

Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta tělesné kultury

KVALITA ŽIVOTA SENIORŮ SE SLUCHOVÝM
POSTIŽENÍM

Bakalářská práce

Autor: Kateřina Krátká
Vedoucí práce: Mgr. Svatava Panská
Olomouc 2017

Jméno a příjmení autora: Kateřina Krátká

Název bakalářské práce: Kvalita života seniorů se sluchovým postižením

Pracoviště: Katedra aplikovaných pohybových aktivit

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Svatava Panská

Rok obhajoby bakalářské práce: 2017

Abstrakt:

Bakalářská práce se zabývá analýzou kvality života seniorů se sluchovým postižením. V teoretické části charakterizujeme jednotlivé pojmy jako je stáří, kvalita života, sluchové postižení a pohybová aktivita. Ve výzkumné části se věnujeme výzkumu vedený dotazníkovým šetřením pomocí dotazníku SQUALA. Data byla statisticky zhodnocena a porovnána z jednotlivých hledisek jako je pohlaví, věk, vzdělání, finanční situace, frekvence cvičení, organizovanost pohybové aktivity, zdravotní stav a kvalita života. Z našeho šetření vyplývá, že statisticky významný rozdíl u proměnné byl u stupně sluchového postižení v dimenzi SQUALA 2 a u zdravotního stavu v dimenzi SQUALA 3. U pohlaví, věku, vzdělání, finanční situaci, pohybové aktivity a kvalitě života nebyla žádná statistická významnost.

Klíčová slova: sluchové postižení, stáří, senior, kvalita života, SQUALA

Souhlasím s půjčováním bakalářské práce v rámci knihovních služeb.

Autor's first name and surname: Kateřina Krátká

Title of bachelor's thesis: Quality of life of elderly citizens with hearing impairment

Department: Department of adapter physical activities

Supervisor: Mgr. Svatava Panská

The year of presentation: 2017

Abstract:

This thesis deals with the analysis of quality of life of elderly citizens with hearing impairment. In the theoretical part, some terms, e.g. old-age, quality of life, hearing impairment and physical activities, are dealt with. In the reasearch part, a questionnaire survey using the SQUALA questionnaire is investigated. The data was statisticallly evaluated and compared from the following perspectives: sex, age, education, degree of hearing impairment, financial situation, physical activity frequency, organization of physical activity, health condition and life quality. From our survey, it is clear that there was a statistically significant difference among the variebles degree of hearing impairment in the dimensions of SQUALA 2 and health status variebles SQUALA 3 dimension in close relationships. Gender, age, education, financial situation, physical activities and quality of life do not seem to create a statistically significant difference.

Keywords: hearing impairment, old age, ageing, elderly citizen, quality of life, SQUALA

I agree the thesis paper to be lent within the library service.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně pod vedením Mgr. Svatavy Panské, uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a dodržovala zásady vědecké etiky.

V Olomouci dne

.....

Velmi děkuji Mgr. Svatavě Panské za její cenné rady, připomínky a odborné vedení při vypracovávání bakalářské práce. Ráda bych také poděkovala Mgr. Otovi Panskému a všem trpělivým respondentům.

Rodičům a prarodičům.

OBSAH

| | |
|--|-----------|
| ÚVOD | 9 |
| 1 PŘEHLED POZNATKŮ | 11 |
| 1.1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ..... | 11 |
| 1.2 SENIOR | 11 |
| 1.3 KLASIFIKACE STÁŘÍ..... | 12 |
| 1.3.1 Kalendářní stáří..... | 12 |
| 1.3.2 Biologické stáří..... | 13 |
| 1.3.3 Sociální stáří..... | 13 |
| 1.4 ZMĚNY VE STÁŘÍ..... | 14 |
| 1.4.1 Fyzické změny ve stáří..... | 14 |
| 1.4.2 Psychické změny ve stáří..... | 15 |
| 1.4.3 Sociální změny ve stáří | 15 |
| 1.5 KVALITA ŽIVOTA | 15 |
| 1.6 SLUCHOVÉ POSTIŽENÍ | 17 |
| 1.6.1 Rozdělení sluchových vad..... | 17 |
| 1.6.2 Komunikace osob s postižením sluchu..... | 18 |
| 1.6.2.1 Komunikační systémy..... | 19 |
| 1.6.2.1.1 Mluvená řeč..... | 19 |
| 1.6.2.1.2 Český znakový jazyk..... | 19 |
| 1.6.2.1.3 Komunikační systémy vycházející z českého jazyka..... | 20 |
| 1.6.2.1.4 Znakovaná čeština..... | 20 |
| 1.6.2.1.5 Prstová abeceda..... | 20 |
| 1.6.2.1.6 Vizualizace mluvené češtiny | 20 |
| 1.7 MOŽNOSTI VZDĚLÁVÁNÍ OSOB SE SLUCHOVÝM POSTIŽENÍM | 20 |
| 1.7.1 Primární, sekundární, terciární vzdělávání a profesní uplatnění..... | 21 |
| 1.7.2 Kompenzační pomůcky | 22 |
| 1.8 SOCIÁLNÍ SLUŽBY | 23 |
| 1.8.1 Základní formy a druhy sociálních služeb..... | 23 |
| 1.8.2 Sociální služby pro neslyšící - tlumočení..... | 25 |
| 1.9 POHYBOVÁ AKTIVITA | 26 |
| 2 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY..... | 28 |
| 3 METODIKA | 29 |
| 3.1 VÝZKUMNÝ SOUBOR..... | 29 |

| | | |
|----------|--|-----------|
| 3.2 | CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU | 30 |
| 3.3 | POUŽITÉ METODY | 32 |
| 3.4 | ADMINISTRACE A VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU SQUALA | 32 |
| 3.5 | STATISTICKÉ ZPRACOVÁNÍ DAT | 33 |
| 4 | VÝSLEDKY | 34 |
| 4.1 | SUBJEKTIVNÍ KVALITA ŽIVOTA CELÉHO SOUBORU RESPONDENTŮ DLE SQUALA..... | 34 |
| 4.2 | ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKY VYBRANÝCH PROMĚNNÝCH A JEJICH VLIV NA VÝSLEDNÉ HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA PODLE SQUALA | 35 |
| 4.2.1 | <i>Vliv pohlaví na výsledky dotazníku SQUALA</i> | <i>35</i> |
| 4.2.2 | <i>Vliv věku na výsledky dotazníku SQUALA</i> | <i>36</i> |
| 4.2.3 | <i>Vliv vzdělání na výsledky dotazníku SQUALA.....</i> | <i>38</i> |
| 4.2.4 | <i>Vliv stupně sluchového postižení na výsledky dotazníku SQUALA</i> | <i>40</i> |
| 4.2.5 | <i>Vliv finanční situace a hmotného zabezpečení na výsledky dotazníku SQUALA</i> | <i>43</i> |
| 4.2.6 | <i>Vliv pohybové aktivity na výsledky dotazníku SQUALA</i> | <i>45</i> |
| 4.2.7 | <i>Vliv subjektivního hodnocení zdravotního stavu na výsledky dotazníku SQUALA</i> | <i>49</i> |
| 4.2.8 | <i>Vliv hodnocení subjektivní kvality života na výsledky dotazníku SQUALA.....</i> | <i>51</i> |
| | DISKUZE..... | 54 |
| | DOPORUČENÍ PRO PRAXI..... | 55 |
| | ZÁVĚR..... | 56 |
| | RESUMÉ..... | 58 |
| | SUMMARY | 59 |
| | REFERENČNÍ SEZNAM..... | 60 |
| | PŘÍLOHY | 63 |

ÚVOD

Hned na úvod své práce jsem si kladla otázku, kdo je vlastně „senior“, a jak takto nazývaný člověk vlastně každodenně žije? Když jsem se hlouběji zamýšlela nad hledáním odpovědi při konzultacích přímo se seniory, nebo při studiu dostupných statistických a sociologických pramenů jsem zjistila, že odpověď není až tak jednoduchá, ba naopak.

Obecně se má za to, že hlavním důsledkem prodloužení lidského života je fakt, že staří lidé déle žijí. Ale ono to tak jednoznačné zase není. Věk dožití se sice neustále zvyšuje, ale stáří jako takové, díky rozvoji medicíny, vědy a techniky také mnohem později začíná. Pro ty, kterým je dnes kolem 55 let začne skutečné „stáří“, až někdy kolem 70 – 75 let. Tedy o značný věkový koridor později, než to bylo dříve za dob našich prarodičů a rodičů. Tím jsem si tak trochu odpověděla na první část mé úvodní otázky, ale co ta druhá část otázky? Dříve známý zjednodušený model života: mládí - zralost - stáří se začíná s dobou podstatně měnit.

„Zralost“ tedy nastupuje mnohem dříve (kolem 50 roku věku). A zde je nasnadě odpověď na druhou část mé úvodní otázky – objevuje se zde v životě člověka najednou 15 – 20 let „zralého“ života“. „Co s ním?“, „Jaká bude jeho kvalita?“, „Jak ho dovedu prožít?“.

A právě dílčí odpovědi na svoji úvodní otázku mě přivedly k tématu mé bakalářské práce. Abych se podívala na „zralé“ období života seniorů a pak i na část jejich „stáří“. A to z hlediska sluchově postižených seniorů. Co si budeme povídat, snad vedle zraku je sluch ze všech našich smyslů nejvíce používaný. A tak jsem se rozhodla právě pro skupinu seniorů se sluchovým handicapem.

Toto téma je mi blízké i proto, že na vysoké škole jsem se v průběhu praxe se sluchově postiženými spolužáky setkala ve studijní skupině. Na škole se také vyučovaly hodiny znakového jazyka. Největším zážitkem a nejpřínosnější zkušeností pro mě byla hodina konverzace ve škole, kdy jsem pro svoji neslyšící spolužačku mohla tlumočit průběh hodiny. Vnímání samotného učitele a potom přenos informací pro spolužačku s mojí základní úrovní znakového jazyka nebylo vůbec jednoduché, ale pro mě velmi poučné a jsem za to velice vděčná.

Dále jsem se zúčastnila letního tábora osob se sluchovým postižením, kde jsem se setkala jak s neslyšícími a nedoslýchavými dětmi, tak i dospělými. Mezi neslyšícími dětmi byly i děti intaktní, takže tábor byl krásnou integrační ukázkou. Spolu s dalšími studenty jsme dětem vytvářeli celodenní programy a celý týdenní program. Naučili jsme se několik nových znaků a samozřejmě poznali spoustu nových přátel.

Téma mojí práce však odstartovalo několik setkání s dospělými neslyšícími, kteří byli již v důchodovém věku. Hovořila jsem s nimi v klubovně Oblastní unie neslyšících v Olomouci a někteří se přijeli podívat na letní tábor sluchově postižených dětí.

Myslím si, že na obdobné téma již bylo zpracováno nemálo studijních prací, ale přesto jsem přesvědčena, že právě senioři se sluchovým postižením si naší pozornosti zaslouží a chtěla bych, aby i moje práce byla pro tuto problematiku přínosem. Vedou mě k tomu i tato slova:

“Jako neslyšící člověk jsem přesvědčen, že nejúčinnější léčbou hluchoty není ani medicína a nejsou to ani mechanická, nebo elektronická zařízení, či chirurgický zákrok, ale porozumění.“

Jack R.Gannon (1974, in Horáková, 2012)

1 PŘEHLED POZNATKŮ

1.1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

Uvádí se, že existuje okolo tří set definic vymezujících stárnutí a stáří, žádná z nich však není absolutně platná a definitivní (Příbyl, 2015). Holczerová & Dvořáčková (2013, 21) uvádí, že „*stáří a stárnutí je přirozený a nezvratný biologický proces, který trvá od početí až po smrt jednotlivce*“.

Stárnutí je komplexní, nevratný, dynamický proces, který postihuje involučními změnami veškeré živé organismy kontinuálně již od jejich početí (Příbyl, 2015).

Další definicí, kterou uvedu je od Saka & Kolesárové (2012, 14) „*stáří je životní fáze člověka ohraničená dvěma časovými body. Horní věková hranice stáří je ostře vymezena smrtí. Spodní věková hranice je rozmazána tím, že jevy a procesy, které tvoří stáří, do života člověka vstupují postupně. Teprve úhrn těchto jevů a procesů tvoří stáří*“.

Tošnerová (2009, 14) tvrdí, že stáří je přirozený a předvídatelný proces změn, ale vyznačuje se značnou variabilitou v typech a rychlosti.

Potenciál stáří znamená, že z celé životní dráhy jsou právě v této fázi nejpříhodnější podmínky k využití reflektovaných celoživotních zkušeností a výsledků celoživotního vzdělávání k povýšení vědomí v postojích, názorech, hodnotách, světonázoru i sociální kompetenci (Sak & Kolesárová, 2012).

Příbyl (2015) píše, že stářím je označována poslední vývojová etapa lidského života, která končí smrtí. Jedná se o důsledek a projev involučních změn (funkčních i morfologických), které jsou determinovány geneticky, ale i dalšími faktory, např. nemocemi, způsobem života, životními podmínkami.

Mezi autory zabývajícími se problematikou stárnutí a stáří je shoda na faktu, že stáří (senium) je konečnou etapou života (vývojovým obdobím), zatímco stárnutí (senescence) je fyziologický proces a nikdo živý se mu nemůže vyhnout (Příbyl, 2015).

1.2 SENIOR

Pojem „senior“ není v naší legislativě ani v odborné literatuře jednoznačně vymezen. Je používán jako synonymum pro označení starého člověka, respektive poživatele starobního důchodu, to ale není zcela přesné a může to být i zavádějící (Špatenková & Smékalová, 2015).

Sak & Kolesárová (2012, 25) tvrdí, že „senior je člověk završující životní fázi se specifickým postavením ve společnosti.“

Generace seniorů je tvořena lidmi, které navzájem něco spojuje a naopak vůči mladým generacím něco diferencuje (Dvořáčková & Hrozenková, 2013).

Snížená schopnost seniora slyšet a komunikovat mu způsobuje frustraci, může vést k sociální izolaci, zkrácené komunikaci a ke stigmatizaci. Je spojena s negativními psychologickými dopady, zhoršením kvality života a depresivními symptomy (Kisvetrová, 2014).

U seniorské populace se nejčastěji setkáváme s tzv. stařeckou nedoslýchavostí neboli presbyakuzí a ušním šelestem (tinnitus). Ostrost sluchu seniora postupně slábne u obou uší (Kisvetrová, 2014).

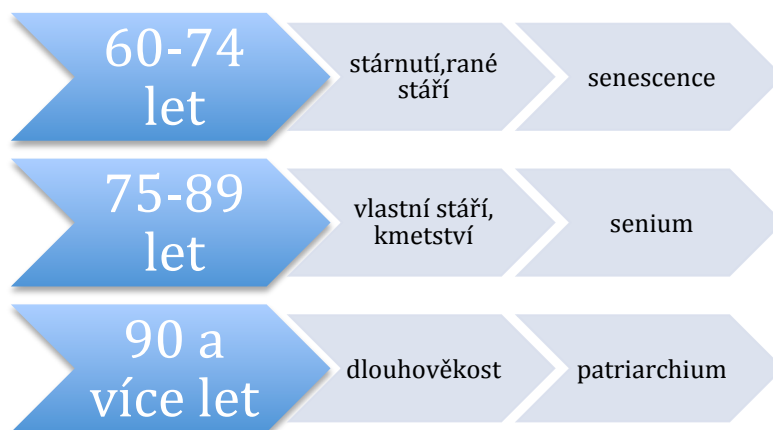
Zhoršování sluchu seniora je postupný proces. Pokud je správně diagnostikován a je seniorovi nabídnuta vhodná sluchová rehabilitace, pozitivně se to odráží v socializaci seniora. To má pozitivní dopad na kvalitu života seniora i jeho rodinných příslušníků (Kisvetrová, 2014).

1.3 KLASIFIKACE STÁŘÍ

Různá odborná literatura přináší nejednotnost v pojetí stáří a rozcházející se periodizace stáří. Obvykle však panuje shoda v rozlišení stáří na kalendářní, biologické a sociální (Příbyl, 2015).

1.3.1 Kalendářní stáří

Příbyl (2015, 10) uvádí, že kalendářní stáří je dané dosažením určitého dohodnutého věku, považuje se tak za sociální konstrukt. Je jednoznačně vymežitelné, má nulovou vypovídající hodnotu o interindividuálních rozdílech. Za obecně uznávanou je považována patnáctiletá periodizace lidského věku dle WHO:



Obr. 1: Periodizace lidského věku dle Světové zdravotnické organizace (in Příbyl, 2015)

Stáří je totiž velmi heterogenní kategorie. Není senior jako senior. V různých fázích tohoto životního období řeší senioři jiné problémy, mají jiné priority a dominují jiná témata a úkoly. Z jejího pojetí je pak odvozeno i současné orientační členění stáří a dominující témata v příslušné fázi:

- 65-74 let: mladí senioři (young old) – témata penzionování, volného času, aktivit, seberealizace
- 75-84 let: staří senioři (old old) – témata adaptace, tolerance zátěže, specifického stonání, osamělosti
- 85 a více let: velmi staří senioři (very old old) – problematika soběstačnosti a zabezpečení (Špatenková & Smékalová, 2015).

1.3.2 Biologické stáří

Biologické stáří lze charakterizovat jako míru involučních změn, která je u každého jedince zcela individuální. Uvádí se, že již okolo 25-30 roků života se může pozorovat pomalý, leč postupný pokles výkonnosti fyzických i duševních funkcí. Obecně se rozlišují tři základní typy změn:

1. úbytek funkcí na molekulární, tkáňové, orgánové a systémové úrovni
2. významný pokles buněčných rezerv manifestující se například při reakci v zátěžových situacích
3. zpomalení většiny funkcí

Vnější obrazem biologického stáří je: srašťování a vysušování kůže, úbytek a šedivění vlasů a ochlupení, změny hormonální produkce a sekrece, ochabování svaloviny a úbytek kostní hmoty, poruchy sluchu, horší adaptace zraku na světlo a tmu, omezení kardiovaskulárního systému, změny postavy, chůze atd. (Příbyl, 2015).

Jde o nevratné biologické změny, které zvyšuje riziko nemocí, funkčních deficitů, úmrtí, ale také maximální čas zbývající do přirozené smrti u daného jedince (Čevela et al., 2012).

1.3.3 Sociální stáří

Sociální stáří je určeno souhrnem sociálních změn, sociálních rolí, postojů. Také ale znevýhodněním a typickými životními situacemi v pokročilém věku, mezi které patří zejména úmrtí partnera, odchod dětí z domova, přijetí role penzisty, jde o takzvané vystoupení nebo vytlačení ze světa mládí. Počátek sociálního stáří se většinou označuje odchod do důchodu, nebo nárok na starobní důchod (Čevela et al., 2012).

V souvislosti se sociálním stářím lze hovořit o tzv. sociální periodizaci lidského života, která na základě produktivity a sociálních rolí člení lidský život do životních období, tzv. věků:

- První věk – předproduktivní, je obdobím dětství, mládí, růstu, vzdělávání, profesní přípravou apod.
- Druhý věk - produktivní, je fází dospělosti, kdy biologická, sociální i pracovní produktivita je na vrcholu.
- Třetí věk – postproduktivní, je obdobím, kdy dochází k penzionování, k poklesu produktivity.
- Čtvrtý věk – bývá označován jako fáze závislosti. Toto označení je nevhodné, protože by mohl vznikat dojem, že stáří musí být nutně spojeno se ztrátou soběstačnosti a biologickým marasmem, což je v rozporu s konceptem zdravého stárnutí (Příbyl, 2015).

1.4 ZMĚNY VE STÁŘÍ

1.4.1 Fyzické změny ve stáří

Stárnutí přináší zhoršení somatického a psychického stavu. Avšak proces tělesného a duševního úpadku bývá individuálně variabilní z hlediska času, rozsahu i závažnosti projevů. Závisí na interakci dědičných předpokladů a důsledků různých exogenních vlivů, které se v průběhu života stárnoucího člověka postupně nakumulovaly (Vágnerová, 2007).

Vágnerová (2007, 312) uvádí, že jedním z faktorů, které mohou ovlivnit rychlost a kvalitu stárnutí jsou genetické dispozice. Stáří je pozdním obdobím života, a tak není divu, že se v něm projeví i způsob prožití minulých fází, ovlivněných vnějšími faktory např. životním stylem, výživou, nadměrným zatěžováním některých orgánových skupin.

Změny v oblasti fyzické se projevují především zhoršením odolnosti vůči nepříznivým a rušivým vlivům, úbytkem energie, snižováním sensorické kapacity (zhoršením kvality zraku a sluchu). U zraku vystupuje do popředí změna zrakové ostrosti. Příčinou je ztráta čočky. Pokud jde o sluchovou výkonnost, následuje pomalý, ale trvalý pokles (Špatenková & Smékalová, 2015).

Špatenková a Smékalová (2015, 64) uvádí, že nejvýznamnější změnou je ubývání rychlosti pohybů, zpomaluje se psychomotorické tempo, což se projevuje nejen na motorické úrovni, ale také na úrovni psychické.

1.4.2 Psychické změny ve stáří

Změny ve stáří nemají jen charakter sestupnosti ve smyslu zhoršení (vitalita, tvůrčí schopnosti, úzkost, nejistota, sebehodnocení). Funkce jako jsou slovní zásoba, jazykové dovednosti, intelekt se zpravidla nemění. Většina českých psychologů se shoduje na velkých rozlišnostech při psychickém stárnutí (Pacovský, 1994).

S přibývajícím věkem dochází také k různým psychickým změnám, není to však pravidlem. Obvykle dochází k celkovému zpomalování psychických procesů, zhoršuje se pozornost i pamětní funkce. Právě oslabení pamětních funkcí je pro stárnutí charakteristické. Dochází k poklesu fluidní inteligence, krystalická inteligence se naopak zásadním způsobem nemění. Nezřídka dochází také k osobnostním změnám (Langmeier, Krejčířová, 2006).

1.4.3 Sociální změny ve stáří

Sociální kontakty seniora celkově přirozeně řídnou – přátelé, kamarádi a známí umírají, nebo jim zdravotní stav nedovoluje stýkat se se svými vrstevníky. Sociální kontakty se tak odehrávají spíše jen v rámci rodiny, kde se senior cítí relativně jistý. Na druhou stranu potřeba kontaktu s vrstevníky přináší seniorovi větší pochopení pro různé potíže, cítí generační solidaritu. Senioři mohou trpět pocitem osamělosti a izolace, což může být způsobeno psychickým či fyzickým stavem (jako je slábnutí zraku či sluchu, zhoršení paměti, inkontinence atd.) nebo sociální situací (Špatenková & Smékalová, 2015).

1.5 KVALITA ŽIVOTA

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

Vaďurová a Mühlpachr (2005, 8) také tvrdí, že první faktory ovlivňující kvalitu života vymezil W. Forrester: zabezpečení potravinami; finance, zabezpečující životní standard; stav znečištění životního prostředí; hodnota růstu počtu obyvatel.

Ukazatelé kvality života podle WHO:

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

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

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

Základními směry, kterými je kvalita života interpretována, je tedy rovina: objektivní – souhrn indikátorů objektivních (např. životní podmínky, ekonomické ukazatele a další), subjektivní – souhrn indikátorů subjektivních (např. pocit úspěchu, osobní spokojenost a jiné). Z těchto objektivních a subjektivních směrů plyne, že kvalita života je ovlivňována mnoha faktory, psychologickými, environmentálními, zdravotními, sociálními a dalšími (Ludíková a kol., 2013).

Také Vaďurová a Mühlpachr (2005, 17) uvádí, že objektivní kvalita života sleduje materiální zabezpečení, sociální podmínky života, sociální status a fyzické zdraví. Subjektivní kvalita života se týká jedincova vnímání svého postavení ve společnosti v kontextu jeho kultury a hodnotového systému.

Křížová (in Dvořáčková, 2012) uvádí, že odborná veřejnost se shoduje na třech hlavních oblastech pojmu kvality života. Je to fyzické prožívání, psychická pohoda a sociální postavení jedince a jeho vztahy k druhým lidem.

Kvalita života ve stáří je ovlivněna mírou saturace potřeb seniora společně s celou řadou faktorů: kvalita sociálních kontaktů, ať už jde o vztahy s dospělými dětmi nebo o sousedy, přátele, dále dostupnost zdravotní péče, kvalitní a cenově dostupné bydlení, bezpečnost, informovanost o dění kolem, nabízené služby, dostupnost dopravy aj. (Příbyl, 2015).

Kvalita života v lékařství se označuje pod anglickou zkratkou HRQL (health – related quality of life). Při vymezování tohoto pojmu panuje jistá rozdílnost. Definic, které se snaží vymezit tento pojem, jsou jich desítky, mají společné to, že kvalita života velice souvisí se zdravotním stavem člověka, sociální pohodou a nepřítomností nemoci (Mareš, 2006).

Podle Vohralíkové a Rabušice (2004) kvalitu seniorů tvoří řada aspektů. Mezi nejvýznamnější můžeme zařadit materiální zabezpečení, zdraví, rodina, sociální kontakty, pohybová aktivita. Pro kvalitu života ve stáří je důležité i to, jak se člověk vyrovnává se zhoršujícím zdravotním stavem, ztrátou přátel, horší finanční situací, čili schopností adaptovat se na výrazné životní změny.

1.6 SLUCHOVÉ POSTIŽENÍ

Horáková (2011,11) uvádí, že „termín sluchové postižení zahrnuje základní kategorie osob: neslyšící, nedoslýchavé, ohluchlé“.

Každá z těchto kategorií představuje různorodou kvalitu, jejíž konkrétní strukturu limitují další faktory, nejčastěji kvalita a kvantita sluchového postižení, věk, kdy k postižení došlo, mentální dispozice jedince, péče, která mu byla věnována, a další přidružené postižení (Horáková, 2012).

Sluchové postižení je následkem organické nebo funkční vady (resp. poruchy) v kterékoliv části sluchového analyzátoru, sluchové dráhy a sluchových korových center, příp. funkcionálně percepčních poruch (Slowík, 2007).

Sluchová vada se projevuje zvýšením sluchového prahu, které je trvalé, nemá tendenci ke zlepšení a nelze jej terapeuticky ovlivnit (Kisvetrová, 2014).

Za sluchové postižení považujeme sociální důsledek takové ztráty sluchu, kterou již není možné plně kompenzovat technickými pomůckami, a která již tedy negativně ovlivňuje kvalitu života člověka (Langer, 2013).

Skutečností je, že jinak na sebe pohlížejí sami sluchově postižení. Mnozí z nich se za postižené nepovažují, cítí se být pouze příslušníky jiné jazykové a kulturní menšiny, například skupina užívající znakový jazyk, nebo naopak jsou uzavření a málo komunikativní (Souralová & Langer, 2005).

1.6.1 Rozdělení sluchových vad

Kisvetrová (2014, 19) též uvádí, že sluchové vnímání umožňuje člověku dorozumět se mluvenou řečí. Vývojové období, v němž vznikla sluchová vada, to zásadním způsobem ovlivňuje. Podle doby vzniku rozdělujeme sluchové vady na:

- Vrozené (hereditární) sluchové vady
- Kongenitální sluchové vady
- Získané (postnatální) sluchové vady

Horáková (2011, 12) tvrdí, že sluchové postižení je u obyvatelstva jedno z nejrozšířenějších somaticko-funkčních postižení.

Dle Kisvetrové (2014, 23) se výskyt sluchového postižení v populaci zvyšuje v závislosti na věku. Větší část tvoří poškození související s degenerativním procesem stárnutí.

Světová zdravotnická organizace (World Health Organisation – WHO) v roce 1980 sestavila škálu sluchových poruch. Velikost sluchové poruchy je vyjádřena v decibelech (dB) (Panská, 2013).

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

Tab. 1.: Klasifikace sluchových vad – škála stupňů sluchových poruch podle WHO

1.6.2 Komunikace osob s postižením sluchu

Komunikace dělá člověka člověkem, umožňuje lidem sdělování informací, myšlenek, názorů a pocitů. Základem dorozumivacího procesu je sluch. Správná funkce sluchového analyzátoru ovlivňuje řeč a ta je nezbytná pro rozvoj abstraktního myšlení (Souralová & Langer; in Renotierová, 2004).

Souralová (2005, 9) uvádí, že „pod pojmem adekvátní komunikační systém si lze představit široké spektrum dorozumivacích technik“.

Jedinci se sluchovým postižením tvoří různorodou skupinu, tím pádem se budou lišit techniky i formy komunikace. Dá se předpokládat, že nedoslýchavý člověk mající užitek ze sluchadel nebo uživatel kochleárního implantátu bude při kontaktu se slyšícími preferovat komunikaci mluvenou řečí a odezírání. Naproti tomu člověk zcela neslyšící, který neuzivá sluchadel, bude upřednostňovat komunikaci prostřednictvím znakového jazyka (Horáková, 2012).

1.6.2.1 Komunikační systémy

Komunikačními systémy neslyšících a hluchoslepých osob se pro účely zákona z 8. 12. 2008 – 384/2008 Sb. rozumí český znakový jazyk a komunikační systémy vycházející z českého jazyka (Panská, 2013).

Při dorozumívání s jedinci se sluchovým postižením se nejčastěji setkáváme se dvěma základními komunikačními systémy:

- Auditivně-orální komunikační systém – mluvená řeč
- Vizually-motorický komunikační systém – znakový jazyk, znakovaná čeština, prstová abeceda.

1.6.2.1.1 Mluvená řeč

Mluvená řeč - ve zvukové i grafické podobě – je nezbytná pro komunikaci s majoritní slyšící společností. Čím méně je řeč jedince se sluchovým postižením srozumitelná, tím složitější je integrace a omezenější interkulturní komunikace. I při používání výkonných digitálních sluchadel a kochleárních implantátů je nutná pravidelná a systematická stimulace (Souralová, 2005).

Odezírání mluvené řeči při kontaktu se slyšícím komunikačním partnerem je podle Krahulcové (2002, 193) specifická forma vizuální percepce, kdy obsah sdělení jedinec nechápe pouze podle pohybu úst, „ale i podle mimiky obličeje, výrazu očí, gestikulace rukou, celkových postojů těla, situačních faktorů a kontextu obsahu mluveného“.

Odezírání nemůže zcela nahradit sluch, proto je upřednostňováno především nedoslýchavými a jedinci s využitelnými zbytky sluchu (Horáková, 2012).

1.6.2.1.2 Český znakový jazyk

V zákoně č. 384/2008 Sb. (v úplném znění vyhlášen pod č. 423/2008 Sb.) je definován jako: „přirozený jazyk a plnohodnotný komunikační systém tvořený specifickými vizuálně-pohybovými prostředky, tj. tvary rukou, jejich postavením a pohyby, mimikou, pozicemi hlavy a horní části trupu“ (Horáková, 2012).

Slowík (2007, 76) uvádí, že základem znakové řeči je systém pohybů – gest rukou a dalších doplňujících výrazových (pohybových a mimických) prvků, který vytváří plnohodnotné nezávislé jazykové prostředí.

Český znakový jazyk má základní atributy jazyka, tj. znakovost, systémovost, dvojí členění, produktivnost, svébytnost a historický rozměr a je ustálen po stránce lexikální a gramatické (Panská, 2013).

1.6.2.1.3 Komunikační systémy vycházející z českého jazyka

Komunikačními systémy neslyšících vycházejícími z českého jazyka jsou znakovaná čeština, prstová abeceda, vizualizace mluvené češtiny, písemný záznam mluvené řeči (Panská, 2013).

1.6.2.1.4 Znakovaná čeština

Znakovaná čeština je uměle vytvořený systém usnadňující komunikaci mezi slyšícími a neslyšícími v České republice (Slowik, 2007).

Horáková (2011, 75) uvádí, že se jedná se o komunikační systém využívající gramatické prostředky češtiny, která je současně hlasitě nebo bezhlasně artikulována.

Znakovanou češtinu preferují lidé se sluchovým postižením, kterým vyhovuje odezírání. Při komunikaci totiž sledují především ústa komunikačního partnera a jednotlivé znaky vnímají jako doplněk (Horáková, 2012).

1.6.2.1.5 Prstová abeceda

Panská (2013, 18) tvrdí, že „prstová abeceda využívá formalizovaných a ustálených postavení prstů a dlaně jedné ruky nebo prstů a dlaní obou rukou k zobrazování jednotlivých písmen české abecedy“.

Produkce prstové abecedy je pomalejší než mluvení, nelze ji tedy používat jako komunikační systém pro tlumočení jedincům s postižením sluchu, ani při běžném kontaktu s neslyšícím člověkem. Funguje spíše jako pomoc při odezírání a artikulaci (Horáková, 2012).

1.6.2.1.6 Vizualizace mluvené češtiny

Vizualizace mluvené češtiny je zřetelná artikulace jednotlivých českých slov ústy tak, aby bylo umožněno nebo usnadněno odezírání mluveného projevu osobami, které ovládají český jazyk a odezírání preferují jako prostředek své komunikace (Panská, 2013).

Krahulcová (2002, 193) charakterizuje odezírání jako „přijímání informací zrakem a chápání jejich obsahu na základě pohybů mluvidel, mimiky obličeje, gestikulace rukou a celkových postojů těla, situačních faktorů a kontextu obsahu mluveného“.

1.7 MOŽNOSTI VZDĚLÁVÁNÍ OSOB SE SLUCHOVÝM POSTIŽENÍM

Vytvoření funkčního dorozumívacího prostředku je jednou z hlavních priorit edukace jedinců s postižením sluchu (Souralová, 2005).

Míra vzdělávání dětí se sluchovým postižením závisí na zvoleném komunikačním prostředku, neboť tempo poznávání je závislé na schopnosti porozumět jazyku, ve kterém jsou žáci vyučováni (Horáková, 2012).

Níže si budeme charakterizovat tři z nich.

- Orální metoda – hlavním cílem je vybudovat u dítěte mluvenou řeč
- Bilingvální přístup – definujeme jako přenos informací ve dvou jazykových kódech, ve znakovém jazyce neslyšících a mluveném jazyce a to vzájemně mezi neslyšícími a slyšícími, a mezi neslyšícími navzájem
- Totální komunikace – představuje komplex manuálních a orálních způsobů komunikace, které umožňují dítěti se sluchovým postižením zajistit bezbariérový přístup k informacím, tak aby se mohlo dále rozvíjet (Horáková, 2012).

1.7.1 Primární, sekundární, terciární vzdělávání a profesní uplatnění

Před samotným zahájením povinné školní docházky je možné zařadit dítě se sluchovým postižením do předškolního zařízení. Mateřské školy pro sluchově postižené fungují při základních školách pro sluchově postižené (Horáková, 2012).

Horáková (2012, 81) tvrdí, že nástup do školy je pro dítě důležitým sociálním mezníkem. Výhodou škol pro sluchově postižené může být školní docházka desetiletá, ale také nižší počet žáků ve třídě.

V dospívání a ke konci školní docházky nastává období, v němž je nutno se zaměřit na příští pracovní uplatnění člověka a včas se připravit na volbu zaměstnání. Síť středních škol pro žáky se sluchovým postižením zahrnuje praktické školy, střední odborná učiliště, střední odborné školy a gymnázia. Nejčastěji se jedná o učební obory strojní mechanik, malíř-lakýrník, krejčí, dámská krejčová, truhlář, kuchař, cukrář, elektrikář, zahradník, zámečnick, klempíř, čalouník, prodavač, apod. (Horáková, 2011).

Dále Horáková (2012, 85) uvádí, že nabídka studijních oborů na vysoké škole pro studenty se sluchovým postižením obsahuje dva bakalářské obory s možností navazujícího magisterského studia – Výchovná dramatika neslyšících, kterou lze studovat na Janáčkově akademii múzických umění v Brně a Čeština v komunikaci neslyšících na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy v Praze.

Oblast edukace seniorů je neobyčejně široká a netvoří žádný jednotný a vzájemně provázaný systém. Může mít charakter neprofesního všeobecného seniorského vzdělávání. V takovém případě se jedná například o výuku počítačové gramotnosti, cizích jazyků, trénování paměti apod. Stejně tak ale může mít podobu inovace odborných znalostí a

dovedností, kdy je cílem vzdělávání rozvoj nebo udržení kvalifikace s cílem dosáhnout (re)aktivizace seniorů (Špatenková & Smékalová, 2015).

Práce má v životě jednotlivce zásadní postavení a každý má právo na uplatnění na volném trhu práce podle svých schopností a možností. Ty jsou ovšem u člověka se sluchovým postižením do jisté míry omezeny (Horáková, 2012).

Z pohledu společnosti jsou s určitým postižením spojeny také konkrétní představy, v mnoha ohledech je můžeme nazvat předsudky, které jsou pro dané skupiny jedinců typické, pracovní uplatnění nevyjímaje (Ludíková a kol., 2013).

Přestože v současné době podle § 81 Zákona o zaměstnanosti č. 435/2004 Sb. ukládá zaměstnavatelům s více než 25 zaměstnanci v pracovním poměru povinnost zaměstnávat osoby se zdravotním postižením ve výši povinného podílu těchto osob na celkovém počtu zaměstnanců, jsou možnosti lidí se sluchovým postižením svobodně si zvolit povolání ve srovnání se slyšícími stále omezené (Horáková, 2012).

1.7.2 Kompenzační pomůcky

Moderní kvalitní technické pomůcky umožňují do určité míry kompenzovat sluchovou ztrátu, a usnadnit tak život a zlepšit jeho kvalitu. Pomůcky určené pro osoby se sluchovým postižením zahrnují celou škálu speciálních pomůcek. V zásadě je můžeme rozdělit na:

- Pomůcky individuální – různé typy sluchadel, kochleární implantáty
- Pomůcky kolektivní – zesilovací aparatury pro využívání větším množstvím osob
- Pomůcky umožňující vizuální komunikaci – internet
- Pomůcky signalizační – signalizace zvonění bytového a domovního zvonku, signalizace času (Langer, 2013).

Mezi kompenzační pomůcky patří sluchadla a sluchové implantáty (středoušní, kostní, kochleární).

Sluchadlo je individuální miniaturní elektroakustický přístroj umožňující zesílené zvuky. Je určeno osobám se zachovaným zbytkem sluchu. Hlavní funkcí sluchadla je zesílení přenosu zvuku do vnitřního ucha (Kisvetrová, 2014).

Horáková (2011, 47) dělí sluchadla:

- Dle způsobu zpracování akustického signálu – analogová a digitální sluchadla
- Dle charakteru přenosu vzduchu – přenos zvuku vzduchem, kostní vedení zvuku
- Dle konstrukčního provedení (tvaru) sluchadel – závěsná sluchadla, zvukovodová (nitroušní) sluchadla, kapesní sluchadla, brýlová sluchadla

Tlumočnický znakového jazyka, který je pro určitou skupinu osob se sluchovým postižením nutnou „pomůckou“ pro zajištění komunikace (Langer, 2013).

Středoušní implantát se skládá z vnější části – externího audioprocesoru, který je přístupný uživateli. Audioprocesor převádí řeč a zvuky na digitální signály. Ty jsou přenášeny do implantátu, z implantátu je zakódovaný signál veden do miniaturní elektromagnetické cívky FMT – Floating Mass Transducer. Cívka podle intenzity přijímaného signálu rozkmitává středoušní kůstky, a tak umožňuje sluchovému orgánu vyhodnotit přijímané zvuky (Langer, 2013).

Kochleární implantát představuje nitroušní elektronickou smyslovou náhradu, která přenáší sluchové vjemy přímou elektrickou stimulací sluchového nervu uvnitř hlemýždě vnitřního ucha (Holmanová, 2002).

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

1.8 SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Bez cílené sociální práce, pomoci a sociálních služeb, jako instrumentů a současně produktů sociální politiky, by se významná část občanů nemohla podílet na všech stránkách života společnosti, čímž by bylo znemožněno uplatnění jejich lidských i občanských práv a docházelo by k jejich sociálnímu vyloučení (Novosad, 2009).

Sociální služba je činnost nebo soubor činností, jimiž se zajišťuje pomoc osobám v nepříznivé sociální situaci (Krejčířová & Treznerová, 2011).

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

1.8.1 Základní formy a druhy sociálních služeb

Sociální službou se rozumí veřejná služba, určená osobám nebo skupinám osob, jež se ocitnou v nepříznivé sociální situaci, a která jim nabízí možnosti jak tuto situaci řešit a napomáhat tak dobrému (tzn. důstojnému, přirozenému a obecně přijatelnému) sociálnímu fungování jednotlivců, skupin a společenství (Novosad, 2009).

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

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

Formy sociálních služeb:

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

Do sociálních služeb se řadí sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence (Příbyl, 2015).

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

Sociální poradenství se dělí na základní a odborné. Základní sociální poradenství poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Odborné sociální poradenství se zaměřuje na potřeby jednotlivých sociálních skupin osob v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, v poradnách pro oběti trestných činů a domácího násilí, práci s osobami se specifickými potřebami (Krejčířová & Treznerová, 2011).

Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení (Krejčířová & Treznerová, 2011).

Služby sociální prevence jsou zaměřeny na jevy a situace, které mohou vést k sociálnímu vyloučení, přičemž primární příčinou není neschopnost o sebe pečovat z důvodu věku či zdravotního stavu (Příbyl, 2015).

Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů (Krejčířová & Treznerová, 2011).

Nyní bych se zmínila o sociálních službách, které jsou zaměřeny právě pro osoby se sluchovým postižením, neboť nemůžeme opomenout specifika, která sluchové postižení přináší.

1.8.2 Sociální služby pro neslyšící - tlumočení

Proces tlumočení je zvláštní druh zprostředkované mezijazykové a zároveň interkulturní komunikace, jako způsob dorozumívání mezi lidmi používajícími různé jazyky. Komunikace neprobíhá přímo, příjemce a adresát sdělení nejsou jedna a tatáž osoba, ale probíhá přes prostředníka – tlumočnicka (Čeňková, 2008).

Paragraf 56 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, stanoví, že „*tlumočnické služby jsou terénní, popřípadě ambulantní služby poskytované osobám s poruchami komunikace způsobenými především smyslovým postižením, které zamezuje běžné komunikace s okolím bez pomoci jiné fyzické osoby*“. Služba podle výše uvedeného odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti (odst. 2): „*zprostředkování kontaktu se společenským prostředím*“ (a), „*pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí*“ (b).

Jeden z nejdůležitějších dokumentů, kterým by se měl tlumočnicka při výkonu svého povolání řídit, je etický kodex tlumočnicka. Tlumočnicka je osoba, která v rámci své profese převádí za úplaty smysl sdělené z výchozího jazyka do jazyka cílového. Je prostředníkem mezi dvěma osobami, které by se bez něj nedorozuměly. Tlumočnicka se nesnaží být aktivním účastníkem komunikace.

(Převzato z webových stránek České komory tlumočnicků znakového jazyka <http://www.cktjz.com/eticky-kodex>, 6. 3. 2017).

Činnost tlumočnicků a nárok osob s postižením sluchu na tlumočení v jednotlivých odvětvích. Tlumočení pro neslyšící ve zdravotnictví, v soudním řízení, na úřadech, ve školách a školských zařízeních, na vysokých školách, v zaměstnání a tlumočení pro audiovizuální média (Toráčová, 2008).

Horáková (2012, 114) uvádí, že pro řadu klientů se sluchovým postižením tvoří tlumočnické služby neodmyslitelnou součást jejich života.

1.9 POHYBOVÁ AKTIVITA

Hošková (1998, 48) popisuje pohyb jako „*elementární vlastnost a druh bytí na planetě, umění se sebou manipulovat v prostoru a časovém úseku. Jako pasivní komponent řadí kostru mezi aktivní komponent kosterního svalstva. Pohybová aktivita se projevuje prostřednictvím motorických schopností a dovedností za účelem provést konkrétní pohybový úkol. Tyto činnosti jsou řízeny centrální nervovou soustavou a jsou konány na základě lidských potřeb. Pohyb musí realizovat úlohu kompenzace a předcházení jistých chorob*“.

Pravidelně prováděná pohybová aktivita je označována jako hlavní prvek zdravého životního stylu. Pohybová aktivita pravidelná i přirozená (obvyklá, habituální) jsou spolu s přiměřeným energetickým příjmem nejlepším, nejbezpečnějším a ekonomicky nenákladným preventivním nebo v další řadě léčebným prostředkem většiny civilizačních onemocnění (Šeflová, 2014).

Fyzická aktivita je důležitá během celého života, protože přináší mnoho užitku: udržení hmotnosti, ohebnost kloubů, posílení svalů, boj se stresem atd. Ale snad nejdůležitější je, že ovlivňuje správné fungování kardiovaskulárního systému (Knihovna zdraví, 2006).

Krejčík (2007, 53) uvádí, že „*pohyb bez velkého přetěžování organismu je přirozenou součástí a charakteristikou života*“.

Fyzická aktivita spolu s vhodnou stravou jsou hlavními cestami ke zdravému a spokojenému stáří (Vigué, 2006).

Nedostatek a nízká intenzita pohybových aktivit v dětském věku ohrožuje další vývoj i zdravotní stav a výkonnost v dospělosti (Máček, Radvanský et al., 2011).

Podle Rheinwaldové (1999, 12) je „*pohyb pro seniory nedílnou součástí, protože má pozitivní vliv na „kardiovaskulární systém, nervový systém, krevní oběh, dýchání, hormonální rovnováhu, pohyblivost, chemické složení krve, zažívání, nervovou a svalovou koordinaci*“.

Než se senior pustí do cvičení, je důležité, aby při tvorbě cvičebního plánu respektoval věková specifika, zdravotní kondici, činitele motivace, stupeň nabytých fyzických dovedností a celkovou výdrž. Následovat by měla relaxace, psychická rovnováha a prožitek. Aby byl dosažen výsledek, je prioritou činnost provádět v pravidelných intervalech, po dlouhý čas a opět na jednotlivých principech. Patří sem četnost vybraných fyzických činností, pílě prováděné aktivity, selekce činností, které uchovávají či rozvíjí elementární pohybové nadání, mentální prožitek a vložení aktivit do jednotlivých denních a týdenních časových intervalů (Štilec, 2004).

Senioři by se měli zaměřit na podporu proprioreceptorů na plosce nohy a chodidle, pohyby hlezenního kloubu a kyčelních partií, rovnovážná cvičení a udržení stability vlastního těla, souhru pohybů hlavy a očí, horních a dolních končetin, vedená dechová jógová cvičení, posilování fyzických svalových partií, strečink posturálních svalů, zpevnění svalů pánevního dna, nacvičování sedu, vstávání a chůze (Kalvach, 2004).

2 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Hlavním cílem této práce je zhodnotit kvalitu života seniorů se sluchovým postižením. Práce obsahuje obecné informace spojené s problematikou sluchově postižených. To co pro jednoho může být výzvou, může být pro druhého nepřekonatelná překážka.

Součástí této práce byl praktický kvalitativní výzkum. K tomuto účelu bylo potřeba oslovit skupinu sluchově postižených seniorů, sestavit výzkumné otázky a provést dotazování.

Abychom splnili cíle bakalářské práce, stanovili jsme si následující výzkumné otázky:

Cíl 1: Jaké jsou základní charakteristiky kvality života respondentů? Jaká je úroveň hodnocení kvality života dle dotazníku SQUALA u celého souboru respondentů vyjádřeno profilem hrubými skóry dimenzí SQUALA (abstraktní hodnoty, zdraví, blízké vztahy, volný čas, základní potřeby)?

Cíl 2: Ovlivňují vybrané základní proměnné výsledky subjektivní kvality života seniorů se sluchovým postižením?

- a) Ovlivňuje pohlaví výsledky kvality života podle SQUALA?
- b) Ovlivňuje věk výsledky kvality života podle SQUALA?
- c) Ovlivňuje vzdělání výsledky kvality života podle SQUALA?
- d) Ovlivňuje finanční situace výsledky kvality života podle SQUALA?
- e) Ovlivňuje frekvence fyzické činnosti výsledky kvality života podle SQUALA?
- f) Ovlivňuje subjektivní vyjádření o vlastním zdravotním stavu výsledky kvality života podle SQUALA?
- g) Ovlivňuje subjektivní vyjádření o vlastní kvalitě života výsledky kvality života podle SQUALA?

3 METODIKA

3.1 Výzkumný soubor

Poznatky z předešlé teoretické části nám slouží k vysvětlení pojmů z následující praktické části a k lepší orientaci mezi poznatky získanými z dotazníkového šetření a následující analýzy těchto dat. Dotazníky byly rozdány seniorům se sluchovým postižením z regionu Morava a z hlavního města Prahy. Jednotlivé otázky jsou zpracovány do grafu a podrobně popsány. V poslední části je uvedena diskuze nad těmito poznatky.

Získávání dat od respondentů se sluchovým postižením probíhalo od 15. října 2016 do 4. prosince 2016. Dotazované osoby byly osloveny prostřednictvím elektronické pošty (5 respondentů), ale ve většině případů (27) byly vyplňovány při osobním setkání. Elektronické kontakty byly aplikovány za pomoci Mgr. Oty Panského. Skutečná komunikace probíhala v moravských organizacích pro sluchově postižené a 4 dotazníky byly vyplněny v Praze.

Dohodnuté osobní setkání ovšem pro dotazované osoby nemuselo zaručovat anonymitu, z tohoto důvodu byla problematika mlčenlivosti vysvětlena. Probandi, kteří dobrovolně odpovídali na předložené otázky v dotazníku, byli známi pouze tlumočnickovi či sociálnímu pracovníkovi, nikoliv dotazující se osobě (mně – jako studentce). Respondenti, kteří odpovídali bez tlumočnicka (18 osob), vyplnili dotazník, a vložili jej do obálky. Na jednom setkání bylo přítomno obvykle 5 -6 osob, takže nebylo patrné, kdo právě tento dotazník vyplnil.

Ke sběru dat byl použit dotazník, který se skládal ze dvou částí. První část dotazníku byla nestandardizovaná a skládala se z 10 otázek. V první, druhé a třetí otázce se zjišťovali osobní údaje, kterými byl věk, pohlaví a nejvyšší dosažené vzdělání. V otázkách č. 4, 5 a 6 se zjišťovali údaje ohledně sluchového postižení, kdy došlo ke ztrátě sluchu, jaký stupeň postižení dotazovaný má a jaké kompenzační pomůcky využívá. Otázka č. 7 se zabývala finanční situací a hmotného zabezpečení. Otázka č. 8 zkoumala pohybovou aktivitu, kde probandi vyplnili, zda se účastní organizovaného cvičení a nebo neorganizovaného cvičení. V otázce č. 9 se zjišťovala spokojenost se zdravotním stavem. A poslední otázka se zabývala hodnocením kvality svého života.

Druhá část dotazníku šetřila kvalitu života seniorů se sluchovým postižením v oblastech fyzické zdraví, sociální vztahy, prostředí, celková kvalita života a celkové zdraví a byl použit dotazník kvality života – SQUALA.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Dotazníkové šetření tvoří celkem 33 osob seniorského věku se sluchovým postižením. Tento soubor tvořili senioři pocházející z regionu Morava a 4 z hlavního města Prahy, kteří žijí samostatně ve svých domácnostech a dobrovolně akceptovali účast na této práci. Nachází se zde subjektivní hodnocení kvality života seniorů, které jsme dále rozdělili následovně.

Respondenti a jejich procentuální zastoupení dle kritérií:

- a) Pohlaví: 9 mužů (27,3%) a 24 žen (72,7%).
- b) Věk: první skupina od 60 do 74 let bylo 26 respondentů (78,78%), ve druhé skupině od 75 do 89 let 7 respondentů (21,21%) a ve třetí skupině nad 90 let 0 (0%).
- c) Dosažené vzdělání: v dotazníku respondenti uvedli své nejvyšší dosažené vzdělání – základní uvedli 3 respondenti (9,09%), střední bez maturitní zkoušky 28 (84,84%), s maturitní zkouškou 1 (3,03%) a vysokoškolské uvedl 1 (3,03%).
- d) Finanční situace: v této části dotázaní označili možnost v jaké finanční situaci a hmotném zabezpečení se nacházejí. Odpověď výrazně podprůměrné 8 (24,24%), mírně podprůměrné 8 (24,24%), průměrné 14 (42,42%), mírně nadprůměrné 3 (9,09%) a odpověď výrazně nadprůměrné 0 (0%).
- e) Frekvence fyzické činnosti: 2 (6,06%) respondenti uvedli, že se věnují neorganizovanému cvičení alespoň 1x týdně, 2x týdně 2 (6,06%), 3 a více krát 2 (6,06%) a 27 (81,81%) respondentů necvičí vůbec.
- f) Organizovanost pohybových aktivit: 4 (12,12%) respondenti uvedli, že se věnují organizovanému cvičení alespoň 1x týdně, 2x týdně 1 (3,03%), 3 a více krát 0 (0%) a 28 (84,84%) z dotazovaných necvičí vůbec.
- g) Zdravotní stav: se svým zdravotním stavem jsou velmi spokojeni pouze 2 (6,06%) respondenti, spíše spokojených je 13 (39,39%), ani spokojených - ani nespokojených je 12 (36,36%) dotazovaných, spíše nespokojených je 6 (18,18%) a úplně nespokojených je 0 (0%).
- h) Kvalita života: poslední otázkou v dotazníku bylo hodnocení kvality života dotazujících, kterou 2 (6,06%) respondenti uvádí jako velmi dobrou, 17 (51,51%) uvedlo dobrou kvalitu života, 14 (42,42%) uvedlo ani dobrou ani slabou, slabou a velmi slabou neuvedl žádný z respondentů.

| | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|----------|---------------|
| Pohlaví | Muži | 9 | 27, 3% |
| | Ženy | 24 | 72, 7% |
| | | | |
| Věk | 60 - 74 let | 26 | 78, 78% |
| | 75 - 89 let | 7 | 21, 21% |
| | 90 a více let | 0 | 0% |
| | | | |
| Vzdělání | Základní | 3 | 9, 09% |
| | Střední bez maturity | 28 | 84, 84% |
| | Střední s maturitou | 1 | 3, 03% |
| | Vysokoškolské | 1 | 3, 03% |
| | | | |
| Finanční situace | Podprůměrná | 8 | 24, 24% |
| | Mírně podprůměrná | 8 | 24, 24% |
| | Průměrná | 14 | 42, 42% |
| | Mírně nadprůměrná | 3 | 9, 09% |
| | Nadprůměrná | 0 | 0% |
| | | | |
| Frekvence fyzické činnosti | Necvičí | 27 | 81, 81 % |
| | 1x týdně | 2 | 6, 06% |
| | 2x týdně | 2 | 6, 06% |
| | 3x týdně a víc | 2 | 6, 06% |
| | | | |
| Organizovanost PA | Necvičí | 28 | 84, 84% |
| | 1x týdně | 4 | 12, 12% |
| | 2x týdně | 1 | 3, 03% |
| | 3x týdně a víc | 0 | 0% |
| | | | |
| Zdravotní stav | Velmi spokojený | 2 | 6, 06% |
| | Spíše spokojený | 13 | 39, 39% |
| | Ani spokojený - ani nespokojený | 12 | 36, 36% |
| | Spíše nespokojený | 6 | 18, 18% |
| | Nespokojený | 0 | 0% |
| | | | |
| Kvalita života | Velmi dobrá | 2 | 6, 06% |
| | Dobrá | 17 | 51, 51% |
| | Ani dobrá - ani slabá | 14 | 42, 42% |
| | Slabá | 0 | 0% |
| | Velmi slabá | 0 | 0% |

Tab. 2: Zastoupení souboru v četnosti a procentech

3.3 Použité metody

Pro sběr informací sloužících k mému výzkumu jsme zvolili metodu použití dotazníku subjektivní kvality života SQUALA.

Standardizovaný dotazník na měření kvality života SQUALA (Subjective Quality of life analysis) obsahuje jednotlivé kategorie, které se týkají vnitřních a vnějších hodnot každodenního života (Dragomirecká, 2006). Dotazník byl vytvořen v roce 1992 M. Zanottim a původní použití bylo určeno pro hodnocení v psychiatrické praxi. Metodu SQUALA jsem pro bakalářskou práci použila, protože pro seniory se sluchovým postižením je snadno pochopitelný, přehledný a stručný. Díky tomu mohou označit vhodnou odpověď a nakonec i připsat komentář. Dotazník jsme doplnili dvoustránkovým vlastním nestandardizovaným dotazníkem, který zjišťoval další specifické informace (věk, pohlaví, vzdělání, stupeň sluchového postižení, užívání kompenzačních pomůcek, pohybovou aktivitu, subjektivní vyjádření o vlastním zdravotním stavu a kvalitě života).

3.4 Administrace a vyhodnocení dotazníku SQUALA

Původní dotazník se skládá z 23 položek, v české verzi se dotazník skládá z 21 položek – jsou vynechány položky zajímat se o politiku a mít víru (náboženství). Respondent nejprve hodnotí důležitost jednotlivých oblastí. Na výběr je 5-ti bodová škála (nezbytné, velmi důležité, středně důležité, málo důležité, bezvýznamné). Po oblasti hodnocení důležitosti následuje oblast hodnocení spokojenosti stejných oblastí, opět je zde 5-ti bodová škála (zcela spokojen, velmi spokojen, spíše spokojen, nespokojen, velmi zklamán). Dotazník vyplňuje sám senior.

Skórování dotazníku SQUALA

- 1) Profil parciálních skóre – je součin důležitosti a skóre spokojenosti, kdy je bodově ohodnocena důležitost od „bezvýznamné“ = 0, po „nezbytné“ = 4. Celkové skóre se pohybuje od 0 do 20, pokud je oblast kvality života hodnocena jako bezvýznamná, pak se tedy vůbec bodově nepočítá.
- 2) Celkové skóre je součinem všech parciálních skóre.
- 3) Hrubé skóre dimenzí SQUALA – průměrné hrubé skóre jednotlivých dimenzí, představují standardizované průměrné hodnoty položek příslušných každé doméně (viz příloha X).

Dimenze se skládají z jednotlivých parciálních skóre. Dimenze jsou:

- a) abstraktní hodnoty,
- b) zdraví,

- c) blízké vztahy,
- d) volný čas,
- e) základní potřeby (Dragomirecká, 2006).

3.5 Statistické zpracování dat

Získaná statistická data byla zpracována, tříděna a vkládána pomocí tabulek v programu Statistica 6.0 Microsoft Office Excel. Statistické vyhodnocení provedl odborný pracovník Katedry přírodních věd v kinantropologii Fakulty tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci RNDr. Milan Elfmark.

Výsledky dotazníku SQUALA jsou popsány pomocí průměrné hodnoty, což je aritmetický průměr pozorované oblasti.

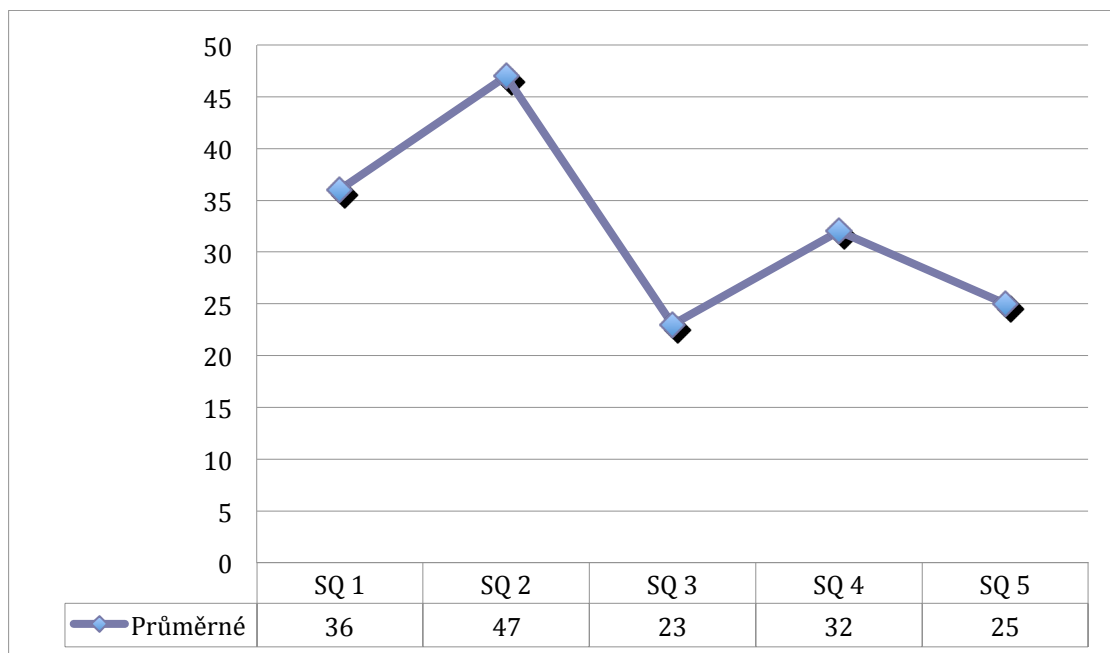
Výstupem dotazníku SQUALA jsou hrubé skóry jednotlivých dimenzí a celkové skóre. Nejprve jsou ve výsledcích uvedeny hodnoty celého souboru probandů.

K porovnání statisticky významných rozdílů na hladině významnosti $p < 0,05$ u základních parametrů využíváme Mann-Whitniův U test a Kruskal-Wallis ANOVA test.

4 VÝSLEDKY

Prostřednictvím dotazníku jsem zjišťovala kvalitu života seniorů se sluchovým postižením podle daných proměnných. Z výsledků dotazníkového šetření jsem zhotovila grafy a komentáře, které uvádí číselné a procentuální zastoupení daných odpovědí.

4.1 Subjektivní kvalita života celého souboru respondentů dle SQUALA



Graf 1: Průměrné hodnoty hrubých skóre dimenzí SQUALA (SQ1 – SQ5)

Popis dimenzí SQUALA 1-5:

- SQ1 – abstraktní hodnoty (pocit bezpečnosti, spravedlnosti, svoboda, krása, umění a pravda)
- SQ2 – zdraví (zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, péče o sebe sama)
- SQ3 – blízké vztahy (rodinné vztahy, láska, sexuální život)
- SQ4 – volný čas (spánek, vztahy s ostatními lidmi, odpočinek, koníčky)
- SQ5 –základní potřeby (prostředí, bydlení, peníze a jídlo)

Subjektivní kvalita života v grafu 1 je vyjádřena průměrnými hodnotami hrubých skóre dimenzí u celého souboru probandů. Hodnotu SQ2 zdraví (zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, péče o sebe sama) hodnotí respondenti ze všech dimenzí nejlépe. Další velmi dobře hodnocenou dimenzí je SQ1 abstraktní hodnoty (pocit bezpečnosti, spravedlnosti, svoboda, krása, umění a pravda). Dále v pořadí se nachází SQ4 volný čas (spánek, vztahy s ostatními lidmi, odpočinek, koníčky). Nejnižší hodnocené dimenze jsou

hodnoty SQ 3 blízké vztahy (rodinné vztahy, láska, sexuální život) a SQ5 základní potřeby (prostředí, bydlení, peníze a jídlo).

Pro vyplnění subjektivního dotazníku SQUALA jsem se zaměřila na osoby seniorského věku se sluchovým postižením žijící samostatně ve svých obydlích. Domnívám se, že dimenze SQ2 zdraví u našeho souboru byla hodnocena nejlépe z důvodu, že oslovení senioři se zdáli být opravdu samostatní a soběstační, dokázali o sebe stále pečovat v rámci svých možností. Podle mého názoru dimenze SQ3 blízké vztahy a SQ5 základní potřeby je nejnižší právě z důvodu samotného bydlení, kdy někteří senioři už žijí sami, protože jim zemřel partner i blízcí přátelé, a jejich děti už také žijí samostatně.

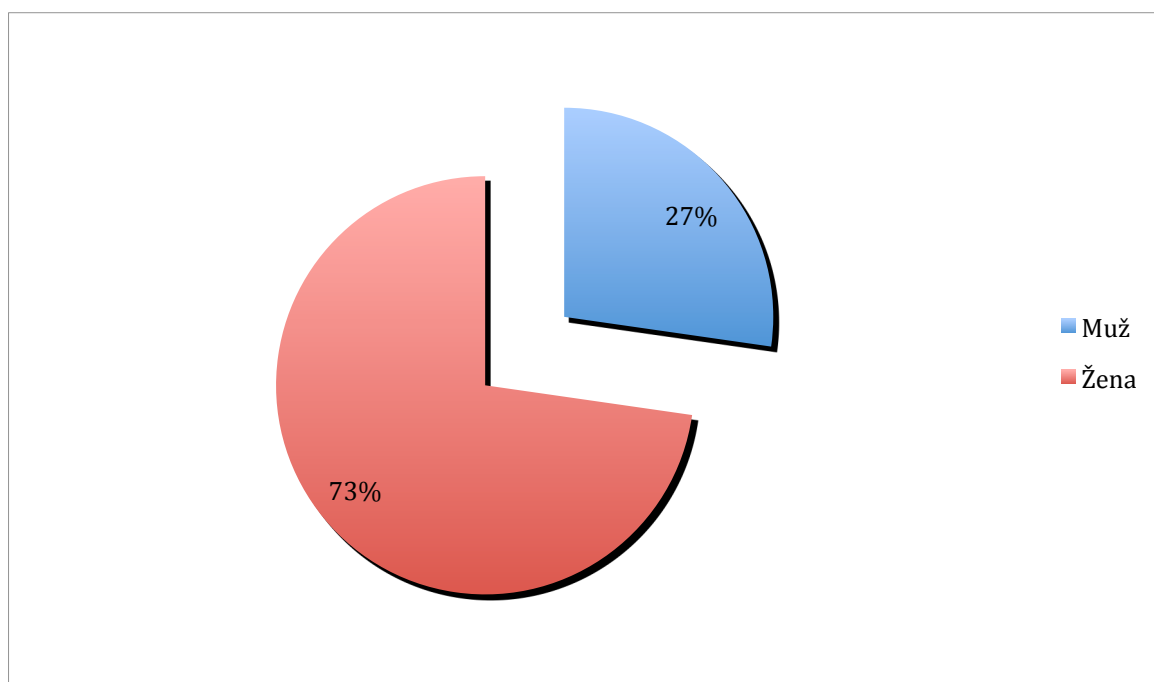
4.2 Základní charakteristiky vybraných proměnných a jejich vliv na výsledné hodnocení kvality života podle SQUALA

4.2.1 Vliv pohlaví na výsledky dotazníku SQUALA

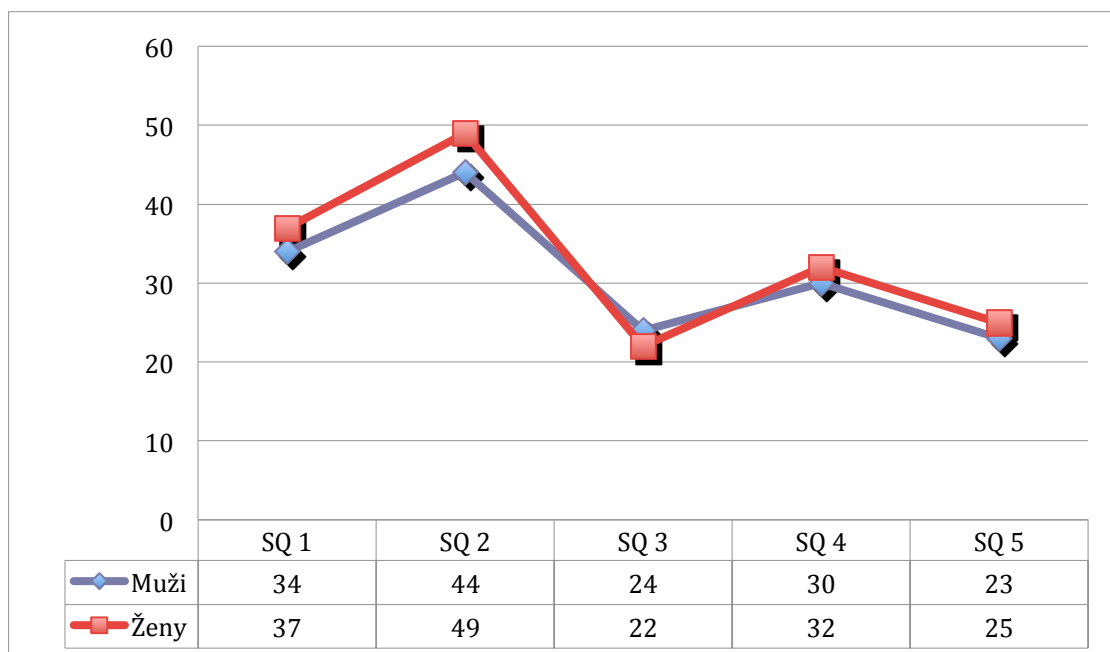
První položkou, která může ovlivnit výsledné hodnocení kvality života respondentů je pohlaví. Tedy rozdíl zda je respondent muž nebo žena.

| Pohlaví | Počet respondentů | Procenta |
|-------------|-------------------|----------|
| Muž | 9 | 27% |
| Žena | 24 | 73% |

Tab. 3: Pohlaví respondentů



Graf 2: Pohlaví respondentů



Graf 3: Průměrné hodnocení kvality života podle pohlaví v dimenzích SQUALA

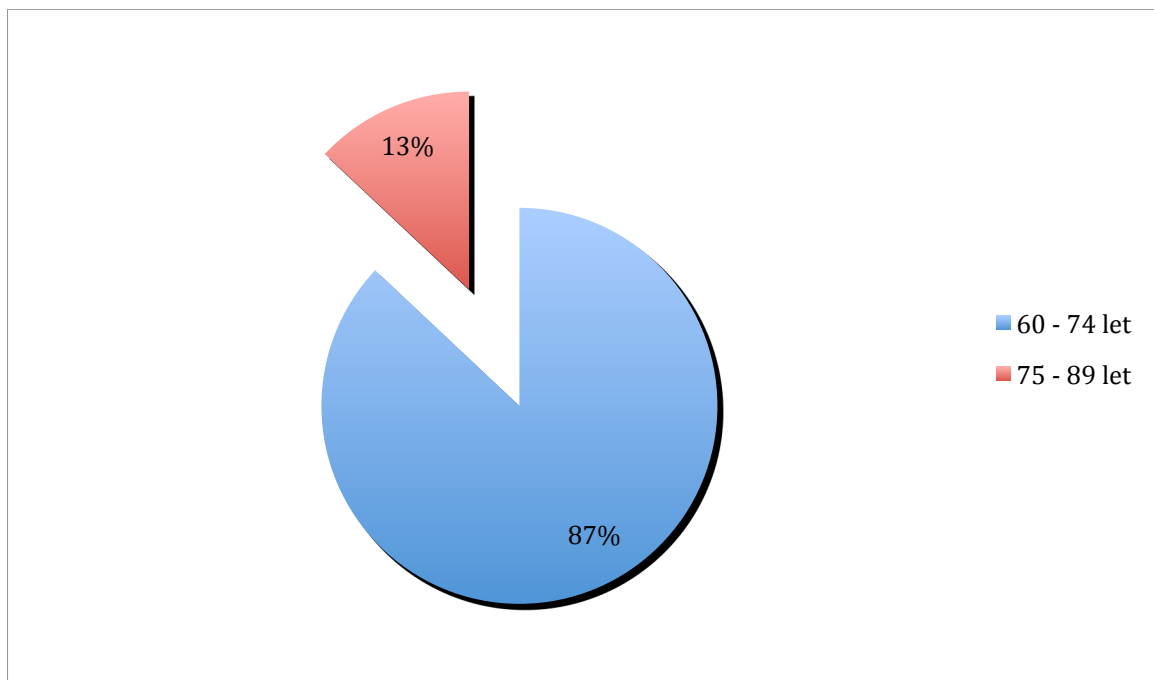
V grafu 3 je graficky znázorněno hodnocení kvality života podle pohlaví: muži (9), ženy (24). Nejvýše hodnotí muži i ženy dimenzi SQ2 zdraví (zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, péče o sebe sama). Nejnižší ženy i muži hodnotí SQ3 blízké vztahy (rodinné vztahy, láska, sexuální život). Myslím si, že to může být právě z důvodu ztráty partnera, či přátel stejné věkové kategorie. V dimenzi SQ 1 abstraktní hodnoty (pocit bezpečnosti, spravedlnost, svoboda, krása, umění a pravda) hodnotí muži na 34, ženy na 37. Dimenzi SQ 4 volný čas (spánek, vztahy s ostatními lidmi, odpočinek, koníčky) hodnotí muži na 30 a ženy na 32. Poslední dimenzi SQ 5 základní potřeby (prostředí, bydlení, peníze a jídlo) muži hodnotí na 23 a ženy na 25. Podle Mann – Whitneyho U testu nenacházíme u pohlaví žádnou statistickou významnost a celkově jsme nenalezli ani rozdíl mezi subjektivním hodnocením kvality života mužů a žen, což potvrzují i výsledky předešlých bakalářských prací (Kopetzká, 2015; Vlček 2015).

4.2.2 Vliv věku na výsledky dotazníku SQUALA

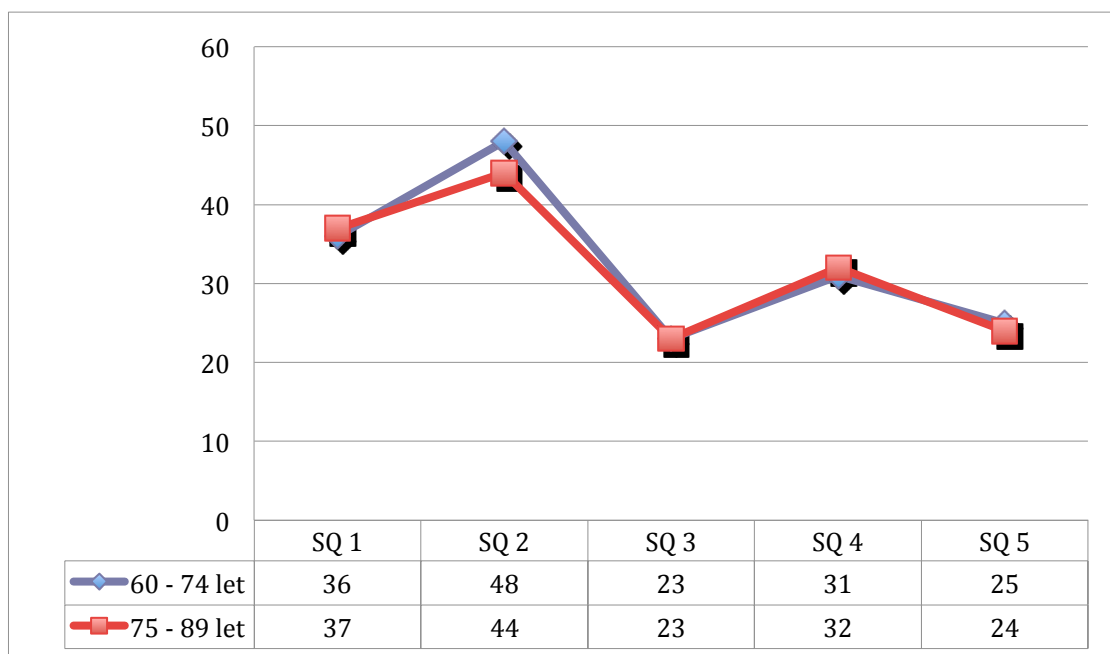
Další důležitou informací, kterou uváděli naši respondenti, byl jejich věk. Respondenty jsme rozdělili na 2 věkové skupiny (dle WHO 3 skupiny) , a to od 60 do 74 let v první skupině, od 75 do 89 let ve druhé skupině. Ve skupině třetí je věkové rozmezí nad 90 let, v našem případě neměl žádný z respondentů více jak 89 let, proto jsme třetí skupinu vynechali.

| Věk | Počet respondentů | Procenta |
|--------------------|-------------------|----------|
| 60 – 74 let | 26 | 87% |
| 75 – 89 let | 7 | 13% |

Tab. 4: Věková kategorie respondentů



Graf 4: Věk respondentů



Graf 5: Průměrné hodnocení kvality života podle věku v dimenzích SQUALA

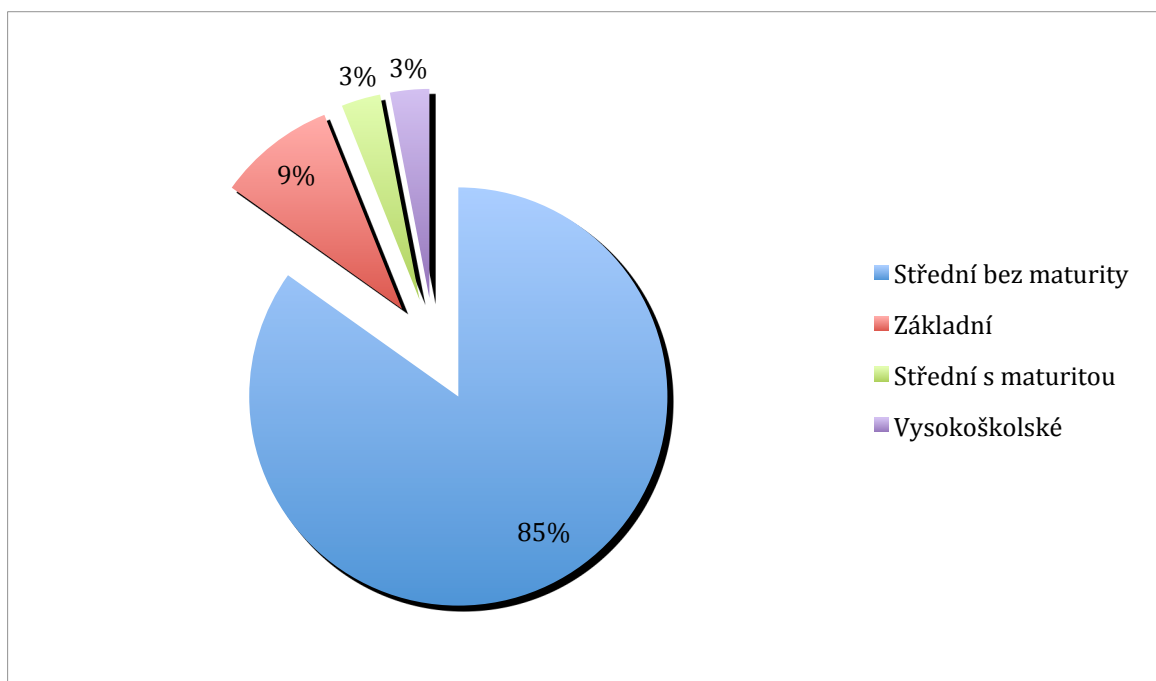
V grafu 5 je graficky znázorněno hodnocení kvality života podle věku. Nejvýše hodnotí obě věkové skupiny dimenzi SQ 2 zdraví (zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, péče o sebe sama) na 48 a 44. Dimenzi SQ 3 blízké vztahy (rodinné vztahy, láska, sexuální život) hodnotí obě věkové skupiny stejně na 23. Dimenzi SQ 4 volný čas (spánek, vztahy s ostatními lidmi, odpočinek, koníčky) hodnotí věková skupina 60 – 74 let na 25, věková skupina 75 – 89 let na 24. U dimenze SQ 5 základní potřeby (prostředí, bydlení, peníze a jídlo) hodnotí věková skupina 60 – 74 let na 31 a věková skupina 75 – 89 let na 24. Dle Mann – Whitneyho U testu nenacházíme u věku žádnou statistickou významnost.

4.2.3 Vliv vzdělání na výsledky dotazníku SQUALA

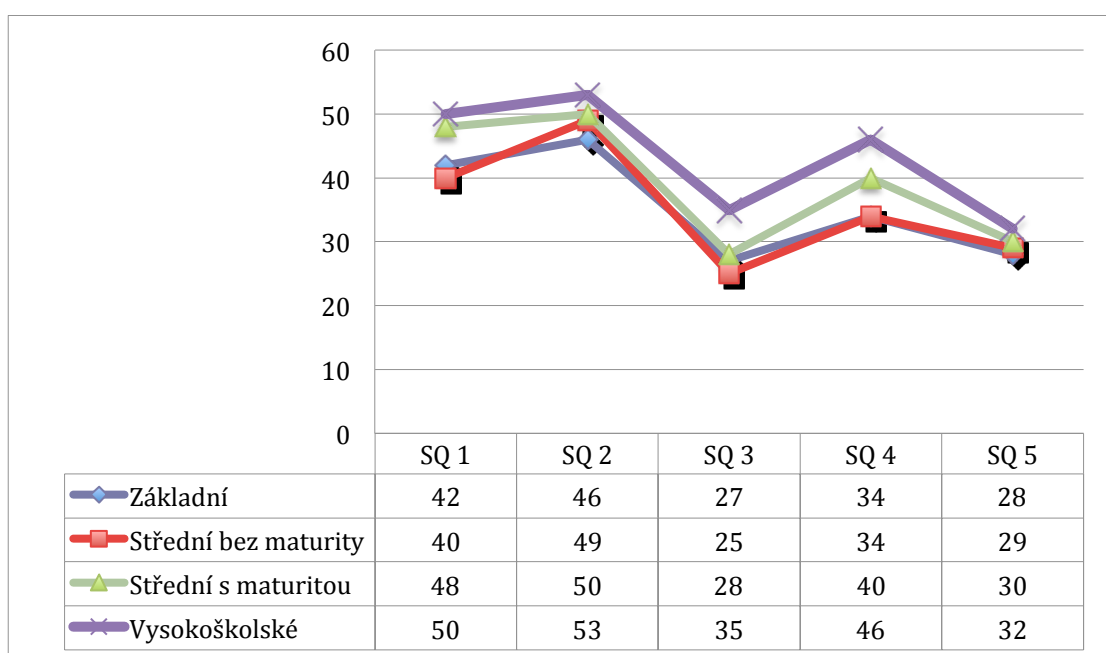
Hodnocenou proměnnou bylo i dosažené vzdělání. Dotazovaní respondenti v dotazníku zaznamenávali úroveň svého dosaženého vzdělání, kde vybírali z možností základní vzdělání, střední vzdělání s maturitou i bez maturity a vysokoškolské vzdělání.

| Vzdělání | Počet respondentů | Procenta |
|-----------------------------|-------------------|----------|
| Základní | 3 | 9,09% |
| Střední bez maturity | 28 | 84,84% |
| Střední s maturitou | 1 | 3,03% |
| Vysokoškolské | 1 | 3,03% |

Tab.5: Vzdělání respondentů



Graf 6: Vzdělání respondentů



Graf 7: Průměrné hodnocení kvality života podle dosaženého vzdělání v dimenzích SQUALA

V dimenzi SQ 1 abstraktní hodnoty (pocit bezpečnosti, spravedlnost, svoboda, krása, umění a pravda) hodnotí respondenti kvalitu života nejlépe s vysokoškolským vzděláním a nejhůře se vzděláním středním bez maturity.

V dimenzi SQ 2 zdraví (zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda a péče o sebe sama) hodnotí nejvýše respondenti s vysokoškolským vzděláním a nejnižší pak jedinci se základním vzděláním.

V dimenzi SQ 3 blízké vztahy (rodinné vztahy, láska a sexuální život) nacházíme velmi nízké hodnocení od všech respondentů, kde nejvýše hodnotili respondenti s vysokoškolským vzděláním a nejnižší pak vzdělání střední bez maturity a základní vzdělání.

V dimenzi SQ 4 volný čas (spánek, vztahy s ostatními lidmi, odpočinek a koníčky) hodnotí respondenti se základním vzděláním a středním bez maturity stejně na 34, poté respondenti se vzděláním středním s maturitou a nejvyšší hodnocení je od respondentů s vysokoškolským vzděláním.

U dimenze SQ 5 základní potřeby (prostředí, bydlení, peníze a jídlo) můžeme vidět, že je druhou nejnižší hodnocenou dimenzí. Respondenti s vysokoškolským vzděláním ji hodnotí nejvýše a nejnižší pak respondenti se základním vzděláním.

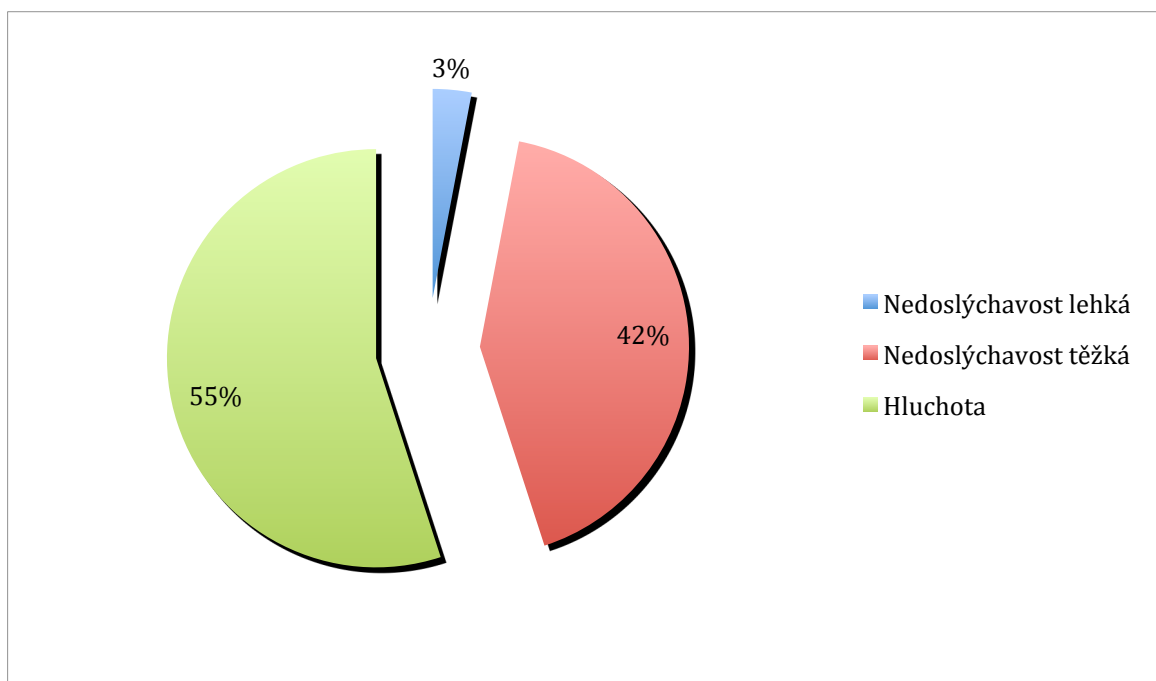
U vysokoškolského vzdělání vidíme, že jsou nejvyšší hodnoty u všech dimenzí SQUALA a to právě z důvodu, že vysokoškolské vzdělání má pouze jeden respondent, taktéž je to i u středního vzdělání s maturitou. Podle Kruskal – Wallisova ANOVA testu se u hodnocení kvality života podle finanční situace a hmotného zabezpečení nenašla žádná statistická významnost.

4.2.4 Vliv stupně sluchového postižení na výsledky dotazníku SQUALA

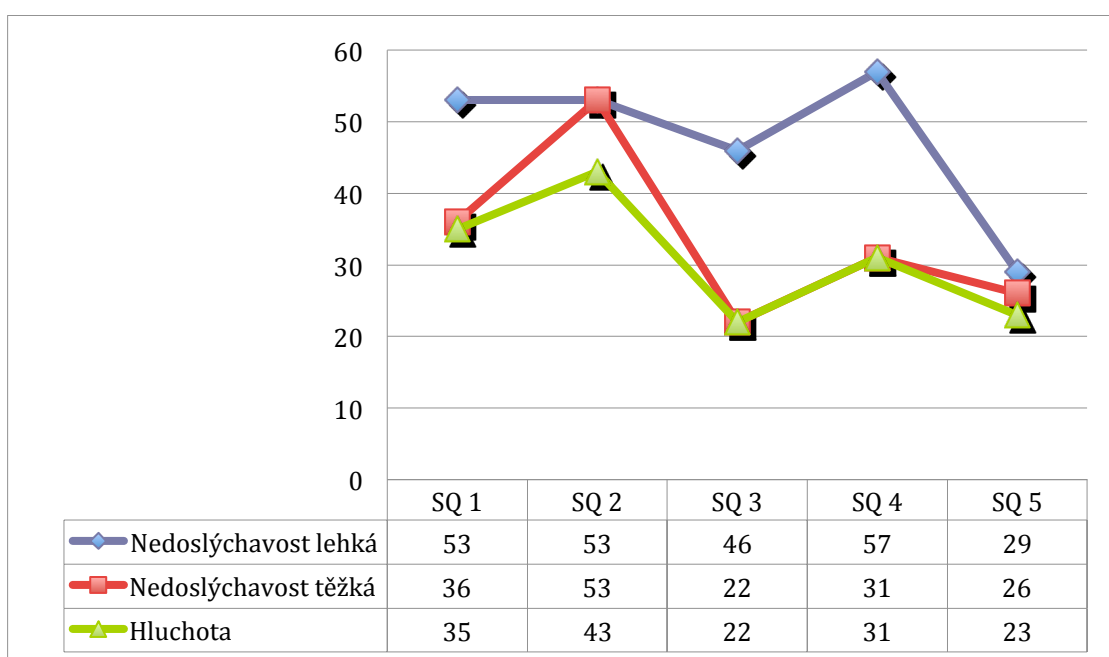
Snad nejdůležitější informace pro naši bakalářskou práci je stupeň sluchového postižení respondentů. Máme zde rozděleny 3 stupně sluchového postižení: nedoslýchavost lehká, nedoslýchavost těžká a hluchota.

| Stupeň sluchového postižení | Počet respondentů | Procenta |
|-----------------------------|-------------------|----------|
| Nedoslýchavost lehká | 1 | 3% |
| Nedoslýchavost těžká | 14 | 42% |
| Hluchota | 18 | 55% |

Tab.6: Stupeň sluchového postižení respondentů



Graf 8: Stupeň sluchového postižení respondentů



Graf 9: Průměrné hodnocení kvality života podle stupně sluchového postižení v dimenzích SQUALA

| Proměnná | Skupina 1 | Skupina 2 | p-hodn. |
|----------|-----------|-----------|---------|
| SQ1 | 286 | 243 | 0,68 |
| SQ2 | 239 | 289 | 0,03 |
| SQ3 | 287 | 241 | 0,72 |
| SQ4 | 301 | 227 | 0,89 |
| SQ5 | 259 | 270 | 0,14 |

Tab.7: Proměnná vlivu stupně sluchového postižení

První statistickou významnost dle Mann – Whitneyho U Testu jsme našli u stupně sluchového postižení, a to u dimenze SQ2 zdraví (zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, péče o sebe sama) u skupiny 1 (hluchota) a u skupiny 2 (nedoslýchavost těžká). Mann – Whitneyho U Test uvádí, že označené testy jsou významné na hladině $p < ,05000$ a v našem případě je proměnná hodnota 0,03. To znamená, že skupina 2 (nedoslýchavost těžká) je více spokojená (53) v dimenzi SQ 2 zdraví než skupina 1 (hluchota) (43).

Mimo dimenzi SQ 2 zdraví (zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, péče o sebe sama) tu máme i dimenzi SQ 1 abstraktní hodnoty (pocit bezpečnosti, spravedlnost, svoboda, krása, umění a pravda), kterou skupina 1 (hluchota) hodnotí na 36 a skupina 2 (nedoslýchavost těžká) hodnotí na 35. Dimenzi SQ 3 blízké vztahy (rodinné vztahy, láska a sexuální život) hodnotí obě skupiny stejným číslem a to na 22. Stejně je tomu tak u dimenze SQ 4 volný čas (spánek, vztahy s ostatními lidmi, odpočinek, koníčky), kde obě skupiny hodnotí na 31. U poslední dimenze SQ 5 základní potřeby (prostředí, bydlení, peníze a jídlo) hodnotí skupina 1 (hluchota) na 26 a skupina 2 (nedoslýchavost těžká) na 23.

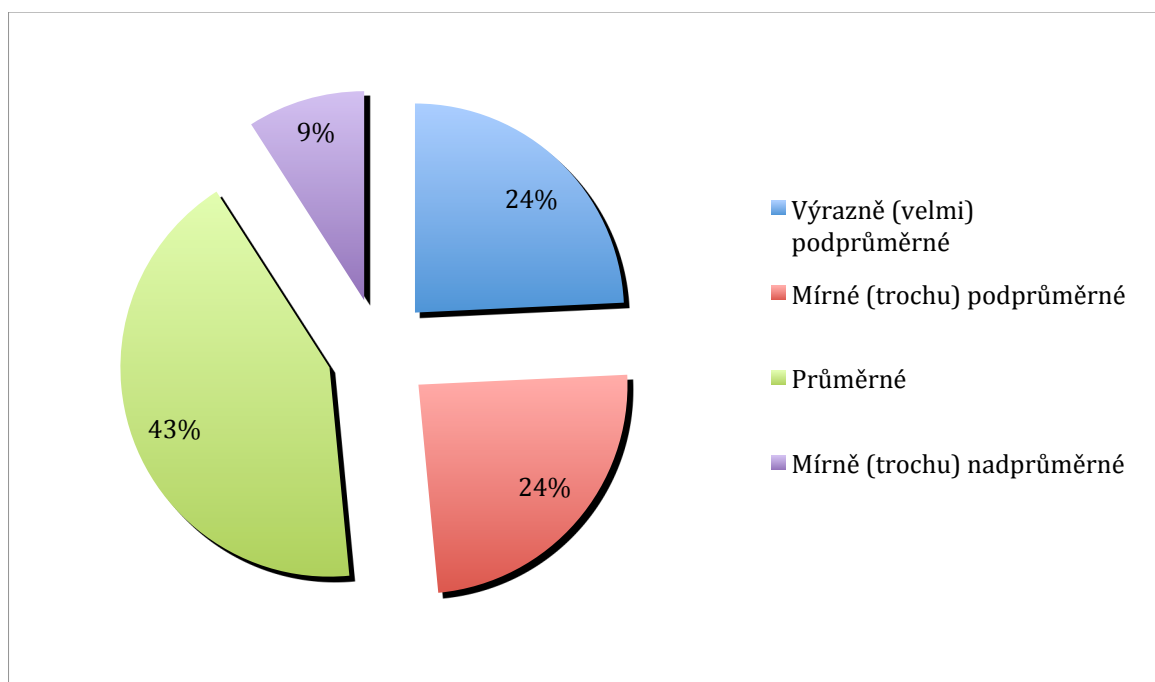
U nedoslýchavosti lehké máme pouze jednoho respondenta, který má i v grafu viditelně nejvyšší hodnoty. Dimenzi SQ 1 abstraktní hodnoty (pocit bezpečnosti, spravedlnost, svoboda, krása, umění a pravda) hodnotí na 53, dimenzi SQ 2 zdraví (zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, péče o sebe sama) hodnotí také na 53. Dimenzi SQ 3 blízké vztahy (rodinné vztahy, láska a sexuální život) hodnotí na 46, u dimenze SQ 4 volný čas (spánek, vztahy s ostatními lidmi, odpočinek, koníčky) hodnotí na 57, což je velmi vysoké hodnocení, jak můžeme vidět v grafu 5. Dimenzi SQ 5 základní potřeby (prostředí, bydlení, peníze a jídlo) hodnotí na 29.

4.2.5 Vliv finanční situace a hmotného zabezpečení na výsledky dotazníku SQUALA

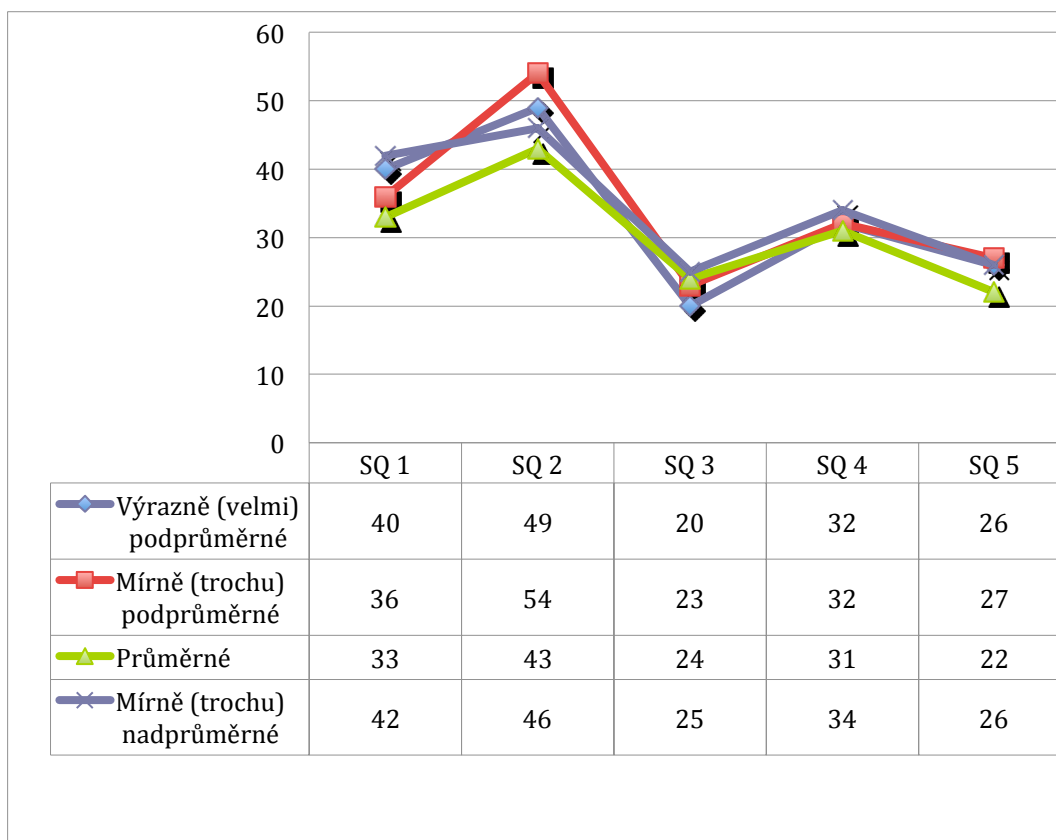
Respondenti hodnotili svoji finanční situaci a hmotné zabezpečení jako výrazně (velmi) podprůměrnou, mírně (trochu) podprůměrnou, průměrnou a mírně (trochu) nadprůměrnou.

| Finanční situace | Počet respondentů | Procenta |
|------------------------------------|-------------------|----------|
| Výrazně (velmi) podprůměrné | 8 | 24% |
| Mírně (trochu) podprůměrné | 8 | 24% |
| Průměrné | 14 | 42% |
| Mírně (trochu) nadprůměrné | 3 | 9% |

Tab.8: Finanční situace a hmotné zabezpečení respondentů



Graf 10: Finanční situace a hmotné zabezpečení respondentů



Graf 11: Průměrné hodnocení kvality života podle finanční situace a hmotného zabezpečení v dimenzích SQUALA

V dimenzi SQ 1 abstraktní hodnoty (pocit bezpečnosti, spravedlnost, svoboda, krása, umění a pravda) hodnotí respondenti kvalitu života s mírně (trochu) nadprůměrnou finanční situací na 42, pouze na 33 ji hodnotí respondenti s průměrnou finanční situací.

V dimenzi SQ 2 zdraví (zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda a péče o sebe sama) hodnotí nejnižší jedinci s průměrnou finanční situací na 43, za to jedinci s mírně (trochu) podprůměrnou tuto dimenzi hodnotí na 54.

V dimenzi SQ 3 blízké vztahy (rodinné vztahy, láska a sexuální život) nacházíme velmi podobné hodnocení v rozpětí od 20 – 25.

V dimenzi SQ 4 volný čas (spánek, vztahy s ostatními lidmi, odpočinek a koníčky) nacházíme stejně jako u dimenze SQ 3 blízké vztahy (rodinné vztahy, láska a sexuální život) velmi podobné hodnocení a to v rozpětí 31 – 34.

U dimenze SQ 5 základní potřeby (prostředí, bydlení, peníze a jídlo) hodnotí jedinci s mírně (trochu) podprůměrnou finanční situací na 27, s výrazně (velmi) podprůměrnou a mírně (trochu) nadprůměrnou finanční situací hodnotí stejně na 26. Senioři s průměrnou finanční situací tuto dimenzi hodnotí na 22. Podle Kruskal – Wallisova ANOVA testu se u

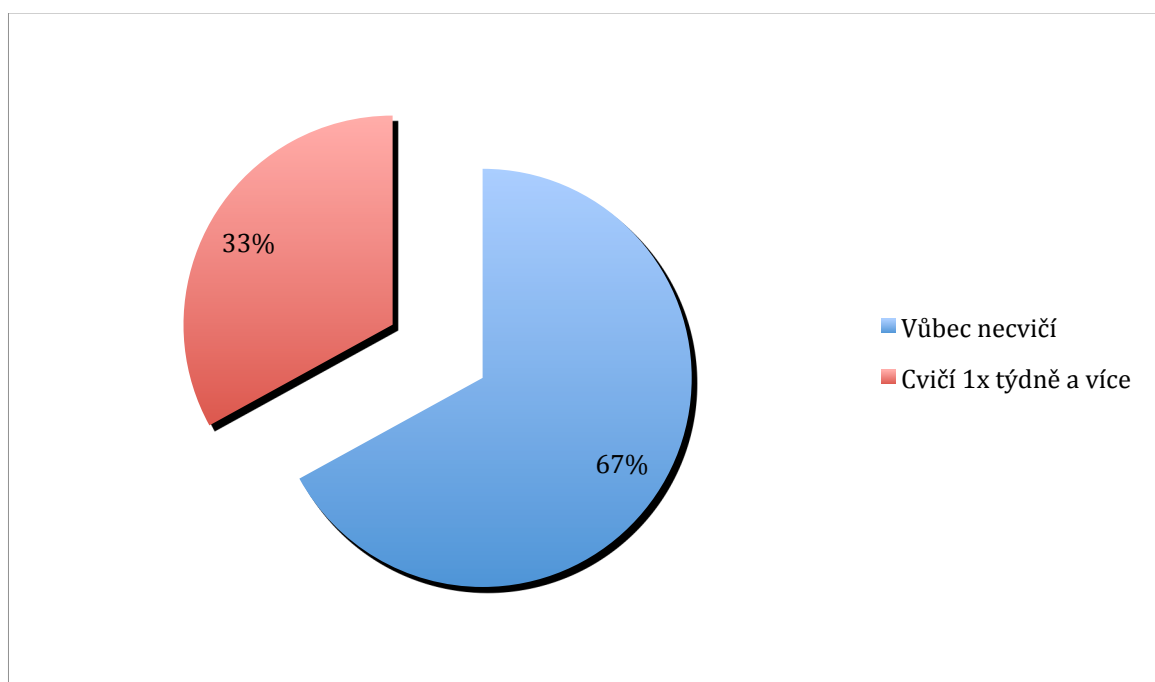
hodnocení kvality života podle finanční situace a hmotného zabezpečení nenašla žádná statistická významnost.

4.2.6 Vliv pohybové aktivity na výsledky dotazníku SQUALA

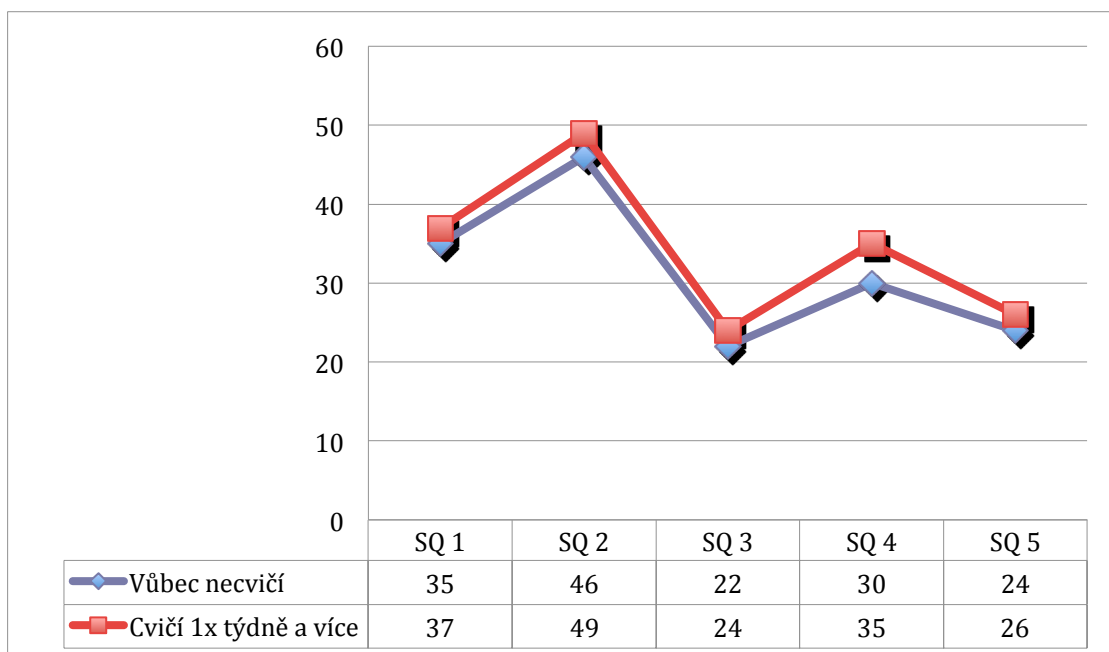
Probandi odpovídali, v jaké frekvenci provádějí cvičení (kolikrát týdně) a zda organizovaně či neorganizovaně. První hodnocení je cvičení organizované, kde respondenti vybírali z možností: cvičím – x krát týdně, necvičím. V druhé tabulce respondenti hodnotí cvičení neorganizované, to znamená sám/sama a na výběr mají z možností: 1x týdně, 2x týdně, 3xkrát a více, necvičím.

| Pohybová aktivita | Počet respondentů | Procenta |
|------------------------------|-------------------|----------|
| Vůbec necvičí | 22 | 67% |
| Cvičí 1x týdně a více | 11 | 33% |

Tab.9: Pohybová aktivita respondentů



Graf 12: Pohybová aktivita respondentů



Graf 13: Průměrné hodnocení kvality života podle pohybové aktivity v dimenzích SQUALA

Dle Mann – Whitneyho U testu nenacházíme u pohybové aktivity žádnou statistickou významnost. Hodnocení kvality života z pohledu pohybové aktivity organizované je velmi podobné ve všech dimenzích SQUALA.

V dimenzi SQ 1 abstraktní hodnoty (pocit bezpečnosti, spravedlnost, svoboda, krása, umění a pravda) vůbec necvičící respondenti hodnotí na 35, cvičící 1x týdně a více hodnotí na 37.

U dimenze SQ 2 zdraví (zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, péče o sebe sama) hodnotí vůbec necvičící jedinci na 46, cvičící 1x týdně a více na 49.

Dimenzi SQ 3 blízké vztahy (rodinné vztahy, láska a sexuální život) hodnotí vůbec necvičící respondenti na 22, cvičící 1x týdně a více na 24.

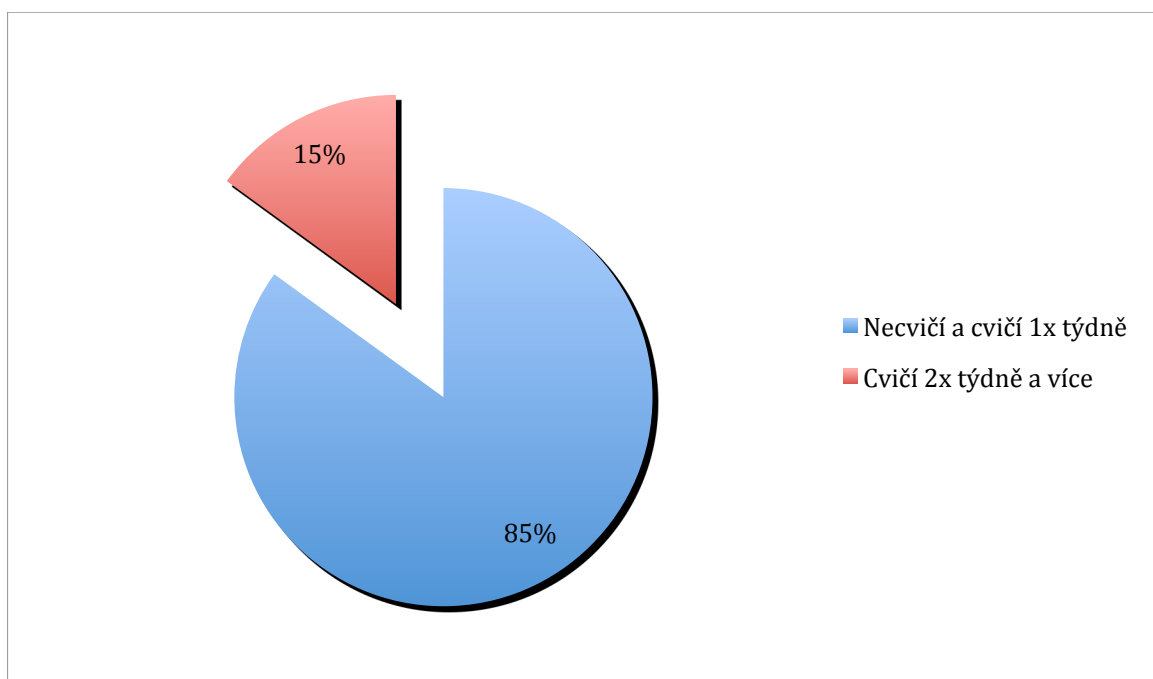
Ovšem největší rozdíl je u dimenze SQ 4 volný čas (spánek, vztahy s ostatními lidmi, odpočinek a koníčky), kde vůbec necvičí respondenti hodnotí na 30 a cvičící 1x týdně a více hodnotí na 35.

U dimenze SQ 5 základní potřeby (prostředí, bydlení, peníze a jídlo) vůbec necvičící jedinci hodnotí na 24 a cvičící 1x týdně a více hodnotí na 26.

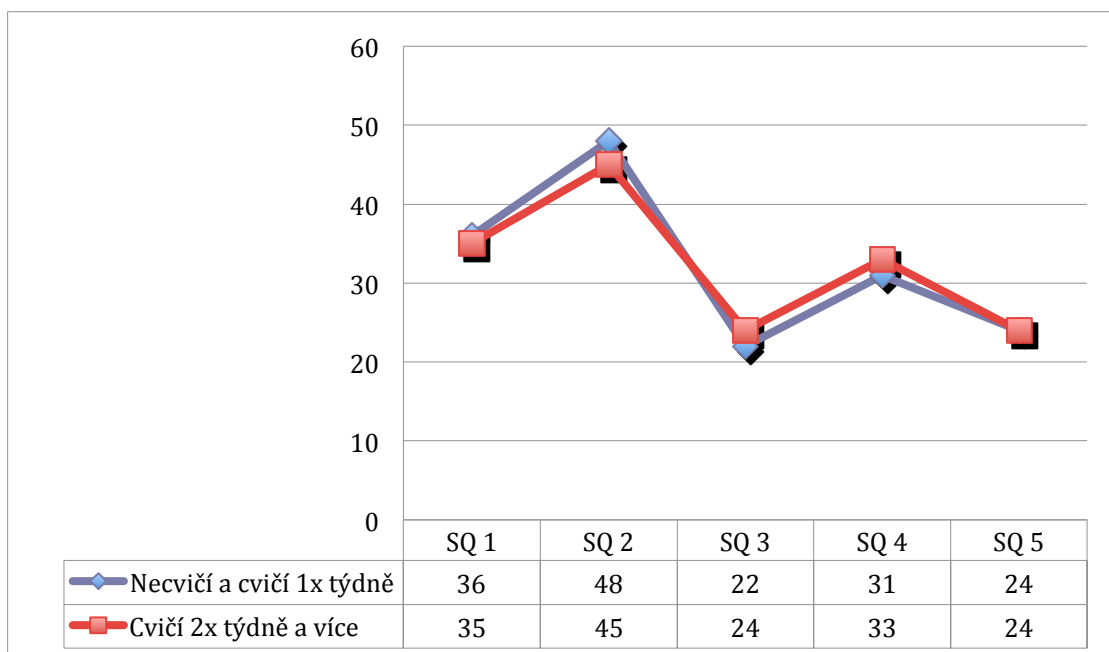
Nejlépe hodnocenou dimenzí je SQ 2 zdraví (zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, péče o sebe sama), v porovnání s výsledky předešlých prací potvrzují, že cvičící lidé hodnotí také nejlépe dimenzi SQ 2 zdraví (Prachařová 2013; Vlček 2015).

| Pohybová aktivita | Počet respondentů | Procenta |
|------------------------------------|-------------------|----------|
| Necvičí, cvičí 1x týdně | 28 | 85% |
| Cvičí 2x týdně a více | 5 | 15% |

Tab.10: Pohybová aktivita respondentů



Graf 14: Pohybová aktivita respondentů



Graf 15: Průměrné hodnocení kvality života podle pohybové aktivity v dimenzích SQUALA

V grafu 11 je popsáno hodnocení kvality života u jedinců rozdělených na necvičí a cvičí 1x týdně, cvičí 2x týdně a více.

V dimenzi SQ 1 abstraktní hodnoty (pocit bezpečnosti, spravedlnost, svoboda, krása, umění a pravda) hodnotí jedinci, co necvičí a cvičí 1x týdně na 36 a jedinci, co cvičí 2x týdně a více na 35.

Dimenzi SQ 2 zdraví (zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda a péče sama o sebe) hodnotí jedinci, co necvičí a cvičí 1x týdně na 48 a jedinci, co cvičí 2x týdně a více na 45.

V dimenzi SQ 3 blízké vztahy (rodinné vztahy, láska a sexuální život) jedinci necvičící a cvičící 1x týdně hodnotí kvalitu života na 22 a jedinci cvičící 2x týdně a více na 24.

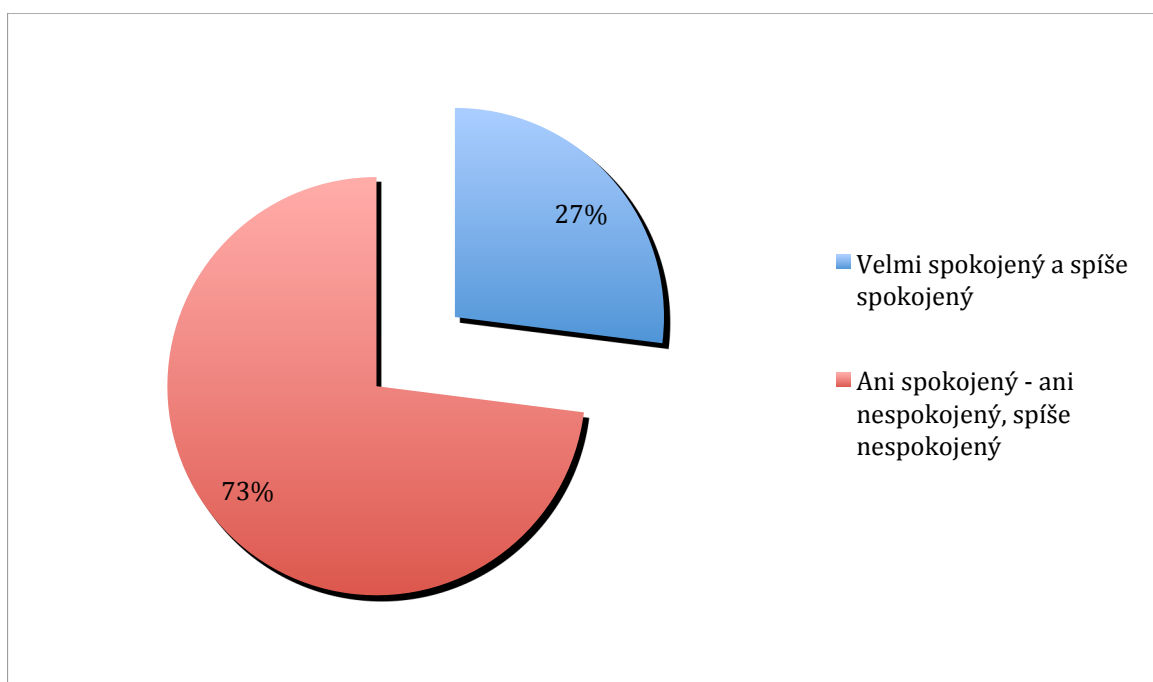
Dimenzi SQ 4 volný čas (spánek, vztahy s ostatními lidmi, odpočinek a koníčky) hodnotí necvičící a cvičící 1x týdně na 31 a jedinci cvičící 2x týdně a více na 33.

U dimenzi SQ 5 základní potřeby (prostředí, bydlení, peníze a jídlo) respondenti necvičící a cvičící 1x týdně i respondenti cvičící 2x týdně a více hodnotí stejně na 24. Dle Mann – Whitneyho U testu nenacházíme u pohybové aktivity statistickou významnost.

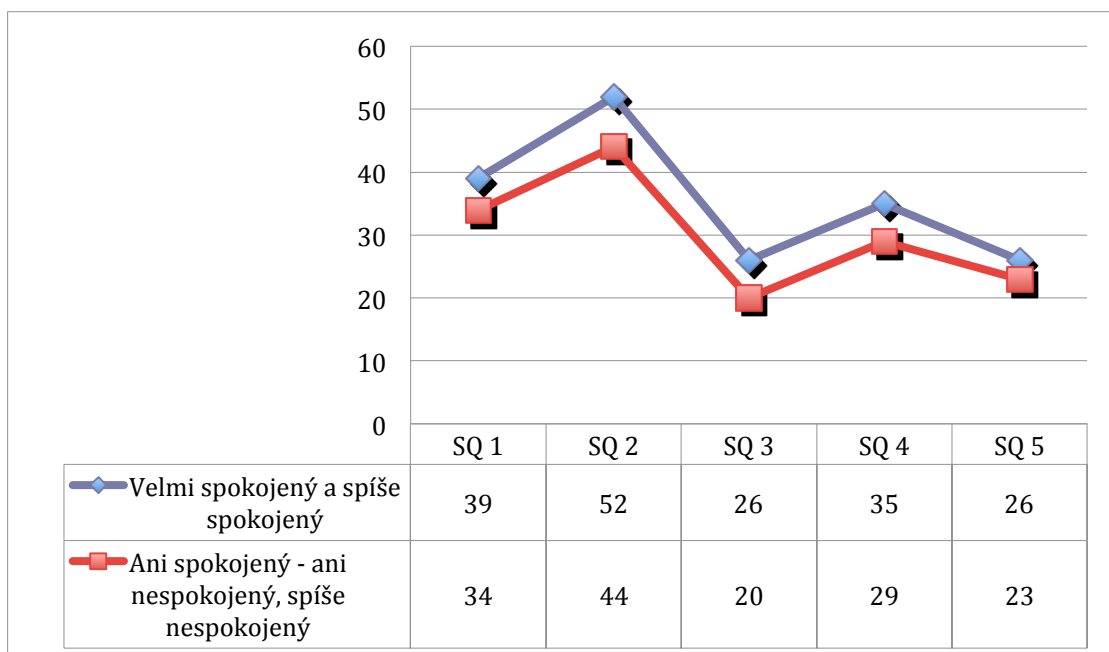
4.2.7 Vliv subjektivního hodnocení zdravotního stavu na výsledky dotazníku SQUALA

| Zdravotní stav | Počet respondentů | Procenta |
|---|-------------------|----------|
| Velmi spokojený a spíše spokojený | 9 | 27% |
| Ani spokojený - ani nespokojený, spíše nespokojený | 24 | 73% |

Tab.11: Zdravotní stav respondentů



Graf 16: Zdravotní stav respondentů



Graf 17: Průměrné hodnocení kvality života podle zdravotního stavu v dimenzích SQUALA

U grafu 13 lze říci, že dimenzi SQ 1 abstraktní hodnoty (pocit bezpečnosti, spravedlnost, svoboda, krása, umění a pravda) hodnotí respondenti, kteří jsou se svým zdravotním stavem velmi spokojeni a spíše spokojeni, na 39. Respondenti, kteří jsou ani spokojeni – ani nespokojeni, spíše nespokojeni, tuto dimenzi hodnotí na 34.

U dimenze SQ 2 zdraví (zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, péče o sebe sama) respondenti, kteří jsou se svým zdravotním stavem velmi spokojeni a spíše spokojeni, hodnotí na 52. Ani spokojeni – ani nespokojeni, spíše nespokojeni respondenti hodnotí na 44.

Dimenzi SQ 3 blízké vztahy (rodinné vztahy, láska a sexuální život) hodnotí respondenti, kteří jsou se svým zdravotním stavem velmi spokojeni a spíše spokojeni na 26, respondenti, kteří jsou ani spokojeni – ani nespokojeni, spíše nespokojeni hodnotí na 20.

U dimenze SQ 4 volný čas (spánek, vztahy s ostatními lidmi, odpočinek, koníčky) hodnotí respondenti velmi spokojeni a spíše spokojeni na 35, respondenti ani spokojeni – ani nespokojeni, spíše spokojeni tuto dimenzi hodnotí na 29.

Poslední dimenzi SQ 5 základní potřeby (prostředí, bydlení, peníze a jídlo) jedinci velmi spokojeni a spíše spokojeni hodnotí na 26, jedinci ani spokojeni – ani nespokojeni, spíše nespokojeni tuto dimenzi hodnotí na 23.

| Proměnná | Skupina 1 | Skupina 2 | p-hodn. |
|----------|-----------|-----------|---------|
| SQ1 | 274 | 288 | 0,25 |
| SQ2 | 260 | 302 | 0,1 |
| SQ3 | 250 | 312 | 0,04 |
| SQ4 | 263 | 299 | 0,12 |
| SQ5 | 265 | 297 | 0,13 |

Tab.12: Proměnná zdravotního stavu

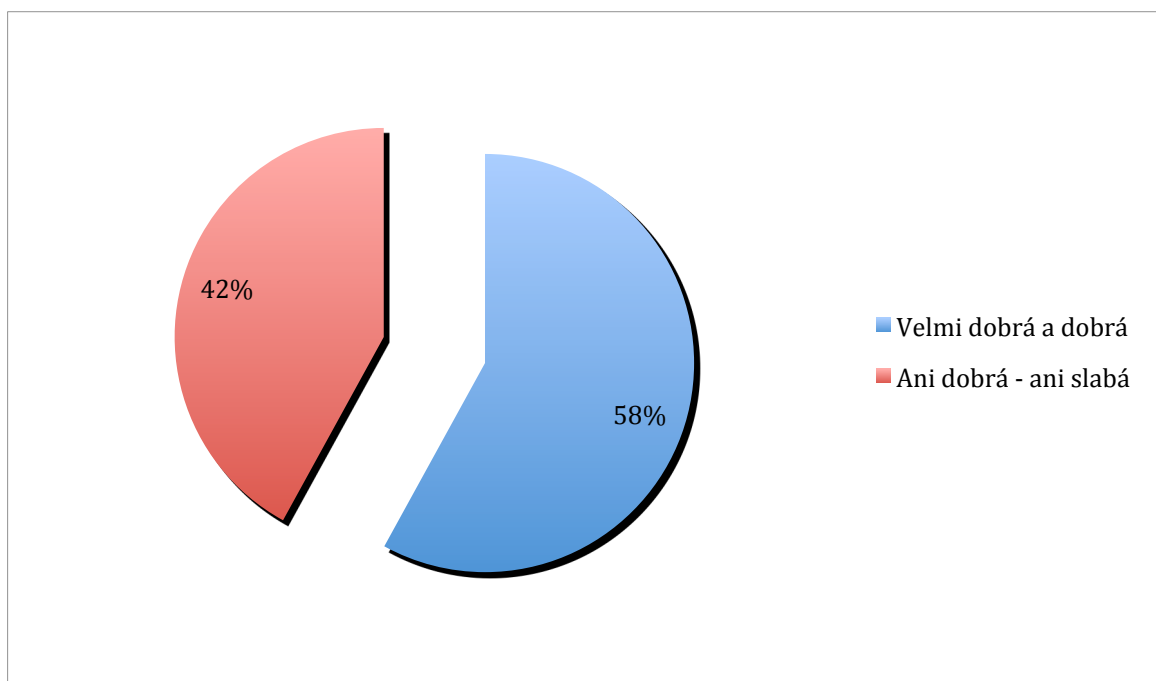
Statistickou významnost dle Mann – Whitneyho U testu jsme našli u hodnocení zdravotního stavu v dimenzi SQ 3 blízké vztahy (rodinné vztahy, láska a sexuální život). Respondenti velmi spokojení a spíše spokojení (skupina 1) se svým zdravotním stavem na 26. Respondenti ani spokojeni – ani nespokojeni, spíše spokojeni (skupina 2) se svým zdravotním stavem hodnotí na 20. Mann – Whitneyho U test uvádí, že označené testy jsou významné na hladině $p < ,05000$, v tomto případě je proměnná hodnota 0,03. Výsledkem je, že respondenti, kteří jsou se svým zdravotním stavem ani spokojeni – ani nespokojeni, spíše nespokojeni (skupina 2) jsou s dimenzí SQ 3 blízké vztahy (rodinné vztahy, láska a sexuální život) více spokojeni než velmi spokojení a spíše spokojení (skupina 1) se svým zdravotním stavem.

4.2.8 Vliv hodnocení subjektivní kvality života na výsledky dotazníku SQUALA

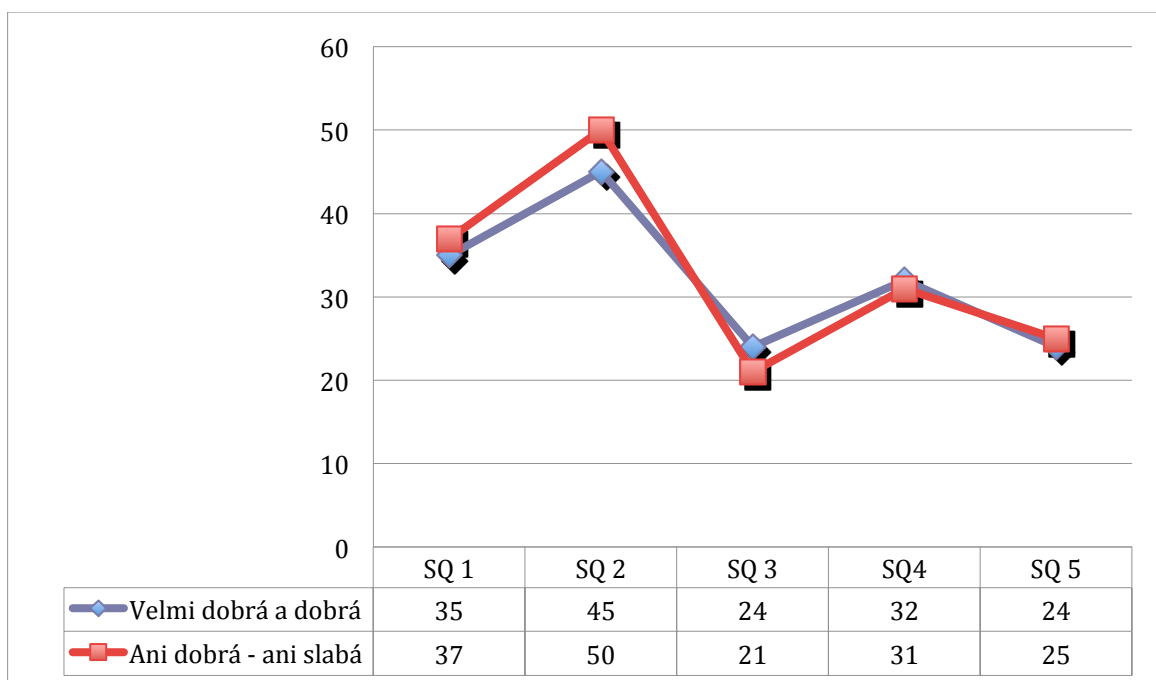
Další významnou roli v našem výzkumu hraje oblast subjektivního hodnocení kvality života respondentů. Kvalita života je rozdělena na velmi dobrá a dobrá nebo ani dobrá – ani slabá.

| Kvalita života | Počet respondentů | Procenta |
|------------------------------|-------------------|----------|
| Velmi dobrá a dobrá | 19 | 58% |
| Ani dobrá - ani slabá | 14 | 42% |

Tab.13: Kvalita života respondentů



Graf 18: Kvalita života respondentů



Graf 19: Průměrné hodnocení kvality života podle kvality života v dimenzích SQUALA

V dimenzi SQ 1 abstraktní hodnoty (pocit bezpečnosti, spravedlnost, svoboda, krása, umění a pravda) hodnotí respondenti s kvalitou života velmi dobrou a dobrou na 35, ani dobrou – ani slabou na 37.

Dimenzi SQ 2 zdraví (zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, péče o sebe sama) hodnotí respondenti s velmi dobrou a dobrou kvalitou života na 45, respondenti s ani dobrou – ani slabou kvalitou života na 50.

U dimenze SQ 3 blízké vztahy (rodinné vztahy, láska a sexuální život) hodnotí jedinci s velmi dobrou a dobrou kvalitou života na 24, kdežto jedinci s ani dobrou – ani slabou kvalitou život na 21.

Dimenzi SQ 4 volný čas (spánek, vztahy s ostatními lidmi, odpočinek, koníčky) jedinci s velmi dobrou a dobrou kvalitou života hodnotí na 32. Jedinci s ani dobrou – ani slabou kvalitou života tuto dimenzi hodnotí na 31.

Poslední dimenzi SQ 5 základní potřeby (prostředí, bydlení, peníze a jídlo) hodnotí respondenti s velmi dobrou a dobrou kvalitou života na 24, respondenti s ani dobrou – ani slabou kvalitou života na 25. U hodnocení kvality života nebyla nalezena žádná statistická významnost dle Mann – Whitneyho U testu.

DISKUZE

Zpracování své bakalářské práce jsem si rozdělila do čtyř základních oblastí. V oblasti první jsem se snažila popsat všechny všeobecné poznatky o seniorech - kdo to je senior, klasifikace stáří, změny kvality života seniorů atd. Tyto poznatky jsem potom specifikovala i pro sluchově postižené, včetně jejich vzdělávání, pohybových aktivit apod.

V oblasti druhé jsem uvedla stanovené cíle mé bakalářské práce a výzkumné otázky pro respondenty.

Ve třetí oblasti jsem nastínila metodiku zjišťování faktů a provádění výzkumu na daném vzorku respondentů, včetně použitých metod výzkumu a následně jejich statistického vyhodnocení.

Ve čtvrté oblasti jsou uvedeny moje zkušenosti z výzkumu a jsou specifikovány jednotlivé vlivy na život sluchově postižených s výhledem na jejich další život, praxi, vzdělávání, pohybové aktivity atd.

Závěrem k diskuzi bych chtěla uvést i pár postřehů z bezprostředního kontaktu s respondenty. Nebylo vůbec jednoduché si u těchto osob získat důvěru pro vzájemný dialog, když navíc u toho asistovaly různé otázky dotazníku. Nejprve bylo nutné odstranit určitou nedůvěru respondentů k dotazníku jako takovému. A pak u některých osob "zpracovat" na vysvětlení některých pojmů v rámci jakéhosi významového řetězení (kontakt osob - mít rád - milovat - intimní vztah).

I přes tyto drobné "komplikace" byl tento náhled do života neslyšících velmi zajímavý a přínosný.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Byla bych nesmírně ráda, kdyby některé postřehy a závěry v mé bakalářské práci byly námětem pro praktický život neslyšících a i těch, kteří s nimi žijí a žádnou poruchu nemají.

Většina neslyšících se často uzavírá se svým postižením pouze do vlastní komunity a prohlubuje se tak příkop mezi nimi a ostatní populací.

Zajímavé zjištění je, že neslyšící dbají velmi citlivě na svůj zevnějšek a celkový vzhled osobnosti. Je třeba u nich podporovat osobní péči o tělo formou návštěvy u kadeřníka, kosmetických služeb, pedikúry, atd. K celkovému vzhledu osobnosti samozřejmě patří i fyzická stránka. Zde jsem se setkala s názory, že někteří jedinci potřebují více informací o možnostech a způsobech cvičení, a tedy prozatím cvičí po chvilkách individuálně doma. To jsou právě ti probandi, kteří uvedli samostatné cvičení.

Neslyšící mají rádi pohyb - je třeba jim nabídnout nejen cvičení ve skupině, ale i společné poznávací výlety, relaxační pobyty atd. Zjistila jsem, že dříve hrávali neslyšící a slyšící proti sobě i fotbalová utkání, kde rozhodčí měl píšťalku pro slyšící a praporek pro neslyšící. Prostředníkem či tlumočnickem pak byl trenér nebo vedoucí mužstva, mohl být slyšící, nedoslýchavý, ale jistě jako činovníci byli sami neslyšící. Ve svých organizacích mají dnes nabídku různých aktivit, jsou to přednášky, především informačního a vzdělávacího charakteru, mají kurzy českého nebo anglického jazyka, dále různé rukodělné a výtvarné aktivity, ale stále si myslím, že je málo nabídek ve sportovní a rekreační činnosti. Neslyšící lidé se velmi rádi setkávají na těchto setkáních, kde si mohou sdělovat své dojmy, názory i svěřovat se se svými pocity, radostmi i starostmi. Najdeme nabídku rekondičního pobytu, ale aby na tento pobyt prošla dotace, tak zde musí být odborná přednáška, nejlépe medicinského charakteru. Pobyt bývá déle zaměřen na kulturní vyžití, návštěvy hradů, zámků, historických památek. Nezbyvá tedy než iniciovat rekondiční pobyt, kde budou nabízeny bloky se sportovním či jiným pohybovým charakterem.

Dalším mým zjištěním bylo, že i v dnešním technicky vyspělém světě mají neslyšící své místo i v této oblasti. Hodně z nich používá počítače, ať už jako prostředek k zasílání e-mailů anebo mají někde ve světě své milé či přátele se stejným osudem a mohou se tak dorozumívat znakovým jazykem přes web kamery (pořádají se kurzy neslyšících pro práce s PC).

ZÁVĚR

Prvním a hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zjistit subjektivní kvalitu života seniorů se sluchovým postižením a to pomocí dotazníku SQUALA vyjádřenými hrubými skóry (dimenzemi). Při hodnocení celého souboru v hrubém skóre respondenti nejvýše řadili dimenzi SQ 2 zdraví (zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, péče sama o sebe), nejnižše dotazovaní respondenti hodnotí dimenzi SQ 3 blízké vztahy (rodinné vztahy, láska a sexuální život). Domnívám se, že nízké hodnocení dimenze SQ3 blízké vztahy (rodinné vztahy, láska a sexuální život) souvisí právě se ztrátou partnera/partnerky, rodinných příslušníků či přátel v blízkém okolí.

Druhým cílem mé bakalářské práce bylo zjistit zda ovlivňují vybrané základní proměnné výsledky subjektivní kvality života seniorů se sluchovým postižením. Dle hodnocení kvality života podle pohlaví jsme nenalezli žádnou statistickou významnost. Nejvýše hodnotí ženy a muži dimenzi SQ 2 zdraví (zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, péče o sebe sama). Ženy oproti mužům hodnotí nejvýše dimenze SQ 1 abstraktní hodnoty (pocit bezpečnosti, spravedlnost, svoboda, krása, umění a pravda), SQ 2 zdraví (zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, péče o sebe sama), SQ 4 volný čas (spánek, vztahy s ostatními lidmi, odpočinek, koníčky), SQ 5 základní potřeby (prostředí, bydlení, peníze a jídlo). Jediná dimenze, kterou ženy hodnotí níže než muži je dimenze SQ 3 blízké vztahy (rodinné vztahy, láska a sexuální život).

Dle hodnocení kvality života podle věku respondentů nenacházíme žádnou statistickou významnost. Nejvýše hodnotí věková skupina 60 – 74 let dimenzi SQ 2 zdraví (zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, péče o sebe sama), v ostatních dimenzích SQUALA 1, 3, 4, 5 jsou hodnoty obou věkových kategorií velmi podobné. Nejnižše však obě věkové kategorie hodnotí dimenzi SQ 3 blízké vztahy (rodinné vztahy, láska a sexuální život).

U hodnocení kvality života dle stupně sluchového postižení jsme našli statistickou významnost u dimenze SQ 2 zdraví (zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, péče o sebe sama). Mann – Whitneyho U Test uvádí, že označené testy jsou významné na hladině $p < ,05000$ a v našem případě je proměnná hodnota 0,03. To znamená, že skupina 2 (nedoslýchavost těžká) je více spokojená (53) v dimenzi SQ 2 zdraví než skupina 1 (hluchota) (43). V dimenzích SQUALA 1, 3, 4, 5 jsou hodnoty respondentů velmi podobné a obě skupiny hodnotí nejnižše dimenzi SQ 3 blízké vztahy (rodinné vztahy, láska a sexuální život).

V hodnocení kvality života dle finanční situace a hmotného zabezpečení jsme nenalezli žádnou statistickou významnost. Nejvýše hodnotí všechny skupiny dimenzi SQ 2 zdraví (zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, péče o sebe sama) a to čísly: 49, 54, 43, 46. Poté je nejlépe hodnocenou dimenzí SQ 1 abstraktní hodnoty (pocit bezpečnosti, spravedlnost, svoboda, krása, umění a pravda), následuje dimenze SQ 4, SQ 5. Nejhůře hodnocenou dimenzí je SQ 3 blízké vztahy (rodinné vztahy, láska a sexuální života).

Dle hodnocení kvality života podle pohybové aktivity respondentů jsme nenalezli žádnou statistickou významnost. Nejvýše hodnocenými dimenzemi SQUALA jsou 2, 1, 4, 5 a opět nejnižší hodnocenou dimenzí se stala dimenze SQ 3 blízké vztahy (rodinné vztahy, láska a sexuální život).

V hodnocení kvality života podle subjektivního hodnocení zdravotního stavu respondentů jsme našli statistickou významnost u dimenze SQ 3 blízké vztahy (rodinné vztahy, láska a sexuální život). Mann – Whitneyho U test uvádí, že označené testy jsou významné na hladině $p < ,05000$, v tomto případě je proměnná hodnota 0,03. Výsledkem je, že respondenti, kteří jsou se svým zdravotním stavem ani spokojeni – ani nespokojeni, spíše nespokojeni (skupina 2) jsou s dimenzí SQ 3 blízké vztahy (rodinné vztahy, láska a sexuální život) více spokojeni než velmi spokojení a spíše spokojení (skupina 1) se svým zdravotním stavem. Nejvýše hodnocenou dimenzí je SQ 2 zdraví, následují dimenze SQUALA 1, 4, 5.

U hodnocení kvality života podle subjektivního hodnocení kvality života respondentů jsme nenalezli žádnou statistickou významnost. Nejvýše hodnocenou dimenzí je SQ 2 zdraví (zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, péče o sebe sama). Níže hodnocenými dimenzemi jsou SQ 1, 4, 5. Opět jako u všech vybraných základních proměnných je nejnižší hodnocená dimenze SQ 3 blízké vztahy (rodinné vztahy, láska a sexuální život).

K potřebným informacím bylo nutné pro výzkum vyplnění dvou dotazníků (SQUALA, charakteristické proměnné).

RESUMÉ

Cílem mé bakalářské práce bylo zhodnotit kvalitu života seniorů se sluchovým postižením.

V teoretické části se zabývám pojmy jako je stáří, senior, kvalita života, pohybová aktivita. Zabývala jsem se také objasněním pojmů sluchové postižení a sociální služby.

V praktické části byly stanoveny cíle mé bakalářské práce, stanoveny výzkumné otázky, charakterizován výzkumný soubor, postup a výsledky samotného zkoumání, vyhodnocení dotazníku SQUALA a statistické zpracování dat.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit kvalitu života seniorů se sluchovým postižením. Ke splnění tohoto cíle nám pomohl standardizovaný dotazník SQUALA. Jako dílčí cíle jsme si stanovili zjištění kvality života seniorů se sluchovým postižením z vybraných základních proměnných. Jako proměnné jsme si stanovili pohlaví, věk, vzdělání, finanční situace a hmotné zabezpečení, pohybová aktivita, subjektivní vyjádření o vlastním zdravotním stavu a subjektivní vyjádření o vlastní kvalitě života. Nejlépe hodnocenou dimenzí byla SQ 2 zdraví (zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, péče o sebe sama). Nejhůře hodnocenou dimenzí byla SQ 3 blízké vztahy (rodinné vztahy, láska a sexuální život).

První statistickou významnost jsme našli u stupně sluchového postižení u dimenze SQ 2 zdraví. Další statistickou významnost jsme našli u subjektivního vyjádření o vlastním zdravotním stavu u dimenze SQ 3 blízké vztahy. Dále můžeme říci, že u pohlaví, věku, vzdělání, finanční situace, pohybové aktivity a u subjektivního vyjádření o vlastní kvalitě života nenacházíme žádné statisticky významné rozdíly v žádné dimenzi SQUALA.

SUMMARY

The aim deals with the quality of life of elderly citizens with hearing impairment.

In the theoretical part of the thesis describes the basic terms such as old age, elderly citizen, quality of life and physical activity. I also dealt with a hearing impairment and welfare services.

In the practical part was set the aim of the thesis, the following research questions characterized by a set of research, progress and results of the investigation itself, SQUALA evaluation questionnaire and statistical data processing.

The main aim of the thesis was to find out the quality of life of elderly citizens with hearing impairment. To meet this goal helped us a standardized SQUALA. As partial objectives we set out to determine the quality of life of elderly citizens with hearing impairment from selected basic variables. As variables we set gender, age, education, financial situation and financial security, physical activity, subjective expression of their own health status and subjective expression of their own quality of life. Top rated dimension was SQ 2 health (health, physical independence, psychological wellbeing, self-care). Worst rated dimension was SQ 3 close relationships (family relationships, love and sex life).

The first statistical significance was found in the degree of hearing disabilities in dimension SQ 2 health. Other statistical significance was found in the subjective expression of their own health status in dimension SQ 3 close relationships. We can also say that with sex, age, education, financial situation, physical activity and the subjective expression of their own quality of life we find no statistically significant differences in any dimensions of SQUALA.

REFERENČNÍ SEZNAM

- Čeňková, I. (2008). *Úvod do teorie tlumočení*. Nakladatelství: česká komora tlumočnicků znakového jazyka.
- Čevela, R., Kalvach Z., Čeledová L. (2012). *Sociální gerontologie: Úvod do problematiky*. Nakladatelství: Grada publishing, a.s.
- Dvořáčková, D. (2012). *Kvalita života seniorů*. Nakladatelství: Grada Publishing, a.s.
- Dvořáčková, D. & Hrozenská, M. (2013). *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada Publishing.
- Dragomirecká, E. (2006). *SQUALA: Subjective quality of life analysis: příručka pro uživatele české verze Dotazníku subjektivní kvality života SQUALA*. Praha: Grada Publishing.
- Holczerová, V., Dvořáčková, D. (2013). *Volnočasové aktivity pro seniory*. Nakladatelství: Grada Publishing, a.s.
- Holmanová, J. (2002). *Raná péče o dítě se sluchovým postižením*. Septima, Praha.
- Horáková, R. (2011). *Surdopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. Paido, Brno.
- Horáková, R. (2012). *Sluchové postižení: Úvod do surdopedie*. Portál, s.r.o., Praha.
- Hošková, B. (1998). *Význam kvality pohybu v tělesné výchově a sportu*. Pedagogická fakulta UJEP.
- Kalvach, Z. (2004). *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing.
- Kisvetrová, H. (2014). *Osoby se zdravotním postižením: Vybrané kapitoly II*. Vydavatelství UP v Olomouci.
- Knihovna zdraví. (2006). *Zdraví pro třetí věk*. Red.: REBO.
- Krahulcová, B. (2002). *Komunikace sluchově postižených*. Nakladatelství: Karolinum.
- Krejčík, V. (2007). *Dejte šanci pohybu*. Nakladatelství Ikar, Praha.
- Krejčířová, O., Treznerová, I. (2011). *Malý lexikon sociálních služeb*. Vydavatelství UP v Olomouci.
- Langer, J. (2013). *Základy surdopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2013.
- Langmeier, J., Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Nakladatelství: Grada Publishing, a.s.

- Ludíková, L. a kol. (2013). *Kvalita života osob se speciálními potřebami*. Vydavatelství UP v Olomouci.
- Máček, M., Radvanský, J. et al. (2011). *Fyziologie a klinické aspekty pohybové aktivity*. Nakladatelství: Galén.
- Mareš, J. (2006). *Škola a kvalita života u dětí a dospívajících*. Škola a zdraví, Brno.
- Novosad, L. (2009). *Poradenství: pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. Portál, s.r.o.
- Pacovský, V. (1994). *Geriatrická diagnostika*. Scientia medica.
- Panská, S. (2013). *Aplikované pohybové aktivity osob se sluchovým postižením*. Vydavatelství UP v Olomouci.
- Příbyl, H. (2015). *Lidské potřeby ve stáří*. Maxdorf, s.r.o., nakladatelství odborné literatury.
- Renotíerová, M., Ludíková, L. et al. (2004). *Speciální pedagogika*. Vydavatelství UP v Olomouci.
- Rheinwaldová, E. (1999). *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada Publishing.
- Sak, P., Kolesárová, K. (2012). *Sociologie stáří a seniorů*. Grada Publishing, a.s.
- Slowík, J. (2007). *Speciální pedagogika*. Grada Publishing, a.s.
- Souralová, E. (2005). *Surdopedie I. Studijní opora pro kombinované studium*. Vydavatelství UP v Olomouci.
- Souralová, E., Langer, J. (2005). *Surdopedie. Studijní opora pro kombinované studium*. Vydavatelství UP v Olomouci.
- Šeflová, I. (2014). *Inovace výuky tělesné výchovy a sportu na fakultách TUL v rámci konceptu aktivního životního stylu: pohyb a zdraví*. Technická univerzita v Liberci.
- Špatenková, N., Smékalová, L. (2015). *Edukace seniorů: geragogika a gerontodidaktika*. Grada Publishing, a.s.
- Štílec, M. (2004). *Program aktivního stylu života pro seniory*. Praha: Univerzita Karlova v Praze.
- Toráčková, V. (2008). *Tlumočení pro neslyšící a související legislativa*. 1.vydání Praha: Česká komora tlumočnicků znakového jazyka.
- Tošnerová, T. (2009). *Jak si vychutnat seniorská léta*. Vydavatelství: Computer Press.
- Vadurová, H., Mühlpachr, P. (2005). *Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska*. Brno : Masarykova Univerzita.

Vágnerová, M. (2007). *Vývojová psychologie II*. Nakladatelství: Karolinum.

Vigué, J. (2006). *Zdraví pro třetí věk*. Rebo Productions.

Vohralíková, L., Rabušic, L. (2004). *Čeští senioři včera, dnes a zítra*. Praha: VÚPSV - výzkumné centrum Brno.

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

www.cktzj.com

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

Příloha 1 Nestandardizovaný dotazník

Příloha 2 Dotazník kvality života SQUALA

Příloha 3 Informovaný souhlas

OSOBNÍ ÚDAJE

VĚK:

POHLAVÍ: MUŽ ŽENA

NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÍ VZDĚLÁNÍ:

- základní
- střední bez maturity, obor:
- střední s maturitou, obor:
- vysokoškolské, obor:

V kolika letech došlo ke ztrátě sluchu?

- od narození
- věk:

Jako kompenzační pomůcky používám?

- jedno sluchadlo
- dvě sluchadla
- kochleární implantát
- jiné:

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

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

Účastníte se pravidelně organizovaného cvičení ve skupině cvičenců?

- Organizovaně ANO, kolikrát týdně:
- NE

Neorganizovaně CVIČÍM (SPORTUJI) SÁM/SAMA: 1krát 2krát
 3krát a víc

Jak jste spokojený/á se svým zdravotním stavem?

- velmi spokojený/á
- spíše spokojený/á
- ani spokojený/á – ani nespokojený/á
- spíše spokojený/á
- úplně spokojený/á

Jak hodnotíte kvalitu svého života?

- velmi dobrá
- dobrá
- ani dobrá ani slabá
- slabá
- velmi slabá

DOTAZNÍK KVALITY ŽIVOTA – SQUALA (3. dotazník)

HODNOCENÍ DŮLEŽITOSTI - zaznamenejte důležitost, kterou ve svém životě přisuzujete zde uvedeným oblastem

HODNOCENÍ SPOKOJENOSTI – posuďte, do jaké míry se cítíte v uvedených oblastech svého života spokojená a zaškrtněte

| | Ne- zbytné | Velmi důležité | Sřadně důležité | Málo důležité | Bezvý- znamné | Zcela spo- kojen | Velmi spo- kojen | Spíše spo- kojen | Ne- spo- kojen | Velmi zklamán |
|--------------------------------|---------------|-------------------|--------------------|------------------|------------------|------------------------|------------------------|------------------------|----------------------|------------------|
| 1. být zdravý | | | | | | | | | | |
| 2. být fyzicky soběstačný | | | | | | | | | | |
| 3. cítit se psychicky dobře | | | | | | | | | | |
| 4. příjemné prostředí, bydlení | | | | | | | | | | |
| 5. dobře spát | | | | | | | | | | |
| 6. rodinné vztahy | | | | | | | | | | |
| 7. vztahy s ostatními lidmi | | | | | | | | | | |
| 8. mít a vychovávat děti | | | | | | | | | | |
| 9. postarat se o sebe | | | | | | | | | | |
| 10. milovat a být milován | | | | | | | | | | |
| 11. mít sexuální život | | | | | | | | | | |
| 12. zajímat se o politiku | | | | | | | | | | |
| 13. mít víru (náboženství) | | | | | | | | | | |
| 14. odpočívat ve volném čase | | | | | | | | | | |
| 15. mít koničky ve volném č. | | | | | | | | | | |
| 16. být v bezpečí | | | | | | | | | | |
| 17. práce | | | | | | | | | | |
| 18. spravedlnost | | | | | | | | | | |
| 19. svoboda | | | | | | | | | | |
| 20. krása a umění | | | | | | | | | | |
| 21. pravda | | | | | | | | | | |
| 22. peníze | | | | | | | | | | |
| 23. dobré jídlo | | | | | | | | | | |
| 24. zdraví | | | | | | | | | | |
| 25. fyzická soběstačnost | | | | | | | | | | |
| 26. psychická pohoda | | | | | | | | | | |
| 27. prostředí, bydlení | | | | | | | | | | |
| 28. spánek | | | | | | | | | | |
| 29. rodinné vztahy | | | | | | | | | | |
| 30. vztahy s ost. lidmi | | | | | | | | | | |
| 31. děti | | | | | | | | | | |
| 32. péče o sebe sama | | | | | | | | | | |
| 33. láska | | | | | | | | | | |
| 34. sexuální život | | | | | | | | | | |
| 35. účast v politice | | | | | | | | | | |
| 36. víra | | | | | | | | | | |
| 37. odpočinek | | | | | | | | | | |
| 38. koničky | | | | | | | | | | |
| 39. pocit bezpečnosti | | | | | | | | | | |
| 40. práce | | | | | | | | | | |
| 41. spravedlnost | | | | | | | | | | |
| 42. svoboda | | | | | | | | | | |
| 43. krása a umění | | | | | | | | | | |
| 44. pravda | | | | | | | | | | |
| 45. peníze | | | | | | | | | | |
| 46. jídlo | | | | | | | | | | |

Je ještě něco jiného, co považujete v životě za důležité?

.....

Informovaný souhlas

Název studie : **Kvalita života seniorů se sluchovým postižením**

Jméno:

Datum narození:

Účastník byl do studie zařazen pod číslem:

1. Já, níže podepsaný(á) souhlasím s mou účastí ve studii. Je mi více než 18 let.
2. Byl(a) jsem podrobně informován(a) o cíli studie, o jejích postupech, a o tom, co se ode mě očekává. Beru na vědomí, že prováděná studie je výzkumnou činností. Porozuměl(a) jsem tomu, že svou účast mohu kdykoliv přerušit či odstoupit. Moje účast ve studii je dobrovolná.
3. Při zařazení do studie budou moje osobní data (rok narození) uchována s plnou ochranou důvěrnosti dle platných zákonů ČR. Je zaručena ochrana důvěrnosti mých osobních dat. Při vlastním provádění studie mohou být osobní údaje poskytnuty jiným než výše uvedeným subjektům pouze bez identifikačních údajů, tzn. anonymní data pod číselným kódem. Rovněž pro výzkumné a vědecké účely mohou být moje osobní údaje poskytnuty pouze bez identifikačních údajů (anonymní data) nebo s mým výslovným souhlasem.
4. Porozuměl jsem tomu, že mé jméno se nebude nikdy vyskytovat v referátech o této studii. Já naopak nebudu proti použití výsledků z této studie.

Podpis účastníka:

Podpis studenta, který údaje získává:

Kateřina Krátká

Mgr. Svatava Panská (vedoucí práce)

Datum:

Datum: