UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravovědy

Diplomová práce

Bc. Aneta Kalábová

Učitelství výchovy ke zdraví a učitelství přírodopisu a environmentální výchovy pro 2. stupeň základních škol

Vnímání stáří a stárnutí u vybrané populace se sluchovým postižením

Olomouc 2021 vedoucí práce: Mgr. Petra Kurková, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Vnímání stáří a stárnutí u vybrané populace se sluchovým postižením“ vypracovala samostatně pod vedením Mgr. Petry Kurkové, Ph.D., a použila literární a jiné odborné zdroje, které jsou řádně uvedeny v seznamu zdrojů na konci této diplomové práce.

V Olomouci dne 23. 4. 2021 …….

Bc. Aneta Kalábová

Poděkování

V první řadě bych chtěla poděkovat paní Mgr. Petře Kurkové, Ph.D. za odborné vedení mé diplomové práce, za její ochotu, čas i cenné a užitečné rady, které mi v průběhu zpracování mé práce předávala. Dále děkuji všem organizacím, které mi umožnily provést výzkumná šetření a poskytly odborné a ochotné pracovníky. Především děkuji všem tlumočnicím znakového jazyka, protože bez jejich pomoci, by tato práce těžko vznikla. V neposlední řadě děkuji mému příteli, rodině i kamarádům, kteří se, byť jen malým kouskem podíleli na zpracování této diplomové práce. Mé díky patří i všem zapojeným respondentům.

OBSAH

1 ÚVOD 6
2 CÍLE PRÁCE 7
3 TEORETICKÉ POZNATKY 8
3.1 Stáří a stárnutí 8
3.1.1 Klasifikace období stáří 9
3.1.2 Individuální stárnutí 10
3.1.3 Pozitiva/negativa stárnutí a stáří 11
3.1.4 Vnímání stáří 12
3.1.5 Psychické projevy stárnutí 13
3.1.6 Strategie zvládání stárnutí a stáří 14
3.2 Aktivní stárnutí 15
3.2.1 Význam aktivního stárnutí 16
3.2.2 Pohyb ve stáří 17
3.3 Sluchové postižení 19
3.3.1 Kultura Neslyšících 19
3.3.2 Klasifikace sluchových vad 20
3.3.3 Komunikace osob s postižením sluchu 23
3.3.4 Sluchová protetika 26
3.3.5 Život lidí se sluchovým postižením 28
3.3.6 Výskyt sluchového postižení v populaci 30
3.4 Provedené výzkumy v ČR i ve světě 31
4 METODIKA PRÁCE 38
4.1 Metodika výzkumu 38
4.1.1 Metoda sběru dat 38
4.1.2 Realizace výzkumného šetření 41
4.1.3 Statistické zpracování dat 41
4.1.4 Charakteristika výzkumného souboru 42
4.2 Výzkumný cíl a hypotézy 49
5 VÝSLEDKY 52
5.1 Výsledky k výzkumnému cíli práce 52
6 DISKUSE 69
7 ZÁVĚR 81

8 SOUHRN 83
9 SUMMARY 84
10 REFERENČNÍ SEZNAM 85
11 SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK 90
12 SEZNAM TABULEK 91
13 SEZNAM PŘÍLOH 92
PŘÍLOHY
ANOTACE

1 ÚVOD

Už od chvíle, kdy očekáváme a následně přicházíme na svět, používáme smysl sluchu, který nám umožňuje vnímat okolí a pomáhá nám lépe a snadněji porozumět světu kolem nás. Nejen pro člověka je sluch přirozeným a významným smyslem k porozumění konkrétní řeči, ale především nám umožňuje naslouchat, hovořit, komunikovat a v jistém smyslu i uspokojovat naše potřeby. S postupem času se náš sluch vyvíjí takovým způsobem, že se učí i dalším zásadním schopnostem. Příkladem může být jeho ochranná funkce, která člověku umožňuje vycítit potenciální nebezpečí, slyšet důležité zvuky (klakson, štěkot psa, sirény) nebo když někdo volá naše jméno. V současné době můžeme považovat za velmi oblíbenou i relaxační funkci sluchu, kterou si dopřáváme skrze poslech hudby.

Je důležité si uvědomit, že schopnost efektivně komunikovat nám umožňuje přispívat a být součástí určité kulturní komunity, což je pro člověka podstatný faktor, který ovlivňuje kvalitu jeho života. Jak člověk přirozeně stárne, jeho míra sluchu postupně klesá a takový jedinec má tu výhodu, že se danému jevu může, ale i nemusí postupně přizpůsobovat.

Vše, co jsme si uvedli výše, jsou reálná fakta, se kterými se jedinci se sluchovým postižením musí potýkat a snaží se je plnohodnotně nahradit. Samozřejmě záleží na době vzniku sluchové ztáry i jeho míře, ale zamysleli jste se někdy nad tím, jestli lidé se sluchovým postižením vnímají stáří a stárnutí jinak než osoby slyšící? Mohou tito lidé žít stejně kvalitní a bohatý život jako osoby slyšící?

Z tohoto důvodu bych právě svojí prací chtěla přiblížit způsob, jakým vnímají svět osoby se sluchovým postižením, a to konkrétně senioři, kteří mají již část života za sebou a utvořili si určitý postoj k životu. To, jak vnímají stáří a stárnutí, jakou mají fyzickou zdatnost a zda se dokázali přizpůsobit současnému stylu života.

2 CÍLE PRÁCE

Cílem teoretické části této diplomové práce je seznámit čtenáře se základní problematikou stáří a stárnutí, především pak přiblížit sluchové postižení a způsoby jeho vzniku, dále jeho klasifikace, kompenzace a mnoho dalšího. Celá teoretická část by měla čtenáři poskytnout ucelený obraz života starších lidí se sluchovým postižením.

Je totiž realitou, že společnost nevnímá sluchové postižení jako závážný problém, narozdíl od postižení zrakového nebo pohybového. Ikdyž tento druh postižení nemusí být na první pohled vidět, jeho dopady ovlivňují člověka v široké škále činností jeho běžného života.

Hlavním cílem práce je analyzovat subjektivní postoje ke stáří a stárnutí, objektivní hodnocení fyzické zdatnosti seniorů, a to vše porovnávat s určitými faktory (věk, pohlaví, vzdělání, sociální situace, lokalita bydliště, míra sluchové ztráty, medicínsko-kulturní hledisko, používání kompenzační pomůcky, preferovaná forma komunikace, pohybová aktivita).

3 TEORETICKÉ POZNATKY

3.1 Stáří a stárnutí

Stárnutí (involuce) je univerzální multifaktorový proces, který postihuje živou hmotu, a jehož finální výsledek se projeví stářím (senium) (Vážanský, 2010). Za stáří (senium) se považuje konečná etapa života, zatímco stárnutí (senescence) je pouze fyziologický proces, kterému se nikdo živý nemůže vyhnout (Přibyl, 2015). Stáří je důsledkem stárnutí, které se uskutečňuje v pozdní fázi přirozeně dlouhého života. V konkrétní době a specifické společnosti obvykle nabývá různé charakteristiky, které se dotýkají vzhledu, funkčního stavu, biopsychických parametrů, sociálních rolí a společensko-ekonomického postavení (Čevela, Čeledová, 2014). Samotný pojem „stáří" má přes 300 možných definic. Obecně se stáří charakterizuje jako období úpadku a ztrát (Vážanský, 2010). Jelikož proces stárnutí může probíhat různým způsobem, tak i stáří má možnost získávat odlišné podoby, na kterých se podílejí proměnlivé faktory. Mezi zmíněné faktory se řadí genetická dispozice, vliv prostředí, vlastní involuce, životní styl, psychické charakteristiky, úrazy a choroby (Čevela, Čeledová, 2014). Fáze stárnutí se všeobecně považuje za komplexní a dynamický proces, který v sobě obsahuje vzájemně propojené části stárnutí, a to biologické, psychologické a sociální. Funkční a morfologické změny lidského organismu a psychiky jsou téměř zcela změny postupné, které zdůrazňují psychické kvality stárnoucího člověka. Stárnoucí osobnost člověka získává životní moudrost, zkušenost a psychickou vyrovnanost (Sýkorová, 2007).

Do současné doby nebyly uspokojivě vysvětleny příčiny stáří a stárnutí. Existuje množství hypotéz, které se mezi sebou prolínají a jejichž popularita se v čase mění. Pro zjednodušení rozlišujeme tyto okruhy:

1. Gerontologický přístup
    - procesy stárnutí a umírání mají povahu zákonitou,
    - genetická informace určuje jejich kódování,
    - existuje přirozená smrt stářím,
    - nelze prodloužit život ani v optimálních podmínkách nad jistou hranici, pokud nedojde k působení na genetickou informaci.
2. Epidemiologický přístup

- procesy stárnutí a umírání jsou děje nahodilé,
- disponují značnou variabilitou, kterou ovlivňují chorobné a vnější vlivy (úrazy, interakce s prostředím, choroby),
- zřejmě neexistuje přirozená smrt stářím, jedině smrt jako nehoda,
- život se může prodloužit v optimálních podmínkách (Mülpachr, 2008).

3.1.1 Klasifikace období stáří

Stáří se obvykle rozlišuje na biologické, sociální a kalendářní. Biologické stáří se vyznačuje specifickou mírou involučních změn jednotlivce (Vážanský, 2010). Snahy o vymezení biologického stáří, které by byly výhodnější, než kalendářní věk se nepodařily a určení biologického stáří se nevyužívá (Mülpachr, 2008). Sociální stáří se projevuje přeměnou sociálních rolí a potřeb, ekonomického zajištění a životního stylu (Vážanský, 2010). Vymezuje se kombinací několika kritérií, ale nejčastěji dosažením věku, kdy jedinci vzniká nárok na odchod do starobního důchodu. Kalendářní neboli chronologické stáří je určeno dosažením stanoveného věku, od kterého se empiricky objevují involuční změny (Mülpachr, 2008). Je konkétně dáno datem narození a považuje se tak za sociální konstrukt (Přibyl, 2015). Značnou předností používání kalendářního vymezení stáří je jednoduchost, jednoznačnost a snadné porovnání (Mülpachr, 2008).

Komise expertů Světové zdravotnické organizace se v 60. letech minulého století dohodla na patnáctileté periodizaci lidského života a za hranici stáří určila věk 60 let, ke kterému se v roce 1980 přiklonila i OSN. S faktem, že se prodlužuje délka života u stárnoucí populace ve vyspělých státech, se hranice stáří posouvá k věku 65 let (Mülpachr, 2008). Ve vyspělých státech tvoří populace osob starších 60 let 22 % společnosti, v České republice je to 21 % (Štilec, 2004). Stejně jako je problematické určit periodizaci kalendářního stáří, tak i vymezení počátku stáří je diskutabilní (Mülpachr, 2008).

Podle Vážanského (2010) se aktuálně stáří člení na tři věková rozmezí:

1) 65-74 let = mladí senioři (young-old)
2) 75-84 let = staří senioři (old-old)

3) 85 a více let = velmi staří senioři (oldes-old, very old-old)

Engelová, Lapková, Muchová (2013) v publikaci uvádějí několik vymezení stáří:

a) 60-75 let = stárnutí (presenilis)
b) 75-90 let = stáří
c) 90 a více let = kmetský věk
   nebo rozdělení pouze do dvou hlavních etap:
   - období raného stáří = 60-75 let
   - období pravého stáří = 75 a více let

Přibyl (2015) uvádí, jak se stáří člení po patnáctileté periodizaci dle WHO:

1) 60-74 let = stárnutí, časné/rané stáří, počínající stáří, senescence
2) 75-89 let = vlastní stáří, kmetství, senium
3) 90 a více let = dlouhověkost, patriarchium

Mülpachr (2008) uvádí, že jako zlomové období se opakovaně objevuje kritická perioda či uzlový ontogenetický bod, věk kolem 75 let.

Termínem senior, rozumíme emočně neutrální, vědecky přijatelný (pro disciplíny medicíny, psychologie, sociologie aj.) pojem, kterým lze označit člověka v průběhu celého období senia (stáří) bez ohledu na míru jeho soběstačnosti. V odborné literatuře se můžeme setkat i s označením geront, který označuje spíše nesoběstačné seniory. V současné době se můžeme setkat s označením důchodce, což je značně nevhodný pojem, protože takto se vnímají pouze lidé pobírající dávku důchodového pojištění (Přibyl, 2015).

3.1.2 Individuální stárnutí

Jedná se o individuální úroveň, která představuje stárnutí jako bio-psycho-sociálně spirituální proces přirozeně adaptačních a regresivních změn, probíhajících v organismu od doby, kdy dochází k sexuální dospělosti organismu, který je na vrcholné úrovni výkonnosti (Čevela, Čeladová, 2014). Člověk v průběhu vlastního stárnutí potřebuje vnímat svoji věkovou identitu, což je obraz sebe sama jako jedince určitého věku (Sýkorová, 2007). Psychologové souhlasí s tvrzením, že člověk je tak starý, jak staře smýšlí (Štilec, 2004).

Dle dostupných empirických výzkumů se takoví jedinci nepovažují za staré osoby, ale spíše jen za „starší“, a rozpor mezi subjektivním a chronologickým věkem se s postupem času prohlubuje. Podstatné je, že věková identita je proměnlivá a lidé subjektivně stárnou různě a odlišnou rychlostí (Sýkorová, 2007). Jedná se o konkrétní část ontogenetického vývoje, se kterým se v časovém intervalu významně prolínají změny chorobné. Mezi tyto změny řadíme důsledky a projevy chorob, úrazů i různé adaptace na ně. Za nejvýznamnější složku stárnutí považujeme různě rychle probíhající pokles potenciálu zdraví, který je provázaný se zdatností, odolností, a především adaptabilitou jedince. U adaptability s postupem času klesá výkonnost, odolnost k zátěžím a stresorům a také přizpůsobivost ke změnám (Čevela, Čeledová, 2014).

3.1.3 Pozitiva/negativa stárnutí a stáří

Člověk vstupuje do období, jenž otevírá nové možnosti, svobodu a možnost rozvinout potenciál pro stárnoucí (Petrová Kafková, 2013). Velké množství volného času umožňuje seniorům věnovat se individuálním zájmům, což může být například četba knih, péče o vnoučata, cestování, objevování přírody a obvykle se zvyšuje šance na pořízení domácího mazlíčka. V osobní rovině se může u staršího člověka vyskytnout dříve neuskutečněná svoboda a volnost života, která otevírá zcela nový pohled na svět a jeho kvalitu. Lidé v této životní fázi získávají zralost, moudrost a požadovaný nadhled. Nové postavení ve společnosti poskytuje určité osvobození od stresu, který dříve zaujímal hlavní pozici (např. problémy v zaměstnání, zabezpečení rodiny) (Vážanský, 2010). Při provádění přiměřených činností se zvyšuje přesnost a trpělivost. Výrazným kladem je značné pochopení pro problémy ostatních a schopnost rozeznat podstatné od nepodstatného (Štilec, 2004).

Vyhlídka stáří zahrnuje komplikované podmínky pro život, pocity zbytečnosti, existenci nemohoucnosti, marnosti, úbytek fyzických sil, osamocení a nutkavou myšlenku na blížící se smrt. Zápornou hodnotu může mít i ukončení pracovního poměru či nedobrovolný odchod do důchodu. Omezení sociálního pole výrazně zvyšuje tíživý pocit. S tímto faktem souvisí i utlumení sociálních kontaktů a odcizení se od konkrétních přátel. Jelikož se jedná o poslední životní fázi, tak začínají postupem času odcházet blízcí a přátelé, zvláště vrstevníci. Reálný nedostatek financí, zájmů a zdravotní stav může

způsobit osobní prožitek nudy (Vážanský, 2010). Pokročilé stáří přináší akumulaci chronických zdravotních problémů neboli multimorbiditu (Petrová Kafková, 2013).

3.1.4 Vnímání stáří

Vnímání stáří nebo vztah ke stáří je ovlivněn významně již v dětství jedince. Rodiče nám jsou vzorem v tom, jak přistupují k jejich vlastním rodičům. Na jedné straně si přejeme stáří ctít a milovat, na druhé straně nás provokuje svou zdánlivou neschopností, pomalostí a zevnějškem. Dnešní doba nahlíží na stáří jako na nutné zlo, bohužel u stáří přehlížíme ty pozitivní stránky, jako je nabytá moudrost, zkušenosti a celková vyrovnanost. Představy o stáří, naše myšlení i společenské vědomí jsou odrazem našeho společenského bytí i prostředí, ve kterém žijeme (Štilec, 2004).

Pro vnímání věkového statusu není zásadní chronologický věk, ale především je brán zřetel na fyzický stav jedince (Sýkorová, 2007). Konkrétně česká společnost považuje za nejdůležitější charakteristiku pro určení starého člověka špatný zdravotní, fyzický stav a pokles autonomie (Petrová Kafková, 2013). Dle studie, které se účastnily osoby ve věku 18-75 let, které měly za úkol vymezit faktory určující vnímání člověka jako starého, přes sedmdesát procent respondentů určilo, že zásadní faktor pro určení stáří je fyzický stav, na druhém místě to byl věk a na třetím místě ztráta duševní svěžesti (pro zajímavost další faktory byly ztráta autonomie, potíže přizpůsobit se změnám, odchod do důchodu, potíže s řešením problémů a narození vnoučete) (Sýkorová, 2007). Obdobný výzkum potvrzuje, že se odlišují názory na začátek stáří v návaznosti na věku dotazovaných respondentů (u náctiletých je to věk 56, ve věku 20-29 let – 61, ve věku 30-39 let – 64, ve věku 40-49 let – 66, ve věku 50-59 let – 65, ve věku 60-69 let – 66, a u skupiny ve věku nad 70 let – 66) (Vážanský, 2010).

Stáří je obecně vnímáno a spojováno s představami, které popisují duševní a tělesný úpadek, tělesnou křehkost a zhoršení paměti, tedy s představami vhodnými spíše pro popis těch nejstarších osob (Petrová Kafková, 2013). Důležitým faktorem pro vnímání stáří a stárnutí je i zaujetí daného postoje, ty charakterizují stabilní a integrativní úsudky, které kompletují pocity, myšlenky a vzpomínky jedince na určité situace nebo objekty. Jsou odvozeny z přímých zkušeností nebo pozorování a obsahují tři základní složky: chování, poznání a ovlivnění. Napříč kulturami se postoje ke stárnutí liší a jsou formovány tradicí,

sociokulturním přesvědčením a náboženstvím (Kisvetrová, 2020). Sýkorová (2007) uvádí, že význam stáří a stárnutí je v současné západní kultuře brán převážně negativně a lidé k této životní fázi mají záporný vztah, ale naopak ve východních zemích jako je například Japonsko je status stáří brán za autoritu se značným vlivem a sebekontrolou. Nedostaví-li se v západním světě změna ve vnímání starších lidí v celospolečenském a také politickém měřítku, bude tato problematika stále přetrvávat (Engelová, Lapková, Muchová 2013).

Pohled na vnímání stáří u žen a mužů je dle Sýkorové (2007) takový, že starší ženy hodnotí stárnutí pozitivněji než muži, protože ve srovnání s nimi, si připadají méně deprimované, a navíc se více angažují v sociálních a kreativních aktivitách. Ženy čerpají svoji jistotu, sebedůvěru a sebeúctu ze zdárného zvládnutí mnohonásobných rolí v předchozích fázích života. Naopak muži se obvykle hůře vyrovnávají se ztrátou jejich dosavadní moci, autority, statusu a veřejného uznání. Většina „mužských" aktivit se projevuje především prostřednictvím energie, síly a vitality, což jsou zásadní faktory, které komplikují akceptaci jejich úbytku. Muži jsou také citlivější na známky stárnutí, které se projevují na tváři a na těle, například zhoršení sluchu, ztráta vlasů a podobně.

3.1.5 Psychické projevy stárnutí

Značně komplikované je vystihnout výrazné osobnostní rysy staršího člověka, protože se každý vyvíjí v odlišných sociálních a společenských podmínkách. Obvyklé fyziologické stárnutí probíhá v odlišných psychologických složkách různě. Rozdíly mezi jedinci ukazují, že nastupují v jiném věku a postupují jinou rychlostí. Zpomalení psychické činnosti se považuje za nejobecnější charakteristiku stárnutí. U činností pod tlakem, kde je požadováno rychlé rozhodování, je u starších lidí evidován značný pokles kognitivních funkcí. Současná doba přináší mnohdy negativní důsledky pro duševní zdraví starých lidí, kvůli stoupajícímu životnímu tempu. Ve smyslovém vnímání mohou nedostatky vyvolávat emoční problémy, především úzkosti, deprese i výbušnost staršího člověka (Štilec, 2004). Podle epidemiologických studií se ukazuje, že výskyt deprese je ve vyšším věku stále četnější jev (Kisvetrová, 2020). Je potvrzeno, že nejčastěji se deprese vyskytují u lidí nad 60 let, ale ti své psychické problémy více zatajují. V sociálním kontaktu se nejhůře překonává ztráta nebo úbytek sluchu, zhoršení zraku, někdy i zhoršení čichu. Důsledky některých potíží si lidé v okolí staršího člověka zcela uvědomují (problémy s komunikací při nedoslýchavosti), některým projevům naopak okolí rozumí obtížněji (člověk

s poruchou sluchu je občas podezřívavý, myslí, že s ním druzí lidé nechtějí hovořit, že se mu posmívají, a proto může reagovat podrážděně). K zásadním změnám dochází i v oblasti paměti a učení. Stárnutím se projevuje významný rozdíl mezi sémantickou a epizodickou pamětí, kdy se epizodická paměť nápadně zhoršuje (například: kde mám zaparkované auto?) (Štilec, 2004).

3.1.6 Strategie zvládání stárnutí a stáří

V tomto konkrétním případě se strategií rozumí předávání zvyklostí stárnutí v interakci s dalšími osobami, jímž se aktéři (senioři) snaží zachovat kontrolu nad svou situací ve vztahu k sobě a druhým se zřetelem na dostupné prostředky a podmínky (Sýkorová, 2007).

Primární strategií seniorů je „zůstat aktivní jako dříve“ a „dělat, to, co mohli dělat normálně“. V běžném životě to znamená starat se o domácnost, angažovat se v životě dětí, být užitečný pro druhé, rozvíjet kontakty a vztahy se svými blízkými, vzdělávat se, sledovat dění ve společnosti, eventuálně chodit do práce a v neposlední řadě svobodně rozhodovat a nést za sebe a svou situaci zodpovědnost. K zachování těchto činností je u seniorů potřeba mobilizovat vůli, protože ta umožní překonat veškeré starosti a problémy. Skrze vůli dokážou snáze překonávat zdravotní problémy, omezené příjmy, potíže se splněním běžných životních povinností. Vůle je podstatný prvek strategie zabezpečující kontinuitu fyzické a finanční soběstačnosti, autonomie a přispívá k udržení kvalitních sociálních vztahů (Sýkorová, 2007).

Sekundární strategie přizpůsobení je vybudována na selekci, optimalizaci a kompenzaci. Senioři usilují, aby byli soběstační, aktivní a nezávislí co nejdelší dobu, ale omezují je jejich limity, které vznikly změnami zdravotního stavu a fyzické výkonnosti. Jsou tedy nuceni si vybírat z dosavadních volnočasových i sociálních aktivit a přizpůsobit je aktuálnímu stavu svých fyzických a psychických sil a dovedností. Pro příklad se může jednat o nahrazení dřívější pomoci s vnoučaty „pouhým“ vařením a finančními dary. Dalším příladem je nahrazení náročné zahraniční dovolené méně náročnou tuzemskou dovoleno nebo alespoň krátkým výletem. Tyto náhradní volby umožňují pocítit návaznost na životní běh, zachovávají pocit kompetence a udržují pozitivní obraz dění (Sýkorová,

2007). Tito senioři snáze najdou náhradní druh aktivit nebo činností, kterých se nedobrovolně musejí v tomto období vzdát (Engelová, Lapková, Muchová 2013).

Další významnou strategií je strategie srovnávání, která pozitivně přispívá u seniorů k přijetí současné sociální situace a vlastního já. Senioři hodnotí sebe, svoje osobní dovednosti nebo životní situace s různými možnostmi v konkrétním kontextu, v podmínkách minulých i současných. Individuální srovnávání přirovnávají k času, k různým životním situacím, a to v časovém období do budoucnosti i minulosti, podle „příznivosti". Například si pochvalují stáří, jelikož se mají lépe než dříve, protože ačkoliv byli mladí, žili v době okupace nebo války, měli strádání a mnohá omezení. Senioři se velmi srovnávají s ostatními lidmi, zejména s ostatními seniory. To je způsobeno tím, že vrstevníci mohou trpět různým postižením, vážnou nemocí, nesoběstačností, nedostatkem financí, nemají oporu rodiny a srovnávající jedinec se může soustředit na kladnější stránky vlastního stáří, kdy konkrétně jeho situace není tak špatná a plná problémů (Sýkorová, 2007).

Strategie zvládání stárnutí a stáří se odlišuje dvěma faktory:

1. Intenzitou:
   - minimalistické – („musí nějak přežít")
   - akceptující – („řešit, co je řešitelné, žít přiměřeně věku")
   - ignorující – („nebrat ohled na stáří a jet na plný plyn")
2. Zaměřením:
   - na zdraví a zdravý životní styl,
   - na sociální vztahy (rozvíjení či pasivita, rodina a přátelé),
   - na sportovní, kulturní nebo profesní koníčky, zájmy,
   - na vlastnosti osobnosti (tolerance, humor, optimismus),
   - na egoisticky pojímané zájmy („jenom to moje"),
   - na transcendentno (víra v Boha), (Sýkorová, 2007).

3.2 Aktivní stárnutí

V současnosti se stal koncept aktivního stárnutí klíčovou odezvou na populační stárnutí. Nelze jednoznačně a přesně definovat aktivní stárnutí, které se zpravidla

charakterizuje na obecné úrovni. Aktivní stárnutí vychází z konceptu Světové zdravotnické organizace (WHO 2002), která jej z širokého pojetí označuje za významný zdroj kvality života jedince. Světová zdravotnická organizace charakterizuje aktivní stárnutí velmi široce, z jejího pohledu jde o: *„proces co nejlepšího využití příležitostí pro zdraví, participaci a bezpečnost ke zlepšení kvality života lidí v průběhu stárnutí (WHO 2002:12)“* (Petrová Kafková, 2013, s. 28). Pod slovem aktivní, chápeme účast ve všech oblastech života, tedy v oblasti ekonomické, kulturní, společenské, občanské i duchovní, ne pouze způsobilost fyzickou. Celý koncept je vytvořen na třech pilířích:

- bezpečnost,
- zdraví,
- participace.

Všechny tři zmíněné složky mají rovnoměrně přispívat k dosažení cíle, pod kterým je skryt spokojený život. Za plnohodnotnou participaci považujeme oblasti v rodině, komunitě a na pracovním trhu. Jedná se o poměrně nový koncept, který byl vytvořen v 90. letech 20. století, kdy měl za úkol nahradit do té doby používaný pojem „zdravé stárnutí“ podle WHO. Po přijetí programu aktivního stárnutí se jedná o koncept, který klade důraz na spojení aktivity a zdraví (Petrová Kafková, 2013).

Současně můžeme najít paralelu mezi aktivním stárnutím a slovním spojením „úspěšné stárnutí“ (succesful aging). Pojem úspěšné stárnutí představuje souhrn podmínek společenského i individuálního života, které zabezpečí jedinci dosáhnout nejvyššího uspokojení, spokojenosti a zachování dostatečné společenské rovnováhy s ostatními společenskými skupinami. Tento termín lze vyjádřit jako vyvarování se zdravotním omezením nebo nemocem, udržováním vysoké míry kognitivních a fyzických funkcí, zapojením se do tvůrčích a sociálních aktivit (Engelová, Lapková, Muchová 2013).

3.2.1 Význam aktivního stárnutí

Ideální myšlenkou, kterou by měl mít každý starší člověk na paměti je, že stáří není pouhé chátrání tělesné i duševní schránky jedince, ale že skrze zdravý životní styl, zdravou stravu, pozitivní myšlení a snahou být stále ostatním ku pomoci se lze dopracovat k uspokojivému aktivnímu stárnutí (Kalvach, 2008). Je potřeba, aby lidé postupně

pochopili, že neaktivní stáří s dojmem zaslouženého oddechu a nečinnosti je nevítané a ohrožuje kvalitu i délku jejich života (Štilec, 2004).

Teorie aktivity upozorňuje na předpoklad, že lidé s nejvyšší životní spokojeností se pravidelně účastní společenských činností, s respektem k jejich individuálním potřebám a možnostem. Bylo opakovaně prokázáno, že inaktivita se nemusí vždy vztahovat ke špatnému zdravotnímu stavu. Nedílnou složkou je společnost, která svým hodnocením výrazně ovlivňuje různorodé formy seniorských aktivit. Vhodné je vytvoření adekvátního prostoru pro uskutečnění aktivit starších osob, pro seniorské vzdělávání, sociální práce a psychoterapie. Cílem aktivit je trvale vytvářet podpůrná prostředí, ve kterých senior tráví čas a nalézá v něm smysl života, inspiruje se a zlehčuje zátěžové činnosti. Při motivaci k daným činnostem u starších osob se navrhuje trvale přihlížet na smysluplnost, každodennost, dobrovolnost, příjemnost, úspěšnost, sociální přiměřenost a pomoc (Kalvach, 2008). Psychologické a lékařské výzkumy poukazují na významnou prospěšnost aktivit, které jsou podporovány programy vlád i mezinárodní organizací (Petrová Kafková, 2013).

3.2.2 Pohyb ve stáří

Jedním z průvodních jevů současného životního stylu je snižování množství pohybu ve všech věkových kategoriích (Štilec, 2004). Za pohybovou aktivitu můžeme jednoduše považovat libovolný tělesný pohyb, který je vyvinut kosterním svalstvem, jehož konečným výsledkem je energetický výdej (Engelová, Lapková, Muchová 2013).

Pro seniorský věk je charakteristické zhoršování fyzické zdatnosti (Kisvetrová, 2020). Stárnutí zasahuje do celého pohybového aparátu. Nejprve nastává omezení kloubní pohyblivosti, následuje pokles obratnosti a rychlosti, a na konec vytrvalosti a síly. Příčinou snížení rychlosti svalové kontrakce je úbytek svalové hmoty (Štilec, 2004). Stupeň zachování pohyblivosti, schopnost lokomoce je pro život starého člověka rozhodující. Soběstačnost a nezávislost jedince jsou stěžejní parametry pro smysluplně prožité závěrečné etapy života (Vážanský, 2010). Tělesná involuce nabývá rychlejšího tempa po šedesátém roce života (Mülpachr, 2008). Ověřenou metodou k plné samostatnosti, nezávislosti a svobodě pohybu je uchování nejvhodnější úrovně soustavné pohybové aktivity (Vážanský, 2010). Pohybové aktivity zlepšují ve stáří kvalitu života (Engelová,

Lapková, Muchová 2013). Skrze pohybovou činnost si organismus zachovává nezbytný stupeň fyziologických adaptací čili odolností proti zevním podmínkám, jakožto je tělesná zátěž, navíc zesiluje psychickou odolnost seniora. Adekvátní stupeň tělesné zátěže je u seniorů prospěšný z několika důvodů:

a) Poskytuje snazší překonávání každodenní zátěže bez únavy a obtíží.
b) Buduje energetickou rezervu pro náročnější činnosti, onemocnění i úrazy.
c) Zkracuje a ulehčuje rekonvalescenci po obvyklých onemocněních.
d) Omezuje rizika vzniku onemocnění.
e) Posiluje sociální uplatnění a zachovává psychickou rovnováhu (Vážanský, 2010).

Nedostatek tělesné zátěže a pohybu nápadně škodí kostní tkáni, jelikož potlačuje její výstavbu. Při nečinnosti a pohybovému klidu po 40 dnech dochází ke ztrátě až 50 % kostní tkáně. Aktuální sedavý způsob života vede ke značnému řídnutí kostí. Výzkum provedený skupinou lékařů i rehabilitačních pracovníků ve Spojených státech amerických ověřil účinek soustavného silového zatěžování dolních končetin mužů o průměrném věku 87 let, o 13 % vzrostla svalová síla, došlo k posílení stehenního svalstva a rychlost chůze se zvýšila až o 27 % (Štilec, 2004). Bohužel pouze 13 % mužů a o něco méně žen ve věku 60-70 let pravidelně provádí dostatečně intenzivní pohybovou aktivitu (Engelová, Lapková, Muchová 2013). Pravidelná fyzická aktivita je nízká, zejména u vyšších věkových skupin. V Německu pouze jedna třetina (36,5 %) žen a necelá polovina mužů (48,3 %) ve věku 65 let a starších splňuje minimální doporučenou úroveň fyzické aktivity, a to 2,5 hodiny týdně (Beyer et al., 2019).

Pro seniory jsou vhodné formy aerobních aktivit, které splňují náležitosti pomalého pohybu, jsou vědomé, klidné a soustředěně prováděné (Štilec, 2004). Rychlá chůze zůstává nejbezpečnější a nejvhodnější aktivitou pro seniory (Vážanský, 2010). V případě změny či zhoršení chůze jedince se nemusí jednat nezbytně o onemocnění nervového systému, ale o pouhý a běžný doprovod stárnutí. Během procesu stárnutí se vytrácí pružná ladnost pohybů, chůze se začne zpomalovat a rovnováha zhoršovat. Podstatným rysem stařecké chůze je právě její zpomalení a zmenšení kroku. Podle dánského výzkumného šetření bylo zjištěno, že pouze 6,3 % mužů a 3,7 % žen ve věku nad 90 let se pohybují rychlostí větší než 1,1 m/s, což je například minimální potřebná rychlost na přecházení světelně

ovládaných přechodech (Kalvach, 2008). Mezi současné a populární aktivity u starších lidí patří rekreační turistika i moderní nordic walking. Běh se lidem v období pokročilého i středního stáří nedoporučuje z důvodu reálné možnosti úrazu, pádu a následného poškození pohybového systému, zejména dolních končetin. Blahodárný vliv pohybu působí na kognitivní funkce, psychickou pohodu, posiluje sociální kontakty, omezuje depresivní pocity, a především zvyšuje celkovou kvalitu života jedince (Vážanský, 2010). Skrze pohybové aktivity lze velmi účinně motivačně působit na životní postoje starších lidí i těch osaměle žijících (Štilec, 2004).

3.3 Sluchové postižení

Pojmenování „sluchové postižení“ se dotýká velmi heterogenní skupiny osob, která se rozlišuje zejména podle typu a stupně postižení. Termín zahrnuje tři výchozí kategorie osob: **nedoslýchavé**, **neslyšící** a **ohluchlé**. Každá jednotlivá kategorie prezentuje různorodou kvalitu, která je definována různými faktory, nejčastěji kvantitou a kvalitou sluchového postižení, mentální dispozicí jedince, věkem, kdy postižení nastalo, péčí, která byla jedinci věnována, a případným dalším přidruženým postižením (Horáková, 2012).

Fakt, že je osoba neslyšící, lze vysvětlit z mnoha různých hledisek:

1. **Medicínské hledisko** – veškeré poruchy funkcí sluchového orgánu se považují za sluchové postižení a určení kategorie slouží primárně z funkčního hlediska, kde je podstatná kvalita a kvantita sluchového vjemu.
2. **Sociokulturní hledisko** – se obrací na sebepojetí a sebepochopení neslyšících. Takto vymezené osoby odmítají být označováni a řazeni mezi sluchově postižené, považují se za příslušníky kulturní a jazykové menšiny, která pro komunikaci užívá svůj vlastní znakový jazyk. Reprezentanti této jazykové a kulturní menšiny se definují jako Neslyšící s velkým „N“ (dle kulturní definice hluchoty) (Horáková, 2012).

3.3.1 Kultura Neslyšících

Podle Zákona č. 155/1998 Sb., o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob, ve znění zákona č. 384/2008 Sb., se za neslyšící osoby považují:

„osoby, které neslyší od narození, nebo ztratily sluch před rozvinutím mluvené řeči, nebo osoby s úplnou či praktickou hluchotou, které ztratily sluch po rozvinutí mluvené řeči, a osoby těžce nedoslýchavé, u nichž rozsah a charakter sluchového postižení neumožňuje plnohodnotně porozumět mluvené řeči sluchem.“ (Zákon č. 155/1998 Sb.). Značné množství neslyšících sebe sama nepovažuje za jedince trpící a postižené, ale za bytosti jedinečné s rovnocennými právy jako slyšící. Takový jedinci jsou na svoji výjimečnost pocházející z hluchoty hrdí a označují sami sebe za Neslyšící (s velkým N). Tito lidé se cítí být příslušníky kulturní a jazykové menšiny. Své komunity vytvářejí na základě třech rysů: komunikace, hluchoty a vzájemné podpory. V průběhu šedesátých a sedmdesátých let 20. století v USA vznikal termín „kultura Neslyšících“, v tomto období započaly opravdové lingvistické výzkumy znakového jazyka. Jelikož komunikace a jazyk tvoří zásadní složky kultury, tak pravou podstatou identity a kultury Neslyšících je právě znakový jazyk (Horáková, 2012).

3.3.2 Klasifikace sluchových vad

Sluchová vada (porucha) je zapříčiněna újmou na orgánu sluchu a jeho funkci, která vyvolá snížení kvantity, kvality slyšení nebo kombinací obojího (Souralová, 2005). Valvoda (2007) říká, že za poruchu sluchu považujeme dynamické, poměrně rychle nastupující zhoršení sluchu. Vadou sluchu rozumíme ustálený stav sluchu, s nejnižší dynamikou, často postupně progredující. Horáková (2012) uvádí, že existuje nespočet různých klasifikací, které dělí sluchové poruchy podle různých kritérií. Nejčastěji používané je dělení sluchových vad podle:

- místa vzniku postižení,
- stupeň postižení,
- doba vzniku postižení (Horáková, 2012).

Horáková (2012) rozlišuje dvě základní skupiny sluchových vad podle místa vzniku postižení:

1. **Periferní nedoslýchavost či hluchota** – dělí se na převodní (konduktivní) a percepční (senzorineurální) vady. U převodní vady jsou nepoškozené sluchové buňky, které však nejsou drážděny zvukem, protože se ve středouší vyskytuje

překážka, která brání přenosu zvuku. Percepční vada vzniká při poškození sluchových buněk, vnitřního ucha nebo sluchového nervu.

2. **Centrální nedoslýchavost či hluchota –** obsahuje složité poruchy způsobené různými procesy, které zasahují podkorový a korový systém sluchových vad. Zvukové signály v mozku jsou abnormálně zpracovávány (Horáková, 2012).

Periferní poruchy sluchu tvoří naprostou většinu (percepční nedoslýchavost zcela převažuje) a centrální jsou považované za vzácnější (Valvoda, 2007).

Souralová (2005) rozlišuje sluchové vady podle místa následovně:

1. **Převodní vady** – charakteristické poruchou kvantity slyšení, nevedou k úplné hluchotě.
2. **Percepční vady** – charakteristické poruchou kvality i kvantity slyšení, mohou vést k úplné hluchotě.
3. **Smíšené vady** – jedná se o kombinaci vad převodních a percepčních.
4. **Centrální vady** – představují složité defekty, na kvantitu i kvalitu sluchového vnímání mohou mít vrozené vývojové vady zevního ucha značný vliv, způsobují středně těžké nebo těžké vady sluchu, které se většinou řeší chirurgicky.

Z pohledu kvantity slyšeného zvuku se setkáváme s odlišnými hodnotami, které určují jednotlivé stupně sluchových poruch (Horáková, 2012). Sluchová vada se může projevovat od latentní (bez povšimnutí) až po nejzávažnější formu praktické/totální hluchoty. Velikost jednotlivých stupňů, se u sluchových vad vyjadřuje v decibelech (dB) (Souralová, 2005). Prostřednictví audiometrie můžeme naměřit aktuální stav sluchu jedince (Horáková, 2012).

Tabulka 1. ***Výsledky audiometrie podle ztráty v decibelech pro vzdušné vedení v oblasti řečových frekvencí*** (Horáková, 2012, s. 14).

normální stav sluchu	0 dB – 20 dB
lehká nedoslýchavost	20 dB – 40 dB
středně těžká nedoslýchavost	40 dB – 60 dB
těžká nedoslýchavost	60 dB – 80 dB
velmi těžká nedoslýchavost	80 dB – 90 dB
hluchota komunikační (praktická)	90 dB – více dB
hluchota úplná (totální)	bez audiometrické odpovědi

Termín praktická hluchota může být svým způsobem trochu zavádějící a nešťastný, protože vhodná sluchová protetika (silná sluchadla) běžně umožňuje vhodně kompenzovat i oboustranné sluchové ztráty (Valvoda, 2007).

Tabulka 2. Podle revize WHO konané v roce 2001, se uvádí následující klasifikace sluchových vad (O Olusanya, C Davi, Hoffman, 2019).

Velikost ztráty sluchu podle WHO	Název kategorie ztráty sluchu
26 dB – 40 dB	lehká nedoslýchavost
41 dB – 60 dB	středně těžká nedoslýchavost
61 dB – 80 dB	těžká nedoslýchavost
81 dB – více dB	velmi těžká nedoslýchavost

Pojem „nedoslýchavý“ označuje lidi se ztrátou sluchu od mírné po těžkou. Na rozdíl od „n/Neslyšících“, kteří mají většinou hlubokou ztrátu sluchu, což znamená velmi malý nebo žádný sluch (World Health Organization, 2021).

Z hlediska období vzniku sluchových vad, rozeznáváme dvě základní skupiny:

1. **Vrozené vady sluchu**– ty se dělí na:

○ *geneticky podmíněné sluchové vady* – z 80-90 % jsou vyvolány autozomálně recesivní formou onemocnění. Dnes je známo okolo 30 genů, které způsobují nesyndromickou (izolovanou) ztrátu sluchu (Horáková, 2012). Genetické faktory jsou zodpovědné za více než 50% ztrátu sluchu u novorozenců a tvoří téměř 40 % ztrát sluchu v dětství (World Health Organization, 2021).

○ *kongenitálně získané sluchové vady* – mohou vznikat v prenatálním období, kdy na plod působí negativní vlivy (zejména v 1. trimestru), například rentgenové záření, onemocnění matky toxoplazmózou. Druhou možností je vznik sluchové vady v průběhu porodu, tedy v perinatálním období nebo bezprostředně po něm. Jedná se o důsledky nízké porodní hmotnosti dítěte, protahovaný porod, asfyxie apod (Horáková, 2012).

2. **Získané vady sluchu** – ty se dělí na:

○ *získané před fixací řeči* (prelingválně, do 6. roku dítěte) – důvody vzniku vad jsou v tomto období infekční choroby dítěte, úrazy hlavy, traumata, hnisavé záněty středního

ucha apod (Horáková, 2012). Odhaduje se, že až 98,7 milionů lidí, u kterých vznikla sluchová ztráta, byla ovlivněna důsledkem prodělání akutního či chronického zánětu středního ucha, který se projevuje jako hnisavý zánět středouší (World Health Organization, 2021).

○ *získané po fixaci řeči* (postlingválně, po ukončení vývoje řeči) - pravděpodobné příčiny vzniku jsou poranění vnitřního ucha, dlouhodobá hluková zátěž (od 85 dB a více), akustické trauma, metabolické a hormonální poruchy apod (Horáková, 2012). Odhaduje se, že přibližně 16 % dospělých je vystaveno nadměrnému hluku na pracovišti, což ovlivňuje jejich ztrátu sluchu (World Health Organization, 2021).

3.3.3 Komunikace osob s postižením sluchu

Hlavní prioritou jedinců se sluchovým postižením je vytvoření funkčního dorozumívacího prostředku. Jelikož osoby se sluchovým postižením tvoří heterogenní skupinu, tak i vhodné formy a techniky komunikace jsou pro každého jedince odlišné. Objevení toho správného a adekvátního komunikačního systému je značným usnadněním života. Dá se proto očekávat, že jinou formu a techniku si vybere osoba nedoslýchavá nebo zcela neslyšící (Horáková, 2012). Za přirozený jazyk a vhodný komunikačním prostředek považujeme u sluchově postižených národní znakový jazyk (v našem případě se jedná o český znakový jazyk) (Souralová, 2005).

Nejčastěji se setkáváme se dvěma základními komunikačními systémy, kterých využívají jedinci se sluchovým postižením k dorozumívání.

- **Auditivně-orální** (= mluvený jazyk většinové slyšící společnosti),
- **Vizuálně-motorické** (= znakový jazyk, znakovaný jazyk, prstová abeceda).

Mluvená řeč přenášená pomocí sluchu do mozku, přináší osobě podstatné informace o dění okolo nás. U lidí se sluchovým postižením chybí tato zpětná sluchová vazba, a proto bývá řeč pravidelně odlišná než u slyšících jedinců. Pro komunikaci s majoritní slyšící společností je nezbytná mluvená řeč jak v podobě zvukové, tak i v podobě grafické. Nejvýrazněji se projevuje sluchové postižení ve fonaci (tvorba hlasu), v narušení respirace (dýchání) a v artikulaci (výslovnosti) (Horáková, 2012).

Odezírání mluvené řeči a hlásek představuje přijímání informací zrakem a porozumění jeho obsahu na bázi pohybů mluvidel, gestikulace rukou, mimiky obličeje a celkového postoje těla (Krahulcová, 2002). Tvoří nedílnou část komunikace sluchově postižených i slyšících osob a v interkulturní komunikaci obsazuje prioritní místo (Souralová, 2005). Jedná se o specifickou podobu vizuální percepce, kterou ovšem nemají schopnost využívat všichni lidé se sluchovým postižením stejně (Horáková, 2012). Odezírání nikdy nemůže zcela nahradit sluch, je pouze jeho nedostatečným zastoupením (Krahulcová, 2002). Tato komunikační forma je zakotvena v Zákoně č. 384/2008 Sb. (v úplném znění vyhlášen pod č. 423/2008 Sb.) o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob, je upřednostňována u nedoslýchavých a osobami s částečným zbytkem sluchu (Zákon č. 423/2008 Sb.).

3.3.3.1 Český znakový jazyk

Je plnohodnotný a přirozený komunikační systém formovaný specifickými vizuálně-pohybovými prostředky. Zahrnuje tvary rukou, jejich pohyby a postavení, mimiku, pozice horní části trupu a hlavy (Krahulcová, 2002). Jednotlivý znak (v mluvených jazycích je to slovo) obsahuje dvě složky: manuální a nemanuální. Manuální složka udává místo v prostoru, orientaci dlaně, tvar ruky, orientaci prstů a konaný pohyb. Nemanuální složka reprezentuje pohled, výraz obličeje, pohyb a pozici hlavy nebo trupu a orální komponenty (Souralová, 2005). Český znakový jazyk má vlastní gramatiku a lexikon, což znamená, že není odvozen z jazyka mluveného. V odborné literatuře se můžeme setkat s označením ryzí (Horáková, 2012). Základní atributy jazyka má i český znakový jazyk, to je systémovost, znakovost, dvojí členění, svébytnost, produktivnost, historický rozměr a je upevněn po stránce gramatické i lexikální. V užším slova významu se jedná o jazykový systém vybudovaný na vizuálně-motorické komunikaci skrze konkrétní symboly. Tento způsob komunikace používají pouze rodilí uživatelé daného jazyka mezi sebou. Stejně jako tomu je u mluvených jazyků, tak i zde existují různé dialekty (Krahulcová, 2002). V České republice je přibližně 7300 uživatelů znakové řeči (Valvoda, 2007).

3.3.3.2 Znakovaný český jazyk

Je uměle vytvořený jazykový systém, který napomáhá dorozumívání mezi neslyšícími a slyšícími osobami (Krahulcová, 2002). Je zařazen do skupiny manuálně kódovaných mluvených jazyků (Souralová, 2005). Systém využívá gramatické prostředky češtiny, která je soudobě bezhlasně nebo hlasitě artikulována (Horáková, 2012). Zároveň s jednotlivými českými slovy jsou gestem a postavením rukou předváděny odpovídající znaky českého znakového jazyka (Krahulcová, 2014). Pro neslyšící je osvojení znakované češtiny složitější než znakový jazyk, z důvodu jiné gramatické struktury (Souralová, 2005). Tato forma je preferována u lidí, kterým vyhovuje odezírání, protože při komunikaci jsou sledovány především ústa partnera a jednotlivé znaky berou jako doplněk (Horáková, 2012).

3.3.3.3 Prstová abeceda

Prstová abeceda neboli daktylotika, či daktylní abeceda (z řeckého *daktylos* – prst), daktylní řeč, prstnice, je slovní vizuálně motorická komunikační forma, u které se využívá různého postavení a poloh prstů k vyjádření písmen (Kruhalcová, 2014). Postavení prstů a dlaně jedné ruky nebo dlaní a prstů obou rukou je formalizované a ustálené (Horáková, 2012). Prstová abeceda je východiskem pro prstovou řeč, která je vizuální formou přesného, doslovného až absolutního tlumočení textu z formálního hlediska (Krahulcová, 2014). Užívá se především k odhláskování cizích slov a odborných termínů. Obdobně jako tomu je u znakových jazyků se i daktylní abeceda v jednotlivých státech liší. Existuje i mezinárodní prstová abeceda, která má kořeny v americké jednoruční prstové abecedě. V České republice není vytvořená unifikovaná podoba prstové abecedy, obvykle se vyskytují regionální odlišnosti (Horáková, 2012). Neslyšící lidé nejsou tvůrci prstové abecedy, ani jejich učitelé, ale až mnichové, kteří si našli tento způsob jako komunikaci při jejich slibu k věčnému mlčení (Krahulcová, 2014). Nepoužívá se jako komunikační systém pro tlumočení ani při běžném kontaktu s osobou se sluchovým postiženým, ale slouží pro pomoc při artikulaci a odezírání (Krahulcová, 2014).

3.3.4 Sluchová protetika

Pro překonání komunikačních potížích, které jsou způsobeny sluchovou vadou existují kompenzační pomůcky zahrnující široký soubor speciálních zesilovacích elektroakustických přístrojů. Je zapotřebí individuálně posuzovat indikaci sluchové korekce. Pouze třetina těch, jimž by kompenzační pomůcka opravdu pomohla se sluchovou vadou ji reálně využívá (Horáková, 2012). V České republice je 18 % osob se sluchovým postižením, kteří kompenzační pomůcku nemají, přestože by ji potřebovali (Český statistický úřad, 2018). Pro nevyužívání kompenzační pomůcky existuje mnoho vysvětlení. Mnoho lidí odmítá jakoukoliv pomoc, protože si nechtějí své potíže se sluchem přiznat. Týká se to zejména osob se získaným sluchovým postižením v pozdějším věku. Dalším možným důvodem je nechuť ke zviditelnění svého problému skrze užívání kompenzační pomůcky. Ale vyskytuje se i skupina takových lidí, kteří kompenzační pomůcku zkusili, ale nepocítili žádný účinek nebo zlepšení. To může být zapříčiněno špatným užíváním nebo nesprávným výběrem pomůcky (Horáková, 2012).

3.3.4.1 Sluchadla

Tvoří základní a nejpoužívanější kompenzační pomůcku, vhodnou pro korekci sluchového postižení. Sluchadlo je drobný elektroakustický přístroj, jehož úlohou je modulace a zesílení zvukového vjemu. Jsou využívány v případech s lehkou, středně těžkou i těžkou nedoslýchavostí. Tělo sluchadel je sestaveno z mikrofonu, reproduktoru, zesilovače, regulátoru hlasitosti, indukční cívky, přepínače programů a případně přímým audiovstupem (Horáková, 2012). Používání vhodného sluchadla je jedinou z možností, jak u trvalých sluchových vad zlepšit sluch a rozumění řeči (Valvoda, 2007). Umožňují člověku zprostředkovat zvuky běžného života, a primárně mluvenou řeč (Horáková, 2012). Sluchadlová technologie a její nová digitalizace značně zvýšily účinnost sluchadlové protetiky a v mnoha případech umožňují téměř plnohodnotnou náhradu nedoslýchavosti (Valvoda, 2007). Speciální nastavení sluchadla provádí foniatr, který se řídí věkem a individuálním typem sluchové vady jedince (Horáková, 2012).

Horáková (2012) uvádí, že existuje velké množství hledisek, jak můžeme sluchadla dělit. Mezi nejčastěji užívané dělení sluchadel patří:

1. **Podle způsobu zpracování akustického signálu** – zde se vyskytují analogová a digitální sluchadla. V dnešní době jsou analogová sluchadla nejjednodušší a nejlevnější volbou. Naopak digitální sluchadla zaujímají nesporně dominantní postavení na světovém trhu. Je to dáno jejich špičkovým zpracováváním zvuku, které umožňuje potlačit rušivé zvuky a posílit řeč (Horáková, 2012).
2. **Podle charakteru přenosu zvuku** – do ucha může být zvuk přiváděn dvojím způsobem, a to kostí nebo vzduchem. Sluchadla umožňují přenos zvuku vzduchem, zejména tohoto způsobu využívají všechny modely nitroušních a závěsných sluchadel. V případě kostního vedení zvuku, existuje speciální typ zařízení s názvem BAHA sluchadlo (Bone Anchored Hearing Aid), které se umístí pomocí titanového čepu do kosti spánkové (Horáková, 2012).
3. **Podle tvaru:**

- sluchadla kanálová – (Completely In Canal; CIC) nejméně nápadná, kompletně skryta ve zvukovodu.
- sluchadla zvukovodová – (In The Ear; ITE) většího provedení než kanálová, kdy je sluchadlo situováno nejen do zvukovodu, ale i v okolí jeho vchodu.
- sluchadla boltcová – jsou uložena v boltci, disponují vyšším výkonem a větší baterií, určena pro korelaci lehkých sluchových vad.
- sluchadla závěsná – (Behind The Ear, BTE) zavěšují se za boltec, vyrábí se v různých tvarech a velikostech, disponují podstatně vyšším výkonem a jsou vhodné i pro osoby se zbytky sluchu (Držata, 2015). Jedná se o nejčastěji využívaný typ sluchadla u všech věkových skupin (Horáková, 2012).
- sluchadla kapesní – jsou tvořena malou krabičkou obsahující mikrofon, zesilovač a napájecí zdroj (Horáková, 2012). Jejich využití je v dnešní době minimální, řada výrobců ukončila jejich produkci, avšak u pacientů s velmi těžkým postižením hybnosti horních končetin mají ještě své využití (Držata, 2015).
- sluchadla brýlová – jsou typem pro kostní vedení zvuku (Horáková, 2012), v dnešní době se využívají jen výjimečně (Držata, 2015).

Každé výše zmíněné sluchadlo má své výhody i nevýhody. Příkladem jsou menší sluchadla, která poskytují reálnější sluchový vjem, avšak větší sluchadla disponují větším výkonem a maximálním zpracováním signálu (Soukalová, 2005). Výhodou sluchadel typu kanálová a boltcová jsou ta, že se vyrábí na míru dle příslušného ušního vchodu

a zvukovodu klienta (Držata, 2015). Současné odhady naznačují 83% rozdíl v používání a potřebě sluchadel, což znamená, že pouze 17 % těch, kteří by mohli mít prospěch z používání sluchadel, jej skutečně využívají (World Health Organization, 2021). Český statistický úřad (2018) udává, že tři čtvrtiny osob se sluchovým postižením, které použily své naslouchací pomůcky měly stále potíže rozumět rozhovoru s jinou osobou v tiché místnosti. Pokud hovořilo více lidí zároveň nebo byl v místnosti ruch, existovaly potíže s rozhovorem u 93 % osob se sluchovým postižením.

3.3.4.2 Kochleární a kmenové implantáty

Kochleární implantát je vhodný zejména pro osoby s těžkým sluchovým postižením nebo pro osoby zcela neslyšící, protože představuje nitroušní elektronickou smyslovou náhradu (Horáková, 2012). Kochleární implantační systém obsahuje dvě základní jednotky: vnitřní (je umístěna na kosti) a zevní (zavěšená za uchem) (Držara, 2015). Jejich činnost je naprosto odlišná od sluchadel, jelikož ty přenášející zvuk pouze zesilují, zatímco kochleární implantáty zvuk analyzují a přetvářejí ho na sled elektronických impulsů, které stimulují vlákna sluchového nervu (Horáková, 2012). Pro zavedení implantátu je zapotřebí chirurgického zákroku, který je i s léčbou ekonomicky velmi náročný (Držata, 2015). V ČR je kochleární implantace standartní a velmi úspěšnou léčbou hluchoty (hlavně u dětí) (Valvoda, 2007).

Kmenový implantát neboli sluchová kmenová neuroprotéza (Auditory Brainstem Implant, ABI) je elektroprotetické zařízení, které umožňuje neslyšícím osobám s oboustrannou poruchou funkce sluchového nervu zprostředkovat zvukové vjemy (Držata, 2015). Pro zavedení implantátu je potřebný neurochirurgický zásah, který umožní pomocí elektrické stimulace v blízkosti kochleárních jader v mozkovém kmeni k obnovení sluchových vjemů. Přesto se uvádí, že kmenový implantát má poněkud menší přínos než implantát kochleární, přestože se jedná o nejmodernější způsob léčby (Horáková, 2012).

3.3.5 Život lidí se sluchovým postižením

Když se člověk narodí hluchý nebo ztratí smysl pro sluch v průběhu života, je jeho život nenávratně ovlivněn po fyzické, ale i duševní stránce. Neslyšící člověk může mít výrazně horší kvalitu životu ve fyzické, ale i psychologické oblasti, která může značně

ovlivnit zejména vnímání a postoj postiženého jedince k životu. Významným prediktorem k ovlivnění života osob se sluchovým postižením je komunikace, která může způsobit duševní tíseň a výrazně tím ovlivňuje celý život jedince (Fellinger et al., 2005).

Kvalita života je obecně pociťována jako individuální vnímání vlastní životní situace, vzhledem k systému hodnot, životním cílům, kultuře, k běžným a očekávaným zvyklostem (Krahulcová, 2014). Dle Kisvetrové (2020) kvalitu života tvoří individuální a hluboce soukromý koncept, neboť každý člověk má osobitý standart toho, co vnímá jako hodnoty formující kvalitu jeho života. Krahulcová (2014) uvádí, že do značné míry se kvalita života odvíjí od psychického a zdravotního stavu, ekonomických okolností, stupně nezávislosti, celkového životního prostředí i sociálních vztahů. Kvalitu života jedince nepodmíněně ovlivňují faktory: pohlaví, věk, typ osobnosti, ale i postižení. V roce 1997 vytvořila Světová zdravotnická organizace komplexní projekt kvality života (Quality of Life Assessment, WHOQL), ale výsledky hodnocení osobní kvality života u lidí se sluchovým postižením nejsou v signifikantním rozsahu doposud k dispozici (Krahulcová, 2014).

Dopady ztrát sluchu jsou široké, zasahují především do schopnosti komunikovat, zabraňují vývoji jazyka u dětí, vedou k sociální izolaci, osamělosti a frustraci, zejména u starších lidí (World Health Organization, 2021). U osob se sluchovým postižením představuje kvalita života rozsáhlou oblast činitelů. Dotýká se socializace, inkluze, integrace. Činitele kvality života můžeme dále u lidí se sluchovým postižením rozdělit na:

- Vnitřní – vrozené dispozice osobnostní a kognitivní, somatické postižení.
- Vnější – podmínky společensko-kulturní, ekologické, výchovné, pracovní, ekonomické a materiálně technické (Krahulcová, 2014).

Život osob s postižením, nejen sluchovým, se stává hlavním a citlivým indikátorem dosažené úrovně vývoje společnosti. Velmi důležitým a často zanedbávaným rozměrem je kvalita života člověka se sluchovým postižením nebo rodiny se sluchově postiženým členem, jelikož jsou v nepřetržitém (někdy i celoživotním) kontaktu s nejrůznějšími odborníky. Za nejdůležitější přístup se označuje holistický, který vyzdvihuje člověka a nejenom sluchové postižení. Subjektivistický přístup se orientuje na to, jak se osoby se sluchovým postižením cítí a nezaměřují se pouze na jejich chování. Poslední je pozitivní

přístup, který se zaměřuje na pozitivní aspekty života jedince, nikoliv jen na ztráty z důvodu postižení (Krahulcová, 2014).

3.3.6 Výskyt sluchového postižení v populaci

U obyvatelstva je jedním z nejrozšířenějších somaticko-funkčních postižení právě sluchové postižení (Horáková, 2012). V současné době WHO odhaduje, že 466 miliónů lidí na celém světě, což je přibližně 5 % světové populace, trpí ztrátou či poškozením sluchu. Z toho se 57,3 milionů lidí se sluchovým postižením vyskytuje pouze v Evropě. Do budoucna se očekává, že tento počet lidí se sluchovým postižením vzroste do roku 2050 na 900 miliónů (World Health Organization, 2021). Asi 5 % obyvatelstva v České republice postihuje nedoslýchavost různé závažnosti, její prevalence stoupá s věkem. Frekvence výskytu vrozené hluchoty je asi 1:1000 narozených (Valvoda, 2007). Se sluchovým postižením žije v České republice přibližně 135 tisíc osob (Český statistický úřad, 2018). Valvoda (2007) uvádí, že v ČR je skupina lidí se sluchovým postižením tvořena převážně staršími jedinci. Světová zdravotnická organizace (2021) uvádí, že více než 65 % dospělých nad 60 let trpí ztrátou sluchu. Z toho je asi 15 tisíc osob, které se s vadou narodily nebo vada vznikla již v jejich dětství (0,15 %) (Valvoda, 2007). Zhruba 6,5 tisíc osob (5 % z osob se sluchovým postižením v ČR) trpí celkovou nebo částečnou hluchotou (Český statistický úřad, 2018).

Většina osob se sluchovým postižením je tvořena osobami nedoslýchavými, u nichž nastalo zhoršení sluchu ve vyšším věku (Horáková, 2012). Co se týče dětí, až 34 miliónů trpí hluchotou nebo ztrátou sluchu, z čehož 60 % případů je způsobeno příčinami, kterým lze předcházet. Na druhé straně života je přibližně jedna třetina lidí starších 65 let postižena ztrátou sluchu (World Health Organization, 2021). Stařecká nedoslýchavost neboli presbyakuzie, je porucha sluchu projevící se poklesem slyšení tónů o vysokých frekvencích. Po 60. roce života dochází k postupnému snižování sluchové ostrosti. Přestože existují určité osobní rozdíly, platí zhruba pravidlo, že za každých deset let věku se snižuje horní hranice přibližně o 1 kHz. Důvodem může být odumírání vláskových buněk, či onemocnění krevního oběhu, které způsobí špatné prokrvení sluchového orgánu. Podle průzkumu trpí 15-17 % světové populace ušním šelestem (tinnitus). Projevuje se jako nepříjemné šumění, pískání a hučení ve sluchovém orgánu. Každý druhý člověk nad 60-65 let trpí rozdílnou formou subjektivního ušního šelestu (Horáková, 2012).

3.4 Provedené výzkumy v ČR i ve světě

V této kapitole představím odborné studie nejen z České republiky, ale i ze zahraničí, které se týkají především postojů ke stáří a stárnutí, fyzické zdatnosti či křehkosti seniorů. Jelikož kvalita života osob se sluchovým postižením významně ovlivňuje postoj ke stáří i fyzický stav, považuji část těchto výzkumů za důležitou i pro mé výzkumné šetření, konkrétně ve spojitosti se sociodemografickými charakteristikami.

Cílem studie Buckinx et al. (2018) bylo posoudit vztah mezi postojem ke stáří a stárnutí a křehkým stavem obyvatel pečovatelských domů. Za metodu byla zvolena průřezová analýza dat shromážděných na počátku v kohortě SENIOR. U všech subjektů byla diagnostikována křehkost na základě Friedových kritérií. Rovněž respondenti odpověděli na dotazník Attitude to Aging Questionnaire (AAQ) a další otázky hodnotící jejich subjektivní věk, ve kterém osoba přestává být považována za mladou nebo naopak, kdy už je považována za starší osobu. Dotazník obsahoval i otevřenou otázku Image-of-Aging k vyhodnocení vztahu mezi vnímáním stárnutí a jejich křehkým stavem. Této studie se zúčastnilo 272 obyvatel domova s pečovatelskou službou (83,9 ± 8,19 let; 75 % žen). Z nich 54 (19,9 %) bylo křehkých (frail), 182 (66,9 %) bylo pre-křehkých (pre-frail) a 36 (13,2 %) bylo robustních seniorů. Podle dotazníku AAQ mají křehké subjekty negativnější vnímání stárnutí (skóre 80,3 ± 10,2 bodů) než pre-křehké subjekty (83,6 ± 10,8) a robustní subjekty (86,5 ± 10,5) ($p = 0,02$). Tyto tři skupiny se však nelišily ve věku, který by podle jejich názoru znamenal konec mládí ($p = 0,93$) nebo začátek stáří ($p = 0,98$). Subjektivní věk uváděný obyvateli pečovatelských domů se významně nelišil podle jejich křehkého stavu. Na základě AAQ mají křehké subjekty negativnější přístup ke stárnutí ve srovnání s ostatními.

Česká studie Kisvetrové et al. (2019) zkoumala kvalitu života (QoL) a postoje ke stárnutí u starších dospělých s demencí nebo bez ní. Studie zjistila hlavní faktory, které předpovídají kvalitu života a postoj ke stárnutí. Průřezová studie zahrnující 563 dospělých žijících v komunitách s demencí (PwD) a bez demence (PwoD)> 60 let byla provedena ve třech českých regionech. Byla poskytnuta baterie nástrojů včetně škály Quality of Life-Alzheimer's Disease Scale, Geriatric Depression Scale, Patient Dignity Inventory, Attitude to Aging Questionnaire (AAQ), Short Physical Performance Battery a Barthel Index.

Výsledky ukázaly, že PwD mělo horší skóre v QoL a AAQ (obě p = 0,0001). Méně deprese (p <0,001), lepší pocit důstojnosti (p <0,05) a nižší bolest (p <0,05) v PwoD předpovídaly lepší skóre pro QoL a AAQ. Fyzické schopnosti v PwoD (p <0,05), žití osamoceně (p <0,05) a soběstačnost (p <0,001) v PwD byly prediktory ovlivňující QoL. Věk (p <0,01) v PwoD, pohlaví (p <0,05) a fyzické schopnosti (p <0,001) v PwD ovlivnily AAQ. Tento výzkum byl první studií, která ukázala, že důstojnost může ovlivnit kvalitu života a postoj ke stárnutí u starších dospělých žijících v komunitách. Tato zjištění naznačují, že deprese a důstojnost jsou běžnými prediktory QoL a AAQ u starších dospělých s demencí i bez ní.

Berková et al. (2013) v České republice jako první použila "Krátkou baterii pro hodnocení fyzické zdatnosti seniorů". Originální anglická verze SPPB (Short Physical Performance Battery) byla přeložena do českého jazyka a aplikována na výběrovém souboru starších nemocných a validizována. Vyšetření se zúčastnilo 145 osob (108 žen, tj.74,5 %, a 37 mužů, tj. 25,5 % souboru) průměrného věku 80,3 (54-101 let, SD ± 8,5). Dobrá fyzická zdatnost byla vyhodnocena u 35 (24,1 %) osob (SPPB 10-12 bodů), 21 osob (14,5 %) mělo sníženou fyzickou zdatnost (tzv. "pre-frail", SPPB 7-9 bodů) a 89 osob se řadilo do kategorie křehkých seniorů s nízkou fyzickou zdatností, a tudíž s vysokým rizikem budoucí nesoběstačnosti nebo s již přítomnou disabilitou (SPPB ≤ 6 bodů). Celkové skóre SPPB statisticky významně korelovalo se soběstačností v základní sebeobsluze (Activities of Daily Living – ADL), se stavem výživy (Mini-Nutritional Assessment test – krátká verze, MNA-SF) a kognitivním výkonem (Mini Mental State Examination – MMSE) - (korelace podle Spearmana: ρ = 0,51; 0,53 a 0,38). V klinické praxi lze baterii SPPB využít pro identifikaci seniorů s rizikem rozvoje syndromu geriatrické křehkosti nebo již rozvinutým klinickým fenotypem křehkosti.

Studie Bryant et al. (2012) prezentuje, že postoje mají silný vliv na naše chování. Proto cílem této studie, bylo zkoumání postojů ke stárnutí současně s životní spokojeností a fyzickým a duševním zdravím. Studie probíhala na vzorku starších dospělých žijících v Austrálii ve věku ≥ 60 let (N = 421). Postoje ke stárnutí byly pozitivně spojovány s vyšší úrovní životní spokojenosti a lepším posouzením tělesného a duševního zdraví. Celkově byly postoje ke stárnutí v tomto vzorku vyhodnoceny jako pozitivní. Lepší finanční situace a zaměstnanost byla spojena s pozitivnějším přístupem ke stárnutí a dobrými fyzickými

údaji o zdraví. Podpora úspěšného stárnutí ve stárnoucích společnostech stále důležitější. Pozitivní postoje ke stárnutí mohou u starších dospělých přispět ke zdravějším duševním a fyzickým výsledkům.

Štilec (2004) popisuje výzkum, který byl realizován ve čtyřletém období na FTVS (Fakulta tělesné výchovy a sportu) UK Praha pod názvem *Pohybové aktivity jako prostředek aktivního stylu života seniorů*. Hlavním cílem projektu bylo ověřit a navrhnout model směřující k rozumnému stylu života ve stáří, jehož nedílnou složkou jsou relaxační a pohybové činnosti pro seniory. Pro výzkum byli vyzváni zájemci nad 60 let bez ohledu na pohlaví. S omezenou kapacitou fakulty bylo pro sledování vybráno pouze 30 seniorů. Sledovaný kolektiv tvořilo 6 mužů a 24 žen, ve věkovém rozmezí 62-78 let. Při projektu byl sledován dlouhodobý vliv opakovaně prováděných pohybově-prožitkových aktivit na životní styl a osobní pocit nezávislosti. Účastníci absolvovali i množství testů, které se zaměřovaly na funkční, motorické a psychosociální oblasti. Výsledky závěrečného sebehodnocení seniorů prokázaly, že v oblasti funkční, psychické i motorické došlo k evidentnímu zpomalení projevů stárnutí. Samotní účastníci subjektivně i svými pocity potvrzovali, že při chůzi jsou méně zadýchaní a snadněji chodí do schodů. Pozitivní výsledky byly zjištěny při sledování nálad a pocitů před i po cvičení. Souhrnný kladný vliv aktivního stylu života se osvědčil ve zvýšené důvěře ve vlastní schopnosti seniorů. Účastníci prožívali svůj život radostněji s vědomím, že mohou flexibilně reagovat na životní okolnosti, a lidé v jejich blízkém okolí to vnímali podobně.

Podle studie Starka a Hicksona (2004) sluchové postižení výrazně ovlivňuje schopnost komunikovat, zdá se tak intuitivní, že u osob se sluchovým postižením, dojde k nežádoucím účinkům v důsledku poruchy, a to i přes následnou rehabilitaci. Tato studie zkoumala vliv sluchového postižení a sluchové rehabilitace na osobu se sluchovým postižením a jeho kvalitu života (QOL). Devadesát tři lidí se sluchovým postižením dokončilo měření QOL specifické pro sluch (Hearing Handicap Inventory pro seniory) a QOL související se zdravím (Short Form-36). Výsledky zdůrazňují významný dopad sluchového postižení na osobu se sluchovou vadou. Vyhodnocení také ukazalo, že efektivní roli hrají sluchadla, která snižovala dopad negativních účinků na respondenty.

Studie Li et al. (2014) představuje fakt, že koncept úspěšného stárnutí je velmi důležitý. Avšak determinanty úspěšného stárnutí se u různých populací liší kvůli kulturním

rozdílům. Tento výzkum si záměrně vybral studium determinant u populace Tchaj-wanu. Cílem této studie bylo vyhodnotit úspěšné stárnutí pomocí lepších fyzických a duševních funkcí a také prozkoumat související determinanty u starší populace Tchaj-wanu, která neměla narušenou kognitivní funkci. Průzkum započal v roce 2009, kde bylo zařazeno celkem 903 starších osob (≥ 65 let) bez poruchy kognitivních funkcí. Ti, kteří měli skóre fyzické a duševní složky v horním percentilu Short-Form 36, byli považováni za úspěšně stárnoucí. Všichni účastníci vyplnili strukturovaný dotazník a podstoupili komplexní měření geriatrické křehkosti, které se hodnotilo pomocí pěti složek definovaných Friedem a kol. Pro vyhodnocení vztahu mezi souvisejícími faktory a úspěšným stárnutím bylo využito logistické regresní analýzy, kde byly vypočteny hrubé a upravené poměry šancí (OR) s 95% intervalem spolehlivosti (CI). Prevalence úspěšného stárnutí byla u starších vyhodnocena na 10,4 %. Vyšší podíl úspěšného stárnutí byl zjištěn u křehkých (16,9 %) a předkřehkých starších (7,2 %) než u křehkých starších (0,9 %). Vícerozměrná logistická regrese ukázala, že pre-křehcí starší jsou spojováni s nižší prevalencí úspěšného stárnutí ve srovnání s křehkými staršími (OR: 0,45; 95 % CI: 0,24–0,84). Ve srovnání s těmi ve věku ≤ 70 let byli starší ve věku 71–75 let spojováni s nižší prevalencí úspěšného stárnutí (OR: 0,27; 95 % CI: 0,13–0,58). Úspěšné stárnutí bylo také pravděpodobnější mezi těmi, kteří byli schopni navštívit své příbuzné a přátele (OR: 3,86, 95 % CI: 1,09–13,61). Finální výsledky poukázaly na to, že úspěšné stárnutí bylo ovlivněno věkem, křehkým stavem, chronickými zdravotními problémy a psychosociální podporou.

Výzkum Polku et al. (2018) říká, že ztráta sluchu je běžným zdravotním problémem u starších lidí a prevalence ztráty sluchu se zvyšuje s pokročilým stárnutím. Špatný sluch může způsobit potíže v každodenních životních situacích a snížit tím kvalitu života (QoL) jedince. Cílem této studie bylo, posoudit souvislosti mezi různými doménami QoL (fyzické, psychologické, sociální a environmentální), vnímanými poruchami sluchu v různých každodenních situacích a audiometricky měřenou úrovní sluchu u starších dospělých žijících v komunitě. Byla zvolena průřezová analýza dospělých žijících na vesnicích ve věku 76–91 let. Údaje o QoL (zkrácená verze WHO Quality of Life Assessment) a vnímaných poruchách sluchu byly shromážděny prostřednictvím poštovních dotazníků (n = 706). V domácnostech účastníků byla provedena screeningová audiometrie pro náhodný dílčí vzorek (n = 161). Data byla analyzována pomocí lineárních regresních modelů. Faktorová analýza dotazníku o vnímaných sluchových obtížích identifikovala tři

dimenze: sluchový projev, socioemoční účinky a prostorový sluch. Všechny vnímané sluchové potíže byly významně spojeny s horšími hodnotami ve všech doménách QoL a v celkovém skóre QoL. Z těchto údajů vychází, že vnímané poruchy sluchu v různých situacích každodenního života jsou silněji spojovány s kvalitou života starších dospělých než s audiometrickým vyhodnocením sluchu.

Výzkum Beyer et al. (2015) říká, že pozitivní sebepoznání stárnutí je spojeno s lepším zdravím. Předkládaná longitudinální studie zkoumá, zda je vztah mezi vnímáním stárnutí a zdravím ovlivněn zprostředkovanou fyzickou aktivitou u starších dospělých s chronickými stavy. Výzkumný vzorek 309 německých komunitních starších dospělých ve věku 65–85 let, se dvěma nebo více chronickými stavy byl hodnocen při třech příležitostech měření v průběhu 2,5 roku. Účastníci poskytli informace o vnímání stárnutí, fyzické aktivitě, sebehodnocení zdraví, počtu chronických stavů a dále demografické údaje (T1). Fyzická aktivita byla znovu posouzena o šest měsíců později (T2) a hodnocení vlastního zdraví po 2,5 roce (T3). Data byla analyzována pomocí vícenásobné regrese a analýzy cest. Výsledky vyhodnotily pozitivnější sebepoznání stárnutí, které souviselo s lepším hodnocením zdraví během 2,5letého období kontrolujícího matoucí proměnné. Fyzická aktivita šest měsíců po T1 tento vztah částečně zprostředkovala. Závěr udává, že pozitivnější vnímání stárnutí je spojeno s vyšší úrovní fyzické aktivity, což zase předpovídá lepší zdraví. Tento výzkum podporuje hypotézu o behaviorální dráze ve vnímání stárnutí – zdraví pomocí sebe sama.

Yamada et al. (2017) si ve studii kladla za cíl zjistit, zda je používání sluchadel spojeno se zlepšením kvality života (QOL) starších osob a zda sociální interakce tuto asociaci mění. Na dotazník WHOQOL-OLD odpovědělo 105 starších dospělých ve věku 60 až 90 let, kteří byli nově vybaveni sluchadly v den montáže a 2–6 měsíců poté. Asociace mezi denní dobou používání sluchadel a sociálními vztahy, se změnami celkového skóre WHOQOL-OLD po nasazení sluchadel, byly odhadnuty i přes možné zmatky. Starší osoby se ztrátou sluchu zaznamenaly významné zvýšení celkového skóre WHOQOL-OLD po nasazení sluchadla. Pravidelné používání sluchadel bylo spojeno s větším nárůstem celkového skóre. Kombinovaná kategorická proměnná sociálních vztahů a používání sluchadel neodhalila žádné samostatné účinky těchto dvou proměnných, ale kombinovaný účinek. Pouze ti, s častými sociálními interakcemi, kteří pravidelně používali

své sluchadlo, měli významně vyšší celkového skóre WHOQOL-OLD. Zjištění této studie naznačují, že nasazení sluchadla může být spojeno s následným zlepšením QOL specifické pro starší osoby, zlepšením sluchu díky sluchadlu a případně vylepšenou komunikací.

Výzkum Berglanda a Stranda (2019) zahrnoval populaci norských obyvatel ve věku nad 40 let. Měření testem SPPB absolvoval vzorek 7474 účastníků (53,2 % žen). V průměru bylo celkové skóre SPPB o 0,28 bodu vyšší u mužů než u žen ($p < 0{,}001$). Významné rozdíly mezi pohlavími byly pozorovány ve všech pěti věkových skupinách (40–49, 50–59, 60–69, 70–74, 75–79 a 80+ let). Hlavní pokles tělesných funkcí nastal v polovině šedesáti let, s mírným poklesem u žen než u mužů.

Studie Shenkina et al. (2014) zkoumala významné vlivy v průběhu života na postoje ke stárnutí u zdravých lidí žijících v komunitách ve Velké Británii. Účastníci vyplnili dotazník (Postoje o stáří a stárnutí, AAQ) ve věku kolem 75 let (n = 792, 51,4 % mužů). Byly hodnoceny demografické, sociální, fyzické, kognitivní a osobnostní i náladové prediktory. Výsledky byly obecně hlášeny jako pozitivní postoje ke stáří ve všech třech doménách: (nízká hodnota) psychosociální ztráta, (vysoká hodnota) fyzické změny a (vysoká hodnota) psychologický růst. Hierarchická mnohonásobná regrese zjistila, že faktory demografické, kognitivní a fyzické proměnné vysvětlovaly relativně malou část rozptylu v postojích ke stárnutí, s přidáním proměnných osobnosti/nálady, které naopak přispívaly nejvýznamněji. Prediktory, které vedly k psychosociálním ztrátám byly spojené s vysokým neuroticismem, nízkou extraverzí, otevřeností, příjemností, svědomitostí, velkou úzkostí, depresí a s tělesnéným postižením. Prediktory, které vedly k fyzickým změnám byly: vysoká extraverze, otevřenost, příjemnost, svědomitost, ženské pohlaví, sociální třída a méně fyzické postižení. Osobnostní prediktory postojů k psychologickému růstu byly podobné. Naproti tomu méně bohaté prostředí, život o samotě, menší slovní zásoba a nižší rychlost chůze předpovídaly pozitivnější postoje v této doméně. Závěry ukázaly, že postoj starších lidí ke stárnutí je obecně pozitivní. Hlavními prediktory k postojům ke stáří jsou osobnostní rysy jedince. Ovlivnění sociálních okolností, fyzické pohody nebo nálady mohou vést k pozitivnějším výsledkům. Alternativně mohou mít zásahy dopad na související fyzickou stránku a na afektivní změny.

Podle Beyera et al. (2019) studie vychází z údajů německého stárnutí – průzkumu (DEAS). Sebepoznání stárnutí (SPA) je zásadním zdrojem pro pozdější a pokročilý život jedince. Stárnutí je vnímáno především s konečností života, zde je předpoklad, že zbytkový život může hrát roli ve vztahu mezi SPA a zdravím. Mezi staršími dospělími ve věku nad 65 let, tato studie testovala, zda jsou vztahy mezi SPA a fyzickou aktivitou. Údaje vycházely z údajů 2 367 účastníků během 3letého období. Fyzická aktivita byla posuzována pomocí položky: „*Jak často sportujete (turistika, fotbal, gymnastika nebo plavání)*?“ (sportuje) a „*Jak často chodíte na procházky?“* (chůze). Na tyto dvě otázky bylo možné odpovědět pomocí šestibodové stupnice. U účastníků s menší hodnotou SPA bylo méně pravděpodobné, že budou pravidelně chodit. Kromě toho účastníci, kteří sportovali častěji a měli menší SPA, také vnímali delší konečnost života. Jak se dalo očekávat, SPA bylo pozitivně vnímano s oběma druhy fyzické aktivity, zatímco nepřízpůsobení se sebepoznání stárnutí souviselo s negativně hodnocenou fyzickou aktivitou (všechny ps <0,01). Tyto výsledky zdůrazňují význam vnímaní pokročilého života pro zdraví a kladou důraz na propagační intervence zaměřené na fyzickou aktivitu starších dospělých.

4 METODIKA PRÁCE

4.1 Metodika výzkumu

Základní specifikace výzkumného šetření:

Pojetí výzkumu: kvantitativní
Výzkumná metoda: dotazování a měření
Technika sběru dat: standardizovaný dotazník
Probandi: ženy a muži se sluchovým postižením ve věku nad 60 let
Výzkum byl schválen Etickou komisí Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci (j. č. 8/2019).

4.1.1 Metoda sběru dat

Pro splnění stanoveného cíle a pro vyhodnocení daných hypotéz výzkumného šetření této diplomové práce byla zvolena kvantitativní metoda, která reprezentovala souhrnnou výzkumnou studii s baterií oficiálních českých verzí standardizovaných dotazníků zaměřených na postoj ke stáří a stárnutí (WHO AAQ, Attitudes toward Aging Questionnaire) a Krátkou baterii pro testování fyzické zdatnosti seniorů (index geriatrické křehkosti – SPPB). Vzor dotazníkového souboru je představen v příloze této diplomové práce.

- Dotazník postojů ke stáří a stárnutí AAQ – česká verze

Důvodem pro vytvoření dotazníku postojů ke stáří a stárnutí je fakt, že byly zkoumány pouze postoje ke stáří na základě výpovědí mladších osob, které nemohly mít zažité zkušenosti a prožitky, které jsou specifické pro stárnutí a stáří (Dragomerická, 2009).

Zkušební verze AAQ zahrnovala 44 položek, z toho 29 mělo osobní charakter a 15 obecný charakter. Jednotlivé položky objasňovaly pozitivní i negativní realitu vyššího věku a obsahovaly přibližně pět oblastí, a to oblast psychologickou, fyzického zdraví, ekonomickou, sociální oblast a postavení ve smyslu vykonávaných rolí. Patnáct výzkumných center se zúčastnilo pilotní verze testování, kde byla získána data od 1356

respondentů ve věku 60-99 let. Výsledky analýzy ukázaly dvě zásadní dimenze: fyzickou (ve významu tělesného zdraví a celkové vitality) a psychickou, která se ještě dělí na dvě složky, a to negativní psychologické aspekty (vyloučení, závislost, ztráty) a pozitivní (růst, zralost, zájem). Následná terénní studie zahrnovala už jen 38 položkovou verzi AAQ, která proběhla ve dvaceti výzkumných centrech a celkem se jí zúčastnilo 5566 respondentů ve věku 60-100 let. U tohoto výzkumu analýzy prokázaly třífaktorovou strukturu dotazníku, kdy v každé doméně zůstalo osm položek s nejlepšími psychometrickými atributy. Finální verze postojového dotazníku obsahuje 24 položek ve třech doménách pojmenované jako fyzické změny, psychosociální ztráty a psychologický růst (Dragomerická, 2009).

I. Doména – *psychosociální ztráty*: zahrnuje prožitky sociálního vyloučení, samoty, uzavření se a pozvolné ztráty fyzické soběstačnosti. Týká se to otázek č. 3, 6, 9, 12, 15, 17, 20 a 22.
II. Doména – *fyzické změny*: zahrnuje různorodější faktory, a to kondici, fyzické zdraví, cvičení a celkovou reflexi stárnutí. Týká se to otázek č. 7, 8, 11, 13, 14, 16, 23 a 24.
III. Doména – *psychologický růst*: zahrnuje kladné zkušenosti, které můžeme označit jako „zralost“ a „moudrost“, týkají se pozitivního vztahu k okolnímu světu a k sobě. Týká se to otázek č. 1, 2, 4, 5, 10, 18, 19 a 21.

Každá položka je doplněna pětibodovými Likertovými škálami v rozpětí od 1 do 5. Dále jsou k jednotlivým položkám vždy přidělena jedna ze dvou uvedených Likertových škál.

vůbec neplatí 1	trochu platí 2	středně platí 3	hodně platí 4	maximálně platí 5
výrazně nesouhlasím 1	nesouhlasím 2	nejsem si jist/a 3	souhlasím 4	výrazně souhlasím 5

Pro zjištění úrovně postojů ke stárnutí skrze dotazník AAQ je zapotřebí vytvořit tři podškály (dimenze AAQ). Každá ze tří dimenzí obsahuje osm výroků, z nichž spočítáme jednotlivé hrubé skóry. Výpočet prezentuje jednoduchý součet všech položek, což je podmíněné úplným a bezchybným vyplněním. Pouze u dimenze psychosociální ztráty je zapotřebí otočit škály, aby bylo možné je porovnávat s ostatními skóry (Dragomerická, 2009).

- Standardizovaná škála hodnocení fyzické zdatnosti seniorů = index geriatrické křehkosti (Topinková et. al, 2013) – česká verze

Pro vyhodnocení obratnosti, fyzické zdatnosti, neuromotorické koordinace i schopnosti udržet rovnováhu a stabilitu je aplikována „Krátká baterie pro hodnocení fyzické zdatnosti seniorů“ (Short Physical Performance Battery – SPPB), která vznikla již v roce 1994 a publikovali ji Guralnik et al. Jedná se o jednoduchý test, který nevyžaduje specializované instrumentárium.

Krátká baterie ověřuje tři funkční oblasti (SPPB A, B, C). Každá oblast je ohodnocena 0-4 body, takže maximální skóre může dosáhnout 12 bodů, což značí dobrou fyzickou zdatnost. Nižší skóre upozorňuje na zhoršenou fyzickou výkonnost. Jednotlivé části SPPB jsou limitovány konkrétním časem, který se v průběhu testování měří stopkami s přesností na setiny sekundy. První část baterie (SPPB A) testuje vyšetření rovnováhy, kdy senior setrvává ve stoji spojném, semitandemovém a tandemovém. Druhá část baterie (SPPB B) hodnotí rychlost chůze na vzdálenost 4 m. Senior ujde požadovanou vzdálenost svou obvyklou rychlostí chůze, jelikož na tento test má dva pokusy, započítává se kratší dosažený čas. Třetí část baterie (SPPB C) ověřuje svalovou sílu dolních končetin a neuromotorickou koordinaci při opětovném vstávání ze židle. Senior na pokyn vstává ze sedu na židli bez opory rukou, které má zkřížené na prsou, co nejrychleji a celkem pětkrát za sebou.

Celkové skóre po absolvování všech tří částí má následující hodnocení:

- 10-12 bodů = dobrá fyzická zdatnost
- 7-9 bodů = snížená fyzická zdatnost, nutné klinické hodnocení a intervence
- ≤ 6 bodů = křehký senior, vysoké riziko budoucí nesoběstačnosti

- Dotazník sociodemografických údajů

Formulář sociodemografických údajů obsahuje základní demografické údaje (věk, pohlaví, nejvyšší dosažené vzdělání, sociální situaci, lokalitu bydliště), doba vzniku sluchového postižení, přidružené postižení, konkrétní ztrátu sluchu v decibelech a určení postiženého ucha, používání kompenzační pomůcky, preferovaný druh komunikace,

zařazení se do skupiny neslyšících z hlediska kulturního/medicinského a konkrétní pohybovou aktivitu respondenta.

4.1.2 Realizace výzkumného šetření

K realizaci výzkumu pomocí dotazníkového a měřícího šetření docházelo terénní formou přímo v organizacích pro sluchově postižené (Svaz neslyšících a nedoslýchavých v ČR, Unie neslyšících, Česká unie neslyšících, Poradenská centra pro sluchově postižené), a to vždy po předchozí písemné nebo telefonické domluvě s vedením konkrétní organizace.

Na začátku zahájení jednotlivé hospitace byli respondenti obeznámeni s podmínkami a požadovaným záměrem dotazníkového a měřícího šetření. Respondenti byli seznámeni s informovaným souhlasem, který vyžadoval jejich podpis k zahájení výzkumu a ujištěni, že výzkumné šetření je plně anonymní a bude využito pouze pro účely této diplomové práce.

Po odsouhlasení všech požadavků, následovala instruktáž (s pomocí tlumočnice do znakového jazyka) k vyplňování tištěných dotazníků, a to konkrétně sociodemografický dotazník a subjektivně založené otázky z dotazníku AAQ – postoje ke stáří a stárnutí. Po ukončení byly všechny dotazníky individuálně zkontrolovány, zda nebyla například vynechána otázka či nenastala jakákoliv jiná chyba, která by znemožňovala vyhodnocení. Dále následovalo individuální měření respondentů, které se uskutečnilo aplikací krátké škály geriatrické křehkosti. Objektivní posouzení stavu jedince bylo zaznamenáno do archu, který vyplnila autorka diplomové práce (případně tlumočnice, která byla s vyhodnocením a požadavky předem seznámena).

Je určitě pochopitelné, že tento výzkum by se bez požadovaného a školeného personálu organizací neobešel (především bez tlumočníků do znakového jazyka), a proto právě oni byly na konci každého šetření obdarováni drobným darem, ale i respondenti za jejich ochotu a vstřícnost byli odměněni sladkou pochutinou na závěr výzkumného šetření.

4.1.3 Statistické zpracování dat

Data, která byla sesbírána a zaznamenána pro tento výzkum, slouží jako výchozí informace pro vyhodnocení cíle této diplomové práce a stanovených hypotéz. Ke zpracování získaných empirických dat byla použita deskriptivní analýza údajů pomocí

popisné statistiky. Dosažená data jsou zpracována statistickým vyhodnocením a představena budou pomocí grafů a tabulek s procentuálním zastoupením. Data jsou objasněna skrze absolutní a relativní četnosti. Hypotézy byly ověřeny pomocí Chí-kvadrátu a analýzou rozptylu (ANOVA). Statistická významnost bude hodnocena na hladině $p < 0,05$. Pokud byly p-hodnoty statistických testů nižší než 0,05; rozdíly a závislosti byly považovány za statisticky významné. Všechna data byla analyzována s použitím statistického programu IBM SPSS.

4.1.4 Charakteristika výzkumného souboru

Požadovanými kritérii pro výběr souboru respondentů byl věk (60 a více let), osoby s dlouhodobým nebo trvalým sluchovým postižením, které navštěvující kluby, organizace sdružující osoby se sluchovým postižením. Pro tento výzkum byly osloveny pouze osoby se sluchovým postižením, které pocházely z vybraných měst: Prostějov, Kroměříž a Brno.

Naopak vyřazujícím kritériem respondentů byly osoby se závažný kognitivním nebo zrakovým deficit (diagnostikována středně těžká/těžká demence, vážné poškození zraku) a osoby na invalidním vozíku.

V každém z uvedených měst se nachází jedna nebo i více organizací, které slouží pro účely sluchově postižených osob a byly pro tento výzkum osloveny ke spolupráci. Jelikož se jedná o organizace, které jejich klienti navštěvují dobrovolně a nepravidelně, nebylo dopředu známo, kolik respondentů se tohoto výzkumu zúčastní. Významnou událostí, která se nejvíce podepsala a současně značně ovlivnila počet respondentů byla virová pandemie (covid-19), která nejvíce ohrožovala právě osoby v seniorském věku.

Minimální věk respondenta byl 60 let, jak bylo stanoveno počátečními kritérii výzkumu, proband s nejvyšším dosaženým věkem měl 87 let. Průměrný věk činil 69 let a medián věku respondentů byl 68 let.

Z celkového počtu 62 respondentů byla větší část zastoupena ženami a to 42 (67,7 %), mužů bylo 20 (32,3 %).

Tabulka 3. Počet respondentů podle rozdělení Přibyla (zdroj: vlastní výzkum)

věk	**muži**		**ženy**		**celkem**	
	N	%	N	%	N	%
60-74 let	14	70,0	34	81,0	48	77,4
75-89 let	6	30,0	8	19,0	14	22,6
90 + let	0	0,0	0	0,0	0	0,0
celkem	**20**	**100,0**	**42**	**100,0**	**62**	**100,0**

Z tabulky vyplývá, že největší zastoupení jak žen, tak i mužů je ve věku (60-74 let), které činí 48 (77,4 %) respondentů a podle Přibyla (2015) se nacházejí v období s označením časné/počínající stáří. Na druhém místě je zastoupení žen i mužů ve věkové skupině (75-84 let), které činí 14 (22,6 %) osob, jedná se o období vlastního stáří (senium). Ve věkové skupině 90 a více let, tzv. období dlouhověkosti se nevyskytuje žádný respondent.

Jelikož třetí věková skupina (90 a více let) neobsahuje žádného respondenta, tím pádem bylo vhodné vytvořit redukované dělení respondentů, podle kterého se orientuje i zbytek výsledkové části. Za věkové rozmezí (60-74 let) označíme rané stáří a (75 a více let) považujeme pravé stáří (Tabulka 4.).

Tabulka 4. Redukovaný počet respondentů (zdroj: vlastní výzkum)

věk	**muži**		**ženy**		**celkem**	
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
60-74 let	14	70,0	34	81,0	48	77,4
75 a více let	6	30,0	8	19,0	14	22,6
celkem	**20**	**100,0**	**42**	**100,0**	**62**	**100,0**

Tabulka 5. Dosažené vzdělání respondentů (zdroj: vlastní výzkum)

Vzdělání	N	%
základní	19	30,6
střední s výučním listem	20	32,3
střední s maturitou	19	30,6
vysokoškolské	4	6,5

Nejčastějším stupněm dosaženého vzdělání bylo střední s výučním listem, u 20 (32,3 %). Na druhém místě je základní 19 (30,6 %) a zároveň i střední vzdělání s maturitou 19 (30,6 %). Vysokoškolské vzdělání uvedli pouze 4 (6,5 %) respondenti.

Tabulka 6. Sociální situace respondentů (zdroj: vlastní výzkum)

Sociální situace	N	%
žiji doma sám/sama	13	21,0
žiji doma s partnerem/partnerkou	27	43,6
žiji doma s dalšími příbuznými	19	30,6
žiji v domově pro seniory	3	4,8

Nejvýraznější zastoupení podle sociální situace má život doma s partnerem nebo partnerkou 27 (43,6 %), naopak nejnižší počet respondentů žije v domově pro seniory 3 (4,8 %).

Tabulka 7. Lokalita bydliště respondentů (zdroj: vlastní výzkum)

Lokalita bydliště	N	%
město	43	69,4
vesnice	19	30,6

Valná většina respondentů žije ve městě 43 (69,4 %), na vesnici žije 19 (30,6 %).

Tabulka 8. Doba vzniku sluchové ztráty u respondentů (zdroj: vlastní výzkum)

Doba vzniku	N	%
od narození	19	30,7
od 1-5 roků	12	19,4
od 6-10 roků	3	4,8
od 11-19 let	3	4,8
od 20-29 let	4	6,5
od 30-39 let	1	1,6
od 40-49 let	3	4,8
od 50-59 let	9	14,5
od 60-69 let	7	11,3
od 70-79 let	1	1,6

Nejčastější doba vzniku sluchové ztráty je od narození jedince 19 (30,7 %), dále ve věku v rozmezí od 1-5 roků a to 12 (19,4 %), jedná se o období, kdy je získána sluchová ztráta prelingvální (započatá před řečovým vývojem dítěte). V pokročilejším věku se ztráta sluchu nejčastěji objevuje ve věkovém rozmezí 50-59 let a to 9 (14,5 %).

Tabulka 9. Ztráta sluchu v decibelech u respondentů (zdroj: vlastní výzkum)

Ztráta v decibelech	N	%
lehká porucha sluchu (26-40 dB)	9	14,5
středně těžká porucha (41-60 dB)	18	29,0
těžká porucha sluchu (61-80 dB)	10	16,1
velmi těžká porucha včetně hluchoty (81 dB a více)	25	40,3

Největší zastoupení respondentů má velmi těžkou poruchu sluchu včetně hluchoty 25 (40,3 %), tito lidé jsou neslyšící nebo hluší. Následují respondenti se středně těžkou poruchou sluchu 18 (29,0 %), neboli osoby se středně těžkou nedoslýchavostí.

Tabulka 10. Kompenzační pomůcka u respondentů (zdroj: vlastní výzkum)

Kompenzační pomůcka	N	%
sluchadlo	24	38,7
kochleární implantát	4	6,5
bez pomůcky	34	54,8

Většina respondentů nepoužívá žádnou kompenzační pomůcku 34 (54,8 %) ke svému sluchovému postižení. Ti, kteří kompenzační pomůcku využívají, tak upřednostňují sluchadla 24 (38,7 %) před kochleárním implantátem 4 (6,5 %).

Tabulka 11. Preferovaná komunikace respondentů (zdroj: vlastní výzkum)

Preferovaná komunikace	N	%
český jazyk	28	45,2
český znakový jazyk	25	40,3
český znakový jazyk + český jazyk	9	14,5

Preferovaným jazykem respondentů je český jazyk 28 (45,2 %), který zahrnuje mluvenou řeč a psanou podobu jazyka. Druhou nejčastější volbou komunikace je český znakový jazyk 25 (40,3 %). Na posledním místě je komunikace, která kombinuje český znakový jazyk i český jazyk 9 (14,5 %), v této situaci jedinec používá znakový jazyk a mluví.

Tabulka 12. Medicínsko-kulturní hledisko respondentů (zdroj: vlastní výzkum)

Hledisko	N	%
kulturní a jazykové („Neslyšící“)	26	41,9
medicínské (neslyšící)	36	58,1

Větší počet respondentů se přiklání k medicínskému hledisku 36 (58,1 %), což znamená, že se považují za osoby neslyšící z pohledu lékařského. Kulturní a jazykové hledisko obsahuje 26 (41,9 %) respondentů, kteří svůj hendikep nevnímají jako přítěž a považují se za „Neslyšící“ (s velkým N).

Tabulka 13. Pohybová aktivita respondentů (zdroj: vlastní výzkum)

Pohybová aktivita	N	%
závodně	14	22,6
rekreačně	25	40,3
vůbec nesportoval/a	23	37,1

Nejpočetnější druh pohybové aktivity je rekreační 25 (40,3 %), kam řadíme například procházky, jízdu na kole atd. Následuje žádná pohybová aktivita 23 (37,1 %) u respondentů. Na posledním místě je druh pohybové aktivity, který byl prováděn závodně, a to 14 (22,6 %).

Tabulka 14. Fyzická zdatnost (index seniorské křehkosti) respondentů (zdroj: vlastní výzkum)

Fyzická zdatnost	N	%
dobrá fyzická zdatnost	38	61,3
snížená fyzická zdatnost	15	24,2
špatná fyzická zdatnost	9	14,5

Valná většina respondentů disponuje dobrou fyzickou zdatností 38 (61,3 %), následuje snížená fyzická zdatnost 15 (24,2 %) a v poslední řadě je špatná fyzická zdatnost 9 (14,5 %).

4.2 Výzkumný cíl a hypotézy

Cílem diplomové práce je zjistit vztah mezi vybranými faktory (věk, pohlaví, vzdělání, sociální situace, lokalita bydliště, míra sluchové ztráty, medicínsko-kulturní hledisko, používání kompenzační pomůcky, preferovaná forma komunikace, pohybová aktivita) a hodnocením v jednotlivých doménách dotazníku AAQ, Krátká baterie pro hodnocení fyzické zdatnosti seniorů – SPPB.

Pro zjištění statisticky významných souvislostí mezi získanými daty byly stanoveny statistické hypotézy. Stanovené hypotézy se zabývají vztahem mezi subjektivním postoji ke stáří a stárnutí, objektivním hodnocením fyzické zdatnosti seniorů a jednotlivými proměnnými (věk, pohlaví, vzdělání, sociální situace, lokalita bydliště, míra sluchové ztráty, medicínsko-kulturní hledisko, používání kompenzační pomůcky, preferovaná forma komunikace, pohybová aktivita).

Hypotéza H_{01}:
Věk neovlivňuje postoj ke stáří a stárnutí měřený dotazníkem AAQ ani úroveň fyzické zdatnosti (Krátká baterie pro hodnocení fyzické zdatnosti seniorů – SPPB).
Hypotéza H_{A1}:
Věk ovlivňuje postoj ke stáří a stárnutí měřený dotazníkem AAQ a úroveň fyzické zdatnosti (Krátká baterie pro hodnocení fyzické zdatnosti seniorů – SPPB).

Hypotéza H_{02}:
Pohlaví neovlivňuje postoj ke stáří a stárnutí měřený dotazníkem AAQ ani úroveň fyzické zdatnosti (Krátká baterie pro hodnocení fyzické zdatnosti seniorů – SPPB).
Hypotéza H_{A2}:
Pohlaví ovlivňuje postoj ke stáří a stárnutí měřený dotazníkem AAQ a úroveň fyzické zdatnosti (Krátká baterie pro hodnocení fyzické zdatnosti seniorů – SPPB).

Hypotéza H_{03}:
Vzdělání neovlivňuje postoj ke stáří a stárnutí měřený dotazníkem AAQ ani úroveň fyzické zdatnosti (Krátká baterie pro hodnocení fyzické zdatnosti seniorů – SPPB).
Hypotéza H_{A3}:

Vzdělání ovlivňuje postoj ke stáří a stárnutí měřený dotazníkem AAQ a úroveň fyzické zdatnosti (Krátká baterie pro hodnocení fyzické zdatnosti seniorů – SPPB).

Hypotéza H_{04}:
Sociální situace neovlivňuje postoj ke stáří a stárnutí měřený dotazníkem AAQ ani úroveň fyzické zdatnosti (Krátká baterie pro hodnocení fyzické zdatnosti seniorů – SPPB).
Hypotéza H_{A4}:
Sociální situace ovlivňuje postoj ke stáří a stárnutí měřený dotazníkem AAQ a úroveň fyzické zdatnosti (Krátká baterie pro hodnocení fyzické zdatnosti seniorů – SPPB).

Hypotéza H_{05}:
Lokalita bydliště neovlivňuje postoj ke stáří a stárnutí měřený dotazníkem AAQ ani úroveň fyzické zdatnosti (Krátká baterie pro hodnocení fyzické zdatnosti seniorů – SPPB).
Hypotéza H_{A5}:
Lokalita bydliště ovlivňuje postoj ke stáří a stárnutí měřený dotazníkem AAQ a úroveň fyzické zdatnosti (Krátká baterie pro hodnocení fyzické zdatnosti seniorů – SPPB).

Hypotéza H_{06}:
Míra sluchové ztráty neovlivňuje postoj ke stáří a stárnutí měřený dotazníkem AAQ ani úroveň fyzické zdatnosti (Krátká baterie pro hodnocení fyzické zdatnosti seniorů – SPPB).
Hypotéza H_{A6}:
Míra sluchové ztráty ovlivňuje postoj ke stáří a stárnutí měřený dotazníkem AAQ a úroveň fyzické zdatnosti (Krátká baterie pro hodnocení fyzické zdatnosti seniorů – SPPB).

Hypotéza H_{07}:
Medicínsko-kulturní hledisko neovlivňuje postoj ke stáří a stárnutí měřený dotazníkem AAQ ani úroveň fyzické zdatnosti (Krátká baterie pro hodnocení fyzické zdatnosti seniorů – SPPB).
Hypotéza H_{A7}:
Medicínsko-kulturní hledisko ovlivňuje postoj ke stáří a stárnutí měřený dotazníkem AAQ a úroveň fyzické zdatnosti (Krátká baterie pro hodnocení fyzické zdatnosti seniorů – SPPB).

Hypotéza H_{08}:

Používání kompenzační pomůcky neovlivňuje postoj ke stáří a stárnutí měřený dotazníkem AAQ ani úroveň fyzické zdatnosti (Krátká baterie pro hodnocení fyzické zdatnosti seniorů – SPPB).

Hypotéza H_{A8}:

Používání kompenzační pomůcky ovlivňuje postoj ke stáří a stárnutí měřený dotazníkem AAQ a úroveň fyzické zdatnosti (Krátká baterie pro hodnocení fyzické zdatnosti seniorů – SPPB).

Hypotéza H_{09}:

Preferovaná forma komunikace neovlivňuje postoj ke stáří a stárnutí měřený dotazníkem AAQ ani úroveň fyzické zdatnosti (Krátká baterie pro hodnocení fyzické zdatnosti seniorů – SPPB).

Hypotéza H_{A9}:

Preferovaná forma komunikace ovlivňuje postoj ke stáří a stárnutí měřený dotazníkem AAQ a úroveň fyzické zdatnosti (Krátká baterie pro hodnocení fyzické zdatnosti seniorů – SPPB).

Hypotéza H_{010}:

Pohybová aktivita neovlivňuje postoj ke stáří a stárnutí měřený dotazníkem AAQ ani úroveň fyzické zdatnosti (Krátká baterie pro hodnocení fyzické zdatnosti seniorů – SPPB)

Hypotéza H_{A10}:

Pohybová aktivita ovlivňuje postoj ke stáří a stárnutí měřený dotazníkem AAQ a úroveň fyzické zdatnosti (Krátká baterie pro hodnocení fyzické zdatnosti seniorů – SPPB).

5 VÝSLEDKY

V této kapitole jsou prezentovány výsledky, a to podle stanoveného cíle práce a vyhodnocení jednotlivých domén i otázek dotazníku AAQ a Krátká baterie pro hodnocení fyzické zdatnosti seniorů – SPPB.

K popisu výsledků jsou přiloženy i příslušné tabulky s konkrétním vyhodnocením. Tabulkové vyobrazení u značné většiny případů obsahuje absolutní četnost značenou N, která je vyjádřena i ve formě procentuální relativní četnosti značené (%). Dále jsou uvedeny statistické hodnoty významnosti (p), které mají stanovenou hladinu významnosti na 0,05. U Krátké baterie pro hodnocení fyzické zdatnosti seniorů – SPPB jsou data vyhodnocena Chí-kvadrát testem čili testem dobré shody, který je označen x^2. U dotazníku AAQ byly vypočítány základní popisné charakteristiky skóre domén, a to průměrná hodnota, směrodatná odchylka (SD), medián, minimální a maximální hodnota. Výsledky testu AAQ s danými proměnnými jsou ověřeny pomocí metody ANOVA čili analýzou rozptylu.

5.1 Výsledky k výzkumnému cíli práce

Cíl práce: *Cílem diplomové práce je zjistit vztah mezi vybranými faktory (věk, pohlaví, vzdělání, sociální situace, lokalita bydliště, míra sluchové ztráty, medicínsko-kulturní hledisko, používání kompenzační pomůcky, preferovaná forma komunikace, pohybová aktivita) a hodnocením v jednotlivých doménách dotazníku AAQ, Krátká baterie pro hodnocení fyzické zdatnosti seniorů – SPPB.*

Cíl, který zjišťuje, zda existuje vztah mezi **faktorem věk** a hodnocením v jednotlivých doménách dotazníku AAQ a Krátké baterie pro hodnocení fyzické zdatnosti seniorů – SPPB, je následující:

- AAQ – jednotlivé domény uvádí, že věk neovlivňuje postoj ke stáří a stárnutí i celkové hodnocení vyvracuje vliv věku.
- SPPB – fyzická zdatnost seniorů je ovlivněna věkem.

K vyhodnocení cíle byly vzájemně porovnány výsledky objektivně hodnoceného praktického testu fyzické zdatnosti seniorů, subjektivní hodnocení domén v dotazníku postoje ke stáří a stárnutí s položkou věku respondentů ze sociodemografického dotazníku.

Z tabulky 15 můžeme vyčíst, že z celkového počtu respondentů 62 (100,0 %) je 38 (61,3 %) seniorů s dobrou fyzickou zdatností, 15 (24,2 %) jsou se sníženou fyzickou zdatností a 9 (14,5 %) jsou křehcí senioři. Z věkové skupiny (60-74 let), tedy z raného stáří nejvíce respondentů disponuje dobrou fyzickou zdatností 35 (72, 9 %). Z věkové skupiny (75 a více let), tedy z období pravého stáří se nejvíce respondentů řadí do kategorie křehký senior 6 (42,9 %). Statistická významnost byla zjištěna mezi věkem a fyzickou zdatností seniorů.

Z tabulky 17 se dozvíme, že věk není statisticky významný pro žádnou z domén v dotazníku postoje ke stáří a stárnutí, ani celkové hodnocení za všechny tři domény dotazníku nevyhodnocuje věk za statisticky významný.

Cíl, který zjišťuje, zda existuje vztah mezi **faktorem pohlaví** a hodnocením v jednotlivých doménách dotazníku AAQ a Krátké baterie pro hodnocení fyzické zdatnosti seniorů – SPPB, je následující:

- AAQ – jednotlivé domény uvádí, že pohlaví neovlivňuje postoj ke stáří a stárnutí, ale po celkovém vyhodnocení všech tří domén, pohlaví ovlivňuje postoje ke stáří a stárnutí.
- SPPB – fyzická zdatnost seniorů není ovlivněna pohlavím.

K vyhodnocení cíle byly vzájemně porovnány výsledky objektivně hodnoceného praktického testu fyzické zdatnosti seniorů, subjektivní hodnocení domén v dotazníku postoje ke stáří a stárnutí s položkou pohlaví respondentů ze sociodemografického dotazníku.

Z tabulky 15 je evidentní, že většina žen 27 (64,3 %) i mužů 11 (55,0 %) disponuje dobrou fyzickou zdatností. Následuje snížená fyzická zdatnost u žen 10 (23,8 %), u mužů 5 (25,0 %). U obou pohlaví se křehký senior vyskytuje v nejnižším počtu, u žen 5 (11,9 %) a muži 4 (20,0 %). Statistická významnost nebyla zjištěna mezi pohlavím a fyzickou zdatností seniorů.

Z tabulky 17 vyčteme, že pohlaví není statisticky významné pro žádnou z domén, ale při celkovém vyhodnocení všech tří domén dotazníku, je pohlaví statisticky významným faktorem pro postoje ke stáří a stárnutí.

Cíl, který zjišťuje, zda existuje vztah mezi **faktorem vzdělání** a hodnocením v jednotlivých doménách dotazníku AAQ a Krátké baterie pro hodnocení fyzické zdatnosti seniorů – SPPB, je následující:

- AAQ – v doménách psychosociální ztráty a fyzický změny nemá vzdělání vliv na postoj ke stáří a stárnutí. Pouze doména psychologický růst udává vliv vzdělání na postoj ke stáří a stárnutí. Celkové vyhodnocení za všechny tři domény říká, že vzdělání neovlivňuje postoj ke stáří a stárnutí.
- SPPB – fyzická zdatnost seniorů není ovlivněna vzděláním.

K vyhodnocení cíle byly vzájemně porovnány výsledky objektivně hodnoceného praktického testu fyzické zdatnosti seniorů, subjektivní hodnocení domén v dotazníku postoje ke stáří a stárnutí s položkou vzdělání respondentů ze sociodemografického dotazníku.

Z tabulky 15 vyčteme, že respondenti se základním vzděláním, dosahují nejčastěji dobré fyzické zdatnosti 12 (63,1 %). Respondenti s výučním listem disponují nejčastěji dobrou fyzickou zdatností 10 (50,0 %). Středoškolské vzdělání má nejpočetnější zastoupení respondentů s dobrou fyzickou zdatností 15 (79,0 %). Vysokoškolské vzdělání má největší zastoupení respondentů se sníženou fyzickou zdatností 3 (75,0 %). Křehcí senioři jsou nejvíce zastoupeni u respondentů s výučním listem 4 (20,0 %). Statistická významnost nebyla zjištěna mezi vzděláním a fyzickou zdatností seniorů.

Tabulka 17 uvádí, že jak doména psychosociální ztráty, tak i fyzické změny nemají významný vliv na postoj ke stáří a stárnutí. Naopak doména psychologický růst má statisticky významný vliv na postoj ke stáří a stárnutí. Celkové statistické vyhodnocení faktoru vzdělání na postoj ke stáří a stárnutí, se ukazuje jako nevýznamné.

Cíl, který zjišťuje, zda existuje vztah mezi **faktorem sociální situace** a hodnocením v jednotlivých doménách dotazníku AAQ a Krátké baterie pro hodnocení fyzické zdatnosti seniorů – SPPB, je následující:

- AAQ – jednotlivé domény i celkové vyhodnocení uvádí, že sociální situace nemá vliv na postoj ke stáří a stárnutí.
- SPPB – fyzická zdatnost seniorů je ovlivněna sociální situací.

K vyhodnocení cíle byly vzájemně porovnány výsledky objektivně hodnoceného praktického testu fyzické zdatnosti seniorů, subjektivní hodnocení domén v dotazníku postoje ke stáří a stárnutí s položkou sociální situace respondentů ze sociodemografického dotazníku.

Z tabulky 15 se dozvíme, že největší počet respondentů žije se svým partnerem/kou 23 (85,2 %) a disponují dobrou fyzickou zdatností. Druhé místo obsazují respondenti, kteří žijí s dalšími příbuznými 9 (47,4 %) a opět disponují dobrou fyzickou zdatností, a zároveň se tito respondenti umísťují i na třetím místě, ale se sníženou fyzickou zdatností 7 (36,8 %). Nejméně početné zastoupení mají respondenti žijící v domově pro seniory a jsou zastoupeni po jedné osobě ve všech třech typech fyzické zdatnost a to dobré, snížené a křehký senior 1 (33,3 %). Pouze 1 (3,7 %) respondent žije se svým partnerem/kou a je označen za křehkého seniora. Statistická významnost byla zjištěna mezi sociální situací a fyzickou zdatností seniorů.

Tabulka 17 říká, že na všechny tři domény nemá sociální situace statisticky významný vliv. Celkové statistické vyhodnocení faktoru sociální situace na postoj ke stáří a stárnutí udává, že není významná.

Cíl, který zjišťuje, zda existuje vztah mezi **faktorem lokalita bydliště** a hodnocením v jednotlivých doménách dotazníku AAQ a Krátké baterie pro hodnocení fyzické zdatnosti seniorů – SPPB, je následující:

- AAQ – jednotlivé domény i celkové vyhodnocení uvádí, že lokalita bydliště nemá vliv na postoj ke stáří a stárnutí.
- SPPB – fyzická zdatnost seniorů není ovlivněna lokalitou bydliště.

K vyhodnocení cíle byly vzájemně porovnány výsledky objektivně hodnoceného praktického testu fyzické zdatnosti seniorů, subjektivní hodnocení domén v dotazníku postoje ke stáří a stárnutí s položkou lokalita bydliště respondentů ze sociodemografického dotazníku.

Z tabulky 15 vyčteme, že největší počet respondentů má za lokalitu bydliště město 27 (62,8 %) a disponují dobrou fyzickou zdatností. Na druhém místě se umístili se stejným počtem respondentů ti, kteří žijí ve městě 11 (25,6 %) a mají sníženou fyzickou zdatnost a respondenti s dobrou fyzickou zdatností, kteří žijí na vesnici 11 (57,8 %). Na vesnici žijí 4 (21,1 %) respondeti se sníženou fyzickou zdatností i 4 (21,1 %) křehcí senioři. Ve městě žije nejméně křehkých seniorů 5 (11,6 %). Statistická významnost nebyla zjištěna mezi lokalitou bydliště a fyzickou zdatností seniorů.

Tabulka 17 říká, že na všechny tři domény nemá lokalita bydliště žádný statisticky významný vliv. Celkové statistické vyhodnocení faktoru lokalita bydliště na postoj ke stáří a stárnutí udává, že není významná.

Cíl, který zjišťuje, zda existuje vztah mezi **faktorem míra sluchové ztráty** a hodnocením v jednotlivých doménách dotazníku AAQ a Krátké baterie pro hodnocení fyzické zdatnosti seniorů – SPPB, je následující:

- AAQ – v doménách psychosociální ztráty a psychologický růst nemá míra sluchové ztráty vliv na postoj ke stáří a stárnutí. Pouze doména fyzické změny udává vliv míry sluchové ztráty na postoj ke stáří a stárnutí. Celkové vyhodnocení za všechny tři domény říká, že míra sluchové ztráty neovlivňuje postoj ke stáří a stárnutí.
- SPPB – fyzická zdatnost seniorů není ovlivněna mírou sluchové ztráty.

K vyhodnocení cíle byly vzájemně porovnány výsledky objektivně hodnoceného praktického testu fyzické zdatnosti seniorů, subjektivní hodnocení domén v dotazníku postoje ke stáří a stárnutí s položkou míra sluchové ztráty u respondentů ze sociodemografického dotazníku.

Tabulka 15 udává, že nejpočetnější zastoupení respondentů má míru sluchové ztráty velmi těžkou či přímo hluchotu 15 (60,0 %) s dobrou fyzickou zdatností. Druhé nejpočetnější zastoupení mají respondenti se středně těžkou mírou sluchové ztráty 12 (66,6 %), kteří mají dobrou fyzickou zdatnost. Křehcí senioři s lehkou mírou sluchové ztráty se ve výzkumném vzorku vůbec nevyskytují. Pouze 1 (10,0 %) respondent s těžkou mírou sluchové ztráty je řazen mezi křehké seniory. Statistická významnost nebyla zjištěna mezi mírou sluchové ztráty a fyzickou zdatností seniorů.

Z tabulky 17 vyčteme, že pouze doména fyzické změny je statisticky významná pro míru sluchové ztráty seniorů. Celkové statistické vyhodnocení faktoru míra sluchové ztráty na postoj ke stáří a stárnutí udává, že není významná.

Cíl, který zjišťuje, zda existuje vztah mezi **faktorem medicínsko-kulturní hledisko** a hodnocením v jednotlivých doménách dotazníku AAQ a Krátké baterie pro hodnocení fyzické zdatnosti seniorů – SPPB, je následující:

- AAQ – jednotlivé domény i celkové vyhodnocení uvádí, že medicínsko-kulturní hledisko nemá vliv na postoj ke stáří a stárnutí.
- SPPB – fyzická zdatnost seniorů není ovlivněna medicínsko-kulturním hlediskem.

K vyhodnocení cíle byly vzájemně porovnány výsledky objektivně hodnoceného praktického testu fyzické zdatnosti seniorů, subjektivní hodnocení domén v dotazníku postoje ke stáří a stárnutí s položkou medicínsko-kulturní hledisko respondentů ze sociodemografického dotazníku.

Tabulka 15 prezentuje, že nejvíce respondentů se řadí do medicínského hlediska a disponují dobrou fyzickou zdatností 25 (69,4 %). Druhé místo obsazují respondenti s kulturním a jazykovým hlediskem 13 (50,0 %), kteří mají dobrou fyzickou zdatnost. S medicínským hlediskem je 9 (25,0 %) respondentů se sníženou fyzickou zdatností a 2 (5,6 %) křehcí senioři. Kulturní a jazykové hledisko má 6 (23,1 %) respondentů se sníženou fyzickou zdatností a 7 (26,9 %) křehkých seniorů. Statistická významnost nebyla zjištěna mezi medicínsko-kulturním hlediskem a fyzickou zdatností seniorů.

Tabulka 17 uvádí, že na všechny tři domény nemá medicínsko-kulturní hledisko statisticky významný vliv. Celkové statistické vyhodnocení faktoru medicínsko-kulturní hledisko na postoj ke stáří a stárnutí udává, že není významné.

Cíl, který zjišťuje, zda existuje vztah mezi **faktorem používání kompenzační pomůcky** a hodnocením v jednotlivých doménách dotazníku AAQ a Krátké baterie pro hodnocení fyzické zdatnosti seniorů – SPPB, je následující:

- AAQ – jednotlivé domény i celkové vyhodnocení uvádí, že používání kompenzační pomůcky nemá vliv na postoj ke stáří a stárnutí.

- SPPB – fyzická zdatnost seniorů není ovlivněna používáním kompenzační pomůcky.

K vyhodnocení cíle byly vzájemně porovnány výsledky objektivně hodnoceného praktického testu fyzické zdatnosti seniorů, subjektivní hodnocení domén v dotazníku postoje ke stáří a stárnutí s položkou používání kompenzační pomůcky respondentů ze sociodemografického dotazníku.

Tabulka 15 ukazuje, že nejčastěji respondenti nevyužívají žádnou kompenzační pomůcku 21 (61,8 %) a mají dobrou fyzickou zdatnost. Druhé místo zaujímají sluchadla, které využívá 16 (66,7 %) respondentů s dobrou fyzickou zdatností. Nejméně používaná kompenzační pomůcka je kochleární implantát, kterou využívá 1 (25,0 %) respondent s dobrou fyzickou zdatností, 3 (75,0 %) respondenti se sníženou fyzickou zdatností a nevyskytuje se žádný křehký senior. Křehkých seniorů bez kompenzační pomůcky je 7 (20,6 %). Statistická významnost nebyla zjištěna mezi používáním kompenzační pomůcky a fyzickou zdatností seniorů.

Z tabulky 17 vyčteme, že na všechny tři domény nemá používání kompenzační pomůcky statisticky významný vliv. Celkové statistické vyhodnocení faktoru používání kompenzační pomůcky na postoj ke stáří a stárnutí udává, že není významné.

Cíl, který zjišťuje, zda existuje vztah mezi **faktorem preferované formy komunikace** a hodnocením v jednotlivých doménách dotazníku AAQ a Krátké baterie pro hodnocení fyzické zdatnosti seniorů – SPPB, je následující:

- AAQ – jednotlivé domény i celkové vyhodnocení uvádí, že preferovaná forma komunikace nemá vliv na postoj ke stáří a stárnutí.
- SPPB – fyzická zdatnost seniorů není ovlivněna preferovanou formou komunikace.

K vyhodnocení cíle byly vzájemně porovnány výsledky objektivně hodnoceného praktického testu fyzické zdatnosti seniorů, subjektivní hodnocení domén v dotazníku postoje ke stáří a stárnutí s položkou preferovaná forma komunikace respondentů ze sociodemografického dotazníku.

Tabulka 15 uvádí, nejvíce respondentů preferuje formu komunika v českém jazyce 18 (64,3 %) a disponují dobrou fyzickou zdatností. Následuje komunikace v českém znakovém jazyce 14 (56,0 %) s dobrou fyzickou zdatností. Respondenti, kteří preferují

komunikaci v českém a českém znakovém jazyce mají 6 (66,7 %) respondentů s dobrou fyzickou zdatností, 1 (11,1 %) respondenta se sníženou fyzickou zdatností a 2 (22,2 %) křehké seniory. Statistická významnost nebyla zjištěna mezi preferovanou formou komunikace a fyzickou zdatností seniorů.

Z tabulky 17 zjistíme, že na všechny tři domény nemá preferovaná forma komunikace statisticky významný vliv. Celkové statistické vyhodnocení faktoru preferovaná forma komunikace na postoj ke stáří a stárnutí udává, že není významná.

Cíl, který zjišťuje, zda existuje vztah mezi **faktorem pohybové aktivity** a hodnocením v jednotlivých doménách dotazníku AAQ a Krátké baterie pro hodnocení fyzické zdatnosti seniorů – SPPB, je následující:

- AAQ – v doménách psychosociální ztráty a fyzické změny má pohybová aktivita vliv na postoj ke stáří a stárnutí. Pouze doména psychologický růst neudává vliv pohybové aktivity na postoj ke stáří a stárnutí. Celkové vyhodnocení za všechny tři domény říká, že pohybová aktivitas ovlivňuje postoj ke stáří a stárnutí.
- SPPB – fyzická zdatnost seniorů není ovlivněna pohybovou aktivitou.

K vyhodnocení cíle byly vzájemně porovnány výsledky objektivně hodnoceného praktického testu fyzické zdatnosti seniorů, subjektivní hodnocení domén v dotazníku postoje ke stáří a stárnutí s položkou pohybová aktivita respondentů ze sociodemografického dotazníku.

Z tabulky 15 vyčteme, že nejvíce respondentů praktikovalo rekreační pohybovou aktivitu 14 (56,0 %) a disponovalo dobrou fyzickou zdatností, se sníženou fyzickou zdatností 10 (40,0 %) a 1 (4,0 %) křehký senior. Ti, kteří provozovali pohybovou aktivitu závodně a disponovali dobrou fyzickou zdatností bylo 11 (78,6 %), se sníženou fyzickou zdatností 2 (14,3 %) a 1 (7,1 %) křehký senior. Mezi respondety, kteří nesportovali vůbec a měli dobrou fyzickou zdatnost je 13 (56,5 %), se sníženou fyzickou zdatností 3 (13,1 %) a 7 (30,4 %) křehkých seniorů. Statistická významnost nebyla zjištěna mezi pohybovou aktivitou a fyzickou zdatností seniorů.

Tabulka 17 říká, že pouze doména psychologický růst nemá statistický významný vliv na postoj ke stáří a stárnutí. Celkové statistické vyhodnocení faktoru pohybové aktivity na postoj ke stáří a stárnutí udává, že má významný vliv.

Tabulka 15. Porovnání fyzické zdatnosti seniorů (index seniorské křehkosti) v závislosti na sociodemografických proměnných (zdroj: vlastní výzkum)

	Fyzická zdatnost			**Celkem N (%)**	**x^2/p**
	FYZ 1 N (%)	**FYZ 2 N (%)**	**FYZ 3 N (%)**		
Věk N (%)	38 (61,3)	15 (24,2)	9 (14,5)	62 (100,0)	
60-74 let N (%)	35 (72,9)	10 (20,8)	3 (6,3)	48 (100,0)	**9,54/0,01**
75 a více let N (%)	3 (21,4)	5 (35,7)	6 (42,9)	14 (100,0)	
Pohlaví N (%)	38 (61,3)	15 (24,2)	9 (14,5)	62 (100,0)	
muži N (%)	11 (55,0)	5 (25,0)	4 (20,0)	20 (100,0)	3,62/0,16
ženy N (%)	27 (64,3)	10 (23,8)	5 (11,9)	42 (100,0)	
Vzdělání N (%)	38 (61,3)	15 (24,2)	9 (14,5)	62 (100,0)	
základní N (%)	12 (63,1)	4 (21,1)	3 (15,8)	19 (100,0)	9,20/0,16
vyučen N (%)	10 (50,0)	6 (30,0)	4 (20,0)	20 (100,0)	
středoškolské N (%)	15 (79,0)	2 (10,5)	2 (10,5)	19 (100,0)	
vysokoškolské N (%)	1 (25,0)	3 (75,0)	0 (0,0)	4 (100,0)	
Sociální situace N (%)	38 (61,3)	15 (24,2)	9 (14,5)	62 (100,0)	
žiji sám/sama N (%)	5 (38,4)	4 (30,8)	4 (30,8)	13 (100,0)	

žiji s partnerem/kou N (%)	23 (85,2)	3 (11,1)	1 (3,7)	27 (100,0)	**13,27/0,04**
žiji s příbuznými N (%)	9 (47,4)	7 (36,8)	3 (15,8)	19 (100,0)	
žiji v domově pro seniory N (%)	1 (33,3)	1 (33,3)	1 (33,3)	3 (100,0)	
Bydliště N (%)	38 (61,3)	15 (24,2)	9 (14,5)	62 (100,0)	
město N (%)	27 (62,8)	11 (25,6)	5 (11,6)	43 (100,0)	0,98/0,61
vesnice N (%)	11 (57,8)	4 (21,1)	4 (21,1)	19 (100,0)	
Sluchová ztráta N (%)	38 (61,3)	15 (24,2)	9 (14,5)	62 (100,0)	
lehká (26-40 dB) N (%)	7 (77,8)	2 (22,2)	0 (0,0)	9 (100,0)	5,32/0,50
středně těžká (41-60 dB) N (%)	12 (66,6)	3 (16,7)	3 (16,7)	18 (100,0)	
těžká (61-80 dB) N (%)	4 (40,0)	5 (50,0)	1 (10,0)	10 (100,0)	
velmi těžká/hluchota (81dB a více) N (%)	15 (60,0)	5 (20,0)	5 (20,0)	25 (100,0)	
Hledisko N (%)	38 (61,3)	15 (24,2)	9 (14,5)	62 (100,0)	
kulturní a jazykové N (%)	13 (50,0)	6 (23,1)	7 (26,9)	26 (100,0)	3,78/0,15
medicínské N (%)	25 (69,4)	9 (25,0)	2 (5,6)	36 (100,0)	
Kompenzační pomůcka N (%)	38 (61,3)	15 (24,2)	9 (14,5)	62 (100,0)	

sluchadlo N (%)	16 (66,7)	6 (25,0)	2 (8,3)	24 (100,0)	4,72/0,32
kochleární implantát N (%)	1 (25,0)	3 (75,0)	0 (0,0)	4 (100,0)	
bez pomůcky N (%)	21 (61,8)	6 (17,6)	7 (20,6)	34 (100,0)	
Komunikace N (%)	38 (61,3)	15 (24,2)	9 (14,5)	62 (100,0)	
český jazyk N (%)	18 (64,3)	7 (25,0)	3 (10,7)	28 (100,0)	2,01/0,32
český znakový jazyk N (%)	14 (56,0)	7 (28,0)	4 (16,0)	25 (100,0)	
český znakový + český jazyk N (%)	6 (66,7)	1 (11,1)	2 (22,2)	9 (100,0)	
Pohybová aktivita N (%)	38 (61,3)	15 (24,2)	9 (14,5)	62 (100,0)	
závodně N (%)	11 (78,6)	2 (14,3)	1 (7,1)	14 (100,0)	8,71/0,07
rekreačně N (%)	14 (56,0)	10 (40,0)	1 (4,0)	25 (100,0)	
vůbec nesportoval/a N (%)	13 (56,5)	3 (13,1)	7 (30,4)	23 (100,0)	

Vysvětlivka: Fyzická zdatnost FYZ 1 = dobrá fyzická zdatnost

FYZ 2 = snížená fyzická zdatnost

FYZ 3 = křehký senior

X^2 = Chí-kvadrát

p = hladina statistické významnosti

Tabulka 16. Dotazník AAQ – základní popisné charakteristiky skóre domén (zdroj: vlastní výzkum)

AAQ	průměr	SD	medián	minimum	maximum
Psychosociální ztráty	20,21	5,50	20	11	34
Fyzické změny	24,15	5,10	24	16	35
Psychologický růst	25,02	4,49	24,5	15	38

Vysvětlivka: SD = směrodatná odchylka

Tabulka 17. Porovnání domén AAQ se sociodemografickými proměnnými (zdroj: vlastní výzkum)

	AAQ			ANOVA
Sociodemografické proměnné	**PZ**	**FZ**	**PR**	**Celkové hodnocení**
	p	**p**	**p**	**p**
věk	0,148	0,522	0,119	0,589
pohlaví	0,463	0,412	0,785	**0,042**
vzdělání	0,350	0,170	**0,011**	0,060
sociální situace	0,200	0,945	0,279	0,245
lokalita bydliště	0,527	0,762	0,124	0,168
sluchová ztráta	0,291	**0,021**	0,859	0,436
medicínskokulturní hledisko	0,935	0,519	0,548	0,089
kompenzační pomůcka	0,359	0,366	0,237	0,913
forma komunikace	0,203	0,881	0,382	0,422
pohybová aktivita	**0,035**	**0,005**	0,426	**0,022**

Vysvětlivka: domény PZ = psychosociální ztráty
FZ = fyzické změny
PR = psychologický růst
p = hladina statistické významnosti

Po finálním vyhodnocení jednotlivých tvzení (celkem 24 tvrzení) dotazníku AAQ, si uvedeme zejména ta tvrzení, která jsou svým sdělením nejvýznamnější, což znamená, že nejvíce respondentů se shodlo na daném postoji k tomuto tvrzení. U otázky číslo 1: „*Jak lidé stárnou, jsou schopni se lépe vyrovnávat se životem.“*se vetšina respondentů shodla, že si nejsou jisti tímto tvrzením 28 (45,2 %). Otázka číslo 2: „*Je výsadou dožít se vyššího věku.“* se respondenti opět domnívají, že si nejsou jisti tímto tvrzením 29 (46,8 %). U otázky číslo 3: „*Stáří je čas samoty.“* se respondeti shodli, že nesouhlasí s daným tvrzením 26 (41,9 %). Otázka číslo 4: *„Moudrost přichází s věkem.“*, s tímto tvrzením si není jisto 26 (41,9 %) respondentů. S otázkou číslo 5: *„Stáří s sebou přináší mnoho příjemných věcí.“* souhlasí většina respondentů 25 (40,3 %). U otázky číslo 6: *„Stáří je čas depresí.“* se přesně polovina respondentů 31 (50,0 %) shodla, že nesouhlasí s tvrzením. Otázka číslo 7 říká: *„Cvičení je důležité v každém věku.“*, a s tímto tvrzením souhlasí víc jak polovina 34 (54,8 %) respondentů. U otázky 8: *„Stárnutí je snazší, než jsem si myslel/a.“* se respondenti shodují, že středně souhlasí s tvrzením 26 (41,9 %). U otázek 9-12 jsou nejvíce zastoupeny odpovědi trochu/středně platí, vždy se procento pohybuje okolo ± 30 %. Otázka číslo 13: *„To, jak se uvnitř cítím, není dáno věkem.“* udává, že stejný počet respondentů 18 (29,0 %) se přiklání k tvrzením středně/hodně platí. U otázek 14-15 se nejčastěji vyskytuje odpověď trochu/středně platí s více jak 30% platností. Otázka číslo 16: *„Zdravotní problémy mně nebrání dělat to, co chci.“* má nejpočetnější zastoupení s odpovědí středně platí 24 (38,7 %), na druhém místě se shodují svým počtem dvě tvrzení trochu/hodně platí 15 (24,2 %). U otázky 20: *„Nyní, když jsem starší, necítím se dost začleněný/á do společnosti.“* se stejný počet respondentů shodl na dvou tvrzeních, a to vůbec neplatí a trochu platí 20 (32,3 %). Otázka číslo 22: *„Cítím se kvůli svému věku z mnoha věcí vyřazený/á.“* je nejpočetnější s odpovědí trochu platí 25 (40,3 %) a zároveň se na druhém místě umístily tři druhy odpovědí vůbec neplatí/středně platí/hodně platí se stejným počtem zastoupení 12 (19,4 %). U otázky číslo 23: *„Můj zdravotní stav je lepší, než jsem ve svém věku očekával/a.“* se na prvním místě umístila odpověď středně platí 25 (40,3 %). Poslední otázka číslo 24: *„Cvičením se udržuji tak aktivní a v dobré kondici, jak je to možné.“* se nejvíce respondentů shodlo na odpovědi středně platí 21 (33,9 %), a poté následovala odpověď vůbec neplatí 16 (25,8 %). Průměr bodů podle Likertovy škály na jednotlivých tvrzeních nikdy neklesl pod 2 body ani nepřekročil 3 body. Můžeme tak říct, že většina odpovědí byla zastoupena postojem nejsem si jist/a, nesouhlasím nebo středně platí, trochu platí (viz všechny výsledky tabulka 17).

Tabulka 18. Vyhodnocení jednotlivých otázek dotazníku AAQ

Otázka 1: Jak lidé stárnou, jsou schopni se lépe vyrovnávat se životem.			
Odpověď	**N**	**%**	**průměr bodů**
výrazně nesouhlasím	1	1,6	3,37
nesouhlasím	8	12,9	
nejsem si jist/a	28	45,2	
souhlasím	17	27,4	
výrazně souhlasím	8	12,9	
celkem	62	100,0	5
Otázka 2: Je výsadou dožít se vyššího věku.			
výrazně nesouhlasím	5	8,1	2,76
nesouhlasím	18	29,0	
nejsem si jist/a	29	46,8	
souhlasím	7	11,3	
výrazně souhlasím	3	4,8	
celkem	62	100,0	5
Otázka 3: Stáří je čas samoty.			
výrazně nesouhlasím	3	4,8	2,81
nesouhlasím	26	41,9	
nejsem si jist/a	17	27,4	
souhlasím	12	19,4	
výrazně souhlasím	4	6,5	
celkem	62	100,0	5
Otázka 4: Moudrost přichází s věkem.			
výrazně nesouhlasím	1	1,6	2,98
nesouhlasím	19	30,6	
nejsem si jist/a	26	41,9	
souhlasím	12	19,4	
výrazně souhlasím	4	6,5	
celkem	62	100,0	5
Otázka 5: Stáří s sebou přináší mnoho příjemných věcí.			
výrazně nesouhlasím	1	1,6	3,29
nesouhlasím	17	27,4	
nejsem si jist/a	13	21,0	
souhlasím	25	40,3	
výrazně souhlasím	6	9,7	
celkem	62	100,0	5
Otázka 6: Stáří je čas depresí.			
výrazně nesouhlasím	4	6,5	2,52
nesouhlasím	31	50,0	
nejsem si jist/a	19	30,6	
souhlasím	7	11,3	
výrazně souhlasím	1	1,6	
celkem	62	100,0	5
Otázka 7: Cvičení je důležité v každém věku.			
výrazně nesouhlasím	3	4,8	3,56
nesouhlasím	9	14,5	
nejsem si jist/a	8	12,9	
souhlasím	34	54,8	
výrazně souhlasím	8	12,9	

celkem	62	100,0	5
Otázka 8: Stárnutí je snazší, než jsem si myslel/a.			
vůbec neplatí	2	3,2	3,21
trochu platí	10	16,1	
středně platí	26	41,9	
hodně platí	21	33,9	
maximálně platí	3	4,8	
celkem	62	100,0	5
Otázka 9: Jak stárnu, zjišťuji, že je pro mne těžší mluvit o svých pocitech.			
vůbec neplatí	13	21,0	2,58
trochu platí	17	27,4	
středně platí	17	27,4	
hodně platí	13	21,0	
maximálně platí	2	3,2	
celkem	62	100,0	5
Otázka 10: Jak stárnu, jsem vůči sobě tolerantnější.			
vůbec neplatí	3	4,8	2,98
trochu platí	19	30,6	
středně platí	20	32,3	
hodně platí	16	25,8	
maximálně platí	4	6,5	
celkem	62	100,0	5
Otázka 11: Necítím se starý/á.			
vůbec neplatí	4	6,5	3,00
trochu platí	19	30,6	
středně platí	21	33,9	
hodně platí	9	14,5	
maximálně platí	9	14,5	
celkem	62	100,0	5
Otázka 12: Stáří vidím hlavně jako období ztrát.			
vůbec neplatí	8	12,9	2,63
trochu platí	20	32,3	
středně platí	24	38,7	
hodně platí	7	11,3	
maximálně platí	3	4,8	
celkem	62	100,0	5
Otázka 13: To, jak se uvnitř cítím, není dáno věkem.			
vůbec neplatí	2	3,2	3,47
trochu platí	11	17,7	
středně platí	18	29,0	
hodně platí	18	29,0	
maximálně platí	13	21,0	
celkem	62	100,0	5
Otázka 14: Mám více energie, než bych vzhledem ke svému věku očekával/a.			
vůbec neplatí	7	11,3	2,69
trochu platí	20	32,3	
středně platí	22	35,5	
hodně platí	11	17,7	
maximálně platí	2	3,2	
celkem	62	100,0	5
Otázka 15: Jak stárnu, stávám se fyzicky méně soběstačný/á.			

vůbec neplatí	8	12,9	2,61
trochu platí	20	32,3	
středně platí	23	37,1	
hodně platí	10	16,1	
maximálně platí	1	1,6	
celkem	62	100,0	5
Otázka 16: Zdravotní problémy mně nebrání dělat to, co chci.			
vůbec neplatí	6	9,7	2,87
trochu platí	15	24,2	
středně platí	24	38,7	
hodně platí	15	24,2	
maximálně platí	2	3,2	
celkem	62	100,0	5
Otázka 17: Jak stárnu, zjišťuji, že je pro mne těžší uzavírat nová přátelství.			
vůbec neplatí	15	24,2	2,48
trochu platí	16	25,8	
středně platí	18	29,0	
hodně platí	12	19,4	
maximálně platí	1	1,6	
celkem	62	100,0	5
Otázka 18: Je velmi důležité předat své zkušenosti mladým lidem.			
vůbec neplatí	11	17,7	2,85
trochu platí	15	24,2	
středně platí	13	21,0	
hodně platí	18	29,0	
maximálně platí	5	8,1	
celkem	62	100,0	5
Otázka 19: Věřím, že můj život má význam.			
vůbec neplatí	2	3,2	3,68
trochu platí	6	9,7	
středně platí	18	29,0	
hodně platí	20	32,3	
maximálně platí	16	25,8	
celkem	62	100,0	5
Otázka 20: Nyní, když jsem starší, necítím se dost začleněný/á do společnosti.			
vůbec neplatí	20	32,3	2,15
trochu platí	20	32,3	
středně platí	16	25,8	
hodně platí	5	8,1	
maximálně platí	1	1,6	
celkem	62	100,0	5
Otázka 21: Chci dávat dobrý příklad mladým lidem.			
vůbec neplatí	2	3,2	3,10
trochu platí	16	25,8	
středně platí	22	35,5	
hodně platí	18	29,0	
maximálně platí	4	6,5	
celkem	62	100,0	5
Otázka 22: Cítím se kvůli svému věku z mnoha věcí vyřazený/á.			
vůbec neplatí	12	19,4	
trochu platí	25	40,3	

středně platí	12	19,4	2,44
hodně platí	12	19,4	
maximálně platí	1	1,6	
celkem	62	100,0	5
Otázka 23: Můj zdravotní stav je lepší, než jsem ve svém věku očekával/a.			
vůbec neplatí	8	12,9	2,85
trochu platí	12	19,4	
středně platí	25	40,3	
hodně platí	15	24,2	
maximálně platí	2	3,2	
celkem	62	100,0	5
Otázka 24: Cvičením se udržuji tak aktivní a v dobré kondici, jak je to možné.			
vůbec neplatí	16	25,8	2,48
trochu platí	14	22,6	
středně platí	21	33,9	
hodně platí	8	12,9	
maximálně platí	3	4,8	
celkem	62	100,0	5

6 DISKUSE

Tato diplomová práce s názvem Vnímání stáří a stárnutí u vybrané populace se sluchovým postižením, se zabývá postoji ke stáří a stárnutí z pohledu osob se sluchovým postižením, ale i jejich fyzickou zdatností, která může být v seniorském věku značně omezena. Přesto, že postoje ke stáří a stárnutí i fyzická zdatnost seniorů jsou hojně studovaným a zkoumaným jevem v České republice, ale i ve světě, bohužel není brán zřetel na osoby, které mohou mít pohled na svět z důvodu jistého postižení odlišný. Z této příčiny, je obecné povědomí o vnímání stáří a stárnutí u osob se sluchovým postižením neobjasněné až skryté. Už proto, že mezi sluchově postiženými lidmi a osobami slyšícími je jistá bariéra (nejen komunikační), je důležité tuto problematiku prohlubovat a šířit dál.

Praktická část práce byla zaměřena na seniory se sluchovým postižením, kteří navštěvují kluby, organizace pro sluchově postižené osoby a pocházejí z vybraných měst (Prostějov, Kroměříž, Brno). Hlavním cílem práce bylo zjistit pomocí české verze standardizovaného dotazníku AAQ (Attitudes toward Aging Questionnaire) postoj ke stáří a stárnutí u osob se sluchovým postižením a fyzickou zdatnost seniorů pomocí české standardizované verze: Krátká baterie pro testování fyzické zdatnosti seniorů – SPPB. U subjektivně hodnoceného dotazníku AAQ a objektivně měřené baterie fyzické zdatnosti SPPB jsou zjišťovány vztahy mezi vybranými faktory (věk, pohlaví, vzdělání, sociální situace, lokalita bydliště, míra sluchové ztráty, medicínsko-kulturní hledisko, používání kompenzační pomůcky, preferovaná forma komunikace, pohybová aktivita) seniorů.

K ověření cíle práce bylo stanoveno deset hypotéz.

Hypotéza H_{01}: Věk neovlivňuje postoj ke stáří a stárnutí měřený dotazníkem AAQ ani úroveň fyzické zdatnosti (Krátká baterie pro hodnocení fyzické zdatnosti seniorů – SPPB).

Buckinx et al. (2018) ve své studii uvádí, že dotazník AAQ, který hodnotí postoje ke stáří a stárnutí se u zkoumaných seniorů nelišily ve věku, které by podle jejich názoru znamenaly konec mládí ($p = 0,93$) nebo začátek stáří ($p = 0,98$). Na druhou stranu studie Kisvetrové et al. (2019) uvádí, že věk ($p < 0,01$) ovlivňuje postoj ke stáří a stárnutí podle dotazníku AAQ. Studie Li et al. (2014) konstatuje, že úspěšné stránutí je spojeno s věkem.

Cellková studie Shenkina et al. (2014) uvádí závěr, že postoje starších lidí ke stárnutí (měřený dotazníkem AAQ) jsou obecně pozitivní.

Tyto výsledky by mohly souviset s tvrzením, které najdeme u Štilce (2004), kde psychologové potvrzují, že člověk se cítí tak starý, jak staře smýšlí. I Sýkorová (2007) ve své publikaci uvádí, že staré osoby se sami považují spíše za „starší“, a rozpor mezi subjektivním a chronologickým věkem je významně rozdílný.

Opět Buckinx et al. (2018) ve své studii prezentuje, že podle fyzické zdatnosti seniorů mají křehčí respondeti negativnější vnímání stáří, ve srovnání s ostatními. Výzkum Berglanda a Stranda (2019) predikuje hlavní pokles tělesný funkcí spojený s dosažením věku 60 let.

Kisvetrová (2020) ve své publikaci uvádí, že pro seniorský věk je charakteristické zhoršování fyzické zdatnosti. Mülpachr (2008) také zmiňuje, že tělesná involuce nabývá rychlejšího tempa po šedesátém roce života.

V rámci výzkumného šetření této práce byli respondenti dle věkového rozmezí rozděleni do období raného stáří (60-74 let), kam patřilo 48 (77, 4 %) respondentů a na období pravého stáří (75 a více let), kam patřilo 14 (22,6 %) respondentů.

Ačkoliv se očekávalo, že bude shodnost výsledků mezi oběma testy a věkem respondentů, senioři se sluchovým postižením prokázali jiné výsledky. Statistická významnost byla u testu AAQ vyhodnocena hodnotou $p = 0{,}589$, u testu SPPB hodnotou $p = 0{,}01$. Což znamená, že test fyzické zdatnosti nepotvrzuje znění stanovené hypotézy. Prokázalo se, že věk ovlivňuje fyzickou zdatnost seniorů se sluchovým postižením.

S těmito výsledky můžeme porovnat i subjektivní postoj respondentů u jednotlivých otázek dotazníku AAQ, především otázky číslo 13 a 14, které se týkaly faktoru věku. U otázky číslo 13 (*To, jak se uvnitř cítím, není dáno věkem.*), respondenti odpověděli, že dané tvrzení pro ně středně/hodně platí, což znamená, že výsledek této otázky koresponduje s celkovým výsledkem dotazníku AAQ. U otázky číslo 14 (*Mám více energie, než bych vzhledem ke svému věku očekával/a.*) se nejvíce respondentů shodlo s odpovědí, že dané tvrzení pro ně trochu/středně platí. To nám může prezentovat, že respondeti nejsou zcela ztotožněni s tímto tvzením, a tudíž výsledek této otázky neodpovídá celkovému výsledku dotazíku AAQ.

U seniorů se sluchovým postižením, věk neovlivňuje postoj ke stáří a stárnutí měřený dotazníkem AAQ, ale ovlivňuje úroveň fyzické zdatnosti. Potvrzujeme tedy část

alternativní hypotézy H_{A1}: Věk ovlivňuje úroveň fyzické zdatnosti (Krátká baterie pro hodnocení fyzické zdatnosti seniorů – SPPB).

Hypotéza H_{02}: Pohlaví neovlivňuje postoj ke stáří a stárnutí měřený dotazníkem AAQ ani úroveň fyzické zdatnosti (Krátká baterie pro hodnocení fyzické zdatnosti seniorů – SPPB).

Studie Kisvetrové et al. (2019) uvádí, že pohlaví ($p < 0,05$) ovlivňuje postoj ke stáří a stárnutí hodnocený podle dotazníku AAQ. Dle Shenkina et al. (2014) studie předkládá, že prediktory, které vedly k ovlivnění samostatné domény s názvem fyzické změny (v dotazníku AAQ) bylo i ženské pohlaví. Obecně výsledky této studie byly hlášeny jako pozitivní postoje ke stáří a stárnutí ve všech třech doménách dotazníku.

Sýkorová (2007) ve své publikaci zmiňuje, že starší ženy hodnotí stárnutí pozitivněji než muži, jelikož ti jsou citlivější na známky, které stárnutí s sebou přináší.

Výzkum Berglanda a Stranda (2019) prezentuje, že fyzická zdatnost měřená objektivním testem SPPB byla vyhodnocena o 0,28 bodu vyšší u mužů než u žen ($p < 0,001$). Dále byly patrné významné rozdíly mezi pohlavími ve všech pěti věkových skupinách (40–49, 50–59, 60–69, 70–74, 75–79, 80 a více let).

Intenzivní pohybovou aktivitu dle Engelové (2013) provádí pravidelně pouze 13 % mužů a o něco méně žen. Beyer et al. (2019) uvádí, že v Německu pouze jedna třetina (36,5 %) žen a téměř polovina mužů (48,3 %) ve věku 65 let a starších splňuje minimální doporučenou úroveň fyzické aktivity. Kalvach (2008) prezentuje dánský výzkum který zjistil, že pouze 6,3 % mužů a 3,7 % žen ve věku nad 90 let se pohybují rychlostí větší než 1,1 m/s.

Výzkumného šetření této práce se zúčastnilo 62 respondentů, větší část výzkumného vzorku byla tvořena ženami a to 42 (67,7 %), mužů bylo 20 (32,3 %).

Jelikož se výzkumu účastnilo více žen než mužů, očekávalo se, že tento jev bude mít značný vliv na konečné výsledky mezi oběma testy a pohlavím respondentů, což se taky následně potvrdilo. Statistická významnost byla u testu AAQ vyhodnocena hodnotou $p = 0,042$; u testu SPPB hodnotou $p = 0,16$. Z těchto výsledků vyplývá, že dotazník, který zkoumá postoj ke stáří a stárnutí nepotvrzuje znění stanovené hypotézy. Prokázalo se, že pohlaví ovlivňuje postoj ke stáří a stárnutí seniorů se sluchovým postižením.

U seniorů se sluchovým postižením, pohlaví ovlivňuje postoj ke stáří a stárnutí měřený dotazníkem AAQ, ale neovlivňuje úroveň fyzické zdatnosti. Potvrzujeme tedy část alternativní hypotézy H_{A2}: Pohlaví ovlivňuje postoj ke stáří a stárnutí měřený dotazníkem AAQ.

Hypotéza H_{03}: Vzdělání neovlivňuje postoj ke stáří a stárnutí měřený dotazníkem AAQ ani úroveň fyzické zdatnosti (Krátká baterie pro hodnocení fyzické zdatnosti seniorů – SPPB).

Studie Bryant et al. (2012) předkládá, že postoje ke stárnutí jsou pozitivně spojovány s vyšší úrovní životní spokojenosti, dobrou finanční situacií a zaměstnaností. Dle studie Shenkina et al. (2014) bylo zjištěno, že hlavními prediktory k postojům ke stáří a stárnutí jsou osobnostní rysy jedince. Český statistický úřad (2018) říká, že mezi lidmi se zdravotním postižením je největší zastoupení těch, kteří mají pouze základní vzdělání a také střední vzděláním bez maturity.

Štilec (2004) vyzdvihuje možné pozitivní stránky, které přichází se stářím, a tím jsou za celý život nabyté zkušnosti a moudrost starších lidí.

Ve vzorku této práce se vyskytuje 19 (30,6 %) respondentů se základním vzděláním, 20 (32,3 %) se středním vzděláním a výučním listem, 19 (30,6 %) se středním vzděláním s maturitou a 4 (6,5 %) resondenti s vysokoškolským vzděláním.

Předem se odhadovalo, že faktor vzdělání u osob se sluchovým postižením nebude mít žádný vliv na konečné vyhodnocení. Statistická významnost byla u testu AAQ vyhodnocena hodnotou $p = 0{,}060$; u testu SPPB hodnotou $p = 0{,}16$. Z těchto výsledků vyplývá, že test fyzické zdatnosti i dotazník postoje ke stáří a stárnutí potvrzují znění stanovené hypotézy.

U seniorů se sluchovým postižením, vzdělání neovlivňuje postoj ke stáří a stárnutí měřený dotazníkem AAQ, ani neovlivňuje úroveň fyzické zdatnosti. Zamítáme tedy alternativní hypotézu H_{A3}: Vzdělání ovlivňuje postoj ke stáří a stárnutí měřený dotazníkem AAQ a úroveň fyzické zdatnosti (Krátká baterie pro hodnocení fyzické zdatnosti seniorů – SPPB).

Hypotéza H_{04}: Sociální situace neovlivňuje postoj ke stáří a stárnutí měřený dotazníkem AAQ ani úroveň fyzické zdatnosti (Krátká baterie pro hodnocení fyzické zdatnosti seniorů – SPPB).

Kisvetrová et al. (2019) ve své české studii uvádí, že žití osamoceně ($p < 0,05$) má vliv na život a postoje jedince. Bryant et al. (2012) vysvětluje, že postoje ke stáří a stárnutí jsou pozitivně spojovány s vyšší úrovní životní spokojenosti. Studie Li et al. (2014) poukazuje na fakt, že úspěšné stárnutí je pravděpodobnější mezi těmi, kteří jsou schopni navštívit své příbuzné a přátele, z čehož vyplývá, že úspěšné stárnutí je spojeno i s psychosocioální podporou. Shenkina et al. (2014) ve své studii, která byla zkoumána pomocí dotazníku AAQ vyhodnotila, že ovlivnění sociální okolností mohou vést k pozitivnějším výsledkům u postojů ke stáří a stárnutí. Český statistický úřad (2018) uvádí, že osamotě žije 36 % žen a 21 % mužů se zdravotním postižením a obě pohlaví nejčastěji žijí v domácnosti ještě s partnerem nebo partnerkou.

Vážanský (2010) ve své knize prezentuje, že velké množství volného času umožňuje seniorům věnovat se individuálním zájmům, což může být častější kontakt a péče o svá vnoučata. Sýkorová (2007) říká, že starší ženy se ve stáří více angažují v sociálních a kreativních aktivitách.

Ve výzkumném šetření této diplomové práce můžeme zjistit, že nejčastější výskyt sociální situace respondentů byl život doma s partnerem/partnerkou 27 (43,6 %), následoval život doma s dalšími příbuznými 19 (30,6 %), život osamotě 13 (21,0 %) a na posledním místě byl život v domově pro seniory, kde žili 3 (4,8 %) respondenti. V tomto případě jsme dopředu očekávali, že faktor sociální situace může ovlivnit výsledky, což se také v jendom případě potvrdilo. Statistická významnost byla u testu AAQ vyhodnocena hodnotou $p = 0,245$; u testu SPPB hodnotou $p = 0,04$. Z těchto výsledků vyplývá, že test fyzické zdatnosti nepotvrzuje znění stanovené hypotézy. Prokázalo se, že sociální situace ovlivňuje fyzickou zdatnost seniorů se sluchovým postižením.

S těmito výsledky můžeme porovnat i jednotlivá tvrzení z dotazníku AAQ, která se svým zněním zaměřují na sociální faktor respondentů. U otázky číslo 17 (*Jak stárnu, zjišťuji, že je pro mne těžší uzavírat nová přátelství.)* odpovědělo nejvíce respondentů, že s tímto tvrzením středně souhlasí 18 (29,0 %). Otázka číslo 20 (*Nyní, když jsem starší, necítím se dost začleněný/á do společnosti.)* říká, že nejčastěji respondenti odpověděli

shodným počtem odpovědí 20 (32,3 %) a to, že pro ně vůbec neplatí/trochu platí zmíněné tvrzení.

U seniorů se sluchovým postižením, sociální situace neovlivňuje postoj ke stáří a stárnutí měřený dotazníkem AAQ, ale ovlivňuje úroveň fyzické zdatnosti. Potvrzujeme tedy část alternativní hypotézy H_{A4}: Sociální situace ovlivňuje úroveň fyzické zdatnosti (Krátká baterie pro hodnocení fyzické zdatnosti seniorů – SPPB).

Hypotéza H_{05}: Lokalita bydliště neovlivňuje postoj ke stáří a stárnutí měřený dotazníkem AAQ ani úroveň fyzické zdatnosti (Krátká baterie pro hodnocení fyzické zdatnosti seniorů – SPPB).

Studie Shenkina et al. (2014) zkoumala vlivy průběhu života na postoje ke stárnutí u zdravých lidí žijících v komunitách ve Velké Británii, které byly obecně hlášeny jako pozitivní podle dotazníku AAQ. Studie dále zjistila, že demografický faktor měl nepatrný vliv na postoj ke stárnutí. Výzkum Beyer et al (2015) zkoumal německou komunitu starších lidí, u kterých konečné výsledky vyhodnotily pozitivnější sebepoznání stárnutí. Li et al. (2014) zkoumal úspěšného stárnutí populace Tchaj-wanu, kde byla zjištěna prevalence úspěšného stárnutí u starších 10,4 %. Bryant et al. (2012) prováděl studii s cílem zjisit postoje k stárnutí na vzorku starších dospělých žijících v Austrálii. Výsledky ukázaly celkově pozitivní postoje ke stárnutí.

Většina respondentů této práce má za svou lokalitu bydliště město 43 (69,4 %), což je dáno předem vybranou lokalitou sběru dat, kterými byly v našem případě města (Prostějov, Kroměříž, Brno). Na vesnici žije 19 (30,6 %) respondentů. U faktoru lokality bydliště, jsme neměli očekávání, že by mohlo významně ovlivnit konečné vyhodnocení, což se nám i potvrdilo. Statistická významnost byla u testu AAQ vyhodnocena hodnotou $p = 0,168$; u testu SPPB hodnotou $p = 0,61$. Z těchto výsledků vyplývá, že test fyzické zdatnosti i dotazník postoje ke stáří a stárnutí potvrzují znění stanovené hypotézy.

U seniorů se sluchovým postižením, lokalita bydliště neovlivňuje postoj ke stáří a stárnutí měřený dotazníkem AAQ, ani neovlivňuje úroveň fyzické zdatnosti. Zamítáme tedy alternativní hypotézu H_{A5}: Lokalita bydliště ovlivňuje postoj ke stáří a stárnutí měřený dotazníkem AAQ a úroveň fyzické zdatnosti (Krátká baterie pro hodnocení fyzické zdatnosti seniorů – SPPB).

Hypotéza H_{06}: Míra sluchové ztráty neovlivňuje postoj ke stáří a stárnutí měřený dotazníkem AAQ ani úroveň fyzické zdatnosti (Krátká baterie pro hodnocení fyzické zdatnosti seniorů – SPPB).

Studie Starka a Hicksona (2004) zkoumala vliv sluchového postižení a jeho následný dopad na život zkoumaného jedince. Výsledky zdůraznily významný vliv sluchového postižení na osobu se sluchovým postižením. Výzkum Polku et al. (2018) předpokládá, že špatný sluch může způsobit potíže v každodenních životních situacích a tím změnit u osob postoj na kvalitu života. Z výsledků vychází, že vnímané poruchy sluchu v různých situacích každodenního života jsou silněji spojeny s kvalitou života starších dospělých. Český statistický úřad (2018) udává, že až 93 % osob se sluchovým postižením má problémy porozumět hovoru v místnosti, kde je ruch či současně hovoří více lidí. Světová zdravotnická organizace (2021) hovoří, že více než 65 % dospělých nad 60 let trpí určitou ztrátou sluchu.

Štilec (2004) ve své publikaci uvádí, že v sociálním kontaktu se nejhůře překonává právě úbytek nebo ztráta sluchu. Sýkorová (2007) zmiňuje, že především muži těžko snášejí zhoršení sluchu, protože tento jev úzce souvisí s jejich pokročilým procesem stárnutí.

Tato práce zkoumazala vzorek 62 (100,0 %) osob se sluchovým postižením, z nichž mělo 25 (40,3 %) respondentů velmi těžkou poruchu včetně hluchoty (81 dB a více), 18 (29,0 %) středně těžkou poruchu sluchu (41-60 dB), 10 (16,1 %) těžkou poruchu sluchu (61-80 dB) a nejméně respondentů 9 (14,5 %) mělo lehkou poruchu sluchu (26-40 dB). Statistická významnost byla u testu AAQ vyhodnocena hodnotou $p = 0,436$; u testu SPPB hodnotou $p = 0,50$. Z těchto výsledků vyplývá, že test fyzické zdatnosti i dotazník postoje ke stáří a stárnutí potvrzují znění stanovené hypotézy.

U seniorů se sluchovým postižením, míra sluchové ztráty neovlivňuje postoj ke stáří a stárnutí měřený dotazníkem AAQ, ani neovlivňuje úroveň fyzické zdatnosti. Zamítáme tedy alternativní hypotézu H_{A6}: Míra sluchové ztráty ovlivňuje postoj ke stáří a stárnutí měřený dotazníkem AAQ a úroveň fyzické zdatnosti (Krátká baterie pro hodnocení fyzické zdatnosti seniorů – SPPB).

Hypotéza H_{07}: Medicínsko-kulturní hledisko neovlivňuje postoj ke stáří a stárnutí měřený dotazníkem AAQ ani úroveň fyzické zdatnosti (Krátká baterie pro hodnocení fyzické zdatnosti seniorů – SPPB).

Horáková (2012) říká, že sociokulturní hledisko se obrací na sebepojetí a sebepochopení neslyšících, takže takto vymezené osoby odmítají být označovány a řazeny mezi sluchově postižené. Tito lidé se cítí být příslušníky kulturní a jazykové menšiny, která se projevuje na základě třech rysů: komunikace, hluchoty a vzájemné podpory. Naopak medicínské hledisko je podloženo poruchami funkcí sluchového orgánu a takoví lidé se považují za osoby se sluchovým postižením, kde je podstatná jejich kvalita a kvantita sluchového vjemu.

Tato práce zahrnuje 36 (58,1 %) respondentů, kteří se řadí do medicínského hlediska neslyšících a 26 (41,9 %) respondentů, kteří se řadí do kulturního a jazykového hlediska „Neslyšících“. Statistická významnost byla u testu AAQ vyhodnocena hodnotou $p = 0,089$; u testu SPPB hodnotou $p = 0,15$. Z těchto výsledků vyplývá, že test fyzické zdatnosti i dotazník postoje ke stáří a stárnutí potvrzují znění stanovené hypotézy.

S těmito výsledky můžeme srovnat i samostatné tvrzení z dotazníku AAQ, kde otázka číslo 16 (*Zdravotní problémy mně nebrání dělat to, co chci.)* měla největší zastoupení v odpovědi středně platí 24 (38,7 %) respondentů. Zde mohli respondenti, kteří se považují za neslyšící z medicínského hlediska odpovědět, že právě jejich sluchové postižení jim brání dělat to, co chtějí.

U seniorů se sluchovým postižením, medicínsko-kulturní hledisko neovlivňuje postoj ke stáří a stárnutí měřený dotazníkem AAQ, ani neovlivňuje úroveň fyzické zdatnosti. Zamítáme tedy alternativní hypotézu H_{A7}: Medicínsko-kulturní hledisko ovlivňuje postoj ke stáří a stárnutí měřený dotazníkem AAQ a úroveň fyzické zdatnosti (Krátká baterie pro hodnocení fyzické zdatnosti seniorů – SPPB).

Hypotéza H_{08}: Používání kompenzační pomůcky neovlivňuje postoj ke stáří a stárnutí měřený dotazníkem AAQ ani úroveň fyzické zdatnosti (Krátká baterie pro hodnocení fyzické zdatnosti seniorů – SPPB).

Podle studie Starka a Hicksona (2004) sluchové postižení výrazně ovlivňuje schopnost komunikovat a u osob se sluchovým postižením může napomáhat i k nežádoucím účinkům. Výsledky ukázaly, že sluchová ztráta má významný dopad

na život jedince. Dále se také ukazalo, že efektivní roli hrály sluchadla, která snižovala dopady negativních účinků na respondenty. Yamada et al. (2017) zjišťovala, zda je používání sluchadel spojeno se zlepšením životní situace u starších osob. Starší osoby se ztrátou sluchu zaznamenaly významné zvýšení celkového skóre životní spokojenosti po nasazení sluchadla. Pravidelné používání sluchadel bylo spojeno s větším nárůstem celkového skóre spokojenosti. Celkové zjištění této studie naznačují, že nasazení sluchadla může být spojeno s následným zlepšením životní spokojenosti u starších osob, samostatným zlepšením sluchu pomocí sluchadla a případně vylepšenou komunikací. Český statistický úřad (2018) uvídá, že 49 % osob se sluchovým postižením používá kompenzační pomůcku a 18 % osob nepužívá žádnou kompenzační pomůcky, ikdyž ji potřebují.

V této práci, nejvíce respondentů 34 (54,8 %) nevyužívá žádnou kompenzační pomůcku pro sluchově postižené. Sluchadlo používá 24 (38,7 %) respondentů a kochleární implantát mají pouze 4 (6,5 %) osoby. Jelikož z proběhlých výzkumů vyplývá, že používání kompenzační pomůcky zásadně ovlivňuje život osob se sluchovým postižením, očekávali jsme tento vliv i v našem výzkumu, který se ovšem u našich respondentů se sluchovým postižením nepotvrdil. Statistická významnost byla u testu AAQ vyhodnocena hodnotou $p = 0,913$; u testu SPPB hodnotou $p = 0,32$. Z těchto výsledků vyplývá, že test fyzické zdatnosti i dotazník postoje ke stáří a stárnutí potvrzují znění stanovené hypotézy.

U seniorů se sluchovým postižením, používání kompenzační pomůcky neovlivňuje postoj ke stáří a stárnutí měřený dotazníkem AAQ, ani neovlivňuje úroveň fyzické zdatnosti. Zamítáme tedy alternativní hypotézu H_{A8}: Používání kompenzační pomůcky ovlivňuje postoj ke stáří a stárnutí měřený dotazníkem AAQ a úroveň fyzické zdatnosti (Krátká baterie pro hodnocení fyzické zdatnosti seniorů – SPPB).

Hypotéza H_{09}: Preferovaná forma komunikace neovlivňuje postoj ke stáří a stárnutí měřený dotazníkem AAQ ani úroveň fyzické zdatnosti (Krátká baterie pro hodnocení fyzické zdatnosti seniorů – SPPB).

Podle studie Starka a Hicksona (2004) sluchové postižení výrazně ovlivňuje zejména schopnost komunikovat, což má významný dopad na život osob se sluchovým postižením. Výzkum Polku et al. (2018) říká, že špatný sluch může způsobit potíže v každodenních životních situacích. Následná analýza dotazníku vnímaných sluchových

obtíží u sluchově postižený osob identifikovala tři problematické dimenze: sluchový projev, socioemoční účinky a prostorový sluch, které ovlivňují život jedince. Yamada et al. (2017) ve své studii potvrzuje vylepšené možnosti komunikace u osob se sluchovým postižením, ale pouze u těch jedinců, kteří využívají kompenzační pomůcky.

Horáková (2012) uvádí, že osoby se sluchovým postižením hledají adekvátní komunikační systém pro svůj život, a dá se proto očekávat, že jinou formu a techniku si vybere osoba nedoslýchavá nebo zcela neslyšící. U nedoslýchavých osob a u osob s částečným zbytkem sluchu je upřednostňována forma komunikace, která představuje odezírání mluvené řeči. Valvoda (2007) odhaduje, že v České republice je přibližně 7300 uživatelů znakové řeči.

Respondenti, kteří se účastnili výzkumu této práce, nejčastěji komunikují v českém jazyce 28 (45,2 %), který zahrnuje mluvenou řeč a psanou podobu jazyka. Následuje komunikace českým znakovým jazykem 25 (40,3 %) a nejméně respondentů kombinuje český znakový jazyk i český jazyk 9 (14,5 %), kdy jedinec používá znakový jazyk a mluví. Statistická významnost byla u testu AAQ vyhodnocena hodnotou $p = 0,422$; u testu SPPB hodnotou $p = 0,32$. Z těchto výsledků vyplývá, že test fyzické zdatnosti i dotazník postoje ke stáří a stárnutí potvrzují znění stanovené hypotézy.

U seniorů se sluchovým postižením, preferovaná forma komunikace neovlivňuje postoj ke stáří a stárnutí měřený dotazníkem AAQ, ani neovlivňuje úroveň fyzické zdatnosti. Zamítáme tedy alternativní hypotézu H_{A9}: Preferovaná forma komunikace ovlivňuje postoj ke stáří a stárnutí měřený dotazníkem AAQ a úroveň fyzické zdatnosti (Krátká baterie pro hodnocení fyzické zdatnosti seniorů – SPPB).

Hypotéza H_{010}: Pohybová aktivita neovlivňuje postoj ke stáří a stárnutí měřený dotazníkem AAQ ani úroveň fyzické zdatnosti (Krátká baterie pro hodnocení fyzické zdatnosti seniorů – SPPB)

Česká studie Kisvetrové et al. (2019) zjistila, že fyzické schopnosti ($p < 0,001$) mají značný vliv na postoje ke stáří a stárnutí měřený dotazníkem AAQ. Berková et al. (2013) v České republice použila test SPPB u 145 starších osob a vyhodnotila, že dobrou fyzickou zdatnost mělo 35 (24,1 %) osob (SPPB 10-12 bodů), 21 osob (14,5 %) mělo sníženou fyzickou zdatnost (tzv. "pre-frail", SPPB 7-9 bodů) a 89 osob se řadilo do kategorie křehkých seniorů s nízkou fyzickou zdatností, a tudíž s vysokým rizikem budoucí

nesoběstačnosti. Štilec (2004) ověřoval, zda styl života ve stáří je ovlivněn pohybovou činností seniorů. Výsledky závěrečného sebehodnocení seniorů prokázaly, že v oblasti funkční, psychické i motorické došlo k evidentnímu zpomalení projevů stárnutí, což mělo za následek, že souhrnný kladný vliv aktivního stylu života se osvědčil ve zvýšené důvěře ve vlastní schopnosti seniorů. Výzkum Beyer et al. (2015) zkoumal, zda je pozitivní stárnutí zprostředkované fyzickou aktivitou u starších jedinců. Konečné výsledky udávají, že pozitivnější vnímání stárnutí je spojeno s vyšší úrovní fyzické aktivity. Beyera et al. (2019) zkoumal, jestli existují vztahy mezi sebepoznáním stárnutí a fyzickou aktivitou. Výsledky prokázali, že sebepoznání stárnutí bylo vnímano kladně a souviselo s fyzickou aktivitou účastníků.

Vážanský (2010) uvádí, že ověřenou metodou k úplné samostatnosti, nezávislosti a svobodě pohybu je uchování nejvhodnější úrovně soustavné pohybové aktivity seniorů. Skrze pohyb si zesiluje i psychická odolnost seniora. Engelová, Lapková, Muchová (2013) dodávají, že pohybové aktivity zlepšují spokojenost ve stáří. Navíc pouze 13 % starších mužů a o něco méně starších žen pravidelně provádí dostatečně intenzivní pohybovou aktivitu. Štilec (2004) prezentuje, že účinek soustavného silového zatěžování dolních končetin u mužů umožní nárůst svalová síly o 13 %, které způsobilo posílení stehenního svalstva a zvýšila se rychlost chůze až o 27 %. Skrze pohybové aktivity lze velmi účinně působit na životní postoje starších lidí, a to i těch osaměle žijících.

V této práci 25 (40,3 %) respondentů provozuje či provozovalo pohybovou aktivitu, která je označena za rekreační, kam můžeme zařadit například procházky, jízdu na kole atd. Následuje žádná pohybová aktivita u 23 (37,1 %) respondentů a za pohybovou aktivitu, která byla prováděna závodně se řadí 14 (22,6 %) respondentů. Nejen z výše uvedených výzkumů a studií jsme si potvrdili významný vliv pohybové aktivity na postoje ke stáří a stárnutí, ale i na samotnou fyzickou zdatnost starších jedinců. Proto jsme dopředu očekávali, že výsledky této práce se budou shodovat se zmíněnými výzkumy, což se potvrdilo jen částěčně u respondentů se sluchovým postižením. Statistická významnost byla u testu AAQ vyhodnocena hodnotou $p = 0,022$; u testu SPPB hodnotou $p = 0,07$. Z těchto výsledků vyplývá, že dotazník postoje ke stáří a stárnutí nepotvrzuje znění stanovené hypotézy.

U seniorů se sluchovým postižením, pohybová aktivita ovlivňuje postoj ke stáří a stárnutí měřený dotazníkem AAQ, ale neovlivňuje úroveň fyzické zdatnosti. Potvrzujeme

tedy část alternativní hypotézy H_{A10}: Pohybová aktivita ovlivňuje postoj ke stáří a stárnutí měřený dotazníkem AAQ.

7 ZÁVĚR

Diplomová práce s názvem Vnímání stáří a stárnutí u vybrané populace se sluchovým postižením měla za úkol teoreticky vysvětlit, popsat danou problematiku a prakticky zjistit výsledky cíle této práce.

Teoretická část se svým obsahem zaměřila na tři tématické okruhy. V první z nich bylo téma stáří a stárnutí, které jsme analyzovali a klasifikovali z pohledu individuality, psychiky a zabývali se jeho vnímáním a možnou strategií, která napomáhá zvládnout toto nové životní období. Druhým tématem bylo pojetí aktivního stárnutí, kde jsme se zaměřili na jeho význam a návazali jsme na tělesné zdraví z hlediska aktivního pohybu ve stáří. Poslední téma se zabývalo sluchovým postižením, které se významně dotýkalo výskytu, vzniku a klasifikace sluchových vad, vysvětlení kompenzačních pomůcek, specifické kultury a různé komunikace u lidí se sluchovým postižením.

Pro praktickou část byl stanoven cíl práce a hypotézy, proběhlo výzkumné šetření. Výzkum byl realizován kvantitativní formou za pomoci českých standardizovaných dotazníků: dotazník AAQ (Attitudes toward Aging Questionnaire), česká verze: Krátká baterie pro testování fyzické zdatnosti seniorů (SPPB) a socio-demografický dotazník. Výzkumného šetření se zúčastnilo 62 respondentů s věkem nad 60 let, kteří měli dlouhodobé či trvalé sluchové postižení a navštěvovali kluby či organizace sdružující osoby se sluchovým postižením. Celkový proces výzkumného šetření je popsán v kapitole metodiky práce.

Hlavním cílem práce bylo zjistit pomocí dotazníku AAQ subjektivní postoje ke stáří a stárnutí u osob se sluchovým postižením a objektivně měřenou fyzickou zdatnost seniorů pomocí verze: Krátká baterie pro testování fyzické zdatnosti seniorů – SPPB, a to vše je vzájemně porovnávanat s vybranými faktory (věk, pohlaví, vzdělání, sociální situace, lokalita bydliště, míra sluchové ztráty, medicínsko-kulturní hledisko, používání kompenzační pomůcky, preferovaná forma komunikace, pohybová aktivita) seniorů.

Výsledky ukázaly, že pouze faktor věk a sociální situace prokazatelně ovlivnily fyzickou zdatnost seniorů se sluchovým postižením. Postoj ke stáří a stárnutí naopak ovlivnil pouze faktor pohlaví a pohybová aktivita osob se sluchovým postižením. U faktorů vzdělání, lokalita bydliště, míra sluchové zráty, medicínsko-kulturní hledisko,

používání kompenzační pomůcky, preferovaná forma komunikace i pohybová aktivita neovlivňují postoj ke stáří a stárnutí ani fyzickou zdatnost seniorů se sluchovým postižením.

Námi formulované hypotézy (celkem deset) byly potvrzeny v šesti případech, zbylé čtyři hypotézy byly vyvráceny. Hodnocení fyzické zdatnosti a postoje ke stáří a stárnutí byla na základě věku, pohlaví, sociální situace a pohybové aktivity statisticky významná.

Senioři se sluchovým postižením v tomto výzkumu prokázali, že jejich subjektivní hodnocení postoje ke stáří a stárnutí je významně ovlivněno pohlavím a pohybovou aktivitou. U objektivního hodnocení fyzické zdatnosti seniorů se sluchovým postižením je zásadním působícím faktorem věk a sociální situace jedince.

Finální výsledky této práce opět předkládají nové poznatky, které mohou ovlivnit budoucí výzkumná šetření, která svými cíli budou zaměřena na zlepšení problematických oblastí života u seniorů se sluchovým postižením v současném světě.

8 SOUHRN

Diplomová práce se zabývá tématem vnímání stáří a stárnutí u seniorů se sluchovým postižením. Je cílena na věkovou skupinu seniorů nad 60 let, kteří mají dlouhodobé či trvalé sluchové postižení a navštěvují kluby, organizace sdružující osoby se sluchovým postižením. Hlavním cílem práce je zjistit pomocí české verze standardizovaného dotazníku AAQ (Attitudes toward Aging Questionnaire) subjektivní postoje ke stáří a stárnutí u osob se sluchovým postižením a objektivně měřenou fyzickou zdatnost seniorů pomocí české standardizované verze: Krátká baterie pro testování fyzické zdatnosti seniorů – SPPB, a to vše je vzájemně porovnávano s vybranými faktory (věk, pohlaví, vzdělání, sociální situace, lokalita bydliště, míra sluchové ztráty, medicínsko-kulturní hledisko, používání kompenzační pomůcky, preferovaná forma komunikace, pohybová aktivita) seniorů. Práce má část teoretickou a praktickou.

Teoretická část vymezuje základní pojmy, které jsou charakteristické pro téma této diplomové práce. Dále zahrnuje pohled na provedené výzkumy v České republice i ve světě na řešenou problematiku této práce.

Praktická část seznamuje čtenáře s metodickým postupem pro vypracování a následně předkládá výsledky k zadanému cíli práce. Cíle bylo dosaženo pomocí kvantitativního šetření formou dotazníku a krátkou baterií testující fyzickou zdatnost seniorů.

Klíčová slova: senior, stáří, stárnutí, sluchové postižení, fyzická zdatnost

9 SUMMARY

The diploma thesis deals with the topic of perception of old age and aging in seniors with hearing impairment. It is aimed at the age group of seniors over 60 who have long-term or permanent hearing impairment and attend clubs, organizations associating people with hearing impairment. The main goal of the work is to use the Czech version of the standardized questionnaire AAQ (Attitudes toward Aging Questionnaire) subjective attitudes to old age and aging in people with hearing impairment and objectively measured physical fitness of seniors using the Czech standardized version: Short battery for testing physical fitness of seniors - SPPB, and all this is also compared with selected factors (age, gender, education, social situation, locality of residence, rate of hearing loss, medical-cultural aspect, use of compensatory aids, preferred form of communication, physical activity) of seniors. The work has a theoretical and practical part.

The theoretical part defines the basic concepts that are characteristic of the topic of this thesis. It also includes a look at the research conducted in the Czech Republic and in the world on the issues addressed by the work.

The practical part acquaints the reader with the methodological procedure for elaboration and then presents the results for the assigned goal. The goal was achieved by means of a quantitative survey in the form of a questionnaire and a short battery testing the physical fitness of seniors.

Key words: senior, old age, aging, hearing impairment, physical fitness

10 REFERENČNÍ SEZNAM

1. BERKOVÁ, Marie, et al., *„Krátká baterie pro testování fyzické zdatnosti seniorů" – pilotní studie a validizace testu u starších osob v České republice*. Vnitr Lek [online]. 2013, **59**(4), 256-263 [cit. 2021-02-20]. Dostupné z: https://www.casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2013/04/06.pdf
2. BERKOVÁ, Marie, et al., *„Krátká baterie pro testování fyzické zdatnosti seniorů" – pilotní studie a validizace testu u starších osob v České republice*. Vnitr Lek [online]. 2013, **59**(4), 256-263 [cit. 2021-02-20]. Dostupné z: http://www.casopisvnitrnilekarstvi.cz/artkey/vnl-201304-0006_the-short-physical-performance-battery-in-the-czech-republic-the-pilot-and-validation-study-in-older-person.php
3. BERGLAND, Astrid a Bjørn Heine STRAND. *Norwegian reference values for the Short Physical Performance Battery (SPPB):* the Tromsø Stud. BMC Geriatrics [online]. 2019, 08 August 2019, **216**(2019) [cit. 2021-03-08]. Dostupné z: doi: https://doi.org/10.1186/s12877-019-1234-8
4. BEYER, Ann-Kristin, Maja WIEST a Susanne WURM. *There Is Still Time to Be Active: Self-Perceptions of Aging, Physical Activity, and the Role of Perceived Residual Lifetime Among Older Adults*. Journal of Aging and Physical Activity [online]. 2019, **27**, 807-815 [cit. 2021-03-09]. Dostupné z: doi: https://doi.org/10.1123/japa.2018-0380
5. BEYER, Ann-Kristin, K WOLFF, Julia, M WARNER, Lisa, et al. *The role of physical activity in the relationship between self-perceptions of ageing and self-rated health in older adults*. Psychology & Health: Psychosocial Factors in Healthy Ageing [online]. 2015, 27 Feb 2015, **30**(6), 671-685 [cit. 2021-02-17]. Dostupné z: doi: https://doi.org/10.1080/08870446.2015.1014370
6. BRYANT, Christina, BEI, Bei, GILSON, Kim, et al. *The relationship between attitudes to aging and physical and mental health in older adults*. International Psychogeriatrics [online]. 2012, 2012, **24**(10), 1674–1683 [cit. 2021-02-20]. Dostupné z: doi:10.1017/S1041610212000774
7. BUCKINX, Fanny, CHARLES, A., RYGAERT, X. et al. *Own attitude toward aging among nursing home residents: results of the SENIOR cohort*. Aging Clin

Exp Res **30,** 1151–1159 (2018). [online]. [cit. 2021-02-17]. Dostupné z: https://doi.org/10.1007/s40520-018-1013-y

8. Český statistický úřad. *Výběrové šetření osob se zdravotním postižením - 2018: 1. Sociodemografické charakteristiky osob se zdravotním postižením* [online]. Praha, 2018 [cit. 2021-03-24]. Dostupné z: https://www.czso.cz/documents/10180/90600407/26000619_t.pdf/44ab9dc5-584e-4a69-8712-deb0e0a04b39?version=1.1
9. ČEVELA, Rostislav a Libuše ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4544-2.
10. DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka PRAJSOVÁ. *WHOQOL-OLD: příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku*. Praha: Psychiatrické centrum, 2009. ISBN 978-80-87142-05-9.
11. DRŠATA, Jakub, HAVLÍK, Radan, CHROBOK, Viktor, et al. *Foniatrie – sluch*. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2015. Medicína hlavy a krku. ISBN 978-80-7311-159-5.
12. ENGELOVÁ, Lucie, Hana LEPKOVÁ a Marta MUCHOVÁ. *Pohybové aktivity seniorů*. Brno: Centrum sportovních aktivit Vysokého učení technického v Brně, 2013. ISBN 978-80-214-4732-5.
13. FELLINGER, Johannes, Daniel HOLZINGER a Ulrike DOBNER. *Mental distress and quality of life in a deaf population*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol [online]. 2005, **40**, 737–742 [cit. 2021-03-27]. Dostupné z: doi:10.1007/s00127-005-0936-8
14. HORÁKOVÁ, Radka. *Sluchové postižení: úvod do surdopedie*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0084-0.
15. KALVACH, Zdeněk. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.
16. KISVETROVÁ, Helena. *Demence a kvalita života* [online]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2020 [cit. 2021-02-16]. ISBN 978-80-244-5709-3. Dostupné z: https://www.vydavatelstviupol.cz/cz/978-80-244-5709-3
17. KISVETROVÁ, Helena, HERZIG, Roman, BRETŠNAJDROVÁ, Milena, et al. *Predictors of quality of life and attitude to ageing in older adults with and without*

dementia. Aging & Mental Health [online]. 2019, 23 Dec 2019 [cit. 2021-02-17]. Dostupné z: doi: https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1705758

18. KRAHULCOVÁ, Beáta. *Komunikační systémy sluchově postižených*. Praha: Beakra, 2014. ISBN 978-80-903863-2-7.
19. KRAHULCOVÁ, Beáta. *Komunikace sluchově postižených*. Vyd. 2. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0329-2.
20. Li, CI (Li, Chia-Ing), Lin, CH (Lin, Chih-Hsueh), Lin, WY (Lin, Wen-Yuan) et al. *Successful aging defined by health-related quality of life and its determinants in community-dwelling elders*. BMC Public Health **14,** 1013 (2014). [online]. [cit. 2021-02-17]. Dostupné z: https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1013
21. MÜHLPACHR, Pavel. *Základy gerontologie*. Brno: MSD, 2008. ISBN 978-80-7392-072-2.
22. OLUSANYA, Bolajoko, C DAVIS, Adrian, J HOFFMAN, Howard. *Hearing loss grades and the International classification of functioning, disability and health*. World Health Organization [online]. Bulletin of the World Health Organization 2019, 2019, **97**, 4 [cit. 2021-03-24]. Dostupné z: doi: http://dx.doi.org/10.2471/BLT.19.230367
23. PETROVÁ KAFKOVÁ, Marcela. *Šedivějící hodnoty? aktivita jako dominantní způsob stárnutí*. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, 2013. ISBN 978-80-210-6310-5.
24. POLKU, Hannele, M MIKKOLA, Tuija, RANTAKOKKO, Merja, et al. *Hearing and Quality of Life Among Community-Dwelling Older Adults*. The Journals of Gerontology*: Series B* [online]. 2018, March 2018, **73**(3), 543–552 [cit. 2021-02-17]. Dostupné z: doi: https://doi.org/10.1093/geronb/gbw045
25. PŘIBYL, Hugo. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf, [2015]. Jessenius. ISBN 978-80-7345-437-1.
26. SHENKIN, Susan D., LAIDLAW, Ken, ALLERHAND, Mike, et al. *Life course influences of physical and cognitive function and personality on attitudes to aging in the Lothian Birth Cohort 1936*. International Psychogeriatrics [online]. 2014, **26**(9), 1417–1430 [cit. 2021-03-08]. ISSN International Psychogeriatric Association 2014. Dostupné z: doi: https://doi.org/10.1017/S1041610214000301

27. SOURALOVÁ, Eva a Jiří LANGER. *Surdopedie: studijní opora pro kombinované studium*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. Texty k distančnímu vzdělávání v rámci kombinovaného studia. ISBN 80-244-1084-2.
28. STARK, Patrick a Louise HICKSON. *Outcomes of hearing aid fitting for older people with hearing impairment and their significant others*. International Journal of Audiology [online]. 2004, 43(7), 390-398 [cit. 2021-02-17]. Dostupné z: doi:10.1080/14992020400050050
29. SÝKOROVÁ, Dana. *Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007. Studie (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-86429-62-5.
30. ŠTILEC, Miroslav. *Program aktivního stylu života pro seniory*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-920-8.
31. Úplné znění č. 423/2008 Sb.: Úplné znění zákona č. 155/1998 Sb., *o znakové řeči a o změně dalších zákonů, jak vyplývá ze změn provedených zákonem č. 384/2008 Sb*. Zákony pro lidi [online]. 08.12.2008 [cit. 2021-03-23]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2008-423
32. VALVODA, Jaroslav. NEDOSLÝCHAVOST: ORL oddělení VFN, Praha. *MEDICÍNA PRO PRAXI* [online]. 2007, **4**(12), 514-518 [cit. 2021-02-21]. Dostupné z: https://www.solen.cz/pdfs/med/2007/12/07.pdf
33. VÁŽANSKÝ, Mojmír. *Kvalita života starších dospělých a seniorů v kontextu výchovné a sociální pomoci*. Brno: MSD, 2010. ISBN 978-80-7392-130-9.
34. World Health Organization: *Deafness and hearing loss.* WHO [online]. 2021 [cit. 2021-02-17]. Dostupné z: https://www.who.int/health-topics/hearing-loss#tab=tab_1
35. World Health Organization: *World report on hearing: World Health Organization 2021* [online]. 3. 3. 2021. Geneva [cit. 2021-03-24]. ISBN 978-92-4-002048-1. Dostupné z: https://www.who.int/publications/i/item/world-report-on-hearing
36. YAMADA, Yukari, ŠVEJDÍKOVÁ, Barbora a Helena KISVETROVÁ. *Improvement of older-person-specific QOL after hearing aid fitting and its relation to social interaction*. Journal of Communication Disorders [Volume 67]. May 2017, 14-21 [cit. 2021-02-17]. Dostupné z: doi: https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2017.05.001

37. Zákon č. 155/1998 Sb: *Zákon o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob*. Zákony pro lidi [online]. 13.07.1998 [cit. 2021-03-23]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1998-155

11 SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

% – procento

OSN – Organizace spojených národů

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

aj. – a jiný, a jiní, a jinak

et al. – et alii (a další)

č. – číslo

Sb. – sbírka zákonů

USA – United States of America (Spojené státy americké)

dB – decibel

apod. – a podobně

např. – například

m/s – metr za sekundu

BAHA – Bone Anchored Hearing Aid

ČR – Česká republika

WHOQL – Quality of Life Assessment

kHz – kilohertz

AAQ – Attitude to Aging Questionnaire

SPPB – Short Physical Performance Battery

p – statistická významnost

tj. – to je, to jest

UK FTVS – Univerzita Karlova, Fakulta tělesné výchovy a sportu

QOL – Quality of life

n/N – označení pro nějaký počet (přirození číslo v matematice)

j. č. – jednací číslo

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

tzv. – tak zvaný

x^2 – Chí-kvadrát

str. – strana

atd. – a tak dále

12 SEZNAM TABULEK

Tabulka 1. Výsledky audiometrie podle ztráty v decibelech pro vzdušné vedení v oblasti řečových frekvencí……...21
Tabulka 2. Klasifikace sluchových vad podle WHO……...22
Tabulka 3. Počet respondentů podle rozdělení Mülpachr……43
Tabulka 4. Redukovaný počet respondentů……43
Tabulka 5. Dosažené vzdělání respondentů……44
Tabulka 6. Sociální situace respondentů……..44
Tabulka 7. Lokalita bydliště respondentů……45
Tabulka 8. Doba vzniku sluchové ztráty u respondentů……..45
Tabulka 9. Ztráta sluchu v decibelech u respondentů……..46
Tabulka 10. Kompenzační pomůcka u respondentů……46
Tabulka 11. Preferovaná komunikace respondentů……47
Tabulka 12. Medicínsko-kulturní hledisko respondentů……..47
Tabulka 13. Pohybová aktivita respondentů……48
Tabulka 14. Fyzická zdatnost (index seniorské křehkosti) respondentů……..48
Tabulka 15. Porovnání fyzické zdatnosti seniorů (index seniorské křehkosti) v závislosti na sociodemografických proměnných……...60
Tabulka 16. Dotazník AAQ – základní popisné charakteristiky skóre domén……63
Tabulka 17. Porovnání domén AAQ se sociodemografickými proměnnými……..63
Tabulka 18. Vyhodnocení jednotlivých otázek dotazníku AAQ……65

13 SEZNAM PŘÍLOH

1. Informovaný souhlas
2. Index geriatrické křehkosti
3. Dotazník pro socio-demografické údaje
4. Dotazník – Postoj ke stáří a stárnutí – AAQ – česká verze

Příloha 1 – Informovaný souhlas

Informovaný souhlas

pro diplomovou práci: *Vnímání stáří a stárnutí u vybrané populace se sluchovým postižením* období realizace: 2019–2021
Diplomová práce je realizována v rámci výzkumu *Postoj ke stárnutí u osob se sluchovým postižením* – řešitelka projektu: Mgr. Petra Kurková, Ph.D.

Vážená paní, vážený pane,

obracíme se na Vás se žádostí o spolupráci na výzkumném projektu, jehož cílem zjistit pomocí standardizovaného dotazníku WHO AAQ (Attitudes toward Aging Questionnaire) postoj ke stáří a stárnutí u osob se sluchovým postižením. Dílčím cílem je zjistit jak fyzická zdatnost, úroveň deprese a socio-demografické charakteristiky ovlivňují postoj ke stáří a stárnutí u jedince se sluchovým postižením. Výzkumná metodika je již ověřena jak u nás i v zahraničí a splňuje všechna zdravotní, sociální a etická kritéria.

Senioři podstoupí jednoduchý praktický test fyzické zdatnosti, zjišťující rovnovážné schopnosti, rychlost chůze a vstávání ze židle. Poté vyplní dotazníky, které jsou anonymní. Z dotazování nevyplývají pro seniory žádná nebezpečí, naopak pomáhají nám získat informace, které mohou být užitečné pro tuto populaci.

Spolupracovnicí/spolupracovníkem při organizaci výzkumu je: Bc. Aneta Kalábová
Pokud s účastí na projektu souhlasíte, připojte podpis, kterým vyslovujete souhlas s níže uvedeným prohlášením.

Prohlášení
Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném projektu. Diplomantka, řešitelka projektu mne informoval/a o podstatě výzkumu a seznámil/a mne s cíli a metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, podobně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na projektu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány.

Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se řešitelky zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro mne podstatné a potřebné vědět. Na tyto mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informován/a, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na projektu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží moje osoba (nebo zákonný zástupce) a druhý řešitelka projektu.

Jméno, příjmení a podpis diplomantky: Bc. Aneta Kalábová

V Olomouci dne 1. 12. 2019

Jméno, příjmení, datum a podpis účastnice/účastníka v projektu:

_____

Příloha 2 – Index geriatrické křehkosti

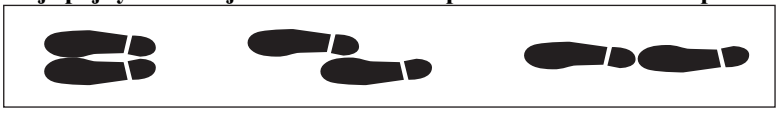
KRÁTKÁ ŠKÁLA PRO HODNOCENÍ FYZICKÉ ZDATNOSTI SENIORŮ (INDEX SENIORSKÉ KŘEHKOSTI)	
Položky:	**Bodové skóre**:
A. Testy rovnováhy 1. Stoj spojný /nohy vedle sebe) *méně než 10 sekund* *po dobu 10 sekund* 2. Stoj v semitandemové pozici (pata jedné nohy vedle palce na druhé noze) *méně než 10 sekund* *po dobu 10 sekund* 3. Tandemová pozice ve stoje (pata jedné nohy vpředu před dotýkající se prsty druhé nohy) *< 3 sekundy* *3 – 9,99 sekund* ≥10 sekund	0 1 0 1 0 1 2
B. Test rychlosti chůze 4. Měření doby chůze na vzdálenost 4 m obvyklým způsobem (započítáme rychlejší čas ze dvou pokusů) *chůze neschopen nebo s dopomocí druhé osoby* *> 8,7 sekund* *6,21 – 8,70 sekund* *4,82 – 6,20 sekund* *< 4,82 sekund*	0 1 2 3 4
C. Test vstávání ze židle Pacient sedí na židli, zkříží si ruce na hrudi a postavuje se bez pomoci rukou. Měříme čas v sekundách nutný k provedení 5 postavení ze sedu do vzpřímeného stoje co nejrychleji bez pomoci rukou. *>60 sekund nebo neschopen* *>16,7 sekund* *13,70 – 16,69 sekund* *11,20 – 13,69 sekund* ≥ 11,19 sekund	0 1 2 3 4
Celkové skóre	

Celkové hodnocení

10–12 bodů dobrá fyzická zdatnost **7 – 9 bodů** snížená fyzická zdatnost, nutné klinické hodnocení a intervence „pre-frailty“	**≥ 6 bodů** křehký senior, vysoké riziko budoucí neschopnosti

Podle Guralnik JM, Ferrucci L, Simonsick EM et al. Low-extremity function in persons over the age 70 yares as a predictor of subsequent disability. NEJM 1995; 332: 556–560. Česky překlad a validace: Topinkova E et al, Geriatricka klinika 1. LF UK a VFN Praha, 2010

Stoj spojný **Stoj v semitandemové pozici** **Tandemová pozice ve stoje**



Příloha 3 - Dotazník pro socio-demografické údaje

DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE

Váš věk: …….

Pohlaví

1. Muž
2. Žena

Nejvyšší dosažené vzdělání

1. základní
2. vyučen
3. středoškolské
4. vysokoškolské

Sociální situace

1. Žiji doma sám/sama
2. Žiji doma s partnerem/partnerkou
3. Žiji doma s dalšími příbuznými
4. Žiji v domově pro seniory

Lokalita bydliště

1. Město
2. Vesnice

Jak dlouho máte sluchové postižení? *(například od narození, od 1 roku, 5 r*oků)

……

Máte ještě nějaké jiné postižení? *(například zrakové, jsem na vozíku, porucha rovnováhy, komunikace)*

1. ano *(prosím napište):……*
2. ne

Vaše ztráta sluchu – kolik decibelů máte?

1. lehká porucha sluchu (26-40 dB) (lehká nedoslýchavost)
2. středně těžká porucha sluchu (41-60 dB) (středně těžká nedoslýchavost)
3. těžká porucha sluchu (61-80 dB) (těžká nedoslýchavost)
4. velmi těžká porucha sluchu včetně hluchoty (81 dB a více) (neslyšící, hluchota – neslyším vůbec)

Vaše ztráta sluchu je:

1. jednostranná (vlevo)
2. jednostranná (vpravo)

3. oboustranná (na obou uších)

Používáte pomůcku (abyste mohl/a lépe slyšet)?

1. ano □ sluchadlo nebo □ kochleární implantát
2. ne

Preferovaná komunikace (nejvíce komunikujete v):

1. český jazyk *(mluvená řeč a psaná podoba jazyka)*
2. český znakový jazyk
3. český znakový jazyk + český jazyk *(používám znakový jazyk a mluvím)*

Pokud jste neslyšící, považujete se za neslyšící osobu z hlediska:

1. Kulturního a jazykového – jsem **N**eslyšící (společné sdílení kultury a znakového jazyka)
2. Medicínské hledisko – jsem **n**eslyšící

Sport (pohybová aktivita):

1. závodně (sportovní klub pravidelně chodil/a) *Napište, jaký sport jste dělal/a:*

……..

2. rekreačně (nezávodil/a, sportoval/a jsem jen tak, když jsem měl/a náladu, např. procházky, plavání) *Napište, jaký sport či aktivitu jste dělal/a jen tak:*

……...

3. vůbec nesportoval/a

Příloha 4 – Dotazník: Postoj ke stáří a stárnutí – AAQ – česká verze

I – Postoj ke stáří a stárnutí – 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 číslo 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.

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

7. Cvičení je důležité v každém věku.

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

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

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

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

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

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

10. Jak stárnu, jsem vůči sobě tolerantnější.

vůbec se nehodí	trochu se hodí	středně se hodí	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

11. Necítím se starý/á.

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

12. Stáří vidím hlavně jako období ztrát.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí

1	2	3	4	5

18. Je velmi důležité předat své zkušenosti mladým lidem.

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

19. Věřím, že můj život má význam.

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

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

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

21. Chci dávat dobrý příklad mladým lidem.

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

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

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

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

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

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

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

ANOTACE

Jméno a přijmení:	Bc. Aneta Kalábová
Katedra nebo ústav:	Katedra antropologie a zdravovědy
Vedoucí práce:	Mgr. Petra Kurková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2021

Název práce:	Vnímání stáří a stárnutí u vybrané populace se sluchovým postižením
Název v angličtině:	Perception of old age and aging in a selected population with hearing impairment
Anotace práce:	Diplomová práce se zabývá tématem fyzické zdatnosti a postoji ke stáří a stárnutí u seniorů se sluchovým postižením. Je zaměřena na klíčovou skupinu seniorů s věkem nad 60 let, kteří mají dlouhodobé či trvalé sluchové postižení a navštěvují kluby, organizace sdružující osoby se sluchovým postižením. Hlavním cílem práce je zjistit vztah mezi vybranými faktory (věk, pohlaví, vzdělání, sociální situace, lokalita bydliště, míra sluchové ztráty, medicínsko-kulturní hledisko, používání kompenzační pomůcky, preferovaná forma komunikace, pohybová aktivita) a hodnocením v jednotlivých doménách dotazníku AAQ, Krátká baterie pro hodnocení fyzické zdatnosti seniorů – SPPB. Práce má část teoretickou a praktickou. Teoretická část vymezuje základní pojmy, které jsou charakteristické pro téma této práce. Předkládá i srovnávací náhled do provedených výzkumných studií v České republice, ale i ve světě. Praktická část obeznamuje čtenáře s metodickým postupem

	pro vypracování, a především pak předkládá výsledky vytyčeného cíle práce. Cíle bylo dosaženo pomocí kvantitativního šetření formou standardizovaných dotazníků: AAQ (Attitudes toward Aging Questionnaire), české verze: Krátká baterie pro testování fyzické zdatnosti seniorů – SPPB a sociodemografického dotazníku.
Klíčová slova:	senior, stáří, stárnutí, sluchové postižení, fyzická zdatnost
Anotace v angličtině:	The diploma thesis deals with the topic of physical fitness and attitudes towards old age and aging in seniors with hearing impairment. It is aimed at a key group of seniors over the age of 60 who have long-term or permanent hearing impairments and attend clubs, organizations associating people with hearing impairments. The main goal of the work is to determine the relationship between selected factors (age, gender, education, social situation, locality of residence, hearing loss rate, medical-cultural aspect, use of compensatory aids, preferred form of communication, physical activity) and evaluation in individual domains of AAA questionnaire, Short battery for assessing the physical fitness of seniors – SPPB. The work has a theoretical and practical part. The theoretical part defines the basic concepts that are characteristic of the topic of this work. It also presents a comparative insight into the research studies conducted in the Czech Republic, but also in the world. The practical part acquaints the reader with the methodological procedure for elaboration, and above all presents the results of the set goal of the work. The goal was achieved by means of a quantitative survey in the form of standardized questionnaires: AAQ (Attitudes toward Aging Questionnaire), Czech version: Short battery for

	testing the physical fitness of seniors – SPPB and sociodemographic questionnaire.
Klíčová slova v angličtině:	senior, old age, aging, hearing impairment, physical fitness
Přílohy vázané v práci:	1. Informovaný souhlas 2. Index geriatrické křehkosti 3. Dotazník pro socio-demografické údaje 4. Dotazník – Postoj ke stáří a stárnutí – AAQ – česká verze
Rozsah práce:	92 stran
Jazyk práce:	český