

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Bakalářská práce

2021

Darina Špakovičová

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce
Darina Špakovičová

Kvalita života seniorů se sluchovým postižením

Olomouc 2021

vedoucí práce: Mgr. BcA. Pavel Kučera, Ph. D

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího bakalářské práce a uvedla jsem všechny zdroje v seznamu použité literatury.

V Olomouci dne 31.5.2021

.....

Vlastnoruční podpis

Poděkování

Na tomto místě bych moc ráda poděkovala svému vedoucímu práce Mgr. BcA. Pavlu Kučerovi, Ph.D. za jeho čas a cenné rady, které mi v průběhu psaní této práce poskytoval.

Dále bych chtěla moc poděkovat zaměstnankyním Spolku neslyšících v Břeclavi a Centra služeb pro seniory v Kyjově, které mi i v dnešní nepříznivé epidemiologické situaci poskytly rozhovory s jejich klienty, kterým patří také obrovské poděkování za jejich čas a ochotu.

Obsah

Obsah	5
Úvod	7
TEORETICKÁ ČÁST.....	8
1 Sluchové postižení	8
1.1 Vymezení a klasifikace sluchového postižení	8
1.2 Etiologie a diagnostika sluchového postižení	11
1.2.1 Etiologie	11
1.2.2 Diagnostika.....	12
1.3 Komunikační systémy osob se sluchovým postižením	13
1.3.1 Český znakový jazyk.....	13
1.3.2 Znakovaná čeština	14
1.3.3 Prstová abeceda (daktylotika)	14
1.3.4 Lormova abeceda	14
1.3.5 Daktylografika.....	14
1.3.6 Odezírání	14
1.4 Kompenzační pomůcky	15
1.4.1 Sluchadla	15
1.4.2 Kochleární implantáty	15
1.4.3 Kmenové implantáty	16
1.4.4 Další pomůcky.....	16
2 Seniorský věk	17
2.1 Vymezení stáří.....	17
2.1.1 Biologické stáří	17
2.1.2 Sociální stáří	17
2.1.3 Kalendářní (chronologické stáří).....	18
2.2 Stárnutí	19
2.2.1 Biologické stárnutí	21
2.2.2 Psychické stárnutí.....	21
2.3 Adaptace na stáří	21
3 Sociální služby a zařízení pro osoby seniorského věku	24
3.1 Sociální služby dle zákona	24
3.2 Zařízení sociálních služeb	25
3.2.1 Služby sociální péče	26
4 Kvalita života.....	30

4.1	Měření kvality života	33
4.2	Modely kvality života.....	34
5	PRAKTICKÁ ČÁST	40
6	Cíl výzkumného šetření	40
6.1	Použité výzkumné otázky.....	40
7	Metodologie sběru dat	41
7.1	Výzkumný vzorek	41
8	Zpracování výzkumného šetření	41
8.1	Rozhovory se seniory se sluchovým postižením.....	42
9	Interpretace výsledků	58
10	Závěr	60
11	Seznam literatury	62
11.1	Seznam elektronických zdrojů	65
12	Seznam příloh	67

Úvod

Tato bakalářská práce se zabývá kvalitou života seniorů se sluchovým postižením. Sluch je pro člověka jedním z nejdůležitějších smyslů a většina z nás ho bere jako samozřejmost. Bohužel někteří lidé nemají to štěstí a buď se se sluchovým postižením už narodí nebo ho získají v průběhu života z různých příčin, ať už se jedná o úraz nebo následek onemocnění. Poměrně častá je postupná ztráta sluchu ve starším období lidského života, především pak u seniorů je sluchová ztráta výrazně znatelnější. Vzhledem ke zvyšující se kvalitě života se v dnešní době objevuje více a více způsobů, jak sluchové vady kompenzovat, i přes to ale pro tyto osoby znamená jejich postižení snížení kvality života.

Hlavním cílem této bakalářské práce je dozvědět se o tom, co je to sluchové postižení a zjistit, zda má toto postižení nějaký vliv na kvalitu života seniorů. Bakalářská práce se zaměřuje na osoby seniorského věku obecně, dále zkoumá způsoby komunikace, představuje pomůcky pro seniory a blíže nahlíží do jejich života.

Práce je rozdělena do několika kapitol a hlavními cíli je nejen definovat a vymežit sluchové postižení, ale také blíže proniknout do světa osob seniorského věku, kteří mají určitý druh sluchového postižení. Jedním z cílů je pokusit se odhalit, ve které oblasti jsou tito senioři nejvíce znevýhodněni, a to díky rozhovorům přímo s těmito osobami.

V praktické části bakalářské práce jsou představeny a vyhodnoceny rozhovory se seniory ve Spolku neslyšících v Břeclavi a v Centru služeb pro seniory v Kyjově.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Sluchové postižení

1.1 Vymezení a klasifikace sluchového postižení

Sluch je pro člověka jedním z nejdůležitějších smyslů, kterými může vnímat svět. Sluchové postižení znamená pro tyto osoby obrovskou bariéru v komunikaci s okolním světem, což se může podepsat také na psychické stránce každého z nich. Velký rozdíl je však v tom, zda se člověk se sluchovým postižením narodil nebo o sluch přišel až v průběhu života, a ten se mu následně obrátil vzhůru nohama. Lidé, kteří se se sluchovou vadou již narodili mají často více rozvinuté jiné smysly a nepovažují své postižení za tak závažné, jako lidé, kteří o sluch přijdou v průběhu života. Skutečnost, že bychom měli přijít o sluch je pro většinu z nás téměř nepředstavitelná. I přes to se v naší společnosti setkáváme s tímto druhem postižení poměrně často.

„Slepotu odděluje člověka od věcí, hluchota od lidí“ (Helena Kellerová)

Sluchové postižení je vždy trvalého rázu, a proto nemůžeme sluchovým postižením nazývat poruchy sluchu, které jsou pouze dočasné a dají se odstranit. Obvykle vznikají při nejrůznějších akutních onemocněních, kdy se sluch poruší. Může jít například o zánět dýchacích cest, středoušních dutin apod. Často se setkáváme také s tím, že se do ucha dostane cizí předmět a porucha vznikne z důvodu mechanické příčiny. Po zákroku se dá taková porucha odstranit, a proto ji nenazýváme sluchovým postižením. (Strnadová, 2002)

„Surdopedie (z latinského surdus – hluchý a řeckého paideia – výchova) představuje speciálně pedagogickou disciplínu, která se zabývá výchovou, vzděláváním a rozvojem jedinců se sluchovým postižením.“ (Horáková, 2012, s. 9)

Hrubý (2010, s. 13) ještě ve své definici přidává oblast společenskou a **surdopedii** definuje následovně: *„speciálně pedagogická disciplína zabývající se výchovou, vzděláváním a rozvojem jedince se sluchovým postižením a snahou o jeho plné začlenění (sociální, pracovní) do společnosti.“*

Až do roku 1983 byla surdopedie součástí logopedie, ale protože se ukázalo, že každé z těchto postižení je jiné a má jiná specifika výchovy i vzdělávání, oddělila se od logopedie a vznikla tak samostatná věda. (Souralová, Langer, 2005)

Surdopedie spolupracuje také s ostatními pediemi, především logopedií, oftalmologií, somatopedií, ale také s jinými pedagogickými, psychologickými nebo sociologickými vědními disciplínami. V oblasti medicíny se pojí především s pediatrií, otorinolaryngologií a foniatrií. Společné zájmy má také se sociologií a lingvistikou z oblasti humanitních věd. Technický obor sluchovou protetiku využívá zejména v souvislosti s kompenzačními pomůckami. (Horáková, 2012)

Každý člověk je ale úplně jiný a to, jaké sluchové postižení a stupeň má, je velmi individuální. Záleží na mnoha faktorech, z nichž nejčastější jsou především věk a doba, kdy k postižení došlo a samozřejmě také péče, která mu byla věnována a také přítomnost jiných postižení. Péče okolí je velmi důležitá, a to, jakým způsobem rodina s osobou s postižením komunikuje může buď velmi napomocť nebo naopak zhoršit stav sluchového postižení. Aby si člověk vybudoval určité postavení ve společnosti a osvojil si kulturní hodnoty, je zapotřebí získat přiměřené řečové a také komunikační kompetence, které se budou alespoň z části vyrovnávat zdravé populaci. (Horáková, 2012)

Podle Horákové (2012, s. 10) se **komunikační kompetence** definují následovně: „*Systém pravidel produkování promluv a jejich rozumění. Naše znalost pravidel a schopnost tato pravidla prakticky uplatňovat tedy vytvářejí jazykovou kompetenci každého z nás*“.

Podle světové zdravotnické organizace (WHO) je po mentálním postižení sluchové postižení hned druhým nejčastějším a znakovou řečí hovoří v České republice asi 7300 osob. Celkově žije v České republice přibližně 300 tisíc osob se sluchovým postižením (Hrubý, 1998). Většinu z nich ale tvoří stařecká nedoslýchavost, ke které dochází ve vyšším, nejčastěji seniorském věku, na který se tato bakalářská práce zaměřuje. (Horáková, 2012)

„*Presbyakuzie neboli stařecká nedoslýchavost, je porucha sluchu projevující se zhoršením slyšení tonů vysokých frekvencí, současně se zhoršuje rozumění řeči. Člověk slyší méně a hůře.*“ (Horáková, 2012, s. 12)

Podle Horákové (2012) zahrnuje termín „sluchové postižení“ celkem 3 kategorie osob: neslyšící, nedoslýchaví a ohluchlí.

Slowík (2007) dále klasifikuje tato kritéria:

Podle typu	<p>Převodní vady (vady vnějšího a středního ucha – jedinec špatně slyší, jde o kvantitativní postižení sluchu, jedinec může využít kostního vedení)</p> <p>Percepční vady (vady vnitřního ucha a CNS – jedinec špatně rozumí, jde o kvalitativní postižení sluchu)</p> <p>Smíšené vady</p>
Podle stupně (intenzity) sluchové ztráty	<p>Nedoslýchaví</p> <p>Neslyšící</p> <p>Ohluchlí</p>
Podle doby vzniku	<p>Vrozené postižení – genetika</p> <p>Získané postižení</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prelingvální – ke ztrátě došlo před ukončením vývoje řeči - Postlingvální – ke ztrátě došlo po dokončení vývoje řeči
Podle etiologie	<p>Orgánové postižení</p> <p>Funkční postižení</p>

Tabulka č. 1 Klasifikace sluchového postižení podle různých kritérií (Slowík, 2007, s. 74)

Světová zdravotnická organizace (WHO) hodnotí velikost sluchové ztráty podle následujících stupňů:

Průměrná ztráta sluchu	Hodnocení sluchové ztráty
0-25 dB	Normální sluch
26-40 dB	Lehká nedoslýchavost
41-55 dB	Střední nedoslýchavost
56-70 dB	Středně těžká nedoslýchavost
71-90 dB	Těžká nedoslýchavost
91 dB a více	Velmi těžká sluchová vada

Tabulka č. 2 Hodnocení velikosti sluchové ztráty podle Světové zdravotnické organizace (WHO, 1980) (Hrodek, Vavřinec et al., 2002, s. 252)

1.2 Etiologie a diagnostika sluchového postižení

1.2.1 Etiologie

Sluchové postižení je následkem organické nebo funkční vady (resp. poruchy) v kterékoli části sluchového analyzátoru, sluchové dráhy a sluchových korových center, příp. funkcionálně percepčních poruch. (Slowík, 2007, s. 72)

Slowík uvádí, že přibližně v 50 % případů je postižení způsobeno geneticky podmíněnými vadami. Další velmi častou příčinou je infekční onemocnění matky, která prodělá např. zarděnky, spalničky, chřipku nebo toxoplazmózu. Třetím způsobem, kterým může dojít k poškození sluchu je postižení získané v průběhu života, kdy člověk prodělá vážný úraz hlavy nebo poškození vznikne po následku onemocnění, jako je např. meningitida nebo příušnice. (Slowík, 2007)

Hrodek, Vavřínek (2002) dělí sluchové vady podle etiologie na:

1. vrozené (genetické):

- a) **s jednoduchou dědičností** – autosomálně dominantní syndrom (Treacher Collinsův), autosomálně recesivní (Usherův syndrom) a poruchy vázané na chromosom X (Alportův syndrom)
- b) **poruchy sluchu, jež jsou součástí syndromu** a mnohdy mají genetický základ – bývají spojeny se skeletálními abnormalitami, s neurologickými poruchami, poruchami pigmentu, s chromosomálními abnormalitami atd.

2. získané

- a) **prenatálně** – infekční onemocnění matky (rubeola, herpes, toxoplazmóza...)
- b) **perinatálně** – nízká porodní váha, porodní trauma, hypoxie
- c) **postnatálně** – meningitida, parotitida, ototoxická antibiotika, trauma, rubeola

Dle Langera (In Valenta, 2014) je však nejdůležitější speciálně pedagogické hledisko, které dělí sluchové vady podle toho, zda k nim došlo před nebo po ukončení základního vývoje jazyka.

Prelingvální sluchové postižení – k poškození došlo před základním vývojem jazyka a řeči, obvykle mezi 4-7 lety věku dítěte, v tomto případě je omezeno nebo zcela nemožné spontánní osvojení jazyka a řeči

Postlingvální sluchové postižení – k poškození došlo až po základním vývoji jazyka a řeči a v tomto případě zůstaly zachovány dřívější nabyté zkušenosti

1.2.2 Diagnostika

Za nejdůležitější věc v diagnostice sluchového postižení můžeme považovat jeho včasné odhalení a rozpoznání druhu či stádia postižení. Teprve potom můžeme nastavit ty správné podmínky pro jeho napravení a budoucí vývoj.

Diagnostikou sluchu se zabývá medicínský obor audiologie. (Horáková, 2012, s. 22)

Abychom mohli klientovi doporučit vhodnou kompenzační pomůcku, je potřeba pomocí odborných speciálně pedagogických vyšetřovacích metod odhalit sluchovou poruchu. Vyšetření bere v úvahu fyziologii lidského sluchu a zároveň je porovnává se systémem objektivních a subjektivních veličin pro měření v akustice. Cílem diagnostiky je zjistit prognózu a následné stanovení dalšího postupu. (Souralová, 2005)

K vyšetření sluchu můžeme použít metodu subjektivní nebo objektivní. U metod subjektivních se pacienta ptáme a očekáváme odpověď, u metod objektivních není potřeba odpověď klienta. (Lejska, 2003)

Horáková (2012) uvádí, že k diagnostice subjektivní se může využít například **klasická sluchová zkouška**, při které klient opakuje slova. Následně se vyhodnotí vzdálenost, ze které klient správně slova zopakoval a rozdíl mezi porozuměním artikulovanou hlasitou nebo šeptanou řečí.

Dále je možno použít také subjektivní audiometrie, které se dělí na 2 následující:

Prahová tonová audiometrie – v izolované místnosti se vyšetřovanému nasadí na hlavu sluchátka a do nich se přímo do uší nebo do kostního vibrátoru vysílají tony, které vyšetřovaný poslouchá. Vyšetřovaný dává signály na všechny zvuky tak dlouho, dokud je schopný je slyšet. Nejnižší zjištěnou hodnotu vyšetřující zaznamená do audiogramu. Zde vznikají křivky, pomocí kterých lze zjistit typ a stupeň sluchové ztráty. (Souralová, Langer 2005)

Slovní audiometrie – stejný postup jako prahová, jen s tím rozdílem, že se do sluchátek vysílají slovní spojení a sestavy (Horáková, 2012)

Mezi objektivní zkoušky sluchu, u kterých není potřeba zpětná vazba vyšetřovaného (např. u novorozenců a malých dětí), které se v diagnostice používají, můžeme zařadit například Tympanometrii, vyšetření otoakustických emisí, vyšetření stapediálních reflexů, BERA či CERA vyšetření. (Souralová, Langer 2005).

1.3 Komunikační systémy osob se sluchovým postižením

Mezi lidmi je komunikace nejdůležitějším nástrojem pro vyměňování si informací. Většina populace komunikuje lidskou řečí, která je nejběžněji používanou. Komunikujeme ale nejen řečí, důležitou součástí je i psaná forma řeči, popřípadě mimika, pohyby těla či způsoby chování. Již na první pohled můžeme vidět, že lidé se sluchovým postižením nepoužívají k běžné komunikaci lidský hlas, ale mají své vlastní jazykové systémy. Kromě pohybů rukou je také velmi důležitá mimika, která jim pomáhá vyjádřit aktuální pocity. Lidé se sluchovým postižením využívají také zrak, který je pro ně rovněž velmi důležitý. Z tohoto důvodu je jejich jazyk označován jako jazyk vizuálně-motorický. (Macurová, Zbořilová, 2019)

Níže si uvedeme několik nejzákladnějších komunikačních systémů využívaných osobami se sluchovým postižením.

1.3.1 Český znakový jazyk

„Znakový jazyk je vytvořen systémem dohodnutých znaků. Je to jazyk dialogický, jenž nemá svou psanou podobu. V procesu výměny informací lze mluvit o znakové zásobě a znakování tak jako o slovní zásobě a mluvení.“ (Krahulcová, 2002, s. 62).

Český znakový jazyk je plnohodnotný jazyk, kterým se dorozumívají lidé se sluchovým postižením. Zákon o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob č. 155/1998 Sb. definuje v § 4 český znakový jazyk takto: *„(1) Český znakový jazyk je základním komunikačním systémem těch neslyšících osob v České republice, které jej samy považují za hlavní formu své komunikace. (2) Český znakový jazyk je přirozený a plnohodnotný komunikační systém tvořený specifickými vizuálně-pohybovými prostředky, tj. tvary rukou, jejich postavením a pohyby, mimikou, pozicemi hlavy a horní části trupu. Právě výrazy tváře jsou ve znakovém jazyce velmi důležité, jelikož pomocí nich vyjadřují své pocity, naladění a tony hlasu či změny v přízvuku.*

Český znakový jazyk má také svou vlastní gramatiku. Zde uvádím příklad slovosledu:

V českém jazyce zní věta takto:

„Moje rodina žije v malé vesnici.“

Ve znakovém jazyce je věta poskládána následovně:

RODINA + MOJE + VESNICE + MALÁ + TAM + BYDLET.

1.3.2 Znakovaná čeština

„Znakovaná čeština je umělý posunkový kód, plně závislý na jiném jazyce – češtině. Znakovaná čeština velice usnadňuje neslyšícím odezírání. Je zcela nezastupitelná v situacích, kdy společně hovoří neslyšící a slyšící, kteří neumějí znakový jazyk.“ (Hrubý, 1999, s. 72). Znakovaná čeština využívá českou gramatiku, lidé hovořící znakovanou češtinou slova vyslovují a zároveň ukazují znaky pomocí pohybů a postavení rukou, které přebírají ze znakového jazyka. Je to tedy taková kombinace orálního a znakového jazyka. I hluchoslepé osoby, které ovládají český jazyk, mohou znakovanou češtinu využívat, v tomto případě jde o užití její taktilní formy. (Krahulcová, 2014)

1.3.3 Prstová abeceda (daktylotika)

Prstová abeceda je využívána především pokud chceme znakovat cizí pojmy, odborné termíny, jména apod. Při prstové abecedě využíváme buď obě ruce (obouruční prstová abeceda) nebo jednu ruku (jednoruční prstová abeceda). Pomocí prstů a dlaně ruky dokážeme zobrazovat jednotlivá písmena abecedy. Opět ji mohou v taktilní podobě využívat také osoby hluchoslepé. (Krahulcová, 2014)

1.3.4 Lormova abeceda

Lormova abeceda spočívá v užívání jednotlivých ustálených pohybů na dlani ruky toho, komu informaci sdělujeme. Tyto pohyby vyjadřují jednotlivá písmena abecedy. (Krahulcová, 2014)

1.3.5 Daktylografika

Tento doplňkový prostředek používají především hluchoslepé osoby. Slouží k tomu, abychom osobě se sluchovým postižením vepsaly do dlaně velkými písmeny informaci, kterou sdělujeme. (Krahulcová, 2014)

1.3.6 Odezírání

Na tom, jak kvalitní odezírání bude, se podílí řada podmínek, které lze rozdělit na vnitřní a vnější. Pokud se bavíme o podmínkách vnějších, za nejdůležitější můžeme považovat především vzdálenost, na jakou spolu komunikační partneři hovoří. S tím se pojí také úroveň očí obou zúčastněných a samozřejmě také světlo, z jakého úhlu na komunikanty svítí a jak se světlo odráží. U každého rozhovoru je samozřejmě potřeba zapojit také grimasy, které výrazně ulehčují porozumění smyslu konverzace. Z vnitřních podmínek můžeme zmínit stáří osoby se

sluchovým postižením, úroveň jeho komunikačních dovedností, slovní zásoba, zdravotní a psychický stav a také schopnost empatie a dalších sociálních dovedností. (Souralová, 2005)

1.4 Kompenzační pomůcky

Aby se lidé se sluchovým postižením mohli plně začlenit do společenského, sportovního a kulturního dění, mohou si vybírat z řad kvalitních kompenzačních a technických pomůcek, které jim pomohou zvýšit jejich celkovou kvalitu života a umožní jim bezproblémově vykonávat potřeby denního života. Kompenzační pomůcky nabízí korekci vad, což je postup, snažící se o náhradu poškozené funkce – sluchu. (Lejska, 2003)

Horáková (2012) definuje kompenzační pomůcky následovně:

„Kompenzační pomůcky zahrnují široký soubor speciálních zesilovacích elektroakustických přístrojů umožňujících osobám se sluchovým postižením překonat komunikační potíže, které jsou sluchovou vadou způsobeny.“ (Horáková, 2012, s. 93)

Mezi nejznámější kompenzační pomůcky patří:

1.4.1 Sluchadla

Podle Horákové (2012) využívá většina osob se sluchovým postižením právě sluchadla, která jsou nejlépe přístupná pro osoby jakéhokoliv věku s jakkoli těžkou ztrátou sluchu.

Většina sluchadel je ze stejného složení a obsahuje tyto komponenty: mikrofon, zesilovač, reproduktor, regulátor hlasitosti, přepínač programů, indukční cívka nebo přímý audio vstup.

Hlavním úkolem sluchadla je zesílit zvuk, který přichází z okolí. V případě, že ani sluchadlo nedokáže nahradit sluchovou ztrátu, přichází na řadu kochleární implantát.

1.4.2 Kochleární implantáty

„Kochleární implantát představuje nitroušní elektronickou smyslovou náhradu, která je určena lidem s těžkým sluchovým postižením, nebo lidem zcela neslyšícím.“ (Horáková, 2012, s. 100)

Jak z výše uvedené definice vyplývá, kochleární implantáty jsou určeny pro osoby s těžkým postižením sluchu a je nutné, aby byl sluchový nerv zachovaný a neporušený. (Horáková, 2012)

Zachovalá vlákna sluchového nervu jsou elektricky stimulována, a tím nahrazují funkci poškozené kochleí. Mikrofon zachytí zvukový signál a ten je transformován na sled elektrických impulsů, které jsou přeneseny a dále patřičně zpracovány v implantovaném

obvodu, který je umístěn pod kůží za ušním boltcem. Do vnitřního ucha jsou zavedeny elektrody, které vyvolávají sluchový vjem pomocí dráždění vláken sluchového nervu. (Souralová, 2005)

1.4.3 Kmenové implantáty

Pokud není sluchový nerv v pořádku, ale byl oboustranně poškozen, nelze využít kochleární implantaci. V tomto případě je potřeba zavést kmenový implantát. Kmenový implantát se oproti kochleárnímu nezavádí do hlemýždě, ale jedná se o neurochirurgický zásah, kdy je implantován pod strop čtvrté mozkové komory. I když ale podle vnější ani vnitřní části rozdíl od kochleárního implantátu poznat nejde a funguje na stejném principu, uvádí se, že není tak účinný jako kochleární. Určitě je to ale účinný způsob, jakým lze sluchově postiženým velmi ulehčit fungování ve společnosti. (Horáková, 2012)

1.4.4 Další pomůcky

Kromě sluchadel a implantátů mohou k usnadnění každodenního života seniori využít mnoho dalších pomůcek, kterých je dnes na trhu už opravdu spousta. Velmi často jsou seniory využívány různé světelné zvonky a budíky, které převádí zvukový signál na vibrace nebo světlo, přičemž v současné době je nejčastěji využíván bezdrátový systém, jehož součástí je vysílač, který je napojen na zvonek v bytě a přijímač, který reaguje na signál z vysílače tak, že začne blikat, pískat nebo vibrovat. Na vysílači může být několik barevných LED diod, z nichž každá signalizuje jiný děj, od zvonění telefonu, přes dětský pláč až po signalizaci kouře. (Kašpar, 2008) Na starších televizích je možné zapnout také titulky na teletextu s číslem 888. Ve veřejných prostorách se instalují indukční smyčky, bezdrátové zařízení pro poslech zvuku apod. (Horáková, 2012) Ve větší skupině se využívají skupinové zesilovače, ke kterým bývají často doplňkem fonátory, které převádějí zvuk na vibrace. (Souralová, 2005)

Kašpar (2008) ve své knize zaměřené přímo na kompenzační pomůcky pro osoby se sluchovým postižením považuje za velmi důležité ty pomůcky, se kterými je možno komunikovat psaným textem. Dříve to byly faxy, dnes je vystřídaly psací telefony, které umožní postiženému komunikovat pomocí psaného textu. Samozřejmě také počítač s internetem, kde sluchově postižení hojně využívají online programy, nejčastěji Skype. (Kašpar, 2008)

2 Seniorský věk

O seniory se lidé, především ti mladí, moc nezajímají. Nevidí důvod, jelikož se pro ně stáří zdá být v nedohlednu a nechtějí se zbytečně zabývat něčím, co v jejich životě momentálně nemá žádný význam. Není to ale úplně dobře, jednou budeme v seniorském věku všichni, a i tito lidé mají právo na pochopení, city, lásku a v jisté míře i naši pomoc a ochranu. Mají právo být začleněni ve společnosti stejně jako mladí lidé. (Haškovcová, 2010) Už pro zdravé seniory je někdy velmi těžké začlenit se nejen mezi své vrstevníky. A pokud má takový senior ještě navíc zdravotní postižení, může se to pro něj zdát až nemožné. Přitom je právě začlenění mezi ostatní pro seniory velmi důležité.

Jak již bylo zmíněno, v České republice žije přibližně 300 tisíc osob se sluchovým postižením (Hrubý, 1998). Nejen odumírání vláskových buněk, ale také poruchy oběhu krve způsobují, že u většiny osob po 60. roce života dochází k postupnému snižování porozumění řeči a typická je také zhoršená slyšitelnost vysokých tonů (např. senioři mají problém slyšet domovní zvonek). Současně až každý druhý člověk nad 60-65 let trpí různou formou ušního šelestu nebo tinnitu, což znamená, že slyší nepříjemné šumění, hučení či pískání. I když je každý člověk individuální, tak platí pravidlo, že zhruba za každých deset let se horní hranice slyšitelnosti sníží asi o 1 kHz (Horáková, 2012).

2.1 Vymezení stáří

2.1.1 Biologické stáří

Involuční změny, které jsou součástí každého z nás, mezi které můžeme zařadit například atrofii, pokles funkční znalosti, změny regulačních a adaptačních mechanismů způsobují biologické stáří. Přesné příčiny stáří nebyly úplně definovány, zajímavý je také fakt, že lidé stejného kalendářního věku mají různé stupně involučních změn, můžeme tedy konstatovat, že stárnutí je především výsledkem působení různých nemocí, životního výkonu, psychického zdraví a také sociálního prostředí. (Mühlpachr, 2004)

2.1.2 Sociální stáří

Haškovcová (2010) i Mühlpachr (2004) se shodují na tom, že sociální stáří obvykle nastává ve chvíli, kdy má člověk nárok na starobní důchod. „Sociální stáří je dáno změnou rolí, životního způsobu i ekonomického zajištění.“ (Mühlpachr, 2004, s. 19)

2.1.3 Kalendářní (chronologické stáří)

V určitém věku se začínou objevovat typické involuční změny, díky kterým můžeme konstatovat, že se u člověka objevují první známky chronologického stáří. (Mühlpachr, 2004) Haškovcová (2010) i Hayflick (1997) upozorňují na fakt, že kalendářní věk je čistě pouze praktickým údajem a ve skutečnosti může, ale naopak vůbec nemusí vypovídat o skutečném mládí či stáří. V minulosti byla hranice stáří stanovena na 60. letech, v dnešní době se za počáteční věk tohoto období uvádí 65 let. Toto přesné vymezení je ale velmi komplikované, nemálo seniorů pracuje ještě i v důchodovém věku. Stejně tak je problematická také periodizace kalendářního stáří. I Mühlpachr (2004) se připojuje k Haškovcové (2010) a Hayflickovi (1997) s názorem, že se vždy jedná pouze o rámcové vymezení, kterému se ale může spousta jedinců vymykat. Podle Mühlpachera se v současné době můžeme velmi často setkat s následujícím rozdělením:

1. **Mladí senioři (65-74)** – dominuje problematika adaptace na penzionování, volného času, seberealizace
2. **Stáří senioři (75-84)** – změna funkční zdatnosti, specifická medicínská problematika, atypický průběh chorob
3. **Velmi staří senioři (85 a více)** – na významu nabývá sledování soběstačnosti a zabezpečení

Psychickými procesy v období stáří se zabývá obor zvaný **Gerontopsychologie**. Z aspektu biologického, fyzického a psychického zkoumá stárnoucí organismus interdisciplinární věda zvaná **gerontologie**. (Šimíčková – Čížková, 2010) Průcha, Veteška (2012) definují gerontologii jako „*nauku zabývající se stárnutím a stářím*.“

Čevela, Kalvach (2012) dělí gerontologii na 3 obory:

1. **Gerontologie experimentální (teoretická)** – zabývá se procesy stárnutí, jak a proč stárneme, zkoumá biologické a psychické změny stárnutí
2. **Gerontologie sociální** – zkoumá vztahy mezi seniory a společností, jejich potřeby a otázky demografie, sociologie, psychologie, filozofie, etiku i spiritualitu
3. **Gerontologie klinická** – řeší otázky zdravotního stavu, jeho involuční pokles, prevenci, diagnostiku, léčbu a rehabilitaci chorob ve stáří

Příhoda (In Šimíčková – Čížková, 2010) dělí stáří do 3 následujících období, přičemž každé z nich se liší tempem i intenzitou stárnoucích pochodů.

1. **Senescence** – od 60 do 75 let
2. **Kmetství** – od 75 do 90 let
3. **Patriarchium** – od 90 let

Vlivem stoupaní kvality života a ostatních zlepšujících se okolností, např. v medicíně, se stále častěji v populaci objevují lidé, kteří se dožívají nadprůměrného věku, hovoříme o tzv. **dlohověkosti**. Obvykle se za dlouhověkost považuje hranice vyšší 90 let, někdy je uváděn věk 85 let. Za maximální věk, kterého je možno se v dnešní době dožít se udává hranice 125 let. I přes různé předpoklady vědců, kteří mají názory, že by v budoucnu bylo možné dožít se i 150 let, výzkumy tyto domněnky vyvrací. (Mühlpachr, 2004)

2.2 Stárnutí

Šimíčková – Čížková (2010, s. 144) popisuje **stárnutí** jako „*komplexní proces s mnoha endogenně i exogenně působícími faktory*“.

Lidský život není nekonečný, každý živý organismus podléhá procesu stárnutí. Je to mnohdy proces plný překážek, ale musíme se s ním vypořádat a uvědomit si, že je to něco, co jednou potká každého z nás. Každý jednou zestárne a zemře.

„Stáří je tajemný balíček, který musíme jednoho dne otevřít a těšit se z jeho obsahu. Je to dárek, který si nemůžeme ani koupit, ani si jej předem připravit a ani bychom s ním najisto neměli počítat, protože ne všem se ho dostane stejnou měrou.“ (Stroud, 1996)

Nejsou známy přesné mechanismy, které mají za důsledek proces stárnutí, ale existuje několik faktorů, které zapříčiňují to, že lidský organismus postupně slábne. (Mühlpachr, 2004)

Velmi často se udává jako důležitý faktor kvalita života, kam můžeme zařadit především **stravu** a **tělesný pohyb**. Je známo, že lidé, kteří vedou nezdravý způsob života se dožívají méně. Podle pojišťoven ve Spojených státech, které provedly rozsáhlé šetření vychází, že nadváha o 25 % zkracuje délku života přibližně o 3 a půl roku. Nadváha o 67 % dokonce až o 15,1 let. I přes to, že se velmi apeluje na tělesný pohyb není nijak dokázané, že by měl právě pohyb pozitivní účinek na prodloužení stáří. Jedná se spíše o subjektivní pocit, který spíše prodlužuje dobu aktivního stáří seniorů než přímo délku jejich života.

Čím starší člověk je, tím více je náchylnější na různé **nemoci**. Především degenerativní onemocnění jsou pro vyšší věk typická. Starší organismus na nemoc hůře reaguje a pomaleji se

s ní vypořádává. Zároveň každý člověk jinak reaguje na stejný typ léků, tím pádem i toto komplikuje průběh onemocnění.

Jako poslední příklad ovlivňujícího faktoru Mühlpachr uvádí **život ve vysokohorských podmínkách**. Čím výše prý člověk žije, tím větší je pravděpodobnost, že se dožije déle. I když je velmi málo pravděpodobné, že život ve vysokohorských podmínkách nějak ovlivňuje maximální dobu života, je tento faktor v souvislosti s dlouhověkostí zmiňován. (Mühlpachr, 2004)

Stárnutí má své typické projevy, kterými se vyznačuje a které začínají být viditelné po 60 roce života. Rozlišujeme stárnutí **normální** a stárnutí **předčasné**, které je důsledkem určitého onemocnění nebo může být jako následek nezdravého životního stylu vyznačujícího se silným kouřením či konzumací drog a velkého množství alkoholu. (Šimíčková-Čížková, 2010)

Každý člověk prochází jistými biologickými a genetickými změnami, které určují jeho **biologický věk**. V tomto kontextu hovoříme také o věku **funkčním**, který se svými funkčními změnami navazuje na věk biologický. Naopak **kalendářní věk** závisí na počtu odžitých let. (Šimíčková-Čížková, 2010)

Funkční věk je velmi užitečný v praxi, jelikož se jedná o jistou míru soběstačnosti jedince, nezávislosti na prostředí a toho, jak se dokáže adaptovat. V rámci funkčního věku jsou posuzovány základní a instrumentální aktivity, rovněž ADL (aktivity of daily living – aktivity denního života). Na základě toho se posuzuje funkční klasifikace:

1. **Elitní senioři** – žijí samostatně a jsou schopni mimořádných výkonů
2. **Zdatní senioři** – mají dobrou tělesnou i duševní kondici, pravidelně se věnují pohybovým aktivitám, zvládají i vyšší nároky prostředí
3. **Nezávislí senioři** – zvládají instrumentální aktivity, avšak mají nižší zdatnost, omezené kloubní pohyby a nízkou svalovou sílu, mají problém v zátěžových životních situacích
4. **Křehcí senioři** – alespoň v některých činnostech potřebují pomoc, nezvládají instrumentální aktivity, nízké zdraví, často se dostávají do nepříjemných situací, jako jsou třeba pády
5. **Závislí senioři** – vyžadují pomoc druhé osoby, systém dlouhodobé péče
6. **Zcela závislí senioři** – vyžadují pomoc i na úrovni základních aktivit, trvalý dohled, často upoutání na lůžko, nepohyblivost, demence
7. **Umírající senioři** – vyžadují paliativní péči (Čevela, Kalvach, 2012)

2.2.1 Biologické stárnutí

Jako první se u stárnoucího člověka většinou začínají objevovat změny na kůži. Kůže je ochablá, vrásčitá, objevují se rýhy a váčky v oblasti obličeje. Dalším typickým projevem je šednutí a vypadávání vlasů. V důsledku zmenšení čelisti a poklesnutí brady dochází k vypadávání zubů. Vlivem sesedání meziobratlových plotének, změn tělesné konstrukce, kdy postupně ochabují a zmenšují se svaly a vnitřní orgány dochází k poklesu tělesné hmotnosti, který je velmi typický. Staří lidé jsou méně obratní, pohybliví a celkově se jim hůře ovládá své tělo a v důsledku toho je větší pravděpodobnost úrazu s většími následky než u mladší generace. Ochabují také orgány v těle, srdce má nižší výkonnost a zvětšuje se pravděpodobnost infarktu, plíce jsou náchylnější na kardiovaskulární onemocnění. V oblasti smyslů je jako první postižen většinou zrak, kdy je větší problém s ostrostí, rozpoznáním barev a v závažnějších případech se objevují změny sítnice. Za zrakem následuje sluch, u kterého se projevují degenerativní změny sluchového receptoru. Je důležité se staršími lidmi mluvit více nahlas, artikulovat a zbytečně je nezatěžovat dalšími, rušivými elementy z okolí. I když méně často, i přesto involuční změny zasahují i čich a chuť. I přes to, že změny nejsou příliš výrazné, tak u většiny nastávají. V neposlední řadě je třeba zmínit také změnu tělesného tepla, starší lidé hůře snášejí přílišné horko nebo se naopak velmi rychle podchladí. (Šimíčková-Čížková, 2010)

2.2.2 Psychické stárnutí

V důsledku stárnutí organismu dochází k poklesu duševních funkcí. Starší osoby mají zhoršené vnímání, motoriku i všechny činnosti, na kterých se psychika podílí. Jedná se především o myšlení, paměť, city, motivaci atp. Velký vliv na psychické zdraví má také sociální okolí, starší lidé se cítí být vyčlenění ze společnosti, upadá jejich sociální postavení, odpadají sociální vztahy a přijdou si spíše na obtíž. Na celkový psychický stav má ale vliv především předchozí život člověka, jeho prožívání a chování, kontakty, způsob života a podobně. (Šimíčková-Čížková, 2010)

2.3 Adaptace na stáří

To, jakým způsobem se člověk dokáže stáří přizpůsobit záleží na mnoha faktorech. Veteška (2011) zmiňuje následující adaptační mechanismy:

1. **Konstruktivnost** – ideální způsob adaptace, kdy je senior vyrovnaný, dokázal přijmout to, že nebude navždy nejmladší a je s tím smířený. I když už je staršího věku, pořád

dokáže být společnosti užitečný, je soběstačný, spokojený se svým životem a dokáže se dívat do budoucna s pozitivním myšlením

2. **Pasivita** – senior je neaktivní, nemá zájem o aktivity v okolí, začíná být podezřivavý a je závislý na pomoci okolí
3. **Obranný postoj** – senior je pesimistický, protože si uvědomuje, že bude závislý na okolí a že už nebude tolik aktivní a činný jako byl doposud
4. **Nepřátelství** – senior se nedokázal vypořádat s tím, že už je starý a závidí mladší generaci jejich věk, je vůči nim nepřátelský a nepřejícný, může jim dělat naschvály
5. **Sebenenávisť** – senior není schopen najít si vhodné vyplnění času, cítí se zbytečný, kriticky hodnotí a izoluje se od okolí, kvůli tomu, že není schopen se přizpůsobit nenávidí sám sebe

Jak úspěšně stárnout radí Wolf (1982) ve své knize Umění žít a stárnout. Říká, že neexistuje přesný návod na to, jak úspěšně stárnout, ale i tak můžeme díky zkušenostem vyvodit několik možných doporučení.

V první řadě si musíme uvědomit, že tím, že stárneme a mění se náš věk, mění se také vzhled našeho těla i naše myšlenky a postoje. Pokud si dokážeme připustit tělesné i duševní změny a jsme s nimi vyrovnání, je to první krok k tomu, abychom se přijali i v seniorském věku a byli připraveni na to, že se blíží náš konec.

Každý člověk chodí do práce, a i když si každý říká, že by chtěl do důchodu, že už chce mít klid, tak v hloubi duše ví, že přechodem do důchodového věku se změní hodně věcí a také že přijdeme o určitý sociální kontakt. Najednou budeme mít spoustu času a nebudeme vědět, čím volný čas vyplnit. Pokud se budeme postupně na toto období připravovat, je pravděpodobné, že tento důležitý přechod zvládneme a dokážeme se s ním bez problému vypořádat.

Pokud jsme v průběhu života aktivní, předpokládáme, že se to nezmění ani pokud vstoupíme do důchodu. Tím, že budeme aktivní i v tomto věku si také zpomalíme stáří, nebudeme si připadat slabší než dříve. Stejně tak i duševně, je důležité udržet si pozitivní a zdravý duch a budeme spokojeni i v pozdějším věku.

Jak už bylo zmíněno výše, přechodem do důchodu ztrácíme velké množství sociálních kontaktů. Je dobré, pokud budeme i nadále udržovat především rodinné a přátelské kontakty a budeme se pravidelně stýkat. Ani v důchodovém věku si nemusíme připadat neužiteční a že jsme okolí jen na obtíž. Můžeme žít společensky a užívat si života, např. za pomoci různých spolků pro seniory apod.

A jako poslední tip, jak se vypořádat se stářím můžeme zmínit to, že i když je naše budoucnost čím dál kratší, je potřeba se stále na něco těšit, nežít jen tak, abychom přežili, ale žít pro něco smysluplného. (Wolf, 1982)

3 Sociální služby a zařízení pro osoby seniorského věku

V České republice je poměrně obvyklé, že se rodina chce o svého nejstaršího člena starat co nejdéle je to možné. Někdy ale nastane situace, kdy se jeho zdravotní stav zhorší natolik, že už není domácí péče dostatečná a je potřeba využít péče institucionální. Protože je taková změna prostředí pro seniory velmi významná a do jisté míry i citlivá, je potřeba k tomu přistupovat s rozvahou, individuálně ke každému a velmi dobře si rozmyslet, jaké zařízení vybereme.

3.1 Sociální služby dle zákona

Dle § 32 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách rozlišujeme tři základní druhy služeb:

„a) sociální poradenství

b) služby sociální péče

c) služby sociální prevence“

Dle § 32 také tyto následující formy:

„(1) Sociální služby se poskytují jako služby pobytové, ambulantní nebo terénní.

(2) Pobytovými službami se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb.

(3) Ambulantními službami se rozumí služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování.

(4) Terénními službami se rozumí služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí.“

Sociální poradenství poskytuje základní a odborné poradenství.

Základní poradenství může poskytnout jakákoliv sociální služba a jedná se o informace, které by mohli pomoci při řešení dané situace, přičemž platí, že základní poradenství jsou povinny poskytnout všechny druhy sociálních služeb.

Odborné sociální poradenství je poskytováno individuálně pro jednotlivé skupiny osob v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, pro osoby se zdravotním postižením atd. Nabízí také sociálně terapeutické činnosti nebo umožňují kontakt se společenským prostředím.

Služby sociální péče se zaměřují především na to, aby napomohly osobám podpořit život v jejich přirozeném prostředí a pokud to jejich zdravotní stav nedovoluje, zajistit jim co

nejvhodnější a nejpříjemnější prostředí. Jejich cílem je zajistit dobrý psychický a fyzický stav a co možná největší zapojení do společenského prostředí.

Služby sociální prevence pomáhají předejít sociálnímu vyloučení osob, u kterých se předpokládá, že by mohli být ohroženi špatným způsobem života, konflikty se společností, trestnou činností atp. Hlavním cílem je napomocť těmto osobám překonat těžké období a také chránit společnost před nežádoucími vlivy.

3.2 Zařízení sociálních služeb

Dle § 34 stejného zákona se pro poskytování sociálních služeb zřizují tato zařízení:

- a) centra denních služeb,*
- b) denní stacionáře,*
- c) týdenní stacionáře,*
- d) domovy pro osoby se zdravotním postižením,*
- e) domovy pro seniory,*
- f) domovy se zvláštním režimem,*
- g) chráněné bydlení,*
- h) azylové domy,*
- i) domy na půl cesty,*
- j) zařízení pro krizovou pomoc,*
- k) nízkoprahová denní centra,*
- l) nízkoprahová zařízení pro děti a mládež,*
- m) noclehárny,*
- n) terapeutické komunity,*
- o) sociální poradny,*
- p) sociálně terapeutické dílny,*
- q) centra sociálně rehabilitačních služeb,*
- r) pracoviště rané péče,*
- s) intervenční centra,*
- t) zařízení následné péče. “*

Níže si představíme několik vybraných zařízení poskytující sociální služby pro seniory.

3.2.1 Služby sociální péče

Následující služby sociální péče vycházejí ze zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách a zahrnují například tato zařízení:

Domovy pro seniory

Do domova seniorů se dostává takový člověk, který už má vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nárok na celodenní péči a rodina už na takovou pomoc sama nestačí. O seniory je zde postaráno po celou dobu pobytu a zajišťují jim ošetrovatelskou péči i lékařskou péči. V domově seniorů mají klienti širokou škálu společenského vyžití, pořádají se různé besedy, přednášky, aktivizační činnosti, mají spoustu možností využití volného času. Klienti si platí náklady ze svého důchodu.

Domovy se zvláštním režimem

Dle § 50 zákona č. 108/2006 Sb. se „*v domovech se zvláštním režimem poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.*“

Klienti zde mají zajištěnou také stravu, pomoc při osobní hygieně, sociálně terapeutické činnosti a také mají možnost využití pomoci při uplatňování svých práv a zájmů.

Pečovatelská služba

Pokud stále žije senior doma, ale i přesto potřebuje v některých činnostech výpomoc, je tu k dispozici pečovatelská služba. Ta poskytuje pomoc při překonávání denních problémů přímo v prostředí klienta. Kromě nejčastěji využívané služby pro pomoc při obstarání osobní hygieny dále nabízí osobní ošetrovatelství nebo péči o domácnost a stravování. (Jarošová, 2006)

Tísňová péče

Jde o terénní službu, která poskytuje nepřetržitou vzdálenou komunikaci prostřednictvím distanční a elektronické komunikace s osobami, které jsou ohroženy na zdraví nebo na životě v případě, že se náhle zhorší jejich zdravotní stav.

Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách § 66 upřesňuje definici této služby:

Sociálně aktivizační služby jsou ambulantní, popřípadě terénní služby poskytované osobám v důchodovém věku nebo osobám se zdravotním postižením ohroženým sociálním vyloučením.

Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,*
- *sociálně terapeutické činnosti,*
- *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.*

Následně poté vyhláška č. 505/2006 § 31 upřesňuje tyto činnosti:

Základní činnosti při poskytování sociálně aktivizačních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením se zajišťují v rozsahu těchto úkonů:

- *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím: zájmové, vzdělávací a volnočasové aktivity,*
- *sociálně terapeutické činnosti: socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob,*
- *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí: pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů, pomoc při vyřizování běžných záležitostí.*

Konkrétní služby poskytované seniorům se sluchovým postižením v Jihomoravském kraji

Dle elektronického katalogu sociálních služeb jsou v Jihomoravském kraji poskytovány tyto sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením:

Centrum pro rodinu a sociální péči Brno

„Služba Bok po boku je určena osamělým seniorům nad 55 let z Brna. Probíhá celoročně, ambulantní a terénní formou a je zdarma. Poskytuje možnost si popovídat a nebýt sám, přináší možnosti trávení času, pomáhá s řešením každodenních situací a tím usiluje, aby byl každý klient spokojený a samostatný.“

Česká unie neslyšících Brno

Nabízí sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, a to ambulantní nebo terénní formou. Poskytují vzdělávací a zájmové aktivity, pomoc při vyřizování osobních záležitostí, poradenství v nepříznivých situacích, překládají do znakového jazyka.

PIAFA Vyškov z.ú.

„Zaměřujeme se individuálně i ve skupině na procvičování pohybových a duševních schopností, aktivní a pozitivní přístup k životu, Nabízíme volnočasové, zájmové i vzdělávací aktivity, které podporují vytváření a rozvíjení sociálních vztahů a osobní rozvoj. Nabízíme fakultativně aktivity s koňmi a psy. Poskytujeme pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí – doprovod na úřady, k lékaři atd.“

REMEDIA PLUS z.ú. Břeclav (Integrační centrum UTILIS)

„Nabídka činností pro osoby s mentálním a kombinovaným postižením, seniory, cílem je zlepšit či udržet schopnosti těchto osob, aby se nezvyšovala jejich závislost na službě. Provoz je pondělí–pátek, 8.00-15.00, společné aktivity mohou být i mimo tuto dobu. Individuální přístup, nehrazená služba.“

Spolek neslyšících Břeclav z.s.

„Služba podporuje soběstačnost, osobní rozvoj a schopnosti sluchově postižených, pomáhá zachovat jejich přirozené sociální vazby a obhajovat práva, potřeby a zájmy. Nabízí prostor pro aktivní trávení času, vzájemné setkávání a řešení životních situací vznikajících v souvislosti se sluch. postižením.“

Zdravotně postižení a senioři, Veselská oblast, o.p.s.

„Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením pomáhají seniorům a lidem se zdravotním postižením k rozvoji a udržení jejich schopností a dovedností, poskytují pomoc ve využívání běžných veřejných služeb.“

Odborné sociální poradenství seniorům nabízí tyto služby:

Český klub nedoslýchavých HELP

Pro nedoslýchavé a seniory poskytují odborné sociální poradenství za cílem odbourání komunikačních bariér, kterým pomáhají orientovat se v systému péče a pomáhají při výběru kompenzačních pomůcek, které také zároveň i půjčují. Zároveň nabízí také sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením.

TICHÝ SVĚT o.p.s.

Cílem této sociální služby je poradenství a podpora osob se sluchovým a kombinovaným postižením při nepříznivých životních situacích a hájit jejich práva. Smyslem poradenství je orientovat klienta na samostatné, aktivní a efektivní vyrovnání se s danou životní situací, posílení integrace klientů zejména šířením osvěty a dosažením bezbariérovosti veřejných institucí (úřady, nemocnice, policie atd.) a firem. (Šimůnek, 2020)

4 Kvalita života

Payne (2005, s. 207) vidí kvalitu života jako „*důsledek interakce mnoha různých faktorů. Jsou to sociální, zdravotní, ekonomické a environmentální podmínky, které kumulativně a velmi často neznámým (či neprobádaným) způsobem interagují, a tak ovlivňují lidský rozvoj na úrovni jednotlivců i celých společností.*“

Pojem kvalita života je zakořeněn ve společnosti již od dávných časů. V minulosti se lidé pokoušeli vést spořádaný a dobrý život díky náboženské víře, která jim udávala směr k vedení správného života. Vedle náboženské roviny se lidé přikláněli také k filozofickým myšlenkám, kde bylo z etického a antropologického hlediska protichůdně definováno “dobré” od “špatného”. (Vážanský, 2010)

Vážanský (2010) ve svém díle také poukazuje na práci anglického filozofa J. Benthama (1748-1832), který stojí za vznikem filozofického směru známého jako Utilitarismus. (CRIMMINS, 2015) Bentham charakterizuje zájem společnosti jako součet zájmů jednotlivých účastníků společnosti. Podle jeho logiky se tedy dobro, které může být interpretováno jako štěstí, zvyšuje pouze s rostoucím individuálním štěstím jednotlivců. Bentham však nezohledňuje rozdíly v kvalitě štěstí, ale nahlíží na štěstí pouze z kvantitativního úhlu pohledu. (Nečasová, 2001)

V novodobé historii se pojem “kvalita života” objevuje ve dvacátých letech dvacátého století, kdy se řešila ekonomická situace a vliv státních dotací na kvalitu života lidí z nižších společenských vrstev. (Hnilicová, 2005)

Heřmanová (2012) ve své práci uvádí také dílo Thorndikeho, který ve své knize, z roku 1935, zaimplementoval pojem kvality života do psychologie. V padesátých letech se pojem kvality života začal objevovat v politice a až poté se o něj začala zajímat medicína. Zároveň v těchto letech Světová zdravotnická organizace přišla s novou definicí pro zdraví a tím se tato definice přibližuje dnešnímu vymezení kvality života. (Heřmanová, 2012) Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje zdraví jako: „*stav úplné psychické, fyzické a sociální pohody, ne pouze absenci choroby*“ a kvalitu života vnímá jako „*jedincovu percepci, jeho pozice v životě, v kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Jedná se o velice široký koncept, multifaktoriálně ovlivněný jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí*“.

V tomto období figurovali také ekonomové S. Ordway a F. Osborn, kteří jako první použili termín “kvalita života” ve spojitosti s ekologií. Tito ekonomové byli znepokojeni z neomezeně se rozšiřujícího ekonomického růstu, který má nepříznivý vliv na životní prostředí a přikláněli se spíše ke zlepšení kvality života. (Snoek, 2000)

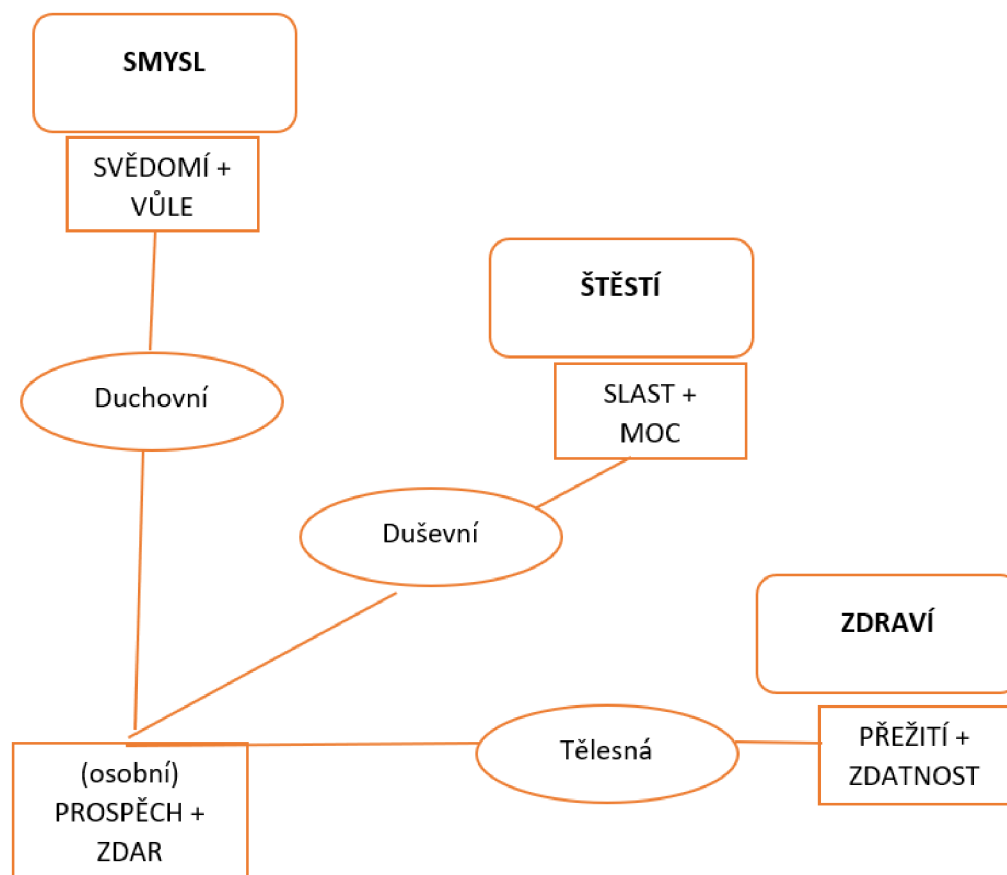
S tímto pojmem se také spojují šedesátá léta minulého století, kdy si dřívější americký prezident Johnson v jednom z jeho projevů stanovil, za cíl své domácí politiky, usilovat o zlepšení kvality života Američanů.

V sedmdesátých letech se pojem opět vyskytl v oblasti politiky, kdy ho použil německý politik Willy Brandt, který si dal za cíl lepší kvalitu života pro německé spoluobčany. (Hnilicová, 2005) Na konci šedesátých let byla založena organizace zvaná “Římský klub”, kterou založil italský ekonom. Tento klub se obecně zabýval globálními problémy, jako bylo například hrozící jaderné války a zbrojení obecně, a v sedmdesátých letech mezi jeho hlavní aktivity patřilo řešení otázky kvality života a zvyšování životní úrovně. (Vaďurová, 2005)

V sociální psychiatrii se výrazněji začala problematika kvality života objevovat v osmdesátých letech, kde se ukázalo, že ve výzkumech a pracích převažuje subjektivní forma vnímání kvality života, to však neznamená, že by objektivní z prací úplně vymizela. (Heřmanová, 2012)

V druhé polovině 90. let 20. století pak zažila kvalita života největší rozmach. Autoři E. Oleary a M. A. García-Martin se zasloužili o nejnovější pojetí modelu QOL, ve kterém jsou představeny čtyři základní oblasti života, jimiž jsou – *faktory prostředí, kontext a zázemí, faktory prostředí a osobnostní charakteristiky a zpracování informací*, které má v dnešní době největší význam pro výslednou podobu kvality života každého z nás. (Heřmanová, 2012)

Balcar (2005) tvrdí, že pojem „Kvalita života“ je velmi multidimenzionální, proto můžeme kvalitu života vymezit a popsat právě v podobě dimenzí. Kvalitu života můžeme zhodnotit dle tělesné, duševní či duchovní dimenze, přičemž tělesná dimenze je vnímána jako zdraví člověka, které se vyznačuje především zdatností životních funkcí, duševní dimenze se soustředí v první řadě na obecné štěstí, uplatnění našich zájmů a prožívání slasti a poslední duchovní dimenze vidí smysl v plnohodnotném prožití života, ve skutcích a činech. (Balcar in Payne, 2005)



Obrázek č. 1 Životní kvality/dimenze lidského života – jejich motivační vodítka a hodnotové zacílení ve vztahu člověka ke světu a k sobě samému (Balcar K. In Payne, 2005, s. 71)

To, jaká bude kvalita života v seniorském věku se formuje už v průběhu celého života. Už jen to, jaké má daná osoba vzdělání, jakou práci za život vykonávala je velmi důležitým faktorem, od kterého se dále odvíjí výše důchodu, který má velmi podstatný vliv právě na kvalitu jejich života. Samozřejmě prostředí, ve kterém žijeme, genetika a vrozené dispozice, strava, pohyb, degenerativní onemocnění apod. O stáří a stárnutí se lidé zajímali už od pradávna a stále se zkoumají nové a nové možnosti, jak zajistit, aby i ve vyšším věku měli lidé možnost prožít důstojný a plnohodnotný život. (Dvořáčková, 2012)

Obecně známé vlivy, které působí na kvalitu života seniorů zmiňují Čevela a Kalvach (2012) následující:

1. **Zdravotní stav** – přítomnost závažných chorob, potenciál zdraví, špatné zdraví – klesá kvalita života
2. **Prostředí** – rodina, míra zapojení do společnosti, úroveň a dostupnost služeb
3. **Psychické faktory** – subjektivní prožívání a představa o stáří, míra uspokojení potřeb, osobnostní charakteristiky, cíle a přání

4. **Sociálně ekonomický kapitál** – zda mají či nemají peníze, majetkové poměry, vzdělání
5. **Spirituální a existenciální faktory** – hodnotový systém, starší lidé mají blíže k duchovnu, pomáhá jim nalézt smysl života

Podle britské longitudinální studie ELSA snižují kvalitu života ve stáří nejvíce deprese, chudoba a poruchy mobility, naopak nejvýznamnějšími podpůrnými determinantami jsou dobré osobní vztahy (rodinné, přátelské, sousedské) a nadprůměrné majetkové poměry. (Čevela, Kalvach, 2012, s. 70)

Pro zlepšení kvality života napomáhají také různé organizace, které si sluchově postižení vytváří sami, ze své iniciativy, což jim pomáhá lépe se vypořádat se svým postižením. (Pulda, 1992)

4.1 Měření kvality života

I přes dlouhodobé zkoumání kvality života stále neexistuje žádný ustálený model, který by byl komplexní pro měření kvality života. Dříve častěji používané objektivní měření kvality života nevedlo k žádnému cíli, a proto je v poslední době upřednostňováno a vnímáno jako výrazněji zásadní měření pomocí subjektivních metod. Objektivní hledisko posuzuje sociální, zdravotní a ekonomické podmínky života, zatímco subjektivní hledisko se zabývá především emocionální stránkou, osobními cíli a zájmy, kulturou a hodnotami člověka. (Vymětal, 2003)

Nejpopulárnější metodou subjektivního měření QOL je v dnešní době **SEIQoL – Schedule for the Evaluation of Individual Quality of life**, což je systém individuálního hodnocení kvality života. Při této metodě jsou využívány rozhovory s pevnou strukturou, kdy je úkolem měřeného jedince uvést pět pro něj nejpodstatnějších podnětů, vždy v konkrétní situaci. U osob staršího věku je nejpodstatnější využití volného času, životní podmínky a činnost v sociální oblasti. (Vařšurová, Mühlpachr in Ludíková, 2012).

Jako další subjektivní metody lze zmínit *Lancashire Quality of Life Profile – LqoLP* nebo dotazník *SQUALA neboli Subjective Quality of Life Analysis*, za jehož českou verzi se po původním autorovi zasloužila Eva Dragomirecká.

Validita, reliabilita a citlivost jsou metodologicky uznávaná pravidla, které, pokud měříme kvalitu života, musíme respektovat. Při výběru nástroje měření rozlišujeme nástroje obecné a specifické. Nejčastěji užívanými obecnými nástroji měření QOL jsou *Sickness Impact Profile*, *Nottingham Health Profile* a *Dotazník SF – 36* a měří schopnosti v oblastech zdraví ve formě

dotazníků, které poznávají nejdůležitější aspekty kvality života jedince. (Vařurová, Mühlpachr in Ludíková, 2012).

Specifické nástroje měření QOL se úzce soustředí na hlavní oblast měření a konkrétně ji specifikují. Primárně využívanými nástroji jsou *Arthritis Impact Measurement Scale*, *MOS – HIV a Epilepsy Surgery inventory* (Vařurová, Mühlpachr in Ludíková, 2012).

Dnes je nejznámějším nástrojem pro měření kvality života seniorů dotazník **WHOQOL-OLD**. Jedná se o nástroj Světové zdravotnické organizace (WHO), jenž vznikl jako výsledek mezinárodního projektu výzkumných center a obsahuje šest domén – tělesnou, psychologickou, doménu nezávislosti, sociálních vztahů, prostředí a osobních hodnot (Gurková, 2011).

4.2 Modely kvality života

Právě proto, že spolehlivé měření života v sobě skrývá dvě hlavní složky, a to subjektivní a objektivní, neexistuje zatím žádné přesné měření, které by bylo uspokojivé pro všechny odborníky. Existuje však několik teoretických modelů, které mají snahu kvalitu života co nejpřesněji postihnout.

Heřmanová (2012) zmiňuje jako asi nejznámější modely kvality života tyto následující:

Jako ten úplně nejznámější Heřmanová (2012) dle Svobodové (2008) představuje „Model kvality života Centra pro podporu zdraví Univerzity Toronto“, vícedimenzionální model, vycházející z holistického pojetí QOL a zahrnující tři základní domény a devět dílčích domén, který pracuje s faktem, že každý jedinec si svou skutečnou kvalitu života naplňuje sám, díky osobnímu významu jednotlivých domén.

	BÝT (BEING) Osobní charakteristiky člověka
FYZICKÉ BYTÍ	Zdraví, hygiena, výživa, pohyb, oděv, celkový vzhled
PSYCHOLOGICKÉ BYTÍ	Psychologické zdraví, vnímání, cítění, sebeúcta, sebekontrola
SPIRITUÁLNÍ BYTÍ	Osobní hodnoty, přesvědčení, víra
	PATŘIT NĚKAM (BELONGING) Spojení s konkrétním prostředím
FYZICKÉ NAPOJENÍ	Domov, škola, pracoviště, sousedství, komunita
SOCIÁLNÍ NAPOJENÍ	Rodina, přátelé, spolupracovníci, sousedé (užší napojení)
KOMUNITNÍ NAPOJENÍ	Pracovní příležitosti, odpovídající finanční příjmy, zdravotní, sociální služby, vzdělávací, rekreační možnosti a příležitosti, společenské aktivity (širší napojení)
	REALIZOVAT SE (BECOMING) Dosahování osobních cílů, naděje a aspirace
PRAKTICKÁ REALIZACE	Domácí aktivity, placená práce, školní a zájmové aktivity, péče o zdraví, sociální začleňování
VOLNOČASOVÁ REALIZACE	Relaxační aktivity podporující redukci stresu
RŮSTOVÁ REALIZACE	Aktivity podporující zachování a rozvoj znalostí a dovedností, adaptace na změny

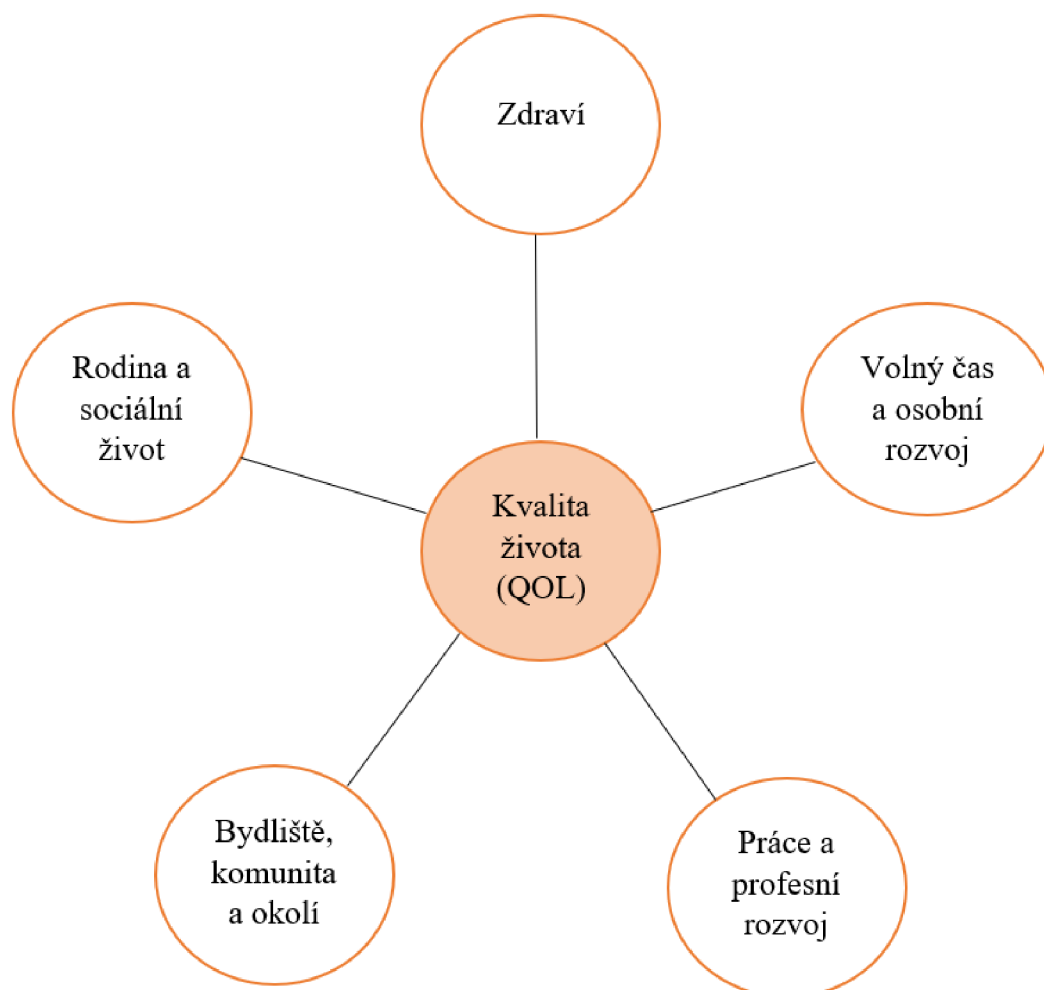
Tabulka č. 3 Vlastní zpracování dle Svobodové (2008) The quality of life model, University Toronto, Canada, přístupné z: <http://www.utoronto.ca/qol/concepts.htm>.

Kováč (2004), uznávaný slovenský psycholog vytvořil druhou, podstatně méně známou, ale za to velmi obsáhlou škálu podmínek smyslu života, čímž vytvořil další model, používaný pro měření kvality života. Model se skládá ze tří úrovní, z nich každá obsahuje šest komponentů.

SMYSL ŽIVOTA		
	BAZÁLNÍ (všelidská)	
	Bezproblémové stárnutí Úroveň kultivace osobnosti Společenské uznání Podpora závislým Podpora života Univerzální altruismus	
Axiologické styly (díonýsovský, apolonský) Životní styly (celibát, workoholismus) Ideové styly (dogmatismus, liberalismus) Kognitivní styly	CIVILIZAČNÍ (individuální)	
	Pevné zdraví Prožívání životní spokojenosti Uspokojivé sociální prostředí Úroveň společenského vývoje Přátelské prostředí Úroveň znalostí a kompetencí	Vášně (sexuální, hráčská, cestování) Koníčky (sport, tvořivost) Zájmy (o věci, lidi, ideje)
	ELITNÍ (kulturně duchovní)	
	Dobry fyzický stav Normální psychický stav Vyrůstání ve funkční rodině Odpovídající materiální a sociální zabezpečení Život chránící životní prostředí Získání návyků a schopností pro přežití	

Tabulka č. 4 Kultivace integrované osobnosti. Psychologie Dnes. (Kováč, 2004, č. 2, s. 12-14)

Třetím, méně známým a podstatně jednodušším modelem je model využívaný kanadskými ozbrojenými silami v rámci řízení lidských zdrojů, opírající se o pět základních složek, které se u pracovníků pravidelně kontrolují.



Obrázek č. 2 Model kvality života pracovníků kanadské armády, Kanada 2004, vlastní zpracování dle Svobodové (2008)

Poslední model, o kterém se Heřmanová (2012) i Svobodová (2008) zmiňují, je model čtyř kvalit života, který zahrnuje předpoklady pro kvalitní život a na stranu druhou také reálné výsledky skutečnosti. Vnitřní kvality představují vlastní hodnocení jedince, a naopak vnější se zabývají sociálními vazbami a prostředím, ve kterém jedinec žije.

ČTYŘI ŽIVOTA	KVALITY	VNĚJŠÍ KVALITY (charakteristiky prostředí včetně společnosti)	VNITŘNÍ KVALITY (charakteristiky individua)
PŘEDPOKLADY (životní šance)	VHODNOST PROSTŘEDÍ Životní prostředí, sociální kapitál, prosperita, životní úroveň - zahrnuje ekologické, sociální, ekonomické a kulturní podmínky, které studuje ekologie, architektura, sociologie a sociálně-politické vědy	ŽIVOTASCHOPNOST JEDINCE Psychologický kapitál, adaptivní potenciál, zdraví, způsobilost - představuje fyzické a duševní zdraví, znalosti, schopnosti a umění života a je předmětem zájmu lékařství, psychologie a pedagogiky včetně tělovýchovy a poradenství v oblasti životního stylu	
VÝSLEDKY (životní výsledky)	UŽITEČNOST ŽIVOTA Vyšší hodnoty než přežití, transcendentální koncepce - zahrnuje vnější užitečnost člověka pro jeho blízké okolí, pro společnost a lidstvo a jeho vnitřní cenu v termínech morálního vývoje, morální dokonalosti a	VLASTNÍ HODNOCENÍ ŽIVOTA Subjektivní pohoda, spokojenost, štěstí, pocit smysluplnosti - představuje pojetí kvality života, které je široce aplikováno ve vědách o člověku, v medicíně a vytváří vlastní	

	<p>je tradičně předmětem zájmu filosofie</p>	<p>metodologické postupy, zahrnuje hodnocení spokojenosti s jednotlivými životními oblastmi, hodnocení převažující nálady a celkové spokojenosti se životem</p>
--	--	---

Tabulka č. 5 Model „Čtyř kvalit života“, vlastní zpracování dle Svobodové (2008) (Veenhoven, R. The Four Quality of Life. Ordering Concepts and Measures of the Good Life. Journal of Happiness Studies, 1, s. 1-39)

5 PRAKTICKÁ ČÁST

6 Cíl výzkumného šetření

Cílem tohoto výzkumu je zjistit, v jakých oblastech kvality života vnímají senioři se sluchovým postižením největší omezení, jaké jsou jejich možnosti ve společnosti, ve výběru pomůcek, služeb a jaký dopad na život jejich postižení má.

Na základě tohoto cíle byla stanovena hlavní výzkumná otázka: **Jaká je kvalita života seniorů se sluchovým postižením?**

Z této hlavní otázky plynou další, dílčí otázky:

- V jakých činnostech vnímají senioři největší omezení?
- V čem se jejich život změnil nejvíce?
- Má sluchové postižení dopad na profesní uplatnění a postavení ve společnosti?
- Jaké jsou možnosti pomůcek, volnočasových aktivit a služeb pro sluchově postižené?

6.1 Použité výzkumné otázky

Pohlaví a věk, druh užívané služby

1. Jaký je Váš druh sluchového postižení?
2. Používáte kompenzační pomůcky? Jaké?
3. Žijete s partnerem/sám/s rodinou/v zařízení pro seniory/pro osoby se zdravotním postižením?
4. Se sluchovou vadou jste se narodil/a, nebo získal/a v průběhu života?
5. V jakých činnostech vnímáte největší omezení?
6. Má sluchové postižení dopad na Váš společenský život?
7. Vnímáte změny v chování okolí? Máte pocit, že Vás považují za méněcennější?
8. Musel/a jste změnit práci?
9. Zúčastňujete se volnočasových aktivit, které pořádají organizace neslyšících?
10. Využíváte některé druhy služeb pro sluchově postižené?
11. Myslíte si, že máte ve svém okolí dostatečný počet služeb pro sluchově postižené?
12. Žilo se Vám lépe v dobách minulých nebo je situace lepší dnes?
13. Co Vám dělá v životě největší radost?

7 Metodologie sběru dat

Pro tuto práci byl využit **kvalitativní výzkum**, který je oproti kvantitativnímu detailnější a zkoumá problém více do hloubky. Dle Strausse se jedná o výzkum, který se týká života lidí a jejich společenských vztahů a zároveň nedosahuje výsledků pomocí statistik a kvantifikace. (Strauss, 1999)

Švaříček (2014) uvádí tři základní metody sběru dat v rámci tohoto výzkumu, mezi které řadí data z rozhovorů, data z pozorování a data k dokumentům.

V souvislosti se zkoumaným vzorkem byla v rámci kvalitativního výzkumu použita právě forma rozhovoru. Rozhovor by se dal použít také v kvantitativním výzkumu, ale jak píše Švaříček (2014), cílem kvalitativního rozhovoru je zkoumat problém do hloubky a detailně, na rozdíl od kvantitativního, kde je cílem položit všem respondentům stejné otázky v přesně daném pořadí.

Konkrétně byl použit **polostrukurovaný rozhovor**, který se vzhledem ke zkoumanému vzorku seniorů hodí nejvíce. V polostrukurovaném rozhovoru jsou předem dány otázky, u kterých ale není přesně dané pořadí, respondenti se mohou doptávat, popřípadě je možné otázky částečně upravit, vždy ale za předpokladu, že budou zodpovězeny všechny otázky. (Reichel, 2009)

7.1 Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek se skládá ze 5 participantů z řad klientů **Spolku neslyšících v Břeclavi**, z 8 participantů z **Centra služeb pro seniory Kyjov** a 1 rozhovor s rodinným příslušníkem. Celkem bylo provedeno **14 rozhovorů** se seniory se sluchovým postižením.

Klienti v Břeclavi byli ve většině případů ohluchlí od narození, naopak v Kyjově se jednalo o dům pro seniory, a i z tohoto důvodu měla většina klientů stařeckou nedoslýchavost.

Klienti v Břeclavi byli oproti klientům z Kyjova mladšího věku, věkový průměr je zde 68 let, přičemž nejmladší účastník měl 60 let a nejstarší 75, zatímco v Kyjově je věkový průměr 84 let, z toho nejmladší účastník měl 52 let a nejstarší 96 let.

8 Zpracování výzkumného šetření

Aby mohl být tento výzkum uskutečněn, bylo potřeba získat participanty z řad seniorů se sluchovým postižením. Jako první byl osloven Spolek neslyšících v Břeclavi, kde jsem

absolvovala praxi. Zaměstnankyně spolku mi vyhověly a na základě domluvy byl dohodnut přesný den a čas rozhovorů. Všechny rozhovory byly uskutečněny v průběhu jednoho dne na konci měsíce dubna, každý individuálně, za přítomnosti tlumočnice, která otázky a odpovědi tlumočila do znakového jazyka a poté zpátky do českého jazyka. Nahrávka rozhovorů byla pořízena na mobilní telefonu a poté zpracována do tohoto výzkumu. Všichni klienti byli anonymní, přičemž každý z nich souhlasil s nahráváním rozhovoru do mobilního telefonu a se zpracováním osobních údajů. Ve spolku neslyšících Břeclav proběhlo celkem 5 rozhovorů, z nichž osobně se zúčastnili tři, zbylí dva odpovídali přes telefon nebo Skype. Všichni byli sdílní a ochotní podílet se o své zkušenosti. Každý rozhovor byl jinak dlouhý v závislosti na tom, jak moc byli participant ochotni sdílet informace o svém postižení. V průměru trval jeden rozhovor cca 15 minut, z toho nejkratší 9 minut a nejdelší 18 minut. U všech rozhovorů byly vždy položeny všechny otázky a jsou zaznamenány odpovědi tlumočnice.

Druhá část rozhovorů se uskutečnila v Centru služeb pro seniory v Kyjově. Opět jsem oslovila paní vedoucí, se kterou jsem si domluvila termín v měsíci květnu a přesný čas, na který mi pečlivě vybrala několik seniorů, kteří by byli vhodní do tohoto rozhovoru. Klientů bylo nachystáno 15, ale bohužel, kvůli špatnému zdravotnímu stavu některých z nich jich proběhlo jen 8. Každý rozhovor trval okolo 6 minut, nejkratší měl 4 minuty, nejdelší 8 minut. Všichni klienti komunikovali bez problému, tlumočnická zde nebyla potřeba. Byli ochotní a vděční za to, že si mohou s někým popovídat. Opět byli všichni upozorněni na souhlas se zpracováním údajů a nahrávkou do mobilního telefonu. U rozhovorů byly položeny všechny otázky a jsou zde uvedeny v doslovném znění.

Jeden z rozhovorů (č. 4) byl uskutečněn v domácím prostředí s rodinným příslušníkem.

8.1 Rozhovory se seniory se sluchovým postižením

Rozhovor č. 1: Muž, 65 let, využívá tlumočnické a sociálně aktivizační služby ve Spolku neslyšících v Břeclavi

Rozhovor č. 2: Muž, 69 let, využívá tlumočnické služby ve Spolku neslyšících v Břeclavi

Rozhovor č. 3: Muž, 70 let, využívá tlumočnické služby ve Spolku neslyšících v Břeclavi

Rozhovor č. 4: Muž, 60 let, rodinný příslušník

Rozhovor č. 5: Muž, 61 let, využívá tlumočnické a sociálně aktivizační služby ve Spolku neslyšících v Břeclavi

Rozhovor č. 6: Žena, 75 let, využívá tlumočnické a sociálně aktivizační služby ve Spolku neslyšících v Břeclavi

Rozhovor č. 7: Muž, 80 let, klient domova pro seniory Kyjov

Rozhovor č. 8: Žena, 91 let, klientka domova pro seniory Kyjov

Rozhovor č. 9: Žena, 96 let, klientka domova pro seniory Kyjov

Rozhovor č. 10: Žena, 52 let, klientka domova pro seniory Kyjov

Rozhovor č. 11: Žena, 87 let, klientka domova pro seniory Kyjov

Rozhovor č. 12: Žena, 92 let, klientka domova pro seniory Kyjov

Rozhovor č. 13: Muž, 89 let, klient domova pro seniory Kyjov

Rozhovor č. 14: Žena, 85 let, klientka domova pro seniory Kyjov

Jaký je Váš druh sluchového postižení?

1. **Rozhovor:** *100% hluchota. Neslyším nic na 100 %, ale cítím vibrace. Poslouchám, ta levá trošku slaběji vnímá nějakou melodii, rád poslouchám hudbu, ale je to jen o té vibraci. Pravé ucho to mám úplně mrtvý.*
2. **Rozhovor:** *99% ztráta sluchu.*
3. **Rozhovor:** *Já mám oboustranný zánět sluchu, jako zánět středouší, vyhnisaný úplně, ten slimák a momentálně jsem byl u doktora, minulý rok na podzim, ne letos vlastně a výsledek je takový, že mi zaevidovala 100% ztrátu sluchu.*
4. **Rozhovor:** *Oboustranná percepční ztráta sluchu, ušní šelest.*
5. **Rozhovor:** *100% hluchota.*
6. **Rozhovor:** *Nevím, co přesně, ale neslyším nic a taky mi hodně šumí v obou uších.*
7. **Rozhovor:** *Slyším něco, ale normálně ne.*
8. **Rozhovor:** *No, špatně slyším, ještě mám zelený zákal, takže už i velice špatně vidím, špatně i chodím, protože jsem spadla a mám úraz levé nohy, všechno dohromady.*
9. **Rozhovor:** *To je stárím jako, že i já jsem dlouho dobře slyšela, je to dva roky.*
10. **Rozhovor:** *No, bez sluchadel bych neslyšela vůbec, asi úplná hluchota.*
11. **Rozhovor:** *Tak, mně se to projevuje tak, že slyším jen trošku, byla jsem na ušní, ten pan doktor mě vyšetřil, dala jsem si prsty do uší a opakovala jsem slova, dvě jsem neslyšela,*

a to třetí jo, takže mi dal doporučení na foniatrii a dozvím se, jak jsem na tom teda, kdybyste došla později, možná už bych věděla.

12. Rozhovor: *Hluchá jak poleno.*

13. Rozhovor: *No před 4 lety mi naměřili 75 dB, a to ve dne v noci, teď slyším tady ucházet vzduch, nějaký traktor, večer štěkat psa, ale jak je to dohromady nebo mluví více lidí, no vůbec nevím, nerozliším, neslyším. Taky mi hučí celý den v hlavě, celých 24 hodin, syčení pořád.*

14. Rozhovor: *No, když jsem byla naposledy u paní doktorky, tak mi řekla, že slyším tak na 30 %. Taky mám ušní šelest, 24 hodin denně mi píská v uchu, občas mám pocit, že na mě někdo mluví.*

Z odpovědí můžeme vidět, že účastníci rozhovoru z Břeclavského spolku neslyšících jsou ve většině případů ohluchlí na 100 %, popřípadě z větší části spíše neslyší. Naopak klienti z domova seniorů v Břeclavi přišli ve většině o sluch až v seniorském věku. 4 ze 14 participantů trápí také tinnitus neboli ušní šelest, které se projevuje nepříjemnými zvuky v uších.

Používáte kompenzační pomůcky? Jaké?

1. Rozhovor: *Málo, občas když chci slyšet právě tu hudbu, ale trápí mě to, bolí mě z toho uši, musím to mít přes celé ucho. Lepší, když mám jen takové na poslouchání televize. Jinak mám světelný zvonek.*

2. Rozhovor: *Nepoužívám sluchadlo, v televizi se dívám na titulky, mám taky světelný zvonek. Telefon mám pro seniory, hlasitý zvuk.*

3. Rozhovor: *Ano, nejsilnější, jaké je sluchadlo, zvonek zvoní pořád, u sousedů někdo zvoní, u nás taky. Mám na televizi jsem si koupil jako bezdrátové, je dost drahé, ale já to dávám na uši a mám zároveň zapnuté to sluchadlo, takže toto mi zesiluje ten zvuk podle potřeby, aby sem tomu rozuměl a rozumím tak na 35 %.*

4. Rozhovor: *Ano, naslouchátko.*

5. Rozhovor: *Používám budík vibrační, zvonek mám se světelnou signalizací, sluchadlo nepoužívám. Zkoušel jsem to, ale to je na zvuk, na sluch tomu prostě nerozumím, zbytečné.*

6. Rozhovor: *Ano, mám naslouchátko.*

7. Rozhovor: *Ne, nechci, je to celkem nepříjemné.*

8. Rozhovor: *Já na televizi se vůbec nedívám, nic nevidím, neslyším, mám naslouchadlo, když jdeme někam na schůzku, rádio je můj kamarád.*

9. **Rozhovor:** *Mám naslouchátko, dala jsem za to teda 4 tisíce, ale nic mi to nepomohlo víte, někdy slyším pěkně, ale když mluvíte semnou takhle tak slyším, ale jak někdo začne slyšet, tak vůbec, to brní, když takhle spolu budeme mluvit, tak beze všeho, já Vám budu rozumět.*
10. **Rozhovor:** *Jen ty sluchadla na obě uši.*
11. **Rozhovor:** *Vůbec nic, televizi ještě slyším, musím to mít víc zesílené, ale slyším jako.*
12. **Rozhovor:** *Mám naslouchátko, moc s tím ale neslyším, samozřejmě to moc nepomáhá.*
13. **Rozhovor:** *Mám naslouchátko a je to zbytečné, protože to akorát zesílí ten hluk, používám na televizi sluchátka, to mi zesiluje, titulky jsou úplně nejlepší.*
14. **Rozhovor:** *Mám naslouchátko a sluchátka, když se dívám na telku, taky mi pomáhají titulky.*

Většina účastníků rozhovoru používá naslouchátko, nevyhovuje ale všem. 6 z nich uvádí, že jim používání této kompenzační pomůcky nepříjemné a v mnoha případech hluk ještě zesiluje, nefunguje tak, jak by si představovali. Z kompenzačních pomůcek je velmi oblíbený vibrační nebo světelný budík, objevují se také sluchátka na televizi a část účastníků si velmi chválí titulky, které mají možnost využít při sledování televize.

Žijete s partnerem/sám/s rodinou/v zařízení pro seniory/pro osoby se zdravotním postižením?

1. **Rozhovor:** *Sám v bytě, ve vlastním bytě. Manželka už mi umřela.*
2. **Rozhovor:** *Žiji s manželkou, v baráku, se synem, a ještě snachou a vnoučkem. V činžáku takovém malém, rodinný dům, dvoupatrový.*
3. **Rozhovor:** *No tak já mám družku, jmenuje se Violka, která mi hodně pomáhá, je to vlastně v podstatě moje tlumočnice.*
4. **Rozhovor:** *Sám, sám s maminkou.*
5. **Rozhovor:** *Mám manželku. Žiji s manželkou.*
6. **Rozhovor:** *Bydlím s dcerou v mém domě, ona nahoře a já ve spodním patře.*
7. **Rozhovor:** *Bydlím tady v tomto domově.*
8. **Rozhovor:** *Ano, už pátý rok.*
9. **Rozhovor:** *Ano, už jsem tady sedmý rok, už tady budu jako, jsem tady spokojená, musím říct prostě, že opravdu ano. Nemám nikoho, takže tady jako jsem moc spokojená. Prostě já si čtu nebo něco prostě.*

10. **Rozhovor:** *Žiji tady v domově.*
11. **Rozhovor:** *Tady jsem deset měsíců, ten zdravotní stav se mi zlepšil, i bych mohla jít domů, ale co když se mi to zhorší a pak už bych se sem nedostala.*
12. **Rozhovor:** *Už jsem tu tři roky.*
13. **Rozhovor:** *Už asi kolik to bude, asi 18 roků.*
14. **Rozhovor:** *Bydlím pořád tady, nejezdím ani domů, navštěvuje mě syn s rodinou.*

Klienti Spolku neslyšících navštěvují spolek a využívají tlumočnické služby jen v případě potřeby, zatímco klienti Centra pro seniory potřebují celodenní komplexní péči a v domově pro seniory bydlí na stálo.

Se sluchovou vadou jste se narodil/a, nebo získal/a v průběhu života?

1. **Rozhovor:** *Když jsem se narodil v nemocnici ve Valticích, tak jsem měl zánět mozkových blan a zachránili mě tak, že jsem ztratil jenom ten sluch. To nejlepší, co se mohlo stát.*
2. **Rozhovor:** *Narodil jsem se jako těžce nedoslýchavý. Narodil jsem se jako mrtvý, plácali mě po prdeli a doktor říkal, že z toho jsem ohluchl. Trošičku se tam poškodili i nějaké nervy. Od narození je to. Rodiče slyšeli.*
3. **Rozhovor:** *V šesti letech, asi pět, šest roků jsem měl. Dostal jsem oboustranný zánět středouší a bohužel, pan doktor, on to ohodnotil jako obyčejnou chřipku, takže na místo toho, aby mi nasadili penicilin a všechno, takže tím pádem mi zničil sluch. Setra moje taky neslyší, měla zánět mozkových blan, oni si mysleli, že vůbec nebude, dali ji do ústavu a tam zjistili, že ona jen neslyší, takže setra je neslyšící.*
4. **Rozhovor:** *Ztrátu sluchu jsem vlastně ztratil v průběhu života, doktor neví co se stalo, já jsem měl v práci před 10 rokama, když jsem byl na fonetickém vyšetření, tak mi zjistili zhoršený sluch a já jsem v té práci pracoval v hluku a potom jsem na té foniatrii už nebyl, měl jsem tam být, ale nebyl jsem, potom jsem v té práci už nebyl, nastoupil jsem do jiné práce, do Zenerga, tam jsem byl taky na foniatrickém vyšetření, tam to bylo o něco horší a potom během dvou roků v tom Zenergu se mi to tak zhoršilo, až jak to mám teďka.*
5. **Rozhovor:** *Až asi ve školce nebo když jsem měl tak pět, šest roků.*
6. **Rozhovor:** *Vlastně to mám někdy od půlku života, kolem 40 roku se mi to začalo zhoršovat a teď neslyším už nic.*
7. **Rozhovor:** *Je to už dávno, dejme tomu 10 let, začalo se to zhoršovat stářím.*

8. **Rozhovor:** *Já ten sluch, až jsem došla sem, tak to bylo špatný, ale dělala jsem v přidružené výrobě u stroje, velký hluk, jak jsem sem došla, tak jsem šla na foniatrii no a tam už mi řekla pani doktora, že jsem hluchá na 50 %.*
9. **Rozhovor:** *Já jsem měla sluch úplně dobrý, já jsem byla instrumentářka na sále, takže jsem musela mít sluch, všechno jak hlavou, tak všechno jsem musela mít perfektně. To už je stáří prostě, to těžko ovlivníme.*
10. **Rozhovor:** *Už je to dlouho, už co jsem byla dřív v práci, knoflíky jsem dělala perleťový, tam byl velký hluk.*
11. **Rozhovor:** *No můžu říct, že to je až tady, sedím třeba vedle kolegyně a já jí říkám, co si říkala? Dříve jsem neměla problémy.*
12. **Rozhovor:** *Sluchadlo jsem nenosila, ale špatně jsem slyšela, teď je to horší už.*
13. **Rozhovor:** *To těžko říct, kdy se to zhoršilo, něco slyším, ale nevím co. Řekli mi, že to je odumírání mozku, že proti tomu nic není.*
14. **Rozhovor:** *Ani nevím, čím se to stalo, ale za posledních 10 let se mi to zhoršilo úplně hrozně, teď už slyším fakt jen maličko.*

Z odpovědí můžeme vyvodit, že nejčastější příčiny sluchového postižení jsou záněty mozkových blan, práce v hlučném prostředí a stařecká nedoslýchavost.

V Jakých činnostech vnímáte největší omezení?

1. **Rozhovor:** *Nejhorší je to asi na úřadě, tam je to prostě nejhorší. Když se něco vyřizuje. Když je nějaký úřad nebo doktor, ta komunikace při vyřizování nových věcí.*
2. **Rozhovor:** *Nic moc, možná úřad, práce a takové ty věci, vyřizování a tak, něco nového je problém. Tam vidím největší problém, u doktora taky. Všude, když tomu nerozumím, záchody atd.*
3. **Rozhovor:** *Já jsem, mně se sluch začal postupně ztrácet, poprvé když mi kontrovali sluch, tak jsem slyšel ještě těch 60 %, ale tak jako jsem, jak mi přibývali roky, chodil jsem furt na vyšetření, k doktorovi, na ušní, bohužel, sluch šel dolů a dolů. Protože se to pomalu zhoršovalo a zhoršovalo, já jsem se přizpůsoboval tomu, že slyším, neslyším, slyším hůř a začal jsem se pomalu vyhýbat všem. Zvykl jsem si, nechodím mezi lidi, mezi cizí zvlášť.*
4. **Rozhovor:** *Komunikace s lidmi, úřady, obchod, lékaři, špatně se mluví i přes telefon.*

5. **Rozhovor:** *Furt jsme doma jak je teďka Koronavirus, Nemůžeme se bavit, to není ono, lepší je osobní kontakt, pořád jsem jenom doma.*
6. **Rozhovor:** *Hlavně když mám něco vyřídit a ti lidi neumí znakový jazyk, je to velmi složité se dorozumět, připadáte si jako blázni.*
7. **Rozhovor:** *Já nedělám nic, slyším fakt hůř jako, ale jinak mi to asi nikde nevadí.*
8. **Rozhovor:** *Na televizi se nemůžu dívat, zatím vidí obrysy, takže se i osprchuji sama, umývám se sama.*
9. **Rozhovor:** *No, nevadí mi vůbec nic opravdu jako, víte, oni jsou tady opravdu hodní lidi, velký pozor dávají, já jsem byla strašně nemocná, měla jsem nádor v žaludku a něco s krkem, ale oni jsou moc hodní, nic mi nevadí. Na televizi se můžu dívat, já mám naslouchátko.*
10. **Rozhovor:** *Na televizi se už moc nedívám, stejně tam nic není, Radio taky nemám.*
11. **Rozhovor:** *No, když někdo něco vykládá, oni mě tady dali i do nějaké výboru, tak jsem málo slyšela, ještě mají respirátory, špatná akustika, bylo to v takovém půlkruhu, takže když neměli mikrofony, špatně jsem slyšela.*
12. **Rozhovor:** *Já dneska nedělám nic už, málo se dívám na televizi, jsem hluchá, takže ani rádio. Když jsem tady nebyla, tak jsem ještě dělala všechno.*
13. **Rozhovor:** *No brání mi to ve společnosti, protože nerozumím, musím hodně dávat pozor, dívám se na ústa, musí hlasitěji mluvit. Třeba když potřebuji něco důležitého vyřídit. Rádio nemám, to jsem odhlásil, bylo to zbytečné.*
14. **Rozhovor:** *No určitě když chci jít třeba na posezení, tak se furt ptám, co kdo říkal, jsem úplně mimo, nevím, co si ostatní vykládají.*

Osoby se sluchovým postižením vnímají největší bariéru v komunikaci, na čemž se shoduje hned polovina všech participantů, pro 5 z nich je nejhorší vyřizování osobních záležitostí na řadech atp. Většinou je nepříjemné se opakovaně ptát a připomínat, že nerozumí. Každé osobě se sluchovým postižením pomůže, když se budou lidé snažit mluvit pomaleji a zřetelněji a dbát na správnou artikulaci.

Má sluchové postižení dopad na Váš společenský život?

1. **Rozhovor:** *Chodil jsem na zábavy normálně, měl jsem i kamarády nějaké, ta komunikace, na té hodně záleží, někde to jde s někým se komunikuje líp, s někým je to horší.*

2. **Rozhovor:** *Mezi hluchoněmýma je to dobré, mezi slyšícíma se musím víc snažit odezírat, tam se musím víc snažit a mezi neslyšícíma se tolik snažit nemusím.*
3. **Rozhovor:** *Já, když venku s ostatními mluvím, bohužel, mnozí lidé mluví tak drmolí, že tomu vůbec nerozumím, ani se sluchadlem, takže já se raději zeptám její, o co se vlastně jedná. Když jsem šel třeba do hospody a oni mluvili na mě jeden přes druhého, i když jsem měl sluchadlo, tak mi to nepomáhalo, tak jsem prostě přestal chodit. Raději jsem šel do klubu neslyšících, tam jsem se cítil mnohem líp jako mezi slyšícími. Měl jsem velké sluchadlo na krku, styděl jsem se před klukama, vyhýbal jsem se všemu.*
4. **Rozhovor:** *Vyhýbám se společnosti, jen to velmi nepříjemné, když má člověk na tváři roušku, tak ten sluchově postižený když s někým mluví, tak ono většinou když špatně slyší, tak se dívá tomu dotyčnému co s ním komunikuje do tváře nebo na pusu no a tím si pomáhá, že lepší slyší, ale díky té roušce, já mám fakt někdy problémy rozumět, záleží jak kdo mluví, jaký má hlas, že když má někdo třeba hlas vysoký nebo naopak strašně nízký a já mám to naslouchátko nastaveno na nějaký střed, tak prostě neslyším.*
5. **Rozhovor:** *Jo, je to těžké v té společnosti, neslyšících je prostě hrozně málo, to je blbý, když se sejdeme v tom klubu, je to super.*
6. **Rozhovor:** *Ani tak ne mezi známými a rodinou, spíš na těch úřadech, na poště nebo v obchodě.*
7. **Rozhovor:** *Televizi slyším, a to je hlavní (smích). Titulky někdy taky bývají, ale jinak slyším.*
8. **Rozhovor:** *No tak je to čím dál horší, musím i Vám být blíž, neslyším.*
9. **Rozhovor:** *Máme tady pěkné programy, rok a půl už ale nebylo nic, ale teďka to začne zase, ale opravdu ty děvčata tady jsou velice hodné.*
10. **Rozhovor:** *Jako jo, když mluví nahlas, tak neslyším vůbec, vůbec mi to nic neříká.*
11. **Rozhovor:** *Thumí mě to, málo slyším, uvidím, jak dopadnu u doktora, možná dostanu to naslouchátko, uvidím, co mi řeknou.*
12. **Rozhovor:** *Já nikde nechodím, málo, protože nic neslyšíte, člověk si tam připadá jak blbec. Sestři, už jsem stará na práci, než když jsem byla mladá.*
13. **Rozhovor:** *Jen se musím víc snažit těm lidem rozumět.*
14. **Rozhovor:** *No tak právě ta společnost, lidem prostě nerozumím, snažím se aspoň trošku dívat na ústa, tak něco třeba postřehnu, ale je to fakt složité.*

Více než polovina participantů se shoduje na tom, že ve společnosti je jejich sluchové postižení omezuje. Musí se více snažit odezírat a dávat mnohem větší pozor než ve společnosti neslyšících. 3 z nich se dokonce společnosti kvůli postižení vyhýbají úplně. Shodují se také na tom, že v porozumění jim výrazně pomáhá odezírání.

Vnímáte změny v chování okolí? Máte pocit, že Vás považují za méněcennější?

1. **Rozhovor:** *Nic dobrý, komunikují dobrý prostě, když jdou tak projdou normálně, známi se pozdraví, nevidím v tom problém. Neutlačují mě, nemám pocit.*
2. **Rozhovor:** *Nemám ten pocit.*
3. **Rozhovor:** *S lidmi, se kterými se znám, tak ta komunikace je dobrá, protože ten sluch, já jsem přizpůsobený jejich hovorové řeči, takže když na mě mluví, já jim rozumím, nerozumím cizím. Stýkám se s rodinou, s neslyšícími. Tam nemám pocit, že mě podceňují, protože s lidmi je to takový nepříjemný pocit, člověk to musí zažít, připadáš si jako blbec, vůl.*
4. **Rozhovor:** *Nevnímám, akorát říkám že je pro mě nepříjemné, když někomu nerozumím tak se ho vyptávat nebo pokládat mu otázku: „Ještě jednou mi to zapakuj, nerozumím ti.“ a takové jo.*
5. **Rozhovor:** *Samozřejmě, je to jiné, lidi jsou různí, ale dávno to bylo lepší, teďka se to hodně změnilo, dívám se, že moc se mi to nelíbí, neslyšící, když potřebují třeba práci, tak tam odmítnou, pro zábavu třeba jdu na ryby, slyšící řeknou ty tomu nerozumíš, nebo v obchodě mají mít roušky, 2 metry, jsou blízko mě, jsou neohleduplní, je jim o jedno, jsou bezohlední, jsem starší no, takže se bojím, abych něco nechytнул, teďka mám po druhé vakcíně.*
6. **Rozhovor:** *To asi ne, jen je mi hloupé se pořád dokola vyptávat, tak to řeknu radši hned, jestli můžou dobře artikulovat, že skoro neslyším a potřebuji jim vidět na ústa, teď jak jsou ty všelijaké hadry přes obličej, tak Vám řeknu, že to fakt hrozný, člověka ani pomalu nepoznáte, natož mu rozumět, je to fakt na prd.*
7. **Rozhovor:** *Nee vůbec, tož to bych byl nepříjemný tvrdým slovem (smích).*
8. **Rozhovor:** *Zatím ne, nepozorují.*
9. **Rozhovor:** *Nene, to vůbec nemůžu říct, oni jsou strašně hodní.*
10. **Rozhovor:** *Ale ne, a já si to neberu.*
11. **Rozhovor:** *No to ne, ne, všichni jsou ochotní.*
12. **Rozhovor:** *Sestři, pamatujte si a můžete to i veřejně říct, když je člověk hluchý, je i hlupý, protože nevíte, co si ti druzí vykládají.*

13. **Rozhovor:** *To vůbec, já je upozorním už předem, že neslyším, oni pochopí a snaží se, sundají si třeba respirátor, musím pomalu, abych stačil.*
14. **Rozhovor:** *Nevnímám, jen mi není příjemné a necítím se dobře, když musím pořád žádat o opakování.*

Téměř všichni nevidí nějaké významné změny chování od okolí, spíše si uvědomují, jak je komunikace mezi jejich blízkými jednodušší, než je komunikace v intaktní společnosti. I když většina z nich vidí snahu okolí, i tak je jim nepříjemné se dokola ptát, kdo co říkal a je jim to nepříjemné.

Musel/a jste změnit práci?

1. **Rozhovor:** *V práci jsem to zvládal bez tlumočnicka, to bylo super v práci, několik let jsem pracoval v jedné firmě, tam už jsme se prostě znali, tam nebyl problém. 40 let jsem tam byl v jedné firmě.*
2. **Rozhovor:** *Musela se přizpůsobit práce mému postižení.*
3. **Rozhovor:** *Ne, všude jsem se přizpůsobil, oni věděli, jaký jsem, takže tam je to trochu jiné jako v té práci, ale já jsem většinou celý život měl samostatnou práci, jsem si to organizoval, co jsem měl dělat, takže sem tam byl sice nějaký rozkaz, ale prostě jsem si všechno dělal podle svého. Nikdy mi ale nepřidávali, všechno podle počtu odpracovaných hodin, já jsem byl třeba v 5 třídě, ale už do 6 mě nedali, protože podle tarifní stupnice jsou zase jiné profese, měl jsem pořád pětku.*
4. **Rozhovor:** *Nemusel, bylo naskládáno více onemocnění, asi to byl jeden z důvodů.*
5. **Rozhovor:** *Dávno za komunistů se mohlo dělat pořád, kdekoliv, všechno bylo dovolené, ale teď, když se to změnilo, je to houby, je to problém. Jsi neslyšící, nemůžeš, nejde to dělat, je to nebezpečné, to, toto, stroje, jo jako opravdu, je to problém. Teďka je to horší. To samé manželka, uklízečka, řekli byste si normální práce, ale zase ne, nemůžeš, to je nebezpečné, neslyšíš. To je přece blbost ne? Právě neslyšící udělá tu práci dobře, nemusíme se přece bavit, stačí, když to udělám a hotovo. Soustředím se na práci, jakápak komunikace. Slyšící furt vykecávají, u neslyšících to tak není no. Soustředí se na práci a hotovo.*
6. **Rozhovor:** *Odešla jsem z práce, protože jsem právě začala mít problémy se sluchem, dělala jsem u stroje ve velkovýrobě, tam si opravdu neslyšela druhého, co říká, takže to mi asi ten sluch poničilo.*
7. **Rozhovor:** *Nene, nemusel.*

8. **Rozhovor:** *Nene, až jsem byla v důchodu.*
9. **Rozhovor:** *To vůbec, já jsem se tady naučila v dílně moc pěkné věci, teď už teda nemůžu nic dělat, mám mrtvou pravou ruku, ale jdu se tam aspoň podívat, abych nebyla sama.*
10. **Rozhovor:** *Nemusela.*
11. **Rozhovor:** *Nenene, 27 let jsem dělala v ekonomice, po mateřský jsem nastoupila do zemědělský a tam jsem byla do důchodu.*
12. **Rozhovor:** *Nemusela.*
13. **Rozhovor:** *Já jsem byl nejdřív v Čechách, v dílnách, pak jsem se vrátil a dělala jsem ostříče nástrojů, takže to může taky být.*
14. **Rozhovor:** *Nemusela.*

Až na paní z 6 rozhovoru nikdo nemusel kvůli svému postižení práci opustit. Buď se jim začal sluch zhoršovat až v důchodovém věku nebo se jim práce přizpůsobila a nebyl problém v ní dále zůstat. Jeden účastník velmi podrobně porovnává dobu dříve, kdy nebyl problém kdekoliv pracovat s dnešní dobou, kdy je často problém osoby se sluchovým postižením kvůli jejich znevýhodnění zaměstnat.

Zúčastňujete se volnočasových aktivit, které pořádají organizace neslyšících?

1. **Rozhovor:** *Ano, ano, tady chodím sem, teďka škoda že je ta korona, je to uzavřené všechno, pořád sem jinak chodím.*
2. **Rozhovor:** *Ano, chodím do klubu neslyšících.*
3. **Rozhovor:** *Ano, většinou se zúčastňuji, i moc rád jsem se zúčastňoval, pokud moje družka ještě mohla, byla dobrá, tak jsme jezdili, ale problém je v tom, že ona je taky dost nemocná a už i na nohy, ten Koronavirus nás vzal strašně.*
4. **Rozhovor:** *Vůbec se nezúčastňuji.*
5. **Rozhovor:** *Když se sejdeme v tom klubu, tak je to fakt super, ale to je jen jednou za týden třeba. Chybí ten klub, doma je nuda. Chybí mi to teď moc, mozek neroste, je to špatný. Někdo někam jel, nové informace, já si třeba něco přečtu, tak to předám neslyšícím, říkáme si nové věci, sdílíme informace.*
6. **Rozhovor:** *Chodím na různé přednášky, na divadlo se podívat a tak. Tady ve spolku, když ještě nebylo toto omezení tak jsem pořád něco dělala a byla tady, teď musím být zalezlá furt doma.*

7. **Rozhovor:** *No, pokud je tady něco takového, tak určitě jdu, posezení bývá, a i tak když někdo vykládá pro mančaft, tak to slyším normálně.*
8. **Rozhovor:** *No chodila jsem všady sestřičko, účinkovala jsem s děvčatama, teď už bych si netroufla nikde, skoro neslyším, když někdo mluví pro ostatní, všechno se rozléhá. Co je ta korona, tak se tu nedělá nic, akorát sestřičky nám koupily karty, já už na to stejně nevidím, spíš se každá baví, co umí.*
9. **Rozhovor:** *Teď už ne, ale ještě loni jsem jim pletla tady, všechno jsem dělala, teď už nemůžu, tak ruka nejde, to už je mrtvý, já jsem ráda, že si můžu udělat sama něco, abych neotravovala.*
10. **Rozhovor:** *Tancovat nebo tak, to nemůžu, dřív byly návštěvy, teď už rok a půl nemůžeme vůbec nic, teď už to snad začne zase.*
11. **Rozhovor:** *No, máme tady tělocvik, je taky i zpěv, já jsem zpívala první hlas, teďka mám už problémy s hlasivkami, jinak pálení čarodějnic, tři králová sbírka, vánoční, vzhledem k tomu, že je karanténa, nemůžou sem chodit děti vystupovat, takový dětský soubor sem chodí za určitou dobu.*
12. **Rozhovor:** *Občas někam zajdu, když něco je, ale spíš jsem tady a třeba si čtu.*
13. **Rozhovor:** *Teď nemůžeme, není nic, jinak chodím do dílen, cvičit. Jdu třeba si poslechnout zpěv, ale nic z toho nemám, všechno se rozléhá.*
14. **Rozhovor:** *Když můžu, tak jdu na nějaké vyrábění nebo cvičit, aspoň nejsem sama.*

Pokud mají klienti jak Spolku, tak domova pro seniory možnost, rádi se aktivit zúčastní, protože nechtějí být sami, ale jsou raději ve společnosti. Hned 8 z nich si stěžuje na Koronavirus, který jim za poslední rok a půl zamezil jakékoliv aktivity a setkání, které dost postrádají. Společnost je pro ně velmi důležitá a samota jim neprospívá.

Využíváte některé druhy služeb pro sluchově postižené?

1. **Rozhovor:** *Do Hodonína chodím, využívám, v Brně, v Ostravě, i do Prahy občas jako takhle, takže nemám problém. Mám tam i rodinu vlastně, takže když navštívím v Praze rodinu, tak tam navštívím i klub.*
2. **Rozhovor:** *Tlumočnickou službu v Břeclavi, sociálně aktivizační taky, jezdím třeba i do Hodonína, do Brna na kontrolu a tak. Když byl turnaj, karty, tak jsem taky jel. Jinak nic.*
3. **Rozhovor:** *Ano, využívám, jsem moc rád, protože využívám rád služeb tlumočnicků, protože já, když přijdu jako je teď momentálně tam, kde mám roušku nebo*

respirátor, já, když nevidím na obličej a na ústa, protože já se snažím mimo toho sluchu odezírat, ale tím pádem, že mají toto, tak tomu vůbec nerozumím a jsem rád našim tlumočnicím, které mají třeba průhledné štíty a tím pádem rozumím, o co se jedná.

4. **Rozhovor:** *Nevyužívám.*
5. **Rozhovor:** *Jojo, chodím v Břeclavi, do Hodonína moc ne, ale do té Břeclavi chodím, teďka je zavřeno, tak je to blbý. Do Prahy, rybáři tam jsou, Zlín, nějaké programy.*
6. **Rozhovor:** *Ještě jezdím do Brna s dcerou.*
7. **Rozhovor:** *Ne, jenom tady co je.*
8. **Rozhovor:** *Nene, dceru já mám tady v Kyjově, takže když něco potřebuji, ona mi pomůže, nakoupí.*
9. **Rozhovor:** *No tak teďka jsme museli být tady, ale jinak jezdím n zájezdy, tady jsou opravdu moc hezké programy, skutečně mi si nemůžeme naříkat.*
10. **Rozhovor:** *Tady jen, kdyžtak si řeknu sestřičce, chodíme na procházky do parku.*
11. **Rozhovor:** *No nějaký výlet, třeba v Dukovanech jsme byli.*
12. **Rozhovor:** *Ne, já nikde nejdu.*
13. **Rozhovor:** *Ne, teď už vůbec nemůžeme kvůli koruně.*
14. **Rozhovor:** *Nic víc než tady ne.*

Většina klientů Spolku neslyšících v Břeclavi využívají kromě jejich tlumočnických služeb také jiné služby v dalších městech. Naopak klienti domova pro seniory žádné jiné služby nepotřebují a ani nevyužívají, protože mají kompletní péči zajištěnou.

Myslíte si, že máte ve svém okolí dostatečný počet služeb pro sluchově postižené?

1. **Rozhovor:** *Jo, prostě tady je ten spolek, a to stačí prostě, myslím si, že dobré. (Břeclav)*
2. **Rozhovor:** *Mám všechno, co potřebuj, jako senior. (Břeclav)*
3. **Rozhovor:** *Ani ne, vůbec nic, žijeme pro sebe, už máme svoje roky a už nejsme ti aktivně činní společensky, prostě zdravotní stav nám to nedovolí, tak prostě jsme s Violkou většinou sami. Jen občas mám pocit, že není dost tlumočnicků, že jsou často obsazeni a tak. (Břeclav)*
4. **Rozhovor:** *Nic nevyužívá, bez odpovědi. (Kyjov)*

5. **Rozhovor:** *Tlumočníky mám, to je dobře, to je záchrana, potom třeba vím, že moc není tlumočnicků, jeden má zrovna dovolenou jo, na úřadě třeba taky nechápou jo, když mám na papíru ukážu, kde mám napsané třeba že nerozumím, prosím psát, stejně to ignorují, nerespektují to, tak co to je, někdy prostě nevím, jak to napsat, tak to mě třeba zaráží. Já to chápu ty psaná slova, chápu třeba, že jiný by tomu nerozuměl, každý neslyšící je na jiné úrovni, ale já tomu rozumím. Jako chápu, že ta paní třeba neví potom. Je pravda, že je miň neslyšících, kteří chápou psanou formu, ale já tomu třeba rozumím, takže by bylo fajn toho využít. (Břeclav)*
6. **Rozhovor:** *Nechybí mi vůbec nic. (Břeclav)*
7. **Rozhovor:** *Ale jo, mám všechno. (Kyjov)*
8. **Rozhovor:** *Zatím by to ušlo. (Kyjov)*
9. **Rozhovor:** *Mám všechno, je to v pořádku. (Kyjov)*
10. **Rozhovor:** *Mně nic neschází, akorát ty matlanice na obědy, co dělají. (Kyjov)*
11. **Rozhovor:** *Máme, ano. (Kyjov)*
12. **Rozhovor:** *Nic mi nechybí. (Kyjov)*
13. **Rozhovor:** *Nenee nechybí. (Kyjov)*
14. **Rozhovor:** *Ano, tady máme všechno, co potřebujeme. (Kyjov)*

Ze všech odpovědí je zřejmé, že na Břeclavsku i Kyjovsku kromě mírného nedostatku tlumočnicků, které zmínili dva participanti, je služeb dostatek a senioři se sluchovým postižením nic dalšího nepostrádají.

Žilo se Vám lépe v dobách minulých nebo je situace lepší dnes?

1. **Rozhovor:** *Jsem sám v tom bytě, tak se cítím sám, ale jinak si myslím, že mám vše.*
2. **Rozhovor:** *Je to stejné, jestli je to za komunistů nebo za demokracie, je to pořád stejné.*
3. **Rozhovor:** *V době dřív nebyli ti lékaři na takové úrovni jako jsou dneska. Takhle, když to porovnáám, prostě nikdy jsem nežil na vysoké noze a že bych... No je to lepší, co se týká sluchově postižených, přece jen je to lepší, protože už ti sluchově postižení mají teď více možností nejen komunikační, ale i celkově, když dostáváme ty pomůcky, zdravotní pomůcky pro sluchově postižené anebo si koupíme, tak je to na vyšší úrovni, jako to bývalo kdysi. Takže více méně, prostě jsem spokojen.*
4. **Rozhovor:** *Není to tak dávno, takže moc nevím.*
5. **Rozhovor:** *Dříve se mi to zdálo lepší, jak kvůli té práci, tak chování lidí.*

6. **Rozhovor:** *No víte, dnes je více možností, pěkně se tady o nás starají, dříve jsem nikam nechodila a musela se s tím vypořádat sama, teď nevím, co bych bez tlumočnicka dělala.*
7. **Rozhovor:** *Těžko říct, co jsem mohl, tak jsem si donesl, teď už chodit nějak taky moc nemůžu, dřív jsem byl mladší, tak to bylo určitě lepší.*
8. **Rozhovor:** *No tak to víte, že když jsem lépe viděla a slyšela, bylo to lepší, troufala jsem si všechno, teď už se musím držet zpátky.*
9. **Rozhovor:** *Já už teď nic nedělám, všichni mi dají, to už je prostě stáří no.*
10. **Rozhovor:** *Nojo, dřív, dnes už neslyším, takže je to horší.*
11. **Rozhovor:** *Co byl člověk v zaměstnání, měl rodinu, žil pro tu rodinu, 3 děti, 2 dcery, syna a manžela, se kterým jsem prožila 61 roků pěkného manželství. No máme 6 vnoučat a 13 pravnoučat.*
12. **Rozhovor:** *Když je to člověk mladý, je to jinak, když je člověk starý, je to zas jinak.*
13. **Rozhovor:** *Dokud jsem slyšel, bylo to lepší, ale to už je dlouho.*
14. **Rozhovor:** *No to víte, jakmile člověk přestane slyšet, není to žádná sranda a určitě si teprve pak uvědomí, že je ten sluch fakt nutný. Aspoň ten zrak mám ještě dobrý, to byl úplně můj konec, mít ještě špatné oči navíc.*

Participant, kteří jsou sluchově postižení už od mládí vidí dnešní dobu jako lepší z hlediska poskytování pomůcek a služeb. Naopak ti, kteří přišli o sluch v průběhu života nebo až ve stáří vidí dřívější dobu jako lepší, protože zažili život se sluchem i bez něj a samozřejmě se jim vzpomíná na dobu, když ještě slyšeli, mnohem lépe.

Co Vám dělá v životě největší radost?

1. **Rozhovor:** *Ta práce mi dává radost, jinak jsem doma sám, ale ta práce mi dělá radost. Proto jsem v důchodě a chodím občas ještě na brigády.*
2. **Rozhovor:** *Ve společnosti sluchově postižených mám radost, dělají se akce, tak se trochu pobavíme. Taky zahrádka mi dělá radost.*
3. **Rozhovor:** *Co mi dělá největší radost? Největší radost mi dělá to, že mám moc hodnou přítelkyni, která má trochu drží nad vodou, jak se říká. Hodně mě i podržela, když jsme se seznámili a potom, protože nebyl jsem kdysi až takový, jak se řekne, byl jsem rapl prostě, ale teďka, no přiznávám se, jsem spokojený, je moc hodná. A zahrádka a teďka pejsánkové mi dělají radost, dcerka má pejsánka, takže nám dělá strašnou radost, když nám ho dá a taky Viola má tři dcery a já se tam u nich cítím*

jako doma s nima, prostě mě vzali do rodiny. Taky budu teď vlastně pradědeček, protože Violky dcera bude mít miminko.

4. **Rozhovor:** *Největší mi radost mi dělá, když můžu v televizi sledovat sportovní utkání, anebo práce na zahrádce, protože to musím dělat místo mamky, ale mě to celkem baví.*
5. **Rozhovor:** *Miluji rybaření. Manželka, vycházka, výlety, návštěva klubu, to mi dělá radost. Koronavirus je, nesmí se nic, okresy se nesmí, to bylo hrozné.*
6. **Rozhovor:** *Když můžu jít na návštěvu za kamarádkou, přečtu si knížku, podívám se v televizi na dokument o přírodě.*
7. **Rozhovor:** *Jsem spokojený, kouřit mi chutná, kafe si uvařím, na televizi se dívám, rád sleduji večerníček a potom jdu spát. Záleží na programu, nějaké zprávy, sport, teď sleduji hokej.*
8. **Rozhovor:** *Ježíš, co bych řekla, no, když někde něco se děje a můžu tam jít, aby zas byla změna, třeba na to cvičení teda, teď jsem tam dvakrát nebyla, protože jsem měla jiné věci, ale už ji i špatně slyším, takže si příště musím vzít sluchátko. No taky do dílny, když sestřičky volají pojdte, pojdte, ať tady nejste sama, tak jdu, ale sedím tam, je mi to i trapné, ale nejsem tady sama aspoň.*
9. **Rozhovor:** *Já už nemám radost z ničeho, mě velice trápí moje hlava, furt se mi motá, takže já bych nejradši už byla pryč, abych tady neotravovala, já si nenaříkám, nejde to (smích).*
10. **Rozhovor:** *Čtu si, nic jiného ani nemůžu moc dělat, už jsme starý no (smích).*
11. **Rozhovor:** *Když jsou všichni zdraví, jak moje děti, jejich děti a pravnoučata, to člověk má z toho fakt největší radost, to už v tomto věku je nejdůležitější, teď se pravnučka dostala na gymnázium, dělá gymnastiku, řeči jí jdou, hodně čte no a její bratr je fotbalista, mám šikovné děti, mám z nich velkou radost, volají mi, nemohli sem vůbec chodit, ale už sem můžou, jen musí být otestováni.*
12. **Rozhovor:** *Když za mnou dojde neter.*
13. **Rozhovor:** *No ten sport, když nás reprezentují, hokej, fotbal, zrak mám ještě v pořádku, na tu televizi nepotřebuji brýle, na čtení už jo.*
14. **Rozhovor:** *Mám moc ráda křížovky, čtu si noviny, jdu se podívat za holkama, to mi dělá radost, když můžu být s někým.*

I přesto, že jsou všichni sluchovým postižením omezeni, dokážou si najít něco, co je dělá šťastnými. Pro většinou jsou to úplně obyčejné věci, jako sledování televize, práce na zahrádce nebo setkávání s přáteli.

9 Interpretace výsledků

Díky všem rozhovorům můžeme odpovědět na výzkumné otázky, které byly na začátku práce položeny.

V jakých činnostech vnímají senioři se sluchovým postižením největší omezení?

Můžeme říct, že hlavní omezení je pro všechny především v komunikaci. Je pro ně velmi těžké porozumět někomu, kdo mluví v podstatě cizí řečí. Proto je velmi důležité, aby se lidé snažili nejen sluchově postiženým porozumět a mít s nimi trpělivost, zopakovat jim otázku, popřípadě ji položit jinak a jednodušeji. Snaha je důležitá jak u intaktní společnosti, jak u sluchově postižených, kteří musí naopak chápat to, že znakový jazyk ještě není mezi lidmi tolik rozšířený, není úplně jednoduché se jej naučit a ve většině případů nemají lidé motivaci, proč by se jej měli učit například místo anglického jazyka, který považují za mnohem důležitější.

V čem se jejich život změnil nejvíce?

Ti, kteří se se sluchovým postižením už narodili nebo jej získali v dětském věku nevidí žádnou výraznou změnu, což je pochopitelné. Naopak v porovnání s nimi ti, kteří přišli o sluch až v průběhu života nebo ve stáří si jsou dobře vědomi rozdílů, které jejich život poznamenaly. Jde především o porozumění svému okolí, dříve nebyl problém vyřídit cokoli, co bylo potřeba, ale po získání sluchového postižení se taková zdánlivě banální věc stala problematickou. Musí řešit úplně jiné problémy než dříve, musí okolí vysvětlovat, že neslyší, že potřebují pomalejší komunikaci, že potřebují otázku zopakovat. Je pro ně nepříjemné být ve společnosti, kde nerozumí ostatním.

Má sluchové postižení dopad na profesní uplatnění a postavení ve společnosti?

Z výzkumu vyplývá, že osoby se sluchovým postižením měli dříve lepší možnost uplatnění, než jakou ji mají dnes. I přes to, že je vzdělávání osob se sluchovým postižením kvalitnější a rozsáhlejší, mají tyto osoby problém najít si práci, jelikož mají často zaměstnavatelé předsudky vůči těmto lidem a raději nabídnou práci slyšícímu než někomu, kdo neslyší, i přes to, že by třeba udělal jednou tolik práce právě z důvodu, že neztrácí čas s ostatními a věnuje se své práci.

Zaměstnavatelé mají často strach, že se s nimi nebudou moct dorozumět a také především o jejich bezpečnost.

Ve společnosti osoby se sluchovým postižením nemají pocit méněcennosti, avšak i přesto pociťují, že je jistá bariéra mezi nimi a intaktní společností, především v oblasti komunikace a stále nedostatečné informovanosti o sluchovém postižení.

Jaké jsou možnosti pomůcek, volnočasových aktivit a služeb pro sluchově postižené?

Z průzkumu je patrné, že dříve nebyly takové možnosti kompenzačních pomůcek, jako jsou dnes. Doba se posouvá dopředu a s ní i nabídka pomůcek pro sluchově postižené. Nejdůležitější jsou pro ně sluchadla, světelné nebo vibrační budíky a zvonky, sluchátka pro poslech televize a televizní titulky a také mobilní telefon speciálně uzpůsobený pro osoby seniorského věku.

Pokud mají senioři se sluchovým postižením možnost, rádi využijí nabídky volnočasových aktivit, mezi které patří nejčastěji různé druhy besed, výtvarné a sportovní činnosti, výlety a návštěvy kulturních a společenských akcí.

Pro většinu osob se sluchovým postižením, především těm s těžkým stupněm postižení je úplně nejdůležitější služba tlumočnicka, kterou hojně využívají, možná i z tohoto důvodu je podle některých názorů tlumočnicků stále nedostatek.

10 Závěr

Bakalářská práce se zabývala tématem Kvalita života seniorů se sluchovým postižením. V teoretické části obecně seznamuje s tématem sluchového postižení, představuje kompenzační pomůcky a sociální služby pro tyto osoby a podrobněji nahlíží na seniory.

V praktické části se tato bakalářská práce snaží pohlédnout na život seniorů a na základě rozhovorů přímo se seniory se sluchovým postižením zhodnotit jeho kvalitu.

Rozhovory se seniory proběhly ve dvou zařízeních, a to konkrétně v Břeclavském Spolku neslyšících v počtu 5 rozhovorů a v Kyjovském Centru služeb pro seniory v počtu 8 rozhovorů. Jeden rozhovor proběhl v domácím prostředí s rodinným příslušníkem. Celkem se tedy výzkumu zúčastnilo 14 seniorů se sluchovým postižením.

Pro realizaci byl použit kvalitativní výzkum. Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jakou kvalitu života tyto osoby mají. V rámci tohoto hlavního cíle bylo seniorům položeno 13 otázek v podobě polostrukturovaného rozhovoru a odpovědi byly zaznamenány do mobilního telefonu a do této bakalářské práce použity v doslovném znění. Odpovědi ze všech otázek byly prozkoumány a z každé vzešel jeden krátký komentář. Poté byly zodpovězeny 4 doplňující, dílčí otázky, na které se tato práce také soustředila, a nakonec hlavní výzkumná otázka.

Jaká je kvalita jejich života?

Po porovnání všech skutečností, které byly díky tomuto výzkumu zjištěny můžeme říct, že kvalita seniorů se sluchovým postižením je lepší, než byla dříve. Senioři, kteří se se sluchovou vadou narodili konstatují, že dříve určitě nebyly takové možnosti pomůcek a služeb, jaké jsou dnes. Naopak pracovní uplatnění vnímají v minulých dobách pozitivněji, lidé se sluchovým postižením mohli pracovat kdekoliv a kdykoliv, zatímco v dnešní době se hodně zaměstnavatelů obává tyto osoby zaměstnat z důvodu nedostatečné informovanosti a obav o jejich zdraví. Oproti dobám minulým mají dnes tyto osoby obrovské množství nabízených služeb a pomůcek, které jim výrazně napomáhají v překonávání každodenních překážek života spojených se ztrátou sluchu. Ve společnosti se senioři se sluchovým postižením cítí přijatí, avšak občas mají pocit, že ostatní obtěžují svými prosbami o zpomalení řeči nebo zopakování řečeného. Společnosti by pomohla větší osvěta o světě sluchově postižených, jelikož i v dnešní moderní společnosti je ještě stále nedostatek informací a lidé nemají motivaci se o tuto skupinu osob zajímat více dopodrobna. Různé přednášky a větší mediální informovanost by jistě pomohla ke zlepšení vztahů mezi sluchově postiženými a intaktní společností. Co se týče

kompenzačních pomůcek, které jsou seniorům nabízeny, jsou rozdílných názorů. Většina z nich využívá sluchadlo, se kterým je ale spokojena přibližně jen polovina z nich. Druhé polovině sluchadla nevyhovují, obtěžuje je jejich nošení a spíš jsou jim na škodu. Sluchadlo podle nich zvuk nepříjemně zesiluje a slyší především rušivé zvuky ze svého okolí, píská jim v nich a cena vzhledem k výkonu jim přijde nepoměrně vysoká. Se službami v okolí jsou naopak senioři velmi spokojeni, ve většině případů jim nic nechybí, pár z nich by uvítalo větší množství tlumočnicků. Celkově jsou senioři s kvalitou svého života spokojeni. Jak ti, kteří bydlí s rodinou, tak i ti, kteří žijí v domově pro seniory.

Několik seniorů se zmínilo, že jim dělá problémy porozumět ve větší skupině lidí, například když jim dojde někdo udělat přednášku nebo zazpívat. Jako doporučení pro zlepšení kvality poslechu sluchově postižených osob v tomto konkrétním domově pro seniory by mohlo být přínosné nainstalovat do společenské místnosti **indukční smyčku**, která by tyto problémy mohla vyřešit. Se všemi ostatními službami jsou zde senioři spokojeni, chválí si vstřícný přístup personálu a nabídku volnočasových aktivit.

Téměř každý z nich ovšem zmínil negativní dopady Koronaviru, kdy všichni musíme být doma. Právě senioři trpí nejvíce. Chybí jim společnost, mnohdy už žijí sami, bez manžela nebo manželky a to, že musí být jen doma a nikdo je pomalu ani nemůže navštívit je pro ně velmi těžké. I z praxe v Unii neslyšících vím, že za rok, co byli senioři sociálně izolováni se jejich zdravotní stav výrazně zhoršil. Má to také dopad na jejich vyjadřovací schopnosti. Pokud si dlouhou dobu s nikým nepovídají, může se stát, že postupně úplně přestanou komunikovat a začne jim nastupovat stařecká demence. Proto je velmi důležité, abychom našim starším rodinným příslušníkům pomáhali, navštěvovali je a dokud tu jsou s námi si užívali každou možnou chvíli s nimi. Ale i přes skutečnost, že momentální situace není lehká, si ve svém volném čase dokážou najít činnosti, které je baví a dělají jim radost, a i přes jejich omezení dokážou vést plnohodnotný život, se svým postižením jsou smířeni a berou ho jako součást jejich života.

11 Seznam literatury

- BALCAR, K. In: PAYNE, Jan a kol. Kvalita života a zdraví. Praha: Triton, 2005. ISBN: 80-725-4657-0.
- CRIMMINS, James E. Jeremy Bentham. Stanford encyclopedia of Philosophy. Stanford: The Metaphysics Research Lab, 2015, 3. ISBN: 1095-5054.
- ČEVELA, R., Zdeněk K. a Libuše ČELEDOVÁ. Sociální gerontologie: úvod do problematiky. Praha: Grada, 2012. ISBN: 978-80-247-3901-4.
- DRAGOMIRECKÁ, E. – ŠKODA, C. Kvalita života: Vymezení, definice a historický vývoj pojmu v sociální psychiatrii. In: Česká a slovenská psychiatrie (časopis psychiatrické společnosti), 1997
- DVOŘÁČKOVÁ, D. Kvalita života seniorů: V domovech pro seniory. Grada, 2012. ISBN: 978-80-247-4138-3.
- FENCLOVÁ, J. Ve světě sluchového postižení. Praha: INPRESS, 2005. ISBN: 80-86792-27-7.
- GURKOVÁ, E. Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN: 978-80-247-3625-9.
- HÁŠKOVCOVÁ, H., 2010. Fenomén stáří. 2. vyd. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN: 978-80-87109-19-9.
- HAYFLICK, L. Jak a proč stárneme. Praha: Knižní klub, 1997. ISBN: 80-85928-97-3.
- HNILICOVÁ, H. In: PAYNE, Jan a kol. Kvalita života a zdraví. Praha: Triton, 2005. ISBN: 80-725-4657-0
- HORÁKOVÁ, R. Sluchové postižení: úvod do surdopedie. Praha: Portál, s.r.o., 2012. ISBN: 978-80-262-0084-0.
- HRODEK, O., J. VAVŘINEC. Pediatrie. Praha: Galén, 2002. ISBN: 80-7262-178-5.
- HRUBÝ, J. Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu, 1. díl 2. přepracované a rozšířené vydání, Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, 1999. ISBN: 80-7216-096-6.

- HRUBÝ, J. Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu, 2.díl. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, 1998. ISBN: 80-7216-075-3.
- HRUBÝ, J. Úvod do výchovy a vzdělávání sluchově postižených. Část 1. Praha: Tiché učení, 2010. ISBN: 978-80-904786-1-9.
- JAROŠOVÁ, D. Péče o seniory. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. ISBN: 80-7368-110-2.
- KAŠPAR, Z. Technické kompenzační pomůcky pro osoby se sluchovým postižením. Praha: Česká komora tlumočnicků znakového jazyka, c2008. ISBN: 978-80-87153-63-52.
- KOVÁČ, D., 2004: Kultivace integrované osobnosti. In: Psychologie Dnes, s. 12-14.
- KRAHULCOVÁ, B. Komunikace sluchově postižených. Praha: Karolinum, 2002. ISBN: 80-246-0329-2.
- KRAHULCOVÁ, B. Komunikační systémy sluchově postižených. Praha: Beakra, 2014. ISBN: 978-80-903863-2-7.
- LEJSKA, M. Poruchy verbální komunikace a foniatrie. Brno: Paido, 2003. ISBN: 80-7315-038-7.
- MACUROVÁ, A., ZBOŘILOVÁ R. Jazyky v komunikaci neslyšících. Karolinum, 2019. ISBN: 978-80-246-3412-8.
- MŮHLPACHR, P. Gerontopedagogika. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN: 80-210-3345-2.
- NEČASOVÁ, M. Úvod do filozofie a etiky v sociální práci. Brno: Masarykova univerzita, 2001. ISBN: 80-210-2673-1.
- PAYNE, J. a kol. Kvalita života a zdraví. Praha: Triton, 2005. ISBN: 80-7254-657-0.
- PRŮCHA, J., VETEŠKA, J. Andragogický slovník. Praha: Grada, 2012. ISBN: 978-80-247-3960-1.
- PULDA, M. Surdopedie. Olomouc: Rektorát Univerzity Palackého v Olomouci, 1992, ISBN: 80-7067-190-4
- REICHEL, J. Kapitoly metodologie sociálních výzkumů. Praha: Grada, 2009. s. ISBN: 978-80-247-3006-6.

- SLOWÍK, J. Speciální pedagogika. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN: 978-80-247-1733-3.
- SNOEK, F. J. Quality of Life: A Closer Look at Measuring Patients' Well-Being. Diabetes Spectrum, 2000. Vol. 13, no. 1. ISBN: 1040-9165.
- SOURALOVÁ, E. a Pedagogická fakulta. Surdopedie: studijní opora pro kombinované studium, I. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN: 80-244-1007-9.
- SOURALOVÁ, E, LANGER, J. Surdopedie – studijní opora pro kombinované studium. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN: 80-244-1084-2.
- STRAUSS, A. L. a CORBIN, J. Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie. Brno: Boskovice: Sdružení Podané ruce, 1999. ISBN: 80-85834-60-X.
- STROUD, M. Stáří je dar. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1996. ISBN: 80-7192-090-8.
- STRNADOVÁ, V. Úvod do surdopedie. Liberec: technická univerzita, 2002. ISBN: 80-7083-564-8.
- SVOBODOVÁ, L. In ŠUBRT J., Soudobá sociologie III. Diagnózy soudobých společností. Karolinum, 2008. ISBN: 9788024614861
- ŠIMÍČKOVÁ – ČÍŽKOVÁ, J. Přehled vývojové psychologie. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. ISBN: 978-80-244-2433-0.
- ŠIMŮNEK, M. a Odbor sociálních věcí a zdravotnictví. Adresář sociálních služeb 2020: přehled sociálních a souvisejících služeb pro rodiny s dětmi, mládež, seniory, osoby se zdravotním postižením, menšiny a osoby v obtížných životních situacích. Hradec Králové: Statutární město Hradec Králové, 2020. ISBN: 978-80-87637-41-8.
- ŠVAŘÍČEK, R. a ŠEĐOVÁ, K. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál, 2014. s. 15. ISBN: 978-80-262-0644-6.
- VAĐUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P. Kvalita života: teoretická a metodologická východiska. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2005. ISBN: 80-210-3754-7
- VAĐUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P. In LUDÍKOVÁ, L. Pohledy na kvalitu života osob se sensorickým postižením. Univerzita Palackého Olomouc, 1.vydání, 2012. ISBN: 978-80-244-3286-1

VALENTA, M. Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru. Praha: Portál, 2014. ISBN: 978-80-262-0602-6.

VÁŽANSKÝ, M. Kvalita života starších dospělých a seniorů v kontextu výchovné a sociální pomoci. Brno: MSD, 2010. ISBN: 978-80-7392-130-9.

VEENHOVEN, R. The Four Quality of Life: Ordering Concepts and Measures of the Good Life. *Journal of Happiness Studies*, 2000, Vol. 1, No. 1, pp 1-39, ISSN: 1389-4978.

VETEŠKA, J. Aktuální otázky vzdělávání dospělých – andragogika na prahu 21. století. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2011. ISBN: 978-80-7452-012-9.

VYMĚTAL, J. Úvod do psychoterapie. Praha: Grada, 2003. ISBN: 80-247-0253-3.

WOLF, J. Umění žít a stárnout. Praha: Svoboda, 1982. ISBN: 25-124-82.

11.1 Seznam elektronických zdrojů

AIMA. *medicina.cz* [online]. [cit. 27.6.2020]. Dostupné z: <http://medicina.cz/clanky/7224/34/Kochlearni-implantaty/?fbclid=IwAR2s4mrvbh82nmyMnJNDvfhHepS9AQYI3OrHnMfCc8aWmo1NM5ayzTCFSDk4>

ELEKTRONICKÝ KATALOG SOCIÁLNÍCH SLUŽEB JIHOMORAVSKÉHO KRAJE. *socialnisluzby.kr-jihomoravsky.cz* [online]. [cit. 18.5.2020]. Dostupné z: <https://socialnisluzby.kr-jihomoravsky.cz/Sluzby/Vyhledat?strankovani=&cilovaSkupina=1&formaSluzby=&zivotniSituate=&druhSluzby=24&klicoveSlovo=&obec=&okres=&vzdalenost=10>

HEŘMANOVÁ, Eva. Kvalita života a její modely v současném sociálním výzkumu. Vysoká škola ekonomická v Praze a Metropolitní universita o. p. s., Praha, 2012. *Sociológia – Slovak Sociological Review* 4:478-496 Dostupné z:

https://www.researchgate.net/publication/263303947_Kvalita_zivota_a_jeji_modely_v_soucasnem_socialnim_vyzkumu

ZÁKONY

ČESKO. Zákon č. 155/1998 Sb., o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2021 [cit. 4. 5. 2021]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1998-155#f1878313>

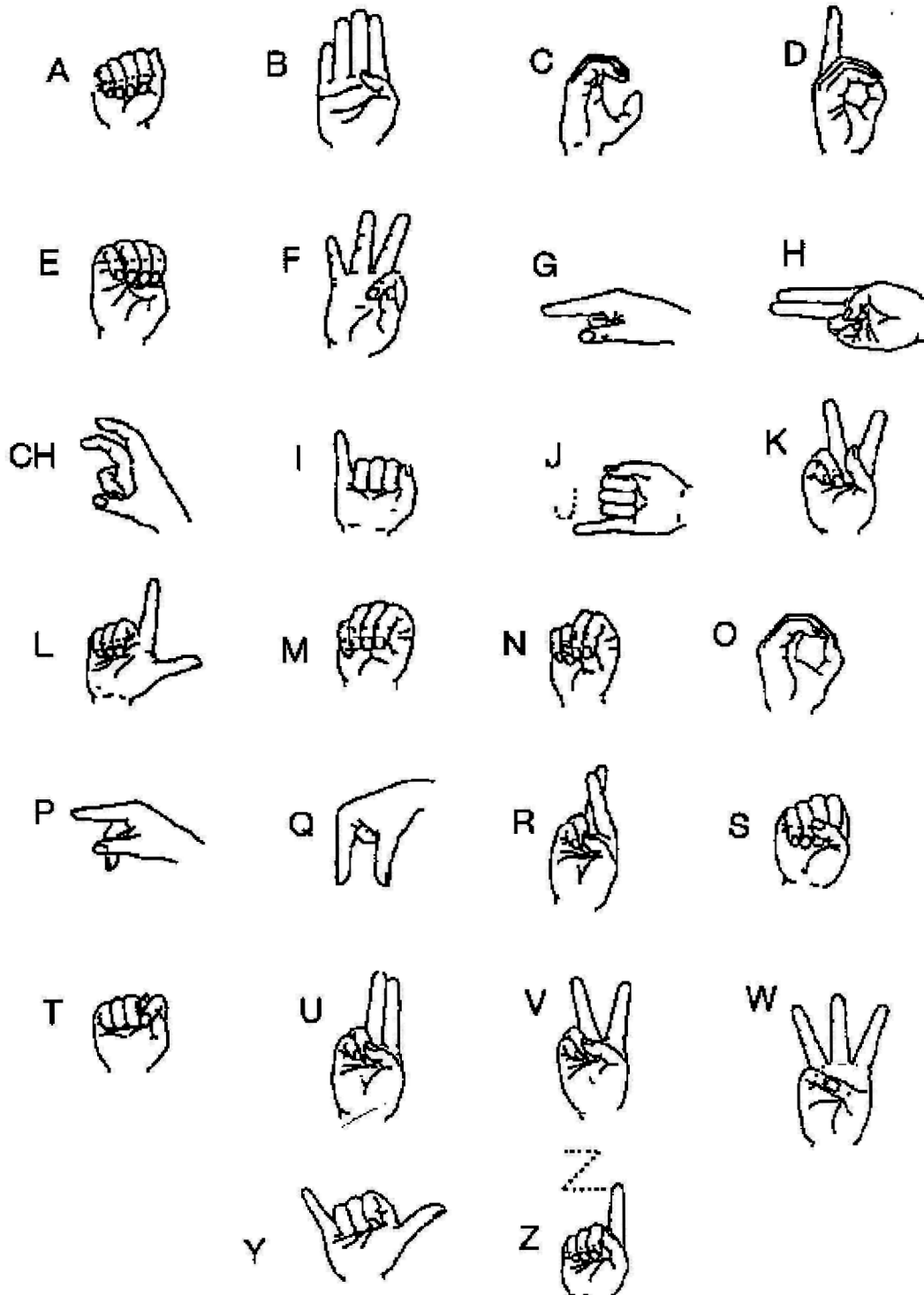
ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: Zákony pro lidi.cz [online]. © AION CS 2010-2021 [cit. 4. 5. 2021]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#f3009617>

ČESKO. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In: Zákony pro lidi.cz [online]. © AION CS 2010-2021 [cit. 4. 5. 2021]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>

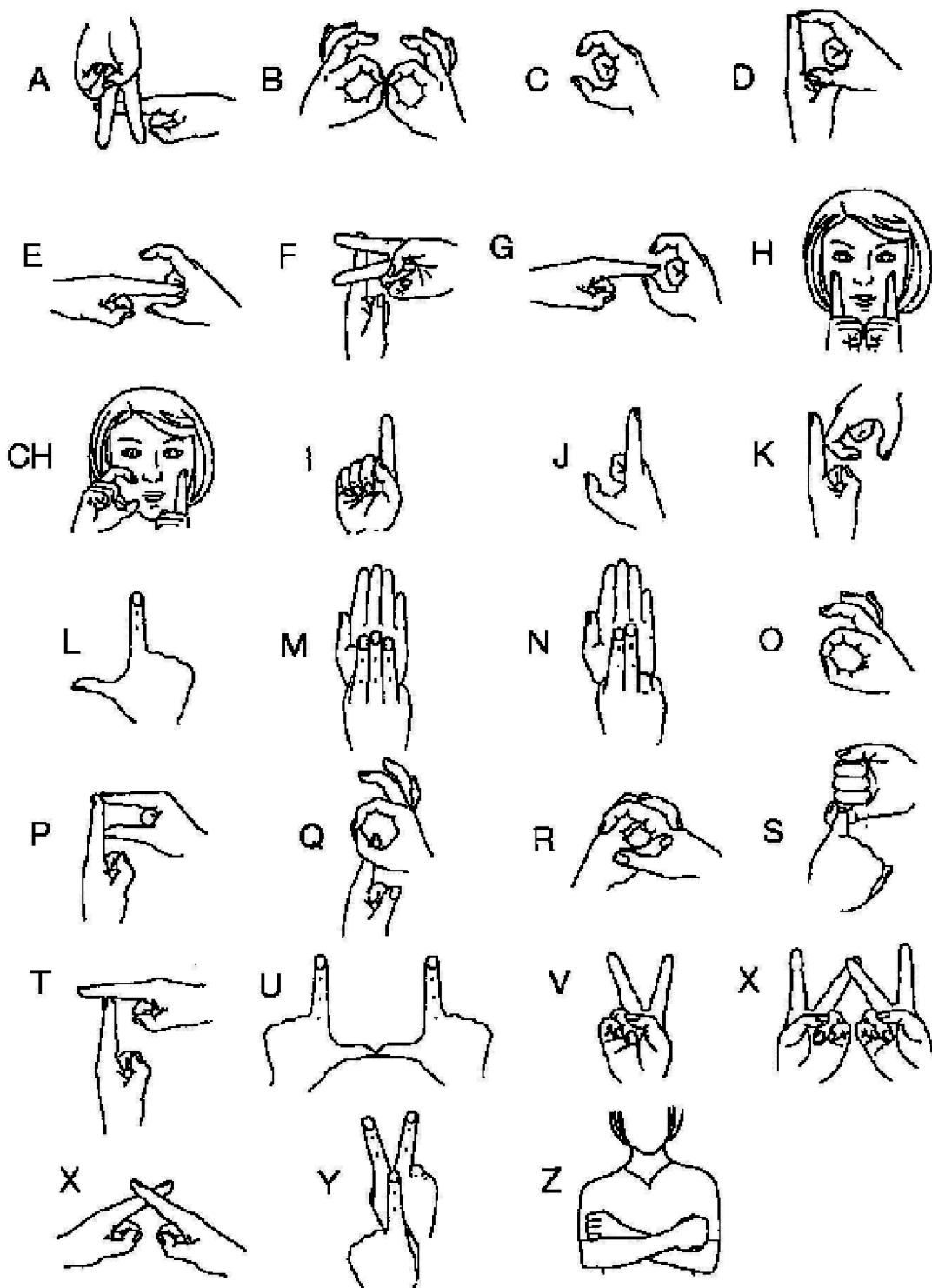
12 Seznam příloh

1. Jednoruční prstová abeceda, dostupné z:
<https://www.lorm.cz/legacy/HMN2/obsahCD/neveslo/komunikace.html#komunikacni-systemy-osob-s-hluchoslepotou>
2. Obouruční prstová abeceda, dostupné z:
<https://www.lorm.cz/legacy/HMN2/obsahCD/neveslo/komunikace.html#komunikacni-systemy-osob-s-hluchoslepotou>
3. Lormova abeceda, dostupné z:
<https://www.lorm.cz/legacy/HMN2/obsahCD/neveslo/komunikace.html#lormova-abeceda>
4. Schéma konstrukce sluchadla, Lejska, 2003, s. 57
5. Kochleární implantát, Krahulcová, 2014, s. 308

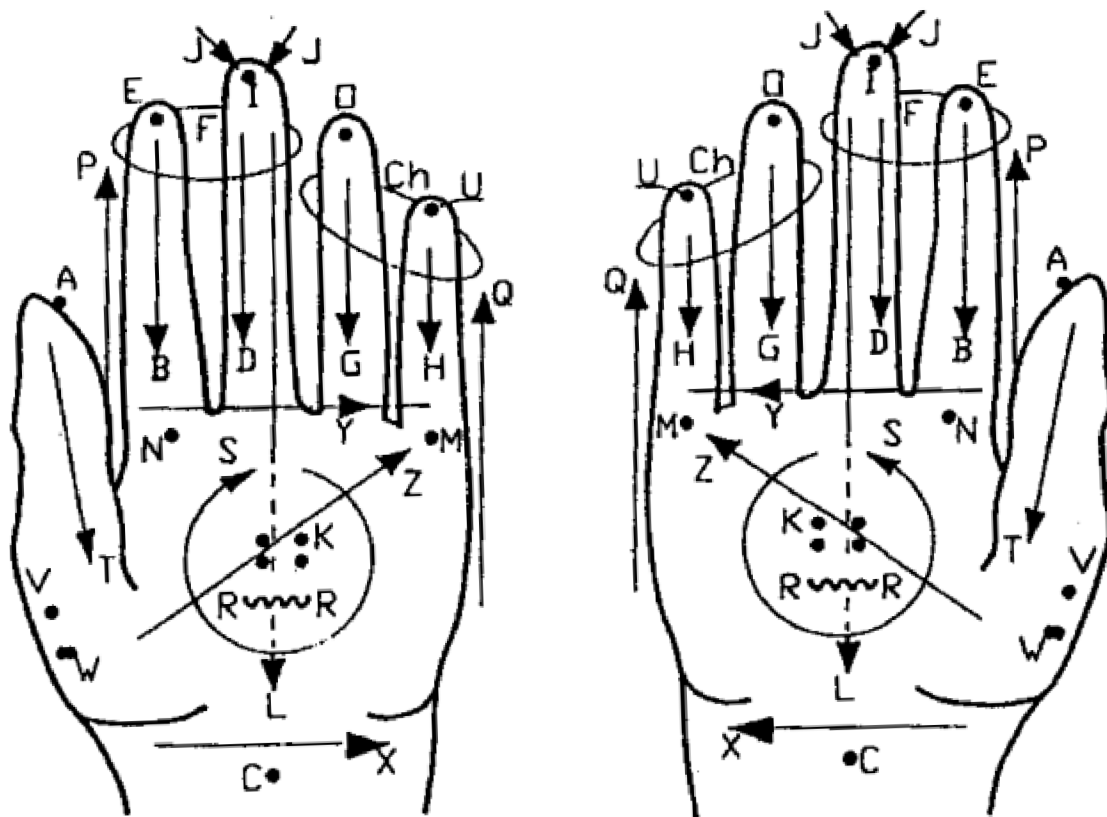
Prstová abeceda pro jednu ruku

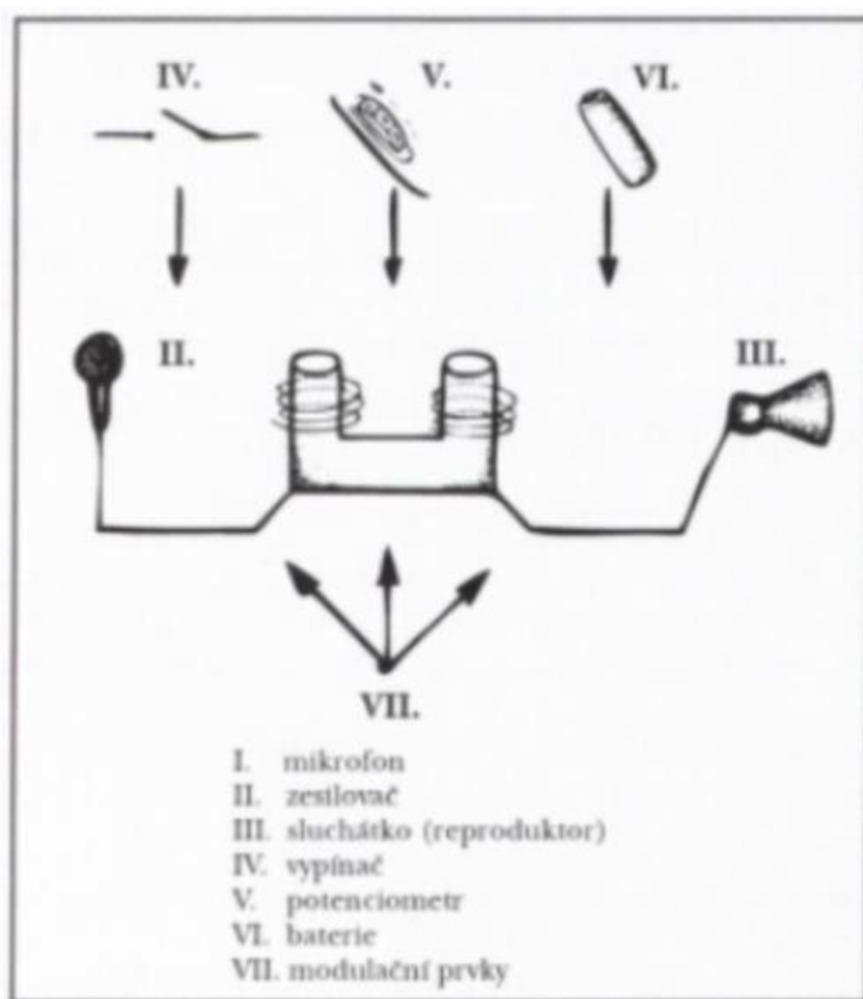


Prstová abeceda pro dvě ruce

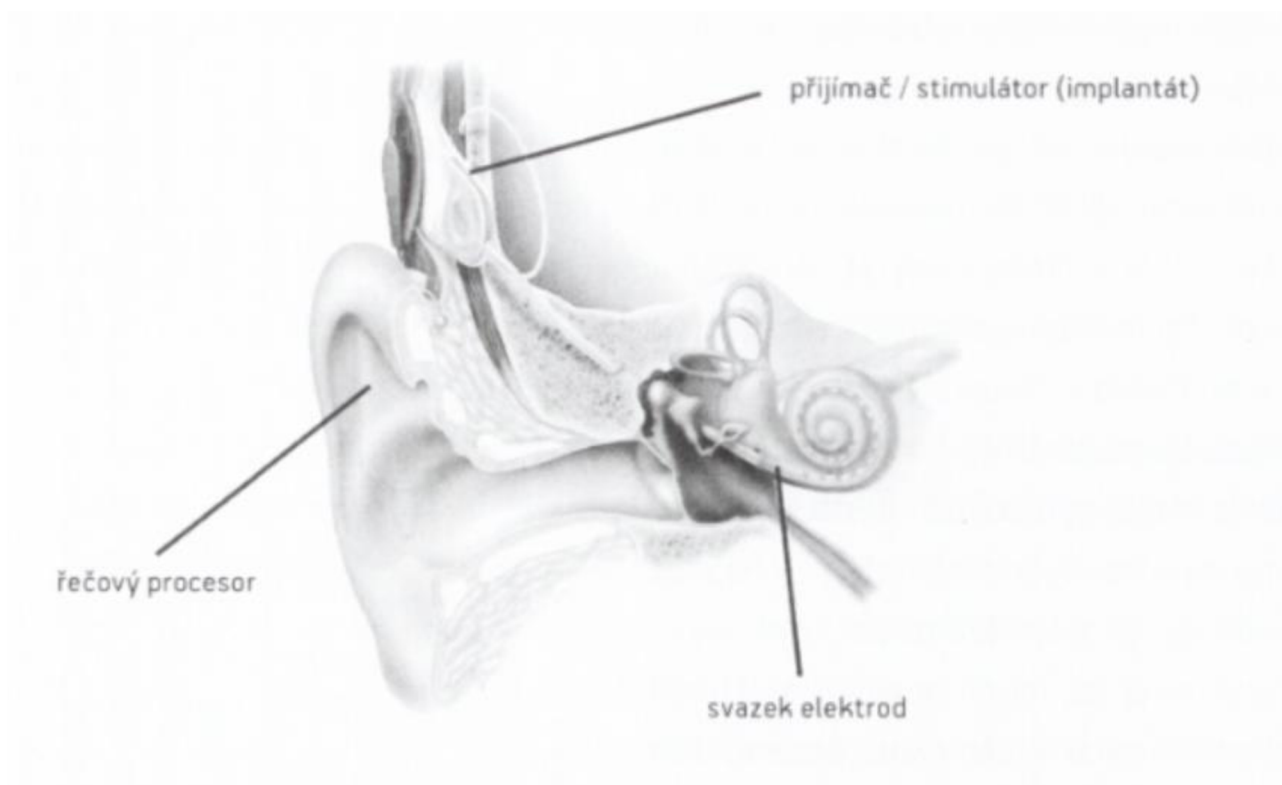


Příloha č. 3 Lormova abeceda (lorm.cz)





Příloha č. 5 Základní schéma kochleárního implantátu (Krahulcová, 2014, s. 308)



ANOTACE

Jméno a příjmení:	Darina Špakovičová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. BcA. Pavel Kučera, Ph.D.
Rok obhajoby:	2021

Název práce:	Kvalita života seniorů se sluchovým postižením
Název v angličtině:	Senior with hearing impairment and his quality of life
Anotace práce:	Bakalářská práce je zaměřena na seniory se sluchovým postižením a jejich kvalitu života. Cílem práce bylo zjistit, zda má postižení vliv na kvalitu jejich života.
Klíčová slova:	Senior, stáří, kvalita života, sluchové postižení, kompenzační pomůcky, komunikační systémy neslyšících
Anotace v angličtině:	The bachelor thesis is focused on seniors with hearing impairment and their quality of life. The aim of the study was to determine whether the disability affects the quality of life.
Klíčová slova v angličtině:	Senior, old age, quality of life, hearing impairment, compensatory aids, communication systems for the deaf
Přílohy vázané v práci:	1. Jednoruční prstová abeceda 2. Obouruční prstová abeceda 3. Lormova abeceda 4. Schéma konstrukce sluchadla 5. Základní schéma kochleárního implantátu
Rozsah práce:	67 stran, 17 447 slov, 115 117 znaků (včetně mezer)
Jazyk práce:	Čeština