

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Kvalita života osob se získaným sluchovým postižením v dospělém věku
Quality of life of the people with the acquired hearing disability in adulthood

Věra Vondříčková

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Kateřina Hádková, Ph.D.
Studijní program: Učitelství pro střední školy (N7504)
Studijní obor: N ČJ-SPG (7504T215, 7504T277)

Rok odevzdání: 2019

Odevzdáním této diplomové práce na téma Kvalita života osob se získaným sluchovým postižením v dospělém věku 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.

Praha, 26. 11. 2019

ABSTRAKT

Diplomová práce se zaměřuje na kvalitu života osob se získaným sluchovým postižením ve věku mezi čtyřiceti a šedesáti lety. V teoretické části je nastíněna fyzická, psychická a sociální charakteristika osob v daném věkovém rozpětí a dále jsou definovány základní pojmy týkající se sluchových vad, jejich diagnostiky, kompenzace a také je vysvětlen pojem kvalita života. Praktická část diplomové práce se věnuje analýze kvalitativního výzkumu, který autorka práce realizovala. Cílem této diplomové práce především je objasnit, jak lidé se získaným sluchovým postižením hodnotí svou kvalitu života – jak si tento pojem vykládají, jaké aspekty do něj zahrnují, a do jaké míry získané sluchové postižení má vliv na jejich subjektivní kvalitu života. Za tímto účelem byly realizovány rozhovory s několika informanty. Výsledky výzkumného šetření ukazují, že zásadní vliv na kvalitu života jedinců má především spokojenost s rodinným životem a zaměstnáním. Informanti popisují občasné problémy v komunikaci, které zapříčiňuje jejich získané sluchové postižení, nicméně se tyto obtíže zatím negativně neodráží do stavu jejich subjektivně pociťované spokojenosti. Analýza výsledků šetření přinesla poznání, že většinová společnost mnohdy nemá pro osoby se získaným sluchovým postižením dostatečné pochopení. Významný činitel, který se podílí na spokojenosti informantů je proto také přítomnost blízké osoby, se kterou mohou jedinci své pocity sdílet. Téma kvality života osob se získaným sluchovým postižením je velmi aktuální a nosné pro další případné výzkumy.

KLÍČOVÁ SLOVA

dospělost, sluch, sluchové vady, nedoslýchavost, tinnitus, kvalita života, kvalitativní výzkum

ABSTRACT

This thesis is focused on the quality of life of people with acquired hearing disability in the age between forty and sixty years. In the theoretical part there are outlined physical, psychic and social characteristics of persons in the age range and then there are defined the elementary concepts concerning hearing impairment, diagnostics, compensation and there is also explained concept of the quality of life. Practical part of the thesis concentrates on a analysis of the qualitative research that the author of this thesis implemented. The aim of this thesis is especially to clarify how do people with the acquired hearing disability rate their quality of life – how do they interpret this construct, which aspects do they include, and how much does the acquired hearing disability influence their subjective quality of life. For that reason interviews with some informants were implemented. The results of the qualitative research shows that the essential effect on the quality of life of the individuals has their satisfaction with their family life and their occupation. Informants describes occasional problems with communication that are caused by their acquired hearing disability, however, these problems does not influence the informants' subjective feeling of well being. The analysis of the research results clarified that most of the people often do not have sufficient understanding of the people with acquired hearing disability. A close friend with which individual share his/her feeling is a significant factor that participates in the informants' well being. The theme of the quality of life of the people with acquired hearing disability is current and it is suitable for other researches.

KEY WORDS

adulthood, hearing, hearing impairment, hearing loss, tinnitus, quality of life, qualitative research

Obsah

1	Úvod.....	7
2	Dospělost.....	9
2.1	Vymezení dospělého věku.....	9
2.2	Období střední dospělosti	9
2.3	Období starší dospělosti.....	12
3	Sluch a sluchové vady.....	16
3.1	Sluchové vady.....	16
3.2	Hluk a sluchové vady	20
3.3	Neorganické poruchy sluchu	21
3.4	Diagnostika sluchových vad.....	22
3.5	Kompenzace sluchových vad	24
3.6	Komunikace osob se získaným sluchovým postižením	27
4	Kvalita života	30
4.1	Vymezení pojmu kvalita života	30
4.2	Subjektivní kvalita života a zdraví	31
4.3	Modely kvality života.....	32
4.4	Měření kvality života.....	34
4.5	Výzkumy zabývající se kvalitou života.....	35
5	Vlastní výzkumné šetření.....	37
5.1	Postup při plánování a realizaci výzkumu	37
5.2	Etické otázky výzkumu	37
5.3	Cíl výzkumného šetření a výzkumné otázky	38
5.4	Metodika výzkumu	38
5.5	Přístupy v kvalitativním výzkumu.....	39
5.6	Popis výzkumného nástroje	41
5.7	Osobnost výzkumníka	46

5.8	Limity výzkumu	47
5.9	Výběr informantů	47
6	Vlastní realizace šetření	49
6.1	Přepis dat a jejich kódování.....	49
6.2	Interpretační metodické možnosti	51
6.3	Analýza a interpretace dat od informantů – lékařských odborníků.....	53
6.4	Shrnutí získaných poznatků od informantů – expertů	57
6.5	Analýza a interpretace dat od informantů – osob se získaným sluchovým postižením 58	
6.6	Shrnutí získaných dat od informantů – osob se získaným sluchovým postižením ...	70
7	Závěr	75
8	Seznam použitých informačních zdrojů.....	77
9	Seznam příloh	81

1 Úvod

Diplomová práce s názvem Kvalita života osob se získaným sluchovým postižením se zabývá problematikou subjektivního hodnocení kvality života v souvislosti se získaným sluchovým postižením u osob ve věku mezi čtyřiceti až šedesáti lety. Takto vymezená věková kategorie jedinců byla vybrána záměrně, neboť autorka práce, i na základě dostupné literatury, zjistila, že se jedná o výzkumně nejméně prozkoumanou věkovou kategorii s tímto druhem znevýhodnění. Nejenom z důvodu prozatímně nedostatečně popsané problematiky, ale také kvůli osobnímu zaujetí daným tématem si autorka toto téma vybrala k zpracování. Autorka diplomové práce se často ve svém životě setkává s osobami v dané věkové kategorii a s danými problémy, a tak považovala za žádoucí nejen pro svůj soukromý život, ale i ten profesní, aby se do daného tématu ponořila a snažila se pochopit, jaké skutečnosti se s tématem pojí.

Diplomová práce je rozdělena na dvě části: část teoretickou a část praktickou. V teoretické části se v rámci jednotlivých kapitol zabývá práce ucelenou charakteristikou bio-psycho-sociální jednoty dospělých osob dané věkové kategorie, dále popisuje sluchové vady (jejich dělení, etiologii, možnosti diagnostiky a intervence) a zvláště pak ty, které vznikají v pozdějším věku. Následující kapitola je věnována kvalitě života a jejímu vymezení a aspektům, které do ní spadají. Autorka rovněž zmiňuje některé další výzkumy, které se této problematice věnovaly. Poznatky z teoretické části autorce práce poskytly potřebný náhled na souvislosti, které se k danému tématu váží a získala tak potřebná teoretická východiska pro vlastní realizaci výzkumného šetření.

Praktická část diplomové práce se soustředí na popis náležitostí realizovaného výzkumu. V úvodních podkapitolách je nastíněn teoretický podklad přístupu, metodologie a analýzy kvalitativního výzkumu. Autorka práce popisuje, jak probíhala příprava i vlastní realizace výzkumu s následnou interpretací získaných dat.

Hlavním cílem této diplomové práce bylo odpovědět na výzkumnou otázku: jak lidé se získaným sluchovým postižením hodnotí svou kvalitu života. Cílem bylo proto získat nástin toho, jak lidé o kvalitě života přemýšlejí, jaké oblasti jsou pro jejich kvalitu života zásadní a do jaké míry získané sluchové postižení tuto kvalitu ovlivňuje. K naplnění tohoto cíle bylo kromě realizace výzkumného šetření nutné i prostudování odborné literatury vztahující se

k danému tématu, či tématům blízce souvisejícím. Autorka práce čerpala především z publikací vývojové psychologie (například Vágnerová, 2007), odborné lékařské literatury (například Dršata, Havlík a kol., 2015) a knih zkoumajících kvalitu života (například Payne a kol., 2005).

2 Dospělost

2.1 Vymezení dospělého věku

Dospělý věk není stav, ale proces, který můžeme členit do několika období, a to na základě změn, kterými jedinci prochází. Autoři publikací vývojové psychologie, či literatury blízké tomuto tématu, se mnohdy od sebe odlišují ve způsobu vymezování jednotlivých období. Například Sheehy (1999, s. 11) periodizuje střední věk od 45 do 65 let. Příhoda (1977, s. 11) rozděluje vývoj člověka po patnáctiletých cyklech, – období dospělosti dělí na 30–45 let a 45–60 let. Následující výklad vychází z publikací vývojové psychologie od Vágnerové (2007) a Říčana (2014).

Vágnerová (2007) vymezuje období od 40 do 50 let jako tzv. „*období střední dospělosti*“ (Vágnerová, 2007, s. 178-229) a období od 50 do 60 let definuje jako tzv. „*období starší dospělosti*.“ (Vágnerová, 2007, s. 229-297) Stejně věkové rozdělení dodržuje ve své publikaci i Říčan (2014, s. 289-329).

Jak je zmíněno v úvodu diplomové práce, tato věková kategorie dospělosti (tj. 40–60 let) byla vybrána záměrně, neboť je velmi málo prozkoumána. Následující řádky se věnují analýze změn, které probíhají u dospělých osob, a to na rovině fyzické, psychické i sociální. Ačkoli se vychází z odborné literatury, jedná se spíše o orientační nástin osobnosti čtyřicátníků a padesátníků, neboť každý jedinec je individualita, a to, co platí pro jednoho, neplatí univerzálně a naopak. Otázkou také je, do jaké míry uvedené charakteristiky věkových období platí pod vlivem společenských a kulturních změn, které se udály po vydání příslušné literatury, i pro příští generace čtyřicátníků a padesátníků.

Zároveň je nutno uvést, že cílem této kapitoly není podat komplexní podrobnou charakteristiku jednotlivých období, nýbrž cílem je nastínit kontext (fyzický, psychický, sociální), v jakém se jedinci příslušného věkového období nacházejí. Získané poznatky následně slouží jako vodítka pro praktickou část této práce, protože ukazují, na jaké charakteristiky je zapotřebí zaměřit pozornost.

2.2 Období střední dospělosti

V oblasti fyzických změn dochází především k poklesu výkonnosti jedince. Kolem čtyřiceti let si lidé začínají uvědomovat vlastní zranitelnost a objevují se první zdravotní obtíže jako

znak blížícího se stárnutí. (Říčan, 2014, s. 290) Jedinci mohou mít problémy s vysokým krevním tlakem, krátkozrakostí apod. (Říčan, 2014, s. 290) Možné zhoršující se zdraví ovlivňuje vnímání vlastního těla i chování jedinců, a tak se lidé po čtyřicátém roku věku více začínají zajímat o zdravý životní styl, zbavují se zlovyků, více sportují apod. (Říčan, 2014, s. 292) „Zkušeni lékaři říkají, že v žádném životním období neprojevují lidé tolik strachu ze smrti jako mezi 40 a 45 lety.“ (Říčan, 2014, s. 290) Tento strach může vyústit až v tzv. „nosofobii.“ (Říčan, 2014, s. 293) Ta je vysvětlována jako „(...) neodbytný, mučivý strach z rakoviny nebo z jiné těžké nemoci.“ (Říčan, 2014, s. 293) Pod vlivem přicházejících tělesných změn, jejich nadměrného sledování a strachu z jejich možných příčin, nebo budoucích následků, mohou být lidé až hypochondričtí. (Říčan, 2014, s. 294)

Podle Vágnerové (2007, s. 190) jsou změny v kognitivních funkcích ve střední dospělosti úzce spojeny se získanými zkušenostmi jedince. Z toho vyplývá, že se jedinec při svém rozhodování a řešení problémů opírá o postupy, které se v minulosti ukázaly jako dobré/výhodné. To může vést jednak ke zkvalitnění úsudku jedince, na druhé straně ale také k určitému stereotypu a rigiditě. (Vágnerová, 2007, s. 193) „Získané zkušenosti usnadňují řešení běžných situací, přispívají k jejich zautomatizování a pomáhají v přístupu k těm, které zcela standardní nejsou. Přispívají i k tomu, aby se lidé dokázali případným problémům vyhnout, slouží jako jejich prevence. Tento postoj se začíná objevovat až ve středním věku, mladí dospělí ještě takto neuvažují, ne proto, že by to nedokázali, ale protože to nepovažují za účelné. Střední dospělosti je také počátkem postupného nárůstu kognitivní opatrnosti a rigidity, která odmítá nové poznatky i nová řešení běžných situací.“ (Vágnerová, 2007, s. 191)

Lidé kolem čtyřiceti let jsou ve svých emočních projevech umírněnější než v předchozích obdobích. (Vágnerová, 2007, s. 194) Mají poměrně rozvinutou emoční inteligenci – rozumí vlastním emocím i emocím druhých lidí. (Vágnerová, 2007, s. 196) „Emoční vývoj se projevuje nárůstem flexibility regulace vlastních emocí. Čtyřicátník dovede své pocity a nálady ovládat či potlačovat, podle toho, jak to považuje vzhledem k aktuálnímu kontextu za vhodné. Narůstající introverze je spojena s tendencí nedávat svoje prožitky najevo a případně se s nimi ani nikomu nesvěřovat. Větší koncentrace na své vnitřní pocity může

vést k nárůstu tenze, zejména pokud by tyto pocity byly nepříjemné nebo protikladné či dokonce neslučitelné.“ (Vágnerová, 2007, s. 195)

Ve střední dospělosti se mění vztah k vlastní profesi. Čtyřicetiletí zaměstnanci jsou, co se týká profesního uplatnění, na svém vrcholu. Pracují-li dlouhodobě stále ve stejném oboru, mají již rozvinuté strategie řešení problémů, zavedené osvědčené postupy, znají úskalí své profese. V některých profesích tak jedinci právě v tomto věku dosahují, řekněme, jakéhosi profesního mistrovství. (Říčan, 2014, s. 296–297; Vágnerová, 2007, s. 196) Problém může nastat v situaci, kdy si čtyřicátníci uvědomí, že je jejich dosavadní profese nenaplnuje, nebo, že již nedosáhnou na povýšení. V těchto letech má totiž podle Vágnerové (2007, s. 197) jedinec poslední možnost změnit svou profesi. Říčan (2014, s. 296) upozorňuje, že dosažená profesní pozice a finanční příjem v tomto období suplují dřívější fyzickou atraktivitu jako zásadní zdroj uznání a sebevědomí. Jak bylo naznačeno výše, jedinci i v tomto věku mohou usilovat o lepší pracovní pozici, povýšení. Je-li toto snažení neúměrné/extrémní a výsledek se nedostavuje, je čtyřicátník dle Vágnerové (2007, s. 198) ohrožen syndromem vyhoření. Langmeier a Krejčířová (2006, s. 193) v této souvislosti uvádí, že syndrom vyhoření ohrožuje v tomto věku všechny jedince zvláště pak u tzv. pomáhajících profesí.

Období střední dospělosti je spojeno také s postupným osamostatňováním potomků. To se projevuje i změnou vztahu k vlastním dětem, které jsou již více vnímány jako partneři s vlastními názory a přesvědčeními. Protože již minulo období bouřlivé puberty, chování dospívajících bývá již harmoničtější. (Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 198) Vágnerová (2007, s. 221) udává, že ženy často snášejí osamostatňování svých dětí o něco hůře než muži, protože to byly ony, kdo se o děti převážně staraly, pečovaly o ně. Když tedy jejich potomek projeví zájem postavit se na vlastní nohy, může žena pociťovat strach a snažit se zamezit tomuto osamostatnění. Muži na druhé straně často vnímají osamostatnění svého dítěte jako ztrátu vlastní autority. Odlišný názor prezentují Langmeier a Krejčířová (2006, s. 198), kteří udávají, že právě pro muže je osamostatnění dětí náročnější, protože s nimi (např. kvůli pracovním povinnostem) netrávili v minulosti dostatek času. Osamostatnění potomků může mít dvojí následek: zaprvé pocit opuštěného hnízda, stereotyp a nudu, zadruhé získání dostatečného prostoru a času pro rozvoj vlastních zálib, anebo společných aktivit s partnerem. (Říčan, 2014, s. 310)

Ve střední dospělosti se také proměňují vztahy s vlastními rodiči. Jak popisuje Vágnerová (2007, s. 225), u rodičů 40 až 50letých osob dochází k mnoha podstatným změnám. Tito rodiče obvykle nastupují do důchodu, a s tím se mění i jejich denní harmonogram. (Pokud tedy senioři v zaměstnávání nezůstávají i nadále.) Kromě životního stylu se ale u rodičů – seniorů mění i jejich zdravotní stav, který je ovlivněn různými obtížemi většího, či menšího rozsahu (např. problémy s pamětí, zrakem, sluchem, pohybovým aparátem, ale také demence apod.). „*Role dospělých dětí a starých rodičů přestávají být rovnocenné, jejich relace ztrácí symetrii. V tomto období získává dospělý člověk ve vztahu ke svým rodičům poprvé v životě dominantní postavení. Jejich pečovatelsví a zodpovědnost se nyní nevztahují jen k potomkům, ale i k rodičům.*“ (Vágnerová, 2007, s. 225) Jedinec v období střední dospělosti se tak může potýkat s velkým tlakem, který je na něj kladen. (Vágnerová, 2007, s. 225)

2.3 Období starší dospělosti

V období kolem padesáti let pokračují involuční změny organismu. „*Výkonnost plic, srdce a dalších základních orgánů rozhodujících o tělesné výkonnosti zřetelně klesá.*“ (Říčan, 2014, s. 314) Objevují se také častěji potíže se spánkem, u žen nastupuje menopauza a s ní spojené psychické projevy. (Říčan, 2014, s. 315) „*Zhoršuje se smyslové vnímání, zejména sluch pro vysoké tóny. (...) Zhoršuje se i porozumění řeči, je-li třeba od ní „odfiltrovat“ rušivé zvuky. I tento nedostatek se později zvětšuje.*“ (Říčan, 2014, s. 314) Podobně se vyjadřuje i Vágnerová (2007, s. 239), která dodává, že v oblasti smyslového vnímání dochází také k citelnému zhoršení zraku (dochází k tzv. presbyopii.). Vágnerová (2007, s. 245) taktéž zmiňuje, jak období menopauzy ovlivňuje psychiku ženy. Pomineme-li vegetativní příznaky, má menopauza i sekundární vliv na život ženy, který je opět ovlivněn především tím, jak společnost ženy v klimakteriu vnímá. „*Termín klimakterická ženská slouží občas dokonce i jako pejorativní označení.*“ (Vágnerová, 2007, s. 245) Znamená to, že období klimakteria je spojeno s negativním obrazem ve společnosti. Typická „žena v přechodu“ je nervózní, náladová, zkrátka psychicky labilní. Takový negativní společenský obraz může být pro ženu stresující a může ovlivňovat i vlastní pohled na menopauzu. (Vágnerová, 2007, s. 245-246) Oproti tomu andropauza nepředstavuje pro muže takovou zátěž – není-li spojena s výraznými problémy v oblasti potence. (Vágnerová, 2007, s. 243) „*Jak u muže, tak u ženy*

bývá někdy právě s klimakterickými příznaky spojován pocit beznaděje, ztráty osobní hodnoty, prožitků viny, či sebenenávisť. Empirické výzkumy však ukazují, že u obou pohlaví jsou tyto vážnější emoční rozlady podmíněny spíše negativními postoji společnosti vůči stárnutí a dalšími životními událostmi než samotnými změnami hormonálními (ty mohou spíše jen přechodně vést ke zvýšené emoční labilitě a dráždivosti v relativně krátkém období výrazných hormonálních výkyvů).“ (Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 191)

Se snížením fyzického výkonu, jak byl popsán výše, souvisí i snížení psychického výkonu – lidé jsou unavitelnější a mají snížený postřeh. (Říčan, 2014, s. 321) Jak zmiňuje Říčan (2014, s. 320), nejnápadnější změnou v kognitivní oblasti jsou častější zapomínání a problémy s vybavováním z paměti. Tyto změny působí negativně na prožívání jedince, protože právě problémy s pamětí pokládá za hlavní příznaky svého stárnutí. Navíc se takový jedinec obává i dalšího případného zhoršování paměti.

I v rámci emoční oblasti dochází k jakémusi zpomalení a ustálení. Lidé se snaží udržet v pozitivním prožívání, vyhýbají se případným konfliktním, nebo i extrémně pozitivním situacím, které by je mohly vyvést z emoční rovnováhy. (Vágnerová, 2007, s. 257) *„Stárnoucí lidé leckdy dosahují emoční moudrosti, která představuje schopnost nahlédu nad běžnými výkyvy a každodenními nepříjemnostmi, zmírňuje emoční dopad různých stresů a zklamání a redukuje nepříjemná očekávání. (...) Uvědomují si, že některé životní události se nedají změnit, a proto je lepší je akceptovat, než aby se je pokoušeli ovládat.*“ (Vágnerová, 2007, s. 258)

„Období starší dospělosti je fází postupného uzavírání profesní kariéry.“ (Vágnerová, 2007, s. 259) Lidé si v tomto období již uvědomují, že se blíží nástup do důchodu, a tak je jejich vztah k profesi již stabilizovaný. Navíc do pracovní činnosti vkládají již méně energie, než tomu bylo dříve, jednoduše proto, že se již nemusí snažit o sebeprosazení, povýšení apod. (Vágnerová, 2007, s. 259, 260) Přesto můžeme rozlišit různé postoje jedinců ke své profesi. Buď se na ni jedinci až příliš upnou (obávají se důchodu apod.), nebo se naopak těší na odchod do důchodu a práci je pro ně spíše zatěžující. Lidé mohou být také vyhořelí, nebo naopak realisticky smíření se svou situací, a tak svá poslední léta v práci tráví předáváním zkušeností. (Vágnerová, 2007, s. 261) Na subjektivním vnímání odchodu do důchodu se podílí také náplň práce, tedy je-li manuální, nebo intelektuální. U manuální práce je možné

předpokládat, že jedinci se již mohou cítit fyzicky vyčerpaní, a tak pro ně odchod do důchodu bude představovat vidinu odpočinku. U intelektuálně náročných prací může být situace opačná – lidé jsou stále psychicky výkonní a mohou v práci pokračovat i v důchodovém věku. (Vágnerová, 2007, s. 262)

Na úrovni vztahu s vlastními potomky obvykle dochází k další proměně rodičovské role, která souvisí se sňatkem vlastních potomků (nestalo-li se tak již v předchozím období, jak bylo uvedeno). S tím souvisí i zplození vnoučat. „*Zlatá doba babičkovství a dědečkovství nastává po padesátce.*“ (Říčan, 2014, s. 323) Příchod vnoučat bývá obvykle velmi nadšeně očekáván. Pokud se v rodině nevyskytují závažné konflikty, nebo pokud vnouče nepřichází na svět příliš brzy, je vnímáno pozitivně. (Vágnerová, 2007, s. 282) „*Prarodičovská role se stává významnou součástí identit stárnoucího jedince. Odpovídá sociálnímu očekávání a potvrzuje kvalitu tohoto člověka, jeho generativity, která má na této vývojové úrovni podobu prarodičovství (podobně jako ji potvrzovalo v období mladé dospělosti rodičovství).*“ (Vágnerová, s. 281)

Vztah k rodičům je do určité míry závislý na rozsahu jejich samostatnosti. Psychicky náročnější je situace, kdy padesátiletí jedinci, kteří jsou vytíženi v práci, případně pomocí svým potomkům, se starají i o své rodiče. Ti mohou být na svých dětech již velmi závislí. (Vágnerová, 2007, s. 288) Jejich úmrtí představuje emočně velmi bolestnou situaci. (Vágnerová, 2007, s. 294)

V souvislosti se sledovaným vývojovým obdobím člověka se objevuje i krize středního věku. Pojem krize středního věku je v dnešní společnosti mnohostranně užíván a vykládán. I v odborných publikacích se setkáváme s různým pojetím – do období mezi třiceti a čtyřiceti lety ji situuje Říčan (2014, s. 276), Vágnerová (2007, s. 179) ji zmiňuje v životní etapě mezi čtyřiceti a padesáti lety. Oproti tomu kniha Hrdličky, Kurice a Blatného (2006), krizi středního věku chápe, nikoli jako stav, který přichází v daném věku jedince, ale jako jeden z procesů, kterým člověk během své dospělosti prochází. „*Téma krize středního věku je široce skloňované v západních zemích, ale téměř neznámé v Česku. A to ne proto, že by zde neexistovalo, ale protože se o něm nepíše ani nemluví. Jako by věk mezi třicátým pátým a padesátým rokem života byla tabu.*“ (Hrdlička, Kuric a Blatný, 2006, s. 9) Zmínění autoři definují krizi středního věku následující: „*Krize středního věku je krizí nastoupené životní*

dráhy, úzkostným pocitem, že se přiblížil bod obratu – body, za nímž už nebude reálné učinit žádnou významnou životní změnu, protože na ni člověk bude příliš starý nebo nebude mít dost sil.“ (Hrdlička, Kuric a Blatný, 2006, s. 12)

Vágnerová krizi středního věku chápe mnohem mírněji jako běžnou součást života každého člověka, která je spojena především s přehodnocováním své minulosti i budoucnosti. (Vágnerová, 2007, s. 179-180) Tato krize je přirozenou náplní života čtyřicátníků a padesátníků. Podobně se vyjadřují Langmeier a Krejčířová (2006): „*Sociálně bývá tento věk pojímán jako významný přelom – „konec prvního poločasu života“.* Pro člověka často znamená další příležitost k zastavení a bilancování – *co jsem za půlstoletí života zvládl, co ještě mohu chtít vykonat a zažít.*“ (Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 188)

3 Sluch a sluchové vady

„V přírodě zvířata často využívají sluchu k odhalení nebezpečí a také u člověka tomu tak je. V technice se k tomu často přihlíží a výstražné signály (v dopravě, při obsluze strojů a aparatur) bývají často sluchové. Sluch plní v činnostech i jiné úkoly: pomáhá nám kontrolovat rytmus pohybů (při chůzi, veslování, řezání aj.), chod stroje, vznik závady v jeho chodu apod. Mimořádný význam má zvláštní forma sluchu zúčastněná při vnímání řeči.“ (Čáp, 1980, s. 30) Specifickou úlohu sluch plní při komunikaci a sociální interakci. Komunikace je prostředek nejen k předávání informací, ale v širším slova smyslu především také k navazování a udržování společenských vztahů. (Klenková, 2006, s. 25) Protože se lidská komunikace ve velké míře odehrává na základě mluveného slova, a tedy i sluchové percepce, představuje sluchové postižení určité odcizení od intaktních jedinců. *„Proto je ztráta sluchu takovou tragédií – tím, že člověk přestane slyšet, je vyřazen nejen ze světa zvuků, ale především ze světa řeči a z oblasti lidské komunikace.“* (Skřivan, 2000, s. 17-18)

3.1 Sluchové vady

Sluchovými vadami se můžeme zabývat z hlediska místa a doby vzniku. Podle místa vzniku rozlišujeme vady převodní a percepční/senzoneurální (nebo také sensorineurální – např. Dršata, Havlík a kol., 2015, s. 50). Převodní vady jsou zapříčiněny poškozením vnějšího nebo středního ucha. Mluví-li se o percepčních vadách, jsou způsobeny poškozením vnitřního ucha nebo sluchových drah a příslušných center v mozku. Kombinované vady v sobě zahrnují poškození převodní i percepční. (Hrubý, 1998, s. 40) Někteří autoři (např. Dršata, Havlík a kol., 2015, s. 50) rozlišují dále centrální poruchy sluchu. *„Porucha zpracování sluchového signálu znamená poruchu zpracování informačního obsahu zvuků, zejména řeči. Projevuje se zhoršenou schopností interpretace zvuků jako informačního signálu.“* (Dršata, Havlík a kol., 2015, s. 52)

Převodní vady obvykle vedou pouze k přechodnému zhoršení sluchu, případně k nedoslýchavosti. To je dáno povahou těchto vad – dají se řešit lékařskými zásahy (operací, antibiotiky apod.). Navíc u převodní nedoslýchavosti nejsou poškozeny vláskové buňky ve vnitřním uchu, a tak je jen potřeba, aby smyslová kompenzační pomůcka „obešla“ vnější a střední ucho, proto se při kompenzaci používají nejčastěji sluchadla. Převodní vady mohou

být způsobeny ucpáním vnějšího zvukovodu, zánětem vnějšího ucha/středního ucha, či otosklerózou, nebo cystou ve středním uchu. (Hrubý, 1998, s. 41-42)

Percepční vady na rozdíl od vad převodních mohou vést i k úplné ztrátě sluchu. Percepční vady mohou být zapříčiněny působením tzv. ototoxických látek, které jsou obsaženy ve většině antibiotik. (Hrubý, 1998, s. 42) Toxické látky se však mohou vyskytovat i v organismu jedince. Jedná se o tzv. endogenní toxické látky, které vznikají při onemocnění orgánů (např. ledvin) jedince. (Dršata, Havlík a kol., 2015, s. 176) Exogenní toxické látky jsou ty, které se do těla jedince dostávají z vnějšího prostředí. Kromě zmíněných antibiotik jsou to dále dle Dršaty, Havlíka a kol. (2015, s. 176): „*infekční agens a jejich toxiny (...), ototoxická farmaka (...), průmyslové toxiny (...), poživatiny: chemická úprava potravin, vody, alkohol, nikotin, drogy.*“

Vrozené percepční vady mohou být u dětí způsobené onemocněním těhotné matky (zvláště zarděnkami, toxoplasmózou). (Hrubý, 1998, s. 43)

Získané percepční vady vznikají jako důsledek úrazu hlavy (kdy dojde k poškození sluchového nervu), onemocněním meningitidou, nebo vlněním nádoru sluchového nervu. (Hrubý, 1998, s. 43) „*Získanou percepční poruchu může způsobit i postupné odumírání vláskových buněk. Z mnoha příčin se počet vláskových buněk v průběhu života jedince zmenšuje a ve vysokém věku se pak projeví tzv. stařeckou nedoslýchavostí – presbyakuzií. Zdá se, že tato choroba postihuje stále mladší jedince, na což má rozhodný vliv i zvyšování hluku v životním prostředí.*“ (Hrubý, 1998, s. 43) V současné době je presbyakuze vnímána jako důsledek kumulace vlivů vnějších (hluk prostředí) a vnitřních (stárí sluchového systému). (Dršata, Havlík a kol., 2015, s. 174)

Percepční sluchové vady, zvláště jsou-li oboustranné představují pro jedince výraznou psychickou zátěž – především vyčlenění ze sociální komunikace a interakce, nebo zhoršení sociální role, či sebepojetí. (Dršata, Havlík a kol., 2015, s. 173)

Podle doby vzniku sluchové vady se vymezují vady vrozené (příp. i dědičné) a získané (pre,- anebo post – lingválně, tedy podle toho, zda došlo k rozvoji mluvené řeči). (Hrubý, 1998, s. 40) Z tohoto dělení sluchových vad vyplývá, že lidé se sluchovým postižením tvoří diferencovanou skupinu. Jak poukazuje Hrubý (1997, s. 30-31) většina osob rozlišuje pouze

neslyšící, přičemž si neuvědomují rozdíl mezi prelingválně a postlingválně neslyšícími, nebo osobami nedoslýchavými. „*Nedoslýchavost, ohluchnutí a prelingvální hluchota jsou tři úplně rozdílná postižení se zcela odlišnými a často dokonce vzájemně protichůdnými potřebami.*“ (Hrubý, 1997, s. 32)

Hrubý (1997, s. 33) definuje nedoslýchavé jako: „*(...) nedoslýchaví jsou zcela jistě všichni ti, kteří se sluchadlem alespoň v tiché místnosti rozumějí mluvené řeči i bez odezírání.*“

Ohluchlí, tedy post-lingválně neslyšící mohou za podpory logopedické intervence dále rozvíjet svou verbální komunikaci. „*Hlavní problém ohluchlých je psychologický. Znají cenu zvuku a velice ho postrádají.*“ (Hrubý, 1997, s. 34) Navíc, ohluchne-li člověk v dospělém věku je pro ně již obtížné naučit se odezírat, nebo osvojit si znakový jazyk. (Hrubý, 1997, s. 34)

Dále se rozlišují pre-lingválně neslyšící, tedy osoby, které se narodily, nebo ztratily sluch v rané fázi svého života. V současné době se takovým osobám (resp. dětem) se sluchovým postižením nejčastěji implantují kochleární implantáty. Jsou-li nějaké kontraindikace k implantaci, či dítě implantát nepřijme, rozvíjí se u nich především schopnost komunikace českým znakovým jazykem. Podle Hrubého (1997, s. 36) se osoby pre-lingválně neslyšící mohou cítit méně osaměle, zvláště, cítí-li se spíše jako součást kulturního společenství Neslyšících než jako sluchově postižení jedinci.

K získaným sluchovým vadám se řadí také ušní šelest neboli tinnitus. „*Tinitus pochází z latinského slova ‚tinire‘, tzn. znít nebo zvonit. (...) Tinitus znamená: zvuk, který nemá zdroj v okolním světě.*“ (Thora, Goebel, 2006, s. 23) Rozlišují se dva druhy tinnitu – subjektivní a objektivní. U subjektivního tinnitu nejsme schopni určit, odkud pochází zdroj zvuku. Objektivní tinnitus naproti tomu má svou známou příčinu. (Thora a Goebel, 2006, s. 24)

Thora a Goebel (2006, s. 24-25) rozlišují „*chronický dekompenzovaný tinitus*“ a „*chronický kompenzovaný tinitus.*“ Jejich rozlišení je dáno spíše schopností jedince s tinnitem kvalitně žít (kompenzovat si toto onemocnění) než lékařskou definicí. Abychom tinnitus klasifikovali jako chronický, musí přetrvávat déle než 3 měsíce. (Thora, Goebel, 2006, s. 70)

Nejčastějším typem tinnitu je subjektivní idiopatický tinnitus. (Dršata, Havlík a kol., 2015, s. 198) Zajímavostí je, že podle Thora a Goebel (2006, s. 25-26) téměř všichni jedinci (včetně

intaktních) někdy pocítují tinnitus, zvláště jsou-li v tichém prostředí. Jedná se však o přechodný stav, který intaktní jedinec nevnímá výrazně negativně, nebo si jej ani neuvědomuje.

Ušní šelesty nejsou samy o sobě fyziologicky nebezpečné, problémem však je, že tinnitus obvykle představuje pro jedince psychickou zátěž. Neustálé pískání, hučení atd. v uších může u lidí způsobovat deprese, problémy se spánkem, nebo podráždění. Thora a Goebel (2006, s. 28) toto definují jako „*reaktivní poruchu*.“ Přítomnost tinnitu také u mnoha lidí vyvolává strach, nebo úzkost, která je způsobená především nízkým povědomím o tomto jevu. „*Mnoho pacientů se obává hrozících záchvatů, pokročilé ztráty sluchu, hluchoty nebo psychických poruch*.“ (Thora, Goebel, 2006, s. 45)

Podle druhu tinnitu se odvíjí i jeho léčba. Pokud vzniká jako následek jednorázového vystavení se nepřiměřenému množství hluku, pravděpodobně po určité době sám odezní. Případně může být řešen léčbou za pomoci čistého kyslíku, který zvyšuje prokrvení vláskových buněk. (Thora a Goebel, 2006, s. 45-48) V některých případech tinnitus souvisí i se zablokováním krční páteře, nebo špatným postavením zubů. V takových případech je možné problémy řešit rehabilitačními cvičeními, nebo zákroky u zubního lékaře. (Thora, Goebel, 2006, s. 62–63) „*V některých případech může poškození vnitřního ucha nastat v důsledku poruchy prokrvení (zúžení až uzávěr cév nebo naopak drobné krvácení). Pak je namísto léčba léky, které ovlivňují prokrvení*.“ (Thora, Goebel, 2006, s. 63) Tinnitus lze zmírňovat také tzv. maskováním, které je založeno na pouštění šumu do ucha, v němž jedinec pocítuje tinnitus a tím dojde k jeho překrytí. (Hrubý, 1998, s. 45; Thora a Goebel, 2006, s. 79) Nicméně Thora a Goebel (2006, s. 80) užívání maskérů nedoporučují.

U subjektivního tinnitu nemluvíme o léčbě v pravém slova smyslu, spíše se jedná o změnu přístupu k tomuto jevu a subjektivního prožívání u postižených osob. To znamená, že jedinec by se měl nejprve informovat o podstatě ušního šelestu a zbavit se předsudků a mýtů, které v jedinci vyvolávají již zmíněné obavy. Právě snížení strachu a úzkosti se také výrazně podílí na snížení subjektivního pocítování tinnitu. Pokud si jedinec uvědomí, že tinnitus neohrožuje jeho život a neznamena automaticky chronické zhoršování kvality sluchu, může začít s vlastní léčbou – resp. akceptací tohoto fenoménu. (Thora, Goebel, 2006, s. 43-45) Thora a Goebel (2006, s. 71-72, 76) zdůrazňují, že přijetí vlastního tinnitu jako běžného,

bezpečného zvuku má za následek jeho „zapomenutí - “ postižený si jej přestává uvědomovat. Doporučují i tzv. „zvukovou terapii.“ (Thora, Goebel, 2006, s. 77-80) „*Zjistilo se, že postižení tinitem vnímají méně zvuků. Bud' mají poškození sluchu (většinou ve vysokofrekvenční oblasti), nebo proto, že se pokoušejí vyhýbat se hluku. Ale právě toto omezení dodávaných vjemů vede ke vzniku a negativnímu vlivu tinitu. Existuje-li méně zvuků, mozek zvyšuje vnímavost sluchového systému a pokouší se vše slyšet lépe.*“ (Thora, Goebel, 2006, s. 77) Proto by lidé s nedoslýchavostí mohli problémy s tinnitem vyřešit pomocí sluchadel. S použitím sluchadla se zkvalitní sluchové vjemy, lidé opět uslyší více zvuků zvenci, a tak mozek přestane produkovat vnitřní zvuky – subjektivní tinnitus. (Thora, Goebel, 2006, s. 78) Ušní šelesty tak často provází postupné zhoršování sluchu, respektive vznik nedoslýchavosti. Vzhledem k této skutečnosti se šelesty vyskytují v sledované věkové skupině. „*Tinitus bývá častým steskem nemocných ve věku mezi 40 a 70 lety.*“ (Markalous, 2006, s. 11)

Tinnitus zhoršuje stres (i ten pozitivní). Proto je prevencí tinnitu především zdravý životní styl, jehož součástí je i prevence poškození sluchu. (Thora, Goebel, 2006, s. 82, 90-92) Ušní šelest totiž není samotné onemocnění, ale symptom jiného onemocnění, nebo poškození. (Thora, Goebel, 2006, s. 89)

U některých osob je přítomnost tinnitu doprovázena i hyperakuzií. (Thora, Goebel, 2006, s. 50) „*Hyperakusis je lékařský výraz pro přecitlivělost na hluk.*“ (Thora, Goebel, 2006, s. 50) Následkem těchto jevů se lidé začínají vyhýbat každodenním zvukům, hluku. To ale vede k zesílení těchto problémů. (Thora, Goebel, 2006, s. 50) „*Když se normálnímu hluku vyhýbáme, mozek si myslí: ‚Musím citlivost ještě zvýšit‘ a hyperakusis se zesiluje.*“ (Thora, Goebel, 2006, s. 51)

3.2 Hluk a sluchové vady

Jedním z rizikových faktorů, který se podílí na vzniku sluchového postižení je nadměrně hlučné prostředí. Hluk jako jeden z činitelů poškozující sluch se v literatuře objevuje velmi často v souvislosti se současnou podobou světa. Doprava, hlasitá hudba nejen ve sluchátkách, ale také v některých obchodech, provoz továren, hlučné pracovní prostředí... Je stále těžší v dnešním světě najít místo, které by nebylo spojeno s hlukem, proto se namísto presbyakuze mluví častěji o tzv. socioakuzi. (Dršata, Havlík a kol., 2015, s. 174)

Hluk, který se kumuluje může způsobit nejen trvalé poškození sluchu, ale má také negativní vliv na lidskou psychiku. (Dršata, Havlík a kol., 2015, s. 189) Kromě dlouhodobého působení hluku na lidský organismus může také negativně působit krátkodobě, o to však intenzivněji. V odborné literatuře se mluví o akutním poškození sluchu hlukem, které může být způsobeno akustickým, nebo explozivním traumatem. Léčba je možná, avšak vždy záleží na míře poškození. (Dršata, Havlík a kol., 2015, s. 191-192)

Je-li hlučným prostředím myšleno místo zaměstnání, mluví se o tzv. profesním sluchovém postižení. Nadměrně hlučné prostředí není rizikové jen kvůli hlasitým zvukům, ale také kvůli vibracím. „*Další rizika vznikají v zaměstnáních odvětví chemického průmyslu, např. při práci s ketony (organické sloučeniny) pod vodou a s ototoxiny (některé léky, rtuť, fosfor, olovo, líh, nikotin, některé kyseliny).*“ (Hádková, 2016, s. 237) V pracovním prostředí může vzniknout sluchová porucha či vada akutně – tedy silným zvukem, nebo explozí. Opakem je dlouhodobé vystavování se nadměrnému hluku v pracovním prostředí – chronické poškození sluchu. (Dršata, Havlík a kol., 2015, s. 316) Rizikové prostředí je takové, kde hluk denně dosahuje 85 dB. (Dršata, Havlík a kol., 2015, s. 320) Takové profesní sluchové postižení se objevuje u jedinců, kteří v daném prostředí pracují kolem 10 let. První příznaky, které na sobě člověk pozoruje je zhoršení porozumění řeči, nedoslýchavost a případně také tinnitus. (Dršata, Havlík a kol., 2015, s. 317)

3.3 Neorganické poruchy sluchu

Existují i poruchy sluchu, které však nevznikají na fyziologickém podkladě, proto spíše, než o sluchových vadách je vhodné mluvit o psychických poruchách. Přestože tato problematika nespadá do speciálně pedagogické oblasti, je důležité mít o těchto poruchách povědomí, abychom případně mohli jedince směřovat k příslušným odborníkům.

V rámci těchto tzv. neorganických poruch sluchu můžeme vymezit tři druhy poruch: a) psychogenní poruchu sluchu b) simulaci sluchové poruchy c) disimulaci sluchové poruchy. Zatímco u psychogenní poruchy je jednání člověka nevědomé, u (di)simulace se jedná o účelové a uvědomované jednání. U simulace jedinec sluchovým postižením netrpí, u disimulace ano. Psychogenní porucha sluchu vzniká jako reakce na prožívaný závažný psychický problém. Simulace sluchové poruchy může být motivována například vidinou sociální dávky, nebo může být motivována i jinak (to je ale již skutečně záležitost

psychiatrie, či psychologie). (Dršata, Havlík a kol., 2015, s. 194-195) „*Disimulace je jednání, při kterém nemocný se skutečnou sluchovou poruchou předstírá sluch lepší (normální).*“ (Dršata, Havlík a kol., 2015, s. 195)

Určitá míra předstírání se objevuje i u sluchově postižených, kteří se dorozumívají například odezíráním. Aby se necítili poníženi, „trapně,“ raději předstírají, že druhému jedinci porozuměli. (Strnadová, 1998, s. 135) Proto se nedoporučuje ptát se, zda nám jedinci porozuměli, ale co nám porozuměli. (Strnadová, 1998, s. 15) Toto chování však samozřejmě nespadá do oblasti psychických poruch, jedná se o přirozenou obrannou reakci jedince.

3.4 Diagnostika sluchových vad

Prvním odborníkem, který pozná poruchy sluchu u svých pacientů je praktický lékař. Ten může provést orientační vyšetření sluchu prostřednictvím sluchové zkoušky. Pokud lékař zjistí nedostatky ve sluchové percepci, či se mu s prožíváním těchto nedostatků svěří sám jedinec, je nutné, aby jej praktický lékař odeslal k příslušným odborníkům. (Dršata, Havlík a kol., 2015, s. 115) Těmito odborníky jsou lékaři na otorhinolaryngologických ambulancích. Zde by ošetřující lékař měl stanovit příslušnou diagnózu. Lékař obvykle začíná pohledem na ušní bubínek, tzv. otoskopii. Dále může vyšetřovat pomocí ladiček, slovní zkoušky, anebo audiometrie. Existují i další druhy vyšetření, jejichž realizace závisí jednak na stavu sledovaného jedince, ale také na technických možnostech ambulance, či uvyklém způsobu práce lékaře. (Dršata, Havlík a kol., 2015, s. 117) „*Jak vyšetření ladičkou, tak slovní zkouška jsou mnohdy otorhinolaryngology podceňovány a je prováděno pouze audiometrické vyšetření. Je to chybou, neboť slovní zkouška podá poměrně přesnou informaci o komunikační funkci sluchu a v kombinaci s ladičkovými zkouškami také informaci o typu sluchové vady.*“ (Dršata, Havlík a kol., 2015, s. 117) Jedinec s poruchami sluchu může být dále odeslán k foniatrovi. Ten se zaměřuje na širší kontext obtíží, zvláště na obtíže při různých typech realizace interpersonální komunikace (přímo, zprostředkovaně, v tichém, nebo hlučném prostředí, s jedním, nebo více účastníky konverzace apod.). K diagnostice využívá podobné metody jako otorhinolaryngologové, tedy audiometrii, dále však může provést jiná vyšetření, na které v dané otorhinolaryngologické ambulanci neměli potřebné přístroje (jako například tympanometrie). Konkrétní podoba a rozsah vyšetření však vždy vychází z potřeb daného jedince. (Dršata, Havlík a kol., 2015, s. 118-120)

Diagnostický proces se zaměřuje na přesný popis sluchových obtíží (závažnost, problematické místo) a na rozlišení toho, zda se jedná o běžné problémy, anebo o sluchovou vadu. (Hroboň, Jedlička, Hořejší, 1998, s. 38; Dršata, Havlík a kol, 2016, s.; Hrubý, 1998, s. 46) Po anamnéze, vyšetřující lékař prohlédne vzhled ucha, a to jeho vnější části jako je boltec, tak také jeho vnitřní strukturu (zvukovod, bubínek).

Následovat může vyšetření pomocí ladiček, které umožňuje odlišit vady převodní a percepční. Lékař přikládá ladičku svému pacientovi nejprve před ušní boltec a posléze přímo na hlavu. Pokud jedinec vykazuje lepší výsledky při přikládání ladičky na hlavu, jedná se s velkou pravděpodobností o vadu převodní. (Hroboň, Jedlička, Hořejší, 1998, s. 39) Mezi další klasické metody patří vyšetření šepotem a hlasitou řečí. Lékař zjišťuje, zda jedinec slyší a rozumí slovům, která mu přeřikává. „*Pro šepot považujeme za normu 6 metrů, pro hlasitou řeč 10 metrů.*“ (Hroboň, Jedlička, Hořejší, 1998, s. 39-40)

V rámci tzv. tónové audiometrie, další diagnostické metodě, jedinec ve sluchově izolované kabině reaguje na různé zvukové frekvence. „*Vyšetřuje se zvlášť vedení vzdušné – sluchátky nasazenými na uši – a zvlášť kostní vedení – vibrátorem přiloženým na kost za boltcem.*“ (Hroboň, Jedlička, Hořejší, 1998, s. 40-42)

Diagnostika může být založena i na tzv. objektivních metodách, ve kterých nehraje zásadní úlohu subjektivní vnímání jedince, ale výsledky získané na speciálních přístrojích. (Hroboň, Jedlička, Hořejší, 1998, s. 42) Mezi tyto metody řadíme tympanometrii neboli vyšetření středoušních reflexů. „*Při napnutí středoušních svalů se poddajnost bubínku snižuje a přístroj zobrazí změnu poddajnosti v podobě charakteristické křivky. Při sluchové vadě jsou středoušní reflexy hůře vybavitelné, u těžkých vad zcela chybějí.*“ (Hroboň, Jedlička, Hořejší, 1998, s. 43-44)

Vyšetření evokovaných sluchových potenciálů a otoakustických emisí je možné provádět i při nevědomí pacienta. Obě metody vyžadují naprostý klid jedince a tichou místnost. První z uvedených vyšetření se zaměřuje na měření šíření nervového vzruchu sluchovými drahami. Otoakustické emise se měří prostřednictvím sondy umístěné ve zvukovodu.

(Hroboň, Jedlička, Hořejší, 1998, s. 44-49) „*Bylo totiž zjištěno, že při přenosu zvuku do vnitřního ucha dochází ve sluchovém orgánu k pohybu vláskových buněk, které vyrábějí první nervové vzruchy. (...) Bubínek tak vlastně pracuje jako miniaturní reproduktor – jeho*

kmitáním ve zvukovodu vznikají velmi slabé zvuky, které se nazývají otoakustické emise.“ (Hroboň, Jedlička, Hořejší, 1998, s. 47) Nepřítomnost otoakustických emisí ukazuje na přítomnost sluchových vad. (Hroboň, Jedlička, Hořejší, 1998, s. 47)

Tyto objektivní metody jsou využívány především při diagnostice dětí, anebo pouze jako doplňkové vyšetření. (Hroboň, Jedlička, Hořejší, 1998, s. 48-49)

3.5 Kompenzace sluchových vad

Dle typu sluchové vady a její závažnosti lze indikovat sluchadla, anebo chirurgický zákrok. Obě možnosti sledují společný cíl, a to zajistit dostatečnou úroveň verbální komunikace jedince s okolím. (Dršata, Havlík a kol., 2015, s. 224) U dospělých osob se získanou sluchovou vadou musí vyšetřující lékař brát v potaz několik faktorů, na základě kterých rozhodne o dalším postupu kompenzace, či rehabilitace sluchu. Jedním z těchto faktorů je typ samotné sluchové vady. *„Kompenzace sluchu pomocí sluchadla je možná téměř u všech pacientů s převodní, sensorineurální či kombinovanou nedoslýchavostí. Výjimku tvoří pacienti s výrazným výtokem ze zevního zvukovodu, pacienti s praktickou hluchotou a pacienti, kteří z různých důvodů sluchadlo netolerují.“* (Dršata, Havlík a kol., 2015, s. 224) Sluchadlo také není vhodné pro osoby, pro něž představuje nošení sluchadla stigma, nebo je pro ně jeho údržba příliš nákladná. (Dršata, Havlík a kol., 2015, s. 232-233) Používání sluchadel je spjata s postupnou adaptací na jejich užívání, nácvikem obsluhy zařízení a pravidelnými kontrolami. (Dršata, Havlík a kol., 2015, s. 270-281) Je tedy zapotřebí, aby jedinec kooperoval s lékaři a byl schopen sluchadlo udržovat.

V dnešní době se upřednostňují sluchadla digitální, která nahradila starší modely analogových sluchadel. (Dršata, Havlík a kol., 2015, s. 240) Výhodou digitálních sluchadel oproti těm analogickým je především možnost je digitálně nastavovat, adaptace na různá sluchová prostředí nebo snížení akustické zpětné vazby a šumu. (Hrubý, 1998, s. 129)

Podle umístění se rozlišuje několik druhů sluchadel. Jedním z nich jsou sluchadla kanálová, která jsou umístěna ve zvukovodu. Jejich nevýhodou je nízká výdrž baterie. Dále existují sluchadla zvukovodová, která jsou viditelná již při okraji zvukovodu. Sluchadla boltcová vyplňují boltec a v porovnání s kanálovými a zvukovodnými sluchadly jsou výkonnější a mají delší výdrž baterie. Typ, který je pravděpodobně nejznámější je sluchadlo závěsné. Ta mají z předkládaných druhů nejdelší výdrž baterie a jejich obsluha nevyžaduje takové

množství přesné činnosti jemné motoriky rukou, jako tomu je u menších sluchadel. (Dršata, Havlík a kol., 2015, s. 243-247) Dále se pro kostní vedení sluchu mohou využívat brýlová sluchadla. (Dršata, Havlík a kol., 2015, s. 249)

Výhody poskytuje i používání tzv. indukční smyčky. „*Indukční smyčka je zařízení, které mění elektronicky kódovaný signál v elektromagnetické pole, které emituje do prostoru a jež je následně snímáno indukční cívkou sluchadla. používá se v akusticky méně příznivých prostorách (např. kostel, přednáškové sály, divadlo apod.) nebo při poslechu televize.*“ (Dršata, Havlík a kol., 2015, s. 268)

Pokud kompenzace sluchadly není dostačující, či je nevhodná, je možno indikovat smyslové náhrady, které se implantují do těla jedince. Jedním z takových přístrojů jsou systémy pro kostní vedení zvuku. Příkladem takového systému je BAHA od firmy Cochlear. Tyto systémy se používají u převodních sluchových vad, kdy díky těmto systémům zvuk obchází poškozené vnější a střední ucho a vede zvuk přes kostní vedení do vnitřního ucha. Používá se také při jednostranné hluchotě, kdy je zvuk veden do jednoho nepoškozeného vnitřního ucha. (Dršata, Havlík a kol., 2015, s. 282-284)

Při ztrátě sluchu nad 85 dB se indikují kochleární implantáty. (Výbor České společnosti otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, 2014, str. 2) Jedná se o elektronickou smyslovou náhradu, jejíž část s elektrodami se zavádí do vnitřního ucha. Kochleární implantáty fungují na principu elektrické stimulace uvnitř hlemýžďe ve vnitřním uchu. (Hrubý, 1998, s. 146) Po operačním zákroku dochází k dlouhodobé rehabilitaci a postupnému zapínání a nastavování jednotlivých elektrod. (Dršata, Havlík a kol., 2015, s. 287-292) Pro osoby se získaným sluchovým postižením, zejména nedoslýchavostí je vhodný tzv. hybridní kochleární implantát, který „*(...) umožňuje náhradu slyšení kombinovaně zvukovou stimulací pro hluboké frekvence (jako sluchadlo) a zároveň elektricky pro hluchotu na vysokých frekvencích (jako kochleární implantát).*“ (Dršata, Havlík a kol., 2015, s. 292)

Vedle těchto známějších implatabilních smyslových náhrad existují i méně známé aktivní středoušní implantáty a sluchová kmenová neuroprotéza. „*Aktivní středoušní implantát (AMEI, Active Middle Ear Implant) je elektronické implatabilní zařízení, které zlepšuje nebo nahrazuje funkci převodního systému středouší (středoušních kůstek).*“ (Dršata, Havlík

a kol., 2015, s. 284) Lze jej použít u sluchových vad, které nemohou být kompenzovány sluchadlem, nebo i při absenci středoušních kůstek. Nevýhodou tohoto implantátu je nízká výdrž baterií a nutnost opakovaných operací, při které k výměně baterií dochází. (Dršata, Havlík a kol., 2015, s. 284-287) Sluchová kmenová neuroprotéza se používá při oboustranném poškození sluchového nervu. Problémem však je nízký přínos takového zařízení – implantát pomáhá jedinci v základní orientaci v prostředí a při odezírání. (Dršata, Havlík a kol., 2015, s. 292-293)

V současné době jsou na trhu různé pomůcky, které usnadňují lidem se sluchovým postižením každodenní život a sebeobsluhu. Tato zařízení používají světelné, elektronické, nebo vibrační signalizaci. Existují tak například světelné budíky, které blikají, nebo vibrují, vibrační hodinky, dveřní zvonek se světelnou signalizací apod. (Hrubý, 1998, s. 160-177) Ke komunikaci jedincům pomáhají například tzv. zesílené telefony, nebo psací telefony. (Hrubý, 1998, s. 196-210)

Internet také poskytuje nové možnosti pracovního uplatnění jedinců se sluchovým postižením. Pro většinu práce na počítači je totiž důležitější než sluch především dovednost pracovat s určitým programem. Navíc lze tyto dovednosti získat i v kurzech pro zaměstnance. Internet může jedince otevřít sociální komunikaci – přes sociální síť, seznamky, chaty. Také poskytuje nástroje k vyjádření vlastních názorů (vlastní blog/webová stránka) a k sdružování osob s podobnými problémy (svépomocné skupiny na sociálních sítích, webových stránkách, stránkách oficiálních organizací). (Hrubý, 1998, s. 252-253)

Při poslechu televize může jedinec s nedoslýchavostí zpočátku kompenzovat svou sluchovou vadu regulací hlasitosti, později může používat sluchadlo a indukční smyčku, jak již bylo řečeno výše. Ohluchlí jedinci se mohou obrátit na teletext, který poskytuje základní informace – zprávy, sportovní informace, nebo informace o pořadech. Samostatnou kategorií tvoří titulkování pořadů v televizi. Podle zákona O provozování rozhlasového a televizního vysílání musí veřejnoprávní televize otitulkovat alespoň 15 % všech svých pořadů. (Zákon č. 231/2001, §32 odst. 2) Je-li to dostačující procento, zůstává otázkou.

3.6 Komunikace osob se získaným sluchovým postižením

Sluchové postižení má nejzásadnější dopad na komunikační schopnost. Jedinec se sluchovým postižením má obtíže v interpersonální komunikaci, ale také při získávání informací. (Vágnerová, 2012, s. 214) „*Komunikační komplikace bývají i největším subjektivním problémem, který ze sluchové vady vyplývá.*“ (Vágnerová, 2012, s. 214) Každý jedinec si volí vlastní komunikační strategie/komunikační systémy.

Podle zákona o Komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob (Zákon č. 384/2008) si jedinec se sluchovým postižením se v závislosti na době vzniku postižení, jeho závažnosti, a především dle osobních preferencí může zvolit vhodný způsob komunikace podle individuálních možností. (Zákon č. 384/2008, §1 odst. 2)

Český znakový jazyk obvykle volí jedinci s pre-lingválním postižením sluchu. Pro osoby se získaným sluchovým postižením v pozdějším věku může být osvojení tohoto jazyka velmi obtížné, ne-li přímo nemožné. (Hrubý, 1997, s. 34) Český znakový jazyk je svébytný jazyk, který je na českém jazyce nezávislý. (Hrubý, 1997, s. 185) Oproti českému znakovému jazyku stojí znakovaná čeština. „*Ani znakovaná čeština samozřejmě není jazykem, ale umělým systémem, pomůckou, kterou vymysleli slyšící, aby se snáze domluvili s neslyšícími. Znakovaná čeština je založena na tom, že se ústy zřetelně vyslovuje česká věta a pod její jednotlivá slova se podsouvají znaky vypůjčené ze slovníku českého znakového jazyka.*“ (Hrubý, 1997, s. 188) Znakovaná čeština je vhodná spíše pro osoby, které umějí kvalitně odezírat. (Hrubý, 1997, s. 188)

Dalším možným komunikačním prostředkem je prstová abeceda. Slouží však spíše jako podpůrný druh komunikace, protože tento druh komunikace je velmi pomalý. (Hrubý, 1997, s. 187)

Odezírání je jedna z možností, kterou neslyšící, nebo nedoslýchavé osoby mohou užívat k získávání potřebných informací při komunikaci se slyšícími komunikačními partnery. Problémem však je, že odezíráni je velmi náročné. Hrubý (1997, s. 191) uvádí, že při déle, než třiceti minutách soustavného odezíráni se člověk již nemůže soustředit, potřebuje tedy při tomto druhu komunikace pravidelné přestávky.

Také není možné odezíráním rozumět všem slovům. Od odezírajícího jedince se vyžaduje schopnost domýšlet si některá slova, či slovní spojení dle daného kontextu. „*I ten, kdo umí odezírat, se často spíše jen snaží odhadnout, co mu chce druhý člověk sdělit.*“ (Strnadová, 1998, s. 14) Dále také není možné odezírat většinu paralingválních prostředků řeči – barva, intonace, melodie apod. „*Z téhož důvodu ‚orální‘ neslyšící vůbec nerozumějí např. ironii. Obvykle se uvádí, že odezřít lze v nejlepším asi 30% fonematické informace řeči.*“ (Hrubý, 1997, s. 190)

Při úplné ztrátě sluchu je pro jedince nemožné odezíráním porozumět všemu v mluveném projevu. (Strnadová, 1998, s. 19) Efektivní odezírání je také do značné míry závislé na prostředí, v němž k odezírání dochází, na osobě, která realizuje mluvený projev a na aktuálním stavu odezírajícího. (Strnadová, 1998, s. 20-21)

I člověk, který je zvyklý odezírat, se může dopouštět různých chyb a nedorozumění. Problém mohou činit nová neznámá, nebo cizí slova, jejichž význam si jedinec domyslí, anebo slova známá, ale užitá v jiném kontextu, než je běžné. Může se také stát, že jedinec neodezře všechna slova v sdělení (například předložky), a tím zamění význam sdělované informace. (Strnadová, 1998, s. 124) „*Proto se odezírajícího člověka zásadně neptáme, zda nám rozuměl, nýbrž co nám rozuměl.*“ (Strnadová, 1998, s. 15) Strnadová dále zmiňuje taktiku blufování, kdy odezírající jedinec předstírá, že sdělení porozuměl, aby tak zamezil pocitům studu. (Strnadová, 1998, s. 135) Jedinec, jehož primární komunikací s okolím (jako je právě osoba se získaným sluchovým postižením) je forma odezírání, se vystavuje neustálému stresu a obavám z neúspěšné komunikace. Proto se tyto lidé brání negativním zkušenostem tím, že předstírají porozumění, spontánně sami zahajují vyprávění, při kterém se nenechají přerušit, aby nebyli nuceni odezírat, či se vyhýbají sociálním kontaktům. (Strnadová, 1998, s. 135-146) Právě omezení interpersonálních kontaktů lze považovat za velmi rizikové, zvláště vede-li k sociální izolaci a ztrátě společenského života. Jedinec se může cítit vyloučen z komunikace i v případě, že se nachází mezi známými lidmi. Nejenže je pro neslyšícího obtížné, či přímo nemožné odezírat skupinovou konverzaci, zároveň se nemůže aktivně zapojit, protože nestíhá sledovat téma hovoru apod. Pokud se tedy jedinec se získaným sluchovým postižením bude snažit udržet kontakty se svými přáteli a známými, musí je upozornit na pravidla vzájemné komunikace. V opačném případě se mnohdy stává,

že odezírající jedinec je přítomen jen fyzicky, ale sociálně – komunikačně je zcela izolován. Při podobných zkušenostech se tak jedinec může začít stranit společenských kontaktů až k zmíněné sociální izolaci. (Strnadová, 1998, s. 135-146)

Podle Hrubého (1997, s. 190) se schopnost odezírání liší u každého jedince, a to i u slyšících jedinců. To znamená, že intaktní jedinci mohou mít lepší schopnost odezírat než jedinci se sluchovým postižením. „*Odezírání je schopnost, kterou lze rozvinout, ale nikoliv naučit.*“ (Hrubý, 1997, s. 190)

Odezírání je schopnost, proto ji nelze naučit, ale je možné jedinci poskytnout základní rady, aby se v technice odezírání orientoval. (Strnadová, 1998, s. 19)

4 Kvalita života

4.1 Vymezení pojmu kvalita života

S pojmem kvalita života se můžeme setkat napříč různými vědními obory. V rámci těchto jednotlivých vědních oborů se kvalita života vždy vymezuje podle povahy daného oboru, nebo zkoumané problematiky. Z toho vyplývá, že neexistuje uznávaná univerzální definice, která by byla aplikovatelná na všechna odvětví, v nichž se pojmu kvalita života užívá. Navíc tento pojem bývá často vyjádřen i jinými slovními spojeními. „*Jako příklad lze uvést pojmy social well-being (sociální pohoda), well-being (pocit pohody), subjective well-being (individuální stav pohody), social welfare (sociální blahobyť) (...)*.“ (Heřmanová, 2012, s. 11)

Na vybraných pojmech lze sledovat společný průsečík – kvalita života je vnímána jako subjektivní více či méně pozitivní pocit jedince, který se vytváří na základě působících vnějších a vnitřních faktorů na osobnost jedince. Heřmanová (2012, s. 11) uvádí, že kvalita života je těžko vymezitelná právě kvůli širokému spektru faktorů/činitelů, které jedince ovlivňují. Dále také poukazuje na to, že definice do určité míry odráží i optiku, životní styl, nebo světový názor samotného autora definice (Heřmanová, 2012, s. 43). Heřmanová (2012, s. 41) sama nabízí na základě prostudování většiny dostupných definic vlastní vymezení pojmu. „*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.*“ (Heřmanová, 2012, s. 41) Z uvedené definice je nutno akcentovat, že hodnocení kvality života je značně ovlivněno hodnotami a normami dané společnosti, kultury. (Zeman, 2008, s. 141)

Přestože je kvalita života subjektivní pocit, mnohdy se odlišuje i tzv. objektivní kvalita života, která je měřitelná. Ta nebere do úvahy individuální hledisko jedince, nýbrž podmínky, ve kterých člověk žije. „*Mluvíme-li o objektivní kvalitě života, rozumíme tím obvykle konkrétní, často měřitelné životní podmínky a dosaženou životní úroveň jednotlivce či obyvatelstva.*“ (Heřmanová, 2012, s. 47) „*Obyvatelé ekonomicky vyspělejších zemí vykazují větší míru spokojenosti než obyvatelé zemí méně vyspělých. Stále ale platí, že*

od určité hranice finančního zabezpečení se důležitost objektivní úrovně zmenšuje a lidé se přiklánějí k subjektivnímu náhledu na svůj život.“ (Hradilová, 2017, s. 17)

4.2 Subjektivní kvalita života a zdraví

Subjektivní vnímání kvality života ovlivňuje mnoho individuálních faktorů jako je věk, pohlaví, vzdělání, zaměstnání apod. (Heřmanová, 2012, s. 48) Proto je možné, aby dva jedinci například se stejným sluchovým postižením svůj pocit pohody, svou kvalitu života i svůj život jako takový hodnotili zcela odlišně. Tato diplomová práce se zabývá především dvěma základní faktory, u kterých se předpokládá, že mají zásadní vliv na kvalitu života – věk jedince (z tohoto důvodu je v první kapitole nastíněn celkový bio-psycho-sociální kontext jedinců ve sledovaném věkovém období, tj. v období střední a starší dospělosti) a zdraví (v rámci této práce především získané sluchové postižení).

Zdraví je významným činitelem, který působí na kvalitu života, proto lze uvažovat, do jaké míry získané postižení subjektivní kvalitu života jedince výrazně ovlivňuje. (Heřmanová, 2012, s. 63) Odborníci se však shodují, že zdravotní obtíže neznamenaají vždy zákonitě nižší subjektivní kvalitu života. (Hradilová, 2017, s. 23-24) *„Odborný koncept QOL používá pro vyjádření zdravotního stavu a kvality života spojení **health-related quality of life** (dále jen HRQOL). Tento pojem bývá v české literatuře opět překládán mírně odlišně, patrně nejčastěji se však vyskytuje jako kvalita života spojená se zdravím či týkající se zdraví.“* (Hradilová, 2017, s. 27)

Vznik sluchového postižení můžeme pojímat jako aspekt kvality života související se zdravím, nebo také jako pojem životní události. Životní událost v tomto ohledu chápeme jako zásadní změnu v životě člověka, která ovlivňuje celou jeho bio-psycho-sociální jednotu. (Payne a kol., 2005, s. 451) *„Životní události jsou součástí individuální životní zkušenosti, mění život jednotlivce, vstupují do jeho sociálních vztahů a ovlivňují psychický stav.“* (Payne a kol., 2005, s. 451) Protože postižení často takové důsledky má, lze tedy získané sluchové postižení vnímat jako životní událost s negativním emočním nábojem. Podle Payne a kol. (2005, s. 456-457) může podobná životní událost vést k: *„a) změně perspektivy“* (přehodnocení dosavadního života – myšleno před onou změnou), *„b) změně hodnot, c) změně smyslu života, d) stagnace“* (zaměření se pouze na danou životní událost), *„e) ohrožení zdraví.“*

Kvalita života jedince se tedy může v průběhu života lišit, a to podle aktuálních životních podmínek, či působících činitelů. Vyskytne-li se u jedince získané sluchové postižení, můžeme říci, že je jedním z cílů speciálně pedagogické, medicínské, či sociální intervence zlepšení kvality života jedince. Začne-li například padesátník trpět středně těžkou nedoslýchavostí, jsou mu posléze indikována sluchadla. Z laického pohledu je problém, – obtíže ve slyšení a porozumění řeči, – vyřešen. Nicméně podle Payne a kol. (2005, s. 176) se takové závěry nemusí shodovat s opravdovým prožíváním jedince. Podle odborníků je při veškeré intervenci, nápravě, léčbě, rehabilitaci apod. důležité vždy pracovat s očekáváním jedince. *„Rozdíl mezi očekávanou a dosaženou změnou kvality života pak zásadním způsobem ovlivňuje spokojenost pacienta s léčbou.“* (Payne a kol., 2005, s. 176) Nemá-li jedinec dostatek jasných a pravdivých informací o možnostech kompenzace svého postižení, může mít od sluchadel apod. nerealistická očekávání. Vyjdeme-li z příkladu se středně těžkou nedoslýchavostí, je možné, že takový jedinec nakonec nebude spokojen, protože s používáním sluchadel je spojen určitý dyskomfort. I přes úspěšnou korekci sluchadly atd. může jedinec pociťovat neuspokojenost z léčby. *„Jeho zakázka totiž nebyla pouze odstranění nemoci, ale změna kvality života, ke které nedošlo.“* (Payne a kol., 2005, s. 177)

4.3 Modely kvality života

Kvalita života je, jak již bylo řečeno, v poslední době velmi diskutovaným tématem napříč různými obory. Její definice, ač se více či méně mezi sebou liší, poskytují podobné charakteristiky a znaky. V současné době tedy není třeba obhajovat pojem kvalita života, ale hledat činitele, které kvalitu života ovlivňují. A to je stále velmi nejasné, a do určité míry asi i bude, protože kvalita života je ryze subjektivní, individuální záležitost každého člověka. (Payne a kol., 2005, s. 206)

Odborníci na danou problematiku se snaží vytvořit vhodný model těchto činitelů, který by mohl platit univerzálně jako evaluační nástroj. Centrum pro podporu zdraví při Univerzitě v Torontu vytvořilo následující model (Center of Health Promotion University of Toronto, sek. Payne a kol., 2005, s. 208-209): *„bytí, přilnutí a realizace,“* které se dále dělí na další podkategorie. *„Bytí fyzické, psychologické a spirituální, přilnutí fyzické, užší a širší sociální přilnutí, praktické uskutečňování, relaxační aktivity a růst.“*

Jiné rozlišení nabízí Spitzer (1981, sek. Payne a kol., 2005 s. 286).

„Kritéria kvality života pacienta podle W. O. Spitzera:

- *pracovní schopnost pacienta,*
- *fyzická nezávislost pacienta na druhých lidech (cizí pomoci),*
- *finanční situace pacienta,*
- *způsob trávení volného času,*
- *bolesti pacienta,*
- *nepohodlí daného pacienta,*
- *vědomí pacienta o následcích jeho nemoci,*
- *komunikace pacienta s okolím,*
- *vztah pacienta s jeho primární sociální skupinou (přáteli a rodinou)“*

(Spitzer et al, 1981, sek. Payne a kol., 2005, s. 286)

Podle Payne a kol. (2005, s. 255) lze kvalitu života sledovat na různých úrovních, a to na fyzické, duševní a duchovní. Fyzická rovina je zde ztotožňována s pojmem zdraví, duševní se štěstím a duchovní se smyslem života.

S uvedeným dělením je však možno polemizovat. Zdraví neznamená automaticky zdraví tělesné, rozlišuje se i zdraví psychické. Není možné vnímat zdraví pouze jako tělesnou nepřítomnost nemoci, jak to naznačuje uvedený model. Duševní kvalita života je vymezena jako štěstí, což je velmi vágní a nepřesný pojem, navíc bývá synonymizován právě s kvalitou života. Zaměříme-li se na uvedené dimenze, jasně z nich vyplývá, že jedna nemůže existovat bez druhé, resp. jedna bez druhé nemůže vést k prožívané kvalitě života. Pokud má jedinec dobrou „tělesnou kvalitu života,“ ale nezažívá pocity štěstí, nebo smysluplnosti, nemluvíme poté o kvalitě života, ale o fyzickém zdraví.

Payne a kol. (2005, s. 355) dále upozorňují na vzájemné ovlivňování zdraví a kvality života. *„Lidé nespokojení se svým zdravotním stavem přenášejí jistě svou nespokojenost i do hodnocení kvality života, současně ale platí, že nižší spokojenost se životem se přenáší do hodnocení zdravotního stavu.“* (Payne a kol., 2005, s. 355)

Výše uvedené lze vnímat spíše jako pilíře, na kterých subjektivně prožívaná kvalita života stojí. Dále mohou být rozlišeny tři hlavní domény kvality života: *„(...) fyzické prožívání,*

psychickou pohodu a sociální postavení jedince a jeho vztahy k druhým lidem.“ (Payne a kol., 2005, s. 351)

Bergsma a Engel (1988) rozlišují čtyř úroňový model jednotlivých oblastí, které ovlivňují kvalitu života. První úroň je „*makro úroveň*“ (Bergsma a Engel, 1988, s. 273), kterou představují nejvyšší společenské skupiny (např. stát, náboženské systémy apod.). „*Mezo úroveň*“ (Bergsma a Engel, 1988, s. 274) představují jednak malé sociální skupiny jako rodina, přátelé, nebo kolegové, ale také pečovatelské domy, nebo jiná zdravotnická zařízení. „*Osobní úroveň*“ (Bergsma a Engel, 1988, s. 275), třetí úroň, je ryze subjektivní záležitostí každého jedince. Čtvrtá rovina je pojmenována jako „*fyzická*“ (Bergsma a Engel, 1988, s. 276), a je vztažena především k pozorování chování daného jedince. V rámci této roviny je možno údaje měřit, počítat a kvantifikovat. (Bergsma a Engel, 1988, s. 273-276) „*Hovoříme-li o kvalitě života, je třeba si předem ujasnit, o kterou rovinu nám jde.*“ (Křivohlavý, 2002, str. 164)

4.4 Měření kvality života

Měření kvality života můžeme rozlišit podle osoby, která provádí hodnocení na metody, kdy je hodnotitel: druhá osoba, sledovaná osoba (sebehodnocení), nebo kdy se kombinují oba typy hodnocení. (Křivohlavý, 2002, s. 165) Příklady hodnocení druhou osobou jsou i výše zmíněná kritéria podle Spitzera. (Spitzer et al, 1981, sek. Payne a kol., 2005, s. 286)

Častá diskrepance mezi hodnocením odborníků (lékařů apod.) a vlastním hodnocením jedince se dnes přikláníme spíše k subjektivnímu hodnocení. (Křivohlavý, 2002, s. 168) Bergsma a Engel (1988, s. 267-268, 277-278) ve svém článku zdůrazňují, že je potřeba nahradit zastarávající model hodnocení kvality života lékařem. Toto hodnocení označují jako paternalistické. Lékař je nadřazen jedinci a ví, co je pro něj nejlepší. Za nejpřínosnější považují otevřenou a respektující komunikaci mezi odborníkem a jedincem, který si sám dokáže svou kvalitu života zhodnotit, ale odborníka (zde lékaře) potřebuje k tomu, aby mu poskytl odborný názor. (Bergsma a Engel, 1988, s. 278-279)

Jedním z příkladů subjektivní metody hodnocení kvality života je metoda Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQoL). Překládá se jako „*(...) systém individuálního hodnocení kvality života.*“ (Křivohlavý, 2002, s. 172) Tato metoda se zakládá na vlastním vymezení hodnot, které jsou pro daného jedince důležité. Sledovaný jedinec

tedy hodnotí oblasti (sám si vytyčuje indikátory kvality života), které jsou pro něj osobně nejdůležitější. Jedinec nejprve vytyčí své hodnoty, k těm se procentuálně vyjádří, jak se dle svého názoru k naplnění hodnoty přibližuje a na závěr k jednotlivým hodnotám připíše procentuálně vyjádřenou důležitost. (Křivohlavý, 2002, s. 172; Zeman, 2008, s. 143) O vytyčených aspektech se s daným člověkem vede rozhovor. (Křivohlavý, 2008, s. 142) Smíšené metody hodnocení představuje například MANSa (Manchester Short Assessment of quality of Life), který zahrnuje i širší celospolečenské aspekty (například bezpečnost v zemi). (Křivohlavý, 2002, s. 176)

4.5 Výzkumy zabývající se kvalitou života

Doposud provedené výzkumy se věnovaly tématu kvality života ve spojitosti se sluchovým postižením/sluchovými vadami pouze okrajově – například výzkum v rámci diplomové práce Dvořákové (2016). Kvantitativní a kvalitativní výzkum, který byl použit se zabýval osobami s ušními šelesty. Respondenti byli lidé ve věkovém rozmezí devatenáct až šedesát i více let, informanti byli lidé ve věku čtyřicet pět, padesát tři a padesát čtyři let. (Dvořáková, 2016, s. 54)

Dalším podobným výzkumem se zabývala Veldová (2014), která zkoumala život jedinců s tinnitem, resp. to, jak se jedinci s ním vyrovnávají. Kvalitativního výzkumu se účastnili lidé ve věku od dvaceti pěti do šedesáti osmi let. Tito informanti neměli žádnou další sluchovou vadu. (Veldová, 2016, s. 50)

Přímé zaměření na kvalitu života byl ve výzkumu Irovské (2018). Autorka také použila kvalitativní výzkum s osobami ve věku dvacet čtyři až třicet dva let a šedesát šest let. Opět se jednalo o osoby s tinnitem. (Irovská, 2018, s. 32-35)

Výzkum Hradilové (2017) se zabýval kvalitou života dospělých osob se sluchovým postižením. V rámci metodologie bylo použito kvantitativních (dotazník autorky, dotazník WHOQOL-BREF) i kvalitativních metod (volné písemné vyjádření zúčastněných osob). (Hradilová, 2017, s. 65-72) Výsledky výzkumu ukázaly, že lidé se sluchovým postižením v dospělém věku hodnotí svou kvalitu života pozitivně. V různých sledovaných oblastech jejich života vykazují vysokou míru spokojenosti. (Hradilová, 2017, s. 128-130) „*Znovu se tak potvrzuje teze, že ani výraznější změny zdravotního stavu, z vnějšího pohledu negativní,*

nemusí vykazovat totožný výsledek v hodnocení osoby, které se primárně týkají.“ (Hradilová, 2017, s. 131)

5 Vlastní výzkumné šetření

Tato kapitola je věnována popisu výzkumného šetření, který realizovala autorka práce v průběhu jara až podzimu v roce 2019. V jednotlivých podkapitolách jsou vysvětleny základní pojmy týkající se designu výzkumu, metodiky plánování a realizace výzkumu i následného zpracování interpretace získaných dat.

5.1 Postup při plánování a realizaci výzkumu

Před zahájením vlastního výzkumného šetření autorka diplomové práce provedla rešerše dostupné literatury vztahující se k tomuto tématu, aby odhalila, jaké otázky si kladli jednotliví autoři, jaké postupy používali při vlastním výzkumu a k jakým závěrům dospěli. Následně bylo shrnuto dosavadní poznání k hlavnímu tématu práce i tématům dílčím tak, jak jsou uvedeny v teoretické části této práce. Zvláštní pozornost byla věnována definici základních pojmů a klíčových slov.

Následně byla vytyčena základní výzkumná otázka a dílčí podotázky. Jak podotýká Hendl (2016, s. 160) „*Otázky se vyvíjejí a upřesňují v průběhu výzkumu. Otázky vyplývají z uvedeného teoretického přehledu a analýzy problému a určují plán výzkumu.*“ Proto i v rámci tohoto výzkumu byly výzkumné otázky upravovány dle aktuálních okolností poznání.

Dále byla vybrána vhodná metoda výzkumu, vytvářel se návrh a zpřesňování designu výzkumného nástroje i způsob výběru informantů. Následovala vlastní realizace výzkumu v terénu a zaznamenání dat, jejich interpretace a kódování. Na závěr byl shrnut přínos studie.

5.2 Etické otázky výzkumu

Realizace výzkumného šetření probíhala v souladu s etickými principy výzkumu. Každý informant obdržel písemný informovaný souhlas s účastí na výzkumném šetření (vzor viz příloha) s vysvětlením okolností výzkumu a s kontaktem na realizátora výzkumu. Taktéž bylo v tomto souhlasu vyznačeno, že informanti mohou kdykoli svou účast na výzkumu odvolat, a to bez jakýchkoli následků. Dále bylo informantům dáno na vědomí, že bude zachována jejich anonymita a jaké údaje budou odhaleny (pohlaví, zaměstnání, u některých informantů věk). Jiné osobní údaje (například jména potomků, spolupracovníků, adresa bydliště apod.) byly za účelem zachování soukromí vynechány, anebo změněny.

Podle Hendla (2016, s. 158) je důležité mít na paměti také emoční bezpečí informanta. Během výzkumu byly položeny osobní a intimní otázky, jejich zodpovězení záviselo na dobrovolném souhlasu informanta. Informace tohoto typu byly proto získávány s maximálním taktem a respektem k psychické pohodě informanta.

5.3 Cíl výzkumného šetření a výzkumné otázky

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo získat informace o subjektivním prožívání a hodnocení kvality života u osob se získaným sluchovým postižením. A dále také bylo cílem vytvořit náhled na danou problematiku z hlediska příslušných odborníků.

Před začátkem realizace výzkumu byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

1) Hlavní výzkumná otázka:

- a) Jak lidé se získaným sluchovým postižením hodnotí svou kvalitu života?

2) Dílčí výzkumné otázky:

- a) Jaké oblasti života jedinci hodnotí jako negativně ovlivněné získaným sluchovým postižením?
- b) Do jaké míry se shodují, nebo naopak liší názory na prevenci, diagnostikování a intervenci sluchové vady mezi odborníky a lidmi se získaným sluchovým postižením?
- c) Existují nějaké shody, nebo rozdíly v pojetí kvality života osob se získaným sluchovým postižením u jedinců s tímto postižením a odborníky z příslušných lékařských oborů?

5.4 Metodika výzkumu

Při volbě metody výzkumu můžeme zvažovat použití kvantitativního, kvalitativního, anebo smíšeného přístupu. (Hendl, 2016, s. 41) Kvantitativní výzkum využívá obvykle přesně strukturované a propracované výzkumné nástroje (například dotazník). U kvantitativního výzkumu jsou kladeny vyšší nároky na objektivnost, opakovatelnost a verifikaci výsledků než tomu bývá u výzkumu kvalitativního. (Hendl, 2016, s. 42) V rámci kvantitativního výzkumu se rozlišuje experimentální a neexperimentální přístup. Experiment se zaměřuje na zjišťování změny v závislé proměnné. (Hendl, 2016, s. 42-43) „*Neexperimentální výzkum vypadá podobně; rozdíl spočívá v tom, že výzkumník neuplatňuje změnu situace, podmíněk nebo zkušenosti jedinců.*“ (Hendl, 2016, s. 43) Výhody kvantitativního přístupu spočívají

v získání velké sumy statistických dat, které je možno zobecnit i na velké sociální skupiny jedinců. Na druhé straně nevýhody tohoto přístupu spočívají v zaměření se na velké množství dat bez jejich hloubkové interpretace, což může vést ke zkresleným závěrům. (Hendl, 2016, s. 45)

Kvalitativní výzkum nemá jednoznačně vymezenou definici, anebo způsob jeho realizace. (Hendl, 2016, s. 45) Pro kvalitativní výzkum je příznačné, že vykazuje větší míru flexibility než výzkum kvantitativní, to znamená, že výzkumné otázky nebo i hypotézy se během kvalitativního výzkumu mohou měnit ve svém průběhu. Poskytuje také detailnější a hlubší pohled na zkoumanou problematiku. (Hendl, 2016, s. 46) Kvalitativní výzkum má svá další specifika. Jedním z těchto specifických rysů je vysoká míra subjektivity, to znamená, že celkový přístup, ale také způsob interpretování získaných dat je do jisté míry závislý na osobnosti výzkumníka. (Hendl, 2016, s. 46) *„Protože pracuje s omezeným počtem jedinců a obvykle na jednom místě, vznikají také obtíže se zobecňováním výsledků.“* (Hendl, 2016, s. 46,47)

Smíšený přístup v sobě kombinuje metody kvalitativního a kvantitativního výzkumu, a tím čerpá výhody z obou přístupů. (Hendl, 2016, s. 56) Mezi výhody smíšeného výzkumu se řadí: *„Slova, obrazy a vyprávění se využívají pro zesílení významu čísel. (...) Vede ke zvýšení obecnosti výsledků. Kvalitativní a kvantitativní výzkum přináší úplnější znalosti potřebné pro podporu teorie a praxe.“* (Hendl, 2016, s. 59)

Při realizaci vlastního výzkumného šetření autorka použila kvalitativní typ výzkumu.

5.5 Přístupy v kvalitativním výzkumu

V rámci kvalitativního typu výzkumu můžeme rozlišit další druhy přístupů, které se od sebe liší svým zaměřením, souborem informantů, metodami práce, ale i způsoby interpretace získaných dat. (Hendl, 2016, s. 101, 102-146)

Autorka diplomové práce pro svůj výzkum zvolila případovou studii, kterou však v určitých aspektech doplňují i přístupy etnografického výzkumu a fenomenologického zkoumání.

Případová studie pracuje s menší počtem informantů, než je tomu u kvantitativních metod výzkumu, přesto ale směřuje k zobecnění získaných poznatků, díky kterým bude lépe porozuměno osobám, nebo skupinám osob s danou zkoumanou charakteristikou. (Hendl, 2016, s. 102) V rámci tohoto přístupu lze zkoumat sociální skupiny, komunity, instituce,

nebo jednotlivé osoby. (Hendl, 2016, s. 103) Výzkum v této práci se zaměřil na případovou studii jedinců, kteří však tvoří skupinu osob se získaným sluchovým postižením, a navíc se jedná i o věkově vymezenou skupinu osob ve věku čtyřiceti až šedesáti let. Jedná se však o příliš velké skupiny populace na to, aby autorka práce pojímala svoje zaměření jako zaměření na skupinu, ba naopak spíše sleduje individuální prožívání jedince.

Zvolený pracovní postup odpovídá jednotlivým krokům výzkumného procesu tak jej popisuje Hendl (2016, s. 112-113). To znamená, že byly nejprve stanoveny výzkumné otázky v čele s hlavní výzkumnou otázkou. Vzhledem k těmto otázkám byly následně stanoveny metody práce a výzkumný nástroj. Následovalo kontaktování vhodných informantů, příprava sběru dat, realizace výzkumu v terénu a posléze interpretace dat s vytvořením shrnutí o průběhu výzkumu a získaných datech. (Hendl, 2016, s. 1121-113)

„Etnografický výzkum se provádí s cílem získat holistický obraz určité skupiny, instituce nebo společnosti. Na rozdíl od tradiční etnografie se přitom kvalitativní výzkumník nezabývá nějakým kmenem na odlehlém místě, ale skupinami přímo ve vlastní společnosti.“ (Hendl, 2016, s. 118) V rámci tohoto přístupu je důležitý delší terénní výzkum a pečlivé pozorování a zapisování poznámek k sledované skupině. (Hendl, 2016, s. 121-122) Rozlišuje se ale i tzv. mikroetnografie, která je zaměřena na menší sociální skupiny, nežli je tomu u makroetnografie. Oba modely však usilují o maximální možné poznání zkoumaných subjektů se zapojením do širšího kontextu. (Hendl, 2016, s. 123) Ačkoli je metodika práce odlišná od metody výzkumu použité v rámci této diplomové práce, lze říci, že zaměření se na populaci osob ve věku čtyřiceti až šedesáti let se získaným sluchovým postižením je zmíněné mikroetnografii podobné. Jedná se však o ne zcela izolovanou, nebo uzavřenou skupinu, na jaké se etnografický výzkum spíše zaměřuje. Hendl (2016, s. 125) jako příklady takového výzkumu udává například žáky jedné konkrétní školy.

„Hlavním cílem fenomenologického zkoumání je popsat a analyzovat prožitou zkušenost se specifickým fenoménem, kterou má určitý jedinec nebo skupina jedinců.“ (Hendl, 2016, s. 130) Od výzkumníka se očekává vysoká míra empatie, díky které bude schopen popsat prožívání jedince (nebo skupiny) z jeho úhlu pohledu. Využívají se opakovaného nestrukturovaného interview s informanty, ale na rozdíl od jiných přístupů nutně

nepředpokládá předem dané výzkumné otázky. Cílem je vytvořit podrobný záznam o daném fenoménu optikou informantů. (Hendl, 2016, s. 130-132) Určité podobnosti s vlastním realizovaným výzkumem vnímá autorka práce především v tom, že se zaměřuje na osoby (respektive skupinu osob), které v určitém věku postihly sluchové vady. Autorka také při rozhovorech využívá empatie, aby motivovala a povzbudila informanty k sdělování intimních dat o jejich subjektivním prožívání dané skutečnosti.

5.6 Popis výzkumného nástroje

Pro zjištění odpovědi na výzkumné otázky zvolila autorka tohoto výzkumu polostrukturovaný rozhovor, který se autorce výzkumu jevil jako nejvhodnější nástroj. Podobně se k výběru výzkumného nástroje vyjadřuje i Hendl (2016, s. 165): „*Pokud nás zajímá, co si lidé myslí, jak cítí, čemu věří atd., použijeme interview, dotazník nebo postojové škály.*“

Polostrukturovaný rozhovor má předem stanovený cíl a určitou strukturu otázek, které chce výzkumník položit, nicméně předpokládá, že jednotlivé otázky se mohou v průběhu rozhovoru změnit, anebo modifikovat dle reakcí informanta a dle obsahu jeho poskytnutých odpovědí, tzv. ad hoc. (Hendl, 2016, s. 168, 176)

Jak upozorňuje Hendl (2016, s. 170) kvalitativní rozhovor předpokládá od výzkumníka určitou míru prosociálních a komunikačních dovedností, jako je například empatie, schopnost aktivního naslouchání, ale také pozorné soustředění. „*Je obvykle třeba učinit řadu rozhodnutí ohledně obsahu otázek, jejich formy i pořadí. Dále se musí uvážit možná délka rozhovoru.*“ (Hendl, 2016, s. 170) Z hlediska obsahu lze rozlišit několik druhů otázek, a to otázky vztahující se: „*ke zkušenostem nebo chování, k názorům, k pocitům, ke znalostem, k vnímání a otázky demografické a kontextové.*“ (Patton, 1990, s. nevedeno sek. in Hendl, 2016, s. 172-173)

Pořadí otázek není pevně stanoveno, nicméně se doporučuje dodržovat některé zásady. (Hendl, 2016, s. 173) Pro pořadí jednotlivých otázek jsou důležité i rámcové otázky, tedy ty, které se pokládají na začátku rozhovoru a mají sloužit k uvolnění psychického tlaku informanta a k jeho naladění k interview, ale také ty závěrečné, které mohou vést k reflexi získaných poznatků, nebo zahrnují poděkování za spolupráci apod. (Hendl, 2016, s. 171)

Dále je doporučeno začínat rozhovor od otázek směřujících k přítomnosti a posléze se dotazovat na minulost, či budoucnost, která může být pro informanty nejobtížněji představitelná, a proto i nejobtížněji verbálně vyjádřitelná. (Patton, 1990, s. neuvedeno sek. in Hendl, 2016, s. 172-173) Není vhodné začínat otázkami k identifikaci informanta. Také se při interview postupuje od otázek méně citlivých a méně problematických náležitostí a až posléze k jádru výzkumné otázky. (Hendl, 2016, s. 173)

Pro úspěšný rozhovor je velmi důležitý způsob, jakým se výzkumník dotazuje. „*Otázky v kvalitativním interview by měly být skutečně otevřené, neutrální, citlivé a jasné.*“ (Hendl, 2016, s. 173) Výzkumník vždy položí pouze jednu otázku, nikdy ne směsici různých otázek v tutéž chvíli. Díky tomu získává informant jasnou představu, o čem by měl promluvit. Při pokládání je také nežádoucí, aby výzkumník (vědomě, či nevědomě) předsouval dotazovanému požadovanou odpověď, názor, nebo postoj. (Hendl, 2016, s. 173-175) Tazatel má tak před sebou nelehký úkol. Musí totiž dostatečně motivovat a podporovat dotazovaného, aby se cítil v bezpečí a odpovídal, pokud možno, co nejupřímněji, zároveň však musí potlačit vlastní názory k sdělovanému obsahu, aby tak neovlivnil výpověď informanta. (Hendl, 2016, s. 175)

Design výzkumného nástroje (polostrukturovaného rozhovoru) není standardizovaný, autorka práce jej vytvořila na základě prostudování odborné literatury, zvláště publikací věnované kvalitě života. Jedná se především o publikace od Payne a kol. (2005), Heřmanové (2012) a Hradilové (2017). Otázky týkající se současné diagnostiky, intervence a prevence sluchových vad/sluchového postižení se opíraly o poznatky získané především z publikací Dršaty, Havlíka a kol. (2015), Thora a Goebel (2006) nebo Hroboně, Jedličky a Hořejšího (1998).

Okruhy otázek a témata rozhovoru, kterých se jednotlivé otázky dotýkají, vychází z poznatků teoretické části práce. Struktura otázek a jejich znění bylo zpracováno dle zvyklostí kvalitativního výzkumu, tak jak je popisuje Hendl (2016). Konkrétní znění a pořadí otázek bylo autorkou práce v rámci jednotlivých rozhovorů realizováno s ohledem na danou situaci a individualitu informanta.

Rozhovor byl zaměřen především na subjektivní názory a stanoviska dotazovaných. Tento výzkumný nástroj se lišil vzhledem k přítomnosti dvou skupin informantů – lékařů

pracujících na otorhinolaryngologii a osob se získanými sluchovými vadami, resp. získaným sluchovým postižením ve věkové kategorii 40-60 let.

Na následujících řádcích jsou popsány jednotlivé oblasti, které se v rámci interview sledovaly. Pro názornost jsou doplněny příklady otázek, které byly informantům položeny.

U struktury otázek pro lékaře otorhinolaryngology autorka vycházela z otázek, které sloužily k uvolnění informanta. Konkrétně se jednalo o otázky: Mohu se zeptat, co Vás motivovalo pro práci na ORL? Co máte na své práci rád/a?

Často poté následovala otázka: Máte osobní zkušenost s někým, kdo měl, nebo má získané sluchové postižení? Autorku výzkumu zajímalo, zda případná osobní zkušenost (míněno s rodinnými příbuznými, u blízkých přátel, kolegů apod.) se projeví v postoji k dané problematice, či nikoliv. Další otázky směřovaly k základním demografickým údajům pacientů a k diagnostice. Jednalo se o otázky: Jak často k Vám přichází k se získaným sluchovým postižením (v dané věkové kategorii 40-60 let)? Kdo z Vašeho pohledu přichází častěji – ženy, nebo muži? Co nejčastěji diagnostikujete? A dále: Jak postupujete po tom, co někomu diagnostikujete tinnitus, nedoslýchavost, jednostrannou hluchotu apod.?

Byly formulovány také otázky zaměřující se na schopnost vcítění se do pacientů a schopnost vyjádřit pochopení k jejich situaci. To prezentují především otázky: Jak si myslíte, že se lidé při vzniku, diagnostikování sluchových vad/poruch cítí? Potřebují lidé někdy Vaši útěchu? Pokud ano, jak se je snažíte utěšit? Jaké reakce nejčastěji vídáte na sdělení (dané diagnózy)? Dále autorku šetření zajímalo, zda se pacienti svěřují s tím, že si ke svým zdravotním obtížím hledají veřejně dostupné informace. Žádala také informanty, aby posoudili relevantnost těchto informací. Za tímto účelem byly formulovány tyto otázky: Svěřují se Vám lidé, že hledají ke své diagnóze nějaké doplňující informace? Říkají, kde hledají nejčastěji? Myslíte si, že mohou běžní lidé najít relevantní informace v médiích (novinách, časopisech, internetu)?

Následovala otázka na znalosti laiků o prevenci sluchových vad: Myslíte, že lidé vědí, jak se chránit před vznikem sluchových vad? Tato otázka souvisí právě s přístupností potřebných informací. Autorku také zajímalo, zda se informanti – lékaři zmíní také o možných různých mýtech panujících mezi lidmi apod.

Tato část výzkumných otázek byla završena reflexivním pohledem na dosavadní praxi intervence v dané problematice: Když se teď zpětně ohlédnete na začátek své kariéry, je něco, co se v diagnostikování, intervenci, či přístupu k lidem se sluchovým postižením výrazně změnilo? Existuje něco, co by se podle Vás mělo změnit, aby diagnostikování, či péče o tyto osoby byla kvalitnější?

Další otázky směřovaly k osobnímu pohledu na pojem kvalita života. Autorku zajímalo, jak odborníci tento termín vlastními slovy vysvětlí, jaké aspekty do něj zahrnou, či jak jej případně jinak vymeží. Otázka zněla takto: Jak byste vysvětlil/a pojem kvalita života? Dále autorka opět předpokládala určitou míru vcítění se do osob majících příslušné znevýhodnění: Jaká je nyní podle Vás kvalita života osob se získaným sluchovým postižením? Máte pocit, že se změnila kvalita života osob se získaným sluchovým postižením po vzniku sluchové vady? Na závěr bylo zkoumáno, zda mají informanti – lékaři konkrétní představu toho, co by osobám se získaným sluchovým postižením pomohlo ke zvýšení subjektivní kvality života. Na odpovědích bylo sledováno, zda dotazovaní zmiňují lepší možnosti lékařské péče, přístup blízkých osob, nebo zlepšení podmínek ve společnosti, nebo s jakou oblastí si zlepšení spojují. Znění otázky bylo: Existuje něco, co by podle Vás pomohlo ke zvýšení jejich kvality života?

Na závěr byla položena tato otázka: Co byste poradil/a lidem, kteří zjistí, že mají (nedoslýchavost, tinnitus, kteří náhle ztratí sluch)? Autorka předpokládala, že informanti – lékaři na závěr vyřknou určitou radu, motto, nebo univerzální doporučení.

Struktura otázek pro osoby se získaným sluchovým postižením v dané věkové kategorii 40-60 let zahrnovala větší množství otázek a širší spektrum sledovaných oblastí (zvláště otázky na soukromý život jedince).

První otázky (Jak se vám teď daří? Cítíte se dobře?) opět sloužily především k uvolnění informanta. Následující otázka (Mohl/a byste mi popsat svůj současný typický den?) byla velmi důležitá, neboť odpověď na ni poskytla zcela přirozeně poznatky o osobním, rodinném i profesním životě jedince. Na základě odpovědi na tuto otázku se posléze lépe formulovaly otázky související, sloužící k základní charakteristice informanta (Kolik je Vám let? Jaké máte vzdělání, co jste sudoval/a /čím jste se vyučil/a?).

Opět autorku šetření zajímalo, zda se případná osobní zkušenost s člověkem s podobnými sluchovými vadami, příp. postižením, projeví v postoji k této problematice. Proto byla zařazena otázka: Máte osobní zkušenost s někým, kdo by mě (stejnou sluchovou vadu) nebo sluchové postižení?

Následující otázky již směřovaly k samotné diagnóze informanta i k procesu diagnostikování a intervenčním postupům. Konkrétně se jednalo o otázky: Kolik Vám bylo, když jste začal/a pociťovat první příznaky (dané sluchové vady)/ když jste ztratil/a sluch? Mohl/a byste popsat pocity, jaké jste (při vzniku, diagnostikování) cítil/a? Jak jste (při vzniku sluchové vady) postupoval/a? Kdo měl vliv na Vaše jednání, po tom co jste zjistil/a, že máte (danou sluchovou vadu)? Z těchto otázek je patrné, že se autorka šetření rovněž zajímala o emoční prožívání informantů. Tomuto se věnovaly i další otázky: Dával/a jste najevo své emoce? Změnila se Vám nálada, nebo prožívání po (diagnostikování, vzniku sluchové vady)? Pokud ano, jak?

Jak je nastíněno v teoretické části této práce, dané věkové rozmezí mezi 40-60 lety je pojímáno jako období dvojí, tj. od 40-50 let a od 50 do 60 let. Proto autorku zajímalo, jaká bude odpověď informantů na tuto otázku: Myslíte si, že kdyby (daná sluchová vada) u vás vznikla v dřívějším, anebo naopak pozdějším věku reagoval/a byste jinak? Autorku zajímalo především, zda dotazovaní vytknou nějaké specifické povzbudivé, anebo inhibující osobnostní vlastnosti, které jsou pro danou věkovou kategorii typické a které ovlivňují adaptaci na zdravotní stav.

Následující otázky (Hledal/a jste nějaké doplňující informace? Kde? Zjistil/a jste, co jste potřeboval/a?) sloužily k tomu, aby informant sdělil, zda jsou veřejně dostupné informace k sluchovým vadám, sluchovému postižení, diagnostice apod.

Pořadí následujících otázek bylo určeno především tím, co informant upřednostnil ve svém popisu běžného dne. Mluvil-li hojně o svém zaměstnání, první otázky směřovaly právě k jeho profesi (Jak teď vycházíte s kolegy? Cítíte se v práci dobře? Musel/a jste změnit svou profesi po (vzniku dané sluchové vady)? Jak vidíte svou profesní budoucnost?). Zmiňoval-li se dotazovaný více o svém rodinném životě, byly položeny primárně tyto otázky: Jste spokojen/á se svým rodinným životem? Změnilo se po (vzniku dané sluchové vady) v rámci fungování rodiny/partnerství? Máte nějaké obtíže při komunikaci s rodinou?

Další oblasti života, které byly výzkumně sledovány, se týkaly přátelství (A co například komunikace s přáteli, vídáte se pravidelně? Máte stejné přátele jako jste měl/a před vznikem (dané sluchové vady)?) nebo volného času (Čemu se rád/a věnujete ve svém volném čase? Jsou nějaké činnosti, kterým se teď kvůli (dané sluchové vadě) nemůžete věnovat, i když byste chtěl/a?), či bydlení (Jaký je Váš názor na místo, kde žijete? (byt/dům/sídlíště/město/země) Je něco, co by se zde mělo změnit, abyste byl/a spokojenější?).

Otázka: Když se teď zpětně ohlédnete do doby před vznikem (dané sluchové vady), je něco, co se ve vašem životě zásadně změnilo?, případně otázka: Cítíte se někdy znevýhodněn/a kvůli (své sluchové vadě)?, byla použita buď jako úvodní otázka k danému okruhu témat, anebo jako reflektivní otázka na závěr tematického okruhu.

Dále se autorka šetření zaměřila na hodnoty jedinců (Když se ráno probudíte, je něco, na co se vždy můžete těšit? Můžete sdělit, co je to konkrétně? Čeho si na svém životě nejvíce ceníte?), a to následně souviselo s vlastním názorem dotazovaných na kvalitu života (Co si představujete pod pojmem kvalita života? Jaká je nyní Vaše kvalita života? Máte pocit, že se změnila kvalita Vašeho života po vzniku (dané sluchové vady)? Existuje něco, co by Vám pomohlo ke zvýšení kvality života?).

Po těchto osobních otázkách opět následovaly otázky obecnější, jejichž zodpovězení vyplývalo z osobních názorů a zkušeností jedinců (Co byste poradil/a ostatním, kteří zjistí, že mají (danou sluchovou vadu)? Myslíte, že lidé vědí, jak se chránit před (danou sluchovou vadou)? Je něco, co byste chtěl/ a k danému tématu ještě zmínit?).

5.7 Osobnost výzkumníka

Hendl (2016, s. 160-161) upozorňuje, že člověk provádějící výzkum je jedním z pilířů výzkumu, a proto by se měla věnovat pozornost charakteristice jeho osobnosti zvláště s přihlédnutím k jeho vztahu k danému výzkumnému šetření.

Autorka tohoto šetření se popisuje jako trpělivá a empatická osoba s jasně nastavenými hodnotami, jakými jsou rodina, zdraví a možnost seberealizace. Kvalitu života si autorka spojuje především právě s mírou naplnění těchto hodnot.

K výzkumu autorka přistoupila jako k možnosti, jak umožnit odborníkům i osobám s příslušným znevýhodněním vyjádřit se svými slovy k dané problematice. Zvláště u osob

se sluchovým postižením vnímá autorka výzkum jako jednu z možností, jak dát hlas těmto lidem, jak jim umožnit, aby vyjádřili své názory i pocity.

K tématu osob se získaným sluchovým postižením má autorka osobní vztah, neboť se osoby s těmito problémy vyskytují v jejím okolí. Autorce zároveň připadá, že se tématu kvality života osob nejen s tímto postižením, ale především osob v dané věkové kategorii (40-60 let) věnuje málo pozornosti, a to jak na poli odborné literatury, tak v oblasti mediálního prostoru. Autorka se domnívá, že obtíže dané věkové kategorie osob, tedy osob v pokročilém věku ale stále ekonomicky aktivních jsou ve společnosti opomíjeny, dostávají se do jakési „šedé zóny,“ a to především ke kontrastu s obdobnou problematikou u dětí, dospívajících, ale také seniorů. Především tyto důvody vedly autorku výzkumu k potřebným podnětům pro jeho realizaci.

5.8 Limity výzkumu

Realizované výzkumné šetření naráží na určité limity, které vycházejí z podstaty kvalitativního a kvantitativního výzkumu tak, jak bylo popsáno výše.

U kvalitativní části výzkumu je třeba upozornit na určitou míru subjektivitu výzkumu, která je dána především osobní účastí autorky výzkumu nejen na výběru informantů, ale také na způsobu interpretace jejich výpovědí. Nicméně, aby tato subjektivita nebyla kontraproduktivní bylo učiněno několik opatření. Prvním z nich byla volba polostrukturovaného rozhovoru, který poskytuje pevnější rámec než například rozhovor informální. Další prostředek k zamezení nežádoucímu subjektivnímu zkreslení byly nahrávky rozhovorů na diktafon. To umožnilo přesné zaznamenání výpovědí informantů bez rizika nepřesných poznámek psaných rukou.

Dále je nutno upozornit, že výsledky výzkumného šetření nelze generalizovat na celou populaci v České republice. To je dáno jednak počtem informantů a dále samou povahou výzkumného šetření, které se primárně zaměřilo na ryze individuální názory, postoje a zkušenosti informantů.

5.9 Výběr informantů

Vzhledem k tématu práce byly vyhledávány osoby ve věkové kategorii čtyřiceti až šedesáti let. Protože se výzkum nezaměřuje na rozdílné znalosti, postoje, či prožívání z hlediska

genderové problematiky, nebylo pohlaví informantů určující. Nicméně přesto se autorka snažila získat vyvážený poměr mužů a žen.

Dalším kritériem vedle věku, byla povaha sluchové vady. Pro účel výzkumu bylo zapotřebí zkoumat pouze ty osoby, u kterých se začala projevovat sluchová vada až v průběhu daného věkového rozmezí. Zároveň tato sluchová vada měla být takového rozsahu, u kterého by vznikal předpoklad, že se projevuje jako získané sluchové postižení, které jedince více, či méně ve společnosti znevýhodňuje.

Autorka šetření oslovila několik informantů ze svého okolí, a ti posléze poskytli kontakt na další jedince ochotné se účastnit výzkumného šetření. Tato metoda se nazývá metoda sněhové koule. (Hendl, 2016, s. 154) Tímto způsobem byl umožněn přístup k informantům se získaným sluchovým postižením. Dále se také uplatnil způsob kontaktování vhodných informantů skrze osoby, které se přezdívají jako tzv. gatekeepers. Tyto osoby jsou pro výzkum důležité, neboť pomyslně otevírají dveře k jednotlivcům, které by jinak bylo pro výzkumníka samotného těžké oslovit. (Hendl, 2016, s. 154) Proto tak byly kontaktovány osoby, u kterých byl předpoklad, že by mohly být zprostředkovateli kontaktu s jinými osobami. Byli tak osobně, telefonicky, či e-mailem osloveni lékaři na otorhinolaryngologických ambulancích, logopedických ambulancích pro dospělé a dalších specializovaných zařízeních (například ORL ambulance tinnitus), magistři v lékárnách nebo pracovníci v neziskových organizacích. Těmto osobám byla stručně představena autorka šetření i povaha výzkumu (podstata, účel, ochrana osobních údajů). Tyto osoby byly osloveny také jako potenciální informanti – odborníci. Ač někteří byli kontaktováni opakovaně, mnohdy snaze o kontakt nebylo vyhověno (pro nedostatek zkušeností k tématu, nedostatek času, nezáměr), či byla tato snaha zcela ignorována.

V rámci tohoto výzkumu se setkal s úspěchem především kontaktování lékařů na otorhinolaryngologických ambulancích. Tito lékaři představili autorku šetření některým svým pacientům. Tímto autorce pomohli k získání důvěry jedince jak v osobu výzkumníka, tak k výzkumu jako takovému. Oslovení jedinci byli po představení lékařem ochotní poskytnout potřebné informace, a to v bezpečném a informantům známém prostředí. Zároveň je nutno podotknout, že na jedince nebyl vyvíjen žádný nátlak, a to ani ze strany ošetřujícího lékaře. Informantům byla účast na výzkumném šetření prezentována jako možnost sdělit své názory bez jakýchkoli následků při odmítnutí účasti.

6 Vlastní realizace šetření

Před vlastním zahájením výzkumného šetření byl informantům předán informovaný souhlas s účastí na výzkumném šetření (vzor viz příloha).

Pokud dotazovaný jedinec souhlasil se zaznamenáním rozhovoru, byl použit diktafon. Během rozhovoru autorka šetření nechávala jedinci prostor pro přemýšlení nahlas, bez zásadního časového omezení, aby se tak informant mohl plně vyjádřit a nastínit i kontext, který se mu k dané otázce vybavoval.

Rozhovory s odborníky probíhaly přímo na pracovišti ORL ambulance. Interview s osobami se získaným sluchovým postižením bylo realizováno jednak v prostředí polikliniky, ale také v obydlí dotazovaných.

6.1 Přepis dat a jejich kódování

Získaná data z rozhovorů byla následně přepsána do tištěné podoby. Hendl (2016, s. 212) upozorňuje na to, že při přepisu mluveného slova se mohou uplatnit mnohé metody, v jejich charakteristice vychází z Mayringa (1990, s. nevedeno sek. in Hendl, 2016, s. 212-214). Jedním ze způsobu přepisu je doslovná transkripce. Ta je nezbytnou součástí kvalitativního výzkumu, je-li použito právě metody rozhovoru. Tento postup vyžaduje trpělivý přístup výzkumníka, neboť se jedná o proces dlouhý a náročný na pozornost jedince. Při transkripci lze užít specifické značky a abecedu IPA, protože tak lze zachytit různé jazykové jevy (Ehlich, 1976, s. nevedeno sek. in Hendl, 2016, s. 2012). Není to však jediný možný způsob přepisu. *„Mluvený projev lze převést také do literárního opisu, který zachovává dialekt pomocí normální abecedy. Někdy se přenáší text do spisovného jazyka. Očišťuje se od dialektu a chyb ve větné skladbě. Upravuje se stylisticky. Děje se tak hlavně tehdy, pokud se soustředíme především na obsahově-tematickou rovinu, když informátor vystupuje jako svědek, nebo expert.“* (Hendl, 2016, s. 2012)

Dále se může užívat transkripce, která je opatřena také vlastními komentáři výzkumníka, a to jak ve vlastním textu přepisu, tak v samostatném prostoru vedle tohoto textu. Tento způsob komentování umožňuje zachycení i mimojazykových jevů, tedy různé podoby neverbální komunikace, případně také změny v modulaci řeči. (Mayring, 1990, s. nevedeno sek. in Hendl, 2016, s. 212-213) Tento způsob komentování se však autorce šetření zdál

příliš riskantní z hlediska interpretace. Domnívá se, že by mohlo dojít ke zkreslení významu jednotlivých gest, mimiky, způsobu intonace apod. Proto tyto komentáře nebyly použity.

Existuje také tzv. shrnující protokol, který je specifický tím, že získaná data nejsou přepsána ve své úplnosti, ale jsou různými způsoby redukována na menší, kratší, či hutnější výpovědi. (Mayring, 1990, s. neuvedeno sek. in Hendl, 2016, s. 213-214) Podobně je vysvětlován i selektivní protokol, který pracuje jen s určitým dílem získaných dat a ostatní jsou zcela upozaděna. (Mayring, 1990, s. neuvedeno sek. in Hendl, 2016, s. 214)

Autorka šetření použila doslovný přepis rozhovorů (viz příloha), ve kterém zaznamenala přesnou jazykovou formu, jakou užil informant. To znamená, že v transkripci lze nalézt běžné jazykové jevy pro mluvený projev jako jsou hezitační zvuky, vycpávková slova, nespisovné slovní tvary i samotná slova apod. Stylisticky upravený text se nachází až v samotné kapitole, která se zaměřuje na analýzu a interpretaci získaných dat, kde je použito citací informantů (viz níže). Zde autorka práce u výpovědí informantů odstranila mnohé citoslovce a převedla odpovědi do spisovného jazyka. Bylo tak učiněno s cílem co nejvíce zpřehlednit jednotlivé odpovědi. Protože se tato práce nezaměřuje na jazykové jevy, ale na obsahovou stránku výpovědi, je tento postup považován za přínosný.

„Hlavní zobrazovací technikou v kvalitativním výzkumu je text, který je případně opatřen kódy.“ (Hendl, 2016, s. 217) Kódování je proces, který umožňuje snadnější interpretaci získaného množství dat v rámci kvalitativního výzkumu. I zde můžeme rozlišit mnoho různých přístupů. (Hendl, 2016, s. 251)

Otevřené kódování je obvykle první metodou, kterou výzkumník zvolí, když si pročítá získaná data v přeepsaném materiálu. *„Otevřené kódování odhaluje v datech určitá témata.“* (Hendl, 2016, s. 251) I v rámci tohoto typu kódování je možné rozlišit odlišné způsoby jeho realizace. Výzkumník může kódy vytvářet až při kontaktu s výzkumným materiálem, případně může tento materiál opatřovat kódy, které si již vytvořil před touto fází zpracování dat. Lze také kódovat větší, či menší jednotky textu, tj. jinak slova, ale i celé odstavce textu.

„Kódy se označují věci jako nemocnice, sběr informací, přátelství, sociální ztráta atd. Může se jednat o podstatná jména nebo slovesa. Částí analytického procesu je identifikace obecnějších kategorií, jejichž jsou tyto věci instance: např. instituce, pracovní aktivity, asociální vztahy. Také hledáme přídavná jména jako vlastnosti těchto kategorií.“ (Hendl,

2016, s. 251) „*Přitom je jedno, zda vlastnosti odvozujeme ze samotných dat, či zda pocházejí od respondentů nebo od výzkumníka. Záleží to značně na cílech výzkumu. Tomuto procesu charakterizace kategorií říkáme dimenzionalizace.*“ (Hendl, 2016, s. 252)

Axiální kódování je zaměřeno na vyhledávání vztahů mezi jednotlivými kategoriemi. K tomuto typu kódování je zapotřebí znalost odborné literatury a jiných výzkumů, které na propojenost jednotlivých aspektů upozorňují. (Hendl, 2016, s. 252-254)

Selektivní kódování bývá používáno k završení tohoto procesu analýzy dat. „*V průběhu selektivního kódování je výzkumník veden snahou vyhledat hlavní témata a kategorie, které budou ústředním bodem vznikající teorie.*“ (Hendl, 2016, s. 254)

Pro větší přehlednost o vývoji poznání daného tématu lze užívat systém poznámek. Poznámky mohou doplňovat kódování, i mu předcházet. Mohou být různého druhu podle toho, vztahují-li se k probíhajícímu výzkumu, výzkumné otázce, nebo výpovědi informanta. Z ucelených průběžných poznámek se posléze profiluje určitá teorie, která pomáhá k závěrečné integraci všech získaných poznatků. (Hendl, 2016, s. 259-261)

Jak poukazuje Hendl (2016, s.217-221) kromě kódování je také možno použít jiné metody zobrazení dat jako jsou tabulky, mapy a různé podoby schémat, která by měla přehledně strukturovat získaná data.

6.2 Interpretační metodické možnosti

Po shromáždění potřebného výzkumného materiálu, jejich přepisu a kódování nastává proces interpretace. Určitý způsob interpretace je však již obsazen v samotném procesu kódování (viz výše). Cílem interpretace je získat odpovědi na dílčí výzkumné otázky a posléze především na hlavní výzkumnou otázku. U kvalitativního typu výzkumu je hledání těchto odpovědí o to komplikovanější, protože výzkumník pracuje s mnohdy neuspořádanými daty. Správná interpretace je zároveň do určité míry ohrožena osobností výzkumníka a jeho zkušeností s prováděním výzkumu. Pro vyslovení určitých závěrů se používají citace z rozhovorů s informanty a podobná data, která mohou podložit vznikající odpověď na výzkumnou otázku, či na vznikající teorii. (Hendl, 2016, s. 227-228)

Můžeme rozlišit různé interpretační metody. Jedná se o nejméně strukturovanou a nejméně formální metodu interpretace založené na hloubkovém čtení textu, které je do vysoké míry ovlivněno osobou výzkumníka. Nejfrekventovanější užívanou metodou jsou tzv. editovací postupy. Dále existují, které jsou již více strukturované, neboť používají šablony a kódování textu. Nejformálnější a nejstrukturovanější metoda je tzv. kvazistatistická metoda. (Robson, 2003, s. neuvedeno sek. in Hendl, 2016, s. 229) „*Kvazistatistické postupy vycházejí z konverze kvalitativních dat do kvantitativního formátu.*“ (Hendl, 2016, s. 229)

Interpretace dat je závislá také na zvoleném přístupu k výzkumu.

U případové studie Hendl (2016, s. 230) rozlišuje dva základní postupy interpretace dat. Výzkumník nemusí užívat systému kódování, ale zaměřuje se na získaná data jako na komplex, který interpretuje společně, v jednoduše. Tento model představuje první postup. Oproti tomu druhý možný postup je charakteristický využitím systému kódování.

„*Miles a Huberman (1994) rozlišují mezi první a druhou úrovní kódování. První úroveň přiřazuje kódy k úsekům textu. Druhá úroveň shlukuje kódy první úrovně do smysluplných skupin podle témat.*“ (Hendl, 2016, s. 232) Postupně tak díky kódům výzkumník zjišťuje, jaká témata se ve výpovědích informantů opakují a zdali jsou určitá témata specifická jen pro některého z dotazovaných apod. (Hendl, 2016, s. 232-233) Hendl (2016, s. 237-238) se odkazuje na práci Milese a Hubermana (1994, s. neuvedeno sek. in Hendl, 2016, s. 237-238), kteří doporučují určité způsoby práce se získanými kvalitativními daty. Z uvedeného seznamu autorka využila především zaměření se na srovnávání témat, zkušeností a terminologie jedinců.

U etnografického výzkumu se užívají podobné techniky jako u případové studie. (Hendl, 2016, s. 243) Proto autorka práce nepovažuje za účelové detailnější popsání a rozlišení této metody.

„*Fenomenologické zkoumání usiluje o popis a zachycení základních významů lidské zkušenosti. Cílem je zodpovědět otázku: Co znamená daná zkušenost?*“ (Hendl, 2016, s. 284)

Výzkumník nepostupuje podle předem dané struktury, ale až z kvalitativně získaných dat zjišťuje, co mají jedinci se stejnou zkušeností podobné, a v čem se naopak od sebe odlišují. (Hendl, 2016, s. 284-285) Podobné zaměření výzkumu sledovala i autorka práce. Cílem šetření bylo zjistit, jak lidé hodnotí subjektivně prožívanou kvalitu svého života po tom co, se u nich objevilo získané sluchové postižení. To můžeme považovat za onu stejnou

zkušenost (byť je samozřejmě známo, že o zcela totožnou zkušenost se nejedná) s rozdílnými psychickými, emočními a sociálními reakcemi na tuto nově vzniklou situaci.

6.3 Analýza a interpretace dat od informantů – lékařských odborníků

Interpretace získaných dat od odborníků, kteří se specializují na intervenci v oblasti sluchových vad, se na základě realizovaného šetření bude věnovat vždy následujícím oblastem: informacím o (typických) pacientech, lékařově přístupu k diagnostice, prevenci a terapii a k lékařově pojetí kvality života.

Prvním informantem – lékařem, byl muž pracující na otorhinolaryngologické ambulanci, resp. ušním sanatoriu v jedné z pražských poliklinik. Lékař se jevil jako uvolněný a projevil vstřícnost směrem k autorce výzkumu, neboť jí posléze umožnil kontakt s osobami se sluchovými vadami, resp. s postižením. V citacích je označen jako informant – expert č. 1. Dalším informantem byla žena – lékařka pracující na otorhinolaryngologické ambulanci. Lékařka působila klidně a sebejistě. V citacích je označena jako informant – expert č. 2.

Citace byly stylisticky pozměněny autorkou práce. Jednalo se především o úpravy v pravopise (tvarosloví, syntax), odstranění opakujících se slov, slov vycpávkových. Přesné znění odpovědí lze nalézt v příloze. (viz příloha)

Z analýzy získaných dat vyplývá, že na ambulantní střediska, která se specializují na oblast sluchové percepce, se osoby se subjektivně pociťovanými sluchovými obtížemi ve vymezené věkové kategorii čtyřiceti až šedesáti let obracejí poměrně často. Podle informantů – expertů přicházejí muži i ženy přibližně ve stejném poměru. Co se však liší, je míra závažnosti obtíží. „(...) velmi často se jedná o ucpání zevního zvukovodu mazem nebo zánětem.“ (informant – expert č. 2) „Tak v podstatě poměrně často se s tím člověkem setkává, pak je samozřejmě i otázka jiná, kolik z těchto lidí, kterým něco najdeme, že mají nějaký nález na audio, tak kolika lidem z toho to vadí, nebo je to nějak limituje v běžném fungování. Protože oni mohou mít pokles toho percepčního prahu v nějakých frekvencích, ale nemusí je to nijak limitovat. Oni mohou fungovat úplně normálně.“ (informant – expert č. 1) Mezi nejčastější diagnózy, které lékaři svým pacientům sdělují jsou percepční nedoslýchavost, subjektivní tinnitus, někdy ale také dočasné ucpání zvukovodu mazem. Podle informantů přicházejí lidé často s určitými představami o svém stavu i možnostech jeho léčby, které si před příchodem k lékaři opatřili nejčastěji na internetu. Tyto informace

nepovažují za zcela správné a mnohdy mohou být i kontraproduktivní. „*Některé informace, které tam lze získat jsou pravdivé, a některé jsou, samozřejmě, zavádějící, dokonce pak až má pacient nerealistická očekávání z toho, co lze, nebo nelze s tím udělat. A kolikrát jsou z toho pak ti pacienti ještě víc zmatení než předtím.*“ (informant – expert č. 1) Mnohdy také lidé přecházejí mezi vícero pracovišti a zjišťují, zda pro ně na jiné ambulanci nenajdou jiné metody řešení jejich problému. Zvláště je toto zmiňováno u osob s ušními šelesty. „*Takže to je takové že, ti pacienti už kolikrát přijdou a už tu diagnózu mají a hledají, jestli jim někdo nenajde ještě něco dalšího, nebo jiného, nebo něco zázračného.*“ (informant – expert č. 1)

Lidé také očekávají od svých lékařů empatický přístup, potřebují být ujištěni, že existuje možnost zlepšení. Potřeba útechy od lékaře je odvislá dle závažnosti obtíží. „*Reakce jsou různé, podle typu vady. Jedná-li se o nádor, strach je větší, je nutné operační řešení a toho se lidé zaleknou.*“ (informant – expert č. 2) Jedinci rovněž vyžadují, aby byl ze strany lékaře viditelný zájem. „*Útěchu většinou potřebují často. Snažíme se je přesvědčit, že ve většině případů se situace dá řešit, někdy operčně, často vhodným sluchadlem atd.*“ (informant – expert č. 2) Zájem by měl být (z hlediska pacienta) projeven jednak o jeho osobu a problémy a zájem o to, hledat do budoucna všechny dostupné prostředky, jak jim ulehčit od nepříjemností, které s sebou sluchové postižení přináší. „*Nebo že tomu jeho problému je věnována adekvátní péče, nebo dostatek času. Aby se to nebagatelizovalo, aby se nad tím nemávlo rukou a nenechalo se to jen tak být, protože to si naopak myslím, že jsou věci, které mohou toho pacienta akorát stresovat.*“ (informant – expert č. 1)

Z hlediska znalosti preventivních opatření je zajímavé, že se lékaři shodují v názoru, že lidé znají některé zásady sluchové hygieny, ale vědomě je nedodržují. Ač lidé podvědomě tuší, že například vystavování se nadměrnému hluku ušim neprospívá, ochranné pomůcky nepoužívají. Problémem také může být to, že následky poškození sluchu se mohou projevit až později, a to již není možné preventivně zasáhnout. „*(...) a hlavní problém je v tom, že ono se ty důsledky mohu objevit až s určitou latencí, nemusí to být hnedka, ale až po několika letech a tím pádem ty přímé důsledky nemusí být patrné úplně hned, tak ty lidi to může falešně zmást. Oni si myslí: Jo, ono mi to nic nedělá, ale pak za několik let, nemyslím tím třeba nějaké aku trauma, že někdo někomu vystřelí u ucha a on přestane slyšet, tam je to vcelku zřejmé, nebo vcelku jasné, ale když je to takhle dlouhodobé, tam to může na ty lidi působit,*

že jim to nic nedělá, ale pak až po několika letech se může nějaký ten problém objevit.“
(informant – expert č. 1)

Informanti projevili schopnost empatie, jak je možno pozorovat na jejich odpovědích, skutečně se zajímají o své pacienty a nabízejí jim jak odborný, tak obecně lidský přístup. Tato schopnost empatie vyplývá spíše než z osobní zkušenosti s jedinci se sluchovým postižením, z lékařských kompetencí a z povahy oslovených jedinců. Z tohoto důvodu byli lékaři také schopni vcítit se do role diagnostikovaného jedince. Na otázku, jak si myslí, že se lidé při tomto procesu cítí, obvykle zmiňovali negativní prožívání spojené se sociální stigmatizací a vyloučením. *„Zhoršení sluchu je velmi nepříjemné, mají špatné reakce a odpovědi na otázky, proto se lidé cítí velmi špatně, často nereagují a tím se změni jejich postavení ve společnosti.“* (informant – expert č. 2) Jeden z informantů však diagnostický proces jako stresový nepopisuje, spíše upozorňuje na to, že stres přináší například čekání na výsledky z magnetické rezonance apod.

V oblasti léčby diagnostikovaných sluchových vad je rozhodující, zda existuje možnost kauzální léčby. Pokud ano, následují úkony, které vedou k nápravě určitého problému, anebo k další zpřesňující diagnostice (magnetická rezonance apod.). Lékaři také zmiňují možnosti farmakoterapie (léky na prokrvení, antidepresiva), rehabilitaci krční páteře v případě, obojí zvláště u ušních šelestů, či dále u nedoslýchavosti kompenzací sluchadly. *„(...) ono je sice hezké, že je diagnostikujeme, ale ono ty možnosti léčby nejsou úplně tak dobré, nebo přinášející tak dobré výsledky, aby těm pacientům to přineslo nějakou extra úlevu, a tím pádem, aby z toho nebyli stresovaní ještě víc.“* (informant – expert č. 1) Oba informanti vnímají pokrok především v diagnostických metodách, či způsobech jejich zobrazení (magnetická rezonance). Co by se dle informantů mohlo změnit, aby péče o osoby s poruchami sluchu byla ještě kvalitnější, je především včasná diagnostika. To, co se může jevit jako problémové je to, že někteří jedinci přicházejí se zkrslými představami o možnostech terapie jejich obtíží, zvláště v případech, kdy lidé trpí ušními šelesty. *„Úplně nemám pocit, že by se těm pacientům nedostávalo v tuto chvíli nějaké adekvátní péče, spíš jde o to, že kolikrát ti pacienti se nedokážou úplně smířit s tím, že i v dnešní době ta medicína jim nemá moc co nabídnout.“* (informant – expert č. 1)

Způsob vymezení kvality života byl u informantů – expertů pojat velmi obecně. „*Umět se o sebe postarat, být zdrav.*“ (informant – expert č. 2) „*Aby život byl, nebo aby měli pocit ti pacienti, že žijí kvalitní život, tak by neměl být ovlivněný nějakými negativními prožitky, nebo pocity, to znamená, že by měli fungovat tak, aby nebyli stresováni něčím, co jim přináší běžný život, to znamená, aby tam nebyly faktory, které jim ten život kazí, a to může být třeba právě ten tinnitus (...).*“ (informant – expert č. 1) „*A aby ta kvalita života byla co nejlepší, tak i to fungování člověka by mělo být takové, aby bylo co možná nejméně narušeno takovými vlivy, které jsou. To znamená, pokud možno, nemít žádný z těch faktorů, které by tu kvalitu života narušovaly.*“ (informant – expert č. 1) O jaké konkrétní faktory by se mělo jednat konkrétně, informant nevedl. Kvalitu života pojímal velmi široce a poukázal na to, že tato kvalita se může být narušena i při, v uvozovkách, běžných událostech, jako je bolest dolní končetiny apod. Důležité je, že informant – expert č. 1 zdůraznil, že kvalita života je o pocitu těch konkrétních osob (nikoli o pocitu okolí). Tento individuální rozměr hodnocení subjektivní kvality života uvedl informant i dále, když byl veden k tomu, aby se zamyslel nad kvalitou života osob se sluchovým postižením (v dané věkové kategorii, se získanými sluchovými vadami). Informant zohlednil dva faktory – závažnost obtíží a „*rozdíly interindividuální.*“ (informant – expert č. 1) „*(...) jsou lidé prostě různí, kteří snášejí něco snadno, nebo bez nějakých těch, a naopak jsou lidé, kteří to těžce nesou a tím pádem pak i ta odezva a vlastně v důsledku i ta kvalita života klesá.*“ (informant – expert č. 1)

Druhý informant se zaměřil především na problematiku sluchové protetiky. Z výroku se zdá, že kvalita života je dána do rovnítka s kvalitou současných kompenzačních řešení. „*Kvalita je nyní mnohem lepší, sluchadla jsou mnohem výkonnější, u některých si okolí ani nevšimne, že nosíte sluchadlo. Záleží ovšem na tom, kolik si připlatíte. Pojišťovna proplácí jen nejzákladnější verzi.*“ (informant – expert č. 2) Právě s technickým vylepšením sluchadlem je podle tohoto informanta spojena možnost zvýšení kvality života. Druhý informant vyzdvihl především nutnost zvyšování všeobecného povědomí, řekněme osvěty, o tom, že lékaři se vždy pokusí problémy konkrétní osoby vyléčit a že existující dostupné metody, jak problémy identifikovat, případně vyléčit, nebo alespoň zmírnit jejich negativní projevy.

Zajímavé byly také poznatky o vlastním pohledu lékařů k vykonávání této profese. Oba informanti, lékaři zmiňují, že je pro tuto specializaci motivovalo multidisciplinární rozpětí

oboru a různorodé možnosti řešení obtíží, ať ambulantně, či chirurgicky. „(...) kombinace nejenom chirurgického způsobu léčby, té možnosti konzervativního způsobu léčby, ale současně i poměrně široká škála diferenciální diagnostiky, ať už závratí a podobných stavů, které se mohou promítat i do jiných odborností. Taková spojenost s tou jinou problematikou a i toho chirurgického i nechirurgického léčení.“ (informant – expert č. 1) Další informant také zmiňuje jako příjemný aspekt profese to, že: „Většina ORL nemocí je akutní, krátkodobá, dobře reagující na léčbu, pacient většinou brzy pocítí úlevu.“ (informant – expert č. 2)

Rozdílnou odpověď zvolili informanti rovněž v závěrečné otázce, která směřovala k tomu, co by informanti poradili lidem se sluchovými obtížemi. Zatímco druhý informant ve svém výroku představil především typické medicínské hledisko, první informant apeloval na faktory psychické odolnosti. „Neztrácej naději, nenechat se tím nějak rozhodit a fungovat normálně dokud to jde.“ (informant – expert č. 1) „Okamžité navštívení ORL lékaře, aby se zjistila vada a byla zahájena včas léčba, hlavně u náhle vzniklé nedoslýchavosti.“ (informant – expert č. 2)

6.4 Shrnutí získaných poznatků od informantů – expertů

Na základě provedeného výzkumného šetření a analýzy získaných výsledků lze konstatovat, že různí lékaři na otorhinolaryngologických ambulancích se v názorech na prevenci, diagnostiku a intervenci shodují.

Tato shoda logicky vyplývá ze stejného profesního působení, nicméně překvapující pro autorku šetření bylo, že také se u lékařů neprojevovalo individuální upřednostňování konkrétního (diagnostického nebo terapeutického) postupu. Ukázalo se, že lékaři se snaží poskytnout svým pacientům různorodou nabídku možností řešení, i přesto, že se ukazuje, že v určitých případech (zvláště u léčby tinnitu) má lékařská věda své určité limity. V oblasti prevence se ukázalo, že lidé, dle informantů – odborníků, se získaným sluchovým postižením mají znalosti o prevenci sluchových vad, ale zásady prevence vědomě nedodržují. Nemají-li jedinci přímo znalosti v pravém slova smyslu, mají podle lékařů alespoň jakési povědomí o základních pravidlech, která však nedodržují, nebo je nedodržují ve své úplnosti.

Ač by se mohlo předpokládat, že lékaři vymezují kvalitu života především z lékařského hlediska, resp. z přítomnosti fyzických obtíží a jejich stupně závažnosti, ve výzkumném šetření se naopak ukázalo, že je kvalita života lékaři pojímána velmi široce – jako schopnost sebeobsluhy, nebo byla vymezena negativní definicí jako nepřítomnost určitých aspektů, které by pro jedince mohly představovat zatěžující faktor. Zlepšení kvality života osob se získaným sluchovým postižením je ztotožňováno především s možnostmi kompenzace sluchadly, nebo také s širší informovaností ohledně současných metod diagnostiky a terapie sluchových vad.

Dále se v šetření ukázalo, že nejčastějšími obtížemi, se kterými daná věková kategorie osob přichází do otorhinolaryngologických ambulancí jsou (vedle snadno řešitelných problémů jako je ucpání vnějšího zvukovodu apod.) percepční sluchové vady a tinnitus.

Rovněž bylo zjištěno, že přímá osobní zkušenost s člověkem se sluchovým postižením není nutná k tomu, aby byl lékař schopen vyšší míry empatie, anebo to alespoň vzhledem k rozsahu výzkumu nebylo prokázáno. Informanti bez i s těmito osobními zkušenostmi vykazují vstřícný přístup k přicházejícímu jedinci a umí se vcítit do jeho prožívání, případně handicapu.

6.5 Analýza a interpretace dat od informantů – osob se získaným sluchovým postižením

Na následujících řádcích je uvedena interpretace získaných dat z polostrukturovaného rozhovoru s osobami se získaným sluchovým postižením ve věkové kategorii čtyřiceti až šedesáti let.

Nejprve jsou vždy popsány demografické údaje a další základní životní okolnosti jedince (pohlaví, věk, vzdělání, profese, rodinný stav). Následně je věnována pozornost jednotlivým oblastem, na které se interview zaměřovalo. Jedná se o: povahu sluchových obtíží, prožívání diagnostického procesu, znalosti prevence sluchových vad a především o subjektivní kvalitu života. Právě otázce vnímání a hodnocení kvality života a k aspektům, které se s ní pojí, byl věnován silný akcent. Aby autorka šetření měla dostatek informací, které by umožnily celkový pohled na subjektivní pojetí kvality života, byly informantům položeny otázky

vztahující se k subjektivnímu vnímání spokojenosti s rodinným životem, zaměstnáním, přátelskými vztahy a bydlením.

Prvním informantem byla žena ve věku padesáti dvou let. Původně byla vyučena jako prodavačka, nyní po absolvování rekvalifikačních kurzů je zaměstnána jako kuchařka v závodní jídelně. Vystudovala střední odbornou školu zakončenou výučním listem, dále se vzdělávala v rekvalifikačních kurzech. Je vdaná, má jednu dceru. Během rozhovoru působila na autorku šetření klidně, otevřeně a energicky. V citacích je informant uveden pod číslem 1.

Druhým informantem byla žena ve věku čtyřiceti pěti let. Je vyučena jako dámská krejčová, nyní pracuje jako prodavačka v prodejně zdravé výživy. Je rozvedená, má dvě dcery. Autorce šetření se zdála jako velmi vystresovaná, unavená a zároveň vstřícná. V citacích je informant uveden pod číslem 2.

Třetím informantem byl muž ve věku padesáti osmi let. Vystudoval střední hotelovou školu zakončenou maturitní zkouškou, nyní pracuje jako provozní v hotelu. Je ženatý, má dceru. Na autorku šetření působil jako klidně, nicméně trochu uzavřeně. V citacích je informant uveden pod číslem 3.

Použité citace výpovědí informantů byly stylisticky pozměněny autorkou práce. Jednalo se především o úpravy v pravopise (tvarosloví, syntax), odstranění opakujících se slov, slov vycpávkových. Přesné znění odpovědí lze nalézt v příloze. (viz příloha)

První informantka je nedoslýchavá (percepční nedoslýchavost), a navíc má subjektivní tinnitus. První příznaky ztráty sluchového vnímání si začala připouštět až při upozornění své rodiny, zvláště dcery. „*Když na mě mluví, tak mi to musí říct někdy dvakrát třikrát, protože nevím, co po mě chce. A když na mě mluví z jiné místnosti a já jsem v jiné místnosti, tak je absolutně neslyším. Vím, že někdo něco říká, slyším zvuky, ale absolutně nevím, co mluví.*“ (informant č. 1) Dcera poslala informantku na audiologické vyšetření do otorhinolaryngologické ambulance. Po diagnostickém vyšetření jí bylo doporučeno, aby navštívila Sluchové centrum v Praze. Do tohoto centra dochází informantka pravidelně jednou za rok na kontrolu. Etiologie vzniku nedoslýchavosti je zřejmě multifaktoriální (věk, hlasitý poslech hudby v mládí) za hlavní příčinu je však považován dlouhodobý pobyt

v hlučném pracovním prostředí. „*A mám takové to hučení v uších, šumění, cinkání. Přisuzovala jsem to krční páteři, protože každý říkal že je to od krční páteře. Ve sluchovém centru mě ujistili, že to od krční páteře není. Je to s přibývajícím věkem, a protože moje zaměstnání je vcelku hlučné. Když vaříme, hučí nám kotle, konvektomaty, myčka a když vydáváme obědy, tak tam zase hučí myčka, a ti zákazníci, co chodí na oběd, vydávají svým způsobem také hodně hluku.*“ (informant č. 1)

Druhá informantka vnímá své obtíže jako psychosomatickou reakci na přetíženost v práci. Podle jejích slov se jí v jakoukoli dobu bez předchozích náznaků náhle zaplní uši vodou. „*Mně se úplně zacpou, až přestanu slyšet.*“ (informant č. 2) Když se dostane do takového stavu, musí vyčkat, dokud bude moci odejít k lékaři. Dochází na ušní sanatorium, kde jí lékař uši vyčistí od ušního mazu.

Třetí informant má rovněž percepční nedoslýchavost. První příznaky začal pociťovat již deset let předtím, než jej rodina doslova donutila zajít na vyšetření. To znamená, že obtížemi ve sluchové percepci trpí přibližně od čtyřiceti osmi let. „*(...) doma jsem to řešil tak, že jsem si pouštěl hlasitěji televizi. Nebo když na mě manželka mluví, tak jsem musel říct, ať mluví pomaleji a hlavně trochu hlasitěji. Ale to mi vlastně nevadilo, protože manželka také nedoslýchá, proto mluví stejně nahlas. Tak je to dobré, protože v některé frekvenci, když mluví, já některá slova nechytám.*“ (informant č. 3)

Zajímavé autorce šetření připadal výrok informanta o tom, že kdyby jej tyto potíže se sluchem zastihly časněji v mladším věku, řešil by je dříve. To je zajímavé vzhledem k tomu, že na vyšetření se dostavil až po deseti letech pociťovaných změn v oblasti slyšení.

První informantka si rovněž myslí, že by na nedoslýchavost reagovala odlišně, kdyby ji zastihla v mladším věku, konkrétně v době, kdy vychovávala malé dítě a nedoslýchavost by se mohla negativně projevit na výchovném dohledu apod.

Diagnostický proces neprožívali informanti nijak intenzivně. Většina z nich prošla běžnými audiologickým vyšetřením, které není bolestivé ani zvláště zatěžující. „*To vyšetření není bolestivé, nic takového, akorát chvílemi jsem nevěděl, na co mám reagovat. Ale jinak si myslím, že bez problému.*“ (informant č. 3)

Nepříjemné pocity zažíval informant č. 2. „*Upřímně, já nerada chodím k muži – lékaři, to zaprvé, já se necítím dobře vždycky. Ale není to úplně příjemné to čištění. (...) Dneska to také nebylo příjemné.*“

V rozhovorech rovněž padla otázka, zda si jedinci hledají nějaké další informace ke svým sluchovým obtížím. „*Díval jsem se na internetu, jaká mají případně naslouchátka. Jen tak pro zajímavost, jak to vypadá, jak jde doba, co už ta naše lékařská věda vymyslela, abych byl v obraze.*“ (informant č. 3)

„*Tak informace, většinou co vyjdou v časopisu, že na to šumění a na to prodávají nějaké preparáty. (...) Dočte se tam člověk, jsou tam ale i bludy, takoví ti, jak by člověk řekl, šmejdi, co tam nabízejí zázračné léky, nebo kapání do ucha, naslouchátka. Takovým já se nevěnuji, já spíš takovým, jak vycházejí v lékárnách ty odborné zdravotnické časopisy. Tam se o tom občas člověk něco dozví.*“ (informant č. 1)

Autorku šetření rovněž zajímalo, zda si informanti myslí, že běžní lidé vědí, jak se chránit před sluchovými vadami, zda znají nějaké zásady apod. Tímto se zároveň ukázalo, zda sami informanti rovněž mají nějaké povědomí o prevenci. Dva informanti poukázali na nadměrné používání sluchátek k poslechu hudby, a to především u mladých lidí. „*(...) hraje jim ta hudba a slyším jenom duc, duc, duc. Vždycky bych jim nejraději řekla: sundej si to, já jsem to také nosila na uších tyto duc, duc, duc. Myslím, že i to mi přispělo k tomu, že člověk je nedoslýchavý a pak si říkám: moje věc to není, dělej si, co chceš (...). Ale někdy bych těm mladým ráda řekla, že i já jsem byla taková a teď jsem nedoslýchavá.*“ (informant č. 1) Je zde tedy patrná snaha o mezigenerační sdílení zkušeností. Nicméně tato snaha není realizována kvůli strachu z možné reakce jedince: „*(...) dneska jsou lidi zlí, tak aby mi nějaký třeba jednu nenatáhl (...).*“ (informant č. 1) „*A dnes vidím, že jdou po ulici jako zombie, mají v uších sluchátka a stále puštěnou nějakou hudbu, nebo jsou napojení na telefon. Nevěnují pozornost svému okolí, ani kvůli své bezpečnosti, protože mohou někoho srazit, nebo mohou do někoho nabourat. Myslím, že tito lidé, ti mladí, že časem budou mít s tím veliké problémy.*“ (informant č. 3) Tento informant chování, z jeho pohledu především mladých lidí, spojil s předpokladem, že lidé vědí, že určité chování vede ke vzniku sluchových vad, ale přesto toto rizikové aktivity stále vykonávají.

Informant č. 3 přiznal, že nemá žádné znalosti, ani podvědomí o tom, jak svůj sluch chránit. „(...) *já vůbec netuším, jak se to potom stane, že neslyší. Vůbec tomu nerozumím. Nejsem odborník.*“ (informant č. 2) Tato žena si své sluchové obtíže vysvětluje psychosomaticky. „*To je můj dojem. Já tak ty nemoci vnímám, že to není nemoc, ale připadá mi to jako signál. Tělo se zasekne a musíte se mu věnovat tomu tělu. Musíte se dát do ticha (...).*“ (informant č. 2) Tato osoba dále zmínila, že má velkou zálibu ve večerním sprchování. Podle všeho to vypadá, že své uši nadměrně zatěžuje pravidelnými vodními výplachy a používáním kosmetických přípravků určených k mytí vlasů. „*Já se strašně ráda sprchuji a stále si myji vlasy, tak si tam tu vodu asi neustále liji, dělám to těsně před spaním. Myslím, že to k tomu nepřispívá. (...) Těsně před spaním se sprchuji a moc si ty uši nesuším. Vždy usnu s mokrou hlavou, možná i nastydnou, nevím, třeba to má něco společného. (...) Já mám vodu strašně ráda a neumím si představit, že bych se nesprchovala, nemyla si vlasy.*“ (informant č. 2) Má také negativní zkušenosti s používáním vatových tyčinek používaných k ušní hygieně. „*Ptala jsem se pana doktora, jestli se prodávají ty tyčinky do uší, já to moc nepoužívám. Ted' jsem to právě použila, a potom jsem ohluchla.*“ (informant č. 2)

První informantka také upozorňuje na nebezpečí kolísání úrovně hlasitosti v audiovizuálních médiích. „(...) *když si pustíte televizi a běží nějaký film, tak ten sotva slyšíte, pak pustí hudbu, nebo reklamu, a to musíte ztišovat, protože to zase křičí.*“ (informant č. 1) Podobně to informant vnímá i u návštěvy kina. „*Když přijdete do kina, tak dobře, já to slyším, ale ti lidé, co slyší normálně, pro ně to musí být ohlušující. Protože pak když vylezu z kina, já nic neslyším, než se mi ta hlava srovná s těma ušima, natož ti opravdu slyšící. Myslím, že by se mělo v takových případech i ubrat.*“ (informant č. 1) Zároveň k výrokům dodává, že by v médiích měla být větší osvěta k této problematice.

Výzkumné otázky se dále v menším rozsahu zaměřily na hodnoty informantů. Autorku práce zajímalo, co nejvíce na svém životě tito lidé oceňují a co jim každý den přispívá ke štěstí (formulováno v rozhovorech jako to, na co se mohou každý den těšit). Informantka č. 1 sice nejprve reagovala vtipem, když na otázku: Je něco na co se můžete vždy těšit?, odpověděla: „*Na to, že mě nebude nic bolet.*“ (informant č. 1) Tímto výrokem zřejmě narážela na fyzické vyčerpání pramenící z náročného zaměstnání. Následně však ve své odpovědi přešla k opravdovým hodnotám, jakými se ukázaly být především rodina a dobré vztahy

s kolegyněmi na pracovišti. „Práce je pro mě důležitá, i ty kolegyně jsou pro mě důležité. A když jdu z práce domů, tak se těším na rodinu, protože mám klidný rodinný život.“ (informant č. 1)

Další informantka (č. 2) opět na prvním místě zdůraznila, že jí velmi záleží na jejích dvou dcerách. „To jsou mé dva dary životní.“ (informant č. 2) To, že je informantka rozvedená osobně neprožívá již negativně, ba naopak oceňuje určitou míru svobody, které jí nová situace přinesla. „Manželství se mi nepovedlo, to si nevyčítám. Já jsem hodně vděčná i za svobodu, co jsem rozvedená, tak za svobodu. Mohu si dělat, co chci.“ (informant č. 2) Opakovaně tato informantka zmínila i potřebu klidu, která jí přináší zklidňující pocit. Tato potřeba zřejmě vyplývá z pocitu přetíženosti z pracovního prostředí. „Já mám ráda klid, usebrání. (...) Dát si kávu a být sama, jen tak se nadechovat a vydechovat. Možná to zní praštně (smích). Já vždy vím, co mě čeká, tak ten klid je pro mě velmi důležitý.“ (informant č. 2)

Poslední informant rovněž zdůraznil, že nejvyšší prioritu pro něj má rodina a jejich zdraví. „Všichni jsou v pohodě, všichni mají práci, všichni jsou relativně zdraví. Já si myslím, že to je ta hlavní devíza v mém životě.“ (informant č. 3)

Všichni tři informanti mají zkušenost s někým, kdo má potíže vyplývající ze sluchových vad, či sluchového postižení. Informantka č. 1 se setkává s takovými lidmi ve své práci, a informant č. 3 zmiňuje, že nedoslýchavost má i jeho manželka. Informantka pracující ve zdravé výživě (č. 2) si neuvědomuje, že by někdo z jejího okolí, ve smyslu rodinného nebo příbuzenského okruhu trpěl podobnými problémy, nicméně si vzpomněla, že do obchodu přišla již vícekrát starší zákaznice, která je neslyšící. Zajímavé u této ženy však bylo, že následkem svých problémů se „zalehnutím uší“ a následnou sníženou kvalitou slyšení, se začala více vcítovat právě do světa této neslyšící zákaznice, potažmo i lidí s vrozeným sluchovým postižením. „Já jsem dnes přemýšlela nad tím, jak se opravdu cítí ti neslyšící. Oni to mají pořádk. To pro ně musí být docela těžké. Na jednu stranu schování před tím světem, ale na druhou třeba, jsem dneska zjistila s tím autem, že je to dost nebezpečné, když neslyšíte. (...) Je mi líto lidí, kteří neslyší, musí to být velmi nepříjemné. Když se s tím narodí, to si vůbec neumím představit, protože je to základní vjem. Do toho obchodu chodí

hodně lidí takto omezených, tak nad tím přemýšlím docela dost. A říkám si, jaké to je, když nevidí, neslyší.“ (informant č. 2)

Autorka práce nechala v rámci svého výzkumného šetření informanty vysvětlit vlastními slovy, co si představují pod pojmem kvalita života a sledovala, jaké aspekty do tohoto pojmu zahrnou. Všichni tři respondenti kvalitu života téměř ztotožnili s pojmem spokojenosti, pohody. *„Aby byl člověk spokojený. Spokojený sám se sebou, aby rodina byla spokojená.“* (informant, č. 1) *„Kvalitní život je, abych já byla v pohodě.“* (informant č. 2) *„To má asi každý v sobě, nějaký subjektivní pocit, jestli je s tím svým životem spokojený (...).“* (informant č. 3) Kvalita života je tak vnímána jako individuálně prožívaná spokojenost, nikoli jako stav, který by vyplýval z objektivních měřítek například ekonomických, společenských, kulturních a jiných aspektů státu, kraje, či města, ve kterém žijí.

Faktory, které s kvalitním životem souvisejí, jsou uvedeny především zdraví, finanční zabezpečení a nepřítomnost zatěžujících životních okolností. Tato, řekněme, finančně – zdravotně – psychická pohoda musí být vnímána nejenom jedincem samotným, ale i jeho rodinnou, jinak řečeno, pokud je v rodině někdo ne-zdravý, finančně nezabezpečený, nebo zatížen stresovými situacemi, snižuje se kvalita života i samotného jedince. *„Není to jenom o penězích, je to o zdraví, o štěstí v rodině, aby jí to vycházelo. Když to vychází v rodině, tak je člověk šťastný a ta kvalita života je taková.“* (informant č. 1) *„Abych neonemocněla, protože, když nemocním, tak jsem podle mě v podmínkách, které mi absolutně nevyhovují a které si nedokážu vykomunikovat. Nebo z různých jiných důvodů nemohu odejít, z různých existenčních a tak. Kvalitní život je takový, abych se cítila dobře, abych okolo sebe měla lidi, s kterými je mi dobře, abych nemusela čelit stresu.“* (informant č. 2)

„Člověk je zdravý, rodina zdravá, okolí zdravé, nestrádají finančně, nemají nějaké jiné problémy, tak to je, myslím si, ta kvalita života.“ (informant č. 3)

Se svou kvalitou života jsou spokojeni oba nedoslýchaví informanti (č. 1, č. 3). Oba jedinci si však uvědomují, že do budoucna je možné, že se tato spokojenost může změnit. Informantka č. 1 možné komplikace vidí především v sociální oblasti, obává se například toho, že by si na ni mohli stěžovat sousedé, bude-li si příliš nahlas pouštět televizi apod. Ke zvýšení kvality života by této ženě pomohla možnost pobývat někde v klidném, tichém prostředí v přírodě. *„(...) jestli je to tím městským ruchem a tou prací, kdyby člověk vypadl*

někam do přírody, a tam byly jenom zvuky přírody, jestli by se tělo zregenerovalo.“ (informant č. 1) Informant č. 3 se obává toho, že by nemohl hrát na kytaru, ale také toho, že by nemohl dobře komunikovat s lidmi.

Informantka č. 2 je výrazně nespokojena se svým profesním životem, který vnímá jako nenaplněný, neboť se nemůže věnovat své původní profesi a navíc pracuje, jak již bylo řečeno, ve velmi stresovém prostředí. Tato žena si uvědomuje, že práce zabírá velkou část jejího života, a tak je velká část jejího života prožívána se stresovými faktory. Na druhé straně její život naplňuje uspokojivé vztahy s blízkými osobami. Pro zvýšení své kvality života by však potřebovala změnit své pracovní prostředí, nejlépe by pro ni bylo, kdyby se mohla živit tím, co jí naplňuje i ve volném čase – šitím oděvů. *„Kompenzuji si to tím životem s blízkými lidmi. Mám dobré vztahy. Ale myslím si, že to není takto úplně správně. Mělo by být vše v pořádku (...).“* (informant č. 2)

Aby byl náhled na kvalitu života osob kompletní, byly informantům položeny otázky, týkající se jejich osobního a pracovního života. Právě tyto dimenze bývají pojímány jako stěžejní v otázce testování subjektivní kvality života. Autorka výzkumného šetření nechala informanty, aby jí sdělili své názory a pocity ohledně jejich rodinného života, spokojeností s pracovním místem, s kolegy a dále s přátelskými vztahy.

V oblasti rodinného života jsou všichni tři informanti spokojení. První a třetí jedinec je v manželském svazku, druhý jedinec je rozvedený. Všichni mají potomky, a to dcery. V rodinném prostředí občas v souvislosti se sluchovými vadami nastávají komplikace v komunikaci. *„V rodinném životě jsem spokojená, i když říkám, že pro ně to musí být asi unavující, mi občas říct tu větu dvakrát třikrát, než pochopím, nebo slyším.“* (informant č. 1)

U třetího informanta je kvalita komunikace ovlivněna mnoha dalšími faktory, jak sám zmiňuje. Podle všeho to vypadá, že jedinec k porozumění řečeného možná již neuvědoměle částečně odezírá. *„V podstatě mi to musí opakovat několikrát, když nerozumím přesně, co chtějí, nebo tak. Ale záleží na frekvenci a na té hlasitosti, jak mi to prezentují. Nebo jestli na ně koukám, nebo nekoukám, jestli jsem za rohem, nebo nejsem za rohem.“* (informant č. 3)

Dále bylo zajímavé, že při přímé otázce na rodinný potažmo partnerský život, druhá informantka vyjádřila spokojenost, o několik otázek dále se k tomuto stavu vyjádřila takto: *„Od té doby, co jsem rozvedená, tak spoustu věcí musím zvládat sama, už ne dva a je to*

náročné na jednu ženu. Je toho hodně. A od té doby jsem s nikým ani nežila, že bych měla partnera, tak jsou ty věci naložené na mě, ale je blbé, když se vám něco stane, tak jste v tom zase sama. V těch povinnostech i v té nemoci. A to mi strašně chybí vždycky, to někomu říct.“ (informant č. 2) Ukazuje se tedy, že spokojenost s životem bez partnera je spojena jednak s pocitem svobody (jak je uvedeno ...), ale také s nutností nést zátěžové životní situace sám bez podpory druhého člověka.

V oblasti spokojeností se zaměstnáním můžeme pozorovat velmi vysokou spokojenost jako ji vykazuje první informantka pracující jako kuchařka. Tato žena sice několikrát zmiňuje, že má těžkou práci, kvůli které i daleko dojíždí, nicméně pro její spokojenost je mnohem podstatnější to, že má s kolegyněmi velmi vřelé vztahy a že mají tyto kolegyně pro její sluchový handicap pochopení. *„S kolegy vycházím dobře, snaží se mluvit na tu stranu, kde lépe slyším. I když ze mě mají občas srandu, že jsem ta nedoslýchavá, a že se mi to musí říkat dvakrát třikrát. Ale zatím se kolegyně ke mně chovají slušně.“* (informant č. 1) Svě povolání zatím kvůli sluchu měnit nemusela, ač do budoucna počítá i s touto možností. *„(...) horší je, až nebudu slyšet, co si ti lidé objednali k jídlu a budu jim dávat něco jiného. Tak pak asi bude na čase odejít z práce, ale zatím si myslím, že ještě ne.“* (informant č. 1)

Poměrně neutrální pocity ke svému zaměstnání vyjádřil třetí informant. K otázkám ohledně svého zaměstnání se vyjadřoval stručně. Podle jeho vyjádření nejspíše zásadní problémy v pracovní oblasti nenastávají, ale zároveň nemůže hovořit o tak vřelém přístupu k práci a kolegům jako první informant. Na svém pracovním místě by rád zůstal až do odchodu do důchodu. *„Samozřejmě, čím by se to zhoršovalo, tak bych to už musel nějak řešit, nějaká naslouchátka, protože by to bylo nepříjemné vůči hostům, že tam chodí nahluchlý číšník, nebo provozní, tak doufám, že mě to nepotká a že vydržím.“* (informant č. 3)

Druhá informantka, prodavačka v obchodě se zdravou výživou, hodnotí své pracovní prostředí jako velmi zátěžové a frustrující. Právě s touto informantkou se interview mnohokrát stočilo právě k problémům vyplývajícím z pracovní zátěže. Jak bylo zmíněno, informantka i své fyzické obtíže připisuje neúměrnému stresovému vypětí z tohoto zaměstnání. *„Já mám hodně lidí a jsem taková přetížená, tak já mám někdy pocit, že ty problémy jsou snad psychosomatické. (...) Zjišťuji, že takové velké množství lidí je na mě hodně, nejsem asi na to úplně typ, a i ta fyzická práce je náročná. Paní vedoucí je náročná.“*

Asi sedm měsíců tam jsem a jsem v takovém bodě stresu, že bych nejraději odešla. To úplně nemůžu. Tak ne úplně šťastně to prožívám.“ (informant č. 2) V dané prodejně je denně v kontaktu jen s malým okruhem dalších zaměstnankyň, z nichž většina z nich pro informantku představuje další zdroj napětí. Dobře vychází jen s jednou kolegyní, která ale přichází pouze na pár hodin. *„Vlastně bych někoho takového potřebovala stále vedle sebe. (...) Chybí mi člověk vedle mě, který by byl v pohodě.*“ (informant č. 2)

Přátelské vztahy pěstuje především první informantka. Ta dobře vychází jak s kolegyněmi, tak s kamarádkami mimo toto prostředí, s nimiž udržuje pravidelné (byť ne každodenní) kontakty. Druhá informantka vzhledem k její profesní situaci navazuje kontakty především mimo zaměstnání. A poslední informant přímo kamarádské vztahy nezmínil, spíše se ve svém volném čase schází s rodinnou, případně komunikuje s lidmi ze svého zaměstnání. U žádného z informantů se zatím neprojevila sluchová vada negativně na jejich přátelské sociální síti.

Informanti č. 1 a č. 3 zatím nepociťují, že by se jim vlivem sluchového postižení změnila nálada, nebo prožívání. Naopak informantka č. 2 se snažila detailně popsat pocit, který má, když náhle přestane slyšet. *„(...) Je to hrozně nepříjemný vjem. Na jednu stranu jsem si připadala jako malé dítě, když chce mít klid, nechce nic slyšet. Ale zároveň v komunikaci s těmi lidmi zjistíte, že je to hrozně omezující, nepříjemné. Připadáte si jako v takové bublině, a ten svět nemůže k vám a vy nemůžete k němu. (...) Ten handicap jsem pocítila dneska docela dost. Zvláštní pocit takový. (...) Já se za to jakoby i stydím, když se mi to stane. Já si říkám: ježiš, to je blbý.*“ (informant č. 2)

Ačkoli informanti se shodují v tom, že po vzniku sluchového postižení se dle jejich názoru v jejich životě nic zásadního nezměnilo, z jejich výpovědí vyplývá, že často bývají vystaveni nepříjemným zážitkům spojených s arogancí, nebo neporozuměním druhých osob. Toto neporozumění může pocházet ze strany rodiny. *„(...) mrzí mě, že ta rodina mi s tím trošku nepomáhá. Myslí si, že slyším jako mladá holka, a když jsem v jedné místnosti, tak oni na mě řvou z druhé místnosti a neuvědomují si, že to neslyším.*“ (informant č. 1) Určité nevhodné chování plynoucí z okolí zmínila první informantka. *„(...) protože sama tím procházím, tak vím, že je to těžké a že s těmi lidmi musí mít člověk trpělivost. Protože já sama, když někam přijdu a jsem nedoslýchavá, tak jsem ráda, když se mnou ti lidé jednají slušněji, než když*

jsou na mě zlí a arogantní, tak se snažím i těm lidem, co mám v práci, svým způsobem, vyhovět a vyjít jim vstříc a nebýt na ně ošklivá.“ (informant č. 1) Na výpovědi je zřejmé, že individuální zkušenost se sluchovým postižením může vést k prohloubení empatie s lidmi, které trápí podobné obtíže. To se ukázalo i v případě druhého informanta, jak je popsáno...

S neporozuměním v pracovním prostředí se setkává především informantka č. 2. *„Já jsem to včera ani neřekla v práci, což bylo hrozné, protože jsem neslyšela. Byla jsem deset hodin v práci, byla tam i vedoucí a já jsem se jí to jako...Bylo mi trapné říct, že jak ona je ještě nepřijemná, neempatická. Tam jsem si říkala, že jí ještě řeknu, že mě bolí uši, a to bude vůbec hrozné.*“ (informant č. 2)

Všichni informanti si navíc uvědomují, že jejich problémy se sluchem představují i komplikace pro jejich blízké okolí. *„Vlastně pak manželka řekla, že už je to neúnosné, jak pouštím nahlas televizi, ačkoli nedoslýchá a také si ji pouští. (...) Moji náladu to neovlivní, akorát je mi to nepřijemné. I vůči ostatním lidem, když se musím zeptat dvakrát, co to vlastně říkal, nebo co tam bylo. I v té televizi to musím vracet zpátky, abych porozuměl každému slovu, co tam řekli. Tak moje okolí to rozčiluje.*“ (informant č. 3) *„Musí to být spíš pro tu rodinu zatěžující, když oni slyší a já neslyším, řve mi televize, řvou mi písničky. Nebo když na mě mluví, tak nevnímám, co na mě mluví.*“ (informant č. 1) Jedna informantka však své problémy sděluje spíše na pracovišti své kolegyni, se kterou dobře vychází, ale svým dětem se nesvěřuje. *„Já jsem zas taková, že si moc nestěžuji. To je moje nevýhoda, když je mi špatně, tak to spíše neříkám, ale vlastně bych to potřebovala říct. Takže je s tím nechci zatěžovat. Nejsem zvyklá jim to říkat. Řeknu to, ale dělám, že je to v pořádku. Přitom jsem úplně hotová.*“ (informant č. 2)

Všichni tři informanti bydlí v panelovém bytě. Se svým bydlištěm jsou spokojeni. *„Je to krásná lokalita, sice paneláková, ale krásná, jsou tu samé rovinky, hodně zeleně.*“ (informant č. 1) Informanti oceňují dopravní dostupnost, přítomnost obchodů i dobré parkování v okolí svého bydliště. *„I když pocházím z malého městečka na severu, tak jsem spokojená tu, už bych se na malou vesnici nechtěla vracet.*“ (informant č. 1) V oblasti bydlení jsou tedy zajištěny všechny potřeby informantů, nicméně někteří si v ideální situaci umí představit i jiné způsoby bydlení. *„Jsem tam spokojená, jsem tam už devět let. Mám tam klid. Ale v domečku bych určitě ráda bydlela, ale to je spojené s těmi financemi a s tím*

mužem, tak to nehrotím, prostě to tak teď je.“ (informant č. 2) *„Samozřejmě má každý nějaké představy, chtěl bych mít chatu někde za Prahou, kam bych mohl o víkendech jezdit.“* (informant č. 3) Se současnou situací však vykazují spokojenost.

V otázce kvality života svou úlohu plní i způsob a možnosti naplňování volného času. Informantka č. 1 uvedla, že ve svém volném čase ráda vaří, peče, to do určité míry zřejmě odpovídá i profesi informanta. Dále se věnuje květinám, anebo úklidu domácnosti. Svůj čas tráví především se svou rodinnou, zvláště dcerou, se kterou chodí ráda nakupovat. *„Ale já mám ráda i samotu, když mohu být chvíli sama, tak i samotu si ráda užívám. Ale koníčky vyloženě nemám.“* (informant č. 1) Druhá informantka sdělila, že ráda šije, nebo chodí na procházky. Ve dvou případech tedy náplň volného času odpovídá profesnímu zaměření jedinců. Způsob trávení volného času není naplněn sportováním, nebo uměleckými činnostmi, ale vzhledem k vyčerpání z pracovního prostředí, se všichni informanti shodují, že ve svém volném čase preferují klid, odpočinek a ticho. *„Lenošeni, ráda lenoším.“* (informant č. 1) *„A teď mám ráda i klid, jsem strašně ráda i doma. Je to takové, že potřebuji klid.“* (informant, č. 2) *„Ve volném čase potřebuji relaxovat, tak chodím hrozně rád do přírody. (...) Protože mám v práci spoustu lidí, tak jsem rád, když vypadnu a jsem někde sám a v klidu se kochám.“* (informant č. 3)

Informanti zatím nepociťují, že by existovaly určité činnosti, kterým by se chtěli věnovat a které kvůli sluchovým vadám vykonávat nemohou.

Informanti ve svém doporučení pro ostatní osoby, které trápí podobné obtíže spojené se sluchovým vnímáním, zmínili především nutnost včasného navštívení lékaře. *„(...) nevybodnout se na to a říct: to je dobré, to je dobré, to se zlepší, protože se to nezlepší.“* (informant č. 1) Závěrem autorka šetření nechala informantům možnost, aby k tématu vyjádřili jakékoli své další poznámky, nebo poslání, které by v této práci mělo zaznít. Na níže uvedených citacích lze pozorovat, že se jedinci akcentují především oboustranné mezilidské porozumění, schopnost empatie a péči o sebe samého.

„Člověk by měl o sebe dbát, vážit si svých blízkých, lidi okolí, co vám s tím pomáhají a jsou k vám ohleduplný. Mladým popřát, aby slyšeli. Aby nedopadli jako my, co už neslyšíme, nebo ne neslyšíme, ale ta doslýchavost je horší a horší.“ (informant č. 1)

„Já si myslím, že by člověk na sebe měl být opatrný, protože ty uši jsou citlivé, takové křehké. Myslím si, že by se lidé neměli přetěžovat. Že by neměli poslouchat víc, než unesou. (...) Aby byli na sebe opatrní a nebáli se říkat, že jim něco je, že jsou handicapovaní, protože to pochopení z druhé strany je léčivé.“ (informant č. 2)

„Ať se každý stará o své zdraví, ať nic nepodceňuje a jde včas k doktorovi. A má i ohled na lidi okolo sebe. Na svou rodinu, kolegy v práci a tak dále, protože, když nebude slyšet, tak budou mít problémy i ti lidé okolo.“ (informant č. 3)

6.6 Shrnutí získaných dat od informantů – osob se získaným sluchovým postižením

Analýza a interpretace získaných dat z polostrukturovaných rozhovorů s osobami se získaným sluchovým postižením v dané věkové kategorii čtyřiceti až šedesáti let přinesla odpovědi na výzkumné otázky položené před zahájením šetření.

Jednou z dílčích otázek byla i tato: Jaké oblasti života jedinci hodnotí jako negativně ovlivněné získaným sluchovým postižením?

Při interpretaci výpovědí informantů se jasně neprokázalo, že by informanti vnímali přítomnost jakýchkoli zásadních změn vlivem sluchového postižení ve svém životě. Nicméně při důkladném zkoumání daných odpovědí se ukázalo, že sluchové postižení ovlivňuje především kvalitu komunikace a schopnost orientace v prostředí. Získané sluchové postižení působí negativně na další oblasti života až sekundárně – například způsobuje rozčilení ostatních osob kvůli zvýšené hlasitosti televize apod. V popředí však stojí zmíněná komplikace v interpersonální komunikaci. Nicméně informanti si uvědomují, že pokud by se jejich obtíže dále zhoršovaly, pravděpodobně by to mělo mnohem negativnější dopad na různé oblasti jejich života (obzvláště pracovní).

V rozhovorech informanti poukázali na to, že existují situace, ve kterých cítí, že je s nimi zacházeno neadekvátně, a to právě kvůli jejich sluchovým vadám. Lidé se dle výroků informantů mnohdy chovají arogantně a neempaticky. Právě kvůli této sociální ostrakizaci

a snížené schopnosti komunikace, nebo orientace se autorka práce domnívá, že je možno u těchto osob mluvit o sluchovém postižení, ačkoli tohoto termínu sami informanti nepoužili.

Co dalšího zajímavého vyplynulo z rozhovorů je fakt, že empatie k osobám se sluchovým nebo i jiným znevýhodněním se rozvíjí na základě vlastního prožívání určitého handicapu. V rozhovorech se dva informanti zmínili, že právě jejich zkušenost s limity plynoucích ze zdravotních obtíží je vedli k zamyšlení se nad životy jiných osob s podobnými problémy. Existují nějaké shody, nebo rozdíly v pojetí kvality života osob se získaným sluchovým postižením u jedinců s tímto postižením a odborníky z příslušných lékařských oborů?

Kvalita života je odborníky i lidmi s postižením popisována velmi podobně. Obě skupiny informantů chápou tento pojem jako subjektivní pocit daného jedince. Vymezuji ji obecně, jako spokojenost se svým životem, kterou ovlivňuje (ne) přítomnost zátěžových faktorů, a míra naplnění základních hodnot jako jsou především zdraví (zvláště blízkých osob), rodina a zaměstnání. Oslovení odborníci jednotlivé dimenze kvality života blíže nespecifikovali, pojímali tento pojem velmi široce.

Interview poskytla i odpověď na hlavní výzkumnou otázku: Jak lidé se získaným sluchovým postižením hodnotí svou kvalitu života?

Ukázalo se, že nejdůležitější pro uspokojivou subjektivně pocíťovanou kvalitu života není pro informanty stěžejní povaha sluchové vady, nebo kvalita lékařských služeb, ale především je to rodina a blízké osoby, které jsou schopny poskytnout potřebnou útěchu, podporu a porozumění. Velkou úlohu také plní pracovní prostředí. Pokud lze pracovní proces a vztahy na pracovišti hodnotit alespoň jako dobré, bez přítomnosti stresových zatěžujících faktorů, je úroveň kvality života pocíťována o to vyšší.

Podpora a porozumění tvoří důležitý faktor spokojenosti se svým životem. Nehledě na rozdílné rodinné zázemí, zaměstnání, nebo udržovaná přátelství, je pro informanty nejdůležitější přítomnost osoby, která vyjádří pochopení k daným problémům jedince. Možnost sdílení pocitů se projevila jako neocenitelná a zásadní.

Kvalitu života hodnotí informanti jako uspokojivou, zřejmě proto, že na jedné straně jejich obtíže nejsou pocíťovány jako dramaticky omezující participaci na soukromém i veřejném

životě, na straně druhé jsou zdravotní obtíže kompenzovány dalšími životními aspekty, kterým jedinci přikládají větší váhu než vlastní stoprocentní zdraví, a to jsou především dobré vztahy a zdraví jejich rodinných příslušníků.

Do jaké míry se shodují, nebo naopak liší názory na prevenci, diagnostikování a intervenci sluchové vady mezi odborníky a lidmi se získaným sluchovým postižením?

Diagnostický proces probíhal u všech informantů podobným způsobem. Obvykle jsou podrobeni otoskopii a audiologickému vyšetření. Následně docházejí na pravidelné kontroly. Diagnostikování není prožíváno jako bolestivé. Co stojí za zmínku je fakt, že do otorhinolaryngologických ambulancí na příslušné vyšetření jsou jedinci vysláni většinou až po naléhání svých blízkých, kteří zaznamenají, že je něco v nepořádku. Někdy přicházejí jedinci sami, a to obvykle s přechodnými problémy (ucpání zvukovodu mazem), nebo s tinnitem. Nejsou to tedy praktičtí lékaři, kteří by své pacienty odeslali s doporučením na vyšetření. Otázkou zůstává, do jaké míry mohou praktičtí lékaři postřehnout nápadné změny ve sluchové percepci svých pacientů. A do jaké míry jsou ochotni ze své iniciativy daného jedince sami nasměrovat do ORL ambulancí.

Informanti – odborníci sdělili, že lidé obvykle do ambulancí přicházejí s představami o možnostech léčby, které získali převážně na internetu. V rozhovorech s informanty se sluchovým postižením byly internetové zdroje také zmíněny, ale pouze okrajově. Sledování jedinci si informace před návštěvou lékaře nevyhledávají, či pro ně nejsou tak důvěryhodné jako informace od lékaře.

Intervenční zásahy u daných jedinců se omezují pouze na pravidelné kontrolní vyšetření a rady, jak fungovat v domácnosti. Zajímavé také bylo zjištění, že informantům s nedoslýchavostí nebyla nabídnuta sluchadla. Rovněž ušní šelesty, které pociťuje jedna z informantek nejsou nijak řešeny. Ač tedy je dle odborníků celá řada metod diagnostiky i léčby, vyvstává otázka, do jaké míry jsou tyto rozmanité metody využívány a zdali lékaři nerezignují pouze na osvědčené stereotypní postupy a na to, lidově řečeno, že když je člověk v určité věku, má se zkrátka smířit s tím, že neslyší tak, jako dřív a brát to jako nevyhnutelnou samozřejmost.

V oblasti prevence se názory běžných osob a odborníků částečně shodují. Jak odborníci, tak další informanti se domnívají, že lidé mají v podvědomí všeobecné zásady ušní a sluchové hygieny, ale mnohdy je nedodržují. U jednoho informanta se však ukázalo, že toto povědomí není rozvinuto. Tento jedinec neměl představu o tom, jak vznikají sluchové vady, o pravidlech (ne) používání vatových tyčinek k čištění zvukovodu, používání sluchátek apod. Starší informanti poukazovali právě na přehlížené nebezpečí nadměrného užívání sluchátek s hlasitou hudbou. V této souvislosti někteří informanti, a nutno dodat i autorka šetření, volají po větší a efektivnější osvětě o problematice sluchové hygieny a prevence sluchových vad. Zajímavé zjištění také spočívá v tom, že většina osob se získaným sluchovým postižením přiznává, že uvedené zásady ochrany sluchu (dřívější poslouchání walkmana, hlasité koncerty, ochranné pomůcky při práci) také nedodržovala. Je tedy otázkou, do jaké míry lze tuto mezigenerační zkušenost předat. Jako největší překážka v prevenci se jeví především to, že některé typy sluchových vad se projeví až v pozdějším věku, a tak jedinci následky svého chování pociťují až mnohem později.

Z výzkumné části práce vyplynuly pro autorku tři zásadní poznatky: zaprvé, kvalita života je spíše než (ne) přítomností sluchové vady (resp. sluchového postižení) ovlivněna spokojeností s rodinným životem a povahou pracovního prostředí (fyzického i sociálního); zadruhé širší veřejnost je k lidem se získaným sluchovým postižením mnohdy přezíravá, empatie k těmto lidem se rozvíjí až vlastní zkušeností s podobnými obtížemi; zatřetí lidé nemají ponětí, jak se chránit před sluchovými vadami, anebo vědomě zásady prevence porušují a do specializovaných pracovišť přicházejí až s rozvinutými problémy, a to mnohdy ani ne z vlastní vůle, jakožto z vůle svého blízkého okolí.

Co z toho pro autorku šetření vyplynulo do praxe? Při zkoumání subjektivního hodnocení kvality života je žádoucí zaměřit se na rozdílné rodinné a pracovní podmínky jedince, neboť ty hrají zásadní úlohu při subjektivním hodnocení. Zdraví je lidmi vnímáno jako důležitá hodnota, mnohdy je však důležitější zdraví jejich blízkých osob než jejich vlastní. Jinak řečeno, vlastní zdravotní obtíže nemusí mít takový vliv na kvalitu života jedince jako zdravotní obtíže někoho blízkého.

Odborníci z multidisciplinárního týmu by se měli zaměřit na vytvoření efektivnější šíření osvěty ohledně prevence sluchových vad. Vzhledem k získaným datům by rovněž

neuškodilo, kdyby lidé znali více o metodách diagnostiky sluchu a možnostech léčby různých sluchových vad. Díky tomu by lidé měli kvalitní informace, a nikoli poznatky z nespolehlivých zdrojů.

Lékaři (ORL, praktičtí) by neměli předpokládat, že jejich pacienti znají zásady prevence sluchových vad. Rovněž by je měli více upozorňovat na některé možné problémy, které jsou v praxi běžné, ale obyčejní lidé je neumí pojmenovat (nadměrná tvorba ušního mazu, tinnitus apod.). Protože to, co z výzkumného šetření jasně vyplynulo je, že včasná intervence je zásadní (jeden informant vyčkával s vyšetřením celých deset let!). Včasná intervence totiž vede i k včasné úlevě od obtíží a tím i ke zvýšení kvality života.

7 Závěr

Tato diplomová práce se zabývala kvalitou života osob se získaným sluchovým postižením, a to u osob ve věkovém rozmezí mezi čtyřiceti a šedesáti lety. V teoretické části práce byl na základě prostudované literatury vytvořen nástin souvislostí, které s daným tématem souvisí a které autorka práce považovala za zásadní. Jednalo se především o stručné vytyčení základních charakteristik osobnosti čtyřicetiletých a padesátiletých jedinců, popsání etiologie, diagnostiky, léčby, či kompenzace sluchových vad, definici kvality života a jejich dimenzí.

Praktická část diplomové práce se zabývala detailnějším popisem přípravy výzkumného šetření, jeho realizace, a zvláště poté analýzou a interpretací získaných dat od informantů. Na základě interpretace těchto dat autorka práce dospěla k odpovědi na hlavní výzkumnou otázku, jakou bylo: jak lidé se získaným sluchovým postižením hodnotí svou kvalitu života. Ukázalo se, že lidé hodnotí svůj život jako uspokojivý, kvalitní a (prozatím) zásadně nenarušený svým sluchovým postižením. Analyzovaná data od informantů – lékařů rovněž přinesla zajímavá zjištění přispívající do celkového obrazu dané problematiky. Výroky informantů poukázaly na neznalost běžných lidí o prevenci sluchových vad, či zanedbávání této prevence. Dále se ukázalo, že mezi nejčastější problémy dané věkové kategorie osob spadá především percepční nedoslýchavost, tinnitus a dále případně přechodné poruchy sluchu způsobené ucpáním zvukovodu cerumenem. Lékaři projevují vstřícný a empatický přístup k těmto osobám a pojem kvality života pojímají stejně obecně jako lidé mající sluchové postižení. Je nutno poznamenat, že vzhledem ke kvalitativní povaze výzkumu a subjektivní povaze pojmu kvalita života nelze výsledky zde získané generalizovat na celou populaci osob se získaným sluchovým postižením ani na lékaře pracující v daném oboru.

Přesto se autorka práce domnívá, že cíl diplomové práce byl splněn. Dané téma však poskytuje další možnosti teoretického bádání a praktického výzkumu. Některé z návrhů uvedla autorka již v kapitole věnované shrnutí získaných dat. Za nejvíce nosné považuje další výzkumy, které by se případně zabývaly sociální ostrakizací osob s nedoslýchavostí, nebo připraveností okolního fyzického a sociálního prostředí na osoby se získaným sluchovým postižením, či srovnáním subjektivně pocíťované míry kvality života osob se získaným sluchovým postižením napříč různými věkovými kategoriemi.

Přínosem pro autorku práce v jejím osobním životě je především uvědomění si pocitů, které jedinci zažívají při necitlivém zacházení s jejich osobou, a potřeby aktivního naslouchání a porozumění, které tito lidé potřebují k naplnění své kvality života.

Pro profesní budoucnost jako přínos vnímá autorka práce především to, že je nutné klást větší akcent na prevenci sluchových vad, zásady ušní a sluchové hygieny. Dále je zapotřebí informovat o moderních možnostech kompenzace sluchových vad. Za stěžejní je nutno pojímat také rozvoj interpersonálních dovedností obsahující laskavou akceptaci a empatii k lidem se získaným sluchovým postižením namísto jejich stigmatizace. To vše by ráda autorka práce v budoucnu předávala jako speciální pedagog dospívajícím žákům a studentům. Protože nakonec to není ani věda, ani moderní technologie, ale vstřícný lidský přístup, který zlepšuje kvalitu života.

8 Seznam použitých informačních zdrojů

A) tištěné zdroje

- (1) Center of Health Promotion, University of Toronto. The Quality of Life Model, University of Toronto [online]. Dostupné z: http://sites.utoronto.ca/qol/qol_model.htm. In: PAYNE, Jan a kol. (2005) *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-657-0.
- (2) ČÁP, Jan. (1980) *Psychologie pro učitele*. Praha: SPN. ISBN neuvedeno.
- (3) DRŠATA, Jakub, HAVLÍK, Radan a kol. (2015) *Foniatric – sluch*. Havlíčkův Brod: Tobíáš. ISBN 978-80-7311-159-5.
- (4) EHLICH, K., SWITALLA B. Transkriptionssysteme – Eine exemplarische Übersicht. *Studium Linguistik*. 1976, č. 1, s. 78-105. In: HENDL, Jan. (2016) *Kvalitativní výzkum: Základní metody, teorie a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.
- (4) GAIL, Sheehy. (1999) *Průvodce dospělostí: šance a úskalí druhé poloviny života*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-185-1.
- (5) HÁDKOVÁ, Kateřina. (2016) *Člověk se sluchovým postižením*. Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy. ISBN 978-80-7290-619-2.
- (6) HENDL, Jan. (2016) *Kvalitativní výzkum: Základní metody, teorie a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.
- (7) HEŘMANOVÁ, Eva. (2012) *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). ISBN 978-80-7419-106-0.
- (8) HRADILOVÁ, Tereza. (2017) *Kvalita života osob se sluchovým postižením*. Praha: Univerzita Karlova – Pedagogická fakulta. ISBN 978-80-7290-967-4.
- (9) HRDLIČKA, Michal, KURIC, Julián a BLATNÝ, Marek. (2006) *Krize středního věku – úskalí a šance*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-168-9.
- (10) HROBONĚ, Miloslav, JEDLIČKA, Ivan a HOŘEJŠÍ, Jaroslav. (1998) *Nedoslýchavost*. Praha: Makropulos. ISBN 80-86003-13-2.
- (11) HRUBÝ, Jaroslav. (1997) *Velký ilustrovaný průvodce nesyčících po jejich vlastním osudu I. díl*. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených. ISBN 80-7216-006-0.

- (12) HRUBÝ, Jaroslav. (1998) *Velký ilustrovaný průvodce neslyčících po jejich vlastním osudu 2. díl*. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených. ISBN 80-7216-075-3.
- (13) KLENKOVÁ, Jiřina. (2006) *Logopedie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1110-2.
- (14) KŘIVOHLAVÝ, Jaro. (2002) *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0179-0.
- (15) LANGMEIER, Josef a KREJČÍŘOVÁ, Dana. (2006) *Vývojová psychologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1284-0.
- (16) MARKALOUS, Bohumil. (2006) *Předmluva k českému překladu*. In: THORA, Carl a GOEBEL, Gerhard. (2006) *Tinitus – 100 otázek a odpovědí*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-739-9.
- (17) MAYRING, Philipp. (1990) *Einführung in die qualitative Forschung*. München: Psychologie Verlag Union. ISBN nevedeno. In: HENDL, Jan. (2016) *Kvalitativní výzkum: Základní metody, teorie a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.
- (18) MILES, M. B., HUBERMAN, A. M. (1984,1994) *Qualitative data analysis. A source book of new methods*. London: Sage. ISBN nevedeno. In: HENDL, Jan. (2016) *Kvalitativní výzkum: Základní metody, teorie a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.
- (19) PATTON, M. Q. (1990) *Qualitative evaluation and research methods*. Newbury Park and London: Sage. ISBN nevedeno. In: HENDL, Jan. (2016) *Kvalitativní výzkum: Základní metody, teorie a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.
- (20) PAYNE, Jan a kol. (2005) *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-657-0.
- (21) PŘÍHODA, Václav. (1977) *Ontogeneze lidské psychiky III: vývoj člověka od třiceti do čtyřiceti pěti let*. Praha: SPN. ISBN nevedeno.
- (22) ROBSON, C. (1993,2003) *Real world research*. Oxford: Blackwell. ISBN nevedeno. In: HENDL, Jan. (2016) *Kvalitativní výzkum: Základní metody, teorie a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.

- (23) ŘÍČAN, Pavel. (2014) *Cesta životem: vývojová psychologie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0772-6.
- (24) SKŘIVAN, Jiří. (2000) *Záněty středního ucha. Sluch a jeho poruchy. Hluchota*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-128-5
- (25) SPITZER W.O. et al. Measuring the quality of life of cancer patients. *Journal of Chronic Diseases*, 1981/34:585-597. In: PAYNE, Jan a kol. (2005) *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-657-0.
- (26) STRNADOVÁ, Věra. (1998) *Hádej, co říkám aneb Odezírání je nejisté umění*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR jako bezplatnou přílohu Gongu. ISSN 0323-0732.
- (27) THORA, Carl a GOEBEL, Gerhard. (2006) *Tinitus – 100 otázek a odpovědí*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-739-9.
- (28) THOROVÁ, Kateřina. (2015) *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0714-6.
- (29) VÁGNEROVÁ, Marie. (2012) *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0225-7.
- (30) VÁGNEROVÁ, Marie. (2007) *Vývojová psychologie II: Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1318-5.

B) elektronické zdroje

- (1) BERGSMA J. a ENGEL G. L. Quality of life: does measurement help? *Health policy* [online]. 1988, **10** (3), s. 267-279 [datum cit. 16.11.2019]. ISSN 0168-8510. Dostupné z: <https://dspace.library.uu.nl/handle/1874/18388>
- (2) DVOŘÁKOVÁ, Petra, 2016. *Možnosti rehabilitace osob s tinnitem*. Praha. Diplomová práce. Univerzita Karlova. Pedagogická fakulta. Katedra speciální pedagogiky. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/78738?show=full>

- (3) IROVSKÁ, Jana, 2018. *Vliv tinnitu na kvalitu života*. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Pedagogická fakulta. Katedra speciální pedagogiky. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/mbv25/DIPLOMOVA_PRACE.pdf
- (4) VELDOVÁ, Karolina, 2014. *Vědomé strategie zvládnání tinnitu*. Olomouc. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Filozofická fakulta. Katedra psychologie. Dostupné z: https://theses.cz/id/bzxoz1/Diplomov_prce_K_Veldov.pdf
- (5) VÝBOR ČESKÉ SPOLEČNOSTI OTORINOLARYNGOLOGIE A CHIRURGIE HLAVY A KRKU ČESKÉ LÉKAŘSKÉ SPOLEČNOSTI JANA EVANGELISTY PURKYNĚ, 2014. Indikační kritéria pro implantovatelné sluchové pomůcky. In: *Otorinolaryngologie.cz* [online]. 21. 10. 2014 [cit. 7. 6. 2019]. Dostupné z: <http://www.otorinolaryngologie.cz/dokumenty/indikace.pdf>
- (6) Zákon č. 231/2001 Sb. ze dne 4.7.2001, o provozování rozhlasového a televizního vysílání a změně dalších zákonů. In: *Zakonyprolidi.cz*, [online]. [datum cit. 26.3.2019]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2001-231>
- (7) Zákon č. 384/2008 Sb. ze dne 23.9.2008, kterým se mění zákon č. 155/1998 Sb., o znakové řeči a o změně dalších zákonů a další související zákony. In: *Zakonyprolidi.cz*, [online]. [datum cit. 1.4.2019]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2008-384>
- (8) ZEMAN, Marek. Koncept SEIQoL jako nástroj pro hodnocení kvality života. *Kontakt. Journal of nursing and social sciences related to health and illness* [online]. 2008, **10** (1), s. 140-149 [datum cit. 16.11.2019]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2008/01/20.pdf>

9 Seznam příloh

Příloha 1 – Vzor informovaného souhlasu pro informanty – odborníky

Příloha 2 – Vzor informovaného souhlasu pro informanty – osoby se získaným sluchovým postižením

Příloha 3 – Přepisy rozhovorů s informanty – odborníky

Příloha 4 – Přepisy rozhovorů s informanty – osobami se získaným sluchovým postižením

Příloha 5 – Ukázka kódování rozhovorů

Příloha 1 – Vzor informovaného souhlasu pro informanty – odborníky

Informovaný souhlas s účastí na výzkumném šetření: Kvalita života osob se získaným sluchovým postižením v dospělém věku

Dobrý den,

jmenuji se Věra Vondříčková a jsem studentka Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy. V rámci své diplomové práce se zabývám kvalitou života dospělých osob (ve věku 40-60 let), u kterých v daném věkovém rozmezí vznikla sluchová vada (resp. vzniklo sluchové postižení).

Provádím nyní výzkumné šetření ke zmíněné problematice a hledám odborníky, kteří by byli ochotni mi odpovědět na níže předložené otázky k dané problematice.

Obdržené informace budou použity pouze pro vypracování mé diplomové práce. V práci bude zachována Vaše anonymita (uvedeno bude pouze Vaše pohlaví a profese).

Svou účast na výzkumném šetření můžete odmítnout. Odmítnutí pro Vás nebude mít žádné negativní důsledky.

Moc Vám děkuji za Vaši pomoc i za Váš čas.

Pokud byste měl/a jakékoli dotazy, či připomínky, můžete se obrátit na mou e-mailovou adresu: verkavondrickova@seznam.cz.

Svým níže uvedeným podpisem stvrzujete souhlas s účastí na výzkumném šetření a také to, že jste předloženým informacím porozuměl/a.

Jedna kopie tohoto informovaného souhlasu náleží Vám, druhá autorce tohoto šetření.

Jméno informanta/informantky:

Jméno autorky výzkumného šetření:

Podpis:.....

Podpis:.....

Příloha 2 – Vzor informovaného souhlasu pro informanty – osoby se získaným sluchovým postižením

Informovaný souhlas s účastí na výzkumném šetření: Kvalita života osob se získaným sluchovým postižením v dospělém věku

Dobrý den,

jmenuji se Věra Vondříčková a jsem studentka Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy. V rámci své diplomové práce se zabývám kvalitou života dospělých osob (ve věku 40-60 let), u kterých v daném věkovém rozmezí vznikla sluchová vada (resp. vzniklo sluchové postižení).

Provádím nyní výzkumné šetření ke zmíněné problematice a hledám osoby, které se nacházejí v dané věkové kategorii a u kterých v tomto věku vznikla sluchová vada. Jste-li takovou osobou, budu velmi ráda, budete-li mít čas a zájem odpovědět na níže uvedené otázky.

Obdržené informace budou použity pouze pro vypracování mé diplomové práce. V práci bude zachována Vaše anonymita (uvedeno bude pouze Vaše pohlaví, profese a Váš věk).

Svou účast na výzkumném šetření můžete odmítnout. Odmítnutí pro Vás nebude mít žádné negativní důsledky.

Moc Vám děkuji za Vaši pomoc i za Váš čas.

Pokud byste měl/a jakékoli dotazy, či připomínky, můžete se obrátit na mou e-mailovou adresu: verkavondrickova@seznam.cz.

Svým níže uvedeným podpisem stvrzujete souhlas s účastí na výzkumném šetření a také to, že jste předloženým informacím porozuměl/a.

Jedna kopie tohoto informovaného souhlasu náleží Vám, druhá autorce tohoto šetření.

Jméno informanta/informantky:

Jméno autorky výzkumného šetření:

Podpis:.....

Podpis:.....

Příloha 3 – Přepisy rozhovorů s informanty – odborníky

Vysvětlivky:

A = autorka práce

I = informant

Č. 1 – Informant – odborník, lékař na otorhinolaryngologické ambulanci v poliklinice na Jižním Městě v Praze

A: Mohu se zeptat, co Vás motivovalo pro práci na ORL?

I: To už je poměrně dávno. Já nevím, kombinace kombinace jakoby chirurgického oboru s možností jakoby různý konzervativní terapie. Takže kombinace prostě jak jakoby nejenom chirurgickýho způsobu léčby, ale ta možnost konzervativního způsobu léčby, ale současně i poměrně široká škála různý jakoby diferenciální diagnostiky, ať už, já nevím, závratí a podobnejch stavů, které se můžou prolínat jakoby i do jiných odborností. Takže jakoby taková spojitost s tou jinou problematikou a i to, že teda kombinace chirurgickýho i nechirurgickýho léčení.

A: Takže to, co máte na své práci rád je hlavně ta multidisciplinarita?

I: Ano.

A: Máte osobní zkušenost s někým, kdo má získané sluchové postižení?

I: Osobní jako z rodiny? Z rodiny úplně ne.

A: Ne? Příbuzní nebo tak?

I: Jakože děda v devadesáti hůř slyšel jako. Ale nebylo to nic dramatickýho. Sluchadla nepoužíval, to jako v tomhle ohledu ta zkušenost byla, ale on fungoval v podstatě úplně normálně. Ve smyslu, že televizi si dal víc nahlas, ale když něčemu nerozuměl, tak se zeptal, muselo se mu to zopakovat, ale jinak jako úplně, že bych měl zkušenost přímo z okolí svýho, jako že by měl někdo sluchadla, nebo něco takovýho, to ne.

A: Jak často k Vám přichází lidé se získaným sluchovým postižením (v dané věkové kategorii 40-60 let)?

I: Poměrně často. Protože tím že to je, nebo ta prevalence v tom vyšším věku je poměrně velická. To je jako velký procento pacientů. Čím jsou starší, tak tím nějakou poruchu sluchu mají. Tak v podstatě jako poměrně často se s tím člověkem setkává, pak je samozřejmě i

otázka jiná, kolik z těch lidí, kterým něco najdeme, jako že mají nějaký nález na audiu, třeba, tak kolika lidem z toho to vadí, nebo je to nějak limituje jakoby v běžném fungování, že jo. Protože oni můžou mít prostě pokles pokles toho percepčního prahu v nějakých frekvencích, ale nemusí je to nijak limitovat, že jo. Oni můžou fungovat úplně normálně jako. A to, že prostě hůř slyšej, anebo kolikrát ono v souvislosti s tím stránutím to není jenom jako že obecně hůř slyšej, ale vono se to projevuje zpočátku spíš tím, že oni sice slyšej, ale hůř rozuměj tomu, co kdo jakoby povídá, třeba. Takže těch pacientů je hodně, ale samozřejmě ne všichni pacienti z toho, co máme jakoby tu skupinu pacientů, tak ne všichni jsou k nějakému řešení. Jo, jakože by, prostě jsme rovnou všechny posílali k nějaký jako pomoci technický, ve smyslu třeba sluchadla a podobně. To ne, to je určitý procento z toho, ale není to, že každé pacient rovnou musí bejt nějakým způsobem jakoby léčenéj. Nebo, že by mu musela, nebo jakoby, že by mu muselo bejt pomůženo nějakýma sluchadlami, to ne.

A: A z toho věkového rozpětí, já se zabývám čtyřicet až šedesát let, takže chodí častěji těch čtyřicet až padesát let, nebo padesát až šedesát let?

I: Nevim.

A: Nevíte.

I: Spíš, když vono ta zase záleží hrozně jako na dalších faktorech. Jako když budete mít prostě lidi, který přijdou a dělali v nějakým třeba hlučným prostředí, tak klidně přijdou s poruchou sluchu v mladším věku, nebo v nižším věku. A naopak jsou lidi, který prostě jsou šedesátiletý i třeba víc a mají ten sluch úplně krásnej jako, jo. To zase takový hůř, horší vodhadnutelnost, jestli jsou víc ty...Jak zněla ta otázka? Jestli je víc těch čtyřiceti až padesátiletých než- Asi obecně ne, obecně jakoby platí, že tíže poruchy by měla s věkem bejt horší, že jo. Teoreticky by víc pacientů mělo bejt v té skupině těch starších lidí, ale zase nelze to paušalizovat obecně jako pro všechny, prostě. Jsou fakt lidi, že maj těžší poruchu sluchu i v mladším věku, a naopak jsou některý, který i ještě starší než těch šedesát let jsou na tom dobře. Ale to pak je zase otázka nějaký jako genetický třeba jo predispozice, že některý jsou náchylnější k tomu, že nějakým způsobem na ně ty vlivy působěj. Protože tam v podstatě jako to, co předurčuje, jestli ta porucha sluchu se bude rozvíjet třeba pomalejš, nebo rychlejš ovlivňuje nějaká genetická, že jo, predispozice, jestli prostě ty uši jsou třeba vnímavější vůči nějakým rizikovým faktorům. Pak to může ovlivňovat nějaký ototoxický látky, nebo léky, i třeba nějaká léčba onemocnění nějakýho. Protože třeba typicky

onkologický pacienti, který dostávají nějaký jakoby cytostatika, který mohou mít ototoxické účinek, tak ty mohou i mladším věku mít prostě horší sluch. Takže ta ototoxicita tam hraje roli. Prokrvení ve vztahu k tomu stárnutí tam hraje nějakou roli a vliv těch zevních faktorů. To znamená především to, jak v hodně hlučně prostředí ten dotyčný pracuje. To znamená jako že, jestliže pracuje v hodně hlučným prostředí, tak je větší pravděpodobnost, že ta porucha sluchu tam bude výraznější.

A: A máte pocit, že chodí třeba častěji ženy než muži, nebo je to vyrovnané?

I: To zas taky těžko říct, jako spíš si nemyslím, že by to bylo vyloženě jako markantní rozdíl mezi tím, že by chodilo víc třeba mužů než žen, nebo víc žen než mužů. Nemyslím si, že nějak dramaticky by se to od sebe odlišovaly tyhle dvě skupiny.

A: Co nejčastěji diagnostikujete?

I: V souvislosti s věkem? Většinou je to prostě typ percepční poruchy sluchu, to znamená, že to smyslový jakoby ústrojí, nebo ten smyslový aparát přestává fungovat tak dobře, nebo přestává být tak citlivý k tomu, aby zpracovával ty zvuky, který přicházejí z toho zevního prostředí. A většinou jsou to teda ty percepční poruchy sluchu, naopak pak třeba u dětských pacientů jsou to spíše převodní poruchy sluchu, kromě nějakých prostě nějakých třeba vrozených poruch a tak. Takže většinou jsou to prostě percepční poruchy sluchu.

A: A ušní šelesty třeba tady taky řešíte?

I: Hm.

A: A spíše ty subjektivní, nebo objektivní?

I: Těch objektivních obecně je jako je to minoritní skupina. Těch objektivních, kde jde nalézt nějakou příčinu, která je verifikovatelná, a tím pádem i kauzálně řešitelná, tak to jsou buď věci, který souvisí s tím, že je tam nějaká třeba cévní anomálie, to znamená nějaké třeba atrivenózní zkrat, nebo něco takového. Tak pak většinou voni mají ten objektivní tinnitus, třeba synchronní se srdečním tepem a tak dále. Takže pak spíš se ubíráme tím směrem, že by měli mít diagnostiku, ať už třeba sonografii krčních cév a podobně. Takže to je jedna skupina toho objektivního tinnitu. Druhá skupina je, ehm, jsou nějaký mechanický poruchy, nebo mechanický příčiny vzniku toho tinnitu, ať už je to myoklonus svalů, měkkýho patra a podobně. Ale tahleto skupina toho objektivního tinnitu, který má fakt jako vyzorovatelnou a verifikovatelnou příčinu, to je tak malá skupina ve srovnání s tím subjektivním tinnitem, že to je jako spíš náhoda, že zrovna někdo takovej se objeví, ale

převážná většina pacientů s tinnitem jsou pacienti se subjektivním typem tinnitu, to znamená, že tam nejde jakoby dohledat ten adekvátní nějaký akustický jakoby stimul, který by vyvolal tenhle pocit. To znamená, že oni v podstatě vnímají nějaký zvuk bez tohoto adekvátního akustického stimulu, který by přicházel z toho prostředí u nich. To znamená jako, že vnímají nějaký zvuk a nemá to vlastně korelaci s tím, proč to vzniká. A to je jako ta hlavní skupina, co jsou, prostě tenhle subjektivní tinnitus.

A: A když to vezmeme z pohledu toho pacienta, jak si myslíte, že se cítí takhle při té diagnostice tady?

I: Jako když je tady, nebo obecně? Protože samozřejmě jako když se podíváme obecně, tak jako třeba tinnitus patří mezi poměrně jako nepříjemný problémy, který dokážou toho pacienta hodně mu snížit kvalitu života a hodně ho ovlivnit ve svém fungování. Až dokonce prostě byly popsány nějaké případy, kdy to vede až třeba k nějakému suicidálnímu nějakému jednání. A velmi negativně to ty lidi jakoby rozhodí po psychický stránce a tak. Takže, konkrétně ten tinnitus patří mezi jako velký problémy, ale jako co se týče jako nějakého zatížení, psychického zatížení v průběhu diagnostiky, to si až tak nemyslím. Protože jako v rámci tady vyšetření, nebo obecně vyšetření, tak se jim udělá klasický ORL vyšetření, který neříkám, že je příjemný, ale spočívá v tom, že se na ně více méně kouknem, udělá se jim vyšetření sluchu, to znamená audiometrie, eventuálně třeba tympanometrie. Někdy další jakoby postupy se můžou zvolit, já nevím, ladičkové zkoušky a podobně, ale vesměs audio to je ten základ. To není pro ně nijak bolestivý, že jo. Dostanou sluchátka, poslouchají nějaký tóny, výsledkem je křivka, křivka, která ukazuje, jak hodně velká ztráta je v různých frekvencích. Takže to pro ně není nijak zatěžující. Někdy v rámci třeba celkové diagnostiky můžou nějaké krevní testy postoupit, tak to taky není nijak extra stresující. A eventuálně v rámci vyloučení, aby tam nebyla nějaká organická příčina, tak vyloučení třeba nějaký nitrolební patologie, tak se volí různá zobrazovací metoda, ať už buď CTčko, nebo magnetická rezonance, aby se vyloučil, třeba já nevím, neuroninon v oblasti mozkomozekového koutu a podobně. Ale tak jako, jako asi ano, je to pro ně stresující v tom smyslu, že čekají na ty výsledky, jestli se tam náhodou něco neukáže, ale globálně jako si nemyslím, že ta diagnostická procedura, nebo to, když se tady diagnostikují, že by je to nějak hodně stresovalo, to si až tak nemyslím. Spíš si myslím, že ten hlavní problém je ten

kteřej, přináší prostě ten stres a kterej je dokáže jakoby ovlivnit natolik, že vopravdu jim to až může výrazně snížit kvalitu života.

A: Jestli mi můžete říct, když se projde těmito diagnostickými procesy, jak obecně postupujete třeba u té nedoslýchavosti, nebo tinnitu?

I: Teď jsem zrovna chtěl říct, že ono je sice hezký, že je diagnostikujeme, ale ono ty možnosti léčby nejsou úplně jako tak tak dobrý, nebo přinášející tak dobrý výsledky, aby jako těm pacientům to přineslo nějakou extra úlevu, a tím pádem aby z toho nebyli nějak stresovaní ještě víc. Jakže zněla ta otázka, ještě jednou?

A: Jak se postupuje po té diagnostice?

I: No samozřejmě záleží co se najde, že jo na těch. V těch výsledcích se může ukázat ledasco, jestliže je to něco, co by mohlo bejt řešitelný kauzálně, protože i třeba v tomhleto věku se i může najít nějaká porucha sluchu, která může bejt řešitelná, řešitelná ať už různý převodní poruchy sluchy, to může bejt řešitelný, třeba přímo jakoby ten konkrétní problém. Viz třeba já nevím otoskléróza rekonstrukce řetězu těch středoušních kůstek. Tak tam pak samozřejmě ten efekt tý léčby je velkej, ale když se budeme bavit zase o tý hlavně skupině pacientů, to znamená tam kde v podstatě je takový to klasický stárnutí těch uší, nebo těch smyslovejch ústrojí, tak tam způsoby léčby jsou samozřejmě samozřejmě spíš jako ve smyslu jak těm pacientům pomoc. A tam v převážný většině takhle u poruchy sluchu, která je teda charakteru jakoby tý percepční presbyakuse, tak jsou to sluchadla, co jim vlastně zesilujou ten zvuk, že jo, aby se ten zvuk do těch uší dostal s vyšší intenzitou a tím pádem to ucho dokázalo ten zvuk zpracovat. Ale jiný možnosti, jak eventuálně jim pomáhat, moc nejsou. A u toho tinnitu samozřejmě, nebo vono i u toho sluchu trošku taky, ale u toho tinnitu víc jako různá medikace, která spíš je tak jako nepřímó ovlivňující ten tinnitus, to znamená třeba podpora prokrvení těch uší, takže tam se používají různý preparáty typu tanakan, gingo biloba a podobně, kdy vlastně to jakoby konkrétně teda jako to gingo dělá nejenom to prokrvení, ale ono vlastně modifikuje jakoby metabolismus v těch smyslových buňkách. Takže tam je to spíš jako taková podpůrná léčba. Pak to jsou preparáty typu betahistine a podobně. No a pak samozřejmě jsou i takový jako trošku složitější, nebo specifitější způsoby, jak ten tinnitus řešit, a to jsou různý tinnitus maskery a podobně, který vlastně zamaskujou jakoby ten zvuk, kterej ten pacient vnímá, ať už třeba tím, že produkujou nějaký jinej zvuk, a tím pádem ten pacient se nemůže zafixovat na to, co vnímal předtím, a tím

vlastně ho to jakoby neobtěžuje. Spíš je to ale ve smyslu teda snahy mu ulevit, než že by se nějak řešila ta příčina, nebo že aby to jako úplně zmizelo. To se většinou nepodaří, že by prostě...

A: Takže ty maskery se pořád používají? Že v literatuře občas píšou, že už se to taky moc nedoporučuje.

I: No, takhle když to vezmu úplně jako to, tak si za poslední dobu nepamatuju teda, že bysme někoho na tinnitus masker poslali jako jo. To si teda jako nepamatuju nějakýho konkrétního pacienta. Spíše je to prostě medikace, důležitá je, důležitý je zaměření na tu krční páteř, protože jak tu skrz krční páteř procházejí takový dvě malé cévy, který jsou odpovědný za zásobení v oblasti zadní jámy lební, tak ta rehabilitace krční páteře vede u řady pacientů k úlevě. Takže jakoby zaměření se na tu páteř. Pak samozřejmě v rámci diagnostiky vyloučit prostě, aby tam nebyla nějaká organická příčina. No a pomoci těm pacientům medikací, buď ve snaze zmírnit ten tinnitus, anebo když už to jsou pak takoví pacienti, který jako jsou úpornější, medikace jim nepřináší nějakou úlevu, tak tam pak eventuálně přichází do úvahy i třeba nějaká jakoby psychofarmakologická intervence, kdy prostě se jim dají léky, ať už to jsou třeba antidepressiva a podobně, který vlastně nevedou k tomu, že by úplně ten tinnitus vymizel, ale ten pacient se tím přestane stresovat, to znamená, von má tinnitus, ale je mu to vlastně jedno jakoby.

A: Takže vzhledem k tomu, že jakoby-

I: A pak ještě, že vám takhle do toho vstoupím, tak ještě pak jsou různé jako metody jako třeba laserová terapie. Že prostě ty pacienti jsou třeba po dobu deseti různých jakoby, nebo po dobu deseti třeba sezení jsou ozáření laserem o nějaký intenzitě a vlnový délce. Taky s tím byly nějaký jako zkušenosti, ale že by jako nějaká z těch metod fakt fungovala, jako úplně zázračně, a řeklo se ty jo, wow, to je super, to funguje, to úplně tak není.

A: A když je to vlastně spojeno s tím stresem, tak potřebují někdy lidé Vaši útěchu?

I: Asi jo.

A: A co jim tak sdělujete, říkáte, aby je to utěšilo?

I: Tak samozřejmě asi jako se jim nesděluje to, že je to beznadějný a že není cesta, jak jim přinést úlevu, to asi v tomhle ohledu by je moc nepotěšilo, spíš jako naopak jim nechat trošku...Nechat trošku ehm...Nechat trošku ehm...

A: Času?

I: Času a hlavně jako nějaký naděje v tom smyslu, že prostě se to může zlepšit, nebo že určitá pravděpodobnost zlepšení tam je. Takže jakoby aby neztratili, neztratili prostě tu naději na to zlepšení. A pak samozřejmě jakoby i dlouhá spolupráce, nebo spolupráce, prostě dlouhodobá péče, aby to mělo nějakou kontinuitu, aby ten pacient měl pocit, že se vo něj jakoby staráme. Nebo že tomu jeho problému je věnována adekvátní jakoby péče, nebo prostě dostatek dostatek času. Aby se to nebagatelizovalo, aby prostě se nad tím nemávrlo rukou a nenechalo se to jen tak bejt, protože to jsou naopak si myslím věci, který toho pacienta můžou vopravdu stresovat. A ono v kombinaci s tím, že u toho stresu je ten hlavní problém, ať už třeba ten tinnitus a k tomu ještě to, že se tomu nechce nikdo věnovat, tak si myslím, že vzájemně to pak vede jako k většímu takovému jako asi jako stresu, nebo něco takovýho a tím vlastně se znova ten tinnitus může jakoby zesílit, protože stres patří mezi jeden z rizikových faktorů a ono vůbec psychický rozpoložení těch lidí hraje velkou roli v tom, že čím jakoby míň je v pohodě ten člověk, tak tím ten tinnitus je výraznější. Takže pak vlastně když je ten pacient víc stresovanej eště jakoby dál a dál, tak se vlastně tím uzavírá ten začarovanej kruh, že prostě znova se ten tinnitus ještě může jako zesílit a podobně. A znova se tím dostáváme naopak k tý psychofarmakologii, nebo k nějaký k nějaká jakoby medikaci v tomhle ohledu, že jakoby může těmto pacientům pomoc, to jsou například ty antidepressiva. Že se jim vlastně jakoby uleví po celkové stránce, že prostě i ten stres poleví. A tím jako voni se dostanou víc jakoby do nějaký psychický pohody, tak tím se jim i zmírní ty obtíže. Ono to není asi, že by jako u většiny pacientů to úplně vymizelo, ale prostě u většiny z nich se to může zmírnit. Nebo aspoň to tak většinou funguje.

A: Tak vlastně jak jsme u té psychiky, tak jaké reakce vidáte asi nejčastěji na to sdělení té diagnózy? Nebo vlastně když zjistí, že ten sluch není takový...

I: U pacientů s tinnitem je většina pacientů takovejch, že přicházej a už vo tom kolikrát maj něco načtenýho a zkoušej i třeba obcházet jako vícero pracovišť, kde prostě už nějaký zkušenosti maj a hledaj vlastně, co by jim kdo kde ještě nabídnul někdo dalšího něco. Takže to je prostě to je prostě takový že, ty pacienti už kolikrát přijdou, že už tu diagnózu maj a vlastně hledaj, jestli jim někdo nenabídne ještě něco dalšího, nebo jinýho, nebo něco zázračnýho. Když jsou to pacienti úplně noví tak samozřejmě, oni už kolikrát taky přicházej jako, i když jsou noví, že už si něco načetli na internetu a prostě jako vědí plus mínus, i vědí

kolikrát to, že jakoby třeba ta možnost léčení je poměrně jako...Máme tam nějak někoho dalšího, nebo ne? (k zdravotní sestře)

Zdravotní sestra: Hm, nějaké rentgen...(odpověď setry)

I: Jo, dobře. (k sestře)

I: Takže to, takže oni už kolikrát vědí, že i jako třeba ty možnosti léčby nejsou tak úplně jako snadný, nebo že to nemusí vést úplně k nějakému extra extra efektu a prostě tam spíš jde o to s těma pacientama pracovat tak, aby se jim jako sdělilo, že prostě samozřejmě se pokusíme jim ulevit, nemůžeme jim třeba slíbit, že to vymizí úplně ten tinnitus, ale aspoň se díky tý medikaci, nebo díky tý léčbě, která je i třeba součástí i ta třeba rehabilitace tý krční páteře, tak díky tomu, že se to třeba zmírní. Jo, takže aspoň, že se to třeba dostane na takovou úroveň, která je nebude jakoby limitovat, nebo obtěžovat v běžném fungování. Takže jako taková prostě spolupráce s těma pacientama v tomhle ohledu je asi jako důležitá.

A: Takže už jste vlastně zmínil, že lidé si hledají nějaké informace třeba na tom internetu, nebo tak. To je právě něco, co také řeším. Ten mediální obraz. Hledají předpokládám nejčastěji na tom internetu, nebo i nějaké tiskoviny, zmínili, že viděli někde nějaký příběh, článek...

I: Internet je moderní vyhledávací prostředek. A to je, to prostě všichni všichni dneska přes ten internet vyhledávají, jako nemyslím si, že by hledali, že by šli někam do knihovny a tam by hledali knížky, jako to úplně si nemyslím.

A: Myslíte si, že na tom internetu jsou nějaké relevantní informace o tom. Přichází s nějakými-?

I: Přicházejí kolikrát s velmi zkreslenými informacemi, velmi jako...Některé informace, který tam lze získat jsou prostě pravdivé a některé jsou samozřejmě jako zavádějící, dokonce pak ten pacient má třeba až jako nerealistický očekávání z toho, co s tím lze třeba, nebo nelze udělat. A kolikrát ty pacienti jsou pak z toho ještě víc zmatení než předtím. Protože jak tam jsou některé informace třeba neúplně vysvětlené, nebo naopak jako něco tam je vytržené z kontextu a není k tomu nějak jako povězený, proč třeba, nebo kvůli čemu to tak je zmíněný, tak pak ty lidi kolikrát třeba nevědí a netuší jako ty souvislosti, nebo tak. Takže...Není to vždycky úplně jednoduchý jim vysvětlit, co oni si představují, takže to tak třeba ve skutečnosti fakt není.

A: Myslíte si, že lidé vědí, jak se tak nějak všeobecně třeba chránit právě před tou nedoslýchavostí nebo tak?

I: Tak asi obecně člověk tuší, že jako pobyt třeba v hlučném prostředí, nebo když půjdete někde na zahradě řezat motorovou pilou, že asi to není jako optimální pro ty uši, že jo. Prostě vystavení se tomu hluku samozřejmě ty uši namáhá. Takže obecně si myslím, že používání nějakých ochranných pomůcek, ať už prostě takový ty sluchátka, co prodávají někde támhle v OBI, nebo já nevím kde a podobně, to asi lidi jako neříkám, že to dodržují, ale přinejmenším to tušej, že by prostě jako se to dodržovat mělo. To samozřejmě jako že pak, když jsou na té chatě ty sluchátka tam nemaj, takže stejně půjdou řezat, to asi jako je realita, která prostě tak je. Ale ale obecný povědomí asi prostě je, že samozřejmě samozřejmě jako by se ty uši měly chránit a měl by měl by se dát určitej prostor k tomu, aby ty uši třeba mohly jakoby si v uvozovkách odpočinout, to znamená, že když půjdete někam na nějaký koncert, kde prostě budete stát přímo u toho repráku, tak taky jako asi jako takový, že člověku dojde dojde, že to pro ty uši není úplně optimální, ale když budete vědět, že pak budete, já nevím, čtrnáct dní, měsíc v klidu a nikam nepůjdete, tak je to určitě lepší než, když jako člověk ví, že chodí každej den někam takhle na nějaký koncert, tak asi mu dojde, že ty uši prostě jak jsou namáhaný trvale a jako kontinuálně, nebo ne třeba úplně kontinuálně, ale prostě jako v pravidelnejch intervalech, tak že to pro ně není optimální. Že to prostě že to prostě vyvolává nějakou nějakou negativní odezvu a hlavní problém je v tom, že ono se tomůž jakoby ty důsledky objevit až s určitou latencí, nemusí to bejt hnedka že jo, ale prostě až po několika letech a tím pádem ty přímý důsledky nemusej bejt patrný úplně hned a ty lidi to může falešně jakoby zmást. Že jo, voni si myslej: jo, ono mi to nic nedělá prostě, ale pak za několik let, nemyslím tím třeba nějaký aku trauma, že někdo vystřelí někomu u ucha a on přestane slyšet, tam je to jako vcelku zřejmý, nebo vcelku jasný, ale když to je takhle dlouhodobý, tam to může fakt na ty lidi působit jako že, že třeba jako jim to nic nedělá, ale pak až po několika letech se může nějaký problém objevit, no.

A: Jestli máte pocit, že se něco výrazně mění, nebo změnilo v přístupu k lidem tedy se sluchovým postižením, nebo v té intervenci, diagnostice? Nějak teďka v posledních letech?

I: V té diagnostice jako samozřejmě v poslední letech je asi častější to používání těch zobrazovacích metod k vyloučení teda nějakýho nitrolebního postižení, nebo k vyloučení

třeba nádorovýho onemocnění v oblasti mozku. To asi jak postupuje doba, tak v dnešní době obzvlášť každá třeba asymetrická porucha sluchu, kdy na jednom uchu je to horší než na druhém, tak jakákoli asymetrie budí určitý podezření, jo jako na to, jestli prostě tam není nějaká organická příčina. Takže asi v posledních letech jako častější a častější vyšetřování, že se prostě nějaká zobrazovací metoda zvolí, ať už CT vyšetření, nebo magnetická rezonance. Ta magnetická rezonance je na tohleto jako lepší, nebo přesnější a to je asi takový jako to novější. Přeci jenom dřív pacienti před nějakýma deseti patnácti lety spíš třeba měli tu magnetickou rezonanci výjimečně, dneska už ji má, nechci říct každé, ale jako převážná většina pacientů obzvlášť s nějakou asymetrickým, s nějakým asymetrickým nálezem, nebo i třeba jednostranný tinnitus a podobně. Tak nějaká zobrazovací metoda by většinou měla bejt, to asi před třeba deseti dvaceti, před dvaceti lety to určitě nebylo, před těma deseti lety tak jako, ale spíš výjimečně. A dneska je to naopak spíš třeba standardní. Z těch jinejch vyšetřovacích metod naopak se asi upouští vod, já nevím, třeba ladičkový zkoušky jako, kdy prostě se těm pacientům přikládaj ladičky a poslouchá různě jako, to si myslím, že už zas jako trošku se dostává do pozadí, takovýto běžný vyšetřování. To už jako spíš je to teďka opravdu spojený s tím, že všichni pacienti mají jakoby prostě na kvalitním audiometru udělanou normální prostě tónovou audiometrii. Někaký další vyšetření třeba tympanometrie a podobně, to znamená změření tlaku ve středouší, ale asi jako fakt takový to, v čem jako je největší rozdíl za poslední roky je to, že ty zobrazovací metody se používaj častěj a častěj.

A: A je podle Vás něco, co by se teda mělo změnit, aby ta péče byla kvalitnější?

I: To úplně asi se říct nedá. Úplně jako nemám pocit jako, že by těm pacientům se nedostávalo v tuhle chvíli nějaký adekvátní péče, spíš jde o to, že prostě kolikrát ty pacienti nedokážou úplně se smířit s tím, že i prostě v dnešní době ta medicína jim nemá moc co jakoby nabídnout. Jo prostě že, jako jo, my se snažíme jim nějak pomoci, ale když to prostě nezabírá a ten tinnitus maj třeba pořád, nebo i ty poruchy sluchu jsou... I když ono ty poruchy sluchu jsou o trošku takový jako, nechci říct lepší, ale takový jako vděčnější, protože těm pacientům většinou ty naslouchátka pomůžou, že jo. Prostě oni ten zvuk jim zesílej a oni s tím fungujou líp, zatímco u toho tinnitu, jakože by existovalo něco zázračnýho, čím jako převážný většině pacientů pomůžem to úplně až tak ne, takže je to takový jako... Ale jinak jako že by něco vyloženě dramaticky se mohlo zlepšit, aby ty pacienti z toho víc profitovali, to úplně si nemyslím.

A: A už se dostáváme k té kvalitě života, tak jak byste tento pojem vysvětlil vlastními slovy nějak?

I: Kvalita života? Aby život byl, nebo aby měli pocit ty pacienti, že žijou kvalitní život, tak by jako neměl být ovlivněný nějakými negativními prožitky, nebo pocitem, to znamená, že by měli fungovat tak, aby nebyli stresováni něčím, co jim co jim přináší běžný život, to znamená, aby tam nebyly faktory, který jim ten život kazí, a to může být právě třeba ten tinnitus, který prostě jim způsobuje to, že oni se nedokážou fakt soustředit na nic jiného a myslí pořád jenom na to jedno a tím pádem klesá jejich jakoby výkonnost, klesá jejich schopnost soustředění, jo prostě, oni se pak soustředí na ten problém a oni už neřeší nic jiného, nebo neřeší nějaké věci další. A kvalita života v podstatě jako aby se dalo říct, že ta kvalita je optimální, tak by neměla být právě narušovaná, a to nemusí být jenom ten tinnitus že jo. To může, když vás bude bolet noha, nebo něco, tak samozřejmě prostě taky vás to bude jakoby otravovat, že jo, bude to protivný, protože nebudete moc pořádně chodit, budete zavřená třeba doma, jo. Jako je to takový něco, co vás limituje, a nemůžete jakoby fungovat plnohodnotně. A aby ta kvalita života byla co nejlepší, tak i to fungování toho člověka by mělo být takový, jako čím co možná nejmíň narušený nějakými těmhletěma vlivy, který který prostě jsou. To znamená, pokud možno, nemít žádný z těchto faktorů, který by tu kvalitu života narušoval.

A: A vlastně, jak už jste říkal, tak tedy ta kvalita života osob se sluchovým postižením tedy se mění, předpokládám, že to tak vnímáte.

I: Jasně.

A: A jaká teda podle Vás je nyní ta jejich kvalita života osob, ať už v závislosti jako obecně, nebo v závislosti na typu tedy té sluchové vady?

I: To záleží, nebo závisí na tíži té poruchy, že jo. Protože když někomu bude trošku pískat v uších, když si večer lehne do postele a bude v naprostém klidu a něco uslyší a pak stejně usne a je mu to jedno, tak ten jakoby nijak nebude mít narušenou kvalitu života, že jo. Ten prostě jako toho to nijak ani moc nestresuje a prostě hold jako něco slyší, když je v tichu. Ale zatím, co když začne cokoli dělat, ať už ráno vstane, běžný hluk prostě z prostředí, já nevím, z počítače, z čehokoliv, to mu jakoby zamaskuje to vnímání těhle věcí, tak ho to nijak ovlivňovat nebude. Zatímco člověk, kterému prostě píská v těch uších tak, že nemůže normálně fungovat, tak je to tak velmi stresující faktor, že prostě ho to může ve

výsledku až třeba k tý sebevraždě dohnat. Takže ta tíže těch potíží je jeden z hrozně jako určujících faktorů, který prostě tam hraje velkou roli, že jo. Takže to, jak ty intenzivní potíže jsou jo, zase stejný jako když jsme se bavili o tý bolesti nohy třeba, tak když vás bude bolest trošinku, tak jo prostě tak o tom víte, ale zatím vás to nijak ne to, ale zatímco když to bude bolet, že se nepostavíte na nohu a nedojdete si ani na záchod, tak jako vás to bude daleko víc jako obtěžovat, nebo limitovat v tom fungování. Pak samozřejmě určitě jako budou pacienti, nebo lidi, který jsou jako vnímavější, anebo citlivější, takový jako rozdíl jako interindividuální. Že prostě u někoho stejnej problém vyvolá nějaký jako negativní ty, zatímco zatímco u někoho prostě nad tím mávne rukou a řekne dobrý, že jo. Takže jako určitá vnímavost jako a citlivost těch jednotlivých lidí mezi sebou může bejt prostě jiná. To znamená někdo, jsou lidi, že jo, různí, který prostě snášej něco snadno, nebo bez nějakých těch, a naopak jsou lidi, který který to prostě těžce nesou a tím pádem pak i ta odezva a vlastně v důsledku i ta kvalita života vlastně klesá. Protože prostě jako voni se pak soustředěj na ten problém a řešej to a už neřešej jako jiný jiný věci běžný jakoby. Tím pádem klesá klesá jejich schopnost normálně fungovat, no. Takže to záleží prostě, jednak podle toho, jak intenzivní ty potíže jsou a jednak podle toho, jak jak jakoby ten dotyčnej je vůči tomu vnímavej.

A: Existuje něco, co by podle Vás přispělo ke zvýšení kvality života těchto osob z hlediska třeba přístupu těch blízkých, nebo veřejnosti, okolí?

I: Spíš jako, takhle úplně v přístupu nevím, spíš si myslím, že řada pacientů třeba jakoby to neřeší a nechává ty problémy bejt, ať už v domnění, že si myslej, že se s tím třeba nedá nic dělat, anebo že, nebo že prostě se jim nepomůže. A tam, si myslím, že je řada pacientů, kterejm by třeba bylo možný pomoci, ale voni prostě nepřijdou, ale takže si myslím, že třeba taková osvěta jako jako, aby prostě věděli, že jako můžou přijít a že jako proběhne určitá snaha jim pomoci, to že samozřejmě se nepomůže jako stoprocentně těm pacientům to tak prostě je vždycky, ale nějakýmu procentu z nich, nebo převážný většině z nich se pomůže a takže si myslím, že spíš jako v tomhle ohledu jako že ta osvěta, že prostě můžou chodit a mělo by jim to přinést nějakou úlevu, protože fakt si myslím, že jako určitý procento pacientů prostě nad tím mávne rukou a řekne: hm na to kašlu, a nejde nikam, takže spíš jako takhle si myslím, že že co by mohlo pomoci, že nějaká osvěta, že jako možnosti jak diagnostický, tak

i léčebný jsou a že při nejmenším, třeba když se toho nezbavěj úplně, tak aspoň nějakou úlevu a zmírnění těch potíží by to přinést mohlo.

A: A tahle na závěr nějaké doporučení pro lidi, kteří jsou diagnostikováni a vědí, že mají třeba právě tu percepční nedoslýchavost...

I: Neztrácejte naději, nenechte se tím nějak rozhodit a fungovat fungovat normálně dokud to dokud to jde.

Č. 2: Informant – odborník, lékařka na otorhinolaryngologické ambulanci v poliklinice na Jižním Městě v Praze

A: Mohu se zeptat, co Vás motivovalo pro práci na ORL?

I: Jedná se o menší chirurgický obor pro lékaře, ženu, i ambulantní péče je pestrá a zajímavá.

A: Co máte na své práci ráda?

I: Většina ORL nemocí je akutní, krátkodobá, dobře reagující na léčbu, pacient většinou brzy pocítí úlevu.

A: Máte osobní zkušenost s někým, kdo měl, nebo má získané sluchové postižení?

I: Ve svém okolí a rodině jen zhoršení sluchu věkem.

A: Jak často k Vám přichází lidé se získaným sluchovým postižením (v dané věkové kategorii 40-60 let)?

I: Je to různé, průměrně dva až tři pacienti denně, diagnózou porucha sluchu, ale velmi často se jedná o ucpání zevního zvukovodu mazem nebo zánětem.

A: Kdo z Vašeho pohledu přichází častěji – ženy, nebo muži?

I: Poměr je stejný.

A: Co nejčastěji diagnostikujete?

I: Cerumen, po odstranění sluch upraven.

A: Jak si myslíte, že se lidé při vzniku, diagnostikování sluchových vad/poruch cítí?

I: Zhoršení sluchu je velmi nepříjemné, mají špatné reakce a odpovědi na otázky, proto se lidé cítí velmi špatně, často nereagují a tím se změní jejich postavení ve společnosti. Zhoršení psychického stavu.

A: Jak postupujete po tom, co někomu diagnostikujete tinnitus, nedoslýchavost, jednostrannou hluchotu a podobně?

I: Otoskopické vyšetření k vyloučení patologických změn sluchového aparátu, vyšetření sluchu, audio plus tympanometrie, magnetická rezonance mozku, neurologické vyšetření, vyšetření krční páteře, sono karotid cév, včasné zjištění příčiny vzniku nedoslýchavosti.

A: Potřebují lidé někdy Vaši útěchu? Pokud ano, jak se je snažíte utěšit?

I: Útěchu většinou potřebují často. Snažíme se je přesvědčit, že ve většině případů se situace dá řešit, někdy operačně, často vhodným sluchadlem atd.

A: Jaké reakce nejčastěji vídáte na sdělení (dané diagnózy)?

I: Reakce jsou různé, podle typu vady. Jedná-li se o nádor, strach je větší, je nutné operační řešení a toho se lidé zaleknou. Vždy se ptají, jaké mohou nastat komplikace, zda se sluch upraví atd.

A: Svěřují se Vám lidé, že hledají ke své diagnóze nějaké doplňující informace?

I: Většinou hledají doplňující informace.

A: Říkají, kde hledají nejčastěji?

I: Často na internetu.

A: Myslíte si, že mohou běžní lidé najít relevantní informace v médiích (novinách, časopisech, internetu)?

I: Myslím, že tyto informace nejsou vždy správné.

A: Myslíte, že lidé vědí, jak se chránit před vznikem sluchových vad?

I: Většina ví, ale mnozí nedodržují – např. nošení ochranných pomůcek při práci v hlučném prostředí, nedodržování pravidelných sluchových vyšetření při práci v hluku.

A: Když se teď zpětně ohlédnete na začátek své kariéry, je něco, co se v diagnostikování, intervenci, či přístupu k lidem se sluchovým postižením výrazně změnilo?

I: Změny jsou velké, v diagnostice, v léčbě, v péči. Pokrok je ohromný, například CT, MR mozku i ultrazvukové vyšetření bylo v začátcích, léčba nesrovnatelná, například sluchové implantáty a tak dále.

A: Existuje něco, co by se podle Vás mělo změnit, aby diagnostikování, či péče o tyto osoby byla kvalitnější?

I: Rychlé zjištění příčiny a její léčba. Dlouhé termíny objednání na foniatrické vyšetření.

A: Jak byste vysvětlila pojem kvalita života?

I: Umět se o sebe postarat, být zdravý. Zrak a sluch je velmi důležitý, aby se člověk zařadil do společnosti.

A: Jaká je nyní podle Vás kvalita života osob se získaným sluchovým postižením?

I: Kvalita je nyní mnohem lepší, sluchadla jsou mnohem výkonnější, u některých si okolí ani nevšimne, že nosíte sluchadlo. Záleží ovšem na tom, kolik si připlatíte. Pojišťovna proplácí jen nejzákladnější verzi.

A: Máte pocit, že se změnila kvalita života osob se získaným sluchovým postižením po vzniku sluchové vady?

I: Určitě se změní, ale většina sluchových vad se dá řešit například nošením vhodného sluchadla dle doporučení foniatra.

A: Existuje něco, co by podle Vás pomohlo ke zvýšení jejich kvality života?

I: Stálé zdokonalování sluchadel – pomáhají k navrácení do běžného života.

A: Co byste poradila lidem, kteří zjistí, že mají nedoslýchavost, tinnitus, kteří náhle ztratí sluch?

I: Okamžité navštívení ORL lékaře, aby se zjistila vada a byla zahájena včas léčba, hlavně u náhle vzniklé nedoslýchavosti.

Příloha 4 – Přepisy rozhovorů s informanty – osobami se získaným sluchovým postižením

Vysvětlivky:

A: autorka práce

I: informant

Č. 1 – Informantka s nedoslýchavostí a tinnitem

A: Na úvod bych se zeptala: Jak se vám teď daří? Jak se cítíte?

I: Taková upracovaná jsem, ale docela spokojená.

A: Mohla byste mi popsat svůj typický den?

I: Typický den? Tak. Tak ráno brzo vstávám, vstávám kolem půl páté.

A: Tak brzo?

I: Tak brzo, protože mám docela těžkou práci, ještě docela daleko dojíždím, mám to sice v Praze, ale dojíždím tři čtvrtě hodiny. Z jedny strany Prahy na druhou stranu Prahy. No. No, co bych vám řekla. Typický den. Osm hodin jsem v práci, mám těžkou práci, no.

A: A co děláte?

I: Dělán kuchařku v jedny závodní jídelně. Vaříme asi pět set jídel. Je to namáhavá práce, hlučná práce. Je to sice práce s lidma, ale je to docela hezká práce jako. Vaření mě baví, takže jako v práci jsem spokojená.

A: A když se vrátíte z práce, tedy, tak potom děláte co?

I: Když se vrátím z práce, musím se postarat o rodinu, musím navařit, i když vařím v práci, tak stejně musím přijít domů a obstarat ještě rodinu. Mám dceru, mám manžela. I když choděj taky do závodního stravování, ale tak ty večere chtěj takový ty domácí, protože nechtěj jíst ty stravovací pořad z těch jídelen.

A: Chápu.

A: Můžu se Vás zeptat, kolik Vám je let?

I: Padesát dva.

A: Jaké máte vzdělání, čím jste se vyučila nebo co jste studovala?

I: Mám střední odbornou školu jako prodavačka smíšeného zboží, pak jsem si udělala rekvalifikační kurz na, abych mohla prodávat obuv. A pak jsem si udělala druhéj rekvalifikační kurz, abych mohla dělat kuchařku.

A: Máte nějakou osobní zkušenost s někým, kdo měl nebo má nějaké sluchové postižení, nebo sluchovou vadu ve smyslu jako třeba nedoslýchavost, nebo že ztratil sluch, nebo že má takové hučení v uších?

I: Tak to jako v práci se vyskytují lidi, když jim podávám jídlo, nebo se jich na něco ptám, tak na některý musím zvýšit hlas, ale protože sama tím procházím, tak vím, že jako je to těžké, že s těma lidma člověk musí mít trpělivost, protože já sama, když někde přijdu a jsem nedoslýchavá, tak jsem ráda, když se mnou ty lidi jedná, tak jakoby slušně, než když jsou na mě zlí a arogantní, tak se snažím i těm lidem, co mám v práci svým způsobem jako vyhovět a vyjít jim vstříc a nebejt na ně ošklivá.

A: Takže říkáte, že jste nedoslýchavá. Tak kdy jste začala pocítovat nějaké jako první příznaky, že hůř slyšíte?

I: První příznaky? No, to mě donutila jít dcera, protože jsem si to furt tak nějak nepřipouštěla, jsem si myslela, že to je prostě stářím, není to stářím, ztrácím sluch. Takže dcera mě vyslala. No. Chodím teda pravidelně na kontroly, jednou za rok. A mám takový ty hučení v uších, šumění, cinkání, no. Tak jsem to přisuzovala jako krční páteři, že každé, že je to od krční páteře, no a v tom sluchovém centru mě ujistili, že to od krční páteře není, že už je to jakoby s přibývajícím věkem, a protože moje zaměstnání je vcelku hlučný, že když vaříme, tak nám tam hučeje kotle, konvektomaty, myčka no a když zase vydávám obědy, tak tam zase hučí myčka, a teď ty zákazníci, co choděj vlastně na oběd vydávaj taky svým způsobem hodně rámusu. Takže přišla jsem jakoby z práce vo ten sluch. No. Je to teda obtěžující, ale musí se s tím člověk tak nějak vyrovnat, no.

A: Takže jste byla v sluchovém centru. A to jste šla rovnou do sluchového centra, nebo ještě někam jinam?

I: Nejdřív jsem chodila klasicky na ORL, no a tam se jim to nezdálo. Tak mě poslali do sluchovýho centra, kde teda pravidelně docházím jednou za rok.

A: A jak jste se cítila vlastně takhle, když Vás tam jako diagnostikovali? To jste byla v nějaké té sluchové komoře, předpokládám.

I: Sluchový, no v tý audio komoře jsem byla. Tam mě vlastně pouštěli pouštěli slova, a pak mi pouštěli různé zvuky, a to vlastně vyhodnocovali. A pak mi řekli, že vlastně pomaličku ztrácím ten sluch. Ještě to není teda na ten implantát, nebo na to naslouchátko do ucha, ale

že se to s věkem bude zhoršovat a zhoršovat, tak proto právě chodím. No a některým slovům jakoby nerozumím. Některá slova mi splývají, nebo mi vyznívají úplně jinak.

A: Takže když jste říkala, že Vás tam poslala Vaše dcera, takže největší vliv na Vaše jednání potom co jste zjistila, že máte tu danou- tu nedoslýchavost tam měla tedy dcera?

I: Dcera no, protože zjistila, že doma pouštím televizi víc a víc nahlas. Když na mě mluvím, tak mi to musí říct někdy dvakrát, třikrát, protože nevím, co po mě chce. A když na mě mluvím z jiný místnosti a já jsem v jiný místnosti, tak je absolutně neslyším. Vim, že někdo něco říká, slyším jakoby zvuky, ale absolutně nevím, co teda mluvím.

A: A když jste teda postupně zjišťovala, že máte tedy nějakou nedoslýchavost, tak dávala jste nějak najevo své emoce? Jako jak jste to prožívala?

I: Tak prožívala, spíš mě jako mrzí, že mě ta rodina s tím trošku nepomáhá. Že prostě si myslejte, že slyším jako mladá holka, a když jsem v jedné místnosti, tak voni na mě prostě řvou z druhé místnosti a neuvědomují si, že to prostě neslyším. A na doporučení paní doktorky, nemám na to odpovídat, když na mě mluvím, mám dělat, že to neslyším, aby přišli oni za mnou a mluvili oni se mnou v té mé místnosti a né, abych já běhala za nimi, co mi chtěli, co mi chtěli, protože to je takový docela unavující.

A: Změnila se Vám teda nějak nálada po tom, co jste zjistila, že už tak neslyšíte dobře?

I: No tak nálada ani tak ne, to se mi jako nezměnila nálada, zatím si to ještě člověk tak nějak nepřipouští, protože si pořád říká, ještě to není tak hrozný. Ale musí to bejt spíš jako pro tu rodinu zatěžující, když voni slyšej a já neslyším, řve mi televize, řve mi písničky. Nebo když na mě mluvím, tak nevnímám, co mluvím. Nebo nevnímám, neslyším co, některá slova, jak jsem říkala už, tak mi splývají. Tím pádem je obtěžující pro mě mně to vlastně říkat dvakrát, třikrát, ale zatím se tak jako s tím snažím vyrovnávat. Nevím, jak to bude do budoucna, jestli se to bude zhoršovat, jestli teda ta nálada, nebo ta povaha se mi změní, zatím nevím.

A: A myslíte si, že kdyby Vás to postihlo v dřívějším, nebo třeba v pozdějším věku, že byste reagovala jinak na to?

I: No, kdybych byla mladší, tak určitě by mi to vadilo, že jo. Protože člověk měl, má, měl (kašel) malý dítě, pardon. Měl malý dítě a kdyby ho neslyšel...No a ve stáří hold, tak člověk to přikládá tomu stáří no a jestli mi třeba jednou dá nějaký to naslouchátko, jestli se mi to

zlepší, nevim, ale tak zatím nevim, jestli by se mi mohla změnit nálada, nebo povaha. Nevim, nedokážu vám říct.

A: A hledala jste třeba nějaké doplňující informace? Ať už teda k té nedoslýchavosti, nebo třeba k tomu hučení a šumění v uších?

I: Tak informace, tak většinou co takhle vyjde v tom časopisu, že na to šumění a na to, že na to prodávaj nějaký preparáty. No a to naslouchátko, to zatím mi pani doktorka ještě nedoporučila, že ještě je jakoby čas. Že až se to zhorší ještě o nějaký procenta, tak pak už bysme teda měly dát naslouchátko. No ale jinak takhle takový ty babský klepy, co si kdo, jak si kdo povídá, no.

A: A zjistila jste teda, co jste potřebovala v těch časopisech? Nějakou tu informaci, kterou jste hledala, tak bylo to tam, nebo spíš ne?

I: No, tak takovej ten...Jo tak dočte se tam samozřejmě, jsou tam taky i bludy, to jsou takový ty, jak by člověk řekl, ty šmejdi, co tam zázračně nabízej léky, nebo já nevim kapání do uchátka, naslouchátka. Tak takovejmhle inzerátům já se nevěnuju, já spíš takový, jak vycházej v lékárnách ty odborný, zdravotní časopisy. Tak tam se vo tom občas člověk něco dozví. No tak asi tak. Spíš, takhle po tom internetu taky není jako všemu ehm...věřit. Takže spíš to, co vydávaj v lékárnách za ty zdravotní časopisy.

A: Jo, jo. Když se teďka zpětně ohlédnete před to, než Vám vlastně vznikla ta nedoslýchavost a teď, tak je něco, co se nějak ve vašem životě zásadně jako změnilo?

I: Úplně zásadně? Úplně zásadně, nevim, jestli se mi něco úplně zásadně změnilo. No je možný to, že se třeba víc nezapojuju do hovoru mezi kolegyněma, protože asi pro ně by bylo taky obtěžující mi to říkat dvakrát, třikrát. Takže spíš jakoby, ne stojim stranou, ale tak snažim se vodchytit to, co se dá a nezapojuju se úplně do rozhovoru, když nevim, co si tam úplně konkrétně říkali, takže no, asi tak no.

A: A jinak tedy s kolegy teď vycházíte jak?

I: S kolegy vycházim dobře, snažej se teda mluvit na tu stranu, kde líp slyším. I když ze mě maj vobčas jakoby srandu, že jsem ta nedoslýchavá, a že se mi to musí říkat dvakrát, třikrát. Ale zatím jako kolegyně se ke mně chovaj slušně.

A: Takže se cítíte se v práci dobře?

I: Jo, cítim se v práci dobře.

A: A svou profesi, jsem teda pochopila, tak jste nemusela měnit. Zůstala jste jako kuchařka?

I: Zůstala jsem jako kuchařka, zatím ne, horší je, až nebudu slyšet, co ty lidi si vobjednali k jídlu a budu jim dávat něco jinýho. Tak pak asi bude na čase odejít z práce, ale zatím zatím myslím, ještě že ne.

A: A co třeba tedy ten rodinný život? Jste spokojená?

I: V rodinném životě jsem spokojená, i když říkám, že pro ně to musí bejt asi unavující mi občas tu větu říct dvakrát třikrát, než pochopím, nebo slyším. Úplně ty slovíčka mi splývají a něco se mi vynechává, tak asi pro rodinu je to spíš zátěž mi to říkat dvakrát třikrát.

A: A co třeba komunikace s přáteli, vídáte se nějak pravidelně s někým?

I: Pravidelně? Tak úplně pravidelně ne, já se kamarádím většinou teda s kolegyní z práce, to občas zajdeme na pívko, nebo na vínko. A jinak tak s kamarádkama, protože mají svoje zaměstnání, tak se vídáme třeba jednou za čtvrt roku. Tak to jo, scházím se s kamarádkama, ale už to není tak pravidelný jako dřív.

A: Máte stejné přátele jako jste měla před vznikem té nedoslýchavosti?

I: Jo, jo, ty mi zůstaly stejný.

A: A vy jste mi popisovala svůj typický den a nezmínila jste nějaké volnočasové aktivity. Máte něco, čemu se ráda věnujete?

I: Lenošení, ráda lenoším. Pak ráda pečů, mám ráda jako pít moučníky, nebo vařit vůbec jako celkově. No a pak takovej ten domácí úklid, ne že by to byl koníček, ale tak mě to baví, přemísťovat, kytičky mám, takže se starám vo kytičky. A tak tak, no asi tak. No, ráda chodím s dcerou ven na procházky, jsme takový shopaholičky jsme, takže i po nákupu rádi spolu chodíme. No, snažím se věnovat jako hodně dceři, nebo rodině, bejt s rodinou, protože to je takovej základ. Ale já mám ráda i samotu, že když můžu bejt chvíli sama, tak i samotu si ráda užívám. No ale jinak, jako koníčky vyloženě nemám.

A: Takže nějaké činnosti, kvůli- kterým se teď kvůli té nedoslýchavosti nemohla věnovat, asi nejsou?

I: Ne, ne, ne, nejsou.

A: Když se třeba ráno probudíte, je něco, na co se vždycky těšíte?

I: Na to, že mě nebude nic bolet. (smích) Na co se těším? Na kolegyně v práci, na ty se těším, protože máme spolu hezkej vztah. Vycházíme spolu dobře. Že práce je pro mě důležitá, i ty

kolegyně jsou pro mě důležité. A když jdu z práce domů, tak se zase těším na rodinu, protože mám rodinej klidnej život. S dcerou jsme spíš jako kamarádky. Takže domů i domů se těším z práce.

A: Čeho si na svém životě nejvíce ceníte?

I: Svý rodiny.

A: Ted' teda přesunuju ty otázky někam jinam, na to místo třeba, kde žijete. Vy žijete v bytě, že?

I: Ano.

A: A jaký je váš názor na to místo?

I: Je to krásná lokalita, sice paneláková, ale krásná, je tady samý rovinky, hodně zeleně. Takže člověk tady může vyrazit do tý zeleně různý. No. Takový klidný, bych řekla, že to, na to, že jsou to paneláky, tak nejsme úplně klasický sídliště, ale je to tady hezký.

A: Je tedy něco, co by se mělo nějak změnit, abyste byla ještě spokojenější v oblasti toho bydlení?

I: V oblasti bydlení? Ne já myslím, že dostupnost jak autobusová, tak nebo hromadná, metro, tak všechno je tady svým způsobem v blízkosti. Obchodů je tady taky spousty, takže já bych se odtad' nestěhovala, tady jak bydlím, tady jsem spokojená. I když pocházím z malýho městečka ze severu, tak jsem spokojená tady, už bych se na malou vesnici nechtěla vracet.

A: Rozumím.

A: Ted'ka mi řekněte, co si představujete třeba pod pojmem kvalita života? Vlastními slovy.

I: Pod pojmem kvalita života? Vlastními slovy? Tak, aby byl člověk asi zdravěj, to je asi nejdůležitější, aby měl práci, vydělal si nějak ty peníze, aby přežil, nebo přežil, aby žil, ne aby živořil, ale aby žil. No, aby to zdraví bylo takový pevnější a aby rodina byla zajištěná. No to je asi pro mě kvalita života. No, aby člověk byl spokojenej. Spokojenej se sebou, spokojenej s, aby rodina byla spokojená. Všechno aby si klapalo, zapadalo všechno dohromady. Když z toho jedno vynechá jako zdraví, nebo práce z toho vynechá, tak ta kvalita, si myslím, že se jakoby zhorší. Není to jenom vo penězích, je to vo zdraví, vo štěstí v rodině, aby jí to vycházelo, když to vychází v rodině, tak je člověk šťastnej a ta kvalita života je taková. No asi tak nějak bych to popsala.

A: Podle toho, jak jste to popsala, tak jaká je nyní Vaše kvalita života?

I: Tak kdyby to mělo bejt třeba bodovaný od jedna do deset, tak si myslim deset.

A: Takže desítka jako to nejlepší?

I: Desítka jako to nejlepší.

A: Nemáte nějaký pocit, že by se změnila Vaše kvalita života po vzniku té nedoslýchavosti?

I: Zatím si to nepřipouštím, nebo si nemyslím, protože říkám, jak rodina, tak pracovní kolegové, nebo kolegové se ke mně chovaj jako normálně k doslýchavý. Horší to bude s přibývajícím věkem a zhoršujícím se třeba tou nedoslýchavostí, tak pak třeba můžou asi nastat nějaký komplikace. Že pak třeba sousedům bude vadit, že mi víc hraje televize, když budou mladší a budou slyšet, tak jim třeba přijde, že ruším, nebo přece jenom v tom paneláku je víc všecko slyšet. Takže pak třeba ty susedi budou nahněvaný, nebo něco, ale tak zatím zatím je to, říkám, všechno tak jako v pořádku no.

A: A myslíte, že existuje něco, co by Vám třeba v té budoucnosti právě pomohlo ke zvýšení té kvality života?

I: Ke zvýšení kvality života? Co by mi asi tak pomohlo? Nechci říct strojek do ucha, jo, na to říká paní doktorka, že ještě jako úplně není. Ale tak nevím, možná, možná vycestovat někam do klidu, že by člověk tak nějak zrelaxoval. Že by se třeba eventuelně to zlepšilo, nevím, jestli je to tím městským ruchem a tou prací, že by člověk vypad někam jako do přírody, a tam byly vlastně jenom ty zvuky tý přírody. Jestli by se tělo zregenerovalo. Nevím, nedokážu vám takhle úplně říct.

A: Myslíte, že lidé vědí, jak se chránit právě třeba před tou nedoslýchavostí?

I: Takhle vám to řeknu, když vidim ty mladý dneska v metru, jak maj ty naslouchátka, nebo naslouchátka, ty sluchátka a hraje jim ta hudba a slyším jenom duc, duc, duc, tak vždycky bych jim nejradaš řekla, sundej si to, protože v mládí jsem to taky nosila na uších tyhle ty duc, duc, duc, myslim si, že i to mně přispělo, k tomu, že člověk je nedoslýchavej a pak si říkám: moje věc to není, dělej si, co chceš, protože dneska jsou lidi zlí, tak aby mi nějakou třeba jednu nenatáh, nebo řek: co mě je do toho, že sou to jeho uši. Ale někdy bych jako těm mladejm ráda řekla, že i já jsem byla taková a teďka jsem prostě nedoslýchavá, no.

A: Takže hlavně vlastně takhle ta prevence jakoby proti těm sluchátkům?

I: Myslím si, že by měla bejt jako taková větší osvěta v tý televizi, nebo v nějakých těch pořadech na to. Protože voni si to neuvědomujou ty mladý, všechno jim to řve, teď maj ty

různý technoparty, což já teda nepochopim, nebo ty přehlučený diskotéky. Když přijdete do kina, tak to, já to dobře, já to slyším, ale ty lidi, co vlastně slyšej normálně, tak pro ně tomusí bejt ...

A: Ohlušující

I: ...ohlušující. Protože pak když vylezu z kina, tak já nic neslyším, než se mi ta hlava srovná s těma ušima, natož ty vopravdu slyšící. Takže myslim, že by se mělo v takových případech i ubrat no.

A: Co byste poradila ostatním, kteří zjistí, že začínají být nedoslýchaví?

I: Co nejdřív navštívit lékaře a řešit to, nevybodnout se na to a říct: to je dobrý, to je dobrý, to se zlepší, protože se to nezlepší. Dá se tomu třeba jakoby zastavit, pozastavit, vyhnout se těm zvukům, aby, si myslim já, že by to ale. Když těm lidem třeba není rady, tak jim není pomoci. A prostě tu hudbu, a to křičení a to no. Větší osvěta by měla bejt na ten zvuk, no. Tak co chcete, když si pustíte televizi a běží nějaký film, tak ten sotva slyšíte, pak pustěj hudbu, nebo reklamu tak to musíte ztišovat, protože to zase křičí. To poznávám podle rodiny, jak furt přepínaj zvuk na televizi, protože pro ně je to vohlušující, tak myslim, že i ty televize by se měly nějak vyrovnat s tím, protože někdy je to vopravdu, opravdu šílený poslouchat televizi.

A: Tak, jo, tak já Vám moc děkuju. A ještě bych se chtěla teda na závěr zeptat, jestli jste si něco nového, zajímavého třeba uvědomila během našeho rozhovoru?

I: Že by člověk o sebe měl dbát, vážit si svých blízkých, lidí vokolo, co vám s tím pomáhaj a jsou k vám ohleduplný, no mladejm popřát, aby, aby slyšeli, no. Aby nedopadli jako my, co už neslyšíme, nebo ne neslyšíme, ale co už jako ta doslýchavost je horší a horší.

Č. 2 – Informantka s chronickým „zalehnutím uší“ a ucpání zvukovodu mazem vždy vedoucím k dočasnému výraznému snížení kvality sluchu

A: Jak se teďka cítíte?

I: No, špatně.

A: Špatně se cítíte, no jo, to jste vlastně říkala, že máte teďka nějaké obtíže.

I: Protože jsem už taková vystresovaná. Protože tam máme prostě hodně lidí a jsem taková přetížená, tak já mám prostě někdy pocit, že ty problémy jsou fakt jako psychosomatický. Jako teď mám už pocit, že jako už nechci nikoho poslouchat. Včera jsem byla deset hodin v práci v kuse a bylo to už hrozně náročný. Tak dneska mám teda volno ale...Ještě jsem měla nějaký zařizování, ale je to strašně nepříjemný, když neslyšíte. Když se vám ty uši jako zacpou.

A: Mohla byste mi popsat svůj současný den? Typický současný den?

I: Myslíte pracovní?

A: Celkově. Tak typický den. Když se ráno probudíte...

I: Já mám dost atypický pracovní den... Já mám teď hodně stresu, mám poslední dobou. Já právě že prodávám ve zdravý výživě a tam chodí teda strašně lidí, aj tam mam jakoby hodně zboží, takže takže tam toho mám prostě hodně. Jsem dost přepracovaná a a nechodím tam úplně ráda teďka.

A: Musíte kvůli tomu brzo vstávat?

I: To ani ne, ale jako spíš, že ta práce už je pro mě stresová. Zjišťuju, že prostě takový jako velký množství lidí je na mě hodně, nejsem asi úplně na to typ a prostě i ta fyzická práce je náročná. No, pani vedoucí je náročná. Takže prostě jsem tam asi sedm měsíců tady a jsem v takovém bodě stresu, že bych nejradši odešla. A jako nemůžu úplně. Takže ne úplně šťastně to prožívám no.

A: A když potom třeba takhle přijdete domů, máte ještě čas na nějaké aktivity? Třeba nějak se odreagovat?

I: Spíš že jako nemám energii jo. Že teď jsem měla čtyři dny, že jsem tam bylo skoro celý dny a dneska teda mám jakoby volno, ale jsem tak vyčerpaná, že ani to volno jako...Nemám sílu vnímat dneska. Já jsem potřebovala právě s těma ušima si zajít a něco jako zařídit, takže vlastně moc neodpočívám zatím.

A: A můžu se zeptat teda co máte konkrétně, jaké máte obtíže?

I: Jako s těma ušima?

A: Ano, s těma ušima.

I: Mně se úplně zacpou, jako že přestanu slyšet. No a včera jsem právě v té práci už neslyšela až jsem si říkala, já už prostě ty lidi nechci poslouchat. (Smích) Fakt to taky asi tak jako bylo.

A: Takže máte pocit, že to je psychické?

I: No samozřejmě tak jako nateče vám voda do uší, má to nějaký, něco se vám stane, že jo, není to jen tak, ale já si myslím, že ty problémy jsou vždycky jakoby psychosomatický. Že jako co jako že to nezvládáte, tak vám to prostě do nějaký části těla vlezte. Já si myslím, že to s tím souvisí.

A: A jak vám to třeba léčí pan doktor, nebo jak to řešíte vlastně?

I: Teď to čistil jenom, musí to čistit. Já jsem byla nedávno docela nemocná, já jsem měla angínu a, takže jako mám pocit, že mi to jako jde do těla.

A: Takže vlastně se to ani nedá nějak pojmenovat, co se vlastně děje s těma ušima nějak jako lékařsky?

I: Teď jsem prostě neslyšela. (smích) Dneska mě málem přejelo auto kvůli tomu, protože jsem neslyšela to auto. Říkám no to je šílený. Takže prostě, že bych asi neměla vycházet.

A: Musíte být na sebe opatrná, když takhle potom máte ty obtíže.

I: Jo dneska je to takový, že už jsem cejtila, že je toho moc na mě. A já jsem to mívala právě jako dítě, hrozně často jako zánět středního ucha jsem mívala každou chvíli.

A: A takže když to vlastně takhle zjistíte, tak hned pospícháte takhle sem na ORL?

Další pacient: Čekáte tady?

I: Ne, ne, ne, můžete jít. (směrem k této osobě)

I: No úplně ne, včera jsem nemohla a dneska jsem musela už, že neslyšet dalších několik dnů je nepříjemný. (smích)

A: A jak se cítíte takhle potom u toho lékaře, když vám potom dělají takhle nějaké to čištění, nebo tak, prožíváte to nějak?

I: Jako upřímně, já nerada chodím k muži – lékaři, to zaprvý, já se necejtím nějak dobře jakoby vždycky. Ale není to úplně příjemný to čištění. To jako, když vám vycucnou...(smích)

A: Já jsem myslela, že se to proplachuje, to už se nedělá asi že?

I: No asi jak kdy, já jsem tady párkrát byla a taky mi tam vlastně pouštěli jako vodu, jako když vám tam pustí takový vysavač, že to vyčistí, tak to úplně příjemný to není. Dneska to taky nebylo příjemný.

A: Takže vlastně vás to potom omezuje hlavně v té orientaci a třeba i v komunikaci, že jako neslyšíte, co vám ti druzí říkají a tak?

I: Přesně tak. Ani jak jako mluvěj, včera jsem zjistila, že vlastně na ty nějak lidi mluvím, oni mě neslyšeli potom, takže jsem měla pocit, že asi že mluvím i potichu, jak se neslyším. Bylo to zvláštní. Je to hrozně nepříjemnej vjem. Jakože na jednu stranu jako jsem si připadala jako třeba malý dítě, když chce mít klid, jo, že nechce nic slyšet. Ale zároveň vlastně v komunikaci s těma lidma vlastně zjistíte, že je to hrozně omezující, je to jako nepříjemný. Že si připadáte jak v takový jako bublině a ten svět nemůže k vám a vy nemůžete k němu. Takže bych v tom nemohla jako fungovat nějak dlouhodobě. Já jsem dneska přemýšlela nad tím, jak se jako cejtěj vopravdu ty neslyšící. Oni to maj pořád. To musí bejt docela těžký pro ně. Jako na jednu stranu jsou schovaný před tím světem, ale na druhou třeba, pak jsem dneska zjistila s tím autem, že je to dost dost nebezpečný, jako když neslyšíte. Takže zvláštní pocit jsem z toho měla dneska.

A: Ono dneska ani člověk nemusí přímo neslyšet, dneska má každý ty sluchátka, tak je taky odříznutý od toho světa...

I: No, ono já jsem si dneska dala ty sluchátka taky, jsem si pustila jako nahlas hudbu, abych to slyšela. Jsem potřebovala jako oddělit od toho stresu. Já nevím, to přijde hrozně stresový, nějak to město nebo ten svět.

A: A hledala jste si třeba k tomu ještě nějaké informace? Třeba na internetu nebo tak?

I: (Citoslovce nesouhlasu)

A: Ne, nehledala, nelákalo vás to si najít, jestli má třeba někdo nějaké podobné obtíže, nebo tak jak jsou různé ty diskuze, nebo něco takového?

I: Zatím ne, ale právě dneska mě napadlo, jako že do obchodu chodí jedna starší pani neslyšící a ona vypadá, že je velmi v pohodě. Sice neslyší, ale jako že má vlastně svůj svět a ona to řekne, to co potřebuje, sice neslyší, ale tak nějak odezírá, jsem dneska nad ní jako přemýšlela, jak se vlastně cítí jako v normálním životě. Je to zajímavý. Takže ten handicap jako jsem pocítila dneska jako docela dost. Zvláštní pocit takovej no.

A: Tak bych se vás ještě zeptala, jestli si myslíte, že lidé vědí, jak se chránit jako před různými sluchovými vadami? Právě před tím, aby byli nedoslýchaví třeba ve stáří nebo tak?

I: Vůbec, já vůbec netuším jak se to potom jako stane, jakože neslyší. Vůbec nerozumím tomu jako. Nejsem odborník.

A: Takže vlastně-

I: Vy jste?

A: No tak možná částečně spíš jako pedagog speciální než jako lékař, ale tak aspoň zhruba vím jako. Takže myslíte, že tahle lidé běžně nemají potuchy, třeba když pracují v hlučném prostředí, nebo tak jaké to může mít dopady, nebo něco takového?

I: Myslím si, že si to neuvědomují. Ale já si to teďka jako hodně uvědomuju, že prostě hodně lidí na mě mluví a hodně poslouchám, že až to prostě jako nechci poslouchat. To vím, že je nějaká únosnost, že asi to tělo se opravdu jako brání. Minule s tou angínou jsem to taky cejtla, že prostě nemůžu mluvit, tak se mi to jako zaseklo. Musela jsem si vodpočinout vod toho. Takže to vnímám spíš takhle jako psychosomaticky.

A: To je pravda, že jak to popisujete, tak je to jak taková únava organismu.

I: To jo, to je můj dojem, nebo tak já prostě ty nemoce vnímám. Nepřijde mi to jako nemoc, ale přijde mi to jako takovej signál vždycky. Že to tělo se jako zasekne a že se mu musíte věnovat, tomu tělu. Že se musíte dát do ticha a prostě něco.

A: Já vlastně v té práci hodně pracuju s pojmem kvalita života, tak jestli byste mi mohla říct, co si pod tím představujete? Co je pro vás kvalitní život?

I: Kvalitní život? No dneska jsem zrovna nad tím taky přemýšlela. Život aby člověku bylo dobře, aby měl prostě to, co potřebuje, aby zažíval. Aby nezažíval jako třeba jako kvůli někomu jinýmu, třeba jako kvůli tomu zaměstnavateli něco, co mu vlastně nevyhovuje. Tak nad tím hodně přemýšlím v poslední době. Že kvalitní život je, pro mě abych já byla v pohodě. Abych neonemocněla, když nemocním, tak jsem podle mě v podmínkách, který mi prostě absolutně nevyhovují a který třeba si nedokážu vykomunikovat. Nebo z různých jinech důvodu jako nemůžu odejít. Z různých existenčních a tak, že kvalitní život je takovej, abych se já cítila dobře, abych okolo sebe měla lidi, s kterejma je mi dobře, abych nemusela čelit stresu. To je pro mě kvalitní život.

A: A tedy z těch hledisek, co jste teďka popsala, jakou si myslíte, že máte nyní kvalitu života?

I: No pracovní hodně stresovou, jako extrémně na mě, to si myslím, že už jsem jako přes svojí hranici, co jako unesu. Ale kompenzuju si to zase tím životem jako s těma blízkejma lidma. To mám jako dobré vztahy. Ale myslím si, že to není takhle správně. Že by mělo bejt všechno jako v pořádku, že třeba ty vztahy jsem hodně ráda, že mám teď v pořádku zrovna. Ale myslím si, že v práci člověk tráví strašně moc času. A vlastně čím jste starší, tak si uvědomujete, kolik toho času tam trávíte, a že je to váš život. No a ten život dáváte vlastně někomu jinému. Takže se nad tím docela hodně zamýšlím teď. Dřív jsem to tak jako vždycky vydržela, protože jsem musela, ale teď jako ty ty hranice se mi prostě zkracujou. Ta doba, kdy musím něco vydržet, se mi zkracuje. Takže si myslím, že je to důležitý, kde člověk pobývá a s kým a čemu jako čelí nebo něčemu. Jestli je v pohodě.

A: Takže myslíte, že existuje jako něco, co by teda přispělo k tomu, aby ta vaše kvalita života se ještě navýšila?

I: No určitě. Nevím, jestli jako existuje možnost jako dělat to, co člověka baví a vydělat si tím peníze, to spíš si vždycky pokládám doma otázku, že aby člověk dělal, co ho těší a zároveň se uživil, zatím se mi to úplně nepovedlo. Nebo když jsem dělala, to, co mě bavilo, tak jsem měla zase málo peněz. Když jsem dělala to, kde byl ten stres, tak jsem měla víc těch peněz, vždycky to jako většinou vykoupim.

A: A co je to, co jste vlastně chtěla dělat?

I: To, co jsem chtěla dělat? Já jsem původně krejčová, dámská, takže mám blízko k šití. A taky jsem hlídala děti malinký. Takže to mě bavilo, tyhle dvě práce. Ale většinou jsem tam měla hodně málo peněz. Takže jsem měla jakoby klid v tý práci, což teď nemám, ale prostě zas jsem řešila ty peníze. Tak zatím se mi nepovedlo skloubit oboje.

A: Tak třeba to přijde časem. Třeba teďka změníte práci, někde se něco najednou objeví...

I: No, jako moc bych si to přála teďka, protože mi to jako chybí ke štěstí. Nechtěla bych takhle prožívat jako každý den ve stresu.

A: Tak teďka třeba všude hledají nějaké pracovníky, tak třeba se něco objeví. Ted' si myslím, že je možná ta ideální doba...

I: Jo, nejste první, co to říká, ale kdybych jako věděla, kde to místo pravý, tak bych tam šla. (smích)

A: O práci jste mluvila. Tak ještě máte v práci nějaké kolegyně, vycházíte s nimi dobře?

I: No tam právě je to, je to stresový i s těma kolegyněma. (smích) Jak prostě pani vedoucí je taková náročná, pani zástupkyně, ta je taky náročná, a často je tam teď nějaká výpomoc teda, jedna pani nová, ta je v pohodě, ale ta je tam jenom teda jakoby pár hodin denně, takže jsem s ní v kontaktu jako málo. Vlastně bych někoho takovýho potřebovala pořád vedle sebe. Jako takový nějaký světlo, takový v práci, jak to říct, aby člověk nebyl úplně sám v tom stresu a nebyl v kontaktu s tou vedoucí, která je vlastně ve stresu permanentně, no. Takže mi chybí jako člověk vedle mě, kterej by byl prostě v pohodě. Jakože chybí mi přátelský prostředí poměrně v tý práci.

A: Ale jinak jako přátele máte nějaké, se kterými se pravidelně vídáte?

I: Jo, mám. Já jsem hodně přátelskej člověk, právě proto to v tý práci prožívám jako hodně těžce, že tam to jako nefunguje. Tak si říkám, jak je to jako možný, že v tom malým kolektivu prostě, jak je to možný, jo. Já jsem si myslela, že malý kolektivy prostě fungují jako na nějaký přátelský bázi, nebo i proto jsem tam šla vlastně pracovat, že nechci pracovat v Albertu, že, prostě kde je jako strašně moc lidí. A vlastně jsem z toho překvapená, že to není úplně tak, jak jsem si myslela...

A: Moje mamka dělá v kolektivu s dalšíma pěti ženama, a hádají se, jako kdyby jich tam bylo padesát. Takže...

I: Je to tam hrozně jako stresový no vlastně. Je to těžký. Já právě nemám ráda konflikt, vůbec jako, nejsem konfliktní člověk. A jsem z toho prostě úplně vykojejená jako. (smích) Proboha, tolik málo žen, jakože se nedomluví, nebo že se tam pořád vytváří jako nějaký napětí. To je pro mě asi nejtěžší v tý práci.

A: Máte nějaké koníčky? Něco, co děláte třeba ráda ve svém volném čase?

I: Jo, tak to šití mám pořád. A chodím ráda ven do přírody.

A: Na procházky.

I: No.

A: Máte třeba nějakého pejska, nebo tak?

I: No, mám pejska a i kočičku, takže to je taky takový hezký.

A: To se máte.

I: No a teď mám ráda i klid, jsem strašně ráda i doma. (smích) No a prostě je to vykompenzovaný jako, že prostě potřebuju klid od té práce.

A: A pak tu mám takové osobnější otázky. I Váš třeba rodinný život. Jestli máte manžela nebo tak?

I: Ne, ne, ne, já jsem rozvedená. Už dlouho.

A: Děti máte?

I: Mám už velké děti. Mám dvě dcery, jedny je sedmnáct, druhý jednadvacet. A ta starší už je odstěhovaná a ta mladší, tu ještě máme pořád ve střídavý péči. Už devět let. Takže taková specifická situace.

A: A dá se říct, že jste teďka spokojená, jakoby jak to máte teďka nastavené?

I: No, teď už jo. Teď jo. To už trvá dlouho, ze začátku to bylo náročný, ale teď už je to pohoda.

A: A v otázce bydlení. Bydlíte v bytě-,

I: Hm.

A: nebo v domě. V bytě?

I: Bydlím v bytě.

A: A vyhovuje vám to, jak bydlíte, nebo je něco, co byste třeba chtěla změnit?

I: Jo, jako jsem tam spokojená, jsem tam už devět let. Mám tam klid. Ale jako v domečku bych určitě ráda bydlela. Ale to je zase spojený jako s těma financema i s tím mužem, takže to jako nehrotím, prostě tak to je, teďka. Jo, jsem spokojená.

A: A pak takové nějaké otázky k vašim hodnotám. Když se ráno probudíte, jestli je něco, na co se vždycky těšíte?

I: Na co se těším? Asi na ranní kávu. (smích)

A: Tak to přijde brzo to potěšení z toho dne. (smích)

I: Já mám ráda kávu. Ne, já mám prostě ráda klid, jakože usebrání. Já vstávám vlastně, na to že dělám vod devíti, když dělám jako ráno, tak vstávám jako hodně brzo, protože mám ráda prostě nějakou tu třeba hodinu půl klidu. A dát si tu kávu a jako bejt sama, jen tak se nadechovat a vydechovat. Možná to zní praštěně (smích). Já vždycky vim, co mě čeká, takže prostě ten klid je pro mě úplně strašně důležitý.

A: Čeho si tak na svém životě nejvíce ceníte, všeobecně, nejen teďka, ale všeobecně.

I: Čeho si cením? Myslíte, jakože jestli jsem něco dokázala? Jestli jsem na něco pyšná.

A: Za co jste vlastně jakoby ráda v tom svém životě.

I: Za co jsem ráda? Určitě za ty dvě děti, za ty dvě dcery teda, jsem strašně ráda, že mám dcery. Tak to teďka musím říct, že jsem jako neskutečně vděčná za ně.

Další pacienti: Dobrý den.

A, I: Dobrý den, můžete klidně dovnitř, tam je čekárna.

Další pacienti: Děkujeme.

A, I: Není za co.

Další pacienti: Bysme čekali s váma.

I: Tak za ně úplně neskutečně, opravdu. To vidím jsou takový mí dva dary životní. A i když jako ta jedna dcera se už odstěhovala, začla žít svůj život, tak to prostě stejně vnímám jako že to je dar. Manželství se mi nepovedlo, za to jako, nevím, to už si nevyčítám. Ale já jsem jako hodně vděčná i za svobodu, co jsem vlastně rozvedená, tak za svobodu. Že si můžu dělat, co chci. Takže asi za tyhle dvě věci. Svobodu a ty děti.

A: Dobře, a ještě jsem se chtěla zeptat, když vlastně takhle potom máte zalehlé ty uši, je něco, co by vám jako pomohlo třeba z přístupu k těm, od těch ostatních osob, nebo tak, abyste se cítila lépe, když právě zrovna nemůžete hnedka k tomu lékaři, tak něco, co vám pomůže?

I: Asi když to někdo pochopí. Mě vždycky strašně pomůže to pochopení, jakože to někomu řeknu jenom, já prostě teď neslyším a on to jako pochopí. Jakože mě, ne polituje, ale já nevím, já to prostě potřebuju říct tu věc a od toho druhýho slyšet jako: ty jo, to je fakt blbý jako. Jo, třeba. (smích) A to strašně uleví.

A: Že prostě nad tím ten druhý nemávne rukou...

I: Že se jako, vlastně od té doby, co jsem rozvedená, tak spoustu věcí musím zvládat sama, už ne dva, a je to prostě náročný na jednu ženu. Je toho hodně. A vod té doby jsem vlastně s nikým ani nežila, že bych jako měla partnera, takže prostě ty věci jsou naložený jako na mě, ale blbý je prostě, když s váma něco takovýho stane, tak jste v tom zase sama. Jako i v těch povinnostech i v tý nemoci. A to mi strašně chybí jako vždycky, to někomu říct. A to pochopení nazpátek. Takže jsou chvíle, kdy musím bejt zase statečná, ještě víc statečná a prostě to nejde jako donekonečna. To si myslím, že to chce pochopení, když se člověku něco

stane, nebo když ho něco bolí, nebo je nějak omezený. To je asi nejdůležitější v životě, že člověk není prostě robot a někdy musí vypnout.

A: Chápu.

I: A třeba to pohlázení vlastně nějaké aspoň. Takový to, jako že to někdo ví.

A: Tak to máte třeba aspoň ty dcery, ne, nebo tak že mají nějaké to pochopení?

I: Jo, ale já jsem zas taková, že si jako moc nestěžuju, no. To je moje jako nevýhoda, že prostě když je mi špatně, tak to spíš neříkám a vlastně bych to potřebovala říct. Takže je s tím jako nechci zatěžovat. Nejsem zvyklá jim to takhle říkat. Jako řeknu to, ale dělám, že ...

A: je to vlastně jako v pořádku...

I: Přitom jsem úplně hotová. (smích) A prostě nechci je tím zatěžovat, protože si myslím, že ty děti to vždycky chápou z jinýho hlediska, že to nemůžou úplně pochopit ty problémy. Nebo ne, že by to nepochopily, ale prostě...

A: Nechcete je tím úplně jakoby zatěžovat.

I: No, já jsem taková.

A: Víte, že by měl někdo podobné problémy jako vy, třeba z toho vašeho okolí, nebo tak?

I: Myslíte jako ty opakující se?

A: Hm.

I: To jsem nikoho takovýho nepotkala zatím.

A: Anebo třeba právě někdo nedoslýchavý, nebo tak, ve vašem okolí že by byl?

I: Ne, vůbec právě nikdo. Já se za to docela i stydím, když se mi to stane. Já si říkám: ježiš, to je tak blbý jako (smích).

A: A proč, vždyť za to nemůžete.

(Smích, šum)

I: Já jsem to včera ani neřekla aj v tý práci, což bylo hrozný, protože jsem neslyšela. Jsem byla deset hodin jako v práci, tam byla i vedoucí a já jsem se jí to jako, bylo mi to trapný to říct, že vona jak je ještě, jak je jakoby nepříjemná, neempatická. No tak, sem si říkala, no tak jí ještě řeknu, že mě bolejí uši a to už bude vůbec hrozný. Takže jsem to vydržela statečně, a říkám, to se nedá jako neříct asi. Jako je mi líto jako lidí, který neslyšej, musí to být hrozně nepříjemný.

A: No, to určitě...

I: Když se potom narodí s tím, si vůbec neumím představit, že to vlastně to má jako základní vjem. No ale do toho obchodu třeba chodí hodně lidí jako takhle omezených, takže nad tím přemýšlím, docela dost. Nebo dost. Říkám si, jak to jako je, když nevidí, neslyší.

A: Takže předpokládám, že se vám nálada změní, když na vás přijde ten stav...

I: No, takovej...

A: Smutek?

I: No, je to nepříjemný, hodně nepříjemný. Si přijdu taková omezená najednou.

A: Jestli je třeba něco, nějaká činnost, které se třeba teďka bojíte věnovat, protože víte, že vás třeba může přepadnout to zalehnutí toho ucha?

I: Činnost? Já se strašně ráda koupu, takže si tu vodu tam asi hodně často leju. (smích) Já nevím.

A: Něco, co byste právě třeba kvůli tomu nedělala, že byste si řekla: tak do toho radši nejdu, náhodou mi zalehne ucho...

I: Jo takhle. No já se fakt strašně ráda sprchuju a pořád si myju vlasy, takže si tu vodu tam asi neustále leju a dělám to těsně před spaním. Tak to si myslím, že úplně k tomu nepřispívá. Nevím, fakt nevím. Jakože těsně před spaním se sprchuju a moc si ty uši jako nesuším. Vždycky usnu s mokrou hlavou, nevím, třeba i jako nastydnu, nevím, třeba to má něco společného, nevím.

A: Nevím, taky nevím. Dneska už na to prodávají klapky na uši, to by ale asi člověk působil dost komicky.

I: No, já mám tu vodu strašně ráda, to si neumím představit, jako že bych se nesprchovala, ty vlasy si nemyla. Sem si říkala: ty jo, si to tam asi fakt moc leju těsně před spaním. Jsem se ptala pana doktora, jestli se prodávaj ty tyčinky do uších, já to moc jako nepoužívám, teď jsem to právě použila a potom jsem ohluchla. (smích) Tam mi říkal, no to není moc dobrý ty tyčinky. Říkám, no já to používám třeba jednou za čtvrt roku a pak přestanu slyšet úplně. Takže tyčinky ne.

A: Tak já myslím, že ty otázky jste mi nějak zodpověděla. Tak je něco, co by Vás ještě napadlo, co byste chtěla takhle zmínit k tomu? To je v podstatě takový váš hlas v té práci, že si to nějaký lidé přečtou takže, ještě ty odborníci, tak třeba je to nějakým směrem posune.

I: Jako nějakou interakci, myslíte?

A: Něco, co byste třeba chtěla zmínit, aby se vědělo. Ať už o tom, jak se cítíte, nebo prostě o tom stavu, aby se o to třeba víc lidé zajímali, nebo nějaké prostě poselství, co byste chtěla, aby v té práci jako zaznělo?

I: Já si fakt myslím, že by na sebe člověk měl bejt jako opatrněj, že prostě ty uši jsou strašně citlivý, takový jako křehký, že myslím si, že by se prostě lidi neměli přetěžovat. Že by neměli poslouchat víc, než jako unesou. Nebo, že to s tím prostě souvisí, jako ta psychosomatika funguje. Takže určitě, aby se lidi nepřetěžovali, to bych chtěla říct. Aby byli na sebe vopatrný. Asi aby se nebáli říkat, jako když jim něco je, že jsou nějak handicapovaný, protože to pochopení je, že to pochopení z druhý strany je hodně léčivý vlastně. Že to přispívá k léčení. Že jsou jako vyslyšeni vlastně. Že to i ty uši může léčit.

A: Takže v podstatě, aby se lidé nebáli být vyslyšeni a zároveň, aby ti druzí se nebáli vyslechnout.

I: Ano, přesně tak, že to je strašně důležitý. Že člověk prostě jako není robot, a to tělo má nějakou kapacitu. Stejně se jako vždycky zasekne, když je jako přetížený. Tak to si myslím, že je úplně nejpodstatnější. Ať se to týká uší, nebo čehokoli jiného. To je asi všechno.

Č. 3 – Informant s nedoslýchavostí

A: Na úvod se zeptám, jak se Vám teď daří, jak se cítíte?

I: Tak momentálně se cítím dobře, blíží se podzim, takže v pohodě. Podzim mám rád.

A: Popsal byste mi svůj současný typický den? Jak probíhá váš typický den?

I: Můj typický den není typický, protože, buď jsem celý den v práci, nebo celý den doma. Tak když jsem v práci, tak to je jasný, to dělám od rána do noci. A když jsem doma, tak po snídani si přečtu noviny, nebo se podívám na zprávy. Co se kde stalo, no v podstatě odpočívám, relaxuju.

A: Dobře, a ještě se zeptám, kolik vám je let?

I: Je mi padesát sedm.

A: Padesát sedm. A když teda máte takhle nepravidelnou tu pracovní dobu, tak co děláte?

I: Jak to jako myslíte, jako co dělám?

A: Jakou máte profesi?

I: Pracuji jako provozní banketního oddělení v hotelu.

A: Takže jste vystudoval, nebo jste se vyučil kuchařem-číšníkem?

I: Studoval jsem normálně na číšníka, pak jsem si udělal nástavbu, takže mám i maturitu. A po vojně jsem vlastně už nastoupil do hotelového průmyslu. Vod té doby dělám neustále v hotelech.

A: Protože se zabýváte tím sluchovým postižením, tak máte někoho v okolí, kdo by měl nějakou sluchovou vadu, nebo přímo sluchové postižení? Ať už v rodině, nebo v blízkém okolí?

I: Tak třeba zrovna moje manželka, ta špatně, nebo spíš nedoslýchá. Takže ta už byla taky na kontrole ušní, tam jí taky řekli, že to má hodně snížený. Ale zatím to nějak neřešej, jenom chodí na kontroly.

A: Kolik vám tak bylo let, když jste začal pocít'ovat, že hůř slyšíte?

I: Tak to si přesně nepamatuju, ale tipoval bych to tak před deseti lety. Takže čtyřicet osm.

A: A jak jste postupoval, když jste zjistil, že hůř slyšíte? Co jste dělal?

I: Zatím jsem to řešil, jako doma jsem to řešil tak, že jsem si vlastně pouštěl víc nahlas televizi, nebo, když manželka na mě mluví, tak musel jsem říct, ať mluví pomalejc a hlavně trochu hlasitějc, a to mi vlastně nevadilo, protože manželka taky nedoslýchá, takže mluví

stejně nahlas, takže je to dobrý, protože v některý frekvenci, když mluví, tak já vlastně některý slova nechytám.

A: A šel jste potom s tím někam na nějakou ambulanci, nebo tak, aby vám zjistili...

I: Vlastně pak manželka řekla, že už je to neúnosný, jak pouštím nahlas televizi, ačkoli ona taky nedoslýchá, taky si ji pouští. Ale zarazilo, že je i já. Tak mě donutila tam dojít. Takže řekli, že mám sníženou nějakou tu hladinu toho, toho...

A: Slyšení.

I: Slyšení, ale že to zatím není potřeba nějak řešit. Že mám přijít za rok na kontrolu.

A: A jak jste se takhle cítil při tom, když jste byl na tom vyšetření?

I: No cejtil jsem se jako ne, ne ...Tak to vyšetření není bolestivý, nic takovýho, akorát chvilka jsem nevěděl, na co mám reagovat. Ale jinak bez problému si myslím.

A: To jste měl teda nějaké to audiologické vyšetření, že jste měl ty sluchátka...

I: Nějaký audio, no. Ano, přesně tak.

A: A dával jste najevo třeba nějak svoje emoce s tím spojené, jakože vám vadí, ať už tedy to, že hůř slyšíte, nebo tak, jako jestli se vám nějak změnila třeba nálada?

I: Moji náladu to neovlivní, akorát je mi to nepříjemný. I vůči ostatním lidem, když se musím zeptat třeba dvakrát, co to vlastně říkal, nebo, co tam bylo. I v tý televizi, to musím vracet zpátky, abych porozuměl každému slovu, co vlastně řekli. Takže to moje okolí rozčiluje.

A: A myslíte si, že kdyby u vás ta nedoslýchavost vznikla v dřívějším, nebo pozdějším věku naopak, tak že byste reagoval jinak?

I: Tak samozřejmě bych to asi řešil už dřív, ale teďko nedokážu říct jako, jak by to ovlivnilo mojí práci, nebo tohle to zatím nevím.

A: A hledal jste si třeba nějaké doplňující informace k tomu?

I: No, koukal jsem na netu, jaký maj případně naslouchátka, jen tak pro zajímavost, jak to vypadá, jak ta doba de, co už ta naše lékařská věda vymyslela. (smích) Abych byl v obraze.

A: Takže jste zjistil, co jste potřeboval na tom internetu, jo?

I: V podstatě ano. Ty základní věci.

A: Když teda přejdeme k tomu vašemu osobnímu životu, je něco, co se teď zásadně změnilo poté co, teda máte nějakou nedoslýchavost?

I: Myslím nic zásadního.

A: Ne, hm. Takže když přejdeme třeba k tomu rodinnému životu, tak jste spokojen?

I: Já jsem spokojen, to rodinný život absolutně nemůže ovlivnit. V tomto směru.

A: Říkal jste, že máte manželku, máte děti ještě nějaké?

I: Mám dceru.

A: Někaké komun-obtíže při té komunikaci s tou rodinou, to jste vlastně říkal něco jenom že-

I: V podstatě, že mi to musej opakovat třeba několikrát, když nerozumím přesně, co chtěj, nebo takhle. Ale záleží na té frekvenci a na té hlasitosti, jak mi to prezentujou. Nebo jestli na ně koukám, nebo nekoukám, jestli jsem za rohem, nebo nejsem za rohem. Těžký, těžko říct takhle.

A: Máte třeba nějaké přátele, se kterými se pravidelně vidáte?

I: Tak jenom spíš kolegy z práce. A rodinu. Rodiče.

A: A s kolegy vycházíte dobře?

I: S kolegy nemám problém.

A: Profesi teda máte stejnou, i už předtím, než jste měl nějaké problémy se sluchem i teď, takže pracujete pořád na stejném jakoby místě, nebo myslíte si, že by se to do budoucna kvůli muselo kvůli té nedoslýchavosti změnit?

I: Tak doufám, že to vydržím do důchodu tam. A že se to taky nezmění. Samozřejmě, čím by se to zhoršovalo, tak by to už musel řešit, nějaký ty naslouchátka, nebo tohle, což by bylo nepříjemný vůči hostům, že tam chodí nahluchlej číšník, že jo, nebo provozní, takže doufám, že se to, že mi to nepotká, a že vydržím.

A: Když jste popisoval svůj volný čas, tak jste nezmínil žádné koníčky. Co děláte takhle ve volném čase, když můžete?

I: Ve volném čase potřebuji relaxovat, takže chodím hrozně rád do přírody. Hlavně do lesa, procházím se prostě podél rybníků, chodím na ryby, na houby a hlavně mě baví teda cestování a turistika, kde je klid, ticho, pohoda. Protože mám v práci spoustu lidí, tak jsem rád, když vypadnu a jsem někde sám a v klidu si kochám.

A: A takhle při těch činnostech, máte nějaký pocit, že by vás ty sluchové obtíže nějak omezovaly?

I: Tak v tomto směru myslím, že ne.

A: Hm, dobře. A teďka bychom přešli, protože já se věnuju teda kvalitě života, tak jestli mi můžete říct, co si myslíte, že je kvalita života, jak byste to vysvětlil?

I: No, kvalita života. To asi má každý nějak v sobě, nějaký subjektivní pocit, jestli teda je s tím svým životem spokojenej, jestli chce, jestli má potřebu něco někde měnit, a vo tom to je, si myslim. Že je člověk zdravěj, rodina zdravá, okolí zdraví, nestrádaj finančně, nemaj nějaký jiný problémy, tak to je, myslim, ta kvalita života. Každěj to bere nějak jinak.

A: A teda z těchto hledisek, co jste řekl, tak jaká si myslíte, že je vaše kvalita života, jak vám to připadá?

I: No, popravdě řečeno, já jsem takovej optimistickej člověk a já jsem spokojenej s tím, co mám, samozřejmě mám nějaký představy, že, co by se mohlo zlepšit, ale zase tak zásadní věci to nejsou.

A: A máte pocit, že by měla ta nedoslýchavost nějaký vliv na tu vaši kvalitu života?

I: No, to určitě. Kdyby se to zhoršovalo ten sluch, tak by to bylo špatný, protože rád poslouchám hudbu, hraju i na kytaru, takže potřebuju to slyšet. Rád poslouchám, mluvím s lidma a kdyby se to zhoršovalo, tak by samozřejmě se ta kvalita života v tomto směru snížila. Musel bych to řešit teda nějakějma těma pomůckama sluchovejma.

A: A teďka když říkáte, že jste spokojený teda s tím svým životem, tak je ještě teda něco, co by vám pomohlo ještě k nějakému zvýšení té kvality života, ještě něco, co by dalo nějaké body navíc, řekněme?

I: Hm, nic mě nenapadá momentálně.

A: Dobře. Když se takhle ráno probudíte, na co se-, je něco, na co se vždy můžete těšit? Co by to mohlo být konkrétně?

I: Pokud mám volno, tak se těším na ten den, plánuju, co budu dělat a těším se vždycky na snídani. (smích) Jsem rád, že jsem vůbec vstal. (smích)

A: A obecně čeho si na svém životě nejvíce ceníte?

I: Na svém životě? S manželkou jsem přes třicet let. Mám dceru dospělou, zdravou. Všichni jsou v pohodě, všichni maj práci, všichni jsou zdraví relativně. Takže já myslim, že to je ta hlavní devíza v tom mym životě. Že nic tak strašnýho mě zatím, zaplat'pánbůh, nepotkalo.

A: Ještě bych se teda zeptala na to místo, kde žijete, vy žijete v bytě, že?

I: Žiju v bytě v paneláku v Praze, ale na klidným místě, jen kousek vod metra. Parkování mám dobrý v okolí, takže se nerozčiluju kvůli tomu. No, takže jsem spokojenej.

A: Takže ani jako v oblasti bydlení, že by se třeba něco mělo změnit do nějakého vašeho představy ideálu?

I: Ideál. Tak samozřejmě každý má nějaký představy, samozřejmě. Chtěl bych mít nějakou chatu někde za Prahou, kam bych mochl o víkendech jezdit. Svoji. Takhle jezdím k rodičům, ale chtěl bych něco svého, ale to je ...to už se mi asi nesplní.

A: Ještě na závěr bych se zeptala, jestli si myslíte, že lidé vědí, jak se chránit před různými problémy se sluchem?

I: Myslím si, že podvědomě to ví každé, i to na sobě i pocítí, ale spousta lidí to nerespektuje. Nevěnuje tomu pozornost. A to vidím hlavně u mladých, když mají neustále sluchátka, jako mladý jsem taky měl sluchátka, ale to vždycky jsem poslouchal chvíli hudbu třeba, abych nerušil okolí, jinak jsem to používal normálně. A dneska vidím, že dou po ulici jak zombie, mají v uších sluchátka a furt puštěná nějaká hudba, nebo jsou napojení na telefon, nevim, nevěnují pozornost ani okolí svému, ani kvůli své bezpečnosti, že můžou někoho srazit, že můžou do někoho nabourat, tak si myslím, že tyhle lidi, ty mladý, že časem budou mít s tím velký problémy.

A: A co byste poradil ostatním, kteří zjistí, že už mají nějaké tydlety obtíže?

I: Tak, aby to nezanedbali a šli co nejrychleji k doktorovi na kontrolu, aby jim to proměřil a tak dále, zda se s tím dá nějak něco dělat, nějak to zastavit, nebo zlepšit, nevim. Nemám představu. Nevím, jak tadyto se řeší jako zdravotně.

A: A úplně na závěr je něco, co byste chtěl ještě k tématu zmínit, říct, co by vás napadlo, nějaké poselství, nebo tak? Co byste chtěl, aby v té práci zaznělo?

I: No, tak podle mě, ať se každé stará vo to svoje zdraví, ať nic nepodceňuje a de včas k tomu doktorovi. A má ohled i vlastně, tím pádem i na lidi okolo sebe. Na svojí rodinu, kolegy v práci a tak dále, protože, když nebude slyšet, tak budou ty problémy mít i ty lidi vokolo nich.

Příloha 5 – Ukázka kódování rozhovorů

Ukázka č. 1: Rozhovor s lékařem z otorhinolaryngologické ambulance

Otázky	Citace z rozhovoru	Kód popisný	Kód interpretativní	Kód strukturní
Jak často k Vám přicházejí lidé se získaným sluchovým postižením (v dané věkové kategorii 40-60 let)?	Poměrně často.	Výskyt	Četnost	Prevalence
	Protože tím, že to je, nebo ta prevalence v tom vyšším věku je poměrně veliká.	Věk	Demografické údaje	Individuální faktory
	Čím jsou starší, tak tím nějakou poruchu sluchu mají.	Věk	Demografické údaje	Individuální faktory
	(...) Pak je samozřejmě i otázka jiná, kolik z těch lidí, kterým něco najdeme, jako že mají nějaký nález na audiogram třeba, tak kolika lidem z toho to vadí, nebo je to nějak limituje jakoby v běžném fungování, že jo.	Limity	Handicap	Sociální faktory

	<p>A to že prostě hůř slyšej, anebo kolikrát ono v souvislosti s tím stárnutím to není jenom jakože obecně hůř slyšej, ale vono se to projevuje zpočátku spíš tím, že oni sice slyšej, ale hůř rozuměj tomu, co kdo jakoby povídá, třeba.</p>	Věk; Příznaky	Demografické údaje; Symptomy	Individuální faktory; Diagnostika
	<p>Jo, jakože by, prostě jsme je rovnou všechny posílali k nějaký jako pomoci technický, ve smyslu třeba sluchadla a podobně.</p>	Sluchadla	Kompenzace	Komunikace

	To ne, to je určitý procento z toho, ale není to, že každý pacient musí být nějakým způsobem jakoby léčen.	Výskyt; Léčba	Četnost; Náprava	Prevalence; Terapie
Co nejčastěji diagnostikujete?	V souvislosti s věkem? Většinou je to prostě typ percepční poruchy sluchu (...).	Věk; Percepční sluchová vada	Demografický údaj; Povaha sluchové vady	Individuální faktory; Kvalita sluchu
A ušní šelesty tu také řešíte? A spíše ty subjektivní, nebo ty objektivní?	(...) Těch objektivních, kde jde nalézt nějakou příčinu, která je verifikovatelná, a tím pádem i kauzálně řešitelná, tak to jsou buď věci, který souvisej s tím, že je tam nějaká třeba cévní anomálie, to znamená	Objektivní tinnitus; Příčiny; Léčba	Povaha sluchové vady; Etiologie; Náprava	Kvalita sluchu; Diagnostika; Terapie

	nějaké třeba atrivenózní zkrat, nebo něco takovýho.			
	Takže pak spíš se ubíráme tím směrem, že by měli mít diagnostiku, ať už třeba sonografii krčních cév a podobně.	Hledání příčin	Etiologie	Diagnostika
	(...) převážná většina pacientů s tinnitem jsou pacienti se subjektivním typem tinnitu (...).	Subjektivní tinnitus; Výskyt	Povaha sluchové vady; Četnost	Kvalita sluchu; Prevalence

<p>Jak si myslíte, že se lidé při vzniku, či diagnostikování sluchových vad/poruch cítí?</p>	<p>(Jako když je tady, nebo obecně?) Protože samozřejmě jako když se podíváme obecně, tak jako třeba tinnitus patří mezi poměrně jako nepříjemný problémy, který dokážou toho pacienta, hodně mu snížit kvalitu života a hodně ho ovlivnit ve svém fungování.</p>	<p>Tinnitus; Kvalita života; Limity</p>	<p>Povaha sluchové vady; Kvalita života; Handicap</p>	<p>Kvalita sluchu; Kvalita života; Sociální faktory</p>
	<p>Až dokonce prostě byly popsány nějaký případy, kdy to vede až třeba k nějakému suicidálnímu jednání.</p>	<p>Suicidální jednání</p>	<p>Následky</p>	<p>Rizika</p>
	<p>A velmi negativně to ty lidi jakoby</p>	<p>Psychické prožívání</p>	<p>Psychické vypětí</p>	<p>Psychické faktory</p>

	rozhodí po psychický stránce a tak.			
	(...) ale jako co se týče nějakýho jako zatížení, psychickýho zatížení v průběhu diagnostiky, to si až tak nemyslím.	Psychické zatížení; Hledání příčin	Psychické vypětí; Etiologie	Psychické faktory; Diagnostika
	Spíš si myslím, že ten hlavní problém je ten, kterej přináší prostě ten stres a kterej dokáže jakoby ovlivnit natolik, že vopravdu jim to až může výrazně snížit kvalitu života.	Stres; Kvalita života	Psychické vypětí, Kvalita života	Psychické faktory, Kvalita života

<p>Jak postupujete po tom, co někomu diagnostikujete tinnitus, nedoslýchavost, jednostrannou hluchotu apod.?</p>	<p>(...) ono ty možnosti léčby nejsou úplně jako tak tak dobrý, nebo přinášející tak dobrý výsledky, aby jako těm pacientům to přineslo nějakou extra úlevu, a tím pádem aby z toho nebyli stresovaní ještě víc.</p>	<p>Léčba; Úleva; Stres</p>	<p>Náprava; Psychické vypětí; Psychické vypětí</p>	<p>Terapie; Psychické faktory; Psychické faktory</p>
	<p>V těch výsledcích se může ukázat ledasco, jestliže je to něco, co by mohlo bejt řešitelný kauzálně, protože i třeba v tomhleto věku se i může najít nějaká porucha sluchu, která může bejt řešitelná (...).</p>	<p>Věk; Léčba</p>	<p>Demografické údaje; Náprava</p>	<p>Individuální faktor; Terapie</p>

	<p>A tam v převážný většině takhle u poruchy sluchu, která je charakteru jakoby tý percepční presbyakuze, tak jsou to sluchadla, co jim vlastně zesilují ten zvuk (...).</p>	<p>Percepční porucha sluchu; Sluchadla</p>	<p>Povaha sluchové vady; Kompenzace</p>	<p>Kvalita sluchu; Komunikace</p>
	<p>(...) u toho tinnitu víc jako různá medikace, která spíš je tak jako nepřímo ovlivňující ten tinnitus (...). Takže tam je to spíš jako taková podpůrná léčba. (...) Spíš je to ale ve smyslu teda snahy mu ulevit, než aby to byla ta příčina, než že by se nějak řešila ta příčina, nebo že</p>	<p>Tinnitus; Medikace; Léčba; Úleva</p>	<p>Povaha sluchové vady; Náprava; Psychické vypětí</p>	<p>Kvalita sluchu; Terapie; Psychické faktory</p>

	aby to jako úplně zmizelo. To se většinou nepodaří.			
Potřebují lidé někdy Vaši útěchu? A co jim říkáte, aby je to utěšilo?	Tak samozřejmě asi jako se jim nesděluje to, že je to beznadějný a že není cesta, jak jim přinést úlevu (...)	Úleva	Psychické vypětí	Psychické faktory
	Takže jakoby aby neztratili, neztratli prostě tu naději na to zlepšení.	Naděje	Emoční prožívání	Psychické faktory

	A pak samozřejmě jakoby i dlouhá spolupráce, nebo spolupráce, prostě dlouhodobá péče, (...) aby ten pacient měl pocit, že se vo něj jakoby staráme.	Dlouhodobá léčba; Pocity	Náprava; Emoční prožívání	Terapie; Psychické faktory
	Aby se to nebagatelizovalo, aby prostě se nad tím nemávlou rukou a nenechalo se to jen tak bejt, protože to jsou naopak, si myslim, věci, který toho pacienta můžou vopravdu stresovat.	Zájem; Stres	Podpora; Psychické vypětí	Sociální faktory; Psychické faktory
Jaké reakce nejčastěji vídáte na sdělení dané diagnózy?	U pacientů s tinnitem je většina pacientů takovejch, že přicházej a už vo	Tinnitus; Přechozí informace; Hledání pracovišť	Povaha sluchové vady; Zkušenosti; Náprava	Kvalita sluchu; Média; Terapie

	<p>tom kolikrát maj něco načtenýho a zkoušej i třeba obcházet jako vícero pracovišť, kde prostě už nějaký zkušenosti maj a hledaj vlastně, co by jim kdo kde ještě nabídnul někdo dalšího něco.</p>			
	<p>Takže oni už kolikrát vědí, že i jako třeba ty možnosti léčby nejsou tak úplně jako snadný, nebo že to nemusí vést úplně k nějakýmu extra extra efektu a prostě tam spíš jde o to, s těma pacientama pracovat tak, aby se jim jako sdělilo, že prostě samozřejmě se pokusíme jim ulevit (...).</p>	<p>Léčba; Úleva</p>	<p>Náprava, Psychické vypětí</p>	<p>Terapie; Psychické faktory</p>

	Jo, takže aspoň, že se to třeba dostane na takovou úroveň, která je nebude jakoby limitovat, nebo obtěžovat v běžném fungování.	Limity	Handicap	Sociální faktory
Myslíte, že lidé vědí, jak se chránit před vznikem sluchových vad?	Tak asi obecně člověk tuší, že jako pobyt třeba v hlučném prostředí, nebo třeba když půjdete někde na zahradě řezat motorovou pilou, že asi to není jako optimální pro ty uši, že jo.	Povědomí; Prostředí; Hluk	Znalosti; Životní prostředí; Životní prostředí	Prevence; Environmentální faktory, Environmentální faktory
	Takže obecně si myslím, že používání nějakých těch	Ochranné pomůcky	Preventivní jednání	Prevence

	ochranejch pomůcek (...).			
	(...) neříkám, že to dodržují, ale přinejmenším to tušej, že by prostě jako se to dodržovat mělo.	Povědomí	Znalosti	Prevence
	(...) hlavní problém je v tom, že ono se to může jakoby ty důsledky objevit až s určitou latencí, nemusí to bejt hnedka že jo, ale prostě po několika letech, a tím pádem ty přímý důsledky nemusej bejt patrný úplně hned a ty lidi to může falešně jakoby zmást.	Latence; Povědomí	Následky; Znalosti	Rizika; Prevence

<p>Existuje něco, co by se podle Vás mělo změnit, aby diagnostikování, či péče o tyto osoby byla kvalitnější?</p>	<p>Úplně jako nemám pocit, že by těm pacientům se nedostávalo v tuhle chvíli nějaký adekvátní péče, spíš jde o to, že prostě kolikrát ty pacienti nedokážou úplně se smířit s tím, že i prostě v dnešní době ta medicína jim nemá moc co jakoby nabídnout.</p>	<p>Léčba; Nabídka péče; Smíření</p>	<p>Náprava; Limity medicíny; Emoční prožívání</p>	<p>Terapie; Kvalita terapie; Psychické faktory</p>
	<p>I když ono ty poruchy sluchu jsou o trošku takový jako, nechci říct lepší, ale takový jako vděčnější, protože těm pacientům většinou ty naslouchátka pomůžou že jo.</p>	<p>Sluchadla</p>	<p>Kompenzace</p>	<p>Kvalita terapie</p>

<p>Jak byste vysvětlil pojem kvalita života?</p>	<p>(...) aby měli pocit ty pacienti, že žijou kvalitní život, tak by neměl být ovlivněný nějakými negativními prožitkami, nebo pocitama, to znamená, že by měli fungovat tak, aby nebyli stresovaní něčím, co jim co jim přináší běžnej život (...)</p>	<p>Pocity; Negativní situace a pocity; Stres</p>	<p>Emoční prožívání; Psychické vypětí</p>	<p>Psychické faktory, Psychický faktory</p>
	<p>(...) právě třeba ten tinnitus, kterej prostě jim způsobuje to, že oni se nedokážou fakt soustředit na nic jinýho (...)</p>	<p>Tinnitus; Schopnost soustředění</p>	<p>Povaha sluchové vady; Následky</p>	<p>Kvalita sluchu; Rizika</p>

<p>Jaká je nyní podle Vás kvalita života osob se získaným sluchovým postižením?</p>	<p>To záleží, nebo závisí, nebo záleží na tíži tý poruchy, že jo. Protože když někomu bude trošku pískat v uších, když si večer lehne (...), tak ten jakoby nijak nebude mít narušenou kvalitu života, že jo.</p>	<p>Tinnitus; Kvalita života</p>	<p>Povaha sluchové vady; Kvalita života</p>	<p>Kvalita sluchu; Kvalita života</p>
	<p>Zatímco člověk, kterému prostě píská v uších tak, že nemůže normálně fungovat, tak je to tak velmi stresující faktor, že prostě ho to může ve výsledku až třeba k tý sebevraždě dohnat.</p>	<p>Tinnitus; Stres; Suicidální jednání</p>	<p>Povaha sluchové vady; Emoční vypětí; Následky</p>	<p>Kvalita sluchu; Psychický faktor; Rizika</p>

	Pak samozřejmě určitě jako budou pacienti, nebo lidi, který jsou jako vnímavější, anebo citlivější, takový jako rozdíly jako interindividuální.	Individualita	Psychické a emoční vypětí	Psychické a individuální faktory
Existuje něco, co by podle Vás pomohlo ke zvýšení jejich kvality života?	(...) řada pacientů třeba jakoby to neřeší a nechávají problémy bejt, ať už v domnění, že si myslej, že se s tím třeba nedá nic dělat, anebo že, nebo že prostě se jim nepomůže.	Zájem a povědomí; Možnosti léčby	Znalosti; Léčba	Prevence; Terapie
	(...) třeba taková osvěta jako jako, aby prostě věděli, že jako můžou přijít a že jako proběhne určitá snaha jim pomoci (...).	Osvěta; Podpora	Znalosti; Náprava	Prevence; Terapie

	(...) tak aspoň nějakou úlevu a zmírnění těch potíží by to přinést mohlo.	Úleva	Psychické vypětí	Psychické faktory
--	---	-------	------------------	-------------------

Ukázka č. 2: Rozhovor se ženou se získaným sluchovým postižením

Jedná se o dvaapadesátiletou ženu, která je nedoslýchavá a pociťuje subjektivní tinnitus.

Otázky	Citace z rozhovoru	Kód popisný	Kód interpretativní	Kód strukturní
Máte zkušenost s někým, kdo by měl (stejnou sluchovou vadu) nebo sluchové postižení	(...) v práci se vyskytují lidé, když jim podávám jídlo (...), ale protože sama tím procházím, tak vím, že jako je to těžké, že s těma lidma člověk musí mít trpělivost, protože já sama,	Práce; Osobní zkušenost; Trpělivost	Pracovní uplatnění; Emoční prožívání; Povahové vlastnosti	Profesní faktory, Psychické faktory; Individuální faktory
	když někde přijdu a jsem nedoslýchavá, tak jsem ráda, když se mnou ty lidi jedná, tak jakoby slušnějc, než	Nedoslýchavost; Slušné chování okolí	Povaha sluchové vady; Sociální prostředí	Kvalita sluchu; Sociální faktory

	když jsou na mě zlí a arogantní (...)			
Kolik Vám bylo, když jste začala pociťovat první příznaky nedoslýchavosti ?	No, to mě donutila jít dcera, protože jsem si to furt nějak nepřipouštěla, jsem si myslela, že to je prostě stářím (...)	Dcera; Osobní smíření; Věk	Rodina; Copingová strategie; Demografické údaje	Rodinné faktory; Psychické faktory; Individuální faktory;
	Chodím teda pravidelně na kontroly, jednou za rok.	Kontroly	Včasná intervence	Kvalita terapie
	A mám takový ty hučení v uších,	Tinnitus	Povaha sluchové vady	Kvalita sluchu

	šumění, cinkání, no.			
	Tak jsem to přisuzovala jako krční páteři, že každý, že je to od krční páteře (...).	Hledání příčin; Názor okolí	Etiologie; sociální prostředí	Diagnostika; Sociální faktory
	(...) a protože moje zaměstnání je vcelku hlučný, že když vaříme, tak nám tam hučeje kotle (...) Takže přišla jsem jakoby z práce vo ten sluch.	Práce; Hluk	Pracovní uplatnění; Povaha pracovního prostředí	Profesní faktory; Environmentáln í faktory

	Je to teda obtěžující, ale musí se s tím člověk tak nějak vyrovnat, no.	Negativní prožitky; Osobní smíření	Emoční prožívání; Copingová strategie	Psychické faktory; Psychické faktory
Dávala jste najevo své emoce? Prožívala jste to nějak?	(...) spíš mě jako mrzí, že mě ta rodina s tím trošku nepomáhá. Že prostě si myslej, že slyším jako mladá holka (...)	Negativní prožitek; Rodina; Věk	Emoční prožívání; Rodina; Demografické údaje	Psychické faktory, Rodinné faktory; Individuální faktory
	A na doporučení paní doktorky, nemám na to odpovídat, když na mě mluvěj, mám dělat, že to neslyším, aby	Doporučení lékaře; Rodina	Autorita lékaře; Rodina	Kvalita terapie; Rodinné faktory

	přišli oni za mnou (...)			
Změnila se Vám nálada, nebo prožívání po tom, co jste zjistila, že jste nedoslýchavá? Pokud ano, jak?	No tak nálada ani tak ne, to se mi jako nezměnila nálada, zatím si to ještě člověk tak nějak nepřipouští, protože si pořád říká, ještě to není tak hrozný.	Osobní smíření	Copingová strategie	Psychické faktory
	Ale musí to být spíš jako pro tu rodinu zatěžující, když voni slyšej a já neslyším, řve mi televize, řve mi písničky.	Rodina; Zátěž	Rodina; Psychické vypětí	Rodinné faktory; Psychické faktory

	Nevím, jak to bude do budoucna, jestli se to bude zhoršovat, jestli teda ta nálada, nebo ta povaha se mi změní, zatím nevím.	Budoucnost	Následky	Rizika
Hledala jste nějaké doplňující informace? Kde?	(...) co takhle vyjde v tom časopisu, že na to šumění a na to, že na to prodávaj nějaký preparáty.	Časopisy; Tinnitus; Léky	Informace; Povaha sluchové vady; Náprava	Média; Kvalita sluchu; Terapie
	No a to naslouchátko, to zatím mi pani doktorka ještě nedoporučila,	Sluchadlo; Lékař	Kompenzace; Autorita lékaře	Terapie, Kvalita terapie

	že ještě je jakoby čas.			
	No ale jinak takhle takový ty babský klepy (...)	Rady okolí	Sociální prostředí	Sociální faktory
Zjistila jste, co jste potřebovala?	Jo tak dočte se tam samozřejmě, jsou tam taky i bludy, to jsou takový ty, jak by člověk řekl, ty šmejdi, co tam zázračně nabízej léky (...).	Nepoctivá inzerce	Informace	Média
Když se ráno probudíte, je něco, na co se vždy můžete	No to, že mě nebude nic bolet. (smích)	Bolest	Fyzické příznaky	Zdravotní stav

těšit? Můžete sdělit, co to je konkrétně?	Na kolegyně v práci, na ty se těším, protože máme spolu hezkej vztah. (...) Že práce je pro mě důležitá, i ty kolegyně jsou pro mě důležité.	Práce; Kolegyně	Profesní uplatnění; Povaha pracovního prostředí	Profesní faktory; Sociální faktory
	A když jdu z práce domů, tak se zase těším na rodinu, protože mám rodinej klidnej život.	Rodina	Rodina	Rodinné faktory
Čeho si na svém životě nejvíce ceníte?	Svý rodiny.	Rodina	Rodina	Rodinné faktory

Co si představujete pod pojmem kvalita života?	Tak, aby byl člověk asi zdравej, to je asi nejdůležitější, aby měl práci, vydělal si nějak ty peníze (...).	Zdraví; Práce; Peníze	Zdraví; Profesní uplatnění; Peníze	Zdravotní stav; Profesní faktory; Finance
	(...) aby rodina byla zjištěná.	Rodina	Rodina	Rodinné faktory
	No, aby člověk byl spokojený.	Spokojenost	Emoční prožívání	Psychické faktory
	Všechno aby si kalapalo, zapadalo všechno dohromady.	Celek	Emoční prožívání	Psychické faktory

	(...) je to vo zdraví, vo štěstí v rodině, aby jí to vycházelo, když to vychází v rodině, tak je člověk šťastnej (...).	Zdraví; Štěstí; Rodina	Zdraví; Emoční prožívání; Rodina	Zdravotní stav; Psychické faktory; Rodinné faktory
Jaká je nyní Vaše kvalita života?	Tak kdyby to mělo být třeba bodovaný od jedna do deset, tak si myslím deset.	Bodování	Kontrolovatelnost	Kvalita života
Máte pocit, že se změnila kvalita Vašeho života po vzniku nedoslýchavosti?	Zatím si to nepřipouštím, nebo si nemyslím, protože říkám, jak rodina, tak pracovní kolegové, nebo kolegové se	Osobní smíření; Rodina; Kolegyně	Copingová strategie; Rodina; Sociální prostředí	Psychické faktory; Rodinné faktory; Sociální faktory

	ke mně chovají jako normálně k doslýchavý .			
	Horší to bude s přibývajícím věkem (...).	Věk	Demografické údaje	Individuální faktory
	Že pak třeba sousedům bude vadit, že mi víc hraje televize (...), přece jenom v tom paneláku je víc všechno slyšet.	Sousedé; Panelové bydlení	Sociální prostředí; Bydlení	Sociální faktory; Obydlí
Existuje něco, co by Vám pomohlo ke zvýšení kvality života?	Nechci říct strojek do ucha, jo, na to říká paní doktorka, že ještě jako úplně není.	Sluchadlo; Lékař	Kompenzace; Autorita lékaře	Komunikace; Kvalita terapie

	<p>Ale tak nevim, možná možná vycestovat někam do klidu, že by člověk tak nějak zrelaxoval.</p>	<p>Odpočinek</p>	<p>Životní prostředí</p>	<p>Environmentální faktory</p>
	<p>(...) nevim, jestli je to tím městským ruchem a tou prací, že by člověk vypadl někam jako do přírody, a tam byly vlastně jenom ty zvuky té přírody.</p>	<p>Městský hluk</p>	<p>Životní prostředí</p>	<p>Environmentální faktory</p>

<p>Co byste poradila ostatním, kteří zjistí, že jsou nedoslýchaví?</p>	<p>Co nejdřív navštívit lékaře a řešit to, nevybodnout se na to a říct: to je dobrý, to je dobrý, to selepší, protože se to nezlepší.</p>	<p>Lékař; Zájem a povědomí</p>	<p>Autorita lékaře; Vůle a znalosti</p>	<p>Kvalita terapie; Psychické faktory a prevence</p>
	<p>A prostě tu hudbu, a to křičení a to no. Větší osvěta by měla bejt na ten zvuk, no.</p>	<p>Hlasitost; Povědomí</p>	<p>Povaha médií; Znalosti</p>	<p>Média; Prevence</p>
	<p>To poznávám podle rodiny, jak furt přepínaj zvuk na televizi, protože pro ně je to vohlušující, tak si myslim, že i ty</p>	<p>Rodina; Televize</p>	<p>Rodina; Povaha médií</p>	<p>Rodinné faktory; Média</p>

	televize by se měly nějak vyrovnat s tím (...).			
Myslíte si, že lidé vědí, jak se chránit před poškozením sluchu?	Takhle vám to řeknu, když vidím ty mladý dneska v metru, jak maj ty (...) sluchátka a hraje jim ta hudba a slyším jenom duc, duc, duc (...), v mládí jsem to taky nosila na uších (...) myslím si, že i to mně přispělo k tomu, že člověk je nedoslýchave j	Mladá generace; Povědomí; Osobní zkušenost	Věkové rozdíly; Znalosti; Emoční prožívání	Demografické údaje; Prevence; Individuální faktory

	<p>a pak si říkam: moje věc to není, dělej si, co chceš, protože dneska jsou lidi zlí (...)</p>	Okolí	Sociální prostředí	Sociální faktory
	<p>Myslím si, že by měla být taková větší osvěta v tý televizi, nebo v nějakých těch pořadech na to.</p>	<p>Povědomí; Televize</p>	Znalosti; Média	<p>Prevence; Média</p>