



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Kvalita života osob se sluchovým postižením z pohledu
žáků středních zdravotnických škol**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKA

Autor: Erika Lykešová

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Jana Jičínská, Ph.D.

České Budějovice 2019

Prohlášení:

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Kvalita života osob se sluchovým postižením z pohledu žáků středních zdravotnických škol*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s §47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práci i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 6. 5. 2019

.....

Erika Lykešová

Poděkování:

Ráda bych poděkovala především vedoucí své bakalářské práce, paní PhDr. Mgr. Janě Jičínské, Ph.D., za její ochotu, cenné rady, připomínky a hlavně trpělivost. Zároveň bych chtěla poděkovat ředitelům středních zdravotnických škol, kteří mi umožnili uskutečnit výzkumné šetření pro naplnění cíle bakalářské práce. A v neposlední řadě patří velké díky mé rodině za podporu.

Kvalita života osob se sluchovým postižením z pohledu žáků středních zdravotnických škol

Abstrakt

Bakalářská práce „*Kvalita života osob se sluchovým postižením z pohledu žáků středních zdravotnických škol*“ se zabývá problematikou kvality života osob se sluchovým postižením a také pohledem žáků středních zdravotnických škol na toto téma. Pro vysvětlení můžeme uvést, že kvalita života je dána do jisté míry úrovní tělesné a duševní činnosti i pracovní výkonnosti či úrovní tělesné, duševní a sociální pohody. Především se pak jedná o úroveň osobní spokojenosti a radosti ze života i přes jeho strasti a potíže.

Cílem bakalářské práce bylo na podkladě kvantitativního šetření zjistit, jaký názor na kvalitu života osob se sluchovým postižením mají žáci středních zdravotnických škol. Práce je rozdělena do dvou hlavních částí, které tvoří teoretická a praktická část. Teoretická část je zaměřena na speciální pedagogiku, a především pak na obor surdopedie. Dále obsahuje teoretické vymezení kvality života, v závěru je zmíněna péče o osoby se sluchovým postižením. Praktická část je založena na výsledcích kvantitativního výzkumu prováděného na středních zdravotnických školách v Českých Budějovicích, Havlíčkově Brodě, Jihlavě a Jindřichově Hradci.

Na základě dotazníkového šetření bylo možné pomocí testu dobré shody odpovědět na tři zvolené hypotézy. Metoda umožnila zhodnotit prokazatelnost hypotéz a při tomto vyhodnocení byly dvě hypotézy prokázány a jedna zamítnuta.

Práce nepřináší zcela vyčerpávající informace k této problematice, jelikož toto téma je velmi široké a z důvodu rozsahu bakalářské práce nebylo možné věnovat se mu podrobněji. Můžeme ovšem přispět k prohloubení informovanosti a inspirovat k hlubšímu studiu dané problematiky.

Klíčová slova

Kompenzace; kvalita života; péče; sluchové postižení; speciální pedagogika.

Quality of life of people with hearing disability from view of pupils of secondary medical schools

Abstract

The bachelor thesis *Quality of life of people with hearing impairment from the perspective of pupils of secondary health schools* deals with the issue of quality of life of people with hearing impairment and also with the view of pupils of secondary health schools on this topic. For explaining we can mention that the quality of life is given to a certain extent by the levels of physical and mental activity as well as work performance, or the level of physical, mental and social comfort. Mainly, it is the level of personal satisfaction and enjoyment of life despite its troubles and difficulties.

The goal of bachelor's thesis was to find out, on the basis of a quantitative survey, what opinion on the quality of life of people with hearing impairment has pupils of secondary health schools. The thesis is divided into two main parts, which are theoretical and practical. The theoretical part is focused on special pedagogy, especially on the field of surdopaedia. The next part contains the theoretical definition of quality of life and in the last part of the theoretical part the care for people with hearing impairment is mentioned. The practical part is based on the results of quantitative research carried out at secondary medical schools in České Budějovice, Havlíčkův Brod, Jihlava, and Jindřichův Hradec.

Thanks to the questionnaire survey, it was possible to answer the three selected hypotheses by using a good match test. The method enabled to evaluate the provability of hypotheses and in this evaluation, two hypotheses were proven and one was rejected.

The thesis does not provide all the comprehensive information on this issue, as this topic is very extensive and due to the extent of the bachelor thesis it was not possible to devote itself to it in more detail. However, we can help to raise awareness and inspire deeper study of the issue.

Key Words

Compensation; quality of life; care; hearing impairment; special education.

Obsah

Úvod	8
1 Teoretická část	9
1.1 Sluchové postižení	9
1.1.1 Vymezení v rámci oboru speciální pedagogika	9
1.1.2 Anatomie a fyziologie sluchového ústrojí	12
1.1.3 Pojem sluchové postižení.....	13
1.1.4 Historie péče o jedince se sluchovým postižením	14
1.1.5 Klasifikace sluchových vad	16
1.1.6 Diagnostika sluchového postižení	19
1.2 Kvalita života	21
1.2.1 Pojem kvalita života.....	21
1.2.2 Měření kvality života	24
1.2.3 Dimenze kvality života	25
1.2.4 Kvalita života osob se sluchovým postižením	26
1.3 Péče o osoby se sluchovým postižením	27
1.3.1 Sluchová protetika a kompenzační mechanismy	27
1.3.2 Komunikace s osobami se sluchovým postižením	30
1.3.3 Pomáhající pracovníci a etické aspekty péče.....	32
2 Výzkumná část.....	34
2.1 Cíl práce a hypotézy	34
2.2 Operacionalizace pojmů.....	34
3 Metodika práce	35
3.1 Použitá metoda a technika sběru dat	35
3.2 Vytvoření dotazníku.....	35
3.3 Výzkumný soubor	36
3.4 Proces sběru dat.....	37
3.5 Metoda vyhodnocení dat	37
4 Výsledky	38
4.1 Popisná statistika.....	38
4.2 Výsledky zkoumaných hypotéz	46
4.2.1 Hypotéza č. 1	47
4.2.2 Hypotéza č. 2	48
4.2.3 Hypotéza č. 3	50

5	Diskuse	52
6	Závěr	57
7	Seznam literatury	58
	Knížní publikace	58
	Internetové zdroje.....	61
	Kapitoly v knize	62
8	Seznam příloh	63
9	Seznam zkratk	64

Úvod

Posláním oboru speciální pedagogika je dle Fishera a kolektivu (2014) učinit speciální edukaci a rozvoj jedinců, kteří mají oproti většině ostatních speciální edukační potřeby a pro svůj rozvoj potřebují speciální přístup a péči. Rozvíjet přitom handicapované v nejrůznějších oblastech lidského života, a tak pomáhat zvyšovat kvalitu života, která v dnešní době může být velmi znehodnocována.

Problematika bakalářské práce „*Kvalita života osob se sluchovým postižením z pohledu žáků středních zdravotnických škol*“ je v dnešní době poměrně aktuální, a to především z pohledu speciální pedagogiky zaměřené na rozvoj jedinců se znevýhodněním. Toto téma bylo zvoleno díky zkušenostem z odborných praxí a také dlouhodobému zájmu o obor surdopedie. Hlavním cílem práce bude zjistit na podkladě kvantitativního šetření, jaký názor na kvalitu života sluchově postižených mají žáci středních zdravotnických škol v rámci praxe ve zdravotnictví, ale také z pohledu pomáhajících pracovníků, tedy budoucích zdravotníků.

V teoretické části práce se postupně dostaneme k vymezení základních pojmů, které souvisí se speciální pedagogikou a oborem surdopedie. První kapitola pojednává o samotném oboru speciální pedagogika a podoboru surdopedie, který zahrnuje klasifikaci, anatomii, diagnostiku i historii. Další specifická kapitola se zaměřuje na kvalitu života z pohledu terminologického vymezení. Její podkapitoly se zabývají měřením kvality života, jejími dimenzemi a kvalitou života osob se sluchovým postižením. Závěr teoretické části se věnuje péči o jedince se sluchovým postižením. Zde je zahrnuta kompenzace, komunikace a etické aspekty péče. Další velkou kapitolou je praktická část zaměřená na empirické šetření, pro které byl zvolen kvantitativní výzkum zaměřený na dotazníkové šetření. Nejdříve je část věnována cíli práce, metodice a organizaci výzkumu. Důležité je také stanovení výzkumných hypotéz a charakteristika zkoumaného souboru. Nakonec jsou zanalyzovány výsledky dotazníkového šetření a předloženy i výsledky zkoumaných hypotéz.

Výsledek šetření bakalářské práce by mohl být přínosem pro další praxi zdravotníků a pomáhajících pracovníků. Současně by fakta zjištěná výzkumem mohla do budoucna přinést nové poznatky pro studium na středních zdravotnických školách či zajistit jiný výzkum zaměřený na obdobné téma.

1 Teoretická část

Teoretická část práce se zaměřuje na výklad základních pojmů, které jsou spojené se speciální pedagogikou, oborem surdopedie a kvalitou života osob se sluchovým postižením. Tyto pojmy jsou dále východiskem pro praktickou část práce.

1.1 Sluchové postižení

Tato velká podkapitola teoretické části je rozpracována do několika kapitol, které zahrnují obor speciální pedagogika a její podobor surdopedie. Dále už jsou jednotlivé části věnovány hlavně oboru surdopedie, jedná se o historii, anatomii a fyziologii slyšení, klasifikaci sluchových vad a také diagnostiku.

„Slepota odděluje člověka od věcí, hluchota od lidí.“

Helena Keller (USA)

1.1.1 Vymezení v rámci oboru speciální pedagogika

Obor speciální pedagogika popisuje Kelnarová et.al. (2016) ve své knize, jako relativně mladou disciplínu, ve které docházelo postupem času k postupnému ustálení a specifikaci oboru speciální pedagogika.

Dle Rénotiérové (2007) poprvé tento pojem začal prosazovat v roce 1957 Bohumil Popelář a od roku 1973 pojem speciální pedagogika užívá český speciální pedagog Miloš Sovák, ovšem v českých zemích se pojem ustálil až v 70. letech 20. století, ale není tomu tak po celém světě. V mnoha zemích se pojmenování tohoto oboru stále neustálilo, podobné si jsou pouze po obsahové stránce přístupy odborníků (Rénotiérová, 2007).

Dále ve své knize autorka Rénotiérová (2007) uvádí tyto odborníky: František Čáda (1855-1918) je považován za předchůdce speciální pedagogiky, a to díky tomu, že se stal průkopníkem pedopatologie. Jeho oborový časopis z roku 1925 pod názvem „*Úchylná mládež*“ vycházel z poznatků realizací jeho výzkumů a péče o úchylné děti a mládež. Jako další významná osobnost oboru speciální pedagogiky je uváděn dle autorky Jan Mauer (1878-1937), který ustálil pojem „*nápravná pedagogika*“, jejím cílem bylo pomáhat abnormálním jedincům k tělesnému uzdravení a posílení vývoje tělesného i duševního. Touto pedagogikou se zabýval také Josef Zeman (1876-1961), který se stal

spoluvůrcem učebních osnov pro handicapované. V té době tak vzniká síť pomocného školství neboli speciální školství (Rénotiřová, 2007).

Jako posledního autora uvádí Rénotiřová (2007) Františka Štampacha (1895-1976), který je představitelem obecné teorie pro „nápravu vad a chorob mládeže,“ později nazvanou jako sociální pedagogika. Poslední a zároveň nejznámější osobností české speciální pedagogiky je profesor Miloš Sovák (1905-1989), který je zakladatelem České logopedické společnosti a moderní speciální pedagogiky. Rozčlenil speciální pedagogiku na jednotlivé pedie (Rénotiřová, 2007).

Ale vraťme se k pojmu speciální pedagogika, kterou ve své knize definuje Slowík (2007, s. 15): „*Speciální pedagogika je disciplína orientovaná na výchovu, vzdělávání a celkový osobnostní rozvoj znevýhodněného člověka s cílem dosáhnout, co možná nejvyšší míry jeho sociální integrace, a to včetně pracovních a společenských možností a uplatnění.*“ Dle Pipekové (2010) se termín speciální pedagogika postupem času rozšířil v řadě zemí, tento pojem použil poprvé v roce 1957 brněnský pedagog a spisovatel RNDr. Bohumír Justyn Popelář (1914–1969). A od roku 1973 začal užívat termín speciální pedagogika významný český speciální pedagog a zakladatel české logopedie profesor Miloš Sovák (Pipeková, 2010).

Dle Fishera (2014) můžeme souhrnem říci, že speciální pedagogika je definována jako vědní obor, který se zajímá o zákonitosti výchovy a vzdělávání, a zabývá se rozvojem jedinců, kteří jsou znevýhodněni vůči celkové populaci jedinců zdravých. A to v oblasti fyzické, psychické nebo sociální a mají speciální výchovně vzdělávací potřeby. Předmětem speciální pedagogiky jsou jedinci, kteří mají vůči svému postižení speciální potřeby v oblasti fyzické, psychické či sociální. Hlavním cílem speciální pedagogiky je dosažení nejvyšší možné míry socializace handicapovaného jedince s ohledem na povahu, rozměr a stupeň jeho postižení (Fisher, 2014).

Podle druhu nebo typu postižení je nutné pro jednotlivé kategorie dětí i dospělých zvolit vhodnou formu specifické výchovy, vzdělávání a pomoci při socializaci. Dělení podle jednotlivých druhů postižení uvádí ve své knize Valenta et.al. (2014, s. 9):

- „*Logopedie – speciální pedagogika osob s narušenou komunikační schopností;*

- *Psychopedie – speciální pedagogika osob s mentálním postižením či jinou duševní poruchou;*
- *Tyflopedie (taktéž oftalmopedie) – speciální pedagogika osob se zrakovým postižením;*
- *Somatopedie – speciální pedagogika osob s postižením hybnosti – tělesně postižených, nemocných a zdravotně oslabených;*
- *Surdopedie – speciální pedagogika osob se sluchovým postižením;*
- *Etopedie – speciální pedagogika osob s rizikovým chováním, psychosociálně ohrožených, s poruchami chování.“*

K původní Sovákově výše uvedené klasifikaci speciální pedagogiky podle Valenty se dnes přidružují dvě nové disciplíny, což je kombinované postižení – speciální pedagogika osob se souběžným postižením více vadami; specifické poruchy učení a chování (Pipeková, 2010).

Souhrn všech oborů speciální pedagogiky, pedagogiky všech skupin handicapovaných podmiňované nejenom hlediskem druhu a stupně, ale i věku postiženým se v literatuře označuje termínem komprehenzivní (ucelená) speciální pedagogika ve smyslu obsáhlosti, propojení řady disciplín, komplexnosti, ucelenosti a obecnosti pojetí (Jesenský, 2000).

Obor surdopedie shrnuje Slowík (2007), surdopedie se stala samostatnou disciplínou teprve roku 1983, kdy se oddělila od oboru logopedie. Poměrně mladá disciplína, která má název odvozen od latinského slova *surdus* = hluchý a řeckého slova *paideia* = výchova. Nutností pro obor surdopedie je multidisciplinární přístup v řadě dalších odvětví, jako je foniatrie, psychologie, logopedie, pedagogika nebo také známá otorhinolaryngologie (Slowík, 2007).

Horáková (2012, s. 9) ve své knize definuje obor surdopedie takto: „*Surdopedie (z latinského *surdus* – hluchý a řeckého *paideia* – výchova) představuje speciálně pedagogickou disciplínu, která se zabývá výchovou, vzděláváním a rozvojem jedinců se sluchovým postižením.“*

Dle Rénotiérové (2007) je to obor, který se zajímá o výchovu a vzdělávání jedinců se sluchovým postižením a nazývá se surdopedie. Dále je součástí vědecké disciplíny speciální pedagogika. Jedinci se sluchovým postižením představují v populaci velmi minoritní skupinu, jejíž odlišnost je dána především různou strukturou a stupněm

sluchové vady, dobou, kdy k postižení došlo, celkovou úrovní rozvoje osobnosti a sociokulturním prostředím, v němž probíhá časná a následná surdopedická intervence (Rénotiérová 2007).

1.1.2 Anatomie a fyziologie sluchového ústrojí

Bakalářská práce se mimo jiné zabývá i samotnou kvalitou života osob se sluchovým postižením. A proto je nezbytné pro představu a upřesnění některých termínů uvedení do problematiky anatomie a fyziologie sluchové ústrojí.

Podle Rénotiérové (2007) můžeme sluchové ústrojí rozdělit z anatomického hlediska na několik částí, které tvoří funkční celek zprostředkovávající příjem zvuku. Ke sluchovému ústrojí je přidružen vestibulární aparát, který ve spolupráci se zrakovým analyzátozem zajišťuje rovnováhu těla v klidu i při pohybu (Rénotiérová, 2007).

Podle Mejzlíka (2007) lze zevní ucho (*auris externa*) rozdělit na ušní boltec (*auricula*), zevní zvukovod (*meatus acusticus externus*), který je od středoušní dutiny rozdělen pomocí bubínku (*membrána tympani*). Dutina slouží k vedení akustických vln k bubínku a chrání hlouběji uložené části sluchového ústrojí (Mejzlík, 2007). Nosková (2013) popisuje boltec jako charakteristicky zprohýbanou ploténku elastické chrupavky, s výjimkou ušního lalůčku, která je pokryta celoplošně a z obou stran kůží.

Zevní zvukovod je dle Jedličky (2007) kanálek pokrytý kůží, který začíná v prohnutí boltce, první polovina je tvořena chrupavkou a další část je kostěná. Střední ucho (*auris medium*) tvoří bubínek (*membrána tympani*), středoušní (bubínková) dutina (*cavum tympani*), sluchové kůstky (kladívko – *malleus*, kovádlínka – *incus* a třmínek – *stapes*), sluchová trubice, sklípkový systém (Jedlička, 2007).

Bubínek je oválná blanka tvořená vazivem, jež má nálevkovitý tvar umístěn ve středním uchu, naopak středoušní dutina je komůrkovitý prostor umístěný ve spánkové kosti, v níž jsou umístěny sluchové kůstky (Nosková, 2013).

„Vnitřní ucho je uloženo ve skalní kosti. Je tvořeno systémem chodbiček – labiryntem, ve kterém jsou uloženy receptory dvou analyzátorů – sluchového a vestibulárního“ (Nosková, 2013, s. 20). Sluchovou část tvoří *cochlea* neboli hlemýžď, který je uložen v pyramidě spánkové kosti. Vestibulární analyzátor obsahuje buňky, které regulují rovnováhu lidského těla (Nosková, 2013).

„Zvuk se šíří vzduchem jako zvuková vlna zevním zvukovodem směrem k bubínku. Ten kopíruje svými kmity kmitání vzduchu, jeho pohyb se přenáší na středoušní kůstky a přes ně na oválné okénko vnitřního ucha. Podmínkou správného přenosu energie zvukového vlnění je volný zevní zvukovod a vzdušné středouši umožňující volný pohyb sluchových kůstek“ (Jedlička, 2007, s. 449–450).

1.1.3 Pojem sluchové postižení

Dle Noskové (2013) je sluch jedním z pěti lidských smyslů a v mezilidské komunikaci bývá nezastupitelný, jedná se o důležitý smysl napomáhající k rozvoji řeči a ke komunikaci s ostatními lidmi. V neposlední řadě určujeme sluch jako podstatný zdroj informací pro naši orientaci v okolním světě. Umožňuje našemu mozku správné hodnocení signálů z jiných smyslů i orgánů a mimo jiné rozvíjí abstraktní myšlení (Nosková, 2013).

Horáková (2012) říká, že označení pro sluchové postižení se týká velmi široké skupiny heterogenních osob, která je odlišná především podle stupně, typu a rozsahu sluchového postižení. Tento termín zahrnuje základní kategorie osob, jako jsou neslyšící, nedoslýchaví, ohluchlí a hluší a každá z těchto kategorií publikuje různorodou kvalitu, jejíž danou strukturu omezují další faktory, nejčastěji kvalita a kvantita sluchového postižení, věk, kdy k postižení došlo, mentální úroveň jedince, péče, která je mu věnována a v neposlední řadě také další přidružená postižení (Horáková, 2012).

Podle Pipekové (2010) můžeme za jedince s postižením ve smyslu pedagogickém považovat všechny děti, mladé lidi a dospělé, kteří jsou v učení, sociálním chování, v komunikaci a řeči nebo v psychomotorických schopnostech tak omezeni, že jejich spoluúčast na životě ve společnosti je podstatně ztížena. Proto vyžadují speciálně pedagogickou podporu (Pipeková, 2010).

Sluch je pro člověka jedním z nejdůležitějších smyslů. Světová zdravotnická organizace (World Health Organization, ©2019) uvádí, že sluchové postižení je druhým nejtěžším postižením hned za mentálním postižením. Světová zdravotnická organizace je agentura patřící pod systém Organizace spojených národů. Byla založena v roce 1946 a Česká republika se stala členem v roce 1993. Pro zajímavost uvedme, že se pod záštitou Světové zdravotnické organizace (WHO) koná 3. 3. Světový den sluchu (WHO, ©2019).

Dle Horákové (2012) osoby s postižením sluchu mají ve svém životě obrovský handicap, který se vytváří především při komunikaci se slyšícími jedinci, proto hlavním úkolem surdopedie je především zprostředkovat komunikační kompenzaci. Může se jednat například o dovednost volby přiměřených komunikačních postupů a volbu prostředků v závislosti na situaci. Je nutné si však uvědomovat i kulturní a společenské hodnoty i postoje. Vzájemná znalost komunikačních prostředků a postupů je základním předpokladem pro úspěšný průběh komunikace lidí z různých oblastí společnosti (Horáková, 2012).

Dle Kelnarové (2016) se za sluchové postižení dá považovat taková ztráta sluchu, která není možná kompenzovat technickými pomůckami a její patologické změny sluchového ústrojí nebo některé části sluchového analyzátoru mohou vést ke vzniku sluchové vady nebo poruchy.

Valenta et.al. (2014) ve své knize uvádí, že sluchové postižení můžeme považovat za sociální důsledek takové ztráty sluchu, kterou již nelze plně kompenzovat technickými pomůckami a která negativně ovlivňuje kvalitu života člověka. Jak dále autor uvádí, osobami se sluchovým postižením jsou hromadně označovány osoby se sluchovou ztrátou bez ohledu na její druh, stupeň nebo dobu vzniku.

1.1.4 Historie péče o jedince se sluchovým postižením

Dle Kocurové et.al. (2002) sahá péče o sluchově postižené, zvláště o neslyšící osoby do dávné minulosti a má mnoho tradic, řada doložených dokumentů o edukaci neslyšících pomocí posunků a psané formy řeči je datována do doby starověku a středověku. Poté následovala výuka artikulace a mluvené hlasité řeči, která má počátky v 16. a 17. století a je spojena se jmény španělských učitelů Pedra Ponce a Ramiréze Carrióna (Kocurová et.al. 2002).

Kocurová et.al. (2002) dále uvádí, že institucionální péče o neslyšící se objevuje už v 18. století a projevuje se zakládáním ústavů pro hluchoněmé, v roce 1760 byl založen ústav v Paříži a poté za několik let v roce 1778 ústav v Lipsku. Se založením těchto ústavů se pojí vznik základních metod výchovy řeči.

Jak uvádí Kocurová et. al. (2002): První metoda je tzv. metoda francouzská, což je metoda manuální odvozená od slova *manus* = ruka. Druhá metoda se nazývá německá, je to metoda orální a je odvozená od slov *or*, *oris* = ústa. O založení manuální metody se

zasloužil abbé de Eppé, který se snažil rozvíjet komunikaci mezi jedinci pomocí posunků a písma. Propagátorem orální metody se stal Samuel Heinicke, který preferoval pouze nácvik mluvení a byl odpůrcem znakové řeči. Obě dvě metody byly v té době ve značném rozporu, který vyústil až v Milánský kongres, konaný v roce 1880. Zde se rozhodlo, že vyhrává metoda orální. A tímto počinem byl spor na několik dalších let ukončen (Kocurová et. al., 2002).

V dnešní době je tato problematika ovšem diskutabilní a musíme pohlížet na každého jedince se sluchovým postižením individuálně a taktéž k němu přistupovat. V současné době je také preferována novější metoda, což je bilingvální metoda jedná se o přenášení informací ve dvou jazykových systémech, kdy první kód je znakový jazyk a je propojen s neslyšícím učitelem a druhý kód je český jazyk spojený se slyšícím učitelem (Kocurová et. al., 2002).

Dle Kocurové et. al. (2002) jsou nejstaršími ústavy pro sluchově postižené, které vznikaly v době 18. století, ústavy v Brně, Českých Budějovicích, Hradci Králové a Plzni. Nejstarší ústav pro hluchoněmé byl založen 1786 v Praze. Z mnoha těchto ústavů v dnešní době vznikly školy, které pečují o výchovu a edukaci sluchově postižených (Kocurová et.al., 2002).

Je nutné podotknout, že přístupy ke sluchově postiženým jedincům od počátku vývoje až do dnešní doby prošly obrovskými změnami. Každý autor ve své knize uvádí jiné historické konsekvence u sluchově postižených jedinců. Dále podle Kelnarové et.al. (2016) se péče o jedince s postižením začala formovat už od počátku vzniku samotné společnosti. Avšak první počátky péče o sluchově postižené pochází z doby Hippokrata.

Za prvního skutečného učitele osob se sluchovým postižením je podle Hampla (2013) považovaný španělský mnich Pedro Ponce de León (1508-1584). Právě on založil školu pro neslyšící při klášteře, ale pouze pro jedince z vyšších vrstev, a právě na této klášterní škole se kladl důraz na vybudování mluvené řeči a psaného jazyka.

Hampl (2013) uvádí dalšího významného španělského zastánce sluchově postižených, a to byl Ramirez de Carrión (1579-1652), který využíval novou metodu, což je hláskování a vytvořil vlastní prstovou abecedu.

Vedle španělského vedení sluchově postižených neboli španělské školy, uvádí Hampl (2013) také školu anglickou. Tato anglická škola byla španělskou školou velmi ovlivněna.

Podle Hampla (2013) je důležité jméno anglického lékaře Johna Bulwera, který se zajímal o zdokonalování mluvené řeči. Jeho další zásluhou je rozvoj prstové abecedy, která může sloužit pro další rozvoj artikulace (Hampl, 2013).

Důležitou roli v rozvoji jedinců se sluchovým postižením také přinesla francouzská škola. Kelnarová et. al. (2016) uvádí jako významnou osobnost té doby Denise Diderota, který napsal spis „*Dopisy pro hluché a němé*“, považovaný v té době za první vědeckou práci, která se věnuje problematice neslyšících.

Další významnou osobností francouzské školy dle Hampla (2013) je Charles Michel de l'Épée, který roku 1760 založil první školy pro neslyšící jedince v Paříži. Vzdělávání a výchova pro neslyšící byla bezplatná, a tak byla poskytována všem bez rozdílu. Jeho další zásluhou je rozvoj znakového jazyka, přirozeného jazyka neslyšících. Za německou školu je nutné zmínit Samuela Heinickeho, který zavedl vyučování hluchoněmých pomocí hláskové metody, a tak se stal představitelem orální metody (Hampl, 2013).

Rozvoj péče, výchovy a edukace jedinců neslyšících byl v českých zemích podobný jako ve světě. Prvním krokem, a to nejvýznamnějším bylo založení prvního ústavu pro hluchoněmé v Praze roku 1786. Dle Hampla (2013) byla v tomto ústavu uplatňována francouzská metoda, což je využití znakového jazyka, prstové abecedy, a především výuka mluvené řeči. Po 2. světové válce se vzdělávání neslyšících stalo součástí jednotného školství a uplatňovala se výhradně orální metoda. Rozvíjely se další ústavy, které svůj podíl na výchově a vzdělávání jedinců neslyšících mají dodnes (Hampl, 2013).

1.1.5 Klasifikace sluchových vad

Podle Houdkové (2005, s. 18): „*Je porucha sluchu takové postižení sluchové funkce, které je přechodného charakteru a kvalita sluchu se může vrátit po vhodné intervenci k normálním hodnotám.*“ Sluchová vada je stálé postižení bez možnosti úplné úpravy. Při podezření vzniku sluchové vady je nutné včas určit, ve které části sluchové dráhy se porucha nachází a co může být její příčinou. Také je důležité odhalit rozsah a hloubku sluchového postižení. Odhalení tohoto problému je stěžejní pro rozvoj komunikačních především řečových dovedností (Houdková, 2005).

Sluchové vady a poruchy ve své knize definuje také Nosková (2013, s. 21): „*Sluchová vada označuje stav, ve kterém je snižená kvalita a kvantita funkce sluchového orgánu. Jedná se o stav trvalý, není možné jej zlepšit léčbou. Termín sluchové postižení*

představuje širší oblast. Zahrnuje v sobě veškeré sociální důsledky, které sebou sluchová vada přináší, včetně problematiky řečového vývoje.“

Dle Světové zdravotnické organizace je platná následující klasifikaci poruch sluchu:

1. *„Lehká nedoslýchavost (ztráta 26–40 dB)*
2. *Střední nedoslýchavost (ztráta 41–60 dB)*
3. *Těžká nedoslýchavost (ztráta 61–80 dB)*
4. *Velmi těžká nedoslýchavost včetně hluchoty (ztráta 81 dB a více)“ (WHO, ©2019)*

Podle Horákové (2012) je za normální sluch považován ten, kdy je člověk schopný bez problémů rozumět například šeptané řeči, slyší šumění listí ve větru nebo tikot hodinek. Naopak lehká, či až středně těžká nedoslýchavost způsobuje člověku problémy v příliš hlučném prostředí. Při těžké až velmi těžké nedoslýchavosti se objevuje špatná nebo dokonce žádná reakce jedince na mluvenou řeč nebo hlasitější zvuky (Horáková, 2012).

Bendová (2015) mluví o tom, že pedagogická neboli surdopedická terminologie užívá pro označení velikosti ztráty sluchu nejčastěji termíny nedoslýchavost, kterou členíme na lehkou, střední, těžkou a poté hluchotu, a právě hluchotu můžeme definovat jako nejtěžší stupeň sluchového postižení, který znemožňuje vnímání mluvené řeči a přirozený vývoj mluvené řeči u jedince samotného. Dále ve své knize Jungwirthová (2015) uvádí, že decibelový rozsah udává orientační hranici, při které člověk v řečových frekvencích začíná slyšet, slyšící jedinci mají tento práh sluchu většinou na frekvenci 0 až 20 decibelů. Člověk s lehkou nedoslýchavostí neslyší většinou tichý šepot, šustění listí a zpěv ptáků, může hůře porozumět rozhovoru v hlučném prostředí na větší vzdálenost. Lehká nedoslýchavost však nemá nijak zvlášť velký vliv například na kvalitu výslovnosti (Jungwirthová, 2015).

Většinu populace se sluchovým postižením tvoří jedinci, kteří jsou nedoslýchaví, a převážně k této poruše dochází ve vyšším věku. Tuto nedoslýchavost ve své knize pojmenovává a vysvětluje Horáková (2012) jako *presbyakuzii* což je stařecká nedoslýchavost a je to porucha sluchu, která se projevuje zhoršením ve slyšení vysokých tónů o vyšší frekvenci, současně se u lidí zhoršuje porozumění řeči. K postupnému snížení sluchové ostrosti dochází zejména v 60. roce života. Určitě musíme brát v potaz individuální rozdíly jedinců, ale některá literatura uvádí, že každých deset let věku se horní hranice prahu slyšení snižuje asi o 1 kHz. Nejčastější příčinou je odumírání

vláskových buněk nebo špatné prokrvení sluchového orgánu. Tento jev se stává patologickým tehdy, kdy je narušena komunikační schopnost jedince (Horáková, 2012).

Důležitým onemocněním dle Horákové (2012) je i *tinnitus* neboli ušní šelest. Je to příznak sluchové poruchy, kterou trpí přibližně 15-17 % světové populace. Dle klinického obrazu se rozlišuje objektivní ušní šelest, která vzniká ve sluchovém orgánu důsledkem špatného cévního zásobení ucha, nebo subjektivní ušní šelest, což je zvukový vjem vznikající bez jakéhokoliv zevního podnětu. Lidé trpící ušním *tinnitem* nejčastěji slyší pískání, hučení či šumění v uších.

Další členění sluchových poruch uvádí ve své knize Valenta et.al. (2014). Je to právě klasifikace sluchové vady podle místa poškození sluchového orgánu (kvalitativní hledisko) a toto hledisko je nezbytné pro určení žádoucího postupu případné léčby a volby rehabilitačního postupu. Dle místa chorobného nálezu a místa vzniku sluchové poruchy nebo vady rozlišujeme na základní úrovni vady periferní což jsou vady také převodní, percepční nebo smíšené. A dále pak centrální poruchy nebo vady (Valenta et.al., 2014).

Valenta et.al. (2014) dále uvádí, že je nutné pohlížet na hledisko doby vzniku sluchové poruchy v rámci období prenatálního, perinatálního a postnatálního života jedince. Ze speciálně pedagogického hlediska s ohledem na vhodný způsob komunikace u sluchově postižených jedinců je podstatnější členění sluchového postižení na prelingvální a postlingvální. Dále autor uvádí, že prelingvální sluchové postižení je stav, kdy došlo k vadě sluchového postižení před závěrem základního vývoje jazyka i řeči, a postlingvální sluchové postižení je zapříčiněno sluchovou poruchou nebo vadou, která vzniká po základním vývoji jazyka a řeči u daného jedince (Valenta et.al., 2014).

Podle Horákové (2012) rozlišujeme dvě základní skupiny sluchových vad, a to periferní nedoslýchavost či hluchotu a centrální nedoslýchavost či hluchotu, a právě tyto sluchové vady se dělí podle místa postižení.

Dle Horákové (2012) je uvedena periferní nedoslýchavost či hluchota a dělí se na převodní (konduktivní), percepční (senzorieurální) a smíšenou (mixta). U převodní nedoslýchavosti či hluchoty jsou sluchové buňky nepoškozené, ale nejsou stimulovány zvukem, protože přenosu zvuku brání překážka nacházející se nejčastěji ve středoušní dutině. Příčinou mohou být například zvětšené nosní mandle, ucpaný zvukovod nebo nahromaděný ušní maz. Pro vznik této vady jsou také typické opakované záněty středního

ucha, sluchových buněk či sluchového nervu. Vznik smíšené vady se v různém stupni kombinuje s jinými příčinami, které způsobují poruchu převodní a percepční (Horáková, 2012).

Centrální nedoslýchavost či hluchota zahrnuje komplikované znevýhodnění způsobené různými podněty postihujícími nejčastěji korový a podkorový systém sluchových vad. Jedná se o abnormální zpracování zvukového signálu v mozku (Horáková, 2012).

Poslední členění, které můžeme uvést, je členění dle Horákové (2012) podle doby vzniku sluchové vady. První jsou vrozené vady geneticky podmíněné způsobené ve většině případů autozomálně recesivní formou onemocnění, málokdy je způsobená autozomálně dominantní formou. Můžeme vadu označovat jako jediné postižení, tudíž vada izolovaná nebo vyskytující se s jinými vadami je nazvána jako syndromová. Jak dále autorka uvádí druhé vady označujeme jako vrozené vady kongenitálně získané, vzniklé prenatálně nebo perinatálně. Prenatálně vzniklé sluchové vady jsou takové vady, jejichž etiologie je zapříčiněna negativními vlivy na plod v průběhu těhotenství, a naopak perinatálně vzniklé vrozené sluchové vady vznikají během porodu či bezprostředně po porodu. Třetí dělení jsou získané sluchové vady před fixací řeči neboli prelingvální a poslední jsou získané sluchové vady po fixaci řeči neboli postlingvální (Horáková, 2012).

1.1.6 Diagnostika sluchového postižení

Medicínský obor, který se zabývá diagnostikou sluchu, se nazývá audiologie. Má poměrně širokou škálu vyšetřovacích metod, které umožňují odhalit případnou poruchu sluchu či navrhnout optimální kompenzaci pomocí technických kompenzačních pomůcek. Vyšetření sluchové funkce se řídí fyziologickými vlastnostmi lidského ucha a vychází ze systému objektivních veličin pro měření v akustice (Horáková, 2012).

Dle Mukšnáblové (2014) je nutné sluchové postižení identifikovat co nejdříve a u vrozených vad nejpozději do 6. měsíce věku, a to z důvodu toho, aby byla vada či porucha včas a správně řešena. V opačných případech hrozí, že může být velmi závažně porušen vývoj dítěte.

Za základ diagnostiky sluchových poruch je považována rodinná anamnéza. Tu provádí odborní lékaři na oddělení otorhinolaryngologie (ORL), kde se zabývají léčbou ušních, nosních a krčních chorob (Hybášek et.al., 2006). U menších dětí vede lékař či sestra s rodiči rozhovor, ve kterém se snaží zjistit, na jak silné zvukové podněty dítě reaguje,

jaká onemocnění dítě prodělalo nebo jaká současná onemocnění dítě má, která by mohla mít vliv na stav sluchu. Poté následuje velmi jednoduché fyzikální vyšetření pohledem neboli otoskopické vyšetření a vyšetření pohmatem (Muknsnábllová, 2014).

Pro vyšetření sluchu se používají dvě metody, které uvádí Jedlička (2007) jako metody subjektivní a objektivní. Subjektivní metody jsou ty, které jsou postaveny na spolupráci s jedincem neboli pacientem, kdežto objektivní metody nevyžadují spolupráci s jedincem. Dále dle autora do subjektivní metody řadíme klasickou zkoušku sluchovou a subjektivní audiometrie (prahová tónová či slovní audiometrie).

Podle Horákové (2012) do subjektivních zkoušek zařazujeme klasickou zkoušku sluchu, kdy se jedná o orientační zkoušku, která se koná za účelem posouzení stavu sluchu i porozumění na základě opakování hlubokofrekvenčních¹ a vysokofrekvenčních² slov. Další zkoušku, kterou autorka uvádí, řadíme také mezi subjektivní a nazývá se subjektivní audiometrie neboli audiometrické vyšetření. Sem spadá i prahová tónová audiometrie; jedná se o standardizovanou zkoušku pomocí přístroje zvaného audiometr. Zjišťujeme tím nejnižší intenzitu zvuku, kterou je jedinec schopný zachytit a jedná se tedy o práh sluchu. Pomocí sluchátek se vyšetřuje vzdušné vedení a pomocí vibrátoru přiloženého na kost za boltcem se vyšetřuje kostní vedení zvuku. Mezi další subjektivní metodu Horáková (2012) řadí slovní audiometrii, kterou se vyšetřuje stav porozumění a rozumění řeči. Nejčastěji se využívá sestava 10 slov, která musí být foneticky a akusticky vyvážená. Záznam individuálního stavu sluchu z tohoto vyšetření označujeme jako audiogram, ze kterého lze vyčíst prahové hodnoty sluchu (Horáková, 2012).

Do objektivní audiometrie řadíme tyto vyšetřovací metody dle Horákové (2012):

- Tympanometrie

Jedná se o vyšetření tlaku před a za bubínkem, a získání informace o celistvosti bubínku, stavu podtlaku či přetlaku ve středním uchu;

- OAE – otoakustické emise

Jedná se o vyšetření funkčních vláskových buněk uvnitř hlemýždě, která odpovídají na podráždění zvukovodem. Tuto odpověď je možné změřit po narození do 24 hodin;

¹ Slova, která obsahují hlásky „u“, „a“, „o“

² Slova, která obsahují hlásky „i“, „e“ a sykavky

- BERA (*Brainstem Evoked Responses Audiometry*)

Vyšetření evokovaných odpovědí mozkového kmene. Díky této metodě se dá změřit celá sluchová dráha od *cochley* což je hlemýžď až po korovou oblast v mozku. Toto vyšetření se provádí u jedinců, kteří nejsou schopni se účastnit audiometrického vyšetření;

- NN-ABR (*Notched-Noise Auditory Brainstem Response*)

Vyšetření vycházející z měření EEG aktivity sluchových drah. Jde o specifický způsob zhodnocení odpovědí na stimulaci pomocí testovacího tónu v mezeře (*notch*) na nosném šumu (*noise*). Při této vyšetřovací metodě je jedinec vždy uspaný;

- SSEP (*Steady State Evoked Potentials*)

Vyšetření ustálených evokovaných potenciálů. Měření se zaznamenává pomocí přístroje, který je schopen měřit ve frekvenčním rozsahu 250-8000 Hz na hladinách slyšení od 10 do 125 dB. Díky tomuto vyšetření lze získat odhadový audiogram prahového slyšení. Toto vyšetření probíhá pod celkovou anestézií (Horáková, 2012).

1.2 Kvalita života

Kapitola je zaměřena na kvalitu života dle terminologického vymezení, měření a dimenze. Na závěr je uvedena kvalita života osob se sluchovým postižením.

1.2.1 Pojem kvalita života

Kvalitu života uvádí Ludíková et.al. (2014) jako pojem vycházející z anglického jazyka pod pojmem *Quality of Life*, dále jen QOL. Podle Velemínského (2012) se kvalita života dotýká pochopení lidské existence, smyslu života a samotného bytí. Zjišťuje materiální, psychologické, sociální, duchovní a další podmínky pro zdravý a šťastný život člověka. Doposud však nebyla vytvořena jednoznačná definice ani teoretický podklad kvality života. Na kvalitu života lze dle autora pohlížet z několika hledisek, a to například z hlediska sociologie, psychologie nebo pedagogiky (Velemínský, 2012).

Dále autor Velemínský (2012) uvádí, že středem zájmu je spíše jednostranné hodnocení kvantitativního či kvalitativního výzkumu kvality života a mezi důležité faktory pro kvalitu života patří nejčastěji subjektivní prožívání smyslu života, spokojenost s dosahováním svých cílů a další. Jak dále autor uvádí je podstatným faktem to, že jednotlivé dimenze kvality života mají pro každého jedince odlišnou závažnost a

důležitější pro hodnocení kvality života jedince je jeho vlastní stanovení priorit oblastí kvality života, méně důležitější se pak jeví vnější systém hodnot (Velemínský, 2012).

Přesnější definici podle Světové zdravotnické organizace popisují Janiš et.al. (2016, s. 56): „*Kvalita života je to, jak vnímá jedinec své postavení ve světě v kontextu kultury a hodnotových systémů ve kterých žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům. Jedná se o velmi široký koncept, multifaktoriálně ovlivněný fyzickým zdravím jedince, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí.*“

Poprvé pojem „kvalita života“ zmínil Pigou v roce 1920 ve své práci zabývající se ekonomikou a sociálním zabezpečením. Cílem jeho šetření byl dopad státní podpory pro sociálně slabší vrstvy na jejich život a také na rozpočet státu. Ovšem tento pojem neměl žádný ohlas ani jeho práce nikoho nezaujala. Tento pojem se začal objevovat znovu až po druhé světové válce, jelikož Světová zdravotnická organizace rozšířila definici zdraví (Pipeková, 2010). Ústava Světové zdravotnické organizace (WHO) definuje zdraví jako „*stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, ne pouze absenci choroby.*“ A tudíž lze kvalitu života dle Světové zdravotnické organizace chápat jako jedincovu percepci jeho pozice v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám (WHO, ©2019).

V dnešní době je kvalita života poměrně často využívaný pojem ve spojení s jedinci s postižením či znevýhodněním. Dá se říci, že se touto problematikou se zabývá čím dál více autorů či odborníků. Nelze však jednoznačně určit definici, která by tento pojem přesně stanovila. Oblast kvality života zkoumá mnoho vzdělanců z oboru medicíny, psychologie, pedagogiky, sociologie či filozofie. Samozřejmě musíme pohlížet i na další obory, které tvoří multidisciplinární tým.

Dle autorky Ludíkové et al. (2015) jsou počátky zájmu o pojem kvalita života už od období starého Řecka a Říma. Samotný pojem kvalita života začínali lidé používat ve 30. letech 20. století. Na tento stav reaguje ve své knize i Payne et. al. (2005) a tvrdí, že kvalita života je pojem, který se začal využívat v 70. letech 20. století, kdy sloužil spíše pro účely výzkumného šetření ve spojitosti se sociologií. V této době se výzkum zabýval dopady společenských změn na život jedince. Dále autor uvádí, že tento pojem se dříve používal spíše z pohledu materiálních a ekonomických důvodů (Payne et.al., 2005).

Důležitý poznatek uvádí Ludíková et al. (2015), poukazuje na koncept „společnosti hojnosti“, jenž začínal být nahrazován termínem „kvalita života“. V současné době se ale uvádí dle Payneho et.al. (2005), že kvalitu života je nutné vnímat v kontextu multidimenzionálního rozměru. Je třeba brát v potaz, že na kvalitě života osobnosti se podílí mnoho faktorů, jako jsou ekonomické, psychické, sociální, zdravotní, sociologické a environmentální činitelé. Musíme se opět odkazovat na fakt, že tento pojem nemá jednotnou definici. Lze tedy říci, že kvalita života se vyznačuje vzájemným působením několika rozmanitých faktorů, které ovlivňují jedince a zároveň i celou společnost.

Heřmanová (2012) uvádí, že v současné době definujeme kvalitu života jako obraz vnějších a vnitřních podmínek, které mají vliv na jedince ve spojení s jeho osobitým přístupem k životu, schopností vnímání a hodnocení kvality. Ovšem Pipeková et. al. (2010) ve své publikaci poukazuje, že WHO definuje hodnotu života jako odraz toho, jak jedinec vnímá svou pozici ve společnosti a životě s ohledem na jeho kulturu, očekávání a také pocity.

Světová zdravotnická organizace (WHO, © 2019) uvádí kvalitu života jako multidimenzionální koncept, který řadí subjektivní vyhodnocování kladných a negativních faktorů života. Popisuje kvalitu života z pohledu optimálního zdraví jako: *„stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoliv jen jako prostou absenci nemoci či postižení“* (WHO, ©2019).

Světová zdravotnická organizace proto rozlišuje tyto faktory kvality života:

- Fyzická složka a úroveň samostatnosti (potřeba pomoci, schopnost práce, míra únavnosti);
- Psychická složka zdraví a duchovní oblast (srovnání negativního a pozitivního prožívání, úloha myšlení, víra a spiritualita);
- Sociální složka (mezilidské vztahy, sexualita);
- Životní podmínky (finance, služby, životní a domácí prostředí);
- Vnější fyzikální prostředí (míra znečištění ovzduší, míra hluku v prostředí a další) (WHO, ©2019)

Další faktory, které ovlivňují kvalitu života jedince, jsou věk, pohlaví, polymorbidita³, rodinná situace, preferované hodnoty, ekonomická situace, vzdělání, religiozita⁴, kulturní zázemí. Celková kvalita života je pak výsledkem výše uvedených faktorů, které kvalitu ovlivňují (Slováček, 2004).

1.2.2 Měření kvality života

Definice kvality života byla v 90. letech minulého století odborníky, řešícími QOL v rámci této organizace WHO, upravena takto: (Kvalita života je) „...*individuální vnímání jeho nebo její pozice v životě v kontextu kulturních a hodnotových systémů, v nichž žijí a ve vztahu k jejich cílům, očekáváním, normám a zájmům*“ (Heřmanová, 2012, s. 32).

Jak uvádí Gurková (2011): Využívána je jedna z častých metod, kdy kvalitu života hodnotí druhá osoba například osoba člověku s postižením blízká. Jedná se o jeden z nejčastěji používaných systémů zaznamenávání kvality života pacientů, kterým je systém *Quality of Life of the patient*, který posuzuje kvalitu života podle předem stanovených kritérií, jako jsou pracovní schopnosti pacienta, fyzická kondice a nezávislost na druhých lidech, finanční situace, způsob trávení osobního volna, bolesti, nepohodlí, nálada, vědomí pacienta o následcích jeho nemoci, komunikace s okolím a vztah s jeho primární sociální skupinou což je rodina a přátelé (Gurková, 2011).

V současné době je nejznámějším konceptem *Health-Related Quality of Life* tj. kvalita života podmíněna zdravím. Při zjišťování kvality života je podstatné brát na vědomí i údaje o psychickém stavu pacienta i o míře jeho spokojenosti s tím, jak se mu daří realizovat záměry, které si v životě předsevzal (Gurková, 2011).

Výzkum kvality života byl dle Gurkové (2011) v rámci systému zdravotní péče zahájen v sedmdesátých letech 20. století. Univerzálně byl podmíněn dvěma faktory. Prvním faktorem byl farmako-ekonomický výzkum, kdy se hodnotila finanční nákladnost a efektivita léčby. Jak dále autorka uvádí, byla druhým faktorem snaha o komplexní doložení klinické úspěšnosti léčby, respektive dopad terapeutických intervencí na zdravotní stav pacienta. Koncept HRQoL se začal používat od osmdesátých let a první jej použili autoři Kaplan a Bush v roce 1982. Používání navazovalo na konceptualizaci zdraví. Tento koncept byl vytvořen v rámci zdravotní péče pro potřeby ekonomických a

³ Polymorbidita – přítomnost více chorob současně (poměrně častý stav ve stáří – např. hypertenze, cukrovka a další);

⁴ Religiozita – zbožnost.

klinických analýz. Teprve na začátku osmdesátých let byly nejčastěji používány pro měření takzvané generické nástroje pro posouzení zdravotního stavu. Záměrem použití generických nástrojů bylo porovnat úroveň HRQoL mezi zdravou a nemocnou menšinou, respektive mezi různými typy nemocí (Gurková, 2011).

Dle Gurkové (2011), v souvislosti s kritikou generických nástrojů zdravotního stavu, nastává taktéž expanzivní tvorba nástrojů specifických (*disease specific*). Tyto nástroje byly vytvořeny za účelem měření HRQoL ve specifických populacích pacientů. Tvorba odpovídala spolupráci mezi zdravotnickými profesionály a odborníky z psychologických věd. Využívalo se metod z experimentální a klinické psychologie, zaměřených na popis subjektivní percepce zdravotního stavu a jeho významu pro jednotlivce, jako metody epidemiologické (Gurková, 2011).

Modely HRQoL identifikované ve studii Taillefera et. al. (2003, in Gurková 2011): Typy modelů zahrnují především konceptuální model, konceptuální rámec a teoretický rámec. Podrobněji jsou tyto modely uvedeny takto: „*Konceptuální model specifikující domény kvality života a její vlastnosti (nejméně sofistikovaný model). Konceptuální rámec neboli model opisující, vysvětlující nebo predikující charakter vztahů mezi doménami nebo komponenty kvality života. Teoretický rámec neboli model zahrnující strukturu komponentů, domén kvality života i vztahů mezi nimi; model implikuje teorii, která popisuje vztahy mezi nimi (nejvíce sofistikovaný model).*“

1.2.3 Dimenze kvality života

K pojetí kvality života můžeme přistupovat pomocí dvou pohledů dle Vaďurové (2005), odlišujeme pak subjektivní a objektivní kvalitu života. Objektivní kvalita života pozoruje materiální zabezpečení jedince. Jeho sociální podmínky života, sociální status ve společnosti a celkové fyzické zdraví. Můžeme tedy říci, že je to souhrn ekonomických, sociálních, zdravotních a environmentálních podmínek, které mají vliv na život člověka (Vaďurová, 2005).

Na druhé straně subjektivní kvalita života sleduje jedincovo vnímání svého postavení ve společnosti v kontextu kulturního života a hodnotového systému. Výsledná spokojenost je závislá na osobních a životních cílech, očekáváních a zájmech jedince (Vymětal, 2003).

Dle Gurkové (2011) je kvalita života posuzována především spokojeností jedince se stavem různých životních oblastí. Mimo jiné mezi subjektivní a objektivní činitele

ovlivňující jedincovu kvalitu života se musíme zaměřit i na posouzení vnitřních a vnějších činitelů, kteří také mohou ovlivňovat jedincovu kvalitu života. Dle Jesenského (2000) kvalita života představuje velmi rozsáhlou oblast činitelů, které jedinci s postižením umožňují žít ve společnosti. Vnitřní činitele zahrnují všechny předpoklady ovlivňující rozvoj a integritu osobnosti handicapovaného. Mezi vnější činitele, řadíme převážně podmínky, které umožňují existenci jedince. Jsou to ekologické, společensko-kulturní, výchovně-vzdělávací, pracovní, ekonomické a materiálně-technické faktory (Jesenský, 2000).

Bužgová (2015) také uvádí, že hodnocení kvality života může být i častým indikátorem pro kvalitní ošetrovatelskou péči a z toho plyne, že ošetrovatelská péče úzce souvisí s kvalitou života a navzájem na sebe obě složky působí.

1.2.4 Kvalita života osob se sluchovým postižením

Ve své knize uvádí Rošková (2014), že předpokladem pro úspěšnou péči o lidi s poruchou sluchu a také pro dobrou kvalitu jejich života je nutné co nejdříve zachytit poruchu a následně poté je třeba v nejbližší době začít se správnou výchovou a rehabilitací jedince. I to může přispívat ke zlepšení celkové kvality života jedinců se sluchovým postižením. Nutná je i rozsáhlá informovanost, která je poskytována sluchově postiženým ze strany odborníků. Jedná se především o informace ohledně významu výchovy, vzdělávání, ale také rehabilitace či komunikace. Pokud je u člověka se sluchovým postižením příčina problému, která brání dobré kvalitě života dosáhnout, je nutné tento problém vyřešit pomocí jedince samotného, jeho rodiny a blízkých lidí, či samotných odborníků (Rošková, 2014).

Podobné to může být i s nedoslýchavostí, což je symptom výrazně omezující kvalitu života nemocného. Jak uvádí Hloušková (2012), sluchové poruchy se dělí na centrální a periferní, ty pak na percepční (kochleární a retrokochleární), převodní a smíšené. Vyšetření sluchu je založeno na anamnéze, otoskopii a audiometrickém vyšetření. Můžeme tedy říci, že komunikace se sluchově postiženými vyžaduje specifický přístup (Hloušková, 2012).

Je tedy patrné, že kvalita života a postižení sluchu se nemusí vždy odvíjet od souvislosti, že čím větší ztráta sluchu, tím horší kvalita života jedince. Osoby s jakýmkoliv

znevýhodněním si ve svém světě tvoří svoje vlastní cesty pro úspěšný život, a tím kvalita jejich života může být relativně pozitivního rázu.

Můžeme tedy říci dle Ludíkové et.al. (2013), že to, jak se osoba vyrovnává se svým postižením, už může být určitý typ kvality života. Ačkoliv musíme brát v potaz, že každý jedinec je jedinečná bytost i se svým typem postižení. Na tyto skutečnosti je dobré pohlížet velmi individuálně. Mnohé výzkumy však potvrzují, že kvalita života osob se sluchovým postižením je do jisté míry hodnocena pozitivně. Ať už z pohledu osob se sluchovým postižením, či osobami bez postižení (Ludíková et.al., 2013).

Sociální pozice lidí se sluchovým postižením je dle Hogana (2015) v dnešní době velmi slabá. Díky sluchovému postižení může docházet k výraznému poklesu komunikačních schopností a pro sociální profil je nejdůležitější, aby člověk fungoval nejen ve své sociální komunitě, ale celkově ve společnosti všech jedinců.

Sluchově postižený jedinec se ve svém každodenním životě může setkávat s velkým množstvím překážek a úskalí. Čím je postižení těžší, tím horší situace pro jedince nastává. Sluchově postižení jedinci mají mnoho specifík v samotné komunikaci, v možnostech a způsobu vzdělávání či získávání informací nebo v celkovém rozvoji jedince samotného. Jak uvádí Koller (2015), v České republice žije přibližně půl milionu nedoslýchavých a neslyšících lidí. Převážnou část tvoří nedoslýchaví, jejichž sluch se zhoršil z důvodu věku. Pro některé rodiny ovšem může nastat zlom už při narození dítěte s postižením. Tento proces se nazývá fáze vyrovnávání rodiny se s dítětem s postižením a může do jisté míry ovlivnit také kvalitu života jedince (Koller, 2015).

Pokud se do rodiny narodí dítě se závažnou vadou nebo poruchou, je to velice obtížná situace, znamenající pro rodinu veliký šok, ve většině případů lze hovořit o rodině, kdy sluchové postižení u dítěte je zcela nový fenomén (Slowík, 2007).

1.3 Péče o osoby se sluchovým postižením

Součástí této podkapitoly jsou kapitoly pojednávající o sluchové protetice, kompenzaci, komunikaci a péči o sluchově postižené jedince.

1.3.1 Sluchová protetika a kompenzační mechanismy

Následky sluchového postižení je možné v dnešní době zmírňovat pomocí speciálních elektroakustických přístrojů. Vývoj lékařských disciplín a technický pokrok se projevil

zejména v rozvoji sluchadel, která během vývoje prošla značnými změnami od prvních akustických zesilovačů až po nejmodernější digitální sluchadla (Bendová, 2015).

Dle Horákové (2012) jsou mezi kompenzačními pomůckami zahrnuty speciální zesilovací elektroakustické přístroje, které umožňují jedincům se sluchovým postižením překonat komunikační bariéry, které jsou sluchovou vadou zapříčiněny. Indikaci sluchové korekce je nutné posoudit velmi individuálně. Podle Havlíka (2007) je každý nedoslýchavý individuální jedinec a svoji sluchovou vadu prožívá z hlediska emocionálního a komunikačního úplně jinak. Ovšem ne vždy se na kompenzační pomůcky můžeme stoprocentně spolehnout, v některých případech se foniatři či otorinolaryngologové setkávají se skupinou jedinců, kterým kompenzační pomůcky nepomohly (Havlík, 2007).

Nejúčinnější kompenzační pomůckou pro jedince se sluchovým postižením jsou sluchadla. Jsou to základní kompenzační pomůcky, které jedinci se sluchovou vadou používají nejčastěji. Dále uvádí Horáková (2012), že před indikací sluchadel je nutné vyšetření prahové hodnoty sluchu, tedy nejnižší hlasitosti zvuku, kterou je člověk schopný zaznamenat. Jungwirthová (2010) uvádí, že první a základní možnost, jak jedinci se sluchovým postižením zprostředkovat slyšení zvuků běžného života, ale především mluvenou řeč je právě pomocí sluchadel.

Definici sluchadel uvádí Horáková (2012, s. 95) „*Sluchadlo je tedy miniaturní elektroakustický přístroj, jehož úkolem je zesílení a modulace zvukového vjemu. Základní části sluchadel jsou následující: mikrofon, zesilovač, reproduktor, regulátor hlasitosti, přepínač programů, indukční cívka, případně přímý audio vstup.*“

Zvuk je pomocí sluchadla dostatečně zesílen a speciálně modulován podle nastavení, které provádí výhradně jenom foniatr a je nutné, aby se foniatr řídil věkem jedince se sluchovým postižením, a hlavně typem a stupněm postižení (Horáková, 2012).

Sluchadla je možné dělit podle několika hledisek. Havlík (2007) používá následující rozdělení sluchadel:

- Sluchadla dle zpracování akustického signálu

Řadíme sem analogová a digitální sluchadla. Analogová sluchadla zachycují zvuk pomocí mikrofonu a tím se zvuk převádí na formu elektrického proudu. V dnešní době

jsou tato sluchadla považována za nejlevnější a nejjednodušší. Digitální sluchadla jsou využívána mnohem více. Tato sluchadla transformují akustický signál na signál digitální;

- Sluchadla dle charakteru přenosu zvuku

Zvuk lze do vnitřního ucha přivádět dvojnásobným způsobem, a to vzduchem nebo kostí. Přenos zvuku vzduchem umožňují sluchadla, jejichž reproduktor vysílá akustickou energii ušní vložkou neboli tvarovkou do zvukovodu, zde se rozkmitá bubínek a zvuk putuje dál do vnitřního ucha. V případě kostního vedení zvuku je elektrický signál vycházející ze zesilovače předáván vibrátoru, který je přiložen na spánkovou kost;

- Sluchadla podle tvaru

Tato sluchadla jsou závěsná, zvukovodová neboli nitroušní, dále pak kapesní a brýlová. Ve většině případů se zvukovodová sluchadla dělí podle toho, kam se zavádí, a právě nejčastěji se jedná o sluchadla kanálová, zvukovodová nebo boltcová (Havlík, 2007).

Ve své knize Bendová (2015) uvádí dělení sluchadel podle konstrukčního provedení, a to na sluchadla kapesní, závěsná, brýlová, sluchadla do boltce, do zvukovodu a sluchadla kanálová.

Dalšími prostředky pro korekci zvuku pro sluchově postiženého dle Bendové (2015) jsou skupinové zesilovače. Jedná se o to, že například učitel ve škole má mikrofon, který je pevně spojen s přijímačem u žáka, a pomocí bezdrátové indukční smyčky je přenášen zvuk. Tato metoda je využívána nejenom u integrovaných jedinců se sluchovým postižením, ale i na běžných veřejných prostranstvích, jako jsou například nádraží. Jak dále autorka uvádí, nejmodernější kompenzační pomůckou je v dnešní době kochleární implantát neboli nitroušní elektronická smyslová náhrada. Pracuje na principu elektrické stimulace sluchového nervu přímo uvnitř hlemýždě (Bendová, 2015).

Kochleární implantát je primárně určen jedincům, kteří ztratili sluch v období, kdy by se měla rozvíjet řeč, ale především je určen dětem, které se narodily s těžkou sluchovou ztrátou, nebo ji získaly před ukončením vývoje řeči (Bendová, 2015). Jedná se o technickou pomůcku, jejíž princip je založen na elektrické stimulaci zachovaných vláken sluchového nervu a imituje tedy funkci *cochley* a dodává zvukové signály do mozku (Bendová, 2015).

Kochleární implantát a jeho funkce (Cochlear, ©2018):

- Zvukový procesor nošený za uchem nebo na těle zachytí zvuk a převádí ho na digitální kód. Zvukový procesor je vybaven baterií, která napájí celý systém;
- Zvukový procesor vysílá digitálně kódovaný zvuk přes cívku na vnější straně hlavy do implantátu;
- Implantát převádí digitálně kódovaný zvuk na elektrické impulzy a vysílá je po svazku elektrod, který je umístěn v hlemýždi (ve vnitřním uchu);
- Elektrody implantátu stimulují sluchová nervová vlákna v hlemýždi, která pak přenášejí podněty do mozku, kde jsou vnímány jako zvuk.

Jak uvádí Bendová (2015) v běžném životě jedinci se sluchovým postižením používají mnoho kompenzačních pomůcek, které jim usnadňují život ve slyšící společnosti, a jsou to například světelné a vibrační budíky, signalizátory domovních zvonků, zesílené a psací telefony, skryté titulky televizních pořadů a spousta dalších (Bendová, 2015).

Jako další kompenzační pomůcku pro běžné užívání uvádí Valenta et.al. (2014) tzv. pojítka. Jedná se o dvě základní jednotky, které tvoří vysílač a přijímač. Vysílač má umístěný na sobě mluvčí a přijímač má uživatel se sluchovým postižením. Tím dochází ke kvalitnějšímu přenosu a přijímání zvuku (Valenta et.al., 2014).

1.3.2 Komunikace s osobami se sluchovým postižením

Na začátek je vhodné uvést, že výchovná a vzdělávací péče by měla být jedincům se sluchovým postižením poskytnuta nejenom v rodinách, ale i ve školním zařízení, zdravotnictví a také dalších jiných specializovaných pracovištích.

Jak uvádí Bendová (2015), už v dávné minulosti se o sluchově postižené starali v kláštorech či útulcích a převažovala zde orální a manuální metoda. Cílem orální metody je u sluchově postižených vybudovat mluvenou řeč v orální a psané podobě, přičemž nejdůležitější je odezírání nebo prstová abeceda a pro manuální metodu je typické užívat při výchově a vzdělávání jedinců se sluchovým postižením znakový jazyk. Jak dále autorka uvádí, moderním trendem ve výchově a vzdělávání osob se sluchovým postižením je bilingvální přístup, jedná se o užívání znakového jazyka a osvojení si mluveného jazyka v psané podobě (Bendová, 2015).

Dle legislativního rámce je zákon č. 155/1998 Sb. ve znění pozdějších předpisů věnován právě komunikačním systémům neslyšících a hluchoslepých. Tento zákon v odstavci 2 §1 říká: „*Neslyšící a hluchoslepe osoby mají právo svobodně si zvolit z komunikačních systémů uvedených v tomto zákoně ten, který odpovídá jejich potřebám. Jejich volba musí být v maximální možné míře respektována tak, aby měly možnost rovnoprávného a účinného zapojení do všech oblastí života společnosti i při uplatňování jejich zákonných práv.*“

Podle Valenty et.al. (2014) je komunikace chápána jako sociální interakce nebo v užším smyslu jazykové jednání. Většina jedinců se sluchovým postižením je při vzájemné komunikaci odkázána na zrakový kontakt s komunikujícím a pro získání zrakového kontaktu a zahájení komunikace je důležité si získat zrakovou pozornost například pomocí doteku, vibrace, pohybu nebo zvuku.

Dle Valenty et.al. (2014) je komunikace pomocí mluvené řeči celosvětově nejpoužívanější způsob pro interpersonální komunikaci a je podmínkou úspěšné socializace do majoritní společnosti. Proto jedním z primárních cílů edukace jedinců se sluchovým postižením je právě aktivní zvládnutí mluvené řeči v psané nebo zvukové podobě. Jako další typ komunikace uvádí autor čtení (recepce) a psaní (produkce). Jedná se o další velmi často používanou metodu v majoritní společnosti, ovšem problémem je, že sluchově postižení jedinci nemají dostatečnou funkční gramotnost a velmi často nechtějí psanou formou jazyka komunikovat (Valenta et.al., 2014).

U osob slyšících i sluchově postižených je nejvíce v komunikaci zahrnuta vizuální percepce řeči neboli odezírání. Odezírání lze charakterizovat podle Krauhulcové (2002) jako podobu přijímání informací zrakem a pochopení obsahu na základě pohybů mluvidel, mimiky obličeje, gestikulace rukou a celkovou posturikou těla komunikujícího. Problémem může být rozlišení některých fonémů a jednotlivých hlásek lidské řeči pomocí zrakového vnímání. Faciální obrázky neboli kinémy jsou občas velmi těžko rozpoznávány právě díky vzájemné podobnosti (Krauhulcová, 2002).

Dále Krauhulcová (2002) uvádí jako komunikační prostředek prstovou abecedu, někdy označovanou jako daktylní abecedu, což je vizuálně-motorický způsob komunikace, při které se užívá různých postavení a poloh prstů k vyjádření jednotlivých písmen abecedy. Tato abeceda má ustálené formy podle artikulací ruky a jedná se především o jednoruční a dvouruční prstovou abecedu (Krauhulcová, 2002).

Valenta et.al. (2014) uvádí další druh komunikace, a to je znakový jazyk neboli český znakový jazyk, který je užíván menšinovou komunitou neslyšících a jedná se o přirozený národní znakový jazyk, v případě České republiky o český znakový jazyk neslyšících. Znakový jazyk je tvořen specifickými vizuálně-pohybovými prostředky rukou, jejich postavením i pohybem, a dále se využívá mimiky, posturiky a artikulace. Tento jazyk má svoji lexikální i gramatickou stránku (Valenta et.al., 2014).

Poslední systém komunikace pro jedince se sluchovým postižením je znakový jazyk neboli znaková čeština. Dle Valenty et.al. (2014) je to manuálně kódovaný jazyk, který je uměle vytvořený a podléhá gramatickým pravidlům českého jazyka. Věta artikulovaná ve znakové češtině je tudíž sestavena podle gramatických a syntaktických pravidel českého jazyka. Místo slov se využívají znaky, které přecházejí ze znakového jazyka a znaková čeština je jakýsi *pidgin*, což je kombinace dvou na sobě nezávislých jazykových systémů (Valenta et.al., 2014).

Závěrem můžeme říci, že komunikace osob se sluchovým postižením je vzhledem k typu a stupni postižení velmi náročná. Je nutné využívat takové prostředky komunikace, které má jedinec osvojené a které mu umožní přijímat a předávat informace.

1.3.3 Pomáhající pracovníci a etické aspekty péče

Důstojnost člověka je od nedávna ukotvena v etických kodexech. Přesto nelze hovořit o tom, že má jednotné vymezení. O důstojnosti pacientů, zejména seniorů, se mluví poměrně často, ovšem dost jasným faktem je, že nositelem důstojnosti je osoba, tudíž lidská bytost (Wichsová, © 2012).

Pojmy, jako je pomoc či pomáhající pracovník, jsou díky dostupným zdrojům chápány z různých pohledů, a proto je každý vnímá úplně jinak a v jiném slova smyslu. Jedná se o velmi různorodé pojmy, které by se daly vysvětlit takto: „*Pomáhání a přijímání pomoci je obtížný a často ambivalentní proces*“ (Hawking, Shonet, 2004, s. 23).

Pomoc je chápána podle Matouška (2016) jako proces, při kterém osoba nebo více osob poskytuje něco jiné osobě nebo skupině osob. Pomoc je často využívána pro řešení problémů. Avšak pomáhání lze definovat jako postup, při kterém můžeme lidem ulehčovat zvládání náročných životních situací formou dlouhodobé nebo krátkodobé podpory. Pomáhání je přirozený jev mezi každou živou bytostí navzájem (Matoušek, 2016).

Navrátíme se ale k pojmu pomáhající profese; tento pojem vychází z anglického slova *helping professions*. Pomáhající profese je označení pro všechny profese, jejichž teorie, výzkum a praxe se zaměřují na pomoc druhým. Mezi pomáhající pracovníky můžeme řadit lékaře, zdravotníky, pedagogy, psychology, sociální pracovníky a pečovatele (Jankovský, 2003).

Dle Strnadové (©2016) je potřeba ale říci, že prestiž sestry neboli zdravotníka je hlavně závislá na lidském faktoru, tedy na tom, kdo profesi vykonává, na jeho intelektuálních a morálních vlastnostech. Zájem těchto lidí vykonávat tuto profesi je obrazem jejich společenského ohodnocení, pracovních podmínek a dalších faktorů, které vytváří společnost. Sestry i zdravotníky musíme prezentovat jako výsostné odborníky v oboru ošetrovatelství a je dobré stanovit právní ochranu sester (Strnadová, ©2016).

Jak uvádí Úlehla (2005), pomáhat druhým lidem je považováno za samozřejmost, která vychází především z dobré výchovy a z pocitu člověka být potřebným. Pokud se ovšem z pomoci druhým stane poslání, je člověk považován za profesionála z pohledu pomáhajících profesí a jeho práce směřuje k tomu, aby přispěl ke zlepšení života těchto lidí. To znamená, aby se podílel na maximálním rozvoji života jedince s postižením či jiným omezením (Úlehla, 2005).

Nyní je prezentován takzvaný model LEE, který je určen pro výuku klinických dovedností v pomáhajících profesích v oblasti duševního zdraví, a je spíše zaměřen pro žáky zdravotnických škol, kteří jeho prostřednictvím mohou získat nové zkušenosti a mohou tak autonomně profesionálně růst ve své kariéře (Glance et.al., 2018).

Pro zdravotnické profese je nutné se držet přehledů, které se týkají etických aspektů péče o pacienty. Dle Diaze et.al. (2018) by zdravotnický personál měl mít etickou kompetenci pro vykonávání běžných ošetrovatelských úkonů a zásadní etickou kompetencí pro zdravotnický personál je osobní schopnost včetně etického podvědomí o péči, dále pak odvaha a ochota být nápomocný druhým (Diaz et.al., 2018). V případě péče o jedince je nutné na každou bytost pohlížet celostně. Jak uvádí Jankovský (2003), člověka musíme vnímat jako holistickou osobnost. To znamená jako bio-psycho-socio-spirituální bytost, která vychází ze svých potřeb, a my musíme tyto potřeby naplňovat. Z pohledu pomáhajících profesí hovoříme o profesní etice, jež je stanovena v takzvaném etickém kodexu a má obecná etická ustanovení. Pro každou profesi je etický kodex sestaven jinak a podle pravidel daných pro určitou profesi (Jankovský, 2003).

2 Výzkumná část

2.1 Cíl práce a hypotézy

Cílem bakalářské práce je na podkladě kvantitativního šetření zjistit, jaký názor na kvalitu života osob se sluchovým postižením mají žáci středních zdravotnických škol.

K dosažení cíle byly zvoleny tyto tři hypotézy, které podkládají výzkumné šetření:

H1: Více než polovina žáků zastává názor, že kvůli sluchovému postižení dochází ke snížení kvality života.

H2: Služby zajišťující kvalitu života pro osoby se sluchovým postižením jsou žáky středních zdravotnických škol hodnoceny jako nedostačující.

H3: Méně než polovina žáků se domnívá, že komunikace je jedním z faktorů, který snižuje kvalitu života osob se sluchovým postižením.

2.2 Operacionalizace pojmů

Kvalita života – tímto pojmem se rozumí, že kvalita života je dána do jisté míry úrovní tělesné a duševní činnosti i pracovní výkonnosti či úrovní tělesné, duševní a sociální pohody. Ale především se jedná o úroveň osobní spokojenosti a radosti ze života i přes jeho strasti a potíže (Gurková, 2011).

Osoby se sluchovým postižením – označení se týká velmi široké skupiny heterogenních osob, která je odlišná především podle stupně, typu a rozsahu sluchového postižení. Tento termín zahrnuje základní kategorie osob, jako jsou neslyšící, nedoslýchaví, ohluchlí a hlouší (Horáková, 2012).

Komunikace – slovo komunikace je odvozeno z latinského slova *communicare* a znamená něco spojovat. Můžeme použít jako označení pro dopravní síť, přemísťování lidí, materiálu, ale také myšlenek, informací, postojů a pocitů od jednoho člověka k druhému. Mezi komunikační prostředky můžeme zařadit: jazyk, pošta, počítač, rozhlas, televize, telefon aj. Komunikace má svou přítomnost, minulost i budoucnost (Strnadová, 2011).

Služby – neboli zařízení poskytující péči pro osoby se sluchovým postižením a snaží se zajistit plnohodnotnou kvalitu života pro tyto osoby.

3 Metodika práce

3.1 Použitá metoda a technika sběru dat

Pro naplnění cíle bakalářské práce byla využita metoda kvantitativního šetření. Technikou pro sběr kvantitativních dat byl dotazník. Dle Puncha (2008) je dotazník dán díky výzkumným otázkám a slouží ke sběru dat.

Pro práci je volen výzkumný vzorek z žáků středních zdravotnických škol. Cíl je zaměřen především na žáky 3. a 4. ročníků z oborů zdravotnický asistent a zdravotnické lyceum. S tím, že nejprve z každého ročníku i oboru jsou použiti dva dobrovolníci pro metodu pilotáže, což je součást předvýzkumu, ve kterém se na malém počtu vzorku zkoumaných osob ověřuje správnost, srozumitelnost a vhodnost formulace otázek v plánovaném dotazníkovém šetření.

Výhodou kvantitativního výzkumu, může být nejenom možnost oslovení širšího počtu respondentů, ale i časová nenáročnost, ale také zachování anonymity respondenta. Což v mnohých případech bývá pro jedince velmi působivé, a tak dotazníkové šetření může mít větší návratnost. Znalost práce a zacházení s pracovními nástroji je předpokladem solidní výzkumné práce. Měření má dobrou validitu neboli platnost pouze tehdy, pokud měří skutečně to, co měřit má.

Při kvantitativním přístupu se tedy pracuje s číselnými údaji, které se dále zpracovávají pomocí statistických metod – jedná se tedy o precizní a jednoznačné vyjádření zkoumaných jevů v podobě čísel (Gavora, 2010).

Pro sestavení schématu výzkumu bylo vycházeno dle autora Chrástky, který ve své publikaci popisuje základní schéma pro postup při výzkumu: „*Nejprve je stanovení problému, pokračuje formulace hypotézy, následuje samotné testování (verifikace, ověřování) hypotézy, a nakonec se jedná o vyvození závěrů a jejich prezentace*“ (Chrástka, 2016, s. 12).

3.2 Vytvoření dotazníku

Zhotovení dotazníku bylo nejprve na účel pilotáže, ve kterém byla využita nejvíce používaná metoda, což je Likertova škála. Dotazník byl sestaven v programu MS Word. Po pilotážním šetření bylo zapotřebí upravit dotazník tak, aby všichni žáci dobře rozuměli podaným otázkám a dokázali na ně smysluplně odpovědět.

Nový dotazník byl taktéž zhotoven v programu MS Word a má celkem 14 otázek. První část dotazníku tvoří úvod a vysvětlení účelu tohoto dotazníku. Jako další následují otázky týkající se pohlaví a věku. Po těchto otázkách už je sestavena tabulka pomocí Likertovy škály, kde na krátké věty musí žáci do tabulky zaznamenat svoji odpověď. Je na výběr celkem z pěti samostatných odpovědí typu naprosto souhlasím, spíše souhlasím, nevím/nemám názor, spíše nesouhlasím a naprosto nesouhlasím. Každý žák si proto může vybrat podle svého uvážení.

Následují už jen samostatné otázky, na které je vytvořeno nejvíce 5 odpovědí vždy pouze s jednou možností volby odpovědi. Otázky jsou zaměřené na konkrétní a jasné věci týkající se kvality života osob se sluchovým postižením. V dalších, a to posledních otázkách, je opět využita Likertova škála, kdy odpovědi jsou typu rozhodně ano, spíše ano, spíše ne, rozhodně ne a nevím/nedokáži posoudit. Dotazník je sestaven tak, aby všichni dotazovaní žáci dokázali uvést odpověď na každou otázku, ale také aby otázku pochopili.

3.3 Výzkumný soubor

Pro naplnění cíle praktické části bakalářské práce jsou využiti respondenti neboli žáci středních zdravotnických škol. A to konkrétně žáci oborů zdravotnický asistent a zdravotnické lyceum, jak už je uvedeno výše. Celkový počet respondentů byl 281 žáků s tím, že dotazník byl pro vyplnění anonymní a také dobrovolný.

Oslovena byla střední zdravotnická škola v Havlíčkově Brodě, Českých Budějovicích, Jindřichově Hradci a Jihlavě. S tím, že bylo nutné získat co nejvíce respondentů tak, aby zkoumaný vzorek byl reprezentativní. Samozřejmě ředitelé škol byli seznámeni s problematikou celé praktické části a s cílem práce. Nakonec byl obstarán i informovaný souhlas od každého ředitele střední zdravotnické školy tak, aby každý věděl a byl seznámen s výzkumem samotným, a taktéž je schválení každého ředitele doložené i do samotné práce v přílohách. Jedná se o informovaný souhlas, který dává ředitel střední zdravotnické školy, a tak souhlasí s testováním právě žáků na dané střední zdravotnické škole.

Žákům středních zdravotnických škol v Havlíčkově Brodě a Českých Budějovicích byl rozdán dotazník pomocí papírové formy. Kdy ředitelé škol zajistili alespoň 100 % návratnost dotazníkového šetření. Každý žák z 3. a 4. ročníku obdržel dotazník, který

následně podle svých možností vyplnil a opět odevzdal řediteli školy. Ochota ředitelů byla neuvěřitelná a za to jim patří obrovské díky.

Další dotazníkové šetření bylo vytvořeno pomocí formuláře Google, kdy byl sestaven online dotazník a odeslán ředitelům středních zdravotnických škol v Jindřichově Hradci a Jihlavě. Ředitelé škol poté sami rozeslali dotazník prostřednictvím hromadných e-mailů žákům 3. a 4. ročníků. Ovšem na některých školách se online dotazník dostal i k nižším ročníkům, což vlastně určuje věková hranice v uvedených hodnotách dotazníkového šetření.

3.4 Proces sběru dat

Celkový proces sběru kvantitativních dat probíhal pomocí tištěné formy dotazníků na středních zdravotnických školách v Havlíčkově Brodě a Českých Budějovicích. Druhou formou byl online dotazník vytvořený pomocí formuláře Google, který vyplnili žáci středních zdravotnických škol v Jindřichově Hradci a Jihlavě.

Sběr dat probíhal od 4. března 2019 do 22. března 2019, ovšem na některých školách byly výsledky dříve, což byly dotazníky, které byly tištěné a byla přislíbena 100 % návratnost. Některé online dotazníky nebyly vyplněny, ale dotazník byl anonymní a stejně tak dobrovolný, a proto je nutné pracovat s daty, která jsou k dispozici.

3.5 Metoda vyhodnocení dat

Po ukončení sběru dat byly jednotlivé odpovědi dotazníkového šetření zadány do programu MS Excel. Pomocí tohoto programu byly vytvořeny grafy, která obsahovaly všechny zjištěné údaje z dotazníku, a dále sloužily pro další statistické vyhodnocení dat.

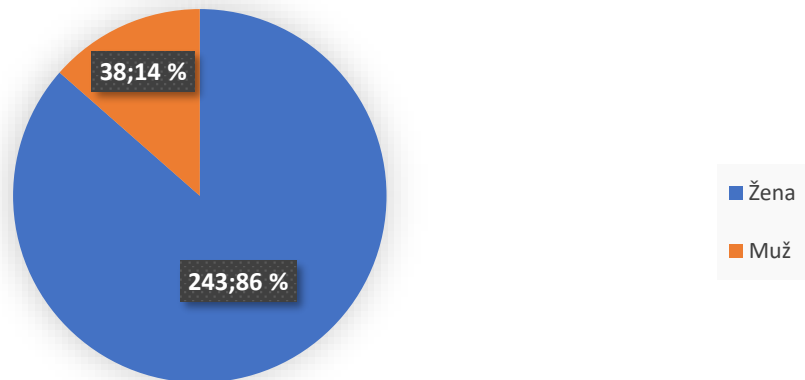
Pro testování hypotéz byla využita metoda Chí-Kvadrát. Tato metoda je dále přesněji popsána v kapitole níže, kde jsou vyhodnoceny výsledky zkoumaných hypotéz, které podkládaly právě tento výzkum.

4 Výsledky

4.1 Popisná statistika

Pro každou otázku dotazníkového šetření je zobrazen graf, který znázorňuje absolutní a relativní četnost daného výzkumného šetření.

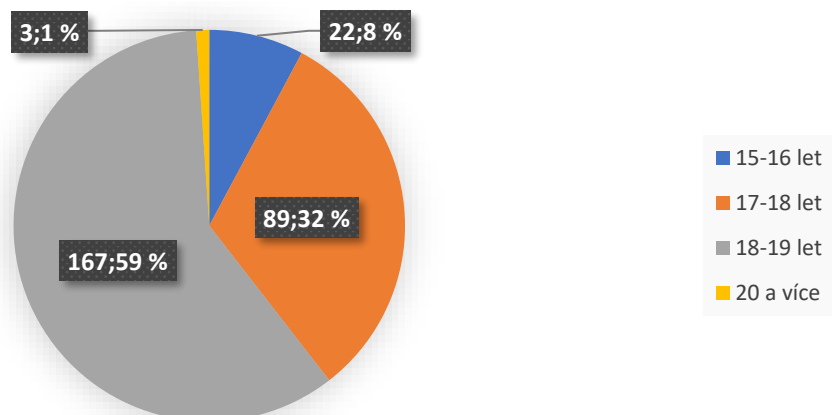
Obrázek 1 Pohlaví respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Na prvním výšečovém grafu je znázorněno kolik žen a mužů, respektive kolik žákyň a žáků, se zúčastnilo výzkumného šetření. Z grafu lze vyčíst, že větší zastoupení respondentů v průzkumném šetření měly ženy, a to konkrétně 243 (86 %). Mužů se zúčastnilo poněkud méně, jelikož je patrné, že střední zdravotnické školy mívají více žákyň než žáků. Konkrétně se zúčastnilo 38 (14 %) mužů.

Obrázek 2 Věk respondentů

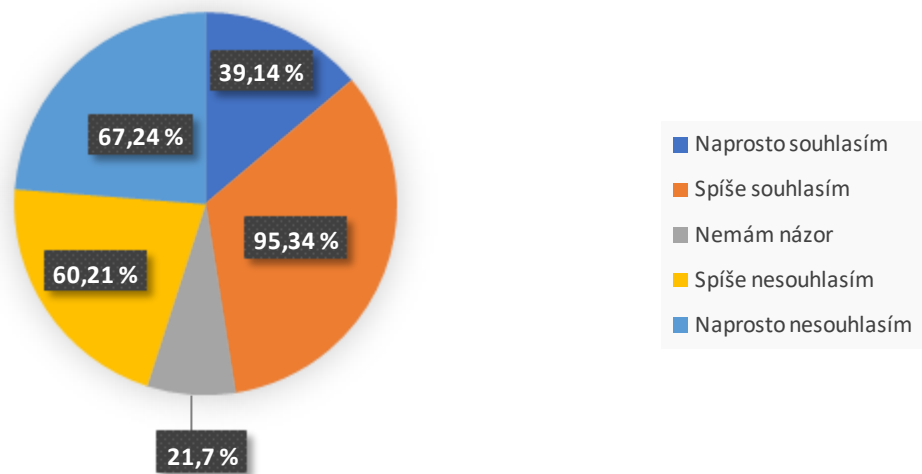


Zdroj: Vlastní výzkum

Z druhého grafu vyplývá věk respondentů, kteří se účastnili výzkumného šetření. Jelikož byl primárně určen dotazník pro žáky 3. a 4. ročníků, je největší zastoupení věkové

hranice 18-19 let, a to konkrétně 167 (59 %). Další větší část zastupoval věk 17-18 let 89 respondentů (32 %). Méně zúčastněných bylo ve věku 15-16 let, a to celkem 22 (8 %). A nejmenší počet zúčastněných byl věk 20 a více, což zastupovali pouze 3 respondenti (1 %).

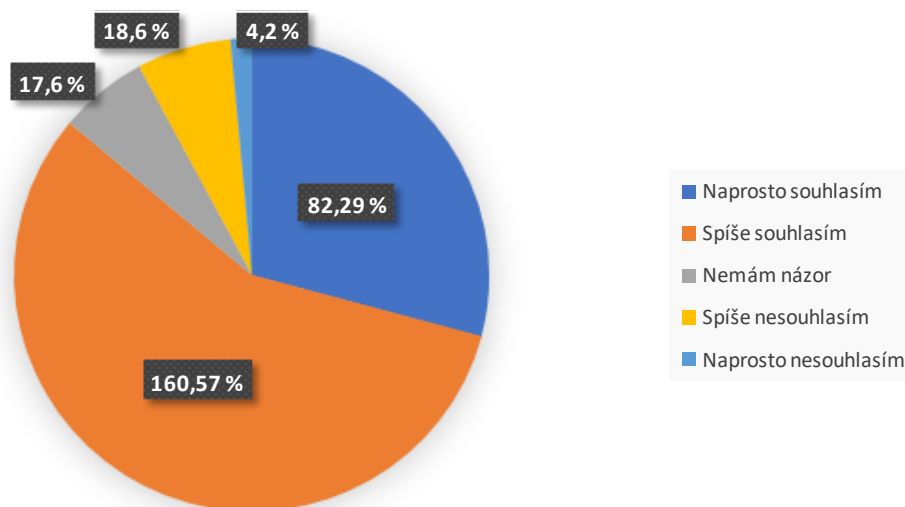
Obrázek 3 Odsuzování sluchově postižených společností



Zdroj: Vlastní výzkum

Třetí graf řeší vlastní názory žáků na určité otázky týkající se kvality života osob se sluchovým postižením. Byla použita tabulka s prvky Likertovy škály, kde žáci vybírali celkem z pěti odpovědí jednu možnost podle vlastního uvážení. Na položenou otázku: „Lidé se sluchovým postižením mohou být společností odsuzováni,“ odpovědělo odpovědí naprostě souhlasím 39 (14 %) respondentů. Na další odpověď spíše souhlasím odpověděla většina respondentů, a to 95 (34 %). Odpověď nemám názor zvolilo 21 (7 %) respondentů. Dále odpověď spíše souhlasím zvolilo 60 (21 %) respondentů a poslední možnost naprostě nesouhlasím zvolilo celkem 67 (24 %) respondentů.

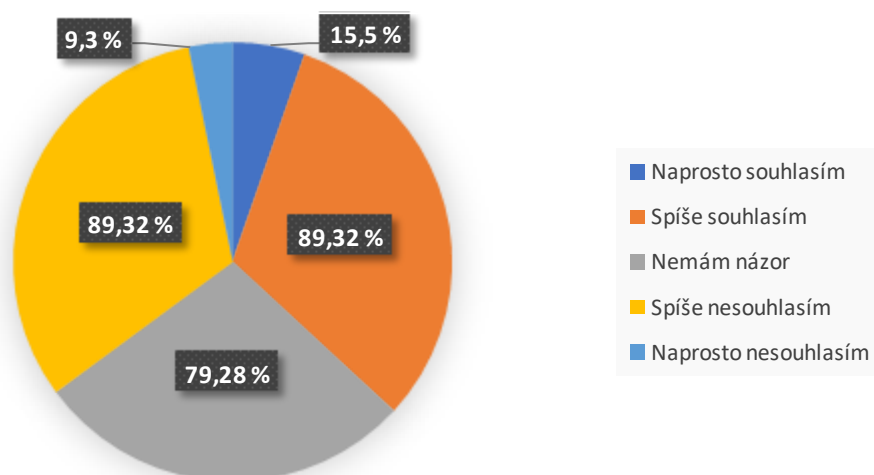
Obrázek 4 Zranitelnost sluchově postižených ve společnosti



Zdroj: Vlastní výzkum

Další graf je také spojený s výběrem možností, kdy na otázku: „*Lidé se sluchovým postižením bývají ve společnosti zranitelnější díky svému handicapu,*“ odpovědělo nejvíce respondentů spíše souhlasím 160 (57 %). Dále odpověď naprosto souhlasím volilo 82 (29 %) respondentů. Nejmenší zastoupení měly odpovědi nemám názor 17 (6 %), spíše nesouhlasím 18 (6 %) a naprosto nesouhlasím 4 (2 %).

Obrázek 5 Posouzení kvality života

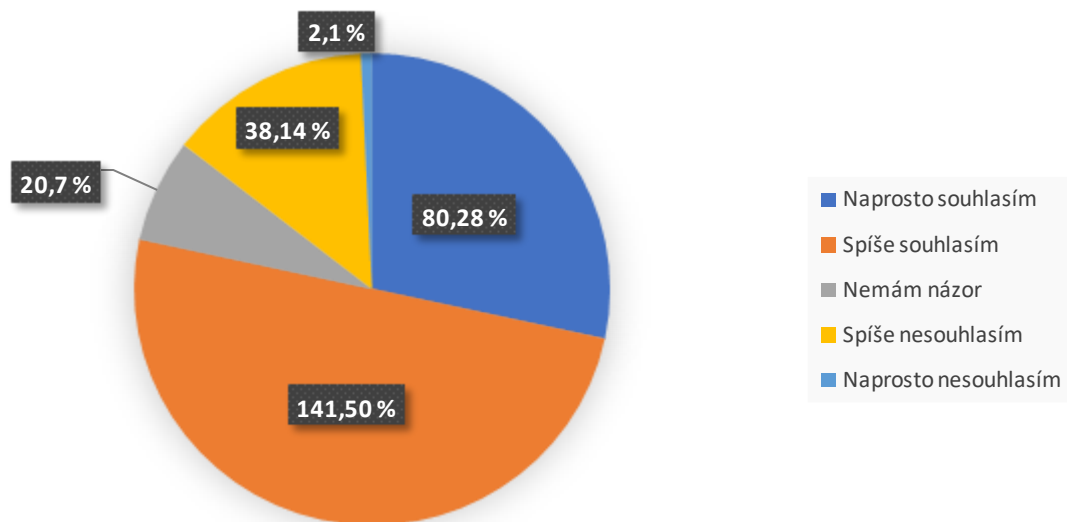


Zdroj: Vlastní výzkum

Další graf znázorňuje výběr možností na otázku: „*Lidé se sluchovým postižením mají dobrou kvalitu života.*“ Nejvíce odpovědí měla možnost spíše souhlasím 89 (32 %), stejně tak i odpověď spíše nesouhlasím 89 (32 %). Poté následovala odpověď s možností nemám

názor 79 (28 %). Nejméně měla možnost naprosto souhlasím 15 (5 %) a naprosto nesouhlasím 9 (3 %).

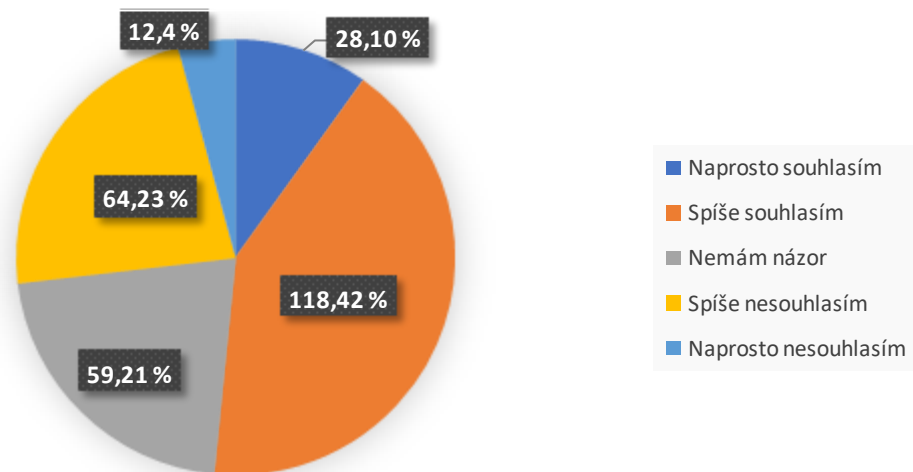
Obrázek 6 Problémy s komunikací



Zdroj: Vlastní výzkum

I tento graf se zabývá možností volby dle tabulky Likertovy škály na otázku: „Lidé se sluchovým postižením mívají problémy s komunikací ve společnosti.“ Nejvíce odpovědí spíše souhlasím 141 (50 %), dále naprosto souhlasím 80 (28 %). Nejméně opět mělo zastoupení odpovědi spíše nesouhlasím 38 (14 %), poté nemám názor 20 (7 %) a nakonec naprosto nesouhlasím 2 (1 %).

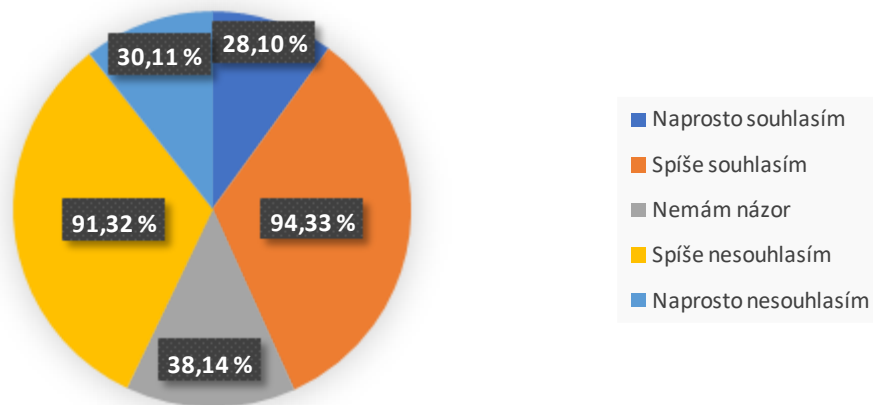
Obrázek 7 Problémy ohledně kvality života



Zdroj: Vlastní výzkum

Tento graf znázorňuje odpovědi na otázku: „*Lidé se sluchovým postižením se setkávají s problémy ohledně své kvality života (volný čas, finance, zdraví a další).*“ Na tuto otázku odpovědělo nejvíce respondentů odpovědí spíše souhlasím 118 (42 %), dále spíše nesouhlasím 64 (23 %). Velký ohlas měla také odpověď nemám názor 59 (21 %). Nejmenší zastoupení měly odpovědi naprosto souhlasím 28 (10 %) a naprosto nesouhlasím 12 (4 %).

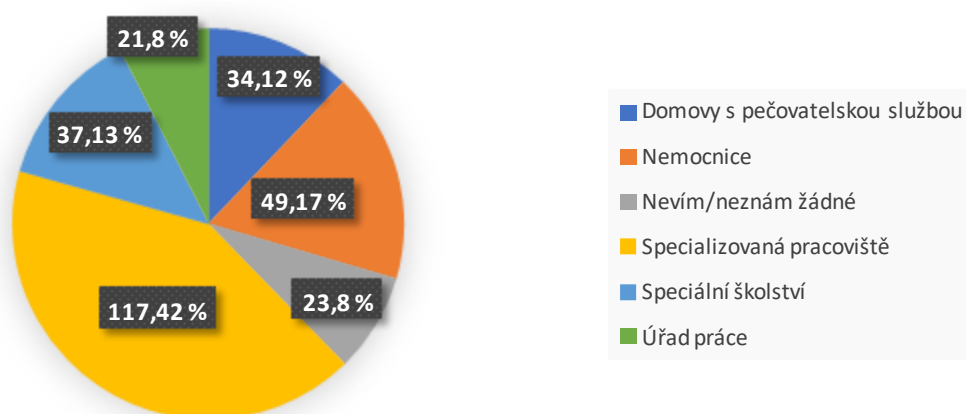
Obrázek 8 Hodnocení kvality života



Zdroj: Vlastní výzkum

Na tomto grafu je znázorněna poslední otázka z výběru možností Likertovy škály, což je otázka: „*Lidé se sluchovým postižením mají stejnou kvalitu života jako ostatní lidé.*“ Nejvíce odpovědi zaznamenala odpověď spíše souhlasím 94 (33 %) a spíše nesouhlasím 91 (32 %). Dále odpověď nemám názor 38 (14 %), odpověď naprosto nesouhlasím 30 (11 %). A nejméně respondentů zvolilo možnost naprosto souhlasím, což bylo 28 (10 %) respondentů.

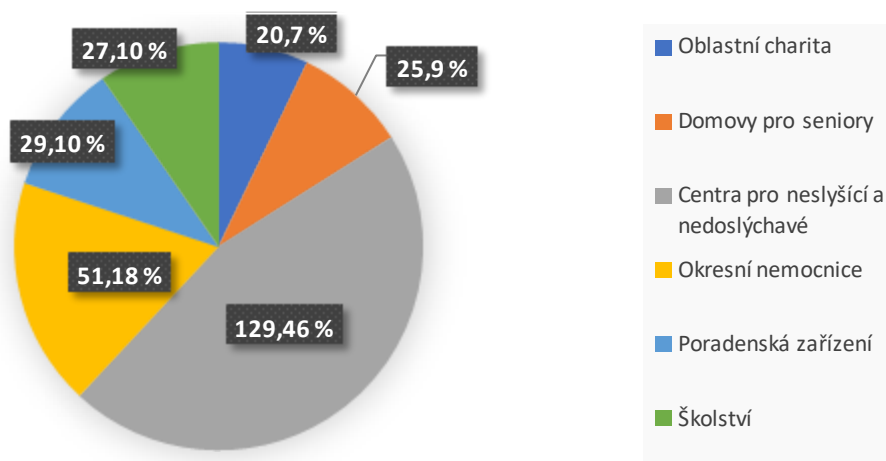
Obrázek 9 Zařízení pro sluchově postižené



Zdroj: Vlastní výzkum

Tento graf znázorňuje odpovědi na otázku zaměřenou na zařízení, která se podle žáků nejvíce věnují sluchově postiženým. Největší zastoupení měla odpověď specializovaná pracoviště 117 (42 %). Dále odpověď nemocnice 49 (17 %), speciální školství 37 (13 %), domovy s pečovatelskou službou 34 (12 %). Našlo se i pár odpovědí nevím/neznám žádné 23 (8 %), což je překvapivé, jelikož sami žáci se na praxích v zařízeních mohou se sluchově postiženými setkat a nejčastěji je to například právě nemocnice. Poslední možností s nejmenším počtem odpovědí byl úřad práce 21 (8 %). Tato možnost je procentuálně i početně srovnatelná s možností nevím/neznám žádné.

Obrázek 10 Poskytování péče

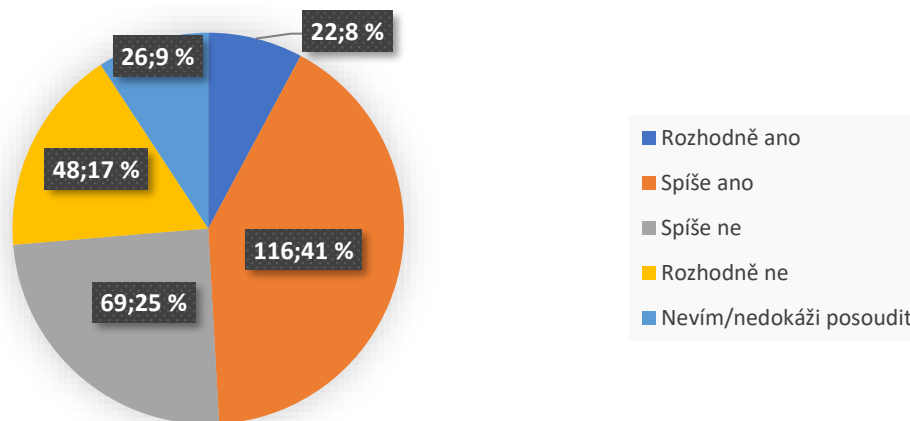


Zdroj: Vlastní výzkum

Tento další graf znázorňuje odpovědi na otázku: „Kde si myslíte, že je poskytována služba a péče (zajištění kvality života) pro sluchově postižené?“ Na tuto otázku bylo nejvíce odpovědí centra pro neslyšící a nedoslýchavé 129 (46 %). Jako další častou odpovědí

byly okresní nemocnice 51 (18 %). Další odpovědi byla také často používána poradenská zařízení 29 (10 %) i odpověď školství 27 (10 %) nebo domovy pro seniory 25 (9 %). Nejméně odpovědi bylo u možnosti oblastní charita, a to celkem 20 (7 %).

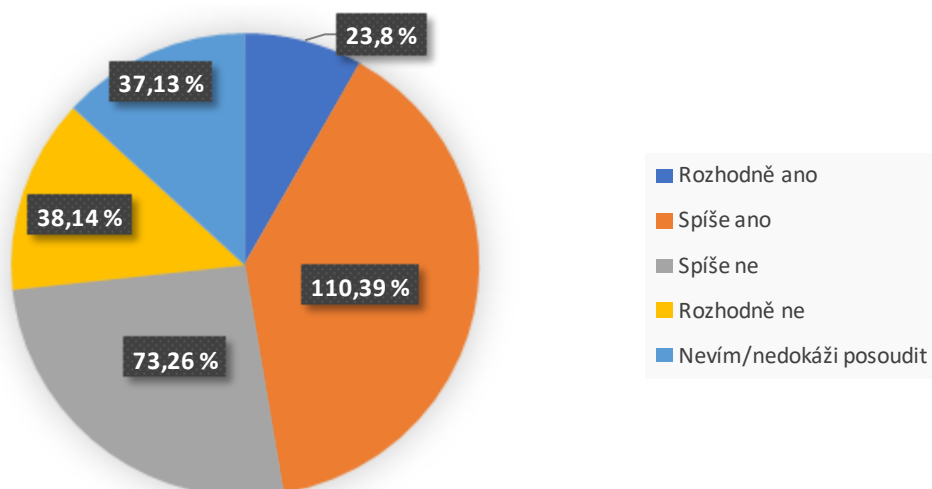
Obrázek 11 Služby



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf číslo 11 se zaměřuje na otázku, jestli služby zajišťující kvalitu života pro osoby se sluchovým postižením jsou dle průzkumného šetření a žáků středních zdravotnických škol dostačující. Toto tvrzení je patrné z nejvíce zastoupené odpovědi spíše ano 116 (41 %). Další velkou četnost odpovědí měla možnost spíše ne 69 (25 %) a také odpověď rozhodně ne 48 (17 %). Nejmenší zastoupení, i když skoro srovnatelné, měly odpovědi nevím/nedokáži posoudit 26 (9 %) a rozhodně ano 22 (8 %).

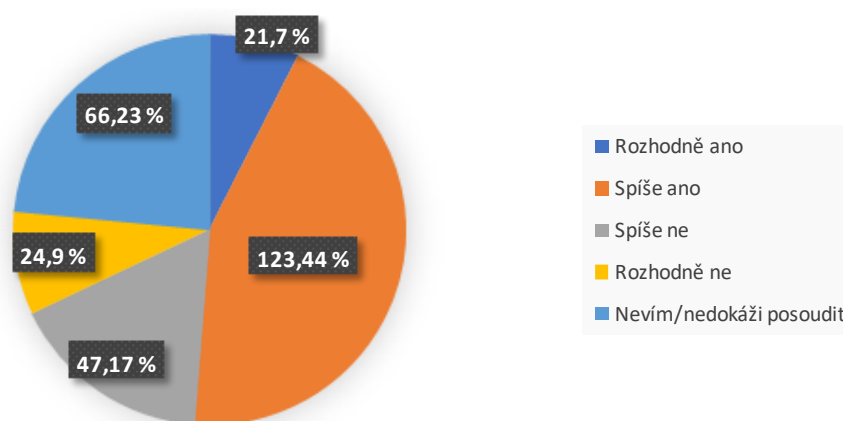
Obrázek 12 Poskytování péče



Zdroj: Vlastní výzkum

Další graf se zabýval otázkou, která se vztahovala na žáky středních zdravotnických škol. Jednalo se o otázku: „*Myslíte si, že byste zvládli pracovat se sluchově postiženými, a tím jim dokázali poskytnout plnohodnotnou kvalitu života?*“ Tato otázka se vlastně týkala toho, jak hodnotí žáci svoji výkonnost a svoje dovednosti v rámci odborných praxí. Ovšem odpovědi byly vcelku zajímavé. Největší počet odpovědí padl u možnosti spíše ano 110 (39 %). Naopak hodně odpovědí zaznamenala možnost spíše ne 73 (26 %). Někteří žáci si zřejmě moc nevěří, a proto u odpovědi rozhodně ne bylo celkem 38 (14 %) respondentů. Ovšem někteří žáci volili i možnost rozhodně ano, a to celkem 23 (8 %). V celku překvapivě vyšla možnost nevím/nedokáži posoudit, kde odpovědělo také dost žáků, a to konkrétně, jak lze z grafu vyčíst, 37 (13 %).

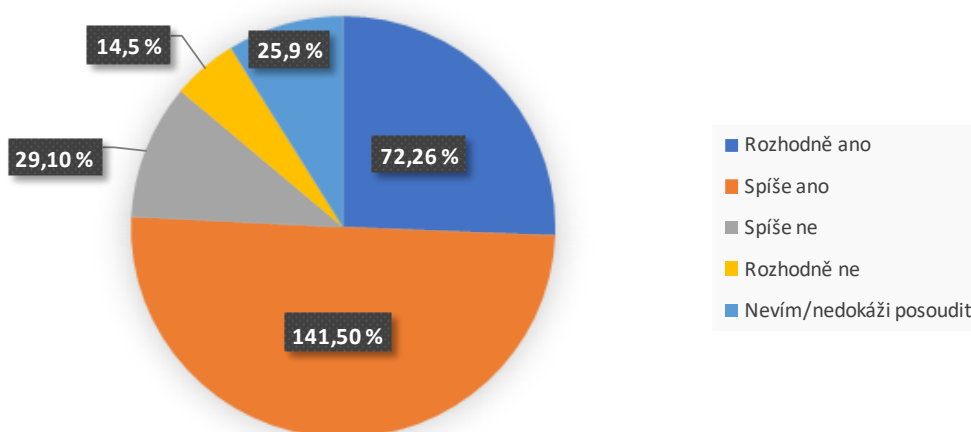
Obrázek 13 Komunikace



Zdroj: Vlastní výzkum

Předposlední otázka na výše znázorněném grafu se týkala komunikace u osob se sluchovým postižením a jejím vlivem na kvalitu života. Na tuto otázku bylo nejvíce zvoleno možností spíše ano 123 (44 %). Tudíž je patrné, že většina žáků si myslí, že komunikace mezi sluchově postiženými a majoritní společností může být příčinou pro snížení kvality života. Ovšem další častou odpovědí byla možnost nevím/nedokáži posoudit 66 (23 %). Dále možnost spíše ne 47 (17 %). Nejméně odpovědí zaznamenala volba rozhodně ne 24 (9 %) a rozhodně ano 21 (7 %).

Obrázek 14 Komunikace a kvalita života



Zdroj: Vlastní výzkum

Poslední otázka výzkumného šetření se zabývala kvalitou života a komunikačními dovednostmi u osob se sluchovým postižením. Tato otázka také byla zaměřena spíše na názor samotných žáků. Největší zastoupení u této otázky měla odpověď s možností spíše ano 141 (50 %), dále možnost rozhodně ano 72 (26 %). Méně měla možnost spíše ne 29 (10 %) a možnost nevím/nedokáži posoudit 25 (9 %). Nejméně odpovědí zastávala možnost rozhodně ne a to celkem 14 (5 %).

4.2 Výsledky zkoumaných hypotéz

Pro vyhodnocení hypotéz byla využita metoda pro vyhodnocení hypotéz pomocí Chí-kvadrátu (χ^2). Ovšem nebylo v úmyslu prezentovat tuto práci příliš statisticky, a proto jen velice stručně a jasně je popsán způsob testování hypotéz a jejich vyhodnocení.

Při vyhodnocení hypotéz metodou Chí-kvadrát se nejčastěji postupuje tak, že nejprve jsou zformulovány nulové (H_0) a alternativní hypotézy (H_1) spolu s hladinou významovosti α (většinou $\alpha = 0,05$). Dále musí být voleno vhodné testovací kritérium a jeho pravděpodobnostní rozdělení při platnosti H_0 . Následujícími kroky je nezbytné vymezení kritického oboru s ohledem na formulaci hypotézy H_1 , výpočet testovacího kritéria G a určení jeho kritických hodnot. Jestliže pak tyto hodnoty leží v kritickém oboru, pak hypotézu H_0 zamítáme a tvrdíme, že s pravděpodobností $1 - \alpha$ platí hypotéza H_1 . Pokud ale kritérium G leží v oboru přijetí, pak hypotézu H_1 považujeme za neprokázanou (Cyhelský, Souček, 2009).

4.2.1 Hypotéza č. 1

Hypotéza č. 1 - Více než polovina žáků zastává názor, že kvůli sluchovému postižení dochází ke snížení kvality života. Pro vyhodnocení byla použita otázka č. 5 a 8, která se týkala otázek ohledně kvality života. Osobní názor vychází z otázky: „*Lidé se sluchovým postižením mají dobrou kvalitu života.*“ Je to tvrzení, které zastává vlastně osobní názor respondentů na danou problematiku. Jako všeobecný názor byla použita otázka: „*Lidé se sluchovým postižením mají stejnou kvalitu života jako ostatní lidé.*“ Tato otázka je vlastně zaměřena celkově na společnost a srovnání se sluchově postiženými, proto je u této otázky zvolen všeobecný postoj.

U každé z těchto otázek bylo na výběr z několika možností odpovědi: *naprosto souhlasím, spíše souhlasím, nemám názor, spíše nesouhlasím, naprosto nesouhlasím.* Celkově každá z otázek měla 281 odpovědí, proto výpočet celkového n_j se rovná hodnotě 562, jelikož je to vlastně dvojnásobek čísla 281, tudíž každé odpovědi.

Řešení je následující: Hypotéza č. 1 byla testována s využitím Chí-kvadrát testu (χ^2). Dále bylo nutné zformulovat hypotézu u nezávislosti.

H0: Více než polovina žáků zastává názor, že kvůli sluchovému postižení nedochází ke snížení kvality života.

H1: Více než polovina žáků zastává názor, že kvůli sluchovému postižení dochází ke snížení kvality života.

Spočítaná hodnota testového kritéria byla porovnána s příslušným kvantilem rozdělení χ^2 s $(k-1)$, tedy se dvěma stupni volnosti. Pro 5 % hladinu významnosti půjde o kvantil $\chi^2_{(1-\alpha)}$, tedy o kvantil $\chi^2_{0,95}$. Spočtená hodnota testového kritéria (18,2164) významně překračuje kvantil $\chi^2_{0,95}$ a spadá do kritického oboru, tudíž zamítáme hypotézu H0 a přijímáme alternativní hypotézu H1.

Tabulka 1

HYPOTÉZA č. 1 – Více než polovina žáků zastává názor, že kvůli sluchovému postižení dochází ke snížení kvality života				
Hladina významnosti			5 %	
<i>Skutečné četnosti</i>				
	Souhlasí	Nemá názor	Nesouhlasí	n_j
Osobní názor	104	79	98	281
Všeobecný postoj	122	38	121	281
n_j	226	117	219	562
<i>Očekávané četnosti</i>				
	Souhlasí	Nemá názor	Nesouhlasí	n_j
Osobní názor	113	58,5	109,5	281
Všeobecný postoj	113	58,5	109,5	281
n_j	226	117	219	562
<i>Testové kritérium G</i>		18,2164	<i>Kritická hodnota</i>	5,99

Zdroj: Vlastní výzkum

Závěrem tedy můžeme říci, že z dvou uvedených analýz vyplývá, že více než polovina žáků zastává názor, že kvůli sluchovému postižení dochází ke snížení kvality života. Tudiž alternativní hypotéza H_1 byla prokázána.

4.2.2 Hypotéza č. 2

Hypotéza č. 2 – Služby zajišťující kvalitu života pro osoby se sluchovým postižením jsou žáky středních zdravotnických škol hodnoceny jako nedostačující. Tato hypotéza také vycházela ze dvou otázek, a to konkrétně otázky č. 7 a č. 11. Osobní názor zastávala otázka č. 11: „Myslíte si, že služby zajišťující kvalitu života pro osoby se sluchovým postižením jsou dostačující?“ A poté všeobecný názor zastávala otázka č. 7: „Lidé se sluchovým postižením se setkávají s problémy ohledně své kvality života (volný čas, finance, zdraví a další).“ Tyto dvě otázky jsou spojeny, jelikož je jasné, že pokud je málo služeb pro tyto osoby, pak jsou patrné problémy ohledně kvality života. Proto opět četnost každé otázky byla 281 a celkový součet 562.

Řešení je následující: Hypotéza č. 2 byla také testována s využitím Chí-kvadrát testu (χ^2). Dále bylo nutné zformulovat hypotézu u nezávislosti.

H0: Služby zajišťující kvalitu života pro osoby se sluchovým postižením jsou žáky středních zdravotnických škol hodnoceny jako dostačující.

H1: Služby zajišťující kvalitu života pro osoby se sluchovým postižením jsou žáky středních zdravotnických škol hodnoceny jako nedostačující.

Spočítaná hodnota testového kritéria byla porovnána s příslušným kvantilem rozdělení χ^2 s (k-1), tedy se dvěma stupni volnosti. Pro 5 % hladinu významnosti půjde o kvantil $\chi^2(1 - \alpha)$, tedy o kvantil $\chi^2_{0,95}$. Spočtená hodnota testového kritéria (21,7466) významně překračuje kvantil $\chi^2_{0,95}$ a spadá do kritického oboru, tudíž zamítáme hypotézu H0 a přijímáme alternativní hypotézu H1.

Tabulka 2

HYPOTÉZA č. 2 – Služby zajišťující kvalitu života pro osoby se sluchovým postižením jsou žáky středních zdravotnických škol hodnoceny jako nedostačující				
Hladina významnosti			5 %	
<i>Skutečné četnosti</i>				
	Ano	Ne	Nevím	n,j
Osobní názor	138	117	26	281
Všeobecný názor	146	76	59	281
n,j	284	193	85	562
<i>Očekávané četnosti</i>				
	Ano	Ne	Nevím	n,j
Osobní názor	142	96,5	42,5	281
Všeobecný postoj	142	96,5	42,5	281
n,j	284	193	85	562
<i>Testové kritérium G</i>		21,7466	<i>Kritická hodnota</i>	5,99

Zdroj: Vlastní výzkum

Závěrem tedy můžeme říci, že z dvou uvedených analýz vyplývá, že služby zajišťující kvalitu života pro osoby se sluchovým postižením jsou žáky středních zdravotnických škol hodnoceny jako nedostačující. Tudíž alternativní hypotéza H1 byla prokázána.

4.2.3 Hypotéza č. 3

Hypotéza č. 3 – Méně než polovina žáků se domnívá, že komunikace je jedním z faktorů, který snižuje kvalitu života osob se sluchovým postižením. I tato hypotéza byla podložena dvěma otázkami z dotazníkového šetření. Jednalo se o otázku č. 6: „*Lidé se sluchovým postižením mívají problémy s komunikací ve společnosti.*“ A další otázka č. 14: „*Myslíte si, že kvalita života může být ovlivněna mírou komunikačních dovedností daného jedince se sluchovým postižením?*“ Pro osobní názor byla zvolena otázka č. 6, jelikož je to otázka zaměřená na názor žáků. A pro všeobecný postoj byla zvolena otázka č. 14, díky tomu, že tato otázka se nezabývá jenom názorem žáků, ale celkovým pohledem, tudíž pohledem na sluchově postižené a společnost.

Řešení je následující: Hypotéza č. 3 byla opět testována s využitím Chí-kvadrát testu (χ^2). Dále bylo nutné zformulovat hypotézu u nezávislosti.

H0: Více než polovina žáků se domnívá, že komunikace je jedním z faktorů, který snižuje kvalitu života osob se sluchovým postižením.

H1: Méně než polovina žáků se domnívá, že komunikace je jedním z faktorů, který snižuje kvalitu života osob se sluchovým postižením.

Spočítaná hodnota testového kritéria byla porovnána s příslušným kvantilem rozdělení χ^2 s (k-1), tedy se dvěma stupni volnosti. Pro 5 % hladinu významnosti půjde o kvantil $\chi^2(1 - \alpha)$, tedy o kvantil $\chi^2_{0,95}$. Spočtená hodnota testového kritéria (0,8112) významně nepřekračuje kvantil $\chi^2_{0,95}$ a nespadá do kritického oboru, tudíž zamítáme alternativní hypotézu H1 a přijímáme nulovou hypotézu H0.

Tabulka 3

HYPOTÉZA č. 3 – Méně, než polovina žáků se domnívá, že komunikace je jedním z faktorů, který snižuje kvalitu života osob se sluchovým postižením				
Hladina významnosti			5 %	
<i>Skutečné četnosti</i>				
	Ano	Ne	Nevím	n.j
Osobní názor	221	40	20	281
Všeobecný postoj	213	43	25	281
n.j	434	83	45	562
<i>Očekávané četnosti</i>				
	Ano	Ne	Nevím	n.j
Osobní názor	217	41,5	22,5	281
Všeobecný postoj	217	41,5	22,5	281
n.j	434	83	45	562
<i>Testové kritérium G</i>		0,8112	<i>Kritická hodnota</i>	5,99

Zdroj: Vlastní výzkum

Z výše uvedených dvou analýz vyplývá, že hypotéza alternativní H1 byla zamítnuta a prokázána byla nulová hypotéza H0. Tudiž je potvrzena hypotéza H0: Více než polovina žáků se domnívá, že komunikace je jedním z faktorů, který snižuje kvalitu života osob se sluchovým postižením.

5 Diskuse

V rámci bakalářské práce na téma „Kvalita života osob se sluchovým postižením z pohledu žáků středních zdravotnických škol“ byl vymezen cíl, a to konkrétně zjistit, jaký názor na kvalitu života osob se sluchovým postižením mají žáci středních zdravotnických škol v Havlíčkově Brodě, Českých Budějovicích, Jindřichově Hradci a Jihlavě. Pro tuto práci byl zvolen kvantitativní výzkum v podobě dotazníku, kde podle daných otázek byly zjišťovány názory samotných žáků na kvalitu života osob se sluchovým postižením. A na základě tohoto šetření byly zvoleny tři hypotézy, které poté vypovídaly o samotném výzkumném šetření.

Zajímavým faktem byla některá zjištění dle dotazníkových otázek. Například otázka, která byla zaměřena na zjištění, jestli by se žáci dokázali o osobu se sluchovým postižením sami postarat. Odpovědi byly v mnoha případech velice zajímavé, ale k nim se postupně dostaneme v této skoro závěrečné části. Právě tato kapitola je zaměřená na porovnání výsledků práce s obdobnými výsledky od jiných autorů a jsou zde uvedeny i vlastní názory.

Kvalita života člověka je často řešeným, ovšem mnohdy těžko hodnotitelným tématem. Dnešní společnost může posuzovat kvalitu života z mnoha stránek. V dnešní mnohdy uspěchané době je málokterý člověk spokojen se svou kvalitou života. Pro toto posouzení záleží na mnoha faktorech, které člověka ovlivňují. Do těchto faktorů lze například zařadit dle autorky Vaňurové (2005) subjektivní a objektivní kvalitu života. Objektivní kvalita života pozoruje materiální zabezpečení jedince, na druhé straně subjektivní kvalita života sleduje jedincovo vnímání svého postavení ve společnosti v kontextu kulturního života a hodnotového systému.

Jak je už uvedeno výše, dotazníkového šetření se zúčastnilo 281 žáků převážně z 3. a 4. ročníků středních zdravotnických škol. Bohužel procentuální vyjádření nelze určit, jelikož počty žáků v daných třídách nebyly některými školami uvedeny. Z celkového počtu se zúčastnilo 243 (86,5 %) dívek a 38 (13,5 %) chlapců. Z věkového rozmezí lze usoudit, že žáci třetích a čtvrtých ročníků se účastnili nejvíce. A to celkem 89 (32 %) žáků mezi 17-18 lety a 167 (59 %) žáků mezi 18-19 lety. Názor právě těchto starších žáků byl potřebný, jelikož právě tito žáci vyšších ročníků se dostávají na odborné praxe do různých zařízení, ovšem převážně do nemocnic, a proto cílem je zjistit názor žáků na kvalitu života osob se sluchovým postižením.

Je zřejmé, že v nemocnicích se lidé mohou vyskytovat s nejrůznějším postižením, ovšem nás zajímá pouze to sluchové. Jak uvádí Horáková (2012): *Presbyakuzie je označována jako stařecká nedoslýchavost a je to porucha sluchu, která se projevuje zhoršením ve slyšení vysokých tónů o vyšší frekvenci, současně se u lidí zhoršuje rozumění řeči. A právě v nemocnicích se takoví lidé s tímto postižením sluchu objevují právě nejvíce.*

Jedna otázka v dotazníkovém šetření se právě týkala péče o osoby se sluchovým postižením. Otázka zněla takto: *„Myslíte si, že byste zvládli pracovat se sluchově postiženými, a tím jim dokázali poskytnout plnohodnotnou kvalitu života?“* Odpovědi na tuto otázku měly možnosti rozhodně ano, spíše ano, spíše ne, rozhodně ne a nevím/nedokáži posoudit. Samozřejmě, že většina dotazovaných, a to celkem 110 (39 %), volila možnost spíše ano. Ovšem naproti tomu další odpověď, a to opačnou spíše ne, volilo celkem 73 (17 %) dotazovaných. Je patrné, že většina žáků si tuto odpověď nedokázala spojit se svojí praxí a zkušenostmi z ní. Jelikož se našlo i pár jedinců, kteří odpovídali možnostmi rozhodně ne a nevím/nedokáži posoudit, našlo se i malé procento žáků, kteří si zřejmě ve svém oboru věří a uvedli odpověď rozhodně ano.

Toto zjištění je v celku zajímavé, protože v úvodu samotného dotazníku bylo uvedeno, že je to pohled žáků neboli názor vycházející z jejich budoucího povolání pomáhajících pracovníků. Vždyť dle Úlehly (2005) pomáhat druhým lidem je považováno za samozřejmost, která vychází především z dobré výchovy a z pocitu člověka být potřebným. Pokud se ovšem z pomoci druhým stane poslání, je člověk považován za profesionála z pohledu pomáhajících profesí a jeho práce směřuje k tomu, aby přispěl ke zlepšení života těchto lidí.

Nyní se ale dostáváme k porovnání některých výsledků z dotazníkového šetření s jinými autory či výzkumy, které se také zabývaly právě kvalitou života osob se sluchovým postižením. Pro dotazníkové šetření byly zvoleny tři hypotézy, které následně rozebereme. Jako první byla zvolena hypotéza: *„Více než polovina žáků zastává názor, že kvůli sluchovému postižení dochází ke snížení kvality života.“* Tato hypotéza byla podložena dvěma otázkami v dotazníkovém šetření. Obě otázky byly zahrnuty v tabulce, kde byla na výběr jedna možnost odpovědi. Tyto odpovědi byly směřovány dle Likertovy škály. Jsou to tedy následující dvě otázky: *„Lidé se sluchovým postižením mají dobrou kvalitu života.“* a *„Lidé se sluchovým postižením mají stejnou kvalitu života jako ostatní lidé.“* Tyto dvě otázky byly výchozí pro metodu testu dobré shody, ale do této hypotézy

bychom též mohli zařadit další otázky z dotazníkového šetření. Jednalo by se například o otázku: „*Lidé se sluchovým postižením bývají ve společnosti zranitelnější díky svému handicapu.*“ nebo další otázka: „*Lidé se sluchovým postižením mohou být společností odsuzováni.*“ Výběr těchto otázek pro danou hypotézu byl prostý, jelikož lidé se sluchovým postižením jsou omezeni v nejrůznějších životních podmínkách a situacích a ostatní lidé společnosti je díky jejich postižení nemusí vnímat dobře. I když podle autorky Ludíkové et.al. (2013) můžeme usoudit, že tím, jak se osoba vyrovnává se svým postižením, už může být určitý typ kvality života. Ovšem každý na toto rčení může mít jiný názor. Tato hypotéza se ale v tomto případě potvrdila, a je tedy prokazatelná. Vyplývá z ní, že více než polovina žáků zastává názor, že sluchové postižení může být příčinou pro snížení kvality života daného jedince.

Další hypotéza byla směřována na služby poskytující kvalitu života osobám se sluchovým postižením. Daná hypotéza zněla takto: „*Služby zajišťující kvalitu života pro osoby se sluchovým postižením jsou žáky středních zdravotnických škol hodnoceny jako nedostačující.*“ Tato hypotéza vycházela opět z dvou otázek dotazníkového šetření. První otázka byla jasně a stručně směřována k službám a zastávala spíše jasný názor samotných žáků. Jednalo se o následující otázku: „*Myslíte si, že služby zajišťující kvalitu života pro osoby se sluchovým postižením jsou dostačující?*“ Doplnující otázkou pro tuto hypotézu byla otázka týkající se opět jedné možnosti volby vycházející z Likertovy škály. Tato otázka byla položena následovně: „*Lidé se sluchovým postižením se setkávají s problémy ohledně své kvality života (volný čas, finance, zdraví a další).*“ Každý žák si mohl z výběru možností zvolit svoji vlastní odpověď, jednalo se o odpovědi naprosto souhlasím, spíše souhlasím, nemám názor, spíše nesouhlasím, naprosto nesouhlasím.

Pokud jsou služby dostačující, není tedy možné, aby se lidé setkávali s problémy ohledně kvality života. Vždyť každá služba zajišťuje různé možnosti a nabídky, které mohou kvalitu života jedince zlepšovat. Ovšem ne vždy jsou tyto služby dostačující, dle žáků tyto služby dostačující nejsou, a proto i další hypotéza byla na základě těchto dvou otázek potvrzena.

Samozřejmě musí se brát v potaz, že žáci středních škol nemusí znát všechna zařízení či služby, které poskytují jedincům se sluchovým postižením podmínky pro lepší kvalitu života. Ale určitě mohou žáci vycházet opět ze svých odborných praxí a zaměřit se

například na nemocnice, domovy s pečovatelskou službou nebo specializovaná pracoviště.

V tomto případě bychom mohli uvést citaci od autorky Strnadové (©2016): Prestiž sestry neboli zdravotníka je hlavně závislá na lidském faktoru, tedy na tom, kdo tuto profesi vykonává, na jeho intelektuálních a morálních vlastnostech. V tom případě je to také závislé na působení sestry či zdravotníka na své okolí a jedince samotné. Je nutné brát v úvahu také odborné předměty, které se na středních zdravotních školách vyučují. Jako příklad lze uvést předmět Ošetřovatelství, kde se žáci seznamují s metodami, které poté využívají na odborných praxích. Nebylo by špatné zařadit do tohoto předmětu občas i problematiku speciální pedagogiky, obzvláště oboru surdopedie. Ovšem z této strany je to pouze doporučení, které je spojeno také s přínosem do praxe. Do budoucna by se tyto přístupy mohly díky tomuto výzkumu v bakalářské práci rozvinout a prohloubit se informovanost o problematice samotné.

Poslední hypotéza byla směřována právě na komunikaci. Jednalo se o tuto hypotézu: „*Méně než polovina žáků se domnívá, že komunikace je jedním z faktorů, který snižuje kvalitu života osob se sluchovým postižením.*“ Pro tuto hypotézu byly opět vybrány dvě otázky z dotazníkového šetření. Byla to otázka č. 6: „*Lidé se sluchovým postižením mívají problémy s komunikací ve společnosti.*“ A druhá otázka č. 14: „*Myslíte si, že kvalita života může být ovlivněna mírou komunikačních dovedností daného jedince se sluchovým postižením?*“ Z obou těchto otázek vyplynula podle metody Chí-kvadrátu (testu dobré shody) následující východiska. Tato hypotéza musela být zamítnuta, a to z důvodu jediného, jelikož kritická hodnota vycházela větší než testové kritérium a z daných odpovědí bylo patrné, že hypotéza nebude prokázána. Jelikož žáci odpovídali ve většině případů tak, že právě komunikace způsobuje problémy osobám se sluchovým postižením. Může se jednat o nejrůznější příčiny problémů, ale ve většině případů právě komunikace je hlavním a často obtížným faktorem.

Dle Valenty et.al. (2014) je komunikace pomocí mluvené řeči celosvětově nejpoužívanější způsob pro interpersonální komunikaci a je podmínkou úspěšné socializace do majoritní společnosti. Proto je poté důležité co nejlépe působit na osoby se sluchovým postižením a dopomoci jim samotným s komunikací a také komunikaci rozvíjet. Hlavní je, aby se osoba se sluchovým postižením ve společnosti cítila co nejvíce integrována, to znamená začleněna a docházelo tak k vzájemným interakcím mezi

majoritní společností a osobami se sluchovým postižením. Vždyť právě hledisko socializace a integrace jedinců s postižením do společnosti je důležitým aspektem právě v oboru speciální pedagogika.

Pro zhodnocení můžeme ještě uvést autorku Hradilovou (2017), která se zasloužila právě o výzkum kvality života osob se sluchovým postižením a z uvedeného vzorku lidí se sluchovým postižením vyšly výsledky právě velmi pozitivně. Hradilová (2017, s. 113) ve své práci uvádí: „*Výsledky provedeného výzkumného šetření v celkovém shrnutí poukazují na pozitivně laděnou kvalitu života osob se sluchovým postižením.*“

Je tedy patrné z následujícího srovnání, že jedinci se sluchovým postižením se mohou ve společnosti cítit velice dobře a jejich kvalita života je pozitivní a dobře uchopitelná. Ovšem my jako majoritní společnost bez daného handicapu máme na takové okolnosti patrně jiný názor, jak už můžeme vidět z výše uvedeného dotazníkové šetření, a právě z pohledu žáků středních zdravotnických škol.

6 Závěr

Předkládaná bakalářská práce s názvem „*Kvalita života osob se sluchovým postižením z pohledu žáků středních zdravotnických škol*“ na základě předem stanoveného cíle zjišťuje díky kvantitativnímu šetření, jaký názor na kvalitu života osob se sluchovým postižením mají žáci středních zdravotnických škol v Havlíčkově Brodě, Českých Budějovicích, Jindřichově Hradci a Jihlavě.

Celá práce je rozčleněna do dvou hlavních částí. První část je teoretická, která popisuje současný stav dané problematiky pomocí literatury. Druhá část je praktická, která vychází z kvantitativního šetření. Pro sběr kvantitativních dat byl zvolen dotazník a analýza těchto dat proběhla pomocí popisné statistiky a metodou Chí-kvadrát (test dobré shody). Ke stanovení cíle bakalářské práce byly zvoleny tři hypotézy, které s cílem práce souvisely a následně díky dotazníkovému šetření bylo možné zjistit prokazatelnost daných hypotéz.

Výzkum vlastně přinesl pohled žáků středních zdravotnických škol na kvalitu života osob se sluchovým postižením. Dvě výše uvedené hypotézy byly prokázány a jedna zamítnuta. Výsledky šetření bakalářské práce by mohly být do budoucna východiskem pro další výzkumné šetření nebo by se informovanost o samotné problematice mohla prohloubit či rozvinout na středních zdravotnických školách.

Stanovený cíl byl dle východisek praktické části splněn na základě výzkumného šetření a stejně tak dané hypotézy byly s cílem provázány a vypovídaly o samotném výzkumném šetření. Jejich prokazatelnost je výše uvedena, znovu není zapotřebí uvádět. Je také možné se domnívat, že nabyté poznatky z odborné literatury se relativně shodují s odpověďmi na stanovené hypotézy.

I když nemůžeme říci, že práce s ohledem na rozsah tématu je zcela vyčerpávající. Ovšem je patrné, že obsahově bylo zpracování tohoto tématu velice zajímavé, přínosné a někomu může být inspirací pro hlubší výzkum této problematiky.

7 Seznam literatury

Knižní publikace

BENDOVÁ, P. et.al., 2015. *Základy speciální pedagogiky nejen pro speciální pedagogy*. Hradec Králové: Univerzita Hradec Králové. 225 s. ISBN 978-80-7435-422-9.

BUŽGOVÁ, R., 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada. 168 s. ISBN: 9788024754024.

CYHELSKÝ, L., SOUČEK, E., 2009. *Základy statistiky*. Praha: Vysoká škola finanční a správní. 164 s. ISBN: 978-80-7408-013-5.

FISCHER, S., 2014. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se specifickými potřebami v oblasti somatické, psychické a sociální: učebnice pro studenty učitelství*. Praha: Triton. 304 s. ISBN 978-80-7387-792-7.

GAVORA, P., 2010. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2. vydání. Brno: Paido. 261 s. ISBN 978-80-7315-185-0.

GURKOVÁ, E., 2011. *Hodnocení kvality života. Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada Publishing, a.s. 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.

HAMPL, I., 2013. *Surdopedie*. Ostrava: Ostravská univerzita. 65 s. ISBN 978-80-7464-327-9.

HAVLÍK, R., 2007. *Sluchadlová protetika*. Brno: Mikadapress. 208 s. ISBN 978-80-7013-458-0.

HAWKINS, P., SHOHET, R., 2004. *Supervize v pomáhajících profesích*. 1. vyd. Praha: Portál. 208 s. ISBN 80-7178-715-9.

HEŘMANOVÁ, E., 2012. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). Studijní texty. 239 s. ISBN 9788074191060.

HOGAN, A., 2015. *Hearing Impairment and Hearing disability: Towards a Paradog, Change in HearingServices*. London: Taylor and Francis Ltd. 168 s. ISBN 978-14-724-5320-4.

- HORÁKOVÁ, R., 2012. *Sluchové postižení: úvod do surdopedie*. Praha: Portál, s.r.o. 159 s. ISBN 978-80-262-0084-0.
- HOUDKOVÁ, Z., 2005. *Sluchové postižení u dětí – komplexní péče*. Praha: Triton. 120 s. ISBN 80-7254-623-6.
- HRADILOVÁ, T., 2017. *Kvalita života osob se sluchovým postižením*. Praha: Univerzita Karlova. 177 s. ISBN 978-80-7290-967-4.
- HYBÁŠEK, I. et.al., 2006. *Otorinolaryngologie*. Univerzita Karlova v Praze: Karolinum. 426 s. ISBN 80-246-1019-1.
- CHRÁSKA, M., 2016. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada. 254 s. ISBN 978-80-247-5326-3.
- JANIŠ, K. et.al., 2016. *Volný čas seniorů*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-5535-9.
- JANKOVSKÝ, J., 2003. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton. 224 s. ISBN: 80-7254-329-6.
- JESENSKÝ, J., 2000. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. Praha: Karolinum. 354 s. ISBN 80-7184-823-9.
- JUNGWIRTHOVÁ, I., 2015. *Dítě se sluchovým postižením v MŠ a ZŠ*. Praha: Portál. 192 s. ISBN 978-80-262-0944-7.
- KELNAROVÁ, J., et.al., 2016. *Speciální pedagogika pro zdravotnické obory*. Praha: Galén. 106 s. ISBN 978-80-7492-273-3.
- KOCUROVÁ, M., et.al., 2002. *Speciální pedagogika pro pomáhající profese*. I. Vydání, Západočeská univerzita v Plzni. 209 s. ISBN 80-7082-844-7.
- KRAHULCOVÁ, B., 2002. *Komunikace sluchově postižených*. Praha: Karolinum. 304 s. ISBN 80-246-0329-2.
- LUDÍKOVÁ, L. et al., 2015. *Netradiční pohledy na kvalitu života osob se speciálními potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 199 s. ISBN 978-80-244-4869-5.

- LUDÍKOVÁ, L. et. al., 2014. *Výzkum kvality života vybraných skupin osob se speciálními potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 170 s. ISBN 9788024442969.
- MATOUŠEK, O., 2016. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál. 272 s. ISBN 978-80-262-1154-9.
- MEJZLÍK, J. et. al., 2007. *Zevní zvukovod*. Havlíčkův Brod: Tobiáš. 270 s. ISBN 978-80-7311-092-5.
- MUKNŠNÁBLOVÁ, M., 2014. *Péče o dítě s postižením sluchu*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-5034-7.
- NEČAS, P. et. al., 2007. *Latinská lékařská terminologie*. Praha: Karolinum. 350 s. ISBN 978-80-246-3414-2.
- NOSKOVÁ, M., 2013. *Produkce řeči u zdravého dítěte a u dítěte prelingválně neslyšícího po kochleární implantaci*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 125 s. ISBN 978-80-7394-439-1.
- PAYNE, J. et al., 2005. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton. 629 s. ISBN 978-80-7254-657-2.
- PIPEKOVÁ, J., 2010. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Vyd. 3., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido. 402 s. ISBN 978-80-7315-198-0.
- RÉNOTIÉROVÁ, L. et.al., 2007. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 313 s. ISBN 80-244-1475-9.
- ROŠKOVÁ, S., 2014. *Kvalita života sluchovo postižených. Zdravotnictví a medicína*, roč. 2014, č. 17, s. 30-31. ISSN: 2336-2987.
- SLOWÍK, J., 2007. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada Publishing, a.s. 168 s. ISBN 978-80-247-1733-3.
- STRNADOVÁ, V., 2011. *Interpersonální komunikace*. 1. vydání. Hradec Králové: Gaudeamus. 542 s. ISBN 978-80-7435-157-0.
- ÚLEHLA, I., 2005. *Umění pomáhat: učebnice metod sociální praxe*. Vyd. 3., v Sociologickém nakladatelství (SLON) 2. Praha: Sociologické nakladatelství. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). 128 s. ISBN 978-80-86429-36-6.

VAĎUROVÁ, H., MÜHLPACHR P., 2005. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita. 145 s. ISBN 80-210-3754-7.

VALENTA, M. et.al. 2014. *Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru*. Portál: Praha. 272 s. ISBN 978-80-262-0602-6.

VELEMÍNSKÝ, M., TOMŠÍKOVÁ, Z., VELEMÍNSKÝ, M., ZEMAN, M., ZIMMEROVÁ, P., ROČŇOVÁ, J., TUČEK, J., 2012. *Klinická propedeutika*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 168 s. ISBN 978-80-7394-360-8.

VYMĚTAL, J., 2003. *Úvod do psychoterapie*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). 288 s. ISBN 80-247-0253-3.

Internetové zdroje

Cochlear: ©2018. *Co je to kochleární implantát* [online]. [cit. 2018-11-20]. Dostupné z: <https://www.cochlear.com/cz/home/understand/hearing-and-hl/hl-treatments/cochlear-implant>

Díaz Agea, J.L.; Martín Robles, M.R.; Jiménez Rodríguez, D.; Morales Moreno, I.; Viedma Viedma, I.; Leal Costa, C.. *Nurse Education in Practice*, September 2018, 32:108-114 Language: English. Churchill Livingstone DOI: 10.1016/j.nepr.2018.05.001

Glance, Dorea; Rhinehart, Alessandra; Brown, Amanda. *Adult Learning*. Aug2018, Vol. 29 Issue 3, p104-114. 11p. DOI: 10.1177/1045159518761845

HLOUŠKOVÁ, Miroslava, 2012. *Kvalita života s nedoslýchavostí*. *Sestra* [online]. 2012, 22(1) [cit. 2018-10-31]. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/archiv/sestra/?id=3801>

KOLLER, M.,2015. *Život osob se sluchovým postižením ve slyšící společnosti: Život s handicapem*. *Zdravotnictví a medicína* [online]. Praha: Mladá fronta, 23.2. 2015 [cit. 2018-11-15]. Dostupné z: <http://zdravi.eruo.cz/clanek/zivota-osob-se-sluhovym-postizenim-ve-slysici-spolecnosti-478116>

SLOVÁČEK, Ladislav, 2004. *Kvalita života nemocných – jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby* [online]. 2004, 6-8 [cit. 2018-09-24]. Dostupné:http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL%201_2004/Vz11_2.%20Slovacek.pdf

Sluchadla Phonak pro spokojený život, ©2019: *Sluchadla* [online]. [cit. 2018-12-06]. Dostupné z: <https://www.sluchadlaprozivot.cz/servis>

STRNADOVÁ, Alice, © 2016. Pomáhající profese si zaslouží úctu společnosti. Florence. 12(4), 2-4. ISSN 1801-464X. Dostupné také z: <http://www.florence.cz/>

WHOQOL: ©2019 Measuring Quality of Life: introducing the WHOQOL instruments. World Health Organization [online]. Ženeva: WHO, 2019 [cit. 2019-03-11]. Dostupné z: <http://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>

WICHSOVÁ, Jana. © 2012. O důstojnosti pacienta: About patient dignity. Kontakt [online]. 14/1: 7–13. České Budějovice, 2012-03-16, , 7-13 [cit. 2018-12-03]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120424105912520522.pdf>

World Health Organization: ©2019. Grades of hearing impairment [online]. 2019 [cit. 2019-11-03]. Dostupné z: http://www.who.int/pbd/deafness/hearing_impairment_grades/en/

Zákon č. 155/1998 Sb., ©2019 *O komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob.* [online]. [cit. 2019-15-03]. Dostupné z: <http://portal.gov.cz>.

Kapitoly v knize

JEDLIČKA, I., 2007. *Vady a poruchy sluchu z hlediska otorinolaryngologie a foniatrie.* In: ŠKODOVÁ, E. et.al. *Klinická logopedie.* 2. aktualizované vydání. Praha: Portál, s. 443-465. ISBN 978-80-7367-340-6.

TAILLEFER, M. et. al., 2003. *Health-related Quality of life models: Systematic review of the literature.* Social Indicators reseach. In: GURKOVÁ, E., 2011. *Hodnocení kvality života. Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum.* Praha: Grada Publishing a.s. 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.

8 Seznam příloh

Příloha č. 1 Dotazník

Příloha č. 2 Informované souhlasy

9 Seznam zkratek

BERA	–	Brainstem Evoked Responses Audiometry – Vyšetření evokovaných odpovědí mozkového kmene
dB	–	decibel
EEG	–	elektroencefalografie
HRQoL	–	Health-Related Quality of Life – Kvalita života podmíněná zdravím
kHz	–	kilohertz
n_j	–	výsledná hodnota
NN-ABR	–	Notched-Noise Auditory Brainstem Response – Vyšetření vycházející z měření EEG aktivity sluchových drah
OAE	–	otoakustické emise
ORL	–	otorhinolaryngologie
QOL	–	Quality of Life – Kvalita života
SSEP	–	Steady State Evoked Potentials – Vyšetření ustálených evokovaných potenciálů
WHO	–	World Health Organization – Světová zdravotnická organizace

Příloha č. 1 Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Erika Lykešová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia oboru Speciální pedagogika – vychovatelství na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Tímto bych Vás chtěla požádat o vyplnění dotazníku zaměřeného na dokončení bakalářské práce s názvem „Kvalita života osob se sluchovým postižením z pohledu žáků středních zdravotnických škol“. Tento dotazník bude sloužit pro naplnění praktického cíle a zjišťuje pohled Vás, tedy žáků středních zdravotnických škol, na kvalitu života osob se sluchovým postižením z pohledu Vaší budoucí profese, tedy pomáhající profese zdravotníků. Dotazník je zcela anonymní.

Předem Vám děkuji za vyplnění dotazníku.

1) Jste muž, nebo žena?

- a) Muž
- b) Žena

2) Jaký je Váš věk?

- a) 15–16 let
- b) 17–18 let
- c) 18–19 let
- d) 20 a více

Vyberte vždy jednu z možností:

	Naprosto souhlasím	Spíše souhlasím	Nemám názor/Nevím	Spíše nesouhlasím	Naprosto nesouhlasím
3)Lidé se sluchovým postižením mohou být společností odsuzováni.					
4)Lidé se sluchovým postižením bývají ve společnosti zranitelnější díky svému handicapu.					
5)Lidé se sluchovým postižením mají dobrou kvalitu života.					
6)Lidé se sluchovým postižením mívají problémy s komunikací ve společnosti.					
7)Lidé se sluchovým postižením se setkávají s problémy ohledně své kvality života (volný čas, finance, zdraví a další).					

8) Lidé se sluchovým postižením mají stejnou kvalitu života jako ostatní lidé.					
--	--	--	--	--	--

9) Zaškrtněte prosím zařízení, které se podle Vás nejvíce věnuje sluchově postiženým? (jedna možnost)

- a) Speciální školství
- b) Úřad práce
- c) Domovy s pečovatelskou službou
- d) Nemocnice
- e) Specializovaná pracoviště (organizace pro sluchově postižené)
- f) Neznám žádné/ nevím

10) Kde si myslíte, že je poskytována služba a péče (zajištění kvality života) pro sluchově postižené? (jedna možnost)

- a) Oblastní charita
- b) Domovy pro seniory
- c) Centra pro neslyšící a nedoslýchavé
- d) Okresní nemocnice
- e) Poradenská zařízení
- f) Školství

11) Myslíte si, že služby zajišťující kvalitu života pro osoby se sluchovým postižením jsou dostačující? (jedna možnost)

- a) Rozhodně ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Rozhodně ne
- e) Nevím/ nedokáži posoudit

12) Myslíte si, že byste zvládli pracovat se sluchově postiženými, a tím jim dokázali poskytnout plnohodnotnou kvalitu života? (jedna možnost)

- a) Rozhodně ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Rozhodně ne
- e) Nevím/ nedokáži posoudit

13) Je podle Vás pravda, že komunikace mezi sluchově postiženými a majoritní společností může být příčinou pro snížení kvality života u osob se sluchovým postižením? (jedna možnost)

- a) Rozhodně ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Rozhodně ne
- e) Nevím/ nedokáži posoudit

14) Myslíte si, že kvalita života může být ovlivněna mírou komunikačních dovedností daného jedince se sluchovým postižením? (jedna možnost)

- a) Rozhodně ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Rozhodně ne
- e) Nevím/ nedokáži posoudit

Příloha č. 2 Informované souhlasy

Informovaný souhlas

Vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás s prosbou o spolupráci. V současné době vypracovávám závěrečnou práci, v rámci které provádím výzkum, jehož cílem je na podkladě kvantitativního šetření zjistit, jaký názor na kvalitu život sluchově postižených mají žáci Středních zdravotnických škol. Pro naplnění cíle bakalářské práce bude využita metoda kvantitativního šetření. Technikou pro sběr dat je dotazník. Z účasti na výzkumu pro Vás vyplývají tyto výhody či rizika: S odpověďmi Vašich žáků bude nakládáno anonymně a já, Erika Lykešová, se zavazuji k mlčenlivosti dle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů; ve znění pozdějších předpisů

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Student/ka mne informoval/a o podstatě výzkumu a seznámil/a mne s cíli, metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, stejně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na výzkumu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány a použity pro účely vypracování závěrečné práce studenta/ky.

Měl/a jsem možnost si vše řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit. Měl/a jsem možnost se studenta/ky zeptat na vše pro mne podstatné a potřebné. Na tyto dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď.

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníka výzkumu v rozsahu, způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží účastník výzkumu (nebo zákonný zástupce) a druhý student/studentka.

Jméno, příjmení a podpis účastníka výzkumu (zákonného ^{RS} zástupce): BĚLA PÍČKOVÁ
SZŠ JINDŘICHŮV HRADEC

v Jindřichově Hradci dne: 13.3.2019

Běla Píková

Střední zdravotnická škola
Klásterská 77/II
377 01 Jindřichův Hradec

Informovaný souhlas

Vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás s prosbou o spolupráci. V současné době vypracovávám závěrečnou práci, v rámci které provádím výzkum, jehož cílem je na podkladě kvantitativního šetření zjistit, jaký názor na kvalitu života sluchově postižených mají žáci středních zdravotnických škol. Pro naplnění cíle bakalářské práce bude využita metoda kvantitativního šetření. Technikou pro sběr dat je dotazník. Z účasti na výzkumu pro Vás vyplývají tyto výhody či rizika: S odpověďmi Vašich žáků bude nakládáno anonymně a já, Erika Lykešová, se zavazuji k mlčenlivosti dle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů; ve znění pozdějších předpisů

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Student/ka mne informoval/a o podstatě výzkumu a seznámil/a mne s cíli, metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, stejně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na výzkumu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány a použity pro účely vypracování závěrečné práce studenta/ky.

Měl/a jsem možnost si vše řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit. Měl/a jsem možnost se studenta/ky zeptat na vše pro mne podstatné a potřebné. Na tyto dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď.

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníka výzkumu v rozsahu, způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží účastník výzkumu (nebo zákonný zástupce) a druhý student/studentka.

Jméno, příjmení a podpis účastníka výzkumu (zákonného zástupce): _____

PhDr. Karel Štěr

V _____ dne: _____

Čestných Budějovicích

21.3.2019

Jméno, příjmení a podpis studenta/studentky: _____

Erika Lykešová

Střední zdravotnická škola
a Vyšší odborná škola zdravotnická
Husova 3
371 60 České Budějovice

Informovaný souhlas

Vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás s prosbou o spolupráci. V současné době vypracovávám závěrečnou práci, v rámci které provádím výzkum, jehož cílem je na podkladě kvantitativního šetření zjistit, jaký názor na kvalitu života sluchově postižených mají žáci středních zdravotnických škol. Pro naplnění cíle bakalářské práce bude využita metoda kvantitativního šetření. Technikou pro sběr dat je dotazník. Z účasti na výzkumu pro Vás vyplývají tyto výhody či rizika: S odpověďmi Vašich žáků bude nakládáno anonymně a já, Erika Lykešová, se zavazuji k mlčenlivosti dle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů; ve znění pozdějších předpisů

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Student/ka mne informoval/a o podstatě výzkumu a seznámil/a mne s cíli, metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, stejně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na výzkumu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány a použity pro účely vypracování závěrečné práce studenta/ky.

Měl/a jsem možnost si vše řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit. Měl/a jsem možnost se studenta/ky zeptat na vše pro mne podstatné a potřebné. Na tyto dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď.

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníka výzkumu v rozsahu, způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží účastník výzkumu (nebo zákonný zástupce) a druhý student/studentka.

Jméno, příjmení a podpis účastníka výzkumu (zákonného zástupce):

^{RS}
MGR. NADEŽDA VRBATOVA, PH.D.

V Starobátovské škole

dne:

15. 9. 2019

Střední zdravotnická škola
a Vyšší odborná škola zdravotnická
Havlíčkův Brod
Masarykova 2033

Jméno, příjmení a podpis studenta/studentky:

Erika Lykešová

Informovaný souhlas

Vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás s prosbou o spolupráci. V současné době vypracovávám závěrečnou práci, v rámci které provádím výzkum, jehož cílem je na podkladě kvantitativního šetření zjistit, jaký názor na kvalitu život sluchově postižených mají žáci Středních zdravotnických škol. Pro naplnění cíle bakalářské práce bude využita metoda kvantitativního šetření. Technikou pro sběr dat je dotazník. Z účasti na výzkumu pro Vás vyplývají tyto výhody či rizika: S odpověďmi Vašich žáků bude nakládáno anonymně a já, Erika Lykešová, se zavazuji k mlčenlivosti dle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů; ve znění pozdějších předpisů

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Student/ka mne informoval/a o podstatě výzkumu a seznámil/a mne s cíli, metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, stejně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na výzkumu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány a použity pro účely vypracování závěrečné práce studenta/ky.

Měl/a jsem možnost si vše řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit. Měl/a jsem možnost se studenta/ky zeptat na vše pro mne podstatné a potřebné. Na tyto dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď.

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníka výzkumu v rozsahu, způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží účastník výzkumu (nebo zákonný zástupce) a druhý student/studentka.

Jméno, příjmení a podpis účastníka výzkumu (zákonného zástupce):

PAVA. MARIE ŘÍHOVÁ

V

JIHCAVĚ

dne:

13. 3. 2019

GA, VOŠZ a SZŠ, SOŠS Jihlava
Karoliny Světlé 2, 586 01 Jihlava
IČ: 00836591, DIČ: CZ00836591

Jméno, příjmení a podpis studenta/studentky:

Erika Lykešová