

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Diplomová práce

OLOMOUC 2015

Bc. Lucie Fabová



Bc. Lucie Fabóvá

II. ročník – Navazujícího magisterského studia

Obor: Speciální pedagogika pro 2. stupeň základních škol a pro střední školy a učitelství společenských věd

**VLIV TINNITU NA KVALITU ŽIVOTA JEDINCE V
ADOLESCENTNÍM VĚKU**

Diplomová práce

Vedoucí práce: doc. PhDr. Eva Suralová, Ph.D.

OLOMOUC 2015

Prohlášení

Tímto prohlašuji, že jsem závěrečnou bakalářskou práci vypracovala samostatně s pomocí uvedené literatury.

V Olomouci dne

.....

podpis

Poděkování

Děkuji doc. PhDr. Evě Suralové, Ph.D. za odborné vedení této diplomové práce, poskytování rad a za čas, který mi věnovala.

OBSAH

UVOD.....	7
1 TINNITUS.....	9
1. 1 Historie tinnitu.....	9
1. 2 Terminologie tinnitu.....	10
1. 3 Klasifikace tinnitu.....	12
1. 4 Etiologie a patogeneze tinnitu.....	14
1. 5 Diagnostika tinnitu.....	17
1.5.1 Vyšetřovací metody.....	18
1. 6 Léčba a prevence tinnitu.....	22
2 KVALITA ŽIVOTA.....	27
2. 1 Terminologické vymezení kvality života.....	27
2. 2 Teoretické přístupy k vymezení kvality života.....	29
2. 2. 1. Medicínský přístup.....	29
2. 2. 3. Sociologický přístup.....	31
2. 2. 4. Psychoterapeutický přístup.....	32
2. 3 Faktory ovlivňující kvalitu života.....	33
2. 4 Dimenze kvality života.....	34
2. 5 Měření kvality života.....	36
2.5.1. Nástroje a metody měření kvality života.....	36
3 ADOLESCENCE.....	40
3. 1 Vymezení pojmu adolescence.....	40
3. 2 Vytváření identity v období adolescence.....	41
3. 3 Životní styl adolescentů.....	44
3. 4 Kvalita života v období adolescence.....	45
4 TINNITUA A JEHO DOPAD NA KVALITU ŽIVOTA JEDINCE V ADOLESCENTNÍM VĚKU	48
4. 1 Cíl práce a vymezení výzkumných otázek.....	48
4. 2 Metodický rámec výzkumu.....	48

4. 2. 1 Etické aspekty výzkumu	49
4. 2. 2 Výzkumný soubor	49
4. 2. 3 Metody sběru dat	50
4. 2. 4 Metody vyhodnocování dat	51
4. 3 Analýza dat, prezentace a interpretace výsledků	51
4. 4 Diskuze	56
4. 5 Doporučení pro praxi	58
Závěr	60
Seznam použitých zdrojů a literatury	62
Anotace	66

UVOD

Každý z nás možná jednou v životě zažil šumění, hučení, bzučení, dunění v uších po bujarých nočních flámech, hlasitých koncertech, nachlazeních, prodělaných nemocech středouší, nebo vystavení nadměrnému hluku (ohňostrojích, střelba, petardy, vrtačky atd.), avšak málo kdo by pomyslel na to, že tento sluchový vjem nepomine a my ho budeme slyšet nepřetržitě po celý den. Stane se každodenním hlasitým společníkem, kterého nejvíce vnímáte, když je ticho, nebo jdete spát. Nikdo z nás tento šelest určitě nebude vnímat příjemně a postupem času tinnitus jak je tento jev odborně nazýván, začne komplikovat naše každodenní životy ve všech oblastech. Začne se narušovat kvalita našeho života jak po psychické tak po fyzické stránce.

Tento jev často vlivem nejasných vnějších nebo vnitřních příčin může vzniknout v každém věku. Z hlediska výskytu statistiky uvádí, že ušní šelesty trpí 10 – 15% veškeré populace na světě. V České republice postihuje každého pátého až šestého člověka. Nejčastěji se objevuje mezi 40 a 70 lety a vyskytuje se s přibližně stejnou prevalencí jak u mužů, tak u žen. S věkem jeho výskyt výrazně stoupá, až 85% lidské populace nad 60 let má s ušním šelestem zkušenost nebo u nich proběhl v podobě epizody.

Vlivem moderní doby, kdy jsme obklopeni neustálým stresem a hlukem se tinnitus už neobjevuje jen u starších jedinců, ale čím dál častěji v ambulancích ORL přibývá pacientů adolescentního a dětského věku. Proto se závěrečná práce bude zabývat konkrétně obdobím adolescence, neboť se domníváme, že těchto pacientů v tomto věkovém období bude stále přibývat, protože adolescenti patří mezi hlavní uživatele moderní technologie (užívání mp3 přehrávače s abnormálně hlasitou hudbou, mobilní telefony, handsfree, wifi), žijí čím dál více nezdravý způsob života (drogy, alkohol, hlasitá hudba) a svou nerozvážností se tak stávají adepty, které tinnitus může snadno postihnout.

Myslím si, že toto věkové období, z hlediska tinnitu není zcela probádáno, a proto bych svou diplomovou práci chtěla přispět k prohloubení jeho výzkumu.

Hlavním cílem diplomové práce je zjistit jaký vliv má tinnitus na kvalitu života jedince v adolescentním věku a jak se s touto problematikou adolescenti vyrovnávají.

Diplomová práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část obsahuje tři kapitoly a 15 podkapitol. První kapitola je zaměřena na historii tinnitu, jeho terminologické vymezení, klasifikaci, etiologii, patogenezi,

diagnostiku, prevenci a jeho následnou léčbu. Druhá kapitola pojednává o kvalitě života, jejím terminologickém vymezení, teoretických přístupech vymezujících kvalitu života, faktorech ovlivňujících kvalitu života, popisuje dimenze kvality života a způsoby jak je možné jí měřit a hodnotit. Třetí kapitola definuje období adolescence, popisuje vývoj identity v období dospívání, zaměřuje se na životní styl adolescentů a kvalitu života v tomto období.

Druhá část je praktická, která je realizována kvalitativním šetřením za použití techniky polostrukturovaného rozhovoru. Pomocí této metody se snažíme přiblížit problematiku tinnitu, zjistit subjektivní vnímání kvality života u adolescentu s tinnitem. Zjistit jak se s tímto jevem dospívající jedinci vyrovnávají, a co jim pomáhá zlepšovat kvalitu jejich života.

1 TINNITUS

Odborný pojem tinnitus auris sám o sobě mezi laickou veřejností není moc známý, ale když k tomuto odbornému označení uvedete, že se jedná konkrétně o ušní šelest (šum, pískot) zjistíte, že v dnešní době se s tímto problémem setkala nemalá část lidské populace. Tento fenomén se stává čím dál častějším jevem, který se může stát nepříjemným společníkem po celý život a znepríjemnit, či zcela narušit celkovou jeho kvalitu.

1. 1 Historie tinnitu

Z historického hlediska nejstarší písemné dokumenty o výskytu a léčbě tinnitu pochází z Ebersova papýru, ze Středního Egypta z 16. st. př. n. l.. Pojednává se v nich o jeho léčbě a přípravě léků, avšak o diagnostice a případné etiologii zde zmínky žádné nejsou. Také v knihovně Assurbanipala v Ninivech byly nalezeny předpisy pro léčbu tinnitu. Doporučovalo se pít hořčici s pivem, míchané masti do ucha, různá zaříkadla a kouzla. V prvním století našeho letopočtu je tinnitus popisován ve spojitosti s hluchotou, ale také jako zvláštní druh stavu halucinace, či deliria (Novotný, Kostřica In Hahn, 2000).

Ve Starověkém Řecku ve 2. Století našeho letopočtu v Corpus Hippocraticu se nachází více informací, tinnitus je zde popisován ve 3 formách psóphos yoros = mírný hluk, échos = hluk, ecos á bombos, bombos = silný hluk – hřmot. Zároveň se zde poprvé objevuje zmínka o souvislostech tinnitu s poruchami cév v mozku. Dále také v Aristotelových textech Problema physica je poprvé popsáno maskování tinnitu vnějšími akustickými stimuly (Novotný, Kostřica In Hahn, 2000).

Později v 10. - 12. st. jsou uváděny konkrétní příčiny tinnitu („Motus, longa fames, vomitus, percussio, casus ebrietas, frigus tinnitum causat in aure.“ = vyčerpávající pohyb, dlouhé hladovění, zvracení, hluk/třesk, pád, opilost, prochlazení způsobují tinnitus v uchu) (Novotný, Kostřica In Hahn, A. 2000).

S nástupem renesance dochází k odklonu od starověkého myšlení a začíná období, ve kterém se zakládají univerzity, vznikají nové vědecké disciplíny jako základ praktické medicíny (anatomie, fyziologie, fyzika, chemie, patologie). Poprvé je vyhotoven detailní popis středního ucha včetně kůstek. Na bolest v uchu a tinnitus jsou doporučovány skarifikace ušního lalůčku, vodní lázně, baňkování za uchem a venesekce v podjazykové krajině. Později na přelomu 17. A 18. st. Anatom J. A. Rivius popsal svalový šelest

ve středním uchu. V 19. st. J. M. Gaspard Itard ve svém díle pojednává o subjektivním tinnitu. V Německu M. Frank (1845) a E. Schmalth (1946) spojovali tinitus s hypakusí, diplakusí, hyperakusí a vertigem. V této době byl založen první vědecký žurnál, ve kterém byly publikovány články o ušních onemocněních, ušním šelestu a jejich léčbě (Novotný, Kostřica In Hahn, A. 2000).

20. století znamená velký skok kupředu. Jsou zřizována centra (západní Evropa a USA) a kliniky, které se specializují přímo na problematiku tinnitu. Grapengeisser uvádí nové dělení tinnitu z ucha (subjektivní a objektivní) a mozku. Poprvé je použit audiometr k měření frekvence tinnitu (Gradeniga a Fowler). Tinnitus se začal léčit akustickými stimuly a tinnitus se maskuje pomocí sluchadel (Novotný, Kostřica In Hahn, A. 2000).

U nás byli průkopníci v této oblasti R. Hladký, E. Černý K. Sedláček. V současnosti jsou to například A. Hahn, J. Hubáček, N. Novotný, J. Jeřábek, Z. Círek (Novotný, Kostřica In Hahn, A. 2000).

1. 2 Terminologie tinnitu

Pojem tinnitus je odvozen z latinského slova „*tinnire*“, které v překladu znamená „pronikavé hlasy“, anebo ze slova „*tinnio*“, - „cinkot“. Pod pojmem se skrývá řada sluchových vjemů, které nemají zvukový zdroj ze zevního prostředí. Tyto sluchové vjemy, mohou být rozmanitého charakteru, projevující se hlubokými tóny a zní jako bručení, hučení, šumění, klepání, tepání, bzučení nebo vysokými tóny a připomínat pískání či zvonění (Zemek, 2011).

Kulka (2007, s. 49) definuje tinitus takto: „*Za diagnózou H93.1 – Tinnitus (z latinského tinnitus – cinkot, zvonění, hřmot) se skrývá široká škála subjektivních „sluchových“ vjemů, které nemají objektivní základ v akustické stimulaci. Pacient „slyší“ v jednom nebo v obou uších, někdy „uvnitř hlavy“ různé hluky – šumění, pískání, hučení, tukaní a podobně. Fantom sluchové percepce je značně různorodý a vždy individualizovaný. Z toho vyplývá, že tinnitus zahrnuje všechny subjektivně vnímané šelesty, které nejsou způsobeny zevními zvuky a nemohou tak být objektivně slyšeny*“.

Vědecká disciplína zabývající se etiologií, diagnostikou a léčbou symptomu tinnitu se nazývá *tinnitologie*. Význam této vědy značně stoupa, jelikož neustále přibývá pacientů

s problematikou ušních šelestů a ty se tak stávají třetím nejčastějším příznakem po bolesti hlavy a závratích, který přivádí pacienty do lékařských ambulancí (Hahn, 2000).

Celostátní statistiky z klinických studií poukazují na to, že ušními šelesty trpí 15-17% veškeré populace na světě a pro 5% z ní pak představuje tinnitus výrazné snížení kvality života. Jelikož na postiženého působí neustále celý den, neumožňuje mu soustředit se na práci, znemožňuje relaxaci v procesu spánku, který je narušen hlavně ve fázi usínání. Od toho se odvíjí zvýšená unavitelnost a podrážděnost, která může vést k narušení mezilidských vztahů, anaxiozitě, depresivitě a vést tak k výrazné změně celkového obrazu osobnosti (PRO-AUDIO). Z toho vyplývá, že v důsledku spánkového deficitu a nedostatku odpočinku způsobeného neustálými ušními šelesty, pacient může strádat ne jen psychicky, ale i fyzicky až ho to nakonec může dohnat k vykonání suicidálního aktu.

„Tinnitus není onemocnění samo o sobě, ale příznak onemocnění. Rozhodně však není předzvěstí hluchoty ani předstupněm mozkové mrtvice či srdečního infarktu“ (PRO-AUDIO). Tinnitus není nemoc, ale příznak, to znamená, že je hlavním projevem některých nemocí, málokdy je tedy izolovaným příznakem. Většinou bývá doprovázen dalšími poruchami.

In Kulka (2007, s. 50) Kellerhals a Zogg (1999) uvádí tyto doprovodné poruchy:

- Hypacusis: 80 % nemocných má úbytek sluchu. Pacient je stresován tím, že potřebné akustické informace jsou překrývány nežádoucími šумы.
- Hyperacusis, fonofobie: Touto přídatnou symptomatickou trpí až 70 % pacientů. Jedná se o zvýšenou citlivost vůči zvukům. Zvuky každodenního života působí nepříjemně a v extrémních případech se nemocný bojí jakéhokoliv zvuků.
- Vertigo: Mnoho pacientů je sužováno pocitem ztráty rovnováhy, které je velmi znejišťují. Stále jsou konfrontováni s pocitem, že je něco špatně.
- Muskuloskeletální poruchy: Ztuhlé šíjové svalstvo, vertebrogenní potíže nebo např. bruxismus (intenzivní skřípání a cvakání zubů) mohou mít své samostatné stresové příčiny, tinnitus však často také doprovázejí.
- Deprese, úzkosti: Tyto stavy mají zpočátku reaktivní povahu, ale postupem času se mohou chronifikovat a vyžadují psychiatrickou a psychoterapeutickou péči.

1. 3 **Klasifikace tinnitu**

Tinnitus byl poprvé klasifikován v roce 1683 Francouzským lékařem Du Verney, který dělil ušní šelesty na pravé, nepravé a ušní šelesty vznikající v mozku nebo v uchu. Později Granedigo v roce 1893 uvádí dělení tinnitu na objektivní a subjektivní, jeho klasifikace se ujala na tolik, že je používána dodnes (Valvoda, 1992).

Klasifikace tinnitu je považována za významný diagnostický úkol, který napomáhá k nalezení nejlepšího léčebného postupu. Při klasifikaci tinnitu je také nutné stanovit, jestli se jedná o tinnitus primární (vycházející z kochley či ze sluchových drah a center), anebo zda lze příčinu lokalizovat jinde (Hahn, 2000).

Nejčastěji se tinitus dělí na dvě velké skupiny a to na objektivní a subjektivní tinnitus.

Objektivní tinnitus je způsobován zvukem, který je vytvářen v tělních tkáních ucha. Na příklad může být způsobován prouděním krve v cévních malformacích (místo zúžení tepny), nebo svalovými kontrakcemi středoušních svalů (Klozár, 2005). Proto se objektivní tinnitus dělí na cévní a svalový (Sedláček, 1973). Podrobněji pak Crummer a Hassan (2004) cévní (pulsující) tinnitus dělí na tepenný, který může být do ucha přenášen jako zvuk z tepen v blízkosti ucha a na žilní, jenž se může měnit vlivem tlaku na jugální žílu. Ke svalovému a cévnímu tinnitu Lockwood (2002) uvádí ještě spontánní tinnitus, který bývá spojován s vibracemi vnějších vláskových buněk kochley a trvá většinou jen několik málo vteřin.

Z toho vyplývá, že objektivní šelest je zvuk vznikající v těle pacienta. Může být vnímán ne jen pacientem, ale i okolím. Lékař jej může zaznamenat poslechem uchem, nebo přístrojovou technikou. Patogeneze a etiologie se dá u tohoto typu obvykle dobře identifikovat, proto je jeho léčba zpravidla mnohem úspěšnější než u tinnitu subjektivního (Novotný, 2001).

Subjektivní tinnitus je způsobován zvukem, který nemá podklad fyzického zvuku. Vzniká ve sluchovém ústrojí, nebo v mozku pacienta bez zevního zvukového podnětu (Valvoda, 1992). Subjektivní tinnitus není vnímán okolím, vnímá ho pouze osoba, která tímto typem tinnitu trpí. Vyšetřující lékař ho nezaznamená poslechem ani přístrojovou technikou, proto je u tohoto typu obtížnější rozpoznat jeho patogenezi či etiologii a je obtížnější zvolit správný způsob léčby.

Podle vnímání závažnosti šelestu můžeme subjektivní tinnitus rozdělit na *lehký, střední a těžký* tinnitus (Langguth a kol., 2007)

Mimo jiné než dělení na objektivní a subjektivní tinnitus můžeme uvést dělení podle doby trvání, podle lokalizace (místa jeho vzniku), podle příčiny vzniku, podle závažnosti postižení a dělení podle terapeutického pohledu.

Klasifikaci dle **doby trvání**, uvádí Zemek (2011), dělí tinnitus na *akutní*, který trvá do několika málo týdnů, či měsíců, *subakutní* trvající do půl roku a tinnitus *chronický* přetrvávající více jak půl roku. Dělení tinnitu podle jeho doby trvání uvádí také Hahn (2000) a to na tinnitus *konstantní* a *intermitentní*.

Hahn (2000, s. 9) také rozděluje tinnitus **podle lokalizace**: dle místa jeho vzniku rozeznává tinnitus *periferní* vznikající poruchou vláskových buněk Cortiho ústrojí a tinnitus *centrální*, který vzniká poruchou v oblasti sluchové nervové dráhy či sluchových podkorových či korových center. Podrobnějším dělení tinnitu dle místa vzniku popisuje Shulmana (in Novotný, 1997) a to na *ušní, mimoušní, subklinický, středoušní, kochleární, vestibulární, cervikální, centrální, kontralaterální a neurální* tinnitus.

Dělení **podle příčiny** uvádí Veldová (1999). Tinnitus dělí na *primární*, u kterého je příčina lokalizována do oblasti vnitřního ucha, sluchových drah či center v mozku a *sekundární*, jehož lokalizace je v zevním zvukovodu, Eustachově trubici, ve středouší, v krční páteři, v souvislosti s metabolickým onemocněním či hormonálními změnami, expozicí nadměrnému hluku, cévním či virovým onemocněním, stresem a dalšími faktory.

V poslední době se tinnitus rozděluje **podle závažnosti postižení** na tři stupně dle Hesse (in Miliánová, 2008, s. 30)

1. *stupně – touto lehkou formou, se kterou se dá v běžném životě bez problémů žít, trpí nejpočetnější skupina postižených;*
2. *stupně – u většiny postižených se projevují problémy s usínáním;*
3. *stupně – lidem takto postiženým se tinnitus dostal hluboko do podvědomí, způsobuje jim každodenně problémy s usínáním a koncentrací, z čehož vyplývají potíže v pracovním a společenském životě.*

Z terapeutického pohledu se tinnitus dělí na *chronicky dekompenzovaný*, *chronický kompenzovaný*. Chronicky dekompenzovaný přivádí jedince do ambulance

lékaře, trvá delší dobu (více než tři měsíce), díky němu trpíte a váš život je jím negativně poznamenán. Oproti tomu chronický kompenzovaný trvá také delší dobu, ale neovlivňuje život negativním způsobem a zvolením vhodné kompenzace, na něj můžete zcela zapomenout (Thora, Goebel, 2005).

Kromě výše zmíněných klasifikací si uvedeme ještě dělení dle Nováka, Crummera a Hassana, kteří tinnitus dělí na *transientní spontánní tinnitus*, *vibrační* a *nevibrační tinnitus*.

Transientní spontánní tinnitus se objevuje hlavně v době, kdy je jedinec unavený a v klidném, tichém prostředí. Trvá povětšinou jen několik málo vteřin, má charakter vysoké frekvence s různou intenzitou a poté mizí. Postihuje jen jedno ucho, po čase obě. Tento šelest se během života objeví příležitostně u každého člověka. (Novák, 2003).

Vibrační tinnitus je podmíněn přenosem vibrací z okolních tkání a orgánů na hlemýžď a *nevibrační tinnitus* vzniká vlivem biochemických změn ve sluchové dráze (Crummer a Hassan 2004).

1. 4 Etiologie a patogeneze tinnitu

Existuje mnoho příčin, které způsobují ušní šelest, avšak jeho mechanismus vzniku častokrát nebývá vůbec zjištěn. K obecným příčinám se řadí např. prostá mazová zátka, poškození bubínku, záněty (zevní i střední otitidy), neprůchodnost Eustachovy trubice, Meniérovou nemoc, otosklerózy, léky, drogy, nádory v oblasti ucha, traumata nejen akustická, některé nemoci CNS, kardiovaskulární choroby aj. (Vokurka, 2009).

Lockwood (2002) obvykle příčiny tinnitu dělí na *otologické*, které jsou nejčastější (ztráta sluchu, způsobená nadměrným hlukem, presbyakuze, Ménierův syndrom, otoskleróza, ušní zánět, ucpaný zvukovod, náhlá nedoslýchavost), *neurologické* (poranění hlavy, poranění krční páteře, myoklonus měkkého patra, roztroušená skleróza, nádor statoakustického nervu, nádory v oblasti mostomozečkového koutu aj.), *infekční* (mezotitidy, průušnice, Lymeská borelióza, meningitida či syfilis), *farmakologické* (aspirin, nesteroidní protizánětlivé léky, aminoglykosidová antibiotika, diuretika, chemoterapie aj.).

Z etiologického hlediska se tinnitus nejčastěji dělí do dvou základních kategorií: subjektivní a objektivní.

Thora (2006) uvádí, že devadesát procent případu **subjektivního tinnitu** vzniká z ušních (otologických) příčin. Druhou nejčastější příčinou jsou srdeční (kardiovaskulární) nemoci

spojované s výskytem aterosklerózy. Např. vysokým krevním tlakem trpí 25% pacientů s tinnitem. K těmto dvou hlavním příčinám jmenuje tyto další příčiny: metabolické poruchy

(nemoci lákové výměny), neurologické poruchy, dlouhodobé užívání léků, zubní poruchy, psychiatrická onemocnění a různé.

Tabulka č. 1 Konkrétní příčiny subjektivního tinnitu dle Thora (2006, s. 15 – 16)

Ušní choroby	Mazová zátka v zevním zvukovodu, exostóza (kostní výrůstek zvukovodu), poškození bubínku, záněty středního ucha (mezotitidy), záněty vnitřního ucha (labyrintitidy), neprůchodnost eustachovy trubice, stařecká nedoslýchavost (presbycusis), profesionální nedoslýchavost, Meniérova choroba, otoskleróza, nádory (hlavně tumor VIII. hlavového nervu, nádor statoakustického nervu), úrazy, otřesy, poranění mozku.
Srdeční choroby	Ateroskleóza (kornatění tepen)
Metabolické poruchy (nemoci lákové výměny)	Zvýšená hladina krevních tuků (hyperlipidémie), zvýšená hladina cholesterolu v krvi, cukrovka (diabetes mellitus), snížení/zvýšení funkce štítné žlázy, nedostatek vitamínů
Neurologické poruchy	Choroby krční páteře, poruchy prokrvení mozku, úrazy hlavy a mozku, roztroušená skleróza, stavy po zánětu mozkových blan (po meningitidě), po zánětech nervové tkáně, nádory
Dlouhodobé užívání léků	Antibiotika, nesteroidní antirevmatika, aminoglykosidy, chinin, těžké kovy atd.
Zubní poruchy	Postižení čelistního kloubu, poruchy skusu a postavení zubů, chorobně prodloužený stolidní výběžek (trn spánkové kosti)
Psychiatrická onemocnění	Somatoformní (psychosomatické) poruchy, porucha adaptace na stres, deprese, úzkostné stavy (anxieta), kouření, užívání drog
Různé	Systémová choroba přestavby kostí (Pagetova nemoc), kombinace uvedených poruch včetně objektivních příčin tinnitu.

Objektivní tinnitus někdy označovaný jako somatický, nebo pulzující tinnitus je způsobován zvuky generovanými v těle a přenášenými do ucha (Langguth, 2007). Jak již bylo zmíněno výše, tyto zvuky vznikají ve sluchovém orgánu, nebo v jeho blízkosti. Jsou dvojího typu cévní, svalové a spontánní. Patogenezi a etiologii se podaří u tohoto druhu obvykle dobře identifikovat, proto je jejich léčba mnohem úspěšnější než

u subjektivního tinnitu. Objektivní šelesty mají zvukovou povahu, mohou být zaslechnuty i druhou osobou (fonendoskopem). Vzhledem k subjektivnímu tinnitu se vyskytují vzácněji. Z procentuálního hlediska je jich jen 1-2% zatímco subjektivních 98% (Novák, 2001).

Tabulka č. 2 Konkrétní příčin objektivního tinnitu dle Thora (2006, s. 16 – 17)

Normální cévní variace v oblasti krční páteře a hlavy	Aberantní arteria karotis interna, vysoký stav jugulárního bulbu, dehiscenci jugulární bulbus, perzistence arteria stapedia.
Převážně nezhoubné mozkové nádory krční páteře a hlavy	Paragngliom (chemodektom), nádory z mozkových obalů (meningeom), cévní nádory spánkové kosti, vzácně zhoubné (maligní) nádory a vzdálená dceřiná ložiska zhoubných nádorů – metastázy aj.
Získané cévní poruchy	Ateroskleróza, cévní anomálie: důrální a extrakraniální arteriovenózní malformace, fibromuskulární dysplazie, záněty cévní stěny: artritida, tepenná výduť (aneurysmata arteria karotis interna), cévní komprese sluchového nervu v mostomozečkovém koutu aj.
Mechanické abnormality	Otevřená Eustachová trubice, křeče svalů měkkého patra (palatomyoklonus), křeče svalů ve středním uchu
Různé	Kromě subjektivního tinitu se vzácně vyskytuje i objektivní tinnitus při výrazně zvýšeném krevním tlaku, zpravidla při neléčené, a nebo nedostatečně léčené hypertenzi

Tinnitus a stres

A v neposlední řadě budeme jmenovat *stres a deprese*, jenž jsou spojeny s řadou symptomu jako strach, poruchy přizpůsobování, poruchy spánku, špatnou náladou, přecitlivělost, sociální izolací, napětí, únavou, podrážděností, ztrátou zájmů a motivace. Všechny tyto příznaky mohou být vnímány jako následky tinnitu (Thora, 2006).

„Je pochopitelné, že když někdo permanentně slyší zvuk, o kterém neví, odkud pochází, podléhá silnému stresu“ (Thora, 2006, s. 28). Člověk zároveň dostává strach, neboť neví, co se s ním děje a jeho míra stresu se zvyšuje a tím se může zvýšit i intenzita tinnitu.

Vzniká tak začarovaný kruh, kdy vlivem deprese, stresu, celkového vyčerpání organismu může tinnitus vzniknout, anebo naopak tinnitus může deprese a stres vyvolat a ještě je zhoršovat.

I přes výše uvedené můžeme konstatovat: „*Mít tinnitus neznamená, že jsem psychický nemocný*“ (Thora, 2006, s. 28)!

Mezi další možné příčiny, které mohou způsobovat tinnitus, ale nejsou vědecky potvrzené, patří např.: *problematika amalgámových zubních plomb* obsahujících rtuť, která se v průběhu času ztrácí z plomby a malá množství rtuti se pak dostávají do těla (Thora, 2006). *Nadměrné užívání mobilních telefonů*, které vyzařují elektromagnetické záření. *Vysoká hlasitost MP3 přehrávačů*, které jsou pomocí sluchátek pouštěné přímo do ucha.

1. 5 Diagnostika tinnitu

Prvotní vyšetření tinnitu probíhá u obvodního lékaře, který vypíše žádanku na odborné vyšetření probíhající na specializovaném pracovišti zvané ORL (otorhinolaryngologie). ORL je chirurgický lékařský obor, zabývající se výzkumem, diagnózou a léčbou ušních, nosních a krčních chorob (Vokurka, 2009). Celkově se zabývá onemocněními hlavy a krku.

Další specialisté podílející se na diagnostice tinnitu jsou např. audiologové, foniatři, neurootologové, neurologové, internisté, endokrinologové, chirurgové atd.

Každý pacient s tinnitem je komplexně vyšetřen. Komplexní vyšetření může proběhnout ambulantně nebo při hospitalizaci a mělo by se skládat z: a) anamnestických údajů, b) vyšetření celkového zdravotního stavu, c) ORL a audiometrického vyšetření d) neurootologického vyšetření, e) psychologického vyšetření (Breitenbach 1995, Knor 1999, Hesse, 2000 in Kulka, 2007).

Thora (2006) uvádí tyto konkrétní vyšetření: laboratorní testy krve a moči, vyšetření sluchu (audiometrie, tympanometrie, vyšetření třmínkových reflexů, otoakustické emise, BERA aj.) a audiovestibulární vyšetření. Neopomíjí také podstatnost zubního, očního, neurologického, interního, a psychologického vyšetření. V neposlední řadě zdůrazňuje důležitost použití zobrazovacích metod jako je např. tomografie, magnetická rezonance a angiografie, které vyloučí další přítomná onemocnění krční páteře a hlavy.

Diagnostika tinnitu spočívá především v základním vyšetření sluchu. Kromě obvyklého standardního vyšetření hlasitou řečí, šepotem a ladičkami provádíme ke stanovení stavu sluchu i tónovou a slovní audiometrii (Hahn, 2005, s. 24). Věda zabývající se sluchem a jeho poruchami se nazývá audiologie. „Audiologie je definována jako věda o sluchu, umění diagnostikovat, hodnotit, určit příčinu a rehabilitovat poruchy a vady sluchu“ (Novák, 2003, s. 97).

Podstatná v diagnostice tinnitu je také diferenciální diagnostika, která napomáhá odlišit zejména cévní malformace a nádory ušní, krční a v okolí ucha, choroby kardiovaskulárního systému, tumor mozku a mozečku, různé ušní choroby, Menièerovu chorobu, otosklerózu, trauma, metabolické, renální, endokrinní a vertebrogenní poruchy (Kulka, 2007).

1.5.1 Vyšetřovací metody

Mezi konkrétní vyšetřovací metody, které budeme jmenovat patří: a) anamnéza, b) vyšetření ucha (otoskopie), c) vyšetření sluchu – subjektivní (rozhovor s pacientem, klasická zkouška sluchu, ladičkové zkoušky, audiometrie) a objektivní – tympanometrie, vyšetření evokovaných potenciálů, d) zobrazovací vyšetření a další vyšetření např. vyšetření vestibulárního (rovnovážného) systému.

a) Anamnéza

K prvním diagnostickým krokům patří podrobná anamnéza, které má zajistit soubor bližších informací o pacientovi. Probíhá přímou formou – rozhovorem mezi lékařem a pacientem.

Kromě zjištění osobní, rodinné anamnézy a celkového zdravotního stavu pacienta, je také důležité se zaměřit na konkrétní charakteristiku pacientova tinnitu a zjistit, jestli pacient trpí poruchou sluchu nebo měl se sluchem někdy problémy, jestli se vyskytuje často v hlučném prostředí a do jaké míry tinnitus ovlivňuje jeho každodenní způsob a kvalitu života (Lockwood et al., 2002).

V následující tabulce Crummer a Hassan shrnují otázky, kterým by měla být věnována pozornost při rozhovoru k vytvoření podrobné anamnézy.

Tabulka č. 3 Tinnitus a relevantní anamnéza (Crummer, Hassan, 2004, s. 45)

<u>Anamnéza</u>	<u>Komentáře</u>
Vznik	Pozvolný úbytek sluchu s nárůstem tinnitu v pokročilém věku svědčí nejspíše pro presbyakuzi. Náhlý vznik může být způsoben nadměrným či hlasitým hlukem či úrazem hlavy.
Lokalizace	Jednostranný tinnitus může odpovídat ucpání zevního zvukovodu ušním mazem, zánětu zevního zvukovodu či středního ucha. Tinnitus spojený s jednostrannou percepční poruchou sluchu budí podezření na neurinom akustiku.
Časový průběh	Setrvalý tinnitus provází úbytek sluchu. Epizody tinnitu se vyskytují u Meniérový nemoci. Pulsující tinitus bývá cévního původu.
Charakteristika (výška tónu, komplexita)	S hlubokým vrčivým tónem se setkáváme u Meniérový nemoci, vysoký zvuk nasvědčuje percepční poruše sluchu.
Současný výskyt rotačních závratí, plnosti v uchu a úbytku sluchu	Meniérova nemoc
Expozice ototoxickým lékům/faktorům	Úbytek sluchu vyvolaný hlukem či léky
Faktory zhoršující/zmírňující tinintus	Tinnitus při otevřené Eustachově trubici se zmírňuje v leže či s opřenou hlavou.
Hyperlipidémie, tyreopatie, nedostatek vitamínu B₁₂, anémie	Mohou ke vzniku tinnitu přispívat.
Další	Závažnost z hlediska pacienta. Léčba závisí na tom, do jaké míry nemocnému tinnitus zhoršuje kvality života.

b) Vyšetření ucha

Vyšetření ucha můžeme provést pomocí vyšetřovací metody zvané **otoskopie**. Jedná se o endoskopickou metodu, která umožňuje prohlédnout zvukovod a oblast bubínku. Pomocí ní můžeme zjistit např. zátku z crumenu ve zvukovodu, zevní otitidu, výtok, zarudnutí či vyklenutí bubínku, které mohou být příčinou tinnitu (Vokurka, 2009). Vyšetření se provádí tak, že musíme narovnat zvukovod tahem za boltec dolů dozadu (u dospělého pacienta), nebo tahem nahoru dozadu (u dítěte) a do zvukovodu zavedeme ušní zrcátko (spekula), mikroskop nebo otoskop.

c) Vyšetření sluchu

Vyšetření sluchu můžeme dělit na subjektivní a objektivní vyšetření. U subjektivních metod je důležitá spolupráce pacienta. Patří sem (rozhovor s pacientem, klasická zkouška sluchu hlasitou řečí a šepotem, ladičkové zkoušky, audiometrie). U objektivních metod spolupráce pacienta není nutná. Jsou založeny na snímání odpovědi různých úrovní mozku na zvukový podnět. Objektivní vyšetření bývají povětšinou prováděny v přirozeném nebo léky navozeném spánku, případně v celkové anestezii. Patří sem např. tympanometrie, vyšetření evokovaných potenciálů a otoakustické emise (CKID).

Klasická zkouška sluchu (KZS) je základním vyšetřením sluchu. Provádí ji lékař hlasitou nebo šeptanou řečí (vox, vox sibilans – z toho zkratky V a Vs). Při KZS se vyšetřuje každé ucho zvlášť, pro vyšetření musí být druhé ucho ucpané, aby nedocházelo k přeslechům (Hofmanová, 2008).

Pacient je otočen vyšetřovaným uchem k vyšetřujícímu lékaři a čelem ke zdravotní sestře, která ucpává zevní zvukovod nevyšetřovaného ucha u šeptané řeči, nebo ohlušuje ucho (pomocí Baranyho ohlušovače) u hlasité zkoušky. Dále je důležitá vzdálenost, ze které pacient pravidelně slova opakuje. Zápis z provedeného vyšetření vypadá takhle:

6m Vs 3m – pacient slyší šeptanou řeč vpravo ze šesti a vlevo ze tří metrů.

1m V 5m – pacient slyší hlasitou řeč vpravo z jednoho a vlevo z pěti metrů.

Ladičkové zkoušky slouží k vyšetření kostního vedení. Prováděly se hlavně v minulosti. V dnešní době jejich význam značně upadá. Vyšetření se provádí pomocí speciálních testů omezených počtem ladiček (většinou jen jedna) o různých frekvencích, které se přikládají na lebku. Běžně se používají tři typy ladičkových zkoušek Rinneho, Weberova a Schwabachova.

Tónová audiometrie je prováděna audiologickou sestrou nebo lékařem. Jedná se o základní audiologické přístrojové vyšetření prováděno audiometrem, což je elektroakustický generátor čistých tónů o různé frekvenci a intenzitě (Klozar, 2005). Tento zvuk tónů je veden buď vzdušnou cestou (sluchátkem, nebo reproduktorem) nebo kostní cestou kostním vibrátorem přiloženým na lebku za uchem (procesus mastoideus) (is.muni).

Pacient je usazen v speciální odzvučené, tiché místnosti (audio komoře), nasadí si sluchátka a je instruován, aby zmačkl tlačítko, nebo zvedl ruku pokaždé, když uslyší daný tón (Novák, 2003). Výsledek z audiometrie je zaznamenáván do grafického záznamu (audiogramu) podle frekvence v hercích (Hz) a na decibelové intenzitě (dB) (Hofmanová, 2008).

Obdobným vyšetřením jako tónová audiometrie je slovní audiometrie, kdy pacient místo tónů slyší ve sluchátkách či reproduktorech slova, které následně opakuje.

Tympanometrie je objektivní vyšetřovací metoda, která hodnotí závislost odrazu zvukové energie od bubínku zpět k tympanometru (zařízení, které vysílá zvukové vlny k bubínku, přijímá a zpracovává zpět odražené zvukové vlny od bubínku a zároveň mění tlak vzduchu v zevním zvukovodu) (is.muni).

Klozar (2005, s. 166) tympanometrii definuje takto: „*Tympanometrie je vyšetřovací metoda, která informuje o poměrech ve středouší za celistvým bubínkem. Regstruje pohyblivost bubínku (a nepřímo i řetězů kůstek) v závislosti na změnách tlaku v zevním zvukovodu. Součástí tympanometrie je vyšetření stapediálního reflexu (stáhnutý m. stapedijs a zvýšené napětí bubínku) jako reakce na akustický podnět*“.

Otoakustické emise (OAE) jsou zvukové signály o nízké intenzitě, které vznikají v hlemýždi. Tyto zvukové signály se dají změřit. OAE jsou dvojího typu: *spontánní (SOAE)* a *evokované (EOAE)*. Evokované **OAE umožňují odhad funkce zevních vláskových buněk**, které mechanickým dotykem generují emise jako odpověď na přítomnost zvuku. Vyšetření evokovaných potenciálů probíhá pomocí vyšetřovacích metod ERA, BERA a CERA a vychází z **EEG** (elektroencefalografie) záznamu, který je zprůměrován. OAE se hlavně využívají při: vyšetření sluchu, především při screeningu sluchu u novorozenců, vyšetření simulace, vyšetření při ototoxické terapii a u senzorineurální poruchy sluchu. Jejich vyšetření je rychlé, neinvazivní a objektivní (Klozar, 2005).

d) Metody zobrazovacího vyšetření, jako jsou např. klasické rentgenové (RTG) snímky, počítačová tomografie (CT a HRCT) a magnetická rezonance (MRI). Kulka (2007) zmiňuje tyto zobrazovací metody: Dopplerova sonografie magistrálních tepen, digitální subtrakční angiografie, CT a MR a zvláště pro diferenciální diagnostiku je důležitá funkční MR nebo RTG spánkové kosti středního ucha a krční páteře.

„Podle sdělení M. Lejsky (2006) lze však všechny zobrazovací metody v současné době nahradit finančně méně náročným audiometrickým vyšetřením pomocí sluchových evokovaných potenciálů“ (Kulka, 2007, s. 50).

Mezi další vyšetřovací metody můžeme ještě zařadit **vyšetření vestibulárního (rovnovážného) systému**, kde se vyšetřují vestibulo-okulární reflexy (oční pohyby), vestibulo - spinální reflexy (rovnováha) a provádí se orientační neurologické vyšetření.

Na závěr této podkapitoly si uvedeme diagnostický problém, který uvádí (Kulka, 2007, s. 50): *„Problémem je, že u většiny nemocných se subjektivním tinnitem, kteří u této diagnózy převažují, jsou vyšetření negativní. Také terapie je málo úspěšná, a proto se vymýšlejí stále nové postupy.“*

1. 6 Léčba a prevence tinnitu

Už v minulosti se lékaři pro nás častokrát bizarními způsoby snažili najít způsob jak ušní šelesty léčit, ale pokusy povětšinou končily neúspěšně. V dnešní době i přes veškerou snahu a moderní vymoženosti je tomu podobně. Zatím neexistuje žádný univerzální lék, léčebný postup, nebo chirurgický zákrok, který by mohl tinnitus pokaždé odstranit bez závažných vedlejších účinků (Kulka, 2007).

Pacient často během své léčby vyzkouší mnoho různých léčebných metod, než najde tu/ty, které/á je pro něj aspoň trochu účinná a pomůže mu zmírnit, nebo se zcela zbavit jeho hlučného spoléháka.

Léčba tinnitu *„je jedním z největších problémů audiologie“* (Novák, 2003, s. 294), protože není snadné určit prvotní příčinu šelestu, podle které se odvíjí následná terapie. K tinnitu také nemůžeme přistupovat jako ke konkrétní nemoci, protože *„tinnitus není nemoc sám o sobě, tinnitus je jenom symptom, stejně jako například bolesti hlavy. Symptom nelze léčit. To znamená, že tinnitus nelze „vyléčit“. Co lze vyléčit, je příčina*

symptomu tj. onemocnění, jež je jeho důvodem. Lze se rovněž naučit symptom zvládnout“ (Thora, 2006, s. 70). Z toho vyplývá, že léčba by měla být zaměřena hlavně na nalezení primárního onemocnění, protože jeho vyléčení, nebo zmírnění může vést k ústupu tinnitu. Léčba tinnitu se často daří při jeho objektivním typu, u kterého se dá dobře určit příčina vzniku, kterou můžeme hned začít léčit. Avšak jak už bylo v kapitole o etiologii tinnitu řečeno, objektivní tinnitus se vyskytuje méně často než subjektivní, u kterého příčinu vzniku objevíme málo kdy. Proto pro léčbu tinnitu stejně jako u jeho diagnostiky bude důležité zvolit multidimenzionální a mezioborový přístup, který bude pro pacienta individuální, neboť tinnitus je u každého člověka odlišně vnímán a prožíván.

Léčba šelestů se může lišit podle toho, od kdy a jak dlouho tinnitus trvá, jestli jde o akutní, anebo chronický tinnitus. Přičemž naději na úspěšnost léčby je vyšší u akutního. Časový faktor v léčbě hraje vysokou roli. Jelikož tinnitus pokaždé nesouvisí s náhlou ztrátou sluchu, při které člověk okamžitě vyhledá lékařskou pomoc. Jedinec s ušním šelestem často váhá, jestli lékaře vůbec navštívit. Čím déle si říká „to přejde“ a šelesty se snaží ignorovat, tím se zároveň snižuje procento na úspěšnost jeho léčby (Zemek, 2011).

Thora (2006) rozlišuje čtyři druhy léčby: **Příčinná (kauzální) terapie** se zaměřuje na vyvolávající příčinu. Pokud není možné zjistit prvotní příčinu, přichází na řadu **léčba podpůrná (symptomatická)**, kde řadí podávání léků tlumících vnímání tinitu, zařízení na přehlušení šelestu, tzv. maskery, psychoterapii aj. Často se obě metody příčinná i podpůrná léčba kombinují. Dále rozlišuje **konzervativní (neoperační) léčbu**, která zahrnuje odstranění známých příčin vyvolávajících tinnitus, dodržování obecných zásad zdravého způsobu života, intenzivní léčbu srdečních nemocí, zvýšené hladiny krevního tlaku, cukrovky, rehabilitaci krční páteře, medikamentózní terapii, psychoterapii, generátory zvuku, maskery sluchu, sluchadla aj. Jako poslední jmenuje **léčbu operační**, která vždy nevede k odstranění tinnitu. Řeší se jí však některé poruchy sluchu, závratě, záněty a zejména nádory (Thora, Goebel, 2006).

Novotný (2001) uvádí, že pro terapii šelestu je určující zjištění klinického typu tinnitu, zda se jedná o tinnitus vyvolaný obecnou poruchou zdraví či lézí ve sluchovém orgánu a následnou léčbu dělí obdobně jako Thora (2006) na **konzervativní a chirurgickou**. Do **konzervativní léčby** řadí: vyloučení známých příčin, které tinnitus vyvolávají, opatření proti hluku, vyloučení ototoxických látek, kouření, pití alkoholu a drog, dodržování zdravého způsobu života, zdravá životospráva, dostatek pohybu a spánku, vyhýbání

se stresu, léčba nemocí, které tinnitus vyvolávají (kardiovaskulární nemoci, vysoký cholesterol a cukr v krvi,

rehabilitace při potížích s krční páteří apod.), medikamentózní terapie, psychoterapie, maskéry sluchu (sluchadlo, tinnitus maskér, šumový generátor) a jiné.

V případě neúčinnosti konzervativní léčby a přítomností např. nádorových onemocnění mozku, mozečku, n.VIII., Ménièreova choroba, otoskleróza, operace chronických ušních zánětů apod. se přechází k chirurgické léčbě. Pro chirurgické léčení tinnitu není specifické metody. Operace jsou indikovány dle určené diagnózy (Novotný, 2001).

. Hahn (2005, s. 25) rozděluje léčbu tinnitu na farmakologickou, fyziatrickou, fyzikální (laser, oxygenace), psychologickou a alternativní.

Mezi farmakologickou léčbu, která je nejčastěji aplikovaná, jsou řazeny postupy podávání vitamínů (A, E a B), lokálních anestetik, vasodilatačních a vasoaktivních látek, antihistaminik, diuretik, psychofarmak (především anxyolitika patřící do skupiny benzodiazepanů) a antidepresiv (Novák, 2003).

Konkrétně můžeme jmenovat následující léky, které jsou tinnitářům předepisované. Mezi předepisovaná psychofarmaka patří např. hypnotika (cianlozepam, zolpidem, zolpicon), anxyolitika (neuroleptika, xanax, defobin, eleunium, radepur, diazepam, hydroxyzin, usipron atd.) a antidepresiva (citalopram, fluvoxamin, milnacipram, bupropion) (Hahn, 2000).

Zemek (2011) uvádí tento orientační výčet předepisovaných léků, s kterými se tinnitáři setkávají: betaserc, enelbin, cavinton, agapurin, medrol, tanakan a covrein, které se podílejí např. na roztažení tepének a cév vnitřního ucha, celkově zlepšují jeho prokrvení, působí proti závratím, brání zánětům, zlepšují funkci mozkových buněk atd.

Léčiv je samozřejmě více a užívání jejich kombinací ještě více. Avšak při jejich dlouhodobém užívání je důležité, zamezit vzniku návykovosti a výskytu nežádoucích účinků, proto v případě jejich neúčinnosti je lepší lék vysadit a dále neužívat (Zemek, 2011).

V procesu léčby tinnitu jedním z hlavních pilířů je tedy farmakoterapie, kterou je však nutné rozšířit o další metody, či léčebné postupy, mezi které se řadí např. medicínsky uznávané terapie jako terapie infúzní, laserová, hyperbarická oxygenoterapie, magnetická, rehabilitační terapie a maskování tinnitu, nebo psychologické a psychiatrické postupy jako je např. psychoterapie, muzikoterapie, TRT (Tinnitus Retraining Therapy),

kognitivní metody (např. kognitivně behaviorální psychoterapie), biofeedback, autogenní trénink a v neposlední řadě stále více vyhledávané alternativní postupy, mezi které se řadí např. homeopatie, akupunktura, akupresura a jiné.

Vzhledem k rozsáhlosti léčebných postupů se blíže seznámíme jen s některými z nich.

Hyperbarická kyslíková terapie probíhá umístěním pacienta do tlakové komory, kde úroveň tlaku odpovídá hodnotám, jaké jsou naměřené v hloubce 16 m pod hladinou vody. Pacient zde dýchá čistý kyslík v přetlaku. Tímto způsobem se zvyšuje koncentrace kyslíku v krvi. Cílem je aby co největší množství kyslíku proniklo do tkání vnitřního ucha a pomohlo tak regeneraci vláskových buněk (Zemek, 2011).

Tato terapie má převážnou účinnost v akutních případech, při chronicitě postižení se její účinnost snižuje. Hyperbarická kyslíková terapie bývá kombinována s vazoaktivními infúzemi, popř. kortikoidy (Thora, 2006).

Infúzní terapie patří mezi jedny z nejčastěji předepisované terapie tinnitu. Podávají se při ní série nitrožilních infúzí obsahujících pentoxyphyllin, hydroxylovaný škrob, kortikoidy a lokální anestetikum. Občas jsou aplikovány i kapačky s cavitonem. Kapačky jsou nechávané kapat dvě až tři hodiny. Pacient leží, nebo je v polosedu a může při tom poslouchat sluchátky uklidňující hudbu. Celkovým cílem je zlepšit prokrvení vnitřního ucha a stabilizace jeho buněk (Zemek, 2011).

Psychoterapie nabízí celou řadu metod, které se mohou mezi sebou vzájemně kombinovat. Jedním z nejčastěji užívaných postupů je kognitivní terapie, kde se pacient učí hodnotit životní události (Novák, 2003). Dále jsou využívány různé relaxační metody, hypnoterapie, katatýmní snění, apod. Populárními se stávají přístupy behaviorální, které jsou zaměřeny na přecvičování chování. Z těch vychází například „Tinnitus Retraining Therapy“ či biofeedback (biologická zpětná vazba) (Boleloucký in Hahn, 2000).

Biofeedback využívá zpětné vazby a odpovědi biosignálů (např. svalového napětí, krevního oběhu, dýchání, mozkové vlny atd.), které jsou vyvolány pomocí malého elektronického přístroje či počítače (obrazem nebo zvukem). Cílem této metody je, aby se pacient pomocí zpětné vazby naučil vědomě ovlivňovat tělesné signály (svaly hlavy a krku), které jsou při tinnitu více napjaté a podrážděné (Holcát, Křesťanová, 1999).

Tinnitus Retraining Therapy (TRT) lze volně přeložit jako „Léčba tinnitu změnou návyku“. Terapie je založena vědcem P. Jasterboffem a prof. J. Hazellem a spočívá

v tzv. Neurofyzikálním (neurobiologickém) modelu vzniku tinnitu. Propojuje pravidelná sezení „counseling“, psychoterapii, s léčbou šumem a relaxačními technikami, což umožňuje komplexní působení na pacienta. „*Cílem tinnitus retraining therapy (TRT) je navodit situaci aby šelest nebyl předmětem zájmu pacienta*“ (Novák, 2003, s. 295).

Důležitým předpoklad pozitivního efektu metody TRT a zajištění klidného průběhu terapie bez zbytečného stresu je aktivní spolupráce pacienta, který je po celou dobu léčby ubezpečován, že jeho tinitus nemá nic společného s jeho zdravotními problémy. Proto je nu Jedinci uvádějí, že už nejsou tak aktivní jako dříve. tné provést veškerá audiologická a neurologická vyšetření pro vyloučení jiného závažného onemocnění (Hahn, 2000).

Autogenní trénink je relaxační metoda, kterou vyvinul německý lékař, neurolog a psychiatr Johannes Heinrich Schultz. Využívá *představivosti* a *autosugesce* k navození tělesného stavu, který vede k uvolnění celého organismu a mysli. Po dobu relaxace má klient zavřené oči, uvědomuje si celé své tělo a nechává ho uvolnit

K pocitu uvolnění dochází pomocí základních kroků, které na sebe postupně navazují a opakování jednotlivých slovních formulí. Patří mezi ně nácvik tíže (pro uvolnění svalstva), nácvik tepla (uvolnění cév), regulace srdce (pravidelný tep srdce), úprava dechu (klidný a hluboký dech), uvolnění břišních orgánů (teplo v dutině břišní), cviky hlavy (pocit chladného čela). Příklad jednotlivých formulí: „Moje pravá ruka je těžká.“, „Můj tep je klidný a pravidelný.“ „Moje tělo dýchá samo“.

Předpoklad pro úspěšné uvolnění je schopnost ponoření se do vlastního těla.

Všechny výše jmenované metody patří ke standardním postupům, které se aplikují při léčbě tinnitu. Pokud tyto standardní postupy nejsou účinné, pacienti se obrací k **alternativní léčbě**. Zemek (2011) ve své publikaci jmenuje a popisuje alternativní postupy, které se využívají k léčbě ušních šelestů.

Jmenujme aspoň některé z nich: akupunktura tělová nebo ušní, homeopatie, léčba orgánovými výtažky, reflexní terapie, akupresura, fytoterapie a jiné.

Účinky alternativních metod na ušní šelesty nejsou zcela vědecky podloženy, ale mnoha lidem tyto postupy pomohly ke zlepšení fyzické i psychické kondice. Jsou prakticky bez vedlejších účinků, proto je dobré je zkombinovat se standardními postupy a nepodceňovat jejich účinek (Holcát, Křest'ánová, 1999)

Prevence by měla být zaměřena proti etiologickým činitelům (Přecechtěl, 1959), z čeho vyplývá, že je důležité se vyhnout všem výše zmíněným možným příčinám, které tinnitus způsobují. Do prevence můžeme tedy zařadit např. boj proti hluku, vyloučení ototoxických látek, alkoholu, drog, léčení doprovodných onemocnění, zvýšení pohybu a zdravou stravu.

2 KVALITA ŽIVOTA

„Kvalita života člověka je dána mírou spokojenosti s tím, jak pokračuje cesta k jeho předem vytčenému životnímu cíli (Křivohlavý, 2002, s. 97)“.

2.1 Terminologické vymezení kvality života

Kvalita života je tvořena dvěma slovy *kvalita* a *život*. *Kvalita* je odvozena od latinského slova *qualis*, které vychází z kořene *qui* (kdo?) ve významu kdo to je? Jaké to je? Jiný výraz používaný k vyjádření kvality je jakost. Slovo jakost, nebo kvalita vyjadřují především podstatné vlastnosti předmětu, člověka nebo jevu v odlišnosti k jinému. Slovo *život* se rozumí jako život člověka ve všech jeho podobách od somatické až po společenskou (Murgaš, 2012). *„Život je považován za nejvyšší formu existence, realizující se v čase, chápanou buď jako završení procesu vývoje hmoty nebo jako dynamizaci, oduševnění hmoty vyšším principem“* (Steidl, 1996, s. 1475 in Murgaš, 2012).

Pojem kvalita života má poměrně dlouhou historii. Její koncepce se objevují již v římské a řecké mytologii, kde bývá spojována s osobnostmi Asclepia, Aesculapa. Zájem o nové přístupy v oblastech lidského myšlení se objevuje koncem 30. let 20. století u Thorndika, který zavádí pojem kvalita života do psychologie (Vaďurová, 2005). Konkrétní pojem „kvalita života“ byl poprvé zmíněn Pigou v roce 1920 v práci zabývající se ekonomikou a sociálním zabezpečením. Předmětem jeho výzkumu byl dopad státní

podpory pro sociálně slabší vrstvy na jejich život a také na státní rozpočet (Vad'urová, 2005).

V 60. letech 20. století v USA s rostoucí sociální nerovností mezi jednotlivými západními společnostmi, tehdejší prezidenti Kennedy a Johnson ve svých projevech mluví o zlepšování kvality života občanů USA, jako o cíli domácí politiky. Předmětem zájmu se tak staly spolupráce a pomoc rozvojovým zemím a úcta k menšinám. V 70. letech minulého století se v USA uskutečnil první celostátní výzkum kvality života, který zjišťoval, jak lidé vnímají svůj vlastní život (Murgaš, 2012).

V Evropě se pojem kvalita života objevil v programu nevládní organizace „Římský klub“, která kritizovala negativní tendence kapitalistické společnosti (odsuzovala zbrojení aj.). Jednou z hlavních aktivit klubu bylo programové zvyšování životní úrovně lidí a jejich kvality života (Vad'urová, 2005).

Také německý kancléř Willy Brandt v 70. letech sestavil pro svou sociálnědemokratickou stranu politický program založený na zlepšování kvality života svých spoluobčanů (Murgaš, 2012).

V současné době se kvalita života stala nedílnou součástí všech vědních oborů. V České republice je pojem „kvalita života“ spojován s psychiatrickým centrem v Praze – s E. Dragomireckou, s I. Lékařskou fakultou UK v Praze - s centrem lékařské etiky, dále s J. Křivohlavým, který se touto problematikou zabývá od 80. let 20. století a dalšími odborníky (Doležalová, 2003 in Vad'urová, 2005).

Kvalitou života se vždy myslí kvalita života lidí, jejím stěžejním subjektem je tedy člověk. Jedná se o velmi široký pojem multidimenzionálního, kulturně podmíněného, dynamického a značně subjektivního charakteru, proto ji nelze jednoznačně definovat. Vědní obory ať už teologické, medicínské, psychologické, psychiatrické, sociologické, nahlíží na tento pojem z různých úhlů pohledu a snaží se jej vysvětlit. Z toho tedy vyplývá, že s vymezení jednotné definice, která by platila ve všech odvětvích, není vůbec snadné.

2. 2 Teoretické přístupy k vymezení kvality života

Přístupy k vymezení kvality života jsou různé, záleží na oboru, který se kvalitou života zabývá. Rozlišujeme např. přístup medicínský, psychologický, sociologický, psychoterapeutický a ekologický.

2. 2. 1. Medicínský přístup

V medicíně a zdravotnictví se setkáváme s pojmy „kvalita života“ a „zdraví.“ Problematika kvality života je vnímána z pohledu zdravotního stavu jedince. Dle ústavy světové zdravotnické organizace (WHO) *„zdraví je stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, ne pouze absence choroby nebo tělesné chyby“* (in Vaďurová, 2005, s. 11). Z této definice vyplývá, že ukazatelem kvality zdraví není pouze vážnost onemocnění, ale že jde také o celkovou spokojenost nemocné osoby.

V návaznosti na definici zdraví WHO definuje kvalitu života následovně: *„Jde o individuální percipování své pozice v životě v kontextu kultury a toho systému hodnot, v nichž jedinec žije. Pojem vyjadřuje jedincův vztah k vlastním cílům, očekávaným hodnotám a zájmům ..., zahrnuje komplexním způsobem jedincovo somatické zdraví, psychický stav, úroveň nezávislosti ba okolí, sociální vztahy, jedincovo přesvědčení víru – a to vše k hlavním charakteristikám prostředí. Kvalita života vyjadřuje subjektivní ohodnocení, které se odehrává v určitém kulturním, sociálním a environmentálním kontextu ..., kvalita života není totožná s termíny stav zdraví, životní spokojenost, psychický stav, nebo pohoda. Jde spíše o multidimenzionální pojem“* (in Lukášová, 2010, s. 12). Obecně se tedy jedná o jedincovo vnímání jeho pozice v životě v kontextu své kultury a žebříčku systému hodnot, ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Jde o široký koncept, multifaktoriálně ovlivněný jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí (Vaďurová, 2005).

V medicínském přístupu se prosazuje označení „kvalita života týkající se zdraví“, které bývá rozdělována do čtyř základních kategorií: tělesný stav a funkční schopnosti, psychický stav a pocit pohody (životní spokojenosti), sociální vztahy, ekonomická situace a zaměstnání (Libingerová, 2001 in Vaďurová, 2006). Podrobnější členění je reprezentován v projektu Světové zdravotnické organizace WHOQOL, která udává,

že ne jen zdraví je zodpovědné za kvalitu života, ale důležitou úlohu plní interakce člověka s prostředím, které je dáno šesti indikátory uvedenými v následující tabulce.

Tabulka č. 4 Domény a indikátory WHOQOL podle WHO (Vad'urová, 2005, s. 27):

Doména	Indikátory WHOQOL
Fyzická stránka	energie a únava, bolest a nepohodlí, spánek a odpočinek
Psychická stránka	představa tělesného schématu a vzhled, negativní a pozitivní emoce, sebehodnocení, myšlení, učení, paměť, pozornost
Stupeň samostatnosti	mobilita, aktivity v každodenním životě, závislost na lécích a lékařské péči, praceschopnost
Sociální vztahy	osobní vztahy, sociální podpora, sexuální aktivita
Životní prostředí	finanční zdroje, svoboda, fyzická bezpečnost, zdraví a sociální podpora, prostředí domova, možnost získání informací a kompetencí, fyzikální prostředí, doprava
Spiritualita	religiozita, osobní přesvědčení

2. 2. 2. Psychologický přístup

Psychologický slovník (Hartl, Hartlová, 2004, s. 284) uvádí definici: „*kvalita života (quality of life) je vyjádření pocitu životního „štěstí“, k nejobecnějším znakům patří soběstačnost při obsluze vlastní osoby a pohyblivost, míra seberealizace a duševní harmonie čili míra životní spokojenosti a nespokojenosti*“.

Hartl, Hartlová (2000, s. 284) uvádí, že psychologie považuje kvalitu života za „*míru seberealizace a duševní harmonie čili míru životní spokojenosti a nespokojenosti*“.

Psychologie se zajímá o to jak se daný jedinec cítí a zaměřuje se na jeho duševní stránku.

Objektem zájmu psychologického přístupu se tak stává prožívání, myšlení a hodnocení člověka, jeho potřeb a přání, sebehodnocení, seberealizace, sebeaktualizace a negativní indikátory, jako například životní trauma, krize, deprese, poruchy nálad (Vaďurová, Mühlpachr, 2005). Calman (2002 in Vaďurová, 2005, s. 29) říká, že *lidský jedinec považuje svůj život za kvalitní, jestliže jsou jeho očekávání ve shodě se subjektivně hodnocenou životní realitou*. K tomu Vymětal (2001) dodává, že významnou roli hraje potřeba uplatnění ve společnosti a prožívání pozitivní citové odezvy, která je umocněna pokud se jedinci dostává od osob z blízkého okolí, které jsou pro něj autoritami, tím roste jeho sebeúcta.

Dalšími základními složkami psychologického přístupu ke kvalitě života jsou autonomie (možnost rozhodovat se a sebeřízení), autenticita (projevy člověka a život jsou ve shodě se sebezpojetím, hodnotovou orientaci - jedinec je tak sám sebou) a kompetentnost člověka (jedná se o porozumění světu a možnost jeho ovlivňování) (Vaďurová, Mühlpachr, 2005).

V souvislosti s psychologickým přístupem se v poslední době často uvádí nový anglický termín „well-being“ neboli spokojenost, osobní či duševní pohoda, jež je často používáno jako synonymum ke kvalitě života. Jedná se o dlouhodobý nebo přetrvávající emoční stav, ve kterém je brán ohled na celkovou spokojenost člověka s vlastním životem (Diener, 1999).

Tento pojem můžeme doslova přeložit jako: „je mi dobře“ a obecně: „jsem v pohodě“.

2. 2. 3. Sociologický přístup

V sociologii hlavním motivem zájmu není jednotlivec, ale celá společnost.

Ze sociologického pohledu se přistupuje k vymezení kvality života komplexním způsobem, ve kterém je důležité její hloubkové vymezení vůči životní úrovni, způsobu života a životnímu stylu, které s kvalitou života úzce souvisí, ale neměly by být s ní ztotožňovány (Vaďurová, Mühlpachr, 2005).

Sociologové sledují kvalitu života u různých sociálních skupin. Provádějí srovnání v rámci určité populace, ale i mezikulturně a hledají tak faktory, které danou skupinu nejvíce determinují (Payne, 2005).

Pojem kvalita života je v sociologii užíván ve čtyřech odlišných významech jako: odborný pojem, dále programové politické heslo, sociální hnutí a reklamní slogan (Maříková in Vaňurová, Mühlbacher, 2005).

Odborný pojem vyjadřuje kvalita života kvalitativní stránky životních procesů a kritéria jejich hodnocení. Tímto vymezením se nejvíce přibližuje k medicínskému a ekonomickému úhlu pohledu, protože je posuzována podle indikátoru životního prostředí, ukazatelů zdraví a nemoci, úrovně bydlení, mezilidských vztahů, volného času osobní i kolektivní bezpečnosti sociálních jistot a občanských svobod.

Programové politické heslo obrací pozornost široké veřejnosti k novým úkolům společnosti, přesahujícím materiální úroveň a vojenskou sílu. Zvedené do politiky v 60. letech 20. stol. J.F. Kennedym a L.B. Johnsonem.

Sociální hnutí vznikající na popud ekologických, protikonzumentských a protirasových hnutí.

Reklamní slogan je zcela bez obsahu, nabízející nové oblasti konzumu a orientující spotřebitele na oblast prestižní, demonstrativní spotřeby.

2. 2. 4. Psychoterapeutický přístup

Psychoterapie je léčba, ale také profylaxe poruch zdraví, která se uskutečňuje psychologickými prostředky. Je to zvláštní druh psychologické intervence působící na psychický život člověka a na jeho chování, meziosobní vztahy, fyzikální procesy tím, že navozuje žádoucí změny, které podporují uzdravovací proces, nebo znesnadňují rozvoj poruchy zdraví (Vymětal, 2003). Vymětal (2001, s. 200) uvádí psychoterapeutický přístup ke kvalitě života následovně: „*v tomto pojetí kvalita života znamená, že jedinec rozvíjí a naplňuje své pozitivní možnosti, ačkoli mohou být nemoci, nebo defektem výrazně sníženy, omezeny a zdůrazňuje, že bez psychoterapeutického zpracování určitých omezení a přirozených obav na individuální i rodinné úrovni nemůže být kvalitní vedení života, neboť zasahují i do rodinného a pracovního života*“.

Psychoterapeutický přístup se uplatňuje při rehabilitaci pacientů, je často kombinován s dalšími rehabilitačními prostředky (např. fyzioterapie či ergoterapie).

Hlavní cílem je rozvoj a naplnění pozitivních možností jedince a dosažení co nejvyšší možné kvality života (Vymětal, 2001).

2. 2. 5. Ekologický a environmentální přístup

Ekologický a environmentální přístup se zaměřuje na hodnocení kvality života vyplývající z kvality životního prostředí, které ovlivňují kvalitu života lidí na celé zeměkouli.

V dnešní době s neustále přibývajícími ekologickými problémy stoupa pozornost soustřeďující se na ekologický a environmentální přístup ke kvalitě života.

Halečka (in Vaňurová, Mühlbacher, 2005, s. 35) zmiňuje hlavní faktory narušení a rozkladu kvality života:

- *devastace přírody a narušení životního prostředí technosférou,*
- *válečná politika a uplatňování různých forem násilí,*
- *nespravedlivé sociálně – ekonomické společenské vztahy a jejich odraz v prohlubování sociálních nerovností*
- *narušení demokracie, porušování lidských práv,*
- *ignorování humanistických zásad a významu sociální politiky.*

Giddens (1999) uvádí, že pro zlepšení životního prostředí i kvality života je zapotřebí změny ne jen v technologické oblasti, ale i v sociální.

Zabránit globální ekologické katastrofě lze pouze tehdy, pokud se obyvatelé vyspělých zemí postaví proti konzumní orientaci a budou směřovat ke skromnějšímu životnímu stylu ve prospěch zlepšení životního prostředí.

Opatření by měla směřovat k návratu ke skromnějšímu životnímu stylu, začít se řídit teorií trvale udržitelného rozvoje a zabránit tak dalšímu poškozování přírodního prostředí.

2. 3 Faktory ovlivňující kvalitu života

Payne (2005 s. 207) říká, že „kvalita života je chápána jako důsledek interakce mnoha různých faktorů. Jsou to sociální, zdravotní, ekonomické a environmentální

podmínky, které kumulativně a velmi často neznámým (či neprobádaným) způsobem integrují, a tak ovlivňují lidský rozvoj na úrovni jednotlivců i celých společností.“

Dle Jesenského (2000) kvalita života představuje velmi rozsáhlou oblast faktorů, které umožňují jedinci žít ve společnosti a ovlivňují míru kvality jeho života. Jesenský rozděluje činitele, ovlivňující kvalitu života do dvou základních skupin a to na *vnější* a *vnitřní*.

Mezi **vnitřní činitele** patří vše, co ovlivňuje rozvoj a integritu osobnosti. Endogenní faktory vytvářejí změny v kvalitách života, konkrétně v somatické a psychické oblasti ovlivněné vrozenými predispozicemi, onemocněním, poruchou, handicapem či defektivitami.

Vnější činitele představují přírodně-ekologické, společensko-kulturní, výchovně-vzdělávací, pracovní, ekonomicko-materiální a technické faktory (Vařurová, Mühlpachr, 2005).

2. 4 Dimenze kvality života

Kvalita života je rovněž multidimenzionální jako život sám, proto je důležité stanovit konkrétní dimenze života pomocí, kterých tuto jakost budeme zjišťovat (Balcar in Payne, 2005).

Světová zdravotnická organizace (WHO) na základě své definice kvality života rozeznává čtyři základní oblasti, které vystihují dimenze lidského života bez ohledu na věk, pohlaví, etnikum nebo postižení. Patří zde:

Tabulka č. 5 Dimenze kvality lidského života dle WHO, (Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 18)

Fyzické zdraví a úroveň samostatnosti	Energie a únava, bolest, odpočinek, mobilita, každodenní život, závislost na lékařské pomoci, schopnost pracovat.
Psychické zdraví a duchovní stránka	Sebepojetí, negativní a pozitivní pocity, sebehodnocení, myšlení, učení, paměť koncentrace, víra, spiritualita, vyznání.
Sociální vztahy	Osobní vztahy, sociální podpora,

	sexuální aktivita.
Prostředí	Finanční zdroje, svoboda, bezpečí, dostupnost zdravotnické a sociální péče, domácí prostředí, příležitosti pro získávání nových vědomostí a dovedností, fyzikální prostředí (znečištění, hluk, provoz, klima).

Z jiného pohledu Balcar (2005) uvádí tři dimenze: *tělesnou*, duševní a duchovní. Z jeho hlediska je tělesná dimenze chápána jako souhra tělesných funkcí, tím myslí zdraví jedince, které je chápáno jako fyzická zdatnost. Z hlediska dimenze duševní poukazuje na prožívané slasti, uplatňování moci v život a citovou pohodu, kterou myslí štěstí člověka. Z pohledu duchovního, kvalitu života vnímá jako prožitek smysluplnosti vlastního života (Balcar in Payne, 2005, Murgáš, 2012).

Vymětala (2003) ke konceptu dimenze kvality života přistupuje ze dvou hledisek a to objektivního a subjektivního.

Objektivní kvalita života se zaměřuje na materiální zabezpečení, sociální statusu, sociální podmínky a fyzickém zdraví jedince. Vymětal (2003) ji vymezuje jako souhrn sociálních, zdravotních, ekonomických a environmentálních podmínek ovlivňující rozvoj života člověka, ve kterém využívá veškeré své možnosti.

Subjektivní kvalita života se týká lidské emoční stability, vnímání vlastní osobnosti, jak se člověk sám hodnotí, jak vnímá a hodnotí své postavení ve společnosti v souvislosti s kulturou a jejím hodnotovým systémem. Jedná se tedy o jedincovu celkovou spokojenost se životem, která je závislá na vztahu k jeho osobním cílům, očekáváním, zájmům a životnímu stylu (Vaňurová, Mühlpachr, 2005). Subjektivní kvalita života je individuální a každý si pod pojmem „kvalitní život“ představuje něco jiného.

Murgáš (2012) dále uvádí, že podle obecné schody, musí kvalita života obsahovat ještě dvě dimenze: *osobní* a *prostorovou* a konstatuje, že když je kvalita života vnímána jako mnohotvárný komplex, je důležité, aby se obě dimenze kombinovaly. To potvrzuje Disar a Deller (in Murgáš, 2012), kteří říkají, že kvalita života je závislá na exogenních-objektivních faktorech a na endogenním-subjektivním vnímání těchto faktorů. Avšak Mühlpachr (2005) zmiňuje, že v současné době se odborníci ve všech oborech výrazně přiklánějí k subjektivnímu vnímání a hodnocení kvality života.

2. 5 Měření kvality života

Dragomirecká (1997, s. 424) uvádí, že „měření kvality života vyvolává několik zásadních otázek. Mezi, které patří:

- *Je možné měřit kvalitu života kvantitativními metodami?*
- *Jaký typ veličin měřit? Původní snaha zjišťovat kvalitu života pomocí objektivních dat nevedla k cíli a byla vystřídána zájmem o subjektivní výpověď.*
- *Jak kvalitu života zjišťovat? Je vhodné registrovat nepřítomnost symptomů, nespokojenost, nebo jsou nějaké pozitivní ukazatele? Je lepší pracovat s globální úrovní nebo s profilem?“*

Úhel pohledu na měření kvality života prezentuje také Murgáš (2012), podle kterého není možné ji vyjádřit, měřit přímo, ale pouze zprostředkovaně prostřednictvím tzv. indikátorů, ukazatelů, činitelů, domén nebo subdomén. Za tyto indikátory považuje ukazatele vyjadřující dosažený stav k určitému datu nebo průměrný údaj za časové období.

Obdobně jako Murgáš, Hnilica (in Payne, 2005) používá k hodnocení indikátory a uvádí, že v současnosti zkoumání kvality života navazuje na sledování sociálních indikátorů. Ve zkoumání těchto indikátorů jmenuje tři přístupy:

1. Zaměření na zjišťování objektivních podmínek života, které jsou pokládány za nezbytné pro dobrý život.
2. Zaměření na subjektivní dimenze a zkoumání dobrého života jako takového.
3. Třetí přístup je spojení předchozích dvou.

Také Kirby (in Dragomirecká, 1997, s. 424) poukazuje na to, že „kvalita života bývá měřena ze tří perspektiv:

1. *Jako objektivní měření sociálních ukazatelů (v termínech možností, bariér a zdrojů okolí),*
2. *Jako subjektivní odhad celkové spokojenosti se životem,*
3. *Jako subjektivní odhad spokojenosti s jednotlivými životními oblastmi“.*

2.5.1. Nástroje a metody měření kvality života

Nástroje měření kvality života Vaňurová, Mühlpachr (2005) rozděluje na *obecné* a *specifické*.

Obecné zahrnující měření schopností v jednotlivých oblastech a profily zdraví, které jsou koncipovány jako dotazníky, zjišťující nejdůležitější aspekty kvality života jedince.

Specifické zaměřující se na aspekty, které jsou považovány za klíčové pro danou oblast měření. Jedná se o hodnocení přesně vymezených oblastí a jsou zaměřeny např. na určitou populaci, nemoc, schopnost či podmínky.

Dále také Vaňurová, Mühlpachr (2005) uvádí, že v rámci hodnocení kvality život je důležité dodržovat následující kroky: popsat účel hodnocení, popsat vzorek populace, konceptualizovat závěry kvality života, vybrat nástroj pro měření, provést pre-testování nebo pilotní studii, shromáždit data a analyzovat závěry.

Křivohlavý (2001,) rozděluje metody měření kvality života do tří základních skupin:

- **metody objektivní**, kde kvalitu života hodnotí druhá osob,
- **metody subjektivní**, kde hodnotitelem je sama daná osoba,
- **smíšené metody** jsou kombinací obou předcházejících metod. **Smíšené metody** nebudeme blíže popisovat, jen si je ve zkratce vyjmenujeme. Patří zde např.: metoda *MANSA* a *LSS* – Life Satisfactory Scale (škála životního uspokojení) (Vaňurová, Mühlpachr 2005).

Výčet subjektivních a objektivních metod ve své publikaci uvádí Vaňurová, Mühlpachr (2005). Jmenuje tyto **objektivní metody** měření kvality života:

APACHE II se pokouší o vystihnutí celkového stavu pacienta ryze fyziologickými a patofyziologickými kritérii. Základním předpokladem metody *APACHE II* je, že se vážnost onemocnění je možné posoudit podle toho, jak se kvantitativně odchyluje momentální stav pacienta od normy.

The Karnofsky Performance Scale tento index byl původně vytvořen pro hodnocení paliativní léčby u pacientů s rakovinou plic. Klade důraz na tělesnou dimenzi kvality života. Hodnotu indexu stanovuje lékař, který jim vyjadřuje svůj názor na celkový zdravotní stav pacienta k určitému datu. Tato metoda používá procentuální škálu od 0 do 100 k vyjádření stavu daného pacienta.

Visual Analogue Scale – **VAS** jedná se o metodu vizuálního škálování celkového stavu pacienta, než jen pouze souboru jeho zdravotních problémů. Stupnici tvoří 10 cm dlouhá vodorovná čára s dvěma krajními body, které označují extrémy. Hodnotitel

nakreslí na této čáře křížek, křížek znamená stupeň, kde si lékař myslí, že se pacientův zdravotní stav nachází.

Index kvality života – ILF metoda vychází ze slovně formulovaná kritérií. Například sociální opora pacienta, sebeobslužnost pacienta, zvládání těžkostí spojených s nemocí a další. Výběr hodnotících kritérií kvality života nezáleží pouze na hodnotiteli, ale na shodě názorů mezi pacientem, zdravotnickým personálem, klinickým psychologem apod.

Spitzer Quality of live Index – QL metoda se používá lékaři pro zjištění kvality života u pacientů s rakovinou a chronicky nemocnými před a po ukončení terapie. Do QL Indexu byly zahrnuty oblasti kvality života, které jsou označovány jako základní pro aktivní život. Patří zde: každodenní život, aktivita, vnímání zdraví, podpora rodiny a přátel, pohled na život.

Není určen pro měření kvality života u zdravé populace.

Mezi **Subjektivní metody** měření kvality života patří:

Schedule for the Evaluatuion of Individual Quality of Life –SEIQoL metoda patří mezi nejrozšířenější metody diagnostikování kvality života. Jedná se o systém individuálního hodnocení kvality života z roku 1994 vytvořený C. A. O'Boylem a H. M. McGeem, kteří vycházejí z metody „Repertory Grid“ vytvořené na základě Kellyho pojetí tzv. osobních konstruktů. Hlavním bodem je, že naše myšlenky a činy jsou důsledkem osobních představ, které máme o věcech, lidech, ideálech atp. Chceme-li určitému člověku porozumět, je třeba porozumět tomu, jak vypadá jeho repertoár mentálních konstruktů (představ, hodnot, cílů) a jak si daný člověk tento repertoár vytváří. K vystižení pojetí mentálních konstruktů vytvořil Kelly metodu zvanou „Repertory Grid“ – což je metoda životních pojetí a cílů a byla adaptována pro měření kvality života a ke zjišťování osobních cílů (Křivohlavý, 2001). Metodologie SEIQoL je tvořen strukturovaným rozhovorem, ve kterém se tazatel snaží zjistit aspekty života, jenž jsou pro daného jedince kriticky závažné. Osoba je požádána, aby uvedla pět životních cílů, které ona sama považuje v dané situaci za nejdůležitější. „Životní cíl“ je tak jedním ze stěžejních pojmů metodiky SEIQoL. Následně dotazovaný jedinec uvádí míru uspokojení s dosahováním stanoveného životního cíle v procentech. Vyhodnocení dotazníků SEIQoL se provádí tak, že důležitost daného tématu se násobí mírou spokojenosti

Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Live – Direct Weighting – (SEIQoL-DW). Tento nástroj byl odvozen od nástroje pro měření subjektivní kvality života SEIQoL. SEIQoL-DW umožňuje respondentům označit ty oblasti života, které považují za nejdůležitější, a dále ohodnotit jejich výkon v daných oblastech a spokojenost s každou z nich.

Lancashire Quality of Life Profile – LQoLP byl vytvořen Lehmanem pro chronické psychiatrické pacienty. Cílem bylo vytvořit nástroj, který by kombinoval objektivní i subjektivní aspekty kvality života v několika oblastech. Jedná se o strukturovaný sebeposuzující rozhovor sestavený ze 105 položek, které zahrnují těchto devět oblastí:

1. Práce a vzdělání (7 položek)
2. Volný čas (8 položek)
3. Vyznání (7 položek)
4. Finance (7 položek)
5. Životní situace (12 položek)
6. Právní status a bezpečnost (5 položek)
7. Vztahy s rodinou (7 položek)
8. Sociální vztahy (6 položek)
9. Zdraví (10 položek).

Složky těchto oblastí jsou hodnoceny na sedmibodové stupnici životní spokojenosti:

1. Nemůže být hůře
2. Nespokojen
3. Spíše nespokojen
4. Smíšené
5. Spíše spokojen
6. Spokojen
7. Nemůže být lépe

Rozhovor také umožňuje hodnocení těchto oblastí: pozitivní a negativní city (10 položek), sebehodnotící stupnice (10 položek), měření obecné spokojenosti, umožňuje také hodnotit kvalitu života i vnímané skóre kvality života – průměrné subjektivní hodnocení prvních devíti oblastí.

Dotazník SQUALA byl vytvořen v roce 1992 M. Zannottim. Jde o sebeposuzovací dotazník, konstruovaný podle jasných metodologických pravidel. Filozoficky vychází z Maslowovy třístupňové teorie potřeb, takže v sobě zahrnuje i takové oblasti života, jako jsou vnitřní hodnoty – např. prožitek svobody, pravdy nebo spravedlnosti, což jsou prožitky zohledňující maximální možnou míru subjektivity, ze které je nutno při měření kvality života také vycházet (Šeflová in Vaďurová, Mühlpachr 2005).

„Dotazník se skládá z 23 oblastí, které pokrývají vnější i vnitřní realitu každodenního života. Spokojenost se hodnotí na pěti bodové škále (0 – velmi zklamán až 4 – zcela spokojen) a subjektivní důležitost na stupnici 0 až 4 (0 – bezvýznamné až 4 – nezbytné). Maximální skóre kvality života je dosaženo, pokud je dotazovaný „zcela spokojen“ s oblastí, kterou považuje za nezbytnou. Dotazník SQUALA lze použít v sociální, lékařské, psychologické i pedagogické oblasti“ (Dragomirecká in Vaďurová, Mühlpachr 2005, s. 63)

3 ADOLESCENCE

„Mezi patnácti a dvaceti vrcholí mládí. Kdyby bohové měli určitý věk, bylo by Venuši sedmnáct a Apollónovi dvacet. V této době je člověk nejkrásnější, tělesně i duševně nejsvěžejší, nejdychtivější a nejbystřejší. Bere svůj život zodpovědně a svobodně do svých rukou“ (Říčan, 1990, s. 205).

3. 1 Vymezení pojmu adolescence

Pojem adolescence je odvozen z latinského slovesa „*adolescere*“, což znamená dorůstat, dospívat, mohutnět. Jako termín toto slovo bylo poprvé použito v 15. století a již označovalo určité období života člověka.

„Otcem“ termínu adolescence je americký psycholog G. Stanley Hall, kterému o Adolescenci v roce 1904 vyšla kniha. Stal se tak prvním, který se o toto životní období začal jako první odborně zajímat. Adolescenci chápal a charakterizoval jako střetnutí protikladných tendencí v člověku.

Označení adolescenti (typické pro psychologii) se v českém jazyce volně zaměňuje s označením dospívající či dorost (typické pro lékařské vědy) a rovněž s širším označením mládež (charakterističtější pro sociologii a pedagogiku) (Macek, 2003).

Z časového hlediska adolescence probíhá v druhém desetiletí života člověka. Konkrétní časové vymezení a specifikace tohoto období se u různých autorů liší. V evropské psychologii se adolescence oddělovala od pubescence. Pubescence (v české terminologii dospívání) se pak obvykle ohraničuje časovým intervalem 11–15 let, přičemž někteří autoři ji ještě vnitřně diferencují, nejčastěji na prepubertu a pubertu (Langmeier, 1983 in Macek, 2003).

Langmeier a Krejčířová (1998) obdobně podle evropského vzoru vymezují adolescenci jako druhou fázi dospívání v rozmezí 15 - 20 popřípadě 22 let, kdy první fáze dospívání 11 - 15 let je nazývána pubescencí.

Vágnerová (2000) uvádí, že adolescence je etapa života ve věku od patnácti do dvaceti let a rozděluje toto období dospívání na dvě fáze:

- raná adolescence: 10 (11) – 15 let
- pozdní adolescence: 15 – 20 let

Macek (2003, s. 10) říká, že „*adolescence je dospívání i mládí současně, odlišuje se od ostatních životních etap a současně je vnitřně diferencovaná*“. Podle něj je toto období užitečné dále rozdělovat a rozlišovat v jeho rámci na tři fáze:

- časnou adolescenci v časovém rozmezí zhruba 10(11)–13 let,
- střed ní adolescenci vymezenou přibližně intervalem 14–16 let,
- pozdní adolescenci od 17 do 20 let, popřípadě i mnohem déle.

Období adolescence je druhou fází dospívání, ve které dochází ke komplexní proměně osobnosti ve všech oblastech: somatické, psychické i sociální. Změny jsou primárně podmíněny biologicky, ale vždy tyto biologické změny jsou ovlivňovány, doplňovány faktory psychickými i sociálními a jsou tak ve vzájemné interakci (Vágnerová, 2000).

Vágnerová (2000), Macek (2003) uvádí, že v této fázi dospívání dochází k dosahování biologických a sociálních mezníků. Mezi hlavní biologický mezník se řadí pohlavní dozrávání a nástup sexuality (první pohlavní styk), a proto je pro toto období charakteristický růst pudových tendencí s následným narušením osobnostní rovnováhy (mezi id a egem). Sociální mezníky jsou dva: ukončení povinné školní docházky a druhým je dovršení přípravného profesního vzdělání a následný nástup do zaměstnání. Adolescent dosahuje plnoletosti, stává se ekonomicky nezávislý, může uzavřít manželství, stává se plně odpovědným za své jednání a chování. Toto vše jmenované je v našich sociokulturních podmínkách chápáno a uznáváno jako mezník dospělosti.

Adolescence neboli přechod z dětství do dospělosti patří mezi nejkomplikovanější obdobím lidského života. Dochází zde k velkým změnám, jako je např.: změna v jejich vzhledu, chování, názorech, mění se jejich zájmy i sociální vztahy. Mění se celá osobnost jedince. Macek (2003) vnímá dospívajícího člověka v této fázi jako napůl necivilizovaného divocha, který se teprve postupně socializuje. Proto toto období musí být bráno jako přirozené, nevyhnutelné a je potřeba ho respektovat.

3. 2 Vytváření identity v období adolescence

Dospívání je charakteristické hledáním vlastní identity, bojem s nejistotou a pochybnostmi o sobě samém, o své pozici ve společnosti se snahou odpoutat se od rodiny (Erikson, 1964 in Vojtová, 2013, s. 29).

Vytváření identity, neboli totožnosti je proces, který probíhá neustále již od dětství. Je to něco co se snažíme najít snad po celý život. Jedná se o postupné, neustálé uvědomování si reality a sebe vzhledem k sociální skutečnosti. Jde o uvědomění si svých schopností, dovedností, způsobů myšlení a chování.

Jedno ze stěžejních období hledání sebe sama, je období adolescence. V tomto procesu hledání sebepojetí s nekonečným kladením otázek: „kdo vlastně jsem?“, „kam patřím?“, „co umím?“, „jak mě ostatní hodnotí?“, nebo „jaký má můj život smysl?“, si jedinec postupně utváří svou vlastní identitu. *„Hledání identity není však jen pasivním poznáváním sebe sama – tedy zesíleným sebepozorováním, zkoumáním svého zjevu i svých psychických vlastností a snahy o porozumění vlastním myšlenkám a emocím, ale bývá spojeno i s aktivní experimentací. ...Adolescent se usilovně snaží být sám sebou, přiblížit se svému ideálu a všechny své projevy zvoleným směrem formovat“* (Langmeier, 1998, s. 156).

Macek (2003, s. 62 – 63) uvádí, že *„utváření identity v adolescenci je determinováno subjektivně tak objektivně. Vytváří-li společnost pro dospívající podmínky, které by se s větší či menší přesností daly nazvat „časem na rozmyšlenou“, „chráněným prostorem pro zkoušení a hledání“ či „obdobím odkladu“ (moratorium), potom proces hledání vlastní identity dostává podobu i společenského úkolu“*.

Adolescent si utváří svou totožnost, jedinečnost, která ho odlišuje od ostatních jedinců. Tvoří jí pomoci experimentů a hrání rolí v různých sociálních situacích a skupinách a získává tak zkušenost s odlišnými způsoby chování. Upevňuje své způsoby jednání, které byly úspěšné a posílily jeho sebehodnocení a opouští od těch, které výsledek neměly. Tím postupně získává vlastní identitu. Na druhou stranu je však důležité zdůraznit, že ne jen sociální situace ovlivňují pocit identit, ale také se na jejím utváření spolupodílí vrozené vzorce chování, neboli genotyp a prostředí (Binarová, 2005).

Obdobně jako Binarová (2005) i Macek (2003) zdůrazňuje, že proces utváření vlastní identity není dán jen osobnostně a ontogeneticky, ale i zkušenostmi, příležitostmi, kterých se mu dostává ze sociálního prostředí a kultury, která ho obklopuje. Proto je velmi důležité, do jaké míry a v jaké podobě je adolescentovi vytvořené tzv. **psychosociální moratorium**, tzn. chráněný prostor a čas pro experimentování s novými rolemi, zkušenostmi, prožitky, pocity, hodnotami a zodpovědností.

V procesu utváření identity jde vlastně o individuaci osobnosti adolescenta. R. Josselsonová (1980 in Macek, 2003) ji rozepisuje do čtyř etap:

- První etapa – *Psychologická diferenciace*, začíná v pubertě, kdy si pubescent začíná uvědomovat odlišnost své osobnosti od ostatních, jak od vrstevníků, tak hlavně od svých rodičů (postoje, názory, hodnoty, rady, zvyky atd.). Zvyšuje se kritičnost a začíná další období vzdoru. První etapa se ve svém důsledku pak projevuje negativním, neskrývaným, negativním postojem vůči rodičům a dalším formálním autoritám.
- Druhá etapa - *zkoušení a experimentování* (14-15 let), v této fázi adolescenti získávají pocit, že sami vědí, co je pro ně nejlepší a snaží se o zbavení „závislosti“ na formálních autoritách. S autoritami soupeří (nejčastěji s rodiči), vyhledávají tak příležitosti, kdy nad nimi mohou „vítězit“. Začíná se zvyšovat jejich zodpovědnost s postupným uvědomováním si závazků, ale zatím pouze k jejich vrstevníkům- kamarádům, se kterými se ve svých názorech, postojích shodují a vzájemně podporují. Avšak v souvislosti s vnímání osobní perspektivy jejich zodpovědnost a rozhodováním ještě nemá velký význam. Zajímá je hlavně blízká budoucnost, do které se snaží co nejvíce realizovat.
- Třetí etapa – *období navazování přátelství*, jede o proces, ve kterém se obnovují vazby s rodiči, jejich autorita je z části akceptovaná. Zvyšuje se vnímání zodpovědnosti za vlastní chování a jeho důsledky. Je to období hledání nových pravidel a norem ve vztahu k druhým lidem. Důležitost přátelství a erotické vztahy přispívají k uvědomění si zvláštní hodnoty a specifického významu vztahu k oběma rodičům a další autoritám.
- Čtvrtá etapa - *konsolidaci (upevňování) vztahu k sobě*, založena na pocitu vlastní autonomie a jedinečnosti. Jedinec si uvědomuje sebe sama v širším časovém rozmezí. Dochází u něj k propojování minulosti, přítomnosti a další perspektivy vlastního života. Probíhá mezi osmnáctým a dvacátým rokem a je tak poslední etapou procesu individuace osobnosti adolescenta. Což, ale neznamená, že hledání vlastního já je ukončeno, může pokračovat dál do dospělosti.

V souvislosti s tvorbou identity je vhodné uvést také čtyři statusy prožívané identity podle J. Maria (in Binarová, 2005):

První status popisuje *dosaženou identitu*, kdy jedinec prošel krizí identity, ve které dochází k přehodnocení názorů adolescenta, jenž je aktivní v kladení otázek a dospěl k určité činnosti či názorů z vlastního rozhodnutí. Druhý status identity je *přejatý způsob* prosazení se. Tito jedinci neprošli krizí identity, protože přejímali názory, poznatky

a hodnoty druhých a nedopracovali se tak k identitě z vlastní aktivity. Třetí status je tzv. *moratorium* (prodloužení, odložení), kdy adolescenti zauímají různé názory, které však rychle opouštějí, jsou váhaví, nerozhodní, stejné problémy řeší pokaždé jiným způsobem, jako by si nepamatovali předešlou zkušenost. Čtvrtý status identity je její difuze (rozptýlení), kdy jedinci nemají jednotný pocit ze sebe samých, nesnaží se aktivně zauímat vlastní názory, mnohdy působí zmateně, nevypočitatelně. Jsou ještě nevyzrálí, aby se projevíli jako vyvážené osobnosti.

Jak z výše uvedeného vyplývá, „*proces utváření identity v období dospívání je značně mnohvrstevnatý*“ (Macek, 2003, s. 65). Kromě odpovědi na otázku „kdo jsem“ se stává důležitou kvalitou i vědomí vlastní stability, kompetence a pohody. Identita má v sobě zabudovanou sebereflexi, sebepojetí i sebehodnocení (tzv. *osobní aspekt identity*).

V pozdní adolescenci má však identita ve svých souvislostech a důsledcích širší rozměr (tzv. *sociální aspekt identity*), který odpovídá na otázky týkající se vlastního místa a směru „kam patřím“, „čeho jsem součástí“ a „k čemu směřuji“ (Macek, 2003).

Na závěr k celkovému shrnutí uvedeme citaci Eriksona (1968 in Řehulková, 2001, s. 20): „*Identita je aktuální krize k sobě samému. Je to reakce na zmatek (confusion), vyvolaný novými vnitřními pocity spjatými s dospíváním (sexuální dozrávání) a s novými požadavky okolí (normy, role, pravidla a restrikce světa dospělých, vrstevnický tlak a úsilí ocenění ze strany druhých). Identita pak znamená především nové sjednocení – jednak dosavadních osobních zkušeností (kognitivní a emocionální), reflektovaných i neuvědomovaných (pudových) potřeb, výkonové kapacity a sociálních rolí do konzistentního celku. Identita neznámá jen aktuální adaptaci na stávající podmínky a přijetí sebe „zde a nyní“, Má v sobě i vědomí osobní perspektiv, stejně jako vlastní historii a mytologii*“.

3.3 Životní styl adolescentů

Životní styl je systém činností, vztahů, životních projevů, názorů, postojů a zvyklostí charakteristických u jednotlivých živých subjektů. Jde o souhrn ustálených každodenních praktik, činností a způsobů chování (Sak, 2004).

Životní styl je znakem každého jedince, projevující se samostatností, schopností utvářet se jako osobnost podle vlastních představ. Jedná se o výraz lidské individuality, jedinečnosti a specifčnosti. Jde o vytváření, formování a rozvíjení osobnosti člověka.

Životní styl je součástí výchovy, ví se, že je snazší osvojovat si určitý životní styl v mladším věku než měnit životní styl v pozdějších letech. Děti se od svých rodičů učí žít určitým způsobem a do jisté míry přebírají i jejich životní styl. Proto nejzákladnějším faktorem pro výchovu dětí ke zdravému životnímu stylu je rodinné prostředí a vzor rodičů (Vašíčková, 2009).

V období adolescence dochází k novým motivacím, které vybízí k přijetí určitého nového životního stylu, jenž je vyvolán vývojovými potřebami. Životní styl dospívajících je ovlivňován jejich postoji, myšlením, volným časem, sociálním prostředím a především médií. Jedinci si z televize přebírají sociální role, s kterými se snaží ztotožnit.

Adolescenti každou chvíli spatřují smysl svého života v něčem jiném a tím se jejich životní styl neustále mění. Zároveň je ovlivňován celou řadou různorodých faktorů, které ho pomáhají utvářet a upevňovat. Např. mezi faktory ovlivňující zdravý životní styl patří zdravá výživa, dostatečný pitný režim, pohybové aktivity a dobré životní prostředí. Životní styl ovlivňují také negativní faktory, jako jsou např. kouření, nadměrná konzumace alkoholu, užívání drog, stres a civilizační choroby.

Adolescence v procesu hledání sebe sama je velice rizikové období vzhledem k trávení volného času, experimentováním s návykovými látkami jako jsou tabák, alkohol a drogy.

Pro přehled životního stylu adolescentů uvedeme např. výzkum realizovaný Karnoldem (2012) na středních školách, který zjistil, že zdravější životní styl mají pracující adolescenti, kteří již do jisté míry přebírají odpovědnost sami za sebe, za svoji životní situaci, hospodaření s financemi, za svá rozhodnutí. Kdežto studenti sice častěji realizují pohybovou aktivitu, ale také častěji kouří, pijí alkohol a experimentují s drogami.

3. 4 Kvalita života v období adolescence

V dnešní době o problematiku kvality života se zajímá mnoho výzkumů, které zkoumají kvalitu života zdravé populace (např.: učitelů, studentů, lékařů atd.), nebo na druhé straně je vysoký zájem o zkoumání kvality života nemocných jedinců (např.

s mentální retardací, smyslovým onemocněním, tělesným onemocněním, s HIV, onkologickým pacientům atd.) Avšak i přes vysoký počet výzkumu je problém vyhledat odborné publikace, která by pojednávaly a shrnuly komplexní informace o výsledcích ze zkoumání kvality života u adolescentů. Tyto konkrétní výsledky z bádání můžeme vyhledat např. ve výzkumech závěrečných prací studentů.

U nás se zkoumáním kvality života v období adolescence zabývali ve svých publikacích např. Vojtová, Mareš a kol., nebo ve svých závěrečných pracích Pryczek, Frömllová, Svobodová, Kula a další.

Frömllová (2014) ve své rigorózní práci zmiňuje výzkum Krause (2006) a jeho spolupracovníků, kteří sledovali v roce 2001 a 2003 souvislost mezi hodnotovou orientací českých adolescentů, jejich věkem, pohlavím a navštěvovanou školou. Zjistili, že životní cíle a jejich důležitost (hodnotová orientace) v posouzení kvality života jsou závislé i na sociálním prostředí, ze kterého daný jedinec pochází. Dívky preferovaly hodnoty, jako jsou „spokojený rodinný život“ a „pomoc druhým“ a chlapci kladli větší důraz na položky týkající se „mít dobrou práci“ a „kvalitní volný čas“. Mladší jedinci upřednostňovali „vysokou materiální úroveň“ a jedinci starší spíše „spokojený rodinný život“. Studenti středních odborných učilišť vyzdvihovali důležitost „vysoké materiální úroveň“, kdežto studenti gymnázií a středních odborných škol zdůrazňovali „spokojený rodinný život“ a „dobrou a zajímavou práci“.

Kvalitou života adolescentů měřenou metodou SQUALA se u nás ve své závěrečné práci zabýval také Pryczek (2006), který hodnotil kvalitu života intaktních adolescentů z odborného učiliště. Zjišťoval rozdíly v důležitosti jednotlivých oblastí u chlapců a dívek. Zjistil např., že z hlediska kvality života jsou pro dívky rodinné vztahy důležitější než pro chlapce, nebo mít a vychovávat děti je důležitější také pro dívky než pro chlapce. Fyzická soběstačnost je pro obě pohlaví stejně důležitá. Dívky prožívají větší spokojenost z volného času než chlapci a chlapci jsou stejně spokojeni s biologickými potřebami (jídlo, spánek, sexuální život) jako dívky.

Jiné výsledky měření kvality života s odlišnou metodou než Pryczek uvádí Mareš a kol. (2006), kteří se zabývali kvalitou života dětí a dospívajících vážně chronicky nemocných. Poukazuje na výsledky výzkumů, u kterých je dokázána kauzalita kvality života a onemocnění.

Institut dětí a mládeže Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy v 90. letech minulého století předložil výsledky výzkumu, že mezi nejvýznamnější životní hodnoty

a cíle kvality života českých adolescentů patří: „mít dobrou a zajímavou práci“, „mít zaměstnání“, „mít spokojenou rodinu“, „žít v míru a jistotě“, „mít dobré vztahy s přáteli“. Jako nedůležité adolescenti uváděli hodnoty „věřit v Boha“, „veřejně prospěšná činnost“ a „možnost ovlivňovat společenský vývoj (politika)“ (Kraus, 2006 in Frömllová, 2014).

Vojtová (2013) se ve své publikaci zaměřuje na výzkum kvality života vybraných skupin pubescentů a adolescentů v České republice. Z hlediska kvality života se zaměřila na psychosociální kategorie, jako jsou hodnoty, zdraví, sociální zdraví, volnočasové aktivity a míru spokojenosti. V oblasti kategorie hodnot vyšly výsledky, že adolescenti ve svém hodnotovém systému na prvním místě rodinu a na druhém a třetím místě přátelství. V oblasti kategorie zdraví se adolescenti cítí být zdraví. V kategorii sociálního zdraví adolescenti s ohledem na kvalitu života kladou důraz na dobré mezilidské vztahy a vzájemnou podporu s tím, že sociální opora je v žádosti o pomoc praktikována více dívkami než chlapci.

Kvalitu života můžeme v různé vývojové etapě chápat odlišně, ale všechny tyto etapy jsou spojovány společnými faktory, které ovlivňují, aby byl člověk se svým životem spokojený a prožíval ho naplno. Mezi zmíněné faktory můžeme zařadit např. zdraví, přátele, koníčky, práce a uspokojování lidských potřeb.

Z pohledu zkoumání kvality života adolescentů Svobodová (2009) uvádí, že pro dospívající jsou velmi důležité rodinné podmínky, jakožto prostředí, ve kterém se tyto kvality dotvářejí. V rodině jsou poskytovány emoční a sociální potřeby dospívajícímu jedinci a jejich naplnění je v těsné souvislosti se subjektivním vnímáním životní pohody. Vnímání životní pohody se tak stává nezbytnou součástí kvality života ve všech jeho oblastech (tělesného a duševního zdraví, ale také sociálního kontextu). V případě onemocnění nebo jakýchkoliv negativních událostí se kvalita života adolescenta proměňuje a naopak. Všechny subjektivní pocity spokojenosti nebo nepohody v různých oblastech života naše zdraví ovlivňují pozitivním nebo negativním směrem.

S kvalitou života dnešních adolescentů je velmi spojena i budoucnost člověka a kvalita lidského společenství. Proto jedním z hlavních důvodů zájmu o kvalitu života dospívajících je o tom, v jaké kvalitě budou žít svůj život další generace (Svobodová, 2009).

4 TINNITUA A JEHO DOPAD NA KVALITU ŽIVOTA JEDINCE V ADOLESCENTNÍM VĚKU

4.1 Cíl práce a vymezení výzkumných otázek

Výzkum práce je zaměřen na kvalitu života jedince v adolescentním věku, který trpí tinnitem. Vzhledem k tomu, že výzkumy zajímavější se o tinnitus v tom období života nejsou v České republice žádné, proto záměrem diplomové práce je získat, co nejvíce informací k přiblížení tématu a rozšířit povědomí o této problematice.

Hlavním cílem je identifikovat, analyzovat vliv tinnitu na kvalitu života jedinců v adolescentním věku.

Hlavní cíl je rozpracován do níže popsanych dílčích cílů pomoci, kterých se snažíme zjistit:

- Zjistit subjektivní vnímání tinnitu u osob adolescentního věku.
- Zjistit do jaké míry tinnitus ovlivňuje kvalitu života adolescentů.
- Zjistit formu kompenzace pro zlepšení kvality života u jedinců s tinnitem v adolescentním věku
- Zjistit jak se změnil život adolescentů po tom co se u nich tinitus projevil.

K dosažení výše popsanych dílčích cílů jsou stanoveny tyto následující výzkumné otázky:

- Jak osoby v adolescentním věku vnímají svůj tinnitus?
- Jak moc tinnitus ovlivňuje kvalitu života u osob v adolescentním věku?
- Kompenzují osoby v adolescentním věku svůj tinnitus. Pokud ano? Jak?
- Jaké změny vznikly v životě adolescentů po získání tinnitu?

4.2 Metodický rámec výzkumu

Praktická část je provedená kvalitativním výzkumem, který je realizována na základě šesti polostrukturovaných rozhovorů s adolescenty od 18 do 21 let, kteří trpí tinnitem. Kvalitativní výzkum byl vybrán z důvodu charakteru výzkumu, který je zaměřen na získání co nejvíce informací o subjektivním vnímání kvality života jedinců s tinnitem. A jak Disman (2000) uvádí, cílem kvalitativního výzkumu je získat co nejvíce informací

o daném problému a na základě spojovacích postupů nalézat vzájemnou pravidelnosti mezi získanými daty.

V praktické části jsou popsány použité metody výzkumu, techniky sběru dat, výzkumný vzorek a průběh výzkumu. Získaná data jsou vzájemně porovnávána, interpretována dle daných kritérií a je z nich vyvozen celkový závěr.

4. 2. 1 Etické aspekty výzkumu

Před zahájením rozhovoru jsme ústně informovali dotazované o průběhu výzkumu a následně byl sepsán informovaný souhlas, který byl schválený a oběma stranami podepsán. Podepsané originály jsou umístěné v zabezpečené podobě u autorky práce. Dalším požadavkem byla anonymizace dat. V rámci celé diplomové práce nebyly používány žádné reálné jména dotazovaných účastníků výzkumu a při analýze dat byli jednotliví klienti označeni podle prvního písmene v jejich jméně.

Do výzkumu vstupovaly osoby dobrovolně a to po vzájemné ústní podobě informovaného souhlasu. Taktéž byly respektovány možnosti odmítnutí celého výzkumu, anebo odpovědí v jednotlivých otázkách v rozhovoru.

4. 2. 2 Výzkumný soubor

K volbě výzkumného vzorku byla zvolena metoda záměrného (účelového) výběru. Dle Miovského (2006) záměrný (někdy také účelový) výběr výzkumného vzorku se označuje takový postup, kdy jsou cíleně vyhledávání účastníci podle jejich určitých vlastností. Kdy kritériem výběru je právě vybraná vlastnost nebo stav. Poté na základě stanoveného kritéria jsou cíleně vyhledávání pouze ty jedince, kteří toto kritérium splňují a současně jsou ochotní se do výzkumu zapojit.

Na základě zvolené metody záměrného (účelového) výběru byli do výzkumu zařazeni zletilí adolescenti s tímto jak mužského tak ženského pohlaví ve věku od 18 do 21 let, studující střední školy, první ročník vysoké školy a také již pracující. Výzkumu se zúčastnilo celkem 6 adolescentů.

Přehled základních údajů o adolescentech, kteří se zúčastnili individuálního rozhovoru:

Aby nebylo porušeno soukromí respondentů, byla jejich identita ukryta pod začáteční písmena jejich jmen.

Dívka V - 21 let. Žije v Ostravě. Studentka 2. ročníku VŠ. Tinnitus má dva roky.

Dívka K - 19 let. Žije ve Frýdku - Místku. Pracující. Tinnitus má rok

Dívka P - 18 let. Žije ve Frýdku - Místku. Studentka odborného učiliště. Tinnitus má půl roku (od listopadu)

Chlapec T – 19 let. Žije v Ostravě. Pracující. Tinitus má asi rok a půl

Chlapec M - 20 let. Žije v Janovicích. Student 1. ročníků VŠ, Tinnitus má dva roky

Chlapec H - 18 let. Žije ve Frýdlantu nad Ostravicí. Student 3. ročníku gymnázia. Tinnitus mu začal letos v lednu

4. 2. 3 Metody sběru dat

Při realizaci výzkumu byla využita metoda sběru dat a to individuální polostrukturovaný (semistrukturovaný) rozhovor viz příloha č. 3.

Polostrukturovaný rozhovor (semistrukturovaný) je tvořen předem připravenými základními otázkami, které jsou při rozhovoru rozšiřovány o doplňující otázky. Pořadí otázek není neměnné, což zajišťuje výzkumníkovi větší pružnost.

Otázky, které byly adolescentům pokládány k danému tématu, byly sestaveny na základě jednotlivých dimenzí kvality života dle WHO, viz tabulka č. 5. Otázky byly kladené podle předem připravených otázek, které byly doplňované dalšími otázkami, jenž umožňovaly odpověď více rozšířit, upřesnit a vytvořit tak možnost odhalení nové informace. Dotazovaný tak dostal větší prostor pro vyjádření svého subjektivního názoru. Polostrukturovaný rozhovor byl proveden s celkem šesti adolescenty, z toho byly tři dívky a tři chlapci. Všichni zúčastnění adolescenti do rozhovoru vstupovali dobrovolně z vlastního zájmu.

Proto, aby se dotazování cítili uvolněně, byla všechna intervia provedena v jejich domácím prostředí, které jim tak zajišťovalo klidné a přirozené podmínky. Adolescenti se ve svém domácím prostředí opravdu cítili uvolněně a na všechny otázky odpovídali přirozeně a bez ostychu.

Před začátkem rozhovoru byl každý dotazovaný seznámen s tématem diplomové práce, s průběhem rozhovoru a byl podepsán informovaný souhlas plné důvěry o zachování anonymity. Dále byli dotazování požádáni, aby se v krátkosti představili. Dotazovaní neměli problém otevřeně mluvit a spolupracovat. Jen jednou během rozhovoru nastal problém, že nebylo položené otázky porozuměno, proto byla vysvětlena a přeformulována. Jedinci během rozhovoru velmi dobře spolupracovali a kromě porozumění všechny rozhovory proběhly bez jakýchkoliv obtíží.

4. 2. 4 Metody vyhodnocování dat

K analýze získaných dat byla využita metoda vytváření trsů, která slouží k tomu, abychom mohli seskupit a konceptualizovat jednotlivé výroky do skupin, např. dle určitých jevů, místa, případů. Tyto skupiny (trsy) by měly vznikat na základě vzájemné podobnosti mezi popisovanými jednotkami. Společným znakem trsu může být tematický překryv. To znamená, že vyhledáváme ve výroci všechny takové pasáže textu, které se týkají jednoho úzce ohraničeného tématu (Miovský, 2006).

V našem případě se jedná o to, že pomocí jednotlivých konkrétních otázek v rozhovoru, které se pojí v trs otázek se společnou tematickou podobností, tvoříme podklad pro získání informací k zodpovězení jednotlivých stanovených dílčích otázek, které tvoří cestu pro dosažení stanoveného hlavního cíle výzkumu.

4. 3 Analýza dat, prezentace a interpretace výsledků

K analýze dat sloužil přepis rozhovorů, který byly převedeny do srozumitelnější podoby. Byly vynechány slova, které nepřinášejí žádnou informaci a pomocí trsení byly vytvořen následný přehled výsledků, které odpovídají na stanovené výzkumné otázky.

Jak osoby v adolescentním věku vnímají svůj tinnitus?

Pro zodpovězení této dílčí otázky byly v rozhovoru využity následující otázky, které se týkaly subjektivního pohledu na tinnitus např. jak dlouho u Vás tinnitus trvá, jaký má charakter, jaké pocity vyvolává, jestli ho něco zhoršuje, jestli tinnitus ovlivňuje jejich koncentraci, do jaké míry se s tinnitem vyrovnali.

U dotazovaných trval tinnitus v rozmezí od 2 měsíců až dva roky. Neznali přesnou etiologii jeho vzniku, ale uváděli možnosti, které by ho mohly způsobit. Patřily mezi ně např. záněty středouší, silná tlaková vzduchová vlna působící přímo na ucho, vybuchla petarda v blízkosti jedince, časté tančení u ohlušujících reproduktorů na diskotékách s flámování až do brzkých ranních hodin. U většiny dotazovaných se před vznikem tinnitu odehrávaly i stresující okolnosti, které mohly být společně s výše jmenovanými vlivy spouštěcí faktory pro vznik tinnitu. Jmenovali např. rozvod rodičů, úmrtí babičky a prababičky v jednom roku, rozchod s dlouholetou přítelkyní.

Každý jedinec svůj tinnitus popisoval jinými slovy. Někteří měli z počátku problém ho popsat, proto jsem položila doplňující otázku: „co vám jeho zvuk připomíná“? Po tomto upřesnění se dotazování rozpovídali a uváděli např. šumění vodopádu, zvuk papíňáku, šumění staré televize, zvuk šumění při poslechu mušle, zvuk jako když fouká vítr. I když každý jedinec zvuky popisoval vlastními slovy, ve výsledku se jednalo o zvuky buď vysokých tónů v podobě pískání, nebo nízkých tónů v podobě šumu. Dotazování jedinci také uváděli, že se nejedná vždy jen o jeden zvuk, ale že někdy je to více zvuku najednou. Tyto zvuky, nebo spíše šumy jak je dotazování nazývají, mění svojí intenzitu a v určitých situacích se mohou i zhoršovat. Dotazování se shodovali, že tinnitus vnímají nejvíce, když je ticho, hlavně před tím než usnou, nebo ve škole ve vyučovací hodině když je ticho a musí se soustředit. Z toho vyplývá, že tinnitus tak narušuje jejich koncentraci a mají problémy s usínáním. Ticho, ale tinnitus nezhoršuje. To co tinnitus zhoršuje, uváděli např. únavu (nejčastěji), fyzické vyčerpání, stres a hlasité zvuky (pískání kol na vlakovém nástupišti, hlasité koncerty, diskotéky).

Když jsme se dotazovaných zeptali, jaké pocity v nich tinnitus vyvolává, každý jedinec jmenoval různé pocity, ale ve výsledku vyšlo, že se jejich subjektivní vnímání pocitů v průběhu délky trvání tinnitu mění. Jedinci, u kterých tinnitus trval krátce, vnímali tinnitus hůř a jejich pocity byly převážně negativní. Převažoval u nich pocit strachu a úzkosti. Jedinci se na něj více soustředí a „bojují“ proti němu. Dotazovaná P: *„Mívám pocity strachu, že zvuk nikdy nezmizí a že mám nějakou závažnou nemoc. Kdež to u jedinců, u kterých tinnitus trvá déle jak rok, byla vidět změna v pocitech i v celkovém pohledu na něj. Můžeme říct, že se na tinnitus dívali více s nadhledem. Dotazovaný M: „Ted' momentálně už mi to tak nevadí, ale když to začalo a já zároveň neslyšel na jedno ucho, slyšel jsem jen ten šum, tak mi to vadilo hodně a vyvolávalo to ve mně úzkostné pocity“.* Dotazovaná V: *„Můj pocit z tinnitu se průběžně mění. Negativní*

pocity jsem měla hlavně na začátku, kdy jsem se na tinnitus hodně soustředila a vnímala v podstatě jen ho. Myslím si, že s tinnitem od té doby, co mi začal tak jsem se s ním i já postupně začala smířovat, co mi taky zbývá (úsměv)“.

Jak tinnitus ovlivňuje kvalitu života u osob v adolescentním věku?

Tato výzkumná otázka byla zodpovězena otázkami z dotazníků, které byly vytvořeny na základě oblastí dimenzí kvality života dle WHO. Jsou to např. otázky: jestli tinnitus jedincům brání v každodenní činnosti? Jaké problémy jsou s tinnitem spojeny?, jestli jedinci cítí změny ve fyzickém zdraví (ztráta energie, únava, zvýšená potřeba odpočinku), jestli tinnitus ovlivnil vztahy v rodině, s partnerem, či s přáteli?

Vzhledem k odpovědím dotazovaných tinnitus narušuje každodenní životy adolescentů např. ve škole, nebo v práci kde snižuje jejich koncentraci. Narušuje také proces usínání. Všichni dotazovaní uváděli, že mají problém usnout. S tinnitem jsou u dotazovaných spojeny i psychické problémy jako únava, deprese, úzkosti, strach, psychosomatické obtíže a náladovost. Adolescenti uváděli, že vzhledem k zmíněným problémům ze začátku vyhledávají více lékařskou péčí, konkrétně uváděli, že vyhledali nejčastěji první pomoc u svého praktického lékaře a následně odbornou pomoc ORL specialisty, neurologa a psychologa. Později když se některým dotazovaným zdálo, že lékařská péče nezabírá, přestávají lékaře navštěvovat, nechodí ani na pravidelné kontroly a přestávají užívat léky. Dotazovaný M: *„lékaře už nenavštěvuji, právě naopak mám chodit na kontroly, ale nechodím, už jsem tam nebyl přes rok. Myslím si, že to nemá smysl“.* Zbývající část dotazovaných měla opačný problém a lékařskou péčí vyhledávají více a to ne jen v ORL ambulancích, ale i u jiných odborníků alternativních způsobů a snaží se tak tinnitu zbavit. Někteří dotazovaní také uváděli, že po vzniku tinnitu se u nich časem začaly projevovat jiné zdravotní problémy a i přes různá vyšetření, která podstupují, jsou všechny jejich výsledky negativní. Podle lékařů jsou zcela zdraví, ale oni se tak necítí. Mluvíme tedy o psychosomatickém onemocnění, které se u jedinců s tinnitem může postupně projevit a mít tak vliv na jejich fyzickou a psychickou stránku. Dotazována V: *„lékaře více navštěvuji, ale tím nemyslím jen ORL v rámci tinnitu. Nevím, jestli to s ním souvisí, ale začaly se u mě objevovat tzv. psychosomatická onemocnění související se zažíváním. Výsledky vyšetření jsou všechny v pořádku, ale já mám pořád problémy a nikdo neví, co se mnou.“*

Vzhledem k výše popsanému můžeme říct, že se tinnitus podílí na narušení kvality života v oblasti fyzické dimenze. Obdobné narušení dochází i v dimenzi sociálních vztahů, kdy jedinci s tinnitem uváděli, že po vzniku tinnitu začali omezovat různé kulturní akce, kde byla vyšší intenzita zvuku (koncerty, diskotéky), což má vliv na jejich kamarádské vztahy. Omezují také místa, kde mluví více lidí najednou. Všichni dotazovaní uváděli, že měli po vzniku tinnitu problém s rozuměním řeči v hluku, kde mluvilo více lidí najednou (hospody, restaurace, rušné veřejné místa), nebo byla vyšší intenzita zvuku, či více zvuku najednou (kina koncerty) a začali tak návštěvu těchto míst omezovat, což má vliv na oblast sociální dimenze kvality života.

Obdobně jako dvě předešle dimenze dochází vlivem tinnitu i k narušení v oblasti dimenze psychického zdraví a dimenze prostředí. V dimenzi psychického zdraví dochází u adolescentů s tinnitem k ovlivnění většiny oblastí. Vzhledem k tomu, že tinnitus bývá často doprovázen psychickými obtížemi, dochází tak k ovlivnění sebepojetí, negativních a pozitivních pocitů, myšlení, učení i koncentrace. V dimenzi prostředí jak již bylo výše zmíněné, dotazovaní uváděli, že se vyhýbají místům s vyšší intenzitou zvuku, což může mít vliv ne jen na sociální oblast, ale i na oblast poznávání a získávání nových informací, poznatků a zážitků.

Jak zvládají a kompenzují osoby v adolescentním věku svůj tinnitus.

Jako první kompenzací, se kterou se dotazovaní setkali, byla lékařská péče, ve které byla zvolena nejčastěji medikamentózní léčba, která byla zaměřena na roztažení tepének a cév vnitřního ucha, pro zlepšení jeho prokrvení. Někteří jedinci také uváděli, že ze začátku tinnitu užívali i antidepressiva. Dále byly jmenovány léčebné postupy, jako hyperbarická komora, infúzní léčba, psychoterapie vedená psychologem a alternativní léčba jako akupunktura, homeopatika, fytotherapie a kineziologie. Ve většině případů dotazovaní uváděli, že medikamentózní léčba podle jejich názoru byla neúspěšná. Na akutní formu tinnitu měla pozitivní vliv hyperbarická komora v kombinaci s infúzemi, nebo psychoterapie, ale ne ve smyslu snížení tinnitu, nýbrž jeho akceptace.

Dotazovaní si od tinnitu snaží pomoci také sami. Volí různé strategie, kterými se pokouší svůj problém s tinnitem zvládnout. Odborně se tyto strategie nazývají „compingové strategie“ (vlastní způsob zvládání zátěžových situací). Je to reakce (způsob), kterým se jedinec snaží zvládnout svůj problém. V případě našich dotazovaných

je tím problémem tinnitus. Veldová (2014) podle Budda a Pugh (1996) ve své práci dělí compingové strategie tinnitu do tří kategorií: efektivní strategie, pasivní strategie a maladaptivní strategie. Dotazovaní jmenovali tyto strategie zvládání tinnitu: *efektivní strategie*: potřeba různých činností pro rozptýlení pozornosti, pohyb (procházky se psem a do přírody), lepší životospráva, přijetí tinnitu, aktivní pohyb (cvičení jógy), relaxační cvičení (autogenní trenink). *Pasivní strategie*: Maskování tinnitu vnějšími stimuly (hudba, televize), únik (vyhýbání se tichu, hlučnému prostředí, stresovým situacím, lidem apod.). *Maladaptivní*: vysoká koncentrace na tinnitus, přemýšlení o něm, neustálé vyhledávání informací o něm na internetu, v literatuře, časté obcházení doktorů s nadějí odstranění tinnitu, užívání antidepresiv a prášků na spaní, přání aby tinnitus zmizel, uzavřenost do sebe s následnou sociální izolací.

Nemůžeme říct, že by compingové strategie byly stále stejné. Jedincovo zvládání tinnitu se v průběhu jeho trvání mění a s ním i compingové strategie.

Z výše popsaného vyplývá různorodost compingových strategií, které jedinci v boji s tinnitem volí. Avšak jednu compingovou strategii volili všichni uchazeči stejnou a to maskování tinnitu hudbou. Můžeme tedy říct, že se jedná o maskování ticha hudbou, která slouží k tomu, aby se jedinec tak hodně nesoustředil na jeho tinnitus. Tuto strategii volili všichni jedinci a používají ji po celou dobu trvání tinnitu.

Zvládání tinnitu ovlivňují ne jen compingové strategie, které jedinec volí, ale také doba jeho trvání. Dotazovaní, kteří měli tinnitus déle jak rok uváděli, že se s tinnitem sžili a že ho zvládají. Oproti tomu jedinci, kteří trpí tinnitem krátce, nemají ho pod kontrolou a „bojují“ proti němu. Dotazovaná P „*Zatím jsem se s ním nevyrovnala a nevím, jestli se s ním, kdy vyrovnám. Moc bych si přála, aby zmizel*“.

Jaké změny vznikly v životě adolescentů po získání tinnitu?

Můžeme říct, že všem dotazovaným přinesl tinnitus nějakou změnu v jejich životech. Kdybychom měli změny rozdělit na pozitivní a negativní. Negativní změny byly zmiňovány častěji. Záporné odpovědi převažovaly u jedinců, u kterých se tinnitus projevuje kratší dobu. Z pohledu negativních změn, které tinnitus přinesl, jsou hlavně obtíže s usínáním, s relaxací a pocit zvýšené únavy. U některých došlo ke změně v jejich společenském životě. Omezování se v kulturním životě, což narušuje jejich sociální vazby s přáteli. Bývají častěji nevrlí, a to narušuje rodinné vztahy. Vyhýbají se hlučným místům.

Dochází u nich k narušení v oblasti komunikace, když jsou v hlučném prostředí. Souhrně jedinci uvádějí, že už nejsou tak aktivní jako dříve.

Z druhého úhlu pohledu jedinci, kteří tinnitus mají déle než rok, byli schopni s nadhledem vidět ve změně jejich života i určité pozitiva. Uváděli, že zvolnili své tempo a začali si uvědomovat co je to zdraví, někteří se lépe stravují a začali cvičit. Celkově si teď více váží svého těla, šetří ho a sami sebe více vnímají. Někteří přímo uváděli, že se „zklidnili“.

Dotazovaná „V“ na otázku přinesl Vám tinnitus nějaké pozitiva? Odpovídá: *„ano přinesl, zvolnila jsem tempo, začala jsem cvičit jógu a zdravěji se stravovat. Celkově mi připadá, že se mi změnil způsob života a myslím si, že pozitivním směrem“*.

4. 4 Diskuze

Hlavním cílem práce bylo identifikovat, analyzovat vliv tinnitu na kvalitu života jedinců v adolescentním věku. Hlavní cíl byl rozpracován do dílčích cílů pomoci, kterých jsme se snažili zjistit: subjektivní vnímání tinnitu u osob adolescentního věku, do jaké míry tinnitus ovlivňuje kvalitu života adolescentů, formu kompenzace pro zlepšení kvality života u jedinců s tinnitem v adolescentním věku a jak se změnil život adolescentů po tom co se u nich tinnitus projevil. Následně dílčí cíle byly přeformulované do výzkumných otázek pomoci, kterých jsme se snažili splnit hlavní cíl.

Ze začátku diskuze uvedeme výsledky výzkumu a budeme se je snažit porovnat.

1. Zjistit subjektivní vnímání tinnitu u osob adolescentního věku.

Každý jedinec svůj tinnitus popisoval jinými slovy, ale ve výsledku se jednalo buď o šumy hlubokých tónů, nebo pískání vysokého tónu. U všech dotazovaných se tinnitus v průběhu trvání mění. Dotazovaní se shodovali v tom, že ticho intenzitu tinnitu nezhoršuje, pouze upoutává více pozornost, tak se na něj více soustředí. Korres et al. (2010 in Veldová, 2014) uvádí, že v tichu není žádný zvuk v pozadí, který by zmenšil zvukový kontrast mezi tinnitem a tichým prostředím. Proto nedochází ke snížení vnímání tinnitu.

Ke zvýšenému vnímání tinnitu dochází u všech dotazovaných po fyzickém vyčerpání, když jsou jedinci unavení a ve stresu vnímají tinnitus více.

Každá osoba má z tinnitu různé pocity. Všichni se, ale shodovali, že negativní pocity převažují v začátku tinnitu. Později dochází k adaptaci na tinnitus a objevují se i pocity pozitivní.

2. Zjistit do jaké míry tinnitus ovlivňuje kvalitu života adolescentů.

Všichni dotazovaní se shodovali v tom, že kvalitu života tinnitus narušuje ve všech jejích dimenzích hlavně v prvním roce trvání. Po té dochází ke smíření s tinnitem a kvalita života je sice v některých oblastech neustále ovlivňována, ale už není tak narušována jako v počátku.

V oblasti fyzické dimenze se jednalo o pocit únavy, který byl u dotazovaných zvýšený. Je to vlivem narušení v oblasti spánku, který tinnitus narušuje a nedochází tak k celkovému odpočinku organismu. Z hlediska dimenze psychického zdraví se jednalo o psychické poruchy, které se u dotazovaných začaly vyskytovat společně s tinnitem. Nejčastěji jmenované byly úzkost a deprese. Rottenberg a kol. (in Lauková, 2006) zjistili vliv emocionálního stresu a emocionální lability na symptomatologii tinitu. Jedince s chronickým tinnitem popisuje jako emocionálně labilního introvert s dlouhotrvající symptomatologií.

V oblasti sociální dimenze dochází k narušení rodinných, partnerských i přátelských vztahů. Vlivem vyšší podrážděnosti adolescentů, negativního smýšlení, uzavírání se do sebe, vyhýbaní se společnostmi lidí, omezování kulturních akcí (koncerty, diskotéky) dochází k narušení sociálních vazeb s vrstevníky i s rodinou.

3. Zjistit formu kompenzace pro zlepšení kvality života u jedinců s tinnitem v adolescentním věku

První kompenzací, se kterou se všichni dotazovaní setkali, byla medikamentózní léčba, která neměla ani u jednoho z nich pozitivní efekt. V podstatě nejde o nic zvláštního, že farmaka nezabírají. To potvrzuje také Holcát (2006), jenž uvádí: vzhledem k tomu, že ve většině případů není příčina vzniku šelestu rozpoznána nelze ji tedy ani kauzálně léčit. Účinnou a důležitou léčbu, kterou respondenti uváděli, byla psychoterapie, která sice nepomáhala tinnitus léčit, ale zvyknout si na něj a přijmout ho jakou součást své osoby. Důležitost psychoterapie v procesu léčby šumu uvádí také Holcát (2006), podle kterého je psychoterapie velmi dobrou metodou, pomocí, které se sice pacient šelestů nezbaví, ale podaří se mu aspoň se šelestem vyrovnat a sžít.

Ze všech nejvíce jmenovaných strategií, které pacienti k zvládnání tinnitu jmenovali nejčastěji, bylo jeho maskování pomocí hudby. Hudba se tak stala součástí jejich každodenních životů.

4. Zjistit jak se změnil život adolescentů po tom co se u nich tinitus projevil.

K nejvýraznější změně u adolescentů došlo v oblasti kulturního vyžití. Jedinci uváděli, že se zklidnili a už nejsou tak aktivní vzhledem ke společenskému životu jak před vznikem tinnitu. Omezují návštěvu hlasitých koncertů, diskoték, někteří dokonce méně chodí mezi lidi. Celkově se jim změnil způsob života. Váží si teď svého těla, šetří ho a sami sebe více vnímají.

Hlavním cílem výzkumu bylo identifikovat, analyzovat vliv tinnitu na kvalitu života jedinců v adolescentním věku. Vzhledem k výše popsanému byl hlavní cíl splněn a bylo zjištěno jak jedinci v adolescentním věku svůj tinitus vnímají, jak narušuje kvalitu jejich životů, jak se s ním vyrovnávají a jakým způsobem změnil jejich život.

Pro další prohloubení této tematiky by mohl být výzkum rozšířen o zjištění rozdílů vnímání kvality života u adolescentních jedinců s tinnitem mužského a ženského pohlaví.

4.5 Doporučení pro praxi

Fakt je takový, že život s tinnitem hlavně na jeho začátku není vůbec lehký. Každý jedinec touží po chvilce ticha. Proto jedním z hlavních doporučení bude tinitu předejít pomocí prevence např. boj proti hluku. Snažit se co nejvíce svůj sluch chránit pokud to je možné. Vyhýbat se stresovým podnětům, které také tinitus ovlivňují.

V případě když už tinitus jedince postihne a veškerá léčba selhává, je důležité se s ním vyrovnat, snažit se ho přijmout a smířit se s ním. Důležité je nepanikařit, i když to z počátku může být těžké. Hlavně se nevzdávat. Podnětné je vyhledat si ne jen odborníka, který se problematikou tinnitu zabývá, ale je dobré odbornou péčí ORL, audiologie, neurologie skloubit hned od začátku s psychologickou či psychiatrickou intervencí, která tinitus asi nevyлéčí, ale napomůže k jeho akceptaci.

Účinné je také vyhledat ve svém okolí jedince se stejným problémem. Sdílet společně pocity a zkušenosti z tinnitu. Popsat lidem ve svém okolí, co cítíte. Mnoho lidí tinnitu nerozumí a často dochází k jeho bagatelizaci a to ne jen u blízkého okolí, ale i u lékařů.

Důležitý je odpočinek a spánek, který je šumem značně ovlivňován vzhledem k tichu, které tinnitus umocňuje. Proto je vhodné používat např. tzv. maskéry (relaxační hudba ve sluchátkách apod.), které ticho překrývají.

Pokud nezabírá klasická medicína nebát se zkusit alternativní metody, mezi které patří např. homeopatie, akupunktura, akupresura, fototerapie apod.

Můžeme jmenovat mnoho doporučení pro boj s tinnitem, ale aby byl dopad tinnitu na kvalitu života co nejmenší, je důležité, aby každý jedinec jako individualita sama o sobě našel svůj vlastní způsob jak tinnitus překonat.

Závěr

Vzhledem k vzrůstajícímu hluku, který čím dál více působí na člověka, začíná se tinnitus šířit jako mořská vlna do celé populace. S krátkodobým pískáním, či šuměním v uších má zkušenost většina lidské populace bez poruchy sluchu. Může trvat méně než pět minut (např. po vystavení se nadměrnému hluku) a po sléze volně odezní. Oproti tomu patologický tinnitus trvá déle než pět minut, vyskytuje se více než jednou za týden a jedinec ho vnímá nepřetržitě po celý den. Pokud na jedince začne tinnitus působit jako obtěžující problém, může docházet k narušení vnímání kvality vlastního života. Kvalita života u jedince s tinnitem v počátku jeho vzniku může být narušena ve všech jejích dimenzích. Důsledkem mohou být obtíže s usínáním a se spánkem celkově, zvýšená únava, podrážděnost, snížení pozornosti, obtížná koncentrace, psychické obtíže (deprese, úzkosti) spojené s emoční labilitou. Vzhledem k výčtu obtíží souvisejících s tinnitem začnou zoufalí jedinci vyhledávat lékařskou pomoc a snaží se zbavit nesnesitelného společníka, který je doprovází po celý den. Pokud tinnitus není spojen s jiným onemocněním (např. ztráta sluchu) většina pacientů s návštěvou lékaře otálí a to značně snižuje účinnost jeho léčby. Intervenci také ovlivňuje původ jeho vzniku a následné stanovení diagnózy. Obtíže s léčbou nastávají u subjektivního typu tinnitu, který je u pacientů nejčastější.

Tinnitus se stává „jedním z největších problémů audiologie“ (Novák, 2003, s. 294).

Tinnitus je problém jako každý jiný a neexistuje žádný univerzální návod, který by pomohl jedinci se ho zbavit. Každý člověk je individualita a vypořádává se se svými problémy jiným způsobem. Důležité je hlavně se nevzdávat a bojovat. Snažit se tinnitu nepoddát, pokoušet se ho odstranit a pokud to nejde, je důležité se ho naučit přijmout a sít se s ním tak, aby v myšlenkách zbytečně netrápil.

Obecným cílem výzkumu byla snaha komplexně zachytit problematiku tinnitu v adolescentním věku a rozšířit povědomí o subjektivním vnímání kvality života u jedinců s tinnitem v tomto věkovém období. Hlavním cílem bylo identifikovat, analyzovat vliv tinnitu na kvalitu života jedinců v adolescentním věku. Pro dosažení hlavního cíle byly stanoveny čtyři výzkumné otázky. Vzhledem k výše zmíněnému hlavnímu cíli, byl výzkum realizován kvalitativní formou, která umožňuje vystihnout subjektivní pohled jedinců na danou problematiku. Metodou zkoumání se stal polostrukturovaný rozhovor, který umožňoval pružnost v kladení doplňujících otázek. Dotazovaný se mohl rozpovídat, odpovědi na otázky tak byly prohloubeny a zvýšila se míra informací.

Výsledek výzkum prokázal, že tinnitus má velký vliv na kvalitu života u všech dotazovaných a v počáteční fázi jí ve vyšší míře v každodenním životě narušuje. U dospívajících jedinců vzhledem k složitosti období hledání sebe sama, je toto narušení o to více umocněno. Ve výsledku se, ale ukázalo, že dotazovaní jedinci si během roku na svůj tinnitus zvykli. Můžeme tedy říct, že u dotazovaných adolescentu existuje vyšší možná míra adaptace, přizpůsobení se danému stavu. Po roce adolescenti u tinnitu nevnímali pouze negativa, které jim přináší, ale byli schopni jmenovat pozitiva. Tinnitus už nenarušoval kvalitu jejich života v takové míře jako na jeho začátku.

Vzhledem k tomu, že se v rámci výzkumu povedlo zodpovědět všechny dílčí otázky, které byly vytvořeny k stanoveným dílčím cílům, došlo tak k naplnění hlavního cíle diplomové práce.

Pro další prohloubení této tematiky by mohl být výzkum rozšířen o zjištění genderových rozdílů ve vnímání kvality života u adolescentních jedinců s tinnitem.

Seznam použitých zdrojů a literatury

CENTRUM KOCHLEÁRNÍCH IMPLANTACÍ. [online]. [Získáno 20. října 2014]
dostupné z: <http://www.ckid.cz/faq.asp>

CHAN, Y. (2009). *Tinnitus: etiology, classification, characteristics, and treatment*. [online]. [Získáno 15. října 2014] dostupné z:
<http://www.discoverymedicine.com/Yvonne-Chan/2009/10/10/tinnitus-etiology-classification-characteristics-and-treatment>

CRUMMER, R. W., HASSAN, G. A. *Diagnostický přístup k tinnitu*. Medicína po promoci. 2004, roč. 5, č. 5, s. 44 – 49

BINAROVÁ, I., ČÍŽKOVÁ, J., PETROVÁ, A., PLEVOVÁ, I., PUGNEROVÁ, M. *Přehled vývojové psychologie*. Ostravská univerzita: Olomouc, 2005. 173 s. ISBN 80-244-0629-2

DRAGOMIRECKÁ, Eva a ŠKODA, Ctirad. *Měření kvality života v sociální psychiatrii*. In *Československá psychiatrie*. 1997, 93, č. 8, s. 423-432. ISSN 0069-2336.

FROMLOVÁ, L. *Vnímání kvality života, sebehodnocení, nezdolnosti a sociální opory adolescentů a mladých dospělých s idiopatickou skoliózou páteře*. Praha, 2014. Rigorózní práce. Univerzita Karlova. Fakulta filozofická. Katedra psychologie.

HAHN, A. *Mezinárodní symposium Tinnitus 2000*. Praha: Vesmír, 2000. 35 s. ISBN 80-85977-26-5

HAHN, A. (2005). *Diagnostické a terapeutické strategie v léčbě tinnitu*. [online]. [Získáno 20. října 2014] dostupné z: http://www.prolekare.cz/pdf?ida=gr_05_01_04.pdf

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X

HOFMANOVÁ, M. *Audiometrie v ORL ordinaci, diagnostika sluchových poruch*. Brno: M. Hofmanová, 2008

HORÁKOVÁ, K. *Tinnitus – specifická medicínská problematika*. [online]. [Získáno 20. října 2014] dostupné z:
<http://www.gong.cz/tinnitus-specificka-medicinska-problematika/2014/07/10>

HOLCÁT, M., KŘEŠŤANOVÁ, L. *Ušní šelest – seriál článků*. Gong, roč. XXV-XXXIV, 1996-2005. ISSN 0323-0732

HOLCÁT, M. *Tinnitus a diabetes*. [online]. [Získáno 14. dubna 2015] dostupné z:
http://www.prolekare.cz/pdf?ida=vl_07_05_14.pdf

KLOZÁR, J. *Speciální otorinolaryngologie*. Praha: Galén, 2005. ISBN: 80-7262-346-X

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. ISBN 978-80-7367-568-4.

KULKA, J. (2007). *Tinnitus v perspektivě klinické psychologie, psychoterapie a rehabilitace*. *Psychiatria – psychoterapia – psychosomatika*. [online]. [Získáno 10. října 2014] dostupné z:

<http://www.psychiatria-casopis.sk/files/psychiatria/1-2007/PSY1-2007-cla10.pdf>

LANGGUH, B., HAJAK, G., KLEINJUNG, T., CACACE, A., MØLLER, A. R. (2007). *Tinnitus: Pathophysiology and Treatment*. [online]. [Získáno 11. října 2014] dostupné z: <http://www.sciencelibrary.net/files/Tinnitus%20%20Pathophysiology%20and%20Treatment%20%5BProgress%20in%20Brain%20Research%20vol%20166%5D%20%20B.%20Langgu%20et%20al.%20%20282007%29%20WW.pdf>

LOCKWOOD, A. H., SALVI, R. J., & BURKARD, R. F. (2002). Tinnitus. *The New England Journal of Medicine*. [online]. [Získáno 10. října 2014] dostupné z: http://biblio.physiotek.com/sites/biblio.physiotek.com/files/904_0.pdf

LUKÁŠOVÁ, H. *Kvalita života dětí a didaktika*. Praha: Portál, 2010. 208 s. ISBN 978-80-7367-784-8

MACEK, P., LACINOVÁ, L. *Vztahy v dospívání*. Brno: Barrister & Principal, 2006. 196 s. ISBN 80 – 7364-034-1.

MACEK, P. *Adolescence*. Praha: Portál, 2003. 142 s. ISBN 80-7178-747-7.

MAREŠ, J. *Kvalita života: u dětí a dospívajících I.*, Brno: MSD, 2006. 259 s. ISBN 80-86-633-659.

MAREŠ, J. *Kvalita života: u dětí a dospívajících II.* Brno: MSD, 2007. 259 s. ISBN 978-80-7392-008-1.

MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: GRADA, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

MURGAŠ, F. *Prostorová dimenze kvality života*. Liberec: TUL, 2012. 147 S. ISBN 978-80-7372-931-8

NOVÁK, A. *Audiologie. Vyšetřovací technika, diagnostika, léčba a rehabilitace*. Praha: vlastním nákladem autora, 2003

NOVOTNÝ, M. *Praktická neurootologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci a rozvoj ORL, 2000. ISBN 80-244-0067-7

NOVOTNÝ, M.(2001). *Doporučené postupy pro lékaře. Tinnitus*. [online]. [Získáno 20. října 2014] dostupné z: <http://www.cls.cz/seznam-doporucenych-postupu>

PAYNE, J. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. 630 s. ISBN 80-7254-657-0.

PRO-AUDIO, s r. o.[Online] [získáno 19. října 2014.] dostupné z: www.pro-audio.cz

PRYCZEK, B. *Kvalita života u adolescentů na Odborném učilišti*. Brno, 2006. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Fakulta pedagogická. Katedra speciální pedagogiky.

PŘECECHTĚL, A. a kol. *Základy otolaryngologie*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1959

ŘÍČAN, P. *Cesta životem*, Praha: Portál, 2004. 390 s. ISBN 80-7178-829-5

SAK, P. *Mládež na křižovatce. Sociologická analýza postavení mládeže ve společnosti a její úlohy v procesech evropeizace a informatizace*. Praha : Svoboda Servis, 2004. 240 s. ISBN 80-86320-33-2

SVOBODOVÁ, I. *Kvalita života adolescentů*. Brno 2009. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Fakulta filozofická. Katedra psychologie.

SEDLÁČEK, K. *Základy audiologie*. 1.vyd. Praha: SPN, 1956.

THORA, C., GOEBEL, G. *Tinitus. 100 otázek a odpovědí*. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-739-9

VAĎUROVÁ, Helena a MÜHLPACHR, Pavel. *Kvalita života: Teoretická a metodologická východiska*. Brno: MU, 2005. 145 s. ISBN 80-210-3754-7.

VALVODA, M. *Šelesty ušní, Tinnitus aurium*. Praha:Gong-Press, 1992

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál, 2000. 524 s. ISBN 80-7178-308-0.

VAŠÍČKOVÁ, J., FROMEL, K. *Životní styl adolescentů české republiky: východiska Pro kurikula tělesné výchovy*. [online]. [Získáno 19. dubna 2015] dostupné z:

http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Id5IQHeS5EAJ:www.researchgate.net/profile/Jana_Vasickova/publication/229176071_Pohybov_aktivn_ivotn_styl_adolescent_esk_republiky_Vchodiska_pro_kurikula_tlesn_vchovy/links/0912f5008009d5fc48000000.pdf+&cd=13&hl=cs&ct=clnk&gl=cz

VELDOVÁ, K. *Vědomé strategie zvládní tinnitu*. Olomouc, 2014. Diplomová práce. Univerzita Palackého. Fakulta filozofická. Katedra psychologie.

VOJTOVÁ, P. *Kvalita života vybraných skupin adolescentů v České republice se zaměřením na psychosociální aspekty*. České Budějovice, 2013. 93 s. ISBN: 978-8-7394-447-6

VOKURKA, M. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf, 2005. 1001 s. ISBN 80-7345-058-5

VYMĚTAL, J. *Úvod do psychoterapie. 2. aktualizované vydání*. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0253-3

VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X

WIKIPEDIA.ORG. [online]. [Získáno 20. října 2014] dostupné z:
<http://cs.wikipedia.org/wiki/Otorhinolaryngologie>

ZEMEK, R. *Migréna a tinnitus*. Meduňka: Unigrafie, 2011. ISSN 1804-655x

ZÁKLADY OTORHINOLARYNGOLOGIE A FONIATRIE. [online]. [Získáno 20. října 2014] dostupné z:
http://is.muni.cz/elportal/estud/pdf/js09/orl/web/pages/1_2_vysetrovaci_metody_ucha.html

Anotace

Jméno a příjmení:	Lucie Fabóvá
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	doc. PhDr. Eva Souralová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2015
Název práce:	Vliv tinnitu na kvalitu života jedince v adolescentním věku
Název v angličtině:	The influence of tinnitus on quality of life of individuals in adolescence
Anotace práce:	Hlavním cílem práce je identifikovat, analyzovat vliv tinnitu na kvalitu života jedinců v adolescentním věku. Pro výzkum byl zvolen kvalitativní přístup. Metodou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor. Celkem se výzkumu zúčastnilo 6 jedinců se subjektivním patologickým tinnitem, kteří byli vybíráni metodou záměrného (účelového) výběru. Analýza dat byla realizována transkripcí a následnou metodou trsení byl výzkum vyhodnocen. Výsledky výzkumu popisují: jak osoby v adolescentním věku vnímají svůj tinnitus, jak moc tinnitus ovlivňuje kvalitu života u osob v adolescentním věku, jak kompenzují osoby v adolescentním věku svůj tinnitus a jaké změny vznikly v životě adolescentů po získání tinnitu.
Klíčová slova:	Tinnitus, léčba, kvalita života, adolescence
Anotace v angličtině:	The main objective is to identify, analyze the impact of tinnitus on quality of life of individuals in the adolescent age. For Qualitative research approach. Data were collected through semi-structured interview. Total participated in the study were six subjects with subjective tinnitus pathological, who were selected by intentional (purpose) of choice. Analysis was carried out transcription and subsequent metod trsení research was evaluated. The research results illustrate how people adolescent perception of their tinnitus, tinnitus affects how much the quality of life for people in the adolescent age, as people compensate for adolescent their tinnitus and what changes incurred during adolescent life after getting tinnitus.

Klíčová slova v angličtině:	Tinnitus, treatment, quality of life, adolescence
Přílohy k práci:	Seznam tabulek, informovaný souhlas, polostrukturovaný rozhovor, přepis rozhovorů účastníků výzkumu
Rozsah práce:	67 stran bez příloh
Jazyk práce:	český