

Univerzita Karlova  
Pedagogická fakulta  
Katedra speciální pedagogiky

## DIPLOMOVÁ PRÁCE

Osoby se získaným postižením sluchu v dospělém věku a jejich kvalita života  
People with acquired hearing impairment in adulthood and their quality of life

Bc. Barbora Kolářová

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Kateřina Hádková, Ph.D.

Studijní program: Speciální pedagogika (N7506)

Studijní obor: N SPPG (7506T002)

2023

Odevzdáním této diplomové práce na téma Osoby se získaným postižením sluchu v dospělém věku a jejich kvalita života potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 10. 7. 2023

Ráda bych upřímně poděkovala paní doc. PhDr. Kateřině Hádkové, Ph.D. za její odborné vedení, ochotu a hodnotné rady, kterými podpořila vznik této diplomové práce.

Děkuji také všem informantům, se kterými jsem se díky výzkumnému šetření měla možnost seznámit, za jejich čas a vstřícnost.

Velký dík patří rovněž mé rodině za obrovskou trpělivost a podporu na mnoha úrovních. Nejvíce vděčnosti, za všechno, směřuji svému muži Ondřejovi.

## **ABSTRAKT**

Diplomová práce se věnuje problematice kvality života osob se získaným postižením sluchu v dospělém věku. Cíl práce odpovídá názvu, tj. bylo jím zkoumat, jaký vliv má získané postižení sluchu na subjektivní vnímání kvality života. V první části práce je uvedeno teoretické zpracování tematiky na základě studia literatury se zaměřením na postižení sluchu a kvalitu života. Druhá část práce je pak věnovaná samotnému výzkumnému šetření. Výzkumný vzorek byl definován záměrně velmi rozmanitě, což umožňuje naznačení šíře studovaného tématu a určení společných aspektů. Výzkumné otázky jsou zaměřeny na dílčí témata, mimo jiné jaké je subjektivní vnímání kvality života v kontextu věku nebo celkového zdravotního stavu, jaké mají informanti osobní zkušenosti s kompenzačními pomůckami, nebo jaké oblasti kvality života jsou sluchovým postižením nejvíce ovlivněny. Zpracování tématu je založené na kvalitativním rozboru informací získaných z dotazníkového šetření a polostrukturovaných osobních rozhovorů, které jsou zpracovány formou případových studií. Výsledky výzkumu poukazují na některé překvapivé závěry: např. je možné se domnívat, že získané postižení sluchu má sice vliv na každodenní život informantů, nepatří však k hlavním faktorům utvářejícím jejich kvalitu života. Jeho dopady se navíc daří mírnit pomocí individuálních kompenzačních strategií, přirozené adaptace i díky podpoře pozitivního vlivu sociálních vztahů. Dále bylo identifikováno větší množství proměnných ovlivňujících úspěšnost procesu zavedení nové kompenzační pomůcky, které mohou zapříčiňovat nevyužitý potenciál jejich přínosu.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Kvalita života, získané postižení sluchu, případové studie, kompenzační pomůcky, dospělý věk

## **ABSTRACT**

The thesis focuses on the quality of life of people with hearing impairment acquired in adulthood. The objective of the thesis corresponds to the title, i.e. to study the effect of acquired hearing impairment on the subjective perception of quality of life. The first part of the thesis presents a theoretical elaboration on the subject based on a study of the literature focusing on hearing impairment and quality of life. The second part of the thesis contains the research itself. The research sample was intentionally defined as very diverse, which allows indicating the broad scope of the topic under study and identifying common aspects. The research questions are focused on sub-topics, such as what is the subjective perception of quality of life in the context of age or general health, what are the informants' personal experiences with compensatory aids, or what areas of quality of life are most affected by hearing impairment. The elaboration of the topic is based on a qualitative analysis of information obtained from a questionnaire survey and semi-structured personal interviews, which are processed in the form of case studies. The results of the research indicate some surprising conclusions: for example, it is possible to assume that the acquired hearing impairment, while affecting the informants' everyday life, is not one of the main factors determining their quality of life. Moreover, its impact can be mitigated through individual compensatory strategies, such as natural adaptation and the support of positive social relationships. In addition, a greater number of variables have been identified as influencing the success of the process of introducing a new compensatory aid, which may account for the untapped potential of their benefits.

## **KEYWORDS**

Quality of life, acquired hearing impairment, case studies, compensatory aids, adulthood

## Obsah

Úvod .....	6
1 Uvedení do problematiky postižení sluchu .....	8
1.1 Etiologie a klasifikace sluchových vad.....	9
1.2 Dopady postlingválně získaného postižení sluchu na život člověka .....	17
2 Kvalita života a její měření.....	22
2.1 Odlišná pojetí kvality života .....	22
2.2 Vývoj od objektivního k subjektivnímu pojetí kvality života .....	25
2.3 Příklady definic a modelů kvality života .....	28
3 Teoretická východiska výzkumného šetření.....	33
3.1 Dospělý věk .....	33
3.2 Vybrané výzkumy zabývající se měřením kvality života osob s postižením sluchu v dospělém věku .....	34
3.3 Základní strategie výzkumných šetření .....	37
4 Osoby se získaným postižením sluchu v dospělém věku a jejich kvalita života – výzkumné šetření.....	42
4.1 Přípravná fáze výzkumného šetření .....	42
4.2 Plánování výzkumu.....	43
4.3 Průběh sběru dat a jejich zpracování .....	49
5 Analýza a interpretace výsledků výzkumu .....	51
5.1 Případové studie.....	51
5.2 Interpretace jednotlivých rozhovorů .....	62
5.3 Shrnutí poznatků výzkumného šetření.....	71
Závěr.....	76
Seznam použitých informačních zdrojů .....	79
Seznam příloh.....	85

## Úvod

Světová zdravotnická organizace referuje o každoročně narůstajícím počtu lidí s nějakým typem sluchového postižení, jež vyžaduje odbornou lékařskou pomoc, a dále o nedostatečné sluchové hygieně, v jejímž důsledku je zdraví sluchu zejména mladých dospělých permanentně ohroženo poškozením (WHO, 2023).

Získané postižení sluchu, kterému se dá v řadě případů, i když zdaleka ne ve všech, předejít prevencí, stejně jako jiný druh zdravotní indispozice obdobné závažnosti, ovlivňuje každodenní život lidí, které postihne. Ti přitom se svým sluchovým postižením nevyrostali, získali ho až v dospělosti, a proto jeho vnímání, zpracování, kompenzace a celkový vliv na život jsou v mnoha ohledech jiné než u osob, které se se s postižením sluchu narodily nebo jej utrpěly již v dětství. Účelem této práce je právě zkoumání dopadu postižení sluchu získaného v dospělosti na celkovou kvalitu života.

Oblastí kvality života se zabývá mnoho oborů: od medicíny, přes psychologii, sociologii, politologii, ekonomii až po etiku či speciální pedagogiku. Je tedy možné ji nahlížet velmi různou optikou. Ačkoli nepanuje všeobecná shoda na definici kvality života, některé přístupy jsou akceptovány obecně, např. že v současné době roste význam posuzování subjektivního vnímání kvality života a objektivní ukazatele ustupují do pozadí. Kromě tohoto základního přístupu je primárně potřeba rozlišit, zda je zkoumána kvalita života celková nebo partikulární, související s nějakou specifickou oblastí, nejčastěji zdravotní kondicí. V rámci této práce je snaha posoudit oba tyto aspekty kvality života a prozkoumat také jejich vzájemnou interakci.

Náhled do problematiky kvality života celkové a související se sluchovým postižením je v rámci výzkumného šetření uskutečněn prostřednictvím osobních polostrukturovaných rozhovorů se zapojenými participanty, kterým předcházelo jednotné dotazníkové šetření, jehož účelem bylo zejména lepší zacílení a hlubší obsahový průnik následného rozhovoru, který byl hlavním těžištěm výzkumného šetření. Získané informace byly následně zpracovány formou případových studií.

V teoretické části jsou shrnuty poznatky k tématům sluchového postižení, např. možné dopady získaného postižení sluchu na život a kvalitu života, nevyjímaje příklady

modelů kvality života a definic a také vybrané již realizované výzkumy, jež souvisejí s danou problematikou. Popis výzkumného šetření v druhé části práce (kapitoly 4 a 5) obsahuje fázi přípravnou a plánovací, realizační i analytickou a interpretační.

Zkoumanými tématy jsou kromě již zmíněného porovnání kvality života související se získaným sluchovým postižením s kvalitou života jako celku také např. vliv věku na subjektivní vnímání kvality života, téma kompenzačních pomůcek, vnímání sluchové indispozice v kontextu celkového zdraví, anebo identifikace oblastí kvality života, které jsou sluchovým postižením nejvíce ovlivněné.

Pro výzkumné šetření byl záměrně zvolen rozmanitý zkoumaný soubor, když jediným obligatorním faktorem, který měl jednotlivé participanty spojovat, bylo postižení sluchu získané v dospělosti. Vybraní informanti jsou naproti tomu velmi rozdílného věku, sociálního postavení, životní situace, a také samotná povaha i objektivní závažnost jejich sluchového postižení jsou různé.

Vzhledem k velmi široce pojatému vymezení výzkumného vzorku není ambicí výzkumného šetření danou oblast komplexně zmapovat, spíše učinit do daného tématu vhled, identifikovat případné spojující prvky i v takto rozmanitém zkoumaném souboru, a poukázat na možné směry dalšího zkoumání.



## 1 Uvedení do problematiky postižení sluchu

Pro člověka bez obtíží slyšícího je věrná představa a docenění těžkostí života s postižením sluchu nesnadné, ne-li nemožné. Jako jeden z pěti našich smyslů má i sluch nezastupitelné místo v přijímání informací z okolí a zásadní úlohu při komunikaci s ostatními lidmi. V této kapitole bude o vlivu ztráty sluchu na komunikaci podrobněji pojednáno v části věnující se dopadům získaného postižení sluchu na život, která následuje úsek věnovaný etiologii a charakteristice sluchových vad a poruch. Kromě dopadů na komunikaci jsou v druhé části kapitoly zmíněna témata adaptace a akceptace získané vady sluchu a v závěru se kapitola dotýká dále témat stereotypů a diskriminace, se kterou se lidé se sluchovým postižením ve většinové slyšící společnosti setkávají.

Slowík (2016, s. 26) definuje postižení obecně jako: „*omezení nebo ztrátu schopnosti vykonávat činnost způsobem nebo v rozsahu, který je pro člověka považován za normální.*“<sup>1</sup> Vztáhneme-li tuto formulaci konkrétně ke sluchu, můžeme za osobu se sluchovým postižením považovat každého, „*kdo se ocitá v nevýhodné pozici vůči hlavnímu proudu v důsledku narušení, vady či absence slyšení a následkem toho obtížemi v komunikačním procesu*“ (Šándorová, 2003, s. 11). Rovněž Potměšil (2003) zahrnuje pod širší pojem sluchového postižení sociální důsledky. Specifická orgánová nebo funkční poškození způsobující snížení kvality či kvantity slyšení označuje pak v užším slova smyslu jako sluchovou vadu.

Charakterizovat osoby se sluchovým postižením jako skupinu je velmi obtížné vzhledem k různorodosti příčin, typů, stupňů a době vzniku sluchových vad. Nemluvě o

---

<sup>1</sup> Pojmům norma, normalita se Slowík (2016) věnuje v publikaci v samostatné kapitole, kde rozlišuje různá pojetí normality: statistické (běžné, průměrné, nejvíce frekventované), zdravotní (odpovídá naplnění definice pojmu zdraví), funkční (umožňuje chování či výkon, který splňuje nároky kladené okolnostmi, úkolem, situací), sociokulturní (za normální považováno společenskou v souladu s většinou, očekáváním společnosti), ideální (měřítkem normality se stává přiblížení k ideální představě vytvořené pro daný jev), skupinové (pravidla určité sociální skupiny, např. etnické menšiny), individuální (každý člověk má vlastní rámec norem podle dosažitelných hranic a možností). V obecné rovině můžeme normalitu popsat jako stav osoby, jedince, věci, situace nebo jevu odpovídající té normě, z jejíhož hlediska je normalita posuzována.

odlišných podmínkách a individuálních možnostech osobnostního vývoje, jež rovněž výrazným způsobem determinují každého člověka. Chceme-li se v problematice zorientovat, je nutné alespoň ve stručnosti klasifikovat výše zmíněné kategorie vad sluchu, což bude předmětem následující podkapitoly.

Odborná terminologie speciálně pedagogického oboru surdopedie není, jak upozorňuje Skákalová (2016), zcela jednotná ani ustálená, mnohdy je dokonce užívána chybně či nepřesně (zejména v souvislosti s implementací anglických pojmů, pronikajících do češtiny prostřednictvím zásadních mezinárodních informačních a metodických dokumentů). V této práci je použito pojmosloví co možná nejaktuálnější, případně nejvíce přijímané (tzn. nejčastěji citované).

## **1.1 Etiologie a klasifikace sluchových vad**

V první úrovni můžeme postižení sluchu rozdělit dle délky trvání na sluchové poruchy, označující přechodný stav omezení příjmu informací pomocí sluchu v důsledku onemocnění či úrazu a sluchové vady, kdy je stav sluchové ztráty již nevratný a trvalý (Valenta, 2015).

Dle Hádkové (2016) můžeme rozlišovat vady jednostranné a oboustranné a dále dle následujících kritérií: doba vzniku vymezuje vady vrozené a získané;

místo vzniku určuje vady centrální a periferní (dále dělitelné na: převodní, percepční, smíšené)<sup>2</sup>;

velikost ztráty (měřená v decibelech) definuje lehkou, střední a těžkou nedoslýchavost, praktickou či úplnou hluchotu<sup>3</sup> a také ohluchlost;

---

<sup>2</sup> Omezení sluchového vnímání může být způsobeno organickým nebo funkčním poškozením kterékoliv části sluchového ústrojí (Slowík, 2022).

<sup>3</sup> K pojmům „praktická“ a „úplná“ hluchota se vyjadřuje Šándorová (2003, s. 32) ve smyslu potřeby jejich přehodnocení. Nadále by podle ní stav sluchu měl být hodnocen „*pouze z hlediska jeho využití ke komunikaci*“.

z hlediska schopnosti komunikovat mluvenou řečí rozlišujeme vady prelingvální a postlingvální<sup>4</sup>.

### 1.1.1 Dle doby vzniku

Vrozené vady mají endogenní příčinu a jsou tedy geneticky podmíněné, u těch získaných hrají zásadní roli vnější faktory a projevit se mohou prenatalně, perinatálně nebo kdykoli v průběhu života v důsledku onemocnění sluchového ústrojí, úrazů hlavy, ale třeba i vedlejších účinků některých léků (Slowík, 2022). Ototoxické látky neboli látky mající prokazatelně negativní vliv na sluchové ústrojí mohou vznikat při onemocnění orgánů (např. ledvin) přímo v těle člověka nebo se do těla dostávají z vnějšího prostředí (např. antibiotika a další farmaka, chemické látky pro úpravu potravin a vody, alkohol, nikotin, drogy atd.), jak blíže popisují Dršata, Havlík a Chrobok (2015).

### 1.1.2 Dle místa vzniku

Centrální vady způsobené poškozením centrálního nervového ústrojí (sluchového nervu anebo mozkového centra sluchu ve spánkovém laloku) nejčastěji v důsledku úrazů a nádorových onemocnění (Hádková, 2016) způsobují následně poruchy při příjmu a vyhodnocení sluchového signálu, což negativně ovlivňuje zpracování a následnou interpretaci informačního obsahu zvuků – zejména řeči (Dršata, Havlík a Chrobok, 2015). „*Centrální nedoslýchavost či hluchota zahrnuje komplikované defekty způsobené různými procesy, (...). Jedná se o abnormální zpracování zvukového signálu v mozku.*“ (Horáková, 2012, s. 14)

Periferní vady se dále dělí na převodní, percepční a smíšené. Převodní neboli konduktivní typ postižení způsobuje zhoršení ve slyšení hlubokých zvuků, nepřízvučných slabik, hlasité řeči (oproti řeči šeptané, která je slyšena dobře). Je kvantitativního rázu, postihuje oblast od zevního zvukovodu po oválné okénko středního ucha a v současné době je obvykle operativně řešitelné a nikdy nevede k úplné

---

<sup>4</sup> Slowík (2022) navíc uvádí pojem perilingvální postižení sluchu vzniklé ve věku přibližně od 7 do 14 let, tedy v přechodném období dalšího rozvoje řečových schopností.

hluchotě (Hádková, 2016), jelikož sluchové buňky nejsou poškozeny, ve středouší ale brání přenosu zvuku mechanická překážka. Nejčastějšími příčinami mohou být zvětšená nosní mandle, nahromadění ušního mazu a jeho následné ztuhnutí, perforace bubínku, opakované záněty či otoskleróza<sup>5</sup> (Horáková, 2012).

Percepční neboli sensorineurální typ postižení častěji postihuje slyšení vysokých tónů a je kvalitativního rázu, kdy komunikant slyší hlas, ale není schopen rozeznávat jednotlivá slova. Postižen je v takovém případě blanitý labyrint vnitřního ucha, vláskové buňky nebo přímo sluchový nerv a prognóza nebývá pozitivní, vývoj mívá spíše zhoršující se tendenci (Hádková, 2016). Percepčních vad je mnoho a mají nejrůznější etiologii: prenatálně mohou vzniknout v důsledku infekce matky (zvláště nebezpečné jsou zarděnky, toxoplazmóza, cytomegalovirus), inkompatibility Rh faktoru v krvi; perinatálně v důsledku asfyxie novorozence; postnatálně mohou být následkem expozice ototoxickým látkám, úrazů hlavy, chronických hnisavých zánětů, onemocnění meningitidou nebo degenerativních procesů v důsledku odumírání vláskových buněk vlivem stáří či opakované expozice nadměrnému hluku. (Hrubý, 1998)

Slowík (2022, s. 159) k rozdílům mezi převodním a percepčním typem vady uvádí: první z nich je charakteristický „*sníženou intenzitou slyšení a zvuk je pro lepší slyšení nutné zesilovat*“, v případě druhého typu, u kterého člověk špatně rozumí, „*zesilování zvuku ani hlasitější řeč příliš nepomohou, spíše je pro takového člověka důležitá možnost odezírat z úst a tváře komunikačního partnera*“.

Smíšené nebo také kombinované vady kombinují příčiny a důsledky z obou předchozích typů (Hádková, 2016).

---

<sup>5</sup> Zamezení funkce sluchových kůstek (konkrétně fixace třmínku) vnitřního ucha v důsledku nárůstu kostní tkáně. Nejčastěji se otoskleróza projevuje oboustranně a významný vliv má genetická dispozice, obvykle je však tato překážka ve slyšení operativně řešitelná. (Hrubý, 1998)

### 1.1.3 Dle velikosti (intenzity) ztráty slyšení

Stav sluchu z hlediska kvantity slyšeného zvuku je možné posoudit pomocí audiometrického vyšetření<sup>6</sup>, jehož výsledkem je zjištění velikosti sluchové ztráty v decibelech (Horáková, 2012). Ve stanovení konkrétních stupňů sluchové vady a jim odpovídajícím hodnotám sluchové ztráty se jednotlivé prameny v detailech rozcházejí. Nejčastěji citovaným zdrojem je klasifikace stupňů sluchového postižení dle Světové zdravotnické organizace (WHO).

Stupeň	Průměrná ztráta sluchu dle audiogramu	Název kategorie
0	0 – 25 dB	Normální sluch
1	26 – 40 dB	Lehké postižení sluchu
2	41 – 60 dB	Středně těžké postižení sluchu
3	61 – 80 dB	Těžké postižení sluchu
4	81 – více dB	Velmi závažné postižení sluchu včetně hluchoty

**Tabulka 1.1:** Klasifikace stupňů sluchového postižení dle WHO (2014, cit. podle Hádková, 2016, str. 30).

Pro srovnání lze uvést například také podrobnější klasifikaci vycházející z doporučení Mezinárodního úřadu pro audiologii (BIAP).

---

<sup>6</sup> Stanovení diagnózy lékařem (otorhinolaryngem nebo foniatrem) na odborném pracovišti začíná obvykle prohlédnutím ušního bubínku, tzv. otoskopii a kontrolou ostatních struktur ucha. Následovat může vyšetření pomocí ladiček, slovní zkoušky, anebo právě audiometrie, kdy vyšetřovaný ve sluchově izolované kabině reaguje na různé zvukové frekvence. Sluchové ztráty jsou následně vypočítány jako průměr hodnot audiogramu. Cílem diagnostického procesu je přesný popis sluchových obtíží (závažnost, lokalizace, typ) a rozlišení sluchové vady nebo poruchy od běžných problémů a následně návrh možného řešení situace. Existují rovněž tzv. objektivní metody, při kterých citlivé elektrody měří elektrický impuls vyvolaný akustickou stimulací. Tyto metody jsou využívány především při diagnostice dětí a je možné je provádět i při nevědomí pacienta (nejčastěji ve spánku). (Dršata, Havlík a Chrobok, 2015; Hádková, 2016)

	Průměrná ztráta sluchu (na 500, 1000, 2000, 4000 Hz)	Sluchové vnímání
I. normální sluch	0 – 20 dB	Eventuelně se jedná o lehké omezení sluchu bez společenského vlivu.
II. lehká ztráta sluchu	21 – 40 dB	Mluva běžné hlasitosti je vnímána, problémy jsou při vnímání ztišeného či vzdáleného hlasu. Většina běžných zvuků je vnímána.
III. středně těžká ztráta sluchu	1. stupně: 41 – 55 dB 2. stupně: 56 – 70 dB	Porozumění mluvě při zvýšené hlasitosti. Lepší porozumění za pomoci odezírání. Většina běžných zvuků je stále vnímána.
IV. těžká ztráta sluchu	1. stupně: 71 – 80 dB 2. stupně: 81 – 90 dB	Vnímání hlasité mluvy těsně u ucha. Vnímání silného hluku
V. velmi těžká ztráta sluchu	1. stupně: 91 – 100 dB 2. stupně: 101 – 110 dB 3. stupně: 111 – 119 dB	Mluva už není vnímána, pouze vnímání velmi silného hluku.
VI. úplná ztráta sluchu, hluchota	120 dB a více	Žádné vnímání sluchem.

**Tabulka 1.2:** Klasifikace vad sluchu dle Doporučení 02/1 BIAP (1997, cit. podle Skákalová, 2016, str. 20).

Světová zdravotnická organizace dále pro účely svých statistických šetření používá jednoduchý, leč výstižný, termín „omezující ztráta sluchu“ (disabling hearing loss), která představuje sluchovou ztrátu větší než 35 dB na lépe slyšícím uchu (WHO, 2023). Takové omezení sluchových vjemů se dle klasifikace WHO nachází v pásmu teprve lehkého postižení sluchu, které „nepřináší nápadnější potíže postiženému a umožňuje mu využití sluchu pro běžnou komunikaci s jistými omezeními v případě komunikace v hlučném prostředí nebo při použití tiché – šeptané mluvené řeči“, jak uvádí Potměšil (2003, s. 21). Popsaná ztráta sluchu by měla umožňovat porozumění běžně hlasité mluvě (v tiché místnosti) ze vzdálenosti 4-6 metrů a být v případě potřeby snadno

kompenzovatelná sluchadly. Problém může ale nastat při dalším, postupném narůstání sluchové ztráty a s ním spojeným častým odmítáním kompenzačních pomůcek staršími lidmi, jakožto i vady sluchu jako takové (Skákalová, 2016). Takové jednání, při kterém „*nemocný se skutečnou sluchovou poruchou předstírá sluch lepší (normální)*“, označují Dršata, Havlík a Chrobok (2015, s. 195) jako disimulaci sluchové vady či poruchy<sup>7</sup>.

Alternativní, ovšem v současné době ve speciální pedagogice nejčastěji uváděné, rozdělení sluchového postižení v souvislosti se ztrátou sluchu používá např. Hádková (2016): osoby neslyšící, nedoslýchavé, ohluchlé. Jednotlivé kategorie blíže specifikuje např. Vítová (2014, s. 96): „*osoby neslyšící, u kterých je slyšení poškozeno v takovém rozsahu, že nemohou vnímat zvuky mluvené řeči;*

*osoby nedoslýchavé, které mají slyšení omezeno sluchovou ztrátou pouze částečně, lze ji úspěšně kompenzovat elektroakustickými kompenzačními pomůckami;*

*osoby ohluchlé, u kterých došlo ke ztrátě sluchu v období dokončování vývoje řeči nebo po jeho ukončení,*“ což umožňuje, při dostatečné logopedické péči, zachování řeči a komunikaci mluveným jazykem, který může po čase pouze jevit známky poruchy melodie a rytmu (Slowík, 2016; Šándorová, 2003).

Za samostatnou kategorii je možné podle některých autorů považovat dále osoby s kochleárním implantátem, tvořící specifickou skupinu, jejímž spojujícím prvkem je zdlouhavý a náročný proces kochleární implantace (od přípravné fáze přes samotný operační zákrok až po obtížnou a dlouhotrvající fázi rehabilitace). (Vítová, 2014; Skákalová, 2016).

#### **1.1.4 Z hlediska vývoje řeči**

Pro přístup k hodnocení sluchových vad z hlediska vývoje řeči je rozhodujícím faktorem, zda vada vznikla v době před nebo po ukončení vývoje řeči, což odpovídá

---

<sup>7</sup> Dále bude tato problematika zmíněna v části věnující se osobnosti člověka s postlingválně získaným postižením sluchu.

věku přibližně 6 let<sup>8</sup>. Příčiny vzniku sluchové vady v prelingválním období můžeme hledat v infekčních onemocněních dítěte (často virového charakteru jako např. zánět mozkových blan, meningoencefalitida, příušnice, herpetické infekty apod.), úrazech hlavy a jiných poškozeních mozku (mechanického charakteru), opakovaných zánětech středního ucha apod. (Horáková, 2012).

Nejčastějšími příčinami postlingválně vzniklých vad sluchu jsou potom: poranění v oblasti hlavy a vnitřního ucha, dlouhodobé působení silné hlukové zátěže (např. hlučné pracovní prostředí), akustická traumata, hormonální a metabolické poruchy, degenerativní poruchy apod. (Lejska, 2003, cit. podle Horákové, 2012).

Postupné zhoršování sluchu je často také důsledkem přirozeného procesu stárnutí. Dle WHO (2021) roste výskyt sluchových vad významně s věkem: u osob starších 60 let uvádí dokonce 25% prevalenci sluchového postižení. Presbyakuzii neboli stařeckou nedoslýchavost řadí Hádková (2016, s. 27) mezi tzv. involuční příčiny sluchových vad a dle místa vzniku mezi periferní, percepční vady. Jedná se o postupnou ztrátu sluchu způsobenou odumíráním vláskových buněk, která se projevuje v první řadě zhoršením slyšení vysokých tónů a současným zhoršením rozumění řeči. „*Člověk slyší méně a hůře,*“ uvádí o presbyakuzii Horáková (2012, s. 11-12). Hrubý (1998, s. 43) v této souvislosti upozorňuje na fenomén snižujícího se věku, kdy se tento typ nedoslýchavosti začíná projevovat a jako zásadní vliv uvádí zejména „*zvyšování hluku v životním prostředí*“. Což potvrzuje i současné vnímání příčin presbyakuzie jako dopadu kumulace vlivů vnitřních (stáří sluchového systému) a vnějších (hlučné prostředí) (Dršata, Havlík a Chrobok, 2015).

Hluk jako významný rizikový faktor vzniku sluchového postižení se v literatuře objevuje často. Nadměrně hlučné prostředí, zejména některé civilizační faktory jako poslech hlasité hudby, vysoká hladina zvukového smogu v městských a průmyslových aglomeracích, hlučné pracovní prostředí apod., může při dlouhodobém působení

---

<sup>8</sup> Např. Jedlička (2003, s. 90) k tomuto uvádí: „*Otázka ukončení vývoje řeči je stále diskutována, pokud přihlídneme i k formální stránce (správná výslovnost), musíme tuto hranici posunout až k 5.-6. roku věku dítěte.*“



zapříčinit trvalé poškození sluchu a má negativní vliv i na lidskou psychiku (Slowík, (2022). Dršata, Havlík a Chrobok (2015) v této souvislosti zmiňují pojem tzv. socioakuze (sociální nedoslýchavost), jelikož nelze přesně rozhodnout, jakou část postižení sluchu ve stáří způsobuje fyziologický proces stárnutí a kolik lze přičítat vnějším sociálním vlivům. Sluchová porucha či vada může vzniknout také vystavením lidského organismu naopak krátkodobému působení velmi intenzivního zvuku, tedy akustickým nebo explozivním traumatem.

### 1.1.5 Tinnitus

Mezi časté doprovodné projevy poruch a vad sluchu patří tinnitus. Tímto pojmem můžeme označit „*sluchové vjemy, pro něž neexistuje zvukový zdroj v zevním prostředí. Vznikají ve sluchovém orgánu nebo v jeho okolí*“ (Šándorová, 2003, s. 33). Projevují se hučením, zvoněním, šuměním v uších a mohou nabývat intenzity od mírné až po velmi silnou a nesnesitelnou. Ušní šelesty se mohou objevit v jednom nebo obou uších bez jakéhokoli vnějšího podnětu nebo jako následek onemocnění či úrazu, a to buď trvale, nebo nárazově. Podle příčiny rozdělujeme ušní šelesty na objektivní, kdy je zdroj zvuku v těle objektivně přítomen, a subjektivní, kdy např. vláskové buňky mohou vysílat své impulsy do nervu i bez vnějšího podráždění (Hrubý, 1998; Šándorová, 2003; Horáková, 2012).

Každá z výše uvedených skupin má typické speciální potřeby, neb jak uvádí Skákalová (2016, s. 15): „*Teprve po přesnějším určení charakteru vady je možné konkretizovat specifické potřeby daného člověka*“. Těmi se následně zabývá surdopedie: speciálně pedagogická disciplína hledající optimální přístupy k výchově, vzdělávání a celkovému osobnostnímu a sociálnímu rozvoji osob se sluchovým postižením (např. Horáková, 2012; Slowík, 2016). Cílem je umožnit těmto lidem rozvoj osobnosti po stránce kognitivní, psychosociální i emocionální a prožívat kvalitní a smysluplný život navzdory možným omezením a bariérám. V české speciální pedagogice byla řazena pod oblast logopedie a jako samostatný obor vznikla teprve v roce 1983 (Valenta, 2015).

## 1.2 Dopady postlingválně získaného postižení sluchu na život člověka

V první řadě je potřeba upozornit na bezpečnostní význam sluchu a zvýšenou zranitelnost osob se sluchovým postižením v důsledku omezené možnosti vnímání akustických signálů a informací za hranicí zorného pole, včetně těch signalizujících potenciální ohrožení (Slowík, 2022). Život ve společnosti je i podle Potměšila (2003, s. 30) založen na předpokladu dobrého sluchu a „*pokud sluch jako jeden ze základních distančních smyslů chybí, jedná se o zdroj problémů*“.

### 1.2.1 Ovlivnění komunikace a osobnosti člověka

Mimořádný význam sluchu podle Slowíka (2022, s. 157) spočívá dále „*v jeho důležitosti pro interpersonální komunikaci a sociální kontakt, takže sluchové postižení znamená výraznou bariéru při navazování a rozvíjení sociálních vztahů*“. Toto tvrzení podporuje např. Klenková (2006, s. 25), která za cíl komunikativního chování člověka kromě vzájemného dorozumívání a sdělování informací považuje především „*vytváření, udržování a pěstování mezilidských vztahů*“. Negativní ovlivnění komunikace (společně s psychikou člověka a jeho společenskými vztahy) zmiňuje rovněž Hádková (2016), v souvislosti s nedokonalým vnímáním mluvené řeči – jež má za následek každá vada sluchu.

Kromě interidividuální komunikace má sluch zásadní význam dále pro rozvoj řeči, jazyka a myšlení a tím také pro získávání informací (Šándorová, 2003; Potměšil, 2003). Čímž se podílí „*zásadním způsobem na využívání náhodného učení a procesu sociálního učení*“ (Potměšil, 2003, s. 18), jelikož lidská komunikace jako taková je založená na využití mluvené řeči a sluchové percepce.

Získaná sluchová vada pro člověka představuje bezesporu zásadní životní změnu a velkou zátěž. „*Slyšící člověk si mnohdy ani neuvědomuje, kolik informací získává sluchovou cestou. Teprve při setkání s osobou se sluchovým postižením zjišťujeme, jak jeho vada omezuje přísun těchto informací. (...) zvláště přísun běžných sdělení, potřebných ke každodennímu životu.*“ (Hádková, 2016, s. 23) Významnější dopady na život jsou spojovány s těžším stupněm vady, avšak i lehké ztráty sluchu mají vliv na kvalitu života člověka. Způsob vyrovnávání se s jakoukoli formou postižení závisí na dosažené vývojové úrovni, osobnostních vlastnostech a podpoře nejbližších lidí.

*„Pokud postižení vznikne náhle, představuje zpravidla větší zátěž, než když jde o důsledky dlouhodobě působícího onemocnění, na které se může člověk alespoň částečně adaptovat.“* (Skákalová, 2016, s. 32)

Kromě výše zmíněných obtíží v sociálních kontaktech a dále převaze pasivity v chování a možných poruch sebehodnocení uvádí Skákalová (2016) následující další potenciální negativní dopady sluchové vady na osobnost člověka: egocentrismus (upozorňování na sebe, vztahovačnost, přecitlivělost na skutečné či jen domnělé narážky týkající se vady aj.), agresivitu (může souviset se zvýšenou potřebou sebeprosazení, ale může být i reakcí na přílišný soucit a podceňování), negativismus, nedůvěru (obránná technika, následek negativních zkušeností), závislost a nesamostatnost.

Dle Hradilové (2017) ovšem neexistuje přesvědčivá evidence o tom, že by sluchové postižení znamenalo vyšší výskyt psychických problémů a duševních onemocnění, navzdory tomu, že tyto projevy jsou v literatuře často zmiňovány. Naopak některé uskutečněné výzkumy (Manchaiah et al. 2005) upozorňují dokonce na pozitivní zkušenosti spojené se získaným sluchovým postižením. Mezi nejčastěji zmiňovanými jsou např.: úbytek rušivých a nežádoucích zvuků, zlepšení komunikačních dovedností, motivace k seberozvoji a rozvoj empatie, trpělivosti a tolerance. Možné změny v oblasti pocitů a nálad pak dle Hradilové (2017) pramení nejčastěji z únavy a stresu, rozpaků, pocitů zahanbení či nejistoty spojené s omezením příjmu informací prostřednictvím sluchu.

### **1.2.2 Akceptace postižení a adaptace na novou životní situaci**

Jak bylo shrnuto výše, nejčastěji uváděným dopadem zhoršeného sluchového vnímání z hlediska speciální pedagogiky jsou obtíže v komunikaci. Z těch vyplývají i dílčí aspekty procesu adaptace na novou situaci v případě získaného sluchového postižení. Specifické potřeby člověka se sluchovým postižením se týkají, jak uvádí Skákalová (2016, s. 15), především *„způsobu dorozumívání, příjmu informací, ale také např. přijetí vlastní vady“*. A právě akceptace postižení získaného v období dospělosti představuje značnou výzvu pro člověka, který byl desítky let uvyklý komunikaci běžné pro většinovou slyšící společnost.

Šándorová (2003, s. 63-64) popisuje 3 fáze procesu přijetí získané sluchové vady z hlediska sociální surdorehabilitace: fáze normálního vývoje, narušeného vývoje, permanentně ohroženého vývoje.

Fáze narušeného vývoje se projevuje vznikem sluchové vady (poruchy) a tím přerušáním normálního vývoje osobnosti, jeho socializace a enkulturace a vznikem specifických potřeb. Dochází k dezintegraci osobnosti a k narušení dosavadní kvality života intaktního člověka. Akutní stadium zahrnuje proces vyrovnávání se se sluchovou vadou, což se projevuje přestavbou schopností, hodnot a vlastností člověka a dále jeho resocializací, čímž postupně narůstá míra samostatnosti a seberealizace. Navazuje stadiem postakutní zahrnující reintegraci, reenkulturaci, obnovu socializace, úsilí o soběstačnost a, zejména u osob v produktivním věku, snahu o pracovní uplatnění. Obnovuje se životní spokojenost. Na konci fáze se se sluchovou vadou postiženého vyrovnává i nejbližší sociální prostředí včetně rodiny. Trvalé sluchové postižení však způsobuje doživotní zátěž, může znovu nastat situace, která poškodí normální kvalitu života jedince a způsobí nutnost opakování předchozího procesu (nebo jeho části). Proto je toto stadium označeno jako fáze permanentně ohroženého vývoje.

Mezi projevy dobré adaptace člověka na získané sluchové postižení lze zahrnout: akceptace limitů vady, aktivní rozvoj vlastních možností, realistické životní ambice, podpora rodiny a adekvátní zapojení do společnosti (Skákalová, 2016). Míra přijetí vlastní vady se může odrážet např. v ochotě používat kompenzační pomůcky. Skákalová (2016, s. 37) uvádí, že mnoho nedoslýchavých lidí zprvu odmítá svou vadu, „*snaží se ji tajit a jako nejkrajnější řešení berou nošení sluchadel (...). Oproti tomu ostatní mají snahu svou situaci řešit a se sluchadly se sžívají poměrně dobře*“.

I za předpokladu dobrého průběhu adaptace, představují komunikační situace pro osobu se získaným postižením sluchu zvýšenou náročnost oproti stavu bez postižení. U člověka se sluchovým postižením bývá velké množství energie a pozornosti věnováno snaze o co nejlepší porozumění a správné zvládnutí komunikační situace, včetně podání odpovídající zpětné vazby. To vyžaduje být neustále plně koncentrovaný, jelikož deficit v pozornosti může snadno vést ke ztrátě informací a tím se zvyšuje riziko nesprávného pochopení a následné neadekvátní reakce. Nutnost trvalého soustředění a pocit stálého

či dlouhodobého napětí a stresu zákonitě vedou k pocitům přetížení a vyčerpanosti. (Hradilová, 2017) Prožívání negativních zkušeností s neporozuměním si v rámci svého běžného sociálního prostředí může vést ke „ztrátě motivace navazovat kontakty se slyšícím okolím, ke snížení sebevědomí a komplexu méněcennosti vycházejícímu z opakované neúspěšné komunikace“, jak uvádí Hádková (2016, s. 23).

### 1.2.3 Postoj společnosti k osobám s postižením sluchu

Obecně vzato míru následků způsobených vadou ovlivňuje nejen typ a míra postižení sluchu, ale významným způsobem i individuální postoj jedince k postižení. Kvalitu života osoby se získaným sluchovým postižením však podobnou měrou jako vlastní akceptace a adaptace na novou situaci ovlivňují podle Hradilové (2017, s. 41) rovněž postoje společnosti: „*Společenská atmosféra a způsob, jakým s námi ostatní lidé jednají a jak k nám přistupují (včetně množství bariér ve společenském a veřejném prostředí), ovlivňuje náš pocit subjektivní spokojenosti.*“

Člověk s postižením se následkem zejména nedostatečné informovanosti intaktní společnosti (pramenící do značné míry z nezájmu o lidi s postižením a jejich způsob života<sup>9</sup>) může setkávat s předsudky a stereotypy vztahujícími se: k osobnosti člověka se sluchovou vadou (zahrnující zejména předpoklady negativního ovlivnění jejich kognitivních funkcí), ke způsobu jeho komunikace (podceňování kvality komunikace), k jeho schopnostem a běžnému životu (Skákalová, 2016). Slowík (2016, s. 21) se k tématu předsudků vyjadřuje následovně: „*Značná část společnosti stále žije v představě, že všichni postižení lidé jsou nešťastníci, že nemají, a dokonce ani nemohou mít smysl pro humor, že zábava, radost, úspěch nebo např. sexuální život nejdou s postižením dohromady.*“ Z nesprávných předpokladů následně může vyplývat široké spektrum situací záměrně nebo i nezáměrně diskriminujících jedince se sluchovým postižením.

---

<sup>9</sup> Tento závěr vyplývá např. z rozsáhlých anket prováděných agenturou STEM v letech 2003 a 2006, nebo z výzkumného šetření Terezy Skákalové (Skákalová, 2016).

Lidé s postižením mohou mezi intaktní majoritou vyvolávat ambivalentní pocity: na jednu stranu soucit (kvůli neštěstí, jež člověka potkalo), na druhou stranu strach a odpor (něco neznámého, negativního), umocněný uvědoměním si vlastní zranitelnosti. Skákalová (2016) tyto rozporuplné pocity označuje jako spor mezi altruismem a egoismem. Celkově však výsledky realizovaných výzkumných šetření Skákalové (2016, s. 239) poukazují „na pozitivní posun v přístupu společnosti k osobám se sluchovým postižením“.

## 2 Kvalita života a její měření

Samotný pojem „kvalita“ může být chápán i užíván rozdílně. V laické řeči obvykle pojem kvalita znamená něco dobrého, pozitivního. V odborném jazyku se kvalitou rozumí pozitivní nebo i negativní hodnocení vlastnosti nějaké věci, a to v nejširším slova smyslu. Zkoumání kvality představuje posun od kvantitativního (zabývajícího se množstvím, mírou) ke kvalitativnímu přístupu k rozvoji, životu a s jejím hodnocením se v současnosti setkáme čím dál častěji, je čím dál podstatnější. Ludíková a kol. (2012) dokonce označují období od začátku devadesátých let dvacátého století za „zlatou éru kvality života“. V následující kapitole je shrnuto, které obory jsou pro svůj přístup ke zkoumání kvality života nejvýznamnější, stručný historický vývoj pojetí kvality života, dále je nastíněna problematika definování pojmu a představeny významné modely kvality života, z nichž následně vychází i instrumenty určené k jejímu měření.

### 2.1 Odlišná pojetí kvality života

*„Na první pohled jednoduchý pojem, který však zároveň představuje přímo nepozorovatelnou, latentní proměnnou, popsateľnou a měřitelnou pouze zprostředkovaně.“* Takto vyjadřuje neuchopitelnost tématu kvality života a obtížnost snah o jeho vymezení E. Gurková (2011, s. 15). Rovněž neexistence obecně přijímané a široce uznávané definice naznačuje komplikovanost problematiky. Což dále souvisí také s faktem, že o kvalitu života se zajímá více oborů a vědních disciplín, z nichž každá ji nahlíží z jiného úhlu pohledu a zkoumá pomocí ní odlišné fenomény. Různé přístupy k problematice hodnocení kvality života a zároveň stručný vhled do historického kontextu je shrnut v následujících podkapitolách.

#### **Z pohledu ekonomie a politiky**

Ekonomické a politické pojetí kvality života hodnotí především objektivní ukazatele, jako jsou například hrubý domácí produkt, produktivita práce, průměrný výdělek, kupní síla apod. Právě v souvislosti s oblastí ekonomického vývoje a politickými úvahami o úloze státu ve věci materiální podpory nižších společenských vrstev se slovní spojení kvalita života („quality of life“) začalo ve 20. letech 20. století poprvé objevovat

(Hnilicová, 2005). Kvalitou života se v tomto období rozuměla „*téměř výlučně materiální životní úroveň určité společnosti*“ (Heřmanová, 2012, s. 13).

Později začali kritici politiky neomezeného ekonomického růstu upozorňovat na možné budoucí dopady extenzivního rozvoje průmyslu na důležitost kvality vnějších podmínek pro život a na nezbytnost zahrnout do koncepce „dobrého života“ vedle materiálního blahobytu také vnitřní kvalitu lidského života (Dragomirecká a Bartoňová, 2006).

### **Z pohledu sociologie a psychologie**

V 70. letech minulého století byl termín kvalita života poprvé použit pro výzkumné účely v sociologii, a to v souvislosti s monitorováním dopadu společenských změn na život lidí a dále v této oblasti slouží k odlišení podmínek života (např. plat, politické zřízení, materiální zaopatření) od subjektivního životního pocitu lidí (Hnilicová, 2005). Obecně vzato: „*Sociologové sledují kvalitu života u různých sociálních skupin a srovnávají ji, (...), a hledají faktory, které ji nejvíce determinují. Psychologové se zaměřují především na subjektivní pohodu jednotlivců a pokouší se ji pomocí různých metod měřit.*“ (ibid. s. 207)

### **Z pohledu medicíny**

Zatímco v sociálních vědách se pojem „životní pohody“ („well-being“) etabloval jako určitý protiklad k „materiálnímu blahobytu“, v medicíně je „kvalita života“ chápána spíše v opozici ke „kvantitě života“, tj. délce dožití (Dragomirecká a Bartoňová, 2006) a je používána pro hodnocení poskytované péče či jednotlivých zdravotnických programů (Hnilicová, 2005).

Téma kvality života v této oblasti se stalo aktuálním v období po druhé světové válce, kdy byla Světovou zdravotnickou organizací nově formulována a rozšířena obecná definice zdraví, jako stavu nejen fyzické, ale i duševní a sociální pohody (Heřmanová, 2012).

„*Vzhledem k převaze chronických onemocnění byla léčba často jen částečná, nejistá a dočasná, navíc s nepříjemnými vedlejšími účinky. Termín „kvalita života“ vyjadřoval, že je při rozhodování v medicíně třeba brát ohled také na to, jaké strádání léčba*



*pacientovi způsobí a nakolik mu pomůže si zachovat nezávislost a vykonávat běžné životní role.*“ (Dragomirecká a Bartoňová, 2006, s. 9)

## **Z pohledu ekologie a environmentalistiky**

Z hlediska environmentálního přístupu je významná např. úroveň zabezpečení zdravé výživy obyvatelstva, úroveň zdravotní péče a podmínky pro společenské a pracovní uplatnění osob s postižením (Ludíková a kol., 2012). V kontextu kvality života je nahlíženo také znečištění životního prostředí, omezení přírodních zdrojů apod.

### **2.1.1 Grafické znázornění odlišných přístupů**

Přehledné vyjádření, z jakého úhlu pohledu jednotlivé obory kvalitu života nazírají a zkoumají, zobrazuje tabulka 2.1 pomocí čtyřdimenzionálního modelu<sup>10</sup> podle Heřmanové (2012). Tento náhled jednak hodnotí podmínky a výsledky či přínosy, jednak analyzuje vnější a vnitřní prostředí jedince či sociální skupiny.

---

<sup>10</sup> Podrobněji bude o tomto modelu pojednáno dále v podkapitole 2.3.

Dimenze kvality života	Vnější dimenze	Vnitřní dimenze
Konkrétní podmínky	<p>Ekonomické, ekologické, sociální a kulturní podmínky životního prostředí v dané společnosti a v daném regionu.</p> <p><i>Vhodnost prostředí pro život.</i></p> <p><b>Obory: ekonomie, ekologie, sociologie, politologie, historie, architektura, kulturologie, geografie aj.</b></p>	<p>Geneticky podmíněné fyzické a duševní předpoklady individua pro prožití určitého života. Předpoklady individua, tj. aktuální zdravotní stav, humánní kapitál (znalosti, schopnosti, dovednosti), sociální inteligence, morálně volní vlastnosti, získané socializaci a „reáliemi“ života.</p> <p><i>Životaschopnost jedince.</i></p> <p><b>Obory: antropologie, medicína, genetika, psychologie, pedagogika, etika aj.</b></p>
Dosažené výsledky	<p>Vnější hodnocení užitečnosti (a přesahů) člověka, hodnocení významu jeho života pro společnost či společenství.</p> <p><i>Společenská potřeba, cena života, hodnota a ohodnocení člověka.</i></p> <p><b>Obory: filozofie, etika, ideologie.</b></p>	<p>Vlastní hodnocení dosažených životních cílů, osobní užitečnosti, osobní užitečnosti, osobních přínosů, smysluplnosti a utváření vlastního života (zanechání určitého „otisku“ či „stopy“, pokračování rodu, apod.).</p> <p><i>Sebereflexe v kontextu vnějších a vnitřních podmínek, subjektivní well-being.</i></p> <p><b>Obory: psychologie, sociální psychologie, sociologie.</b></p>

**Tabulka 2.1:** Pole působnosti jednotlivých vědních oborů při zkoumání kvality života (Heřmanová, 2012, s. 184).

## 2.2 Vývoj od objektivního k subjektivnímu pojetí kvality života

Nejobecnější úroveň pojetí kvality života popisuje Hnilicová (2005) jednoduše jako důsledek vzájemného působení sociálních, zdravotních, ekonomických a environmentálních podmínek. Jakým přesně způsobem a na základě jakých zákonitostí se ovlivňují a spolu interagují nám však z většiny není známo a „hledání a identifikace faktorů, které přispívají k dobrému a smysluplnému životu a k pocitu lidského štěstí,“ (ibid. s. 206) je předmětem současného studia této problematiky.

Výchozím konceptem zkoumání kvality života jsou dvě dimenze, a to objektivní a subjektivní<sup>11</sup>. K objektivním faktorům jsou obecně řazeny sociální a materiální podmínky života, sociální status a fyzické zdraví, zatímco subjektivní kvalita života zahrnuje lidskou emocionalitu a všeobecnou spokojenost se životem.

Detailněji lze pod objektivní kvalitu života zahrnout konkrétní a měřitelné životní podmínky (např. průměrnou mzdu, dostupnost služeb, zdravotní péče, vzdělání či bydlení, možnosti uplatnění na trhu práce, kvalitu přírodního prostředí, dopravní dostupnost) a dosaženou životní úroveň (neboli míru materiálního bohatství nebo chudoby) jednotlivce či obyvatelstva, jež mají prokazatelný vliv na budoucnost každého člověka (Heřmanová, 2012). Podle Hradilové (2017, s. 19) jsou objektivní ukazatele „používány (nejen) k možnosti vzájemného porovnávání životních podmínek v jednotlivých státech, městech, regionech a dalších územních celcích, a to jak v rámci tuzemské, tak i mezinárodní úrovně“ a mají v hodnocení kvality života nepostradatelnou roli. Jako příklad nástroje z této oblasti uvádí Heřmanová (2012) tzv. Index lidského rozvoje (Human Development Index, HDI), používaný pro každoroční srovnání dosažené životní úrovně ve 185 státech OSN na základě hodnocení základních znaků lidského rozvoje (stanovených jako: očekávaná délka života, přístup ke vzdělání a životní standard).

Do druhé poloviny 90. let tento přístup ke zkoumání kvality života převažoval. „Od této doby však lze pozorovat rostoucí tendenci k příklonu směrem k subjektivnímu hodnocení kvality života“, konstatuje Hradilová (2017, s. 18).

Výzkumy zaměřené na subjektivně prožívanou kvalitu života, analyzující oblasti životní spokojenosti, pocitu štěstí, uznání, sebereflexe, sebehodnocení, sebeúcty, sebeaktualizace apod., jsou nadměrně citlivé a metodicky velmi těžko uchopitelné a potýkají se s problémy souvisejícími přímo s výpověďmi respondentů. Při dotazování se

---

<sup>11</sup> V současné době lze navíc vyzorovat snahu o propojení těchto dvou kategorií: řada výzkumných šetření se věnuje subjektivnímu vnímání a hodnocení objektivní kvality života. Díky nim je možné vysledovat nejvýznamnější faktory, které mají na subjektivní pohled vliv jako např.: věk, vzdělanost, zaměstnání, genderová specifika, typ osobnosti aj. (Heřmanová, 2012)

na spokojenost lidí s vlastním životem je možné se setkat s rozpaky či až neochotou odpovídat na některé otázky, s nedostatkem či nevlí k sebereflexi, nemožností ověřit pravdivost výpovědí a rozdílnou hodnotovou orientací respondentů. (Heřmanová, 2012) V neposlední řadě naráží podle Heřmanové (2012) vědečtí pracovníci ve svých studiích na obtížně zodpověditelnou otázku dosažené míry uspokojení potřeb respondentů (v kontextu Maslowovy pyramidy<sup>12</sup>), jakožto výchozím bodem pro formulaci životních cílů a aspirací.

Důležitost posledně jmenovaného problému relativizuje Hnilicová (2005, s. 206), která zmiňuje výsledky výzkumného šetření The Quality of American Life<sup>13</sup> podle Campbella, jež vedly k závěru, že: *„zlepšení socioekonomických podmínek života a splnění základních biologických předpokladů existence jsou významné pouze do určité míry, a to pokud uspokojení relevantních potřeb nedosáhne určité minimální hranice, obvykle definované jako hranice chudoby.“* Pro subjektivní vnímání kvality života je dle tohoto výzkumu rozhodující kognitivní hodnocení a emoční prožívání vlastního života, které s postavením člověka ve společnosti ani s jeho fyzickým zdravím nemusí být v přímé úměře.

Tyto myšlenky podporuje i Pacione, hovořící v této souvislosti o tzv. paradoxu blahobytu, kdy *„spokojenost se životem není přímo úměrná a neroste v čase přímo úměrně se vzrůstem bohatství a materiálního zajištění. Navíc ani kontinuální ekonomický růst automaticky vždy nevede ke zvýšené kvalitě života ve smyslu jejího subjektivního prožívání“*. (Pacione, 2003, cit. podle Heřmanové, 2012, s. 55)

---

<sup>12</sup> Maslowova pyramida potřeb řadí kategorie potřeb odspodu podle míry nutnosti jejich uspokojení od biologických, fyziologických potřeb, přes potřebu bezpečí, sounáležitosti a lásky, uznání, kognitivní a estetické potřeby, až po nejvyšší stupeň, jež představuje potřeba realizace. Dle autora této teorie, amerického psychologa A. Maslowa, jsou potřeby uspokojovány postupně od těch nejnutenějších (Ludíková a kol., 2012).

<sup>13</sup> První celonárodní šetření kvality života obyvatelstva, které proběhlo v USA v 70. letech 20. století.

## 2.3 Příklady definic a modelů kvality života

Jak bylo řečeno již na začátku druhé kapitoly, jednotná definice pro pojem kvality života k dispozici není. Vzhledem k počtu a širokému spektru oborů, jež se problematikou zabývají, to zřejmě není ani možné. Ze stejného důvodu existuje ale nepřehledné množství formulací a charakteristik, pojímajících kvalitu života z odlišných perspektiv a akcentujících různé aspekty tématu. Řada autorů či autorských kolektivů definuje koncept globálně – obecně, jiní se zaměřují naopak na vymezení určitých dimenzí či domén, ze kterých se celkové pojetí skládá, někteří pak vytváří definici explicitně pro potřeby konkrétního výzkumu (srov. Gurková, 2011, Hradilová, 2017, Heřmanová, 2012). Prezenci podrobného a chronologicky řazeného přehledu věnuje Heřmanová (2012) ve své monografii celou kapitolu a na základě studia podkladů pro svou práci se sama kloní k výhradně subjektivnímu pojetí kvality života, které „*lze do jisté míry objektivně analyzovat a měřit pomocí sofistikovaných metod sociologického výzkumu, a to jak v podobě holistického, tak i dimenzionálně defragmentovaného pojetí otázek*“ (Heřmanová, 2012, s. 41). Tato autorka uvádí rovněž vlastní definici, která reflektuje aktuální trendy, (ibid. s. 181):

*„Jedincem vnímaná a prožívaná kvalita života představuje reflexi objektivních environmentálních podmínek (vnějšího prostředí) a sebereflexi (vnitřního prostředí) člověka v kontextu kulturních, hodnotových, sociálních a prostorových (geografických) systémů a ve vztahu k individuálním motivacím, schopnostem, cílům a očekáváním.“*

Z dalších definic je možné pro účely této práce vybrat ty, které byly vytvořeny odbornými týmy pro potřeby mezinárodních organizací či institucí a jsou tedy od počátku zamýšleny jako obecněji platné.

### 2.3.1 Model „3B“ Centra pro podporu zdraví při Univerzitě v Torontu

K takovým formulacím patří holisticky pojatá definice Centra pro podporu zdraví Univerzity v Torontu, jež patří k těm nejznámějším, a podle které je kvalita života „*míra nebo stupeň spokojenosti jedince s významnými možnostmi, které má k dispozici*“ (Quality of Life Concepts, 2010, cit. podle Gurkové, 2011). Z té následně vychází i Model kvality života „3B“, jež patří k nejtradičnějším a nejčastěji citovaným modelům kvality života (viz tabulku 2.2). Tento model zdůrazňuje fyzické, psychické a duchovní

schopnosti člověka, jeho vazby k prostředí, možnosti udržovat či zlepšovat své schopnosti a vědomosti a také spokojenost s vlastním prožíváním. Je strukturován do tří základních domén: existence, sounáležitost a adaptibilita, z nichž každá rozlišuje ještě další tři podoblasti a hodnocení se vztahuje k důležitosti jednotlivých faktorů pro jedince a k jejich naplňování v reálném životě.

<b>Bytí, existence (<i>being</i>)</b>	<b>Kdo jsem – osobní charakteristika člověka</b>
Fyzické bytí	Zdraví, hygiena, výživa, pohyb, oblečení celkový vzhled
Psychologické bytí	Psychologické zdraví, vnímání, prožívání, sebeúcta, sebekontrola
Duchovní bytí	Osobní hodnoty, přesvědčení, víra
<b>Patřit někam (<i>belonging</i>)</b>	<b>Spolupatřičnost – vazby s konkrétním prostředím</b>
Místo na světě (fyzické)	Domov, práce/škola, sousedství, komunita
Místo mezi lidmi (společnost)	Rodina, přátelé, spolupracovníci, sousedé
Místo ve společnosti (komunita)	Pracovní příležitosti, odpovídající finanční příjmy, zdravotní a sociální služby, vzdělávací, rekreační možnosti a příležitosti, společenské dění a aktivity (širší společnost)
<b>Realizovat se (<i>becoming</i>)</b>	<b>Dosahování osobních cílů, aspirací a tužeb</b>
Každodenní život	Domácí aktivity, placená práce, škola nebo zájmové, dobrovolné aktivity, využívání sociálních nebo zdravotnických služeb
Volný čas	Relaxační činnosti, činnosti na redukci stresu
Plány do budoucnosti	Aktivity podporující udržení a rozvoj vědomostí a zručností, adaptace na změny

**Tabulka 2.2:** Model kvality života „3B“. *Zdroj:* Gurková (2011, s. 72).

Podle tohoto modelu je nejdůležitější subjektivní pocit spokojenosti či nespokojenosti s životní situací a objektivní podmínky nejsou obsaženy vzhledem k tomu, že samy o sobě kvalitu netvoří, pouze případně ovlivňují. (Gurková, 2011; Heřmanová, 2012; Hnilicová, 2005)

Pro měření kvality života dle tohoto modelu byl vytvořen specifický nástroj – Quality of Life Profile (QOLP), který obsahuje 54 položek, přičemž je hodnocena jak spokojenost, tak také důležitost každé z položek (Gurková, 2011).

### **2.3.2 WHOQOL model Světové zdravotnické organizace**

Zejména pro oblast medicíny a zdravotnictví je relevantní definice pracovní skupiny Světové zdravotnické organizace (WHOQOL Group) z roku 1994, jež kvalitou života chápe to, jak člověk vnímá své postavení ve světě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije, a to ve vztahu ke svým osobním cílům, očekáváním, zájmům a životnímu stylu (Dragomirecká a Bartoňová, 2006; Hnilicová, 2005).

Model kvality života Světové zdravotnické organizace obsahuje šest domén, jež vymezují jednotlivé indikátory:

- fyzický stav (indikátory: bolest a nepříjemné pocity, energie a únava, spánek a odpočinek),
- prožívání (indikátory: pozitivní pocity, myšlení, učení, paměť a soustředění, sebedůvěra, sebeúcta, vnímání těla a vzhledu, negativní pocity),
- nezávislost (indikátory: pohyblivost, každodenní činnosti, závislost na lécích nebo léčebných postupech, pracovní výkonnost),
- sociální vztahy (indikátory: osobní vztahy, sociální podpora – praktická pomoc od ostatních, sexuální život),
- prostředí (indikátory: fyzické bezpečí a jistota, domácí prostředí, finanční situace, zdravotní a sociální péče – dostupnost a kvalita, možnost získávat nové informace a dovednosti, volný čas a záliby – zájmové a rekreační činnosti, životní prostředí, doprava),
- spiritualita (indikátory: duchovní oblast, víra a osobní přesvědčení, celková kvalita života a zdraví) (Dragomirecká a Bartoňová, 2006; Gurková, 2011).

Uvedené indikátory jsou součástí nástrojů na měření kvality života: WHOQOL-100 obsahující sto testových otázek a jeho na čtvrtinu zkrácené verze WHOQOL-BREF, využívající položky, které vykazovaly nejlepší psychometrické vlastnosti. Tyto instrumenty světové zdravotnické organizace představují jedny z nejvyužívanějších

testových souborů v současné době, jsou dostupné v mnoha jazykových verzích a standardizované pro specifické potřeby různých států a jejich populací, včetně České republiky. Jsou určeny pro samostatné vyplnění respondentem, popř. administrovatelné formou rozhovoru, týkají se období posledních dvou týdnů před testováním a zaměřují se na sebeposouzení a subjektivní hodnocení podstatných oblastí každodenního života. (Dragomirecká a Bartoňová, 2006; Heřmanová, 2012; Hradilová, 2017)

### 2.3.3 Model čtyř kvalit života

V podkapitole 2.2 již bylo popsáno, že tendence v posuzování kvality života lidí tíhnou nyní zjevně k subjektivnímu pohledu a subjektivnímu hodnocení spokojenosti s utvářením a prožíváním vlastního života oproti objektivním aspektům. Přesto, že dvojdimenzionální pohled (akcentující objektivní a subjektivní hledisko) není zpochybňován, je možné ho dále rozšířit: Veenhoven je autorem čtyřdimenzionálního modelu kvality života (viz tabulku 2.2), vycházejícího z teorie „čtyř kvalit života“, která je pojímána komplexněji a zohledňuje další faktory, jako životní předpoklady a výsledky. V tomto interdisciplinárním pohledu je zahrnuta užitečnost života a také vlastní hodnocení života jednotlivce, čímž se odlišuje od jiných modelů a zároveň odráží současné trendy v přístupu ke zkoumání kvality života. (Dragomirecká a Bartoňová, 2006; Heřmanová, 2012)

Čtyři kvality života	Vnější kvality	Vnitřní kvality
Předpoklady	VHODNOST PROSTŘEDÍ Životní prostředí, sociální kapitál, prosperita, životní úroveň.	ŽIVOTASCHOPNOST JEDINCE Psychologický kapitál, adaptivní potenciál, zdraví, způsobilost.
Výsledky	UŽITEČNOST ŽIVOTA Vyšší hodnoty než přežití, transcendentální koncepce.	VLASTNÍ HODNOCENÍ ŽIVOTA Subjektivní pohoda, spokojenost, štěstí, pocit smysluplnosti.

**Tabulka 2.3:** Model čtyř kvalit života ( Veenhoven, 2000, cit. podle Dragomirecká a Bartoňová, 2006).



Čtyři dimenze modelu ohraničují čtyři kvadranty, jež mohou pomoci vymezit úhel pohledu, ze kterého bude zkoumána a následně měřena kvalita života v konkrétním šetření.

Odlišné definice, různé přístupy k posuzování kvality života, dělení podle zkoumaných domén, hodnocení důležitosti jednotlivých oblastí, grafické i teoretické zpracování modelů by bylo možné zkoumat mnohem zevrubněji a věnovat tomuto tématu násobně více prostoru, což ovšem není předmětem této práce. Pro dostatečnou deskripci tématu je však potřeba představit ještě nástroje vhodné k použití při posuzování kvality života lidí s obtížemi v oblasti sluchové percepce, což je, kromě jiného, předmětem třetí kapitoly rozebírající teoretická východiska samotného výzkumného šetření.

### 3 Teoretická východiska výzkumného šetření

Tato kapitola je věnovaná vymezení východisek následného výzkumu. Tématům sluchového postižení a kvality života obecně byly věnovány první dvě kapitoly, zde tedy zbývá stručně vymežit období dospělého věku. Následuje analýza možných přístupů k měření kvality života u osob se sluchovým postižením v rámci publikovaných zahraničních a tuzemských výzkumů a dále teoretické možnosti konkrétních výzkumných strategií.

#### 3.1 Dospělý věk

Vývoj lidské psychiky lze podle Langmeiera a Krejčířové (2006) rozdělit do tří etap:

- první etapa dětství a dospívání je charakteristická rychlým vývojem motorických i kognitivních a psychických funkcí vedoucích k dosažení zralosti;
- dospělost je možné chápat jako druhou etapu života, ve které již nedochází k dalšímu výraznému rozvoji – psychické funkce zůstávají na přibližně stejné úrovni (člověk je nezávislý a přijímá plnou odpovědnost za svůj život) je dále možné rozlišit časnou (přibližně od 20 do 25-30 let), střední (asi do 45 let) a pozdní (doba do začátku stáří, tzn. do 60-65 let) dospělost;
- třetí etapu, stáří, provázejí involuční psychické a biologické změny vedoucí k pozvolnému poklesu funkcí.

Thorová (2015, s. 433) v souvislosti s předěly mezi etapami upozorňuje na velké individuální rozdíly mezi lidmi, na různost v rychlosti dosažení zralosti (příčemž podle ní „*zralost neurčuje věk, nýbrž zkušenosti*“) a na, z historického hlediska pozorovatelné, prodlužování fáze nezralé dospělosti. Podle této autorky pak období dospělosti trvá až do 70 let a teprve poté je střídá stáří a dlouhověkost.

Podstatná pro tuto práci je ovšem zejména spodní věková hranice dospělosti, tzn. podle uvedených autorů přibližně 20 let, kdy je člověk již schopen kritického zhodnocení vlastního prožívání, jeho zevrubného popisu v rámci rozhovoru a je v jeho kompetenci posuzovat kvalitu vlastního života a její změny.

### **3.2 Vybrané výzkumy zabývající se měřením kvality života osob s postižením sluchu v dospělém věku**

Výsledky empirických studií nevedou k bezvýhradné shodě na tom, do jaké míry a jestli vůbec má postižení sluchu negativní vliv na kvalitu života, jak uvádí Nordvik et al. (2018) na základě systematického studia výzkumných prací s touto tematikou, přestože většina z nich asociaci mezi sluchovou ztrátou a sníženou kvalitou života připouští.

Bylo vyvinuto mnoho různých dotazníků s úmyslem měřit a hodnotit kvalitu života buď z obecného hlediska, nebo se zaměřením na důsledky specifické pro konkrétní nemoc, poruchu či postižení. V kontextu sluchového postižení je možné využít např. dotazníku Hearing Handicap Inventory (HHI)<sup>14</sup>, ve variantě pro dospělé nebo pro osoby starší 65 let, pro zhodnocení míry handicapu způsobeného sluchovou ztrátou a subjektivního vnímání postižení, ale specifický nástroj pro měření vlivu sluchové ztráty na celkovou kvalitu života k dispozici dosud není. První kroky k jeho vytvoření uskutečnili Dixon et al. (2020): na základě systematického přehledu relevantních studií od roku 1982 do poloviny roku 2018 určili hlavní témata, která následně konzultovali se skupinou 8 odborníků se zkušenostmi v oboru měření, diagnostiky, léčby a rehabilitace ztráty sluchu. V rámci polostrukturovaných rozhovorů s lidmi s postižením sluchu různého věku, odlišných příčin a závažnosti ztráty sluchu a s různými zkušenostmi s léčbou pak identifikovali sadu 29 subdomén a více než 100 položek, které nejvíce vystihují souvislost ztráty sluchu s kvalitou života související se zdravím. Tento výstup je ovšem potřeba dále odborně zpracovávat, zejména je třeba na základě porovnání důležitosti každé z položek redukovat jejich počet pro vytvoření nového nástroje specifického pro populaci lidí se ztrátou sluchu, jak uvádí sami autoři studie.

---

<sup>14</sup> Podle některých autorů (Ciorba et al., 2012; Lotfi et al., 2009) je možné tento nástroj použít nejen pro určení subjektivní závažnosti sluchové ztráty a specifických komunikačních obtíží, ale i pro měření kvality života. Častěji je však možné se setkat s kombinováním tohoto nástroje s některým z generických dotazníků k posuzování kvality života (např.: Vuorialho, Karinen a Sorri, 2006)

Podobný záměr – vytvoření komplexního nástroje pro posuzování kvality života související se zdravím (Health-Related Quality of Life - HRQoL) u jedinců s nedoslýchavostí (zde konkrétně získanou v dospělosti) – měli i Stika a Hays (2015). Na základě výsledků fokusních skupin, přehledu literárních zdrojů, porad s odborníky a kognitivních rozhovorů vznikl instrument „The Impact of Hearing Loss Inventory Tool“ (IHEAR-IT), čítající 73 položek. Bylo provedeno i jeho testování a prvotní psychometrické hodnocení potvrzující dobrou validitu i reliabilitu nástroje, podpořenou navíc významnou mírou korelace s osvědčenými nástroji SF-36 (viz dále) a HHIE/A. Nebylo ovšem dosud provedeno následné testování ani úprava dotazníku pro možnost jeho širšího uplatnění.

Se situací chybějícího komplexního nástroje posuzujícího celkovou kvalitu života osob se sluchovým postižením se vyrovnávají autoři studií různě. Například Chia et al. (2007) využívají ve svém populačním průzkumu pro posouzení kvality života instrument SF-36. Dotazník SF-36 je sebeposuzovací nástroj, mapující jednotlivé domény (fyzické fungování, omezení v rolích způsobené fyzickým stavem, vitalita, míra bolesti, celkové vnímání vlastního zdraví, duševní zdraví, omezení v rolích způsobené emocionálními problémy, sociální fungování) a jejich vnímání respondentem v průběhu posledního měsíce. Celkem obsahuje 36 položek a v rámci hodnocení je možné rozlišit faktory fyzického a mentálního zdraví (celkové vnímání zdraví, škála energie a únavy a sociální fungování jsou zahrnuty v obou těchto faktorech). Výhodou SF-36 je právě jeho délka a také důkladně prověřená reliabilita a validita (Fařunová, 2007). Jeho využití jako generického nástroje pro posouzení kvality života (a zejména té související se zdravotním stavem) kritizují Nordvik et al. (2018), jelikož podle nich nepokrývá potřebný rozsah dané tematiky.

Dotazník vytvořený Světovou zdravotnickou organizací (popsaný stručně v kapitole 2.3) je rovněž nástrojem používaným při hodnocení kvality života u osob s postižením sluchu. Z praktických důvodů bývá spíše využívána zkrácená verze WHOQOL-BREF čítající 26 otázek (2 zaměřené na kvalitu života obecně a 24 asociovaných s fyzickými, psychologickými, environmentálními a sociálními aspekty) oproti obsáhlejšímu nástroji WHOQOL-100. Například autorky Mondelli a Souza (2012) ve svém výzkumu

porovnávajícím stav kvality života před a po třech měsících efektivního kompenzování sluchové vady sluchadly<sup>15</sup> využily právě dotazník WHOQOL-BREF. Stejně tak autorky Smeijers et al. (2018) aplikovaly tento nástroj ve svém výzkumu porovnávajícím kvalitu života související se zdravím neslyšících a nedoslýchavých osob s intaktní populací v Nizozemí. V českém kontextu byl instrument Světové zdravotnické organizace použit jako jedna ze tří metod ve výzkumu Hradilové (2017) a to včetně rozšíření o modul pro osoby se zdravotním postižením.

Dalším rozšířeným nástrojem měření kvality života je skupinou EuroQol Group vytvořený stručný dotazník EQ-5D zaměřující se na oblasti mobility, sebeobsluhy, obvyklé činnosti, pocíťované bolesti či diskomfortu, úzkosti či deprese a zhodnocení celkového zdraví, kde veškeré otázky jsou vztaženy ke dni, kdy probíhá dotazování. Autory studie zkoumající vliv kompenzačních pomůcek na postižení sluchu a kvalitu života seniorů (Vuorialho, Karinen a Sorri, 2006) byl však vyhodnocen jako nedostatečně citlivý pro měření kvality života u osob se sluchovým postižením.

Jako poslední z příkladů je možné uvést instrument 15D, využitý ve studii hodnotící kvalitu života související se zdravím (HRQoL) u dospělých se sluchovým postižením ve Finsku před a po rehabilitaci sluchu (Niemensivu et al., 2015). Jedná se o standardizovaný, obecný nástroj, posuzující 15 domén (včetně domény týkající se sluchu, což bylo jednou z hlavních motivací autorů k jeho zvolení) a je určen k samostatnému vyplnění respondenty.

### **3.2.1 Podstatná východiska pro zkoumání kvality života v této práci**

Při posuzování kvality života je v dnešní době pozornost zaměřena převážně na její subjektivní pojetí. Podle Heřmanové (2012) se výzkumy orientují nejvíce na aspekty,

---

<sup>15</sup> Autoři Nordvik et al. (2018) identifikovali kromě této ještě další čtyři studie s podobnou tematikou: porovnání kvality života osob se sluchovou vadou bez kompenzačních pomůcek a po určité době jejich používání. Na základě výsledků těchto studií je možné říci, že používání kompenzačních pomůcek zmírňuje dopady sluchového postižení a napomáhá zlepšovat kvalitu sociálních vztahů, i když výsledky nejsou tak jednoznačné (signifikantní zlepšení kvality života bylo prokázáno ve dvou z pěti zmíněných studiích, jedna studie zaznamenala marginální zlepšení a poslední dvě neprokázaly buď žádné, nebo nejednoznačné dopady na kvalitu života respondentů).

jako jsou pocity štěstí, spokojenost se životem celkově a s jeho jednotlivými oblastmi a také na „*hledání nejvýznamnějších faktorů, které podmiňují vznik subjektivního pocitu kvalitního a smysluplného života*“ (ibid. s. 17). Hradilové (2017) však upozorňuje, že i objektivní ukazatele mají stále svou roli a je třeba je do osobního hodnocení dotyčného člověka také zahrnout. Zejména však vyzdvihuje význam pro možnost porovnání životních podmínek mezi většími územními celky (regiony, státy apod.).

Na čem se odborné prameny shodují, je fakt, že pojem kvalita života je multidimenzionální a je proto ve výzkumech nutné stanovit dimenze, v nichž je kvalita života zjišťována. To bude pro účely této práce provedeno pomocí modelu čtyř kvalit, jak jej představil Veenhoven (2000, cit. podle Dragomirecká a Bartoňová, 2006): Ze čtyř v modelu vymezených dimenzí byla v této práci zkoumána zejména (jelikož hranice mezi oblastmi nejsou ostře vymezené, naopak se mohou vzájemně ovlivňovat a prolínat) část zaměřená na „vnitřní kvality“ osobnosti a zároveň „předpoklady“, tedy kategorie s názvem „životaschopnost jedince“, jež zahrnuje psychologický kapitál, adaptivní potenciál, zdraví či způsobilost jedince, viz Tabulku 2.3.

### **3.2.2 Kritika měření kvality života**

Přestože v posledních desetiletích zájem o zkoumání tématu kvality života celosvětově roste, je možné se setkat i s kritikou – a to především jejího měření: Hnilicová (2005, s. 213-214) uvádí jako problematický zejména „*proces tvorby dotazníků, jejichž konstrukce vychází často ze subjektivních názorů jejich tvůrců a jejichž validita je problematická*“. Dále je podle této autorky kritizována akademiky do jisté míry určovaná norma a rozhodování o tom, co je a co není kvalitní život (prostřednictvím tendencí o kvantitativní hodnocení kvality života a metod jejich vyhodnocování).

### **3.3 Základní strategie výzkumných šetření**

Druhy výzkumu je možné vymezit na základě mnoha kritérií, např. podle vztahu, který zaujímají k objektivní skutečnosti (teoretický, empirický výzkum), podle stupně konkrétnosti či naopak obecnosti (základní, aplikovaný výzkum), podle způsobu využití (akční, evaluační, strategicko-koncepční), podle prostředí, ve kterém je realizován

(laboratorní, terénní), podle účelu, který sleduje (deskriptivní, exploratorní, explanační, prognostický) a další (Eger a Egerová, 2017). Jako tři hlavní výzkumné strategie<sup>16</sup>, pro jejichž posouzení je rozlišovacím hlediskem základní paradigma<sup>17</sup>, je možné v současné době uvést kvantitativní, kvalitativní a smíšený typ designu výzkumu.

Příčemž pro kvantitativní výzkum je charakteristické, že pracuje s číselnými údaji, které je možné matematicky zpracovat, vyhodnotit a vyjádřit: zjišťuje množství, rozsah, frekvenci či stupeň (míru) daného jevu nebo vlastnosti. V kvalitativním výzkumu je důraz kladen na zevrubný popis situace či fenoménu a cílem je pochopení významu souvislostí a podstaty jevů. (Gavora, 2010) Podle Reichela (2009) jsou oba tyto přístupy rovnocenné, přestože ještě v druhé polovině 20. století byl jako jediný relevantní a důvěryhodný přijímán kvantitativní typ výzkumu a kvalitativní přístup vnímán nanejvýš jako doplňující. V tabulce 3.1 jsou shrnuty základní a nejvýraznější rozdíly kvantitativního a kvalitativního typu výzkumu.

---

<sup>16</sup> Výzkumnou strategii definuje Reichel (2009, s. 38) jako: „*obecný metodologický přístup k řešení výzkumné otázky*“.

<sup>17</sup> Paradigmatem je možné označit základní přístup k vědeckým tématům prostřednictvím obecně přijímaných definic, metod a teoretického rámce, jež je vztážen ke konkrétnímu oboru a konkrétní době (Hendl, 2016).

<b>Kvantitativní přístup</b>	<b>Kvalitativní přístup</b>
Extenzivní šetření zkoumané skutečnosti	Intenzivní šetření zkoumané skutečnosti
Dedukce: nejprve formulace vztahů, pak sběr dat	Indukce: nejprve sběr dat, pak formulace vztahů
Zkoumání předpokládaných vztahů, ověřování hypotéz	Identifikace vztahů, vytváření nových hypotéz
Zkoumání několika aspektů u mnoha objektů	Zkoumání mnoha aspektů u mála objektů
Postup předem naplánován projektem zkoumání	Postup flexibilně reaguje na zjištěné informace
Získávání údajů vysoce standardizované	Získávání údajů značně nestandardizované
Sběr a analýza dat je možné provést poměrně rychle	Sběr a analýza údajů jsou většinou časově náročné
Po výzkumu výběrového souboru sběr dat končí	Sběr dat končí po teoretickém nasycení
Vyhodnocování dat po ukončení jejich sběru	Vyhodnocování dat v průběhu jejich sběru
Statistické zpracování dat nezbytné	Využití statistiky minimální až nulové
Kvantifikace dat, unifikace výpovědi vysoká	Výpověď nekvantifikovaná, jedinečná, obrazná
Zobecnění výsledků možné a očekávané	Zobecnění výsledků problematické, spíše nemožné
Výsledky relativně nezávislé na výzkumníkovi	Výsledky mohou být ovlivněny výzkumníkem
Testuje validitu porozumění danému problému	Pomáhá porozumět zkoumanému problému
Závěry někdy příliš abstraktní pro konkrétní podmínky	Dobré poznání konkrétních podmínek a situací

**Tabulka 3.1:** Rozdíly mezi kvantitativním a kvalitativním přístupem (Reichel, 2009, s. 41).



Tyto „dvě orientace výzkumu se liší nejen svým cílem, ale i způsobem realizace výzkumu, vztahem výzkumníka a zkoumaných osob a výsledky výzkumu“, jak uvádějí Eger a Egerová (2017, s. 16) a dále doplňují smíšený typ výzkumu, v němž je využito kombinace obou předchozích pro optimální zodpovězení výzkumných otázek. Kvantitativní a kvalitativní přístup jsou zde aplikovány tak, aby se vzájemně doplňovaly a zároveň bylo využito potenciálních výhod obou.

### **3.3.1 Přístupy v kvantitativním výzkumném šetření**

V rámci kvantitativního výzkumu je možné rozlišit experimentální a neexperimentální typ zkoumání reality – první zmíněný využívá aktivního zásahu výzkumníka v podobě změny situace či okolností a analyzuje následky této změny, případně dále porovnává s kontrolní skupinou. Druhý typ záměrnou úpravu proměnných nezahrnuje, stejně jako experiment je však také podrobně naplánován postup a plán výzkumu a data jsou analyzována pomocí statistických metod. (Hendl, 2016)

### **3.3.2 Přístupy v kvalitativním výzkumném šetření**

Mezi nejčastější přístupy v kvalitativním výzkumu je možné zahrnout:

**Etnografii**, jakožto detailní a věrohodný popis způsobu života určité skupiny lidí. Výzkumník sbírá data v přirozeném prostředí zkoumané skupiny (jedná se tedy o terénní výzkum) a je s ní v úzkém kontaktu. Z metod je uplatňováno nejčastěji pozorování a neformální rozhovory.

**Zakotvenou teorii**, kdy je vyvozována nová, obecné teorie, čemuž předchází více etap sběru dat, jejich kódování, analýza a průběžné vyhodnocování. Výzkumná otázka by měla být zaměřena na zkoumání nějakého procesu. Sledováno je zvláště jednání a interakce jedinců a cílem je pak konstrukce ucelené teorie založené na hledání vztahů v tematicky uspořádaných skupinách získaných informací, přičemž zásadní je zohlednění pohledu účastníků výzkumu.

**Případovou studii** neboli kazuistiku, která se zaměřuje na zkoumání jednoho nebo několika<sup>18</sup> případů do hloubky. Při využití všech dostupných metod (pozorování, rozhovory, skupinové diskuze, obsahová analýza dokumentů, dotazníkové šetření atd.) má za cíl zodpovědět otázky „Jak?“ a „Proč?“ se dějí určité jevy, procesy či události. Výhodou je možnost zaměřením se na skutečnosti s mnoha proměnnými, nad nimiž výzkumník nemá kontrolu, za nevýhody je pak považováno obtížné ověřování spolehlivosti vzhledem k založení přístupu na subjektivních interpretacích a nesnadná zobecnitelnost výsledků.

**Fenomenologické zkoumání** popisující podstatu lidské zkušenosti se specifickým fenoménem. Rozsáhlé, dlouhodobé studium má za cíl analýzou dat získaných pomocí rozhovorů identifikovat, reflektovat a následně interpretovat význam jedincem prožité zkušenosti.

**Biografický výzkum** zabývající se studiem historie života jednotlivců a jejich přežíváním. Jeho cílem je rekonstruovat a pokusit se vysvětlit informace o průběhu života jedince. (Eger a Egerová, 2017; Hendl, 2016; Švaříček a Šed'ová, 2014)

### 3.3.3 Přístupy smíšeného typu designu výzkumu

Při využití strategie smíšeného výzkumu může výzkumník na použití kvalitativní metody (např. vstupní šetření prostřednictvím rozhovoru) navázat použitím metody kvantitativní (např. dotazníkové šetření s účelem potvrzení či vyvrácení výsledků předchozího). Nebo zvolit naopak nejdříve kvantitativní šetření na velkém souboru následované kvalitativní částí pro hlubší pochopení problematiky. Možné je také současné využití kvalitativních i kvantitativních dat pro co nejkomplexnější a nejobjektivnější pohled na zkoumaný jev. (Eger a Egerová, 2017; Hendl, 2016) K využití smíšeného typu výzkumu Gavora (2010) poznamenává, že je nutné se dobře orientovat nejen v metodologii kvantitativního i kvalitativního výzkumu, ale navíc si osvojit i nástroje a strategie k propojení obou těchto přístupů.

---

<sup>18</sup> Mnohonásobné případové studie zkoumající více případů bývají považovány za přesvědčivější a více průkazné (Švaříček a Šed'ová, 2014).

## 4 Osoby se získaným postižením sluchu v dospělém věku a jejich kvalita života – výzkumné šetření

Proces výzkumu zahajuje stanovení výzkumného problému a cílů výzkumu, následuje informační příprava, definování výzkumných otázek, příprava výzkumných metod, sběr dat, jejich organizace a zpracování. Dalšími kroky jsou analýza a interpretace získaných dat a formulování závěrů výzkumného šetření. Přičemž jednotlivé etapy se částečně časově překrývají, vstupují do vzájemných vztahů a mohou být realizovány paralelně (Gavora, 2010; Švaříček a Šed'ová, 2014). Rovněž je potřeba se zabývat kvalitou výzkumu, jeho limity a také etickými aspekty. V následující části práce jsou zevrubně popsány jednotlivé fáze výzkumného šetření od jeho přípravy přes plánování, samotné provedení studie až po diskusi o výsledcích výzkumu.

### 4.1 Přípravná fáze výzkumného šetření

Fáze přípravy výzkumu obsahuje podle Hendla (2016, s. 38) „*volbu výzkumného tématu a základní metodologie*“. Určení výzkumného problému proběhlo v tomto případě již při zadávání tématu práce. **Jako hlavní cíl výzkumu bylo stanoveno zkoumat, jaký vliv má získané postižení sluchu v dospělém věku na subjektivní vnímání kvality života.** Dva dílčí cíle poté tematiku dále rozvádějí: Prvním dílčím cílem je zjistit, zda je subjektivní vnímání kvality života ovlivněno věkem osob se získaným postižením sluchu v dospělém věku a druhým dílčím cílem je zkoumat specifika přístupu osob se získaným postižením sluchu v dospělém věku ke kompenzačním pomůckám.

Zvolená metodologie je postavena na kvalitativním přístupu k tématu, zahrnuje však nejen metody kvalitativní, ale i kvantitativní pro co nejkompaktnější využití získaných informací a jako pomocný instrument pro efektivní vymezení rámce rozhovoru.

Na základě stanoveného hlavního cíle a dílčích cílů byly formulovány následující výzkumné otázky:

O1. Jaké je vnímání kvality života související se sluchovým postižením v porovnání s celkovou kvalitou života?

O2. Liší se subjektivní vnímání vlivu získaného postižení sluchu v dospělém věku na kvalitu života u různých věkových skupin osob?

O3. Jak je subjektivně vnímáno získané postižení sluchu v dospělém věku v kontextu celkového zdravotního stavu?

O4. Jaká jsou očekávání osob se získaným postižením sluchu v dospělém věku směrem k využívání kompenzačních pomůcek a jaká je ochota tyto pomůcky využívat?

O5. Přispívají kompenzační pomůcky subjektivně ke zlepšení kvality života?

O6: Jaké oblasti kvality života jsou získaným sluchovým postižením v dospělém věku nejvíce ovlivněny?

## **4.2 Plánování výzkumu**

Součástí plánu výzkumu je v této práci volba a popis zvolených metodických nástrojů pro sběr dat a jejich následné zpracování a vyhodnocení, jakožto i popis volby a bližší charakteristika oslovených účastníků výzkumného šetření.

### **4.2.1 Popis výzkumného nástroje**

V závislosti na zvolené metodologii byl sběr dat naplánován ve dvou fázích: První fáze byla realizována prostřednictvím písemného dotazníku o třech částech, v druhé fázi byly následně vedeny polostrukturované rozhovory za účelem dosažení hlubšího vhledu do osobních zkušeností a vnímání oslovených informantů.

#### **Struktura dotazníku**

Jako výchozí pro první a nejobsáhlejší část dotazníku byl zvolen standardizovaný nástroj, který sice není primárně určený k posouzení generické kvality života, ale přesto bývá k posuzování kvality života u osob se sluchovým postižením využíván pro svoje konkrétní zaměření na dopady sluchového postižení na každodenní situace (a to zejména v kontextu sociálních vztahů) a na emocionální prožívání přímo související se sluchovými (in)dispozicemi. Autoři zahraničních studií, např. Preminger a Meeks (2010) ve své práci týkající se vlivu nálady na vnímání kvality života související se ztrátou sluchu nebo Lotfi a kol. (2009) zkoumající změnu kvality života osob se sluchovým postižením související s iniciací používání kompenzačních pomůcek, toto

využití podporují a ve svých výzkumech tento nástroj za tímto účelem rovněž aplikují. Základní verze dotazníku „Hearing Handicap Inventory“ (HHI) existuje ve dvou variantách: pro dospělé (Newman et al., 1991) a pro osoby starší 65 let (Ventry a Weinstein, 1982), jež se liší pouze ve 3 otázkách z celkových 25. Dále existuje zkrácená varianta „Hearing Handicap Inventory – Screening“ (HHIE/A-S), zahrnující 10 z původního souboru vybraných otázek a také aktualizovaná verze „Revised Hearing Handicap Inventory“ (RHHI) z roku 2020<sup>19</sup> (Cassarly et al., 2020).

Po pečlivém zvážení výhod a nevýhod jednotlivých variant byla pro účely tohoto výzkumného šetření jako výchozí zvolena původní 25 otázková varianta dotazníků HHIA a HHIE<sup>20</sup>, jejichž kvalita byla mnohokrát prověřena (např. Cassarly et al., 2020) a jsou v zahraničních studiích a zároveň pro klinické účely hojně využívány.

Byl proveden překlad dotazníků HHIA/E do českého jazyka autorkou práce<sup>21</sup>, následně revidovaný na základě konzultace s odborným překladatelem. Poté byly pro cílový dotazník vybrány otázky z varianty HHIE<sup>22</sup>, některé byly částečně upraveny a jejich celkový počet byl redukován na 20, v rámci snahy o snížení časové náročnosti pro zapojené informanty vzhledem k předpokladu, že pro účely osobního dotazování v rámci rozhovorů budou použity stejné otázky jako v dotazníku určeném k vyplnění. Byly spojeny otázky: č. 4 a č. 12 do otázky „*Býváte kvůli problému se sluchem nervózní*

---

<sup>19</sup> Poslední jmenovaná z variant (RHHI) vychází z původních verzí, ty byly však revidovány tak, aby bylo dosaženo optimálních psychometrických vlastností nástroje a zároveň unifikovány pro různé věkové kategorie. Dotazník RHHI obsahuje 18 otázek, a zároveň byla uvedena i zkrácená desetiotázková verze (RHHI-S).

<sup>20</sup> Ve zkrácených variantách „Screening“ byly vynechány některé z, autorkou diplomové práce preferovaných, otázek, jež hrají důležitou roli i v osobních rozhovorech s informanty. Nabízelo by se použít nejaktuálnější verzi RHHI, ta je ovšem výrazně více zaměřená na klinické využití lékařskými pracovníky, proto byly upřednostněny původní verze dotazníků.

<sup>21</sup> Dotazník HHI nebyl standardizován pro českou populaci, k dispozici je pouze odborný překlad (Blanař a kol., 2014) pro účely zdravotnických zařízení (otorinolaryngologie, audiologie, foniatrye), který je ovšem dostupný pouze odborným pracovníkům ve zdravotnictví.

<sup>22</sup> Originální znění dotazníku HHIE je Přílohou 1 této práce.

či podrážděný?“, č. 5 a č. 14 do otázky „Způsobuje problém se sluchem, že se cítíte frustrovaně nebo se hádáte se členy své rodiny nebo?“, č. 7 a č. 21 do otázky „Způsobuje vám problém se sluchem potíže při návštěvě oslavy, večírku nebo restaurace s příbuznými nebo přáteli?“ pro svou tematickou podobnost s tím, že bude možné jim v rámci rozhovoru věnovat potřebný čas. Dále byla vynechána otázka č. 24 (Způsobuje problém se sluchem, že se cítíte nepříjemně při rozhovoru s přáteli?) z důvodu podobnosti s několika jinými otázkami a také otázka č. 11 (Způsobuje problém se sluchem, že navštěvujete náboženské obřady méně často, než byste chtěl/a?) z toho důvodu, že podle průzkumu společnosti WIN-Gallup International patří Česká republika mezi nejateističtější země na světě (Global Index of Religiosity and Atheism, 2012) a otázka by tedy dle předpokladu nebyla příliš relevantní. Originální znění dotazníku HHIE je uvedeno v Příloze 1 této práce.

Druhá část dotazníku je tvořena několika základními otázkami demografické povahy (pohlaví, věk, dosažené vzdělání).

Poslední část je tvořena číselně vyjádřenou škálou založenou na principu oceňování. Byl zvolen konkrétně typ pořadové škály, jež umožňuje „*uspořádání jevů do pořadí, a to podle různých kritérií jako např. významnost či oblíbenost*“ (Eger a Egerová, 2017, s. 122). V případě popisované části dotazníku se jedná o 6 domén formujících kvalitu života podle modelu Světové zdravotnické organizace, které má respondent seřadit podle toho, jak moc jsou dle jeho subjektivního vnímání ovlivněny sluchovou ztrátou od nejvíce po nejméně zasaženou oblast.

### **Osnova rozhovoru**

Druhá fáze sběru dat přímo navazuje na informace získané z dotazníku. Předpokladem je pokládání otázek vycházejících z dotazníku HHIE postupně jedné po druhé, s tím, že je možné přihlídnout k odpovědím uvedeným v dotazníku. Účelem je hlubší vhled do zkoumaného tématu a podrobnější prozkoumání jednotlivých situací a oblastí s cílem získání dat pro zodpovězení výzkumných otázek a potvrzení či vyvrácení hypotéz.

Následují otázky týkající se sluchu, sluchové ztráty a obtíží, jež účastníkům výzkumu do života přináší a také otázky zaměřené na osobní zkušenosti s rehabilitací a možností kompenzace sluchové ztráty. Typově byly otázky zvoleny jako volné neboli otevřené,

jež nenabízejí možnosti odpovědi, ale nechávají dotazovanému maximální prostor pro vyjádření (Reichel, 2009).

Na konec rozhovoru jsou zařazeny dvě otázky vybrané z nástroje Světové zdravotnické organizace, a to dotazníku WHOQOL-BREF, zaměřené na vnímání celkové kvality života a celkového zdraví (Dragomirecká a Bartoňová, 2006). Na rozdíl od původního nástroje nejsou ale položeny s nabídkou odpovědi výběrem z pětistupňové intervalové škály, nýbrž jako otevřené otázky.

### **Průběh a výsledky předvýzkumu**

Předvýzkum neboli pilotáž má za cíl zjistit, zda výzkumný nástroj splňuje očekávání spojená s generovanými daty, zda je ho možné za daných podmínek v připravené formě použít, zda jsou všechny jeho části srozumitelné atd. (Gavora, 2010). Je vhodné tedy metodický nástroj vyzkoušet nejdříve na malém vzorku z plánovaného souboru participantů výzkumu. Vzhledem k volbě nestandardizovaného a autorsky tvořeného (nebo přinejmenším upraveného) výzkumného nástroje byl předvýzkum v případě tohoto výzkumného šetření realizován, a to s prvním z oslovených informantů. Testování nástroje bylo zaměřené zejména na vhodnost výběru otázek a na zjištění času potřebného k administraci dotazníku a k uskutečnění rozhovoru.

Realizovaný předvýzkum přinesl hned několik užitečných zjištění, jež následně vedly ke konkrétním úpravám navrženého instrumentu. Předně došlo k výrazným úpravám písemného dotazníku: na úvod byla přidána ještě jedna část, tzn. celkově čtvrtá, se dvěma otázkami, které se původně měly objevit pouze v rozhovoru (otázky na celkovou kvalitu života a celkové zdraví participanta převzaté i s 5 bodovou intervalovou škálou z dotazníku WHOQOL-BREF (Dragomirecká a Bartoňová, 2006) Světové zdravotnické organizace). V rozhovoru pak bude vyhrazen čas pro podrobnější okomentování označené odpovědi.

Dále bylo upraveno pořadí zbylých částí dotazníku: původně poslední část (seřazení šesti domén podle subjektivní míry ovlivnění sluchovou ztrátou) byla předsunuta hned za nově doplněnou úvodní dvojotázku za prvé z důvodu tematické příbuznosti

s předchozí částí a za druhé kvůli náročnosti na soustředění při jejím odpovídání<sup>23</sup>. Na třetí v pořadí se pak posunula část s otázkami z dotazníku HHIE, která byla rovněž upravena, respektive bylo upuštěno od jejích úprav a ve výsledku je použita kompletní verze 25 otázek standardizovaného instrumentu HHIE. Pilotáž ukázala, že vyplňování uzavřených otázek této části mnoho času v celkové dotaci nezabere, není tedy potřeba jej krátit. Očekávanou výhodou je pak komplexní charakter dat získaných použitím standardizovaného nástroje a možnost jejich vztahení a porovnání s výsledky jiné studie, kde byl tento instrument aplikován na široký výzkumný vzorek. Otázky demografické povahy byly nakonec zařazeny až jako poslední část dotazníku (opět dle metodických doporučení pro řazení otázek v dotazníku).

Pro následný rozhovor bylo pak rovněž upraveno pořadí tematických celků otázek: jako první byly zvoleny otázky týkající se současného stavu informantova sluchu, vývoje situace a možností kompenzace a řešení. Následně byly zařazeny otázky z části standardizovaného nástroje HHIE, jež byly tematicky seskupeny do šesti oblastí: celkový vliv na život, příjem informací, společenské události, vliv na komunikaci, vliv na rodinné vztahy a emocionální prožívání. Otázky na subjektivní vnímání celkové kvality života a celkového zdraví byly ponechány v závěru rozhovoru.

Použitý dotazník i seznam rámcových otázek pro rozhovory jsou Přílohou 2 a 3 této práce.

#### **4.2.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Pro kvalitativní výzkum je typický záměrný neboli teoreticky zaměřený výběr<sup>24</sup> osob pro účast v šetření. Osoby by měly být vhodně zvolené tak, aby měly potřebné vědomosti a zkušenosti se zkoumaným jevem a výsledný vzorek byl tím pádem „reprezentativní“, v tom smyslu, aby dobře reprezentoval dané prostředí (Gavora, 2010)

---

<sup>23</sup> Taková doporučení pro řazení otázek při konstrukci dotazníku uvádí např. Reichel (2009) nebo Gavora (2010).

<sup>24</sup> Lze označit též jako nepravděpodobnostní, jelikož ne každý z potenciálně vhodných kandidátů má stejnou pravděpodobnost stát se součástí výběrového souboru (Reichel, 2009).



– o reprezentativnost ve smyslu možnosti zobecnění závěrů směrem k populaci však tento způsob výběru účastníků výzkumu neusiluje vzhledem k tomu, že pracuje se značným množstvím proměnných, jež není možné statisticky obsáhnout. Zobecnění je možné učinit směrem k teorii, tzv. „analytické zobecnění“: „*k vývoji nové teorie, potvrzení nebo modifikaci staré nebo k rozhodnutí mezi soupeřícími teoriemi*“ (Hendl, 2016, s. 153). Konkrétně byl v tomto případě zvolen výběr úsudkem, či účelový (též ad hoc či kvalifikovaný), při němž výzkumník vychází z kontextů zkoumaného tématu a výzkumného záměru a sám zvolí participanty, následně proběhl doplňující výběr na základě dobrovolnosti, jelikož bylo pochopitelně nutné, aby oslovení účastníci byli ochotni věnovat svůj čas a sdílet své osobní zkušenosti se zkoumanou problematikou (Reichel, 2009). Kritériem pro oslovení a pozdější zařazení do výzkumného šetření byla přítomnost sluchové ztráty natolik významné, že je dotyčný ze subjektivního přesvědčení nucen navštěvovat odborná pracoviště zabývající se léčbou sluchového aparátu a zároveň získání takového stupně omezení sluchu až v dospělém věku. Výsledný soubor tvoří 6 informantů ve věku od 39 do 87 let, tři muži a tři ženy. V rámci výzkumného vzorku je obsažena různá etiologie sluchových ztrát a různá doba trvání popisovaného stavu.

Obecně o volbě zkoumaných objektů v kvalitativním výzkumu uvádějí shodně Švaříček a Šedřová (2014), Hendl (2016) i Reichel (2009), že výzkumný vzorek není předem definován a naopak je postupně rozšiřován, dokud není dosaženo tzv. teoretické nasycenosti, neboli dokud nové případy přinášejí nové informace. Sběr dat a hledání účastníků studie je tedy ukončeno teprve ve chvíli, kdy další případy již nepřinášejí nové poznatky ke zkoumanému tématu. Vzhledem ke skutečnosti, že předkládaná práce neaspiruje docílit souhrnného zmapování dané problematiky, nýbrž nastínit její šíři a variabilitu, a dále vzhledem ke značnému rozsahu zvoleného vymezení cílové skupiny by snaha naplnit teoretickou nasycenost vzorku přesahovala obsahový i rozsahový rámec této diplomové práce. Proto bylo již dopředu osloveno a zvoleno právě těchto 6 participantů, kteří se mezi sebou vzájemně značně liší a to svými životními situacemi i sluchovými obtížemi.

### **4.2.3 Etické otázky výzkumného šetření**

Všichni informanti zapojení do výzkumného šetření se na jeho vzniku podíleli dobrovolně a byli dopředu informováni o účelu i průběhu sběru dat pro tuto práci, včetně skutečnosti, že realizované rozhovory budou z důvodu potřeby dalšího zpracování dat nahrávány. S každým z účastníků výzkumu byl před jeho zahájením komunikován a podepsán předem připravený informovaný souhlas, vycházející z doporučení Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy (viz Přílohu 4). Získaná data jsou ovšem zpracována tak, aby byla zachována anonymita informantů a tudíž aby na základě četby této práce nemohla být rozpoznána jejich identita.

### **4.3 Průběh sběru dat a jejich zpracování**

V průběhu dubna 2023 byly nejprve účastníkům výzkumu elektronicky rozeslány autorské dotazníky. Ve dvou případech byly navíc kontaktovány osoby z příbuzenstva informantů a požádány o případnou pomoc s vytištěním a zpětným odesláním formulářů. S návratností dotazníků nebyly zásadnější obtíže.

Následně byly realizovány v měsících květnu a červnu 2023 osobní rozhovory. Čtyři z nich proběhly v místě bydliště účastníků výzkumu, jeden v místě pracoviště a jeden na předem domluveném veřejném místě. Každý z rozhovorů trval přibližně jednu hodinu. Možnost vycházet z odpovědí vyplněného dotazníku se potvrdila být výhodou, jelikož informanti znali rámec rozhovoru a již měli možnost se zamýšlet nad pokládanými otázkami. Navíc nebylo díky tomu třeba rozhovor narušovat či prodlužovat získáváním demografických údajů a bylo umožněno lepší zacílení pokládaných otázek. Vedení a zpracování interview bylo zaměřeno na ověření tezí vycházejících z teoretických východisek práce.

Pro účely následného zpracování získaných dat byly rozhovory nahrávány, poté přepsány do formy literárního opisu, kdy jsou výpovědi při transkripci stylisticky upraveny (např. úprava chyb ve větné skladbě, převedení do spisovného jazyka) při zachování obsahové roviny interview a dále byly uplatněny prvky selektivního protokolu a vypuštěny tematicky nesouvisející pasáže rozhovorů (Hendl, 2016).

V průběhu přepisování dat vyvstaly některé důležité otázky, z nichž byly vybrány dvě k dodatečnému zodpovězení. Vzhledem k tomu, že proces kvalitativního výzkumu (na rozdíl od kvantitativního výzkumu) není lineární, ale je cirkulární, tudíž se jednotlivé fáze překrývají, mohou být realizovány současně a je možné se vracet k předchozím fázím a doplňovat či modifikovat je, jak uvádějí Švaříček a Šedřová (2014), je takový postup možný. Informanti byli tedy ještě jednou kontaktováni prostřednictvím emailové komunikace a požádáni o vyjádření se k doplňujícím otázkám, k čemuž byli všichni ochotni a s návratností opět nebyl problém.

K analýze dat pro případovou studii je možné podle Hendla (2016) přistupovat dvěma způsoby: buď více analyticky (kódováním), anebo více holisticky. V této práci byla zvolena druhá možnost, tedy holistická analýza, jež *„neusiluje o rozbití nashromážděných dat na jednotlivé části, ale hledá závěry posouzením dat jako celku“* (Hendl, 2016, s. 230).

## 5 Analýza a interpretace výsledků výzkumu

Pro další zpracování informací výzkumu získaných z vyplněných dotazníků a v rámci polostrukturovaných rozhovorů a pro jejich interpretaci byla použita forma instrumentální případové studie deskriptivního charakteru (Švaříček a Šed'ová, 2014) o každé zkoumané osobě. V případě, že se výzkum zaměřuje na několik případů, hovoří Hendl (2016) o tzv. mnohopřípadové studii a doporučuje nejprve analyzovat každý případ zvlášť a následně provést jejich srovnání<sup>25</sup>. Výhodou mnohočetné případové studie je získání obsáhlejšího vhledu do variability zkoumané problematiky.

### 5.1 Případové studie

#### 5.1.1 Informant A

Demografické údaje: muž, 39 let, vzdělání vysokoškolské, společná domácnost v bytě s manželkou a dvěma dětmi.

Osobní anamnéza: audiometrické vyšetření nevykazuje žádnou dramatickou ztrátu sluchu, pouze zhoršení v pásmu lehkého sluchového postižení v krajních frekvencích vysokých a hlubokých tónů, jež se ale s postupem let zhoršuje. Hlavním postižením sluchu je v tomto případě silný tinnitus. Pan A má již více než deset let trvající vážné zdravotní komplikace, včetně specifických obtíží se sluchovým aparátem, které zpočátku intenzivně řešil: za pomoci lékařů různých odborností se snažil nalézt a odstranit příčinu bolestí a tuhnutí svalů, zhoršujícího se tinnitu a s ním spojeného zaléhání uší, jež hodnotí jako s pískotem, hučením a dalšími zvuky srovnatelně zatěžující. V nejhorším období způsobovaly obtíže i vážné problémy s nespavostí a vedly až k depresivním pocitům, které řešil pan A mimo jiné i na psychiatrii. Nikdo bohužel nedokázal odhalit příčinu zhoršení zdraví pana A, jež dle subjektivního hodnocení v rámci dotazníku spadá do pásma významného handicapu spojeného se sluchem.

---

<sup>25</sup> Toto srovnání je v této práci částečně obsaženo v kapitole 5.2 a zejména pak v kapitole 5.3 v podobě shrnutí poznatků výzkumného šetření.

V současné době je zdravotní situace pana A v přibližně setrvalém stavu s pouze mírnými výkyvy. Co se týká konkrétně sluchu, tinnitus je přítomen v obou uších, nepřetržitě a netvoří ho konzistentní zvuk – nejvíce připomíná intenzivní pískání a přidružené zvuky slabší intenzity, jež se hůře projevují v pravém uchu.

Dlouhodobě víceméně konzistentní stav krátkodobě výrazně narušuje celá řada faktorů, např.: hlučné prostředí (koncerty, společenské události, kino), nevyspání, celková únava, špatné sezení (bez dostatečné opory) nebo ležení (měkká matrace, nevyhovující polštář), nevhodná nebo fyzicky hodně náročná fyzická zátěž (celodenní strnulé sezení v autě při cestování, nošení těžkých předmětů při stěhování apod.), konzumace alkoholu a další.

Ve fázi akutního zhoršení pomáhá k alespoň mírné úlevě pouze fyzioterapeutická intervence nebo uvolňující masáž a dostatek spánku. Z toho důvodu se pan A řadě aktivit či společenských událostí vyhýbá a zvažuje čemu a za jakých podmínek se bude věnovat. Také proto bývá vidina náročnějšího úkolu již předem spojená s obavou a nervozitou z pozdějšího zhoršení stavu.

Způsob řešení či kompenzace obtíží: Přestože mu to dříve připadalo nepředstavitelné, došlo k určité míře zvyknutí si na zvuky způsobené tinnitem. Zaléhání uší sice již není nepřetržitě, přesto je stále časté a intenzivní. Aby se tento stabilizovaný stav opět nezhoršil, absolvuje již několik let pan A každý týden individuální cvičení pod vedením fyzioterapeutky, jehož cílem je změna nesprávných pohybových stereotypů, a dále chodí jednou za dva týdny na masáž vedenou specifickými postupy zaměřenými přímo na klienty se sluchovými problémy a tinnitem. Ostatní odborníci vyčerpali své možnosti a nemají panu A jak více pomoci, z čehož je pan A, jak přiznává, zklamaný, jelikož vkládal do lékařské pomoci stran léčby tinnitu větší naděje.

Existuje kompenzační pomůcka pro osoby s tinnitem, tzv. masker, jenž by měl tinnitus překrýt generovaným tzv. bílým šumem a tím přinášet jeho uživateli úlevu. Pro pana A byl však masker pouze zdrojem dalšího subjektivně negativně vnímaného zvuku, což se nezlepšilo ani po dvoutýdenním zkušebním období, proto tuto pomůcku pan A nepoužívá. Dále mu byla nabízena terapie v hyperbarické komoře, kde se může podařit ulevit od tinnitu vystavením organismu tlaku vyššího, než je atmosférický za současné

inhalace kyslíku, ovšem účinky takové léčby u chronických stavů jsou nevyzpytatelné, což pan A odmítl riskovat.

Kvalita života: Celkovou kvalitu života posuzuje pan A jako dobrou, stupněm 4 z možných pěti, jelikož má dle vlastních slov život skvělý a má ho rád, ovšem dlouhodobé zdravotní obtíže s sebou přináší i řadu starostí a omezení v tom smyslu, že jsou na fyzické i psychické úrovni vyčerpávající, negativně ovlivňují schopnost se soustředit, zaléhání způsobuje až fyzickou bolest, atd. Způsobují tedy konstantní míru diskomfortu, jež je demoralizující a zejména v kombinaci s vyšší únavou může vést k podrážděnosti a dalším negativním emocím.

Celkové zdraví je pak hodnoceno jako „ani dobré, ani špatné“, tj. stupeň 3 z 5. Pan A je konfrontován se zdravotními obtížemi, jež jsou s největší pravděpodobností nevléčitelné, avšak uvědomuje si, že by se stav mohl i výrazně stupňovat (jak to i v minulosti bylo) a je tedy vděčný za současnou situaci, jež se dlouhodobě nezhoršuje a míra omezení běžného života dnes není tak výrazná, jak tomu bylo dřív.

### **5.1.2 Informant B**

Demografické údaje: žena, 39 let, vzdělání středoškolské s maturitou, společná domácnost v bytě s partnerem a dcerou.

Osobní anamnéza: Paní B přišla následkem úrazu jednostranně o sluch, postiženo je levé ucho, ovšem kompletně a bez možnosti úpravy současného stavu. Pravé ucho je plně funkční, v důsledku jeho intenzivnějšího zapojení vykazuje naopak známky vyšší citlivosti na zvuky (a to dokonce natolik, že je možné pomocí kostního vedení jeho prostřednictvím slyšet zvuky i ze sluchátka v levém uchu).

Kvalitu rozumění řeči při rozhovoru ovlivňují faktory, jako je vzdálenost, artikulace, nasměrování, hlasitost okolního hluku apod. Při dobrých podmínkách není pro paní B problém rozumět ani šepotu, naopak např. ve větší skupině zejména neznámých lidí, kdy se často střídá mluvící osoba nebo mluví více lidí najednou, je pro paní B těžké sledovat vývoj diskuse, což může způsobit i to, že se takové konverzace raději neúčastní.

Způsob řešení či kompenzace obtíží: Po úrazu intenzivní rehabilitace, nyní již více než dva roky paní B nenavštěvuje pravidelně žádné odborné pracoviště (v souvislosti s obtížemi se sluchem či rovnovážným ústrojím).

Jako kompenzační pomůcka byl paní B nabídnut BAHA implantát<sup>26</sup>, ten však odmítla, jelikož jí sluchová ztráta nepůsobí natolik výrazné obtíže v běžném životě a je zvyklá nosit brýle. Vliv absence sluchové percepce levého ucha je pocíťován spíše sekundárně – na zvýšené unavitelnosti v důsledku potřeby většího soustředění na rozumění mluvené řeči a odlišení zvukové figury od pozadí. Z toho důvodu, přestože se nevyhýbá ani na hluk náročnějším akcím jako je divadlo, kino apod., preferuje v domácím prostředí spíše nízkou úroveň hluku.

Kvalita života: Zpočátku bylo velmi náročné, fyzicky i psychicky, se s následky traumatu vyrovnat: ztráta sluchu způsobená přerušení nervového spojení ve vnitřním uchu a zejména také se zraněním související úplná ztráta rovnováhy, rovněž jednostranně, vyžadovaly náročnou rehabilitaci. Paní B se potýkala s obavami, zda bude schopná se postarat o své, tehdy teprve roční, dítě. Naštěstí se jí dostalo vynikající a komplexní odborné lékařské péče, což společně s její snahou a odhodláním způsobilo, že již po přibližně půl roce od zahájení rehabilitace byla paní B schopna samostatně zvládat všechny běžné každodenní činnosti.

Paní B nyní ztrátu sluchu vnímá spíše, než jako postižení nebo handicap, jako určitou indispozici, která ji omezuje pouze v některých situacích, s tím, že ve většině z nich je navíc schopná si vhodnou úpravou prostředí pomoci tak, aby omezení minimalizovala.

Navzdory tomu, že úraz bezesporu ovlivnil celkovou kvalitu života, ji paní B díky ohleduplnému přístupu rodiny i přátel, psychické odolnosti a schopnosti vyrovnání se s novou, náročnou životní situací hodnotí v současné době jako velmi dobrou a tím nejvyšším možným stupněm 5, čemuž odpovídá i v dotazníku referovaná hodnota

---

<sup>26</sup> Implantát BAHA neboli implantabilní korekční systém může být založen na principu kostního vedení, kdy jsou přes implantát, zařítovaný za uchem, akustické signály zpracované na vibrační energii vedeny přímo do kostí lebky. Těmi je možné následně vibrace přenést při jednostranné hluchotě až do vnitřního ucha funkčního orgánu (Bouček a kol., 2016).

mírného handicapu sluchu. Svou situaci se snaží přijímat a komentovat s humorem, nemá problém o své indispozici otevřeně hovořit a říct si, co při komunikaci s ostatními lidmi potřebuje.

Hodnotu celkového zdraví vnímá paní B jako o stupeň sníženou, tj. 4 z 5, s tím, že silnější vliv, než ztrátě sluchu, přičítá narušení rovnovážného ústrojí a častějším migrénám.

### **5.1.3 Informant C**

Demografické údaje: žena, 87 let, vzdělání vysokoškolské. Vdova, domácnost samostatná v rodinném domě se zahradou.

Osobní anamnéza: Paní C trpí sluchovou ztrátou těsně pod hranicí významného handicapu. Sama uvádí, že slyší velmi špatně. Je pro ni obtížné zachytit řeč rychlou, nedostatečně hlasitou nebo sledovat rozhovor, pokud se baví více lidí dohromady. Také výrazněji, než mluvenou řeč, vnímá okolní zvuky, což umocňuje problémy s rozuměním při komunikaci.

Popisovaný stav je však situace bez kompenzačních pomůcek. Používaná sluchadla sluchovou ztrátu velmi dobře kompenzují.

Signifikantní zhoršení sluchu a s tím spojená potřeba situaci začít řešit nastalo přibližně před sedmi lety. V té době ještě chodila paní C pravidelně do divadla, dnes již nechodí, domnívá se však, že příčinou není zhoršení sluchu, jelikož se sluchadly by neměla problém herce slyšet.

Způsob řešení či kompenzace obtíží: Paní C již více než 4 roky používá oboustranně zvukovodová sluchadla, která sluchovou ztrátu velmi dobře kompenzují, a přestože bez sluchadel se sluchová ztráta podle údajů z dotazníku pohybuje těsně pod hranicí významného handicapu, s nimi slyší vše dobře, snad s výjimkou šepotu a tiché mluvy, a je s nimi spokojená. Používá je každodenně – vždy když hovoří s dalšími lidmi (i na telefonování) nebo z nějakého důvodu opouští domov – a s jejich aplikací, obsluhou a užíváním nemá potíže. Jako obtěžující označuje pouze silné zvýraznění okolních zvuků (např. větru).



Na kontroly k foniatrovi dochází paní C víceméně regulérně často, jednou ročně. Kromě zkontrolování sluchu, případného seřízení sluchadel, a jejich obvyklé údržby však řeší pouze zvýšenou tvorbu ušního mazu, kterou zvládá pravidelně dvakrát týdně redukovat i sama v domácím prostředí pomocí doporučených lékařských přípravků.

Kvalita života: Přestože paní C žije sama, necítí se ani v nejmenším sociálně izolována, jelikož každý den chodí na oběd ke svým příbuzným, kde se vídá s dcerou, vnoučaty i dalšími členy rodiny. Navíc se setkává pravidelně jednou měsíčně s bývalými kolegy z práce. Ze strany ani přátel se neseťkává s nepříjemnými situacemi z důvodu sluchu – všichni jsou respektující a v komunikaci s paní C ohleduplní.

Její kvalita života, zejména v oblastech souvisejících se sluchem, by byla bez kompenzace sluchové ztráty značně snížena, ovšem díky využívání sluchadel paní C vnímá dopad sluchové ztráty na její kvalitu života jako minimální.

Celkovou kvalitu života paní C hodnotí nejvyšším možným stupněm (5) a komentuje, že je se svým životem spokojená, zmiňuje vysoký věk a že s ohledem na něj se jí daří velmi dobře.

Stav svého celkového zdraví hodnotí paní C stupněm 3 (tzn. není ani spokojená, ani nespokojená), sluch v něm ale subjektivně nehraje významnou roli. Více vnímá jako omezující problémy s pohybovým aparátem (v posledních letech měla postupně zlomená obě ramena po pádech doma a minulý rok absolvovala operaci kolene, v jejímž důsledku stále mimo domov chodí s berlemi a má obtíže s chůzí po schodech) a také šedý zákal v jednom oku.

#### **5.1.4 Informant D**

Demografické údaje: žena, 86 let, vzdělání vysokoškolské, společná domácnost v bytě s manželem.

Osobní anamnéza: Paní D trpí sluchovou ztrátou sluchovou ztrátou těsně pod hranicí významného handicapu (dle dotazníku HHIE) v pásmu středně těžkého postižení sluchu.

Ona sama má subjektivně pocit, že to není tak zlé: pokud má dobré podmínky, tj. osoba, se kterou se baví, mluví srozumitelně, středně hlasitě, pomalu a dobře artikuluje, pak slyší vše. Také nemá problém s telefonní komunikací. Naopak řeč šeptanou či reprodukovanou např. z mikrofону neslyší téměř vůbec.

Negativně paní D vnímá, pokud opakovaně nerozumí např. dotazu a musí se doptávat nebo pokud neslyší něco, co ji hodně zajímá. Dále popisuje obtíže se soustředěním a se zapojením se do hovoru ve skupině lidí.

Současný stav zhoršení sluchu paní D sama přičítá hlučnému pracovnímu prostředí, jelikož zastávala profesi učitelky na základní a později střední škole. Výrazné zhoršení sluchu nastalo přibližně před pěti lety, což zaznamenala např. při sledování televizních pořadů a také ji na to upozornili syn a zejména manžel, který ztrácel trpělivost a vadilo mu časté tlumočení a potřeba opakování řečeného.

Způsob řešení či kompenzace obtíží: I přes postupný a v posledních letech značný úbytek sluchových schopností, paní D dochází na foniatrii pouze nepravidelně, a to v případech potřeby odstranění nadbytečného ušního mazu.

Až do dnešní doby nevyužívala paní D žádné kompenzační pomůcky. V době realizace výzkumného rozhovoru však již měla stanovený termín u lékařky (právě po poslední návštěvě foniatrie, kde bylo provedeno audiometrické vyšetření), kdy by mělo dojít k výběru a objednání sluchadla. Od jeho používání nemá žádná výrazná očekávání – ani pozitivní, ani negativní – ale je odhodlaná jej vyzkoušet. Informace čerpá od svých přátel, kdy většina ji spíše odrazuje a varuje (z důvodu nepohodlí a obtěžujícího pocitu), avšak minimálně zkušenosti jednoho z nich jsou velmi pozitivní.

Kvalita života: I přes obtíže se sluchovou ztrátou se paní D snaží žít stejně jako dřív, nezaměřovat svou pozornost na to, že hůře slyší a udržet si aktivní životní styl – navštěvují s manželem koncerty, divadlo, výstavy a sportovní akce.

Společnost neznámých lidí nevyhledává, ale tuto skutečnost nepřisuzuje paní D problémům se sluchem, spíše malé motivaci k seznamování. Pravidelně každý měsíc se však vidá s bývalými kolegy z práce, se kterými se dobře znají, tudíž se s nimi cítí

dobře. Často se vidá se synem, méně často pak s vnoučaty (z důvodu vzdálenosti), se kterými udržují alespoň pravidelný telefonický kontakt.

Při subjektivním hodnocení vlastní kvality života uvádí paní D negativní až traumatizující zážitky z dětství (související s válkou) a dále mnoho pozitivních aspektů: studium, naplňující zaměstnání, vřelé rodinné vztahy či aktivní život (cestování, sport, kultura). Sluch a s ním spojené obtíže v kontextu kvality života paní D nezmiňuje a v dotazníku uvádí hodnocení kvality života snižené jen o jeden stupeň, tj. 4.

Rovněž v hodnocení celkového zdraví nehraje sluchové postižení významnou roli: jako zatěžující vnímá paní D více onemocnění imunitního systému, vzniklé pravděpodobně ze stresu a přetížení v zaměstnání, se kterým se léčí a v jehož důsledku se objevil také výrazný třes rukou, který je velmi obtěžující – a to jak přímo (obtíže při jídle apod.), tak nepřímo dopadem na psychiku (uvědomování si úbytku fyzických sil, degenerace nervového systému atd.). Tyto problémy ji podle vlastních slov trápí mnohem více, než zhoršený sluch či zrak a uvádí stupeň 3, jako hodnocení celkového zdraví.

### **5.1.5 Informant E**

Demografické údaje: muž, 71 let, vzdělání vysokoškolské, společná domácnost v bytě s partnerkou a třemi z celkových pěti dětmi.

Osobní anamnéza: V průběhu několika posledních let subjektivně vnímané postupné zhoršování sluchových funkcí v pravém uchu přičítané věku, zejména v komunikačně náročnějším, např. hlučnějším, prostředí. Tento stav však nedosahoval takové míry omezení každodenního života, aby vyvolal potřebu jej řešit.

V lednu letošního roku však došlo k tomu, že pan E náhle kompletně ztratil sluch v levém, do té doby preferovaném, uchu. Příčinou diagnostikované poruchy percepčního charakteru mohla být podle lékařů prodělaná viróza, lokální nedokrvení, působení ototoxických látek nebo i nádorové onemocnění, nepodařilo se ji však spolehlivě určit.

Současná situace je taková, že pravé ucho je funkční přibližně ze dvou třetin a v levém došlo alespoň k nepatrnému zlepšení, což znamená, že alespoň minimální sluchový

vjem je jím možné zachytit (celkově lékařská zpráva uvádí úroveň sluchu dle Fowlera na přibližně 50 %).

Při rozhovorech je pro pana E stěžejní nejen dostatečná hlasitost, kvalitní artikulace, směr, ze kterého zvuk přichází, ale i frekvence tónu hlasu – některým lidem rozumí dobře, jiným velmi špatně, přestože mluví nahlas. U přednášek a společenských akcí zase záleží na kvalitě akustiky a ozvučení mikrofonu. Jako nejvíce náročné označuje však pan E obtíže s rozlišením zvuků pozadí, jež jsou vnímány nepříjemně hlasitě, od hlavního zvuku, což je důsledek ztráty prostorového vjemu slyšení z obou uší. Okolní neodfiltrované zvuky navíc silně unavují (např. potlesk, ozvěna v uzavřeném prostoru) a umocňují náročnost sluchové percepce. Naštěstí individuální rozhovory v klidném prostředí panu E nepříjemnosti nečiní. V hlučném prostředí je naopak porozumění diskusi slabé, což je pro pana E stresující zejména v situacích, kdy má v takových podmínkách hovořit s někým neznámým.

Způsob řešení či kompenzace obtíží: V současnosti nevyužívá žádnou kompenzační pomůcku, lékařem mu však byla již doporučena. Pan E vkládá naděje do moderní technologie: v době uskutečnění rozhovoru očekával dokončení výroby tvarovek oboustranných sluchadel nejvyšší technické úrovně a věřil, že výrazně pomohou jeho aktuální situaci.

Kvalita života: Zpočátku bylo pro pana E obtížné zkorigovat sílu vlastního hlasu při komunikaci, méně sleduje televizi, šepot je pro něj nesrozumitelný. Při telefonování musel vyměnit dříve preferované levé ucho za pravé. Také se začal vyhýbat některým společenským akcím, odborným přednáškám a následným diskusím, nechodí na koncerty a na operní představení s tím, že stav ale vnímá jako dočasný a doufá, že po očekávané korekci sluchadly bude vše opět možné. Přes uvedená omezení se pan E necítí být sluchovou ztrátou handicapovaný.

S přáteli a známými lidmi nemá pan E problém se domluvit, požádat o zopakování, upravit prostředí apod. V rodině ani mezi přáteli nebo kolegy se neseťkal s negativními komentáři či nepochopením.

Kvalita života pana E je z celkového pohledu jen nepatrně snížena (označena mezi stupni čtyři a pět), jelikož osobní nastavení pana E je velmi optimistické, nesnáze přijímá s humorem, a i když si uvědomuje, že by leccos mohlo být i lepší, je primárně vděčný za současný stav., na to, že stále pracuje a do práce se těší

Celkové zdraví je hodnoceno obdobně: mezi stupni čtyři a pět, kdy kromě zhoršeného vidění, slyšení (a s tím spojené funkce rovnovážného ústrojí) a občasného zadýchávání nemá podstatnějších obtíží, čehož si váží. I z onemocnění prodělaných v poslední době (zápal plic, covid) se podařilo panu E dobře zregenerovat, což přispívá pozitivnímu hodnocení.

### **5.1.6 Informant F**

Demografické údaje: muž, 87 let, vzdělání vysokoškolské, společná domácnost v bytě s manželkou.

Osobní anamnéza: Zhoršení sluchu (sluchová ztráta) poprvé zaznamenáno cca před sedmi lety. Pan F popisuje obtíže s rozuměním v hlučném prostředí, nebo pokud komunikační partner mluví tlumeně, rychle nebo hůře vyslovuje. Zvuky slyší dobře – i slabé, např. šepot, ale jednotlivá slova nerozezná. V dobrých podmínkách rozumí mluvené řeči dobře a při komunikaci nemá obtíže, obdobně telefonování obvykle nečiní potíže. Údaje z dotazníku odpovídají střednímu handicapu.

Způsob řešení či kompenzace obtíží: V době výraznějšího úbytku sluchových funkcí navštívil pan F foniatrii, kde mu lékařka doporučila sluchadlo závěsného typu jednostranně – konkrétně na pravé ucho, jež vykazuje dle audiometrického nálezu významnější sluchovou ztrátu. Jeho používání se pan F několik let vyhýbal až do minulého roku, kdy foniatrickou ordinaci znovu navštívil pro opětovné nastavení sluchadla. Bohužel jeho používání způsobuje panu F velmi nepříjemné pískání v uchu, které přetrvává i několik hodin po vyjmutí sluchadla a kvůli kterému jej odmítá pravidelně nosit, i když jinak jeho slyšení značně pomáhá. Lékařka jeho výhrady nijak nereflektovala a nepřikládala jim větší důležitost. V tomto roce by se měl pan F dostavit na foniatrii opět na kontrolní vyšetření. Vyjadřuje však pochybnosti, že návštěvu absolvuje, a to z důvodu obav z nepříjemného a nevstřícného jednání paní doktorky. V

současnosti sluchadlo pan F využívá jen výjimečně při příležitosti větších setkání s rodinou nebo přáteli.

Kvalita života: Pokud jde o sluchovou ztrátu, pan F si postupně zvykl, ztratil ostych a nedělá mu problém se třeba i víckrát zeptat či požádat o zopakování, pokud nerozumí sdělení, i když z počátku to pro něj nebylo snadné. Paradoxně spíš se nezdráhá doptat lidí cizích, než známých: pokud se baví s někým z rodiny nebo s přáteli, nezřídka porozumění předstírá a raději kývá na výraz souhlasu, než aby požadoval zopakování informace. Motivací k takovému chování je, že nechce narušovat plynulý průběh diskuse a týká se to zejména situací, kdy se rozhovoru účastní více lidí.

Většinu času přes den tráví pan F doma s manželkou, ovšem každý sám – v jiné části bytu. Denně sleduje 4-6 hodin televizi a eviduje značné rozdíly v akustické kvalitě mezi pořady: zatímco některým pořadům bez větších obtíží rozumí, jiným s obtížemi nebo vůbec, často si musí pasáže nebo důležité informace vracet a přehrávat znovu.

V manželství jsou se ženou téměř šedesát let a stále mají hezký vztah. Měli tři děti a mají sedm vnoučat a dvě pravnoučata, a i když se nevidají příliš často (důvodem je především geografická vzdálenost), cítí pan F v rodině silnou oporu. S dětmi a vnoučaty udržují kontakt alespoň telefonický, a to v podstatě na denní bázi. Rodinným setkáním se pan F nijak nevyhýbá, bylo však potřeba si zvyknout na změnu postavení v rámci rodiny, ve které hrálo zhoršení sluchu také roli – z dřívější dominantní pozice nyní spíše pozoruje okolní dění. I tak ho taková setkání těší a naplňují optimismem. Děti i vnoučata sluchové obtíže pana F přijímají, častěji je z nich negativně rozpoložena jeho manželka, neboť ji rozladuje, pokud musí panu F informace někdy i několikrát opakovat.

Rovněž se snaží pan F udržovat kontakt s kolegy z práce a se spolužáky ze studia. Jako možný sociální důsledek sluchové ztráty vnímá pan F omezení v návštěvnosti divadelních her.

Přestože vnímá postupné zhoršování, označuje pan F celkovou kvalitu svého života stupněm čtyři z pěti možných. Sluchová ztráta se na takovém hodnocení sice podílí, ale není hlavním faktorem. Tím je podle pana F stáří.

Podobně je ohodnoceno i celkové zdraví, taktéž stupněm čtyři s tím, že by situace mohla být lepší, pan F si však váží aktuální situace, jelikož očekává, vzhledem k pokročilému věku, další postupné zhoršování. Zdravotní obtíže (zejména bolesti kyčelního kloubu, dále v důsledku prodělané cévní mozkové příhody zhoršená artikulace, vyjadřování a zadržávání v řeči, ale i zhoršený zrak a sluch) přijímá jako součást stáří.

## 5.2 Interpretace jednotlivých rozhovorů

### 5.2.1 Subjektivní vnímání sluchového postižení

Popisované indispozice sluchového vnímání jednotlivých participantů zapojených do výzkumu jsou v lecčems podobné, v lecčems se liší. Většina z nich se však se sluchovou ztrátou bez větších nesnází psychicky vypořádává, což může být z pohledu normálně slyšícího člověka při seznámení se s objektivními skutečnostmi týkajícími se sluchu informantů nepředstavitelné a až obdivuhodné.

Paní B například přišla po úraze o kompletní slyšení a vnímání rovnováhy v levém uchu. „*Vlastně já to ucho mám na parádu.*“ Handicapovaná se tím být ale necítí. „*To je prostě jenom nějaká indispozice určitá, ale jako neberu to jako něco, co by mě nějak... Nikdy mě to nějak nelimitovalo. Zatím.*“ Pan E rovněž v podstatě neslyší na levé ucho, navíc však pravé je funkční jen asi ze dvou třetin. Přesto své slyšení komentuje pozitivně: „*Jako já vlastně slyším, neslyším tak dobře jako předtím, ale pořád ještě můžeme takto mluvit, čili handicap a s tím spojené psychické problémy nemám.*“

Obtíže s tinnitem pana A se dle sebeposuzovacího dotazníku pohybují v pásmu významného handicapu. Vývoj jeho zdravotního stavu procházel v průběhu několika let různými (a různou měrou nepříjemnými) stadii. „*S odstupem mohu pozitivně hodnotit, že jakkoli se to zpočátku zdálo jako nemožné, časem jsem si na tinnitus do určité míry zvykl a zvládám ho lépe. A vlastně, míra, kterou mě to omezuje v běžném životě, není zas tak drastická.*“

Paní C má sluchovou ztrátu kompenzovanou sluchadly. „*Když nemám sluchátka, tak slyším bídně, ale s nimi nemám problém.*“ Paní D kompenzační pomůcku zatím nevyužívá, přestože sluchová ztráta činí přibližně 50% sluchové percepcce. „*No, já bych*

řekla, že tak hrozné to s tím sluchem není. Já se domnívám, že slyším... úplně tedy stoprocentně ne, ale já myslím, že slyším všechno a dobře za těch podmínek, že ta osoba, se kterou se bavím, že vyslovuje dobře a mluví tak středně nahlas.“ Rovněž pan F sluchadlo jako kompenzaci sluchu víceméně nepoužívá, i když jej vlastní, a shrnuje: „Tak jenom tak úvodem, jo, že to není tak špatný s mým sluchem.“

### 5.2.2 Sluchová ztráta v kontextu celkového zdravotního stavu

V souvislosti s celkovým zdravotním stavem se participantů v nejednom případě vyjádřili v tom smyslu, že obtíže se sluchem jsou z hlediska jejich celkového zdravotního stavu až druhořadé, a to zjevně s ohledem na jejich další zdravotní obtíže. „Třeba mě bolí kyčle, jo. Dřív jsem perfektně viděl, už vidím hůř. Občas svaly mě ... Nejvíce mě rozčiluje, že mi občas teče slina, víte, z koutků. To mě handicapuje, víc než ten sluch, jo.“ Takto komentuje okolnosti svého zdravotního stavu pan F, který pociťuje jako významnější, než problémy se sluchem, následky před pěti lety prodělané cévní mozkové příhody. Paní D popisuje dlouhodobé onemocnění imunitního systému, v jehož důsledku se u ní objevil výrazný třes rukou. „Cítím, jak odchází mi síla, kterou jsem měla. No, vnímám prostě to, že vlastně mi odchází to moje zdraví, že jsem mohla udělat všechno a hned, co jsem chtěla, a protože to nemůžu tak už dělat, tak to mě trápí nejvíce. To víc než to, že neslyším.“ Konkrétně popisuje např. situaci z restaurace: „A teď mi začne všechno padat z rukou, že se mi tak šíleně třesou ruce, že já musím chvílemi odložit příbor a jíst rukama, tak to mě ničí. Prostě, to je to, co mě nejvíce trápí.“

V jiné situaci se nachází pan E, jenž si uchovává naději na zlepšení současného stavu. „Měl jsem zápal plic třeba, v lednu, a to člověk prostě, když to má, tak neví, jestli se mu to někdy zlepší ještě. Možná holt to už je takto – už to takto zůstane? Tak pak, když jsem se z toho dostal, tak jsem měl radost, že jo. Tak s tím uchem to může být něco podobného. Původně jsem neslyšel nic, teďka trošičku tam něco se jakoby děje...“ Nebo paní B, jež v sobě po prvotním šoku našla psychickou sílu a také odhodlání svůj stav změnit a s obtížemi se vypořádat. „No, jako na začátku, když jsem se to dozvěděla, že vlastně tohle nepůjde opravit, jako kdy jsem si uvědomila, že aha, takže já jako nic? Já jsem, když jsem se to dozvěděla, tak jsem totálně brečela, šla jsem pěšky tenkrát z



*nemocnice, to si pamatuju, jak jsem brečela, jak jsem řvala jak želva a pak najednou druhý den už jsem o tom začala přemýšlet víc a říkám si, prostě já to dám. Takže pak jsem začala rehabilitovat.“*

Vícekrát bylo v souvislosti s celkovým zdravím zaznamenáno vyjádření vděčnosti za současný stav. „*Jo, mohlo by to být lepší, ale pořád... S tím, že člověk ví, že to bude horší, tak si váží toho, co je.*“, vyjadřuje se např. pan F. Nebo pan A: „*Takže jako už s řadou potíží, se kterými kdyby přišly z ničeho nic, tak bych z nich byl hodně nešťastný, tak dneska jsem vlastně už dost rád, že to není horší.*“ A také pan E: „*Oč všechno by mohlo být horší, že? Člověk je vděčný za to, že mu vlastně třeba ty oči, i když nevidím přesně, že ale vůbec vidím. No a tohleto mám i s těma ušima: Já jsem třeba nemusel slyšet vůbec, když na to přijde.*“

### **5.2.3 Sluchová ztráta v kontextu věku**

U všech participantů starších sedmdesáti let se vyskytly výpovědi zohledňující stáří jako významný faktor vlivu zhoršeného zdravotního stavu. „*Ale už jsem si na to zvykla, že tam to asi stoprocentně už nebude, což je jasný, že jo, že se člověk nemůže vrátit k tomu, co bylo před x lety. Takže dobrý.*“, říká paní C. Obdobně smířeně zní komentář pana E ke zhoršování sluchových funkcí (před náhlým prudkým zhoršením v podobě úplné ztráty sluchu na levé straně): „*No, já jsem to bral tak, že to člověk s věkem, že jo, trochu to ztrácí a tak... čili nevěnoval jsem tomu nějakou pozornost.*“

„*To je deprimující, opravdu, že takto nervová soustava odchází, ale co mohu chtít v těchto letech? Co mohu chtít, no. Takže zase užívám na to léky, které nevím, jestli mi pomohou, nebo nepomohou, užívám je a snažím se opravdu na to nemyslet. Snažím se dále prostě chodit, chodit, chodit, pracovat, dělat. Jenom, nezůstat v klidu, protože to by mě zničilo. Činnost musím mít.*“ Uvádí pro změnu paní D, včetně vlastního způsobu vypořádání se s aktuálními podmínkami.

Pro pana F bylo z počátku obtížné se smířit v kontextu sluchové ztráty a pokročení věku se změnou sociální role v rámci rodiny. „*V určité fázi jsem se cítil, když jsme se sešli třeba v rodině a všichni se bavili, a já jsem kolikrát nevěděl, o čem, jo, tak jsem se cítil trochu jako v defenzivě, jo, protože dřív jsem býval, jako ne úplně, ale hodně lídrem. Že jsem vyprávěl vtipy a zpíval jsem jim písničky, jo. A to už přestalo, jo,*

*protože už jsou tam dneska jiní lídři v té skupině.“ Naučil se však situaci akceptovat: „Ano, bylo to těžké, ale už to přešlo, no. Už se cítím prostě jenom jako člen a spíš se těším, pozoruju. Těším se, že je mám.“ A přijímat i stav svého zdraví. „Jo, takovéhle věci беру prostě už, jako že to je součást toho stárí, víte no. Beru to, jako že člověk sesychá.“*

#### **5.2.4 Nejvíce sluchovou ztrátou ovlivněné oblasti života**

Často byly v rozhovorech zmiňované různé nepříjemné pocity spojené se sluchovým aparátem jako takovým a také se sluchovou percepcí. Pan E označuje např. jako nejhorší ozvěny a odrazy zvuků ve vnitřních prostorách: *„Když to trvá moc dlouho, tak do mě většina těch bočních zvuků, který já neodfiltruju, tak to je, jako kdyby mě mlátili po hlavě.“* S nepříjemnou hlasitostí okolních zvuků se potýká také paní C (*„Slyším dobře, ale slyším hlavně hrozně ty zvuky kolem – jako hodně nahlas. Nebo když jdu a fouká vítr no, tak mně to v těch uších jako hučí.“*) nebo paní B (*„Já vlastně slyším třeba každý šum, každý talíř, každý cinknutí vidličky. Takže vlastně já se pak víc musím soustředit na ty zvuky, které vlastně chci vnímat.“*). Pan E ještě dále rozvádí a upřesňuje: *„To není, že všechno je jenom ztlumené, ale že se úplně mění ty proporce, že ty nepříjemný zvuky vlastně převládají nad těma příjemnýma.“* A pan A popisuje jako nejnáročnější a nejnepříjemnější pocity přímo vyvolané tinnitem jako takovým: *„No, je to otravné, až někdy vyčerpávající. A to zaléhání uší zvlášť, to je schopno jít až do fyzické bolesti. To není jenom nepříjemné, to jako reálně i bolí. A vlastně není úlevy, není jak se toho zbavit.“* A dále nervozitu a obavy: *„Když člověka třeba čeká něco důležitého, kde ví, že by měl být v co nejlepší kondici, tak z toho může být i nervózní. No, a nebo, když vím, že mě čeká něco, co mi to zhoršuje, tak už předem jsem nervózní a bojím se toho, jak moc.“*

Několik informantů hovořilo o problémech se soustředěním a také se zvýšenou únavou spojenou se zvýšenou náročností komunikačního procesu. *„Já musím víc pak zatěžovat ten mozek. To soustředění se třeba lidem na pusu a takovýto opravdu přemýšlení, co ten člověk někdy říká? Takže bývám mnohem rychleji unavená, protože se musím víc soustředit, abych slyšela, a zároveň některé zvuky příliš zatěžují to slyšící ucho, které se stalo mnohem citlivější.“* (paní B)

„No vadí mi to, když opravdu chci něco slyšet, třeba když mě něco zaujme velice a teď já právě to soustředění jo, že se nesoustředím a teď nějak kus toho neslyším, tak to mi to mi vadí moc.“ (paní D)

„Přes den jde hlavně o nepříjemný pocit, obtěžující zvuk, problémy se soustředěním. Trvalé zaléhání uší je navíc dost bolestivé a dlouhodobě se to navíc načítá. Večer a přes noc je tinnitus ještě víc slyšet, což vede hlavně k problémům s usínáním a s kvalitou spánku.“ (pan A)

Pro někoho je v interakci s ostatními lidmi více stresující komunikace s neznámými osobami: „Jednoznačně vidím jako problém, když se s někým neznáte, a když jsou to třeba nějak významně postavení lidi, a teďka se s nimi máte poprvé bavit v hlučném prostředí... Tak je to velmi nepříjemné, protože já vám, já tomu člověku nerozumím, že jo?“ (pan E)

„Snažím se tak trošku odezírat, nechci tomu člověku já nevím říkat desetkrát – špatně slyším, protože ono se to lidem strašně blbě vnímá, prostě oni to vypustí. Není to samozřejmě tím, že by nesoucíli nebo tak, ale tím, jak to lidi berou jako samozřejmost, ty svoje uši, tak je vůbec ani nenapadne, že třeba ten člověk opravdu jako neslyší.“ (paní B)

Pro jiné participanty je zdrojem nepříjemných situací více domácí prostředí: „Protože kolikrát se ženy zeptám třikrát za sebou, jo, a ona je vzteklá potom, logicky jo, ale ona skutečně mluví podle mě špatně.“, komentuje pan F, nebo paní D: „Tak jsem začala mít problémy, ale hlavně jsem způsobovala problémy svým přisedicím, zejména manželovi, který mi musel některé věci přetlumočit a to ho strašně tedy štvalo, on z toho byl víc nervózní než já.“

Ve více případech byla v rámci rozhovoru popsána obtížnost komunikace v náročnějším, např. hlučnějším, prostředí, či komunikace více lidí. Pro paní C („No, jako když jsem třeba někde ve společnosti a ty sluchátka si zapomenu, no tak jsem mimo. Bohužel jako jo to musím jó napínat nebo koukat, jestli odzírnu nějaký slovo, že bych z toho jako dala dohromady.“), pana E („Ale v podstatě jako asi největší problém vidím v tom, že když je více lidí pohromadě, nebo je více zvuků pohromadě,

*takže já vlastně přestanu být interaktivní.“) nebo paní B („Když jsem ve skupině a je nás tam víc, tak si prostě moc nepopovídáme, no, já jakoby nedokážu vnímat prostě, co kdo chce, co kdo říká.“) je vzhledem k povaze jejich obtíží téměř nemožné se ve skupinovém rozhovoru zapojovat. Pro paní D je nepříjemné, pokud nerozumí a potřebuje se doptávat: „No, ale vadí mi to třeba, když jsem v nějaké takové příjemné společnosti a oni se baví a třeba se na mě obrátí, já to přesně nezaslechnu, tak mi vadí, tedy deprimuje mě to trochu, že se musím třeba několikrát zeptat, co říkal.“*

Omezení popisují účastníci výzkumu i v oblasti sociálních a společenských aktivit: pan F by rád opět chodil s manželkou do divadla, pan A se v rámci preventování zhoršení projevů tinnitu vyhýbá návštěvám kina, hudebním koncertům a společenským akcím („Potom ten další den, a často ne jeden, se to člověku dost vymstí. To mluvím vyloženě o tom, jak se zhorší ten tinnitus a to zaléhání. Že mě to dávno naučilo, víc si rozmyslet, na jakou událost půjdu, protože ne, že bych nikam nemohl, ale jako má to svoji cenu a ta cena je dost vysoká na to, aby to člověk neřešil.“). Koncerty, společenské akce včetně odborných přednášek a navíc operu navštěvuje v menší míře také pan E a paní D preferuje kontakt s přáteli: „Jak říkám, já vyhledávám takovou společnost, kde ty lidi dobře znám a kde prostě vím, co od nich mohu čekat.“

### **5.2.5 Individuální kompenzační strategie**

*„Než jsem si na to zvykl, tak to bylo takové komické trošku, že já jsem s někým mluvil a lidi mě z druhého konce místnosti okřikovali, abych nemluvil tak nahlas, protože to jsem si nějak myslel, že když já špatně slyším, tak musím taky mluvit nahlas.“*, popisuje své zkušenosti krátce po jednostranné ztrátě sluchu pan E.

Dále pak je možné uvést rozdílné kompenzační strategie informantů, např. upřednostňování lépe slyšícího ucha, běžně při telefonování, ale i při rozhovoru, pokud je mezi jednotlivými stranami rozdíl výrazný:

*„Já si snažím si sednout vždycky tak, abych je všechny měla na té straně, kde slyším a pak je to dobrý, ale samozřejmě taky záleží, jak je puštěná muzika a na hluku okolo.“*

(paní B)

*„Já už jsem se teďka naučil, že když tady máme takové akce, že se sejde víc lidí, tak já si sednu strategicky na levou stranu toho stolu, abych tím pravým uchem zabíral co největší prostor, a to hluché ucho, aby bylo prostě, kde lidi nejsou, takže chodím třeba na ty schůzky dřív, abych si obsadil to správné místo.“ (pan E)*

Paní B i pan E zároveň berou svou indispozici s humorem, což jim pomáhá přijímat ji s nadhledem a v některých případech i vypořádat se s potenciálně nepříjemnými situacemi. *„Já si z toho někdy dělám legraci, takže i když slyším, tak se zeptám na úplně nějakou absurditu o něčem. Takže ano, ten humor je velká pomůcka.“ (pan E)*

*„Ale většinou v okolí, když někomu řeknu, hele, jsem hluchá, tak se spolu zasmějeme. A já si už ty lidi jako vždycky nastavím, nebo když jdeme vedle sebe, tak já si oběhnu toho člověka a řeknu, já si tě dám na to svůj správný ucho, no a je to dobrý.“ (paní B)*

Pan F popisuje strategii, kterou využívá ve společnosti, pokud má problém s porozuměním diskuse, ale nechce narušovat její průběh svým doptáváním: *„Naučil jsem se, že i když nerozumím tak kývnu. Jak říkám, hloupě jsem se cítil ze začátku a pak jsem si na to zvykl. Myslím si, že to není důležitý, abych všechno věděl, jo. Takže nerozumím a kývám a usmívám se.“* Podobnou zkušenost má i pan E: *„Anebo pokud tam jdu, jsem připraven, že se budu spíše jen usmívat a přitakávat, ale rozumné diskuse se asi nezúčastním.“* Který ale, zvláště mezi přáteli a známými, volí častěji otevřený přístup: *„Tak těm řeknu, hele, já neslyším a tak dále, takže mně to musíš zopakovat, no.“* Takto otevřeně a asertivně komunikuje i paní B: *„Já jsem zase člověk, který si dokáže říct, že když chci někoho slyšet, tak mu řeknu, já tě chci slyšet, a buď na mě křič, nebo si pojd' sednout blíž ke mně.“*

### **5.2.6 Očekávání a zkušenosti s využíváním kompenzačních pomůcek**

Co se týká kompenzačních pomůcek, má každý z informantů odlišnou zkušenost. Dva z nich byli v době uskutečnění rozhovoru v období čekání na vyzkoušení prvních sluchadel, a zatímco paní D od jejich používání žádná větší očekávání neměla (*„Mně ti moji známí, kteří už to mají, tak mi radí, ať si nic nedávám, že to není moc příjemné, že jim to vadí. No ale on si to, ten jistý si to velice chválí, tak já uvidím, co bude se mnou, protože to pro mě bude taky zkouška, ale nechám si to a uvidím no.“*), pan E jejich přebírání vyhlížel vyloženě optimisticky (*„A teďka, když budu mít ty sluchátka, tak*

*věřím, že se vše zlepší. Včera jsem je měl asi půl hodiny na sobě a jako to bude velký rozdíl, to bude velký rozdíl ano. Vlastně můj největší problém byl, že to člověk přece jenom v tom sluchovodu cítí, že tam něco tlačí. Tak jsem říkal, hej, to mě za chvíli začne znervózňovat. Ukázalo se však, že už po té půl hodině, že si člověk na to v podstatě zvykne a naopak jsem říkal, hej, že to je až tak hlasité? Takže abychom to trošičku jako snížili.“)*

Další informanti již kompenzační pomůcky odpovídající jejich sluchové ztrátě vlastní, jejich zkušenosti jsou však diametrálně odlišné. Paní C bez sluchadel v podstatě neopouští domov, používá je v podstatě při každé komunikaci s dalšími lidmi a má s nimi tedy pozitivní zkušenost (*„No, tak rozhodně to člověka omezí, když si ty sluchátka nevezmete, jo, tak těžce sleduju, co kdo povídá, co se kde děje, to mi vadí, když je nemám, ale když je mám, tak je to dobrý.“*). Ani jejich nošení ji nijak neobtěžuje: (*„Ne, mě to vůbec nevadí, ono je to tak malinký, že to člověku jako do ucha si to sedne docela dobře, takže není problém.“*). Naopak pan F kvůli nepříjemnému pískání v uchu, které mu sluchadlo způsobuje, pomůcku využívá jen minimálně – při rodinných nebo jiných společenských událostech (*„Když to mám dlouho, tak mi začne pískat v uchu a to mám nerad, takže se bojím, víte, to je hrozně nepříjemný, že jo? Takže, radši si to neberu, víte?“*).

Pro pana A nepřinesla kompenzační pomůcka, masker tinnitu, doporučená na foniatrii kýžený efekt: *„To hlavní bylo, že vlastně mě víc obtěžoval, než pomáhal. Způsobovalo mi to diskomfort jak tím, že mám na sobě něco, co mně není fyzicky příjemné a ještě mi to vypadává a ještě mi to šumí do ucha, aniž by mi to něco přinášelo.“* To bylo pro pana A velkým zklamáním, jelikož žádná jiná možnost kompenzace mu již nabídnuta nebyla. (*„Nevím jestli to je tím, že prostě si s tím věda neví rady, anebo jenom jsem nenarazil na toho správného člověka, ale čekal jsem, že se s tím bude dát něco dělat, no možná je to jako neadekvátní očekávání, ale vlastně... Prostě nikdo s tím nedokázal nic udělat.“*)

Poslední z participantů, paní B, nemá vzhledem k etiologii své sluchové ztráty žádnou zkušenost s kompenzačními pomůckami, jelikož jediná nabízející se možnost je implantát BAHA, který paní B odmítla pro invazivnost zákroku.

### 5.2.7 Sluchová ztráta v kontextu kvality života

Pět z účastníků výzkumu zaznamenalo nějakou míru změny kvality svého života související se sluchovou ztrátou. Paní D, dle vlastních slov nemá větší potíže se zhoršenou kvalitou sluchu a snaží se nesoustředit na to, že méně slyší. I celkovou kvalitu života hodnotí paní D kladně: „*Splnilo se mi, dalo by se říct všechno, co jsem si přála: mám hodného manžela, měla jsem strašně hodné rodiče, mám hodného syna, mám skvělá vnoučata. Všecko se mi podařilo, vystudovala jsem, pracovala jsem, dělala jsem to, co mě celý život bavilo. Mohla bych říct, že to bylo skvělé. Ale vždycky tam něco může být...*“ Nepříjemné prožitky nepřičítá sluchu: „*Podrážděná jsem dost často, ale jestli je to z toho, že neslyším to ne, spíš z toho, že se mi něco nedaří, tak jak já bych chtěla, protože já jsem prostě typ, který musí hned všechno.*“

Pan A popisuje oproti minulosti (kdy byla kvalita života výrazně negativně ovlivněna), než si na tinnitus alespoň částečně přivykl a zvláště oproti době, kdy problémy se spaním vedly až k depresivním pocitům, určité zlepšení. „*Můj život je vlastně strašně fajn, ale vnímám, že k tomu, aby byl úplně jako bezstarostně fajn, tak bych musel být zdravý no.*“

Nad očekávání dobrou popisuje kvalitu života paní B: „*Já si myslím, že na to jak vlastně ten pád vypadal, jak to se mnou bylo krátce po úrazu... si myslím, že je to velmi dobré, jako že si vlastně nemůžu na nic stěžovat. Prostě se to stalo tak, jak se stalo, tak to je a nemám s tím stavem dneska problém a vlastně okolí moje taky ne.*“ Navíc v kontrastu s nejistotou zažívanou v období rehabilitace. („*Říkala jsem si, ty jo a budu moct dělat všechny věci zpátky? Ted' já mám ráda muziku, ráda zpívám, tak jsem si říkala, jestli jako se vůbec uslyším? A jak to jako bude teďka?*“)

Spokojenost s kvalitou života celkově vyjádřila i paní C, i když v oblasti zdraví by si dokázala představit zlepšení, což ovšem nesouvisí s úrovní sluchu. („*Jsem spokojená, dá se říct, no. Já myslím, že ohledně toho sluchu v podstatě neřeším nic. Že těmi sluchátky je to všechno vyřešené.*“)

Rovněž pan E nahlíží kvalitu svého života pozitivně: „*Já samozřejmě vím, že spousta věcí by mohla být lepších, ale jako naopak – mám spolužáky, kteří už jsou po smrti, že jo? Takže já si vlastně vůbec nemůžu stěžovat. A to, že vlastně jsem ještě zaměstnaný, že*

*si mě tady lidi váží a tak, vlastně to jsou obrovsky jako pozitivní zpětné vazby. Já jsem tak trošku i psychologicky zaměřený spíše optimisticky, že vždycky si člověk řekne, že by to mohlo být daleko horší, jo? Já jsem vděčný za to jedno slyšící, jakžtakž slyšící, ucho, takže si říkám, no tak to je výborné.“*

Asi nejvýraznější zhoršení subjektivní kvality života shledává pan F: *„To souvisí s tím, že to stáří není moc fajnový. Víte jo, protože jak vám říkám, kyčel bolí a... Prostě každou chvíli něco, jo, takže ta kvalita života samozřejmě je menší, než dřív bývala. No, to je tutovka, jo, a to sluch je součástí, ale není hlavní. Hlavní důvod je to stáří.“* Vynahradiť nepříjemnosti spojené se zdravotním stavem mu pomáhají dobré rodinné vztahy a zejména ten s manželkou: *„Protože máme s manželkou hezký vztah, takže to zase tak špatný ještě není, víte jo?“*

### **5.3 Shrnutí poznatků výzkumného šetření**

Kvalitativní výzkumné šetření provedené v rámci diplomové práce na téma: Osoby se získaným postižením sluchu v dospělém věku a jejich kvalita života navázalo na poznatky shrnuté v teoretické části práce.

Hlavní cíl, zkoumat, jaký vliv má získané postižení sluchu v dospělém věku na subjektivní vnímání kvality života, i dílčí cíle: za prvé zjistit, zda je subjektivní vnímání kvality života ovlivněno věkem osob se získaným postižením sluchu v dospělém věku a za druhé zkoumat specifika přístupu osob se získaným postižením sluchu v dospělém věku ke kompenzačním pomůckám, definované v přípravné fázi, se podařilo naplnit, a to prostřednictvím zvolených výzkumných prostředků a způsobu jejich zpracování, tj. získávání dat pro kvalitativní výzkum metodou polostrukturovaných rozhovorů, kterým předcházelo dotazníkové šetření umožňující zejména přesnější zacílení a větší dosaženou hloubku následných rozhovorů. A následná analýza a interpretace získaných dat formou případových studií. Bylo tak možné zodpovědět výzkumné otázky rovněž stanovené v začátku šetření.



Výzkumná otázka č. 1: Jaké je vnímání kvality života související s postižením sluchu v porovnání s celkovou kvalitou života?

Je zřejmé, že sluchová ztráta obvykle má na vnímání celkové kvality života pozorovatelný dopad. Kromě jedné participantky všichni účastníci výzkumu připouští, že jejich celková kvalita života byla sluchovou ztrátou ovlivněna, a to negativním způsobem. Je pochopitelné, že míra kvality života se v průběhu let mění: v rámci výzkumu byly zaznamenány situace náhlého prudkého zhoršení kvality života v důsledku sluchové ztráty (např. úraz, náhlé ohluchnutí v důsledku nemoci), postupného, ale výrazného zhoršování (např. tinnitus) nebo i konstantního, leč velmi postupného úbytku sluchových funkcí, na něž se lze poměrně dlouhou dobu dobře adaptovat i bez odpovídající kompenzace, a který tím pádem celkovou kvalitu života ovlivňuje po určitý čas jen velmi málo. Rozdílně byl popsán následný vývoj, kterým se stav může ubírat: od mírného až po výrazné zlepšení (důsledkem přivyknutí si, vytvoření vlastních kompenzačních strategií, rehabilitací či kompenzací technickými pomůckami), anebo naopak zhoršení, které buď překročí mez aktivační energie a vyvolá potřebu situaci řešit, nebo i přes pocíťované negativní dopady na kvalitu života zůstane neřešeno.

Zřetelně se nicméně jevila skutečnost, že navzdory i výrazné ztrátě sluchu nemusí být celková kvalita života tímto faktorem nijak významně ovlivněna. Přestože na základě vyhodnocení dotazníků instrument HHIE referuje o významném handicapu (což je dle vyhodnocení nejtěžší ze tří stupňů) u čtyř dotazovaných a u dvou mírný až střední handicap, celková kvalita života byla vesměs vnímána maximálně o jeden stupeň zhoršená, tedy buď dobrá, nebo velmi dobrá. Nelze tedy konstatovat významnou míru korelace mezi mírou ztráty sluchu (handicapem způsobeným postižením sluchu) a celkovou vnímanou kvalitou života.

Výzkumná otázka č. 2: Liší se subjektivní vnímání vlivu získaného postižení sluchu v dospělém věku na kvalitu života u různých věkových skupin osob?

K vlivu věku lze uvést, že účastníky staršími sedmdesáti let byl jako faktor zmiňován opakovaně, a to v podstatě ve smířlivém kontextu: není možné očekávat výrazné zlepšení stavu, jelikož je pro daný věk obvyklý a přirozeně s ním souvisí. Ovšem spíše než v souvislosti se sluchem konkrétně byl věk dáván do souvislosti s úbytkem fyzických funkcí jako takovým a celkově zhoršeným zdravotním stavem.

U dvou participantů mladších čtyřiceti let se poznámky o věku naopak neobjevily, o to více ve výpovědích rezonovala potřeba a odhodlání měnit nepříjemný stav (u informantky po úraze v době rehabilitace a u informanta s tinnitem v období nejprogresivnějšího zhoršování). Nabízí se hypotéza, že pokročilejší věk přispívá životní spokojenosti větším smířením se se situací, jež ale v krajním případě může dosáhnout míry rezignace. Pro její ověření by byl ale nezbytný další výzkum.

Výzkumná otázka č. 3: Jak je subjektivně vnímáno získané postižení sluchu v dospělém věku v kontextu celkového zdravotního stavu?

V podstatě nikdo z dotazovaných nevnímá, podle získaných informací, obtíže spojené se sluchovým aparátem jako nejvýznamnější mezi dalšími svými zdravotními indispozicemi. Zdá se tak, že na obtíže se sluchem, a to i objektivně významné, je možné se v rámci každodenních situací dobře adaptovat, zvyknout si či je kompenzovat vlastními vyrovnávacími strategiemi i bez potřeby technologické podpory s tím, že ta ale může přinést výrazné zlepšení, byť ne ve všech případech.

Výzkumná otázka č. 4: Jaká jsou očekávání osob se získaným postižením sluchu v dospělém věku směrem k využívání kompenzačních pomůcek a jaká je ochota tyto pomůcky využívat?

Pouze jedna informantka z účastníků výzkumu projevila neochotu vyzkoušet kompenzační pomůcku a to z toho důvodu, že vzhledem k povaze postižení je jedinou možností operační zavedení implantátu, což informantka nevyhodnotila jako nezbytné,

jelikož se v současném stavu necítí být vadou natolik handicapována. U ostatních participantů je možné se setkat s různými názory: s očekáváním pozitivním i indiferentním, se zklamáním, se špatnými i dobrými zkušenostmi – vždy však s alespoň základní ochotou pro jejich využívání. V případech negativních zkušeností nebyla zaznamenána motivace k další iniciativě, vyhledávání alternativ a opětovnému testování, např. jiných typů kompenzačních pomůcek, což poukazuje na vysokou důležitost prvotního pokusu při zavádění kompenzačních pomůcek.

Výzkumná otázka č. 5: Přispívají kompenzační pomůcky ke zlepšení kvality života?

Pouze dva z participantů výzkumného šetření mají větší zkušenosti s používáním kompenzačních pomůcek: jeden z nich negativní z důvodu nepříjemných vedlejších efektů a jedna informantka pozitivní – té bezpochyby používaná sluchadla ke zlepšení kvality života přispívají. Vysoká očekávání informanta, jež by měl být v blízké budoucnosti rovněž vlastníkem sluchadel, jsou rovněž spojena s nadějí na zlepšení kvality života. V možnostech moderních kompenzačních pomůcek je jistě kvalitu života jejich uživatele zlepšit, a to nad rámec možností individuálních kompenzačních strategií, avšak za předpokladu, že je pomůcka vhodně zvolena. Důležitým faktorem je přitom nejen zlepšení samotné sluchové percepce (nebo, v případě tinnitu, potlačení nepříjemných vnímaných zvuků), ale i fyzický komfort užívání – o tom, jak dobře nebo nedobře kompenzační pomůcka pasuje do ucha, se zmiňovali tři z informantů.

Výzkumná otázka č. 6: Jaké oblasti kvality života jsou získaným sluchovým postižením v dospělém věku nejvíce ovlivněny?

V průběhu rozhovorů zaznělo široké spektrum oblastí, jež získaná indispozice sluchového aparátu u jednotlivých informantů ovlivňuje. Po vztažení odpovědí na model kvality života Světové zdravotnické organizace (viz část kapitoly 2.3) ze získaných dat vyplývá, že sluchovým postižením jsou zasaženy tři ze šesti domén a zbývající tři domény nejsou ovlivněny vůbec nebo jen minimálně. Nejvíce ovlivněnými oblastmi jsou informanty referovány: oblast fyzického zdraví (kde je zahrnuta např.

bolest, nepříjemné pocity, či často zmiňovaná únava), sociálních vztahů a oblast prožívání (např. soustředění, negativní pocity). Konkrétní míra ovlivnění jednotlivých oblastí a jejich pořadí jsou ale dle výpovědí značně individuální a proměnlivé na základě velkého množství okolností.

Zajímavým tématem, jež samo vyplynulo v průběhu rozhovorů, byly individuální kompenzační strategie jednotlivých účastníků – zjevně v každodenním životě člověka se sluchovým postižením (a obzvláště pokud není kompenzované technickými kompenzačními pomůckami) běžná, nezbytná a účinná praxe. Podoba takových strategií se pochopitelně odvíjí od povahy a specifik sluchové indispozice a většinou zahrnuje různé způsoby, jak upřednostnit lépe funkční sluchový orgán či jak se vyhnout nepříjemným pocitům. Toto téma by nepochybně bylo vhodným předmětem dalšího výzkumu.

## **Závěr**

Kvalita života je fenomén, jehož význam v očích laické i odborné veřejnosti v posledních letech roste. V jiných evropských zemích a Spojených státech amerických je čím dál důležitějším faktorem, který je nutné při posuzování komplexního zdravotního stavu člověka zohledňovat, a to zejména v medicínské praxi. Lze říci, že v českém prostředí zatím kvalita života pacientů obvykle není na žebříčku priorit lékařů příliš vysoko. Ve speciálně pedagogické praxi je pro posun takovým směrem jistě lépe připravená půda.

Tato práce je zaměřena na kvalitu života osob s postižením sluchu, konkrétně osob se získaným postižením sluchu v dospělém věku, a zabývala se mimo jiné zkoumáním rozdílů v hodnocení kvality života vztažené ke sluchové vadě a kvality života celkově, dále identifikováním oblastí nejvýrazněji kvalitu života participantů ovlivňující a také zjišťováním přístupu k používání kompenzačních pomůcek, specifík u jednotlivých participantů a jejich očekávání a preferencí ohledně možností kompenzace.

Teoretické podklady čerpané z odborné literatury a současné vědecké poznatky pro výzkumné šetření k tématům sluchového postižení a kvality života jsou zpracovány v prvních třech kapitolách. Z těchto poznatků pak vycházelo zacílení samotného výzkumu a volba způsobu jeho přípravy, realizace a vyhodnocení závěrů výzkumného šetření, kterým jsou věnovány čtvrtá a pátá kapitola práce.

Samotné kvalitativně pojaté výzkumné šetření zpracované formou případových studií přineslo v některých oblastech závěry vcelku očekávatelné, v jiných ovšem vedlo k některým překvapivým zjištěním. Předně, že specifická sluchová postižení participantů nebyla subjektivně vnímána jako zásadní handicap či jako příliš omezující a v porovnání s jinými zdravotními obtížemi ovlivňovala kvalitu života v menší míře, nebo tak alespoň byla participanty vnímána. Přestože konkrétní popisované sluchové indispozice participantů nejsou v uvedených případech rozhodně zanedbatelné, jsou v každodenním životě poměrně dobře snášeny, a jakkoli si informanti uvědomují, že jim komplikují život a komunikaci, zejména s jejich blízkými, nevnímají své postižení sluchu jako faktor zásadně negativně ovlivňující jejich celkovou kvalitu života. V případě výzkumu zaměřeného toliko na celkovou kvalitu života prostřednictvím

některého z obecně užívaných nástrojů se nemusí projevit obtíže způsobené sluchovým postižením a naopak, pokud by byly zkoumány dopady potíží se sluchem na kvalitu života izolovaně, bez zohlednění celkové subjektivně skutečně vnímané kvality života, mohlo by takové zkoumání vést k mylným závěrům, že kvalita života u osob s postižením sluchu je nízká, přestože jsou dotyčné osoby se svým životem ve skutečnosti v převážné míře spokojené.

Lze konstatovat, že na základě výsledků provedeného výzkumného šetření se jako jeden z formulovatelných závěrů nabízí zjištění, že sluchová vada tedy jistě patří k faktorům, které mají vliv na kvalitu života, ale ne k těm hlavním. Přirozená lidská schopnost adaptovat se na změněné životní podmínky zřejmě pomáhá participantům obtíže spojené se zhoršeným sluchem zvládat, a to zejména pokud ke zhoršení sluchu dochází postupně a pomalým tempem. Jako další zřetelný faktor, který může přispívat k udržování kvality života na vysoké úrovni, i když sluchové postižení na ni působí negativně, lze identifikovat zázemí kvalitních (zejména rodinných) vztahů.

Jako velmi zajímavá oblast provedeného výzkumu se projevilo zkoumání individuálních kompenzačních strategií. Přestože konkrétní kompenzační strategie byly u jednotlivých informantů rozmanité, spojujícím prvkem je, že je to pro ně zjevně každodenní téma a přirozený způsob, jak o jejich situaci přemýšlet a lépe ji zvládat, a to i bez technických kompenzačních pomůcek. Participantů sice vyjadřovali ochotu kompenzační pomůcky používat, pouze jedna účastnice však reálně adekvátní pomůcku používá na každodenní bázi. Důvodem pro to mohlo být přímé ovlivnění sluchu a případné nepříjemné vjemy způsobené kompenzační pomůckou, ale také zážitky zprostředkované ostatními uživateli, fyzický komfort užívání, osobnost a přístup lékaře. Je tedy velké množství proměnných, které vstupují do procesu zavádění kompenzačních pomůcek, a lze se domnívat, že se stává, že v případě selhání i jen jednoho z uvedených faktorů zůstane bez kompenzace i člověk, jemuž by vhodná pomůcka měla potenciál každodenní život reálně zlepšit.

Přínosem této práce je srovnání velmi rozmanitého výzkumného vzorku oproti jiným pracím, jelikož provedený výzkum se cíleně zaměřuje na velice heterogenní zkoumaný soubor, a to jak pokud jde o povahu postižení sluchu, tak demografické složení souboru,

tj. věk, pohlaví, sociální status. Jediným záměrným spojujícím kritériem tak bylo postižení sluchu získané v dospělosti. Naprostá většina dostupných výzkumů této problematiky si přitom cílovou skupinu vymezuje výrazně úžeji. Tato práce tak přináší poměrně unikátní srovnání dopadů postižení sluchu získaného v dospělosti na kvalitu života u jinak velmi rozdílných osob. O to zajímavější je, že výsledky výzkumu naznačují poměrně silné spojující prvky napříč tímto rozmanitým zkoumaným souborem - zejména jde o relativně nízkou vnímanou míru snížení kvality života v důsledku sluchového postižení a návazně na to relativně menší významnost sluchového postižení mezi faktory ovlivňujícími celkovou kvalitu života. Široce vymezená cílová oblast však s sebou pochopitelně zároveň přináší velké množství proměnných, které do zkoumaných témat vstupují – není tedy možné vyvozovat obecnější závěry. Provedený výzkum a jeho výsledky lze tak vnímat a využít také jako nástin, kudy by se mohl ubírat budoucí výzkum většího rozsahu. Nabízí se zaměření na pozitivní dopady a emoce spojené se sluchovými obtížemi v kontrastu k obvykle zkoumaným negativním zkušenostem, nebo na vliv věku na subjektivně vnímanou kvalitu života osob s postižením sluchu, dále také na vliv používaných kompenzačních pomůcek na kvalitu života jejich uživatelů.

Celkově předkládaná diplomová práce přispívá k prověřování a zkoumání možností zjišťování kvality života, zejména u osob s postižením sluchu, což je jistě směr, v němž nadále zůstává výrazný prostor k dalšímu výzkumu. Je tedy nutné tuto oblast dále mapovat a také hledat cesty, jak zkoumání, vnímání a zohledňování kvality života zpopularizovat, prospěšně využít v praxi a přispět k růstu důležitosti tématu kvality života prisuzované.

## Seznam použitých informačních zdrojů

### a) Odborná literatura

DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka BARTOŇOVÁ. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World health organization quality of life assessment*. Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2006, 88 s. ; 30 cm. ISBN 80-85121-82-4.

DRŠATA, Jakub, Radan HAVLÍK a Viktor CHROBOK. *Foniatrie - sluch*. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2015, 384 stran : ilustrace (převážně barevné) ; 22 cm. ISBN 978-80-7311-159-5.

EGER, Ludvík a Dana EGEROVÁ. *Základy metodologie výzkumu*. 2. přepracované a rozšířené vydání. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2017, 184 stran : ilustrace, tabulky ; 21 cm. ISBN 978-80-261-0735-4.

GAVORA, Peter, Vladimír JŮVA a Vendula HLAVATÁ. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rozšířené české vydání. Brno: Paido, 2010, 261 stran: černobílé ilustrace, fotografie ; 23 cm. ISBN 978-80-7315-185-0.

GURKOVÁ, Elena a Vlasta WIRTHOVÁ. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011, 223 stran : ilustrace ; 21 cm. ISBN 978-80-247-3625-9.

HÁDKOVÁ, Kateřina. *Člověk se sluchovým postižením*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2016, 302 stran : černobílé ilustrace, mapy, portréty, tabulky, grafy, faksimile ; 21 cm. ISBN 978-80-7290-619-2.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016, 437 stran : ilustrace ; 22 cm. ISBN 978-80-262-0982-9.

HEŘMANOVÁ, Eva. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: Sociologické nakladatelství SLON, 2012, 239 stran : ilustrace, mapy ; 23 cm. ISBN 978-80-7419-106-0.



- HNILICOVÁ, Helena. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In: PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. V Praze: Triton, 2005, 629 s. : il., grafy, tabulky ; 21 cm. ISBN 80-7254-657-0.
- HORÁKOVÁ, Radka. *Sluchové postižení: úvod do surdopedie*. Praha: Portál, 2012, 159 stran : ilustrace ; 20 cm. ISBN 978-80-262-0084-0.
- HRADILOVÁ, Tereza. *Kvalita života osob se sluchovým postižením= Quality of life of people with hearing impairment*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2017, 177 stran : černobílé ilustrace, fotografie, grafy, tabulky. ISBN 978-807290-967-4.
- HRUBÝ, Jaroslav. *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu. Díl 2*. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených: Septima, 1998, 321 stran : ilustrace, tabulky ; 29 cm. ISBN 80-7216-075-3.
- JEDLIČKA, Ivan. Vývoj řeči. In: ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003, 616 s. il. ISBN 80-7178-546-6.
- LANGMEIER, Josef. DANA KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie 2., aktualizované vydání*. Grada, 2006, 1 online zdroj (368 stran). ISBN 978-80-247-9085-5.
- LUDÍKOVÁ, Libuše. *Pohledy na kvalitu života osob se senzorickým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012, 206 s. : il. ; 21 cm. ISBN 978-80-244-3286-1.
- POTMĚŠIL, Miloň. *Čtení k surdopedii*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003, 217 s. : il. ISBN 80-244-0766-3.
- REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009, 184 stran ; 21 cm. ISBN 978-80-247-3006-6.
- SKÁKALOVÁ, Tereza. *Sluchová vada a její sociální dopady v dospělém věku*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2016, 287 stran : grafy, tabulky. ISBN 978-80-7435-628-5.
- SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika. 2., aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-0095-8.
- SLOWÍK, Josef. *Inkluzivní speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2022, 238 stran : ilustrace ; 21 cm. ISBN 978-80-271-3010-8.

ŠÁNDOROVÁ, Zdenka. *Vybrané kapitoly z komprehenzívní surdopedie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2003, 81 s. ; 21 cm. ISBN 80-7041-605-X.

ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vydání druhé. Praha: Portál, 2014, 377 stran ; 21 cm. ISBN 978-80-262-0644-6.

THOROVÁ, Kateřina. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál, 2015, 575 stran : ilustrace ; 24 cm. ISBN 978-80-262-0714-6.

VALENTA, Milan. *Slovník speciální pedagogiky*. Praha: Portál, 2015, 317 stran ; 22 cm. ISBN 978-80-262-0937-9.

VÍTOVÁ, Jitka. *Surdopedie*. In: RŮŽIČKOVÁ, Kamila a Jitka VÍTOVÁ. *Vybrané kapitoly z tyflopédie a surdopedie nejen pro speciální pedagogy*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014, 146 stran : ilustrace (některé barevné) ; 21 cm. ISBN 978-80-7435-424-3.

#### **b) Elektronické zdroje:**

BLANAŘ, V., MEJZLÍK, J., PELLANT, A., BÁRTOVÁ, I., KRČMÁŘ, P., LOVAS, M. Česká verze dotazníku Hearing Handicap Inventory for Adults. *Otorinolaryng. a Foniat.* 2014, 63(1), 50–56 [cit. 2023-05-16]. ISSN 1210-7867. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/otorinolaryngologie-foniatrie/2014-1/ceska-verze-dotazniku-hearing-handicap-inventory-for-adults-48427>

BOUČEK, J. a kol. Baha jako možné řešení jednostranné hluchoty. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. 2016, 79/112(3): 324-330 [cit. 2023-07-1]. ISSN 1803-6597. Dostupné z: <https://www.csnn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2016-3-2/baha-jako-mozne-reseni-jednostranne-hluchoty-58264>

CASSARLY, Christy, Lois J MATTHEWS, Annie N SIMPSON a Judy R DUBNO. The Revised Hearing Handicap Inventory and Screening Tool Based on Psychometric Reevaluation of the Hearing Handicap Inventories for the Elderly and Adults. *Ear and hearing* [online]. United States: Copyright Wolters Kluwer Health, Inc. All rights reserved, 2020, 41(1), 95-105 [cit. 2023-05-16]. ISSN 0196-0202. Dostupné z: doi:10.1097/AUD.0000000000000746

CIORBA, Andrea, Chiara BIANCHINI, Stefano PELUCCHI a Antonio PASTORE. The impact of hearing loss on the quality of life of elderly adults. *Clinical interventions in aging* [online]. New Zealand: Dove Medical Press Limited, 2012, 7, 159-163 [cit. 2023-05-07]. ISSN 1178-1998. Dostupné z: doi:10.2147/CIA.S26059.

DIXON, Peter R, David FEENY, George TOMLINSON, Sharon CUSHING, Joseph M CHEN a Murray D KRAHN. Health-Related Quality of Life Changes Associated With Hearing Loss. *JAMA otolaryngology-- head & neck surgery* [online]. United States: American Medical Association, 2020, 146(7), 630-638 [cit. 2023-05-09]. ISSN 2168-6181. Dostupné z: doi:10.1001/jamaoto.2020.0674.

FAŤUNOVÁ, Zuzana. *Kvalita života*. Diplomová práce (Mgr.)-Univerzita Karlova [online]. Filozofická fakulta, 2007, 89 s. : grafy; příl [cit. 2023-05-07]. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/10214>.

*Global Index of Religiosity and Atheism* [online]. WIN-Gallup International, 2012 [cit. 2023-05-16]. Dostupné z:

[https://www.webpages.uidaho.edu/~stevel/251/Global\\_INDEX\\_of\\_Religiosity\\_and\\_Atheism\\_PR\\_\\_6.pdf](https://www.webpages.uidaho.edu/~stevel/251/Global_INDEX_of_Religiosity_and_Atheism_PR__6.pdf)

CHIA, Ee-munn, Jie Jin WANG, Elena ROCHTCHINA, Robert R CUMMING, Philip NEWALL a Paul MITCHELL. Hearing Impairment and Health-Related Quality of Life: The Blue Mountains Hearing Study. *Ear and hearing* [online]. Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins, 2007, 28(2), 187-195 [cit. 2023-05-07]. ISSN 0196-0202. Dostupné z: doi:10.1097/AUD.0b013e31803126b6.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*. Grada, 2006, 1 online zdroj (228 stran) [cit. 2023-04-10]. ISBN 978-80-247-9088-6. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/logopedie-1280545/#>

LOTFI, Yones, et al. Quality of life improvement in hearing-impaired elderly people after wearing a hearing aid. *Arch Iran Med* [online]. 2009 Jul;12(4):365-70 [cit. 2023-05-07]. PMID: 19566353.

MANCHAI AH, Vinaya, David M. BAGULEY, Ilmari PYYKKÖ, Erna KENTALA a Hilla LEVO. Positive experiences associated with acquired hearing loss, Ménière's

disease, and tinnitus: A review. *International journal of audiology* [online]. England: Informa Healthcare, 2015, **54**(1), 1-10 [cit. 2023-04-22]. ISSN 1499-2027. Dostupné z: doi:10.3109/14992027.2014.953217

MONDELLI, Maria Fernanda Capoani Garcia a Patrícia Jorge Soalheiro DE SOUZA. Quality of life in elderly adults before and after hearing aid fitting. *Brazilian journal of otorhinolaryngology* [online]. Brazil: Elsevier Editora Ltda, 2012, **78**(3), 49-56 [cit. 2023-05-07]. ISSN 1808-8694. Dostupné z: doi:10.1590/S1808-86942012000300010

NEWMAN, Craig W, Barbara E WEINSTEIN, Gary P JACOBSON a Gerald A HUG. Test-Retest Reliability of the Hearing Handicap Inventory for Adults. *Ear and hearing* [online]. Baltimore, MD: Williams & Wilkins, 1991, **12**(5), 355-357 [cit. 2023-05-16]. ISSN 0196-0202. Dostupné z: doi:10.1097/00003446-199110000-00009

NIEMENSIVU, Riina, Vinaya MANCHAIHAH, Risto P. ROINE, Erna KENTALA a Harri SINTONEN. Health-related quality of life in adults with hearing impairment before and after hearing-aid rehabilitation in Finland. *International journal of audiology* [online]. England: Taylor & Francis, 2015, **54**(12), 967-975 [cit. 2023-05-09]. ISSN 1499-2027. Dostupné z: doi:10.3109/14992027.2015.1077400

NORDVIK, Øyvind, Peder O LAUGEN HEGGDAL, Jonas BRÄNNSTRÖM, Flemming VASSBOTN, Anne Kari AARSTAD a Hans Jørgen AARSTAD. Generic quality of life in persons with hearing loss: a systematic literature review. *BMC ear, nose and throat disorders* [online]. England: BioMed Central, 2018, **18**(1), 1-1 [cit. 2023-05-07]. ISSN 1472-6815. Dostupné z: doi:10.1186/s12901-018-0051-6.

PREMINGER, Jill E. a Suzanne MEEKS. The influence of mood on the perception of hearing-loss related quality of life in people with hearing loss and their significant others. *International journal of audiology* [online]. England: Informa UK Ltd. (Informa Healthcare, Taylor & Francis AS), 2010, **49**(4), 263-271 [cit. 2023-06-28]. ISSN 1499-2027. Dostupné z: doi:10.3109/14992020903311396

SMEIJERS, A.S, M.H ENS-DOKKUM, B VAN DEN BOGAERDE a A.M OUDESLUYS-MURPHY. Health Related Quality of Life of People Who are Deaf or

Hard-of-Hearing. *Journal of special education and rehabilitation* [online]. 2018, **19**(3-4), 51-68 [cit. 2023-05-09]. ISSN 1409-6099. Dostupné z: doi:10.19057/jser.2019.40

STIKA, Carren J. a Ron D. HAYS. Development and psychometric evaluation of a health-related quality of life instrument for individuals with adult-onset hearing loss. *International journal of audiology* [online]. England: Taylor & Francis, 2015, **55**(7), 381-391 [cit. 2023-05-09]. ISSN 1499-2027. Dostupné z: doi:10.3109/14992027.2016.1166397

VENTRY, Ira M a Barbara E WEINSTEIN. The Hearing Handicap Inventory for the Elderly: a New Tool. *Ear and hearing* [online]. United States: Williams & Wilkins, 1982, **3**(3), 128-134 [cit. 2023-05-16]. ISSN 0196-0202. Dostupné z: doi:10.1097/00003446-198205000-00006

VUORIALHO, Arja, Petri KARINEN a Martti SORRI. Effect of hearing aids on hearing disability and quality of life in the elderly. *International journal of audiology* [online]. England: Informa UK, 2006, **45**(7), 400-405 [cit. 2023-05-07]. ISSN 1499-2027. Dostupné z: doi:10.1080/14992020600625007.

WHO, *Deafness and hearing loss*. In: World Health Organization. [online]. 27. 2. 2023 [cit. 2023-04-09]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>.

*World report on hearing: executive summary* [online]. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. ISBN 978-92-4-002157-0 [cit. 2023-04-11]. Dostupné z: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240021570>.

## **Seznam příloh**

Příloha 1 – Originál dotazníku HHIE

Příloha 2 – Autorský dotazník

Příloha 3 – Rámcové podklady pro vedení rozhovorů

Příloha 4 – Informovaný souhlas