty se spolupodílejí na mortalitě. Souhrnné skóre se pohybuje v rozmezí 0 – 71 bodů, při tom platí, že čím vyšší je údaj, tím vyšší je pravděpodobnost úmrtí pacienta (exitu).

QL (Spitzer Quality of Life Index) je metoda, která se používá k hodnocení kvality života pouze u nemocných osob. Nástroj byl konstruován pro používání lékaři,

jenž pracují s pacienty s rakovinou a chronicky nemocnými. Tato metoda je hojně využívána před a po ukončení terapie ke zjištění zdravotního stavu a kvality života (Křivohlavý, 2002). Do QL indexu byly zahrnuty tyto oblasti: aktivita, každodenní život, vnímání zdraví, podpora rodiny a přátel a pohled na život.

2.3.3 Metody měření QOL smíšené

Pro úplnost je třeba doplnit, že měření kvality života má ještě širší dimenzi, než která je uvedena výše. Příkladem tohoto měření může být metoda MANSA a LSS.

MANSA (Manchester Short Assesment of Quality of Life) je krátký způsob hodnocení kvality života vypracovaný univerzitou v Manchesteru. Jde o měření QOL tak, že se hodnotí nejen celková spokojenost se životem, ale i spokojenost s řadou předem přesně stanovených dimenzí života. V rámci této metody jde o zjišťování spokojenosti s vlastním zdravotním stavem, sebezpojetím, sociálními a rodinnými vztahy, bezpečnostní situací, právním stavem, životním prostředím, finanční situací, náboženstvím, účastí na aktivitách volného času a zaměstnáním – školou. „*Cílem autorů MANSA je vystihnout celkový obraz kvality života daného člověka tak, jak ten se mu jeví v dané chvíli. Nejde o samoučelné vyšetření. V pozadí je následující záměr: podle toho, jak vypadá celkový obraz kvality života daného člověka, je pak možné účelně zaměřit jemu určenou efektivní pomoc a péči o něj*“ (Křivohlavý, 2002, s. 176).

LSS (Life Satisfafaction Scale – škála spokojenosti) hodnotí celkovou spokojenost se životem. Škála má sedm stupňů. Ty jsou uvedené na vodorovné ose od minima „nemůže to být již horší“ po maximum „nemůže to být lepší“ (Vaďurová, Mühlpachr, 2005).

2.4 Vybraná výzkumná šetření k problematice

Titl (2010) se ve své práci zabýval vnímáním kvality života osob s poúrazovou amputací dolní končetiny, možnostmi sportovního vyžití a přehledem dostupných protetik a protéz. Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jaký je vliv sportu na kvalitu života lidí s amputací v porovnání s kvalitou života osob bez postižení, které nejsou sportovně aktivní. Výzkum byl realizován kvalitativními a kvantitativními metodami a sběr dat byl proveden prostřednictvím pozorování, ankety a dotazníku WHOQOL-BREF. Výzkumná skupina byla tvořena 8 osobami s amputací dolní končetiny (4 muži, 4 ženy). Anketa ukázala, že úraz měl vliv na osobní a profesní život převážně v dospělosti. Většina dotazovaných byli lidé, jenž užívají protézu a jsou s ní spokojeni. Právě tento fakt ovlivňuje kvalitu jejich života. V oblasti sportu se ukázalo, že jsou respondenti velkými sportovci. Dva respondenti se začali věnovat sportu až po úraze. Dotazník WHOQOL-BREF byl srovnán se skupinou sportovně neaktivních osob. Z dotazníků vyplynulo, že kvalita života sportovců s amputací je na vyšší úrovni než u skupiny nesportovců. Autor výzkumu došel k závěru, že lidé, kteří projdou zdravotním traumatem (amputace dolní končetiny), se staví k životu jiným způsobem. Mnohdy jsou spokojeni s málem a váží si maličností.

Hrouda (2010) se ve své studii zabýval otázkou, jakou úlohu zaujímá sport a sportovní participace v životní dráze člověka se zdravotním postižením. Výzkumnou metodou byl semistrukturovaný rozhovor. Validitu výzkumu zajistila triangulace metod, konkrétně se jednalo o kombinaci dotazování, pozorování a obsahové analýzy. Výzkumný vzorek byl tvořen šesti osobami (osoby s amputací a s transverzální míšní lézí). Z výpovědí respondentů vyplynulo, že pohybová aktivita sehrává v životní dráze člověka s tělesným postižením významnou úlohu a přispívá k celkovému zlepšení kvality života. Plní funkci rehabilitační a resocializační. Sportování lidem nabízí setkávat se s lidmi a poznávat nové se stejným nebo podobným postižením, navazovat přátelství a příležitost cestovat. Velký význam sportu spočívá v tom, že nabízí možnost vypořádat se s vlastním postižením (ve smyslu bojovat sám se sebou), ocenit své vlastní kompetence a také symbolicky zvítězit nad zdravými lidmi a stát se jim rovnocenným partnerem. Po stránce fyzické i psychické vytrhává sport lidi se zdravotním postižením ze všední reality a prožívané nudy. Náladové stavy jsou nahrazeny novými prožitky a pozornost se obrací na nové kvalitní aktivity. Z výzkumu vyplynulo, že je to právě radost z pohybu a relaxace, která jedincům pomáhá vyrovnat se s tíživou životní situací.

Wiśniowska, Tasiemski a Bauerfeind (2012) ve své práci zjišťovali a porovnávali sportovní identitu hráčů volejbalu sedících a zdravých volejbalistů. Studie také zahrnovala analýzu vztahu mezi úrovní sportovní identity a spokojeností v životě. Studie se zúčastnilo 40 sportovců (20 hráčů s tělesným postižením, 20 hráčů bez postižení) ve věku 17 až 65 let. Bylo použito více výzkumných metod. Jako první byla použita sedmibodová stupnice sportovní identity, druhý byl dotazník spokojenosti se životem s cílem vyhodnotit subjektivní kvalitu života, dále byl použit osobní dotazník a dotazník o sportovní aktivitě. Tato studie ukázala, že úroveň sportovní identity a životní spokojenosti u hráčů s handicapem byla nižší než u hráčů bez handicapu. Studie dále ukázala na pozitivní korelaci mezi sportovní identitou a životní spokojeností hráčů volejbalu sedících.

Článek Čorice a Ljubotina (2013) prezentuje výsledky výzkumu, jenž byl proveden na veteránech z vlastenecké války v bývalé Jugoslávii. Studie se zabývala aktivními hráči volejbalu sedících s cílem prozkoumat důvody a motivaci ke hraní volejbalu sedících, vnímané přínosy ze hry, úroveň spokojenosti s uznáním a oceněním společnosti a další aspekty kvality života. Většina hráčů začala hrát volejbal poté, co byla pozvána přítelem a hlavními motivy pro hraní je přátelství, socializace a také péče o vlastní zdraví. Z výzkumu vyplývá, že se 75–85 % válečných veteránů domnívá, že jim volejbal sedících pomáhá zlepšit tělesné a duševní zdraví, společenský život a pocit všeobecné účelnosti. Většina veteránů je spokojena s mírou porozumění a uznání své rodiny a přátel, ale podstatně méně s uznáním od institucí a státu obecně. Průměrné výsledky dotazníku QOL se významně nelišily od výsledků srovnávacího vzorku mužů z obecné populace. Veteráni hodnotili materiální aspekty a kvalitu volného času jako lepší a duševní zdraví jako horší než průměrná mužská populace.

Charalampos, Silva a Kudláček (2015) poukazují na výsledky nedávných studií, které ukazují, že sport a pravidelná fyzická aktivita je spojena s lepší kvalitou života a zdravotními výsledky. Účelem jejich kvalitativní studie bylo získat hlubší vhled do toho, jak hráči volejbalu sedících vnímají dopad sportu na jejich život. Tato studie zkoumala, jak hráči vnímají své postižení a zapojení do sportu. Výzkum byl proveden se skupinou 5 mužských volejbalových hráčů (ve věku 32 až 61 let) v Řecku. Data byla sbírána prostřednictvím audiozáznamů, polostrukturovaných rozhovorů a byla obohacena o pozorování ve hře. Data byla analyzována na základě interpretační fenomenologické analýzy, jejímž cílem bylo zachytit vnímání účasti hráčů na volejbalu.

Bagarić, Tudor a Ruzić (2016) ve své studii zjišťovali, zda existuje korelace mezi volejbalem sedících a kvalitou života osob se zdravotním postižením. Výzkumný vzorek zahrnoval celkem 101 hráčů (83 mužů a 18 žen) se zdravotním postižením. Všichni byli aktivními sportovci. Průzkum byl proveden prostřednictvím dotazníku, který se skládal ze čtyř částí. První část se skládala z otázek týkajících se obecných a sociodemografických údajů; druhá část se zabývala typem sportu, do kterého byli zapojeni; třetí částí byl dotazník, jenž zkoumal dopad sportu na některé aspekty jejich kvality života a poslední částí byl dotazník MANSA, který hodnotil celkovou kvalitu života. Výsledky ukázaly pozitivní korelaci mezi volejbalem sedících a některými aspekty kvality života u osob se zdravotním postižením. Zajímavým zjištěním bylo, že volejbal sedících byl pozitivně vnímán ve skupině lidí, která před svým zraněním volejbal nehrála ale také ve skupině lidí, která se volejbalu před svým zraněním věnovala.

III. CÍLE A ÚKOLY PRÁCE, VÝCHODISKA PRÁCE

1 Cíl práce

Cílem této diplomové práce je zjištění kvality života hráčů volejbalu sedících s amputací nebo vrozenými abnormalitami jedné nebo obou dolních končetin. V této závěrečné práci je použit zkrácený plně standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF (World Health Organisation Quality of Life Assessment), jenž vytvořila Světová zdravotnická organizace. Kvalita života volejbalistů bude porovnána s kvalitou života běžné populace v České republice. Výběr zkoumaných objektů je záměrný (všichni respondenti aktivně hrají volejbal sedících).

2 Úkoly práce

- Studium odborné literatury (domácí i zahraniční)
- Konzultace s vedoucí diplomové práce
- Zvolení vhodné metodiky diplomové práce
- Vybrání vhodného dotazníku pro zjištění informací a dat
- Výběr vhodných respondentů pro zjištění informací a dat
- Zpracování a vyhodnocení informací z dotazníků
- Závěr a doporučení

3 Hypotézy

Pro vytvoření hypotéz diplomové práce jsem vycházela ze studia odborné literatury.

1. Hypotéza: Kvalita života hráčů volejbalu sedících se bude významně lišit od kvality života běžné populace ve všech zkoumaných oblastech.

2. Hypotéza: Předpokládám, že hráči volejbalu sedících budou mít horší průměrný skóre v oblasti prožívání oproti běžnému populačnímu průměru.

3. Hypotéza: Sociální vztahy hráčů volejbalu sedících budou ve většině případů kvalitnější (hodnocené vyšším skórem) než běžný populační průměr.

IV. METODIKA PRÁCE

1 Metodika výzkumu

V diplomové práci jsem využila kvalitativní výzkum, jenž byl proveden s malým souborem respondentů bez nároku na statistickou reprezentativnost (osm mužů a čtyři ženy). Záměrem výzkumné části diplomové práce byla jednorázová analýza kvality života hráček a hráčů volejbalu sedících. Jedná se tedy o průřezovou studii. V průřezové studii probíhá sbírání dat v jednom časovém bodě – krátkodobě (tzn. jednorázový sběr dat o kvalitě života hráčů volejbalu sedících). Na základě získaných dat z dotazníku WHOQOL-BREF bude provedena komparace s běžnou populací, díky které lze dospět k novým poznatkům.

Pro výzkum v diplomové práci byl použit plně standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF na základě konzultací s vedoucí práce, jenž vytvořila Světová zdravotnická organizace. Dotazník je sestaven z 26 uzavřených otázek. Respondenti mohou vybrat pouze jednu z pěti odpovědí. Dotazník umožňuje mezinárodní a národní srovnání. Dále je možné porovnávat jednotlivé skupiny mezi sebou (např. zdraví, nemocní, studenti, senioři atd.) Výsledky dotazníku WHOQOL-BREF (příloha č. 4) jsou rozděleny do čtyř domén (fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí) a do dvou samostatných složek hodnotících celkovou kvalitu života a zdravotní stav (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

2 Charakteristika výběrového souboru

Pro výzkum byli vybrané čtyři hráčky a osm hráčů, jenž se aktivně účastní pravidelného tréninku a turnajů ve volejbalu sedících. Hráčky a hráči reprezentují klub SK Kometa Praha a SV Brno na mezinárodních turnajích. Celkově se mnou spolupracovalo osm hráčů a čtyři hráčky ve věkovém rozmezí od 21 do 58 let (tabulka č. 7). Nejvíce se mnou spolupracovali sportovci ve věkovém rozmezí 40–49 let ($n = 5$). Další kategorie (20–29 let a 50–59 let) byly zastoupeny ve stejném množství ($n = 3$). Nejméně zastoupená byla věková kategorie 30–39 let ($n = 1$). Věkový průměr všech hodnocených hráčů je 40,6 let ($SD = 11,95$).

věk	n (počet)	% (procentuální vyjádření)
20–29 let	3	25 %
30–39 let	1	8,3 %
40–49 let	5	41,7 %
50–59 let	3	25 %

Tabulka č. 7: Četnostní a procentuální zastoupení hráček a hráčů

Z pohledu nejvyššího ukončeného vzdělání jsem spolupracovala s jedním hráčem, jenž má střední vzdělání bez maturity, se šesti respondenty se středním vzděláním s maturitou a s pěti dotazovanými, kteří vystudovali vysokou školu (tabulka č. 8).

dosažené vzdělání	n (počet)	% (procentuální vyjádření)
střední bez maturity	1	8,30 %
střední s maturitou	6	50 %
vysokoškolské	5	41,70 %

Tabulka č. 8: Nejvyšší ukončené vzdělání hráčů volejbalu sedících

Z hlediska rodinného stavu jsem nejvíce spolupracovala s hráči, kteří mají manželku nebo manžela (n = 5). Dále byli zastoupení svobodní hráči (n = 4), hráči žijící v partnerství (n = 2) a rozvedení (n = 1). Žádný z hráčů neuvedl, že žije odděleně nebo je ovdovělý/á (tabulka č. 9).

rodinný stav	n (počet)	% (procentuální vyjádření)
svobodný/á	4	33,40 %
ženatý/vdaná	5	41,70 %
partnerský svazek	2	16,60 %
rozvedený/á	1	8,30 %

Tabulka č. 9: Rodinný stav hráčů volejbalu sedících

3 Metody sběru dat

Teoretická část diplomové práce čerpá z domácí, ale hlavně zahraniční odborné literatury. Data, která se týkají samotných hráčů, byla získána na základě plně standardizovaného dotazníku s uzavřenými odpověďmi WHOQOL-BREF. Otázky měly pevně stanované pořadí a byly rozděleny do skupin dle jednotlivých oblastí.

Světová zdravotnická organizace vyvinula dotazník zaměřený na měření kvality života WHOQOL-100 a jeho zkrácenou verzi WHOQOL-BREF. Dotazník WHOQOL-BREF pro hráčky a hráče volejbalu sedících sestává z 24 položek. Tyto položky jsou rozděleny do čtyř domén: fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí a do dvou samostatných položek hodnotících celkovou kvalitu života a spokojenost se zdravím). Znění jednotlivých otázek bylo přijato beze změn (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

Pro vyplnění standardizovaného dotazníku byli osloveni hráči a hráčky volejbalu sedících v SK Kometa Praha a v SV Brno. Spolu s dotazníky byly předány veškeré potřebné instrukce k jejich vyplnění a také informovaný souhlas (součást přílohy č. 5). Sportovci v něm byli seznámeni s cílem výzkumu a byli ujištěni, že výsledky budou monitorovány a budou sloužit pouze pro diplomovou práci.

4 Dotazník WHOQOL-BREF a analýza dat

Standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF byl vyhodnocen na základě komparace dvou skupin respondentů. První skupina jsou hráčky a hráči volejbalu sedících. Druhou skupinu tvoří běžná populace ČR.

Dotazníky WHOQOL-BREF byly zpracovány na základě českého manuálu Dragomirecké (2006). Fyzické zdraví hodnotí bolest, závislost na lékařské péči, únavu, pohyblivost, spánek, každodenní a pracovní činnosti. Otázky ve druhé doméně prožívání (psychická stránka) jsou zaměřeny na potěšení ze života, jeho smysl, schopnost soustředění, spokojenost se sebou a na negativní pocity. Ve třetí oblasti jsou hodnoceny sociální vztahy, tj. osobní vztahy, sexuální život a podpora přátel. Doména prostředí se zaměřuje nad pocit osobního bezpečí, finanční situací, prostředí v okolí bydliště, dostupnost zdravotnické péče a dopravy.

Celkem standardizovaný dotazník obsahuje 26 položek, z nichž dvě položky jsou samostatným hodnocením celkové kvality života a spokojenosti se svým zdravotním stavem. U jednotlivých otázek je bodové rozpětí 1 – 5. Při hodnocení domén se dostáváme k číslu 4 – 20. Vyšší číslo označuje lepší kvalitu života. Výsledky standardizovaného dotazníku se vyjadřují pomocí čtyř doménových skóre a průměrných hrubých skóre dvou položek hodnotících celkovou kvalitu života (Q1) a zdravotní stav (Q2). Kvalita života (Q1) koresponduje s otázkou: Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života? Zdravotní stav (Q2) odpovídá otázce: Jak jste spokojen/a se svým zdravím? Průměrné hrubé skóre domén jsou standardizované průměrné hodnoty položek příslušných ke každé doméně (fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí). K vytvoření hrubých skóre je použita metodika Dragomirecké a Bartoňové (2006).

DOMÉNY	POLOŽKY	
doména 1	fyzické zdraví	Q3 bolest a nepříjemné pocity
		Q4 závislost na lékařské péči
		Q10 energie a únava
		Q15 pohyblivost
		Q16 spánek
		Q17 každodenní činnosti
		Q18 pracovní výkonnost
doména 2	prožívání	Q5 potěšení ze života
		Q6 smysl života
		Q7 soustředění
		Q11 přijetí tělesného vzhledu
		Q19 spokojenost se sebou
		Q26 negativní pocity
doména 3	sociální vztahy	Q20 osobní vztahy
		Q21 sexuální život
		Q22 podpora přátel
doména 4	prostředí	Q8 životní prostředí
		Q9 finanční situace
		Q13 přístup k informacím
		Q14 záliby
		Q23 prostředí v okolí bydliště
		Q24 dostupnost zdravotní péče
		Q25 doprava
2 samostatné položky		Q1 kvalita života
		Q2 spokojenost se zdravím

Tabulka č. 10: Přehled domén a položek dotazníku WHOQOL-BREF

Doména číslo 1: fyzické zdraví

Průměrný hrubý skór se počítá z následujících sedmi otázek (Q = question):

Q3 Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?

- 1 – vůbec ne, 5 – maximálně

Q4 Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?

- 1 – vůbec ne, 5 – maximálně

Q10 Máte dost energie pro každodenní život?

- 1 – vůbec ne, 5 – zcela

Q15 Jak se dokážete pohybovat?

- 1 – vůbec ne, 5 – zcela

Q16 Jak jste spokojen/a se svým spánkem?

- 1 – velmi nespokojen/a, 5 – velmi spokojen/a

Q17 Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?

- 1 – velmi nespokojen/a, 5 – velmi spokojen/a

Q18 Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?

- 1 – velmi nespokojen/a, 5 – velmi spokojen/a

Doména číslo 2: prožívání

Průměrný hrubý skór se počítá z následujících šesti otázek.

Q5 Jak moc Vás těší život?

- 1 – vůbec ne, 5 – maximálně

Q6 Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?

- 1 – vůbec ne, 5 – maximálně

Q7 Jak se dokážete soustředit?

- 1 – vůbec ne, 5 – maximálně

Q11 Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?

- 1 – vůbec ne, 5 – zcela

Q19 Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?

- 1 – velmi nespokojen/a, 5 – velmi spokojen/a

Q26 Jak často prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost, nebo deprese?

- 1 – nikdy, 5 – neustále

Doména číslo 3: sociální vztahy

Průměrný hrubý skór se počítá z následujících tří otázek.

Q20 Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?

- 1 – velmi nespokojen/a, 5 – velmi spokojen/a

Q21 Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?

- 1 – velmi nespokojen/a, 5 – velmi spokojen/a

Q22 Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?

- 1 – velmi nespokojen/a, 5 – velmi spokojen/a

Doména číslo 4: prostředí

Průměrný hrubý skór se počítá z následujících osmi otázek.

Q8 Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?

- 1 – vůbec ne, 5 – maximálně

Q9 Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?

- 1 – vůbec ne, 5 – maximálně

Q12 Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?

- 1 – vůbec ne, 5 – zcela

Q13 Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?

- 1 – vůbec ne, 5 – zcela

Q14 Máte možnost věnovat se svým zálibám?

- 1 – vůbec ne, 5 – zcela

Q23 Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?

- 1 – velmi nespokojen/a, 5 – velmi spokojen/a

Q24 Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?

- 1 – velmi nespokojen/a, 5 – velmi spokojen/a

Q25 Jak jste spokojen/a s dopravou?

- 1 – velmi nespokojen/a, 5 – velmi spokojen/a

Při skórování modulu WHOQOL-BREF byly zohledněny tři položky s obrácenými hodnotami. Instrument obsahuje celkem tři otázky (Q3, Q4 a Q26), které se v rámci kódování hodnotí opačným způsobem dle svého významu (minimum je zde významově kladné a maximum je záporné). Proto jsou ve vzorci výsledky odečteny od čísla 6.

Ke zpracování jsem použila deskriptivní statistiku a jednotlivé výsledky jsou zobrazeny v grafech. Pro srovnání dosažených výsledků se zdravou populací jsou použity populační normy, které jsem převzala z Příručky pro uživatele dotazníku WHOQOL (Dragomirecká, Bartoňová, 2006). V analýze výsledků je poukázáno na skutečnost, že volejbal sedících má vliv na kvalitu života hráček a hráčů.

V. VÝSLEDKY

1 Výsledky doménových skóre jednotlivých hráčů

V tabulce č. 8 znázorňuji pro přehlednost výsledky všech 12 respondentů (8 mužů, 4 ženy), jenž vyplnili dle instrukcí plně standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF. V tabulce jsou zaznamenány jednotlivé oblasti (fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí), uvedeny jejich maximální a minimální hodnoty, dále vypočítány aritmetické průměry a směrodatné odchylky (směrodatná odchylka označuje typickou míru odlišení čísel od střední hodnoty; čím je větší, tím více se posuzovaná čísla od sebe liší). Výsledky dotazníků se vyjadřují v podobě čtyř doménových skóre na škále 4–20, kdy 20 je nejvyšší hodnota a 4 nejnižší hodnota (vyšší hodnota poukazuje na vyšší kvalitu života v dané oblasti) a průměrných hrubých skóre dvou položek hodnotících celkovou kvalitu života (Q1) a zdravotní stav (Q2).

Hráči	Fyzické zdraví	Prožívání	Sociální vztahy	Prostředí
1.	17,16	18,68	20	17,52
2.	12,56	15,32	16	13
3.	14,28	15,32	16	13
4.	14,28	17,32	18,68	15
5.	18,84	20	20	19
6.	19,44	18,68	18,68	18,52
7.	12,56	11,32	9,32	14,52
8.	16	17,32	18,68	17,52
9.	17,72	16,68	16	18
10.	12,56	14	14,68	12,52
11.	11,44	9,32	9,32	14,52
12.	14,84	19,33	20	19
Aritm.pr.	15,14	16,11	16,47	16,01
SD	2,563929	3,118651	3,6302	2,388535
MAX	19,44	20	20	19
MIN	12,56	9,32	9,32	12,52

Tabulka č. 11: Celkové výsledky WHOQOL-BREF

Aritm.pr. = aritmetický průměr všech hodnot respondentů hráčů volejbalu sedících

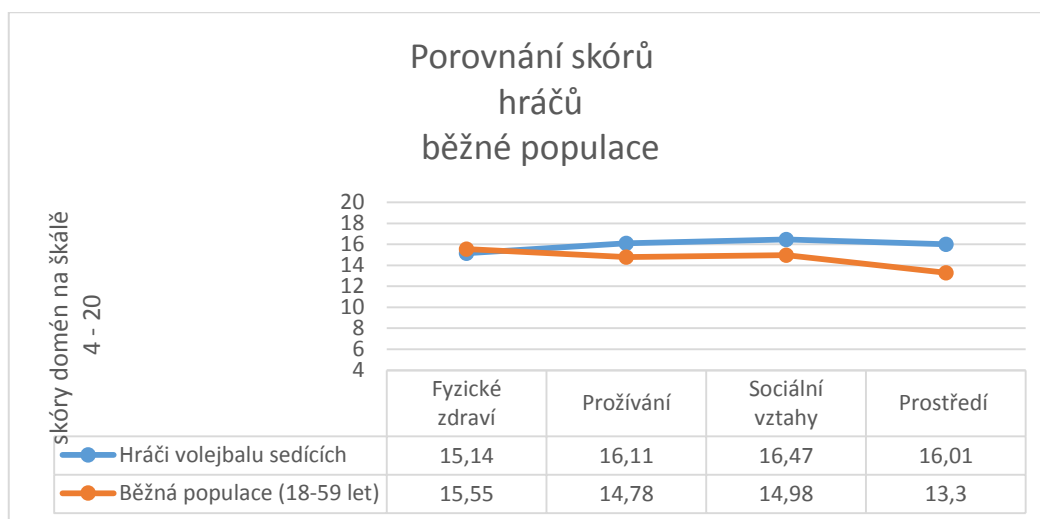
SD. = směrodatná odchylka všech hodnot respondentů hráčů volejbalu sedících

MAX = maximální dosažený počet bodů z hodnot respondentů hráčů volejbalu sedících

MIN = minimální dosažený počet bodů z hodnot respondentů hráčů volejbalu sedících

2 Komparace výsledků doménových skóre

Tabulka č. 9 porovnává skóre jednotlivých domén mezi hráči volejbalu sedících (průměrná hodnota) a běžnou populací. Průměrná hodnota domény č. 1, fyzického zdraví, je u hráčů volejbalu sedících 15,14 a u běžné populace 15,55. Rozdíl hodnot je právě 0,41 ve prospěch běžné populace. Průměrná hodnota domény č. 2, prožívání, je u hráčů volejbalu sedících 16,11 a u běžné populace 14,78. Rozdíl hodnot je 1,33 a ukazuje na lepší kvalitu prožívání u hráčů volejbalu sedících. Průměrná hodnota domény č. 3, sociálních vztahů, je 16,47 a u běžné populace je 14,98. Rozdíl hodnot je 1,49 bodu ve prospěch hráčů volejbalu sedících. Doména č. 4, prostředí, má průměrnou hodnotu u hráčů volejbalu sedících 16,01 a u běžné populace 13,3. Rozdíl je zde největší, 2,71 bodu. Ve třech ze čtyř domén mají lidé hrající volejbal vyšší kvalitu života než běžná populace. Pouze v oblasti zdraví je naměřená hodnota kvality života nižší než u běžné populace. Toto zjištění může být způsobeno jejich zdravotním handicapem.



Graf č. 1: Porovnání skóre u hráčů volejbalu sedících a běžné populace

Tabulka č. 10 udává jednotlivé směrodatné odchylky u dvou souborů (hráčů volejbalu sedících a u běžné populace).

DOMÉNY	HRÁČI VOLEJBALU SEDÍCÍCH	BĚŽNÁ POPULACE
fyzické zdraví	2,56	2,55
prožívání	3,12	2,43
sociální vztahy	3,63	2,89
prostředí	2,39	2,08

Tabulka č. 12: Směrodatné odchylky

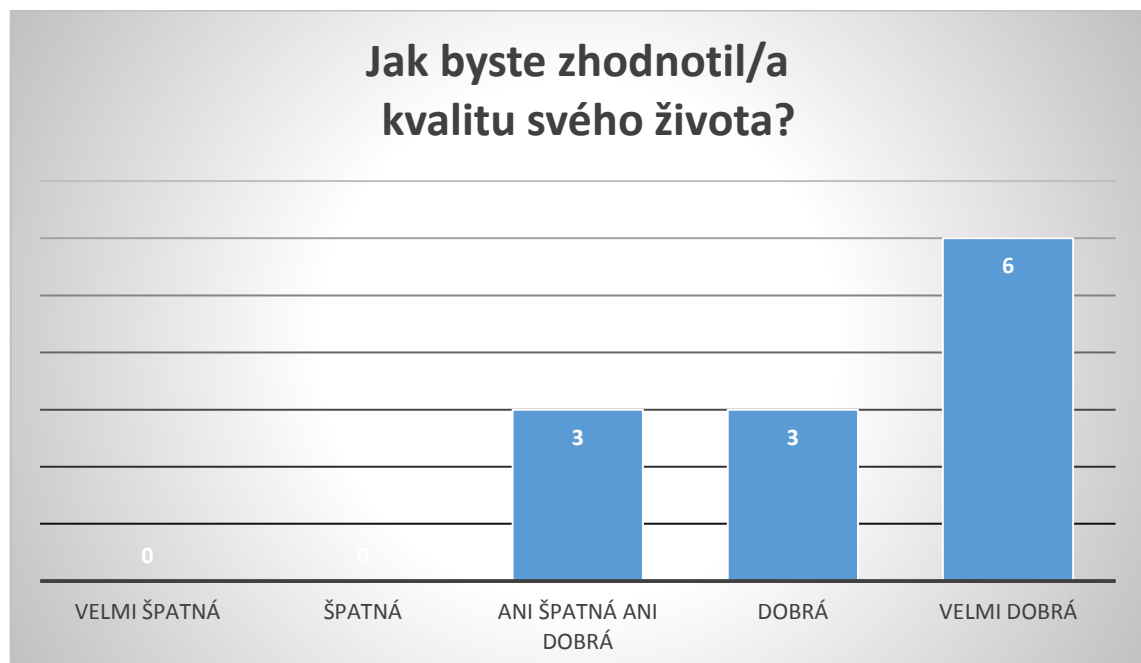
3 Výsledky otázky č. 1 – celková kvalita života

Q1: Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života?

Průměrný hrubý skór u hráčů volejbalu sedících: 4,25

Průměrný hrubý skór u běžné populace: 3,82

Respondenti z řad hráčů hodnotili svou celkovou kvalitu života jako „velmi dobrou“ (n = 6), „dobrou“ (n = 3) a „ani dobrou ani špatnou“ (n = 3). Žádný z hráčů volejbalu sedících svou celkovou kvalitu života neoznačil za „velmi špatnou“ ani „špatnou“. V porovnání s běžnou populací je průměrný hrubý skór v otázce č. 1, jenž je zaměřený na kvalitu života hráčů volejbalu sedících, mírně vyšší (o 0,42 bodu) oproti běžné populaci. Konkrétně průměrný hrubý skór je u hráčů volejbalu sedících 4,25 bodu a u běžné populace 3,82 bodu. Výsledky otázky č. 1 korespondují s výsledky v jednotlivých doménách, ze kterých vyplývá vyšší kvalita života v oblastech prožívání, sociálních vztahů a prostředí.



Graf č. 2: Výsledky otázky č. 1 u hráčů volejbalu sedících

4 Výsledky otázky č. 2 – celkové zdraví

Q2: Jak jste spokojen/a se svým zdravím?

Průměrný hrubý skór u hráčů volejbalu sedících: 4

Průměrný hrubý skór u běžné populace: 3,68

Oslovení hráči volejbalu sedících jsou se svým zdravím velmi spokojeni (n = 5), spokojeni (n = 2) a ani spokojeni ani nespokojeni (n = 5). Žádný z hráčů volejbalu sedících není se svým zdravím nespokojen nebo velmi nespokojen. Pokud porovnáme celkové zdraví hráčů volejbalu sedících s běžnou populací, zjistíme, že handicapovaní volejbalisté jsou mírně spokojenější (o 0,32 bodu) se svým celkovým zdravím než běžná populace. Konkrétně hrubý skór je u hráčů volejbalu sedících 4 a u běžné populace 3,68. Tento výsledek nekorresponduje s výsledkem v oblasti fyzické zdraví, kde hráči volejbalu sedících své fyzické zdraví hodnotí jako méně kvalitní oproti běžné populaci, jak jsem uvedla výše.



Graf č. 3: Výsledky otázky č. 2 u hráčů volejbalu sedících

5 Výsledky domény č. 1 – fyzické zdraví

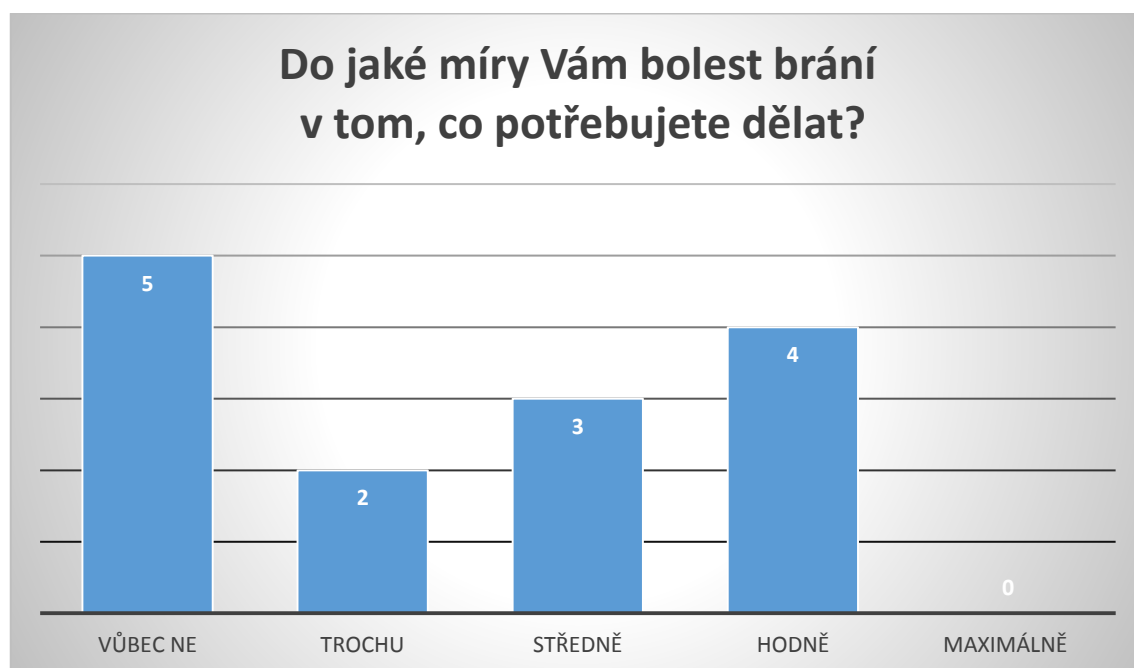
Výsledky otázky č. 3

Q3: Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?

Průměrný hrubý skóre u hráčů volejbalu sedících: 3,83

Průměrný hrubý skóre u běžné populace: 4,03

Otázka č. 3 má reverzní skórování, proto bylo nutné výsledek odečíst od čísla 6, abychom získali průměrný hrubý skóre. Respondenti si vybrali celkem 5x odpověď, že jim bolest „vůbec“ nebrání v tom, co potřebují dělat, odpověď „trochu“ vybrali právě dva hráči volejbalu sedících, tři respondenti zvolili odpověď, že bolest jim brání „středně“ a celkem 4 hráčům brání bolest „hodně“. Žádnému hráči bolest nebrání „maximálně“. V komparaci s běžnou populací je průměrný hrubý skóre u hráčů volejbalu sedících nižší než u běžné populace (o 0,2 bodu). Konkrétně je hrubý skóre u hráčů volejbalu sedících 3,83 bodu a u běžné populace 4,03 bodu.



Graf č. 4: Výsledky otázky č. 3 u hráčů volejbalu sedících

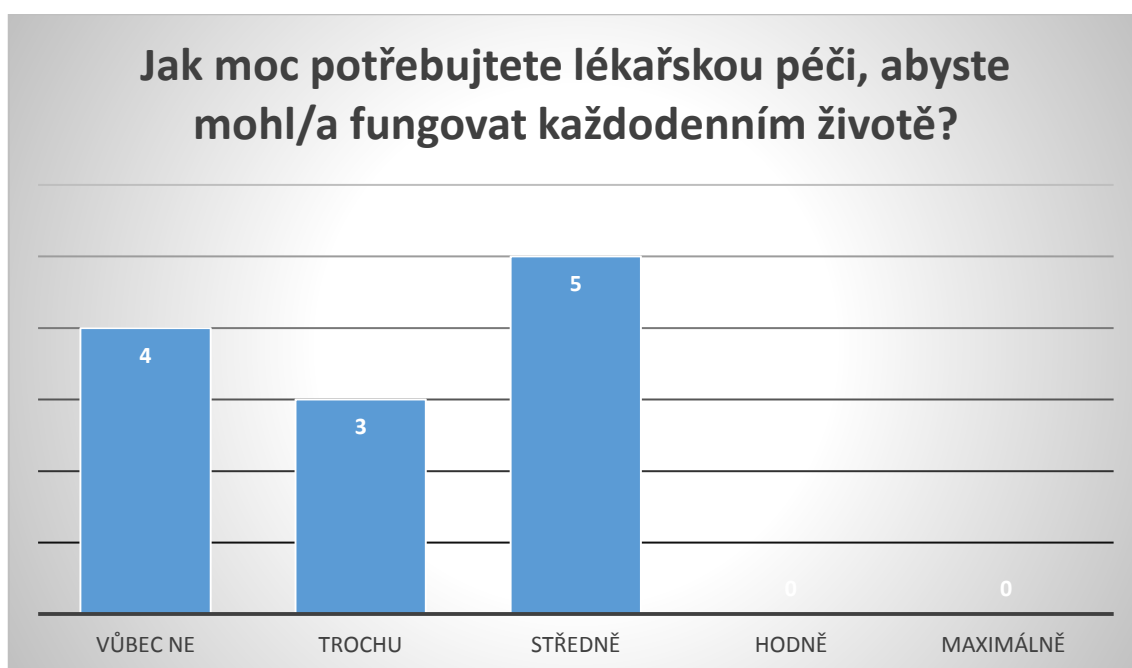
Výsledky otázky č. 4

Q4: Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?

Průměrný hrubý skór u hráčů volejbalu sedících: 3,92

Průměrný hrubý skór u běžné populace: 4,16

Otázka č. 4 má taktéž reverzní skórování, proto bylo nutné výsledek dotazníku odečíst od čísla 6. Hráči volejbalu sedících volili tři odpovědi z pěti možných. Odpověď „vůbec ne“ na otázku „Jak moc potřebují lékařskou péči, aby mohli fungovat v každodenním životě“ si vybrali čtyři hráči, možnost „trochu“ si vybrali tři respondenti a odpověď „středně“ si vybralo pět dotazovaných. Žádný hráč neodpověděl, že potřebuje lékařskou péči „hodně“ ani „maximálně“, aby mohl fungovat v každodenním životě. V porovnání s běžnou populací je průměrný hrubý skór u hráčů volejbalu sedících nepatrně nižší než s porovnávaným vzorkem (o 0,24 bodu). Konkrétně je hrubý skór u hráčů volejbalu sedících 3,92 bodu a u běžné populace 4,16 bodu.



Graf č. 5: Výsledky otázky č. 4 u hráčů volejbalu sedících

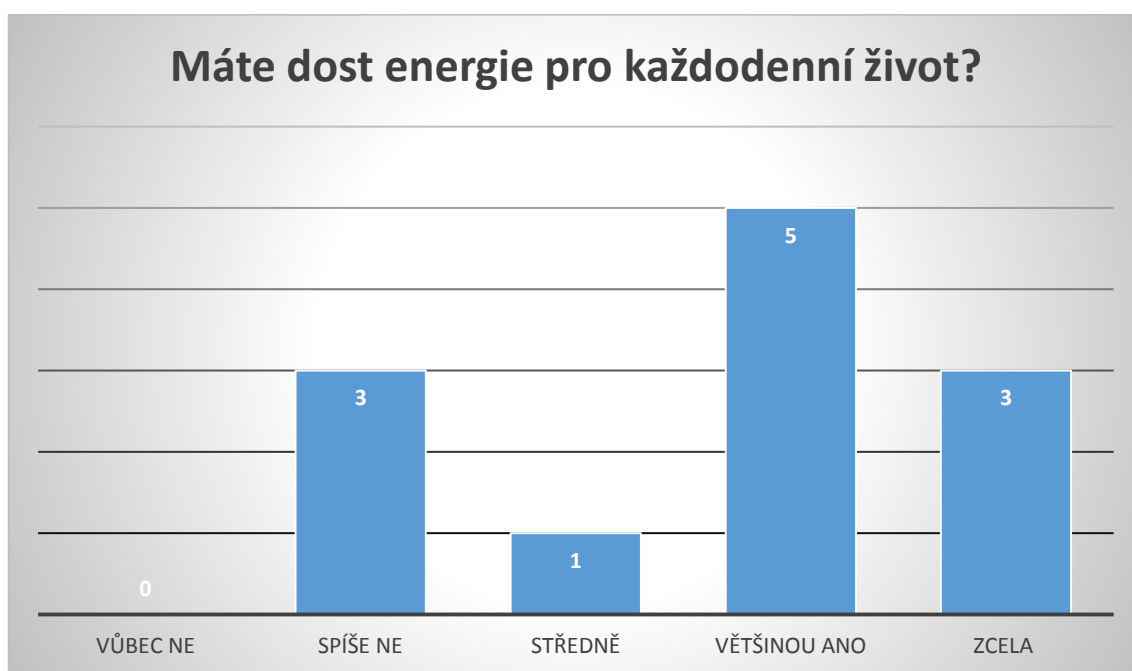
Výsledky otázky č. 10

Q10: Máte dost energie pro každodenní život?

Průměrný hrubý skór u hráčů volejbalu sedících: 3,67

Průměrný hrubý skór u běžné populace: 3,62

Pět oslovených hráčů volejbalu sedících má „většinou dost“ energie pro každodenní život, tři respondenti si vybrali odpověď, že mají „zcela dostatek“ energie a taktéž tři dotazovaní vybrali možnost, že „spíše nemají“ dostatek energie pro každodenní život. Jeden hráč vybral možnost, že má „středně“ energie. Ani jeden hráč neodpověděl, že „nemá vůbec“ dostatek energie pro každodenní život. Pokud porovnáme průměrný hrubý skór u hráčů volejbalu sedících (hodnota 3,67 bodu) s běžnou populací (hodnota 3,62 bodu), zjistíme, že se jejich odpovědi téměř neliší. Rozdíl skórů je pouze 0,05 bodu.



Graf č. 6: Výsledky otázky č. 10 u hráčů volejbalu sedících

Výsledky otázky č. 15

Q15: Jak se dokážete pohybovat?

Průměrný hrubý skór u hráčů volejbalu sedících: 4,17

Průměrný hrubý skór u běžné populace: 4,27

Oslovení hráči volejbalu sedících jsou se svými možnostmi pohybu spokojeni „zcela“ (n = 5), „většinou ano“ (n = 4) a „středně“ (n = 3). Žádný z hráčů volejbalu sedících nezvolil odpověď, že se svým pohybem „není vůbec“ spokojen a ani „spíše nespokojen“. Pokud porovnáme výsledky otázky č. 15 s běžnou populací, zjistíme, že handicapovaní volejbalisté jsou mírně pod průměrem běžné populace (o 0,1 bodu). Konkrétně hrubý skór je u hráčů volejbalu sedících 4,17 bodu a u běžné populace 4,27 bodu.



Graf č. 7: Výsledky otázky č. 15 u hráčů volejbalu sedících

Výsledky otázky č. 16

Q16: Jak jste spokojen/a se svým spánkem?

Průměrný hrubý skór u hráčů volejbalu sedících: 3,5

Průměrný hrubý skór u běžné populace: 3,61

U otázky č. 16, která se zaměřuje na oblast spánku, hráči vybírali čtyři z pěti možných odpovědí (velmi nespokojen/a – velmi spokojen/a). Pouze dva hráči jsou „velmi spokojeni“ se svým spánkem. Pět hráčů je se svým spánkem „spokojeno“. Dva hráči nejsou „ani spokojeni ani nespokojeni“. A tři hráči odpověděli, že jsou „nespokojeni“ se svým spánkem. Žádný z hráčů neodpověděl, že se svým spánkem je „velmi nespokojen“. V komparaci s běžnou populací je průměrný hrubý skór u hráčů volejbalu sedících nepatrně nižší než u běžné populace (o 0,11 bodu). Konkrétně hrubý skór u hráčů volejbalu sedících je 3,5 bodu a u běžné populace 3,61 bodu.



Graf č. 8: Výsledky otázky č. 16 u hráčů volejbalu sedících

Výsledky otázky č. 17

Q17: Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnost?

Průměrný hrubý skór u hráčů volejbalu sedících: 4

Průměrný hrubý skór u běžné populace: 3,76

U otázky č. 17 se respondenti vzácně vyrovnali ve svých odpovědích. Odpovědi „velmi nespokojen“ a „nespokojen“ se svou schopností provádět každodenní činnost, nevybral žádný z hráčů volejbalu sedících. Právě čtyři hráči volejbalu sedících vybrali odpověď, že nejsou „ani spokojeni ani nespokojeni“, taktéž čtyři hráči volejbalu sedících zvolili odpověď, že jsou „spokojeni“ se svou schopností provádět každodenní činnosti a rovněž čtyři respondenti jsou „velmi spokojeni“ se svou schopností. Při porovnání s běžnou populací je průměrný hrubý skór respondentů nepatrně vyšší (o 0,24 bodu). Konkrétně je hrubý skór u hráčů volejbalu sedících 4 body a u běžné populace 3,76 bodu.



Graf č. 9: Výsledky otázky č. 17 u hráčů volejbalu sedících

Výsledky otázky č. 18

Q18: Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?

Průměrný hrubý skór u hráčů volejbalu sedících: 3,92

Průměrný hrubý skór u běžné populace: 3,76

U otázky č. 18 převažuje spokojenost se svým pracovním výkonem. „Velmi spokojeno“ je pět dotazovaných, dva respondenti jsou „spokojeni“, dva hráči volejbalu sedících nejsou „ani spokojeni ani nespokojeni“. Pouze dva dotazovaní „nejsou spokojeni“ se svým pracovním výkonem. Žádný z hráčů volejbalu sedících si nevybral odpověď, že je „velmi nespokojen“. Při komparaci s běžnou populací je průměrný hrubý skór nepatrně vyšší než u běžné populace (o 0,16 bodu). Konkrétně je hrubý skór u hráčů volejbalu sedících 3,92 bodu a u běžné populace 3,76 bodu.



Graf č. 10: Výsledky otázky č. 18 u hráčů volejbalu sedících

6 Výsledky domény č. 2 – prožívání

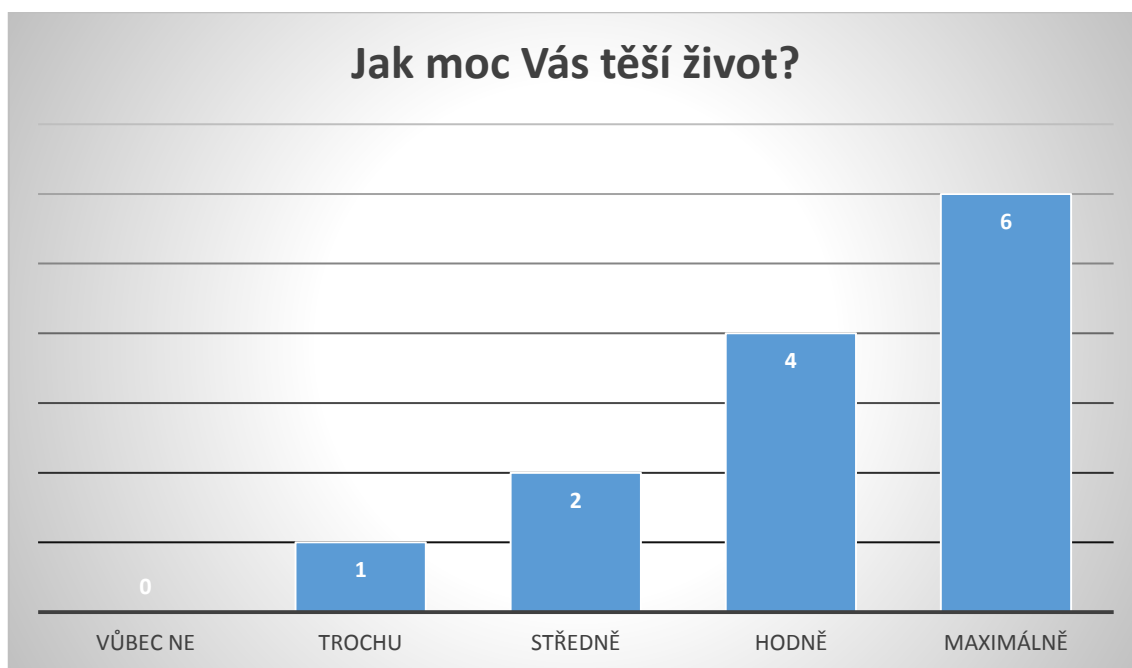
Výsledky otázky č. 5

Q5: Jak moc Vás těší život?

Průměrný hrubý skór u hráčů volejbalu sedících: 4,33

Průměrný hrubý skór u běžné populace: 3,83

U otázky č. 5 převažuje odpověď (n = 6), že hráče volejbalu sedících „maximálně“ těší život. Dále velké zastoupení odpovědí má možnost, že hráče volejbalu sedících těší život „hodně“ (n = 4). Odpověď „středně“ zvolili právě dva hráči a poslední zvolenou možnost, že ho život těší „trochu“, vybral pouze jeden hráč. Žádný z hráčů nevybral možnost, že ho život „netěší vůbec“. Při komparaci s běžnou populací je průměrný hrubý skór vyšší než u běžné populace (o 0,5 bodu). Konkrétně má hrubý skór u hráčů volejbalu sedících hodnotu 4,33 bodu a u běžné populace 3,83 bodu.



Graf č. 11: Výsledky otázky č. 5 u hráčů volejbalu sedících

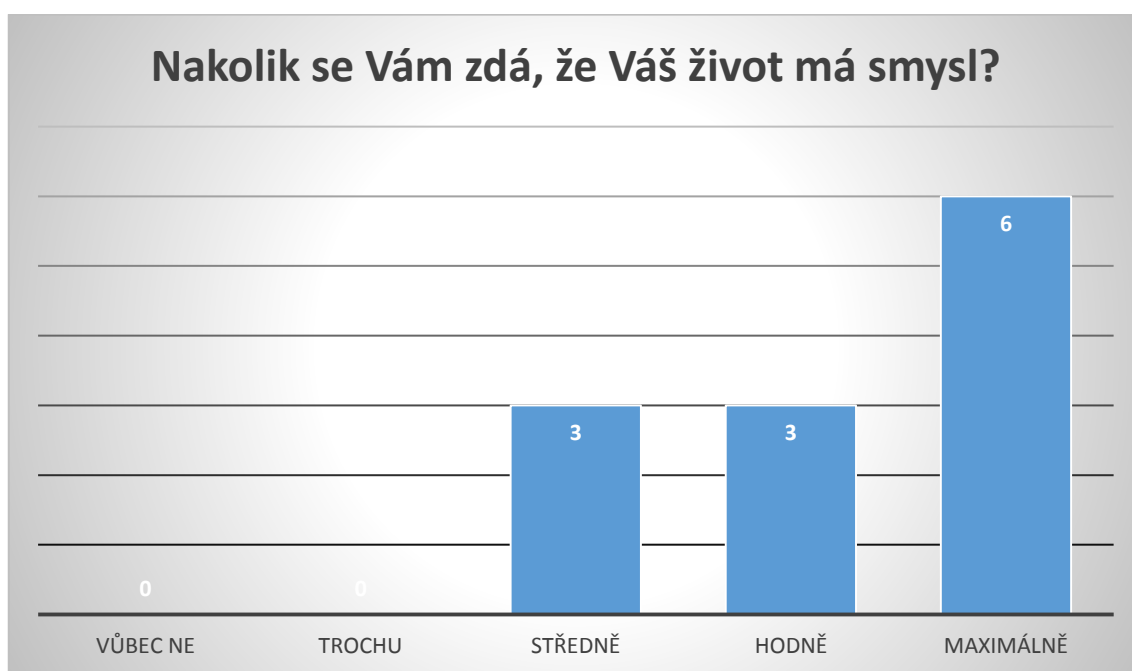
Výsledky otázky č. 6

Q6: Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?

Průměrný hrubý skór u hráčů volejbalu sedících: 4,25

Průměrný hrubý skór u běžné populace: 3,86

U otázky č. 6, která se zaměřuje na prožívání, hráči volejbalu sedících nejčastěji vybírali odpověď, že jejich život má smysl „maximálně“ (n = 6). Další dvě odpovědi mají stejné početní zastoupení (n = 3). Jsou to odpovědi, že jejich život má smysl „středně“ a „hodně“. Nikdo z respondentů neoznačil odpověď, že jejich život „nemá smysl vůbec“ a ani „trochu“. Při porovnání hráčů volejbalu sedících s běžnou populací je průměrný hrubý skór vyšší než u běžné populace (o 0,39 bodu). Konkrétně má hrubý skór u hráčů volejbalu sedících hodnotu 4,25 bodu a u běžné populace 3,86 bodu.



Graf č. 12: Výsledky otázky č. 6 u hráčů volejbalu sedících

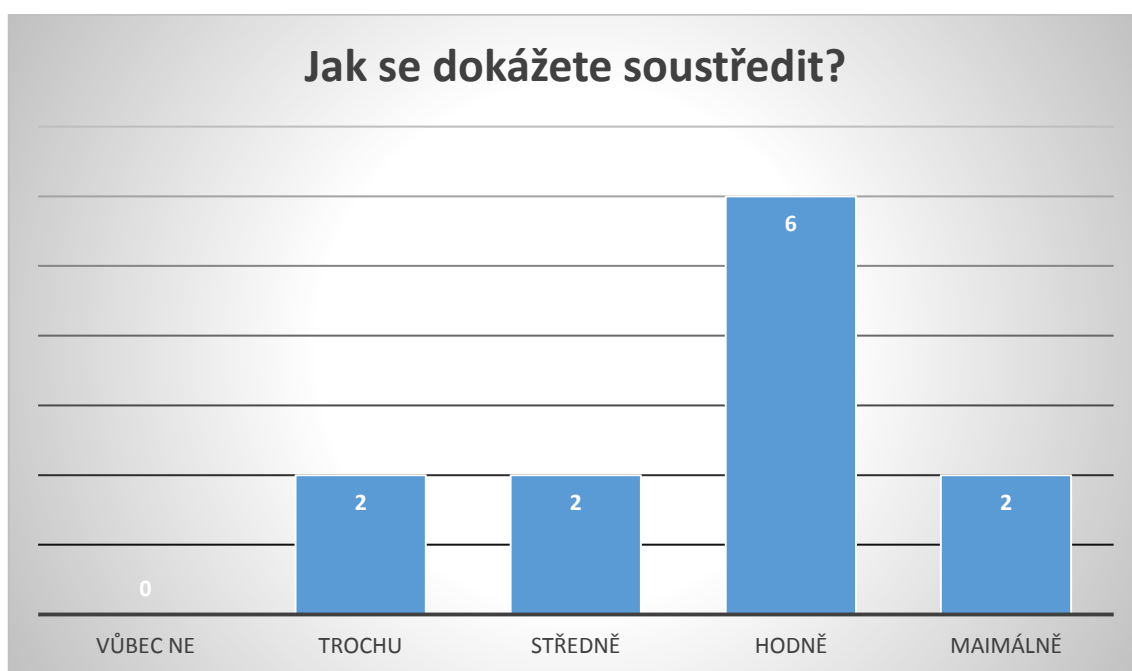
Výsledky otázky č. 7

Q7: Jak se dokážete soustředit?

Průměrný hrubý skór u hráčů volejbalu sedících: 3,67

Průměrný hrubý skór u běžné populace: 3,55

U otázky č. 7, která se blíže zaměřuje na oblast soustředění, hráči vybírali čtyři z pěti možných odpovědí (vůbec ne – maximálně). Pouze dva hráči jsou schopni se „maximálně“ soustředit. Šest hráčů se dokáže soustředit „hodně“. Dva hráči jsou schopni se soustředit „středně“ a dále dva hráči jsou schopni se soustředit „trochu“. Žádný z hráčů neoznačil jako svoji odpověď „vůbec ne“. V komparaci s běžnou populací je průměrný hrubý skór mírně vyšší než u běžné populace (o 0,12 bodu). Konkrétně hrubý skór u hráčů volejbalu sedících je 3,67 bodu a u běžné populace 3,55 bodu.



Graf č. 13: Výsledky otázky č. 7 u hráčů volejbalu sedících

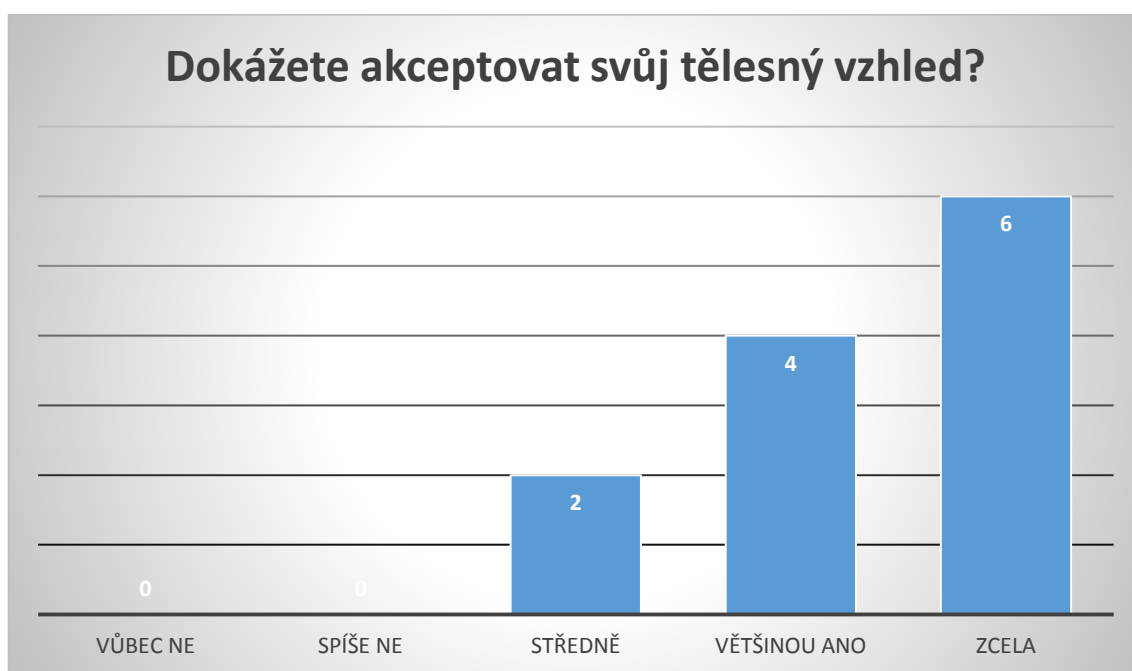
Výsledky otázky č. 11

Q11: Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?

Průměrný hrubý skór u hráčů volejbalu sedících: 4,33

Průměrný hrubý skór u běžné populace: 3,9

Nejčastější odpovědí na otázku č. 11, zda dokáží hráči volejbalu sedících akceptovat svůj tělesný vzhled, bylo, že hráči dokáží „zcela“ akceptovat svůj tělesný vzhled (n = 6). Dále čtyři hráči vybrali možnost, že „většinou“ dokáží akceptovat svůj vzhled (n = 4). Ve dvou případech dokáží přijmout svůj zevnějšek „středně“. Žádný z hráčů nevybral možnost „spíše ne“ ani „vůbec ne“. Při porovnání s běžnou populací je průměrný hrubý skór respondentů nepatrně vyšší (o 0,43 bodu). Konkrétně je hrubý skór u hráčů volejbalu sedících 4,33 bodu a u běžné populace 3,9 bodu.



Graf č. 14: Výsledky otázky č. 11 u hráčů volejbalu sedících

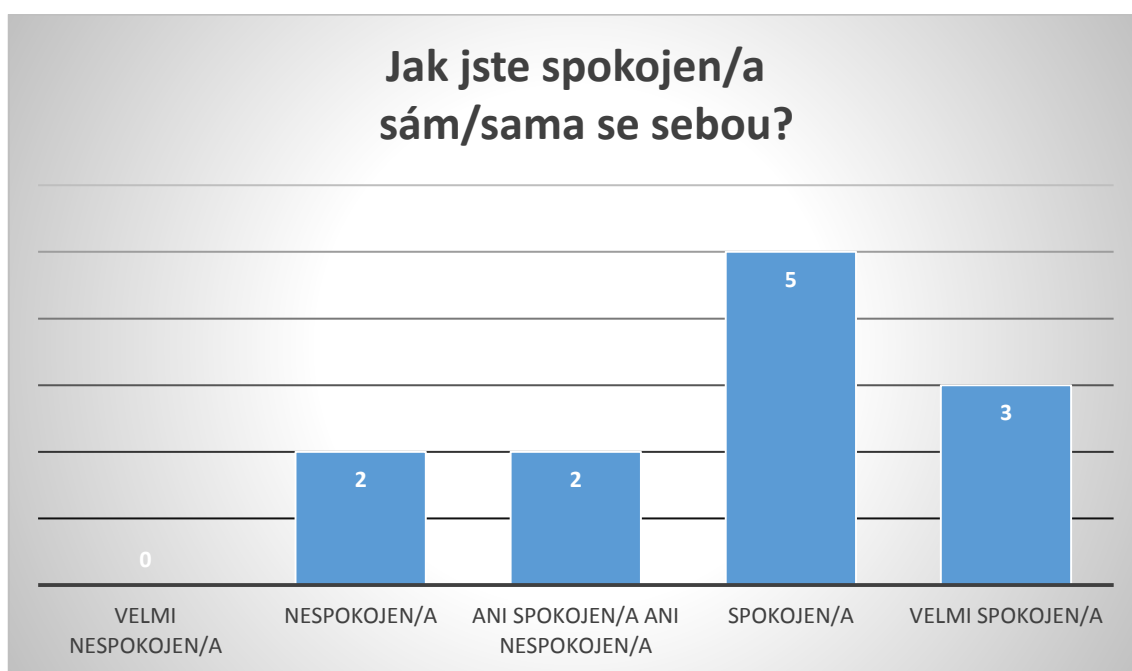
Výsledky otázky č. 19

Q19: Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?

Průměrný hrubý skór u hráčů volejbalu sedících: 3,75

Průměrný hrubý skór u běžné populace: 3,57

Otázka č. 19 je zaměřena na spokojenost sám se sebou. Hráči volejbalu sedících jsou převážně se sebou spokojeni. Tři uvedli, že jsou „velmi spokojeni“ a pět z nich uvedlo, že jsou „spokojeni“. Dva hráči se sebou nejsou „ani spokojeni ani nespokojeni“. A dále dva hráči se sebou „nejsou spokojeni“. Žádný z respondentů nevybral možnost, že je sám se sebou „velmi nespokojen“. Při porovnání s běžnou populací je průměrný hrubý skór respondentů nepatrně vyšší (o 0,18 bodu). Konkrétně je hrubý skór u hráčů volejbalu sedících 3,75 bodu a u běžné populace 3,57 bodu.



Graf č. 15: Výsledky otázky č. 19 u hráčů volejbalu sedících

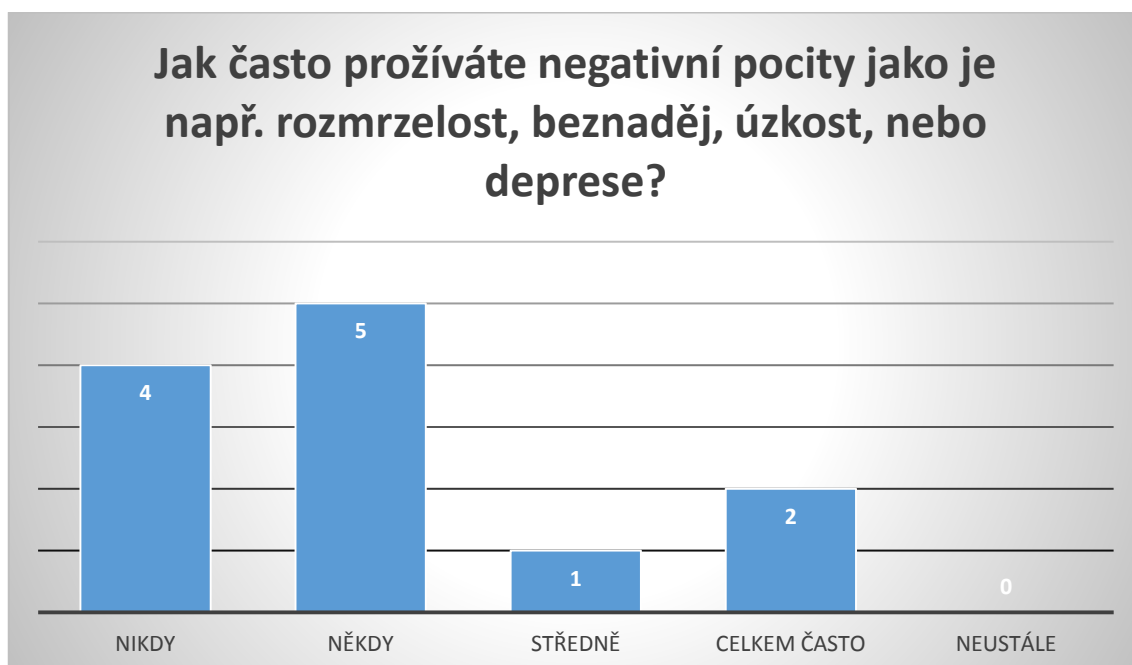
Výsledky otázky č. 26

Q26: Jak často prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost, nebo deprese?

Průměrný hrubý skóre u hráčů volejbalu sedících: 3,92

Průměrný hrubý skóre u běžné populace: 3,47

Otázka č. 26 má reverzní skórování, proto bylo nutné výsledek dotazníku odečíst od čísla 6, abychom získali průměrný hrubý skóre respondentů. Hráči volili čtyři různé odpovědi. Žádný z hráčů nevybral možnost, že prožívá negativní pocity „neustále“. Dva hráči vybrali možnost, že prožívají negativní pocity „celkem často“, jeden respondent zvolil odpověď, že prožívá negativní pocity „středně“ často. Nejvíce hráčů (n = 5) zvolilo odpověď, kdy prožívají negativní pocity „někdy“. Čtyři respondenti se ztotožnili s odpovědí, že negativní pocity „nezažívají“. V porovnání s běžnou populací je průměrný hrubý skóre u hráčů volejbalu sedících nepatrně vyšší než s porovnávaným vzorkem (o 0,45 bodu). Konkrétně je hrubý skóre u hráčů volejbalu sedících 3,92 bodu a u běžné populace 3,47 bodu.



Graf č. 16: Výsledky otázky č. 26 u hráčů volejbalu sedících

7 Výsledky doména č. 3 – sociální vztahy

Výsledky otázky č. 20

Q20: Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?

Průměrný hrubý skór u hráčů volejbalu sedících: 4,17

Průměrný hrubý skór u běžné populace: 3,75

Otázka č. 20 se řadí do oblasti sociálních vztahů, konkrétně se zabývá spokojeností s osobními vztahy (velmi nespokojen/a – velmi spokojen/a). Hráči volejbalu sedících nejčastěji vybírali odpověď, že jsou „velmi spokojeni“ se svými osobními vztahy (n = 6). Čtyři hráči jsou „spokojeni“ se svými osobními vztahy. Pouze dva hráči „nejsou spokojeni“. Žádný z hráčů si nevybral možnost „velmi nespokojen“ a také si nikdo nevybral odpověď „ani spokojen/a ani nespokojen/a“. V komparaci s běžnou populací je průměrný hrubý skór mírně vyšší než u běžné populace (o 0,45 bodu). Konkrétně hrubý skór u hráčů volejbalu sedících je 4,17 bodu a u běžné populace 3,75 bodu.



Graf č. 17: Výsledky otázky č. 20 u hráčů volejbalu sedících

Výsledky otázky č. 21

Q21: Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?

Průměrný hrubý skór u hráčů volejbalu sedících: 3,92

Průměrný hrubý skór u běžné populace: 3,64

Otázka č. 21 je zaměřena na spokojenost se sexuálním životem respondentů (velmi nespokojen/a – velmi spokojen/a). Hráči volejbalu sedících jsou se svým sexuálním životem „spokojeni“ (n = 4 velmi spokojeni, n = 5 spokojeni). Jeden dotazovaný vybral možnost „ani spokojen/a ani nespokojen/a“. Dva hráči volejbalu sedících zvolili odpověď „nespokojen/a“. Žádný z hráčů volejbalu sedících nevybral možnost „velmi nespokojen/a“. V komparaci s běžnou populací je průměrný hrubý skór mírně vyšší než u běžné populace (o 0,28 bodu). Konkrétně hrubý skór u hráčů volejbalu sedících je 3,92 bodu a u běžné populace 3,64 bodu.



Graf č. 18: Výsledky otázky č. 21 u hráčů volejbalu sedících

Výsledky otázky č. 22

Q22: Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?

Průměrný hrubý skór u hráčů volejbalu sedících: 4,25

Průměrný hrubý skór u běžné populace: 3,85

Otázka č. 22 je z oblasti sociálních vztahů. Respondenti zvolili v sedmi případech jako odpověď, že jsou „velmi spokojeni“ s podporou, kterou jim poskytují přátelé. Jeden hráč odpověděl, že je s podporou „spokojen“ a čtyři dotazovaní vybrali možnost „ani spokojen/a ani nespokojen/a“. Žádný z hráčů nevybral možnost „nespokojen/a“ ani „velmi nespokojen/a“. V komparaci s běžnou populací je průměrný hrubý skór mírně vyšší než u běžné populace (o 0,4 bodu). Konkrétně hrubý skór u hráčů volejbalu sedících je 4,25 bodu a u běžné populace 3,85 bodu.



Graf č. 19: Výsledky otázky č. 22 u hráčů volejbalu sedících

8 Výsledky domény č. 4 – prostředí

Výsledky otázky č. 8

Q8: Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?

Průměrný hrubý skór u hráčů volejbalu sedících: 3,5

Průměrný hrubý skór u běžné populace: 3,24

Respondenti vybrali u otázky č. 8 dvakrát možnost, že se „maximální“ cítí bezpečně ve svém každodenním životě. Odpověď „hodně“ vybralo pět hráčů volejbalu sedících. Možnost „středně“ bezpečně zvolili celkem tři dotazovaní. Jeden hráč označil odpověď, že se cítí „trochu“ bezpečně a dále jeden hráč odpověděl, že se „vůbec necítí“ bezpečně ve svém každodenním životě. V komparaci s běžnou populací je průměrný hrubý skór u hráčů volejbalu sedících o málo vyšší než u běžné populace (o 0,26 bodu). Konkrétně je hrubý skór u hráčů volejbalu sedících 3,5 bodu a u běžné populace 3,24 bodu.



Graf č. 20: Výsledky otázky č. 8 u hráčů volejbalu sedících

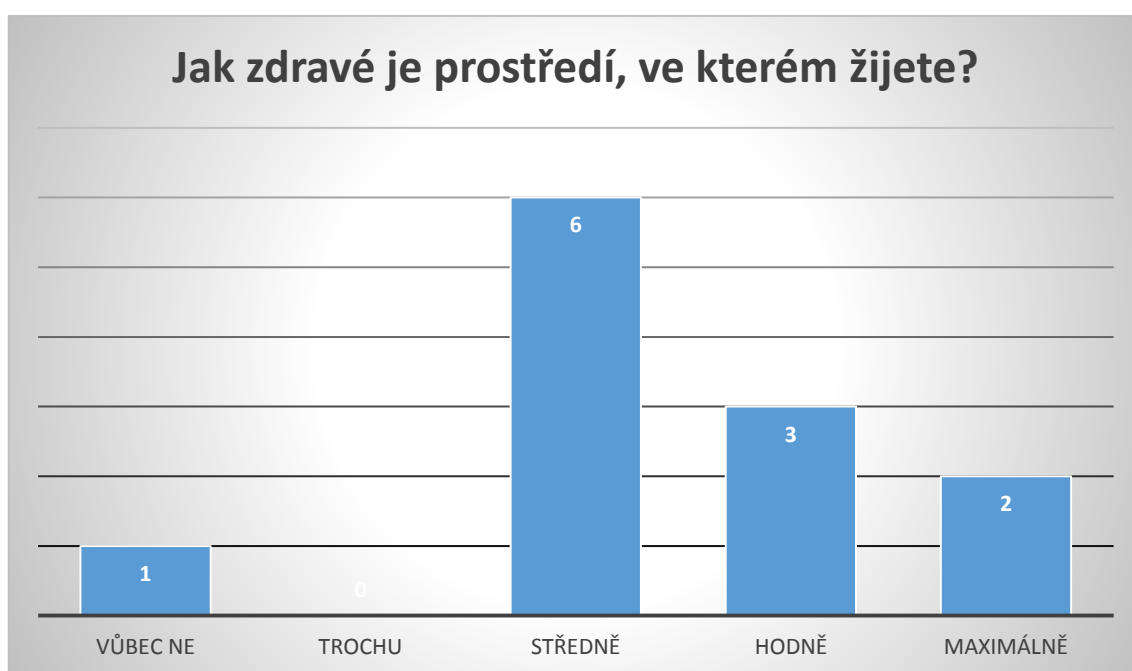
Výsledky otázky č. 9

Q9: Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?

Průměrný hrubý skór u hráčů volejbalu sedících: 3,42

Průměrný hrubý skór u běžné populace: 2,85

Otázka č. 9 se zaměřuje na to, jak moc je zdravé prostředí, ve kterém žijí dotazovaní. Nejvíce hráčů volejbalu sedících (n = 6) vybralo odpověď „středně“. Dále je nejvíce zastoupena možnost „hodně“ (n = 3). Dva hráči volejbalu sedících vybrali možnost „maximálně“ a jeden označil, že jeho prostředí „není vůbec“ zdravé. Žádný z dotazovaných nevybral možnost, že prostředí, ve kterém žije, je „trochu“ zdravé. V komparaci s běžnou populací je průměrný hrubý skór u hráčů volejbalu sedících o více jak půl bodu vyšší než u běžné populace (o 0,57 bodu). Konkrétně je hrubý skór u hráčů volejbalu sedících 3,42 bodu a u běžné populace 2,85 bodu.



Graf č. 21: Výsledky otázky č. 9 u hráčů volejbalu sedících

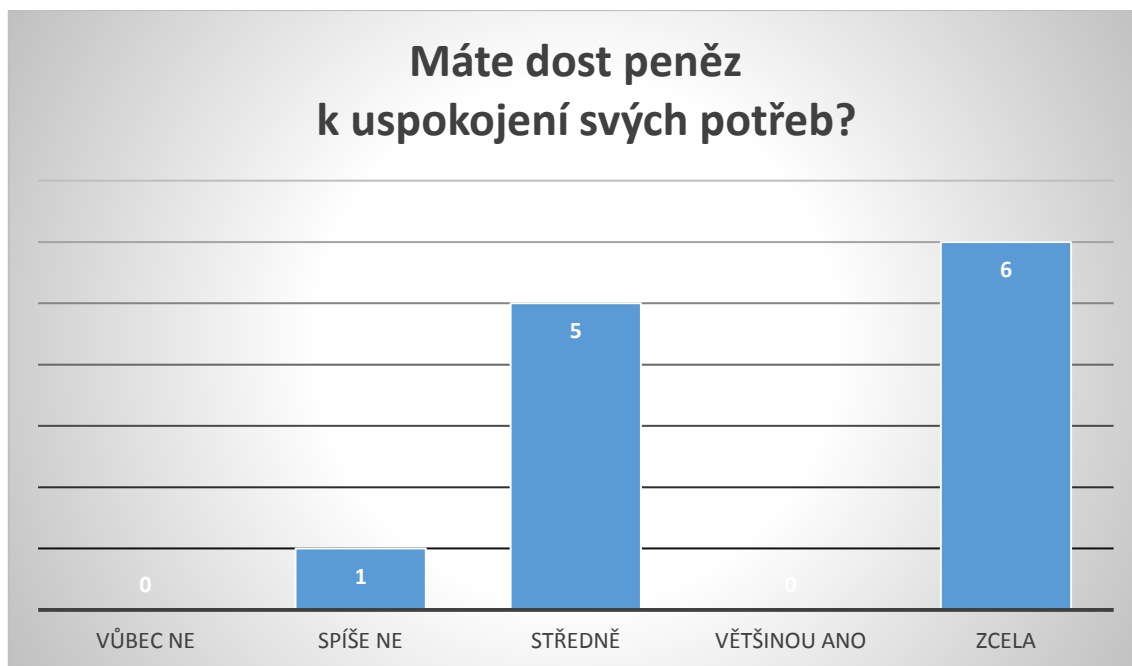
Výsledky otázky č. 12

Q12: Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?

Průměrný hrubý skóre u hráčů volejbalu sedících: 3,92

Průměrný hrubý skóre u běžné populace: 2,87

Další otázka se z oblasti prostředí zabývá finanční stránkou dotazovaných, konkrétně zda mají dost peněz k uspokojení svých potřeb. Šest respondentů odpovědělo, že mají „zcela“ dost peněz k uspokojení svých potřeb. Možnost „většinou ano“ si nevybral žádný hráč volejbalu sedících. Pět dotazovaných uvedlo, že mají „středně“ peněz k uspokojení svých potřeb. Pouze jeden respondent uvedl, že „spíše nemá“ dost peněz k uspokojení svých potřeb. Žádný z hráčů volejbalu sedících si nevybral možnost „vůbec ne“. V komparaci s běžnou populací je průměrný hrubý skóre u hráčů volejbalu sedících výrazně vyšší než u běžné populace (o 1,05 bodu). Konkrétně je hrubý skóre u hráčů volejbalu sedících 3,92 bodu a u běžné populace 2,87 bodu.



Graf č. 22: Výsledky otázky č. 12 u hráčů volejbalu sedících

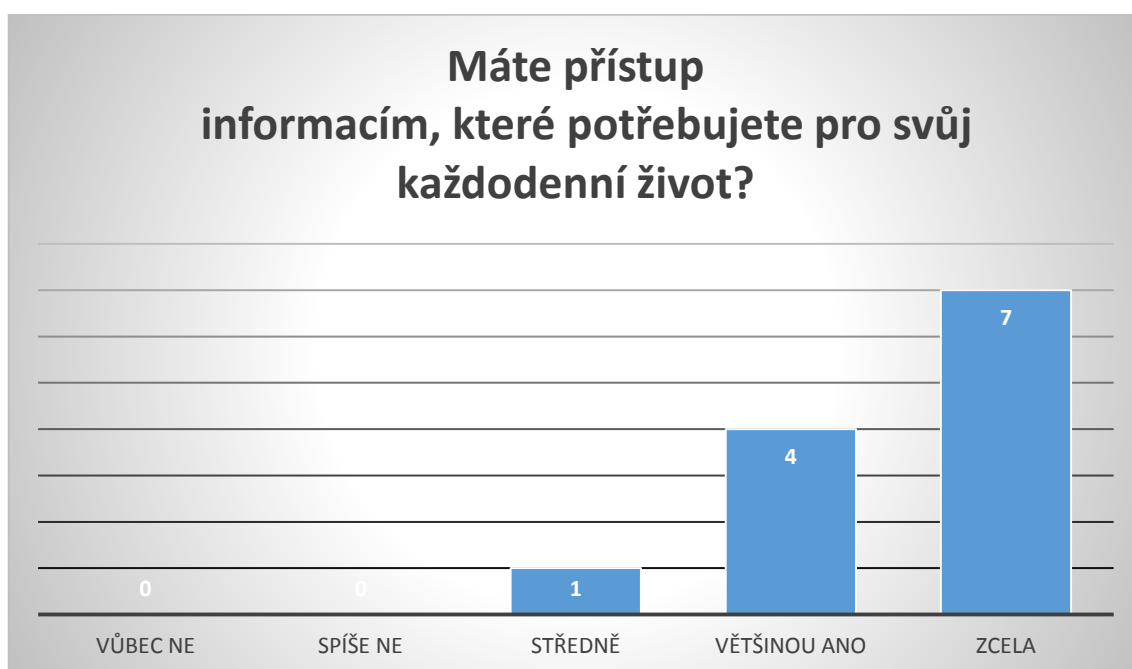
Výsledky otázky č. 13

Q13: Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?

Průměrný hrubý skór u hráčů volejbalu sedících: 4,5

Průměrný hrubý skór u běžné populace: 3,87

Hráči volejbalu sedících jsou spokojeni s přístupem k informačním technologiím pro jejich každodenní život. „Zcela“ je spokojeno sedm respondentů. Možnost „většinou ano“ vybrali čtyři respondenti. Pouze jeden vybral možnost, že jeho přístup k informacím je „středně“. Žádný z hráčů volejbalu sedících nevybral možnost „vůbec ne“ ani „spíše ne“. V porovnání s běžnou populací je průměrný hrubý skór u hráčů volejbalu sedících vyšší než s porovnávaným vzorkem (o 0,63 bodu). Konkrétně je hrubý skór u hráčů volejbalu sedících 4,5 bodu a u běžné populace 3,87 bodu.



Graf č. 23: Výsledky otázky č. 13 u hráčů volejbalu sedících

Výsledky otázky č. 14

Q14: Máte možnost věnovat se svým zálibám?

Průměrný hrubý skór u hráčů volejbalu sedících: 3,92

Průměrný hrubý skór u běžné populace: 3,33

Otázka č. 14 se zaměřuje na možnost věnování se svým zálibám (vůbec ne – zcela). Pouze tři hráči volejbalu sedících odpověděli, že se mohou „zcela“ věnovat svým koníčkům. Pět respondentů odpovědělo, že mají „většinou“ možnost věnovat se svým zálibám. Čtyři hráči volejbalu sedících odpověděli, že mají „střední“ možnost věnovat svým koníčkům. Žádný respondent si nevybral možnost, kdy se nemůže věnovat svým zálibám (n = 0 pro možnost „vůbec ne“; n = 0 pro možnost „většinou ne“). V porovnání s běžnou populací je průměrný hrubý skór u hráčů volejbalu sedících vyšší než s porovnávaným vzorkem (o 0,59 bodu). Konkrétně je hrubý skór u hráčů volejbalu sedících 3,92 bodu a u běžné populace 3,33 bodu.



Graf č. 24: Výsledky otázky č. 14 u hráčů volejbalu sedících

Výsledky otázky č. 23

Q23: Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?

Průměrný hrubý skór u hráčů volejbalu sedících: 4,42

Průměrný hrubý skór u běžné populace: 3,54

Otázka č. 23 spadá do oblasti prostředí a zabývá se se spokojeností s podmínkami v místě bydliště (velmi nespokojen/a – velmi spokojen/a). Hráči jsou převážně spokojeni s podmínkami v místě bydliště (n = 6 u odpovědi „velmi spokojen/a!“; n = 5 u odpovědi „spokojen/a“). Jeden hráč není „ani spokojen ani nespokojen“. Žádný z respondentů není „nespokojen“ ani „velmi nespokojen“ s podmínkami v místě, kde žije. V porovnání s běžnou populací je průměrný hrubý skór u hráčů volejbalu sedících vyšší než s porovnávaným vzorkem (o 0,88 bodu). Konkrétně je hrubý skór u hráčů volejbalu sedících 4,42 bodu a u běžné populace 3,54 bodu.



Graf č. 25: Výsledky otázky č. 23 u hráčů volejbalu sedících

Výsledky otázky č. 24

Q24: Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?

Průměrný hrubý skór u hráčů volejbalu sedících: 4

Průměrný hrubý skór u běžné populace: 3,7

Otázka č. 24 je zaměřena na spokojenost s dostupností zdravotní péče (velmi nespokojen/a – velmi spokojen/a). Čtyři respondenti jsou „velmi spokojeni“ s dostupností zdravotní péče. Pět hráčů volejbalu sedících je s dostupností zdravotní péče také „spokojeno“. Dva respondenti si vybrali možnost „ani spokojen ani nespokojen“. Jeden dotazující „není spokojen“ s dostupností zdravotní péče. Žádný z hráčů nevybral možnost, že by byl „velmi nespokojen“ s dostupností zdravotní péče. V komparaci s běžnou populací je průměrný hrubý skór u hráčů volejbalu sedících drobně vyšší než s porovnávaným vzorkem (o 0,3 bodu). Konkrétně je hrubý skór u hráčů volejbalu sedících 4 body a u běžné populace 3,7 bodu.



Graf č. 26: Výsledky otázky č. 24 u hráčů volejbalu sedících

Výsledky otázky č. 25

Q25: Jak jste spokojen/a s dopravou?

Průměrný hrubý skór u hráčů volejbalu sedících: 4,08

Průměrný hrubý skór u běžné populace: 3,19

Výsledky otázky č. 25, jenž je poslední z oblasti prostředí, jsou následující. Pět respondentů je „velmi spokojeno“ s dostupností dopravy. Tři hráči volejbalu sedících jsou „spokojeni“. Poslední čtyři hráči nejsou „ani spokojeni ani nespokojeni“. Žádný z dotazovaných nevybral možnost, že by byl „nespokojen“ nebo „velmi nespokojen“ s dostupností dopravy. V porovnání s běžnou populací je průměrný hrubý skór u hráčů volejbalu sedících vyšší než s porovnávaným vzorkem (o 0,89 bodu). Konkrétně je hrubý skór u hráčů volejbalu sedících 4,08 bodu a u běžné populace 3,19 bodu.



Graf č. 27: Výsledky otázky č. 25 u hráčů volejbalu sedících

VI. DISKUZE O VÝSLEDČÍCH

V úvodu diskuze o výsledcích diplomové práce pokládám za důležité uvést nejzávažnější faktory, které způsobily určité limitace výzkumu. Jde především o velikost a homogenitu výzkumného souboru, jenž s největší pravděpodobností nepokryla veškeré možnosti a ze kterých nelze vyvozovat jednoznačné a nevyvratitelné závěry. Dalším limitem mého výzkumu může být pravdivost odpovědí respondentů. Výsledky dotazníku Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF mají proto orientační vypovídající hodnotu a je pravděpodobné, že odvozené závěry neodhalují celou skutečnost o kvalitě života hráčů volejbalu sedících. Přestože mohou být výsledky výzkumného šetření zkreslené, podařilo se mi poodhalit některé zajímavé skutečnosti.

Z výzkumu vyplynulo, že kvalita života hráčů volejbalu sedících je na vyšší úrovni než u běžné populace, jelikož ve třech ze čtyř oblastí (prožívání, sociální vztahy a prostředí) dosáhli lepšího průměrného skóre než běžná populace. V oblasti prožívání dosáhl rozdíl mezi průměrným hrubým skórem 1,33 bodu, v oblasti sociálních vztahů 1,49 bodu a v oblasti prostředí byl rozdíl nejmarkantnější, a to 2,71 bodu. Pouze v oblasti fyzického zdraví je na tom lépe běžná populace, což vzhledem k tělesnému postižení respondentů nelze považovat za překvapivé. Tento rozdíl byl pouze 0,41 bodu.

V doméně fyzického zdraví měli hráči volejbalu sedících velmi podobný rozptyl hodnot (2,56) jako běžná populace (2,55). Tento výsledek hovoří o malé různorodosti odpovědí vzhledem k nízkému počtu respondentů, pokud ji budeme přirovnávat k běžné populaci. V ostatních doménách se hráči volejbalu sedících od sebe ve svých odpovědích lišili výrazněji než běžná populace (rozdíl směrodatných odchylek se pohyboval od 0,31 do 0,74).

Zajímavé je, že když měli hráči volejbalu sedících zhodnotit kvalitu svého života na stupnici 1–5 (1 – velmi špatná, 5 – velmi dobrá), šest respondentů označilo svou kvalitu života za velmi dobrou. Celkově se respondenti dostali na vyšší skór (hodnota 4,25) než běžná populace (hodnota 3,82). Tento výsledek koresponduje s výše zmíněnými hodnotami. Ale když hráči volejbalu sedících měli odpověď, jak moc jsou spokojeni se svým zdravím opět na stupnici 1–5 (1 – velmi nespokojen/a, 5 – velmi spokojen/a), dostali se v průměrném hrubém skóru na vyšší hodnotu (hodnota 4)

než běžná populace (hodnota 3,68). Tento výsledek se rozchází s výsledkem domény č. 1 fyzické zdraví. Pro potvrzení významných odlišností by však byla třeba statistická analýza, kterou v rámci tohoto šetření nebylo možné realizovat.

Z výše zmíněného vyplývá, že stanovená hypotéza č. 1 – *Kvalita života hráčů volejbalu sedících se bude významně lišit od kvality života běžné populace ve všech zkoumaných oblastech*, nemůže být potvrzena, přestože výsledky naznačují určité indicie o rozdílnosti.

V doméně fyzického zdraví bylo překvapující zjištění, že pěti respondentům nebrání vůbec bolest v tom, co potřebují dělat. Tento fakt ukazuje na to, že se i lidé po amputaci dolní končetiny nebo s vrozenou růstovou vadou nemusejí ohlížet na svůj handicap. Bohužel se u čtyř respondentů ukázalo, že jim bolest brání hodně v tom, co potřebují dělat. Do jisté míry to může být zapříčiněno fantomovými bolestmi, které jsou neustálou hrozbou u jedinců s amputací.

S bolestí souvisí i nutnost lékařské péče. Není divu, že lidé s amputací nebo vrozenými abnormalitami dolních končetin vyhledávají lékařskou pomoc častěji než běžná populace. Pokud se zamyslíme nad poúrazovou amputací v širším kontextu, zjistíme, že se lidem v průběhu času mění pahýl (např. propadají se jizvy), ale mění se i lidem, kteří o nohu přišli z důvodu vážné nemoci (např. atrofují svaly). Proto lidé vyhledávají neustále služby protetiky, který jim vyrábí nové lůžko na míru. Rozdíl v potřebnosti lékařské péče oproti běžné populaci není ale velký, jen 0,24 bodu.

K zamyšlení jsou i výsledky otázky ohledně možnosti nezávislosti respondentů. Velký vliv na kvalitu života má pohyblivost respondenta. Je tím myšlena schopnost dostat se z jednoho místa na druhé, pohybovat se doma, na pracovišti a dostat se k dopravnímu prostředku bez pomoci ostatních. Všichni hráči volejbalu sedících mají vhodné protetické pomůcky (protézy dolních končetin od nejnovějších umělých kolen – Genium, přes C- Leg až k protézám 3R80), které jim pomáhají být nezávislími na pomoci ostatních (devět hráčů se dokáže nezávisle pohybovat zcela nebo většinou ano). Pouze tři hráči zvolili jako svou odpověď, že se dokáží pohybovat středně. Tento fakt může být dán více okolnostmi, např. oboustrannou amputací, možnostmi dané protézy nebo věkem respondenta a uplynulou dobou od amputace).

Důležité je vyzdvihnout, že respondenti jsou spokojenější se svou schopností provádět každodenní činnost a se svým pracovním výkonem než běžná populace. Tento fakt dále souvisí s tím, že mají chuť do života a energii i na další nové aktivity, jako je například trávení volného času.

K zamyšlení je fakt, že se skóre porovnávaných výzkumných souborů v doméně fyzické zdraví liší jen velmi málo (o 0,41 bodu). Z takového výsledku lze usuzovat, že hráči volejbalu sedících se se svým handicapem dokázali vyrovnat a nepovažují své fyzické zdraví za nepřekonatelnou překážku. Pravděpodobně si uvědomují své omezení pohybu způsobené absencí části dolní končetiny, ale dokáží si vážit toho, že i přesto jsou schopni pohybu a tudíž nepovažují fyzické zdraví za výrazně podprůměrné. Navíc není toto tvrzení ojedinělé. Titl (2010) dokonce dospěl k závěru, že dle stejného typu dotazníku jsou lidé s amputací spokojenější se svým fyzickým zdravím, než běžná populace (o 0,16 bodu).

Oblast prožívání ohodnotili hráči volejbalu sedících lépe (16,11), než běžná populace (14,78). Hypotézu č. 2 - *Předpokládám, že hráči volejbalu sedících budou mít horší průměrný skóre v oblasti prožívání oproti běžnému populačnímu průměru*, se těmito výsledky podařilo vyvrátit. Ačkoliv dle Dragomirecké (Dragomirecká, Bartoňová, 2006) dosavadní výzkumy prokazují, že hodnocení kvality života u pacientů s dlouhodobým somatickým onemocněním bývá podstatně ovlivněno přítomností depresivní symptomatiky.

Důležitou součástí dotazníku je i analýza, jestli respondent prožívá příjemné pocity spokojenosti, harmonie, klidu, štěstí, naděje, radosti a potěšení z dobrých věcí a zda se má na co těšit v budoucnosti. Na otázku „jak Vás těší život“ odpověděla dokonce polovina respondentů, že maximálně. Je to až obdivuhodné, když se zamyslíme na tím, čím vším si respondent musel projít díky svému somatickému handicapu. Proto jsou překvapující výsledky i další otázky, která se zaměřuje na negativní pocity jako je rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese, kdy průměrný hrubý skóre u hráčů volejbalu sedících (hodnota 3,92) je vyšší než u běžné populace (hodnota 3,47).

Je zajímavé, že hráči volejbalu sedících dokáží akceptovat svůj zevnějšek v takové míře. Šest respondentů je se svým vzhledem zcela spokojeno a čtyři hráči volejbalu sedících ho dokáží většinou přijmout. Tento fakt je důležitý, protože má vliv na psychiku

jedince. Průměrný hrubý skór je vyšší o 0,43 bodu oproti běžné populaci. Z tohoto výsledku můžeme usuzovat, že hráči nevidí překážku ve svém zevnějšku a jsou se svým vzhledem převážně spokojeni.

Tyto výsledky potvrzuje i výzkum Titla (2010), u kterého dosáhla hodnota domény prožívání 16,83. Ćorić (2013) naopak dospěl ve své studii k závěru, že hráči volejbalu sedících jsou v oblasti prožívání více nespokojeni než běžná populace. Vzhledem k tomu, že výzkumný soubor Ćoriće byli váleční veteráni, zhoršený duševní stav lze přisoudit vystavení válečným stresorům

Hypotéza č. 3 - *Sociální vztahy hráčů volejbalu sedících budou ve většině případů kvalitnější (hodnocené vyšším skórem) než běžný populační průměr*, byla potvrzena. Průměrný hrubý skór hráčů volejbalu sedících byl v devíti případech vyšší než porovnávané populace (hodnota 14,98).

Hráči volejbalu sedících hodnotili své osobní vztahy převážně kladně. Může to být dáno tím, že více než polovina hráčů volejbalu sedících žije v manželství nebo partnerském svazku a cítí lásku a podporu od svého protějšku a rodiny. Sedm respondentů je velice spokojeno s podporou, kterou jim přátelé poskytují. Vědí, že se v případě vážných situací na své nejbližší mohou obrátit.

Z výzkumu vyplývá, že charakter postižení nijak nenarušuje sociální vazby lidí. Naopak by se dalo říci, že blízké okolí handicapovaných se více semkne a je nápomocno. Rodina a dobří přátelé hrají v resocializaci významnou roli, jak potvrzuje Franková (2016) ve svém výzkumu. Dle výzkumů autorů Bagarić (2016), Ćorić (2013), kteří zkoumali kvalitu života chorvatských hráčů volejbalu sedících, je zapojení do pravidelného tréninku stěžejním faktorem ovlivňujícím sociální vztahy. Dle jejich výzkumů je to pro respondenty hlavním důvodem, proč organizovaný sport provozují. Svoboda (2015) zkoumal také kvalitu života u sportovců s handicapem. Jednalo se o hráče goalballu se zrakovým postižením. Zajímavostí může být, že zrakově postižení sportovci mají také subjektivně vyšší kvalitu života než běžná populace, a to výrazně v oblasti sociálních vztahů. Z několika výzkumů tedy vyplývá, že pokud se lidé s handicapem začnou věnovat sportovním volnočasovým aktivitám, nepochybně to zlepší jejich sociální vztahy. Z práce Čížkové (2007) ovšem vyplývá, že většina respondentů s tělesným postižením nepovažuje koníčky za nezbytné. Jak tvrdí Bagarić (2016) a Ćorić (2013),

hlavní úlohu ve vedení lidí s tělesným postižením ke sportu, hrají jejich přátelé, kteří je zpravidla ke sportu přivedou. Bohužel povědomí o možnostech volnočasových aktivit pro handicapované je ve společnosti stále nízké, a tak procento lidí s amputací, kteří se věnují sportovním aktivitám, je obecně nízké (Bagarić, 2016).

Oblastí, kde dosáhlo hodnocení nejvyššího rozdílu od běžné populace, je prostředí. Hráči volejbalu sedících ho ohodnotili na 16,01 bodu na rozdíl od běžné populace, která dosáhla skóre 13,3 bodu.

Velmi překvapující byly výsledky otázky spojené s dopravou. Přestože výsledek naznačuje, že hráči volejbalu sedících jsou s dopravou výrazně spokojenější než běžná populace o 0,89 bodu, očekávala bych hodnotu ještě vyšší, jelikož jedenáct hráčů volejbalu sedících vlastní osobní automobil, který můžou řídit (speciální úpravy automatické spojky či ruční řízení). Na základě této informace jsem přepokládala, že je pro respondenty dostupné a snadné používat dopravní prostředek a tím pádem být i spokojenější s dopravou.

Zajímavé jsou výsledky v oblasti zájmové a rekreační činnosti. Pouze tři hráči volejbalu sedících uvedli, že se mají možnost věnovat svým zálibám zcela. Pět respondentů uvedlo, že většinou mohou provozovat koníčky a čtyři dotazovaní, že mohou středně. Je pravděpodobné, že tato otázka bude úzce souviset s další, a to s dostatkem financí pro uspokojení svých potřeb, kde pouze šest respondentů je spokojeno s finanční stránkou zcela a pět je spokojeno pouze středně. Možnost věnovat se aktivně sportování přináší velkou finanční zátěž, protože je většinou nutné speciální vybavení (lyžařské protézy ProCarve, sportovní vozíky) a dostupnost vybrané sportovní aktivity. Například k volejbalu sedících nejsou potřeba žádné speciální pomůcky, ale problém může být dojezdová vzdálenost, protože zatím se dá hrát jen v Praze a v Brně.

Franková (2016) i Vilímková (2010) se shodují, že pro lidi s amputací dolní končetiny je důležité používání protetických pomůcek. Protézy, kromě pohybu, který člověku umožňují, také do značné míry dokáží zakrýt handicap. V běžném životě se na ulici člověk s amputací nijak neliší od ostatních, což mu umožňuje cítit se bezpečně a komfortně, jak potvrzuje otázka č. 8, kde respondenti uvedli, že se v každodenním životě cítí hodně bezpečně.

VII. ZÁVĚR A DOPORUČENÍ

Diplomová práce se detailně zabývala volejbalem sedících dopodrobna a analýzou kvality života hráčů volejbalu sedících na území České republiky. Cílem bylo shrnout veškeré poznatky o historii tohoto sportu až po současnost, jelikož novodobá historie zatím nikde zaznamenána nebyla. Dále jsou v práci uvedeny zastřešující organizace a jejich cíle a vize do budoucna s ohledem na naše reprezentanty. Jedna kapitola se věnovala i pravidlům volejbalu sedících. Některá uvedená pravidla jsou platná pro volejbal obecně, jiná platí jen pro volejbal sedících. V diplomové práci je názorně vysvětlen aktuální klasifikační systém a také všechny náležitosti, které obnáší.

Druhá část práce byla zaměřena na zdraví a kvalitu hráčů volejbalu sedících. Zabývala se pojmem zdraví a také kvality života. Součástí teoretické části byl pohled na kvalitu života z hlediska sociálního, psychického ale i sportovního. Diplomová práce uvádí i základní metody měření kvality života a vybraná výzkumná šetření zaměřená na sport handicapovaných, přednostně na zahraniční výzkumy z oblasti volejbalu sedících.

Z výzkumu vyplynulo, že kvalita života hráčů volejbalu sedících je na vyšší úrovni než u běžné populace, jelikož ve třech ze čtyřech oblastí dosáhli lepšího průměrného skóre. Pouze v oblasti zdraví dosáhli o 0,41 bodu horšího průměrného skóre než běžná populace. Vzhledem k somatickému handicapu tento výsledek nemůžeme považovat za překvapivý. Pokud ale vezmeme v úvahu výsledek samostatné otázky, která má hodnotit celkové zdraví, dojdeme k závěru, že respondenti jsou se svým celkovým zdravím spokojenější než běžná populace (o 0,32 bodu). K největším rozdílům oproti zdravé populaci došlo v doméně prožívání, kdy se výsledky lišily až o 2,71 bodu.

V průběhu své další trenérské kariéry (hlavní trenér reprezentace mužů a týmu SK Kometa Praha) bych si ráda doplňovala své vzdělání v této problematice, ať už formou zahraničních publikací, webových stránek Paravolley nebo trenérským školením. Bohužel v České republice není možnost se dále v této problematice vzdělávat z důvodu nedostatečné literatury a také úplné absence trenérského školení. Vhodným řešením by bylo navázání užší spolupráce s Paravolley Europe, který by mohl začít pořádat školení i v České republice. V současné době se uvažuje nad možností pořádání Mistrovství Evropy skupiny „B“, které by mohlo pomoci rozvoji volejbalu sedících u nás.

POUŽITÁ LITERATURA

1. BAGARIĆ, K., TUDOR, A., RUŽIĆ, L. Sitting volleyball and some aspects of the quality of life in athletes with disabilities. *Croatian Sport Medicine Journal* 2016, vol. 31, s. 70 – 78
2. BENCE, L., PYŠNÝ, L. *Kvalita života*. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně, Ústav zdravotnických studií, 2007. Acta Universitatis Purkynianae. ISBN 978-80-7414-045-7
3. BÖRJESSON, M., ASSANELLI, D., CARRÉ, F., DUGMORE, D., PANHUYZEN-GOEDKOOPT, N. M., SEILER, CH., SENDEN, J., SOLBERG, E. E., 2006, ESC Study Group of Sports Cardiology: recommendations for participation in leisure-time physical activity and competitive sports for patients with ischaemic heart disease. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, vol. 13, No. 2, s. 137 – 149
4. BROZMANOVÁ, B. *Ortopedická protetika: učebnice pro středné zdravotnícké školy, odbor ortopedický protetik*. Martin: Osveta, 1990. Učebnice pro středné zdravotnícké školy. ISBN 80-217-0133-1
5. BUCHTEL, J. *Teorie a didaktika volejbalu*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2006, 194 s. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 80-246-1011-6
6. BUCHTEL, J., KŮTOVÁ, K. Volejbal pro osoby se specifickými potřebami. *Tělesná výchova a sport mládeže*. Praha: Fakulta tělesné výchovy a sportu, 2013, č. 3. ISSN 1210-7689, s. 38 – 41. (a)
7. BUCHTEL, J., KŮTOVÁ, K. Volejbal pro osoby se specifickými potřebami. *Tělesná výchova a sport mládeže*. Praha: Fakulta tělesné výchovy a sportu, 2013, č. 4. ISSN 1210-7689, s. 32 – 40. (b)
8. CESTA ZA SNEM. Home. Cestazasnem.cz [online]. ©2019 [cit.2019-07-14]. Dostupné z: <https://www.cestazasnem.cz/>
9. ČORIC, O., LJUBOTINA, D. Kvaliteta života ratnih vererana s tjelesnim invaliditetom koji igraju sjedeću odbojku. *Ljetopis socijalnong rada* 2013, vol 20, No. 3, s. 387 – 414
10. CUMMINS, R., A. *Comprejensive quality of life seale-scholl version*. Melbourne: 1997. School of psychology, Deakin University
11. ČAKRT, M. *Typologie osobnosti: přátelé, milenci, manželé, dospělí a děti*. Praha: Management Press, 2004. ISBN 80-7261-112-7

12. DAŘOVÁ, K. *Klasifikace pro výkonnostní sport zdravotně postižených*. Praha: Karolinum, 2008, 89 s. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 978-802-4615-202
13. DRAGOMIRECKÁ, E. *SQUALA: Subjective quality of life analysis : příručka pro uživatele české verze Dotazníku subjektivní kvality života SQUALA*. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 80-85121-47-6
14. DRAGOMIRECKÁ, E., BARTOŇOVÁ, J., *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100 Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2006
15. DRAGOMIRECKÁ, E., ŠKODA, C. Měření kvality života v sociální psychiatrii. *Česká a Slovenská psychiatrie* 1997, vol. 93 No. 2, s. 25 – 27
16. FRANKOVÁ, R. *Začlenění pacienta po traumatické amputaci dolní končetiny do běžného života*. Plzeň: 2016, 104s. Bakalářská práce na Západočeské univerzitě v Plzni. Vedoucí práce: Mgr. Pavel Wanka
17. GURKOVÁ, A. *Hodnocení kvality života pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 223 s. ISBN 978-247-3625-9
18. HROUDA, T. *Fenomén sportu v životní dráze člověka s tělesným postižením*. Olomouc: 2004. Disertační práce, Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta tělesné kultury, Olomouc
19. HULVOVÁ, P. *Návrat člověka po amputaci dolní končetiny do společnosti*. Praha: 2010, 118s. Magisterská práce na UK FTVS. Vedoucí práce: Doc. PhDr. Pavel Strnad, CSc.
20. CHARALAMPOS, S. SILVA, C. F., KUDLACEK, M. When sitting becomes sport: Life stories in sitting volleyball. *European Journal of Adapted Physical Activity* 2015, vol. 8, No. 1, s. 30 – 44
21. INTERNATIONAL PARALYMPIC COMMITTEE. *Classification*. Paralympic.org [online]. ©2015 [cit.2019-07-03]. Dostupné z: <https://www.paralympic.org/classification>
22. INTERNATIONAL PARALYMPIC COMMITTEE. *Athlete Classification Code Rules, Policies, and Procedures for Athlete Classification*. International Paralympic Committee: 2015, 21 s. [online]. ©2019 [cit.2019-07-02]. Dostupné z:

https://m.paralympic.org/sites/default/files/document/151218123255973_2015_12_17+Classification+Code_FINAL.pdf

23. JEŠINA, O., HAMŘÍK, Z. *Podpora aplikovaných pohybových aktivit v kontextu volného času*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 978-80-244-2946-5
24. KÁBELE, J. *Sport vozíčkářů*. Praha: Olympia, 1992. ISBN 80-7033-233-6
25. KALFAŘ, M., KŮTOVÁ, K. *Volleyslide. Aplikované pohybové aktivity v teorii a praxi*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. č. 5. ISSN 1804-4204
26. *Kapitoly z teorie a didaktiky aplikované tělesné výchovy*. 1. vyd. Editor Vlasta Karásková. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005, 134 s. Sborníky (Univerzita Palackého). ISBN 80-244-1078-8
27. KAPLAN, O. *Volejbal: technika, pravidla, herní systémy, průpravná cvičení*. Praha: Grada, 1999. ISBN 8071697621
28. KIRCHNER, J. *Emotivní pohybové aktivity jako součást kvality života*. Ústí nad Labem: Ediční středisko PP UJEP, 2007
29. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0179-0
30. KUČERA, M., DYLEVSKÝ, I. *Sportovní medicína*. 1. vyd. Praha: Grada Pub. 1999. 280 s. ISBN 80-716-9725-7
31. KUDLÁČEK, M. *Aplikované pohybové aktivity pro osoby s tělesným postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007, 124 s. ISBN 978-802-4416-557
32. KUDLÁČEK, M. *Aplikované pohybové aktivity osob s tělesným postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3938-9
33. KUDLÁČEK, M., JEŠINA, O. *Integrovaná tělesná výchova, rekreace a sport*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-39-64-8
34. KŮTOVÁ, K., *Volejbal pro osoby se specifickými potřebami*. Praha: 2013, 58s. Bakalářská práce na UK FTVS. Vedoucí práce: Doc. PhDr. Jaroslav Buchtel, CSc.
35. LEHNERT, M. *Sportovní trénink I*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. ISBN 978-80-244-4330-0
36. MACH, J. Stereotypy v postojích k lidem s handicapem. *Zpravodaj Národního centra podpory transformace sociálních služeb*. Praha: MPSV ČR, 2018, č. 13, s. 1 – 2

37. MACHOVÁ, V. *Recenze psychodiagnostické metody*. Masarykova univerzita, 2014, s. 7
38. NO FOOT NO STRESS. Home. Nofoot.cz [online]. ©2019 [cit.2019-07-14].
Dostupné <http://www.nofoot.cz/titulni-stranka/>
39. OPATŘILOVÁ, D. a kol. *Somatopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2007, 123 s. ISN 978-7315-137-9
40. PARAVOLLEY EUROPE. Home. Paravolleyeurope.eu [online]. ©2019 [cit.2019-07-02]. Dostupné z: <http://www.paravolley.eu/>
41. *Světový antidopingový kodex: Antidopingový program ČOV*. Praha: Český olympijský výbor, 2009, 267 s. Olympijská knihovnička (Český olympijský výbor)
42. SLOVÁČEK, L. Kvalita života nemocných – jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby. *Vojenské listy* 2004, vol. 73 No. 1, s. 6 – 8
43. TITL, Z. *Vliv sportovních aktivit u osob s poúrazovou amputací (transfemorální) na kvalitu života v kontextu ucelené rehabilitace*. Olomouc: 2010. 127s. Diplomová práce, Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta tělesné kultury. Vedoucí diplomové práce Mgr. Amr Mohamed Zaki Zaatar, PhD.
44. VAŽUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3754-7
45. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008. ISBN 978807367414
46. VELKÝ LÉKAŘSKÝ SLOVNÍK. Home. Lekarske.slovniky.cz [online]. ©2019 [cit.2019-07-04]. Dostupné z: <http://lekarske.slovniky.cz/>
47. VOLEJBAL VSEDĚ. Home. Volejbalvsede.cz [online]. ©2017 [cit.2019-07-02]. Dostupné z: <http://www.volejbalvsede.cz>
48. WIKIPEDIE. Sitting volleyball.com [online]. ©2019 [cit.2019-07-03]. Dostupné z: http://en.wikipedia.org/wiki/Sitting_volleyball
49. WIŚNIEWSKA, M., TASIEMSKI, T., BAUERFEIND, J. Athletic Identity Assessment in Disabled Sitting Volleyball Players. *Physiotherapy* 2012, vol. 20, No. 1, s. 10 – 19
50. WORLD HEALTH ORGANISATION. *Promoting Physical Activity and Active Living in Urban Environments*. Geneva: 2006
51. WORLD HEALTH ORGANISATION. *WHO Global strategy on diet, physical activity and health: European regional consultation meeting report*. Copenhagen: 2003

52. WORLD PARAVOLLEY. *Classification rules*. World Paravolley: 2018, 77 s. [online]. ©2019 [cit.2019-07-02]. Dostupné z: <http://www.worldparavolley.org/wp-content/uploads/2018/01/World-ParaVolley-Classification-Rules-Jan2018.pdf>
53. WORLD PARAVOLLEY. Home. Worldparavolley.org [online]. ©2019 [cit.2019-07-03]. Dostupné z: <http://www.worldparavolley.org/>
54. WORLD PARAVOLLEY. *Official sitting volleyball rules*. 2017-2020. World Paravolley: 2017, 54 s. [online]. ©2019 [cit.2019-07-02]. Dostupné z: <http://www.paravolley.eu/wp-content/uploads/2014/04/SITTING-Volleyball-Rules-2017-2020.pdf>
55. WORLD PARAVOLLEY. *Qualification – Team Slots*. World Paravolley: 2018, 1 s. [online]. ©2019 [cit.2019-07-02]. Dostupné z: <http://www.worldparavolley.org/wp-content/uploads/2017/11/2018-WC-Qualification-Table.pdf>
56. ZOELLER, R. F. Physical Activity and Fitness in the Prevention of Coronary Heart Disease and Associated Risk Factors. *American Journal of Lifestyle Medicine* 2007, vol. 1, No. 1, s. 29 – 33

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Seznam tabulek.....	II
Příloha č. 2: Seznam obrázků.....	III
Příloha č. 3: Seznam grafů.....	IV
Příloha č. 4: Dotazník WHOQOL-BREF.....	VI
Příloha č. 5: Informovaný souhlas.....	XI

Příloha č. 1: Seznam tabulek

Tabulka č 1: Výsledky paralympijských her – muži.....	18
Tabulka č 2: Výsledky paralympijských her – ženy.....	18
Tabulka č. 3: Výsledky světových šampionátů – muži.....	19
Tabulka č. 4: Výsledky světových šampionátů – ženy.....	19
Tabulka č. 5: Výsledky Evropských šampionátů – muži.....	20
Tabulka č. 6: Výsledky Evropských šampionátů – ženy.....	21
Tabulka č. 7: Četnostní a procentuální zastoupení hráček a hráčů	41
Tabulka č. 8: Nejvyšší ukončené vzdělání hráčů volejbalu sedících.....	42
Tabulka č. 9: Rodinný stav hráčů volejbalu sedících.....	42
Tabulka č. 10: Přehled domén a položek dotazníku WHOQOL-BREF.....	43
Tabulka č. 11: Celkové výsledky WHOQOL-BREF.....	46
Tabulka č. 12: Směrodatné odchylky.....	48

Příloha č. 2: Seznam obrázků

Obrázek č. 1: Sitting Comet – 4. ročník mezinárodního turnaje.....	21
Obrázek č. 2: Volejbalové hřiště.....	22

Příloha č. 3: Seznam grafů

Graf č. 1: Porovnání skóre u hráčů volejbalu sedících a běžné populace.....	47
Graf č. 2: Výsledky otázky č. 1 u hráčů volejbalu sedících.....	48
Graf č. 3: Výsledky otázky č. 2 u hráčů volejbalu sedících.....	49
Graf č. 4: Výsledky otázky č. 3 u hráčů volejbalu sedících.....	50
Graf č. 5: Výsledky otázky č. 4 u hráčů volejbalu sedících.....	51
Graf č. 6: Výsledky otázky č. 10 u hráčů volejbalu sedících.....	52
Graf č. 7: Výsledky otázky č. 15 u hráčů volejbalu sedících.....	53
Graf č. 8: Výsledky otázky č. 16 u hráčů volejbalu sedících.....	54
Graf č. 9: Výsledky otázky č. 17 u hráčů volejbalu sedících.....	55
Graf č. 10: Výsledky otázky č. 18 u hráčů volejbalu sedících.....	56
Graf č. 11: Výsledky otázky č. 5 u hráčů volejbalu sedících.....	57
Graf č. 12: Výsledky otázky č. 6 u hráčů volejbalu sedících.....	58
Graf č. 13: Výsledky otázky č. 7 u hráčů volejbalu sedících.....	59
Graf č. 14: Výsledky otázky č. 11 u hráčů volejbalu sedících.....	60
Graf č. 15: Výsledky otázky č. 19 u hráčů volejbalu sedících.....	61
Graf č. 16: Výsledky otázky č. 26 u hráčů volejbalu sedících.....	62
Graf č. 17: Výsledky otázky č. 20 u hráčů volejbalu sedících.....	63
Graf č. 18: Výsledky otázky č. 21 u hráčů volejbalu sedících.....	64
Graf č. 19: Výsledky otázky č. 22 u hráčů volejbalu sedících.....	65
Graf č. 20: Výsledky otázky č. 8 u hráčů volejbalu sedících.....	66
Graf č. 21: Výsledky otázky č. 9 u hráčů volejbalu sedících.....	67
Graf č. 22: Výsledky otázky č. 12 u hráčů volejbalu sedících.....	68
Graf č. 23: Výsledky otázky č. 13 u hráčů volejbalu sedících.....	69
Graf č. 24: Výsledky otázky č. 14 u hráčů volejbalu sedících.....	70
Graf č. 25: Výsledky otázky č. 23 u hráčů volejbalu sedících.....	71

Graf č. 26: Výsledky otázky č. 24 u hráčů volejbalu sedících.....	72
Graf č. 27: Výsledky otázky č. 25 u hráčů volejbalu sedících.....	73

KVALITA ŽIVOTA DOTAZNÍK SVĚTVÉ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE

WHOQOL-BREF (krátká verze)

INSTRUKCE

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

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

	vůbec ne 1	troc hu 2	středně 3	hod ně ④	maximál ně 5
Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?					

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

	vůbec ne ①	troc hu 2	středně 3	hod ně 4	maximál ně 5
Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?					

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

Příloha č. 4: Dotazník WHOQOL-BREF – 2. část

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

1. Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života?	Velmi špatná	Špatná	Ani špatná ani dobrá	Dobrá	Velmi dobrá
	1	2	3	4	5

2. Jak jste spokojen/á se svým zdravím?	Velmi nespokojen/a	Nespokojen/a	Ani spokojen/a ani nespokojen/a	Spokojen/a	Velmi spokojen/a
	1	2	3	4	5

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

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

Příloha č. 4: Dotazník WHOQOL-BREF – 3. část

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

		Vůbec ne	Spíše ne	Středně	Většino u ano	Zcela
10.	Máte dost energie pro každodenní život?	1	2	3	4	5
11.	Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?	1	2	3	4	5
12.	Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?	1	2	3	4	5
13.	Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?	1	2	3	4	5
14.	Máte možnost věnovat se svým zálibám?	1	2	3	4	5
15.	Jak se dokážete pohybovat?	1	2	3	4	5

Příloha č. 4: Dotazník WHOQOL-BREF – 4. část

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

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

Příloha č. 4: Dotazník WHOQOL-BREF – 5. část

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

		Nikdy	Někdy	Středně	Celkem často	Neustále
26.	Jak často prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost, nebo deprese?	1	2	3	4	5

Příloha č. 5: Informovaný souhlas – 1. část

Informovaný souhlas účastníka výzkumu

Vážený pane, vážená paní,

V souladu se zásadami etické realizace výzkumu¹ Vás žádám o souhlas s Vaší účastí ve výzkumném projektu v rámci diplomové práce.

Název projektu: Kvalita života hráčů volejbalu sedících

Řešitel projektu: Mgr. Kristýna Kůtová, tyna.kutova@gmail.com

Název pracoviště: Katedra zdravotní tělesné výchovy, Fakulty tělesné výchovy a sportu Karlovy univerzity v Praze

Vedoucí práce: PhDr. Klára Daďová, PhD.

Cíl výzkumu: Hlavním cílem této diplomové práce je ucelení problematiky o volejbalu sedících a dále analýza kvality života hráčů volejbalu sedících.

Popis výzkumu: Respondenti budou zapojeni do výzkumu pomocí dotazníku Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF, jenž samostatně vyplní dle instrukcí samotného dotazníku v průběhu července 2019. Výsledky budou zpracovány pomocí komparativní studie. Publikace získaných výsledků bude zcela anonymní s nemožností identifikovat zkoumané osoby. Dále bude zabráněno možnosti zneužití těchto údajů dalšími osobami. Zapojení do výzkumu pomocí dotazníku je dobrovolné a kdykoliv je možné bez udání důvodu výzkum opustit.

.....

datum a podpis řešitele projektu

¹ Všeobecnou deklarací lidských práv, nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů) a dalšími obecně závaznými právními předpisy (jimiž jsou zejména Helsinská deklarace přijatá 18. Světovým zdravotnickým shromážděním v roce 1964, ve znění pozdějších změn (Fortaleza, Brazílie, 2013), zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů, zejména ustanovení jeho § 28 odst. 1, a Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně publikované pod č. 96/2001 Sb. m. s., jsou-li aplikovatelné).

Příloha č. 5: Informovaný souhlas – 2. část

Prohlášení a souhlas účastníků s jejich zapojením do výzkumu:

Prohlašuji a svým níže uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že dobrovolně souhlasím s účastí ve výše uvedeném projektu a že jsem měl/a možnost si řádně a v dostatečném čase zvážit všechny relevantní informace o výzkumu, zeptat se na vše podstatné týkající se účasti ve výzkumu a že jsem dostal/a jasné a srozumitelné odpovědi na své dotazy. Byl/a jsem poučen/a o právu odmítnout účast ve výzkumném projektu nebo svůj souhlas kdykoli odvolat bez represí.

Jméno a příjmení účastníka:

Datum narození:

Adresa trvalého bydliště účastníka:

Podpis účastníka: