

UNIVERZITA KARLOVA  
Fakulta tělesné výchovy a sportu

**Komparace míry psychické odolnosti para plavců s různou  
intenzitou tréninku**

Bakalářská práce

Vedoucí diplomové práce:  
**PhDr. Ivana Harbichová, Ph.D.**

Vypracovala:  
**Dominika Míčková**

Praha, červenec 2020

Prohlašuji, že jsem závěrečnou bakalářskou práci zpracovala 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 15.7.2020

Podpis

Evidenční list

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

Jméno a příjmení:

Fakulta / katedra:

Datum vypůjčení:

Podpis:

---

## **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat své vedoucí PhDr. Ivaně Harbichové, Ph.D. za všechny její rady a připomínky při vytváření této práce. Dále chci poděkovat své rodině a přátelům, kteří mě po celou dobu podporovali. A samozřejmě můj dík patří i všem účastníkům výzkumu.

## **Abstrakt**

**Název:** Komparace míry psychické odolnosti para plavců s různou intenzitou tréninku

**Cíle:** Cílem práce je porovnat psychickou odolnost para plavců s handicapem a nesportující handicapované populace a zjistit, zda mají handicapovaní plavci vyšší psychickou odolnost než osoby s postižením, které nesportují.

**Metody:** Předmětem výzkumu bylo změření a zhodnocení míry psychické odolnosti, jak u vybraných skupin probandů, tak u celého zkoumaného souboru. Pro tyto účely byl využit standardizovaný dotazník koncepce hardiness, který byl pomocí webové aplikace Google Forms převeden do online podoby. Bylo osloveno celkem 117 potenciálních respondentů a z nich se výzkumu účastnilo 45. Na začátek dotazníku byl přiložen také informovaný souhlas. Vyplněním dotazníku informovaný souhlas probandi potvrzovali. K analýze získaných dat byl využit zejména dvoustranný nepárový T-test s nerovností rozptylů.

**Výsledky:** Obě stanovené hypotézy se nepotvrdily. Ani u dalších zkoumaných podskupin výzkumného souboru nebyla nalezena významná odlišnost. Dokazují to tabulkové hodnoty i grafy.

**Klíčová slova:** tělesné postižení, aplikované pohybové aktivity, plavání, stres, psychologie sportu, hardiness, sebepoznání

## **Abstract**

**Title:** Comparison of psychological hardiness in para swimmers with different training intensities

**Objectives:** The aim of the thesis is to compare psychological hardiness level among impaired para swimmers and non-sporting impaired individuals. The goal is to find out if the impaired para swimmers achieve higher hardiness level in comparison with their non-sporting counterparts.

**Methods:** We measured and evaluated the hardiness level of all participants as well as their selected subgroups. The Personal Views Survey created by Kobasa in 1985 was used in Google Forms to get the data. In total 117 respondents were asked to complete the survey, however only 45 took part in the end. All the participants accepted an informed consent beforehand. We used the two-samples-unpaired T-test with unequal variance.

**Results:** Neither of the two proposed hypothesis was confirmed and we did not find any significant difference in targeted subgroups either.

**Keywords:** Physical impairment, adapted physical activities, swimming, stress, sport psychology, hardiness, self-knowledge

# OBSAH

<b>1</b>	<b>Úvod .....</b>	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>Teoretická východiska práce .....</b>	<b>9</b>
<b>2.1</b>	<b>Zdravotní postižení .....</b>	<b>9</b>
2.1.1	Tělesné postižení.....	10
2.1.2	Dětská mozková obrna.....	10
2.1.3	Rozštěpy páteře .....	12
2.1.4	Míšňní léze .....	13
2.1.5	Amputace.....	13
2.1.6	Progresivní svalová dystrofie .....	14
<b>2.2</b>	<b>Aplikované pohybové aktivity .....</b>	<b>15</b>
2.2.1	Oblasti činnosti APA.....	16
2.2.2	Pozitivní dopady APA .....	16
2.2.3	Sportovec .....	17
2.2.4	Para plavání v ČR.....	17
2.2.5	Plavecká akademie KONTAKT bez Bariér .....	18
2.2.6	Para plavecké kluby v ČR.....	19
2.2.7	Vyhodnocování výkonů para plavců .....	20
2.2.8	Česko-slovenský pohár v para plavání .....	20
<b>2.3</b>	<b>Psychologie lidské odolnosti.....</b>	<b>21</b>
2.3.1	Adaptace a homeostáza.....	21
2.3.2	Zátěž a stres .....	22
2.3.3	Typy stresu .....	22
2.3.4	Teoretická pojetí stresu .....	23
2.3.5	Typy náročných situací.....	25
2.3.6	Psychická odolnost.....	25
2.3.7	Hardiness .....	27
2.3.8	Sence of coherence .....	28
2.3.9	Antistresové účinky sportu .....	29
<b>3</b>	<b>Cíle práce.....</b>	<b>31</b>
3.1	Hypotézy .....	31
3.2	Úkoly.....	31
<b>4</b>	<b>Metodika práce .....</b>	<b>33</b>
4.1	Popis sledovaného souboru .....	33
4.2	Použité metody .....	35
4.3	Sběr dat.....	38
4.4	Analýza dat.....	39
<b>5</b>	<b>Výsledky.....</b>	<b>40</b>
<b>6</b>	<b>Diskuze.....</b>	<b>45</b>
<b>7</b>	<b>Závěr.....</b>	<b>48</b>
	<b>Seznam užitých zdrojů.....</b>	<b>49</b>
	<b>Přílohy.....</b>	<b>I</b>

# 1 Úvod

Narodila jsem se s vrozenou vadou v hrudní části páteře, která zapříčiňuje úplnou plegii mých dolních končetin. V roce 2005 jsem se začlenila do programu KONTAKTU bB – Plavecké akademie bez bariér. Postupně jsem se zlepšila od rehabilitační úrovně plavání až na vrcholovou národní i mezinárodní úroveň. Pravidelně se účastním českých i mezinárodních závodů a reprezentuji tak jeden z plaveckých klubů para plavání v ČR.

Čím více se věnuji vrcholovému para plavání, tím více zjišťuji, jak je psychika a určitá míra odolnosti pro sport důležitá. V tomto prostředí dochází k mnoha psychicky náročným situacím – je potřeba se soustředit na výkon, ale zároveň je třeba respektovat zdravotní limity vyplývající z postižení a prostřednictvím para plavání překonávat takový handicap. Pokud člověk není v dobré psychické kondici, nemůže podat v dané situaci ani optimální sportovní výkon. Na základě vlastních zkušeností i zkušeností mých reprezentačních kolegů vnímám důležitost psychické odolnosti ještě výrazněji. Vlivem handicapu ale může docházet ke snížení psychické odolnosti a sport může naopak mít na psychiku člověka zásadně pozitivní vliv. Ráda bych tuto svou teorii zvoleným tématem a realizovaným výzkumem potvrdila či vyvrátila.

Existuje poměrně mnoho pramenů pocházejících z české literatury zabývajících se psychologii sportu i psychickou odolností. Zabývají se tím, co je obecně ovlivňuje a jak je zvýšit, případně, kam až může nízká úroveň zmiňovaných atributů tváří v tvář náročným životním situacím zajít. Z pohledu osob s postižením a jejich psychické odolnosti, je literárních pramenů v současné době relativně málo.

Domnívám se, že práce by mohla být přínosem pro samotné para plavce, kteří se budou výzkumu účastnit, protože jim může sloužit jako indikátor jejich aktuální úrovně psychické odolnosti. Předpokládáme-li, že se hlavní hypotézy výzkumu potvrdí, mohou výsledky výzkumu pomoci i nesportující handicapované populaci. Poukáže totiž na význam para sportu a aplikovaných pohybových aktivit a potvrdí jejich pozitivní vliv na úroveň psychické odolnosti lidí s postižením.



## 2 Teoretická východiska práce

### 2.1 Zdravotní postižení

Se zdravotními problémy se lidé na světě potýkají od pradávna. Tyto neduhy mohou být na těle i na duši, jejich příchod může být náhlý nebo pozvolný, jejich trvání krátkodobé či dlouhodobé, příčiny mohou být vrozené či získané, následky jsou nebo nejsou trvalé. Není tedy jednoduché pojem zdravotní postižení definovat. Zároveň je však nutné si zdravotní postižení určitým způsobem rozdělit, tedy klasifikovat. Toto je klíčové zejména pro lékaře kvůli zjednodušení jejich práce, přehlednosti a unifikace odborné komunikace napříč medicínskými obory. Tuto nelehkou úlohu dělení aktivně plní Světová zdravotnická organizace (dále jen WHO). Dokument *Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů* byl vypracován roku 1948 (sloučením tehdejšího seznamu klasifikace příčin smrti a dalších doplňkových seznamů) a od té doby je pravidelně aktualizován WHO. Tento dokument je však spíše biomedicínsky zaměřený a obsahově nedostačuje v celé řadě faktorů důležitých pro biopsychosociální model zdraví, který WHO prosazuje. Bylo tedy nutné vytvořit další klasifikační měřítko, které se nezaměřuje pouze na druhy poruch, ale i na jejich důsledky ve vztahu k orgánům, jejich funkcím a začlenění dotčených jedinců do společnosti. (Vařeková, Půlpán a Daňová, 2020)

Roku 1980 vytvořila WHO dokument *Mezinárodní klasifikace poruch, postižení a handicapů*. Zde jsou velmi dobře definovány následující základní pojmy. Porucha, nebo také vada, je jakákoliv ztráta či abnormalita psychické, fyziologické nebo anatomické struktury či funkce. Postižení je pak omezením nebo úplnou neschopností dělat činnost tak, jak je považováno za normální v důsledku dané poruchy. A pokud má tato neschopnost dopad na plnění určité běžné role ve společnosti, z postižení se pak stává handicap. Tyto tři pojmy spolu tedy úzce souvisí, ale mají odlišné významy. (WHO, 1980)

I tento model klasifikace se ale stále vyvíjí. Již v roce 1997 byly tři hlavní pilíře porucha, postižení a handicap nahrazeny slovy porucha, aktivita a účast, protože WHO stále více směřovala klasifikaci od důsledků nemoci k pohledu na zdraví a kvalitu života. V roce 2001 pak WHO vydala zatím nejkomplexnější dokument *Mezinárodní klasifikace funkčnosti, postižení a zdraví* (dále jen oficiální zkratka ICF 2001). ICF 2001

má za cíl poskytnout jednotnou, standardní terminologii a rámec pro popisování zdravotních stavů. Definuje také složky zdraví a některé složky zdravého životního stylu. ICF 2001 je tedy filozofickým průlomem posouvajícím nás od biomedicínského pohledu na zdravotní postižení k důrazu na aktivní plnohodnotný život. (Ješina, Hamřík, 2011)

### **2.1.1 Tělesné postižení**

Jak už je uvedeno v kapitole 2.1, třídit zdravotní postižení není jednoduché. Jako primární způsob rozdělení se nabízí posouzení dle oblasti, kterou porucha zasahuje. V takovém případě dělíme zdravotní postižení na tělesná, smyslová a mentální. Často však může docházet k jejich prolínání a hovoříme o nich jako o kombinovaných postiženích. Pro účely této práce je vhodné podrobněji rozebrat právě postižení tělesná.

Tělesné postižení (dále jen TP) lze definovat jako částečné nebo celkové omezení hybnosti. Příčinou poruchy hybnosti může být poškození pohybové, nosné či nervové soustavy. Nemusí se ale nutně jednat pouze o snížení úrovně motorických funkcí jedince. Pohyb je velmi důležitým prvkem pro poznávací a emoční procesy člověka, proto je jasné, že tělesné postižení má vliv i na celou jeho osobnost.

Stejně jako všechny typy postižení může být i to tělesné posuzováno dle doby vzniku jako vrozené (např. prenatální deformity končetin) či získané (např. úraz). Také jej můžeme hodnotit z pohledu příčiny vzniku. V takovém případě dělíme postižení na primární a sekundární. Primární TP vzniká jako přímý důsledek poškození pohybového aparátu (např. amputace) nebo je následkem postižení centrální nebo periferní nervové soustavy (např. dětská mozková obrna). Sekundární tělesné postižení vzniká jako následek nemoci nebo poruchy, která omezuje pohyb nemocného jedince, ačkoliv s poruchou hybnosti zdánlivě nemusí vůbec souviset (např. onemocnění oběhové soustavy). V následujících kapitolách budou vzhledem k jejich incidenci ve zkoumaném souboru podrobněji rozebrány tyto typy tělesného postižení: dětská mozková obrna, rozštěpy páteře, míšní léze, amputace a progresivní svalová dystrofie. (Kudláček, Spurná, 2013)

### **2.1.2 Dětská mozková obrna**

Dětská mozková obrna (dále jen DMO) je jedním z nejrozsáhlejších tělesných postižení na světě. Statistiky se v četnosti postižení liší, pro představu například Vítková (2006)

uvádí četnost 2–5 jedinců na 1000 nově narozených a jako konkrétní příklad udává odhad v USA, podle ní se zde četnost pohybuje mezi 1,5–5. (Šašek, 2018)

Tento termín se poprvé objevil v ČR roku 1959 díky Ivanovi Lesnému, jež byl zakladatelem české dětské neurologie. Doktor definoval dětskou mozkovou obrnu jako ranně vzniklé poškození mozku, projevující se převážně v poruchách hybnosti a jejím vývoji. Matějček a Langmeier (1986) později tuto definici rozšířili o další výčet možných projevů – částečné nebo úplné ochrnutí končetin, poruchy svalového napětí nebo problémy s koordinací pohybu. (Kudláček, 2013)

Stejně tak rozsah možných příčin vzniku je rozmanitý. Postižení se může vyvinout prenatálně (před porodem), perinatálně (při porodu) a postnatálně (po porodu). Mezi prenatální příčiny lze řadit například infekční onemocnění matky v době těhotenství nebo také její nevhodný životní styl.

Pokud jde o komplikovaný porod, může dojít k přiškrcení či krvácení do mozku dítěte a následkem této situace se také může rozvinout DMO, v tomto případě jedná se o tzv. perinatální příčinu. O postnatální příčinu se jedná, pokud dojde krátce po porodu u dítěte k mechanickému poranění hlavičky či infekci centrální nervové soustavy. Dle M. Vítkové (2006, in Jiskrová, 2019) můžeme rozlišovat tři základní formy této poruchy – spastická forma, diskinetická forma a forma mozečková.

Spastická forma je tou nejrozšířenější (asi 70% všech DMO), mezi její nejčastější kontraindikace se řadí zvýšené svalové napětí, zvýšená dráždivost a chorobné vzorce vývoje lokomoce a motoriky. Dle umístění a míry postižení lze rozlišit několik podob spastických forem DMO. Jedná se buďto o diparézy/diplegie (porucha hybnosti v oblasti dolních končetin), hemiparézy/hemiplegie (částečná nebo úplná porucha hybnosti jedné poloviny těla s výrazným postižením i horních končetin) a nebo kvadruparézy/kvadruplegie (hybnost snižena nebo žádná u všech čtyř končetin). (Kudláček, 2013)

Další formou je forma diskinetická, která se projevuje dominancí mimovolních, pomalých, krouživých pohybů různých svalových skupin. Jedná se o druhý nejčastější typ, jehož četnost je asi 20% všech jedinců s dětskou mozkovou obrnou. (Kudláček, 2013)

Poslední z prozkoumaných typů DMO je forma mozečková, ta je ze všech tří nejméně zastoupená (asi 5–10% všech DMO). Je charakteristická oproti spastické formě

naopak sníženým svalovým tonem, dále zde dochází k opoždění lokomočního vývoje. Kolem třetího roku vývoje dítěte se často tato forma překlene do jedné ze dvou zbývajících forem. U všech výše zmíněných forem může velmi často docházet ke kombinaci s dalšími vadami. Nejčastěji DMO provází různé stupně mentálního postižení. (Kudláček, Spurná, 2013)

V současné době je toto postižení klasifikováno jako celoživotní, zatím nebyl nalezen lék či léčebný postup, který by jej zcela vyléčil. Existují pouze různé podpůrné medikamenty snižující důsledky poruch s postižením spjatých. Téměř všichni jedinci s touto chorobou přežívají do dospělosti, studie posledních desetiletí dokonce zaznamenaly zvyšující se počet přeživších. (Graham, 2016)

### **2.1.3 Rozštěpy páteře**

Dle C. Sherrill (2004) se jedná o druhé nejrozšířenější tělesné postižení v řadě hned za dětskou mozkovou obrnou. Některé statistiky uvádějí, že počty jedinců se pohybují kolem 9% ze všech TP. Rozštěp páteře vzniká nedokonalým uzavřením medulární trubice, jež má za následek vyhřeznutí míchy z páteřního kanálu. Nejčastěji k tomuto jevu dochází v bederní oblasti zad. Existují 3 druhy rozštěpu páteře dle rozsahu výhřezu. Prvním typem je meningokéla, kde dochází k výhřezu pouze míšních plen, tedy ochrany míchy v medulární trubici. Dalším závažnějším způsobem výhřezu je tzv. meningomyelokéla, zde již dochází k výhřezu nejen plen ale i samotné míchy. Posledním druhem je pak spina bifida occulta, česky skrytý rozštěp páteře, kde je pouze nedokonale uzavřen páteřní kanál bez výhřezu plen či samotné míchy.

Výhřez plen a míchy si lze představit jako vakovitý útvar v určité části zad, krytý pouze ztenčenou kůží. Vývoj horní poloviny těla bývá nedotčen, ale i po chirurgickém ošetření přetrvávají často průvodní příznaky, například určitá míra obrny dolních končetin (většinou paraplegie). Také lze pozorovat různé deformity nohou, běžná je také jistá míra inkontinence. Dodatečně může kvůli rozštěpu páteře docházet i k závažným formám skolióz a kyfóz. (Kudláček, Spurná, 2013)

Rozštěp páteře také může být často doprovázen hydrocefalem, což je nadměrná produkce mozkomíšního moku, který nemá kudy cirkulovat a může tak docházet k závažnému tlaku na mozkovou tkáň. Tento problém je většinou řešen operativně aplikací shuntu, hadičky pracující na bázi drenu a odvádí přebytečný mozkomíšní mok. Katetr je zaveden do mozkové komory, kde se mok vytváří a jeho druhý konec je

odveden nejčastěji do břišní dutiny, kde se tekutina rychle vstřebá do krve. (Hydrocephalus Association, 2019)

#### **2.1.4 Míšň léze**

Tento termín lze vysvětlit také jako ochrnutí po poranění míchy. K poranění míchy nejčastěji dochází při úrazech (nejčastějšími úrazy jsou automobilové a motocyklové havárie) a také při některých typech nemocí (například nádorová onemocnění). Rozsah ochrnutí pak závisí na výšce poškození míchy. Přerušování míchy může být částečné (snížená míra hybnosti a cití) nebo úplné (úplná ztráta hybnosti a cití). V závislosti na výšce léze rozlišujeme 4 typy postižení – pouřazová chabá paréza, pouřazová paraplegie, pouřazová kvadruplegie a pouřazová kvadruparéza. (Kudláček, 2013)

Při pouřazové paréze se poškození nachází v oblasti míšňích kořenů dolní bederní páteře a dochází k částečnému ochrnutí dolních končetin. Takový jedinec je většinou schopen chodit za pomoci berlí, delší trasy a většinu sportovních aktivit zvládá na invalidním vozíku. Pokud se léze nachází v oblasti horní bederní páteře nebo v oblasti hrudní páteře, pak je tělesné postižení klasifikováno jako pouřazová paraplegie. Jedná se tedy o úplnou ztrátu hybnosti dolních končetin a jedinec potřebuje k pohybu alespoň mechanický invalidní vozík. Chůze je možná pouze ve speciálních vertikalizačních ortézách zvaných reciprokátory. Třetím typem postižení je pouřazová kvadruplegie. Léze se nachází nejvýše a to v krční páteři. Zde téměř vždy hovoříme o úplné plegii dolních končetin a menší či horší paréze končetin horních. Ochablost je v horních končetinách vždy horší v prstech a zápěstích než například v ramenou. Většinou je zasaženo i břišní a zádové svalstvo. Pouřazová kvadruparéza je nejméně četným typem TP při poranění míchy. Logicky z názvu vyplývá, že jde o neúplné ochrnutí všech čtyř končetin. Míra postižení končetin bývá různá, ale dolní končetiny provádí pohyby, které je možné využít k posouvání s vozíkem a za určitých podmínek i k chůzi. (Kudláček, 2013)

#### **2.1.5 Amputace**

Ztráta končetiny má zcela určitě výrazný vliv na celý pohybový aparát a jeho vývoj. Amputaci lze primárně definovat jako chirurgické odstranění části či celé končetiny. V kapitole 2.1 je popsáno, že zdravotní postižení lze dělit na vrozená a získaná. Proto sem běžně v praxi řadíme i prenatální ztrátu části či celé končetiny nebo také její

nesprávné utváření jako následek poruchy vývoje plodu během prvního trimestru těhotenství. To sice není pojmově přesné, jelikož etiologie vrozených a získaných vad se zásadně liší ale je to určité zjednodušení pro obsáhlý systém vrozených vad. Spolu s vrozenými vadami je možné se setkat se třemi základními pojmy, jež některé z vad popisují. Termín amelie znamená úplné chybění končetiny. Při dysmelii se jedná pouze o poruchu utváření končetiny. Fokomelie je konkrétní druh postižení, kde chybí střední část končetiny nebo periferní část končetiny nasedá přímo na trup, respektive na pletenec ramenní nebo pánevní. Jak už je výše uvedeno, jakýkoli druh amputace je nejen velkou zátěží pro celý pohybový aparát ale zejména při ztrátě končetiny v pozdějším věku také velký nápor na psychiku. V současné době lze již funkci chybějící končetiny velmi dobře nahradit správně zvolenou protézou, která do určité míry obnoví funkci končetiny. Další možnou formou kompenzace je epitéza, ta nenahrazuje chybějící funkci a její účel je čistě estetický. Bez protézy dolní končetiny lze k pohybu využívat také berle či invalidní vozík. (Vařeková, Půlpán a Daňová, 2020)

### **2.1.6 Progresivní svalová dystrofie**

Řadí se mezi přímá svalová onemocnění. Nemoc nastupuje ve většině případů v dětství, méně často v pubertě a velmi vzácně v dospělosti. V současné době stále není jednoznačně známá příčina této vady, s jistotou se však dá říct, že za vznikem stojí i poruchy hormonální a metabolické. Choroba se projevuje úbytkem svalových vláken a jejich nahrazováním funkčně bezcenným vazivem s různou mírou příměsi tuku.

Progres nemoci je nápadnější zejména v předškolním věku a poté v pubertě. Přechází-li jedinec dospívání s relativně dobrým stavem hybnosti, progresse často ustoupí a choroba se dlouhá léta nemění. Nemoc však může být i smrtelná, pokud začne napadat i svalovou tkáň životně důležitých orgánů - srdce a dýchací svaly.

S ohledem na proces ubývání svalové hmoty můžeme dystrofie dělit na dva typy – sestupný a vzestupný. Při sestupném typu začíná úbytek svalstva na pletenci ramením, šíří se na horní končetiny, poté na svalstvo trupu a zejména na svalstvo bederní, dál postupuje přes pletenec pánevní až k dolním končetinám. U vzestupného typu nemoc napadá nejprve pletenec pánevní a poté se šíří nejčastěji směrem vzhůru. Může docházet také k velkému zvětšení lýtkových svalů, které je způsobeno kumulováním tuku v těchto místech. (Kudláček, Spurná, 2013)

## 2.2 Aplikované pohybové aktivity

Ustálené slovní spojení aplikované pohybové aktivity (dále jen APA) vzniklo roku 1973 v rámci založení Mezinárodní federace aplikovaných pohybových aktivit (IFAPA). Dle definice, se kterou roku 1990 přišla německá propagátorka sportu zdravotně postižených Gudrun Doll-Tepper se jedná o pohybové aktivity a sport, kde je kladen zvláštní důraz na zájmy a schopnosti jedinců s limitovanými podmínkami, danými postižením, nemocí nebo věkem. Velmi zjednodušeně je pojmem APA míněna úprava pohybových aktivit k potřebám jedinců se speciálními potřebami za pomoci mezioborového přístupu, měli by tedy být při vytváření a vykonávání pohybových aktivit využívány poznatky mimo jiné z medicíny, rehabilitace, sportovních věd, psychologie, pedagogiky, sociologie. (Dařová, 2005)

Dle českého vydání *Evropské charty sportu pro všechny: zdravotně postižené osoby* (1996) se ve světě počet lidí se zdravotním postižením pohybuje kolem 500–550 milionů, v Evropě se pak zdravotní postižení dotýká každého 10. člověka. Vzhledem k těmto číslům tedy teoreticky každý 10. člověk v našem okolí může mít nějaké speciální potřeby včetně upravené formy pohybových aktivit.

Další průzkumy publikované Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy (zkráceně MŠMT) ve výše zmíněné brožuře ukazují, že účast ve sportovních aktivitách osob s postižením je několikanásobně menší, než celková účast naší populace na sportu. Důvodů, proč je situace taková, je celá řada, od neinformovanosti veřejnosti o možnostech sportování, přes neuzpůsobenost sportovišť, až po subjektivní pocity jednotlivců, jež mají za to, že se s jejich zdravotním postižením sportovat nelze. Výzkum provedený Potměšilem a Šnajdrem (1996) v České republice definoval nejčastější pohnutky osob se zdravotním postižením k účasti ve sportu. Dotazovaní se ztotožňovali s odpověďmi jako: setkávání s přáteli, radost ze sportu, snaha soutěžit, zlepšení psychiky, možnost vyrovnat se ostatním a až na 6. místě se umístilo zdraví obecně.

V posledních letech se vše pozvolně dává do pohybu směrem k lepšímu. Například MŠMT do své koncepce podpory sportu v letech 2016 až 2025 zahrnuje i strategické cíle právě pro sport handicapovaných a uvádí, že se bude snažit zajistit větší dostupnost sportu pro osoby s postižením a nadále se bude snažit vyvíjet ucelený systém péče o talentovanou handicapovanou mládež a reprezentaci. (MŠMT, 2014)

### **2.2.1 Oblasti činnosti APA**

Téměř jakékoliv závažnější zdravotní problémy s sebou přinášejí také omezení schopnosti jedince vykonávat pohybovou aktivitu. APA si klade za cíl limity dané zdravotním stavem překonat, naopak zvyšovat schopnosti postiženého a zapojit ho do různých úrovní aktivity v průběhu celého života. Tento druh aktivit je tedy také možné brát jako jakési spojení rehabilitace, výchovně-vzdělávacího procesu a využití volného času. Evropská charta sportu pro všechny: zdravotně postižené osoby (1996) tvrdí, že APA se zabývá čtyřmi základními oblastmi pohybové činnosti:

- Pohybové aktivity provozované hlavně ze zdravotních důvodů nebo pro udržení tělesné kondice, popřípadě jako rehabilitace
- Rekreační sport pro osobní potěšení
- Výkonnostní sport, pravidelný a strukturovaný (klubová úroveň)
- Vrcholový sport (reprezentační úroveň)

### **2.2.2 Pozitivní dopady APA**

Velkým problémem osob s postižením je závislost na ostatních. Potřeba pomoci od druhých u nich neblaze ovlivňuje kvalitu života. Poměrně nedávno zavedený termín kvalita života, ne zcela definovatelný, má označovat subjektivní pocit uspokojení člověka z úrovně jeho fyzických, psychických a sociálních aktivit vzhledem k prostředí, ve kterém žije. Účast na pohybových aktivitách může k zlepšení kvality života přispět, jedinec se díky ní stává samostatnějším. Mimo jiné při vhodně zvolené formě pohybových programů dochází ke zlepšení fyziologických funkcí (výdrž, síla, rozsah pohybu), zlepšení motoriky, mobility, dochází zde také k sociálním interakcím, navazování nových vztahů. I z hlediska psychiky je zde několik kladných dopadů: prožívání úspěšnosti, zlepšení sebevědomí, pocit seberealizace a naopak snížený výskyt negativního chování (zejména u nevidomých a autistických dětí). (Daňová, 2005)

Tyto pozitivní dopady potvrzuje například i studie z roku 2010 vedená T. Hroudou. Výzkumník dlouhodobě pozoroval dospělé muže s tělesným postižením po úrazu, kteří se věnovali lyžování na monoski. S těmito muži udělal také strukturovaný rozhovor, který poté vyhodnocoval s přihlédnutím k tomu, co sám vypořezoval. Výsledky studie jednoznačně dokazovaly, že pohybová aktivita hraje v životě člověka s TP velkou roli a významně přispívá k jeho zkvalitnění. (Ješina, Hamřík, 2011)



### 2.2.3 Sportovec

Jako sportovec je definován ten, kdo se pravidelně věnuje určité sportovní činnosti neboli sportu, který byl již dříve podrobněji rozebrán. V dnešní době je však běžně sportovec chápán jako ten, kdo se věnuje vrcholovému sportu. Výkonnostní úroveň sportovce je pak dále možné dělit na amatéry a profesionální sportovce. Záleží však na daném sportu, ne každý výkonnostní sportovec je zároveň placeným profesionálem. Podle definice profesionálního sportovce, tak jak sepsal Vala (1996, in Veselá, 2015), lze odvodit další typ výkonnostního sportovce a to takzvaného poloamatéra, tedy člověka, jež si sportem přivydělává, ale tento výdělek by mu nestačil na obživu. Profesionální sportovec je člověk, kterého sport živí jakožto práce zaměstnance.

V České republice v současné době není profesionálních sportovců s handicapem mnoho. Většina handicapovaných sportovců se dělí spíše do skupin amatérů a poloamatérů a musí svou přípravu na vrcholné soutěže skloubit se zaměstnáním a starostí o rodinu. (IDNES.cz, 2020)

Dle kritérií Ministerstva školství mládeže a tělovýchovy (2019) k získání dotace pro para sport se výkonnostní sportovec klasifikuje jako jedinec praktikující jeden druh sportu minimálně 2x týdně v kalendářním roce a dále se pravidelně účastní čtyř oficiálních závodů. Za oficiální závod je pak považována akce pod záštitou sportovního klubu či tělovýchovné jednoty nebo příslušného sportovního svazu či jinou zastřešující organizací a to minimálně na republikové úrovni. Zároveň pak musí být zahrnuta v termínovém kalendáři střešní organizace.

### 2.2.4 Para plavání v ČR

Na webových stránkách World Para Swimming je uvedeno, že tento druh sportu se objevil již na prvních paralympijských hrách v Římě roku 1960. (International Paralympic Committee, 2019)

Nicméně v České republice se minimálně do roku 1988 o nějaké organizované formě para plaveckých tréninků nedalo mluvit. Situace se změnila v roce 1989, kdy tehdejší student Fakulty tělesné výchovy a sportu Martin Kovář měl nehodu na lyžích a důsledkem úrazu byl upoután na invalidní vozík. Martin byl sportovec tělem i duší a proto chtěl v této činnosti pokračovat. Spojil se svým spolužákem z vysoké školy, Janem Nevrklou, který v té době studoval obor tělesné výchovy a sportu se specializací

trenérství plavání. Začali spolu chodit plavat a objevovat co vlastně je a není možné s tělesně postiženým člověkem ve vodě dělat a jak lze modifikovat různé plavecké prvky tak, aby je bezpečně zvládl člověk s TP sám. Martin v rehabilitačních centrech navazoval kontakt s dalšími lidmi s podobným postižením. Jelikož o plaveckou aktivitu byl u jeho nových přátel velký zájem, tak v roce 1992 byl na Bazéně Strahov uspořádán první intenzivní plavecký kurz pro osoby s poraněním míchy. V dalších letech pod záštitou Ligy vozíčkářů byly uskutečňovány výjezdy do léčebných center, byla šířena para plavecká osvěta a pořádány další týdenní kurzy. V roce 1996 již nešlo jen o rekreační a rehabilitační plavání, na paralympiádě v Atlantě vybojovala první zlato pro ČR v para plavání Kateřina Coufalová. V této době také vznikají první plavecké kluby pro tělesně postižené. Při další paralympiádě (Sydney 1998) bylo na konto České republiky připsáno dalších 8 plaveckých medailí. A v roce 2004 předvedl Martin Kovář svůj životní výkon - zlatý hattrick na paralympiádě v Aténách. Kateřina Coufalová k tomu připsala ještě jedno vítězství. V současné době je v ČR celá řada plaveckých klubů pro tělesně postižené a mnoho z nich stále více či méně spolupracuje s Plaveckou akademií KONTAKT bez Bariér. Ve vrcholovém para plavání má k únoru 2020 splněno limit na paralympiádu v Tokiu celkem šest para plavců s tělesným postižením. (KONTAKT bB, 2020)

### **2.2.5 Plavecká akademie KONTAKT bez Bariér**

Jak již bylo popsáno v kapitole 2.2.4, projekt vzniknul roku 1992. V roce 1998 se z projektu stala samostatná organizace. Plavání je hlavním prostředkem k uskutečňování stanoveného cílu organizace, a tím cílem je rušit bariéry mezi postiženými a intaktní populací a také motivovat postižené k aktivnímu způsobu života. V současné době se toto poslání nijak nezměnilo, ačkoliv organizace již nemá střediska po celé republice. Z těchto středisek se staly samostatné právní subjekty, které jsou ale stále v různé míře s akademií v kontaktu a využívají nadále její služby (informační systém, metodické pokyny, atd.). KONTAKT bB jim zprostředkovává svou unikátní metodiku KONEV (dle zakladatelů Kovář-Nevrkla). Dále se podílí na pořádání plaveckých kurzů, prestižních plaveckých závodů a také společenských událostí. Plavecká akademie bez bariér je tak stále jediným subjektem na území České republiky, která se systematicky a soustavně věnuje plavání handicapovaných osob od úrovně rehabilitační až po tu vrcholovou. A dlouhodobým úkolem do roku 2030 je pro

organizaci zavedení jejich programu do plaveckých škol a klubů intaktní populace. (Šašek, 2018)

### **2.2.6 Para plavecké kluby v ČR**

Para plavání se řadí k nejrozvinutějším sportům pro handicapované v České republice. Dnes už existuje v ČR klubů několik, celoročně se této aktivitě věnuje více než 300 osob se zdravotním postižením. Největší a nejstarší plavecké kluby vznikly z původních středisek Plavecké akademie bez bariér a proto je jich cíl stejný, tedy motivovat osoby s postižením k aktivnímu způsobu života. (Český svaz tělesně postižených sportovců, 2019)

Kluby nejsou výdělečně činné, mívají v průměru více než 50 aktivních členů a zhruba dva či tři placené zaměstnance na plný úvazek. Je tedy jasné, že kluby by nebyly schopné provozovat svou celoroční činnost bez aktivního zapojení dalších instruktorů a asistentů. Těmi se stávají vyškolení dobrovolníci často z řad studentů vysokých škol, kteří si potřebují splnit praxi pro svůj studovaný obor (například: aplikované pohybové aktivity, fyzioterapie, ergoterapie, speciální pedagogika, atd.).

Hlavní náplní celoroční činnosti je samozřejmě výuka plavání. Ta je z pravidla rozdělena do tří trimestrů po 12 týdnech (celkem 36 týdnů v roce), probíhá na jednom nebo více bazénech v daném městě, kde se klub nachází, záleží na obsazenosti bazénu a finančních možnostech klubu. Klienti jsou rozřazeni do plaveckých skupin dle výkonnosti a jejich vlastních ambicí. Začínající para plavci podstupují individuální trénink v tandemu plavec – instruktor. Při tomto typu tréninku jsou hojně využívány různé nadlehčovací pomůcky. Para plavci již schopní samostatného pohybu ve vodě jsou vedeni ze břehu trenérem. Lekce plavecké výuky jsou dlouhé 30 až 60 minut dle výkonnosti a momentálního stavu dané skupiny.

Kromě celoroční výuky řada klubů své para plavce zařazené do sportovní až vrcholové skupiny vysílá na různé národní a mezinárodní závody. Doprovodem a asistencí na závodech jsou samotní pracovníci klubu a k nim takový počet instruktorů jaký je potřeba v závislosti na míře asistence, kterou daný klubový výběr para plavců potřebuje. Největší a nejstarší kluby v ČR pak pořádají každoročně prestižní závod ve městě, ve kterém sídlí či v jeho blízkém okolí. K příležitosti například nadcházejících Vánoc nebo svatého Mikuláše pořádají také klubový závod, kde mohou měřit své síly

i para plavci, kteří potřebují ve vodě instruktora nebo ještě nemají klasifikaci. (Sommer, 2020)

Mimo para plavání v rámci sociální rehabilitace pořádají kluby také různé členské posezení. Dále se účastní plesů či charitativních akcí, kam můžou členové přivést i své blízké a známé a účastní se i členové jiných spřátelených klubů nebo organizací s podobným zaměřením. Některé kluby se věnují také jiným sportům, například pořádají bowlingovou ligu (3 kola za rok). (SK KONTAKT BRNO, 2019)

### **2.2.7 Vyhodnocování výkonů para plavců**

Problémem u jakéhokoliv sportu osob se zdravotním postižením je rozličnost samotných postižení. Člověk s postižením všech čtyř končetin samozřejmě nemůže podat stejný či lepší výkon než jiná osoba s amputací jedné končetiny. Ani pokud by jedinci závodili pouze s dalšími jedinci se stejnou diagnózou, nic by to nevyřešilo, protože například u osob s DMO je rozsah postižení velmi rozmanitý. Tuto problematiku řeší klasifikace.

Konkrétně u para plavání jsou plavci rozřazováni do klasifikačních tříd dle rozsahu a typu postižení. Pokud by para plavci startovali, zejména při národních závodech, pouze s ostatními plavci své klasifikační třídy, docházelo by k tomu, že by daný závod plavali třeba jen dva lidé. Klasifikace však zajišťuje i to, aby k této situaci nedocházelo. Zaplavané časy jsou přepočítávány na body dle koeficientu dané klasifikační třídy – vyhrává tedy ten, kdo má nejvíce bodů, nikoliv nejrychlejší čas. (Šašek, 2018)

### **2.2.8 Česko-slovenský pohár v para plavání**

Jde o prestižní celoroční soutěž České a Slovenské republiky. Do roku 2018 byla soutěž pouze pro Českou republiku. Soutěž probíhá pod záštitou STK plavání Českého svazu tělesně postižených sportovců, STK plavání Slovenského paralympijského výboru, KONTAKTU bB – Plavecké akademie bez bariér a Centra hendikepovaných plavců.

Cílem soutěže je co největší počet bodů ze tří nejlepších dvojbojů (tj. součet dvou nejlépe bodově ohodnocených disciplín v závodech) ze čtyř závodů zařazených do Česko-slovenského poháru. Tyto závody jsou rovnoměrně rozloženy do celého roku. Začíná se v březnu, potažmo dubnu, POHÁRKEM v Sokolově, před letními prázdninami se

v Brně koná Mistrovství České Republiky v para plavání, v říjnu poté následuje Mistrovství Slovenské republiky v Bratislavě a vyhlášení celoroční soutěže probíhá po posledním závodě PARA SWIMMING CUP PRAGUE (zkráceně PSCP) v Praze zhruba na konci listopadu. Na gala večeru se vyhláší jednotlivci dle věku (nejmladší žáci, žáci, junioři) a poté kategorie tzv. open, kde jsou seřazeni všichni para plavci. Dále se zde vyhláší i soutěž družstev (ty se týkají štafetových závodů).

V roce 2019 bylo do Česko-slovenského poháru zařazeno celkem 175 para plavců a 10 družstev z České a Slovenské republiky. V průměru se každého ze čtyř kol účastnilo více než 16 sportovních klubů ČR a SR zabývajících se plaváním pro zdravotně postižené, zároveň na každém závodě byli i kluby z dalších zemí, které se do soutěže neřadí (Kazachstán, Německo, Polsko, Rakousko, Rusko, a jiné). (Český svaz tělesně postižených sportovců, 2019)

## **2.3 Psychologie lidské odolnosti**

Každý ve svém životě zažil nějakou různě náročnou situaci. Pro některé jsou určité situace náročnější než pro jiné. Stejně tak se s životními úskalími každý vyrovnává jinak. Teorií a názorů v oblasti psychologie lidské odolnosti je řada a postupem času se stále vyvíjejí a pohled na lidskou odolnost se mění.

Pro účely této práce je potřeba se seznámit se základními pojmy jako je například zátěž nebo také stres a jak je možné se s nimi vyrovnávat. Dále je potřeba se seznámit s tím, co to je psychická odolnost a jak na ní pohlíží autorka dotazníku, který je ve výzkumu využíván. V neposlední řadě je vhodné se také dotknout vztahu mezi psychickou odolností a nemocí a nahlédnout také blíže do tématu jak může sport ovlivňovat lidskou psychiku.

### **2.3.1 Adaptace a homeostáza**

O psychické odolnosti a dalších s ní spjatých prvcích nelze hovořit bez znalosti dvou základních pojmů – adaptace a homeostáza. S adaptací se setkáváme například v biologii, literatuře, sociologii a třeba i ve stavebnictví. Z hlediska psychologie vhodně definuje tento pojem Velký slovník naučný (1999, in Linhartová, 2014) jako „přizpůsobování psychických funkcí a chování životním podmínkám“.

Cannon (1939 in Paulík, 2017) definuje adaptaci pro živé organismy jako „schopnost vzájemného působení různých více nebo méně složitých systémů, jejich

podsystemů, součástí a prvků, která umožňuje neustále se vyrovnávat s nároky a jejich změnami v určitém rozsahu a udržovat relativně stabilní stav vnitřní rovnováhy“. Tento stav se nazývá homeostáza. Pro udržení homeostázy jsou důležité různé biologické a psychologické funkce, dle potřeby dochází k změnám fyziologických funkcí, například: stoupá/klesá tělesná teplota, zvyšuje/snižuje se tepová a dechová frekvence nebo krevní tlak. Tyto změny probíhají po celý život a za normálních okolností nevyžadují investování většího množství energie. Pokud však dochází k velkým změnám ve vnějším prostředí nebo i uvnitř živého organismu, které mohou ohrožovat jeho fungování, dochází ke specifické interakci organismu s vnějším prostředím. Tuto situaci můžeme označit jako stresovou reakci.

### **2.3.2 Zátěž a stres**

Tyto dva pojmy není lehké jednoznačně definovat. Hošek (2003) tvrdí, že tyto dva pojmy jsou v podstatě synonyma. Mimo jiné také uvádí, že zátěž je primárně způsobena neuspokojením potřeb, a proto se už v minulosti experimentovalo s různými formami odepření si svých potřeb (například poustevnictví, asketismus, jóga, a jiné). Zátěž nebo stres mohou být v širším pojetí brány jako energetický nárok na organismus, kdy je jakýkoliv energetický výkyv považován za zátěž.

Hladký a kolektiv (1993 in Paulík, 2017) usuzuje, že pokud se na člověka a stejně tak na jeho chování a prožívání díváme komplexně, můžeme stres označovat jako specifický případ obecněji bráné zátěže. Jedná se pak o stav, kde je zátěž tak velká, že převyšuje snesitelnou hranici vyrovnávacích možností organismu za daných podmínek.

K záměně těchto dvou termínů dochází například kvůli chybnému překladu z anglického jazyka. V angličtině slovo stress znamená tlak nebo také tíseň. V odborném jazyce je stress spíše reakcí na druh zátěže. K tomu se přiklání i Kebza (2005), který stress považuje za jakoukoliv reakci organismu na stresovou čili zátěžovou situaci. S ním souhlasí i Křivohlavý (2001 in Linhartová, 2014), stress vnímá jako něco, o čem lze hovořit v případě, že na člověka doléhá tlak různého typu obrazně řečeno ze všech stran.

### **2.3.3 Typy stresu**

Se stresem se jedinec potýká již od narození, avšak není stress jako stress. Záleží na jeho intenzitě, místě působení, délce působení a toho, jak jej sám jedinec vnímá.

Dle Křivohlavého (1994) můžeme dělit stres podle jeho intenzity na hypostres a hyperstres. Hypostres má jednoznačně slabší intenzitu. Člověk si na něj může jednoduše zvyknout a z dlouhodobého hlediska se mu může přizpůsobit. O hypostres jde tehdy, kdy intenzita není tak vysoká abychom jej my sami považovali za stres, nedosáhl tedy hranice neúnosnosti. Hyperstres je pak pravý opak hypostresu, je zde překročena hranice únosnosti, organismus není schopen se mu přizpůsobit a při dlouhodobějším působení může u člověka vést k psychickému či fyzickému zhroucení.

Bartůňková (2010) uvádí rozlišení na eustres a distres. Eustresem je myšlen takzvaný pozitivní stres vnímaný při příjemných podmínkách, které se jedinec snaží zvládnout. Bývá tedy přiřazován k pozitivnímu vnímání zátěže, zvyšující se aktivitě organismu a bývá často spojován také s lepším výkonem. Naproti tomu o distresu se mluví tehdy, jedná-li se o nepřiměřenou zátěž, což téměř vždy vede i pozorovatelným změnám a snížení výkonu a při dlouhodobém působení může mít taktéž fatální následky. Bartůňková však dodává, že vyhýbání se stresu také není zdravým řešením.

Co se týče délky působení stresu, jedná se buďto o akutní nebo chronický stres. Ačkoliv je akutní stres intenzivní a dochází k nastartování obraných mechanismů, je krátkodobý a méně škodlivý než stres chronický. Chronický stres může vést až ke vzniku onemocnění.

Jedním z posledních měřítek, jak klasifikovat stres, je místo působení zátěže. Tento způsob dělení má však pouze teoretický a didaktický účel, protože odezva organismu může být individuální. Jedná se o buďto o stres fyzický, který se projevuje zejména bolestí a působí na periférii organismu nebo stres psychický, který se vytváří v oblasti mozku. (Půlpánová, 2014)

### **2.3.4 Teoretická pojetí stresu**

Stejně tak jako neexistuje jediná správná definice stresu, neexistuje ani jedno všeobecně uznávané teoretické pojetí stresu. V této kapitole si rozebereme tři asi nejnámější teorie, které zároveň určují, jak dnes na problematiku stresu nahlížíme.

Základy fyziologického studia stresu položil po první světové válce americký fyziolog W. B. Cannon. Popsal prvotní reakci organismu na ohrožení, tu nazval poplachová reakce. Organismus se v této situaci připravuje na dvě možné varianty:

1. Boj – V případě, že je jasné nebo alespoň pravděpodobné, že je v silách organismu zvládnout stresor, pak organismus bojuje.

2. Útěk – V případě, že organismus není schopen stresor zvládnout, snaží se zátěži uniknout.

Tato reakce spouští v těle řetězce biochemických reakcí a ty pak spouští samotné změny v organismu. (Schreiber, 1992 in Figalová, 2016)

Na Cannonu později navázal kanadský biolog Hans Selye. Jeho teorie je asi tou nejznámější vůbec, H. Selye systematicky popsal průběh stresové reakce. Ten nazval jako „obecný adaptační syndrom“ (v angličtině General Adaptational Syndrom, zkráceně GAS), který má tři fáze:

1. Fáze poplachu (alarmová) – připravuje organismus k odpovědi na podnět stresu. Je velmi podobná Cannonově poplachové reakci. Jedná se v podstatě o šok vystřídaný antišokem, kdy se původně velká reakce postupně snižuje.
2. Fáze odporu (resistenční) – organismus si zvyká na podnět stresu, odolává a vyrovnává účinky stresu. Fyzickými projevy může být například to, že se jedinec hůř koncentruje a je vznětlivý.
3. Fáze vyčerpání (exhausce) – pokud stresová reakce nebyla zvládnuta, dochází k vyčerpání organismu a může dojít až ke zdravotním problémům.

Selye tedy došel také k závěru, že dlouhodobý stres může způsobovat i vážné zdravotní problémy. (Selye, 1950)

Obě tyto teorie však nahlíží na stres spíše s biologického a hlavně fyziologického hlediska. Z toho více psychologického hlediska se teorií stresu zabýval R. S. Lazarus. Ten přišel se svou kognitivně-interakční teorií stresu, která vyzdvihuje význam kognitivního zhodnocení situace a dochází nejen k fyziologickým reakčním projevům ale i ke změnám chování a prožívání. Lazarus vytvořil tzv. „model dvojího zhodnocení“ situace.

- Prvotní zhodnocení se týká zvážení situace s ohledem na vlastní ohrožení. Je nutné brát v potaz objektivní stav prostředí ale i subjektivní vnímání jedince, tedy to co se děje s jeho psychikou.
- Druhotné zhodnocení se týká uvážení, zda je schopen jedinec danou situaci úspěšně zvládnout. Stejně jako při prvotním zhodnocení i zde je potřeba brát v potaz objektivní stav prostředí a subjektivní vnímání jedince.

(Křivohlavý, 2009 in Figalová, 2016)



### 2.3.5 Typy náročných situací

Rozdělit a popsat typy situací vyvolávajících zvýšenou zátěž není jednoduché, protože ve většině případů se náročné situace navzájem překrývají či jedna může vyvolávat druhou. V současné době se k typům náročných situací způsobujících stres řadí problémy, frustrace, deprivace, konflikty, bolest a utrpení, krize a nemoc.

Vzhledem k povaze práce je vhodné se podrobněji seznámit s poslední uvedenou situací přesahující únosnou mez zátěže, tedy s nemocí.

Nemoc lze brát jako přímou opozici k pojmu zdraví. Jedná se o částečné či úplné poškození tělesných nebo duševních funkcí důležitých pro život. Čím je nemoc závažnější, tím je to náročnější událost v lidském životě, která může zahrnovat všechny ostatní obecně popsané typy zátěžových situací.

Matce se narodí tělesně postižené dítě, je tedy frustrovaná, že nedokázala porodit zdravé miminko, dochází ke konfliktům v rodině, která se může rozcházet v názorech co s nastalou situací dál, rodiče si zároveň procházejí krizí srovnávání se s faktem, že se jim narodilo postižené dítě, musí řešit spoustu problémů s nově nastalou situací (např.: sehnat finance k zajištění speciálních pomůcek) a samo dítě může být deprimováno z nedostatku rodičovské lásky, pokud jej jeden z rodičů odmítne z důvodů postižení.

Nemoc tedy může být velmi náročnou situací jak pro toho, kdo ji trpí, tak pro jeho okolí. Jako pozitivum k tomuto dystopickému příkladu může být bráno, že se to vždy nemusí stát přesně takto. I tuto situaci ovlivňuje mnoho faktorů – kulturní, sociální, osobnostní a jiné. Co je považováno za téměř nepřekonatelnou zátěž v jedněch podmínkách, jinde nemusí být problém téměř žádný. (Paulík, 2017)

### 2.3.6 Psychická odolnost

Obecně můžeme psychickou odolnost definovat jako „kvalitu adaptační schopnosti člověka umožňující adekvátně zvládat dynamické podmínky, v nichž žije, a vyrovnávat se v interakci s nimi s kladenými nároky (zátěží), aniž by bylo podstatně narušeno fungování jeho osobnosti“. Odolnost můžeme dělit na fyzickou a psychickou, nicméně v současné psychologii je odolnost brána spíše jako komplex těchto dvou složek a jsou uplatňovány zejména tři vztahové rámce pohledu na schopnost adaptace:

odolnost jako osobnostní rys, odolnost jako proces a nezdolnost nebo také salutogeneze. (Paulík 2017)

Jako první se na odolnost nahlíželo jako na jeden z rysů osobnosti. Tato teorie vychází z předpokladu, že jedinec disponuje určitými schopnostmi zvládnání zátěže, které následně určují míru jeho odolnosti. V minulosti byla odolnost spojována hlavně se silou vůle. Základním tvrzením zde bylo, že člověk vyřeší vše, je-li jeho míra chtění dostatečná. Později se však ukázalo, že tato teze není dostačující. Postupem času se výzkumníci propracovali k tomu, že pro stanovení míry odolnosti jsou potřeba tři schopnosti:

- Schopnost kontrolovat dění kolem sebe, mít určitou míru sebedůvěry.
- Schopnost vidět význam v překonání překážky, což pak vede ke chtění se podílet na jejím překonání.
- Schopnost chápat změny jako k životu patřící a v důsledku toho na ně pružně reagovat.

(Hošek 2003)

Další autoři na odolnost nahlíží jako na celoživotní proces či jako výsledek nějaké úspěšně zvládnuté zátěže. V této teorii badatelé označují odolnost jako resilienci, což by se česky dalo přeložit jako pružnost. Na rozdíl od odolnosti brané jako osobnostní rys, o resilienci se dá hovořit pouze v případě opravdového potenciálního ohrožení jedince. Míra jeho odolnosti pak spočívá v tom, jaká je kvalita jeho interakce se situací. Zda-li se na řešení situace aktivně podílí a využívá u toho své schopnosti, dovednosti, znalosti a zkušenosti i možnosti, které udává sama situace, tak aby ji byl schopen zvládnout. Také je zde důležité, zda si z proběhlé situace vezme ponaučení a příště se snaží rizika opětovného problému eliminovat. (Paulík, 2017)

Při posledním výše zmíněném vztahovém rámci se setkáváme s pojmy nezdolnost a salutogeneze. Zde se badatelé zabývají spíše situacemi, které na jedince působí a dochází k závěru, že to ony jsou činitele ovlivňující míru odolnosti člověka. Nezabývali se jen negativními dopady stresu na lidskou bytost, ale byl zkoumán i jev, kde někteří jedinci ve stejné situaci nedopadnou tak jako jiní, kteří naopak při nepřiměřené zátěži třeba onemocní. V souvislosti s tímto byl zaveden pojem salutogeneze, který označuje procesy vedoucí upevňování a prevenci zdraví. (Paulík, 2017)

### 2.3.7 Hardiness

Tento koncept vychází z existenciální psychologie, která bere člověka jako biologicky, sociálně a psychologicky determinovanou bytost. V existencialismu je člověk od začátku popisován jako „odsouzený ke svobodě“ a jeho základním úkolem je hledání a ustanovení smyslu. Život se v existencialismu rychle vyvíjí a mění, je tedy i stresující.

Suzanne Kobasa v roce 1979 se svými spolupracovníky přišla s koncepcí hardiness, kde se zaměřuje právě na houževnatost či nezdolnost osobnosti. Podle Kobasové je nezdolná bytost taková, která cítí smysl ve svém životě a změna pro ni není problémem ale výzvou. U takového jedince dominují zejména tři atributy osobnostních rysů:

1. **Kontrola** – Přesvědčení, že člověk může kontrolovat a ovlivňovat události, které prožívá. Lidé s vysokou úrovní kontroly nehledají příčiny událostí v jednání druhých nebo v osudovosti, ale věří především ve vlastní zodpovědnost a schopnost ovlivnit svůj život. Vnímají stresující situace jako důsledek vlastní aktivity a zároveň jako předmět jejich vlastní kontroly. Lépe se vyrovnávají i se situacemi, které jsou mimo jejich kontrolu. Naopak při nízkém skóre v této oblasti jsou lidé snadno zmanipulovatelní a cítí se bezmocní.
2. **Závazek** – Schopnost cítit se velmi zapojený do činnosti ve svém životě. Vysoká úroveň závazku značí, že jedinci se aktivně podílí na mnoha oblastech života – práce, rodina, mezilidské vztahy a sociální instituce. Zároveň přesně vědí, na čem se podílí a proč se na tom podílí. Tento postoj posiluje cílevědomost, která naopak snižuje vnímané ohrožení ze stresujících situací. Kobasa dále popisuje, že lidé s vysokým závazkem mají také vysoké cíle a stojí si za svým názorem. Jsou spolehlivou podporou pro jejich okolí, je-li to potřeba. Při nižší úrovni této dimenze jsou jedinci nerozhodní, nezajímají se o situaci, nedůvěřují svému okolí, jsou pesimističtí a může u nich docházet až k depresím.
3. **Výzva** – Nahlížení na změnu jako na zajímavou výzvu vedoucí k dalšímu vývoji. Lidé s vysokou mírou tohoto osobnostního rysu vyhledávají nové rozvojové aktivity. Mají přehled o svém okolí a jsou otevření. Díky tomu

se lépe vypořádávají s hrozbami i těch nejméně očekávaných životních situací. V opačném případě dochází k obavám ze změn a vše nové je bráno negativně i jako nebezpečí.

(Lázniček, 2017)

Studii, které z hardiness vycházely, je nepřeborná spousta v odvětvích zvládání zátěže. Například český autor B. Vašina (1999) se zabýval studováním souvislosti hardiness s pracovní zátěží a subjektivním posuzováním zdraví jedince. (Paulík, 2017)

Nejvíce se u nás ale konceptem hardiness zabývali Šolcová & Kebza (1996), ti ve svém výzkumu naměřené hodnoty hardiness české populace porovnávali s výsledky té americké. Výsledek byl pak pro českou populaci ve všech subškálách i celkovém skóre nižší než výsledky americké populace. Nevětší rozdíl byl patrný v subškále výzvy, to autoři komentují tak, že Češi nemají ke změnám v jejich životě tak pozitivní přístup jako Američané. Rozdíly mohly být způsobeny také odlišností české a americké výchovy. Ve světě se pak výzkumem hardiness zabývali například Westman (1990) a Maddi (2007), oba podrobili výzkumu jedince z armády a oba nezávislé výzkumy svými výsledky předpovídali úspěšné pokračování jedinců v armádním výcviku. (Lázniček, 2017)

### **2.3.8 Sence of coherence**

Pro lepší vhléd do tématu psychické odolnosti je vhodné uvést i její druhou nejznámější koncepci. Tou je sence of coherence (zkráceně SOC), jejímž hlavním propagátorem byl A. Antonovsky. Ten zkoumal zdravotní stav skupiny vězňů z koncentračních táborů a přišel na to, že asi čtvrtina z nich neutrpěla žádnou zdravotní újmu, ačkoliv všichni byli vystaveni stejným drsným podmínkám tehdejších táborů. Dále testoval tuto čtvrtinu a zjistil, že mají jeden společný osobnostní rys, který nazval „smysl pro soudržnost“. Jde v podstatě o to, jak jedinec globálně pohlíží na svět a jeho fungování. S tímto poznatkem vytvořil dotazník určující míru SOC a stanovil, že tento „smysl pro soudržnost“ se skládá ze tří složek:

- Srozumitelnost – Dispozice chápat svět kolem sebe a své místo v něm. Člověk s vyšší mírou této schopnosti také chápe, proč se mu v životě dějí věci, které se mu dějí včetně těch negativních. V případě, že je tato úroveň nízká, jedinec není

schopen plánovat, vytyčovat si cíle a ty plnit, jelikož ho jeho okolí mate. Ztrácí tak motivaci a odhodlání.

- Zvládnutelnost – Dispozice ovlivňovat, kontrolovat a zvládat své životní role a cíle. V opačném případě se člověk vzdává zodpovědnosti, cítí se obětí dění kolem něj a je snadno ovladatelný.
- Smysluplnost – Dispozice vnímat svou životní pozici jako hodnotnou a nacházet smysl ve své existenci. Při nízkém skóre v této dimenzi se člověk citově distancuje, neangažuje se v situacích a uniká před kontaktem s okolím.

Tato koncepce v podstatě vychází z koncepce v kapitole 2.3.7 a její tři složky se dají lehko přetavit v komponenty hardiness. (Maarová, 2015)

### **2.3.9 Antistresové účinky sportu**

V kapitole 2.3.4 byl popsán „obecný adaptační syndrom“, kde v první fázi dochází v organismu k poplachové reakci. V návaznosti na tuto reakci tělo začne produkovat větší množství hormonů připravujících tělo k namáhavé činnosti. Tato pohotovostní aktivita pravděpodobně souvisí s instinktem živočichů reagujících na stresor – útok nebo útek. Pokud by docházelo k dalším fázím stresové reakce a organismus opravdu začal vykonávat namáhavou činnost, nahromaděné látky by se z těla vyplavily. V současné době se člověk potýká vesměs se sociálními stresy, při jejichž zvládnutí nedochází přirozeně ke zvýšené aktivitě organismu a tudíž ani nedochází ke spotřebě nadměrného množství látek v těle. Dle Charváta (1964) je z medicínského hlediska ponechání těchto metabolitů v těle škodlivé. Je tedy dobré vykonávat pravidelně pohybovou aktivitu v rámci svých možností, aby se člověk zbavil nahromaděných metabolických zplodin v těle z každodenního stresu. Kromě fyziologicky prospěšných účinků má na člověka i pozitivní dopady v oblasti jeho psychiky. Odvádí pozornost od starostí běžného dne, dochází k emočnímu přeladění, které významně podporuje psychohygienu. Dochází k takzvanému odreagování, kdy momentální emoční reakce dočasně upozadí předchozí nepříznivé emoční reakce na běžné každodenní napětí. Zároveň může sport působit i jako prevence proti stresu. (Slepička, Hošek a Hátlová, 2009)

Antistresové účinky sportu lze rozdělit do dvou kategorií dle angažovanosti jedince. První podoba antistresových účinků sportu je pasivní, kdy se jedinec sportu

sám přímo neúčastní a je pouze pozorovatelem. Příkladem mohou být například fanoušci chodící na fotbalová utkání. Druhou a majoritní podobou je podoba aktivní. Ta už vyžaduje zapojení jedince do pohybové činnosti. Její účinky mohou být krátkodobé či dlouhodobé podle toho jak často a v jaké intenzitě člověk pohybovou aktivitu vykonává. (Maráčová, 2014)

Jeho odolnost a schopnost reakce na stres je lepší za předpokladu, že jedinec sportuje pravidelně a dlouhodobě, protože sport klade na člověka zvýšené nároky z hlediska adaptace na nepříznivé situace (např. fyzicky namáhavé situace zvyšují fyzickou odolnost). Je také dokázáno, že některé důsledky sportovní aktivity hrají majoritní úlohu ve snížení rizika depresí a úzkosti, zlepšení nálady, posílení sebedůvěry a sebevědomí. (Paulík, 2017)

### 3 Cíle práce

Hlavním cílem práce je porovnání psychických stavů sportovců s handicapem a nesportujících handicapovaných jedinců. K dosažení tohoto cíle poslouží jeden z psychodiagnostických nástrojů, konkrétně standardizovaný dotazník, který měří míru psychické odolnosti jedince ve smyslu hardiness.

#### 3.1 Hypotézy

V rámci hlavního cíle práce byly stanoveny následující hypotézy:

1. Psychická odolnost handicapovaných sportovců bude vyšší než psychická odolnost nesportující populace s handicapem.
2. Subškála kontroly bude u handicapovaných sportovců vyšší než psychická subškála kontroly nesportující populace s handicapem.

Základním východiskem pro stanovení těchto hypotéz je fakt, že sport má pozitivní dopady na psychiku člověka.

Z hlediska konkrétně plavání se pozitivními účinky tohoto sportu zabývá například Kovář (2000) ve své disertační práci věnované aplikovaným metodickým postupům v plavání pro osoby s míšní lézí.

Obecné pozitivní účinky aplikovaných pohybových aktivit zmiňuje již Daňová (2005). Dále Slepíčka, Hošek a Hátlová (2009) popisují antistresové účinky sportu. Všechny tyto dohady jsou pak potvrzeny například v jednom z výzkumů, které uvedl Ješina a Hamřík ve své knize Podpora aplikovaných pohybových aktivit v kontextu volného času (viz kapitola 2.2.2).

Co se týče psychické odolnosti, zde je možné se opřít o K. Paulíka (2017), který připouští působení správně zvolené míry sportu (neboli správně zvolené míry zátěže) na zlepšení odolnosti člověka. Zároveň pracuje i s myšlenkou, že talentovaní sportovci by se měli již narodit s predispozicemi pro vyšší odolnost než ostatní.

#### 3.2 Úkoly

Pro úspěšné dokončení této práce je potřebné splnit následující kroky:

1. Nashromáždit a zpracovat teoretické zdroje týkající se tématu.

2. Vyplnit žádost pro Etickou komisi FTVS UK, sepsat informovaný souhlas a získat od EK souhlas k zahájení výzkumu.
3. Stanovit kritéria pro výběr respondentů a kritéria výzkumu.
4. Se schváleným informovaným souhlasem vytvořit dotazník, jehož hlavní částí je standardizovaný dotazník hardiness.
5. Oslovit potenciální respondenty a nechat je vyplnit online dotazník.
6. Ukončit šetření ve chvíli, kdy je nashromážděn dostatek respondentů a poté data náležitě zpracovat.
7. Vyvodit závěry z daných výsledků a potvrdit či vyvrátit stanovené hypotézy.



## **4 Metodika práce**

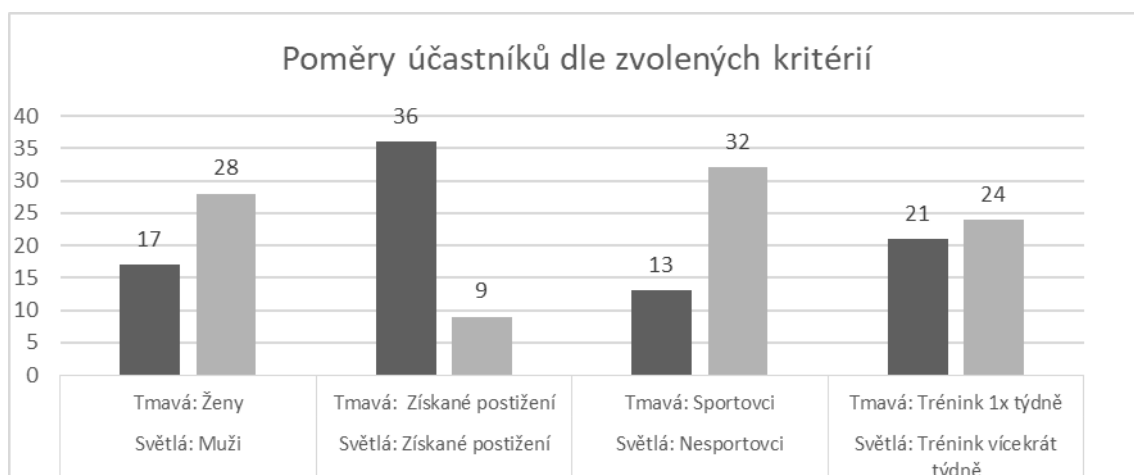
Tato závěrečná bakalářská práce je dle druhu výzkumu empiricko-teoretická. Předmětem výzkumu je pak vztah míry psychické odolnosti mezi sportovci s různou mírou angažovanosti v para plavání.

### **4.1 Popis sledovaného souboru**

Sledovaný soubor výzkumu se skládal z pětáctyřiceti osob s tělesným nebo kombinovaným postižením (kdy postižení bylo kombinováno s tělesnou vadou). Kromě typu postižení měli respondenti i další společný prvek, všichni se s různou intenzitou věnovali para plavání. Věkový průměr celé zkoumané skupiny byl 27,37 let a všichni respondenti byli starší osmnácti let. Většina respondentů se svým postižením již narodila, pouze deset z nich své postižení získalo v pozdějším životě. Nejčastěji uváděným typem tělesného postižení bylo DMO, ve výzkumném souboru se nacházelo celkem 23 jedinců s touto diagnózou, to znamená, že téměř každý druhý respondent se s tímto postižením narodil. Naproti tomu v souboru (dle stanovených určujících kritérií práce) převládali jedinci nesportující v poměru 32 ku 13 sportovcům. Z hlediska pohlaví bylo žen méně než mužů, konkrétně 17, což byla více než třetina celé dotazované skupiny. Jako zajímavost lze také uvést, že z účastníků výzkumného šetření se z českých oficiálních závodů nejvíce účastnilo závodu POHÁREK a nejméně pak závodu PSCP.

**Tabulka 1: Základní údaje všech respondentů**

MUŽ/ŽENA	VĚK	POSTIŽENÍ Vrozené/Získané	SPORTOVEC Ano/Ne
Žena	25	Vrozené	Ano
Žena	27	Vrozené	Ano
Muž	21	Vrozené	Ne
Muž	24	Vrozené	Ano
Muž	47	Získané	Ne
Žena	22	Vrozené	Ano
Muž	38	Získané	Ano
Muž	29	Vrozené	Ano
Žena	22	Vrozené	Ano
Muž	20	Vrozené	Ne
Muž	18	Vrozené	Ano
Muž	27	Vrozené	Ano
Žena	25	Vrozené	Ne
Žena	34	Získané	Ano
Muž	19	Vrozené	Ne
Žena	22	Vrozené	Ne
Muž	29	Vrozené	Ne
Muž	31	Vrozené	Ne
Muž	27	Vrozené	Ne
Muž	25	Vrozené	Ne
Muž	19	Vrozené	Ano
Žena	20	Vrozené	Ano
Žena	18	Vrozené	Ne
Žena	33	Vrozené	Ne
Žena	23	Vrozené	Ano
Žena	30	Vrozené	Ne
Muž	30	Vrozené	Ne
Žena	21	Vrozené	Ne
Muž	21	Vrozené	Ne
Muž	43	Získané	Ne
Muž	21	Vrozené	Ne
Muž	37	Vrozené	Ne
Žena	25	Vrozené	Ne
Žena	21	Vrozené	Ne
Muž	33	Získané	Ne
Muž	38	Získané	Ne
Žena	26	Vrozené	Ne
Muž	24	Vrozené	Ne
Muž	23	Vrozené	Ne
Žena	24	Vrozené	Ne
Muž	22	Vrozené	Ne
Muž	21	Získané	Ne
Muž	40	Získané	Ne
Muž	56	Získané	Ne
Muž	31	Získané	Ne



**Graf 1: Srovnání poměrů počtů účastníků dle vybraných kritérií**

**Tabulka 2: Průměrný věk, poměr vrozených postižení a poměr žen u vybraných skupin respondentů**

	Průměrný věk	Poměr vrozeného postižení	Poměr žen
Muži	29,07	0,679	X
Ženy	24,89	0,941	X
Sportovci	28,25	0,846	0,538
Nespportovci	23,25	0,750	0,313
Vrozená V	24,31	X	0,457
Získaná V	38,10	X	0,100
Plavající 1x týdně	28,15	0,800	0,450
Plavající 2x až x-krát týdně	26,76	0,760	0,320

## 4.2 Použité metody

Ke zpracování bakalářské práce byla využita dotazníková metoda sběru dat. Dotazník se skládal ze dvou částí. První z nich obsahovala obecné otázky týkající se pohlaví, věku a povahy postižení respondenta. Dále zde byly dvě zásadní otázky pro určení toho, zda je jedinec sportovec či nespportovec. První z otázek souvisela s četností tréninkové docházky v týdnu, druhá se pak ptala, jakých plaveckých závodů oficiálního soutěžního kalendáře střešní organizace se proband účastnil v roce 2019.

Druhá část dotazníku byl již samotný standardizovaný dotazník hardiness, v angličtině Personal Views Survey. Tento diagnostický prostředek vytvořila v roce 1985 Susanne Kobasa do češtiny je pak v rámci své studie přeložila Šolcová se spoluautorem Kebzou v roce 1996. Tento dotazník má celkem 50 tvrzení, na které respondenti odpovídají číslicemi 0 až 3 podle toho, jak se s daným tvrzením ztotožňují.

Dle odpovědí je pak možné vypočítat hodnoty respondentových tří subškál psychické odolnosti (kontrola, výzva, závazek). Respondent hodnotil tyto tvrzení:

1. Často se probouzím s velkou chutí navázat na činnosti včerejšího dne.
2. Líbí se mi, když je moje práce velmi rozmanitá.
3. Můj vedoucí nebo nadřízení většinou naslouchají mým názorům.
4. Člověk se může většině budoucích problémů vyhnout tím, že si věci naplánuje.
5. Obvykle mám pocit, že tím, co udělám dnes, mohu změnit to, co by se mohlo stát později.
6. Je mi nepříjemné, musím-li něco měnit na svých každodenních zvyklostech.
7. Ať se snažím sebevíc, stejně ničeho nedosáhnu.
8. Stěží si dovedu představit, že by někoho vzrušovala práce.
9. Při jakékoli činnosti platí, že nejlepší způsob je ten, který se již osvědčil.
10. Změnit názor mého partnera (manželského) mi připadá téměř nemožné.
11. Ti, kteří pracují, jen aby se užívali, bývají většinou manipulováni svými vedoucími.
12. Neměly by se zavádět žádné zákony, které by mohly poškodit příjmy pracujících.
13. Když se člověk vdá/ožení a založí rodinu, ztrácí možnost svobodného rozhodování.
14. Člověk se může dít sebevíc, stejně ve skutečnosti svých cílů nedosáhne.
15. Na úsudek toho, kdo málokdy změní svůj názor, se obvykle můžeme spolehnout.
16. Myslím si, že většina z toho, co se v životě stalo, se prostě stát mělo.
17. V podstatě nezáleží na tom, jak usilovně člověk pracuje, stejně z toho mají prospěch jen jeho nadřízení.
18. Nemám rád rozhovory s lidmi, kteří sami nemají jasno v tom, co vlastně chtějí říci.
19. Velké úsilí se většinou nevyplácí, stejně nikdy nic nedopadne dobře.
20. Nejvíc mne vzrušuje to, co prožívám ve své fantazii.

21. Neodpovídám nikomu na otázky, dokud mi není zcela jasné, na co se vlastně ptá.
22. Když už si něco naplánuji, jsem si jist, že to také dokážu uskutečnit.
23. Na svou práci se opravdu těším.
24. Jsem-li do něčeho skutečně zabrán, nevadí mi, když mě někdo požádá, abych chvíli dělal něco jiného.
25. Když se v práci zabývám nějakým obtížným úkolem, poznám, když potřebuji požádat o pomoc.
26. Je pro mne vzrušující dozvědět se něco o sobě.
27. Jsem rád s lidmi, jejichž chování nelze snadno předvídat.
28. Obvykle mi připadá velmi těžké změnit názor mého přítele/příteřkyně.
29. Myslet na sebe jako na svobodnou bytost vyvolává v člověku jen frustraci a pocit nespokojenosti.
30. Vadí mi, když něco neočekávaného naruší mé každodenní zvyklosti.
31. Když udělám chybu, mohu už jen málo udělat k její nápravě.
32. Nepocituji žádnou potřebu se v práci maximálně snažit, stejně je to nakonec jedno.
33. Respektuji pravidla, protože mne svým způsobem vedou.
34. Jedním z nejlepších způsobů, jak zvládat většinu problémů, je prostě na ně nemyslet.
35. Myslím si, že sportovní hvězdy se již jako talentovaní sportovci narodili.
36. Nemám rád, když jsou věci neurčité nebo nepředvídatelné.
37. Společnost by měla plně finančně zajistit ty, kteří odvádějí své maximum.
38. Většina mého života přichází nazmar tím, že dělám věci, které postrádají jakéhokoliv smyslu.
39. Velmi často se v sobě skutečně nevyznám.
40. Nevidím žádný přínos v teoriích, které nemají bezprostřední vztah k faktům.
41. Normální, obyčejná práce je prostě příliš nudná, než aby stálo za to ji dělat.

42. Když se na mne někdo rozzlobí, obvykle k tomu nemá dostatečný důvod.
43. Vadí mi změny v zaběhnutých zvyklostech.
44. Stěžím si na lidi, kteří mi říkají, že jejich práce představuje hodnotu pro společnost.
45. Mám pocit, že když mi chce někdo ublížit, nemohu mu v tom dost dobře zabránit.
46. Můj život není většinou příliš vzrušující.
47. Myslím, že lidé mluví o jedinečnosti člověka jen proto, aby udělali dojem na ostatní.
48. Když mi v práci někdo něco vytkne, obvykle to bývá neopodstatněné.
49. Chtěl bych mít jistotu, že se o mne ve stáří bude někdo starat.
50. Nejsme to my sami, ale jiní, kdo řídí naše životy.

Otázky číslo 6 – 21 a 28 – 50 byly reverzní, bylo tedy nutné převrátit hodnoty odpovědí (z 3 na 0, z 2 na 1, z 1 na 2 a z 0 na 3). Poté už bylo možné součtem hodnot odpovědí zjistit míru psychické odolnosti a také hodnoty jejich subškál. Každá subškála měla dané své otázky a to následovně:

- Kontrola – otázky č.: 3, 4, 5, 7, 10, 13, 16, 19, 22, 25, 28, 31, 34, 35, 42, 45, 48.
- Závazek – otázky č.: 1, 8, 11, 14, 17, 20, 23, 26, 29, 32, 38, 39, 41, 44, 47, 50.
- Výzva – otázky č.: 2, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24, 27, 30, 33, 36, 37, 40, 43, 46, 49.

### **4.3 Sběr dat**

Sběr dat probíhal v období od května do června roku 2020. Vzhledem k povaze vybrané metody výzkumu nebyl problém s výběrem testovacího období, protože zvolený dotazník nevyžadoval žádné speciální podmínky. Otázky osobního charakteru i standardizovaný dotazník byly přepsány do online formy a komplet byl distribuován mezi respondenty pomocí webové aplikace Google Forms. Bylo osloveno celkem 117 potenciálních probandů z para plaveckých klubů po celé České republice. Z nich dotazník vyplnilo celkem 45 respondentů, návratnost dotazníku byla tedy 38,5%. Vyplnění dotazníku respondenty zabralo v průměru 30 minut.

K dotazníku byl přiložen informovaný souhlas, vyplněním dotazníku každý respondent tento souhlas udělil. Respondenti byli také obeznámeni s účely dotazníku a s možností, kde zjistit své osobní skóre. Etická komise FTVS UK neshledala žádné rozpory s platnými zásadami, předpisy a mezinárodní směrnice pro provádění výzkumu zahrnujícího lidské účastníky a testování bylo provedeno s jejím souhlasem.

#### **4.4 Analýza dat**

V době, kdy byl ukončen sběr dat, byly všechny odpovědi vyexportovány a dále analyzovány. Nejprve bylo potřeba obrátit hodnoty reverzních odpovědí. Poté bylo, podle klíče ke standardizovanému dotazníku, možné spočítat hodnoty všech tří subškál a následně je sečíst a získat tak výsledný skór (což je míra psychické odolnosti) jednotlivých respondentů. Pak již bylo možné porovnávat hodnoty vybraných skupin, Pro komparaci hodnot důležitých pro tento výzkum byl použit dvoustranný nepárový T-test s nerovností rozptylů.

## 5 Výsledky

Hlavním tématem výzkumu bylo změřit psychickou odolnost účastníků výzkumu a tu pak porovnávat ve zvolených podskupinách. Pro začátek lze zvolit metodu porovnávání průměrů jednotlivých subškál i samotné psychické odolnosti celého vzorku se zvolenými skupinami.

**Tabulka 3: Průměrné hodnoty subškál a celkového skóru u všech respondentů**

	Subškála kontroly	Subškála závazku	Subškála výzvy	Psychická odolnost
Celý výzkumný soubor	34,2	34,13	24,02	92,36

**Tabulka 4: Průměrné hodnoty subškál a celkového skóru u vybraných skupin respondentů**

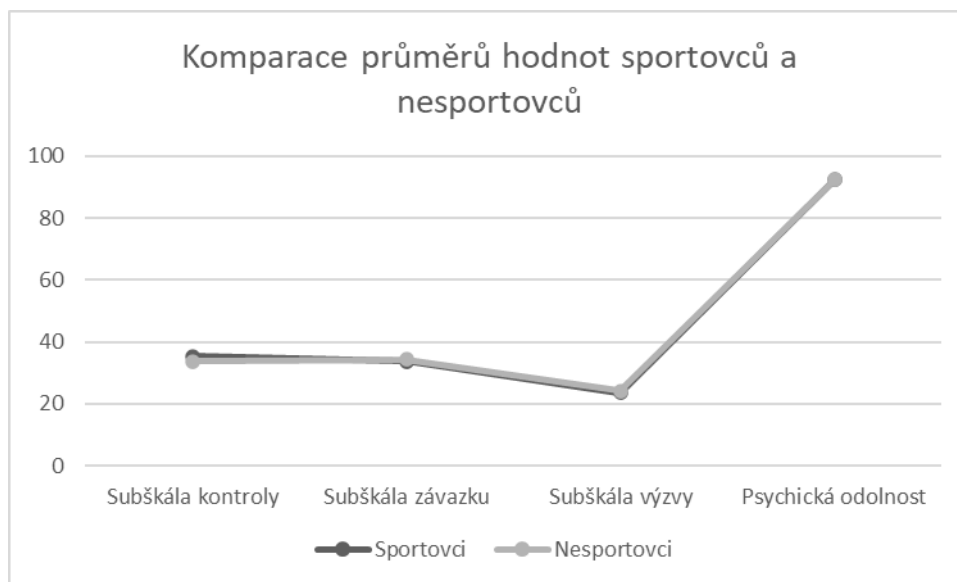
	Subškála kontroly	Subškála závazku	Subškála výzvy	Psychická odolnost
Muži	34,25	33,79	23,82	91,86
Ženy	34,12	34,71	24,35	93,18
Sportovci	35,31	33,62	23,54	92,46
Nesportovci	33,75	34,34	24,22	92,31
Vrozené postižení	34,57	33,77	24,37	92,71
Získané postižení	32,90	35,40	22,80	91,10
Trénink 1x týdně	34,5	34,80	25,00	94,30
Trénink vícekrát týdně	33,96	33,60	23,24	90,80

Pokud se podíváme na tabulku číslo 3 a číslo 4, lze vyhodnotit, že mezi průměry celého zkoumaného souboru a vybranými skupinami nejsou žádné velké výkyvy hodnot. Stejně tak tomu není ani mezi skupinami, pokud bereme v potaz pouze tabulku číslo 4. Pro větší statistickou přesnost bylo však vhodné použít pro protichůdné skupiny dvoustranný nepárový T-test s nerovností rozptylů. Pokud by hodnota T-testu u některého ze zkoumaných prvků byla nižší než 0,05, pak můžeme tvrdit, že se zvolené skupiny liší.



**Tabulka 5: Komparace výsledných hodnot skupin sportovci a nespportovci**

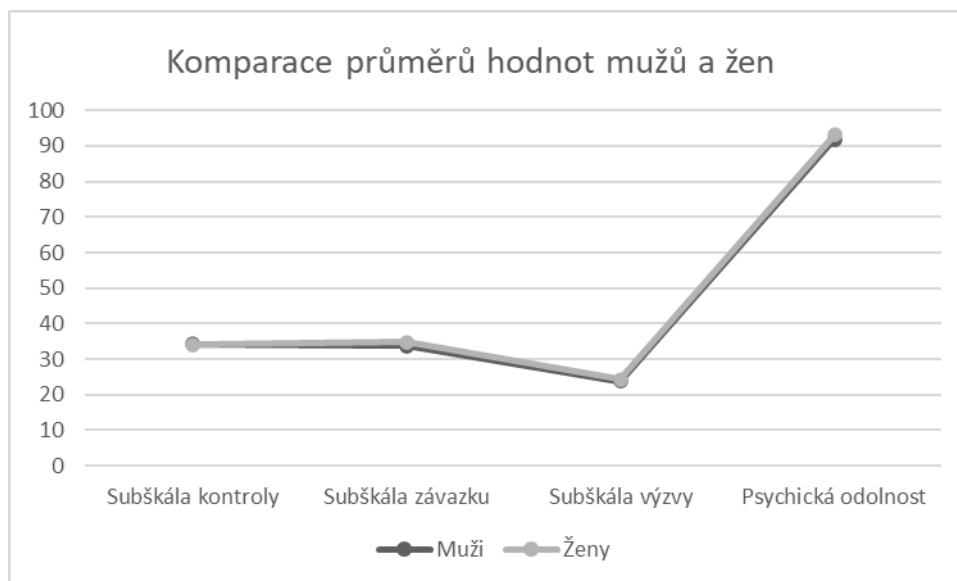
	Subškála kontroly	Subškála závazku	Subškála výzvy	Psychická odolnost
T-test sportovců a nespportovců	0,483	0,809	0,409	0,811

**Graf 2: Srovnání průměrů hodnot sportovců a nespportovců**

Díky tabulce číslo 5 už můžeme s vysokou statistickou přesností říci, že ani jedna z daných hypotéz nebyla potvrzena. Porovnávané skupiny sportovců a nespportovců se svými hodnotami významně neliší v žádné subškále ani ve výsledné hodnotě psychické odolnosti. Toto nám potvrzuje i názorné grafické vyobrazení číslo 2, kde se spojnice bodů jednotlivých subškál a celkového skóru v podstatě překrývají. Lze vypočítat T-test i pro další vybrané skupiny a zjistit, zda v nich nenajdeme odlišnosti.

**Tabulka 6: Komparace výsledných hodnot skupin muži a ženy**

	Subškála kontroly	Subškála závazku	Subškála výzvy	Psychická odolnost
T-test mužů a žen	0,923	0,115	0,394	0,235

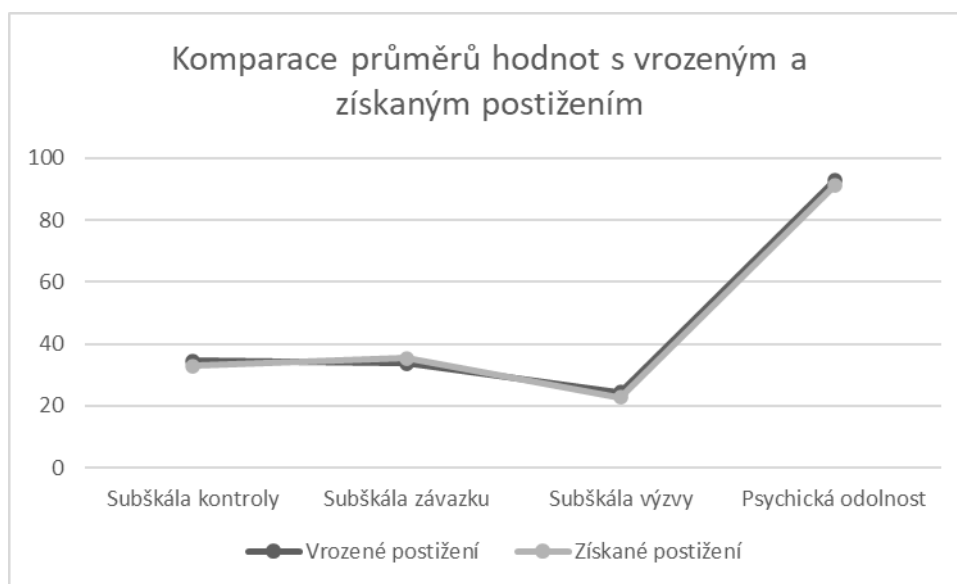


**Graf 3: Srovnání průměrů hodnot mužů a žen**

Dle tabulky číslo 6 se ani muži a ženy ve svých hodnotách neliší avšak hodnota T-testu subškály závazku se zde nejvíce blíží hodnotě nutné ke konstatování, že se skupiny ve svých hodnotách významně liší. Stejně tak je tomu u grafu číslo 3, hodnotové body i spojnice mezi nimi se téměř překrývají.

**Tabulka 7: Komparace výsledných hodnot skupin s vrozenou diagnózou a získanou diagnózou**

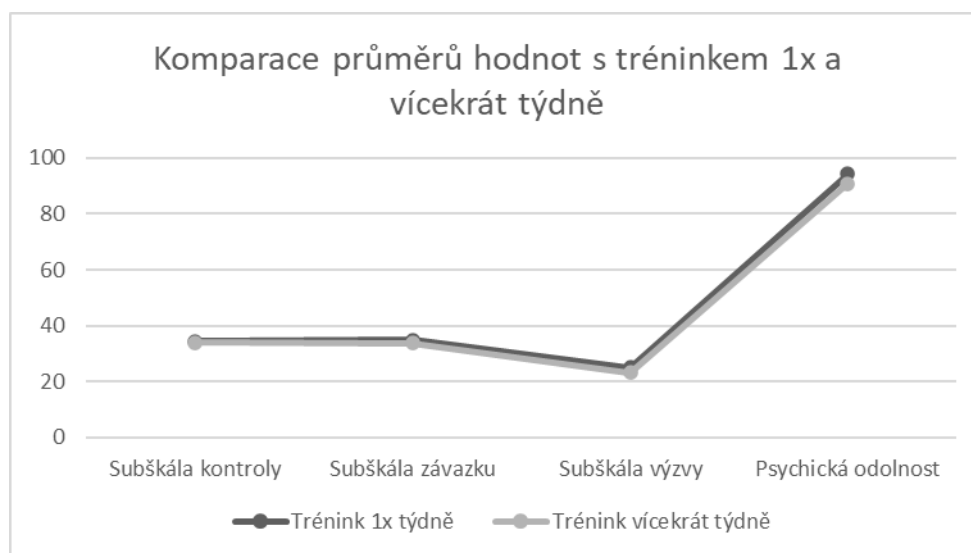
	Subškála kontroly	Subškála závazku	Subškála výzvy	Psychická odolnost
T-test vrozených a získaných diagnóz	0,945	0,761	0,589	0,68



**Graf 4: Srovnání průměrů hodnot respondentů s vrozeným a se získaným postižením**

**Tabulka 8: Komparace výsledných hodnot skupin s tréninkem 1x týdně a vícekrát týdně**

	Subškála kontroly	Subškála závazku	Subškála výzvy	Psychická odolnost
T-test tréninku 1x a vícekrát týdně	0,73	0,503	0,431	0,398



**Graf 5: Srovnání průměrů hodnot respondentů s jedním a s vícero tréninky týdně**

Ani v případě tabulky číslo 7 a číslo 8 jsme nenalezli žádnou odlišnost, ale v tabulce číslo 7 v subškále kontroly naznačující rozdílnost skupin je hodnota

nejvzdálenější. Z pohledů grafů číslo 4 a číslo 5 můžeme vidět, že zde docházelo asi k největším rozdílům, protože body hodnot i spojnice mezi nimi se nejméně překrývají.

## 6 Diskuze

Hlavním cílem této výzkumné práce bylo porovnání psychické odolnosti sportovců a nesportovců s handicapem. Jako zkoumaný vzorek sportovců i nesportovců byli zvoleni probandi věnující se různou intenzitou para plavání. Jako faktor pro určení toho, kdo je sportovec a kdo ne pak sloužila definice sportovce z dotační výzvy Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy. Pokud chceme porovnávat sportovce a nesportovce, nemusí být ihned zřejmý výběr probandů aktivně zapojených do sportu, avšak u handicapovaných je obtížné oslovit probandy, kteří se nevěnují žádné pohybové aktivitě, vzhledem k významnosti takové aktivity pro zdravotní stav. Zároveň v odborné literatuře neexistuje jednoznačná shoda na definici sportovní aktivity. Proto jsem zvolila homogenní skupinu pohybově aktivních jedinců s tělesným postižením, která se liší pouze v rozsahu jejich aktivní účasti na této pohybové aktivitě.

Ve výzkumu byly stanoveny dvě hypotézy. Obě vycházely ze stejného principu, ale každá z nich se týkala jiné zkoumané hodnoty. První se zabývala celkovým skórem z dotazníku, tedy mírou psychické odolnosti, a říká, že sportovci budou mít tuto hodnotu vyšší než nesportovci. Tato hypotéza se nepotvrdila. Vycházela z předpokladu, že sport má pozitivní účinky na lidskou psychiku. Tento názor podporuje mnoho autorů, např. Kovář (2000), Hošek, Slepíčka, Hátlová (2009) nebo Paulík (2017).

Druhá hypotéza tvrdí, že hodnota subškály kontroly bude u sportovců opět vyšší než u nesportovců. Ani tato hypotéza se nepotvrdila. Obě hypotézy se opírají o stejné argumenty a dalo by se tvrdit, že jedna hypotéza vychází z druhé. Subškála kontroly je totiž jedna ze tří komponent celé psychické odolnosti. Z matematického hlediska je pravděpodobné, že pokud psychická odolnost u jedné skupiny byla vyšší, pak by měly být vyšší i složky, ze kterých se výsledná hodnota skládá. Zajímavým faktem je, že průměrná hodnota subškály kontroly u celého výzkumného souboru i u většiny vybraných skupin vyšla nejvyšší. Subškála kontroly souvisí se schopností ovládat svůj život a dění kolem sebe. Z vlastní zkušenosti se domnívám, že tato hodnota vyšla jako nejvyšší, protože pohyb ve vodě vrací člověku s tělesným postižením možnosti pohybu, o které například na vozíku nebo při pohybu o berlích přichází.

Po nepotvrzení stanovených hypotéz byly z dostupných dat výzkumu zkoumány i další vybrané skupiny. Ani zde hodnoty T-testu neukázaly významné odlišnosti. Důvodů, proč jsem nedospěla k očekávaným výsledkům, je dle mého názoru několik.

Prvním z nich je malý výzkumný soubor. Bylo obesláno celkem 117 potenciálních respondentů z celé České republiky, ale účastníky výzkumu se stalo jen 45 osob, návratnost dotazníku byla jen 38,5%, což není ani polovina oslovených. Jsem toho názoru, že mnoho oslovených probandů odradilo množství otázek (50 tvrzení ve standardizovaném dotazníku a k tomu další osobní otázky). Dalším problémem mohl být samotný standardizovaný dotazník. Dotazníková tvrzení jsou tvořena spíše pro situace související s pracovním prostředím, nikoliv se sportovním. Také jsou zde tvrzení týkající se dlouhodobých partnerských vztahů. Při věkovém průměru 23,3 let skupiny nesportovců je velmi složité polemizovat o partnerství nebo dokonce o manželství. Celkově jsem se setkala s mnoha ohlasy respondentů, že pro ně bylo velmi obtížné některá tvrzení v dotazníku aplikovat na svůj život. Vzhledem k absenci relevantních odborných zdrojů není možné jednoznačně určit, zda existuje pro vybranou skupinu probandů lépe aplikovatelný dotazník. Z dostupných zahraničních i domácích zdrojů lze analyzovat výzkumy zabývající se vztahem mezi sportovcem a zvládáním stresu nebo psychickou odolností rodin s handicapovanými dětmi. Jiskrová (2019) zkoumala vztah mezi psychickou odolností a kvalitou života handicapovaných sportovců, nicméně výzkum, který by se přímo zabýval vztahem mezi sportem a psychickou odolností jedinců s handicapem, není v dostupných zdrojích k dispozici. Domnívám se, že nejvhodnějším řešením pro budoucí zkoumání je sestavení nového dotazníku, který by lépe reflektoval podmínky a životní situace dotčených respondentů v oblasti psychické odolnosti a para sportu. Třetím faktorem, který mohl ovlivnit nepotvrzení výše zmíněných hypotéz, byla kritéria k rozřazení skupiny respondentů na sportovce a nesportovce. Byla převzata z dotační výzvy MŠMT, která určuje, že sportovcem je ten, kdo trénuje vícekrát než jednou týdně a zároveň se ročně účastní nejméně čtyř oficiálních závodů. Právě účast na oficiálních závodech je pro velkou část para plavců velmi složitá. Česko-slovenský pohár aktuálně nabízí právě čtyři závody a v případě, že se plavec z jakýchkoliv důvodů nemůže jednoho tohoto závodu účastnit, je vzhledem k minimální možnosti účasti širší plavecké populace na mezinárodních závodech obtížné splnit podmínky dané ministerstvem. V první řadě existují určitá nominační kritéria samotného závodu, dále pak vnitřní nominační kritéria stanovené odpovídajícím zastřešujícím orgánem a v neposlední řadě hrají velkou roli finanční prostředky. Závodní absence tedy vyřadila ze vzorku sportovců velký počet jinak sportovně aktivních probandů. Bylo by vhodné v dalších průzkumech kritériem, kdo je sportovec

s handicapem, a kdo ne, více specifikovat s ohledem na aktuální podmínky para plavání v České republice.

Původní záměr zpracování výzkumu a stanovení hypotéz, byly ovlivněny subjektivním názorem na vlastní míru psychické odolnosti. Považuji se jakožto reprezentantka České republiky v para plavání, která se účastnila Mistrovství Evropy i světa a má v současné době splněný limit i na paralympiádu v Tokiu, za psychicky odolnou osobnost nejen v oblasti sportu. Přes své vrozené tělesné postižení jsem se nikdy necítila v různých situacích bezmocná a nevyžadovala jsem permanentní asistenci od dalších osob. V tomto ohledu mi výrazně pomohlo právě para plavání, které mě skrze výjezdy na soustředění a závody naučilo se o sebe postarat. Vzhledem k tomu, že se v kolektivu para plavců přátelím s podobně smýšlejícími lidmi s podobnou mírou samostatnosti, předpokládala jsem, že i oni mají podobnou míru psychické odolnosti, a že se na tom také podílí právě jejich aktivní počínání v para plavání. Nicméně, po zpracování výsledků výzkumu se tento subjektivní náhled ukázal jako irelevantní.

## 7 Závěr

Tato práce pojednávala o rozdílech mezi psychickou odolností para plavců a nesportující handicapovanou populací. Hlavním úkolem výzkumu byla distribuce a následné zpracování získaných dat z dotazníku hardiness para plavců po celé ČR. Toho bylo dosaženo se zhruba třetinovou úspěšností. V následující fázi výzkumu byly vypočteny jednotlivé složky psychické odolnosti, stanoveny průměry hodnot pro celek i vybrané skupiny a tyto hodnoty byly porovnávány mezi sebou za pomoci T-testu. Pro výzkum byly stanoveny dvě hypotézy. První tvrdila, že psychická odolnost para plavců bude vyšší než její hodnota naměřená u nesportovců. Druhá hypotéza byla obdobného zaměření, ale týkala se jedné ze tří složek, ze kterých se psychická odolnost dle hardiness koncepce skládá. Jednalo se o složku kontroly. Vyhodnocení T-testu ukázalo, že stanovené hypotézy nebyly potvrzeny. Ani v dalších skupinách při porovnávání hodnot nebyly nalezeny významné odlišnosti. Výzkum zatím nelze relevantně porovnávat v oblasti aplikovaných pohybových aktivit, protože stanoveným tématem se ve spojitosti s handicapovanými sportovci mnoho autorů do současnosti nezabývalo. Za předpokladu, že proběhne v této oblasti další budoucí zkoumání, doporučuji důkladně analyzovat současnou situaci v para sportu a přizpůsobit diagnostické prostředky i kritéria aktuálním podmínkám.



## Seznam užitých zdrojů

- DAŘOVÁ, Klára. *Aplikované pohybové aktivity: Studijní materiál k přednáškám z předmětu TV a sport zdravotně postižených*. Univerzita Karlova, Fakulta tělesné výchovy a sportu, 2005.
- *Evropská charta sportu pro všechny: zdravotně postižené osoby*. 1. Praha: MŠMT, 1996.
- FIGALOVÁ, Nikol. *Stres a zdraví v exponované profesi*. Olomouc, 2016. Bakalářská práce. Univerzita Palackého, Filozofická fakulta. Vedoucí práce MUDr. PhDr. Miroslav Orel.
- GRAHAM, H. Kerr, Peter ROSENBAUM, Nigel PANETH, et al. Cerebral palsy. *Nature Reviews Disease Primers* [online]. 2016, 2(1) [cit. 2020-04-30]. DOI: 10.1038/nrdp.2015.82. ISSN 2056-676X. Dostupné z: <http://www.nature.com/articles/nrdp201582>
- HOŠEK, Václav. *Psychologie odolnosti*. 2. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-718-4889-1.
- Osobnost českého parahokeje se loučí. Po životních útrapách cítí hrdost. *IDNES.cz* [online]. Praha: MAFRA, 2020, 8.5.2015 [cit. 2020-07-06]. Dostupné z: [https://www.idnes.cz/hokej/reprezentace/zdenek-safranek-kapitan-sledge-hokej-reprezentace-paralympiada-para.A181225\\_193323\\_reprezentace\\_rmp](https://www.idnes.cz/hokej/reprezentace/zdenek-safranek-kapitan-sledge-hokej-reprezentace-paralympiada-para.A181225_193323_reprezentace_rmp)
- *International classification of impairments, disabilities, and handicaps: A manual of classification relating to the consequences of disease*. 1. [Albany, N.Y.: sold by WHO Publications Centre USA], 1980. ISBN 92-415-4126-1.
- Interview s Janem SOMMEREM, pověřeným předsedou SK KONTAKT BRNO. Brno 24. 1. 2020.
- JEŠINA, Ondřej a Zdeněk HAMŘÍK. *Podpora aplikovaných pohybových aktivit v kontextu volného času*. 1. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 978-80-244-2946-5.
- JISKROVÁ, Markéta. *Vztah vnímané kvality života a psychické odolnosti a vytrvalosti u hráčů para hokeje a vozíčkářského rugby*. Praha, 2019. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Fakulta tělesné výchovy a sportu. Vedoucí práce PhDr. Klára Dařová, Ph.D.
- KEBZA, Vladimír. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1307-5.
- Koncepce podpory sportu 2016 - 2025. *Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy* [online]. Praha: MŠMT, 2014 [cit. 2020-01-10]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/sport-1/koncepce-podpory-sportu-2016-2025?highlightWords=evropsk%C3%A1+charta+sportu+pro+v%C5%A1echny+zdravotn%C4%9B+posti%C5%BEen%C3%A9+osoby>

- KUDLÁČEK, Martin. *Základy aplikovaných pohybových aktivit*. 1. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3954-9.
- KUDLÁČEK, Martin a Miroslava SPURNÁ. Vymezení tělesného postižení. *Aplikované pohybové aktivity osob s tělesným postižením*. 1. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013, s. 6-15. ISBN 978-80-244-3938-9.
- LÁZNÍČEK, Jakub. *Hardiness a silné stránky charakteru u příslušníků AČR*. Brno 2017. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Filozofická fakulta. Vedoucí práce PhDr. Pavel Humpolíček, Ph.D.
- LINHARTOVÁ, Kateřina. *Adaptace nového zaměstnance v bankovní společnosti*. Praha, 2014. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Filozofická fakulta. Vedoucí práce Doc., PhDr. Milan Rymeš, CSc.
- Lekce. *SK KONTAKT BRNO* [online]. Brno, 2019 [cit. 2020-03-30]. Dostupné z: <https://skkb-cz.webnode.cz/lekce/>
- MAAROVÁ, Iva. *Sense of coherence v kontextu sebepojetí u lidí ve vynořující se dospělosti*. Brno, 2015. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Filozofická fakulta. Vedoucí práce PhDr. Katarína Millová, Ph.D.
- MARÁČKOVÁ, Markéta. *Srovnání strategií zvládnání stresu u vybraných skupin sportovců i nesportovců*. Olomouc, 2014. Diplomová práce. Univerzita Palackého, Filozofická fakulta. Vedoucí práce Mgr. Michal Šafář, Ph.D.
- O nás. *KONTAKT bb: Plavecká akademie bez bariér* [online]. Praha, 2020 [cit. 2020-03-30]. Dostupné z: <http://www.kontaktbb.cz/historie/t1120>
- Para plavání. *Český svaz tělesně postižených sportovců* [online]. Praha, 2019 [cit. 2020-03-29]. Dostupné z: <http://www.cstps.cz/para-plavani/>
- Para Swimming Fast Facts. *International Paralympic Committee* [online]. 2019 [cit. 2020-03-30]. Dostupné z: <https://www.paralympic.org/swimming-fast-facts>
- PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2017. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5646-2.
- PŮLPÁNOVÁ, Bohdana. *Strategie zvládnání stresu u plavců různé výkonnosti*. Praha, 2014. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Fakulta tělesné výchovy a sportu. Vedoucí práce Mgr. Jitka Pokorná.
- SELYE, H. Stress and the General Adaptation Syndrome. *BMJ* [online]. 1950, 1(4667), 1383-1392 [cit. 2020-05-07]. DOI: 10.1136/bmj.1.4667.1383. ISSN 0959-8138. Dostupné z: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.1.4667.1383>
- Shunt Systems. *Hydrocephalus Association* [online]. 2019 [cit. 2020-04-30]. Dostupné z: <https://www.hydroassoc.org/shunt-systems/>
- SLEPIČKA, Pavel, Václav HOŠEK a Běla HÁTLOVÁ. *Psychologie sportu*. 2. Praha: Karolinum, 2009. ISBN 978-80-246-1602-5.
- ŠAŠEK, Vít. *Měření maximální srdeční frekvence u osob s dětskou mozkovou obrnou při plavecké zátěži*. Praha, 2018. Bakalářská práce. Karlova univerzita, Fakulta tělesné výchovy a sportu. Vedoucí práce Mgr. Eva Prokešová, Ph.D.

- ŠNAJDR, David. *Důvody a motivace tělesně postižených pro vrcholový sport*. Praha, 1996. Dizertační práce. Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd.
- ŠOLCOVÁ, Iva. Rozdíly v úrovni a struktuře osobnostní odolnosti ("hardiness") u vzorku americké a české populace. *Československá psychologie* [online]. 1996 [cit. 2020-07-15].
- VAŘEKOVÁ, Jitka, David PŮLPÁN a Klára DAŘOVÁ. Žák s chybějící končetinou či poruchou jejího vývoje v tělesné výchově a sportu. *Tělesná výchova a sport mládeže: odborný časopis pro učitele, trenéry a cvičitele* [online]. Praha: UK FTVS, 1994, 2020, **86**(1), 33 - 43 [cit. 2020-04-30]. ISSN 12107689.
- VESELÁ, Kateřina. *Sportovec jako předmět mezinárodního obchodu a geneze jeho ceny*. Praha, 2015. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Fakulta tělesné výchovy a sportu. Vedoucí práce Prof. Ing. Jiří Kraft, CSc.
- Výzva č. 3 SPORTOVÁNÍ BEZ BARIÉR 2020 Podpora SK a TJ ZPS. In: *Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy* [online]. Praha: MŠMT, 2019 [cit. 2020-01-09]. Dostupné z: <http://sdv.msmt.cz/file/52114/>

# Přílohy

## Seznam příloh

- Příloha č. 1: Seznam tabulek
- Příloha č. 2: Seznam grafů
- Příloha č. 3: Informovaný souhlas
- Příloha č. 4: Souhlas EK FTVS UK

## **Příloha č. 1: Seznam tabulek**

<b>Tabulka 1:</b> Základní údaje všech respondentů .....	34
<b>Tabulka 2:</b> Průměrný věk, poměr vrozených postižení a poměr žen u vybraných skupin respondentů .....	35
<b>Tabulka 3:</b> Průměrné hodnoty subškál a celkového skóru u všech respondentů .....	40
<b>Tabulka 4:</b> Průměrné hodnoty subškál a celkového skóru u vybraných skupin respondentů .....	40
<b>Tabulka 5:</b> Komparace výsledných hodnot skupin sportovci a nesportovci .....	41
<b>Tabulka 6:</b> Komparace výsledných hodnot skupin muži a ženy .....	41
<b>Tabulka 7:</b> Komparace výsledných hodnot skupin s vrozenou diagnózou a získanou diagnózou .....	42
<b>Tabulka 8:</b> Komparace výsledných hodnot skupin s tréninkem 1x týdně a vícekrát týdně .....	43

## **Příloha č. 2: Seznam grafů**

<b>Graf 1:</b> Srovnání poměrů počtů účastníků dle vybraných kritérií .....	35
<b>Graf 2:</b> Srovnání průměrů hodnot sportovců a nesportovců.....	41
<b>Graf 3:</b> Srovnání průměrů hodnot mužů a žen.....	42
<b>Graf 4:</b> Srovnání průměrů hodnot respondentů s vrozeným a se získaným postižením	43
<b>Graf 5:</b> Srovnání průměrů hodnot respondentů s jedním a s vícero tréninky týdně .....	43

## Příloha č. 3: Informovaný souhlas

### Úvod k dotazníku

Vážený pane, vážená paní,

jmenuji se Dominika Míčková a studuji obor Aplikovaná tělesná výchova a sport osob se specifickými potřebami na Fakultě tělesné výchovy a sportu Univerzity Karlovy.

Tímto se na Vás obracím s žádostí o vyplnění dotazníku, který bude sloužit jako podklad pro bakalářskou práci. Cílem mé bakalářské práce s názvem *Komparace psychických stavů para plavců a nesportujících handicapovaných* je porovnání míry psychické odolnosti těchto dvou skupin.

Chtěla bych Vás tedy požádat o vyplnění tohoto dotazníku, jehož vyplnění Vám nezabere více jak 30 minut.

Získaná data budou využita ke zpracování bakalářské práce, případně dalšímu výzkumu na UK FTVS; budou zpracována, publikována a uchována v anonymní podobě a ochráněna před jiným užitím. Pokud budete mít zájem seznámit se s výsledky studie, napište na adresu: [dominika.mickova@gmail.com](mailto:dominika.mickova@gmail.com)

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

Předem děkuji za Vaši ochotu a spolupráci.

## **Příloha č. 4: Souhlas EK FTVS UK**