

Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta tělesné kultury

**Kvalita života a postoje ke stáří a stárnutí u osob se sluchovým
postižením**

Diplomová práce

Autor: Bc. Vendula Panská, Aplikované pohybové aktivity

Vedoucí práce: Mgr. Julie Wittmannová, Ph.D.

Olomouc 2021

Bibliografická identifikace

Jméno a příjmení autora: Bc. Vendula Panská

Název diplomové práce: Kvalita života a postoje ke stáří a stárnutí u osob se sluchovým postižením

Pracoviště: Aplikované pohybové aktivity

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Julie Wittmannová, Ph.D.

Rok obhajoby bakalářské práce: 2021

Abstrakt

Diplomová práce je zaměřena na kvalitu života osob se sluchovým postižením u dospělých osob a seniorů. Hlavním cílem je zjistit, jak hodnotí kvalitu života a jaké mají postoje ke stáří a stárnutí osoby sluchově postižené. Diplomová práce je rozdělena do dvou základních kapitol a to na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části uvádím základní obecné poznatky o sluchovém postižení, komunikaci osob se sluchovým postižením, kompenzačních pomůckách a sociálních službách pro sluchově postižené a životních etapách stáří. Praktická část především představuje cíle, hlavní metodické postupy a objektivní výsledky empirického šetření, které bylo provedeno s důkladným využitím postupů kvantitativního výzkumu, především za pomoci s dotazníku hodnocení kvality života WHOQOL-BREF a dotazníkem vyjadřujícím postoje ke stáří a stárnutí AAQ. Výzkumného šetření se zúčastnilo 41 respondentů. Celkem bylo distribuováno 55 sad dotazníků, vrátilo se 43 dotazníků, dva dotazníky byly vyřazeny z důvodu neúplného vyplnění. S některými respondenty se autorka setkala osobně, za účelem vysvětlení práce s dotazníkem. Výzkumný vzorek zahrnoval 17 mužů (41 %) a 24 žen (59 %). Závěrečná kapitola je vyhrazena výhradně souhrnu poznatků, vyhodnocení stanovených výzkumných otázek a závěrečnou diskusi.

Klíčová slova: sluchové postižení, senioři, kvalita života, postoje ke stáří a stárnutí, WHOQOL-BREF, AAQ

Bibliographical identification

Author's first name and surname: Bc. Vendula Panská

Title of the thesis: Quality of life and attitudes towards old age and aging in the hearing impaired

Department: Applied physical activities

Supervisor: Mgr. Julie Wittmannová, Ph.D.

The year of presentation: 2021

Abstract

The thesis is focused on researching quality of life experienced by hearing impaired, deaf or otherwise disabled adults and senior citizens. The main goal of the thesis is to find out how these people describe their quality of life and their stances towards aging. The thesis is divided into two parts: a theoretical and a practical part. The theoretical part introduces elementary findings regarding hearing disabilities, communication of hearing-impaired people, compensatory aids and social services available to these people. The practical part introduces goals, methodical guidelines and objective results of an empirical investigation which was carried out by using quantitative research methods, especially by using the WHOQOL-BREF questionnaire describing quality of life and the AAQ questionnaire describing stances toward aging. 41 respondents took part in the final study. 55 questionnaires were distributed and while 43 returned, two had to be discarded because the information given was incomplete. The author has met some of the respondents personally to explain work with the questionnaire. The research sample contained 17 men (41%) and 24 women (59%) The final part is dedicated solely to summarising found results, evaluating research questions and finally a discussion.

Keywords: hearing impairment, seniors, quality of life, attitudes towards old age and aging, WHOQOL-BREF, AAQ

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně pod vedením Mgr. Julie Wittmannové, Ph.D. a uvedla jsem všechny použité materiály a odborné zdroje.

V Olomouci: květen 2021

Děkuji Mgr. Julie Wittmannové, Ph.D. za pomoc a cenné rady, které mi poskytla při zpracování diplomové práce.

Obsah

ÚVOD	1
1 PŘEHLED POZNATKŮ	3
1.1 Problematika sluchového postižení	3
1.1.1 Vymezení pojmu sluchově postižení.....	4
1.1.2 Anatomická stavba ucha.....	4
1.1.3 Terminologie sluchového postižení	5
1.1.4 Rozdělení /klasifikace sluchových vad	6
1.1.5 Počet osob se sluchovým postižením	9
1.1.6 Výskyt sluchového postižení.....	10
1.1.7 Diagnostika sluchových vad.....	10
1.2 Komunikace osob se sluchovým postižením.....	13
1.2.1 Komunikační systémy neslyšících	13
1.2.2 Mluvená řeč.....	16
1.2.3 Český znakový jazyk.....	16
1.2.4 Znakovaná čeština	17
1.2.5 Prstová abeceda	18
1.2.6 Vizualizace mluveného jazyka.....	18
1.3 Kompenzační pomůcky pro sluchově postižené	18
1.3.1 Přehled kompenzačních pomůcek pro sluchově postižené	19
1.4 Vzdělávání osob se sluchovým postižením	22
1.4.1 Preprimární školy pro žáky se sluchovým postižením.....	22
1.4.2 Primární školy pro sluchově postižené žáky se sluchovým postižením.....	23
1.4.3 Sekundární školy pro sluchově postižené žáky se sluchovým postižením	23
1.4.4 Terciální školy pro sluchově postižené žáky se sluchovým postižením	23
1.5 Sociální pro osoby se sluchovým postižením.....	24
1.5.1 Přehled sociálních služeb	24

1.5.2	Organizace pro osoby se sluchovým postižením	25
1.6	Tlumočení pro sluchově postižené	27
1.7	Pozdní dospělost, stáří a stárnutí	27
1.7.1	Stárnutí	27
1.7.2	Zdravotní aspekty stárnutí	28
1.7.3	Teorie stárnutí	29
1.7.4	Stáří a jeho periodizace	29
1.7.5	Proces stárnutí a klasifikace stáří	30
1.7.6	Pohybová aktivita v seniorském období.....	32
1.8	Kvalita života a postoje ke stárnutí a stáří	35
1.8.1	Vymezení definic a pojmů kvality života	35
1.8.2	Kvalita života osob se sluchovým postižením v dospělosti a stáří	36
1.8.3	Metody a nástroje měření kvality života	36
1.8.4	Postoje ke stárnutí a stáří.....	39
2	CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	40
3	METODIKA	41
3.1	Metody sběru dat	41
3.2	Metody vyhodnocení dat	44
3.3	Charakteristika výzkumného vzorku	44
4	VÝSLEDKY - VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKŮ.....	59
4.1	WHOQOL-BREF	59
4.1.1	Kvalita života u celého souboru respondentů dle dotazníku WHOQOL-BREF	59
4.1.2	Vybrané proměnné a jejich vliv na kvalitu života.....	59
4.2	Výsledky dotazníku AAQ	71
4.2.1	Postoj ke stárnutí a stáří u celého souboru respondentů dle dotazníku AAQ ...	71
4.2.2	Vybrané základní proměnné a jejich vliv na postoj ke stárnutí a stáří.....	72
5	DISKUZE	82

6	ZÁVĚRY	87
7	SOUHRN	91
8	SUMMARY	94
9	REFERENČNÍ SEZNAM	97
10	SEZNAM OBRÁZKŮ	103
11	SEZNAM TABULEK	105
12	PŘÍLOHY	106

ÚVOD

Diplomová práce je zaměřena na téma kvality života a postoje ke stáří u osob se sluchovým postižením. Zaměření je především na osoby dospělé a seniory se sluchovým postižením. Cílem práce je vyhodnotit, jak lidé se sluchovým postižením hodnotí vlastní život a jaké mají postoje ke stáří a stárnutí.

Předně je nutné specifikovat, kdo je vlastně sluchově postižený „senior“ a jak takto specifikovaný člověk vlastně každodenně žije, jak vyplňuje svůj čas a jaké má aktivity. Ačkoliv by se mohlo zdát, že odpověď bude jednoduchá, tak po zahájení výzkumu a rozhovorech s osobami sluchově postiženými jsem zjistila, že odpověď jednoduchá nebude. V dnešní době se průměrná doba života prodlužuje. Je to dáno samozřejmě dostupností lékařské péče, vysokou kvalitou potravin, různých technologií, zkrácení pracovní doby a samozřejmě různými aktivitami a to nejen sportovními. Téma diplomové práce je pro mne zajímavé, protože já sama jsem neslyšící. „Jako neslyšící člověk se domnívám, že nejúčinnější léčbou hluchoty není ani medicína a nejsou to ani mechanická, nebo elektronická zařízení, či chirurgický zákrok, ale porozumění.“ Jack R.Gannon (1974, in Horáková, 2012) V současné době je známo, že naše obyvatelstvo stárne a počet osob v seniorském věku stoupá.

Práce je členěna do dvou částí na část teoretickou a část empirickou. V první části práce jsem se zaměřila na teoretické poznatky k danému tématu se zaměřením na sluchové vady. Zde definuji pojmy. Domnívám se, že je velmi obtížné objektivně posuzovat posoudit kvalitu života jiného jedince nebo skupiny osob, protože subjektivně to vnímá každý jinak. Můžeme sledovat, že naša společnost má snahu se podílet na zvyšování kvality života seniorů, což je velmi zásadní pro klidné, spokojené a důstojné stárnutí. Velice důležitá je také fyzická, psychická a sociální pohoda seniorů, protože je důležité dodat chuť seniorům k aktivnímu stárnutí, zajistit zdravý životní styl a udržovat své tělo v kondici, protože psychická pohoda a kondic zcela jistě zvyšuje kvalitu života. Období stáří doprovází také mnoho zdravotních problémů, onemocnění, které bohužel kvalitu života snižují. Je tedy nutné zajistit pomyslnou rovnováhu, tak aby každý člověk seniorského věku měl chuť aktivně žít a prožívat.

Obsahem druhé části je popis cílů, několika výzkumných otázek, metodických postupů a především prezentace celkových výsledků empirického šetření, pro které jsem si vybrala dotazník hodnocení kvality života WHOQOL-BREF a druhý dotazník, který vyjadřuje postoje ke stáří a stárnutí AAQ. V další analytické části jsou popsány výsledky kvantitativního výzkumu. Závěrečná část je vyhrazena pro souhrn poznatků a závěrečnou diskusi.

1 PŘEHLED POZNATKŮ

1.1 Problematika sluchového postižení

Osoby se sluchovým postižením nemůžeme „škatulkovat“ přesně podle jejich stupně slyšení, a nelze to ani podle doby vzniku sluchové vady do identických kategorií. Dvě stejné osoby s podobnou ztrátou sluchu, ale pro existenci dalších atributů jako je doba vzniku sluchového postižení, jeho zájem o pohybové aktivity, věk, pohlaví, dosažené vzdělání, kvalita užití potřebné individuální protetiky, osobnostní předpoklady, vliv rodiny, přátel, prostředí atd., nemůžeme ve vztahu k výše uvedeným hlediskům poušalizovat (Panská, 2013).

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

Helena Kellerová

Sledujeme televizi, posloucháme rádio, čteme knihy nebo dnes sledujeme internet, protože potřebujeme získávat informace a tyto informace přijímat a zpracovávat. Už jen z tohoto důvodu vnímá Hádková (2016) zrak a sluch jako nejdůležitější smysly člověka, protože společně umožňují vznik významných informačních zdrojů. Pomocí zraku vnímáme prostorové dění, ale sluch je naprosto zásadní z hlediska lidské komunikace.

Problematikou sluchového postižení, tedy konkrétně výchovou, vzděláváním a celoživotním rozvojem osob se sluchovým postižením, se zabývá **surdopedie**. Termín je odvozen z latinského *surdus* – hluchý a *paideia* – výchova (Horáková, 2012).

Jak uvádí Hrubý (2010), sluchové postižení je postižením, které obsahuje celou řadu typů a stupňů, ve kterých je k daným osobám vyžadován absolutně odlišný přístup. Právě z tohoto důvodu je zde nutná mezioborová spolupráce. Je nutné vycházet z *fyzologie a patofyzologie sluchu*, z kterých dále vycházejí lékařské obory *otorinolaryngologie (ORL)* a *foniatrie*. Velmi potřebná je také znalost alespoň základů z oboru *akustiky a audiologie*. Horáková (2012) doplňuje nezbytnost spolupráce s odborníky z humanistických disciplín, kterými jsou např. *sociologie, lingvistika a fonetika*. Surdopedie je samozřejmě spjatá s dalšími speciálně-pedagogickými obory, jako je v první řadě *logopedie*, dále *somatopedie, oftalmopedie a psychopedie*. V neposlední řadě mají své velké opodstatnění znalosti z oborů *psychologie, obecné pedagogiky*, a konečně *sluchové protetiky*, jakožto zástupce technických oborů.

Sluchem člověk je získá přibližně 65 % informací. Při ztrátě sluchu zcela logicky dojde ke vzniku komunikační bariéry, omezení sociálních vztahů a problémům v orientačních schopnostech. „*Sluchové postižení je následek organické nebo funkční vady v kterékoli části sluchového analyzátoru, sluchové dráhy a sluchových korových center, příp. funkcionálně percepčních poruch*“ (Slowík, 2007, p. 72).

1.1.1 Vymezení pojmu sluchově postižení

Sluch je pro člověka jedním z důležitých smyslů, který je nezbytný pro vznik řeči. Člověk je tímto smyslem získává informace o svém okolí (Kudláček et al., 2013). Sluchové postižení se dělí především podle stupňů a typů sluchového postižení, kam rozdělujeme především: neslyšící, nedoslýchavé a ohluchlé. Každá kategorie těchto osob představuje různé limitující faktory, nejčastěji je to věk kdy k tomuto postižení došlo, kvantitu a kvalitu postižení, mentální dispozice postižené osoby, péči, která byla poskytována a případně další postižení.

1.1.2 Anatomická stavba ucha

Lidské ucho je složeno ze tří částí, které slouží k zachycení mechanickému převodu, digitalizaci a následné transmisi zvukových vln, které se převádí do centrální nervové soustavy. Lidské ucho má význam nejen pro vnímání okolních zvuků, ale také zajišťuje vnímání pocitu rovnováhy, pohybu přímočarého i otáčivého a předává informace o aktuální poloze těla v prostoru (Bytešníková et al., 2007).

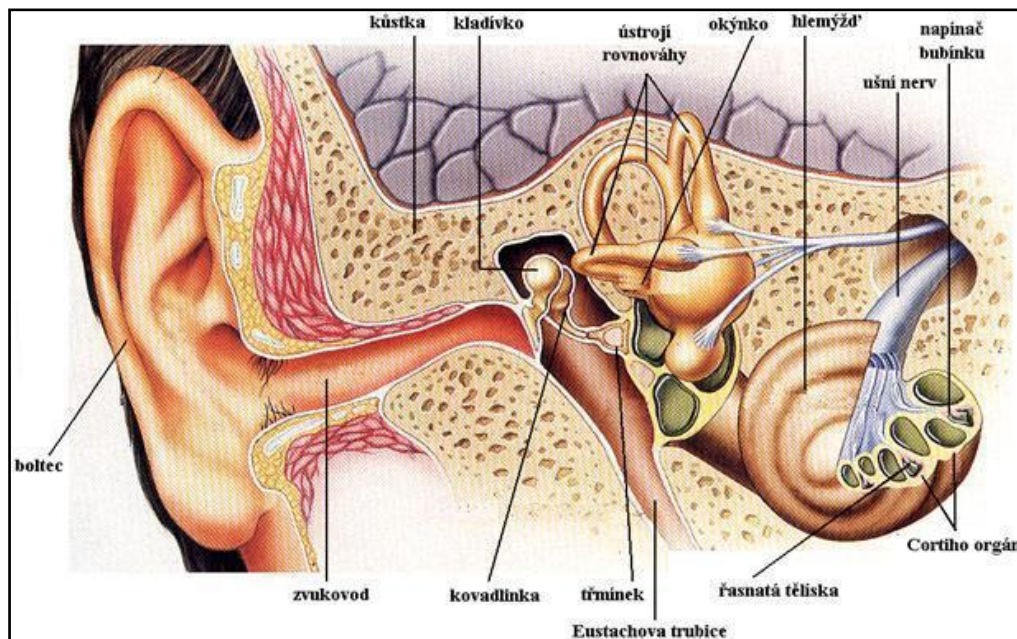
Vnější ucho je tvořeno boltcem, který je umístěn ve spánkové oblasti hlavy a vnějším zvukovodem. Boltce je tvořeno chrupavkou, pro slyšení je bezvýznamný. Vnější zvukovod je tvořen kanálkem, a dále se dělí na část chrupavčitou a na další část kostěnou, tvořenou kostí spánkovou. Zvukovod je zakončen bubínkem (Horáková, 2012).

Střední ucho je popisováno jako zavřená dutinka ve skalní kosti, obsahující tři kůstky, kladívko, kovádlínku a třmínek. Přes tento řetězec je přenášen zvuk od bubínku do vnitřního ucha. M. Lejska (2003, p. 16) říká, že: „*Na blance bubínku, která je rozechvívána akustickou energií, nastává první změna procházející energie. Energie se mění z akustické na mechanickou kinetickou (pohybovou).*“ Do středního ucha dále ústí Eustachova trubice. Hlavním úkolem trubice je vyrovnávání tlaku vzduchu (Horáková, 2012). Vnitřní ucho je uloženo ve skalní kosti, která je nejtvrďší kostí lidského těla a tím je chráněno proti případným otřesům a poranění (Šlapák, 1995). Dělíme jej na další dvě části. První je hlemýžď a druhou jsou tři polokruhovitě kanálky. V polokruhovitých kanálcích je uloženo rovnovážné ústrojí. Dutiny kostěného labyrintu jsou vyplněny tekutinou (perilymfou). V této tekutině se vznášejí smyslový orgán a tím je zajištěna ochrana proti otřesům hlavy (Horáková, 2012).

Anatomie sluchového orgánu

Sluchový orgán – ucho je složeno z: (Reichl & Všeticka, 2006):

- ✓ části přívodní – boltec, zvukovod, jinak také nazývané jako vnější ucho,
- ✓ část převodní – bubínek, dutina bubínková (středoušní), sluchové kůstky, Eustachova trubice, oválné okénko, zde se jedná o střední ucho,
- ✓ části vnímací – hlemýžď, ústrojí Cortiho v hlemýždi, sluchový nerv v dolní části, jedná se o vnitřní ucho.



Obrázek 1. Anatomie sluchového orgánu (Reichl & Všeticka, 2006)

1.1.3 Terminologie sluchového postižení

V průběhu doby se terminologie, která určovala osobu se sluchovým postižením, měnila. Nejvíce užívaným a preferovaným pojmem v dnešní době je "sluchově postižený". Dříve byly užívány pojmy jako "hluší" nebo "hluchoněmí". Tyto názvy jsou již zcela nevhodné a zastaralé. Do hlavního zájmu se dostává osobnost a individualita člověka. Hovoříme o osobách se sluchovou ztrátou a to bez ohledu na její další specifikaci (Langer, 2013).

Toto označení tak zahrnuje osoby s různými diagnózami sluchového receptoru, s různým stupněm a typem sluchového hendikepu:

- ✓ neslyšící, nemohou vnímat zvuky verbální řeči ani při největším zesílení, sluchové vnímání je velmi závažně poškozeno,

- ✓ nedoslýchaví tvoří velkou skupinu osob, kdy ztráta sluchu je částečná a je v různé míře úspěšnosti kompenzována elektroakustickými kompenzačními pomůckami, k této skupině se počítají také osoby ohluchlé postlingválně nebo v období závěru vývoje orální řeči,
- ✓ zvláštní skupinu tvoří jedinci s kochleárním implantátem, kdy do hlemýždě vnitřního ucha je voperována sluchová neuroprotéza, která stimuluje nervy vnitřního ucha, nahrazuje funkci kochley a umožňuje osobám s těžkým sluchovým postižením vnímat zvuky poškozeným Cortiho orgánem, ale se zachovalou funkcí sluchového nervu (Souralová & Langer, 2005).

Na základě výše uvedeného rozdělení můžeme konstatovat, že skupina osob se sluchovým postižením je velmi specifická a variabilní.

Diagnóza lehké nedoslýchavosti nemá v zásadě žádný vliv na život jedinců a tyto osoby jsou plně zařazeni a začleněni do společnosti, až po diagnostikovanou úplnou ztrátu sluchu, která má na život osoby zcela zásadní vliv. Determinuje rozvoj jejich osobnosti i určuje odlišnost jejich potřeb. Komunita výše specifikovaných osob má charakteristiku menšiny z etnografického hlediska (Procházková & Vysuček, 2007).

1.1.4 Rozdělení /klasifikace sluchových vad

Sluch je hlavním a zásadním atributem v životě člověka. Sluchové vnímání hraje hlavní a zcela zásadní roli v dorozumívání se s okolím, ale také souvisí s procesem celkového psychického vývoje, rozvoje a procesu socializace osob.

Dělení sluchových vad z hlediska velikosti sluchové ztráty

Již v roce 1980 přišla Světová zdravotnická organizace (World Health Organization – WHO) s klasifikací sluchových vad, které rozčlenila na základě velikosti sluchové ztráty. Velikost sluchové poruchy je vyjádřena v decibelech (dB), dle toho lze rozdělit sluchové vady na (Langer & Kučera, 2012):

- ✓ normální sluch (ztráta do 25 dB u dospělých, do 15 dB u dětí),
- ✓ lehká sluchová porucha (ztráta 26 – 40 dB u dospělých, 16 – 40 dB u dětí),
- ✓ střední sluchová porucha (ztráta 41 – 55 dB),
- ✓ středně těžká sluchová porucha (ztráta 56 – 70 dB),
- ✓ těžká sluchová porucha (ztráta 71 – 90 dB),
- ✓ úplná ztráta sluchu – hluchota (ztráta nad 90 dB).

Dále WHO stanovila roku 1980 mezinárodní škálu stupňů sluchových poruch, jedná se o průměrnou ztrátu sluchu na kmitočtech 500,1000 a 2000 Hz. Ztráty sluchu se sečtou na uvedených kmitočtech a dělí se třemi (Daňová, 2008).

Lehkou sluchovou poruchu (lehkou nedoslýchavost) můžeme specifikovat jako vadu, která není zásadní a jedinec není nijak zásadně omezen, protože je schopný se dorozumět běžným způsobem – mluveným jazykem. Problém nastává pouze v situacích, kdy je tato osoba vystavena přílišnému hluku, hlučnému prostředí nebo naopak šepotu. U **střední sluchové poruchy** (střední nedoslýchavosti) je již člověk závislý na sluchadlech, která mu pomáhají lépe porozumět mluvené řeči, obzvlášť pokud se jedná o komunikaci, která je vzdálena několik metrů od ucha. Slyšení zhoršují i nevyhovující akustické podmínky, protože může docházet k přeslechům. **Středně těžkou sluchovou poruchu** (těžkou nedoslýchavost) lze označit za poruchu vážnou a omezující. Toto jedinci musí používat pro porozumění sluchovou protetikou. Ve velmi hlučném prostředí se těžko orientují a mluvené řeči běžně nerozumí. Jsou sice schopni komunikovat mluvenou řečí, ale jen do vzdálenosti cca 1 metru od ucha, bohužel je zřejmé, že v praxi mezilidská komunikace probíhá dále. **Těžká sluchová porucha** (velmi těžká nedoslýchavost) je charakterická tím, že člověk je schopen slyšet řeč z těsné blízkosti, ale není schopen adekvátně komunikovat běžným způsobem. Proto dochází k tzv. odezírání, které společně se sluchovou protetikou jedinci napomáhá k lepšímu vnímání okolí. **Úplná ztráta sluchu** (hluchota) patří k nejtěžším a nejzávažnějším poruchám sluchu. Jedinci není schopen běžné komunikace. Zde hraje významnou roli zrak, kterým jedinec získává informace. (Kudláček et al., 2013).

Dělení sluchových vad podle místa vzniku

Specifikace místa sluchové vady je hlavní pro stanovení správné volby a způsobu léčby. Nejčastěji se setkáme s periferní a centrální poruchou sluchu. Periferní nedoslýchavost je dělena na převodní a percepční nedoslýchavost.

Převodní nedoslýchavost patří k vadám sluchu, které jsou běžné a v naprosté většině případů nevede k úplné ztrátě sluchu, protože sluchové buňky nejsou narušeny. Převodní nedoslýchavost může být zapříčiněna např.:ušním mazem, případně zánětem nebo po úrazu, který může způsobit změny na zvukovodu, perforaci bubínku nebo poranění sluchových kůstek.

Percepční nedoslýchavost může jedinci způsobit úplnou hluchotu, protože vzniká jako následek poškození vnitřního ucha. Příklady nemocí jsou toxoplazmóza, zarděnky mohou

v těhotenství způsobit percepční nedoslýchavost, při samotném porodu může dojít k přidušení dítěte, což rovněž může vést k poškození sluchu (Panská, 2013).

Smíšené vady sluchu jejich vznik je souběžným poškozením sluchového analyzátoru v oblasti převodu i percepce. Můžeme mluvit např. o chronických zánětech středouší s toxickým postižením vnitřního ucha případně o otosklerózy (Hampl, 2013). Kompenzace probíhá léky nebo operačně chirurgickým zákrokem. Rovněž lze využít kompenzační pomůcky (Barvíková, 2015).

Centrální vady sluchu (akustická agnozie) představuje často komplikované patologické vady v podkorovém a korovém systému sluchové dráhy (sluchové centrum) a projevuje se různými příznaky např. neschopnost diferencovat a zaznamenat některé zvuky, neporozumění mluvené řeči stejné intenzity, sděluje (Langer, 2013).

Dělení podle doby vzniku sluchové vady

Sluchové vady rozdělujeme do třech kategorií na základě doby jejich vzniku. Prvním typem jsou tzv. *vrozené sluchové vady*, jež vznikají v důsledku dědičnosti, případně působením negativních vlivů v prenatálním období, což má za důsledek narození dítěte již se sluchovou ztrátou. Druhou kategorií jsou poruchy *získané*, které jsou způsobeny úrazem nebo nemocí – vznikají tedy až po narození dítěte. Třetím typem jsou vady *dědičné*. Tyto vady se mohou projevit u člověka až v pozdějším věku, a to na základě vlivu různých faktorů. Jedinec mávrozené předpoklady k tomu, aby se u něj dostavila sluchová vada (Skákalová, 2011).

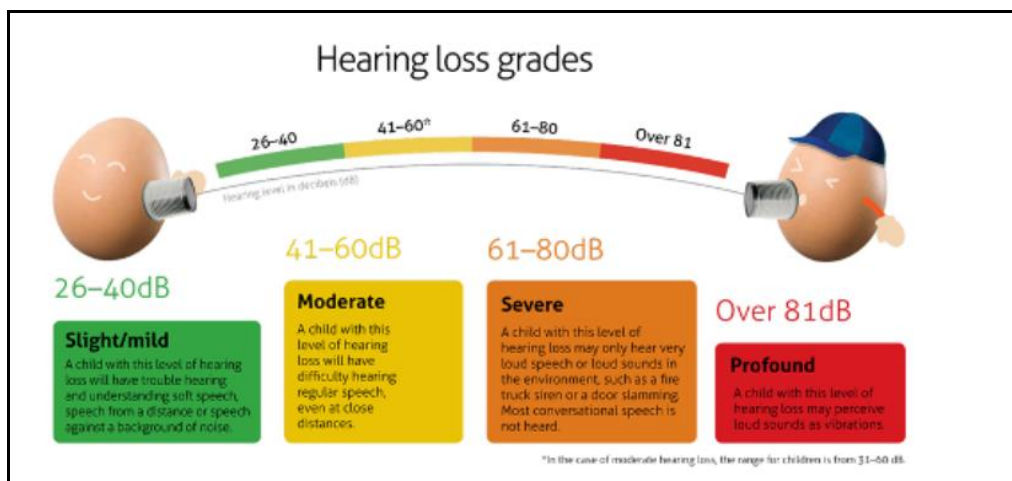
Navázat můžeme na další dělení vad a to na vady prelingvální a postlingvální.

Prelingvální sluchová vada vzniká u jedince v období, kdy není schopen se zcela vyjadřovat – řeč se v tomto případě dále nerozvíjí a zaniká.

Postlingvální sluchová vada může být způsobena různými toxiny, úrazem hlavy nebo například dlouhodobě silnou hlukovou zátěží. Jedná se tedy o stav, kdy ke sluchové ztrátě dojde až po úplném vyvinutí řeči – řeč je zakotvena a nezaniká (Souralová & Langer, 2005).

Sociální dělení sluchového postižení

Další možností posouzení sociálního dopadu je vlastní individuální sebehodnocení posuzovanou osobou a hodnocení druhými lidmi ve společnosti. Sociálně můžeme dělit osoby se sluchovým postižením do různých stupňů (Sluchová postižení a jejich statistika, 2010).



Obrázek 2. World Health Organization (WHO, 2020)

1.1.5 Počet osob se sluchovým postižením

Oficiální statistikou, která podává informace o počtu osob se sluchovým postižením je statistika Jaroslava Hrubého (1998), statistika byla vytvořena na základě dotazníku a následně publikována v časopise s názvem Speciální pedagogika.

Tabulka 1. Velikost ztráty sluchu podle WHO

Velikost ztráty sluchu podle WHO	Název kategorie ztráty sluchu	Název kategorie podle Vyhl. MPSV č. 284/1995 Sb.
0–25 dB	normální sluch	
26–40 dB	lehká nedoslýchavost	lehká nedoslýchavost (již od 20 dB)
41–55 dB	střední nedoslýchavost	středně těžká nedoslýchavost
56–70 dB	středně těžké poškození sluchu	těžká nedoslýchavost
71–90 dB	těžké poškození sluchu	praktická hluchota
více než 90 , ale body v audiogramu i nad 1 kHz	velmi závažné poškození sluchu	úplná hluchota
v audiogramu nejsou žádné body nad 1 kHz	neslyšící	úplná hluchota

Zdroj: www.kochlear.cz

Prakticky neslyšících osob (nad 70 dB), jejichž vada sluchu trvá od narození nebo vznikla před započítáním nebo v průběhu školní docházky, je v ČR asi 7600, tj. asi 0,76 promile populace. Tito lidé jsou většinou uživateli českého znakového jazyka. Celkový počet takto neslyšících je však mnohem větší, protože ke ztrátě sluchu dochází s postupem věku. V České

republike je zhruba 0,5 milionu sluchově postižených, z nich největší část tvoří starší lidé, jejichž sluch se zhoršil s věkem.

1.1.6 Výskyt sluchového postižení

Sluchové postižení je jedním z nejvíce rozšířených somaticko – funkčních postižení (Neubert in Leonhardt, 2001). Světová zdravotnická organizace, dále jen WHO, na svých oficiálních webových stránkách uvádí k datu 1.4. 2019 počet osob se sluchovým postižením, vyplývající z jejich výsledkových specifických výzkumů a činící zhruba 466 milionů, tedy 5 % světové populace. V roce 2015 stejný zdroj uváděl přibližně 360 milionů osob, v roce 2005 pak 278 milionů lidí na světě. Je jisté, že sluchové postižení je postižením s výraznou incidencí a z hlediska specialistů je očekávaný i nadále trvalý nárůst tohoto postižení.

Podle některých odborných publikací a literárních zdrojů žije v ČR zhruba půl milionu sluchově postižených občanů, ale absolutní většinu z těchto osob tvoří právě senioři, k jejichž sluchové ztrátě došlo v důsledku stárnutí. Výše uvedený údaj ovšem vychází ze statistiky Jaroslava Hrubého již z roku 1998, která vznikla na základě výzkumného šetření publikovaného v časopise Speciální pedagogika (Hrubý, 1998, p. 5 – 20). Avšak sám Hrubý svoje údaje pro rok 2009 zaktualizoval a uvedl, že v ČR žije osob se sluchovým postižením cca 1 milion. Český statistický úřad (ČSÚ) ve svých Výsledcích šetření o zdravotně postižených osobách v České republice za rok 2007 uvádí zcela rozdílné, nižší hodnoty, a to konkrétně 76 327 sluchově postižených občanů, s tím, že hraniční hodnota ztráty sluchu byla stanovena na 41 dB (ČSÚ,2007). Aktuálnější data ČSÚ za rok 2018 uvádí 134 900 sluchově postižených. (ČSÚ,2019). Lehké sluchové postižení dle WHO začíná již velikostí ztráty sluchu 26 dB, tudíž z výzkumných šetření ČSÚ byla zcela vyřazena celá skupina osob s lehkou nedoslýchavostí s velikostí ztráty sluchu v kategorii 26 – 40 dB.

Z výše uvedeného lze dovodit, že není možné přesné určení počtu osob sluchově postižených a údaje o těchto osobách nelze tedy přesně určit. Údaje o počtu sluchově postižených jsou uměle navyšovány napříč všemi státy EU a to především z důvodu obhájení čerpání dotací. Předpokládám, že skutečný a reálný počet sluchově postižených je mnohem nižší než uváděný.

1.1.7 Diagnostika sluchových vad

Zde je nutné vycházet z obecných speciálně-pedagogických zásad, kdy je zřejmé, že včasnost odhalení sluchové vady a zahájení její optimální rehabilitace zcela zásadně ovlivní případné narušení vývoje osobnosti daného jedince. Rozpoznání druhu a stupně sluchového postižení je

hlavním předpokladem pro nastavení adekvátních výchovných a vzdělávacích postupů a pro volbu vhodného komunikačního stylu.

Diagnostikou sluchových poruch a vad se zabývá medicínský obor **audiologie**, v dnešní době tento obor je schopen nabídnout velkou škálu vyšetřovacích metod. Vyšetřovací metody jsou na vysoké úrovni a jsou schopny sluchovou poruchu spolehlivě zjistit, což je velmi zásadní k navrhnutí adekvátní technické kompenzace.

Odborné vyšetření sluchu provádí foniatr a otorinolaryngolog. Lékaři nejprve zjišťí a zapíše osobní a rodinnou anamnézu vyšetřovaného, následně provede otoskopii, což je vyšetření zevní části ucha a bubínku pohledem za pomoci zrcátka, mikroskopu případně otoskopu (Horáková, 2012). Hampl (2013) dělí vyšetřovací metody sluchu na metody **objektivní** a **subjektivní**. Při vyšetřování pomocí subjektivních metod je důležitá spolupráce pacienta, a proto je možné ji použít jen v některých případech. Na rozdíl od objektivních vyšetřovacích metod, které spolupráci vyšetřovaného nevyžadují a můžeme je tedy použít i v případě screeningového vyšetření sluchu u novorozenců, při vyšetření malých dětí nebo u osob s mentálním postižením či poruchou autistického spektra.

Subjektivní vyšetřovací metody

Jedná se o metody pouze orientační, které nám neumí poskytnout přesné informace o ztrátě sluchu a ani o dalších úrovních percepce zvuku a různých frekvencí. Specifikuje pouze orientačně typ sluchové vady. K subjektivním vyšetřovacím metodám patří **vyšetření hlasitou řečí, šepotem a ladičkami**.

V rámci **vyšetřování hlasitou řečí (vox magna)** je každé ucho vyšetřeno zvlášť. K „ohlušení“ nevyšetřovaného ucha se využívá Barányho ohlušovač, nebo ucpávka ucha. Vyšetřovaná osoba nesmí odezírat. A je nutné správně volit vhodná slova vzhledem k věku vyšetřovaného. Ucho se vyšetřuje ze vzdálenosti cca 6 metrů, což je obecně udávaná hranice mezi normálním sluchem a patologií. V případě, že vyšetřovaná osoba není schopna opakovat většinu předříkávaných slov, se tato vzdálenost snižuje (Hampl, 2013). Slowík (2016) uvádí, že výběrem slov je možné poměrně přesně zjistit typ sluchové vady, protože špatná slyšitelnost slov s hlubšími tóny ukazuje na vadu vnějšího nebo středního ucha, zatímco špatná slyšitelnost slov s vyššími tóny zjišťuje především vadu ve vnitřním uchu nebo případné narušení funkce nervových center. Výsledek vyšetření je znázorněn graficky.

Vyšetření šepotem (vox sibilans) funguje na podobném principu, jako je vyšetření hlasitou řečí, s rozdílem, že slova určená k reprodukci jsou předříkávána šepotem. V tomto případě je

dostačující ucho zakrýt ucpávkou nebo prstem. Vyšetření probíhá z menší vzdálenosti cca 4 metrů. Výsledek vyšetření je zobrazován graficky (Slowík, 2016).

Vyšetření ladičkami se aplikuje následně po vyšetření hlasitou řečí nebo šeptem. Mezi tři nejznámější vyšetření ladičkami patří Weberova, Rinneho a Schwabachova zkouška.

Tónová audiometrie je další subjektivní vyšetřovací metoda, ale tuto metodu musí praktikovat odborný zdravotní pracovník - audiolog. V současné době je tónová audiometrie považována za zcela běžné ORL či audiologické vyšetření, které nám poskytuje mnohem spolehlivější výsledky oproti vyšetření hlasitou řečí, šepotem nebo ladičkami. Provádí se ve zvukově upravené místnosti za použití speciálního přístroje – tónového audiometru. Hrubý (2010) dále objasňuje princip audiometrie, kdy jsou do sluchátek – pro zjištění úrovně vzdušného vedení, či prostřednictvím kostního vibrátoru – pro zjištění úrovně kostního vedení generovány čisté tóny o různé intenzitě na frekvencích, která je v rozsahu 125 až 8 000 Hz. Výška a hladina intenzity se při vyšetření mění. Pomocí této metody lékař zjistí typ sluchové vady, ale i přesnou velikost ztráty sluchu společně s mírou percepce tónů na různých frekvencích. Tato metoda vyšetřuje každé ucho samostatně. Výsledek je zapisován do ztrátového audiogramu audiometrickými značkami.

Slovní audiometrie dle Slowíka (2016) funkce je podobná jako výše uvedená tónová audiometrie, ale vyšetřované osobě je pouštěna do sluchátek případně do volného prostoru řada vybraných slov, které svou délkou i kmitočtovou stavbou odpovídají normální řeči. Pipeková (2006) uvádí důležitý fakt, že touto metodou je možné zjišit i úroveň porozumění jedince.

Objektivní vyšetřovací metody

Impedanční audiometrie je vyšetření impedance bubínku v závislosti na různých faktorech. Dle Hrubého (2010, str. 89) impedance neboli komplexní odpor je odborným výrazem pro „*vzdorování průchodu něčeho něčím.*“ Impedanční audiometrie je složena z tympanometrie a vyšetření stapediálních reflexů. Prostřednictvím **tympanometrie** může lékař prozkoumat impedanci bubínku v závislosti na tlakových změnách ve zvukovodu.

Vyšetření otoakustických emisí dle Horákové (2012) využívá funkčních vláskových buněk Cortiho orgánu. Tyto se po zvukovém podráždění rozvlní a tím vytvoří velmi slabé zvuky nazývané otoakustické emise, které jsou následně vysílány dále směrem k bubínku. Odpověď vláskových buněk je měřitelná zhruba 24 hodin od porodu. Otoakustické emise může snímat v zevním zvukovodu mikrofonem. Výbavnost emisí nás informuje o funkci vnitřního ucha, respektive Cortiho orgánu, která by za těchto předpokladů měla být neporušená. Ovšem není

vyloučena porucha sluchu způsobená selektivním poškozením zevních vláskových buněk či poškozením sluchové dráhy.

BERA, CERA – jedná se o vyšetření evokovaných sluchových potenciálů, které dokáže změřit celou sluchovou dráhu od kochley až po korovou oblast. Horáková (2012) uvádí, že tento druh vyšetření se provádí především u osob, které nejsou zcela schopné podstoupit audiometrické vyšetření, tedy u malých dětí nebo u jedinců s mentálním postižením.

Slowík (2016) dále podotýká, že stejně jako ve valné většině ostatních evropských zemí se i v ČR od roku 2012 provádí plošný screening sluchových vad u novorozenců.

Zvuky, které je člověk schopen vnímat, můžeme vyjádřit pomocí dvojice údajů – intenzita a frekvence. Sluchové buňky jsou u mladého člověka schopny zaznamenat kmitočety v rozmezí 20 - 20 000 Hz a intenzitu od 5–120 dB. Pro komunikaci je důležité pásmo 500 - 2 000 Hz s hlasitostí 20–50 dB, postižení sluchu v této zóně má nejhorší dopad na verbální komunikaci (Lejska, 2003).

1.2 Komunikace osob se sluchovým postižením

Osoby se sluchovým postižením mají možnost volby komunikačního systému, který je zakotven v zákonu č. **155/1998 Sb. o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob**, který byl novelizován zákonem č. 348/2008 Sb. v úplném znění vyhlášky podle 423/2008 Sb. ze dne 23. září 2008. „*Komunikačními systémy neslyšících a hluchoslepých osob vycházejícími z českého jazyka jsou znakovaná čeština, prstová abeceda, vizualizace mluvené češtiny, písemný záznam mluvené řeči, Lormova abeceda, daktylografika, Braillovo písmo s využitím taktilní formy, taktilní odezírání a vibrační metoda Tadoma.*“ (Zákon o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob 423/2008 Sb.).

1.2.1 Komunikační systémy neslyšících

Odezírání

Dle Sováka (1965) je odezírání vnímání orální mluvy zrakem a její chápání podle pohybů úst, mimiky tváře, výrazu očí, gestikulace rukou i celého těla. Člověk se sluchovým postižením zrakem vnímá hlavně pohyby mluvidel, samohlásky lze odezírat poměrně dobře oproti souhláskám, které jsou určovány pomocí zraku jen z jedné třetiny.

Pro úspěšného odezírání je nutná anticipace. Odezírající anticipuje mluvený obsah. Pro úspěšnou anticipaci odezírající potřebuje dostatečné množství informací, gestiku a mimiku, odborné a věcné znalosti tématu, kontext a logickou návaznost (Krahulcová, 2014).

Vnější podmínky odezírání

Mezi vnější podmínky patří dosažená úroveň řeči, rozsah a flexibilita slovní zásoby a emoce (Krahulcová, 2002).

Vnitřní podmínky

Do této kategorie spadá nepřerušovaný zrakový kontakt, dobré osvětlení obličeje mluvící osoby, doporučená konverzační vzdálenost a přiměřená mluvní technika (Krahulcová, 2002).

Znakový jazyk

„Je to přirozený a plnohodnotný komunikační systém tvořený specifickými vizuálně pohybovými prostředky, tj. tvary rukou, jejich postavením a pohyby, mimikou, pozicemi hlavy a horní části trupu. Český znakový jazyk má základní atributy jazyka, tj. znakovost, systémovost, dvojí členění, produktivnost, svébytnost a historický rozměr, a je ustálen po stránce lexikální i gramatické.“ (Zákon o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob 423/2008 Sb.).

Znakovaný český jazyk

„Umělý jazykový systém, který usnadňuje dorozumívání mezi slyšícími a neslyšícími. Znakovaný český jazyk využívá gramatické prostředky češtiny, která je současně hlasitě nebo bezhlasně artikulována. Spolu s jednotlivými českými slovy jsou pohybem a postavením rukou ukazovány odpovídající znaky českého znakového jazyka.“ (Zákon o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob 423/2008 Sb.).

Prstová abeceda

Prstová abeceda patří mezi vizuální způsoby komunikace. Prstová abeceda je jedním z možností k dorozumívání, který je hlavně určen pro osoby se sluchovým postižením (Potměšil, 2003). „Prstová abeceda využívá formalizovaných a ustálených postavení prstů a dlaně jedné ruky nebo prstů a dlaní obou rukou k zobrazování jednotlivých písmen české abecedy. Prstová abeceda je využívána zejména k odhláskování cizích slov, odborných termínů, případně dalších pojmů. Prstová abeceda v taktilní formě může být využívána jako komunikační systém hluchoslepých osob.“ (Zákon o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob 423/2008 Sb.).

Bilingvální metoda

Komunikace, která je ve dvou jazykových kódech, ve znakovém jazyce neslyšících a mluveném, jak mezi neslyšícími tak i slyšícími navzájem (Krahulcová, 2002).

Vizualizace mluvené češtiny

„Vizualizace mluvené češtiny je zřetelná artikulace jednotlivých českých slov ústy tak, aby bylo umožněno nebo usnadněno odezírání mluveného projevu osobami, které ovládají český jazyk a odezírání preferují jako prostředek své komunikace“ (Zákon o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob 423/2008 Sb.).

Písemný záznam mluvené řeči

„Písemný záznam mluvené řeči je převod mluvené řeči do písemné podoby v reálném čase.“ (Zákon o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob 423/2008 Sb.).

Psaní neslyšících

„Významným rozdílem textů neslyšících autorů je přítomnost gramaticky správných, noremních, avšak z hlediska celku textu nepatřičných, kontextově nezapojených struktur českého jazyka“ (Komorná, 2008).

Podobný problém, ale při čtení neslyšících, je možné specifikovat tímto způsobem nedostatečná znalost českého jazyka, malá motivace ke čtení a velmi nízkou úroveň porozumění textu (Skákalová, 2011).

Podle Macurové (2001) je potřebné si uvědomit, že český jazyk neslyšící dítě si nemůže osvojovat stejně jako dítě, které slyší, protože čte jazyk, kterému nerozumí a nezná ho. Toto tvrzení dle mého názoru nelze paušalizovat. Je nutné si uvědomit, že pro osvojení textu je potřeba mnoho jiných předpokladů.

K problematice psaní se vyjadřuje i Komorná (2008), která ve své práci upozorňuje na aspekt, a to, že texty neslyšících osob jsou kratší, stejně jako věty v nich použité. Texty se skládají hlavně z jednoduchých vět a zcela výjimečně ze souvětí. Text nebývá spojitý a souvislý. Věty jsou skládány nelogicky za sebe, zcela chybí využívání spojek.

Totální komunikace:

Problematika komunikace a sdělování informací je řešena mnoha odborníky, kteří se sjednocují na termínu nebo výrazu „globální komunikace“, jež napomáhá vybudovat plnohodnotnou komunikaci, a to s využitím všech srozumitelných komunikačních prostředků.

Globální komunikaci definuje Dvořák (1998) jako „*komplexní komunikaci, která zahrnuje široké spektrum způsobů komunikace – mluvenou řeč, psaní, čtení, zpěv, pohyby celého těla, mimiku, gesta, znakovou řeč, prstovou abecedu, odezírání i další specifické způsoby*

Není to jen vzdělávací metoda, je to celkově ucelený přístup k výchově a vzdělávání sluchově postižených osob. Tato metoda velmi přirozená a flexibilní, která nemá za cíl přeměnu neslyšících dětí na slyšící a nenutí jim náš většinový systém. Předpokládá se, že systém totální komunikace je již aplikován na většině školských zařízení pro sluchově postižené (Langer, 2008).

Bilingvální přístup:

Bilingvismus můžeme popsat jako schopnost užívat dva jazyky U osob se sluchovým postižením nastupuje jako první jejich přirozený a plnohodnotný znakový jazyk (rovnocenný s národním jazykem) v případě, že tento jazyk je jazykem mateřským. Následně se přidává jazyk většinové slyšící společnosti tedy český jazyk. Nelze zcela naplnit definici bilingvismu, která předpokládá, že bilingvní osoba ovládne složky obou jazyků (čtení, psaní a mluvení), znakový jazyk své písmo nemá. Těžce sluchově postižený člověk také většinou neovládá dokonale mluvenou řeč. (Krahulcová, 2002)

1.2.2 Mluvená řeč

Mluvená řeč - ve zvukové i grafické podobě – je nezbytná pro komunikaci s majoritní slyšící společností. Suralová (2008) upozorňuje na důležitý fakt, a to: čím méně je řeč jedince se sluchovým postižením srozumitelná, tím složitější je komunikace s okolím. Používání moderních výkonných digitálních sluchadel a kochleárních implantátů vyžaduje pravidelnou a systematickou stimulaci.

Co se týká odezírání mluvené řeči při kontaktu se slyšícím komunikačním partnerem je podle Krahulcové (2002, p. 193) specifická forma vizuální percepce, kdy obsah sdělení jedinec chápe podle pohybu úst, ale také podle „*mimiky obličeje, výrazu očí, gestikulace rukou, celkových postojů těla, situačních faktorů a kontextu obsahu mluveného*“. Odezíráním nelze v žádném případě nahradit sluch. Z tohoto důvodu je upřednostňováno především nedoslýchavými a jedinci, kteří mají využitelné zbytky sluchu (Horáková, 2012).

1.2.3 Český znakový jazyk

V zákoně č. 384/2008 Sb. (v úplném znění vyhlášen pod č. 423/2008 Sb.) je český znakový jazyk definován jako: „přirozený jazyk a plnohodnotný komunikační systém tvořený

specifickými vizuálně pohybovými prostředky, tj. tvary rukou, jejich postavením a pohyby, mimikou, pozicemi hlavy a horní části trupu“ (Horáková, 2012).

Slowík (2007, p. 76) uvádí, že „základem znakové řeči je systém pohybů – gest rukou a dalších doplňujících výrazových (pohybových a mimických) prvků, který vytváří plnohodnotné nezávislé jazykové prostředí.“ Český znakový jazyk má základní atributy jazyka, tj. znakovost, systémovost, dvojí členění, produktivnost, svébytnost a historický rozměr a je ustálen po stránce lexikální a gramatické (Panská, 2013).

Znakový jazyk je tvořen specifickými vizuálně-pohybovými prostředky, je přirozeným a plně funkčním jazykem a je plnohodnotným komunikačním prostředkem sluchově postižených. Znak je významovou jednotkou znakového jazyka a skládá se ze složky manuální a nemanuální (Macurová, 2001).

Je nutné, aby si slyšící společnost uvědomovala a zapamatovala, potřeby osob sluchově postižených a to, že jsou dána pravidla komunikace se sluchovým postižením (Procházková & Vysuček, 2007).

Dále Procházková a Vysuček (2007) pokračují:

- ✓ nehovořte příliš rychle,
- ✓ nezakrývejte si tvář,
- ✓ nekřičte,
- ✓ neotáčejte se, když hovoříte zády,
- ✓ ať je vám pěkně vidět na rty,
- ✓ upozorněte, než začnete mluvit,
- ✓ pokud Vám sluchově postižení nebude rozumět, neutečte, vezměte si papír a napište mu to,
- ✓ při upozorňování neklepejte neslyšícímu na hlavu a záda, ale jen na ramena a horní část paže.

1.2.4 Znakovaná čeština

Znakovaná čeština je komunikační systém využívající gramatické prostředky češtiny, která je současně hlasitě nebo bezhlasně artikulovaná. Spolu s jednotlivými českými slovy jsou pohybem a postavením rukou jsou ukazovány jednotlivé znaky, převzaté z českého znakového jazyka (Kroupová, 2016). Klimentová (2018) sděluje, že znakovaná čeština v taktilní formě může být využívána jako komunikační systém hluchoslepých osob, které ovládají český jazyk.

1.2.5 Prstová abeceda

Prstová abeceda (používají se i jiné termíny: například daktylní abeceda, manuální abeceda, daktylní forma řeči, daktylotika, daktylografie, daktyl apod.) je podle Krahulcové (2002, p.217) „Slovní vizuálně-motorická komunikační forma, při které se užívá různých poloh a postavení prstů k vyjádření písmen. Prstová abeceda vyjadřuje jednotlivá písmena polohami a tvarem prstů, z nichž se syntetickým a sukcesivním postupem tvoří slova stejně, jako se hlásky spojují do slov v mluvené řeči.“ Prstová abeceda může být produkována v několika formách – jedná se o formu jednoruční nebo dvouruční vyjádření, která se může vyskytovat i v různých variantách (Valenta, 2014). Prstová abeceda podle Mukšnáblové (2014) je používána jako doplňková metoda, například k prezentaci jmen nebo názvů, zákon 155/1998 Sb. ji uznává za oficiální komunikační prostředek k výuce neslyšících.

1.2.6 Vizualizace mluveného jazyka

Odezírání ze rtů řečníka je velice náročná „disciplína“. Mluvící osoba musí zcela přesně a správně artikulovat, proto mluvíme o vizualizaci mluvené řeči. Neslyšící sleduje ústa řečníka a snaží se odhadovat obsah jeho sdělení (Mukšnáblová, 2014). Osoby se sluchovým postižením se musí postupně učit správnému odezírání, které patří mezi dovednosti (Bendová, 2011). K tomuto specifickému atributu Langer (2013) sděluje, že většina orálních komunikačních a vzdělávacích systémů považuje odezírání jako nezastupitelnou složkou, protože je to jedna z hlavních možností, jak může osoba sluchově postižená vnímat mluvenou řeč. Odezírání má však své limitní faktory a nikdy zcela nenahradí příjem akustických informací, je pouze její možnou alternativou a doplňkem .

1.3 Kompenzační pomůcky pro sluchově postižené

Nezastupitelnou součástí, vážící se k možnostem kompenzace sluchu, je celá škála pomůcek, které jsou nápomocny ke zmírnění sluchového hendikepu. Osoby se sluchovým postižením se mohou při nákupu kompenzační pomůcky řídit podle zákona č. 329/2011 Sb. o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, s kterým souvisí vyhláška č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením. Zákon byl upraven naposledy č. 140/2016 Sb., byla vyhlášena novela č. 116/2014 Sb. a 337/2014 Sb. Osoby se sluchovým postižením si mohou

požádat o finanční příspěvek na úřadě práce na zvláštní pomůcky. Klient si může koupit sluchadla či kochleární implantáty, které jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění.

Vyhláška č. 388/2011 Sb. obsahuje seznam poskytovaných zvláštních pomůcek určených pro osoby s těžkým sluchovým postižením:

1. Osobám se těžkým sluchovým postižením, které jsou uvedeny v části I, bodě 3 přílohy k zákonu: a) – b):

a) signalizace bytového zvonku, signalizace domovního zvonku včetně instalace,

b) signalizace pláče dítěte včetně instalace,

2. Osobám se těžkým sluchovým postižením, které jsou uvedeny v části I, bodě 3 písm. b) přílohy k zákonu:

individuální indukční smyčka.

3. Osobám s těžkým sluchovým postižením, které jsou uvedeny v části I, bodě 3 písm. c) přílohy k zákonu:

a) elektronická orientační pomůcka pro nevidomé a hluchoslepé,

b) elektronická komunikační pomůcka pro nevidomé a hluchoslepé.

4. Osobám s těžkým sluchovým postižením, které jsou uvedeny v části I, bodě 3 písm. b) a c) přílohy k zákonu:

a) zařízení pro poslech audiovizuálního zařízení,

b) signalizace telefonního zvonění,

c) *telefonní zesilovač*. (Vyhláška č. 388/2011 Sb.)

1.3.1 Přehled kompenzačních pomůcek pro sluchově postižené

Dnešní moderní technologie nabízejí velkou škálu technických a převážně elektronických pomůcek, které mohou do určité míry kompenzovat sluchové postižení, usnadnit život osobám s postižením sluchu ve všech oblastech samotné existence. Je možné konstatovat, že díky těmto technologiím lze zkvalitňovat a usnadnit život osobám se sluchovým postižením v celé škále jejich působení, od profesní orientace k samotnému vzdělávacímu pocesu a dalších aktivitách i například v seniorském věku.

✓ Pomůcky individuální – různé typy sluchadel, kochleární implantáty.

✓ Pomůcky kolektivní – zesilovací aparatury pro využívání větším množstvím osob.

✓ Pomůcky umožňující vizuální komunikaci – internet.

✓ Pomůcky signalizační – signalizace zvonění bytového a domovního zvonku, signalizace času (Langer, 2013).

Sluchadla

Individuální sluchová protetika, zde zastoupena digitálními sluchadly a kochleárními implantáty procházela ve svém vývoji zásadními změnami, od původních akustických zesilovačů až po dnešní sofistikované nejmodernější digitální sluchové pomůcky. Moderní digitální sluchadla se mohou zcela automaticky přizpůsobit různým poslechovým podmínkám, mají velice nízké hodnoty šumu, potlačují akustickou zpětnou vazbu a mobilní přístroje nezpůsobují jejich šum. Základní funkcí sluchadla je zesílení zvuku pomocí zesilovače. Celá škála sluchadel je určena především pro lidi s lehkým až těžkým poškozením sluchu, kteří mají ztrátu sluchu a je předpoklad, že tato kompenzační pomůcka zlepší kvalitu jejich života. V současnosti existuje několik typů sluchadel (Růžičková & Vítková, 2014). Bendová, Jeřábková a Růžičková (2006) uvádí, že typy sluchadel můžeme zozčlenit podle dvou základních kritérií. Podle konstrukce je lze rozdělit na kapesní sluchadla, brýlová sluchadla, závěsná sluchadla, sluchadla do ucha – nitroušní (boltcová, zvukovodová) a podle způsobu, kterým zpracovávají signál, je možno sluchadla rozčlenit na analogová, analogová digitálně programovatelná a digitální.



Obrázek 3. Typy sluchadel (www.pomuckyproneslysi.cz)

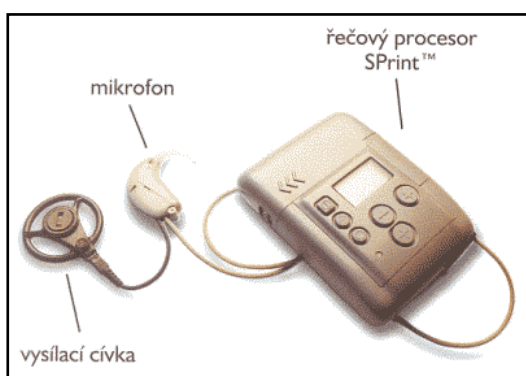
Kochleární implantát

Kochleární implantát je elektronická smyslová náhrada. Implantát je zčásti operativně umístěn do hlemýždě ve vnitřním uchu. Implantát obchází poškozené vláskové buňky a

stimuluje elektrickými impulzy přímo sluchový nerv. Slyšení s implantátem je odlišné od normálního, ale jeho hlavním předpokladem je umožnit mnoha lidem komunikovat orální cestou, a některým i při používání běžného telefonu (Bendová, Jeřábková & Růžičková, 2006). Orel a Facová (2010) sdělují, že kochleární implantát je speciální neuroprotézou. Platí ovšem, že ne každý hluchý pacient je vhodný pro kochleární implantaci. Indikace k operaci se řídí celou řadou kritérii. Kochleární implantát je vhodný pro pacienta, který má oboustranně postižený sluch, pro tuto poruchu není schopen verbální komunikace a aplikace sluchadel nevede ke zlepšení jeho stavu, dále Orel a Facová (2010) uvádějí, že je důležitá také doba, ve které dotyčný přišel o sluch. U vrozené hluchoty je rozhodující věk dítěte, který by neměl přesáhnout 3 roky, u získaných poruch celkový věk nerozhoduje, ale interval od ohluchnutí by neměl přesáhnout jeden rok.

Kochleární implantát se skládá z několika částí:

- ✓ Zvukový procesor je závěsný za uchem, zachytává mikrofonom zvuk a převádí jej 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 dále převádí digitálně kódovaný zvuk na elektrické impulzy a vysílá je po svazku elektrod, který je umístěn v hlemýždi (ve vnitřním uchu). Tím jsou stimulována sluchová nervová vlákna, která následně přenášejí impulzy do mozku, kde je interpretován zvuk (Klimentová, 2018).



Obrázek 4. Kochleární implantát (www.kochlear.cz)



Obrázek 5. Kochleární implantát Nucleus (www.sluchadlaprozivot.cz)

Mezi další kompenzační pomůcky patří např. pomůcky, které transformují zvukové podněty na vibrace nebo světelné signály. Jedná se o signalizační pomůcky jako jsou světelné zvonky, vibrační a světelné budíky, hodinky a minutky pro neslyšící. Další skupinu tvoří pomůcky usnadňující získávání informací např. počítače, internet. Velmi využívané jsou i pomůcky usnadňující vnímání mluvené řeči – bezdrátová indukční smyčkaapod. (Horáková, 2011).

1.4 Vzdělávání osob se sluchovým postižením

Struktura vzdělávání pro sluchově postižené má v zásadě čtyři stupně:

- a) preprimární vzdělávání pro sluchově postižené,
- b) primární vzdělávání pro sluchově postižené,
- c) sekundární vzdělávání pro sluchově postižené,
- d) terciální vzdělávání pro sluchově postižené.

1.4.1 Preprimární školy pro žáky se sluchovým postižením

Předškolní stupeň vzdělávání žáků se sluchovým postižením je velice důležitý. Podle novely školského zákona (č. 561-2004 Sb.) vydanou pod číslem 178-2016 Sb. je dáno, že rok předškolní docházky pro dítě dokonce povinný. V předškolním věku se dítě velmi lehce a především přirozeně učí a jsou zde položeny základy motoriky, řeči a dalších dovedností.

Raná péče

Preprimární stupeň vzdělávání zabezpečují střediska rané péče. Jedná se o preventivní sociální službu, která spolupracuje s celou rodinou a předává rodině jedny z prvních důležitých informací o sluchovém postižení a o dalších možnostech komunikace nebo případné rehabilitace. V současné době působí v ČR pouze omezený počet poskytovatelů rané péče pro sluchově postižené. Jedním z nich a zároveň nejznámější je centrum pro dětský sluch Tamtam o.p.s., který působí ve všech krajích ČR a nabízí rychlou a efektivní edukační intervenci a odbornou pomoc zainteresovaným rodinám. Organizace nad rámec rané péče poskytuje rodinám i sociálně aktivizační služby, odborné sociální poradenství a informační a vzdělávací služby (www.tamtam.cz)

Mateřská škola

Mateřská škola pro sluchově postižené je vybavena vyškoleným personálem a pomůckami. Mateřská škola úzce spolupracuje se speciálně pedagogickým centrem pro sluchově postižené (SP), dětem je poskytována logopedická péče. Komplexně se zde pracuje na rozvoji dorozumívání a rozvoji slovní zásoby. Dítě je v přímém kontaktu s vrstevníky se stejným

nebo podobným sluchovým postižením. Probíhá zde velmi úzký vztah mezi zaměstnanci, dětmi a rodinou. Pro rodiče má takové zařízení zcela zásadní význam a to především pro slyšící rodiče neslyšících dětí.

Speciálně pedagogické centrum

Speciálně pedagogické centrum pro žáky sluchově postižené provádí standardní činnosti, které mají společná všechna speciálně pedagogická centra a standardní činnosti speciální, která jsou specifická pro cílovou skupinu speciálně pedagogického centra, v tomto případě se jedná o žáky se sluchovým postižením (Horáková, 2012).

1.4.2 Primární školy pro žáky se sluchovým postižením

Pro primární vzdělávání žáků se sluchovým postižením je v současné době na území ČR třináct základních škol. Školní docházka je povinná a do takového zařízení je desetiletá s tím, že učivo pro první ročník je děleno do dvou školních let, tak aby děti se sluchovou vadou měly dostatek prostoru na řádné pochopení a upevnění základů při vzdělávání.

Ve třídě je podle vyhlášky snížený počet dětí (vyhláška č. 27/2016 Sb.), ve třídách bývá 4-10 žáků. Pedagogům mohou být k dispozici slyšící i neslyšící asistenti pedagoga, kteří pomáhají – asistují ve výuce a pomáhají učitelům v individuálním přístupu ve výuce. Záleží také na doporučení, které pro žáka vystaví SPC. Pokud má žák se SP ještě jinou diagnózu, může být jeho vzdělávání upraveno individuálním vzdělávacím plánem.

1.4.3 Sekundární školy pro žáky se sluchovým postižením

Žáci se sluchovým postižením mají další návaznou možnost ve vzdělávání a pokračovat i po ukončení ZŠ. Lze zvolit integraci do běžné třídy střední školy případně učiliště, kde mohou vyžadovat podporu asistenta či tlumočnicka, nebo si mohou vybrat obor na některých středních školách, odborných učilištích a praktických školách, které jsou určeny pro sluchově postižené. Mezi časté obory pro žáky se sluchovou vadou jsou kuchař, čalouník, zedník, cukrář, zámečnick, lakýrník, zahradník, elektrikář nebo strojní mechanik. Pro žáky, kteří chtějí zakončit střední školu maturitní zkouškou jsou dostupné obory např. IT technik, zubní technik, hotelová škola, oděvní apod.

1.4.4 Terciální školy pro žáky se sluchovým postižením

V dalším terciálního vzdělání mají sluchově postižení žáci z ČR možnosti, kde mohou volit obor na VŠ případně na VOŠ běžného typu. Na školách mohou studovat standardním způsobem v denní, dálkové, distanční nebo kombinované formě. Studenti se sluchovým

postižením mají ze zákona o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob (č. 384/2008 sb.) nárok na podporu tlumočnicka, a to bezplatně. Studijní oddělení na univerzitách nabízí různou formu podpor např. tlumočení či přepisování přednášek. Příklady: Centrum pomoci handicapovaným – Univerzita Palackého Olomouc, Teiresiás Masarykova Univerzita v Brně, Centrum Pyramida Ostravská Univerzita atd.

Další obory, kde je vysoké procento studentů se sluchovým postižením můžeme najít v Brně na JAMU (Výchovná dramatika neslyšících, bakalářský obor) nebo v Praze na Filosofické fakultě UK, kde lze studovat obor Čeština v komunikaci neslyšících (bakalářský i magisterský obor).

1.5 Sociální služby pro osoby se sluchovým postižením

Bez sociální práce za přispění sociálních služeb, jako instrumentů a současně produktů sociální politiky, by se nemohla značná část osobspolupodílet na všech stránkách života společnosti, a tím by bylo zcela zásadně znemožněno uplatnění jejich lidských i občanských práv a docházelo by k jejich sociálnímu vyloučení (Novosad, 2009).

Sociální služba jsou činnosti resp. soubor činností, jimiž je možnost zajištění pomoci osobám v nepříznivé sociální situaci (Krejčířová & Treznerová, 2011).

Sociální služby se řídí zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (ZSS) (Příbyl, 2015).

1.5.1 Přehled sociálních služeb

Sociální služby je veřejná služba, která je určena osobám nebo skupinám osob, kteří se ocitnou v nepříznivé sociální situaci. Sociální služba jim nabízí možnosti jak tuto situaci řešit a může pomáhat dobrému, důstojnému, přirozenému a obecně přijatelnému sociálnímu fungování jednotlivců nebo skupin a společenství (Novosad, 2009).

Paragraf 33 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů stanoví, že *“sociální služby se poskytují jako služby pobytové, ambulantní nebo terénní“* (odst. 1). Pobytovými službami se dle odst. 2 výše uvedeného zákona rozumí *„služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb“*, ambulantními službami se rozumí *„služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování“* (odst. 3) a terénními službami se rozumí *„služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí“* (odst. 4).

Také Příbyl (2015, p. 32) uvádí, že *„sociální služby jsou poskytovány ve formách pobytových, ambulantních nebo terénních“*.

Formy sociálních služeb:

- ✓ Pobytové – služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb.
- ✓ Ambulantní – služby, za kterými osoby dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování.
- ✓ Terénní – služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí (Krejčířová & Treznerová, 2011).

Do sociálních služeb patří sociální poradenství, služby sociální péče a také služby sociální prevence (Příbyl, 2015).

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách rozděluje služby na tři části – sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence (Krejčířová & Treznerová, 2011).

Sociální poradenství se rozděluje na základní a odborné.

Základní sociální poradenství poskytuje osobám potřebné informace, které přispívají k narovnání jejich aktuální nepříznivé sociální situace.

Odborné sociální poradenství se zaměřuje především na potřeby jednotlivých sociálních skupin obyvatel a to především v poradnách např. manželských, rodinných poradnách, pro oběti trestných činů a domácího násilí nebo se zaměřuje na práci s osobami se specifickými potřebami (Krejčířová & Treznerová, 2011).

1.5.2 Organizace pro osoby se sluchovým postižením

Osoby se sluchovým postižením (neslyšící, nedoslýchaví, ohluchlí a uživatelé kochleárního implantátu) mají různé možnosti využívání sociálních služeb v různých organizacích na území České republiky. Mezi hlavní sociální služby patří tlumočnické služby, sociální služby, další vzdělávací aktivity, servis, prodej a půjčování kompenzačních pomůcek. Organizací a spolků je hodně. V české republice existuje mnoho sociálních služeb pro osoby sluchově postižené. Níže uvádím souhrn hlavních a největších poskytovatelů sociálních služeb.

ASNEP – Asociace neslyšících, nedoslýchavých a jejich přátel, z.s.

Asociace zastřešuje různé organizace pro osoby se sluchovým postižením ASNEP, z.s. byla založená v roce 1992 jako servisní organizace na podporu sluchově postižených v ČR. Hlavním cílem ASNEP, z.s. je neustálé zlepšování situace jedinců se sluchovým postižením na území ČR a zlepšování kvality života osob se sluchovým postižením. Organizace ASNEP aktivně spolupracuje se státními institucemi jako je Parlament ČR, Úřad vlády a jednotlivá ministerstva. Spolupráce probíhá také s Českou televizí a komerčními televizemi s

celoplošným vysíláním ohledně zlepšování kvality skrytých titulků a tlumočení do českého znakového jazyka v televizi. Mimo další spolupracuje rovněž s provozovateli MHD na prosazování optické signalizace do vozů MHD, s místními, krajskými úřady a spolupráce probíhá i s provozovateli budov, které jsou určeny k využívání širokou veřejností (ASNEP, online).

ČUN – Česká unie neslyšících, z.ú.

Česká unie neslyšících byla založena v roce 1990 jako občanské sdružení. Ze spolku byla transformována v roce 2017 na zapsaný ústav. ČMUN – Českomoravská unie neslyšících z.s. byla ustanovena jako její zakladatel a v rámci ČMUN z.s. jsou pobočné spolky. Stejně jako ostatní organizace je jejím hlavním cílem podpora a zlepšení kvality života osob se sluchovým postižením a prosazování práv neslyšících. (ČUN, online)

Tichý svět

Služba pro neslyšící, která zprostředkovává sociální rehabilitace, odborné sociální poradenství a tlumočnické služby .

Tichý svět zajišťuje například služby:

Tichá linka je nonstop služba, která byla založena v roce 2010 na poskytování online tlumočení, Služba zároveň poskytuje i online přepis. Služby jsou bezplatné.

Tiché zprávy jsou službou, která je pod křídly organizace Tichý svět. Jde se o internetové zpravodajství pro sluchově postižené, kde jako moderátoři působí sami neslyšící.

Tichý svět zastřešuje projekt „Tichá kavárna a cukrárna“ kterou je první cukrárnou v Praze s neslyšící obsluhou (Tichý svět, online)

SNN - Svaz neslyšících a nedoslýchavých osob

Svaz neslyšících a nedoslýchavých osob vznikl v roce 1990 jako neziskové občanské sdružení. Posláním SNN je podpora v naplňování práv osob se sluchovým postižením na území České republiky, dále poskytuje poradenské a preventivní služby a podporuje zajištění informační a komunikační bezbariérovosti. SNN sdružuje v 55 spolcích asi 4000 členů se sluchovým postižením. (SNN, online).

Tichý dům neslyšících, z.s.

Tichý dům neslyšících, z.s. (dále jen TDN) vznikl v roce 2012 jako spolek. Zřizovatelem je akciová společnost Senior Park. Otevřen byl v březnu roku 2013. Celková kapacita je 30 bytových jednotek a dvě společenské místnosti včetně zimní zahrady a uzavřeného parku. (TDN, online)

UNB – Unie neslyšících Brno

Unie neslyšících Brno je nestátní, nezávislá organizace a vznikla v roce 1991 původně jako Česká unie neslyšících pro oblast Brno se sídlem v Praze. V roce 1998 došlo k úplnému osamostatnění a spolu s další organizací, Oblastní unií neslyšících Olomouc, Jihlavskou unií neslyšících a Plzeňskou unií neslyšících založili organizaci Českomoravská jednota neslyšících – ČMJN, která sídlí v Brně. (UNB, online)

1.6 Tlumočení pro sluchově postižené

Tlumočení je převod mezi českým jazykem a znakový jazykem. Jedná se tedy o převod z jednoho jazyka do druhého při projevu nebo při rozhovoru (Diabová, 2006)

Pro osoby se sluchovým postižením tvoří tlumočení nebo samotný tlumočnický důležitou součást života.

Zajištění tlumočnických služeb má oporu zákona č. 423/2008 „*Pokud se neslyšící dostanou do komunikačně bariérové situace, jako je návštěva lékaře či úřadu, mají právo využít bezplatné tlumočnické služby s využitím zvoleného komunikačního systému.*“

Tlumočnické služby jsou realizovány v rámci služeb sociální prevence, zákon č. 108/2006 Sb. organizacemi neslyšících a organizacemi tlumočnicků znakového jazyka (Krahulcová, 2002).

Tlumočnick je osoba, která vykonává tlumočnickou nebo překladatelskou činnost (Diabová, Kautský, & Pošta, 2006). Tlumočnick není aktivním účastníkem komunikace a musí se řídit Etickým kodexem tlumočnicka. Tlumočnick musí respektovat způsob komunikace neslyšícího a nese odpovědnost za kvalitu své práce (Dingová, 2005). Podle Janečka (2003) je tlumočnick spojkou mezi slyšícím a neslyšícím. Sám nic nepřidává ani neubírá. Tlumočí způsob vyjádření, nemění význam ani obsah sdělení. V české republice je v současné době dostatek tlumočnicků ČZJ. Problémem zůstávají pouze odlehlé části ČR, kde je těžší dostupnost tlumočnicků.

1.7 Pozdní dospělost, stáří a stárnutí

Protože je empirická část zacílena na dospělou populaci a zejména seniory, považují za důležité specifikovat alespoň základní informace vývojové psychologie o této ontogenetické etapě lidského života.

1.7.1 Stárnutí

Podle Čevely (2012) se považuje stárnutí za obecný souhrn zánikových změn morfoložických a funkčních, které postupně nastupují, s tím, že lze připustit individuální variabilitu. Jedince

proces stárnutí ovlivňuje po všech stránkách, tedy stránce biologické, psychické, sociální i duševní.

Biologické změny zasahují do tělesných změn organismu. Jedná se především o pokles funkcí orgánů, úbytku svalové a kostní hmoty, zhoršování všech smyslů či různé hormonální změny. Po psychické stránce vnímáme zpomalení psychomotorického tempa a změnu kognitivních funkcí. Sociální dimenze zahrnuje vztahy mezi jedincem a společností a jeho postoje k okolí (Ondrušová, 2011).

Ve stáří probíhají změny označující se jako změny chorobné. Jsou to projevy a především důsledky různých chorob – nemocí nebo úrazů včetně následných adaptací. Rovněž dochází k poklesu odolnosti proti zátěži, přibývá stresům, zcela zásadně klesá výkonnost a fyzická vytrvalost. Stárnoucí jedinec se již nemůže srovnávat s mladšími osobami. Dostává se do určité nevýhody. Stárnutí je individuální, každého z nás se dotýká jinak, jednotlivé systémy a funkce organismu stárnou nerovnoměrně.

1.7.2 Zdravotní aspekty stárnutí

Dle Světové zdravotnické organizace (WHO) je zdraví více než nepřítomnost nemoci. Definuje jej jako „stav úplné tělesné, duševní a spol. pohody (well-being), ne tedy jako nepřítomnost nemoci“ (Maříková, Petrušek, & Vodáková, 1996, p. 1435).

S věkem se mění i typy a spektrum nemocí, které člověka mohou postihnout. Existují nemoci, které jsou zcela typické pro stáří. Mezi tyto choroby patří například osteoporóza, nemoci srdce, onemocnění kloubů, cévní mozkové příhody a mnoho dalších. Samozřejmě je průběh nemoci v seniorů jiný (horší) než u jedinců mladých při stejné nemoci. Z nemoci se stává chronická nemoc, je zde sklon k polymorbiditě případně má nemoc jiný průběh, než je u ni běžné a předvídatelné. Zdravotní potíže se u seniorů vyskytují opakovaně, často a bez vazby na určité onemocnění. Tak vznikl koncept geriatrických syndromů (Ondrušová, 2011).

Kalvach et al. (2008) uvádějí, že specifické geriatrické syndromy se vyskytují v oblasti:

- ✓ somatické – hypomobilita, dekonidice a svalová slabost, instabilita s pády a úrazy, imobilita, inkontinence, poruchy příjmu potravy, poruchy termoregulace,
- ✓ psychické – demence, deprese, delirium, poruchy chování, poruchy adaptace,
- ✓ sociální – ztráta soběstačnosti, závislost na pomoci druhých, sociální izolace, týrání a zneužívání seniorů, dysfunkce rodiny.

1.7.3 Teorie stárnutí

Podle Čevely et al. (2012) můžeme teorie stárnutí rozdělit do dvou základních skupin:

- ✓ teorie stochastické, které předpokládají, že děje spojené se stárnutím jsou náhodné, že s věkem přibývá opotřebování, poškození, poruch, chyb, selhání buněčného řízení (teorie opotřebování, náhodných změn),
- ✓ teorie nestochastické – předpokládají, že stárnutí je především geneticky předurčeno (teorie naprogramování).

Jedlička (1991) dělí teorie stárnutí následovně:

- ✓ teorie genetická – vychází z poznatků ověřených statistickými údaji, že dožijí-li se rodiče vyššího věku, pak je pravděpodobné, že se dožijí vyššího věku i děti, předpokládá, že primárním základem určení věku je molekulární genetický materiál;
- ✓ teorie mutační – považuje stárnutí za výsledek somatických mutací, především spontánních mutací, mutací způsobených ionizujícím zářením a mutacím vyvolaných jinými neurčenými faktory;
- ✓ teorie omylů – nahromadění metabolických odchylek od normálu, které se objevují především v syntéze bílkovin;
- ✓ teorie autoimunní – tvrdí, že k zániku buňky a tím k projevům stárnutí dochází na podkladě autoimunních procesů;
- ✓ teorie příčných vazeb – dochází k nárůstu zkřížení dvou biologicky významných makromolekulových řetězců (nukleových kyselin a bílkovin);
- ✓ teorie volných radikálů – volné radikály představují vysoce aktivní látky, které vstupují velmi rychle do reakcí s biologicky významnými látkami, mění jejich biologické složení i funkci a tím dochází k projevům stárnutí organismu.

1.7.4 Stáří a jeho periodizace

Stáří je životní fáze člověka, která je vymezena dvěma časovými body. Horní věková hranice stáří je striktně vymezená a ohraničena smrtí jedince. Spodní věková hranice není zcela zřejmá a jasná, protože jevy a procesy, které stáří tvoří, vstupují do života člověka postupně (Sak & Kolesárová, 2012).

Lidé často představu vlastního stáří odmítají, nepřemýšlejí o sobě jako o starých. Stáří si nepřipouští. Rozhodujícím faktorem pro stáří nemůže být věk, ale především zdravotní stav (Sýkorová, 2007).

V tomto období se výrazně mění způsob života člověka. Člověk se osamostatní, děti opouští společné bydlení a přicházejí vnoučata. Další mylníkem je odchod do penze. S tím je spojena i zhoršená ekonomická situace. Člověk je více vnímavý k úmrtí známých osobností, kamarádů, uvědomuje se konečno. To vše může zhoršit psychický stav a způsobit vážné k psychické problémy (Dvořáčková, 2012).

Je nutné uvést, že etapa stáří je stejně důležitá jako každá jiná životní etapa a zaslouží si stejný důraz na rozvoj jako dospělost a mládí. Období stáří trvá 30 – 40 let a je tedy přibližně stejně dlouhé jako mládí a dospělost. Měli bychom jí tedy věnovat pozornost a zájem, nejen ze strany seniorů, ale i ze strany pomáhajících profesí či sociální a zdravotní politiky státu (Klvetová & Dlabalová, 2008).

1.7.5 Proces stárnutí a klasifikace stáří

Různá odborná literatura není zcela sjednocena v pojetí stáří a rozchází se perioditě stáří. Většinou panuje shoda v rozlišení stáří na stáří kalendářní, biologické a sociální (Příbyl, 2015).

Kalendářní stáří

Stáří člověka nám určuje především je kalendářní věk. Ten je jednoznačně specifikovatelný, ale je bohužel nevypovídající ve vztahu k biologickým, psychickým a sociálním změnám, které se na stárnutí člověka zásadně podílejí.

WHO klasifikuje vyšší věk takto:

- ✓ 60 – 74 let - rané stáří (počínající stáří)
- ✓ 75 – 89 let - vlastní stáří (senium)
- ✓ 90 a více let - období dlouhověkosti

Zvoníková (2015) píše, že podle geriatriů i demografů lze dělit stáří následovně:

- ✓ 65 – 74 let - časně stáří
- ✓ 75 – 89 let - vlastní stáří (senium)
- ✓ 90 let a výše - dlouhověkost

Podle Čevely et al. (2012) můžeme stáří dělit i takto:

- ✓ 60/65 – 74 let - počínající stáří (mladí senioři, young old)
- ✓ 75 – 84/89 let - vlastní stáří (staří senioři, old-old)
- ✓ 85/90 a více let - dlouhověkost (velmi staří senioři, oldest old, very old-old)

Německý psycholog Erik Erikson, zabývající se vývojovou psychologií, dělí vývoj osobnosti podle faktorů, které ovlivňují vývoj člověka. Jsou to faktory biologické, kulturní, společenské

a kulturní. V každé životní etapě dochází k rozvoji určité lidské ctnosti. Etapy lidského života dělí následovně (Erikson, 2015):

- ✓ I. stádium - kojenecké období, 0 – 1 rok
- ✓ II. stádium - rané dětství, 1 – 3 roky
- ✓ III. stádium - věk hry, 3 – 6 let
- ✓ IV. stádium – školní věk 6 – 12 let
- ✓ V. stádium – adolescence, 12 – 20 let
- ✓ VI. stádium – mladá dospělosti, 20 – 25 let
- ✓ VII. stádium – dospělost 25 – 50 let
- ✓ VIII. stádium – stáří, 50 let a více – člověk hodnotí svůj život a bilancuje. Uvědomuje si čeho dosáhl. V tomto období by měl přijmout svůj vlastní život a ke svému životu zaujmout pozitivní postoj. V tomto věku dosahuje pocitu dokončenosti. Předností tohoto období je moudrost.

Biologické stáří

Biologické stáří jsou nevratné biologické změny a změny genetických dispozic, které ovlivňují nebo mohou ovlivnit maximální čas zbývající do přirozené smrti člověka.

Biologické stáří a biologický věk jsou důsledkem geneticky řízeného programu biologického stárnutí a zároveň důsledek celoživotního působení zevního prostředí, způsobu života jedince, jeho zdatnosti, celkovému stavu organismu, což nemusí vždy odpovídat kalendářnímu věku (Wernerová & Zvoníková, 2016).

Ve stáří dochází prokazatelně k tělesným změnám. Výška člověka se s přibývajícím věkem snižuje a naopak hmotnost stoupá. Ubývá svalová hmota a „dochází“ síly. Ke změnám dochází rovněž u smyslového vnímání, horší se zrak, sluch a mění chuť i čich. U mužů dochází k částečnému nebo úplnému snížení sexuální aktivity a také se zvyšuje reakční doba např. u řidičů seniorů na zvukové a zrakové podněty.

Sociální stáří

Sociální stáří je definováno souhrnem sociálních změn, sociálních rolí a postojů. Také je určováno znevýhodněním nebo typickými životními situacemi v pokročilém věku, mezi něž patří především úmrtí partnera, odchod dětí z domova, narození vnoučat a prosté přijetí nové role, role penzisty. Můžeme zde hovořit o takzvaném vystoupení nebo vytlačení ze světa mládí. Počátek sociálního stáří je označován jako doba odchodu do důchodu nebo vzniku nároku na starobní důchod (Čevela et al., 2012).

V souvislosti se sociálním stářím můžeme mluvit o tzv. sociální periodizaci lidského života, která na základě produktivity a sociálních rolí člení lidský život do životních období, tzv. věků (Příbyl, 2015):

- ✓ První věk – předproduktivní, je obdobím dětství, mládí, růstu, vzdělávání, profesní přípravou apod.
- ✓ Druhý věk – produktivní, je fází dospělosti, kdy biologická, sociální i pracovní produktivita je na vrcholu.
- ✓ Třetí věk – postproduktivní, je obdobím, kdy dochází k penzionování, k poklesu produktivity.
- ✓ Čtvrtý věk – bývá označován jako fáze závislosti. Toto označení je nevhodné, protože by mohl vznikat dojem, že stáří musí být nutně spojeno se ztrátou soběstačnosti a biologickým marasmem, což je v rozporu s konceptem zdravého stárnutí.

Psychické stáří

V průběhu duševního stárnutí člověka dochází k prolínání vlivu biologického věku mozku a těla. Člověk si začíná uvědomovat svou současnou zkrácenou životní perspektivu, měníciho se vzhledu i dalších faktorů, které s sebou věk přináší (tloustnutí, vrásky, stařecké skvrny atd.). Duševní činnost je u starých lidí zpomalena. Začíná chybět motivace, jedinec má více času, společně s ubýváním svalové hmoty je více opatrný (Říčan, 2004).

Ne všechny psychické změny ve stáří nutně směřují ke zhoršení stavu jedince. Mnohdy tomu bývá i naopak. U starších jedinců je násobně zvyšuje se vytrvalost a to především u stereotypní tělesné a duševní práci. Také se zvyšuje trpělivost a vnímání, pochopení v jednání u ostatních. Starým lidem, není-li přítomna duševní porucha, nechybí soudnost a zlepšuje se rozvaha. Bývají stálejší v názorech a ve vztazích (Pacovský, 1994).

1.7.6 Pohybová aktivita v seniorském období

Pohybová aktivita by se měla stát součástí života a být součástí života každého jedince, a to bez ohledu na věk s tím, že musí být zohledněny jeho zdravotní problémy. Pohyb je pro lidské tělo prospěšný a to nejen po stránce fyzické, kdy pomáhá udržet tělo v dobrém zdravotním stavu a výborné kondici, ale také působí také na oblast psychickou. Někteří lidé dokáží vnímat pohyb jako aktivní relaxaci, odpočinek a celkové uvolnění těla a mnohdy pomocí různých pohybových aktivit uvolní negativní emoce.

Mazal (2007, p. 20) uvádí, že: „*pohybová činnost na určité úrovni působí na psychiku člověka, zvyšuje asertivitu, sebedůvěru, snižuje depresi, napětí apod.*” Huber, Bankhofer a

Hewson (2009) uvádí, že osoby pohybově aktivnější zvládnou lépe problémy vyplývající z každodenního života, stres a získávají vyšší sebedůvěru. Stejskal (2004, p. 12) uvádí, že: *"dlouhodobá pohybová aktivita také prodlužuje lidský život a snižuje úmrtnost na onemocnění spojená se sedavým životním stylem."*

Je prokázáno, že pravidelná pohybová aktivita z hlediska prevence a působení na lidské zdraví má následující výhody:

- ✓ stimuluje produkci endorfinů v mozku (dobrá nálada, lepší snášení bolesti, pocit uvolnění, štěstí),
- ✓ zvyšuje duševní potenciál (jste schopni více a déle přemýšlet, zlepšuje se paměť),
- ✓ harmonizuje systém autonomního nervstva a endokrinního systému (cítíte se klidnější, vyrovnanější, zvyšuje se sexuální aktivita, jste odolnější vůči všem druhům stresu),
- ✓ uvolňuje svalové napětí a odstraňuje záporné emoce (zvyšuje sebevědomí, zmírňuje rozčilení, problémy se vám zdají méně závažné, snadněji se s nimi vyrovnáte),
- ✓ upravuje biochemické hodnoty tuků v krvi, mění metabolismus tuků (ztráta nadbytečných kilogramů, oddalování procesu kornatění tepen srdce a mozku, u diabetiků zde postupně snižovat dávky inzulínu),
- ✓ má preventivní vliv na úbytek vápníku z kostí (prevence osteoporózy),
- ✓ zvyšuje pevnost a pružnost kloubních vazů a úponových svalových šlach, ohebnost kloubů, svalovou sílu, vytrvalost a klidové napětí svalu,
- ✓ podporuje krevní oběh, zvyšuje vytrvalost, je lépe zajištěna výměna látková i na periferiích končetin, lépe pracují ledviny, játra a další vnitřní orgány, má preventivní vliv na vznik křečových žil, zvýšenou srážlivost krve, trombózu hlubokých žil dolních končetin a poruchu lymfatické cirkulace,
- ✓ zlepšuje schopnost krve přenášet kyslík,
- ✓ snižuje klidovou hodnotu srdeční frekvence, zlepšuje činnost srdce, normalizuje krevní tlak,
- ✓ zpomaluje proces stárnutí, prodlužuje délku života a aktivní délku života ve stáří,
- ✓ stimuluje hluboké břišní dýchání,
- ✓ má preventivní vliv na vznik chronického únavového syndromu,
- ✓ pomáhá lidem přestat kouřit, potlačuje abstinenční příznaky,

✓ snižuje riziko potratu, usnadňuje porod a je dokázáno, že aktivním matkám se rodí zdravější děti (Kalman et al., 2009).

U starších skupin obyvatelstva, u obou pohlaví, dochází k poklesu pohybové aktivity, snižuje se tedy počet aktivních hodin věnovaných pohybové aktivitě. Většina lidí si dostatečně neuvědomuje, že věk není a nemůže být překážkou toho, aby zůstali i nadále aktivní. Samozřejmě výkon v závislosti na věku klesá. (Kalman et al., 2009)

Celoživotní participace na pohybové aktivitě střední intenzity může zpomalit pokles funkční kapacity. To znamená, že klesající křivka funkční kapacity způsobuje i klesající kvalitu života, kdy roste pravděpodobnost získání NCD (neinfekční nemoci, non communicable diseases) i jiných onemocnění (Kalman et al., 2009).

Pohybové aktivity u seniorů neznamenaají podávání sportovních výkonů, ale lze je považovat jako vhodný prostředek pro nácvik mobility, následné soběstačnosti, kvality života či jenom jako relaxace a aktivní odpočinek, který je možné provádět i na čerstvém vzduchu. Součástí pohybových aktivit jsou také různá cvičení určená právě seniorům.

Uhlíř (2008) uvádí jako možnosti pohybových cvičení seniorů:

- ✓ cvičení smyslového vnímání,
- ✓ rovnovážná cvičení,
- ✓ nácvik chůze,
- ✓ nácvik vstávání,
- ✓ cvičení zaměřené na svalové dysbalance a správné držení těla,
- ✓ cvičení na udržování fyziologického rozsahu v kloubech,
- ✓ cvičení jemné motoriky, obratnosti, koordinace,
- ✓ dechová a relaxační cvičení,
- ✓ spinální cvičení,
- ✓ cvičení pro sociální komunikaci,
- ✓ vytrvalostní cvičení,
- ✓ automasáž,
- ✓ škola zad,
- ✓ aktivace hlubokého stabilizačního systému,
- ✓ cvičení paměti a kognitivních procesů.

Kromě cvičení se mohou senioři věnovat také nespočtu dalších aktivit zaměřených na pohyb a relaxaci. Senioři mají v oblibě činnost zvaná nordic walking. Je to chůze za pomoci speciálních holí. Vystrčil (2008, p. 37) uvádí, že: *"Severská chůze přináší díky holím zapojení horní poloviny těla, která v dnešní "sedavé" době leniví"*. Van Cauwenberg, De Bourdeaudhuij, Clarys, De Geus a Deforche (2018) ve své studii uvádějí, ačkoli je chůze určena jako nejlepší a ideální pohybová aktivita pro seniory, jízda na kole přináší podstatné zvýšení mobility. Zde se uvádí, že jízda na kole vyžaduje vyšší fyzickou námahu než chůze a proto je doporučováno využívat elektrická jízdní kola.

Výzkum Vidovičové a Kafkové (2012, p. 950) hodnotící aktivity seniorů z velkoměst ukazuje, že: *„Mezi každotýdenní aktivity některých seniorů patří i cesta na zahrádku či chatu, návštěva či výpomoc v rodině nebo u přátel, velké nákupy a pro 18 % seniorů i zaměstnání. Naopak návštěva kulturních či vzdělávacích akcí, kostela či hřbitova není v této populaci příliš častá"*.

Mezi hlavní aktivity seniorů patří především nákupy. Ty neslouží pouze k zajištění základních potřeb, ale jsou jakousi formou rekreačních aktivit, zábavy, sociálního kontaktu a především vytržení ze stereotypu (Vidovičová & Kafková, 2012).

1.8 Kvalita života a postoje ke stárnutí a stáří

Hlavním cílem tohoto výzkumného šetření v této diplomové práci je zjištění subjektivně vnímanou kvalitu života u osob se sluchovým postižením a jejich postoje ke stáří a stárnutí.

1.8.1 Vymezení definic a pojmů kvality života

Pojem „kvalita života“ poprvé zmínil Pigou v roce 1920 v práci, zabývající se ekonomikou a sociálním zabezpečením (Vaďurová & Mühlpachr, 2005).

Vaďurová a Mühlpachr (2005, také tvrdí, že první faktory ovlivňující kvalitu života vymezil W. Forrester: zabezpečení potravinami; finance, zabezpečující životní standard; stav znečištění životního prostředí; hodnota růstu počtu obyvatel.

Ukazatelé kvality života podle WHO jsou:

- a) fyzické zdraví – usměrňuje činnost, vyčerpanost člověka, bolest, nepohodlí a spánek
- b) stupeň samostatnosti – fyzická aktivita, denní činnosti, úroveň pracovního nasazení, závislost na medikamentech
- c) společenské poměry – individuální vztahy, sociální podpora, pudové činnosti
- d) prostředí – přístup k financím, nezávislost, jistota, čisté a zdravé prostředí, sociální starostlivost, střecha nad hlavou, osvěta, cestování

e) spiritualita - náboženství, osobní vyznání (Dvořáčková & Hrozenková, 2013).

WHO definuje kvalitu života jako to, „*jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům*“ (Čevela et al., 2012, p. 199-200).

Kvalita života ve stáří je ovlivněna mírou saturace potřeb seniora společně s dalšími faktory jako jsou např. kvalita sociálních kontaktů, ať už jde o vztahy s dospělými dětmi, vnoučaty, sousedy, širší rodinu, známé, dále dostupnost kvalitní zdravotní péče, kvalitní a cenově dostupné bydlení, bezpečnost, informovanost o dění kolem, nabízené služby, dostupnost dopravy aj. (Příbyl, 2015).

Podle Vohralíkové a Rabušice (2004) kvalitu seniorů tvoří řada aspektů. Mezi nejvýznamnější zařazujeme materiální zabezpečení, zdraví, rodina, sociální kontakty, pohybová aktivita.

1.8.2 Kvalita života osob se sluchovým postižením v dospělosti a stáří

Pohled kvality života osob s postižením podle Vaňurové (2013, p. 76): „*Život osob s postižením je vždy do určité míry jejich zdravotním stavem zasažen. Přesný rozsah a charakter tohoto omezení je dán řadou faktorů, mezi které patří především druh postižení, jeho závažnost a manifestace v každodenním životě, ale také osobnostní faktory, sociální postavení jedince, rodina, dostupnost podpory, postoj společnosti k danému postižení.*“

Pohled na kvalitu života osob se sluchovým postižením mají Procházková a Vysuček (2007, p. 21) takový: „*Lidé, kteří se cítí být hluchotou omezováni, se cítí být zdravotně postiženými. Nedůvěřují si, trpí pocity hořkosti nad nenaplněným životem. Bývají bojácní a plačtiví nebo naopak zlostní i zlomyslní. Žijí v izolaci, ztrácí pojem o realitě.*“

1.8.3 Metody a nástroje měření kvality života

Zjišťování kvality života je prováděno ze tří perspektiv:

- ✓ objektivní měření sociálních ukazatelů v termínech možností, bariér a zdrojů okolí
- ✓ subjektivní odhad celkové spokojenosti se životem
- ✓ subjektivní odhad spokojenosti s jednotlivými životními oblastmi (Dragomirecká & Bartoňová, 2006).

Křivohlavý (2002) dělí metody měření kvality života na tři skupiny:

- ✓ metody měření kvality života, kde tuto kvalitu života hodnotí druhá osoba
- ✓ metody měření kvality, kde hodnotitelem je sama daná osoba
- ✓ metody smíšené, vzniklé kombinací metod typu I. a II.

Vaňurová a Mühlpachr (2005) dělí nástroje měření podle objektivnosti na:

✓ objektivní metody měření kvality života:

- APACHE II (Acute Physiological and Chronic Health Evaluation systém) – hodnotící systém akutního a chronicky změněného zdravotního stavu – The Karnofsky Performance Scale – vytvořen pro hodnocení paliativní léčby u pacientů s rakovinou plic
- VAS (Visual Analogue Scale) – vizuální škálování celkového stavu pacienta – ILF (Index kvality života)
- QL (Spitzer Quality of Life Index) – pro zjištění zdravotního stavu a kvality života u pacientů s rakovinou před a po ukončení terapie

✓ subjektivní metody měření kvality života:

- SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life) – diagnostikování kvality života
- SEIQoL-DW (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life – Direct Weighting) – individualizované měření kvality života
- LQoLP (Lancashire Quality of Life Profile) – strukturovaný sebeposuzující rozhovor
- LQoLP-EU (Lancashire Quality of Life Profile – European Version) – verze pro Evropu
- Dotazník SQUALA

✓ smíšené metody:

- MANSA (Manchester Short Assessment of Quality of Life)
- LSS (Life Satisfactory Scale) – škála životního uspokojení

Nástroje pro měření kvality života vzhledem ke zdraví (HRQOL):

✓ WHOQOL-100

✓ WHOQOL-BREF

✓ MOS Core Measures – měření kvality života vztahované ke zdraví

✓ Dotazník SF-36 (Short-Form Health Survey) – sebeposuzující nástroj hodnotící zdraví vnímané pacientem

✓ The EuroQoL – EQ-5D – měření výsledků zdravotní péče

✓ Dotazník QLS-100 (Quality of Life Self-Assessment) – upevnění vztahu pacient-lékař

✓ SIP (The Sickness Impact Profile) – měří dopad nemoci na chování

✓ NHP (Nottingham Health Profile) – laické hodnocení zdraví (Vaďurová & Mühlpachr, 2005,

Nejběžnější formou zjištění kvality života u osob v seniorském věku je pomocí dotazníků a strukturovaných rozhovorů. Všeobecné (generické) dotazníky se používají pro pacienty nebo skupinu pacientů. Případně u zdravé populace. Speciální dotazníky jsou cíleny pro pacienty s určitými/neurčitými potížemi. Měřením kvality života se v ČR od poloviny 90. let zabývá Psychiatrické centrum v Praze (Ondrušová, 2011).

Metoda WHOQOL

WHOQOL-100

WHOQOL-100 (World Health Organization Quality of Life Assessment) je dotazník zaměřený na měření kvality života, který vyvinula Světová zdravotnická organizace. Podnět k vytvoření tohoto dotazníku zaměřeného na měření kvality života dal Odbor duševního zdraví Světové zdravotnické organizace v roce 1991. Následně byla sestavena pracovní skupina WHOQOL, kterou vytvořili zástupci z 15 výzkumných center z celého světa a která se zaměřila na tvorbu dotazníku kvality života. Dotazník WHOQOL-100 sestává ze 100 položek, které zahrnují 24 aspektů života sdružených do 6 domén: fyzické zdraví, prožívání, úroveň nezávislosti, sociální vztahy, prostředí, spiritualita a celková kvalita života. Vyplnění dotazníku trvá 20 – 30 minut (Dragomirecká & Bartoňová, 2006).

WHOQOL-BREF

Pro potřeby klinické praxe byla vytvořena zkrácená verze dotazníku WHOQOL-100, která obsahuje 26 položek. Výsledky dotazníku jsou rozděleny do 4 domén (fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy, prostředí) a dvou samostatných položek hodnotících celkovou kvalitu života (kvalita života a spokojenost se zdravím). Vyplnění dotazníku trvá 5 – 10 minut, administrace formou rozhovoru 15 – 20 minut (Dragomirecká & Bartoňová, 2006).

WHOQOL-OLD

Pro zkoumání kvality života ve vyšším věku doporučují autoři české verze k dotazníku WHOQOL-BREF použít ještě speciální modul pro vyšší věk WHOQOL-OLD. V tomto dotazníku je hodnoceno šest oblastí, které vymezují aspekty kvality života a jsou důležité pro osoby vyššího věku: fungování smyslů, nezávislost, naplnění, sociální zapojení, postoj ke smrti a umírání, intimita (Dvořáčková & Kajanová, 2012).

1.8.4 Postoje ke stárnutí a stáří

Postoj vyjadřuje vztah k určité oblasti reality, a proto má vliv na způsob, jak ji člověk vnímá a jak následně vyhodnotí, jaké v něm vytváří emoce, jak je pro něj významný a smysluplný a jaká na ni bude reakce. Vyjadřuje stabilní vztah a z toho vyplývající tendenci ke konkrétnímu způsobu jednání. Postoje obvykle vycházejí ze základní hodnotové hierarchie jedince. Postoje se vyznačují se určitým stupněm stálosti a různou mírou intenzity. Postoje lze zaujmout k čemukoliv, včetně sebe sama (Vágnerová, 2005)

Zjišťování postojů ke stáří a stárnutí

Metoda AAQ je oficiální českou verzí dotazníku pro zjišťování postojů ke stáří a stárnutí. Konečná verze dotazníku obsahuje 24 položek, které jsou sdruženy ve třech doménách:

- 1) doména psychosociální ztráty** obsahuje prožitky samoty, sociálního vyloučení, uzavření se a postupné ztráty fyzické soběstačnosti;
- 2) doména fyzické změny** je různorodější a týká se fyzického zdraví, kondice, cvičení i celkové reflexe stárnutí;
- 3) psychologický růst** je doména obsahující kladné zkušenosti, které by se mohly označit jako „moudrost“ nebo „zralost“, týkají se především pozitivního vztahu k sobě a okolnímu světu (Dragomerická & Bartoňová, 2006).

Poznámky a změny v teoretická části záleží na Vás, už nemusíte. Jen kapitola Pohybové aktivity mohla být zvlášť a více propracovaná a jak píšou od počátku, velký nepoměr mezi informacemi o sluchovém postižení (tam máte spoustu informací) a ostatními informacemi o kvalitě života, pohybových aktivitách.

2 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

V této kapitole jsou prezentovány stanovené cíle výzkumného šetření.

Cílem diplomové práce je:

1. zjistit, jak respondenti se sluchovým postižením hodnotí kvalitu svého života
2. zjistit, jaký postoj respondenti se sluchovým postižením zaujímají ke stáří a stárnutí

Pro splnění výše uvedených cílů diplomové práce jsou stanoveny následující výzkumné otázky:

- **VO₁** Jak respondenti se sluchovým postižením hodnotí úroveň kvality života dle dotazníku WHOQOL-BREF?
- **VO₂** Ovlivňují vybrané proměnné výsledky hodnocení kvality života respondentů se sluchovým postižením?
- **VO₃** Jaké jsou postoje respondentů se sluchovým postižením ke stáří a stárnutí dle dotazníku AAQ?
- **VO₄** Ovlivňují vybrané proměnné postoje respondentů se sluchovým postižením ke stáří a stárnutí?

3 METODIKA

Ve třetí kapitole je prezentován metodický postup včetně představení nástrojů sběru dat, metod vyhodnocení dat a výzkumného vzorku. Projekt výzkumné práce s názvem Hodnocení kvality života seniorů schválila etická komise FTK UP pod jednacím číslem 71/2017, ze dne 27.11. 2017.

3.1 Metody sběru dat

„Výzkumné šetření je provedeno s využitím postupů kvantitativního výzkumu. Cílem tohoto výzkumu je shromáždění velkého množství dat, jež se dále zpracovávají. Na základě získaných dat dochází k potvrzení či vyvrácení předem stanovených hypotéz. Výsledky kvantitativního výzkumu jsou zaznamenány do tabulek a následně pro lepší přehlednost zpracovány pomocí grafů.“ (Chráska, 1993, p. 47)

Pro vypracování empirického výzkumu byla použita forma sběru dat pomocí WHOQOL-BREF a AAQ dotazníku, mající kvantitativní charakter. Metoda dotazníkového šetření má za hlavní cíl popis typů závislostí mezi proměnnými. Kvantitativní výzkum vychází z hypotéz, které následně popírá nebo potvrzuje. Domnívám se, že tato metoda dotazníkového šetření je výhodná a to především z důvodu získání velkého množství dat v krátkém časovém úseku. Dotazníky jsou součástí práce v příloze, výsledky jsou zobrazeny pomocí tabulek a grafů.

WHOQOL-BREF je standardizovaný dotazník, který byl vytvořen jako zkrácená verze dotazníku WHOQOL-100 pro potřeby klinické praxe. Tento dotazník (příloha 6) zahrnuje čtyři domény: 1) fyzické zdraví (DOM1), 2) prožívání (DOM2), 3) sociální vztahy (DOM3) a 4) prostředí (DOM4).

K získání přehledu o subjektivně hodnocené úrovni kvality života byl vybrán dotazník WHOQOL-BREF. Překlad české verze WHOQOL-BREF byl kompromisem mezi dvěma podmínkami, a to že překlad má kopii originálu a zároveň zůstat přirozený. Autoři překladu vyšli z premise, že dotazník se bude využívat také k zjišťování dopadu nemoci nebo jiných nepříznivých životních podmínek na vnímanou kvalitu života a měl by tedy být jasný a srozumitelný různým populačním skupinám (Dragomirecká, 2006).

Tabulka 2. Přehled domén a položek dotazníku WHOQOL-BREF

domény	položky	
fyzické zdraví	q3	bolest a nepříjemné pocity
	q4	závislost na lékařské péči
	q10	energie a únava
	q15	pohyblivost
	q16	spánek
	q17	každodenní činnosti
	q18	pracovní výkonnost
prožívání	q5	potěšení ze života
	q6	smysl života
	q7	soustředění
	q11	přijetí tělesného vzhledu
	q19	spokojenost se sebou
	q26	negativní pocity
sociální vztahy	q20	osobní vztahy
	q21	sexuální život
	q22	podpora přátel
prostředí	q8	osobní bezpečí
	q9	životní prostředí
	q12	finanční situace
	q13	přístup k informacím
	q14	záliby
	q23	prostředí v okolí bydliště
	q24	dostupnost zdravotní péče
	q25	doprava
2 samostatné položky	Q1	kvalita života
	Q2	spokojenost se zdravím

Zdroj: Dragomirecká & Bartoňová, 2006)

Rozpětí hrubého skóru u domén se pohybuje od minima 4 do maxima 20, vyšší hodnota poukazuje na lepší kvalitu života. Dotazník vyplňuje sám respondent nebo může být předložen formou rozhovoru. Pokud respondent vyplňuje dotazník sám, vyplnění trvá 5 – 10 minut, administrace formou rozhovoru trvá přibližně 15 – 20 minut (Dragomirecká & Bartoňová, 2006).

AAQ (Attitudes Toward Aging Questionnaire) je standardizovaný dotazník Světové zdravotnické organizace AAQ (příloha 7) hodnotí postoje ke stáří a stárnutí (viz tabulka 3).

Tabulka 3. Přehled položek a dimenzí dotazníku AAQ

domény	položky	
psychosociální ztráty	aaq7	stáří je čas samoty
	aaq10	stáří je čas depresí
	aaq14	je obtížné hovořit o pocitech
	aaq17	stáří je období ztrát
	aaq21	ztráta fyzické soběstačnosti
	aaq24	je obtížné najít si přátele
	aaq32	nejsem začleněný do společnosti
	aaq34	cítím se vyřazený
fyzické změny	aaq12	cvičení je důležité
	aaq13	stárnutí je snazší
	aaq16	necítím se starý
	aaq19	identita není dána věkem
	aaq20	mám dost energie
	aaq22	fyzické problémy mě neomezují
	aaq36	zdravotní stav je dobrý
	aaq37	udržuji se aktivní
	aaq30	můj život má význam
	aaq33	příklad mladým lidem
psychologický růst	aaq2	lepší vyrovnání se životem
	aaq4	je výsadou dožít se vyššího věku
	aaq8	moudrost přichází s věkem
	aaq9	stáří přináší příjemné věci
	aaq15	jsem vůči sobě tolerantnější
	aaq25	předávání zkušeností
	aaq30	můj život má význam
	aaq33	příklad mladým lidem

Zdroj: (Dragomirecká & Prajsová, 2009)

AAQ obsahuje 24 položek hodnotících postoje člověka ve třech doménách:

- doména psychosociální ztráty (PSZTRAT) obsahuje prožitky samoty, sociálního vyloučení, uzavření se a postupné ztráty fyzické soběstačnosti
- doména fyzické změny (FYZZMEN) se týká fyzického zdraví, kondice, cvičení a celkové reflexe stárnutí
- doména psychologický růst (PRUST) zahrnuje kladné zkušenosti, které můžeme označit jako „moudrost“ nebo „zralost“, týkající se především pozitivního vztahu k sobě a okolnímu světu (Dragomirecká & Prajsová, 2009).

3.2 Metody vyhodnocení dat

Získaná data byla vyhodnocena metodami popisné/deskriptivní statistiky, která zaznamenává soubory dat pomocí charakteristických čísel (absolutní četnost a relativní četnost) a dále metodami statistiky explorační, s jejichž pomocí se hledají skryté zákonitosti v souborech a ověřuje platnost hypotéz (Hrbáčková, 2015).

Pro určování statistické významnosti byl využit Mann-Whitneyův U test a Kruskal-Wallisův ANOVA test ($p \leq 0,05$). U-test Manna a Whitneyho je neparametrický test, který lze použít v případech, kdy má výzkumník rozhodnout, zda dva výběry mají zhruba stejné rozdělení četnosti, zda tedy mohou pocházet ze stejného základního souboru (Chráška, 2003). U Kruskal -Wallisova se testuje nulová hypotéza, že v každém z porovnávaných souborů je stejné rozdělení vyšetřované náhodné veličiny se spojitým rozdělením (Zvára, 2008).

Pro statistické zpracování dat byl použit statistický program Statistica. Získaná data byla vložena do tabulky Microsoft Office Excel 2016.

3.3 Charakteristika výzkumného vzorku

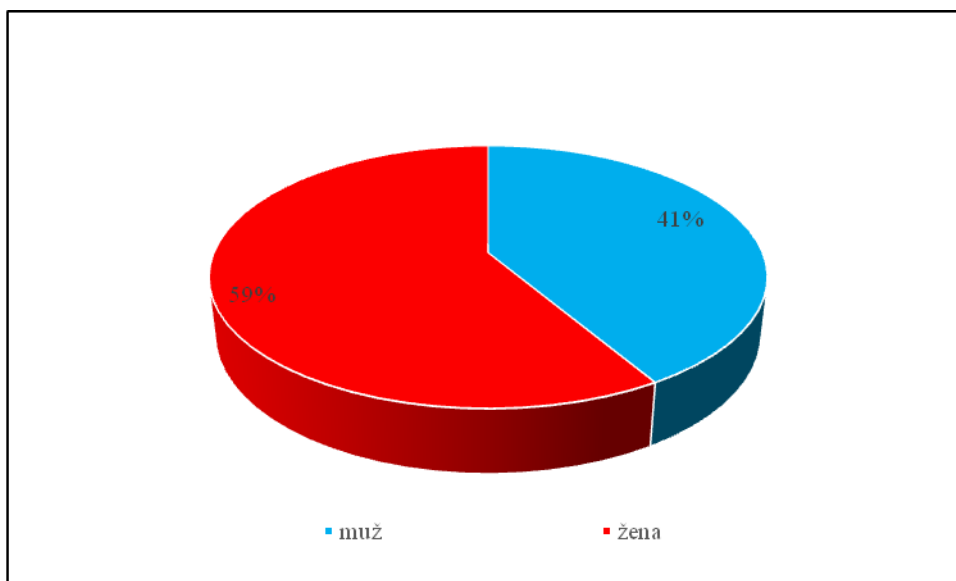
Pro celou kapitoli – nebylo třeba zdvojit výsledky – tabulka a graf (+ ještě popis), už jsem ale psala minule.

Výzkumného šetření se zúčastnilo 41 respondentů. Celkem bylo distribuováno 55 sad dotazníků, vrátilo se 43 dotazníků, dva dotazníky byly vyřazeny z důvodu neúplného vyplnění. S některými respondenty se autorka setkala osobně, za účelem vysvětlení práce s dotazníkem. Výzkumný vzorek zahrnoval 17 mužů (41 %) a 24 žen (59 %). Rozložení souboru dle pohlaví zobrazuje tabulka 4 společně s obrázkem 6.

Tabulka 4. Pohlaví respondentů

Pohlaví	absolutní četnost	relativní četnost
muži	17	41 %
ženy	24	59 %
CELKEM	41	100 %

Zdroj: vlastní zpracování (platí i pro všechny níže prezentované obrázky, které uvádějí grafické zpracování výsledků)



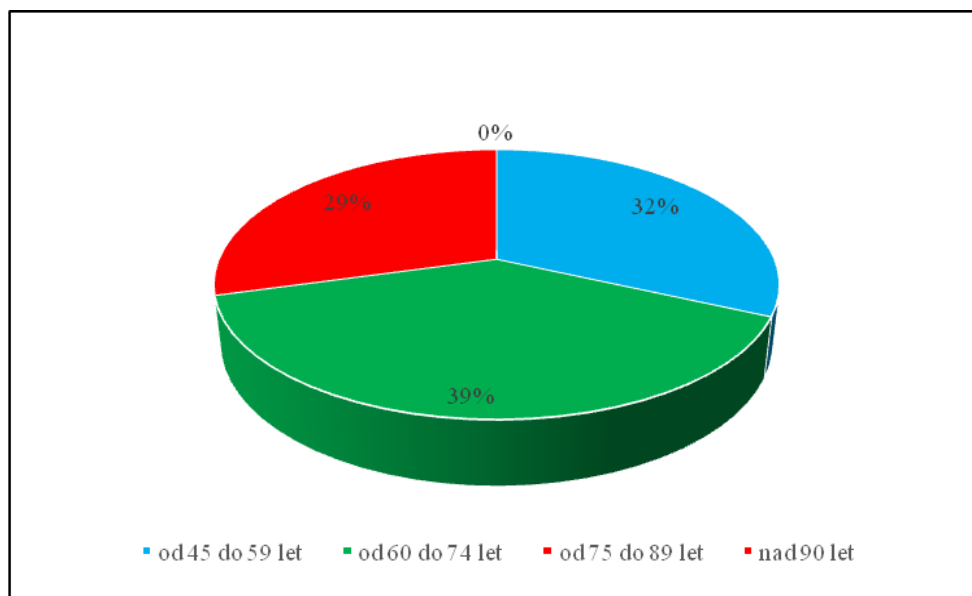
Obrázek 6. Pohlaví respondentů

Nejmladším respondentem byl 45-letý muž, nejstarším pak 88-letý muž. Nejvíce respondentů (39 %) bylo ve věkové skupině 60-74let. Naopak ve věku nad 90 let nebyl žádný respondent. Rozložení souboru dle věku přináší tabulka 5 společně s obrázkem 7.

Tabulka 5. Rozložení souboru dle věku

Rozložení souboru dle věku	absolutní četnost	relativní četnost
od 45 do 59 let	13	32 %
od 60 do 74 let	15	37 %
od 75 do 89 let	13	32 %
nad 90 let	0	0 %
CELKEM	41	100 %

Zdroj: vlastní zpracování



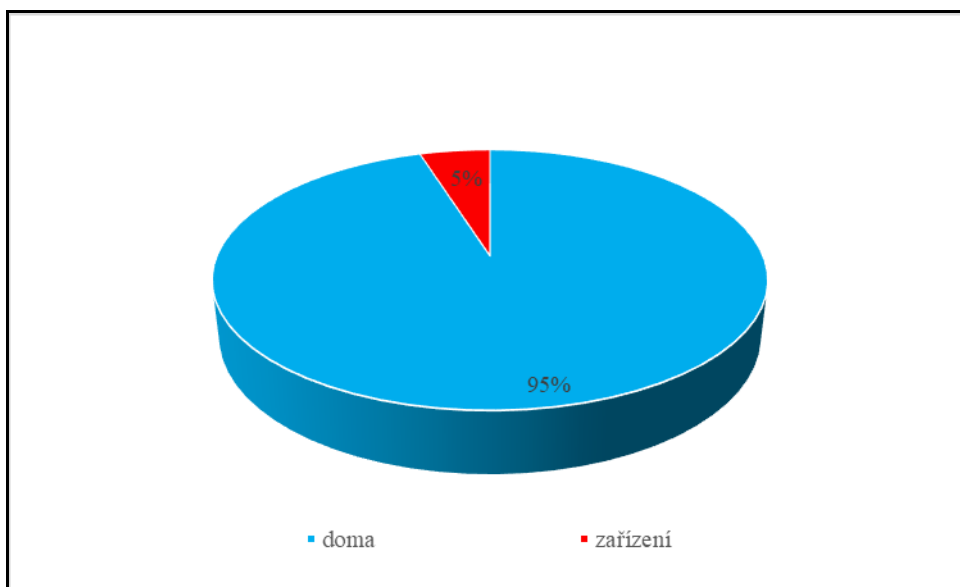
Obrázek 7. Věkové rozpětí respondentů

Téměř všichni dotázaní bydlí ve svém bytě či domě, pouze 5 % respondentů bydlí v zařízení pro seniory. Data o bydlení respondentů uvádí tabulka 6 společně s obrázkem 8.

Tabulka 6. Bydlení respondentů

Rozložení souboru typu bydlení	absolutní četnost	relativní četnost
doma	39	95 %
v zařízení	2	5 %
CELKEM	41	100 %

Zdroj: vlastní zpracování



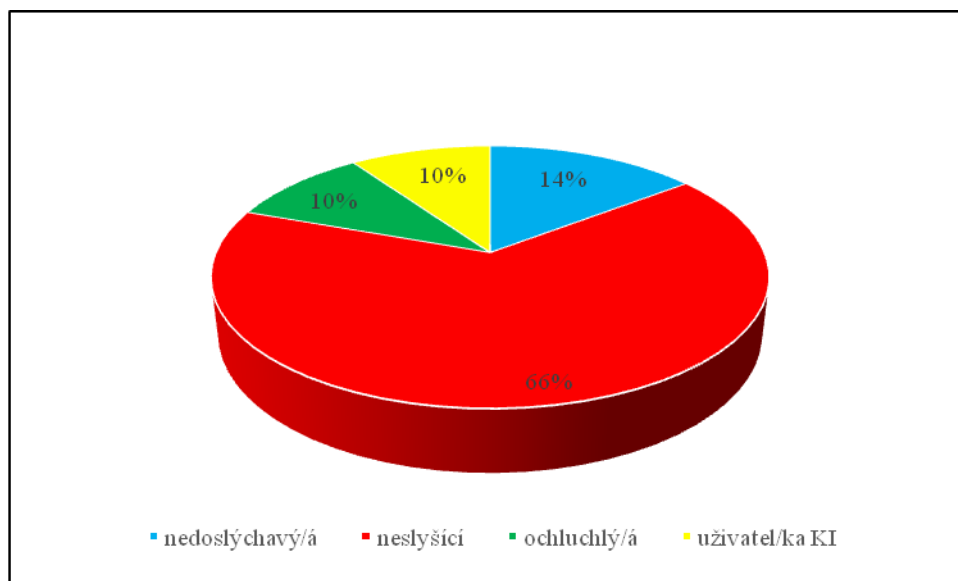
Obrázek 8. Bydlení respondentů

Dále bylo zjišťováno sluchové postižení respondentů. Zde bylo zjištěno, že nadpoloviční většina se řadí mezi neslyšící, dále pak 15 % je nedoslýchavá a po 10 % jsou ohluchlí a uživatelé KI kochleárního implantátu. Rozložení souboru dle sluchového postižení uvádí tabulka 7 společně s obrázkem 9.

Tabulka 7. Sluchové postižení respondentů

Sluchové postižení respondentů	absolutní četnost	relativní četnost
nedoslýchavý/á	6	15 %
Neslyšící	27	66 %
ohluchlý/á	4	10 %
uživatel/ka KI	4	10 %
CELKEM	41	100 %

Zdroj: vlastní zpracování



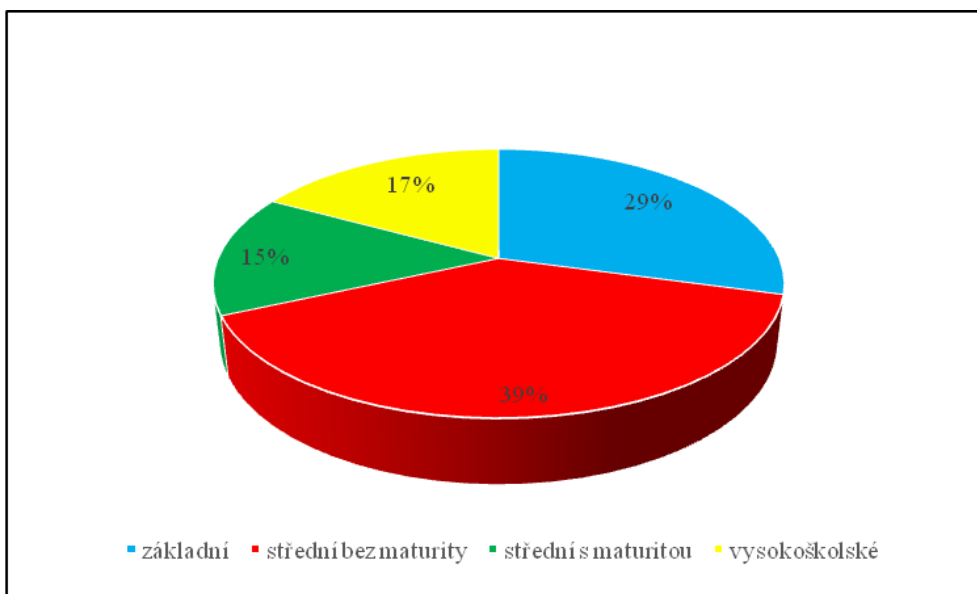
Obrázek 9. Sluchové postižení respondentů

Následující otázkou bylo zjištěno, že 29 % dotázaných má pouze základní vzdělání, 39% střední vzdělání bez maturity, 15 % střední vzdělání s maturitou a pouze 17 % má vysokoškolské vzdělání. Rozložení souboru dle nejvyššího dosaženého vzdělání uvádí tabulka 8 a obr. 10.

Tabulka 8. Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Nejvyšší dosažené vzdělání	absolutní četnost	relativní četnost
Základní	12	29 %
střední bez maturity	16	39 %
střední s maturitou	6	15 %
Vysokoškolské	7	17 %
CELKEM	41	100 %

Zdroj: vlastní zpracování



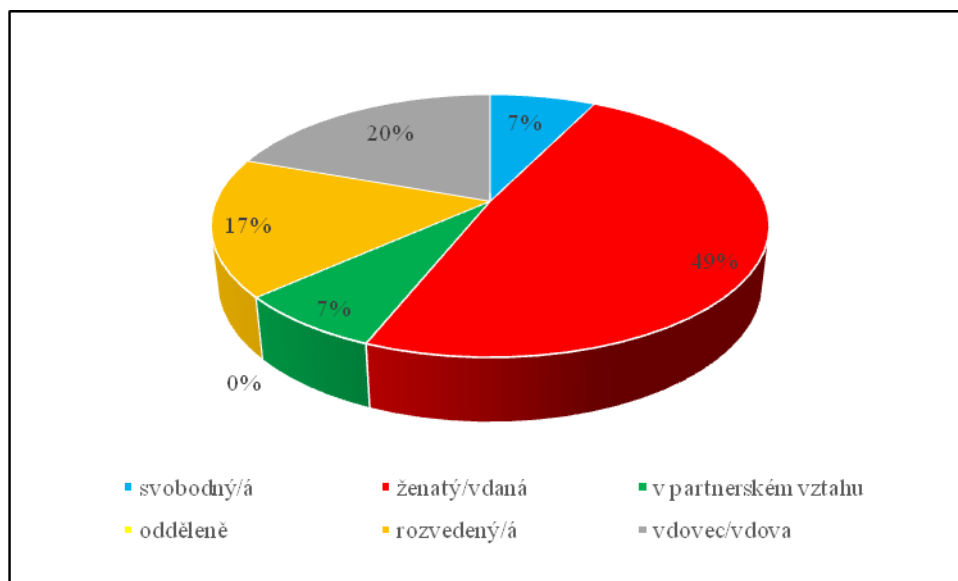
Obrázek 10. Vzdělání respondentů

Následující otázka zkoumala rodinný stav respondentů. Zde bylo zjištěno, že téměř polovina (49 %) je ženatá či vdaná, 17 % je rozvedených, 7 % svobodných či v partnerském vztahu a 20% dotázaných je ovdovělých. Rozložení souboru dle rodinného stavu uvádí tabulka 9 společně s obrázkem 11

Tabulka 9. Rodinný stav respondentů

Rodinný stav respondentů	absolutní četnost	relativní četnost
svobodný/á	3	7 %
ženatý/vdaná	20	49 %
v partnerském vztahu	3	7 %
Odděleně	0	0 %
rozvedený/á	7	17 %
vdovec/vdova	8	20 %
CELKEM	41	100 %

Zdroj: vlastní zpracování



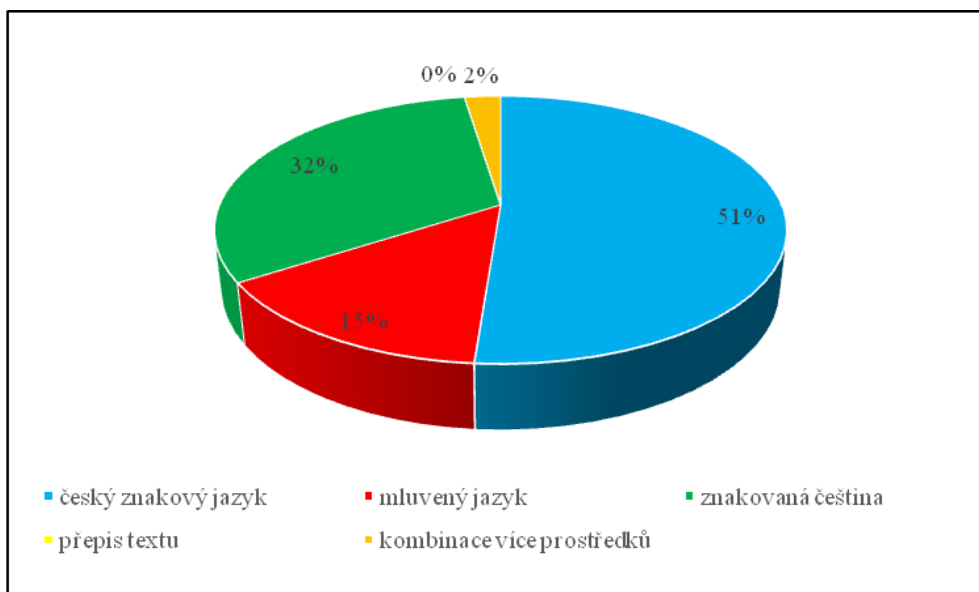
Obrázek 11. Rodinný stav respondentů

Další sada otázek se zaměřovala na komunikaci neslyšících respondentů. V první se zjišťovalo, jak dotázaní komunikují s okolím. Zde bylo zjištěno, že polovina (51%) používá český znakový jazyk, třetina (32%) pak znakovanou češtinu, pouze 15% mluvený jazyk a 2% dotázaných používá kombinaci více prostředků. Rozložení souboru dle používaného/preferovaného způsobu komunikace s okolím uvádí tabulka 10 společně s obrázkem 12.

Tabulka 10. Komunikace s okolím

Preferovaný způsob komunikace s okolím	absolutní četnost	relativní četnost
český znakový jazyk	21	51 %
mluvený jazyk	6	15 %
znakovaná čeština	13	32 %
přepis textu	0	0 %
kombinace více prostředků	1	2 %
CELKEM	41	100 %

Zdroj: vlastní zpracování



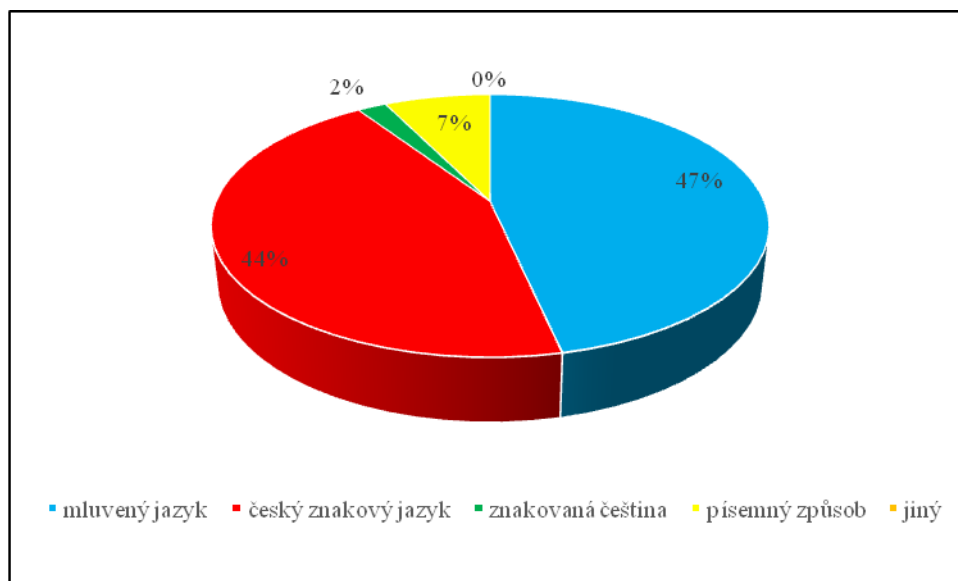
Obrázek 12. Komunikace s okolím

Druhá otázka byla zaměřena na komunikaci neslyšícího se slyšící populací. Zde bylo zjištěno, že téměř polovina (46%) respondentů dává přednost mluvenému jazyku a druhá polovina (44%) českému znakovému jazyku, pouze malé procento dotázaných používá znakovou češtinu (2%) či písemný způsob (7%). Rozložení souboru dle používaného/preferovaného způsobu komunikace se slyšící populací uvádí tabulka 11 společně s obrázkem 13.

Tabulka 11. Komunikace se slyšící populací

Preferovaný způsob komunikace se slyšící populací	absolutní četnost	relativní četnost
mluvený jazyk	19	46 %
český znakový jazyk (s tlumočnickem)	18	44 %
znakovaná čeština	1	2 %
písemný způsob	3	7 %
Jiný	0	0 %
CELKEM	41	100 %

Zdroj: vlastní zpracován



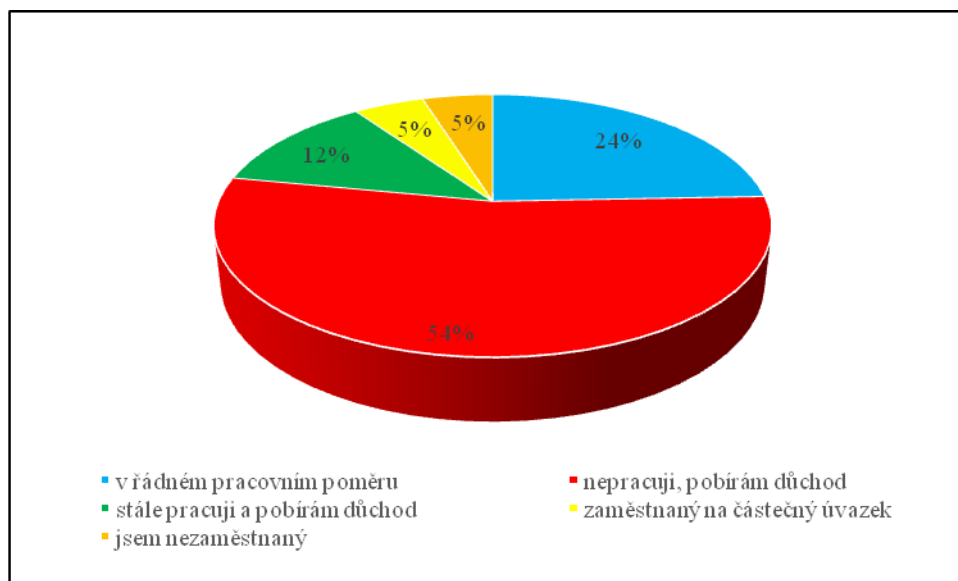
Obrázek 13. Komunikace se slyšící populací

Další soubor otázek zkoumal sociální situaci respondentů. V první bylo zjišťováno zaměstnání a v druhé pak finanční situace a hmotné zabezpečení. Bylo zjištěno, že polovina (54%) nepracují a pobírá důchod, 24% bylo pracujících respondentů, 12% pracujících důchodců a po 5% zaměstnaných na částečný úvazek a nezaměstnaných. Rozložení dat souboru dle zaměstnání respondentů uvádí tabulka 12 společně s obrázkem 14.

Tabulka 12. Zaměstnání respondentů

Zaměstnání respondentů	absolutní četnost	relativní četnost
v řádném pracovním poměru	10	24 %
nepracuji, pobírám důchod	22	54 %
stále pracuji a pobírám důchod	5	12 %
zaměstnaný na částečný úvazek	2	5 %
jsem nezaměstnaný	2	5 %
CELKEM	41	100 %

Zdroj: vlastní zpracování



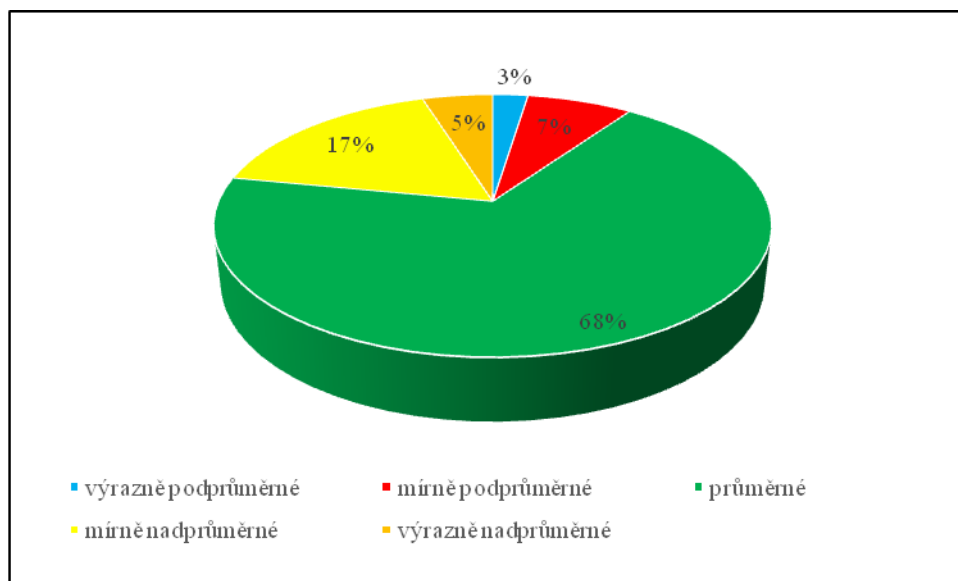
Obrázek 14. Zaměstnání respondentů

Jak je patrné z dat prezentovaných v tabulce 13 a obrázku 15, nadpoloviční většina (68%) respondentů vnímá svou finanční situaci a hmotné zabezpečení jako průměrné, mírně nad průměrem se vnímá 17%, výrazně nad průměrem je 5%, pouze 2% vnímá svou situaci výrazně podprůměrnou a 7% jako mírně podprůměrnou.

Tabulka 13. Subjektivní hodnocení finanční situace

Finanční situace	absolutní četnost	relativní četnost
výrazně podprůměrné	1	2 %
mírně podprůměrné	3	7 %
Průměrné	28	68 %
mírně nadprůměrné	7	17 %
výrazně nadprůměrné	2	5 %
CELKEM	41	100 %

Zdroj: vlastní zpracování



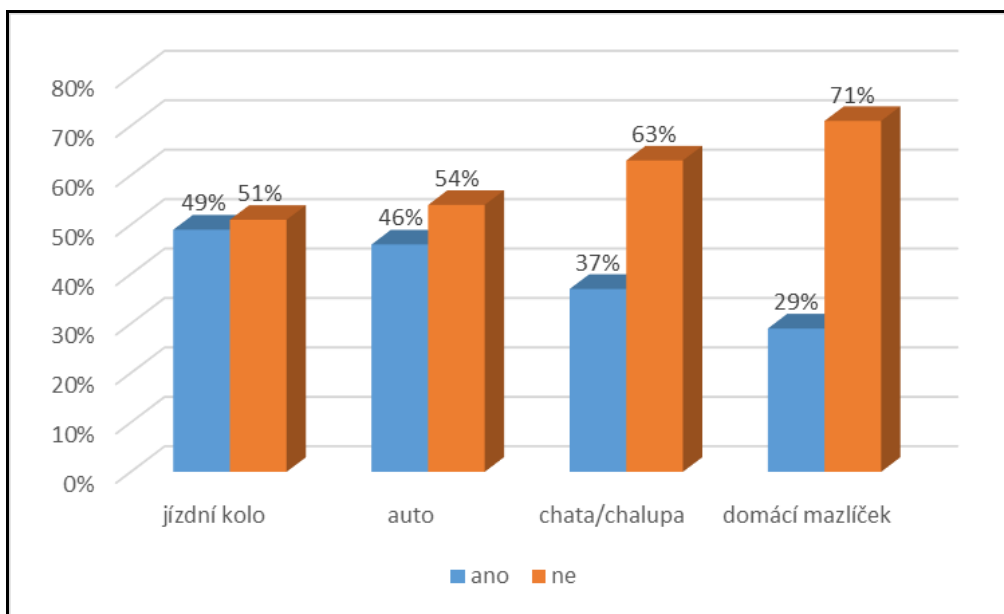
Obrázek 15. Finanční situace respondentů

Dále bylo zkoumáno vlastnictví kola, auta, chaty či chalupy a domácího mazlíčka. Zde bylo zjištěno, že necelá polovina (49%) dotázaných vlastní kolo i auto (46%), ale pouze třetina (37%) vlastní chatu či chalupu. Zvíře jako domácího mazlíčka vlastní také pouze necelá třetina (29%) dotázaných. Rozložení dat souboru dle vybraných majetkových poměrů uvádí tabulka 14 společně s obrázkem 16.

Tabulka 14. Vybrané majetkové poměry respondentů

Jízdní kolo k dispozici	absolutní četnost	relativní četnost
Ano	20	49 %
Ne	21	51 %
CELKEM	41	100 %
Auto k dispozici	absolutní četnost	relativní četnost
Ano	19	46 %
Ne	22	54 %
CELKEM	41	100 %
Chata či chalupa k dispozici	absolutní četnost	relativní četnost
Ano	15	37 %
Ne	26	63 %
Domácí mazlíček k dispozici	absolutní četnost	relativní četnost
Ano	12	29 %
Ne	29	71 %
CELKEM	41	100 %

Zdroj: vlastní zpracování



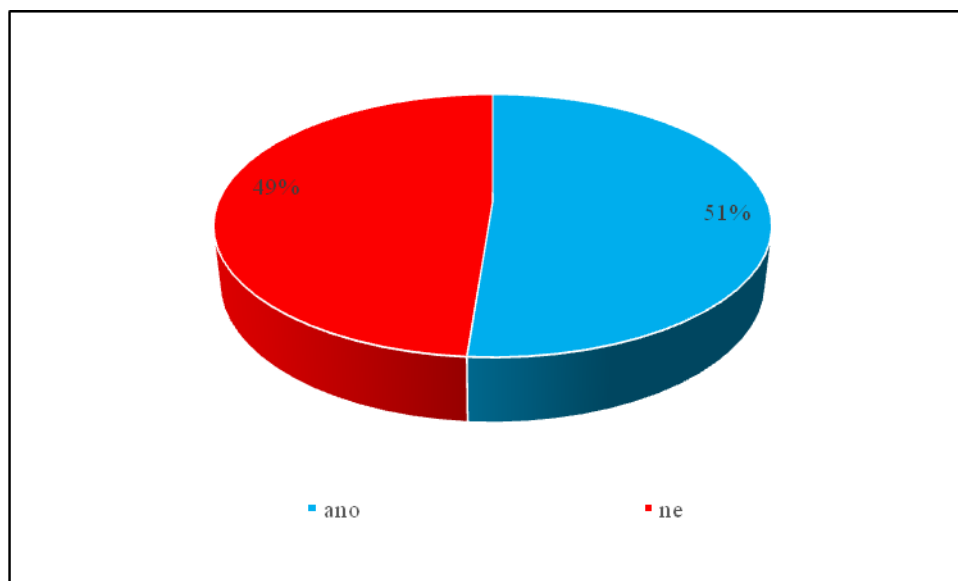
Obrázek 16. Vybrané majetkové poměry respondentů

V následujících otázkách se zjišťovalo, zda se respondenti účastní pravidelně organizovaného cvičení ve skupině cvičenců s délkou trvání alespoň 30 minut, v jaké frekvenci a v jaké skupině či místě. Z výsledků bylo zjištěno, že polovina (51%) se takového pravidelného cvičení účastní. Rozložení dat souboru o pravidelnosti cvičení uvádí tabulka 15 společně s obrázkem 17.

Tabulka 15. Pravidelné cvičení respondentů

Pravidelné cvičení	absolutní četnost	relativní četnost
Ano	21	51 %
Ne	20	49 %
CELKEM	41	100 %

Zdroj: vlastní zpracování



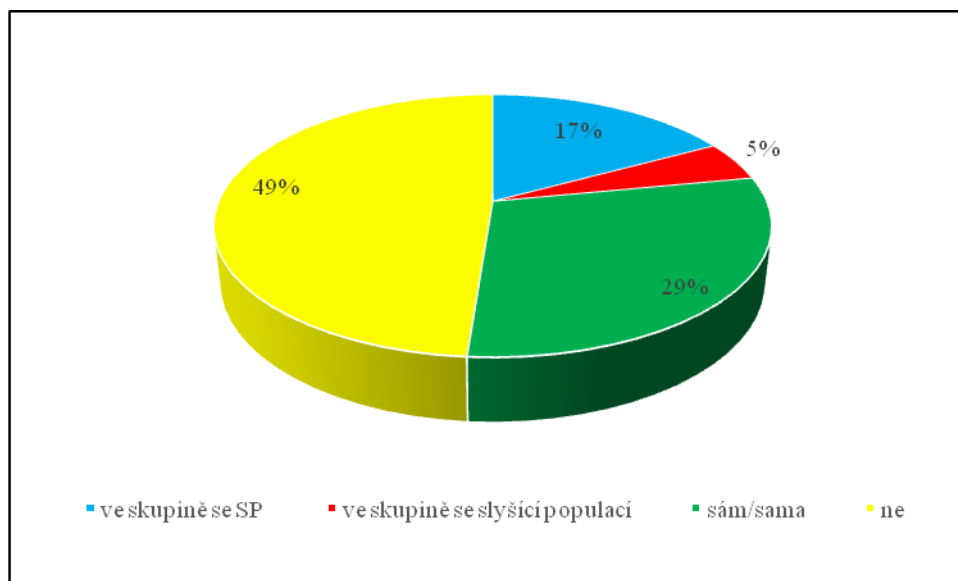
Obrázek 17. Pravidelné cvičení respondentů

Jak je patrné z dat uvedených v tabulce 16 a grafu na obrázku 18, necelá třetina (29%) respondentů cvičí sama doma, 17% dochází na cvičení se sluchově postiženými a pouze 5% navštěvuje cvičení se slyšící populací.

Tabulka 16. Místo pravidelného cvičení respondentů

Místo cvičení	absolutní četnost	relativní četnost
ve skupině se sluchově postiženými	7	17 %
ve skupině se slyšící populací	2	5 %
sám/sama	12	29 %
Necvičí	20	49 %
CELKEM	41	100 %

Zdroj: vlastní zpracování



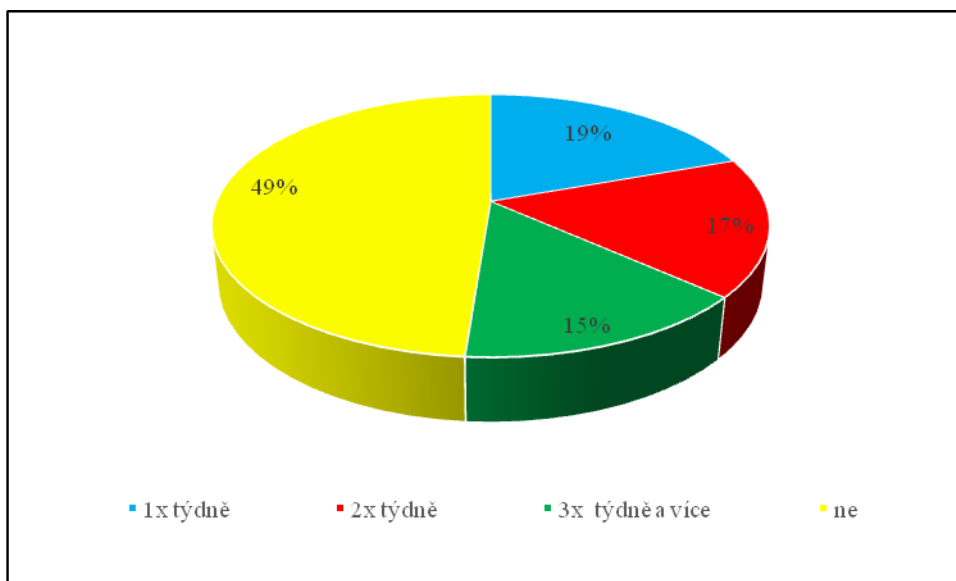
Obrázek 18. Místo pravidelného cvičení respondentů

Z dat uvedených v tabulce 17 a grafu na obrázku 19 vyplývá, že frekvence cvičení byla u 20 % dotázaných 1x týdně, 17 % cvičí 2x týdně a 15% 3x týdně a více.

Tabulka 17. Četnost pravidelného cvičení respondentů

Frekvence cvičení	absolutní četnost	relativní četnost
1x týdně	8	20 %
2x týdně	7	17 %
3x týdně a více	6	15 %
Necvičí	20	49 %
CELKEM	41	100 %

Zdroj: vlastní zpracování



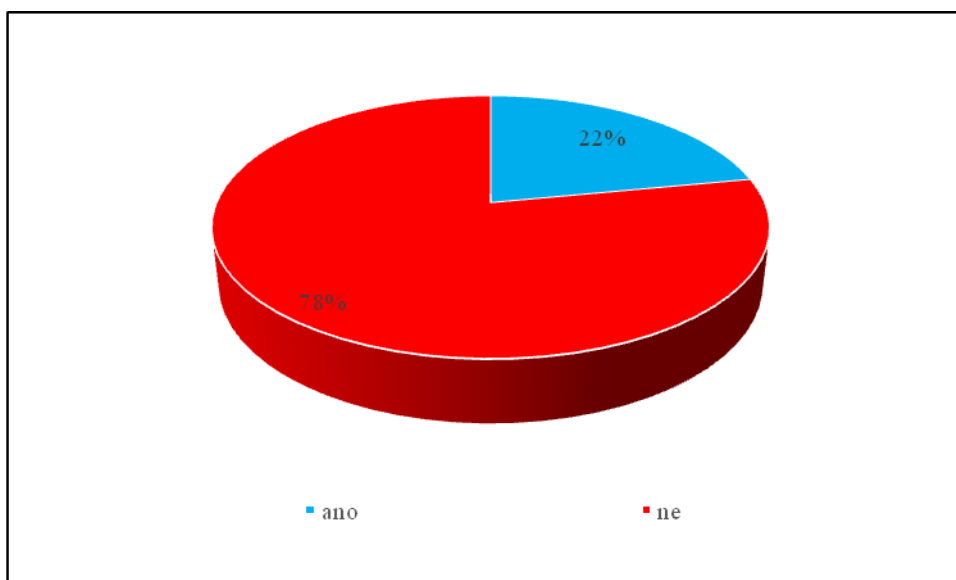
Obrázek 19. Četnost pravidelného cvičení respondentů

V poslední otázce bylo zkoumáno, zda jsou neslyšící respondenti kuřáci. Jak je patrné z dat prezentovaných v tabulce 18 a grafu na obrázku 20, zde bylo zjištěno, že kouří necelá čtvrtina (22%) respondentů.

Tabulka 18. Kouření respondentů

Jsou respondenti kuřáci?	absolutní četnost	relativní četnost
Ano	9	22 %
Ne	32	78 %
CELKEM	41	100 %

Zdroj: vlastní zpracování



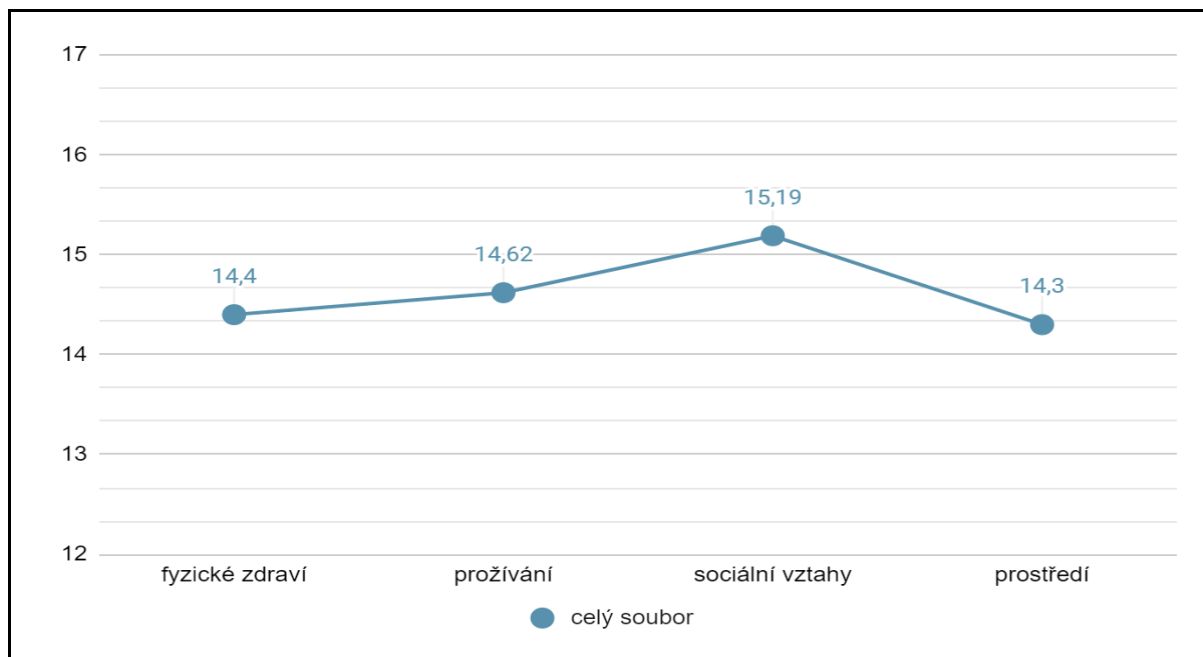
Obrázek 20. Kouření respondentů

4 VÝSLEDKY - VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKŮ

V této kapitole jsou prezentovány výsledky vyhodnocení dotazníků WHOQOL-BREF a AAQ a vztahu sledovaných proměnných v rámci těchto dotazníků.

4.1 WHOQOL-BREF

4.1.1 Kvalita života u celého souboru respondentů dle dotazníku WHOQOL-BREF



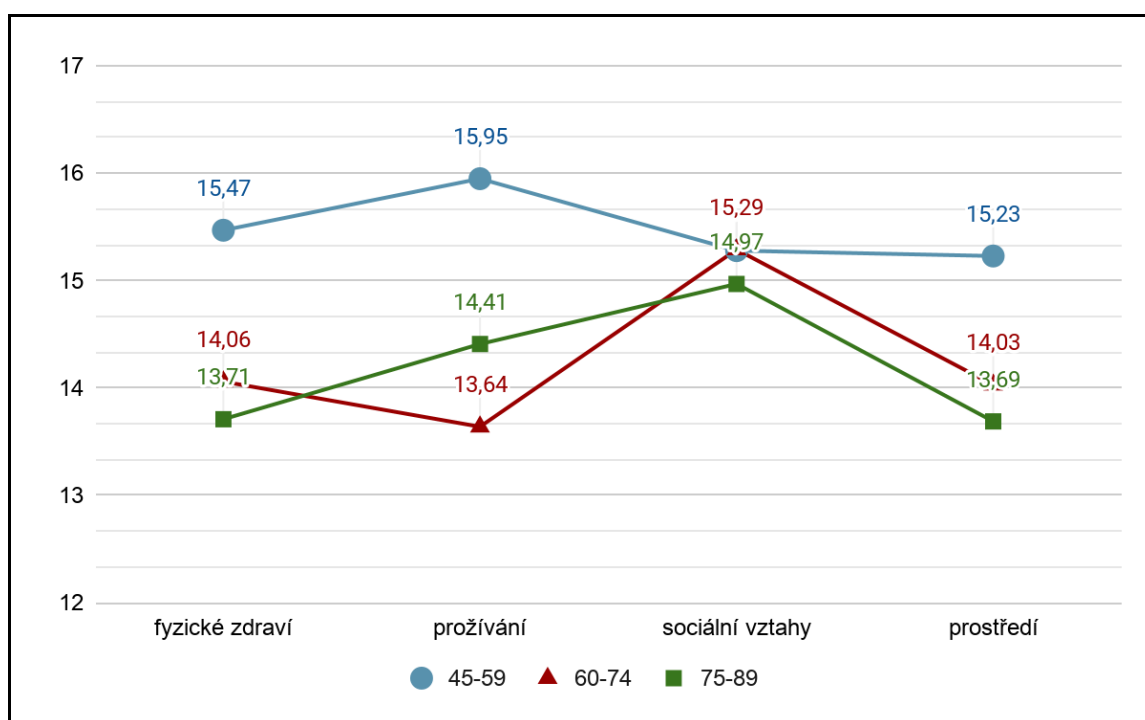
Obrázek 21. Hodnocení kvality života u všech respondentů dle WHOQOL-BREF

Z grafu prezentovaném na obrázku 21 vyplývá, že respondenti uvádějí nejvyšší kvalitu života v doméně sociální vztahy (15,19). Respondenti jsou spokojeni se svými osobními vztahy, podporou své rodiny a přátel i sexuálním životem. Druhá nejvyšší kvalita života se vykázála v doméně prožívání (14,62) a dále v doméně fyzické zdraví (14,3). Nejnižší kvalitu života hodnotí senioři v doméně prostředí (14,3).

4.1.2. Vybrané proměnné a jejich vliv na kvalitu života

V této části představujeme výsledky statistických analýz, provedených statistickými metodami prezentovanými v metodické části.

a) Ovlivňuje věk výsledky kvality života respondentů dle WHOQOL-BREF?



Obrázek 22. Hodnocení kvality života dle věku (WHOQOL-BREF)

Celý soubor byl dle věku respondentů arbitrárně rozčleněn do tří skupin. První skupinu tvořili respondenti ve věku 45-59let (n = 13), druhá skupina sestávala z respondentů ve věku 60-74 let (n = 15) a poslední skupina byli ve věku 75-89 let (n = 13). Analýza s využitím Kruskal – Wallisova testu ($p \leq 0,05$) prokázala statistickou významost v doméně **prožívání**. Nejvyšší skóre v doméně prožívání dosáhli respondenti ve věku 45-49 let (15,59), nejnižší respondenti ve věku 60-74 let.

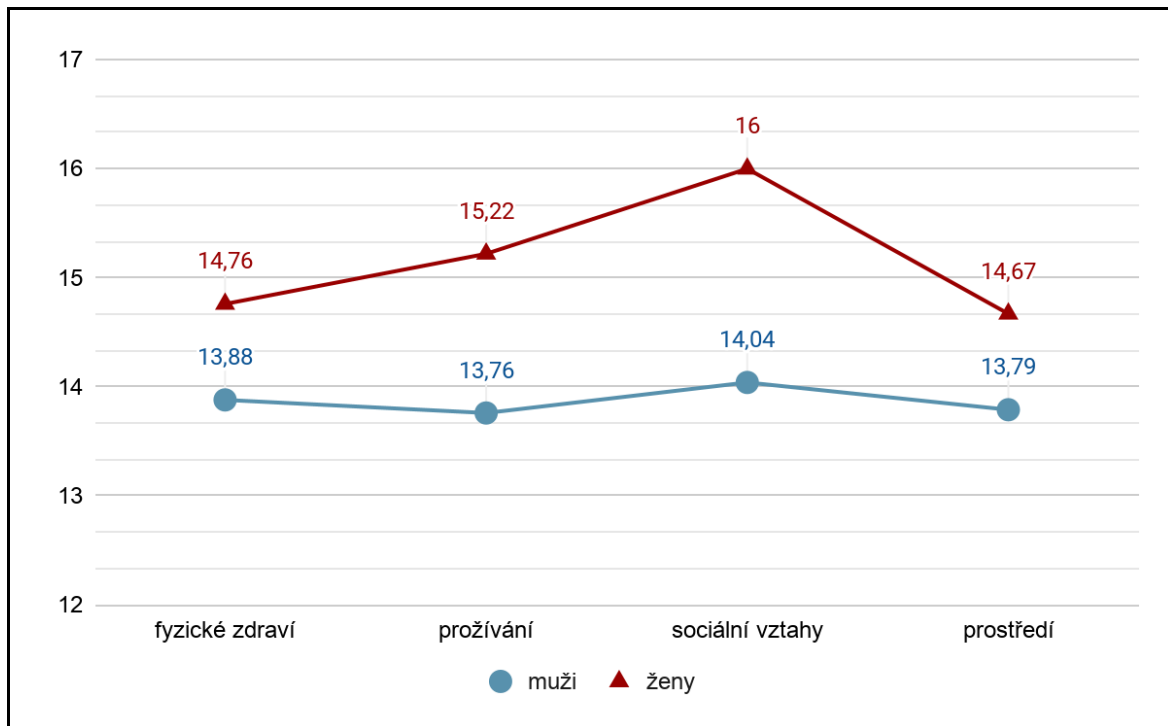
Tabulka 19. Statistická významnost v doméně 2 (prožívání) z hlediska věku

Závislá: DOM 2	Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); DOM2 Nezávislá (grupovací) proměnná : Věk Kruskal-Wallisův test: $H(2, N=41) = 6,178087$ $p = ,0455$		
	1	2	3
	R:27,346	R:16,267	R:20,115
1 (45 až 59 let; n= 13)		0,043964	0,371474
2 (60 až 74 let; n = 15)	0,043964		1,000000
3 (75 až 89 let n = 13)	0,371474	1,000000	

Zdroj: vlastní zpracování

H = hypotéza; N = základní soubor; p = hladina významnosti; 1 = 45 - 59 let; 2 = 60 - 74 let; 3 = 75 - 89 let; červená barva = statisticky významný rozdíl

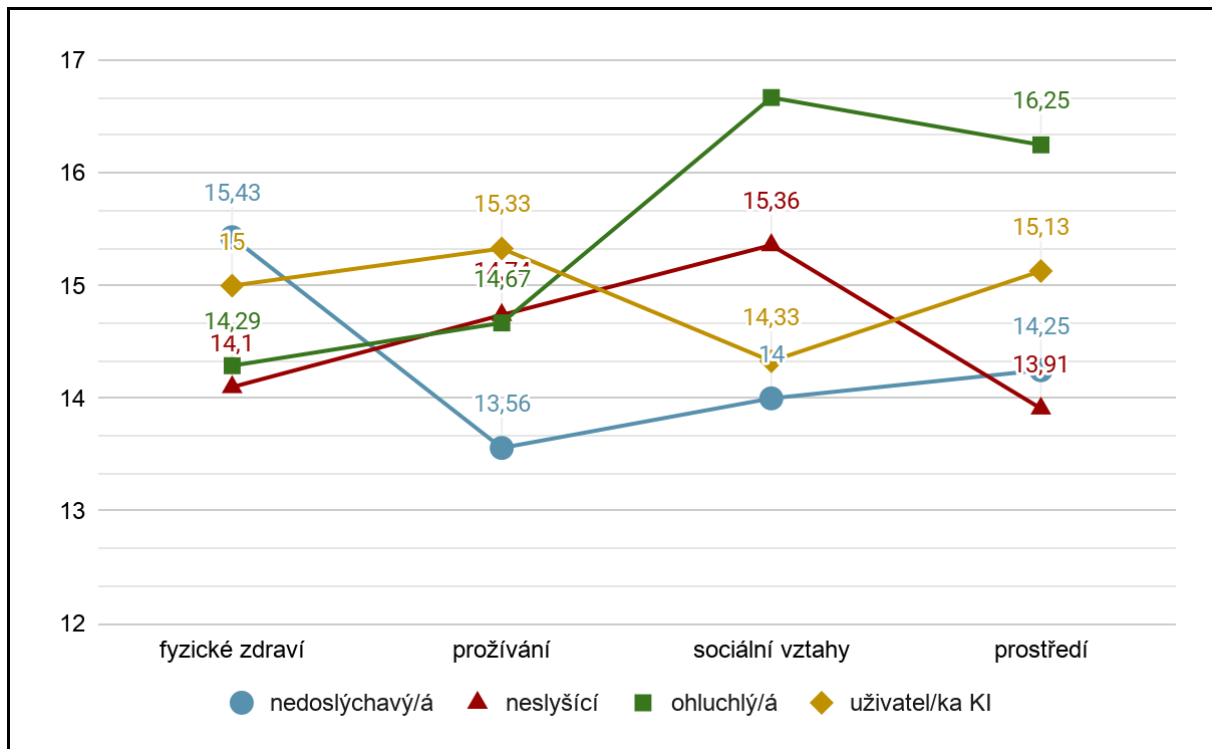
b) Ovlivňuje pohlaví výsledky kvality života respondentů dle WHOQOL-BREF?



Obrázek 23. Hodnocení kvality života dle pohlaví (WHOQOL-BREF)

Dle Mann-Whitneyova U-testu nebyla ve výzkumném souboru u proměnné pohlaví nalezena statistická významnost ($p \leq 0,05$) mezi muži ($n = 17$) a ženami ($n = 24$) v žádné z domén. Neprokázal se tedy vliv pohlaví vlna hodnocení kvality života. U obou pohlaví je nejvýše hodnocena kvalita života v doméně sociální vztahy, přičemž pozitivněji sociální vztahy hodnotí ženy (16) než muži (14,04).

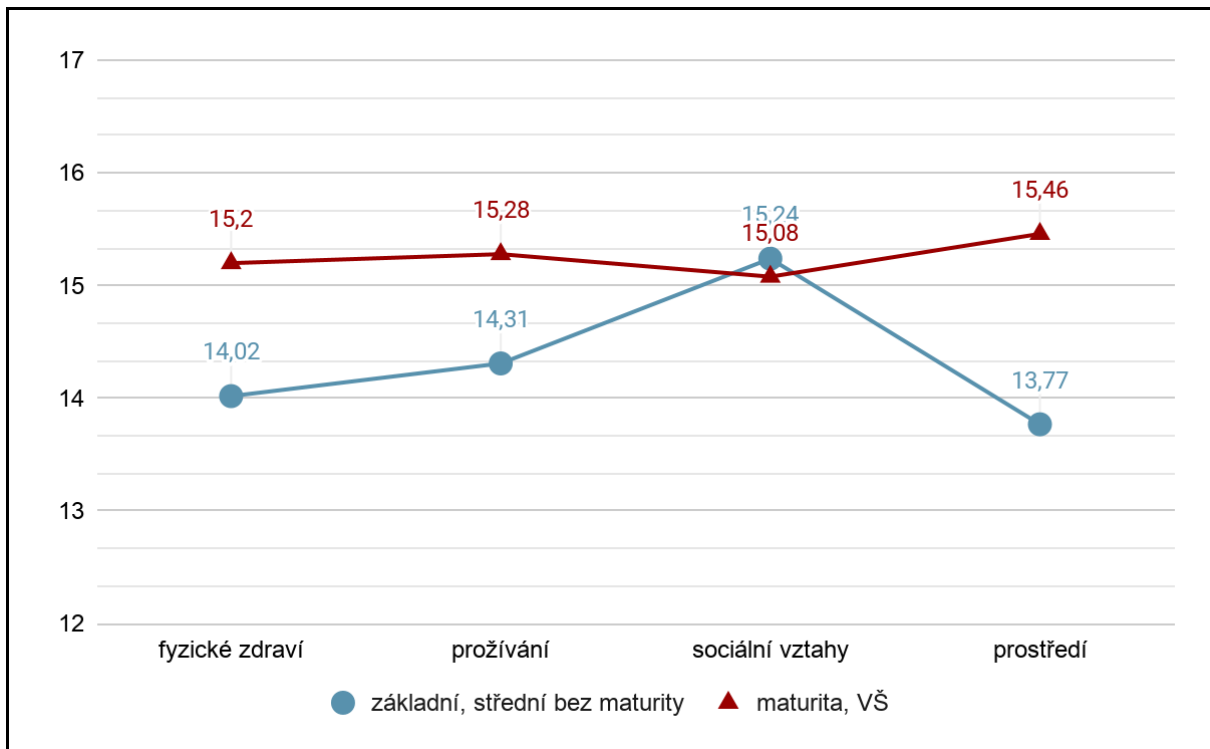
c) Ovlivňuje sluchové postižení výsledky kvality života respondentů dle WHOQOL-BREF?



Obrázek 24. Hodnocení kvality života dle sluchového postižení (WHOQOL-BREF)

Respondenty jsme podle sluchového postižení rozdělili do čtyř skupin. První skupinu tvořili respondenti nedoslýchaví ($n = 6$), druhá skupina sestávala z neslyšících ($n = 27$), další skupina byli respondenti ohluchlí ($n = 4$) a poslední skupinu vytvořili uživatelé KI ($n = 4$). Při tomto rozdělení hodnoceného souboru respondentů nebyla dle Kruskal-Wallisova ANOVA testu ($p \leq 0,05$) nalezena statistická významnost v žádné doméně. Neprokázal se tedy vliv sluchového postižení na vnímání kvality života dle dotazníku WHOQOL-BREF.

d) Ovlivňuje dosažené vzdělání výsledky kvality života respondentů dle WHOQOL-BREF?



Obrázek 25. Hodnocení kvality života dle vzdělání (WHOQOL-BREF)

Další proměnnou, podle které jsme hodnotili kvalitu života respondentů, bylo dosažené vzdělání. Z hlediska vzdělání byli sloučeni respondenti se základním vzděláním a se středním vzděláním bez maturity ($n = 28$) a respondenti se středním vzděláním s maturitou a vysokoškolským vzděláním ($n = 13$). Dle Kruskal-Wallisova ANOVA testu se statistická významnost ($p \leq 0,05$) v proměnné vzdělání prokázala v doméně **prostředí** (viz tab. 20). Na hladině významnosti 0,05 se tedy prokázal ve sledovaném souboru vliv získaného vzdělání na hodnocení kvality života v doméně prostředí, přičemž vyšší hodnoty dosáhli respondenti s vyšším dosaženým vzděláním.

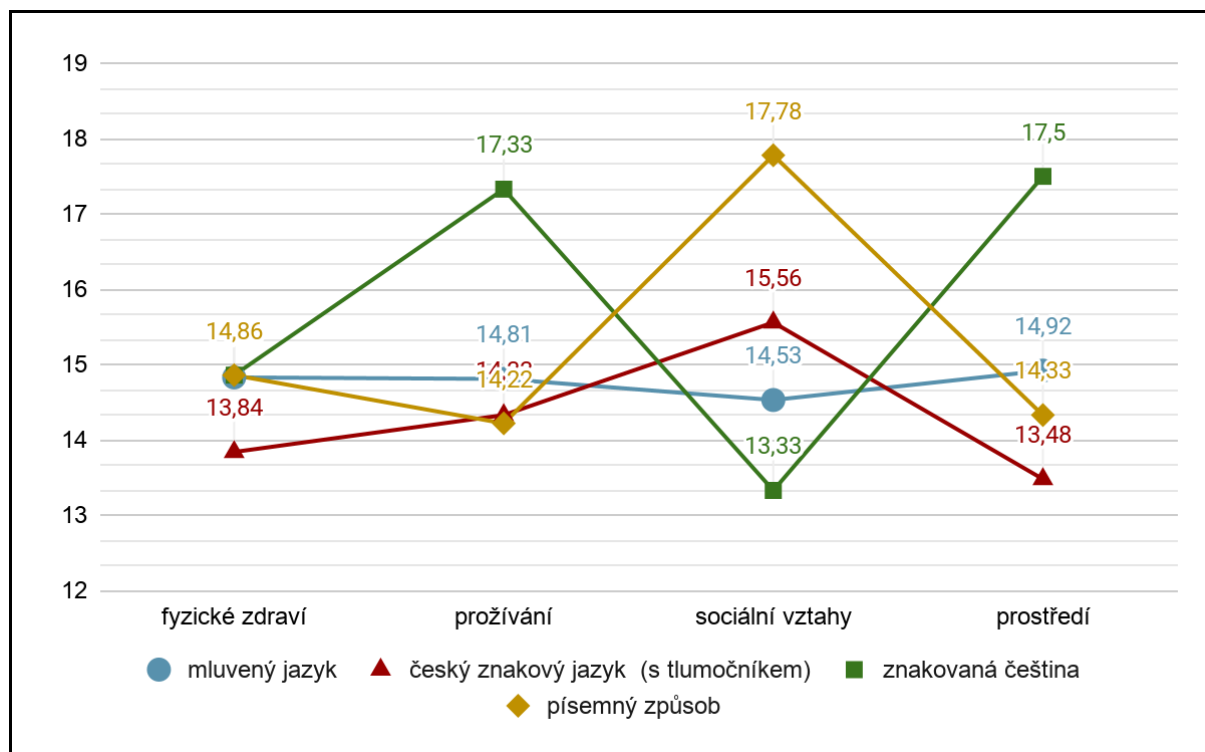
Tabulka 20. Statistická významnost v doméně 4 (prostředí) z hlediska vzdělání

Závislá: DOM 4	Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); DOM4 Nezávislá (grupovací) proměnná : Vzdělání Kruskal-Wallisův test: $H(1, N=41) = 3,978663$ $p = 0,0461$	
	1 R:18,464	4 R:26,462
1 základní + středoškolské bez maturity		0,046682
4 středoškolské s maturitou + vysokoškolské	0,046682	

Zdroj: vlastní zpracování

Poznámka. H = hypotéza; N = základní soubor; p = hladina významnosti; 1 = základní, bez maturity; 4 = středoškolské s maturitou, vysokoškolské; červená barva = statisticky významný rozdíl

e) Ovlivňuje komunikace se slyšící populací výsledky kvality života respondentů dle WHOQOL-BREF?

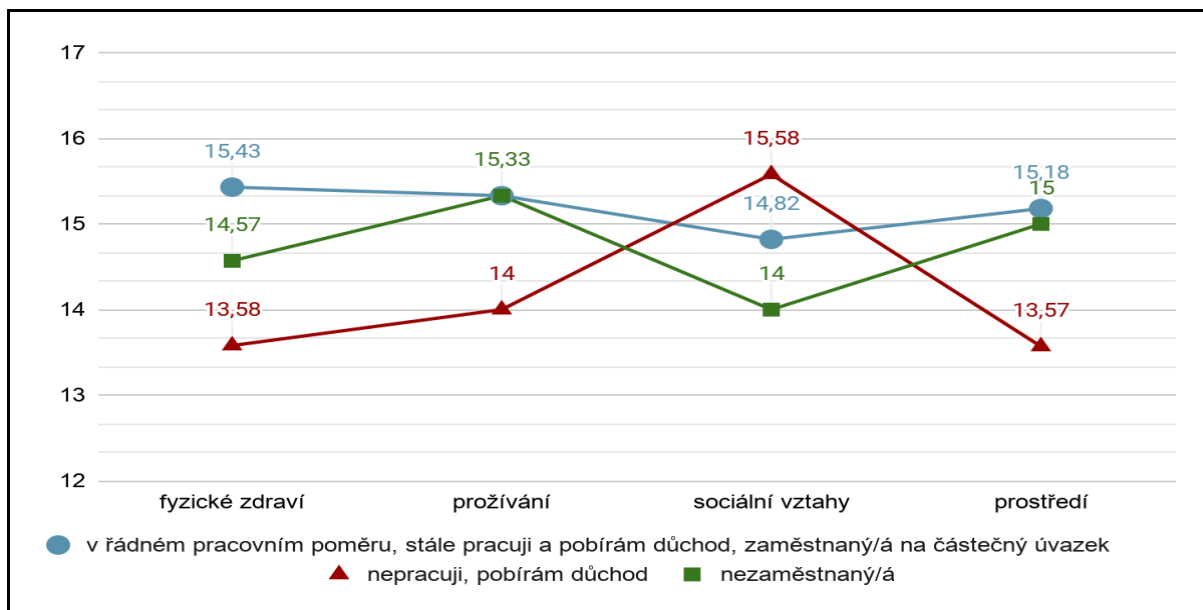


Obrázek 26. Hodnocení kvality života dle komunikace se slyšící populací (WHOQOL-BREF)

Další proměnnou, podle které jsme hodnotili kvalitu života respondentů, byla komunikace se slyšící populací. Byly vytvořeny čtyři skupiny. První skupina obsahovala respondenty komunikující mluveným jazykem ($n = 19$), další českým znakovým jazykem v přítomnosti tlumočnicka ($n = 18$), s znakovanou češtinou ($n = 1$) a písmeným způsobem ($n = 3$). Dle

Kruskal-Wallisova ANOVA testu se statistická významnost ($p \leq 0,05$) v našem výzkumném souboru v proměnné komunikace neprokázala v žádné z domén. Komunikace se slyšící populací tedy nemá na hodnocení kvality života našich dotazovaných vliv.

f) Ovlivňuje zaměstnání výsledky kvality života respondentů dle WHOQOL-BREF?



Obrázek 27. Hodnocení kvality života dle zaměstnání (WHOQOL-BREF)

Další proměnnou, podle které jsme hodnotili kvalitu života respondentů, bylo zaměstnání. Byly vytvořeny tři skupiny. První skupina obsahovala respondenty v řádném pracovním poměru nebo pracující a pobírající důchod či pracující na částečný úvazek ($n = 17$), další nepracující a pobírající důchod ($n = 22$), nezaměstnaní ($n = 2$). Dle Kruskal-Wallisova ANOVA testu se statistická významnost ($p \leq 0,05$) v našem výzkumném souboru v proměnné zaměstnání prokázala v doméně **fyzického zdraví** (tabulka 21). Výsledky testování tedy prokázaly statisticky signifikantní vliv zaměstnání na hodnocení kvality života v doméně fyzické zdraví.

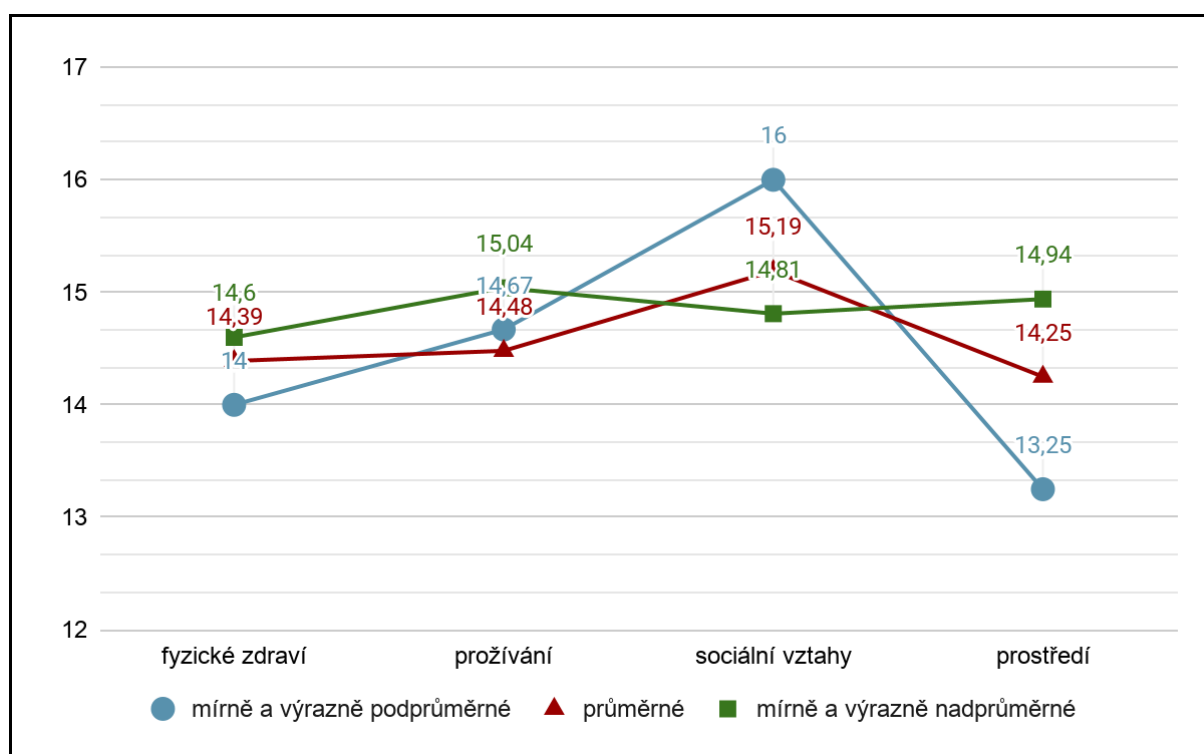
Tabulka 21. Statistická významnost v doměně 1 (fyzického zdraví) z hlediska zaměstnání

Závislá: DOM 1	Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); DOM1 Nezávislá (grupovací) proměnná : Zaměstnání Kruskal-Wallisův test: $H(2, N=41) = 7,605525$ $p = ,0223$		
	1 R:27,000	2 R:16,409	3 R:20,500
1 zaměstnaný/á		0,018552	1,000000
2 pobírající důchod	0,018552		1,000000
3 nezaměstnaný/á	1,000000	1,000000	

Zdroj: vlastní zpracování

Poznámka. H = hypotéza; N = základní soubor; p = hladina významnosti; 1 = v řádném pracovním poměru, zaměstnaný s pobírajícím důchodem, zaměstnaný na částečný úvazek; 2 = nepracují, pobírají důchod; 3 = nezaměstnaný; červená barva = statisticky významný rozdíl

g) Ovlivňují finance výsledky kvality života respondentů dle WHOQOL-BREF?

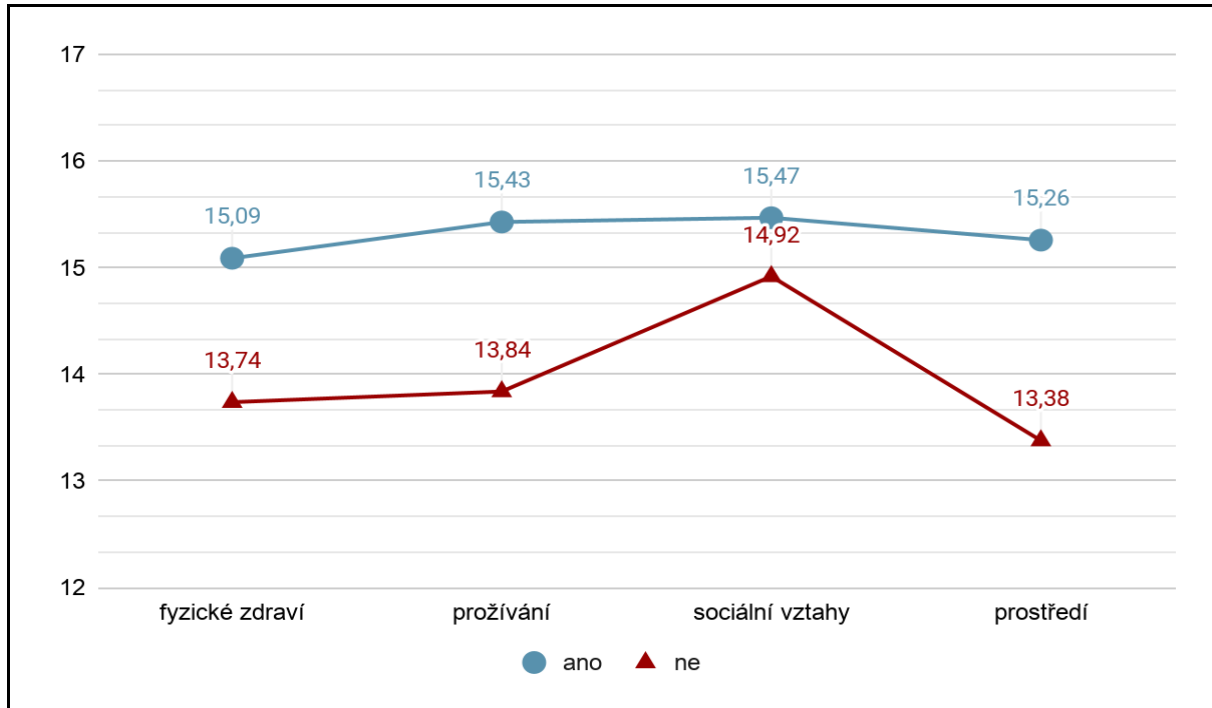


Obrázek 28. Hodnocení kvality života dle financí (WHOQOL-BREF)

Respondentům bylo nabídnuto pět variant hodnocení jejich finanční situace: a) výrazně podprůměrná, b) mírně podprůměrná, c) průměrná, d) mírně nadprůměrná, d) výrazně nadprůměrná. Pro účely statistického testování byly vytvořeny tři skupiny: 1) respondenti, kteří hodnotili mírně a výrazně podprůměrnou ($n = 4$), 2) v další skupině jsou ti, kteří hodnotili svoji finanční situaci jako průměrnou ($n = 28$) a v 3) poslední skupině byli spojeni ti, kteří hodnotili jako mírně a výrazně nadprůměrnou ($n = 9$). Dle Kruskal-Wallisova

ANOVA testu se statistická významnost ($p \leq 0,05$) u proměnné finanční situace neprokázala. Finance tedy nemají na hodnocení kvality života dotazovaných vliv.

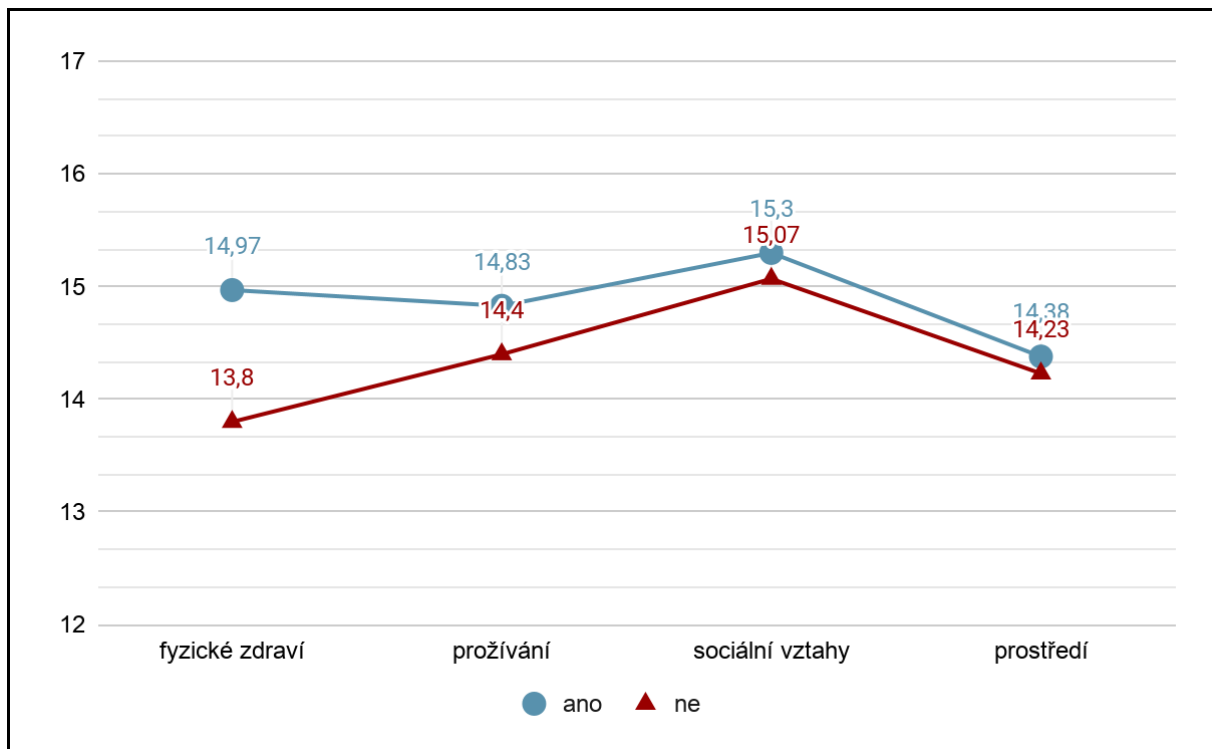
h) Ovlivňuje vlastnění kola výsledky kvality života respondentů dle WHOQOL-BREF?



Obrázek 29. Hodnocení kvality života v závislosti na vlastnictví jízdního kola (WHOQOL-BREF)

Dle Mann-Whitneyova U Testu se statistická významnost ($p \leq 0,05$) ve výzkumném souboru v proměnné vlastnictví/ dispozice jízdního kola neprokázala v žádné z domén. Vlastnictví jízdního kola u respondentů souboru nemá statisticky signifikantní vliv na hodnocení kvality jejich života.

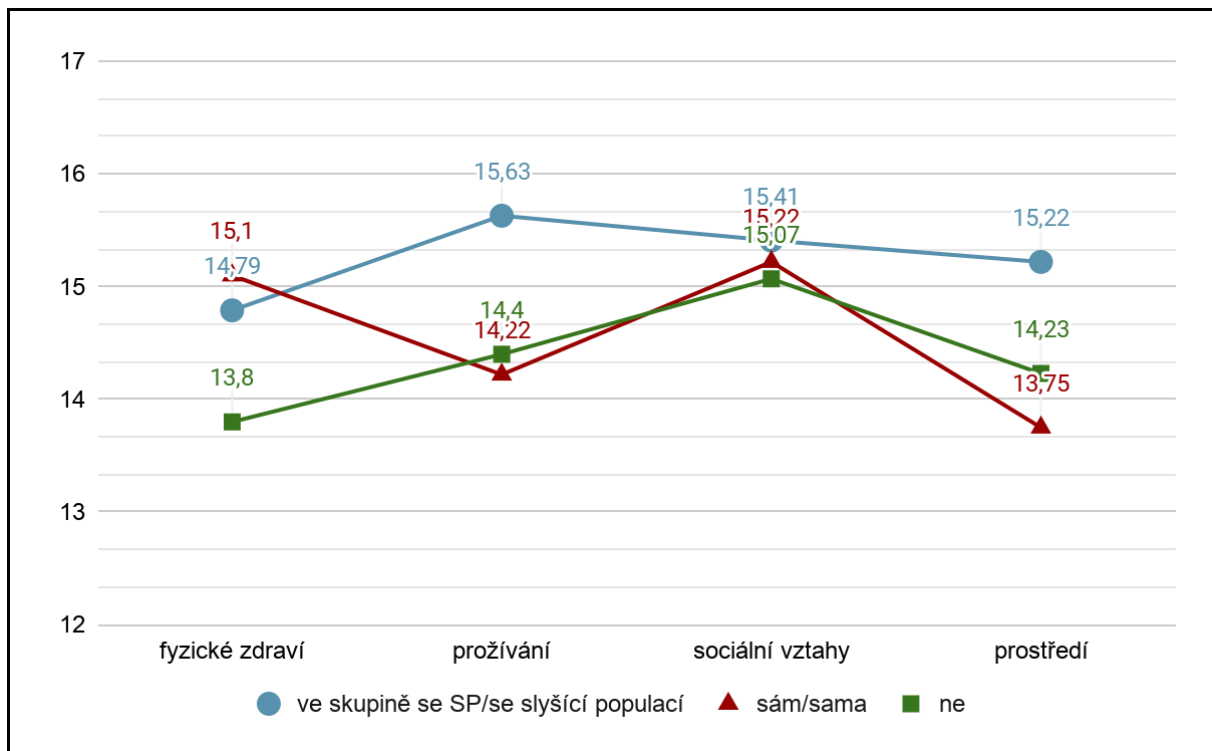
ch) Ovlivňuje cvičení výsledky kvality života respondentů dle WHOQOL-BREF?



Obrázek 30. Hodnocení kvality života dle organizovaného cvičení (WHOQOL-BREF)

Dle Mann-Whitneyova U Testu se statistická významnost ($p \leq 0,05$) ve výzkumném souboru v proměnné pohybové aktivity neprokázala v žádné z domén. Z výsledků tedy vyplývá, že cvičení nemá u respondentů vliv na hodnocení kvality jejich života. 51% respondentů ($n = 21$) provozuje organizované cvičení a zbytek 49 % respondentů ($n = 20$) necvičí.

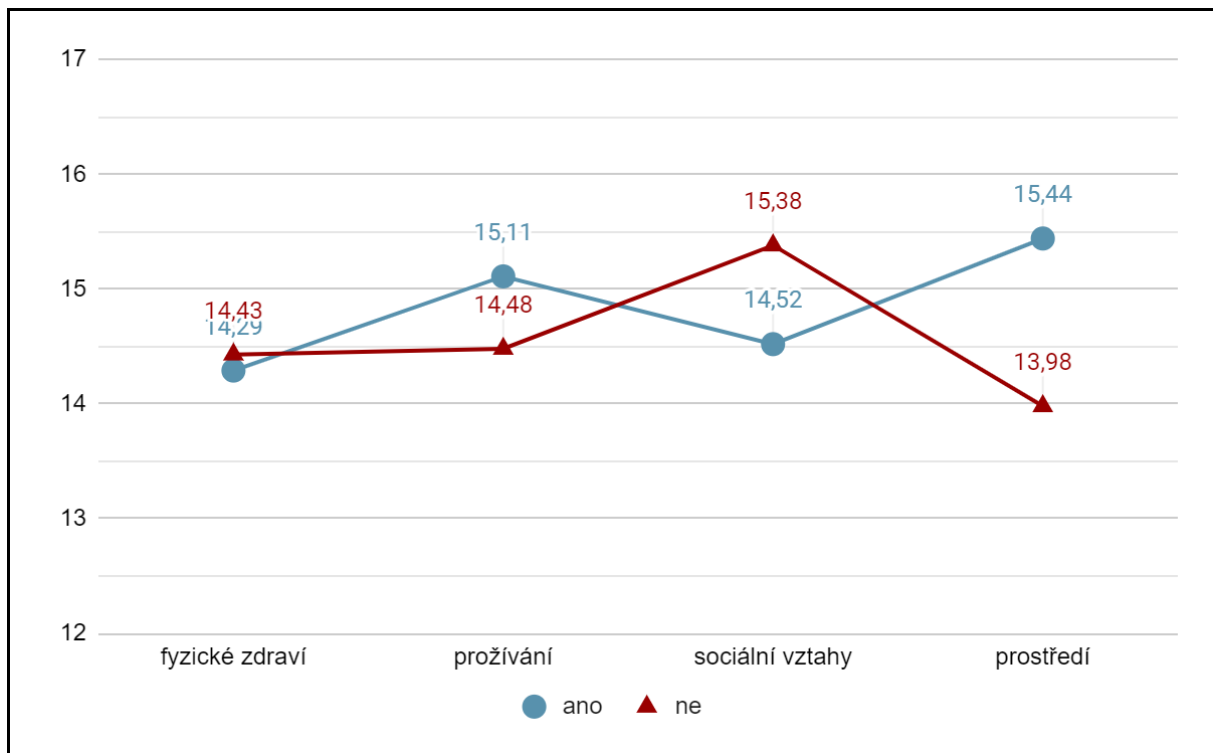
i) Ovlivňuje organizované cvičení výsledky kvality života respondentů dle WHOQOL-BREF?



Obrázek 31. Hodnocení kvality života dle cvičení (WHOQOL-BREF)

Dle Mann-Whitneyova U Testu se statistická významnost ($p \leq 0,05$) v našem výzkumném souboru v proměnné organizované cvičení neprokázala v žádné z domén. Organizované cvičení tedy u respondentů souboru nemá vliv na hodnocení kvality jejich života. Z celkového počtu 41 respondentů cvičí ve skupině 22 % ($n = 9$) z nich 19 % respondentů ($n = 7$) ve skupině se sluchovým postižením (v České Unii v Praze a Cvičení seniorů) a 5 % respondentů ($n = 2$) se slyšící populací, dalších 29 % respondentů ($n = 12$) cvičí sami. Pravidelné organizované cvičení 20 % respondentů ($n = 8$) se věnují 1 x týdně, další 17% respondentů ($n = 7$) 2x týdně a zbytek 15 % respondentů ($n = 6$) mají 3x týdně a více. Cvičící respondenti cvičí např. u mladších běh, fotbal, volejbal a u seniorů turistika, nordic walking, jóga, na kole, cvičení pro seniory.

j) Ovlivňuje kouření výsledky kvality života respondentů dle WHOQOL-BREF?



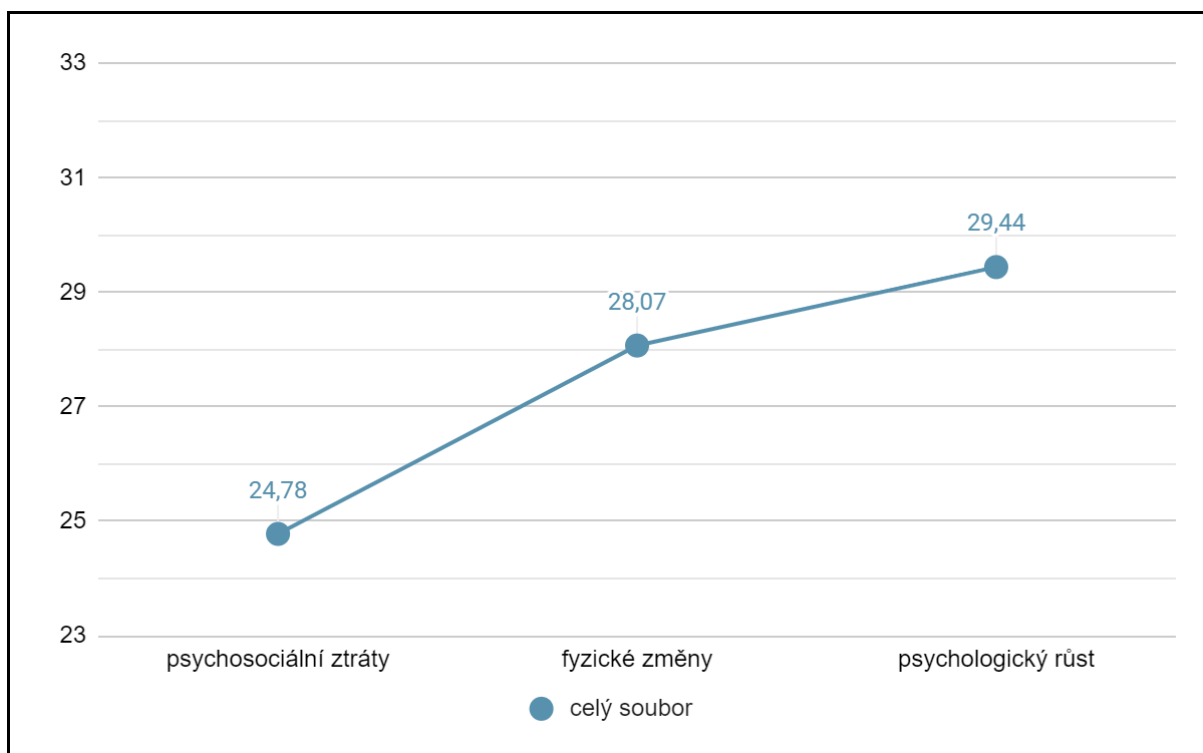
Obrázek 32. Hodnocení kvality života dle kouření (WHOQOL-BREF)

Dle Mann-Whitneyova U Testu se statistická významnost ($p \leq 0,05$) v našem výzkumném souboru v proměnné kouření neprokázala v žádné z domén. Kouření tedy nemá vliv na hodnocení kvality jejich života.

4.2 Výsledky dotazníku AAQ

V této části jsou prezentovány výsledky vyhodnocení dotazníku AAQ a provedených korelací AAQ s vybranými socio-demografickými proměnnými respondentů.

4.2.1 Postoj ke stárnutí a stáří u celého souboru respondentů dle dotazníku AAQ



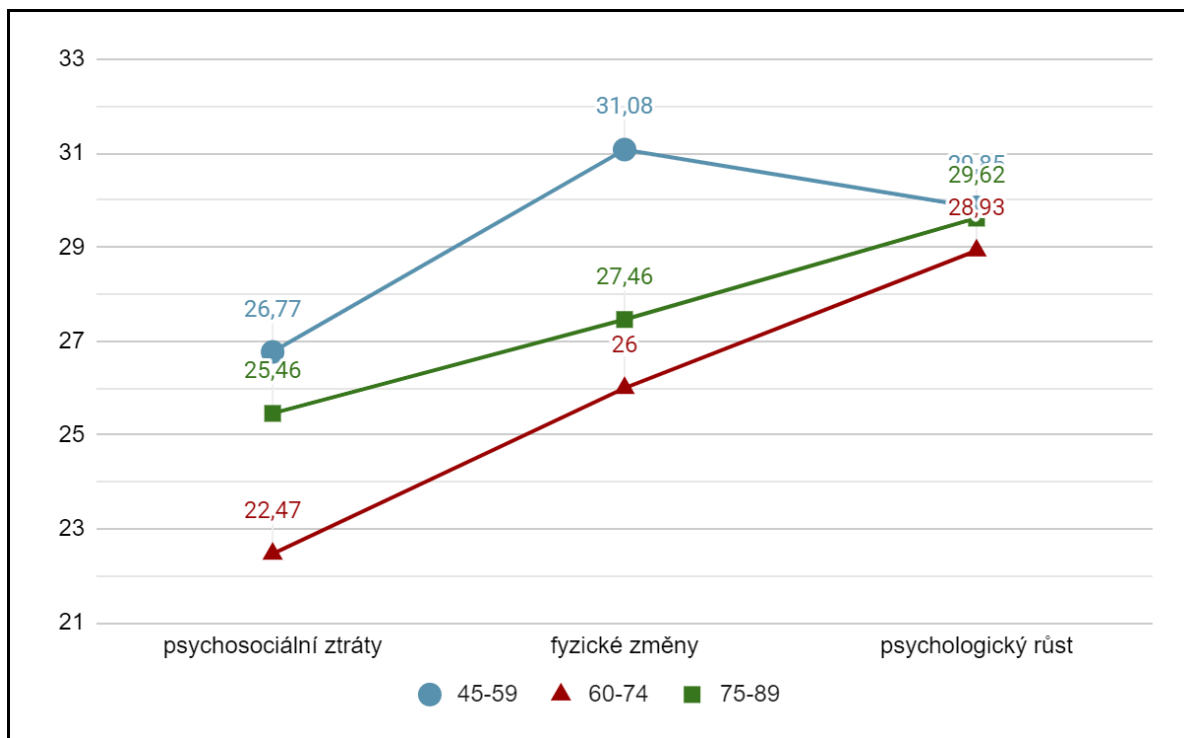
Obrázek 33. Hodnocení postojů ke stáří a stárnutí u celého souboru dle dotazníku AAQ

Hodnotící rozmezí skóre dotazníků AAQ leží mezi hodnotami 8 – 40; pro vyhodnocení platí, že čím vyšší je hodnota skóre, tím více se respondenti ztotožňují s otázkami v jednotlivých doménách a mají kladnější postoj ke stáří a stárnutí. Vyjádření respondentů našeho výzkumného souboru k otázkám postoje ke stárnutí a stáří je velmi vyrovnané; jak je patrné z grafu na obrázku 33, výsledný skóre se v jednotlivých doménách pohybuje v hodnotách od 24,78 (psychosociální ztráty) po 29,44 (psychologický růst). Respondenti se tedy v nejvyšší míře ztotožňovali s otázkami v doméně psychologický růst (RUST) s hodnotou skóre 29,44. Znamená to, že se respondenti nejvíce ztotožňovali s otázkami souvisejícími s kladnými zkušenostmi, které můžeme označit jako „moudrost“ nebo „zralost“ a především kladného vztahu k sobě samým a okolnímu světu. Doména fyzické změny (FYZZMEN) s hodnotou skóre 28,07 nám ukazuje, jak se senioři staví k otázkám hodnotící jejich fyzické zdraví, kondici, cvičení a celkovou reflexi stárnutí. Nejnižší skóre 24,78 jsme zaznamenali v doméně

psychosociální ztráty (PSZTRAT), která ukazuje, v jaké míře se respondenti ztotožňují s otázkami hodnotící jejich prožitky samoty, sociálního vyloučení, uzavření se do sebe či postupnou ztrátu fyzické soběstačnosti (Dragomirecká & Prajsová, 2009).

4.2.2 Vybrané základní proměnné a jejich vliv na postoj ke stárnutí a stáří

a) Ovlivňuje věk výsledky dotazníku AAQ?



Obrázek 34. Hodnocení postojů ke stáří a stárnutí podle věku respondentů dle dotazníku AAQ

Podobně jako v případě dotazníku WHOQOL-BREF, i u dotazníku AAQ jsme respondenty podle věku rozdělili do tří skupin. První skupinu tvořili respondenti ve věku 45-59 let ($n = 13$), další skupina byla ve věku 60-74 let ($n = 15$) a poslední skupina byli respondenti ve věku 75-89 let ($n = 13$). Dle Kruskal-Wallisova ANOVA testu je významný statistický rozdíl ($p \leq 0,05$) v doméně psychosociální ztráty (PSZTRAT) mezi respondenty ve věku 45-59 let a ve věku 60-74 let. Další statistický rozdíl ($p \leq 0,05$) se vykázal v doméně fyzické změny (FYZZMEN) mezi respondenty ve věku 45-59 let a ve věku 60-74 let i v doméně CELAAQ (celku) z hlediska věku (viz tabulka 22).

Tabulka 22. Statistická významnost z hlediska věku

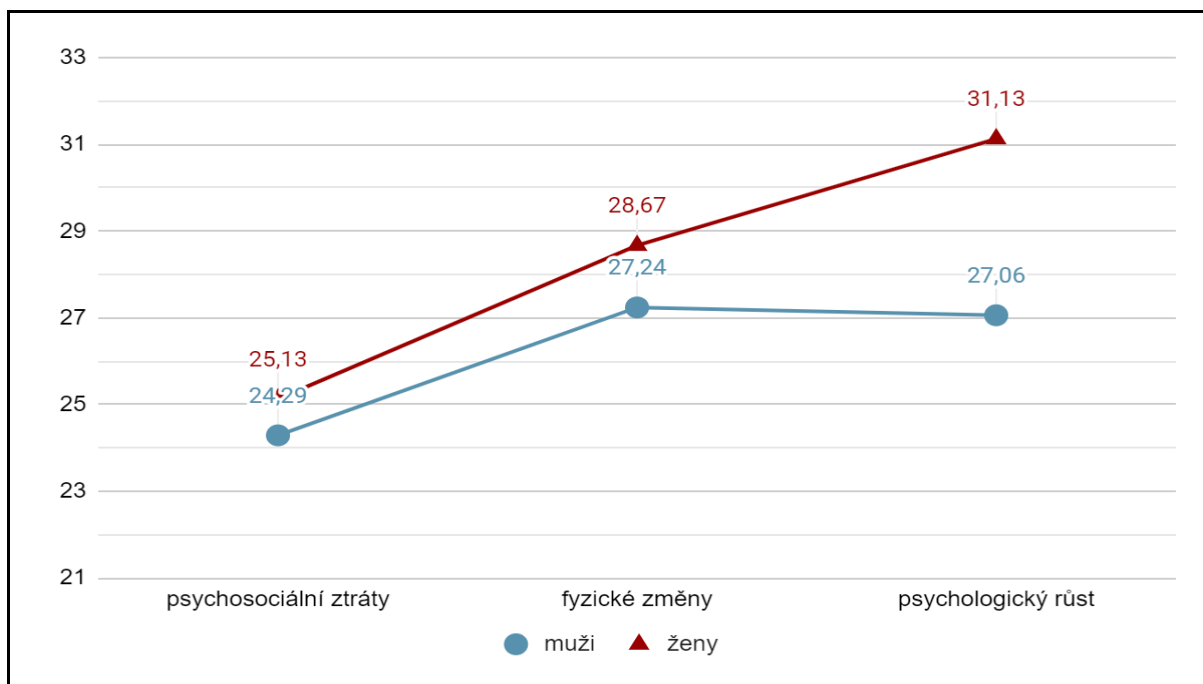
Závislá: PSZTRAT z hlediska věku	Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); PSZTRAT Nezávislá (grupovací) proměnná : Věk Kruskal-Wallisův test: $H (2, N= 41) =7,281870 p =,0262$		
	1 R:27,038	2 R:14,967	3 R:21,923
1 45 – 59 let		0,023484	0,828856
2 60 – 74 let	0,023484		0,376205
3 75 – 89 let	0,828856	0,376205	
Závislá: FYZZMEN z hlediska věku	Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); FYZZMEN Nezávislá (grupovací) proměnná : Věk Kruskal-Wallisův test: $H (2, N= 41) =8,603420 p =,0135$		
	1 R:28,769	2 R:15,867	3 R:19,154
1 45 – 59 let		0,013432	0,122142
2 60 – 74 let	0,013432		1,000000
3 75 – 89 let	0,122142	1,000000	
Závislá: CELAAQ z hlediska věku	Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); CELAAQ Nezávislá (grupovací) proměnná : Věk Kruskal-Wallisův test: $H (2, N= 41) =7,091626 p =,0288$		
	1 R:27,538	2 R:15,467	3 R:20,846
1 45 – 59 let		0,023484	0,463064
2 60 – 74 let	0,023484		0,707939
3 75 – 89 let	0,463064	0,707939	

Zdroj: vlastní zpracování

Poznámka. H = hypotéza; N = základní soubor; p = hladina významnosti; 1 = 45 - 59 let; 2 = 60 - 74 let; 3 = 75 - 89 let; červená barva = statisticky významný rozdíl

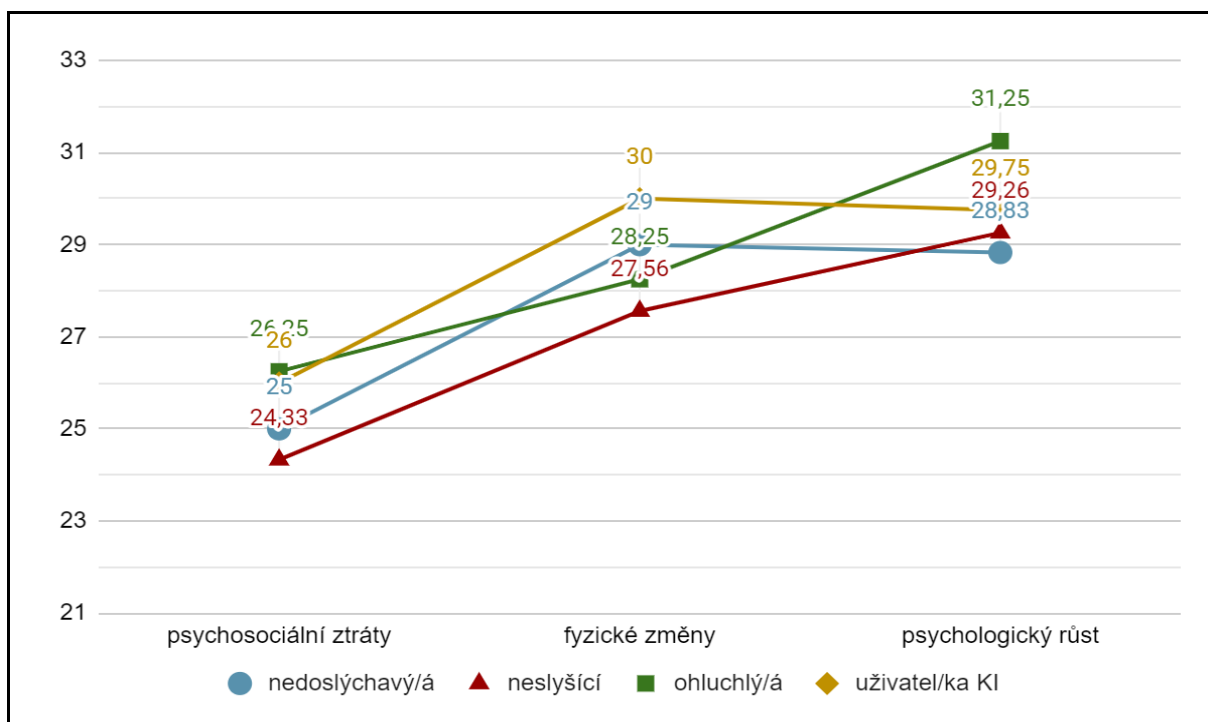
b) Ovlivňuje pohlaví výsledky dotazníku AAQ?

Dle Mann-Whitneyova U Testu nebyla v našem výzkumném souboru u proměnné pohlaví nalezena statistická významnost ($p \leq 0,05$) mezi muži ($n = 17$) a ženami ($n = 24$) v žádné z domén. V našem výzkumném souboru tedy nemá pohlaví vliv na postojích seniorů ke stáří a stárnutí. Ženy hodnotí postoje ke stáří a stárnutí lépe než muži ve všech doménách. Respondenti se sluchovým postižením se, bez rozdílu pohlaví, nejlépe ztotožňují s otázkami v doméně psychologický růst.



Obrázek 35. Hodnocení postojů ke stáří a stárnutí podle pohlaví respondentů dle dotazníku AAQ

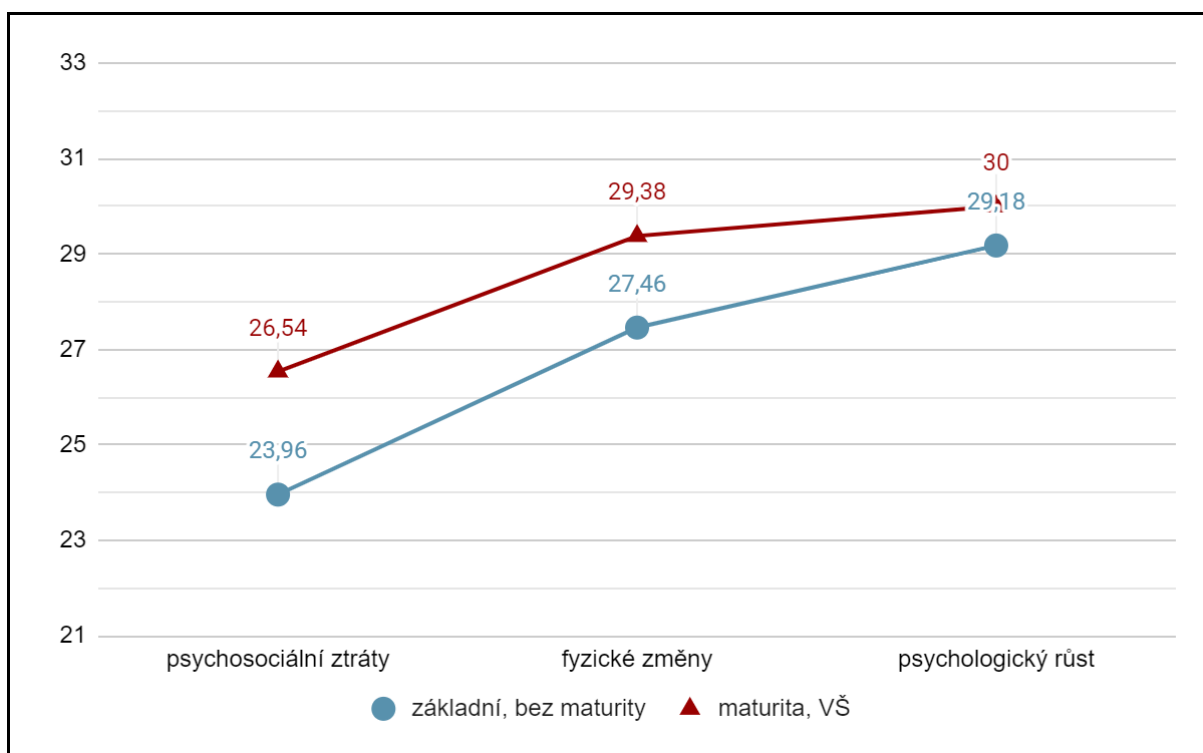
c) Ovlivňuje sluchové postižení výsledky dotazníku AAQ?



Obrázek 36. Hodnocení postojů ke stáří a stárnutí podle sluchového postižení respondentů dle dotazníku AAQ

Respondenty jsem podle sluchového postižení rozdělila do čtyř skupin. První skupinu tvořili nedoslýchaví respondenti (n = 6), další skupina byla neslyšící (n = 27), předposlední skupina byli ohluchlí respondenti (n = 4) a poslední skupina byli uživatelé KI (n = 4). Dle Kruskal-Wallisova ANOVA testu není významný statistický rozdíl ($p \leq 0,05$). Ohluchlí respondenti se s otázkami týkající se psychosociálních ztrát ztotožňují lépe (26,25) než neslyšící respondenti (24,33). Vyššího skóre dosáhli ohluchlí ve srovnání s neslyšícími i ve zbylých dvou doménách.

d) Ovlivňuje vzdělání výsledky dotazníku AAQ?



Obrázek 37. Hodnocení postojů ke stáří a stárnutí podle dosaženého vzdělání respondentů dle dotazníku AAQ

Další proměnnou, podle které jsme hodnotili postoje respondentů ke stáří a stárnutí, bylo dosažené vzdělání. Z hlediska vzdělání byli sloučeni respondenti se základním vzděláním a se středním vzděláním bez maturity (n = 28) a respondenti se středním vzděláním s maturitou a vysokoškolským vzděláním (n = 13). Dle Kruskal-Wallisova ANOVA byla ve výzkumném souboru u proměnné vzdělání nalezena statistická významnost ($p \leq 0,05$) v doméně **psychosociální ztráty** (PSZTRAT). Postoje ke stáří a stárnutí jsou tedy ovlivněny dosaženým vzděláním v doméně psychosociální ztráty (viz tabulka 23). Ve všech třech doménách se se s otázkami dotazníku ve vyšší míře ztotožňují lidé se středoškolským

vzděláním a vysokoškolským vzděláním ve srovnání s respondenty se základním a učňovským vzděláním.

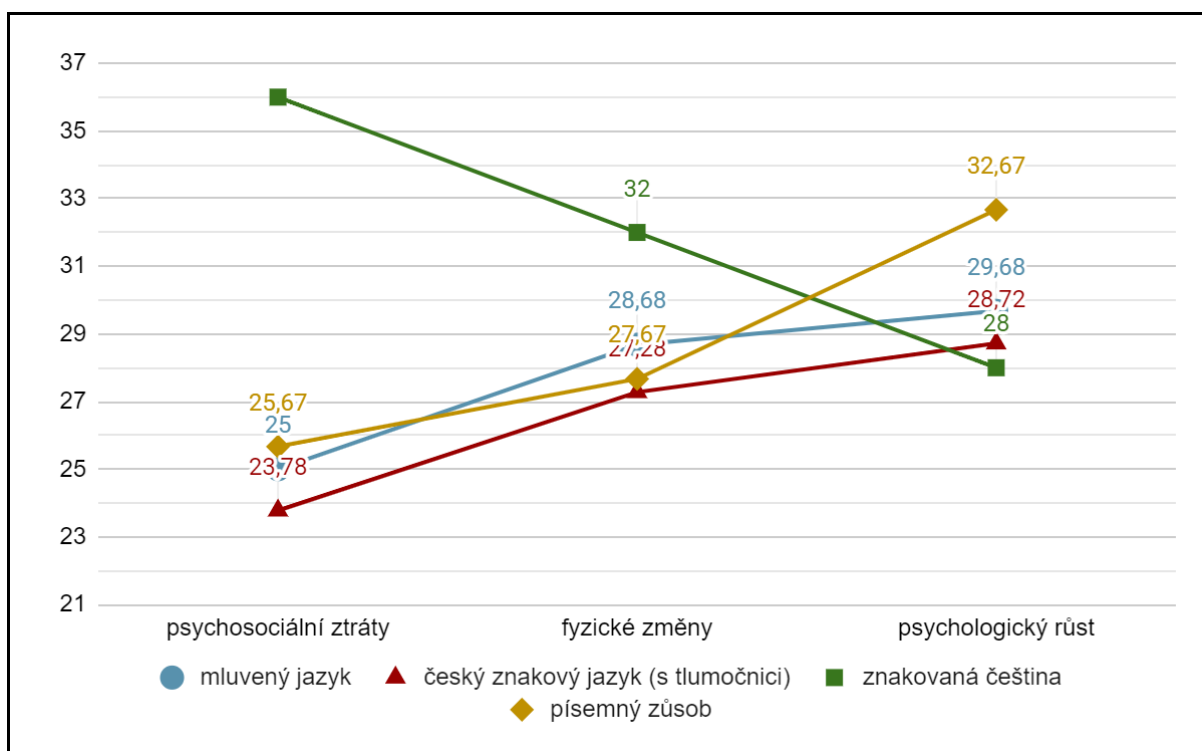
Tabulka 23. Statistická významnost v doméně PSZTRAT (psychosociální ztráty) z hlediska vzdělání

Závislá: PSZTRAT	Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); PSZTRAT Nezávislá (grupovací) proměnná : Vzdělání Kruskal-Wallisův test: $H(1, N=41) = 4,415011$ $p = ,0356$	
	1 R:18,339	4 R:26,731
1 základní, bez maturity		0,036867
4 s maturitou, vysokoškolské	0,036867	

Zdroj: vlastní zpracování

Poznámka. H = hypotéza; N = základní soubor; p = hladina významnosti; 1 = základní, bez maturity; 4 = středoškolské s maturitou, vysokoškolské; červená barva = statisticky významný rozdíl

e) Ovlivňuje komunikace se slyšící populací výsledky dotazníku AAQ?

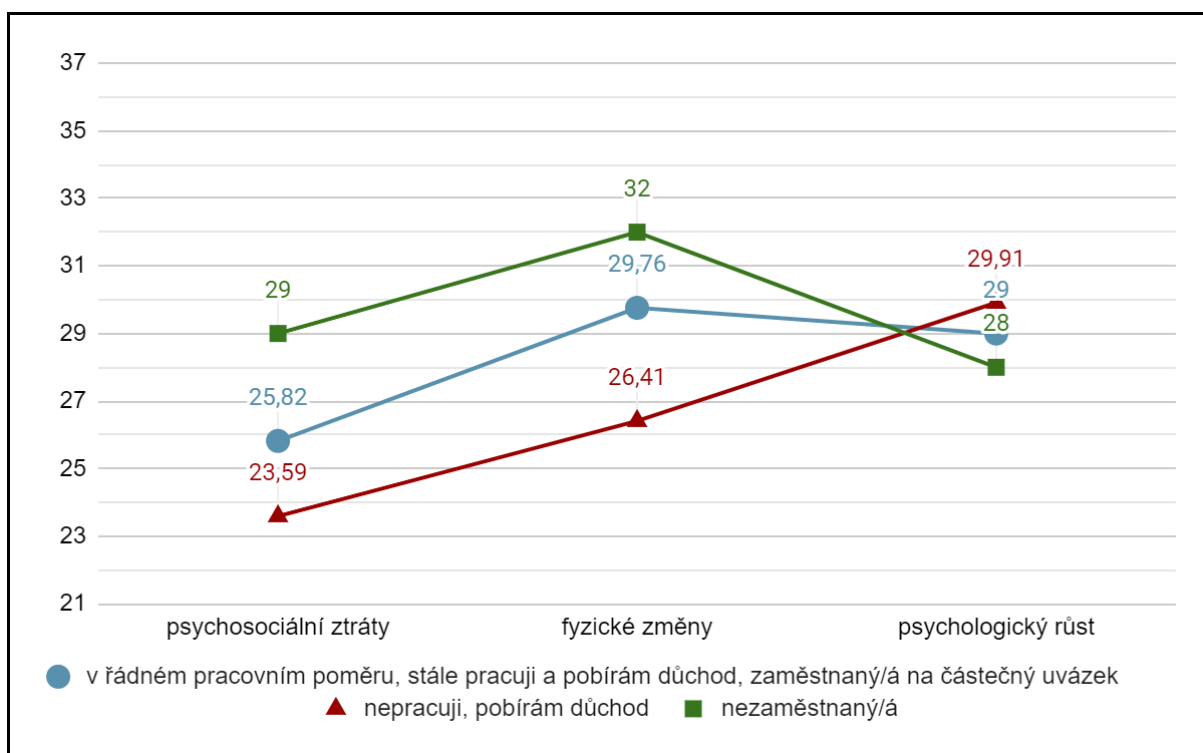


Obrázek 38. Hodnocení postojů respondentů ke stáří a stárnutí podle komunikace se slyšící populací dle dotazníku AAQ

Další proměnnou, podle které jsme hodnotili postoje respondentů ke stáří a stárnutí, byla komunikace se slyšící populací. Stejně při vyhodnocení vlivu komunikace na kvalitu života i

zde byly vytvořeny čtyři skupiny: 1) první skupina zahrnovala respondenty komunikující mluveným jazykem (n = 19), 2) další českým znakovým jazykem v přítomnosti tlumočnicka (n = 18), 3) třetí komunikující znakovanou češtinou (n = 1) a 4) čtvrtá komunikující písemným způsobem (n = 3). Dle Kruskal-Wallisova ANOVA testu se statistická významnost ($p \leq 0,05$) v našem výzkumném souboru v proměnné komunikace neprokázala v žádné z domén. Komunikace se slyšící populací tedy nemá na postoje respondentů ke stáří a stárnutí statisticky signifikantní vliv.

f) Ovlivňuje zaměstnání výsledky dotazníku AAQ?



Obrázek 39. Hodnocení postojů ke stáří a stárnutí podle zaměstnání respondentů dle dotazníku AAQ

V tomto vyhodnocení byl hledán vztah mezi zaměstnáním respondentů a postoji respondentů ke stáří a stárnutí dle dotazníku AAQ. Pro vyhodnocení byl soubor rozdělen do tří skupin: 1) první skupina zahrnovala respondenty v řádném pracovním poměru nebo pracující a pobírající důchod či pracující na částečný úvazek (n = 17); 2) druhá skupina sestávala z nepracujících a pobírajících důchod (n = 22); 3) třetí skupinu tvořili nezaměstnaní (n = 2). Dle Kruskal-Wallisova ANOVA testu se statistická významnost ($p \leq 0,05$) v našem výzkumném souboru v proměnné zaměstnání prokázala v doméně **fyzické změny** (tabulka 24). Výsledky

testování tedy prokázaly statisticky signifikantní vliv zaměstnání na postoje je stáří a stárnutí v doméně fyzické změny.

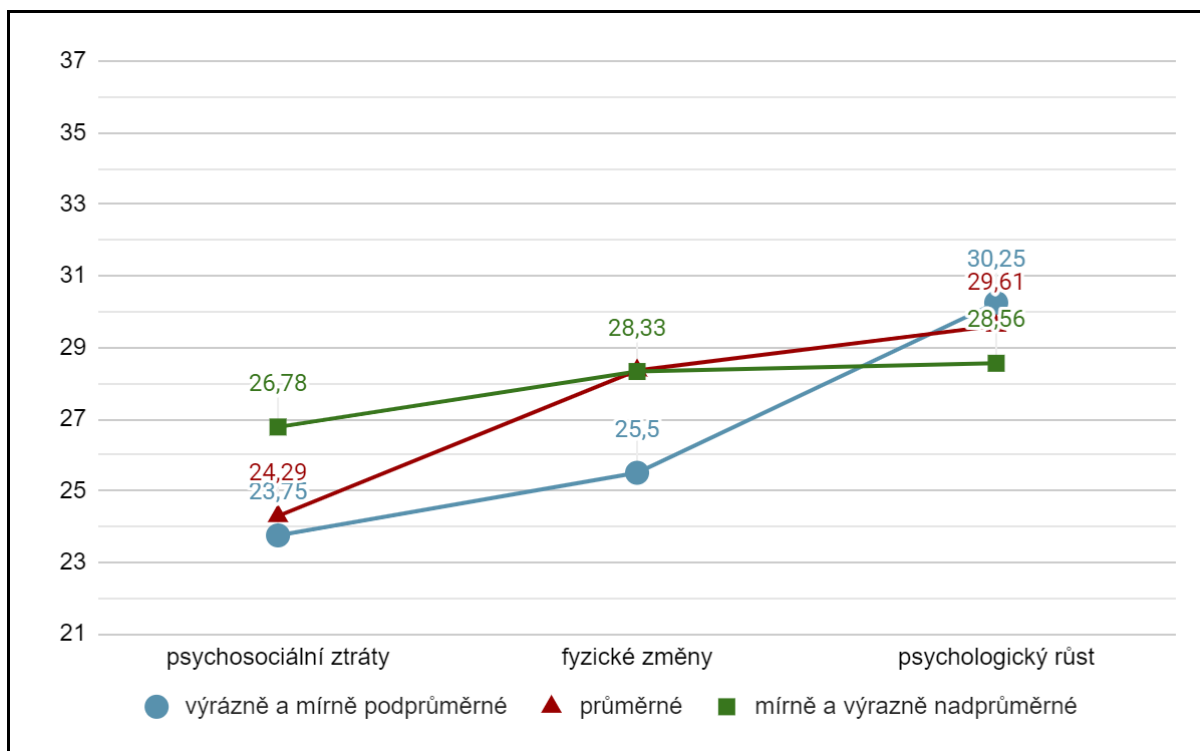
Tabulka 24. Statistická významnost v doméně FYZZMEN (fyzické změny) z hlediska zaměstnání

Závislá: FYZZMEN	Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); FYZZMEN Nezávislá (grupovací) proměnná : Zaměstnání Kruskal-Wallisův test: $H(2, N=41) = 7,651282$ $p = ,0218$		
	1 R:25,794	2 R:16,341	3 R:31,500
1 zaměstnaný		0,043606	1,000000
2 pobírající důchod	0,043606		0,259897
3 nezaměstnaný	1,000000	0,259897	

Zdroj: vlastní zpracování

Poznámka. H = hypotéza; N = základní soubor; p = hladina významnosti; 1 = v řádném pracovním poměru, zaměstnaný s pobírajícím důchodem, zaměstnaný na částečný úvazek; 2 = nepracuji, pobírá důchod; 3 = nezaměstnaný; červená barva = statisticky významný rozdíl

g) Ovlivňuje finanční situace výsledky dotazníku AAQ?

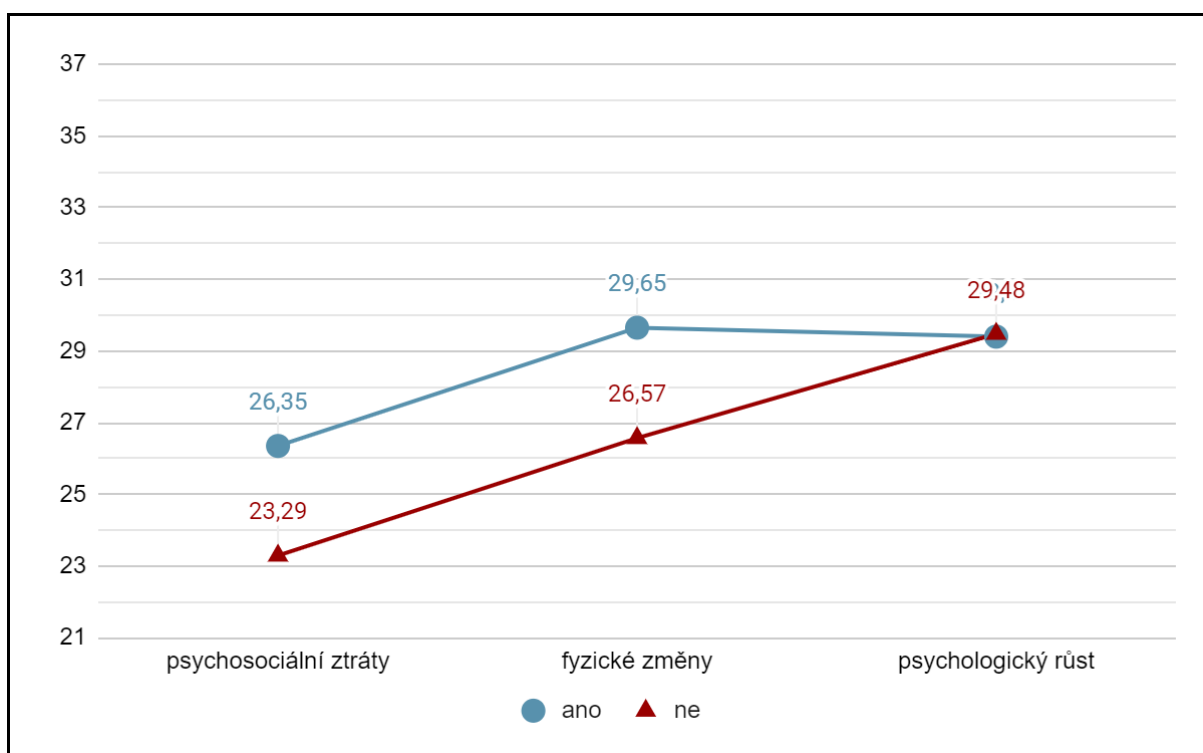


Obrázek 40. Hodnocení postojů ke stáří a stárnutí podle finanční situace respondentů dle dotazníku AAQ

Hodnocení postojů respondentů ke stáří a stárnutí bylo také provedeno z hlediska jejich finanční situace. Respondentům bylo nabídnuto pět variant hodnocení jejich finanční situace:

a) výrazně podprůměrná, b) mírně podprůměrná, c) průměrná, d) mírně nadprůměrná, d) výrazně nadprůměrná. Pro účely statistického testování byly vytvořeny tři skupiny: 1) respondenti, kteří hodnotili mírně a výrazně podprůměrnou (n = 4), 2) v další skupině jsou ti, kteří hodnotili svoji finanční situaci jako průměrnou (n = 28) a v 3) poslední skupině byli spojeni ti, kteří hodnotili jako mírně a výrazně nadprůměrnou (n = 9). Dle Kruskal-Wallisova ANOVA testu se statistická významnost ($p \leq 0,05$) u proměnné finanční situace neprokázala ani u jedné domény. Finanční situace respondentů tedy nemá vliv na jejich postoje ke stáří a stárnutí dle dotazníku AAQ.

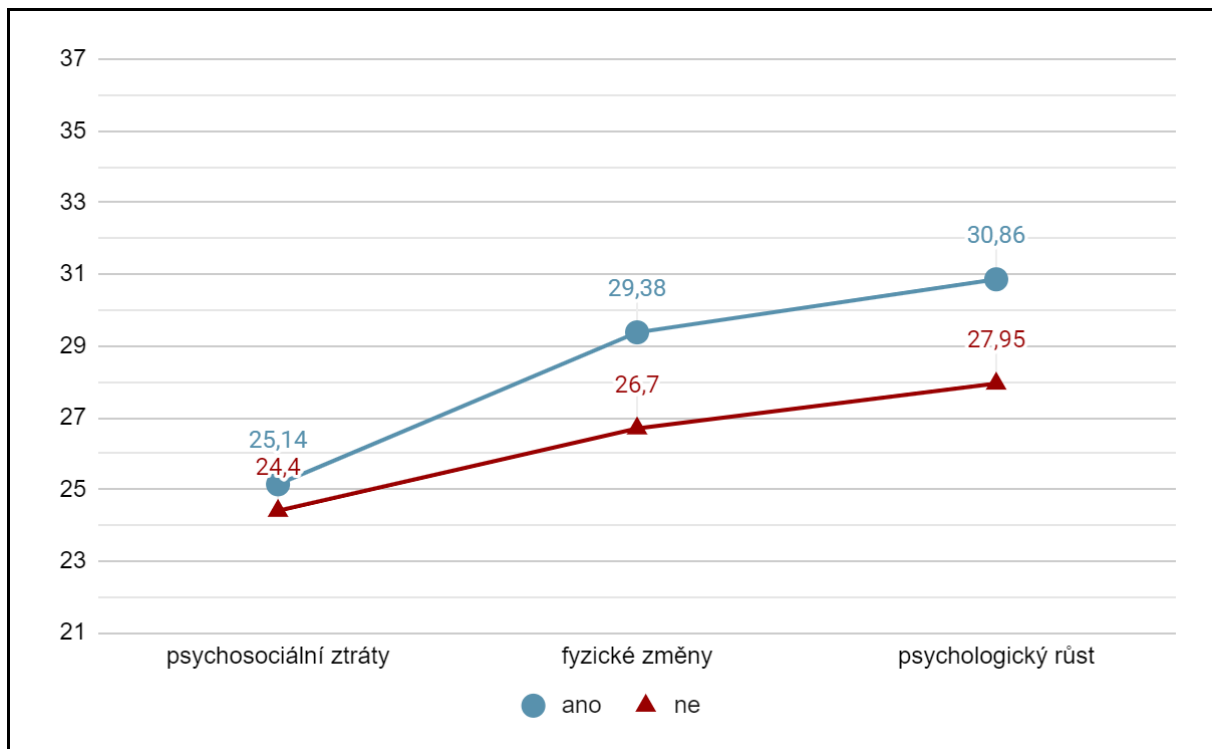
h) Ovlivňuje vlastnictví kola výsledky dotazníku AAQ?



Obrázek 41. Hodnocení postojů ke stáří a stárnutí podle dispozice jízdního kola dle dotazníku AAQ

Dle Mann-Whitneyova U Testu se statistická významnost ($p \leq 0,05$) ve výzkumném souboru v proměnné vlastnictví/ dispozice jízdního kola neprokázala v žádné z domén dotazníku AAQ. Vlastnictví jízdního kola u respondentů souboru nemá statisticky signifikantní vliv na jejich postoje ke stáří a stárnutí.

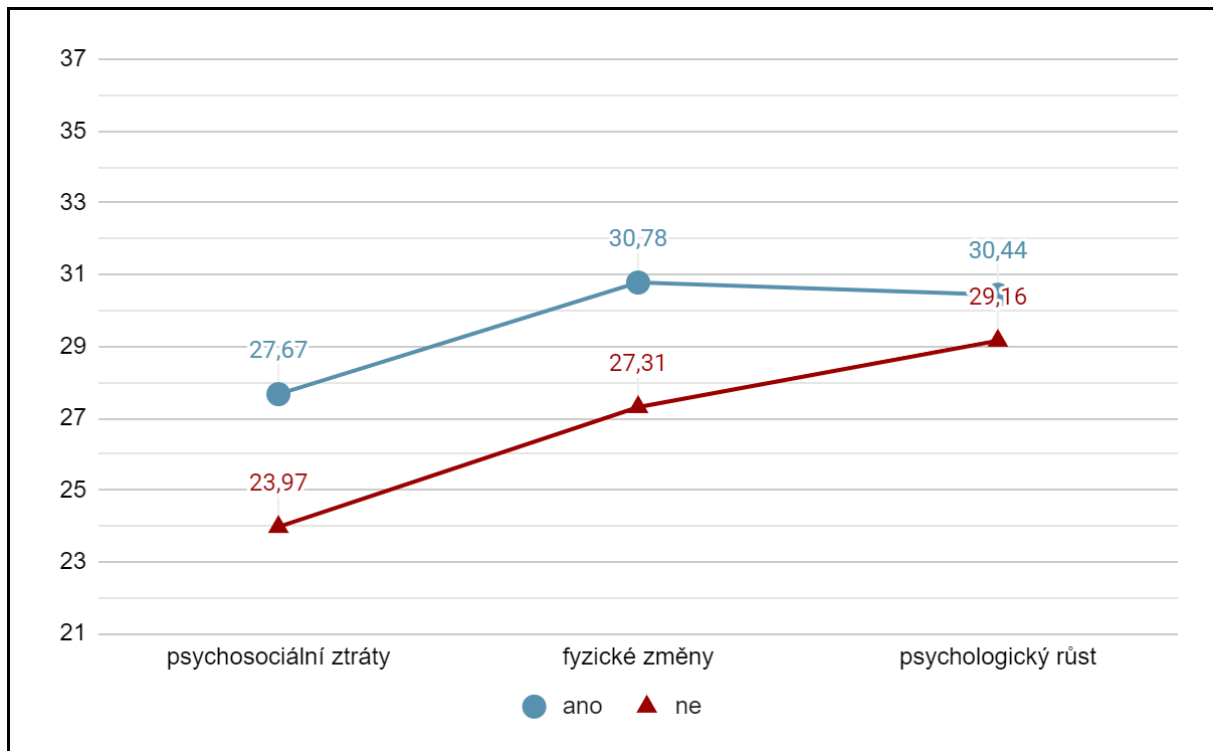
ch) Ovlivňuje cvičení výsledky dotazníku AAQ?



Obrázek 42. Hodnocení postojů respondentů ke stáří a stárnutí podle organizovanému cvičení dle dotazníku AAQ

Dle Mann-Whitneyova U Testu nebyla v našem výzkumném souboru u proměnné pohybová aktivita nalezena statistická významnost ($p \leq 0,05$) v žádné z domén dotazníku AAQ. Ve výzkumném souboru tedy nemá na postoje ke stárnutí a stáří vliv, zda senioři aktivně provozují pohybové aktivity či nikoliv. Respondenti, kteří provozují pohybovou aktivitu (51 %) mají vyšší skóre v doméně fyzické změny než ti, kteří nesportují (49 %). Nejvyšší skóre bylo naměřeno v doméně psychologický růst u seniorů provozujících pohybovou aktivitu (30,86).

i) Ovlivňuje kouření výsledky dotazníku AAQ?



Obrázek 43. Hodnocení postojů ke stáří a stárnutí podle kouření respondentů dle dotazníku AAQ

Dle Mann-Whitneyova U Testu se statistická významnost ($p \leq 0,05$) v našem výzkumném souboru v proměnné kouření neprokázala v žádné z domén dotazníku AAQ. Neprokázal se tedy vliv kouření na postoje respondentů k stáří a stárnutí.

5 DISKUZE

Ve výzkumném šetření bylo zjištěno, že nejvyšší úroveň kvality života hodnotí respondenti v doméně **sociální vztahy** (průměrné skóre 15,19). Druhá nejvyšší subjektivně hodnocená kvalita života byla zjištěna v doméně **prožívání** (průměrné skóre 14,62). Na třetím místě hodnotili respondenti kvalitu života v doméně **fyzické zdraví** (průměrné skóre 14,4). Nejnižší kvalitu života hodnotí senioři v doméně **prostředí** (průměrné skóre 14,3).

Hawthorne, Herrman a Murphy (2006) provedli studii, jejímž účelem bylo získat předběžné populační normy pro domény dotazníku WHOQOL-BREF podle věkové skupiny, pohlaví a zdravotního stavu. Výsledné skóre po převodu na WHOQOL 100 přineslo následující výsledky:

obecné normy pro doménu fyzického zdraví = 73,5, pro psychickou pohodu = 70,6, pro sociální vztahy = 71,5 a pro doménu prostředí = 75. Výsledky se tedy liší od zjištění v našem výzkumu, a to zejména v doméně prostředí. Zatímco v tomto výzkumném šetření doména prostředí získala nejnižší průměrný skór, ve výše uvedeném výzkumu Hawthorne et al. naopak skór nejvyšší.

Wong, Yang, Yuen et al. (2018) provedli výzkum s WHOQOL-BREF na výzkumném vzorku 317 respondentů žijících na poloostrově Kowloon v Hongkongu. Respondenti měli relativně vyšší průměrné skóre fyzického zdraví a nižší průměrné skóre v oblasti prostředí. Regresní analýza přinesla zjištění, že mírná spokojenost s okolním prostředím měla významný vztah s kvalitou života v psychologické oblasti, avšak tento účinek byl částečně zprostředkován nekuřáckým chováním obyvatel. Nižší průměrné skóre v oblasti prostředí ze studie Wong et al. odpovídá zjištěním našeho výzkumného šetření.

Za validní lze považovat komparaci získaných průměrných skóre v jednotlivých doménách s průměrnými skóry z různých českých populací, kter ve své studii uvádí Dragomirecká a Bartoňová (2006). Podle uvedených autorek „*pokud chceme zachytit stálejší a dlouhodobější aspekty respondentova pohledu na svou životní situaci, je spolehlivější vyjadřovat výsledky dotazníku WHOQOL-BREF v podobě doménových skórů*“ (Dragomirecká, Bartoňová 2006, s. 148).

Tabulka 25. Komparace skóre z domén s výsledky studie Dragomirecká, Bartoňová

	Průměrné skóre							
	Sluchově postižení	Rep 60 +	U3V	Student	Bariatři	Slinivka	Schizofr.	Parkins
N	N = 41	N = 325	N = 142	N = 156	N = 22	N = 28	N = 69	N = 455
Průměrné skóre souboru								
Fyzické zdraví	14,4	13,71	15,11	16,01	13,30	13,65	13,29	11,40
Prožívání	14,62	13,95	14,67	14,80	14,15	14,21	12,52	12,47
Sociální vztahy	15,91	13,96	14,17	15,35	15,39	13,24	11,75	13,25
Prostředí	14,3	13,58	14,79	13,93	13,86	13,59	13,03	13,73

Zdroj: vlastní zpracování s využitím dat Dragomirecká, Bartoňová (2006)

- soubor **Rep 18-59** respondenti ve věku 18 až 59 let (52 % žen) s průměrným věkem 38 let
- soubor **Rep 60 +** respondenti ve věku 60 – 93 let (60 % žen)
- soubor **U3V** posluchači Univerzity třetího věku (92% žen), průměrný věk 67 let (od 50 do 87 let).
- soubor **Studenti** posluchači PF UK (58 % žen), průměrný věk 23 let (od 17 do 27 let).
- soubor **Bariatrie** respondenti, kteří se podrobili chirurgické léčbě obezity (věk 21 až 27 let)
- soubor **Slinivka** pacienti po operaci slinivky, kteří již byli v ambulatní péči (věk 26 až 69 let).
- soubor **Schizofrenie** pacienti hospitalizovaní v PL Bohnice a osoby žijící v chráněném bydlení pro osoby dlouhodobým duševním onemocněním s dg. F20-F29 (39 % žen), průměrný věk 35 let (18 – 62 let)
- soubor **Parkinson** pacienti s Parkinsonovou nemocí (39 % žen), průměrný věk 69 let (41 – 39 let)

Data srovnávající výsledky průměrného skóre jednotlivých domén našeho výzkumného šetření se studií Dragomirecké a Bartoňové přináší tabulka 25. Výsledky naznačují, že v našem souboru hodnotí respondenti kvalitu života ve srovnání s ostatními skupinami velmi pozitivně.

V doménách **Fyzické zdraví** a **Prožívání** dosáhli vyššího skóre pouze soubory bez zdravotního postižení, konkrétně posluchači Univerzity třetího věku a posluchači Přírodovědecké fakulty Univerzity Karlovy v Praze. Ostatní skupiny, ať již senoři bez zdravotního postižení nebo respondenti se zdravotním postižením měli nižší skóre ve srovnání se souborem našeho výzkumného šetření.

V doméně **Sociální vztahy** byl v souboru osob se sluchovým postižením zjištěn nejvyšší skór v porovnání se všemi sub-soubory výzkumu Dragomirecké a Bartoňové.

V doméně **Prostředí** vykázali vyšší skór ve srovnání s osobami sluchově postiženými pouze posluchači univerzity třetího věku.

Ze statistického vyhodnocení proměnných vyplynulo, že hodnocení kvality života podle dotazníku WHOQOL-BREF je u našeho souboru respondentů ovlivněno věkem, vzděláním a zaměstnáním, a naopak není ovlivněno pohlavím, druhem sluchového postižení, finanční situací, vlastnictvím/dostupností jízdního kola, cvičením (pohybovou aktivitou), organizovaným cvičením a kouřením.

Studie hledající vliv **pohlaví** na vnímanou kvalitu života dle WHOQOL-BREF přináší mj. následující zjištění. Dragomirecká (2007) ve výzkumu provedeném v rámci disertační práce (N = 325, muži N = 131, ženy N = 194) na vzorku seniorů z výsledků WHOQOL-BREF zjistila nižší spokojenost žen s kvalitou v porovnání se stejně starými muži. Autorka tento výsledek interpretuje v tom smyslu, že subjektivní vnímání nižší kvality života u žen je objektivně dáno horší životní situací, neboť ve stáří častěji žijí samy, mají více zdravotních potíží a horší finanční situaci; výsledek však může být způsoben i tím, že ženy mají odlišný postoj k testové situaci, vyšší aspirace, kritičnost a otevřenost. Výsledek Dragomirecké neodpovídá zjištěním našeho výzkumného šetření, kde se ve všech doménách vykazovalo vyšší skóre subjektivního hodnocení kvality života u žen. Hawthorne, Herrman a Murphy (2006) ve studii zjistili, že u žen bylo skóre stabilní po celou dobu života, se zrychleným poklesem skóre po dosažení věku 60 let. Muži vykazovali konzistentnější a rovnoměrnější pokles skóre po celou dobu jejich životnosti. S těmito výsledky však nekorepondují zjištění Dragomirecké a Bartoňové (2006; viz tab. 25), které zjistily vyšší skóre u posluchačů univerzity třetího věku ve srovnání s mladšími univerzitními studenty.

Podobně jako v našem výzkumu, i ve výzkumu Dragomirecké (2007) se neprokázal vliv **kouření** na vnímanou kvalitu života.

Vliv sluchového postižení na vnímanou kvalitu života přinesl v našem výzkumném šetření velmi nejednoznačné výsledky. Z výzkumu Maráškové (2008) zaměřeného na kvalitu života respondentů s KI (s využitím dotazníku kvality života SQUALA) vyplynulo, že uživatelé KI hodnotí kvalitu svého života jako průměrnou. Srovnání s populačními normami uvedenými v příručce SQUALA přineslo následující zjištění: v dimenzi zdraví je kvalita života uživatelů KI mírně snížena; oblasti týkající se blízkých vztahů a volného času jsou hodnoceny na spodní hranici normy; kvalitu uspokojení základních potřeb a abstraktních hodnot označují uživatelé KI dle populačních norem za průměrnou (Marášková, 2008). Závěry výzkumného šetření Hradilové a Hádkové (2018) provedeného mj. i s využitím dotazníku WHOQOL-BREF na vzorku 80 respondentů se sluchovým postižením nepoukazují v obecné rovině na snížené hodnocení v oblasti vnímání vlastní kvality života sluchově postižených.

Studie přinášejí zjištění, že zdravotní stav má vliv na hodnocení kvality života. Veeri, Gupta, Pal et al. (2019) se zaměřili na posouzení dopadu kvality života pomocí WHOQOL-BREF u pacientů s viscerální leishmaniózou (VL). Dotazníky vyplnilo celkem 95 případů VL a 95 zdravých účastníků. Komaprave dat pomocí t-testu, analýzy rozptylu a testu chí-kvadrátu přinesla zjištění, že onemocnění VL mělo velmi vysoký dopad na kvalitu života pacientů s VL. Nemocí nejvíce ovlivněnou byla doména fyzické zdraví. Bylo zjištěno, že delší trvání onemocnění kvalitu života výrazně zhoršuje ($p < 0,05$). Domény prožívání a prostředí byly významně ovlivněny u žen a pacientů ve věku > 40 let ($p < 0,05$), což ukazuje i na vliv pohlaví a věku na kvalitu života. Gholami, Jahromi, Zarei a Dehghan (2013) zkoumali kvalitu života s využitím WHOQOL-BREF na vzorku zdravotnického personálu z nemocnice v iránském městě Níšápúr ($N = 522$). Zpětná mnohonásobná lineární regrese odhalila, že existence chronického onemocnění u zaměstnanců byla významně spojena se čtyřmi doménami WHOQOL-BREF. Rovněž studie Hawthorneho, Herrmanové a Murphyho (2006) prokázala vliv zdravotního stavu na hodnocení kvality života. Autoři zjistili významné rozdíly ve skóre WHOQOL-BREF v závislosti na zdravotním stavu, přičemž výsledné skóre respondentů ve špatném zdravotním stavu byly až o 50 % nižší ve srovnání s respondenty s vynikajícím zdravím.

Vliv zaměstnání na hodnocení kvality života byl zjištěn v doméně fyzické zdraví. Výzkum Dragomirecké (2007) naznačil pokles hodnocení kvality života u osob nižším hmotným zabezpečením, a to jak u mužů, tak i u žen.

Postoje respondentů ke stáří a stárnutí byly zjišťovány prostřednictvím standadotazníku AAQ (Attitudes Toward Aging Questionnaire). AAQ hodnotí postoje člověka ve třech doménách, a to v doméně psychosociální ztráty, v doméně fyzické změny a v doméně psychologický růst. Maximální skóre reprezentující kladné postoje ke stáří a stárnutí odpovídá hodnotě 40. Výsledky testování AAQ na vzorku 5566 respondentů z 20 zemí světa vedly autory k tvrzení, že AAQ poskytuje vědcům, lékařům a tvůrcům politik jedinečnou stupnici pro měření dopadu úspěšných intervencí proti stárnutí. Poskytuje také prostředek pro měření toho, jak jednotlivci stárnou napříč kulturami a za různých ekonomických, politických a sociálních okolností (Laidlaw, Power, & Schmidt, 2006).

Z analýzy výsledků za celý soubor vyplynulo, že respondenti dosáhli nejvyššího skóre (29,44) v doméně **psychologický růst**. Druhé nejvyšší skóre se vykazalo v doméně **fyzické změny**. Souběžné použití faktorové analýzy a škálování Mokken poskytlo další informace o doméně fyzické změny AAQ, kdy mokken škálování identifikovalo nový faktor týkající se vitality

(Shenkin, Watson, Laidlaw et al., 2014). Výzkum Budžové a Klechové (2011), provedený s využitím dotazníku AAQ na souboru 151 seniorů z okresu Bruntál přinesl zjištění, že respondenti pozitivně hodnotili význam života ve stáří, cvičení ve stáří a začlenění do společnosti.

Nejnižšího skóre (24,78) dosáhli respondenti v doméně **psychosociální ztráty**. Tento výsledek neodpovídá zjištění výše uvedeného výzkumu Budžové a Klechové (2011), z jejichž šetření vyplynulo, že senioři nejhůře hodnotili možnost navazovat nová přátelství, tolerantnost vůči sobě a stárnutí považovali za těžší, než si mysleli.

Ze statistického vyhodnocení proměnných vyplynulo, že postoje ke stáří a stárnutí podle dotazníku AAQ jsou ovlivněny věkem, vzděláním a zaměstnáním, a naopak nejsou ovlivněny pohlavím, typem sluchového postižení, druhem komunikace se slyšící populací, finanční situací, vlastnictvím/dispozicí jízdního kola, cvičením a kouřením. Výše uvedený výzkum Budžové a Klechové (2011) přinesl zjištění o vlivu druhu bydlení na postoje ke stáří a stárnutí; negativněji své postoje v doméně psychosociální ztráty (prožitky samoty, sociálního vyloučení, uzavření se a postupné ztráty fyzické soběstačnosti) hodnotili senioři v institucionální péči než senioři žijící v domácím prostředí. V našem výzkumném šetření jsme tento vliv nehledali, neboť v institucionální péči je pouze 5 % respondentů.

Vliv **věku** na postoje ke stáří a stárnutí dle dotazníku AAQ byl zjištěn ve dvou doménách, a to v doméně psychosociální ztráty a v doméně fyzické změny, kdy starší respondenti vykazovali negativnější postoje ke stáří ve srovnání s respondenty mladšími. Studie Browna, Bowdena, Bryanta et al. (2015) zacílená na srovnání struktury faktorů AAQ mezi vzorkem žen středního věku ve věku 40–60 let ($n = 517$) a vzorkem žen ve věku nad 60 let ($n = 259$) přinesla podobná zjištění; ženy středního věku vykazovaly negativnější postoje ke stárnutí v subškále psychosociální ztráty ve srovnání se staršími ženami. Postoj k psychosociální ztrátě byl nejsilnějším prediktorem zkušeností žen s menopauzou a ženy s negativním přístupem k psychosociální ztrátě nezažily s věkem subjektivní pocit osobní pohody (well-being), který byl charakteristický pro osoby s pozitivním přístupem.

Vliv **vzdělání** na postoje ke stáří a stárnutí byl pokázán v doméně psychologické ztráty. Vyššího skóre zde dosáhli respondenti s vyšším dosaženým vzděláním. Podobně výzkum Dragomirecké (2007) přinesl zjištění, že pozitivnější postoje ke stáří a stárnutí vykazaly ženy, které se v seniorském věku účastní vzdělávání (univerzita III. věku apod.), což podle autorky potvrzuje domněnku, jak překonat omezení sociálních kontaktů.

6 ZÁVĚRY

Výzkumného šetření zaměřeného na získání přehledu o hodnocení kvality života a postojích ke stáří a stárnutí ve vzorku populace se sluchovým postižením se zúčastnilo 41 respondentů; výzkumný vzorek zahrnoval 17 mužů (41 %) a 24 žen (59 %). Věkové rozpětí činilo 45 až 88 let. Z hlediska věkových kategorií se soubor členil na respondenty ve věku od 45 do 59 let (32 %), od 60 do 74 let (37 %) a od 75 do 89 let (32 %). Co se týče sluchového postižení, soubor zahrnoval v nejvyšší míře respondenty neslyšící (66 %), dále nedoslýchavé (15 %), ohluchlé (10 %) a uživatele kochleárního implantátu KI (10 %).

Závěry jsou prezentovány v podobě odpovědí na výzkumné otázky.

VO₁ Jak respondenti se sluchovým postižením hodnotí úroveň kvality života dle dotazníku WHOQOL-BREF?

Ve výzkumném šetření bylo zjištěno, že nejvyšší úroveň kvality života hodnotí respondenti v doméně **sociální vztahy** (průměrné skóre 15,19). Výsledky výzkumu tedy naznačily, že respondenti kladně hodnotí osobní vztahy, podporu přátel a sexuální život. Zdá se, že mezilidské vztahy hrají v souboru respondentů významnou roli. Druhá nejvyšší subjektivně hodnocená kvalita života byla zjištěna v doméně **prožívání** (průměrné skóre 14,62). Z výsledků lze dovodit, že respondenti převážně pozitivně hodnotí kvalitu svého života v oblastech jako jsou potěšení ze života, smysl života, schopnost přijetí vlastního vzhledu a spokojenost se sebou samým. Na třetím místě hodnotili respondenti kvalitu života v doméně **fyzické zdraví** (průměrné skóre 14,4). Výsledky naznačují, že účastníci výzkumného šetření jsou v menší míře spokojeni se svým životem v oblastech jako jsou bolest a nepříjemné pocity, závislost na lékařské péči, energie a únava, pohyblivost či pracovní výkonnost. Vzhledem k věku respondentů a jejich zdravotnímu handicapu nelze tento výsledek považovat za překvapivý. Nejnižší kvalitu života hodnotí senioři v doméně **prostředí** (průměrné skóre 14,3), což lze – s ohledem na skutečnost, že dominantní většina respondentů (95 %) bydlí v domácím prostředí – považovat dle našeho názoru za poněkud překvapující. Výsledky průzkumu tedy naznačují, že respondenti jsou nejméně spokojeni s kvalitou života v oblastech jako jsou osobní bezpečí, životní prostředí, záliby, finanční situace, přístup k informacím, prostředí v okolí bydliště, dostupnost zdravotní péče či doprava.

VO₂ Ovlivňují vybrané proměnné výsledky hodnocení kvality života respondentů se sluchovým postižením?

Ze statistického vyhodnocení proměnných vyplynulo, že hodnocení kvality života podle dotazníku WHOQOL-BREF je u našeho souboru respondentů ovlivněno věkem, vzděláním a zaměstnáním, a naopak není ovlivněno pohlavím, druhem sluchového postižení, finanční situací, vlastnictvím/dostupností jízdního kola, cvičením (pohybovou aktivitou), organizovaným cvičením a kouřením.

Vliv sluchového postižení na vnímanou kvalitu života přinesl v našem výzkumném šetření velmi nejednoznačné výsledky. Nedslyšaví respondenti dosáhli nejvyšší skóre v doméně fyzické zdraví, avšak ve zbylých třech doménách naopak dosáhli skóre nejnižšího. V doméně prožívání byl nejvyšší skór kvality života zjištěn u respondentů s kochleárním implantátem. V doméně sociální vztahy a prostředí dosáhli nejvyššího skóre respondenti ohluchlí. Nepřekvapivě nejnižší skóre v doméně fyzické bylo zjištěno u neslyšících respondentů.

Vliv věku na hodnocení kvality života měřené dotazníkem WHOQOL-BREF se prokázal v doméně prožívání. Výsledek statistické analýzy lze interpretovat v tom smyslu, že starší respondenti se sluchovým postižením (respondenti z prostřední věkové kategorie 60-74 let) vnímají a hodnotí svou kvalitu života v oblastech jako potěšení ze života či smysl života hůře než mladší respondenti z věkové kategorie 45-59 let s podobným typem zdravotního handicapu.

Vedle věku se statisticky signifikantně prokázal vliv dvou socioekonomických proměnných na vnímanou kvalitu života, a to vliv dosaženého vzdělání a vliv zaměstnání.

Vliv dosaženého vzdělání na hodnocení kvality života byl pokázán v doméně prostředí. Tento výsledek lze interpretovat v tom smyslu, že respondenti s dosaženým vyšším vzděláním (maturita, vysokoškolské vzdělání) hodnotí kvalitu života v oblastech jako jsou životní prostředí, záliby, finanční situace, přístup k informacím ad. lépe ve srovnání s respondenty s nižším vzděláním (základní, středoškolské bez maturity).

Vliv zaměstnání na hodnocení kvality života byl zjištěn v doméně fyzické zdraví. Rozložení dat naznačuje, že respondenti pracující v řádném poměru nebo na částečný úvazek hodnotí kvalitu života ve vztahu ke svému fyzickému zdraví (prožívání bolesti a nepříjemné pocity, závislost na lékařské péči, únava, pracovní výkonnost ad.) lépe ve srovnání s respondenty, kteří pobírají důchod a nepracují

VO₃ Jaké jsou postoje respondentů se sluchovým postižením ke stáří a stárnutí dle dotazníku AAQ?

Z analýzy výsledků za celý soubor vyplynulo, že respondenti dosáhli nejvyššího skóre (29,44) v doméně **psychologický růst**. Tato doména souhrnně naznačuje pozitivní vztah k sobě a okolnímu světu, konkrétněji lepší vyrovnaní se životem, moudrost přicházející s věkem, pozitivní hodnocení stáří, tolerantnost, předávání zkušeností, docenění významu vlastního života či dávání příkladu mladým lidem.

Druhé nejvyšší skóre se vykazalo v doméně **fyzické změny**. Znamená to, že respondenti jen v o něco menší míře než u psychického růstu akcentují pozitivní postoje k cvičení či k vnímání omezení vyplývajících z vlastního věku. Výsledný skór souboru (28,07) naznačuje, že většina respondentů cítí dostatek životní energie, necítí se omezována fyzickými problémy a zdravotním stavem a celkově se snaží o aktivní přístup k životu.

Nejnižšího skóre (24,78) dosáhli respondenti v doméně **psychosociální ztráty**. Tento výsledek lze interpretovat v tom smyslu, že v souboru je menšina těch respondentů, kteří vnímají stáří jako jako čas samoty a ztrát včetně ztráty fyzické soběstačnosti, spojují stáří s depresí, je pro ně obtížné hovořit o pocitech, spojují si stáří s obtížemi při hledání přátel, nízkou mírou zařazení do společnosti nebo dokonce se společenským vyřazením.

VO₄ Ovlivňují vybrané proměnné postoje respondentů se sluchovým postižením ke stáří a stárnutí?

Ze statistického vyhodnocení proměnných vyplynulo, že postoje ke stáří a stárnutí podle dotazníku AAQ jsou ovlivněny věkem, vzděláním a zaměstnáním, a naopak nejsou ovlivněny pohlavím, typem sluchového postižení, druhem komunikace se slyšící populací, finanční situací, vlastnictvím/dispozicí jízdního kola, cvičením a kouřením.

Vliv **sluchového postižení** na postoje ke stáří a stárnutí přinesl v našem výzkumném šetření velmi nejednoznačné výsledky. Ve všech třech doménách dosáhli nejnižšího skóre neslyšící respondenti; v doméně psychologický růst společně se skupinou nedoslýchavých respondentů. Zdá se tedy, že stáří a stárnutí hodnotí nejméně pozitivněji respondenti s úplnou ztrátou sluchu a respondenti nedoslýchaví. V doméně psychologický růst, jejichž vysoké skóre odráží pozitivní postoje ke stárnutí a stárnutí, bylo nejvyšší skóre zjištěno u respondentů ohluhlých. V doméně fyzické změny dosáhla nejvyššího skóre skupina respondentů – uživatelů KI.

Vliv **věku** na postoje ke stáří a stárnutí dle dotazníku AAQ byl zjištěn ve dvou doménách. V prvním případě statistická analýza prokázala statistický signifikantní rozdíl v doméně psychosociální ztráty mezi respondenty ve věku 45-59 let a ve věku 60-74 let, kdy starší respondenti vykazovali negativnější postoje ke stáří ve srovnání s respondenty mladšími. Další statistický rozdíl mezi respondenty ve věku 45-59 let a ve věku 60-74 let byl zjištěn v doméně fyzické změny; tento výsledek lze interpretovat v tom smyslu, že mladší respondenti ve vyšší míře pocítují dostatek životní energie a snaží se o aktivní přístup k životu a naopak v menší míře se cítí omezováni fyzickými problémy a zdravotním stavem ve srovnání s respondenty staršími.

Vliv **vzdělání** na postoje ke stáří a stárnutí byl pokázán v doméně psychologické ztráty. Vyššího skóre zde dosáhli respondenti s vyšším dosaženým vzděláním (středoškolské s maturitou, vysokoškolské) ve srovnání s respondenty s nižším vzděláním (základním, středoškolským bez maturity).

Vliv **zaměstnání** na postoje ke stáří a stárnutí byl zjištěn v doméně fyzické změny. Nejvyššího skóre ze dosáhl skupina nezaměstnaných respondentů, naopak nejnižšího skóre skupina respondentů pobírajících starobní důchod. Tento výsledek naznačuje, že skupina nezaměstnaných respondentů pocítuje ve vyšší míře dostatek životní energie a necítí se omezována fyzickými problémy a zdravotním stavem ve srovnání se skupinou zaměstnaných respondentů a skupinou respondentů pobírajících důchod.

7 SOUHRN

Diplomová práce se zaměřila na problematiku kvality života v populaci jedinců s poruchami sluchu. Za hlavní cíl si stanovila zjistit, jak lidé s poruchou sluchu hodnotí kvalitu vlastního života a jaké mají postoje ke stáří a stárnutí. Dílčími cíli bylo ověřit vliv vybraných proměnných na hodnocení kvality života a postojů ke stáří.

Práce byla členěna do dvou základních oddílů na část teoretickou a část empirickou. Teoretická část nejprve uvedla základní poznatky o sluchovém postižení a surdopedii. První kapitola představila základní anatomické poznatky o sluchovém ústrojí, klasifikaci a diagnostice sluchových vad. Kapitola druhá se věnovala komunikaci osob se sluchovým postižením a jednotlivým komunikačním prostředkům, které tyto osoby v komunikaci využívají. Třetí kapitola se zaměřila na problematiku kompenzačních pomůcek pro sluchově postižené, jejich výčtu a popisu jednotlivých pomůcek. V kapitole čtvrté byly představeny vybrané poznatky o vzdělávání sluchově postižených a jejich začleňování do školského systému v České republice. Součástí této kapitoly je i představení sociálních služeb a organizací působících ve prospěch sluchově postižených. Neboť se empirická část zaměřila na dospělou populaci a zejména seniory, byly v páté kapitole představeny základní poznatky vývojové psychologie o této vývojové etapě lidského života. Závěrečné kapitoly teoretické části uvedly vybrané poznatky o psychologickém konstraktu kvality života a postojích ke stáří a stárnutí, které pak následně byly jádrovým předmětem zájmu provedeného empirického šetření.

Obsahem praktické části je prezentace cílů, výzkumných otázek, metodického postupu, výzkumného vzorku a výsledků empirického šetření zaměřeného na získání přehledu o hodnocení kvality života a postojů ke stáří a stárnutí v populaci jedinců se sluchovým handicapem. Výzkumné šetření bylo provedeno v designu kvantitativního výzkumu. K získání dat posloužily dva výzkumné nástroje. K získání přehledu o subjektivně vnímané kvalitě života byl použit dotazník Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF (The World Health Organization Quality of Life –BREF). Jedná se standardizovaný dotazník sestávající z 24 položek, cílící na zkoumání kvality života ve čtyřech doménách (fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí). Rozpětí hrubého skóru se u jednotlivých domén dotazníku WHOQOL-BREF pohybuje od minima 4 do maxima 20, přičemž vyšší hodnota poukazuje na lepší kvalitu života. Rovněž přehled o postojích ke stáří a stárnutí byl získán pomocí standardizovaného dotazníku WHO, konkrétně dotazníku AAQ (Attitudes

Toward Aging Questionnaire). Hodnoty hrubého skóru AAQ se pohybují v rozmezí od minima 8 do maxima 40 přičemž platí, že čím vyšší je skóre, tím více se respondenti ztotožňují s otázkami v jednotlivých doménách dotazníku. Získaná data byla vyhodnocena metodami popisné statistiky (absolutní četnost, relativní četnost) a statistiky explorační (Mann-Whitneyův U test, Kruskal-Wallisův ANOVA test).

Výzkumný soubor tvořilo 41 respondentů (41 % mužů a 59 % žen) ve věku 45 až 88 let. Z hlediska postižení sluchu byli v nejvyšší míře zastoupeni neslyšící (66 %), dále výzkumný vzorek zahrnoval respondenty nedoslýchavé (15 %), ohluchlé (10 %) a uživatele KI (10 %). Dominantní část souboru (95 %) bydlí ve vlastní domácnosti.

Empirické šetření přineslo následující nejdůležitější zjištění. Z analýzy dat získaných z dotazníku WHOQOL-BREF vyplynulo, že nejvyšší kvalitu života hodnotí respondenti v doméně sociální vztahy (průměrné skóre 15,19), pro respondenty jsou tedy v nejvyšší míře důležité sociální kontakty, možnost komunikace s jinými lidmi, podpora přátel apod. Naopak nejnižší skóre bylo zjištěno v doméně prostředí (průměrné skóre 14,3). Toto zjištění považujeme za překvapivé vzhledem k okolnosti, že téměř všichni respondenti bydlí ve vlastní domácnosti. Vícenásobné porovnání p hodnot prostřednictvím testu Kruskal-Wallis prokázalo vliv věku, vzdělání a zaměstnání na hodnocení kvality života, a naopak neprokázalo vliv pohlaví, typu sluchového postižení, finanční situace, vlastnictví jízdního kola, pohybové aktivity, organizovaného cvičení a kouření.

Analýza dat uvedených v dotazníku AAQ přinesla zjištění, že nejvíce se respondenti ztotožnili s postoji v doméně psychologický růst (průměrné skóre 29,44), naopak nejméně v doméně psychosociální ztráty (průměrné skóre 24,78). Výsledky naznačují, že kladné postoje mají respondenti v nejvyšší míře k oblastem vztahujícím se ke stáří a stárnutí jako jsou vyrovnání se se životem, moudrost přicházející s věkem, pozitivní hodnocení stáří, tolerantnost, předávání zkušeností, docenění významu vlastního života či dávání příkladu mladým lidem. Vícenásobné porovnání p hodnot prostřednictvím testu Kruskal-Wallis prokázalo vliv věku, vzdělání a zaměstnání na postoje ke stáří a stárnutí, a naopak neprokázalo vliv pohlaví, typu sluchového postižení, finanční situace, vlastnictví jízdního kola, pohybové aktivity, organizovaného cvičení a kouření.

Souhrnně lze závěrem konstatovat, že výsledky empirického šetření naznačují relativně velmi pozitivní hodnocení kvality života respondentů se sluchovým postižením, a to jak ve srovnání se zdravou populací, tak zejména s populací s diagnostikovaným onemocněním.

Závěrem lze podle našeho přesvědčení konstatovat, že diplomová práce naplnila stanovené cíle. Její význam lze spatřovat zejména v tom, že přináší poznatky o hodnocení kvality života a postojů ke stáří a stárnutí v populaci sluchově postižených. Nižší skóre v doméně prostředí ukazuje na oblast, která by měla stát cílem intervencí kompetentních osob či orgánů v péči o osoby se sluchovým postižením. Výsledky naznačují, že ačkoli respondenti žijí v domácím prostředí, zažívají určité obtíže v oblastech života nebo v životních situacích spojených s osobním bezpečím, finanční situací, přístupem k informacím, prostředím v okolí bydliště, dostupností zdravotní péče či dopravou.

V interpretaci získaných výsledků je nutné přistupovat s vědomím, že data získaná z obou dotazníků odrážejí míru sebereflexe respondentů a jejich ochotu uvést odpovědi co nejvíce se blížící reálné skutečnosti.

Další výzkum se může zaměřit např. na kvalitativní výzkum, jehož prostřednictvím lze na menším vzorku respondentů získat hlubší vhled do problematiky kvality života osob se sluchovým postižením v dospělém a seniorském věku.

8 SUMMARY

The diploma thesis focused on the issue of quality of life in the population of individuals with hearing impairment. Its main goal is to find out how people with hearing impairment evaluate the quality of their own lives and their attitudes towards old age and aging. The partial goals were to verify the influence of selected variables on the evaluation of quality of life and attitudes towards old age.

The work was divided into two basic sections: a theoretical part and an empirical part. The theoretical part presented the basic knowledge about hearing impairment and deafness. The first chapter explained basic anatomical knowledge of the auditory system, classification and diagnosis of hearing defects. The second chapter dealt with the communication of people with hearing impairments and the individual means of communication that these people use. The third chapter focused on the issue of compensatory aids for the hearing impaired, their enumeration and description of individual aids. The fourth chapter presented selected findings on the education of the hearing impaired and their integration into the school system in the Czech Republic. Part of this chapter is also the introduction of social services and organizations working for the hearing impaired. Because the empirical part focused on the adult population and especially the elderly, the fifth chapter presented the basic knowledge of developmental psychology about this stage of human life. The final chapters of the theoretical part presented selected findings on the psychological construct of quality of life and attitudes to old age and aging, which were then the core subject of interest in the empirical investigation.

The content of the practical part is the presentation of goals, research questions, methodological procedure, research sample and results of empirical research aimed at gaining an overview of quality assessment of life and attitudes to old age and aging in the population of individuals with hearing impairment. The research was conducted in the design of quantitative research. Two research tools were used to obtain the data. The WHOQOL-BREF (The World Health Organization Quality of Life-BREF) questionnaire was used to obtain an overview of subjectively perceived quality of life. It is a standardized questionnaire consisting of 24 items,

aimed at examining the quality of life in four domains (physical health, experience, social relationships and environment). The range of the gross score for the individual domains of the WHOQOL-BREF questionnaire ranges from a minimum of 4 to a maximum of 20, while a higher value indicates a better quality of life. An overview of attitudes towards old age and

aging was also obtained using a standardized WHO questionnaire, namely the AAQ (Attitudes Toward Aging Questionnaire). The values of the gross AAQ score range from a minimum of 8 to a maximum of 40, and it is true that the higher the score, the more the respondents identify with the questions in the individual domains of the questionnaire. The obtained data was evaluated by the methods of descriptive statistics (absolute frequency, relative frequency) and exploratory statistics (Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis ANOVA test).

The research group consisted of 41 respondents (41% men and 59% women) aged 45 to 88 years. In terms of hearing impairment, the deaf were most represented (66%), and the research sample included respondents who were hard of hearing (15%), deafened (10%) and CI users (10%). The dominant part of the group (95%) lives in their own household.

The empirical investigation yielded the following findings. The analysis of data obtained from the WHOQOL-BREF questionnaire showed that the highest quality of life is assessed by respondents in the domain of social relations (average score 15.19), so social contacts, communication with other people, support of friends, etc. are most important for respondents. On the contrary, the lowest score was found in the environment domain (average score 14.3). We find this finding surprising given the fact that almost all respondents live in their own households. Multiple comparisons of p values using the Kruskal-Wallis test showed the effect of age, education and employment on quality of life, and did not show the effect of gender, type of hearing impairment, financial situation, bicycle ownership, physical activity, organized exercise and smoking.

The analysis of the data presented in the AAQ questionnaire revealed that the respondents most identified with the attitudes in the domain of psychological growth (average score 29.44), and the least in the domain of psychosocial loss (average score 24.78). The results suggest that respondents have a positive attitude towards areas related to old age and aging, such as coping with life, wisdom coming with age, positive age ratings, tolerance, passing on experience, appreciating the importance of one's own life or setting an example for young people. Multiple comparisons of p values using the Kruskal-Wallis test showed the effect of age, education and employment on attitudes to old age and aging, and did not show the effect of gender, type of hearing impairment, financial situation, bicycle ownership, physical activity, organized exercise and smoking.

In conclusion, the results of the empirical survey indicate a relatively positive assessment of the quality of life of respondents with hearing impairment, both in comparison with the healthy population and especially with the population with a diagnosed disease.

In conclusion, we can say that the thesis fulfilled the goals set. Its importance can be seen mainly in the fact that it brings knowledge about the evaluation of quality of life and attitudes to old age and aging in the population of the hearing impaired. The lower score in the domain of the environment indicates an area that should become the target of interventions of competent persons or bodies in the care of the hearing impaired. The results suggest that, although respondents live in a home environment, they experience some difficulties in areas of life or in life situations related to personal safety, financial situation, access to information, living environment, access to health care or transport.

In the interpretation of the obtained results, it is necessary to approach with the knowledge that the data obtained from both questionnaires reflect the degree of self-reflection of the respondents and their willingness to provide answers as close as possible to the real reality.

Further research may focus, for example, on qualitative research, through which a smaller sample of respondents can gain a deeper insight into the quality of life of people with hearing impairment in adults and seniors.

9 REFERENČNÍ SEZNAM

Knížní a časopisecké zdroje:

Barvíková, J. (2015). *Katalog podpůrných opatření pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu sluchového postižení nebo oslabení sluchového vnímání: dílčí část*. Olomouc: Univerzita Palackého

Bendová, P., Jeřábková, K., Růžičková, V., (2006). *Kompenzační pomůcky pro osoby se specifickými potřebami*. Olomouc: VUP.

Bužgová, R. & Klechová, H. (2011). *Měření postojů seniorů ke stáří*. Praktický lékař 2011; 91(7): 396-40

Brown. L., Bowden, S., Brynat, Ch. et al. (2015). *Validation and utility of the Attitudes to Ageing Questionnaire: Links to menopause and well-being trajectory*. Maturitas, 2015; Volume 82, Issue 2, Pages 190-196. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.06.042>

Čevela, R., Kalvach Z., Čeledová L. (2012). *Sociální gerontologie: Úvod do problematiky*. Praha: Grada publishing, a.s.

Daňová, M. (2008). *Metodika úpravy textů: pro znevýhodněné čtenáře s ukázkou dle předlohy Betty MacDonaldové Paní Láryfáry*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada)

Diabová, A., Kaustký, P., Pošta, M. (2006). *Tlumočení a jak na to, aneb, Chcete, aby vám rozuměli posluchači (a spolu s nimi i tlumočníci)?* Praha: JTP

Dingová, N. (2005). *Tlumočnické ve světě sluchového postižení*. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených – Středisko rané péče Tamtam.

Dragomirecká, E. (2007). *Prediktory kvality života ve vyšším věku*. Praha: Karlova univerzita, 2007. Disertační práce.

Dragomirecká, E. (2006). *Česká verze dotazníku kvality života WHOQOL. Překlad položek a konstrukce škál*. Psychiatrie, 2006; 10(2), s. 68-73.

Dragomirecká, E., & Bartoňová, J. (2006). *WHOQOL-BREF WHOQOL-100 Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.

Dragomirecká, E. & Bartoňová, J. (2006b). *Dotazník kvality života Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF. Psychometrické vlastnosti a první zkušenosti s českou verzí*. Psychiatrie, 2006; 10(3), s. 144-149.

Dvořáčková, D. (2012). *Kvalita života seniorů*. Praha: Grada Publishing, a.s.

Dvořáčková, D., Hrozenská, M. (2013). *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada Publishing, a.s.

Dvořák, J. (1998). *Logopedický slovník: [terminologický a výkladový]*. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum. Logopaedia clinica.

Erikson, E. H. (2015). *Životní cyklus rozšířený a dokončený*. Praha: Portál.

Gholami A., Jahromi, L., M., Zarei, E. & Dehgan, A. (2014). *Application of WHOQOL-BREF in Measuring Quality of Life in Health-Care Staff*. International Journal of Preventive Medicine 2013 4(7): 809–817. DOI: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3775221/>

Hádková, K. (2016). *Člověk se sluchovým postižením*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta.

Hampl, I. (2013). *Surdopedie: Studijní opora k inovovanému předmětu: Základy surdopedie*. Ostrava: Ostravská univerzita.

Hawthorne, G., Herrman H. & B. Murphy (2006). *Interpreting the WHOQOL-Brèf: Preliminary Population Norms and Effect Sizes*. Social Indicators Research, 2006; volume 77, pages 37–59. DOI: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11205-005-5552-1>

Horáková, R. (2011). *Surdopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido.

Horáková, R. (2012). *Sluchové postižení: Úvod do surdopedie*. Praha: Portál, s.r.o.

Hradilová, Tereza & Hádková, Kateřina (2018). *Sluchové postižení a jeho promítání do konceptu kvality života*. Speciální pedagogika 2018; 28 (4), 311-321.

Hrbáčková, K. (2015). *Základy kvantitativního výzkumu*. Zlín: Universita Tomáše Bati.

Hrubý, J.(1998). *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu*. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených

Hrubý, J. (2010). *Úvod do výchovy a vzdělávání sluchově postižených*. Tiché učení.

Chráska, M. (1993). *Základy výzkumu v pedagogice*. Olomouc : Univerzita Palackého

Jedlička, V. (1991). *Praktická gerontologie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.

Kalman, M., Hamřík, Z., & Pavelka, J. (2009). *Podpora pohybové aktivity pro odbornou veřejnost*. Olomouc: Univerzita Palackého.

Kalvach, Z., Zadák, Z., Jirák, R., Zavázalová, H., Holmerová, I., & Weber, P. (2008). *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada Publishing

Klvetová, D., & Dlabalová, I. (2008). *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada Publishing.

Klimentová, E. (2018). *Osoby se zdravotním postižením v sociologickém výzkumu*. Olomouc: Univerzita Palackého

- Kroupová, K. (2016). *Slovník speciálněpedagogické terminologie: vybrané pojmy*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada).
- Komorná, M. (2008). *Psaná čeština českých neslyšících - čeština jako cizí jazyk*. Praha: Česká komora tlumočnicků znakového jazyka.
- Krahulcová, B. (2002). *Komunikace sluchově postižených*. Praha: Karolinum.
- Krahulcová, B. (2014). *Komunikační systémy sluchově postižených*. Praha: Beakra.
- Krejčířová, O., Treznerová, I. (2011). *Malý lexikon sociálních služeb*. Vydavatelství UP v Olomouci.
- Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing.
- Kudláček, M. et al. (2013). *Základy aplikovaných pohybových aktivit*. Olomouc: Univerzita Palackého
- Laidlaw, K., Power, M., Schmidt, S. (2006) The attitudes to ageing questionnaire (AAQ): development and psychometric properties. *Geriatric Psychiatry*. DOI: <https://doi.org/10.1002/gps.1683>Citations: 121
- Langer, J.(2008). *Znakový jazyk jako prostředek komunikace mezi učitelem a žákem*. In: VIII. Mezinárodní konference k problematice osob se specifickými potřebami a III. Dramaterapeutická konference [CD-ROM]. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Langer, J. (2013). *Úvod do pedagogiky osob se sluchovým postižením*. Olomouc: UP v Olomouci.
- Lejska, M. (2003). *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Brno: Paido.
- Leonhardt, A. (2001). *Úvod do pedagogiky sluchovo postihnutých*. Bratislava: Sapientia.
- Macurová, A. (2001). *Poznáváme český znakový jazyk 1. Speciální pedagogika*. Praha
- Mareš, J. (2006). *Škola a kvalita života u dětí a dospívajících*. Škola a zdraví, Brno.
- Marášková, I. (2008). *Dospělí uživatelé kochleárního implantátu*. *Psychologie*, 2008; 2 (1): 9-22.
- Maříková, H., Petrusek, M., & Vodáková, A. (1996). *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum.
- Mazal, F. (2007). *Hry a hraní pohledem ŠVP*. Olomouc: Hanex.
- Mukšnáblová, M. (2014). *Péče o dítě s postižením sluchu*. Praha: Grada.
- Novosad, L. (2009). *Poradenství: pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. Portál, s.r.o.

- Ondrušová, J. (2011). *Stáří a smysl života*. Praha: Karolinum.
- Orel, F., Facová V. (2010). *Člověk, jeho smysly a svět*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Pacovský, V. (1994). *Geriatrická diagnostika*. Scientia medica.
- Panská, S. (2013). *Aplikované pohybové aktivity osob se sluchovým postižením*. Vydavatelství UP v Olomouci.
- Pipeková, J. (2006). *Kapitoly ze speciální pedagogiky. 2., rozš. a přeprac. vyd.* Brno: Paido.
- Potměšil, M. (1992). *Prstová abeceda*. Federace rodičů a přátel sluchově postižených.
- Potměšil, M. (2003). *Čtení k surdopedii*. Olomouc: UP v Olomouci.
- Procházková, V., & Vysuček, P. (2007). *Jak komunikovat s neslyšícím klientem?* Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí.
- Procházková, V., Vysuček, P. (2007) *Pohledy na kvalitu života osob se senzorickým postižením: teoretická a metodologická východiska*. 1. vyd. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí.
- Příbyl, H. (2015). *Lidské potřeby ve stáří*. Maxdorf, s.r.o., nakladatelství odborné literatury.
- Rajenda, B., V., Gupta, A.K., et al. (2019). *Assessment of quality of life using WHOQOL-BREF in patients with visceral leishmaniasis*. Health and Quality of Life Outcomes, 2019; volume 17, Article number: 53, p. 2-7. DOI <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-019-1112-2>
- Růžičková, K., & Vítová, V. (2014). *Vybrané kapitoly z tyflopédie a surdopedie nejen pro speciální pedagogu*. Hradec Králové: Nakladatelství Gaudeamus.
- Říčan, P. (2004). *Cesta životem*. Praha: Portál.
- Sak, P., Kolesárová, K. (2012). *Sociologie stáří a seniorů*. Grada Publishing, a.s.
- Shenkin, S., Watson, R., Laidlaw, K. et al. (2014). *The Attitudes to Ageing Questionnaire: Mokken Scaling Analysis*. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0099100>
- Skákalová, T. (2011). *Uvedení do problematiky sluchového postižení*. Hradec Králové: Gaudeamus.
- Slowík, J. (2007). *Speciální pedagogika*. Grada Publishing, a.s.
- Slowík, J. (2016). *Speciální pedagogika. 2. aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada.
- Souralová, E., & Langer, J. (2005). *Surdopedie. Studijní opora pro kombinované studium*. Olomouc: UP v Olomouci.

Souralová, E. (2005). *Surdopedie 1. Studijní opora pro kombinované studium*. Olomouc: UP v Olomouci.

Sovák, M. et al. (1965) *Logopedie*. Praha: SPN

Stejskal, P.(2004). *Proč a jak se zdravě hýbat*. Břeclav: Presstempus.

Sýkorová, D. (2007). *Autonomie ve stáří: Kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství.

Šlapák, I. (1995). *Kapitoly z otorhinolaryngologie a foniatrie*. Brno: Paido

Uhlíř, P. (2008). *Pohybová cvičení seniorů*. Olomouc.

Vad'urová, H., & Mühlpachr, P. (2005). *Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska*. Brno : Masarykova Univerzita.

Vágnerová, M. (2005). *Vývojová psychologie I: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum.

Vidovičová, L., & Petrová Kafková, M. (2012). *Aktivity seniorů ve velkých městech: zdraví, prostor a subjektivní kvalita života*. Sociologický Časopis, 48(5), 939–963

Vohralíková, L., & Rabušic, L. (2004). *Čeští seniori včera, dnes a zítra*. Brno: VÚPSV, výzkumné centrum.

Vystrčil, M. (2008). Nordic walking. *INFO HUDY*, 9,37-42.

Wong, F., Lin Yang, J. Yuen, K. et al. (2018). *Assessing quality of life using WHOQOL-BREF: a cross-sectional study on the association between quality of life and neighborhood environmental satisfaction, and the mediating effect of health-related behaviors*. BMC Public Health, 2018; volume 18, Article number: 1113, p. 2-14. DOI:<https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-018-5942-3>.

Wernerová, J., & Zvoníková, A. (2016). *Stárnutí, dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav a závislost seniorů*. Revizní a Posudkové Lékařství, 19(2), 68–73.

Zvára, Karel. (2008). *Biostatika*. Praha: Karlova univerzita.

Zvoníková, A. (2015). *Stárnutí populace a disability*. Revizní a Posudkové Lékařství, 18(3/4),

Internetové zdroje:

ASNEP Asociace neslyšících, nedoslýchavých a jejich přátel , z.s. <http://www.asnep.cz/o-asociaci-asnep/>

ČSÚ (2007). Výběrové šetření zdravotně postižených VŠPO 07 <https://www.czso.cz/documents/10180/20536150/330908j3.pdf/ad1e416d-b46d-47c9-ad51-609579759834?version=1.0>

ČSÚ (2019). Výběrové šetření osob se zdravotním postižením
<https://www.czso.cz/documents/10180/90600407/26000619.pdf/b1d5a2b3-a309-4412-a962-03d847d3d1a0?version=1.5>

ČUN Česká unie neslyšících, z.ú. <https://www.cun.cz/cs/o-nas/historie-cun/>

SNN Svaz neslyšících a nedoslýchavých osob. <https://snn-cr.cz/O-SVAZU>

Tichý dům neslyšících, z.s. <https://www.tdnko.cz/o-nas/>

Tichý svět. <https://www.tichysvet.cz/o-nas>

UNB Unie neslyšících Brno. <https://www.unieneslysicichbrno.cz/historie-unie-neslysicich-brno/t1063>

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 423/2008 Sb., o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob

Parlament ČR (2008). *Zákon č. 384/2008 Sb., o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob.*

10 SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1. Anatomie sluchového orgánu (Reichl & Všeticka, 2006).....	5
Obrázek 2. World Health Organization (WHO, 2020)	9
Obrázek 3. Typy sluchadel (www.pomuckyproneslysici.cz).....	20
Obrázek 4. Kochleární implantát (www.kochlear.cz).....	21
Obrázek 5. Kochleární implantát Nucleus (www.sluchadlaprozivot.cz)	21
Obrázek 6. Pohlaví respondentů.....	45
Obrázek 7. Věkové rozpětí respondentů	46
Obrázek 8. Bydlení respondentů	47
Obrázek 9. Sluchové postižení respondentů	48
Obrázek 10. Vzdělání respondentů	49
Obrázek 11. Rodinný stav respondentů.....	50
Obrázek 12. Komunikace s okolím	51
Obrázek 13. Komunikace se slyšící populací.....	52
Obrázek 14. Zaměstnání respondentů	53
Obrázek 15. Finanční situace respondentů.....	54
Obrázek 16. Vybrané majetkové poměry respondentů	55
Obrázek 17. Pravidelné cvičení respondentů	56
Obrázek 18. Místo pravidelného cvičení respondentů	57
Obrázek 19. Četnost pravidelného cvičení respondentů	58
Obrázek 20. Kouření respondentů	58
Obrázek 21. Hodnocení kvality života u všech respondentů dle WHOQOL-BREF	59
Obrázek 22. Hodnocení kvality života dle věku (WHOQOL-BREF)	60
Obrázek 23. Hodnocení kvality života dle pohlaví (WHOQOL-BREF)	61
Obrázek 24. Hodnocení kvality života dle sluchového postižení (WHOQOL-BREF).....	62
Obrázek 25. Hodnocení kvality života dle vzdělání (WHOQOL-BREF).....	63
Obrázek 26. Hodnocení kvality života dle komunikace se slyšící populací (WHOQOL-BREF)	64
Obrázek 27. Hodnocení kvality života dle zaměstnání (WHOQOL-BREF)	65
Obrázek 28. Hodnocení kvality života dle financí (WHOQOL-BREF).....	66
Obrázek 29. Hodnocení kvality života v závislosti na vlastnictví jízdního kola (WHOQOL- BREF).....	67
Obrázek 30. Hodnocení kvality života dle organizovaného cvičení (WHOQOL-BREF)	68

Obrázek 31. Hodnocení kvality života dle cvičení (WHOQOL-BREF).....	69
Obrázek 32. Hodnocení kvality života dle kouření (WHOQOL-BREF).....	70
Obrázek 33. Hodnocení postojů ke stáří a stárnutí u celého souboru dle dotazníku AAQ.....	71
Obrázek 34. Hodnocení postojů ke stáří a stárnutí podle věku respondentů dle dotazníku AAQ.....	72
Obrázek 35. Hodnocení postojů ke stáří a stárnutí podle pohlaví respondentů dle dotazníku AAQ.....	74
Obrázek 36. Hodnocení postojů ke stáří a stárnutí podle sluchového postižení respondentů dle dotazníku AAQ.....	74
Obrázek 37. Hodnocení postojů ke stáří a stárnutí podle dosaženého vzdělání respondentů dle dotazníku AAQ.....	75
Obrázek 38. Hodnocení postojů respondentů ke stáří a stárnutí podle komunikace se slyšící populací dle dotazníku AAQ.....	76
Obrázek 39. Hodnocení postojů ke stáří a stárnutí podle zaměstnání respondentů dle dotazníku AAQ.....	77
Obrázek 40. Hodnocení postojů ke stáří a stárnutí podle finanční situace respondentů dle dotazníku AAQ.....	78
Obrázek 41. Hodnocení postojů ke stáří a stárnutí podle dispozice jízního kola dle dotazníku AAQ.....	79
Obrázek 42. Hodnocení postojů respondentů ke stáří a stárnutí podle organizovanému cvičení dle dotazníku AAQ.....	80
Obrázek 43. Hodnocení postojů ke stáří a stárnutí podle kouření respondentů dle dotazníku AAQ.....	81

11 SEZNAM TABULEK

Tabulka 1. Velikost ztráty sluchu podle WHO	9
Tabulka 2. Přehled domén a položek dotazníku WHOQOL-BREF	42
Tabulka 3. Přehled položek a dimenzí dotazníku AAQ.....	43
Tabulka 4. Pohlaví respondentů	44
Tabulka 5. Rozložení souboru dle věku	45
Tabulka 6. Bydlení respondentů.....	46
Tabulka 7. Sluchové postižení respondentů.....	47
Tabulka 8. Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů	48
Tabulka 9. Rodinný stav respondentů	49
Tabulka 10. Komunikace s okolím	50
Tabulka 11. Komunikace se slyšící populací	51
Tabulka 12. Zaměstnání respondentů.....	52
Tabulka 13. Subjektivní hodnocení finanční situace	53
Tabulka 14. Vybrané majetkové poměry respondentů.....	54
Tabulka 15. Pravidelné cvičení respondentů.....	55
Tabulka 16. Místo pravidelného cvičení respondentů	56
Tabulka 17. Četnost pravidelného cvičení respondentů.....	57
Tabulka 18. Kouření respondentů	58
Tabulka 19. Statistická významnost v doméně 2 (prožívání) z hlediska věku	60
Tabulka 20. Statistická významnost v doméně 4 (prostředí) z hlediska vzdělání.....	64
Tabulka 21. Statistická významnost v doméně 1 (fyzického zdraví) z hlediska zaměstnání...	66
Tabulka 22. Statistická významnost z hlediska věku	73
Tabulka 23. Statistická významnost v doméně psychosociální ztráty z hlediska vzdělání.....	76
Tabulka 24. Statistická významnost v doméně fyzické změny z hlediska zaměstnání.....	78
Tabulka 25. Komparace skóre z domén s výsledky studie Dragomerická, Bartoňová.....	83

12 PŘÍLOHY

Příloha 1: Dotazník k výzkumnému šetření

VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ – doplňte či zaškrtněte

- **Věk:**
 - Od 45 do 59 let
 - Od 60 do 74 let
 - Od 75 do 89 let
 - nad 90 let

- **Pohlaví**
 - MUŽ
 - ŽENA

- **ZPŮSOB BYDLENÍ**
 - DOMA
 - ZARŽÍZENÍ (Domov seniorů, v Domě s pečovatelskou službou)

- **Jaké je Vaše sluchové postižení:**
 - Nedoslýchavý/á
 - Neslyšící
 - Ohluchlý/á
 - Uživatel/ka KI

- **Nejvyšší dosažené vzdělání**
 - Základní
 - Střední bez maturity
 - Střední s maturitou
 - Vysokoškolské

- **Rodinný stav**
 - Svobodný/á
 - Ženatý/vdaná,
 - Žiji v partnerském vztahu
 - Žiji odděleně
 - Rozvedený/á
 - Vdovec/vdova

- **Jakému způsobu komunikace s okolím dáváte přednost?**
 - Český znakový jazyk
 - Mluvený jazyk
 - Znakovaná čeština
 - Přepis textu
 - Kombinace více prostředků – jaké: _____

- **Jakým způsobem komunikujete se slyšící populací?**
 - Mluvený jazyk

- Český znakový jazyk (s tlumočnickem)
- Znakovaná čeština
- Písemný způsob
- Jiný, prosím uveďte:

● **Práce/zaměstnání**

- Jsem v řádném pracovním poměru
- Už nepracuji, pobírám důchod
- Stále pracuji a k tomu pobírám důchod
- Jsem zaměstnaný/á na částečný úvazek
- Jsem nezaměstnaný/á

● **Jak byste v porovnání s ostatními rodinami (popř. jednotlivci v případě, že žijete sám/sama) hodnotil/a svou finanční situaci a hmotné zabezpečení:**

- výrazně podprůměrné
- mírně podprůměrné
- průměrné
- mírně nadprůměrné
- výrazně nadprůměrné

● **Máte k dispozici:**

- **kolo** ANO NE
- **auto** ANO NE
- **chatu, chalupu** ANO NE

● **Máte nějaké zvíře (domácího mazlíčka)?**

- ANO –
jaké? _____
- NE

● **Účastníte se pravidelně organizovaného cvičení ve skupině cvičenců, které trvá alespoň 30 min?**

a) **ANO:**

- ve skupině se sluchově postiženými,
kde? _____
kolikrát týdně: 1x 2x 3x a více
- ve skupině se slyšící populací,

kde? _____

kolikrát týdně: 1x 2x 3x a více

- cvičím (sportuji) sama
kolikrát týdně: 1x 2x 3x a více
co děláte? _____

b) **NE**

● **Kouříte?** ANO NE

- **Příloha 2: AAQ Postoje ke stárnutí a stáří**

Postoje ke stárnutí a stáří (WHO) AAQ – česká verze

Instrukce

Tento dotazník zjišťuje, co si myslíte o stárnutí.

Odpovězte, prosím, na všechny otázky. Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, vyberte odpověď, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne jako první.

Berte, prosím, v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti. Rádi bychom, abyste vycházeli ze svých **celkových životních zkušeností**.

Ptáme se tedy na Váš celkový pocit a otázka může znít např. takto:

Bojím se stárnutí.

vůbec neplatí 1	trochu platí 2	středně platí 3	hodně platí 4	maximálně platí 5
--------------------	-------------------	--------------------	------------------	----------------------

Měl/a byste zakroužkovat číslo, které nejlépe vystihuje, nakolik pro Vás daný výrok platí.

Proto byste měl/a zakroužkovat číslo 4, pokud se stárnutí „hodně“ bojíte, nebo zakroužkovat č. 1, pokud se stárnutí „vůbec“ nebojíte.

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

Děkujeme Vám za spolupráci.

Následující otázky zjišťují, **nakolik souhlasíte** s níže uvedenými výroky. Pokud souhlasíte s výrokem v maximální míře, zakroužkujte číslo pod slovy „výrazně souhlasím“. Pokud s výrokem vůbec nesouhlasíte, zakroužkujte číslo pod slovem „výrazně nesouhlasím“. Pokud chcete vyjádřit, že Vaše odpověď leží někde mezi „výrazně nesouhlasím“ a „výrazně souhlasím“, zakroužkujte jedno z čísel ležících mezi nimi.

1. Jak lidé stárnou, jsou schopni se lépe vyrovnávat se životem.

výrazně nesouhlasím 1	nesouhlasím 2	nejsem si jist/a 3	souhlasím 4	výrazně souhlasím 5
--------------------------	------------------	-----------------------	----------------	------------------------

2. Je výsadou dožít se vyššího věku.

výrazně nesouhlasím 1	nesouhlasím 2	nejsem si jist/a 3	souhlasím 4	výrazně souhlasím 5
--------------------------	------------------	-----------------------	----------------	------------------------

3. Stáří je čas samoty.

výrazně nesouhlasím 1	nesouhlasím 2	nejsem si jist/a 3	souhlasím 4	výrazně souhlasím 5
--------------------------	------------------	-----------------------	----------------	------------------------

4. Moudrost přichází s věkem.

výrazně nesouhlasím 1	nesouhlasím 2	nejsem si jist/a 3	souhlasím 4	výrazně souhlasím 5
--------------------------	------------------	-----------------------	----------------	------------------------

5. Stáří s sebou přináší mnoho příjemných věcí.

výrazně nesouhlasím 1	nesouhlasím 2	nejsem si jist/a 3	souhlasím 4	výrazně souhlasím 5
--------------------------	------------------	-----------------------	----------------	------------------------

6. Stáří je čas depresí.

výrazně nesouhlasím 1	nesouhlasím 2	nejsem si jist/a 3	souhlasím 4	výrazně souhlasím 5
--------------------------	------------------	-----------------------	----------------	------------------------

7. Cvičení je důležité v každém věku.

výrazně nesouhlasím 1	nesouhlasím 2	nejsem si jist/a 3	souhlasím 4	výrazně souhlasím 5
--------------------------	------------------	-----------------------	----------------	------------------------

Následující otázky zjišťují, **nakolik** pro Vás níže uvedené výroky **platí**. Pokud pro Vás výrok platí v maximální míře, zakroužkujte číslo pod výrokem „výrazně souhlasím“. Pokud pro Vás výrok vůbec neplatí, zakroužkujte číslo pod spojením „výrazně nesouhlasím“. Pokud chcete vyjádřit, že Vaše odpověď leží někde mezi „výrazně nesouhlasím“ a „výrazně souhlasím“, zakroužkujte jedno z čísel ležících mezi nimi.

8. Stárnutí je snazší, než jsem si myslel/a.

výrazně nesouhlasím 1	nesouhlasím 2	nejsem si jist/a 3	souhlasím 4	výrazně souhlasím 5
--------------------------	------------------	-----------------------	----------------	------------------------

9. Jak stárnu, zjišťuji, že je pro mne těžší mluvit o svých pocitech.

výrazně nesouhlasím 1	nesouhlasím 2	nejsem si jist/a 3	souhlasím 4	výrazně souhlasím 5
--------------------------	------------------	-----------------------	----------------	------------------------

10. Jak stárnu, jsem vůči sobě tolerantnější.

výrazně nesouhlasím 1	nesouhlasím 2	nejsem si jist/a 3	souhlasím 4	výrazně souhlasím 5
--------------------------	------------------	-----------------------	----------------	------------------------

11. Necítím se starý/á.

výrazně nesouhlasím 1	nesouhlasím 2	nejsem si jist/a 3	souhlasím 4	výrazně souhlasím 5
--------------------------	------------------	-----------------------	----------------	------------------------

12. Stáří vidím hlavně jako období ztrát.

výrazně nesouhlasím 1	nesouhlasím 2	nejsem si jist/a 3	souhlasím 4	výrazně souhlasím 5
--------------------------	------------------	-----------------------	----------------	------------------------

13. To, jak se uvnitř cítím, není dáno věkem.

výrazně nesouhlasím 1	nesouhlasím 2	nejsem si jist/a 3	souhlasím 4	výrazně souhlasím 5
--------------------------	------------------	-----------------------	----------------	------------------------

14. Mám více energie, než bych vzhledem ke svému věku očekával/a.

výrazně nesouhlasím 1	nesouhlasím 2	nejsem si jist/a 3	souhlasím 4	výrazně souhlasím 5
--------------------------	------------------	-----------------------	----------------	------------------------

15. Jak stárnu, stávám se fyzicky méně soběstačný/á.

výrazně nesouhlasím 1	nesouhlasím 2	nejsem si jist/a 3	souhlasím 4	výrazně souhlasím 5
--------------------------	------------------	-----------------------	----------------	------------------------

16. Zdravotní problémy mně nebrání dělat to, co chci.

výrazně nesouhlasím 1	nesouhlasím 2	nejsem si jist/a 3	souhlasím 4	výrazně souhlasím 5
--------------------------	------------------	-----------------------	----------------	------------------------

17. Jak stárnu, zjišťuji, že je pro mne těžší uzavírat nová přátelství.

výrazně nesouhlasím 1	nesouhlasím 2	nejsem si jist/a 3	souhlasím 4	výrazně souhlasím 5
--------------------------	------------------	-----------------------	----------------	------------------------

18. Je velmi důležité předat své zkušenosti mladým lidem.

výrazně nesouhlasím 1	nesouhlasím 2	nejsem si jist/a 3	souhlasím 4	výrazně souhlasím 5
--------------------------	------------------	-----------------------	----------------	------------------------

19. Věřím, že můj život má význam.

výrazně nesouhlasím 1	nesouhlasím 2	nejsem si jist/a 3	souhlasím 4	výrazně souhlasím 5
--------------------------	------------------	-----------------------	----------------	------------------------

20. Nyní, když jsem starší, necítím se dost začleněný/á do společnosti.

výrazně nesouhlasím 1	nesouhlasím 2	nejsem si jist/a 3	souhlasím 4	výrazně souhlasím 5
--------------------------	------------------	-----------------------	----------------	------------------------

21. Chci dávat dobrý příklad mladým lidem.

výrazně nesouhlasím 1	nesouhlasím 2	nejsem si jist/a 3	souhlasím 4	výrazně souhlasím 5
--------------------------	------------------	-----------------------	----------------	------------------------

22. Cítím se kvůli svému věku z mnoha věcí vyřazený/á.

výrazně nesouhlasím 1	nesouhlasím 2	nejsem si jist/a 3	souhlasím 4	výrazně souhlasím 5
--------------------------	------------------	-----------------------	----------------	------------------------

23. Můj zdravotní stav je lepší, než jsem ve svém věku očekával/a.

výrazně nesouhlasím 1	nesouhlasím 2	nejsem si jist/a 3	souhlasím 4	výrazně souhlasím 5
--------------------------	------------------	-----------------------	----------------	------------------------

24. Cvičením se udržuji tak aktivní a v dobré kondici, jak je to možné.

výrazně nesouhlasím 1	nesouhlasím 2	nejsem si jist/a 3	souhlasím 4	výrazně souhlasím 5
--------------------------	------------------	-----------------------	----------------	------------------------

Děkujeme za spolupráci.

- **Příloha 3: WHOQOL-BREF – dotazník kvality života**

Dotazník kvality života dle Světové zdravotnické organizace (WHO)

WHOQOL-BREF (krátká verze)

Tento dotazník zjišťuje, jak vnímáte kvalitu svého života, zdraví a ostatních životních oblastí. **Odpovězte, prosím, na všechny otázky.** Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, **vyberte a zakroužkujte odpověď**, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne jako první. Berte přitom v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti za **poslední dva týdny**.

Váš věk: _____

Jste: **muž / žena**

1.	Jak byste hodnotil(a) kvalitu svého života?	velmi špatná	špatná	ani špatná, ani dobrá	dobrá	velmi dobrá
		1	2	3	4	5

2.	Jak jste spokojen(a) se svým zdravím?	velmi nespokojen/a	nespokojena/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
		1	2	3	4	5

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

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
3. Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?	1	2	3	4	5
4. Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohla fungovat v každodenním životě?	1	2	3	4	5
5. Jak moc Vás těší život?	1	2	3	4	5
6. Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?	1	2	3	4	5
7. Jak se dokážete soustředit?	1	2	3	4	5
8. Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	1	2	3	4	5
9. Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?	1	2	3	4	5

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

		vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
10.	Máte dost energie pro každodenní život?	1	2	3	4	5
11.	Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?	1	2	3	4	5
12.	Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?	1	2	3	4	5
13.	Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?	1	2	3	4	5
14.	Máte možnost věnovat se svým zálibám?	1	2	3	4	5
		velmi špatně	špatně	středně	dobře	velmi dobře
15.	Jak se dokážete pohybovat?	1	2	3	4	5

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

		velmi nespokojen/a	nespokojena/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
16.	Jak jste spokojen/a se svým spánkem?	1	2	3	4	5
17.	Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?	1	2	3	4	5
18.	Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?	1	2	3	4	5
19.	Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?	1	2	3	4	5
20.	Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5

		velmi nespokojen/a	nespokojena/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
21.	Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?	1	2	3	4	5
22.	Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?	1	2	3	4	5
23.	Jak jste spokojena/a s podmínkami v místě kde žijete?	1	2	3	4	5
24.	Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?	1	2	3	4	5
25.	Jak jste spokojen/a s dopravou?	1	2	3	4	5

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

		nikdy	někdy	středně	celkem často	neustále
26.	Jak často prožíváte negativní pocity, jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?	1	2	3	4	5

