

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky a logopedie

Nekompenzovaná sluchová ztráta u osob v seniorském věku
v domovech pro seniory

Bakalářská práce

Autor: Kateřina Pohorská
Studijní program: B7506 Speciální pedagogika
Studijní obor: 7506R052 Speciální pedagogika - intervence
Vedoucí práce: Mgr. Tereza Skákalová, Ph.D.



Zadání bakalářské práce

Autor: Kateřina Pohorská

Studium: P131223

Studijní program: B7506 Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika - intervence

Název bakalářské práce: **Nekompenzovaná sluchová ztráta u osob v seniorském věku v domovech pro seniory**

Název bakalářské práce AJ: Non-compensated hearing loss of old-age persons in retirement homes

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Teoretická část práce se zabývá sluchovou ztrátou u osob v seniorském věku, možnostmi nápravy těchto sluchových vad a specifiky komunikace s takto znevýhodněnými lidmi. S ohledem na zaměření práce je dále řešena problematika péče a nabídky služeb této cílové skupině ze strany domovů pro seniory. Cílem praktické části je zjištění aktuální situace seniorů s nekompenzovanou sluchovou ztrátou ve vybraných domovech pro seniory. Zjištěn bude počet těchto seniorů a vliv jejich vady na podporu a intervenci ze strany domova pro seniory. Použité metody: dotazník, rozhovor.

HROBŇ, Miloslav; HOŘEJŠÍ, Jaroslav; JEDLIČKA, Ivan. Nedoslychavost. 1. vydání. Praha: Makropulos, 1998, 90 s. ISBN 80-86003-13-2 POKORNÁ, Andrea. Komunikace se seniory. 1. vydání. Praha: Grada, 2010, 160 s. ISBN 978-80-247-3271-8 RHEINWALDOVÁ, Eva. Novodobá péče o seniory. 1. Vydání. Praha: Grada, 1999, 86 s. ISBN 80-7169-828-8

Garantující pracoviště: Katedra speciální pedagogiky,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: Mgr. Tereza Skákalová, Ph.D.

Oponent: PhDr. Petra Bendová, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 27.1.2015

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala (pod vedením vedoucí bakalářské práce) samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 25. března 2016

Prohlášení

Prohlašuji, že bakalářská práce je uložena v souladu s rektorským výnosem č. 1/2013
(Řád pro nakládání se školními a některými jinými autorskými díly na UHK).

Datum:..... Podpis studenta:.....

Poděkování

Děkuji vedoucí mé bakalářské práce paní Mgr. Tereze Skákalové, Ph.D. za cenné a odborné rady a konzultace při přípravě této práce.

Děkuji svým rodičům a blízkým za psychickou podporu.

Děkuji domovům pro seniory v Ústí nad Orlicí a České Třebové za vstřícnost při provedení výzkumu pro tuto bakalářskou práci.

Anotace

POHORSKÁ, Kateřina. *Nekompenzovaná sluchová ztráta u osob v seniorském věku v domovech pro seniory*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2016. 93 s. Bakalářská práce.

Teoretická část bakalářské práce na téma Nekompenzovaná sluchová ztráta u osob v seniorském věku v domovech pro seniory se zabývá osobou v seniorském věku, jejími potřebami, příčinami a projevy procesu stárnutí, dále pak sluchovou ztrátou u osob v seniorském věku, jejími specifiky při komunikaci, kompenzaci, terapii a podpoře u osob v seniorském věku se sluchovou ztrátou. S ohledem na zaměření této bakalářské práce bude také řešena problematika komunikace s osobami v seniorském věku, budou zmíněny metody aktivního naslouchání, komunikační bariéry a problematické situace při komunikaci se seniory. Závěr teoretické části bude pojednávat o domovech pro seniory a současných principech péče o osoby v seniorském věku. Cílem praktické části je zjištění aktuálního počtu osob v seniorském věku s nekompenzovanou sluchovou ztrátou ve vybraných domovech pro seniory a vliv jejich sluchové ztráty na podporu a intervenci ze strany vybraných domovů pro seniory. Bylo užito kvalitativního výzkumného designu za použití metod strukturovaných rozhovorů.

Klíčová slova: sluchová ztráta, domov pro seniory, osoba v seniorském věku

Annotation

POHORSKÁ, Kateřina. *Non-compensated hearing loss of old-age persons in retirement homes*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2016. 93 pp. Bachelor Degree Thesis.

In its theoretical part, this bachelor thesis on uncompensated hearing loss of old-age people in retirement homes focuses on the old-age person, her/his needs and the causes and manifestations of the ageing process. It further concentrates on hearing loss of old-age people, its specifics regarding communication, compensation, therapy and support for old-age people with hearing loss. With regard to the topic of the bachelor thesis, the author also addresses aspects of communication with old-age people, methods of active listening, communication barriers and diverse problems arising from communication with the elderly. The final section of the thesis deals with retirement homes and current principles of care for old-age persons. The aim of the practical part is to identify the actual number of old-age persons with uncompensated hearing loss in selected retirement homes and to examine the impact of their hearing loss on the support from and intervention by the selected retirement homes. The thesis builds on quantitative research design and the methods of structured interviews.

Keywords: hearing loss, retirement homes, old-age persons

Obsah

Úvod.....	10
I. TEORETICKÁ ČÁST	12
1. Osoba v seniorském věku	13
1.1 Pohled dnešní společnosti na osobu seniora	14
1.2 Příčiny stárnutí	15
1.3 Projevy procesu stárnutí.....	15
1.3.1 Potřeby osob v seniorském věku	16
1.3.2 Patofyziologické změny spojené s procesem stárnutí.....	19
1.3.3 Nejčastější onemocnění v seniorském věku	20
2. Nedoslýchavost a lidé s ní	24
2.1 Nedoslýchavost	25
2.2 Presbyakuze.....	26
2.3 Léčba a kompenzace nedoslýchavosti	27
2.3.1 Kompenzační pomůcky	29
2.4 Podpora osob v seniorském věku se sluchovou ztrátou	30
3. Specifika komunikace s osobami v seniorském věku.....	33
3.1 Komunikace s osobami v seniorském věku	34
3.2 Komunikace s osobami v seniorském věku se sluchovou ztrátou	35
3.3 Aktivní naslouchání	37
3.4 Komunikační bariéry.....	38
3.5 Problematické situace při komunikaci se seniory	40
4. Osoba v seniorském věku v domově pro seniory	42
4.1 Legislativní vymezení sociální služby domov pro seniory	43
4.2 Domov pro seniory.....	44

4.3	Novodobá péče o osoby v seniorském věku	47
II.	PRAKTICKÁ ČÁST	49
5.	Cíle praktické části.....	50
5.1	Dílčí cíle	51
6.	Metodika výzkumu	53
6.1	Průběh výzkumu.....	55
6.2	Charakteristika místa výzkumu.....	57
6.2.1	Sociální služby Česká Třebová.....	57
6.2.2	Domov důchodců Ústí nad Orlicí	58
6.3	Výzkumný soubor	59
7.	Výsledky výzkumného šetření.....	60
7.1	Prezentace dat získaných výzkumným šetřením.....	60
7.2	Analýza výsledků výzkumného šetření.....	74
7.3	Shrnutí výsledků výzkumného šetření	80
8.	Diskuze	83
	Závěr	85
	Seznam použitých zdrojů.....	87
	Seznam tabulek	92
	Seznam grafů	92
	Seznam příloh	93

Úvod

Osob se sluchovým postižením v seniorském věku je v naší společnosti nezanedbatelné množství, ale i přesto nedochází k dostatečné osvětě zaměřené na toto téma. Podpora těchto lidí se často omezuje na pouhé vyřešení sluchové ztráty a řešení pomocí kompenzačních pomůcek. Postižení sluchu v seniorském věku s sebou nese pouze fyzické postižení jedince, ale postihuje i emoce a osobnost jedince, jeho chápání sama sebe v každodenních situacích, může vyvolat nejistotu, nedůvěru nebo strach. I v literatuře se setkáváme jen omezeně s řešením otázky presbyakuze, podpory a rehabilitace lidí s tímto typem postižení. Postižení sluchu ve stáří je často podceňováno a i když jedinec vnímá sníženou participaci, často ani v tomto případě není ochoten kompenzovat svoje postižení. Z tohoto důvodu se autorka rozhodla vybrat si právě nekompensovanou sluchovou ztrátu v seniorském věku jako téma své bakalářské práce.

Díky zaměření bakalářské práce na téma osob v seniorském věku s nekompensovanou sluchovou ztrátou v domovech pro seniory je zřejmé, že se tato práce nebude věnovat pouze oblasti surdopedie a speciální pedagogiky, dále bude vycházet z oblasti sociální, psychologické, zdravotnické a legislativní.

Teoretická část bakalářské práce si bere za úkol postřehnout aktuální poznatky z problematiky sluchového postižení u osob v seniorském věku v domovech pro seniory. Jednotlivé kapitoly teoretické části se zabývají osobou v seniorském věku, sluchovým postižením se zaměřením na specifika tohoto postižení ve stáří, komunikací s osobami v seniorském věku se sluchovým postižením a sociální službou domov pro seniory.

Jako cíl praktické části této bakalářské práce bylo zvoleno zjištění aktuálního počtu osob s nekompensovanou sluchovou ztrátou ve vybraných domovech pro seniory, jejich podpory a intervence ze strany těchto domovů pro seniory. Byl vybrán kvalitativní výzkumný design, jako nejvhodnější postup pro toto výzkumné šetření. Oproti zadání bylo využito dvou strukturovaných rozhovorů. První z nich byl vytvořen na podkladě autorského dotazníku pro zjištění přítomnosti sluchové ztráty u uživatelů služeb domov pro seniory ve vybraných domovech pro seniory. Druhý

typ strukturovaných rozhovorů je určen zaměstnankyním vybraných domovů pro seniory, díky nim bude zjištěna podpora a intervence uživatelů se sluchovou ztrátou ze strany domovů pro seniory.

Tato bakalářská práce chce upozornit na množství jedinců v seniorském věku, u nichž je přítomna sluchová ztráta, která není nijak kompenzována ani jinak řešena, kvůli tomu u těchto jedinců dochází k rozvoji handicapu. Tato situace by nemusela být tak častá, pokud by v první řadě došlo k větší informovanosti veřejnosti o možnostech pro osoby se sluchovou ztrátou v seniorském věku.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. Osoba v seniorském věku

Osoby v seniorském věku jsou velmi cenné díky svým zkušenostem, neboť v dnešní době si již mnohdy neumíme představit, jaký mohl být život našich prarodičů. Tito lidé byli odkázáni na své vlastní vědomosti a dovednosti. Tento člověk nebyl vždy jen nemocný, špatně se pohybující nebo obtížně se vyjadřující, byl také mladý, plný nápadů a chuti do života. Z těchto a mnohých dalších důvodů bychom se k osobám v seniorském věku měli chovat s patřičnou úctou a pochopením.

Podle Saka a Kolesárové (2012, s. 25) je senior „*člověk v završující životní fázi se specifickým postavením ve společnosti.*“ Znaky, které se pojí s přechodem lidí do kategorie seniorů, jsou zdravotní stav, kondice, stav mysli, životní styl a sociální pole. Avšak v naší společnosti se více zaměřujeme na posuzování stáří podle věku jedince (Sak a Kolesárová 2012).

Podle výzkumu Saka a Kolesárové je v České republice nejednotný pohled na počátek seniorského věku. Na základě odpovědí české populace počátek období stáří datují mezi 60. a 70. rokem věku (Sak a Kolesárová 2012).

Vymezení seniorského věku je velmi obtížné, protože osoba seniora je velmi rozmanitá a nedá se zařadit pouze na základě věku, i když se tomu tak děje. Především závisí na existenci úbytku fyzických sil a změn jak po psychické, tak po sociální stránce jedince. Seniorský věk můžeme dělit na počínající stáří neboli mladí senioři (60/65-74let), vlastní stáří neboli staří senioři (75-84/89 let) a dlouhověkost neboli velmi staří senioři (85/90 a více let) (Čevela 2012). Věková rozrůzněnost je v kategorizaci podle Čevely (2012) způsobena neustále se posouvajícím obdobím odchodu do penze, který považuje jako počátek seniorského věku.

Langmeier (2006, s. 202) definuje stárnutí takto: „*Pod pojmem stárnutí se zpravidla rozumí souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost a pokles schopností a výkonnosti jedince a jež kulminují v terminálním stadiu a ve smrti. Biologické projevy stárnutí jsou nápadné: Je snížena odolnost vůči infekcím, zvyšuje se sklon k nádorovým onemocněním, zpomalení hojení ran, ztrácí se pružnost vaziva, sklerotizují cévy apod.*“ Stárnutí je existenčně důležitý proces nutný pro zachování adaptability a mezidruhově konkurenceschopnosti a střídání generací (Navrátil 2008).

Medicínské obory geriatrie a gerontologie, které se zabývají organizmem v procesu stárnutí, jsou jedny z nejmladších medicínských oborů a specializací. Gerontologie je nauka zabývající se stárnutím organismu (Dienstbier a Procházková 2011). Navrátil (2008) shledává gerontologii jako nauku o stárnutí a stáří, která na tuto problematiku pohlíží z mnoha různých hledisek. Geriatrii pak můžeme chápat jako podobor gerontologie, jedná se o nauku zabývající se péčí o pacienty v postproduktivním věku.

1.1 Pohled dnešní společnosti na osobu seniora

Dnešní společnost vnímá osobu seniora jako člověka, jenž přesáhl 60 let věku, pobírá důchod, většinou zaujímá sociální roli babičky nebo dědečka a jeho stav je spojen se zdravotními problémy (Sak a Kolesárová 2012).

Dvořáčková (2012) předkládá období stáří jako období konečné vývojové etapy manželství a závěru života. Ve velkém množství případů dochází k ovdovění. V naší společnosti je centrem pozornosti dětství a mládí, kdežto problematika stáří je řešena pouze okrajově. Dvořáčková (2012) dodává, že dnešní dospělí chtějí žít odděleně od svých starých rodičů, ale přesto v takové blízkosti, aby jim mohly jejich děti poskytnout pomoc.

Lidé vidí v seniorském věku i řadu pozitivních změn, jako například, že člověk je časově disponibilní, má odlišný životní styl spojený s dostatkem času, větší klid a prostor pro relaxaci, lidé také zmiňovali, že už nemusí chodit do práce a nejsou zatíženi dluhy, které by měli mít v té době splacené. Dále udávali i neuvěřitelné znalosti, moudrost, nadhled a zkušenosti lidí v seniorském věku (Sak a Kolesárová 2012). Na druhou stranu se lidé v seniorském věku obávají nedostatku lásky a citu, respektu, úcty a prestiže. Sak a Kolesárová (2012, s. 31) uvádějí, že: *„Česká populace se více bojí toho, co se ve stáří stane v mezilidských a společenských vztazích ve vazbě na seniora, než konce své existence. Pro českou populaci je kvalita mezilidských vztahů na konci jejich života důležitější než vlastní konec jejich života.“*

Dobře fungující rodina poskytuje osobě v seniorském věku podporu psychickou, fyzickou i hmotnou. Tento typ péče je považován za nejvhodnější způsob pomoci osobám v seniorském věku, protože rodina dodává sociální jistotu ve stáří.

Na druhou stranu mladší generace mají možnost být obohaceny o zkušenosti, kterým se jim nemohlo nijak dostat (Dvořáčková 2012).

1.2 Příčiny stárnutí

„Pro rychlost stárnutí organismu jsou nepochybně důležité genetické faktory. Každý živočišný druh má charakteristickou dobu života a i uvnitř druhu se vyskytují linie s různou dobou přežívání.“ (Nečas 2000, s. 359)

Existuje celá řada teorií ohledně příčin a průběhu stárnutí. Pohled na příčiny stárnutí se mění s objevováním nových znalostí o buněčné a subbuněčné struktuře (Dienstbier a Procházková 2011).

Další teorie zmiňuje jako příčinu procesu stárnutí oxidativní stres. Oxidativní stres je narušená rovnováha mezi antioxidačními mechanismy a působením volných kyslíkových radikálů ve prospěch kyslíkových radikálů (Vokurka 2008). *„Oxidativní stres je spojen se vznikem či rozvojem mnoha chorobných stavů, patří k nim ateroskleróza, diabetes mellitus, nádorové bujení, šedý zákal, zánět, některé neurologické choroby, otravy atd. Předpokládá se vliv volných radikálů na proces stárnutí. Mechanismus jejich působení spočívá v reakci s okolními molekulami a porušením jejich funkce v buňce a organismu.“* (Vokurka 2008, s. 106)

Šulc (2000) pokládá za příčinu stárnutí defektní syntézu proteinů a kumulaci somatických mutací, dále předkládá jako možnou příčinu vývoj imunitního systému jedince, který způsobuje autoimunitní reakci. Upozorňuje také na teorii naprogramování lidského života, která je zkrácena hromaděním volných radikálů či látek v buňce, jako je cholesterol, vápník, lipofuscin...

1.3 Projevy procesu stárnutí

Proces stárnutí se projevuje ve třech základních oblastech: tělesné, psychické a sociální. V rovině tělesné dochází ke změně vzhledu, úbytku svalové hmoty, změně termoregulace, změně činnosti smyslů, degenerativním změnám kloubů, kardiopulmonálním změnám, změnám trávicího systému (trávení, vyprazdňování), změně vylučování moči (častější nucení), změně sexuální aktivity. V rovině psychické se jedná o zhoršení paměti, obtížnější osvojování si nového, nedůvěřivost,

sníženou sebedůvěru, sugestibilitu, emoční labilitu, změny vnímání a zhoršení úsudku. Mezi sociální změny patří odchod do penze, změna životního stylu, stěhování, ztráty blízkých lidí, osamělost, finanční obtíže (Venglářová 2007).

Šulc (2000) představuje stárnutí jako plynulý proces, vlivem kterého dochází ke snižování vitality a zvyšování zranitelnosti tkání, tyto změny jsou ve většině případů irreverzibilní a mají za následek smrt.

Už od středního věku můžeme na sobě pozorovat pomalý počátek procesu stárnutí. Projevuje se hromaděním tuku v tkáních a orgánech a nahrazováním pojivové tkáně mezi svalovými vlákny a kolem orgánů. „*Svaly atrofují a ztrácejí mohutnost, sílu a vytrvalost, i když soustavně cvičíme. Cvičení a pohyb pomohou zpomalit tento proces.*“ (Dienstbier a Procházková 2011, s. 15) Ztráta svalové hmoty má za následek nejistou chůzi až s nebezpečím pádu a třes rukou (Dienstbier a Procházková 2011).

Vlivem stárnutí ztrácí jedinec svalovou hmotu, v kostech ubývají minerální soli, kvůli čemuž vypadávají zuby a křehnou kosti. Celkové držení těla také zaznamenává změny, výška těla se zmenšuje vlivem ztenčení meziobratlových plotének. Úbytek hmotnosti je vyvolán úbytkem počtu buněk, ztrátami vody a osteoporózou (Šulc 2000). Pro zpomalení projevů procesu stárnutí je vhodné doplňovat přísun vápníku a bílkovin v potravě a cvičit alespoň třikrát týdně. Aktivní způsob života má pozitivní vliv na oddálení artrózy kloubů (Dienstbier a Procházková 2011).

Celý organizmus jedince prochází změnami vlivem stárnutí a to na úrovni buněk, tkání a orgánů. V důsledku toho jsou tyto změny patrné i na vnějším vzhledu osoby v seniorském věku. Nesmíme však opomenout ani psychickou a sociální stránku jedince, která prochází změnami stejně tak jako tělesná schránka.

1.3.1 Potřeby osob v seniorském věku

Během života člověka se mění nejen potřeby jedince, ale i jeho psychická stránka. Mění se osobnost jedince. Navrátil (2008) podotýká, že v seniorském věku se snižuje schopnost společenské korekce a zesilují se základní povahové rysy jedince. Při komunikaci s osobami v seniorském věku se můžeme setkat jednak s uzavřeností jedince nebo naopak s tzv. upovídáností. Se seniorským věkem se neodmyslitelně

pojí i touha po stálosti, jedinec se obtížně adaptuje na jakékoliv změny. Po emoční stránce dochází k projevům vznětlivosti a plačtivosti, zhoršování empatických schopností a vztahů v okolí. Pokud jednáme s osobou v seniorském věku, ve většině případů bychom měli být vybaveni trpělivostí, protože u těchto jedinců bývají zpomaleny a zhoršeny percepční a psychomotorické schopnosti. Není překvapením, že změny se týkají i schopnosti zapamatování si. Nezřídka se stává, že staré vzpomínky jsou vybavovány namísto nových. Jedinec se může uchýlovat do minulosti, kdy byl úspěšný, a nedocházelo k selhávání, které může jedinec pociťovat vzhledem ke svému zdravotnímu stavu (Navrátil 2008).

Venglářová (2007) představila model adaptace na stáří. Ukazuje tři přístupy v adaptaci na stáří:

1. Konstruktivní přístup ke stáří

Jedná se o aktivní přístup ke stáří, jedinec si ještě v produktivním věku připravuje aktivity, kterým se bude později věnovat a bude je dál rozvíjet. Dodržuje zásady správného stravování a snaží si udržet tělesné zdraví. Podstatné je také pěstování dobrých vztahů v rodině a mezi přáteli.

2. Závislost na okolí

Tělesné onemocnění poskytuje jedinci závislost na zdravotnících nebo na rodině. V tomto případě se řeší pouze symptomy onemocnění, ale samotná sociální izolace už se neřeší. Stává se, že takové osoby v seniorském věku vyžadují pomoc, ale bez jakékoliv objektivní příčiny.

3. Nepřátelský postoj

K nepřátelskému postoji dochází, pokud je situace, ve které se osoba v seniorském věku nachází, obtížnější a mechanismy zvládnutí na ni nestačí. Nepřátelský postoj může uplatňovat vůči pracovníkům v zařízení, ve kterém jedinec pobírá sociální služby, lidem kolem sebe nebo ostatním uživatelům.

Pro každého člověka je důležité, aby jeho potřeby byly naplněny. Lidské potřeby se v průběhu času mění, z toho důvodu i potřeby osob v seniorském věku budou rozdílné. V tomto věkovém období má větší význam potřeba jistoty a pocitu bezpečí. U těchto jedinců se často setkáváme se zhoršením fyzických i psychických

kompetencí, což vede k uvědomování si postupné ztráty soběstačnosti. V důsledku nenaplnění potřeb je osoba v seniorském věku frustrována a zklamána, poté u ní dochází ke vzniku problémového chování (Hauke 2014).

Pro členění potřeb u osob v seniorském věku tato bakalářská práce vychází z Vágnerové (2007).

1. Potřeba stimulace a otevřenost novým zkušenostem

Intenzita potřeby stimulace a otevřenosti novým zkušenostem bývá snížena. Podle Vágnerové (2007) dávají osoby v seniorském věku přednost klidnějšímu stereotypu oproti nabývání nových a silných prožitků. Pokud se osobě v seniorském věku dostává více nových informací a změn v jejím okolí, může pak docházet k navozování pocitů nejistoty a dezorientace. Tito lidé s oblibou setrvávají v minulosti, schovávají si fotografie, staré věci, dopisy, čtou starší knihy a dívají se na staré filmy... Ale také nesmí docházet k potlačení podnětů a informací, které by následně snižovaly možnost aktivizace jedince a jeho povědomí o současném dění a společnosti.

2. Potřeba sociálního kontaktu

Lidé v jakémkoliv věkovém údobí mají potřebu sociálního kontaktu. Kontakty se známými lidmi znamenají pro osoby v seniorském věku posílení pocitu jistoty a jsou pro ně méně zatěžující než kontakty s cizími lidmi, protože vědí, co od nich očekávat. Rozdílnou míru uspokojování potřeby přináší komunikace s různými generacemi. Senioři mají pocit, že si nerozumí s mladou generací, protože jejich cíle a zájmy jsou vzájemně velmi odlišné (Vágnerová 2007).

3. Potřeba citové jistoty a bezpečí

Potřeba citové jistoty a bezpečí je v období seniorského věku mnohem intenzivnější než v předešlém období. Stává se tak kvůli častým onemocněním, ubývání fyzických sil a ztrátě blízkých. Takoví jedinci potřebují, aby jim pocit bezpečí a jistoty poskytovala jejich vlastní rodina, může dojít ale i ke změně vztahu osoby v seniorském věku ke členům rodiny.

Tato potřeba je z části narušena odchodem z práce, kdy jedinec ztrácí kontakty se svými kolegy (Vágnerová 2007).

Vágnerová (2007) ještě řadí pod potřebu citové jistoty a bezpečí potřebu intimity. Senioři potřebují pro naplnění této potřeby jak psychickou blízkost, tak i fyzický kontakt, ale nemusí se jednat pouze o kontakt erotického charakteru. Starší lidé chtějí mít na blízku někoho, s kým budou sdílet a kdo bude chápat pro ně důležité události.

4. Potřeba seberealizace

Osoba v seniorském věku se může cítit bezvýznamně kvůli svému odchodu do důchodu, proto je důležité, aby si tento jedinec našel další hodnoty a aktivity, kterými naplní svůj život, nebo může kompenzovat svůj pocit bezvýznamnosti zdůrazňováním minulých výkonů. Poslední zmíněná forma kompenzace je často užívána. Podle Vágnerové (2007, s. 346) je „*potřeba seberealizace saturována alespoň symbolicky, v rámci vzpomínek.*“ Potřeba seberealizace může být naplněna nepřímo, díky identifikaci s úspěchem blízkého člověka například dětí nebo vnoučat. Tato potřeba je úzce spjata s pocitem samostatnosti v jednání a rozhodování o sobě samém, důležitý je také pocit užitečnosti.

5. Potřeba otevřené budoucnosti a naděje

Osoby v seniorském věku jsou často konfrontováni se strachem z nemoci, opuštění nebo bezmocnosti, musí přijmout nevyhnutelnost vlastní smrti. Takový jedinec klade důraz na zachování soběstačnosti a sebeúcty. Svoji pozornost přenáší na své potomstvo a vnoučata. „*Vyrovnat se s nutností změny smyslu vlastního života je důležitým a také obtížným úkolem raného stáří.*“ (Vágnerová 2007, s. 347).

1.3.2 Patofyziologické změny spojené s procesem stárnutí

Následkem procesu stárnutí jsou charakteristické změny na úrovni fyziologie jedince. Jedná se o involuci, změnu v morfologii, souběh vleklého onemocnění, rozdíly mezi kalendářním věkem a biologickým věkem jedince a vytváření vlastních homeostatických mechanismů (Navrátil 2008).

Pojmem involuce se rozumí: „úbytek funkčního parenchymu jednotlivých orgánů, který je nahrazován především vazivovou tkání a tukem.“ (Navrátil 2008, s. 337) Příčina změn v morfologii orgánů má za následek poruchu jejich funkce, dochází ke snížení výkonnosti, snížení regenerace sil po zátěži a snížení tolerance jak psychické zátěže, stresu a užívání farmak, tak fyzická zátěž anebo onemocnění. Vyskytuje se také souběh dlouhodobého onemocnění. Proces stárnutí se u každého jedince projevuje individuálně. Rozdílné je i stárnutí jednotlivých orgánů a jejich funkčnost, tento jev má vliv na odlišnost kalendářního a biologického věku jedince v seniorském věku. Orgány jedince v seniorském věku podléhají involuci a zhoršování jejich funkce, kvůli tomu dochází k neustálému vytváření nových homeostatických mechanismů a k adaptaci na zmíněné zhoršené funkce (Navrátil 2008).

1.3.3 Nejčastější onemocnění v seniorském věku

Organismus osoby v seniorském věku je méně odolný a je více náchylný k onemocnění. „Dochází k jeho degeneraci a k trvalým deformacím a poruchám látkové výměny. Člověk se stává i zranitelnějším a s tím souvisí i zvláštnosti chorob ve stáří. Typickým rysem je polymorbidita. V kombinaci s atypickým průběhem jednotlivých nemocí je přesvědčivá i nezbytnost rozdílných diagnostických i terapeutických přístupů rozdílných od mladého člověka.“ (Dienstbier a Procházková 2011, s. 78)

Onemocnění u osob v seniorském věku mají své zvláštnosti. Charakteristická je přítomnost polymorbidity neboli výskyt sdružení několika nemocí, a častější výskyt komplikací. Průběh nemoci bývá dlouhodobější a podle Navrátila (2008) může probíhat i atypicky. Navrátil (2008) pro demonstraci atypických symptomů u onemocnění osob v seniorském věku uvádí, že při probíhající infarktu myokardu může dojít k absenci bolesti na hrudi.

Šulc (2000) upozorňuje na zvýšenou zranitelnost tkání a sníženou vitalitu jedince v seniorském věku, tyto faktory mají za následek až smrt. Jak vyplývá z předchozích tvrzení, organismus jedince v seniorském věku je náchylný k onemocnění. Tato bývají ve většině případů ireverzibilní, kvůli tomu dochází k větší pravděpodobnosti mortality s ohledem na věk nemocného. Lidský organismus prochází vlivem procesu

stárnutí změnami. Mění se stavba jednotlivých buněk, tkání, orgánů, nejvíce však můžeme tyto modifikace pozorovat na celkovém vzezření jedince. U tohoto jedince se zmenšuje výška postavy na základě zúžení meziobratlových plotének, také se snižuje hmotnost z důvodu úbytku vody, počtu buněk a kvůli osteoporóze (Šulc 2000).

Nejčastějšími onemocněními nejen u osob v seniorském věku, ale celkově, jsou nemoci kardiovaskulárního systému. Nejčtenější srdeční chorobou spojenou s věkem je ischemická choroba srdeční, chlopenní vady a vysoký krevní tlak. Jak bylo uvedeno již výše, změny spojené se stárnutím postihují i orgány a tedy i srdce. Stařecké srdce neboli presbykardie označuje stav, kdy v důsledku změn ve stavbě srdce dochází ke snižování kapacity, což má za následek nemožnost zvýšení výkonu při zátěži (Navrátil 2008).

Respirační systém ve stáří také vykazuje četné odlišnosti, jedná se o sníženou vitální kapacitu plic, snižuje se význam kašle jako obranného dýchacího reflexu (Šulc 2000). Nejčastějším onemocněním dýchací soustavy je chronický zánět průdušek a bronchogenní karcinom (Navrátil 2008).

Vlivem stárnutí organismu se zvyšuje i výskyt dysfagie, velmi častá je také hiatová hernie neboli jícnová kýla, žaludeční vředy a výchlípky střeva (Navrátil 2008). Šulc (2000) také upozorňuje na atrofující játra a zvýšený výskyt žlučových kamenů. V důsledku stáří organismu se snižuje chuť k jídlu, je důležité, aby tato situace nebyla podceňována, neboť nechutenství může v nejlepším případě způsobit nedostatek důležitých látek, dehydrataci, náchylnost k nemocem, ale také se může stát příčinou úmrtí (Navrátil 2008).

V seniorském období klesá prokrvení ledvin a velikost glomerulární filtrace (Šulc 2000). Nejčastějším onemocněním jsou záněty ledvin a karcinom prostaty či selhání ledvin.

Jedny z nejnápadnějších změn charakteristických pro seniorský věk jsou změny pohybového aparátu tedy kosterně svalového systému a také kůže. Kůže je vrásčitá, epidermis je ztenčen, ubývá počet kožních žláz a klesá i jejich funkčnost, kvůli tomu je pokožka suchá. Vrásky jsou zapříčiněny snižováním množství podkožního tuku a jeho nahrazováním pomocí kolagenu. Snižuje se počet vlasových folikulů a vlasy

šednou nedostatkem melaninu v již zmíněných vlasových folikulech (Šulc 2000). Nemoci pohybového aparátu jsou velmi časté a také jedny z hlavních faktorů, které ovlivňují aktivní život osoby v seniorském věku. Nejčastějším onemocněním v seniorském věku jsou kloubní artrózy, osteoporóza a rovněž onemocnění revmatického charakteru (Navrátil 2008).

Změny se týkají i smyslových orgánů jako je hmat a zrak. Zrak je postižen až u 90 % osob po 60. roce věku. Sluch je zhoršen u 30 % lidí po 60. roce věku (Langmeier 2006). Nejčastější změnou sluchu u osob v seniorském věku je stařecká nedoslýchavost neboli presbyakuze. Tato sluchová vada se projevuje ztrátou sluchu ve vysokých frekvencích. Náchylnější jsou lidé, kteří byli při své profesi vystaveni nadměrnému hluku (Dienstbier a Procházková 2011).

Demence je také poměrně častým onemocněním ve stáří. Jedná se o závažný úbytek rozumových schopností, který je degenerativním onemocněním centrální nervové soustavy (Juklová a Skorunková 2009). Projevuje se změnami intelektuálních schopností, paměti, řeči, abstraktního myšlení, soudnosti, osobnosti a chování. Podle Dienstbiera a Procházkové (2011) se jedná o nejčastější psychiatrickou poruchu ve stáří. Česká alzheimerovská společnost (online) uvádí, že mezi nejčastější příčiny demence patří Alzheimerova choroba, ta se vyskytuje jako příčina u 56 % případů, vaskulární demence, smíšená demence, Parkinsonova nemoc, jiné degenerativní onemocnění mozku a vzácněji to mohou být Creutzfeld-Jacobova nemoc, Pickova choroba nebo Huntingtonova nemoc. V České republice podle serveru České alzheimerovské společnosti (online) mělo v roce 2009 žít 123 194 lidí, u nichž se vyskytovala demence.

U osob v seniorském věku se můžeme setkávat s chybným řazením těchto lidí mezi mentálně postižené na základě toho, že nejsou schopni správně odpovědět nebo vhodně se zapojovat do konverzace. Avšak toto znevýhodnění je často způsobeno zhoršeným sluchem, který není nijak kompenzován. Bohužel se stává, že právě neschopnost smysluplně a včasné odpovídat je přičítána právě mentálnímu postižení, což vede k nevhodnému přístupu v komunikaci s těmito lidmi. Proto je velmi důležitá správná a s ohledem na možnost zvětšení sluchové ztráty včasná diagnostika u osob v seniorském věku.

Celkový zdravotní stav jedince, který bývá poznamenán přítomností více onemocnění najednou s atypickými projevy, je ovlivňujícím faktorem prožívání každodenních situací. Člověk je často kvůli neschopnosti pohybu zajatcem vlastního bytu nebo pokoje v zařízení poskytujícím sociální případně zdravotnické služby. Takový jedinec je osamocen, chybí mu kontakt se společností, nezřídka ztrácí přehled o aktuálním dění ve světě, státě a městě, ve kterém bydlí. Nejen že je tato osoba náchylnější na onemocnění například zápalem plic, ale také k depresivním stavům. Proto je nutné, aby takový jedinec neměl nouzi o návštěvy své rodiny, aby se stále cítil být její součástí, a aby byl na základě jeho potřeby a zdravotního stavu aktivizován.

2. Nedoslýchavost a lidé s ní

V surdopedické literatuře se velmi často setkáváme s problematikou sluchového postižení u dětí a už méně často se autoři věnují sluchovému postižení u osob v seniorském věku. Avšak ani tuto cílovou skupinu bychom neměli opomínat. Nejen kvůli tomu, že světová populace stárne vlivem vyspělé lékařské péče, tedy mnohem více lidí se dožívá mnohem vyššího věku, a sluchové postižení je jedním z nejčastějších postižení u osob v seniorském věku. Z článku Rotha, Hanebutha a Probst (2011) vyplývá, že pokud trend dlouhověkosti bude i nadále pokračovat stejně jako do dnešní doby, potom většina dětí, které byly a budou narozeni v 21. století, se pravděpodobně dožijí 100 a více let. Ale i kvůli tomu, že se zvyšuje délka života, vzrůstá i výskyt nemocí, jako jsou demence, rakovina nebo sensorální postižení.

Z tohoto důvodu bychom neměli zapomínat na osoby v seniorském věku, protože pro kvalitní život i v postproduktivním období je nutné dbát včasné diagnostiky a intervence u sluchového postižení, které pokud není správně řešeno, může vést až k téměř úplnému vyloučení jedince ze společnosti.

Nedoslýchavost je velmi častým typem postižení, avšak velmi různorodým. Mezi jedince, kteří patří do skupiny osob s nedoslýchavostí, můžeme řadit jak uživatele znakového jazyka, tak uživatele českého mluveného jazyka. Velmi důležitou součástí je také kompenzace sluchové ztráty, mezi nejčastěji používanými patří kompenzace sluchadly.

Podle Horákové (2012, s. 11): „Světová zdravotnická organizace (WHO) uvádí, že v roce 2005 bylo u 278 milionů lidí diagnostikováno středně těžké až těžké sluchové postižení. Podle údajů uváděných jedním z předních výrobců sluchadel značky Widex má dokonce více než 500 milionů osob nějakou poruchu sluchu a odhaduje se, že tento počet se do roku 2015 zvýší na 700 milionů.“ Z výzkumu Rotha, Hanebutha a Probst (2011) vyplývá, že v Evropě se sluchová ztráta vyskytuje ve větším množství u mužů, u lidí ve věku okolo 70 let se vyskytuje sluchová ztráta 30 dB a více u 30 % mužů a 20 % žen. U lidí ve věku okolo 80 let se už sluchová ztráta 30 dB a více objevuje u 55 % mužů a 45 % žen.

Podle Hrubého (2009) žije v České republice zhruba 1 000 000 osob se sluchovým postižením, což představuje 10 % populace České republiky. Horáková (2012) doplňuje, že většinu této skupiny tvoří lidé s nedoslýchavostí, u nichž došlo ke zhoršení sluchu ve vyšším věku. Podle Zprávy o situaci zdravotně postižených a nejnaléhavějších úkolech a Národního plánu pomoci zdravotně postiženým občanům a Národního plánu opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení je v České republice 300 000 osob se sluchovým postižením. Kvůli tomu, že doposud nebyl proveden výzkum ve spolupráci s foniatry, ani nebylo dosaženo zahrnutí zdravotního postižení do dotazníku při celorepublikovém sčítání lidu, neexistují žádné přesné výsledky počtu lidí se sluchovým postižením.

2.1 Nedoslýchavost

Horáková (2012) člení osoby se sluchovým postižením do tří kategorií: neslyšící, nedoslýchaví a ohluchlí. Sluchové vady se dále dělí podle místa jejich vzniku na vady převodní a percepční nebo podle období vzniku na vrozené a získané. Převodními vadami jsou chápány takové vady, které vznikají ve vnějším a středním uchu, dochází při nich k porušení přenosu zvukových vibrací do hlemýžďe. Percepčními se rozumí takové vady, které vznikají ve vnitřním uchu nebo vady sluchových buněk, či sluchového nervu. Jedná se o porušení přeměny zvukových vibrací v elektrický signál neboli vzruch, případně o porušení vedení tohoto vzruchu do příslušných mozkových center. Můžeme se setkat i se smíšenými vadami, tyto vady vznikly na podkladu jak vady převodní tak percepční (Horáková 2012).

1. Převodní poruchy sluchu

Jak bylo zmíněno již výše, převodní porucha je postižením v oblasti vnějšího a středního ucha. Tyto typy poruch mají za následek vždy jen nedoslýchavost, nikdy se nerozvinou do hluchoty. Sluch jedince je pouze zeslaben, nedochází k jeho kvalitativní změně či zkreslení (Skákalová 2011).

2. Percepční sluchové vady

U percepční sluchové vady dochází k narušení vnitřního ucha, sluchových buněk nebo sluchového nervu. Percepční vady můžeme dále rozdělovat na kochleární a retrokochleární podle místa postižení sluchové dráhy.

U kochleárních typů vad se jedná o poruchu přeměny zvuku na elektrický signál ve vnitřním uchu. Retrokochleární vady jsou způsobeny poruchou vedení vzruchu VIII. hlavovým nervem a sluchovou dráhou v mozgovém kmeni. Podle Horákové (2011) jsou percepční vady mnohem častější a také závažnější, co se týče diagnostiky i léčby.

2.2 Presbyakuze

Presbyakuze neboli stařecká nedoslýchavost je jedním ze zástupců percepčních sluchových vad. Z názvu vyplývá, že důležitým faktorem z hlediska vzniku a rozvoje této vady je věk jedince.

Presbyakuze se nejprve projevuje na vysokých frekvencích, Hroboň, Jedlička a Hořejší (1998) uvádí, že takoví jedinci slyší dobře, ale špatně rozumí, jednotlivé hlásky se především vážou na různé, vysoké frekvence. *„Ztráta sluchu se může prohlubovat postupně, aniž si to zprvu uvědomíte. Některé zvuky zůstávají slyšitelné, zatímco jiné se stávají tiššími a obtížněji slyšitelnými. V důsledku toho je komunikace čím dál tím náročnější a vyžaduje více úsilí. Nejhůře slyšitelné a srozumitelné jsou vyšší zvuky. Klíčovou úlohu v naší schopnosti zřetelně rozumět řeči hrají tišší vysoké souhlásky, jako „s“, „f“, „š“ a „t“. Proto lidé se ztrátou sluchu často říkají, že slyší, ale nerozumí, co se říká“* (Phonak 2015, s. 3). Tento fakt je způsoben tím, že většina vnímaných zvuků leží v oblasti hlubokých frekvencí, které nejsou nijak postiženy. Může se jednat například o zvuk aut, bouchání nebo zvuk hlasu, avšak zvuky vysokých frekvencí, jako jsou zvonění zvonku, telefonu, pískání konvice při vaření vody, a samozřejmě je obtížné rozumění řeči v hlučném prostředí (Hroboň, Jedlička a Hořejší 1998).

Horáková (2012) uvádí, že ke zhoršení sluchu vlivem presbyakuze dochází nejčastěji po 60. roce věku. Toto postižení je způsobeno odumíráním vláskových buněk nebo poruchou krevního zásobení sluchového orgánu. V důsledku těchto změn se udává, že: *„za každých deset let věku se horní hranice snižuje asi o 1 kHz“* (Horáková 2012, s. 12).

Zhoršená schopnost rozpoznávat jednotlivá slova je dána atrofií mozkové kůry a to především u sklerózy mozkových tepen. Dalším faktorem je nesporně věk jedince,

i když období, kdy se začnou projevovat příznaky presbyakuze, jsou individuální. Hroboň, Jedlička a Hořejší (1998) uvádějí, že hluk, stres a životní styl mají za následek existenci výše popsaných změn u osob stále nižších věkových kategorií.

2.3 Léčba a kompenzace nedoslýchavosti

Pokud se začne projevovat zhoršení sluchu, můžeme si všimnout určitých nápadností. V některých případech může zhoršený sluch provázet i objektivní změny, jako jsou bolest v jednom nebo obou uších a výtok z nich, závratě, zhoršená schopnost slyšet určité tóny nebo hlasy některých lidí, především se jedná o výše posazené hlasy, dále to je pocit tlaku v jednom nebo obou uších, tinnitus nebo další změny sluchových schopností. U jedinců se zhoršujícím se sluchem můžeme při konverzaci pozorovat, že častěji žádají o opakování určitých slov nebo vět, pouští si televizi nebo rádio tak hlasitě, že ostatní nabádají jedince o jeho zeslabení, musí se dívat na ústa člověku, se kterým mluví, aby porozuměli všemu, často přerušují ostatní se slovy „cože?“ „prosím?“, vyhýbají se rozhovorům na ulici, rozhovoru s více lidmi nebo telefonování, vyhýbají se společenským událostem nebo večírkům, s obtížemi rozumí lidem otočeným zády nebo lidem, kteří mluví příliš rychle (Hroboň, Jedlička a Hořejší 1998).

Vlivem vyspělosti civilizace dochází k větší informovanosti populace. Co se týče sluchového postižení, existuje celá řada webových stránek, které rozšiřují povědomí o sluchovém postižení, jeho kompenzaci a komunikaci s těmito lidmi. V dnešní době většina webových stránek zabývajících se sluchovým postižením nabízí možnost otestování člověka, výsledkem je přibližné zjištění přítomnosti a závažnosti sluchového postižení. Jedná se například o webové stránky společností Starkey, Widex či Phonak, případně se s testy zhoršeného sluchu můžeme setkat i v literatuře například v knize *Nedoslýchavost* od autorů Hroboň, Jedlička a Hořejší.

V důsledku typu postižení sluchu se určuje postup, jakým má být léčeno. Převodní typy sluchových poruch se v naprosté většině případů řeší operativně (Hroboň, Jedlička a Hořejší 1998). Nikdy nevedou k úplné hluchotě, výsledkem je vždy nedoslýchavost. Případně může být zvuk do vnitřního ucha dopraven pomocí kostního vedení. „*Tento typ je poměrně dobře kompenzovatelný elektronickými sluchadly.*“ (Skákalová 2011, 13 s.)

Percepční vady sluchu jsou často progredujícího rázu a mohou vést až k hluchotě. Jedná se o poškození, vlivem kterého jedinec vnímá zkresleně zvuky a tóny a mění se i dynamický rozsah sluchu. Tyto faktory negativně působí na rozumění mluvě (Skákalová 2011). Léčba percepčních sluchových vad je založena na zlepšení zásobení vnitřního ucha kyslíkem a podpoření metabolismu smyslových buněk. Příkladem léčby může být podávání léků pro zlepšení prokrvení vnitřního ucha, mohou se podávat nitrožilně v infuzních roztocích za pobytu v nemocnici nebo pomocí tablet. Doporučuje se podávání vitamínů řady B v podobě nitrosvalových injekcí. Uvádí se i možnost pobytu v hyperbarické komoře. Avšak léčba tohoto typu postižení je často bez úspěchu. Pouze pokud se s léčbou začne ihned při nástupu či náhlé progresi (Hroboň, Jedlička a Hořejší 1998).

Stále více se lidé s jakýmkoliv postižením uchylují k alternativním způsobům léčby, výjimku netvoří ani sluchové postižení. Lidé mohou vyzkoušet například akupunkturu, avšak její výsledky v této oblasti dosáhnou pouze malého zlepšení a to pouze krátkodobě (Hroboň, Jedlička a Hořejší 1998).

„Pokud je výsledkem onemocnění sluchového orgánu trvalá sluchová vada v podobě nedoslýchavosti, nezbyvá zatím než korigovat sluch pomocí sluchadel“ (Hroboň, Jedlička a Hořejší 1998).

Hroboň, Jedlička a Hořejší (1998) uvádějí, že asi jedna třetina osob se sluchovým postižením, nepoužívá kompenzační pomůcky, i když by jim pomohly. Stává se tak, protože někteří jedinci si své sluchové postižení nechtějí připustit a kvůli tomu i odmítají jakoukoliv pomoc. Dále uvádějí, že existuje skupina lidí, kteří by pomůcku chtěli používat, ale nevědí, co vše je k dispozici a jak pomůcku získat. Menšinou jsou tací, kteří pomůcku již vyzkoušeli, ale nepoužívají ji, protože ji shledávají nepohodlnou nebo neúčinnou. Tento pocit však může být zapříčiněn výběrem nevhodné pomůcky nebo nesprávným používáním (Hroboň, Jedlička a Hořejší 1998).

McCormack a Fortnum (2013) ve své studii uvádějí, že pouze jeden z pěti lidí, kteří by měli prokazatelný přínos z používání sluchadel, je opravdu nosí. Toto tvrzení vychází z výzkumu Světové zdravotnické organizace z roku 2006. Dále ve své studii uvádějí důvody, kvůli kterým lidé nepoužívají svá sluchadla. Tyto důvody jsou

rozděleny do dvanácti kategorií, jedná se o kategorie přínos sluchadla/zřetelnost porozumění, nastavení a pohodlnost při nošení, péče a údržba sluchadla, přístup jedince, vlastnosti sluchadla, situační stránka, finanční stránka, psycho-sociální stránka, přístup odborného zdravotního personálu, vzhled, infekce/ušní problémy, doporučení.

Nejčastějšími příčinami jsou hluk na pozadí či nepříjemnost poslechu v hlučných situacích, neposkytují přínos nebo pouze velmi malý, slabá poslechová kvalita nebo nevhodnost sluchadla k typu sluchové ztráty. Dále se jedná o nutnost pomoci při nasazování a sejmutí sluchadla, nepohodlnost sluchadla, potřeba pomoci při výměně baterií a při údržbě a péči o sluchadlo. Lidé si také myslí, že sluchadlo nepotřebují a domnívají se, že bez něho slyší dobře. Z vlastností sluchadel, které lidé zmiňují jako důvod pro nenošení své kompenzační pomůcky, jsou zpětná vazba sluchadla, sluchadlo podle uživatele funguje nesprávně nebo je rozbité nebo uvádějí zklamání ze svého sluchadla. Uživatelé dále tvrdí, že nemají příležitosti k nošení své pomůcky nebo že funguje pouze v určitých specifických situacích. Byla také podotknuta finanční otázka oprav sluchadel a baterií (McCormack a Fortnum 2013).

Rozdílné důvody nenošení sluchadla můžeme pozorovat napříč generacemi a pohlavím (McCormack a Fortnum 2013).

2.3.1 Kompenzační pomůcky

Základní kompenzační pomůckou, kterou lidé se sluchovým postižením používají nejčastěji, jsou sluchadla. Měli by je užívat lidé s lehkou, středně těžkou i těžkou nedoslýchavostí. Je důležité, aby i lidé s těžkou nedoslýchavostí nosili sluchadla, protože pouze v malém množství případů je sluchová ztráta úplná (Horáková 2012).

Sluchadlo je elektroakustická pomůcka, její hlavní funkcí je zesílení zvuků, především mluvy, a modulace zvukového vjemu (Horáková 2012). Skládá se z mikrofону, zesilovače s regulátorem hlasitosti, filtrů, reproduktoru a ušní tvarovky. „*Je napájeno baterií*“ (Skákalová 2011).

Zesílení a speciální modulace zvuku sluchadlem je nastavena foniatrem. Individuální nastavení odpovídá věku a typu a charakteru sluchové vady uživatele sluchadla (Horáková 2012).

Havlík (2007) rozděluje sluchadla takto:

- dle způsobu zpracování akustického signálu na sluchadla analogová a digitální,
- dle charakteru přenosu zvuku na přenos zvuku vzduchem a kostní vedení zvuku,
- dle tvaru na závěsná, zvukovodová (nitroušní), kapesní a brýlová. Zvukovodová (nitroušní) sluchadla dále rozlišuje podle velikosti na kanálová, zvukovodová a boltcová.

Jedinci s nedoslýchavostí mohou využívat i další kompenzační pomůcky, jako jsou například speciální telefony se zesílením, možnosti indukční smyčky, rádiová pojítka (FM pojítka), přenosná bezdrátová souprava nebo bezdrátová sluchátka k televizi a rádiového přijímače (Skákalová 2011).

2.4 Podpora osob v seniorském věku se sluchovou ztrátou

Prvním důležitým aspektem při podpoře osob v seniorském věku se sluchovou ztrátou je korekce jejich sluchové ztráty. Pokud jedinec nekompensuje svoji sluchovou ztrátu sluchadly, ať už kvůli tomu, že své sluchadlo nenosí nebo protože odmítá řešit svoji sluchovou ztrátu s odborníky, pak tato situace nepříznivě ovlivňuje nejen život jedince se sluchovou ztrátou, ale i ostatních kolem něho. Sluchová ztráta, která je nekompenzovaná či nesprávně kompenzovaná, může mít vliv na rozvoj depresí nebo úzkosti, kvůli časté neschopnosti porozumět (McCormack a Fortnum 2013).

Presbyakuze je komplexní postižení, které je stále častější a může vést i ke snížení kvality života, izolaci, závislosti nebo frustraci. V důsledku toho je nutné zvýšit informovanost o samotné sluchové vadě, její fyziopatologii a progresi. Nezbytné je také zlepšení služeb zabývajících se poskytováním sluchadel, dalších zařízení zlepšujících poslech a sluchovou rehabilitaci. Nejdůležitější je však identifikace jedince se sluchovou ztrátou, jeho následná správná kompenzace a naučení se tzv. strategii coping, tyto faktory by měly pozitivně ovlivnit kvalitu života jedince se sluchovou ztrátou (Ciorba, Bianchini, Pelucchi a Pastore 2012).

I přesto, že v celkové populaci lidí se sluchovým postižením převládají osoby se získanou sluchovou vadou v pozdějším věku, je věnována pozornost diagnostice, kompenzaci sluchové ztráty, efektivitě sluchového vnímání a porozumění řeči. Ale už méně je řešena stránka psychologické, sociální a postojové podpory, vyrovnávání se se sluchovou vadou a adaptace na ni. Získaná porucha sluchu ovlivňuje celou řadu aspektů lidského života, jsou jimi vztahy v rodině, vnímání sebe sama, mentální zdraví, společenský život, emocionální oblast a fyzické zdraví (Guštaříková 2012). Správná podpora jedinců se sluchovou ztrátou by se měla zaměřit na všechny tyto oblasti.

Pouze týmovou spoluprací odborníků z řad zdravotnických, sociálních, psychologických, speciálně pedagogických a terapeutických bude umožněno zmírnění negativních vlivů, které s sebou sluchová vada přináší.

Podle Guštaříkové (2012) by se intervence a rehabilitace u osob v seniorském věku měla zaměřit na rozsáhlé poradenství pro seniory, které by mělo vést k nastolení realistických očekávání a využití nových technologií, dále na výhody rozumění v hlučném prostředí, na správné používání sluchadla vedoucí k redukci vnímání vlastní sluchové vady při běžné denní komunikaci, osvojení si komunikačních vzorců a vzorců správného chování v zátěžových podmínkách, nácvik zvládání denních situací, posílení sebedůvěry, nácvik asertivity, osvojení si funkčních komunikačních strategií, komunikační trénink.

Guštaříková (2012) ještě doplňuje, že by se poradenství, rehabilitace a intervence měly zaměřovat i na osoby s lehkou sluchovou ztrátou nebo na osoby s jednostrannou sluchovou ztrátou. Podpora osob se získanou sluchovou ztrátou v seniorském věku by měla probíhat, jak už bylo zmíněno, nejen na úrovni lékařské, ale také reagovat na veškeré problémy spojené se sluchovou ztrátou.

V dnešní době se můžeme setkat s kurzy napomáhajícími rozvoji komunikačních schopností u jedinců se sluchovou ztrátou. Navštěvování takových kurzů je žádoucí, protože obzvláště senioři touží po tom být s někým v kontaktu, naslouchat a sdílet své myšlenky. Přítomnost sluchové vady má často za následek izolaci těchto jedinců a prohloubení negativního postoje k okolnímu světu. Podpora jedinců by měla být zaměřena na podporu odezírání, rozvíjení slovní zásoby, podporu zrakového vnímání

a paměti a rozvíjení neverbální komunikace. Absolvování těchto kurzů však nemůže dosáhnout perfektního odezírání či obrovského komunikačního rozvoje, spíše má za cíl v maximální míře zachovat a podporovat dosavadní dovednosti, motivovat jedince ke komunikaci a získávání větší jistoty (Skákalová 2012).

Jedinci se sluchovou ztrátou získanou v seniorském věku se často setkávají s vlastní izolací, která je způsobena právě zhoršeným sluchem. Z obavy z neúspěšné komunikace se uzavírají do sebe a často se stávají nepříjemnými a zatrpklými vůči těm, jež se dožadují hovoru. V řadě případů také jedinci se sluchovou ztrátou podezřívají okolí, že naschvál mluví nesrozumitelně, aby jim dotyčný neměl možnost porozumět. Je důležité, aby tito jedinci dbali na návštěvu ušních specialistů a používali svá sluchadla, která pokud jsou správně nastavená, poskytují přínos svým uživatelům především při komunikaci s okolím.

3. Specifika komunikace s osobami v seniorském věku

Komunikace je součástí každodenního života všech jedinců, proto je zřejmé, že i pro osoby v seniorském věku se sluchovým postižením jsou takovéto situace na denním pořádku. Musíme si však uvědomit, že osoba v seniorském věku potřebuje přítomnost někoho, kdo jí bude aktivně naslouchat a snažit se ji pochopit. Toto však může přítomnost sluchové ztráty ovlivnit, jedinec může dokonce začít mít strach z jakékoliv komunikace, kvůli svému častému nepochopení.

Venglářová (2007, s. 74) definuje komunikaci takto: „*Komunikace je předávání informací, pocitů, citů k druhým. Děje se cestou verbální (slovní) a neverbální (mimoslovní).*“

Podle Pokorné (2010, s. 11) můžeme komunikaci chápat jako: „*proces předávání informací mezi dvěma či více komunikujícími subjekty.*“ Dále dodává: „*jde o proces sdělování (také sdílení), přenosu a výměny významů a hodnot, zahrnující nejen oblast informací, ale také další projevy a výsledky lidské aktivity, jako jsou zboží, formy chování, umělecké výtvoary apod.*“

„*Verbální (slovní) komunikací rozumíme dorozumívání se jedné, dvou a více osob pomocí jazyka anebo jinými znaky jazykového systému. Slovní komunikací rozumíme výběr, kombinování a produkci jazykových znaků (psaní projevu, rozmýšlení řeči, artikulaci, řečovou strategii a „diplomacii“, volbu stylu), proces vzájemného sdělování, percepce (vnímání) a recepci (příjem)*“ (Vybíral 2005, s. 106)

Neverbální složka komunikace je důležitou součástí každé komunikační situace. Hauke (2014) upozorňuje na to, že verbální složka komunikace je vnímána jedincem pouze z 10 %, zbytek významu komunikace nám předává její neverbální složka. Jedná se o mimiku, řeč očí, tón hlasu, jeho intonaci a plynulost... Důležitý je soulad jednotlivých složek komunikace (Hauke 2014). Z tohoto důvodu je zřejmé, že pracovník v pomáhající profesi si musí být vědom věrohodnosti svého jednání, pokud chce dosáhnout úspěchu při řešení problémových situací s uživateli.

3.1 Komunikace s osobami v seniorském věku

S osobou v seniorském věku by se mělo komunikovat stejně jako s ostatními dospělými lidmi, avšak měli bychom brát ohled na případné zhoršené smyslové funkce nebo přidružená onemocnění a postižení, která mohou komunikaci ovlivnit. Jedná se například o demenci (Hauke 2014). Pokud tedy hovoříme s osobou v seniorském věku, jejíž stárnutí je fyziologické, potom nemusíme svoji promluvu nijak modifikovat, pouze bychom měli poskytnout potřebný čas pro úspěšnou komunikaci. Protože i když se u jedince v seniorském věku nevyskytuje patologický proces stárnutí, může být jeho zpětná verbální odpověď zpomalena z důvodu vybavování informací z dlouhodobé paměti (Pokorná 2010).

Při komunikaci s osobami v seniorském věku je nutné dodržovat: *„přizpůsobené tempo řeči, hovořit přiměřeně hlasitě, dobře artikulovat, komunikovat s ohledem na fyzický stav, přistupovat k člověku dle postižení, pamatovat na to, že starší generace používá slovník odlišný od potomků, velmi důležitá je taktilní komunikace, trpělivě naslouchat.“* (Hauke 2014, s. 88) Avšak nikdy nesmíme zapomínat na individuální přizpůsobení podmínek při komunikaci s různými osobami v seniorském věku.

Komunikace mezi pracovníky sociálních služeb a uživateli by měla být především na partnerské a rovnocenné úrovni. *„Cílem komunikace je především zajištění potřeb, přání, možností a schopností klienta, dále zajišťování osobních cílů a nastavování služeb tak, aby mohl být klient v co nejvyšší míře integrován zpět do společnosti a pokud to není možné, zajistit mu důstojné prostředí pro jeho dožití (toto je typické při práci se seniory). Komunikace musí být za všech okolností otevřená, pravdivá, transparentní, musí vytvářet bezpečné prostředí pro obě strany.“* (Hauke 2014, s. 83)

Při komunikaci s osobami v seniorském věku existují určité ovlivňující faktory, na základě kterých je postaven způsob komunikace. Mezi tyto faktory patří kalendářní věk jedince, který z pohledu na zdraví a schopnosti jedince není nijak určující, avšak pro okolí i samotného jedince je zásadním činitelem ve vnímání druhými a sebe sama. Dalšími faktory jsou biologický věk a změny v sociální oblasti, kdy jedinec v seniorském věku je vystaven nutnosti smíření se s úmrtím svých známých i blízkých (Pokorná 2010).

3.2 Komunikace s osobami v seniorském věku se sluchovou ztrátou

Osoby s nedoslýchavostí využívají při komunikaci sluchu, který mají dobře kompenzovaný sluchadly a odezíráním (Skákalová 2011). U osob s nedoslýchavostí se setkáváme s jen částečným příjmem akustických informací. Vnímají zvuky a často i mluvenou řeč. Pokud se u jedince vyskytuje pouze lehká sluchová ztráta, potom při konverzaci v dobrých poslechových podmínkách nevykazuje jeho chování ani promluva žádné nápadné známky zhoršeného sluchu. Při dobrých světelných podmínkách a správné artikulaci může odezírat. V mluvě se může vyskytovat monotónnost nebo nepřesná výslovnost některých hlásek (s,z,š,ž) (Souralová 2007). Je nutné podotknout, že schopností odezírat nedisponuje každý (Skákalová 2011). Cíleným a dlouhodobým tréninkem se může dosáhnout rozvoje nebo alespoň uchování dovedností, motivace ke komunikaci a zvýšení jistoty.

Souralová (2007) upozorňuje na podmínky, které znesnadňují porozumění jedince s nedoslýchavostí, jsou jimi: malá intenzita osvětlení, oslnění jedince se sluchovým postižením, nevidění do obličeje mluvčího, mluvčí artikuluje nezřetelně a příliš rychle, mluví současně více osob a je nemožné sledovat změnu mluvčího, hluchnost prostředí, příliš tichá a jednotvárná řeč mluvčího s nevýraznými modulačními faktory, zhoršený příjem zvuků kvůli nefunkčnosti sluchadla.

Pro způsob komunikace osoby jednající s osobou se sluchovou ztrátou platí určitá pravidla. Osoba komunikující s jedincem s nedoslýchavostí by měla hovořit pomaleji a srozumitelněji, nejprve upozornit jedince s nedoslýchavostí, že s ním bude probíhat rozhovor, je nutné se ujistit, zda jedinec se sluchovým postižením všemu správně porozuměl, pro místo rozhovoru je vhodné vybírat tiché a klidné prostředí, promluva by měla být vhodně doplněna mimikou a celkovou řečí těla, není vhodné ani příliš zvyšovat hlas, je důležité jednat v naprostém uvolnění, bez stresu, jedinec se sluchovým postižením nesmí být unavený ani nervózní. Důležité je také zmínit, že rozhovor by měl probíhat naprosto otevřeně a upřímně, komunikující si může upřesnit, zda mluvit pomaleji či hlasitěji nebo zda nechce jedinec se sluchovým postižením změnit místo rozhovoru, popřípadě zda všemu správně rozuměl (Hroboň, Jedlička a Hořejší 1998).

Hroboň, Jedlička a Hořejší (1998) uvádějí několik praktických rad, které sám jedinec se sluchovým postižením může využít pro zkvalitnění rozumění při rozhovoru. Jedinci se sluchovou ztrátou by se měli soustředit na svého komunikačního partnera, pohyby jeho rtů, výraz obličeje, řeč těla, měli by dbát na konverzaci v tichém prostředí, vypínat rádio, televizi nebo ventilaci, popřípadě zavřít okna, je vítané před začátkem rozhovoru upozornit komunikačního partnera na potřebu pomalejší a srozumitelnější promluvy, pokud se jedinec se sluchovou ztrátou nachází v rušném prostředí, například při společenských akcích, nesmí se ostýchat svého komunikačního partnera požádat o přemístění do klidnějších a tišších míst, i přes své sluchové postižení by měl být samostatný, jednat sebevědomě a samostatně, při telefonování užívat výhradně tichých míst a přikládat si telefon k lépe slyšícímu uchu, uživatel sluchadla, by měl o svoji pomůcku správně pečovat a používat dle návodu (Hroboň, Jedlička a Hořejší 1998).

Z výše zmíněného vyplývá, že při komunikaci s osobou v seniorském věku a s přítomností sluchové ztráty je nutné dbát na trpělivost, vyčlenit si delší dobu na rozhovor. Měli bychom přizpůsobit svoji promluvu tak, aby používaná slova byla pro jedince srozumitelná, protože slovní zásoba lidí v seniorském věku je rozdílná oproti mladším generacím. Musíme také dbát přiměřenosti zesílení hlasu, které často nenapomáhá k větší srozumitelnosti spíše naopak, důležitá je zpomalenější a dobře artikulovaná mluva. S ohledem na věk a sluchovou ztrátu jedince je dobré přesvědčovat se o správném rozumění při rozhovoru, protože neodpovídající zpětná vazba není z většiny způsobena zmateností či poruchou kognitivních funkcí, ale právě již zmíněným nesprávným porozuměním. Nesmí se také opomenout kvalita prostředí, komunikace by měla probíhat v klidném a dobře osvětleném prostředí. Řada osob v seniorském věku v domovech pro seniory nemá pouze sluchovou ztrátu, ale vyskytují se u nich i další onemocnění. Ne zřídka bývá postižen zrak jedince, který má negativní vliv na možnost odezírání mluvy, avšak pokud osoba v seniorském věku bude správně kompenzovaná a tyto pomůcky bude používat a pokud budeme komunikovat v klidném neoslňujícím prostředí, budou mít tyto faktory pozitivní vliv na kvalitu porozumění.

3.3 Aktivní naslouchání

Aktivní naslouchání je jedním z nejdůležitějších přístupů při práci v pobytových zařízeních sociální péče o osoby v seniorském věku. Osoby v seniorském věku v domovech pro seniory touží po kontaktu s lidmi, po změně zaběhnutého řádu, který je téměř každý týden stejný. Autorka se domnívá, že právě naslouchání je to, čeho se často osobám v seniorském věku nedostává, ale co by jim prospělo a mělo pozitivní vliv na jejich náladu.

Nejdůležitější fází osobního rozhovoru je právě naslouchání. Naslouchání vychází z porozumění problémům jedince. Tento proces vyžaduje darování svého času ve prospěch druhého, věnování pozornosti, úcty, respektu, hledání řešení ve spolupráci, věnování prostoru ve svém myšlení a cítění, poskytuje důvěru, dává příležitost sdělit něco, co jedinec považuje za důležité (Křivohlavý 1993).

Prostřednictvím aktivního naslouchání je projevován respekt k uživateli. Významnou roli také hraje při navazování partnerského vztahu na obou stranách (Hauke 2014). Jedná se o psychologickou záležitost, kdy hlavním principem je pochopení a porozumění promluvě druhého (Křivohlavý 1993).

Naslouchání můžeme rozdělit na naslouchání pasivní a aktivní. Pasivní naslouchání je příjem slyšených informací, na které není poskytována zpětná vazba, slouží k uspořádání myšlenek hovořícího. Aktivní naslouchání již vyžaduje reakce posluchače. Ten by měl vytušit, rozpoznat, rozumět a pochopit informace a poskytnout na ně adekvátní zpětnou vazbu (Příbyl 2015).

Metody aktivního naslouchání

Hauke (2014) uvádí metody aktivního naslouchání, jsou jimi oceňování, parafrázování, zrcadlení emocí a shrnování. Oceňování je metoda, při které si pracovník všímá úspěchů uživatele, co se mu podařilo, jak dokázal zvládnout problémy, následně uživateli poskytuje pozitivní zpětnou vazbu. Tato metoda vede ke zvýšení sebevědomí uživatele a jeho úcty. Pokud však ocenění nebude pravdivé, stane se, že uživatel toto ocenění nepřijme a ztrácí důvěru v tohoto pracovníka. Při metodě parafrázování pracovník v průběhu rozhovoru opakuje vlastními slovy sdělení uživatele. Tím se ujišťuje, že uživateli správně porozuměl. Pokud pracovník

používá metodu zrcadlení emocí, pak Hauke (2014, s. 86) uvádí, že: „*pracovník dává najevo, že slyší jeho emoce a také je komentuje.*“ Poslední metodou, kterou Hauke (2014) předkládá, je shrnování. Shrnování slouží k ujištění jak uživatele, tak pracovníka, že si porozuměli a uživatel má možnost slyšet jiný náhled na svůj problém a případně nalézt i nová řešení.

Pravidla aktivního naslouchání

Příbyl (2015) předkládá následující pravidla pro správné naslouchání: poskytování plné pozornosti naslouchanému, ochotu naslouchat zvláště citovým prožitkům, oční kontakt, otevřený postoj, naklonění k hovořícímu, zapojení neverbální komunikace, pokládání doplňujících otázek. Hauke (2010) dodává rady, které by se měly dodržovat při zpětné vazbě u naslouchání: nedávat rady, pokud o ně druhý člověk nestojí, respektovat uživatele, vnímat přání uživatel a brát je vážně, pracovat s příběhem, nechtít být zachráncem a řešit problém druhých, neříkat věty jako „zítra bude lépe“, „neberte si to tak k srdci“, „s řečmi o umírání na mě nechodte, jste mladý, pročpak byste umíral“ – pracovník tím dává najevo neúctu, nebere vážně jeho trápení, komunikovat s uživatelem způsobem odpovídajícím jeho věku.

3.4 Komunikační bariéry

Při komunikaci s osobami v seniorském věku se mohou vyskytnout určité bariéry. Mohou být vyvolány například domněnkou uživatele, že s ním chceme mluvit pouze o zdravotnických záležitostech, potom si můžeme myslet, že takový uživatel o rozhovor nestojí. Nebo nedostatečnou trpělivostí pracovníka, komunikace s osobou v seniorském věku je totiž obvykle pomalejší. Senioři mají většinou pomalejší tempo řeči, zvláště pak při únavě, při větším nároku na soustředění, nebo pokud jsou ve stresu. Důležité je nechat dostatek času na rozmyšlení odpovědi (Venglářová 2007).

Pokorná (2010) rozlišuje dva základní druhy komunikačních bariér v komunikaci s osobami v seniorském věku, jsou jimi bariéry interní a externí. Kdy interní bariéry vyplývají ze schopností a dovedností jedince, jeho prožívání a zdravotního stavu, dále jsou jimi obava z neúspěchu, negativní emoce, jako je strach nebo zloba, postoje (xenofobie), nepřipravenost a fyzické nepohodlí a nemoc. Mezi externí bariéry řadí takové faktory, které jsou dány prostředím a jeho uspořádáním, jsou jimi vyrušení

další osobou, hluk, šum, vizuální rozptylování, neschopnost naslouchat a komunikační zahlcenost.

Na rozdíl od předešlého dělení Venglářová (2007) rozlišuje tři druhy komunikačních bariér a to bariéry na straně klienta, bariéry na straně pracovníka a bariéry v prostředí.

1. Bariéry na straně klienta

Ze strany uživatele se může objevit neochota komunikovat, nedůvěra, obavy, jak bude s informacemi dále naloženo. Další překážkou v komunikaci může být to, že v generaci dnešních osob v seniorském věku byla celá řada témat tabu, například sexualita, intimní záležitosti, finance nebo nepříjemnosti v rodině. Neochota komunikovat se může také týkat pouze určitého pracovníka, se kterým nemá klient dobré zkušenosti. Dalším faktorem, jenž může vyvolat bariéru ze strany uživatele, je aktuální zdravotní stav. Může se jednat o fyzické obtíže, bolesti, zdravotní komplikace, únavu, stres, úzkost. Nebo hovor na nepříjemné téma, který je odkládán jak samotným uživatelem, tak někdy i pracovníkem, a jsou volena zástupná témata, aby se oddálila nepříjemná situace (Venglářová 2007).

2. Bariéry na straně pracovníka

U pracovníků se může jednat o strach z probírání závažných témat, jako je umírání nebo nevyléčitelné choroby, problém s konkrétním uživatelem, kvůli předešlým negativním zkušenostem s komunikací s tímto uživatelem, hovor na erotické téma, který může hraničit až se sexuálním obtěžováním nebo nedostatek času pracovníka (Venglářová 2007).

3. Bariéry v prostředí

Zde Venglářová (2007) poukazuje na ztíženou komunikaci v hlučném prostředí, bez soukromí nebo ve spěchu.

3.5 Problematické situace při komunikaci se seniory

Jedinec pracující v pomáhajících profesích by měl ovládat způsob správné komunikace s uživateli, tato schopnost často zabraňuje vzniku problémových situací, problémového chování a konfliktům. Případně díky schopnosti efektivní komunikace můžeme řešit již vzniklou problémovou situaci (Hauke 2014).

Při komunikaci s osobami v seniorském věku se můžeme setkat s problematickými situacemi jako je odmítání kontaktu a komunikace, hovor na stále stejné téma a používání zlostných a vulgárních výrazů (Venglářová 2007).

Odmítání kontaktu a komunikace

Důležité je, abychom zjistili důvod, proč klient odmítá komunikovat. Může se jednat o změnu nálady, změnu v životě osoby v seniorském věku nebo stesk po blízkých. Některým lidem déle trvá, než se otevřou, v tomto případě je dobré, pokud je pracovníci taktně vybízejí ke komunikaci. Podstatné je také zvolení tématu, lidé rádi hovoří o své bývalé profesi, hospodářství, rodišti, rodině, zálibách, můžeme také mluvit o každodenních událostech (Venglářová 2007).

Hovor na stále stejné téma

Hovor na stále stejná témata je často způsoben malou proměnlivostí života v domovech pro seniory. To způsobuje přirozené opakování shodných témat. Dalším důvodem může být zapomínání uživatelů. Osoby v seniorském věku se často uchylují k tématu jejich vlastního zdraví, které někdy až přespříliš sledují. Mohou si myslet, že jiné téma nebude pracovníky zajímat (Venglářová 2007).

Zlostné a vulgární výrazy

Pokud uživatel používá zlostné a vulgární výrazy nejprve musíme zjistit, zda se nejedná o projev duševního onemocnění nebo zda se takto jedinec chová úmyslně. Pokud se jedná o záměrnou činnost spojenou s vyvoláváním konfliktů, v tom případě je nutné vymezit jasná pravidla a zamezit pokračování nevhodného chování. Činíme tak v soukromí a ve vhodnou dobu, je dobré pokud takový rozhovor provádí osoba, kterou uživatel respektuje (ředitel, vrchní sestra), mluvíme o konkrétních věcech, nesmíme za žádnou cenu vyvolat dojem, že odmítáme samotného uživatele (Venglářová 2007).

Při komunikaci s osobami v seniorském věku je nutné brát ohled nejen na potřeby na způsob promluvy a podmínky prostředí, ale také na vhodně použité výrazy, protože osoba v seniorském věku si často potrpí na zdvořilosti a úctu při vystupování. Obzvláště pak, když takový jedinec pobírá pobytovou sociální službu domov pro seniory, potom je nutné dbát na vhodný způsob komunikace a snažit se být trpělivý a naslouchat těmto jedincům. Tyto metody mohou zmírnit či potlačit problematické chování, které se může v takovém zařízení vyskytnout.

4. Osoba v seniorském věku v domově pro seniory

V České republice se oproti jihoevropským národům často setkáváme s umístováním osob v seniorském věku do domovů pro seniory. Avšak tento krok je pro samotného jedince v seniorském věku velmi náročný, neboť tito lidé si uvědomují, že ztratili svou samostatnost a soběstačnost, a že v tomto zařízení, které je tolik odlišné od jejich vlastního domova, už dožijí svá poslední léta. Naštěstí domovy pro seniory umožňují setkávání lidí s podobným osudem a díky tomu i sžití se svou novou rolí, mohou zde vznikat nová přátelství.

Domov pro seniory představuje pobytový typ služby, který je poskytován osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku a jejichž stav vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby (Hrozenská a Dvořáčková 2013).

Příchod do domova pro seniory je velkým mezníkem v životě osob v seniorském věku. Na tuto změnu se jedinci adaptují obtížněji a dlouhodoběji. Tento stav je způsoben ztrátou osobního zázemí a s tím spojené identity, jedinec kvůli tomu ztrácí pocit bezpečí, jistoty a soukromí. K umístění do tohoto pobytového zařízení dochází kvůli snížení samostatnosti a soběstačnosti a právě i pro samotného jedince je tento krok potvrzením ztráty své autonomie. Budoucí uživatelé služby domov pro seniory tento pobyt vnímají jako signál blížící se smrti. Všechny uvedené faktory mají vliv na adaptaci jedinců na pobyt v domově pro seniory (Vágnerová 2007).

Přechod do instituce je spjat se ztrátou autonomie, soběstačnosti a pocitu soukromí. Tato zátěž se u jedince projeví v prožívání, v kognitivní oblasti a v chování. Aby došlo ke snížení těchto vlivů, je důležité, aby jedinec před vstupem do zařízení, toto místo dobře poznal. Jedinec je konfrontován novým prostředím a odlišným způsobem života, množstvím různých lidí, dodržováním pravidel. Všechny tyto aspekty umocňují úzkost, pocity nejistoty a vyvolávají stres. Pokud se personál snaží uživatelům domovů pro seniory pomáhat i tehdy, pokud to není potřeba, potom taková situace vede k vypěstování zbytečné nesoběstačnosti, pasivity a naučené bezmocnosti (Vágnerová 2007).

4.1 Legislativní vymezení sociální služby domov pro seniory

Sociální služba domov pro seniory je ukotvena v Zákoně o sociálních službách č. 108/2006 Sb. v části 3, Hlava I, díl 3 – Služby sociální péče, § 49 Domovy pro seniory.

„V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.“ (Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. online)

Podle Zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. (online) služba domov pro seniory obsahuje tyto základní činnosti: poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Tyto základní činnosti se dále podle vyhlášky č. 505/2006 (online) specifikují takto:

„a) poskytnutí ubytování:

1. ubytování,

2. úklid, praní a drobné opravy ložního a osobního prádla a ošacení, žehlení,

b) poskytnutí stravy: zajištění celodenní stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování, minimálně v rozsahu 3 hlavních jídel,

c) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu:

1. pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek,

2. pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík,

3. pomoc při vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh,

4. pomoc při podávání jídla a pití,

5. pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním i vnějším prostoru,

d) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu:

- 1. pomoc při úkonech osobní hygieny,*
- 2. pomoc při základní péči o vlasy a nehty,*
- 3. pomoc při použití WC,*

e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:

- 1. podpora a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů,*
- 2. pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob,*

f) sociálně terapeutické činnosti: socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob,

g) aktivizační činnosti:

- 1. volnočasové a zájmové aktivity,*
- 2. pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s přirozeným sociálním prostředím,*
- 3. nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností,*

h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí: pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů.“

Tato vyhláška dále určuje maximální výši úhrady za poskytování sociálních služeb. Maximální výše úhrady za ubytování a s ním souvisejících provozních nákladů činí 210 Kč za den. Specifikována je i maximální úhrada za poskytování celodenní stravy, která činí 170 Kč na den, cena za oběd a nákladů souvisejících s jeho přípravou činí 75 Kč (vyhláška č. 505/2006 online).

4.2 Domov pro seniory

Podle Národní strategie podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017 (MPSV 2012) existuje v České republice 515 domovů pro seniory, jedná se o 8%

podíl všech sociálních služeb a 48 % všech pobytových sociálních služeb. Všechny domovy pro seniory dohromady vlastní 39 730 lůžek.

Malíková (2011, 32 s.) poukazuje na výzkum, který uvádí: „že většina občanů se chce o své rodiče ve stáří a případně nesoběstačnosti postarat, a v případě nemožnosti zajistit péči sami očekávají pomoc státu formou umístění nesoběstačného seniora do pobytového zařízení.“

K pobírání služeb institucionální péče, při péči o osobu v seniorském věku, by se mělo přistupovat, až pokud se u zmíněného jedince vyskytují větší zdravotní problémy, osamělost, nemožnost pomoci od blízkých. Mnoho seniorů tuto variantu těžko snáší (Venglářová 2007). Osoby v seniorském věku nejčastěji odcházejí do domova pro seniory z důvodu zhoršení zdravotního stavu, z kterého vyplývá nevládní domácí práce a sebeobsluhy (Vágnerová 2007).

Vhodné je, aby si osoba v seniorském věku, pokud je to možné, sama vybrala zařízení. Při výběru je nutné zohlednit lokalitu, ve které se zařízení nachází, zda je tato lokalita dostupná pro návštěvy, velikost zařízení, typ poskytovaných služeb, zda je většina uživatelů aktivních, cena měsíčního pobytu a čekací doba... (Venglářová 2007)

„Starší člověk se ještě v době, kdy je více aktivní a tedy i schopný adaptace na nové prostředí a jiný životní styl, „zabydlí“ v nové lokalitě, seznámí se s pracovníky i dalšími klienty. Má lepší šanci začlenit se do způsobu života, který je mu ve stáří nabízen. Pokud zde najde své místo a způsob, jak spokojeně žít, klesá pravděpodobnost vzniku konfliktů s personálem i spolubydlícími.“ (Venglářová, 2007, s. 14)

Sociální služby v České republice kladou důraz na dodržování lidských práv osob při individuálním poskytování služeb, svobodnou vůli osob, poskytnutí důstojného způsobu života a sociálního začlenění uživatele (Hrozenská a Dvořáčková 2013).

Postup poskytování služeb je určen individuálním plánem, který se vypracovává s každým uživatelem jednotlivě. Individuální plánování a sociální standardy zabezpečují ochranu a dodržování práv uživatelů. Uživatel je tímto postupem aktivním partnerem, není z něho pouze pasivní příjemce sociálních služeb, jak tomu bylo v minulosti. Cílem poskytované sociální služby je podpora udržení uživatelovy

soběstačnosti, pomáhání mu, podporování vlastní aktivity, zajištění lidské důstojnosti (Malíková 2011).

Malíková (2011) upozorňuje na nízký stav personálu v českých pobytových sociálních zařízeních, kde vychází zhruba jeden pracovník přímé péče na tři až patnáct uživatelů. Takto nízké personální zastoupení má bohužel negativní vliv na kvalitu vykonávané práce, vede k demotivaci, syndromu vyhoření a fluktuaci.

Hrozenská a Dvořáčková (2013) poukazují na předpoklady a dovednosti, které by měl mít pracovník v pomáhajících profesích. Takový jedinec by měl vykazovat dobrou fyzickou kondici a touhu po sebevzdělávání, aby docházelo k prohlubování znalostí a seznamování se s novými postupy. Dále je poukázáno na charisma pracovníka, které vyvolá náklonnost uživatele k tomuto pracovníkovi. Takový zaměstnanec musí být důvěryhodný, diskrétní, spolehlivý a mít porozumění. Nezbytností jsou komunikační dovednosti. Hrozenská a Dvořáčková (2013) mezi tyto dovednosti řadí: fyzickou přítomnost, naslouchání, empatii a analýzu klientových prožitků. Zásadní je tedy emoční inteligence pracovníka, díky níž může docházet k vcítění se do uživatele, chápání jeho potřeb a pocitů, pracovník dokáže naslouchat uživateli a všimnout si jeho neverbální komunikace.

Péče o uživatele v domovech pro seniory by měla probíhat za činnosti multidisciplinárního týmu, který by měl zahrnovat zdravotníky, pedagogické pracovníky, sociální pracovníky, duchovní... Péče o uživatele je zaměřena na individuální přístup k jednotlivcům, individuálnímu plánování a uplatňování různých druhů terapií. Individuální přístup k uživatelům by měl být zacílen na posilování samostatnosti a povzbuzování k aktivnímu životu. V dnešní době sociální pracovníci nejednají pouze s uživatelem, ale také s jeho rodinnými příslušníky, koordinují dobrovolníky, metodicky vedou a proškolují pracovníky přímé obslužné péče a praxe studentů a poskytují základního a odborného sociálního poradenství (Dvořáčková 2012).

Pracovníkům v pomáhajících profesích se ve většině případů nedostává zpětné vazby, a tak nevidí efektivitu své práce nebo pokrok uživatele, kvůli čemuž může dojít až ke vzniku syndromu vyhoření. Z tohoto důvodu je důležité, aby pracovník dbal na svoji duševní hygienu (Dvořáčková 2012).

4.3 Novodobá péče o osoby v seniorském věku

Prvním důležitým faktorem pro zamezení rozvoje onemocnění je pravidelné docházení na preventivní prohlídky. Nutné je také dodržování zdravého životního stylu, což zahrnuje vhodnou životosprávu, přiměřenou fyzickou námahu, omezené vystavování se stresovým situacím. Samozřejmostí je jistě omezení kouření a alkoholu. Podle Navrátila (2008) by měla být velikost fyzické námahy závislá na biologickém věku jedince. Z logiky věci vyplývá, že jedinec v seniorském věku, který se v mládí živil těžkou fyzickou prací, nemůže stejnou práci vykonávat i nyní. Avšak často se stává, že si osoby v seniorském věku nepřipouští své nynější možnosti a přeceňují své síly, což vede k nepříznivým následkům na zdraví jedince (Navrátil 2008).

Podle Rheinwaldové (1999) by se o uživatele v seniorském věku v pobytových zařízeních mělo pečovat takovým způsobem, aby se tento jedinec cítil spokojený a klidný a byla zachována jeho důstojnost. Pro zlepšení situace v pobytových zařízeních by se mělo dbát na odklon od čistě lékařského modelu a zabývat se uživatelem z celostního hlediska.

Denní program by měl vycházet z potřeb obyvatel a měl by být realizován ve formě malých či velkých skupin nebo v práci s jednotlivci. Tyto programy hrají důležitou roli v působení na psychický a fyzický stav jedince. Všechny programy pro uživatele domovů pro seniory by měly obsahovat složku zábavnou a terapeutickou a uživatelé by při nich měli využívat všechny své schopnosti a funkce. Kvalitní programy mají pozitivní vliv na zdraví, fyzický a duševní stav těchto osob a vedou k aktivnímu stárnutí (Rheinwaldová 1999).

Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017 se snaží reagovat na populační stárnutí. Zaměřuje se na téma „*zajištění a ochrany lidských práv starších osob, celoživotního učení, zaměstnávání starších pracovníků a seniorů ve vazbě na systém důchodového pojištění, dobrovolnictví a mezigenerační spolupráce, kvalitní prostředí pro život seniorů, zdravé stárnutí a péče o nejkřehčí seniory s omezenou soběstačností.*“ (MPSV 2014, s. 2)

Uživatelé domovů pro seniory se zpravidla obtížně adaptují na nové prostředí, které je velmi odlišné od jejich vlastního domova. Musí se vyrovnat s velkým množstvím

lidí, novým prostředím a se ztrátou soukromí. Takový jedinec může upadat do zoufalství nebo podléhat bezmocnosti a pasivitě. Důležité je, aby každý budoucí uživatel služby domov pro seniory, poznal místo, ve kterém bude v budoucnu pobývat. Nynějším modelem stárnutí je aktivní prožívání tohoto procesu. Na základě realistického vnímání sama sebe a podpory pomocí správně nastavených aktivit, bude docházet k již zmíněnému aktivnímu stárnutí.

V této části bakalářské práce byla teoreticky popsána problematika osob v seniorském věku, sluchového postižení, specifika komunikace osob v seniorském věku se sluchovým postižením a domovů pro seniory. Na těchto teoretických východiscích byla dále stavěna výzkumná část bakalářské práce.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5. Cíle praktické části

Hlavním cílem praktické části této bakalářské práce je zjistit aktuální počet osob s nekompenzovanou sluchovou ztrátou ve vybraných domovech pro seniory a vliv této sluchové ztráty na podporu a intervenci ze strany vybraných domovů pro seniory. Tento úkol je dále rozvinut do čtyř dílčích cílů:

- A) Zjistit přibližný počet osob v seniorském věku s nekompenzovanou sluchovou ztrátou ve vybraných domovech pro seniory.
- B) Zjistit, zda je účast uživatelů na aktivitách vybraných domovů pro seniory primárně ovlivněna jejich sluchovou ztrátou.
- C) Zjistit, jakým způsobem je poskytována podpora a intervence osobám v seniorském věku s nekompenzovanou sluchovou ztrátou.
- D) Zjistit, jak se dále vzdělávají pracovníci vybraných domovů pro seniory v oblasti sluchových vad.

Úkolem dílčích cílů praktické části je zjistit přítomnost nekompenzované, případně nesprávně kompenzované sluchové ztráty u osob v seniorském věku ve vybraných domovech pro seniory s ohledem na věk a pohlaví uživatelů této služby. Dále si bakalářská práce bere za cíl upozornit na ty jedince, jejichž sluchová ztráta je primárně ovlivňuje na participaci na aktivitách vybraných domovů pro seniory, případně pokud tomu tak není, jakých aktivit se lidé se sluchovou ztrátou účastní. Ve vybraných domovech pro seniory bude také určena lékařská podpora osob v seniorském věku se sluchovou ztrátou, kteří jsou mobilní i imobilní, dále podpora těchto uživatelů vybraných domovů pro seniory při komunikaci a používání kompenzačních pomůcek. Nakonec bude zjištěna možnost dalšího vzdělávání osob pečujících o osoby v seniorském věku ve vybraných domovech pro seniory.

První část výzkumného šetření byla řešena ze strany uživatelů služby domov pro seniory ve vybraných zařízeních, druhá část byla vypracována na základě odpovědí vždy čtyř pracovníků z různých sfér péče o uživatele ve vybraných domovech pro seniory.

5.1 Dílčí cíle

Pro naplnění kvalitativního výzkumného šetření a splnění dílčího cíle A), B) a C) bylo použito dotazníku, který byl podkladem pro strukturovaný rozhovor, v těchto případech se jednalo o výzkumný vzorek uživatelů služeb vybraných domovů pro seniory. Naplnění dílčích cílů C) a D) bylo umožněno díky strukturovaným rozhovorům, jež byly pokládány pracovním v těchto domovech pro seniory.

A) Zjistit přibližný počet osob v seniorském věku s nekompenzovanou sluchovou ztrátou ve vybraných domovech pro seniory.

Předmětem prvního dílčího cíle je zjišťování sluchové ztráty a dalších souvisejících podrobností. Pomocí záznamu pohlaví a věku respondenta bylo zjištěno, jaký je přibližný výskyt osob v seniorském věku se sluchovou ztrátou ve vybraných domovech pro seniory, jak je tento počet ovlivněn věkem a pohlavím uživatelů v těchto zařízeních, jaký je počet uživatelů ve vybraných domovech pro seniory s kompenzovanou a nekompenzovanou sluchovou ztrátou, případně, zda je tato sluchová ztráta správně kompenzována.

B) Zjistit, zda je účast uživatelů na aktivitách vybraných domovů pro seniory primárně ovlivněna jejich sluchovou ztrátou.

Druhý dílčí cíl si dává za úkol zjistit, jak jsou uživatelé ve vybraných domovech pro seniory ovlivněni svojí sluchovou ztrátou při účasti na aktivitách zmíněných zařízení. Tato otázka byla pokládána pouze uživatelům, u kterých byla rozpoznána sluchová ztráta na základě výsledků prvního dílčího cíle. Došlo ke stanovení účasti uživatelů na aktivitách vybraných domovů pro seniory a bylo upřesněno i jaké aktivity navštěvují a v případě, že tak nečiní, bylo zjištěno, zda je primární příčinou jejich neúčasti sluchová ztráta, nakonec byla zaznamenána přání uživatelů se sluchovou ztrátou účastnit se aktivit vybraných zařízení, ale kvůli své sluchové ztrátě tak nečiní.

C) Zjistit, jakým způsobem je poskytována podpora a intervence osobám s nekompenzovanou sluchovou ztrátou ve vybraných domovech pro seniory.

Třetí dílčí cíl byl naplněn na základě výsledků výzkumu při spolupráci s uživateli i pracovníky vybraných domovů pro seniory. Bylo určeno, jakým způsobem se uživatelům služby domov pro seniory se sluchovou ztrátou ve vybraných zařízeních

dostává specializované lékařské péče, a to i v případě imobilních jedinců, zda je těmto uživatelům poskytována podpora odezírání, případně jaké další možnosti komunikace jsou při práci s jednotlivými osobami v seniorském věku ve vybraných zařízeních používány, zda jsou uživatelé se sluchovou ztrátou vybraných domovů pro seniory obeznámeni s používáním a údržbou své kompenzační pomůcky, pokud ji vlastní, případně jaké se jim dostává podpory při používání této pomůcky, zda je domov pro seniory vybaven indukční smyčkou, jakým způsobem vybrané domovy pro seniory spolupracují s dalšími subjekty zabývajícími se problematikou sluchového postižení a názor jednotlivých pracovníků na způsob zlepšení podmínek pro uživatele se sluchovou ztrátou ve vybraných domovech pro seniory.

D) Zjistit, jak se dále vzdělávají pracovníci vybraných domovů pro seniory v oblasti sluchových vad.

Poslední čtvrtá dílčí otázka byla položena pracovnícím vybraných domovů pro seniory. Účelem bylo zjištění možností dalšího vzdělávání pracovníků ve vybraných zařízeních. Byla shromážděna data ohledně dalšího vzdělávání pracovníků vybraných domovů pro seniory, zda jsou tyto pracovníce proškoleny v kurzech správné komunikace s osobami se sluchovou ztrátou a zda se měly možnost zúčastnit kurzu na podporu osob se sluchovým postižením.

6. Metodika výzkumu

Jako výzkumný design pro výzkumné šetření této bakalářské práce byl zvolen kvalitativní výzkum. „Kvalitativní výzkum je často intenzivní anebo dlouhodobý a výzkumník si při něm zhotovuje podrobný zápis“ (Gavora 2008). Při kvalitativním výzkumu si tazatel všímá rozdílů mezi zkoumanými a zda se respondenti dívají na stejnou věc shodně. Výzkumné šetření bylo prováděno u výzkumného vzorku uživatelů služeb vybraných domovů pro seniory, druhý vzorek tvoří pracovníce v těchto domovech pro seniory (Gavora 2008).

Oproti zadání, kde byla uvedena metoda dotazníku a strukturovaného rozhovoru, byly nakonec pro danou výzkumnou situaci vybrány jako nejvhodnější metody strukturovaných rozhovorů. Strukturovaný rozhovor s uživateli vybraných domovů pro seniory probíhal na podkladě autorského dotazníku. Strukturovaný rozhovor, jak uvádí Hendl (2005) je metoda skládající se z pečlivě formulovaných otázek, na které odpovídají jednotliví respondenti. Díky užívání strukturovaného rozhovoru nedochází k variaci otázek a tudíž ani k zásadnímu odlišování podstaty odpovědí (Hendl 2005). Obě dvě části výzkumného šetření jsou prováděny pomocí strukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami, kdy pro první z nich bylo využito jako podkladu autorského dotazníku vycházejícího ze zkrácené české verze dotazníku Hearing Handicap Inventory for Adults (HHIA). Zkrácená česká verze dotazníku HHIA viz příloha A.

Strukturovaný rozhovor byl použit u výzkumného vzorku uživatelů služeb vybraných domovů pro seniory, aby umožnil získání podrobnějších dat a tedy i zvýšil vypovídající hodnoty výzkumného šetření. U druhého výzkumného vzorku bylo užito strukturovaného rozhovoru z důvodu disponování omezeným časem pracovníků, proto kvůli efektivitě využití času byla zvolena výše uvedená metoda získávání dat. Otázky strukturovaného rozhovoru viz příloha D. Přepis těchto rozhovorů viz příloha E.

Záznam dat byl v první části výzkumného šetření prováděn pomocí autorského dotazníku (viz příloha B, příklad vyplněného dotazníku viz příloha C). Byly zde uvedeny otázky, kterými byly zodpovězeny dílčí cíle A), B) a C) jedná se tedy o autorský dotazník k sadě odpovědí uživatelů služby vybraných domovů pro

seniory. Otázky v dotazníku označené číslem 3 až 12 mají za cíl zhodnocení přítomnosti sluchové ztráty a dále její případnou velikost v závislosti na změně v sociální a emoční oblasti. Tato sada otázek vychází z české zkrácené verze dotazníku Hearing Handicap Inventory for Adults (HHIA) (viz příloha A), která obsahuje 10 otázek, čtyři z emoční a šest ze sociální oblasti, z nichž na každou otázku je možno odpovědět „ANO“, „OBČAS“, „NE“. Každá kladná odpověď nese čtyři body, odpověď „OBČAS“ nese dva body a záporná odpověď žádný bod (San Francisco otolaryngology, online). Posléze dojde k procentuálnímu vyhodnocení těchto odpovědí a zjištění, jak velkou pravděpodobnost sluchového postižení a zároveň handicapu vykazují jednotliví uživatelé vybraných domovů pro seniory (viz Tabulka č. 1).

Tabulka č. 1 - Hodnocení zkrácené verze dotazníku HHIA

0-8 bodů	13% pravděpodobnost sluchového postižení	žádný handicap
10-24 bodů	50% pravděpodobnost sluchového postižení	středně těžký handicap
26-40 bodů	84% pravděpodobnost sluchového postižení	těžký handicap

Dále je tento výsledek specifikován na základě věku a pohlaví těchto uživatelů a případné kompenzace či naopak nekompenzace, eventuálně nesprávné kompenzace jejich sluchové ztráty. U uživatelů, u nichž došlo ke zjištění přítomnosti sluchové ztráty, dále proběhl záznam jejich odpovědí ohledně jejich participace na aktivitách odpovídajícího domova pro seniory. Na základě zodpovězení otázek dotazníku bylo zjištěno, zda se tito uživatelé cítí být omezeni primárně existencí sluchové ztráty, či pokud tomu tak není, jakých aktivit vybraných domovů pro seniory se tito uživatelé účastní. U všech otázek autorského dotazníku je dále vymezen prostor pro poznámky, kromě otázek číslo 1 a 2, které se zabývají pohlavím a věkem jedince.

Jak bylo uvedeno v periodiku Časopis České společnosti pro otorinolaryngologii a chirurgii hlavy a krku (Blanař, Mejzlík, Pellant, Bártová, Krčmář, Lovas 2014), lze dotazník HHIA využívat k doplnění anamnézy, fyzikálního a audiometrického vyšetření u nedoslýchavých, dále může vést ke zvýšení úrovně ošetrovatelské a sociální péče o osoby s nedoslýchavostí. Tento dotazník lze dále používat pro

ověření přínosu sluchadel či jiných kompenzačních pomůcek, při screeningovém vyšetření by mohlo dojít k časnějšímu zachycení a kompenzaci osob s presbykuzí.

6.1 Průběh výzkumu

Před samotným začátkem výzkumného šetření bylo třeba zvolit vhodný postup získávání dat. Jak již bylo uvedeno výše, jednalo se o dva typy strukturovaných rozhovorů, kdy pro první z nich byla jako podklad použita zkrácená česká verze dotazníku HHIA (viz příloha A). Tato verze byla dále upravena pro specifika osob v seniorském věku, které pobírají sociální služby domov pro seniory (viz příloha B). Posléze došlo k ověření tohoto dotazníku na zkušebním vzorku 7 osob v seniorském věku pobírajících služby domova pro seniory.

Následovalo konkretizování výzkumného vzorku s ohledem na zaměření cíle práce. Výzkumný vzorek byl specifikován na dvě zařízení sociální služby domov pro seniory ve městě Česká Třebová a Ústí nad Orlicí. Zde mělo v první části dojít ke sběru výzkumných dat na základě strukturovaného rozhovoru od všech uživatelů služeb domova pro seniory těchto dvou zařízení, avšak značná část jedinců se buď odmítla zapojit do výzkumného šetření či jejich kognitivní případně zdravotní možnosti jim znemožnily potřebnou míru spolupráce. Druhá část výzkumu byla prováděna ve spolupráci s pracovníci zmíněných domovů pro seniory. Jednalo se o čtyři pracovníce, vedoucí sociálního úseku, pracovníci v sociálních službách vykonávající aktivizační činnost, pracovníci přímé-obslužné péče a zdravotní sestru, přičemž každá přichází do kontaktu s uživateli odlišným způsobem. Přepis těchto rozhovorů je k nahlédnutí v příloze D.

Nejprve bylo provedeno výzkumné šetření v zařízení Sociální služby Česká Třebová – Domov pro seniory. Během dní 15. 10., 27. 10., 13. 11. a 4. 12. 2015 probíhaly strukturované rozhovory s jednotlivými uživateli služby uvedeného domova pro seniory. Podařilo se získat odpovědi od 35 seniorů z celkového počtu 102. Zbylým seniorům znemožňovaly zúčastnit se rozhovoru jejich zhoršené kognitivní funkce nebo zdravotní stav, případně se nechtěli do výzkumu zapojit.

Dne 4. 12. 2015 byly provedeny strukturované rozhovory s pracovníci služby domova pro seniory v České Třebové. Jednalo se o pracovníce přímé-obslužné péče,

zdravotní péče, pracovníci v sociálních službách vykonávající aktivizační činnost a vedoucí sociálního úseku.

Druhá fáze, tedy výzkumné šetření v zařízení Domov důchodců Ústí nad Orlicí – Domov pro seniory, probíhalo v měsíci lednu ve dnech 19. 1., 21. 1., 22. 1. a 26. 1. 2016. V těchto dnech došlo ke sběru dat pomocí záznamu strukturovaných rozhovorů s uživateli sociální služby Domov pro seniory v rámci Domova důchodců v Ústí nad Orlicí. Povedlo se uskutečnit strukturovaný rozhovor se 43 uživateli zmíněného Domova pro seniory z celkového počtu 89 uživatelů. Zbýlých 46 uživatelů tvoří ti, kteří odmítli spoluúčast na výzkumném šetření, či jejichž kognitivní případně zdravotní možnosti neumožnily spolupráci.

Dne 26. 1. 2016 byly uskutečněny strukturované rozhovory s jednotlivými pracovníci služby Domov pro seniory v Domově důchodců v Ústí nad Orlicí. Jednalo se shodně o pracovnice přímé-obslužné péče a zdravotní péče, pracovnice v sociálních službách vykonávající aktivizační činnost a vedoucí sociálního úseku.

Následně došlo k vyhodnocení jednotlivých rozhovorů. Pro naplnění prvního dílčího cíle bylo vhodné, aby se dohromady soustředila data z obou vybraných domovů pro seniory, proto aby došlo k rozšíření výzkumného vzorku a díky tomu byla i zvýšena vypovídající hodnota výsledků. Vyhodnocení dotazníku bylo provedeno na základě součtu počtu bodů, které jednotliví respondenti získali podle svých odpovědí na otázky číslo 3-12 (viz příloha B). Kladné odpovědi nesou 4 body, odpověď „OBČAS“ 2 body a záporná odpověď nenesou žádný bod. Z počtu získaných bodů byla určena velikost pravděpodobnosti sluchového postižení a handicapu. Dále bylo vyhodnocení závislé na pohlaví a věku respondenta a zjištěna byla i kompenzace či nekompenzace sluchové ztráty. Odpovědi související s druhým dílčím cílem byly taktéž vyhotoveny ze strukturovaných rozhovorů s uživateli vybraných domovů pro seniory. Třetí dílčí cíl byl zodpovězen díky strukturovaným rozhovorům s pracovníci vybraných domovů pro seniory (viz příloha D) a doplněn o názory uživatelů těchto zařízení. Čtvrtý dílčí cíl byl uskutečněn na základě strukturovaných rozhovorů s pracovníci domovů pro seniory.

6.2 Charakteristika místa výzkumu

Pro místa výzkumu byla zvolena dvě zařízení poskytující sociální službu domov pro seniory v okrese Ústí nad Orlicí. Jednalo se o Sociální služby Česká Třebová a Domov důchodců Ústí nad Orlicí.

6.2.1 Sociální služby Česká Třebová

Sociální služby Česká Třebová v sobě zahrnují tři typy služeb, jsou jimi: týdenní stacionář, pečovatelská služba a domov pro seniory.

Sociální služby Česká Třebová - Domov pro seniory je určen dospělým se sníženou soběstačností vlivem věku nebo zhoršeného zdravotního stavu a potřebou pravidelné individuální pomoci. Pobývají zde dospělí nejčastěji od 65 let věku, avšak v některých výjimečných případech i dospělí ve věkovém rozmezí od 27 let věku po 64 roků věku (Popis realizace poskytování sociální služby Domov pro seniory, online).

Uživatelům služby je zajištěno ubytování na jednolůžkových, dvoulůžkových či trojlůžkovém pokoji, celková kapacita je 102 lůžek, dále je zde zajištěno celodenní stravování, případně dietní strava a přímá-obslužná péče (Popis realizace poskytování sociální služby Domov pro seniory, online).

Cílem poskytované služby je podpora bezpečí a psychické pohody, podpora v zachování soběstačnosti v péči o vlastní osobu a osobní věci, podpora v uplatňování vlastních práv a povinností, podpora styku s rodinnými příslušníky, zprostředkování veřejných služeb (kadeřnice, pedikúra) a zajišťování vnitřních služeb (Domov pro seniory-informační leták, online).

Další náplň služby Domov pro seniory koresponduje s příslušným paragrafem v zákoně o sociálních službách 108/2006 Sb. V Domově pro seniory jsou poskytovány tyto aktivizační činnosti: trénink paměti, nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností, jedná se například o trénink jemné motoriky, nácvik chůze s kompenzačními pomůckami, dále jsou zde poskytovány hudebně-kulturní akce, společenská setkání, vycházky do okolí, hraní společenských her, kavárnička a čtení na pokračování (Popis realizace poskytování sociální služby Domov pro seniory, online).

6.2.2 Domov důchodců Ústí nad Orlicí

Zařízení Domov důchodců Ústí nad Orlicí poskytuje tyto služby: poradenské, odlehčovací, domov se zvláštním režimem a domov pro seniory.

Domov důchodců v Ústí nad Orlicí - Domov pro seniory je limitován kapacitou 89 lůžek. Služby zde mohou pobírat lidé od věku 65 let, případně mladší, kteří jsou závislí na pomoci jiné osoby. Avšak služba není určena těm jedincům, kteří by vyžadovali specifický přístup personálu nebo technické vybavení, které tento Domov důchodců nemá k dispozici (Domov důchodců Ústí nad Orlicí, online).

Ze zákona o sociálních službách vyplývá, že služba Domov pro seniory v Domově důchodců v Ústí nad Orlicí je poskytována jako dlouhodobá pobytová služba sociální péče, dále je zde v souladu se zákonem poskytována celodenní strava a praní prádla. Domov pro seniory poskytuje pobyt v jednolůžkových, dvoulůžkových a třílůžkových pokojích (Domov důchodců Ústí nad Orlicí, online).

Uživatelé pobírají odbornou péči prostřednictvím sociálních pracovníků, pracovníků v sociálních službách a zdravotních sester. Cílem poskytované služby je podpora soběstačnosti s ohledem na aktuální zdravotní stav jedinců. Domov důchodců Ústí nad Orlicí – Domov pro seniory pořádá tyto aktivizační činnosti: procvičování motorických dovedností formou rukodělných činností a formou cvičení v tělocvičně a individuálního nácviku chůze, úchopů a individuální cvičení na lůžku, hudební a divadelní vystoupení MŠ, ZŠ a ZUŠ v Domově pro seniory, pravidelné čtení na pokračování, hraní společenských her, hudební a biblické hodinky, sportovní odpoledne, reminiscenční kavárničky, canisterapie a felinoterapie. Aktivizační činnosti u lůžka jsou často zajišťovány pomocí spolupráce s dobrovolníky. Uživatelům jsou dále nabídnuty služby kadeřnictví, pedikúra, doprava zprostředkovaná místním červeným křížem, také možnosti spolupráce s dobrovolníky, zajišťování drobných oprav. Domov pro seniory vydává měsíčník Zpravodaj, kde se uživatelé, jejich rodinní příslušníci či přátelé mohou dozvědět různé informace z Domova důchodců v Ústí nad Orlicí (Domov důchodců Ústí nad Orlicí, online).

6.3 Výzkumný soubor

První část výzkumného souboru je tvořena osobami v seniorském věku, jež jsou uživateli služeb domov pro seniory v zařízeních Domov důchodců Ústí nad Orlicí a Sociální služby Česká Třebová - Domov pro seniory. Ze Sociálních služeb Česká Třebová – Domov pro seniory se podařilo získat odpovědi od 35 uživatelů z celkového počtu 102. Z Domova důchodců v Ústí nad Orlicí se podařilo získat odpovědi od 43 uživatelů z celkového počtu 89.

Druhým výzkumným souborem jsou vždy čtyři pracovníce zmíněných domovů pro seniory, jedná se o vedoucí sociálního úseku, pracovníce přímé-obslužné péče, zdravotní sestry a pracovníce v sociálních službách vykonávající aktivizační činnost.

7. Výsledky výzkumného šetření

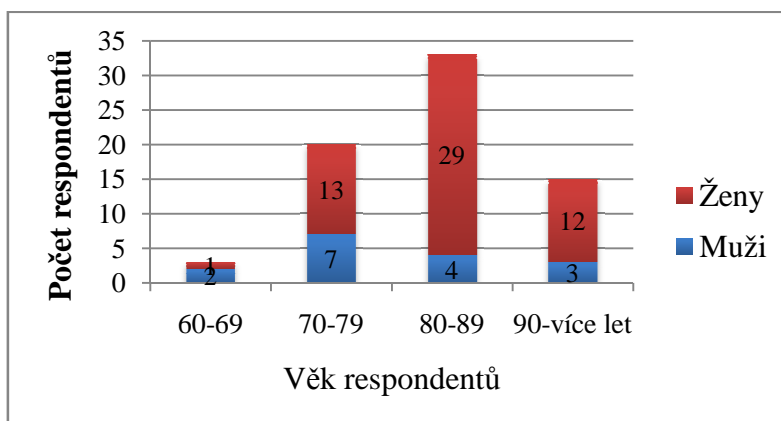
První část výzkumného šetření probíhala pomocí strukturovaných rozhovorů s uživateli Domova pro seniory v České Třebové a Ústí nad Orlicí. Při druhé části výzkumného šetření docházelo ke strukturovaným rozhovorům s otevřenými otázkami se čtyřmi pracovníci každého vybraného Domova pro seniory, jednalo se o pracovníce přímé-obslužné péče, pracovníce zdravotního úseku, vedoucí sociálního úseku a pracovníce v sociálních službách vykonávající aktivizační činnost. Z důvodu zachování anonymity získaných dat budou tato zařízení označena jako první domov pro seniory a druhý domov pro seniory.

7.1 Prezentace dat získaných výzkumným šetřením

Výsledek prvního dílčího cíle byl vypracován z jednotlivých odpovědí na otázky strukturovaných rozhovorů s uživateli vybraných domovů pro seniory. Pro zjištění nekompenzované sluchové ztráty ve vybraných domovech pro seniory nebylo potřeba jednotlivé výsledky rozlišovat podle zařízení a pro zvýšení výpovědní hodnoty této části výzkumného šetření bylo rozhodnuto, že strukturované rozhovory uživatelů byly vyhodnoceny dohromady.

V obou zařízeních se do šetření zapojilo celkem 78 respondentů, z toho bylo 60 žen a 18 mužů. Věk je znám u 71 respondentů. Tito uživatelé jsou dále rozděleni do 4 kategorií podle věku: v kategorii 60-69 let věku se nachází 3 respondenti, jedná se o 2 muže a 1 ženu, v kategorii 70-79 let věku je soustředěno 20 respondentů, z nichž je 7 mužů a 13 žen, kategorie 80-89 let věku je zastoupena 33 respondenty, nachází se zde 4 muži a 29 žen, poslední kategorie 90 a více let věku je tvořena 15 respondenty (3 muži a 12 ženami) (viz graf č. 1).

Graf č. 1- Členění respondentů na základě věku a pohlaví

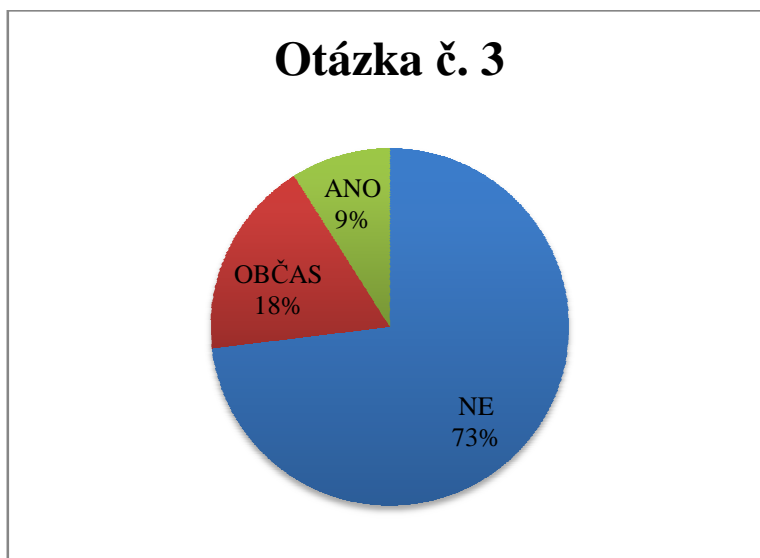


Na sadu dotazníkových otázek respondenti odpovídali následovně. První prezentovaná otázka má číslo 3, neboť ve výzkumném šetření se otázky číslo 1 a 2 dotazovaly na pohlaví a věk respondenta.

Otázka č. 3: Cítíte se nepříjemně při seznamování se s novými lidmi? Zdá se Vám, že tito lidé mluví nesrozumitelně, mumlají, a musíte se velmi soustředit na to, abyste jim správně porozuměli?

Na tuto otázku 57 respondentů odpovědělo, že se necítí nepříjemně při seznamování se s novými lidmi, občasné obtíže uvedlo 14 respondentů a časté problémy uvedlo 7 respondentů. Procentuální vyjádření těchto odpovědí je uvedeno v grafu č. 2.

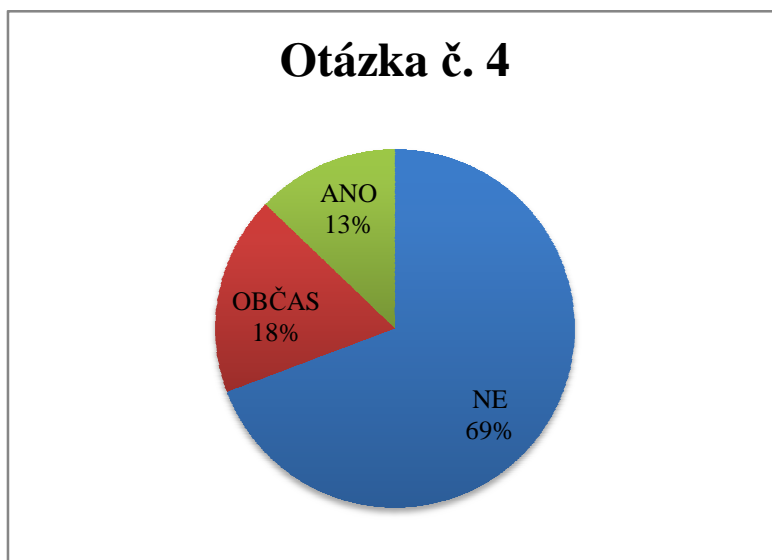
Graf č. 2 - Procentuální vyjádření výsledků otázky č. 3



Otázka č. 4: Když mluvíte se členy své rodiny, cítíte se zklamáni kvůli častému neporozumění?

Nejčastěji zvolenou odpovědí bylo „NE“, jednalo se o 54 případů, následovalo „OBČAS“ ve 14 případech a „ANO“ bylo vybráno 10 respondenty. Procentuální vyjádření odpovědí respondentů se nachází v grafu č. 3.

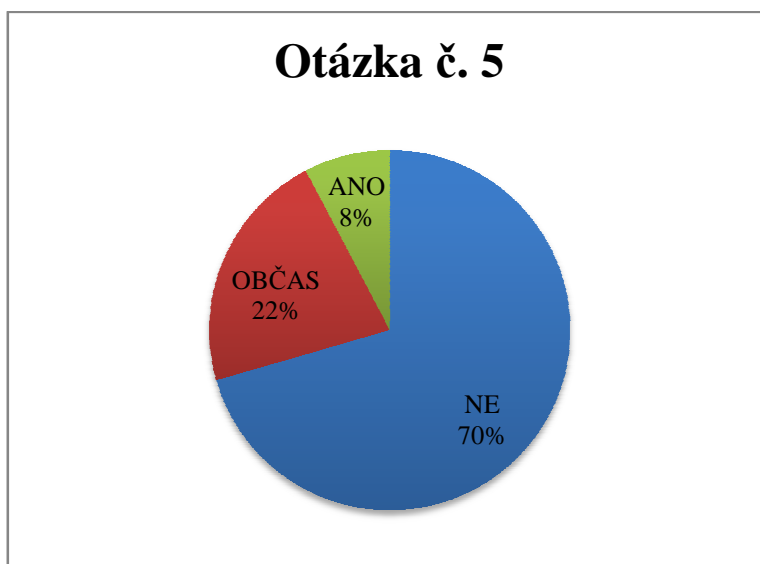
Graf č. 3 - Procentuální vyjádření výsledků otázky č. 4



Otázka č. 5: Máte potíže se slyšením a rozuměním při komunikaci s ostatními seniory a pracovníky v domově pro seniory?

Negativní odpověď vybralo 55 respondentů, 17 respondentů se přiklonilo k „OBČAS“ a 6 respondentů k odpovědi „ANO“. Procentuální vyjádření odpovědí je ke zhlédnutí v grafu č. 4.

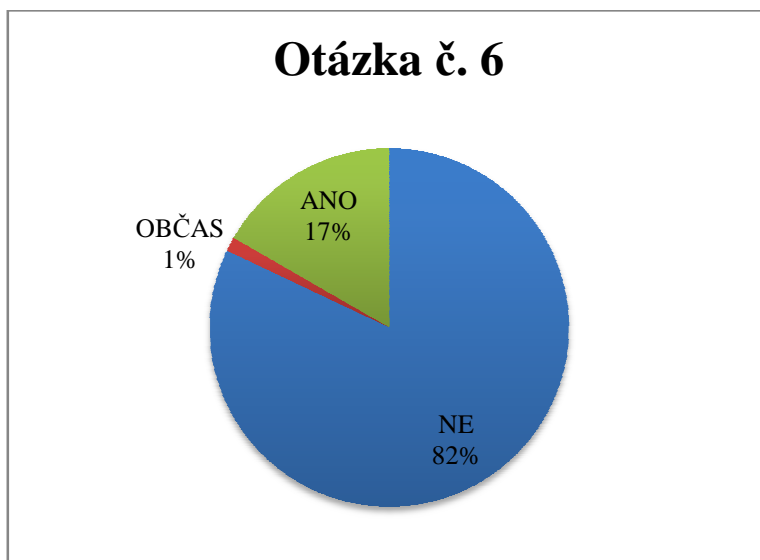
Graf č. 4 - Procentuální vyjádření výsledků otázky č. 5



Otázka č. 6: Myslíte si, že špatně rozumíte? Cítíte se kvůli tomu nějak omezeni?

Na tuto otázku 64 respondenti uvedli odpověď „NE“, 1 respondent odpověď „OBČAS“ a 13 respondentů odpověď „ANO“. Procentuální vyhodnocení odpovědí respondentů je znamenáno v grafu č. 5.

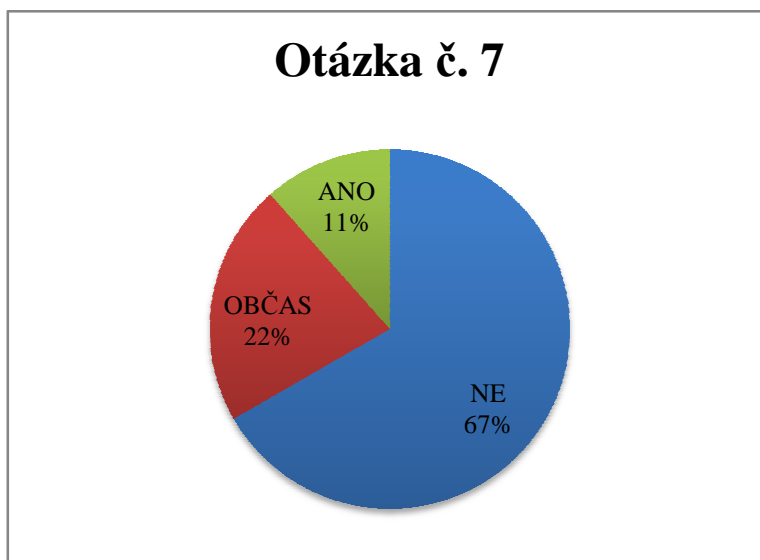
Graf č. 5 - Procentuální vyjádření výsledků otázky č. 6



Otázka č. 7: Máte problémy s porozuměním a slyšením při návštěvách Vaší rodiny, přátel a známých?

V tomto případě se odpověď „NE“ vyskytovala u 52 respondentů, odpověď „OBČAS“ v 17 případech a odpověď „ANO“ u 9 respondentů. Graf č. 6 vyjadřuje procentuální zastoupení těchto odpovědí.

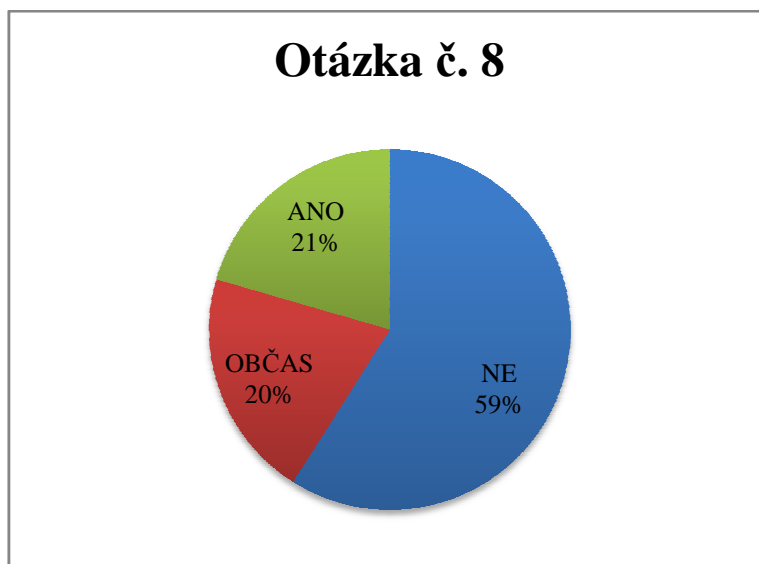
Graf č. 6 - Procentuální vyjádření výsledků otázky č. 7



Otázka č. 8: Máte problémy s porozuměním a poslechem při aktivitách domova pro seniory?

Problémy s poslechem na aktivitách domova pro seniory nemá 46 respondentů, občasné potíže uvádí 16 respondentů a problémy s poslechem má taktéž 16 respondentů. Graf č. 7 zachycuje procentuální vyjádření odpovědí těchto respondentů.

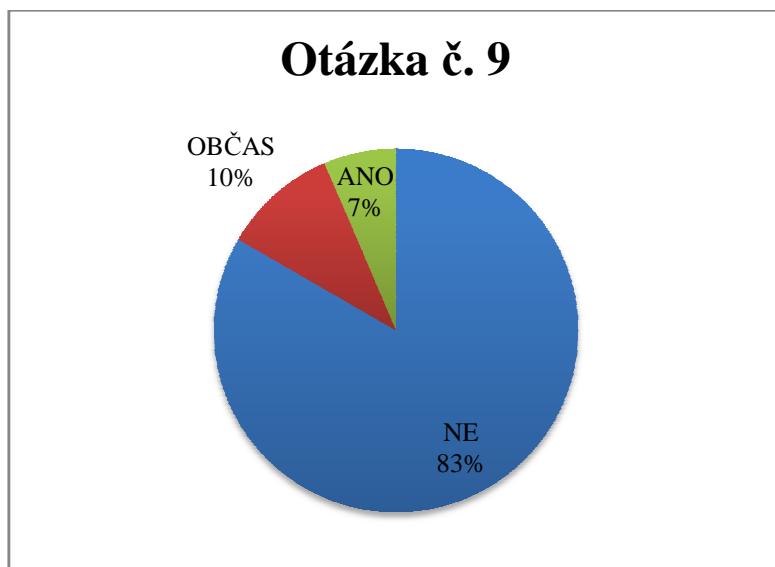
Graf č. 7 - Procentuální vyjádření výsledků otázky č. 8



Otázka č. 9: Myslí si Vaši blízcí, že špatně slyšíte? Je Váš sluch příčinou hádek a sporů s rodinou?

Respondentů odpovídajících, že s rodinou nemají žádné spory ohledně sluchu, bylo 65. Občasné spory kvůli respondentovu zhoršenému sluchu uvedlo 8 respondentů a 5 respondentů uvedlo časté spory, jejichž příčinou je zhoršený sluch respondentů. Procentuální vyjádření odpovědí na tuto otázku je zobrazeno v grafu č. 8.

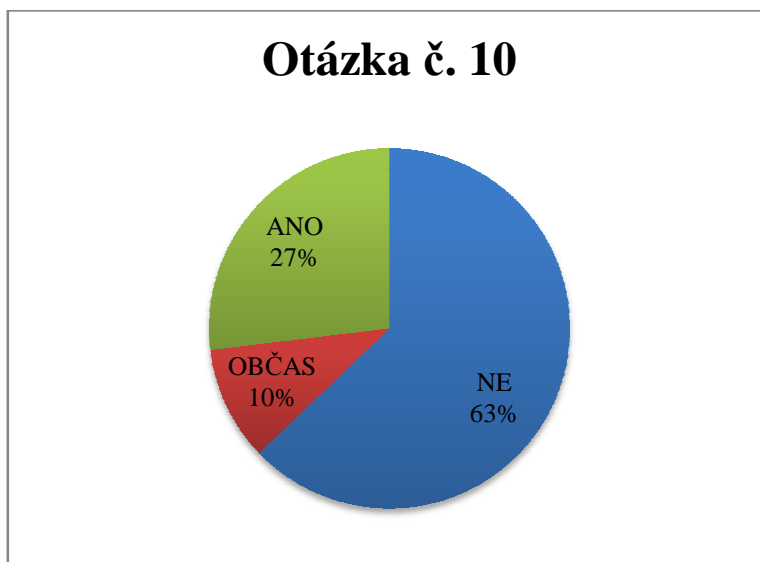
Graf č. 8 - Procentuální vyjádření výsledků otázky č. 9



Otázka č. 10: Máte problémy při poslechu televize nebo rádia? Musíte oproti ostatním zesilovat daná zařízení?

Odpověď byla zvolena v 49 případech, 8 respondentů uvedlo odpověď „OBČAS“ a 21 odpověď „ANO“. Graf č. 9 znázorňuje tyto odpovědi převedené do procentuálních hodnot.

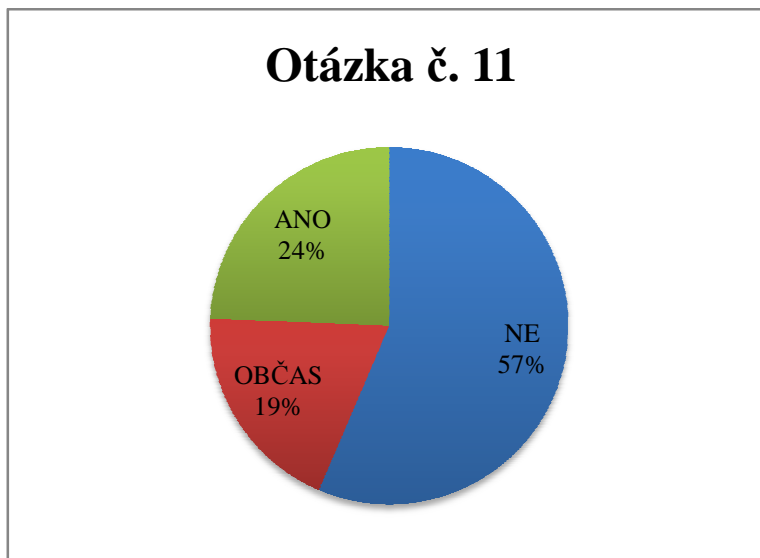
Graf č. 9 - Procentuální vyjádření výsledků otázky č. 10



Otázka č. 11: Máte potíže s porozuměním a slyšením při komunikaci s přáteli a známými v jídelně i v jiných rušných prostorách?

V rušných prostorách domova pro seniory nemá žádné obtíže 44 respondentů, 15 respondentů vykazuje občasné obtíže a 19 respondentů má potíže s porozuměním a slyšením v rušných prostorách. Graf č. 10 zobrazuje procentuální vyjádření těchto odpovědí.

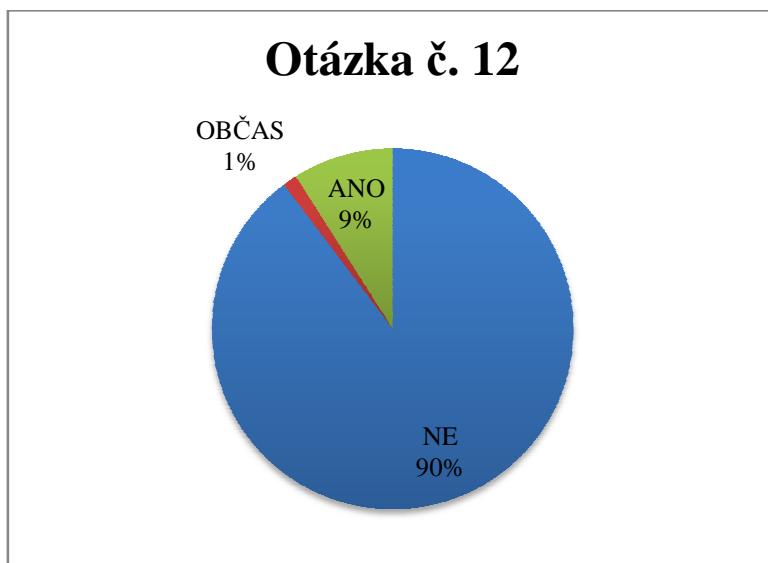
Graf č. 10 - Procentuální vyjádření výsledků otázky č. 11



Otázka č. 12: Posloucháte rádio a televizi méně často než byste chtěli, protože máte problém s poslechem nebo porozuměním?

U 70 respondentů byla zaznamenána odpověď „NE“, pouze 1 respondent se občas omezuje při poslechu kvůli svému sluchu a 7 respondentů omezuje poslech rádia nebo televize primárně kvůli svému sluchu. Procentuální hodnoty těchto odpovědí byly zaneseny do grafu č. 11.

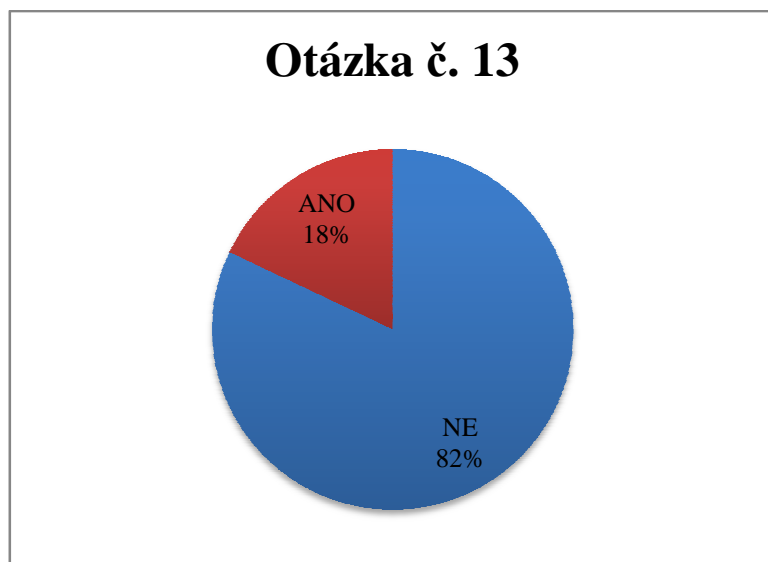
Graf č. 11 - Procentuální vyjádření výsledků otázky č. 12



Otázka č. 13: Používáte nějaká sluchadla, zesilovače či jinou kompenzační pomůcku?

Z celkového počtu 78 respondentů používá kompenzační pomůcku 14 respondentů, procentuální zhodnocení viz graf č. 12.

Graf č. 12- Procentuální vyjádření výsledků otázky č. 13

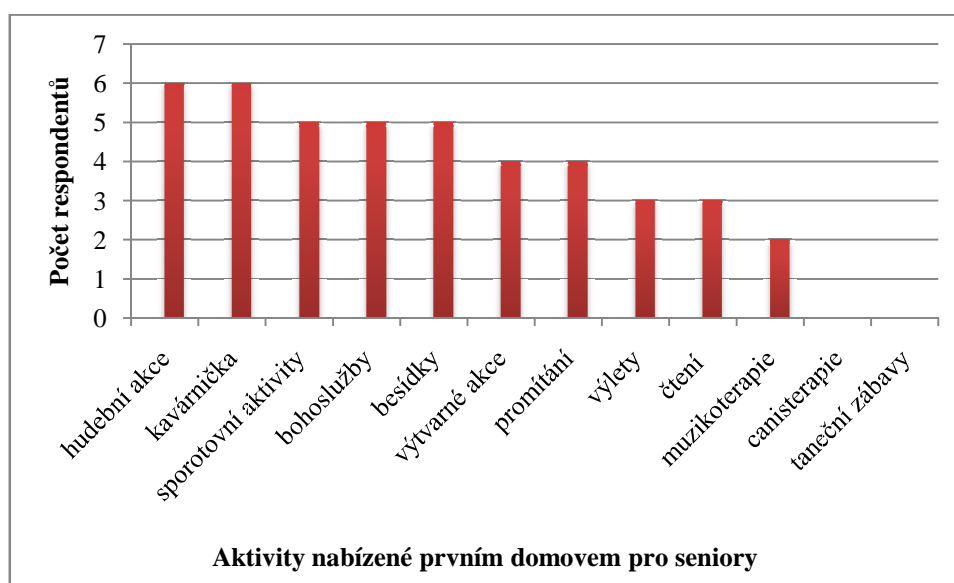


Další část interpretace dat a následné analýzy, týkající se účasti respondentů na aktivitách vybraných domovů pro seniory, bude řešena zvlášť pro každý domov pro seniory. Je to kvůli možnosti odlišných výsledků z důvodu, že v jednom z těchto domovů pro seniory je společná místnost vybavena zařízením pro zlepšení poslechu

a zpřístupnění poslechu i pro jedince s kompenzací, kteří potřebují využívat program indukční smyčka ve svém sluchadle, což umožňuje účast na aktivitách i pro jedince s možností výskytu sluchového handicapu.

Účast na aktivitách byla zjišťována u jedinců s pravděpodobným výskytem sluchového postižení na základě vyhodnocení dotazníku určeného pro uživatele. Bylo zjištěno, že aktivit prvního domova pro seniory bez uzpůsobení ozvučení se účastní 11 respondentů se sluchovou ztrátou z 20. Nejčastěji navštěvované aktivity jsou hudební akce, kavárnička, dále sportovní aktivity, bohoslužba, besídky, následují výtvarné aktivity a promítání, dále výlety a čtení a nakonec muzikoterapie. Z oslovených respondentů se nikdo neúčastní canisterapie a tanečních zábav (viz graf č. 13).

Graf č. 13 - Účast respondentů na aktivitách prvního domova pro seniory

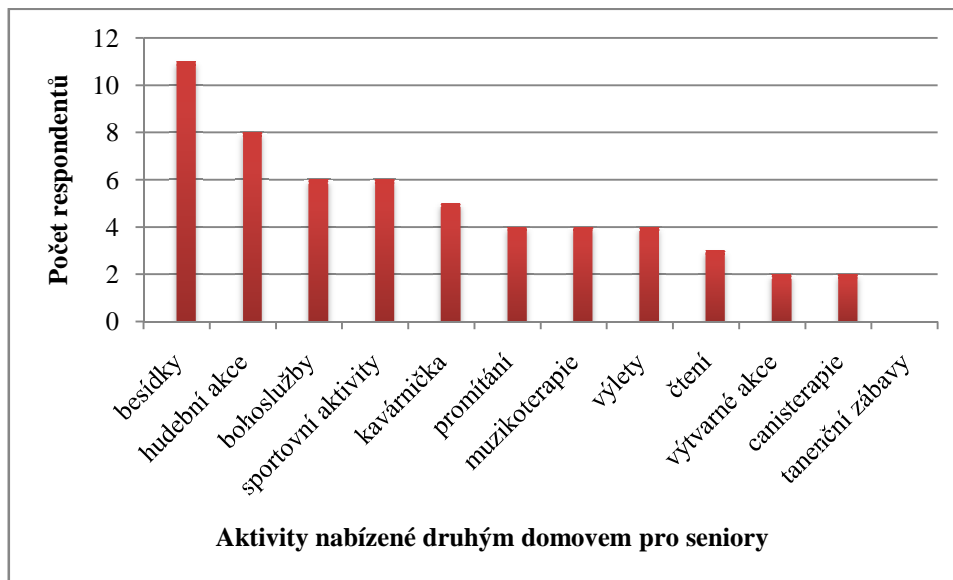


V tomto zařízení zmínili 4 respondenti, že by si přáli účastnit se aktivit domova pro seniory, ale jejich sluch jim to nedovoluje a další 2 respondenti uvedli, že nevědí.

V druhém zařízení je stav respondentů se sluchovou ztrátou docházejících na aktivity domova pro seniory 14 respondentů z 21. Nejčastěji navštěvované aktivity tohoto domova pro seniory jsou besídky, dále hudební akce, následují bohoslužby a sportovní aktivity, poté kavárnička, promítání, muzikoterapie a výlety, méně čtení a nejméně jsou navštěvovány výtvarné aktivity a canisterapie. Nikdo z respondentů

neuvěděl, že by se účastnil tanečních zábav. Účast respondentů na těchto aktivitách viz graf č. 14.

Graf č. 14 - Účast respondentů na aktivitách druhého domova pro seniory



V tomto domově pro seniory pouze 3 respondenti vyslovili přání účastnit se aktivit domova pro seniory, ale jejich sluch jim to nedovoluje.

Prezentace dat získaných ze strukturovaných rozhovorů s pracovníci vybraných domovů pro seniory

Strukturované rozhovory s pracovníci v prvním domově pro seniory konkretizují postup specializované lékařské péče pro mobilní i imobilní osoby se sluchovým postižením, podporu při komunikaci s těmito skupinami, obeznámení s prací a údržbou jejich kompenzačních pomůcek, vybavení zařízení indukční smyčkou, spolupráci s dalšími organizacemi zabývajícími se problematikou sluchového postižení, oblasti pro zlepšení možností uživatelů se sluchovou ztrátou v uvedeném zařízení a příležitosti k dalšímu vzdělávání.

Na téma specializované lékařské podpory pracovníce přímé-obslužné péče, pracovníce v sociálních službách vykonávající aktivizační činnost a vedoucí sociálního úseku shodně uvedly, že uživatelé přichází do domova pro seniory již se zhoršeným sluchem. Vedoucí sociálního úseku uvádí, že pokud by uživatel potřeboval specializovanou lékařskou péči, potom by nejprve jednal se zdravotní sestrou, která by kontaktovala specializovanou lékařskou podporu a tam by jej za

doprovodu pracovnice přímé-obslužné péče zavezla sanitka nebo případně rodina. Zdravotní sestra zmínila, že nejprve tyto uživatele prohlédne obvodní lékař, ten je doporučí k dalšímu vyšetření na ORL v České Třebové a tam rozhodnou, zda je nutné je poslat na další specializované vyšetření do nemocnice v Ústí nad Orlicí. V případě imobilních uživatelů se sluchovou ztrátou vedoucí sociálního úseku a zdravotní sestra shodně uvádějí, že nejprve za těmito lidmi dojde na pokoj obvodní lékař. Zdravotní sestra dodává, že lékař napíše doporučení a sanitku. Pracovnice přímé-obslužné péče dodává, že s těmito uživateli jezdí jako doprovod právě pracovnice tohoto úseku.

K podpoře při komunikaci s uživateli se sluchovým postižením vedoucí sociálního úseku, pracovnice přímé-obslužné péče a pracovnice v sociálních službách vykonávající aktivizační činnost uvedly, že výrazněji artikulují a mluví více nahlas. Pracovnice v sociálních službách dále dodává, že mluví na tyto uživatele tváří v tvář. Pracovnice přímé-obslužné péče ještě přidává, že na tyto uživatele mluví pomaleji a ve shodě se zdravotní sestrou upozorňují, že při komunikaci s těmito jedinci nejprve nasadí a zapnou sluchadlo. Zdravotní sestra dodává, že v tomto domově pro seniory není nikdo, kdo by špatně slyšel a přitom neměl sluchadlo. V případě imobilních uživatelů se sluchovou ztrátou pracovnice v sociálních službách uvedla, že s nimi komunikuje stejným způsobem jako s mobilními uživateli se sluchovou ztrátou. Zdravotní sestra uvedla, že před začátkem samotné komunikace s imobilními uživateli je nejprve upozorní na nasazení sluchadla, případně jim ho nasadí a zapnou samy pracovnice.

Na otázku informovanosti uživatelů o používání a údržbě pomůcky vedoucí sociálního úseku a pracovnice v sociálních službách vykonávající aktivizační činnost a zdravotní sestra uvedly, že uživatelé jsou obeznámeni s možnostmi používání své pomůcky. Vedoucí sociálního úseku a pracovnice v sociálních službách dodávají, že ne všichni s těmito pomůckami umí pracovat, například kvůli zhoršené jemné motorice nebo kvůli diagnóze Alzheimerova choroby. Pracovnice přímé-obslužné péče dodává, že si uživatelé neumí své sluchadlo nasadit, a tak jim vypomáhají pracovnice přímé-obslužné péče.

Vedoucí sociálního úseku uvedla, že v příslušném domově pro seniory není indukční smyčka.

Ohledně spolupráce s organizacemi zabývajícími se sluchovým postižením vedoucí pracovnice uvedla, že nespolupracují s žádným takovým zařízením. V minulosti jim jedna organizace nabízela spolupráci, ale měla příliš vysoké cenové požadavky.

Případné zlepšení podmínek uživatelů vidí vedoucí sociálního úseku v případné individuální aktivizaci nebo v logopedické péči. Pracovnice v sociálních službách vykonávající aktivizační činnost a zdravotní sestra uvádějí, že by bylo vhodné proškolení uživatelé ohledně problematiky sluchadel. Zdravotní sestra dodává, že by pomohly i častější kontroly na ORL. Pracovnice přímé-obslužné péče dodává, že by prospělo, kdyby uživatelé vlastnili modernější pomůcky.

K otázce dalšího vzdělávání se všechny pracovnice shodly na tom, že jim zaměstnavatel umožňuje se celoživotně vzdělávat. Vedoucí sociálního úseku dodala, že každý zaměstnanec musí povinně absolvovat 24 hodin dalšího vzdělávání ročně. Kurzu speciálně zaměřeného na komunikaci s osobami se sluchovým postižením nebo na jejich podporu se pracovnice tohoto zařízení neúčastnily. Avšak vedoucí sociálního úseku a zdravotní sestra uvedly, že se zaměstnanci účastnili kurzu komunikace se seniory, kde bylo zmíněno i sluchové postižení.

Na základě strukturovaných rozhovorů s pracovníci druhého domova pro seniory byly zjištěny názory jednotlivých pracovníků různých úseků na problematiku poskytování specializované lékařské podpory osobám se sluchovým postižením a to mobilních i imobilních, podpora při komunikaci, obeznámení s používáním kompenzační pomůcky, zda je zařízení vybaveno indukční smyčkou a zda jejich zařízení spolupracuje s dalšími organizacemi zabývajícími se problematikou sluchového postižení. Byl také zjištěn názor pracovníků na možnosti zlepšení podmínek uživatelů se sluchovým postižením v příslušném zařízení a možnosti dalšího vzdělávání zaměstnanců příslušného zařízení.

Z odpovědí jednotlivých pracovníků na otázku specializované lékařské podpory u uživatelů se sluchovou ztrátou vychází, že do domova pro seniory už uživatelé přicházejí se zhoršeným sluchem a s případnými pomůckami, všechny pracovnice zmiňují nejčastější léčbu zhoršeného sluchu u uživatelů a to pomocí propláchnutí uší.

Pracovnice přímé-obslužné péče doplnila, že uživatelé se zhoršeným sluchem nejprve zajdou za obvodní lékařkou, která jim buď propláchne uši, nebo je doporučí na specializované vyšetření, avšak tito lidé se specializovanému vyšetření brání. Imobilním uživatelům se sluchovým postižením je poskytována lékařská podpora nejprve pomocí prohlídky obvodní lékařkou, která za nimi dojde na pokoj, posléze jim napíše doporučení k specializovanému vyšetření. S těmito uživateli jako doprovod jede buď pracovnice přímé-obslužné péče nebo rodina, která podle slov zdravotní sestry jezdí jen výjimečně. Pracovnice přímé-obslužné péče dodává, že rodina s uživateli jezdí především na specializovaná vyšetření na oddělení ORL, oční nebo gynekologii.

K podpoře komunikace u mobilních uživatelů se sluchovou ztrátou je pracovníky nejčastěji používáno mluvení tváří v tvář, zřetelněji, dále jednotlivé pracovnice uvádějí například používání sluchadel u uživatelů, mluvení ze strany, na kterou slyší, výraznější gesta a řeč těla nebo mluvení zvýrazněné tak, aby uživatelé mohli případně odezírat. U imobilních uživatelů dvě pracovnice (vedoucí sociálního úseku a pracovnice přímé-obslužné péče) postupují při podpoře komunikace stejným způsobem jako u mobilních uživatelů se sluchovou ztrátou. Ostatní dvě uvádějí, že u těchto uživatelů přistupují individuálně. Vedoucí sociálního úseku dodává, že v domově pro seniory jsou i imobilní uživatelé, kteří nekomunikují vůbec, ale tento stav není spojen se zhoršeným sluchem. Pracovnice v sociálních službách vykonávající aktivizační činnost ještě dodává, že je důležité, aby se imobilní uživatelé necítili vyčlenění a měli by se zapojovat do aktivit, které se jim líbí.

Ohledně otázky obeznámenosti uživatelů s prací a údržbou své kompenzační pomůcky pracovnice uvádějí, že s kompenzační pomůckou uživatelům pomáhají zdravotní sestry nebo pracovnice přímé-obslužné péče. Shodně pracovnice v sociálních službách vykonávající aktivizační činnost, zdravotní péče a přímo-obslužné péče dodaly, že někteří, podle slov pracovnice v sociálních službách až většina uživatelů, umí se svou pomůckou pracovat. Zdravotní sestra ještě upřesňuje, že se snaží, aby práci se svou pomůckou zvládali uživatelé sami.

Na základě odpovědi vedoucí sociálního úseku bylo zjištěno, že tento domov pro seniory není vybaven běžnou indukční smyčkou, ale zařízením od firmy Phonak Dynamic SoundField.

Vedoucí sociálního úseku uvedla, že tento domov pro seniory nespolupracuje se žádnou organizací zabývající se sluchovým postižením.

Jako místo pro zlepšení vidí pracovnice v sociálních službách vykonávající aktivizační činnost v možnosti využívání většího množství pomůcek při práci se sluchově postiženými. Vedoucí sociálního úseku nevidí prostor pro zlepšení, už došlo ke zlepšení ozvučení. Zdravotní sestra uvedla, že by jim v práci pomohlo, kdyby se dala lépe rozlišit demence od těžkého sluchového postižení. Pracovnice přímé-obslužné péče zmínila návštěvu pracovníka poradny, který uživatelům ukazoval práci se sluchadly a řešil s nimi postupy řešení možných problémů. Na základě způsobu odpovědi se autorka práce domnívá, že by pracovnice uvítala další podobné intervence.

Na otázku dalšího vzdělávání zaměstnanců domova pro seniory všechny dotazované pracovnice odpověděly ve shodě, že jim zaměstnavatel umožňuje celoživotně se vzdělávat. Pracovnice přímé-obslužné péče ještě dodala, že kromě kurzů a školení si mohou pracovnice dodělávat i vysokoškolské vzdělání. Bylo zjištěno, že pracovnice domova pro seniory se neúčastnily žádného kurzu ke způsobům správné komunikace s osobami se sluchovým postižením, případně dalších kurzů k podpoře osob se sluchovým postižením. Avšak tři pracovnice (vedoucí sociálního úseku, pracovnice v sociálních službách vykonávající aktivizační činnost a pracovnice přímé-obslužné péče) uvedly, že se zaměstnanci účastnili kurzu alternativní a augmentativní komunikace, jehož součástí byly i informace ohledně komunikace s lidmi se sluchovým postižením.

7.2 Analýza výsledků výzkumného šetření

Na základě vyhodnocení jednotlivých strukturovaných rozhovorů s uživateli služeb vybraných domovů pro seniory bylo zjištěno, že se u 40 respondentů, tedy v 51 % případů, vyskytuje pravděpodobnost sluchové ztráty. Nekompenzovaná forma byla zjištěna u 67,5 % z těchto respondentů, jedná se o 27 respondentů. Příčiny, které respondenti uváděli pro nepořízení sluchadel, jsou zapůjčení podle respondenta

nefunkčního sluchadla, odmítání sluchadla, dávná návštěva ušního specialisty, který sluchadlo nedoporučil, ztráta sluchadla, negativní zkušenost respondentčiny známé.

Z důkladnějšího zkoumání bylo určeno, že u 85,7 % respondentů s kompenzovanou sluchovou ztrátou nedochází k dostatečnému užítku z jejich kompenzační pomůcky. Jedná se o 12 uživatelů kompenzačních pomůcek z celkového počtu 14 respondentů - uživatelů kompenzační pomůcky. Z odpovědí jednotlivých respondentů, u nichž byl tento jev pozorován, vyšlo najevo, že tato situace je způsobena stářím sluchadla, neschopností nasazení sluchadla, špatnou baterií ve sluchadle, případně udávají, že i se sluchadlem slyší špatně.

Na základě věku a pohlaví respondentů bylo možno vytvořit ucelený přehled vztahu mezi věkem a výskytem sluchové ztráty respondentů. Respondenti byli rozděleni na základě věku do 4 kategorií: 60-69 let věku, 70-79 let věku, 80-89 let věku a 90 a více let věku. Následně byli do těchto kategorií rozděleni respondenti i s ohledem na pohlaví jedinců.

Muži v první kategorii 60-69 let věku byli 2, u žádného z nich se nevyskytovala přítomnost sluchové ztráty. V druhé kategorii ve věku 70-79 let se nachází 7 respondentů, u 2 z nich byla určena pravděpodobnost sluchové ztráty. Ve třetí kategorii 80-89 let věku se vyskytují 4 respondenti, z nichž 3 vykazují známky sluchové ztráty. V poslední čtvrté kategorii 90 a více let věku byli 3 muži a u všech byla stanovena pravděpodobnost výskytu sluchové ztráty.

Tabulka č. 2 - Procentuální vyjádření výskytu sluchové ztráty v závislosti na věku respondentů

Muži			
Věk (let)	Počet respondentů	Počet respondentů se sluchovou ztrátou	Procentuální výpočet
60-69	2	0	0%
70-79	7	2	28,60%
80-89	4	3	75%
90 a více	3	3	100%

Ženy byly taktéž rozděleny do 4 kategorií podle věku. V první kategorii 60-69 let věku se nachází 1 respondentka a vyazuje přítomnost sluchové ztráty. V druhé kategorii 70-79 let věku bylo 13 respondentek, z nichž u 6 se vyskytuje sluchová ztráta. Třetí kategorie 80-89 let věku je zastoupena 29 respondentkami, u 16 z nich je

přítomna sluchová ztráta. V poslední kategorii 90 a více let věku se nachází 12 respondentek, u 7 z nich byla určena přítomnost sluchové ztráty.

Tabulka č. 3 - Procentuální vyjádření výskytu sluchové ztráty v závislosti na věku respondentek

Ženy			
Věk (let)	Počet respondentů	Počet respondentů se sluchovou ztrátou	Procentuální výpočet
60-69	1	1	100%
70-79	13	6	46%
80-89	29	16	55%
90 a více	12	7	58%

V první kategorii byl výskyt 100% přítomnosti sluchové ztráty způsoben malým výzkumným vzorkem v rámci této kategorie.

V následujících analýzách výsledků budou již nashromážděná data rozčleněna podle místa výzkumného šetření. Respondenti byli na základě výsledků strukturovaného rozhovoru na podkladě dotazníkového šetření rozděleni do 3 kategorií podle počtu získaných bodů. Jedná se o kategorie bez výskytu handicapu, s výskytem mírného až středně těžkého handicapu a těžkého handicapu.

U prvního domova pro seniory se v první kategorii bez výskytu handicapu a přitom s pravděpodobností výskytu sluchového postižení nachází 7 respondentů. V této kategorii se účastní aktivit 6 respondentek. Jediná, která se neúčastní žádné aktivity, nevedla důvod, proč tak činí.

V druhé kategorii s výskytem mírného až středně těžkého handicapu se nachází 9 respondentů. Aktivit tohoto domova se účastní 5 respondentek. Dvě z respondentek, které se neúčastní aktivit tohoto domova pro seniory, uvedly, že primární příčinou je jejich zhoršený sluch. Další dvě respondentky, které se neúčastní aktivit, jsou kompenzované, ale jejich sluchadla jim nepřinášejí dostatečný užitek. U obou z nich je příčinou stáří sluchadla, avšak první z nich jej má už 10 let a nové nechce, druhá již čeká na povinnou lhůtu pro zažádání o nové sluchadlo.

V poslední kategorii s výskytem těžkého handicapu se nachází 4 respondentky. Ani jedna z těchto respondentek nedochází na žádné aktivity domova pro seniory. Tři z těchto uživatelů vnímají jako primární omezení participace na aktivitách právě

svůj zhoršený sluch, dvě z těchto uživatelů jsou kompenzované, ale svoje pomůcky si neumí nasadit. Poslední respondentka v této kategorii nedochází na aktivity vlivem své negativistické povahy: „*Nemám o nic zájem*“.

Nejoblíbenějšími aktivitami, na které docházejí respondenti se sluchovou ztrátou, jsou hudební akce a kavárnička, dále sportovní aktivity, bohoslužby, besídky, poté výtvarné akce a promítání, následují výlety a čtení, nejméně je navštěvována muzikoterapie.

U druhého domova pro seniory byli do první kategorie bez výskytu handicapu, ale s pravděpodobností výskytu sluchového postižení, zařazeni 2 kompenzovaní respondenti, všichni se účastní aktivit tohoto domova pro seniory. Jen jeden z těchto respondentů uvedl, že má pouze občasné potíže s rozuměním při aktivitách tohoto domova.

V druhé kategorii s výskytem mírného až středně těžkého handicapu je 12 respondentů. Z této kategorie se neúčastní aktivit tohoto domova 5 respondentů. Tři ženy uvedly, že se neúčastní žádných aktivit primárně kvůli svému tělesnému stavu. Jeden muž uvádí, že se neúčastní aktivit tohoto domova kvůli svému založení: „*Jsem spíše samotář, nejsem zvyklý na aktivity v Domově*“.

V poslední kategorii s výskytem těžkého handicapu bylo zaneseno 6 respondentů. Z nich se 3 respondenti neúčastní aktivit domova pro seniory. Dvě respondentky uvádějí jako primární příčinu své neúčasti svoji sluchovou ztrátu. Jeden respondent uvedl, že také nenavštěvuje aktivity primárně kvůli svému zhoršenému sluchu, ale také dodává, že by nechodil na tyto aktivity, ani kdyby slyšel dobře.

Mimo jiné bylo zjištěno, že šest respondentů se i přes zhoršený sluch účastní aktivit tohoto domova pro seniory, a sluch nevnímají jako něco, co by je mělo omezovat. Za primární spíše považují omezení zdravotním stavem.

V souvislosti s počtem jedinců, kteří spadají do kategorie těžkého handicapu, a přesto navštěvují řadu aktivit druhého domova pro seniory, a názorem dalších respondentů na svůj sluch jako na neomezující faktor, je tento fakt spojen se

zlepšeným ozvučením tohoto domova a zpřístupněním poslechu i pro jedince s kompenzační pomůckou s ohledem na možnost využití T-cívky.

Nejnavštěvovanějšími aktivitami tohoto domova pro seniory jsou besídky, dále hudební akce, potom bohoslužby a sportovní akce, následuje kavárnička, poté promítání, muzikoterapie a výlety, méně čtení a nejméně jsou navštěvovány výtvarné akce a canisterapie.

K podpoře osob se sluchovou ztrátou z lékařského hlediska se postupuje v případě obou domovů pro seniory shodně. Jedná se o zajištění prohlídky obvodním lékařem či lékařkou, která do domova pro seniory pravidelně dojíždí, dále je těmto jedincům vypsána žádost o odborné vyšetření u specialisty, který určí, zda je nutné další vyšetření na foniatrii v nemocnici v městě Ústí nad Orlicí a zde je poskytnuta případná následná péče. Na vyšetření jsou jedinci dováženi sanitkou v doprovodu pracovníků přímé-obslužné péče. Výjimečně doprovází uživatele rodina, v takových případech se často jedná o vyšetření na gynekologii, očním nebo ORL. Z odpovědí uživatelů těchto domovů a pracovníků z druhého domova pro seniory byla zjištěna nejčastěji používaná lékařská metoda, jedná se o proplachování uší. U imobilních uživatelů se sluchovou ztrátou se v rámci lékařské péče postupuje shodně jako v případě mobilních uživatelů se sluchovou ztrátou.

Podpora komunikace je v prvním domově realizována zvýrazněnou artikulací, mluvením zesíleným hlasem a tzv. „tvář v tvář“. Dále bylo zmiňováno zpomalené tempo promluvy nebo nasazení a zapnutí uživatelského sluchadla. Při komunikaci s imobilními uživateli postupují pracovníci stejným způsobem. O používání a údržbě sluchadel by měli být obeznámeni všichni uživatelé tohoto domova pro seniory, avšak ne všichni s nimi umí pracovat například kvůli zhoršené jemné motorice nebo diagnóze Alzheimerova choroby. Dále z šetření vyplývá, že uživatelům, kteří si svá sluchadla neumí nasadit, pomáhají pracovníci přímé-obslužné péče.

Toto první zařízení nemá společný prostor určený pro setkávání uživatelů vybavený indukční smyčkou a také nespolupracuje s žádnou organizací zabývající se sluchovým postižením. Avšak v minulosti byla nabídnuta spolupráce s jednou

takovou organizací, ale tento domov pro seniory musel odmítnout z důvodu vysokých cenových požadavků.

Zlepšení podmínek pro uživatele tohoto domova pro seniory je tamějšími pracovníci spatřováno v proškolení uživatelů v problematice jejich kompenzačních pomůcek, častějších návštěvách na oddělení otorinolaryngologie, vybavení uživatelů modernějšími pomůckami a také v možnosti individuální aktivizace a logopedické péče o tyto uživatele.

V tomto domově pro seniory je další vzdělávání pracovníků povinné, avšak zaměstnankyně tohoto zařízení se neúčastnily kurzů na podporu komunikace u osob se sluchovou ztrátou či kurzu zaměřeného na podporu těchto osob. Ale účastnili se kurzu komunikace se seniory, kde byla zmíněna i specifika komunikace s lidmi s tímto typem postižení.

Jak bylo zmíněno již výše, specializovaná lékařská podpora je poskytována shodným způsobem jako u prvního zmíněného domova pro seniory, a to v případě mobilních i imobilních uživatelů. Jen v případě druhého zařízení bylo ještě zmíněno, že tamější uživatelé se brání specializovaným vyšetřením.

Při podpoře komunikace s uživateli v tomto druhém domově pro seniory je poskytováno pomocí mluvení tzv. „tváří v tvář“, zřetelnější artikulace, aby bylo umožněno odezírání, mluvení z té strany, na kterou uživatel slyší, používání výraznějších gest a řeči těla. Zmíněn byl také individuální přístup i k jedincům imobilním. Komunikace s imobilními uživateli se sluchovou ztrátou probíhá stejným způsobem. Důležité pro komunikaci s uživateli se sluchovou ztrátou je používání pomůcek, která probíhá za pomoci pracovníků přímé-obslužné péče či zdravotnického personálu, protože ne všichni umí nebo nejsou schopni se svým sluchadlem pracovat. V tomto zařízení je také snaha o to, aby uživatelé zvládali práci se svou pomůckou sami.

Tento domov pro seniory je vybaven zařízením Dynamic SoundField od společnosti Phonak, toto zařízení umožňuje zlepšení ozvučení místnosti a také poslech přes T-cívkou. Zařízení dále nespolečupracuje s žádnou organizací specializovanou na problematiku sluchového postižení.

Možnost pro zlepšení podmínek uživatelů se sluchovým postižením je spatřována ve využívání většího množství pomůcek při práci s uživateli se sluchovou ztrátou, v lepším rozlišování těžkého sluchového postižení od projevů demence nebo v intervenci pracovníků poradny pro osoby se sluchovým postižením.

Další vzdělávání pracovníků v tomto domově pro seniory probíhá v rámci kurzů a školení, podporováno je i vysokoškolské vzdělání. Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že zaměstnankyně tohoto domova pro seniory se neúčastnily kurzu zaměřeného na problematiku komunikace nebo podpory osob se sluchovým postižením. Avšak účastnily se kurzu alternativní a augmentativní komunikace, kde byla zmíněna i specifika komunikace osob se sluchovým postižením.

7.3 Shrnutí výsledků výzkumného šetření

Prvním dílčím cílem bylo zjištění počtu uživatelů s nekompenzovanou sluchovou ztrátou ve vybraných domovech pro seniory. Sluchová ztráta byla pozorována u 51 % dotazovaných, tedy u 40 respondentů, vybraných domovů pro seniory, její nekompenzovaná forma se mezi těmito respondenty vyskytovala u 67,5 % z těchto respondentů. Dále v rámci osob s kompenzovanou sluchovou ztrátou bylo odhaleno 85,7 % případů nesprávně kompenzované sluchové ztráty. Jedná se o 12 respondentů ze 14. Na základě věku respondentů bylo možné poukázat na stoupající tendenci sluchové ztráty u jedinců právě vlivem věku, kdy v kategorii 90 a více let věku se u mužů vyskytovala 100% přítomnost sluchové ztráty a u žen v kategorii 90 a více let věku se nacházela přítomnost sluchové ztráty v 58 % případů, sluchová ztráta se v této věkové kategorii objevuje u 7 respondentek z 12.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit, zda je účast uživatelů na aktivitách vybraných domovů pro seniory primárně ovlivněna jejich sluchovou ztrátou. Z odpovědí všech 9 respondentek, které uvedly, že nedochází na žádné aktivity příslušného prvního domova pro seniory, jich 5 poznamenalo, že primární příčinou nenavštěvování aktivit je zhoršený sluch, ostatní 4 uvedly, že o aktivity nemají zájem nebo se jim nelíbí.

K nejčastěji navštěvovaným aktivitám mezi respondenty s pravděpodobností výskytu sluchové ztráty patří hudební akce a kavárnička, následně sportovní aktivity,

bohoslužby a besídky, dále výtvarné akce a promítání, poté výlety a čtení a nakonec muzikoterapie.

Aktivít druhého domova pro seniory se neúčastní 7 respondentů. Tři respondentky uvedly, že se neúčastní aktivit domova pro seniory primárně kvůli zhoršenému tělesnému stavu. Další uživatel uvedl, že nechodí na aktivity, protože je samotář. 2 respondentky a 1 respondent uvedli, že primární příčinou jejich neúčasti na aktivitách je zhoršený sluch. Ale také dodávají, že by si ani nepřáli docházet na aktivity, i kdyby slyšeli dobře. Autorka se domnívá, že snížený počet osob, které se neúčastní aktivit primárně kvůli zhoršenému sluchu i přes širší výzkumný vzorek z tohoto místa výzkumu, je způsoben vybavením zařízení pro zlepšení ozvučení a u kompenzovaných uživatelů možnosti poslechu přes T-cívku.

Nejoblíbenějšími aktivitami mezi respondenty vykazujícími známky sluchové ztráty jsou besídky, dále hudební akce, následně bohoslužby a sportovní aktivity, poté kavárnička, potom promítání, muzikoterapie a výlety, dále čtení a nejméně jsou navštěvovány výtvarné akce a canisterapie.

Třetí dílčí cíl zjišťoval, jakým způsobem je poskytována podpora a intervence osobám s nekompenzovanou sluchovou ztrátou ve vybraných domovech pro seniory. Specializovaná lékařská podpora o uživatele vybraných domovů pro seniory je poskytována na specializovaných odděleních, kam jsou tito uživatelé dováženi sanitním vozem. Komunikace je nejčastěji podporována pomocí zvýrazněné artikulace pro snazší odezírání, mluvením „tváří v tvář“, zesílením hlasitosti promluvy a zpomalením tempa mluvy. V prvním zařízení byla také zmíněna důležitost nasazování a zapínání sluchadel pro snazší dorozumění. V druhém zařízení pracovnice ještě udávaly jako podporující prvky při komunikaci zvýrazněná gesta a řeč těla a uplatňování dalších individuálních postupů, podle možností konkrétních uživatelů. Z výzkumu vyplynulo, že množství uživatelů vybraných domovů pro seniory neumí nebo nemůže samostatně pracovat se svojí kompenzační pomůckou, i když všichni byli obeznámeni s tím, jak s ní pracovat a vykonávat její údržbu.

První zařízení nevlastní ve společenské místnosti indukční smyčku a také dále nespolupracuje s žádnými organizacemi na podporu osob se sluchovou ztrátou. Druhé z těchto zařízení je vybaveno zařízením, které zlepšuje ozvučení místnosti

určené pro setkávání největšího množství uživatelů a pro možnost využití poslechu přes T-cívkou v případě kompenzovaných uživatelů.

Možnosti pro zlepšení situace uživatelů se sluchovou ztrátou se v každém zařízení lišily. V prvním byla zmíněna individuální aktivizace a logopedická péče, proškolení uživatelů ohledně problematiky sluchadel, vybavení modernějšími pomůckami a zintenzivnění návštěv na oddělení ORL. V druhém zařízení vnímají možnost pro zlepšení péče o osoby se sluchovým postižením v užívání více pomůcek při práci s uživateli se sluchovým postižením, zlepšení metod pro rozpoznávání demence od těžkého sluchového postižení a návštěvy odborníků z poradny pro osoby se sluchovým postižením.

Čtvrtý dílčí cíl si vzal za úkol zjistit další vzdělávání zaměstnanců vybraných domovů pro seniory v oblasti sluchových vad. V žádném z vybraných domovů pro seniory pracovníce nenavštívily kurz specializovaný na problematiku komunikace nebo podpory osob se sluchovým postižením. Avšak obě zařízení se účastnila kurzu, který se okrajově zmínil i o specifikách komunikace s osobami se sluchovým postižením.

8. Diskuze

Autorka této bakalářské práce si je vědoma, že data výskytu sluchové ztráty u seniorů ve vybraných domovech pro seniory jsou pouze přibližná. Je tomu tak nejen kvůli tomu, že do výzkumného souboru nebyli zahrnuti uživatelé, kteří nesouhlasili s poskytnutím rozhovoru nebo jejichž kognitivní schopnosti nebo zdravotní obtíže neumožňovaly zodpovězení otázek strukturovaného rozhovoru. Z tohoto důvodu je zřejmé, že výsledkem nemůže být přesný počet zastoupení uživatelů se sluchovou ztrátou ve vybraných domovech pro seniory. Ale také kvůli faktu, že některé odpovědi uživatelů plně neodpovídají skutečným schopnostem jedinců, a to z důvodu nepřipouštění si svých zhoršených schopností nebo naopak negativistického pohledu na svou nynější životní roli. Zohlednění těchto faktorů by vyžadovalo zvolení jiné metody výzkumu a následného vyhodnocení. Pro účely předkládané bakalářské práce byly použity odpovědi, které subjektivně vyjádřili respondenti. Dalším faktorem je momentální situace, která ovlivňovala výsledky, jednalo se například o ztrátu sluchadla nebo absence nové baterie. Ale i přesto bylo dosaženo dostatečně vypovídajících výsledků výzkumného šetření.

Na Univerzitě Palackého v Olomouci byla v roce 2011 obhájena bakalářská práce na téma Nedoslychavost v seniui, tato práce se ve své praktické části zabývala zjištěním přítomnosti nedoslychavosti u osob pobírajících služby domov pro seniory případně domov s pečovatelskou službou v okrese Hodonín. Z výzkumného šetření vychází, že 38 respondentů, tedy 66,7 % z celkového počtu respondentů, vykazovalo obtíže se sluchem. Dále je zde představena stoupající tendence přítomnosti sluchové ztráty vlivem věku, kdy v poslední kategorii 90 a více let se vyskytuje 100% přítomnost sluchové ztráty.

Bakalářská práce na téma Nekompensovaná sluchová ztráta u osob v seniorském věku v domovech pro seniory taktéž vykazuje výskyt sluchové ztráty u nadpoloviční většiny respondentů, avšak jedná se o 40 respondentů a tudíž 51 % z celkového počtu respondentů. Ve svém výzkumném šetření autorka uvádí stoupající tendenci sluchové ztráty s ohledem na věk respondentů, kdy pokud se zaměříme na poslední kategorii 90 a více let se u mužů sluchová ztráta vyskytuje ve 100 % případů a u žen u 58 % případů. U žen je takto nízký výskyt způsoben tím, že u několika

respondentek v poslední věkové kategorii se i přes vysoký věk vyskytoval velmi dobrý zdravotní stav a absence sluchové ztráty. Příkladem je jediná respondentka nad 100 let věku, která i přes vysoký věk byla v dobré fyzické i psychické kondici, navštěvovala ostatní a byla velmi komunikativní.

Z článku autorů Roth, Hanenbuth a Probst (2011) Prevalence of age-related hearing loss in Europe vychází, že sluchová ztráta se v evropské populaci ve věku 70 a více let věku vyskytuje u mužů z 30 % a u žen z 20 %, ve věku 80 let a více se sluchová ztráta vyskytuje již u 55 % mužů a 45 % žen.

Na základě vyhodnocených dat z výzkumného šetření této bakalářské práce bylo zjištěno, že sluchovou ztrátu vykazuje 51 % respondentů. U mužů ve věku 70 a více let sluchová ztráta vyskytuje u 28,6 % a u žen ve 46 %. Ve věku 80 a více let se sluchová ztráta vyskytuje u 75 % mužů a u 55 % žen. Tyto výsledky plně neodpovídají předloženým hodnotám autorů Roth, Hanenbuth a Probst, ale i přesto je zachována stoupající tendence výskytu sluchové ztráty vlivem věku. Autorka se domnívá, že tento fakt je způsoben výše zmíněným nerealistickým pohledem na respondentovu životní situaci a také úzkým výzkumným vzorkem v případě mužských respondentů. Další proměnnou je také místo výzkumu, neboť sociální služby mohou pobírat pouze osoby se sníženou schopností soběstačnosti, které potřebují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo postřehnout aktuální poznatky z oblasti sluchového postižení u lidí v seniorském věku, jednalo se o témata osoba v seniorském věku, sluchové postižení, komunikace s osobami v seniorském věku a domov pro seniory. Došlo k nastínění vize Guštaříkové (2012) ohledně podpory osob v seniorském věku se sluchovou ztrátou a možnostech kurzů odezírání pro osoby se sluchovou ztrátou podle Skákalové (2012).

Praktická část si vzala za cíl zjistit aktuální počet osob v seniorském věku s nekompenzovanou sluchovou ztrátou ve vybraných domovech pro seniory a podporu a intervenci ze strany těchto domovů pro seniory. K jednotlivým vytyčeným cílům se dospělo pomocí dvou typů strukturovaných rozhovorů, kdy první z nich byl použit na podkladě dotazníku pro zjištění přítomnosti sluchové ztráty.

Bylo zjištěno, že sluchová ztráta se vyskytuje u 51 % respondentů vybraných domovů pro seniory, její nekompenzovaná forma se objevuje u 67,5 % z těchto respondentů, nesprávně kompenzovanou sluchovou ztrátu vykazuje dokonce 85,7 % případů. Toto číslo, ale nemůže postihnout cele počet lidí se sluchovou ztrátou ve vybraných domovech pro seniory, protože ne všichni respondenti si reálně připouštějí své zhoršené schopnosti.

Vybrané domovy pro seniory nabízejí různé aktivity, jichž se jejich uživatelé mohou účastnit, avšak pouze jeden je vybaven zařízením na zlepšení ozvučení a zpřístupnění lepšího poslechu i lidem s kompenzační pomůckou. Už jen pouhé vybavení takového zařízení indukční smyčkou nebo zlepšením ozvučení by zvýšilo participaci u mnohem více jedinců s výskytem sluchové ztráty na aktivitách domovů pro seniory a to i s pravděpodobností výskytu těžkého sluchového handicapu.

Podpora pro osoby se sluchovou ztrátou ve vybraných domovech pro seniory se odehrává v rovině lékařské, podpoře při obsluze a údržbě kompenzačních pomůček a při uzpůsobení komunikace. Ale není dostatek času na individuální věnování se těmto uživatelům, avšak je nutno podotknout, že tato situace se týká všech uživatelů služby domov pro seniory, jak uvádí Malíková (2011) je to způsobeno nedostatkem personálu.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že sluchové postižení je často podceňováno samotnými uživateli vybraných domovů pro seniory, ale ani pracovníci těchto domovů pro seniory, nejsou speciálně vyškoleni v této problematice. I když na podkladě tohoto postižení se jedinci stávají osamocenými a často i více nespokojenými a zatrpklými. Žijí ve svém světě, kam se bojí někoho pustit z obavy, že si navzájem neporozumí. Tito lidé mohou být považováni za osoby s demencí jen proto, že nejsou schopni odpovědět včas a adekvátně na otázku. Zvláště u těžkých sluchových postižení je hranice rozpoznatelnosti velmi úzká.

Tato bakalářská práce doufá ve větší informovanost o možnostech pro jedince se sluchovým postižením pobírajících sociální služby domova pro seniory a ve změny v podpoře těchto osob v seniorském věku. Jako první krok navrhuje školení pracovníků v domovech pro seniory v oblasti problematiky sluchového postižení u osob v seniorském věku.

Seznam použitých zdrojů

BLANAŘ, Vít, Jan MEJZLÍK, Arnošt PELLANT, Iva BÁRTOVÁ, Petr KRČMÁŘ a Mark, LOVAS. Česká verze dotazníku Hearing Handicap Inventory for Adults. *Otorinolaryngologie a foniatrie: Časopis České společnosti pro otorinolaryngologii a chirurgii hlavy a krku*. Praha: Česká lékařská společnost J.E. Purkyně, 2014, (63)1, 50-57 s. ISSN 1210-8767.

CIORBA, Andrea, Chiara BIANCHINI, Stefano PELUCCHI a Antonio PASTORE. The impact of hearing loss on the quality of life of elderly adults. *Clinical Interventions in Aging* [online]. 2012, 159-163 [cit. 2015-12-29]. DOI: 10.2147/CIA.S26059. ISSN 1178-1998. Dostupné z: <http://www.dovepress.com/the-impact-of-hearing-loss-on-the-quality-of-life-of-elderly-adults-peer-reviewed-article-CIA>

ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. Co je demence. In: *Alzheimerova choroba*. [online]. © 2015 [cit. 2015-11-25]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/co-je-demence/>

ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. Výskyt demence. In: *Alzheimerova choroba*. [online]. © 2015 [cit. 2015-11-25]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/vyskyt-demence/>

ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie*. Úvod do problematiky. 1. vydání. Praha: Grada, 2012. 264 s. ISBN 978-80-247-3901-4.

DIENSTBIER, Zdeněk a Zdenka PROCHÁZKOVÁ. *Ó, sladké stáří*. 1. vydání. Praha: Radix, 2011. 176 s. ISBN 978-80-87573-00-6.

DOMOV DŮCHODCŮ ÚSTÍ NAD ORLICÍ. Domov pro seniory. In: *Služby* [online]. © 2016 [cit. 2016-01-15]. Dostupné z: <http://www.dduo.cz/sluzby/domov-pro-seniory>

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. 1. vydání. Praha: Grada, 2012. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.

GALOVÁ, Kateřina. *Nedoslychavost v séniu*. Olomouc, 2011. Bakalářská práce. Univerzita Palackého Olomouc. Pedagogická fakulta. Ústav speciálně pedagogických studií.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výskumu*. 4. vydání. Bratislava: Univerzita Komenského Bratislava, 2008. 272 s. ISBN 978-80-223-2391-8.

GUŠTAFÍKOVÁ, Klaudia. Poradenstvo a psychosociálna rehabilitácia pre klientov s poruchou sluchu v dospelosti. In: NEUBAUER, Karel a Martin KALIBA (eds.). *Komunikace a handicap: sborník textů z mezinárodní vědecké konference: 6.-7.9.2011, Hradec Králové*. 1. vydání. Hradec Králové: Gaudeamus, 2012. 278-290 s. ISBN 978-80-7435-161-7.

HAUKE, Marcela. *Zvládání problémových situací se seniory, nejen v pečovatelských službách*. 1. vydání. Praha: Grada, 2014. 128 s. ISBN 978-80-247-5216-7.

HAVLÍK, Radan. *Sluchadlová propedeutika*. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2007. 209 s. ISBN 978-80-7013-458-0.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.

HORÁKOVÁ, Radka. *Surdopedie. Texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2011. 126 s. ISBN 978-80-7315-225-3.

HORÁKOVÁ, Radka. *Sluchové postižení. Úvod do surdopedie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2012. 160 s. ISBN 978-80-262-0084-0.

HROBOŇ, Miloslav, Ivan JEDLIČKA a Jaroslav HOŘEJŠÍ. *Nedoslychavost*. 1. vydání. Praha: Makropulos, 1998. 90 s. ISBN 80-86003-13-2.

HROZENSKÁ, Martina, Dagmar Dvořáčková. *Sociální péče o seniory*. 1. vydání. Praha: Grada, 2013. 192 s. ISBN 978-80-247-4139-0.

HRUBÝ, Jaroslav. Tak kolik těch sluchově postižených u nás vlastně je? *Speciální pedagogika*. č. 4, 2009. 269-289. ISSN 1211-2720.

JUKLOVÁ, Kateřina a Radka SKORUNKOVÁ. *Základy psychopatologie*. 2. vydání. Hradec Králové: Gaudeamus, 2009. 115 s. ISBN 978-80-7041-815-4.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Povídej – naslouchám*. 1. vydání. Praha: Návrat, 1993. 106 s. ISBN 80-85495-18-X.

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.

NAVRÁTIL, Leoš. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008. 424 s. ISBN 978-80-247-2319-8.

NEČAS, Emanuel, a spol. *Obecná patologická fyziologie*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2000. 376 s. ISBN 80-246-0051-X.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.

MCCORMACK, Abby a Heather FORTNUM. Why do people fitted with hearing aids not wear them? *International Journal of Audiology*[online]. 2013, 52(5), 360-368 [cit. 2015-12-19]. DOI: 10.3109/14992027.2013.769066. ISSN 1499-2027. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/14992027.2013.769066>

MĚSTO ČESKÁ TŘEBOVÁ. Popis realizace poskytování sociální služby Domov pro seniory. In: *Sociální služby Česká Třebová*. [online]. [cit. 2016-01-12] Dostupné z: http://www.ceska-trebova.cz/VismoOnline_ActionScripts/File.ashx?id_org=2175&id_dokumenty=14442

MĚSTO ČESKÁ TŘEBOVÁ. Domov pro seniory-informační leták. In: *Sociální služby Česká Třebová*. [online]. [cit. 2016-01-12] Dostupné z: http://www.ceska-trebova.cz/VismoOnline_ActionScripts/File.ashx?id_org=2175&id_dokumenty=12949

MPSV. *Národní strategie podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017*. [online]. © 8. 6. 2012. [cit. 2016-01-12] Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13099/Teze_NS.pdf

MPSV. *Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017*. [online]. © 31. 12. 2014. [cit. 2016-01-12] Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/20851/NAP_311214.pdf

- PHONAK. Přestávají-li být hlasy zřetelné. *Poslechová řešení značky Phonak*. 2015. XXX-XXXX-Czech/V2.00/2015-03/SB. (brožura společnosti Phonak)
- POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. 1. vydání. Praha: Grada, 2010. 160 s. ISBN 978-80-247-3271-8.
- PŘIBYL, Hugo. *Lidské potřeby ve stáří*. 1. vydání. Praha: Maxdorf Jessenius, 2015. 96 s. ISBN 978-80-7345-437-1.
- RHEINWALDOVÁ, Eva. *Novodobá péče o seniory*. 1. vydání. Praha: Grada, 1999. 88 s. ISBN 80-7169-828-8.
- ROTH, Thomas Niklaus, Dirk HANEBUTH a Rudolf PROBST. Prevalence of age-related hearing loss in Europe: a review. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology* [online]. 2011, 268(8), 1101-1107 [cit. 2015-12-19]. DOI: 10.1007/s00405-011-1597-8. ISSN 0937-4477. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s00405-011-1597-8>
- SAN FRANCISCO OTOLARYNGOLOGY. *Hearing Handicap Inventory Screening Questionnaire for Adults*. [online]. [cit. 2015-06-19]. Dostupné z: <http://www.sfotomed.com/webdocuments/questionnaire-hearing-handicap.pdf>
- SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ. *Sociologie stáří a seniorů*. 1. vydání. Praha: Grada, 2012. 232 s. ISBN 978-80-247-3850-5.
- SKÁKALOVÁ, Tereza. *Uvedení do problematiky sluchového postižení*. Učební text pro studenty speciální pedagogiky. 1. vydání. Hradec Králové: Gaudeamus, 2011. 94 s. ISBN 978-80-7435-098-6.
- SKÁKALOVÁ, Tereza. Rozvoj komunikačních dovedností u nedoslýchavých seniorů. In: NEUBAUER, Karel a Martin KALIBA (eds.). *Komunikace a handicap: sborník textů z mezinárodní vědecké konference: 6.-7.9.2011, Hradec Králové*. vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 2012. 291-305 s. ISBN 978-80-7435-161-7.
- SOURALOVÁ, Eva. *Manuál základních postupů jednání při kontaktu s osobami se sluchovým postižením*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-244-1630-4.

ŠULC, Karel. Vývoj organismu a jeho poruchy. In: NEČAS, Emanuel. *Obecná patologická fyziologie*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2000. 356-360 s. ISBN 80-246-0051-X.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2007. 464 s. ISBN 978-80-246-1318-5.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory*. Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.

VOKURKA, Martin. Patofyziologicky významné poruchy metabolismu. In: VOKURKA, Martin. *Patofyziologie pro nelékařské směry*. 2. vydání. Praha: Karolinum, 2008. 90-106 s. ISBN 978-80-246-1561-5.

Vyhláška č. 505/2006, ze dne 15. listopadu 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. Dostupná z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13639/505_2006_2015.pdf

VYBÍRAL, Zdeněk. *Psychologie komunikace*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. 320 s. ISBN 80-7178-998-4.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. 14. 3. 2006. Dostupné z: <http://zakony.centrum.cz/zakon-o-socialnich-sluzbach>

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 - Hodnocení zkrácené verze dotazníku HHIA	54
Tabulka č. 2 - Procentuální vyjádření výskytu sluchové ztráty v závislosti na věku respondentů	75
Tabulka č. 3 - Procentuální vyjádření výskytu sluchové ztráty v závislosti na věku respondentek	76

Seznam grafů

Graf č. 1- Členění respondentů na základě věku a pohlaví	61
Graf č. 2 - Procentuální vyjádření výsledků otázky č. 3	62
Graf č. 3 - Procentuální vyjádření výsledků otázky č. 4	62
Graf č. 4 - Procentuální vyjádření výsledků otázky č. 5	63
Graf č. 5 - Procentuální vyjádření výsledků otázky č. 6	64
Graf č. 6 - Procentuální vyjádření výsledků otázky č. 7	64
Graf č. 7 - Procentuální vyjádření výsledků otázky č. 8	65
Graf č. 8 - Procentuální vyjádření výsledků otázky č. 9	66
Graf č. 9 - Procentuální vyjádření výsledků otázky č. 10	66
Graf č. 10 - Procentuální vyjádření výsledků otázky č. 11	67
Graf č. 11 - Procentuální vyjádření výsledků otázky č. 12	68
Graf č. 12- Procentuální vyjádření výsledků otázky č. 13	68
Graf č. 13 - Účast respondentů na aktivitách prvního domova pro seniory	69
Graf č. 14 - Účast respondentů na aktivitách druhého domova pro seniory	70

Seznam příloh

Přílohy A: Zkrácená česká verze dotazníku HHIA	1
Příloha B: Dotazník pro výzkumný vzorek uživatelé služeb vybraných domovů pro seniory	2
Příloha C: Příklad vyplněného dotazníku pro uživatele služeb vybraných domovů pro seniory	4
Příloha D: Otázky strukturovaného rozhovoru pro výzkumný vzorek pracovnice vybraných domovů pro seniory	6
Příloha E: Přepis strukturovaných rozhovorů s pracovníci vybraných domovů pro seniory	7

Přílohy A: Zkrácená česká verze dotazníku HHIA

1 – E	Uvádějí Vás Vaše problémy se sluchem do rozpaků, když se seznamujete s novými lidmi?	Ano	Občas	Ne
2 – E	Způsobují u Vás Vaše problémy se sluchem pocity zklamání a marnosti, když mluvíte se členy Vaší rodiny?	Ano	Občas	Ne
3 – S	Způsobují Vám Vaše problémy se sluchem obtíže slyšet nebo porozumět svým spolupracovníkům, klientům nebo zákazníkům?	Ano	Občas	Ne
4 – E	Cítíte se nějak omezováni Vašimi problémy se sluchem?	Ano	Občas	Ne
5 – S	Způsobují Vám Vaše problémy se sluchem obtíže při návštěvách přátel, příbuzných nebo sousedů?	Ano	Občas	Ne
6 – S	Způsobují Vám Vaše problémy se sluchem obtíže v kině nebo v divadle?	Ano	Občas	Ne
7 – E	Způsobují Vám Vaše problémy se sluchem hádky mezi Vámi a Vaší rodinou?	Ano	Občas	Ne
8 – S	Způsobují Vám Vaše problémy se sluchem obtíže při poslechu televize nebo rádia?	Ano	Občas	Ne
9 – S	Způsobují Vám Vaše problémy se sluchem obtíže, když jste v restauraci s příbuznými nebo s přáteli?	Ano	Občas	Ne
10 – S	Způsobují Vám Vaše problémy se sluchem, že posloucháte televizi nebo rádio méně, než byste chtěli?	Ano	Občas	Ne

*Příloha B: Dotazník pro výzkumný vzorek uživatelé služeb
vybraných domovů pro seniory*

1	Pohlaví	žena	muž
2	Kolik je Vám let?		

Č.	Otázka	Odpověď			Vlastní poznámky
3	Cítíte se nepříjemně při seznamování se s novými lidmi? Zdá se Vám, že tito lidé mluví nesrozumitelně, mumlají, a musíte se velmi soustředit na to, abyste jim správně porozuměli?	Ano	Občas	Ne	
4	Když mluvíte se členy své rodiny, cítíte se zklamáni kvůli častému nepochopení?	Ano	Občas	Ne	
5	Máte potíže se slyšením a porozuměním při komunikaci s ostatními seniory a pracovníky v domově pro seniory?	Ano	Občas	Ne	
6	Myslíte si, že špatně rozumíte? Cítíte se kvůli tomu nějak omezeni?	Ano	Občas	Ne	
7	Máte problémy s porozuměním a slyšením při návštěvách Vaší rodiny, přátel a známých?	Ano	Občas	Ne	
8	Máte problémy s porozuměním a poslechem při aktivitách domova pro seniory?	Ano	Občas	Ne	
9	Myslíte si Vaše rodina a blízcí, že špatně slyšíte? Je Váš sluch příčinou hádek a sporů s Vaší rodinou?	Ano	Občas	Ne	

10	Máte problémy při poslechu televize a rádia? Musíte oproti ostatním zesilovat daná zařízení?	Ano	Občas	Ne	
11	Máte potíže s porozuměním a slyšením při komunikaci s přáteli a známými v jídelně i v jiných rušných prostorách?	Ano	Občas	Ne	
12	Posloucháte rádio a televizi méně často než byste chtěli, protože máte problém s poslechem nebo s porozuměním?	Ano	Občas	Ne	

13	Používáte nějaká sluchadla, zesilovače či jinou kompenzační pomůcku?				
14	Účastníte se aktivit Vašeho domova pro seniory?				
15	Pokud se účastníte nějakých aktivit Vašeho domova pro seniory, prosím, upřesněte, kterých se účastníte.				
	hudební aktivity	výtvarné aktivity	canisterapie	sportovní aktivity	
	promítání filmů	kavárnička	výlety	bohoslužby	
	čtení	Besídky	taneční zábava	muzikoterapie	
16	Přáli byste si účastnit se aktivit Vašeho domova pro seniory, ale Váš sluch Vám to nedovoluje?				

Příloha C: Příklad vyplněného dotazníku pro uživatele
vybraných domovů pro seniory

1	Pohlaví	žena <input checked="" type="radio"/> muž
2	Kolik je Vám let?	95

Č.	Otázka	Odpověď			Vlastní poznámky
3	Cítíte se nepříjemně při seznamování se s novými lidmi? Zdá se Vám, že tito lidé mluví nesrozumitelně, mumlají, a musíte se velmi soustředit na to, abyste jim správně porozuměli?	Ano	<input checked="" type="radio"/> Občas	Ne	<i>valice na sluch</i>
4	Když mluvíte se členy své rodiny, cítíte se zklamáni kvůli častému nepochopení?	Ano	<input checked="" type="radio"/> Občas	Ne	<i>to občas je</i>
5	Máte potíže se slyšením a porozuměním při komunikaci s ostatními seniory a pracovníky v domově pro seniory?	Ano	<input checked="" type="radio"/> Občas	Ne	
6	Myslíte si, že špatně rozumíte? Cítíte se kvůli tomu nějak omezeni?	Ano	Občas	<input checked="" type="radio"/> Ne	<i>se sluším to je dobré, ale rovněž je špatný</i>
7	Máte problémy s porozuměním a slyšením při návštěvách Vaší rodiny, přátel a známých?	Ano	<input checked="" type="radio"/> Občas	Ne	<i>přijde na to</i>
8	Máte problémy s porozuměním a poslechem při aktivitách domova pro seniory?	Ano	<input checked="" type="radio"/> Občas	Ne	<i>jistě to jde, ale valice na sluch na aktivitu</i>
9	Myslíte si Vaše rodina a blízcí, že špatně slyšíte? Je Váš sluch příčinou hádek a sporů s Vaší rodinou?	Ano	Občas	<input checked="" type="radio"/> Ne	

10	Máte problémy při poslechu televize a rádia? Musíte oproti ostatním zesilovat daná zařízení?	Ano	Občas	<input checked="" type="radio"/> Ne	mám rád, že to jim tak slýchám
11	Máte potíže s porozuměním a slyšením při komunikaci s přáteli a známými v jídelně i v jiných rušných prostorách?	<input checked="" type="radio"/> Ano	Občas	Ne	rozumím všem
12	Posloucháte rádio a televizi méně často než byste chtěli, protože máte problém s poslechem nebo s porozuměním?	Ano	Občas	<input checked="" type="radio"/> Ne	

13	Používáte nějaká sluchadla, zesilovače či jinou kompenzační pomůcku?	NE			řeknu jsem si sluchadla na sluch, ale nenosil jsem
14	Účastníte se aktivit Vašeho domova pro seniory?	ANO			řeknu dříve nic
15	Pokud se účastníte nějakých aktivit Vašeho domova pro seniory, prosím, upřesněte, kterých se účastníte.				řeknu mi řeknu
	<input checked="" type="checkbox"/> hudební aktivity	<input checked="" type="checkbox"/> výtvarné aktivity	<input checked="" type="checkbox"/> canisterapie	<input checked="" type="checkbox"/> sportovní aktivity	
	<input checked="" type="checkbox"/> promítání filmů	<input checked="" type="checkbox"/> kavárnička	<input checked="" type="checkbox"/> výlety	<input checked="" type="checkbox"/> bohoslužby	
	<input checked="" type="checkbox"/> čtení	<input checked="" type="checkbox"/> Besídky	<input checked="" type="checkbox"/> taneční zábava	<input checked="" type="checkbox"/> muzikoterapie	
řeknu bych se rád něco přistavil, přinesl na radu					
16	Přáli byste si účastnit se aktivit Vašeho domova pro seniory, ale Váš sluch Vám to nedovoluje?	NE			to nemůžu říct, ale je to slyšívání s viděním

*Příloha D: Otázky strukturovaného rozhovoru pro výzkumný vzorek pracovnice
vybraných domovů pro seniory*

1. Pokud u jednoho z Vašich uživatelů pozorujete výrazně zhoršený sluch nebo rodinní příslušníci zpozorovali zhoršené slyšení u uživatele, případně sám uživatel si ztěžuje na obtíže s porozuměním, požádají Vás o specializovanou lékařskou péči (foniatrickou prohlídku), jakým způsobem se této péče uživateli dostává?
2. Poskytuje Vaše zařízení podporu odezírání při péči o uživatele se sluchovou ztrátou?
3. Jakým způsobem postupujete s podporou sluchu u osob imobilních?
4. Jsou senioři vlastníci kompenzační pomůcky obeznámeni s její údržbou?
5. Je Vaše zařízení vybaveno indukční smyčkou?
6. Spolupracuje Vaše zařízení s dalšími organizacemi zabývajícími se podporou sluchu uživatelů se sluchovou ztrátou? Případně proč se tak neděje?
7. Co si myslíte, že by přispělo ke zlepšení podmínek pro uživatele se sluchovou ztrátou ve Vašem domově pro seniory?
8. Umožňuje Vám Váš zaměstnavatel se celoživotně vzdělávat?
9. Účastnili jste se kurzu správné komunikace s osobami se sluchovou vadou?
10. Účastnili jste se nějakých dalších kurzů k podpoře osob se sluchovým postižením?

*Příloha E: Přepis strukturovaných rozhovorů s pracovníci
vybraných domovů pro seniory*

**Přepis strukturovaných rozhovorů s pracovníci Domova pro seniory Česká
Třebová**

- 1. Pokud u jednoho z Vašich uživatelů pozorujete výrazně zhoršený sluch nebo rodinní příslušníci zpozorovali zhoršené slyšení u uživatele, případně sám uživatel si ztěžuje na obtíže s porozuměním, požádají Vás o specializovanou lékařskou péči (foniatrickou prohlídku), jakým způsobem se této péče uživateli dostává?**

Vedoucí sociálního úseku uvedla: *„Často sem už chodí se sluchovou vadou, stává se jen málokdy, že by se jim sluch zhoršil až tady. Pokud taková situace nastane, potom uživatel případně jeho rodina řeší veškeré věci se zdravotní sestrou, která kontaktuje specializovanou lékařskou pomoc. Tam jsou vozeni sanitkou, jen v malém množství je doprovází rodina.“*

Pracovnice v sociálních službách vykonávající aktivizační činnost uvedla: *„Zatím jsem se s takovou situací nesečkala.“*

Zdravotní sestra uvedla: *„Nejprve tyto uživatele prohlédne obvodní lékař, ten je doporučí na ORL v České Třebové, tam dále rozhodnou, zda je pošlou k foniatrovi do nemocnice v Ústí nad Orlicí nebo zda bude stačit pouze pročištění.“*

Pracovnice přímé-obslužné péče uvedla: *„Většinou sem už přijdou se zhoršeným sluchem. Tito lidé už svůj sluch konzultovali s lékařem.“*

- 2. Poskytuje Vaše zařízení podporu odezírání při péči o uživatele se sluchovou ztrátou?**

Vedoucí sociálního úseku uvedla: *„Všechny pracovníce vědí, jak komunikovat se seniory se sluchovým postižením. Artikulují a mluví více nahlas.“*

Pracovnice v sociálních službách vykonávající aktivizační činnost uvedla: *„Při komunikaci s uživateli se sluchovým postižením výrazně artikuluji, mluvím na ně tvář v tvář a více nahlas. Pokud se tito uživatelé účastní*

skupinových aktivit, vše vysvětlím nejprve jim, mluvím přímo na ně a až potom mluvím s ostatními.“

Zdravotní sestra uvedla: *„Není zde nikdo, kdo by špatně slyšel a kdo by přítom neměl sluchadlo. Nejdříve zapneme sluchadlo a potom slyšíme, jak píská, když je špatně nasazeno.“*

Pracovnice přímé-obslužné péče uvedla: *„v první řadě pomáhá nasazení a zapnutí sluchadla, výrazněji artikulujeme, mluvíme více nahlas a pomaleji.“*

3. Jakým způsobem postupujete s podporou sluchu u osob imobilních?

Vedoucí sociálního úseku uvedla: *„Tito lidé musí být za specialistou dováženi sanitkou, ale obvodní lékař za nimi dochází na pokoj.“*

Pracovnice v sociálních službách vykonávající aktivizační činnost uvedla: *„U těchto uživatelů postupuji stejně, jako v předešlém případě.“*

Zdravotní sestra uvedla: *„Za těmito uživateli dojde na pokoj obvodní lékař a ten napíše doporučení na specializované vyšetření a sanitku. Před začátkem komunikace upozorníme uživatele, aby si zapnuli sluchadlo, případně jim s tím pomůžeme sami.“*

Pracovnice přímé-obslužné péče uvedla: *„Tito uživatelé jedou sanitkou k ušnímu specialistovi, my s nimi jezdíme jako doprovod.“*

4. Jsou senioři vlastníci kompenzační pomůcky obeznámeni s její údržbou?

Vedoucí sociálního úseku uvedla: *„Ano, uživatelé jsou seznámeni s používáním a údržbou svých sluchadel. Pokud jsou méně soběstační nebo mají zhoršenou jemnou motoriku, potom jim vypomáhají pracovnice přímé-obslužné péče.“*

Pracovnice v sociálních službách vykonávající aktivizační činnost uvedla: *„Obeznámeni s používáním kompenzační pomůcky byli všichni, ale ne všichni jsou schopni ji sami používat, například pokud se jedná o uživatele s diagnózou Alzheimerova choroba.“*

Zdravotní sestra uvedla: *„Většina uživatelů je schopna pracovat se sluchadlem sama.“*

Pracovnice přímé-obslužné péče uvedla: „*Uživatelé si často neumí nasadit, musíme jim ho nasazovat sami.*“

5. Je Vaše zařízení vybaveno indukční smyčkou?

Vedoucí sociálního úseku uvedla: „*Není. Co to přesně je?*“

6. Spolupracuje Vaše zařízení s dalšími organizacemi zabývajícími se podporou sluchu uživatelů se sluchovou ztrátou? Případně proč se tak neděje?

Vedoucí sociálního úseku uvedla: „*Dříve nám nabízela jedna organizace spolupráci, ale ceny byly příliš vysoké. Ale nepamatuji se na její název.*“

7. Co si myslíte, že by přispělo ke zlepšení podmínek pro uživatele se sluchovou ztrátou ve Vašem domově pro seniory?

Vedoucí sociálního úseku uvedla: „*Určitě by těmto uživatelům prospěla individuální aktivizace, aby se jim někdo věnoval. Možná by jim pomohla i logopedická péče.*“

Pracovnice v sociálních službách vykonávající aktivizační činnost uvedla: „*Bylo by dobré, kdyby tito uživatelé byli opět proškoleni s používáním své pomůcky a její údržbou.*“

Zdravotní sestra uvedla: „*Určitě osvěta v oblasti sluchadel a aby chodili častěji na prohlídky na ORL.*“

Pracovnice přímé-obslužné péče uvedla: „*Prospělo by, kdyby uživatelé měli modernější typ sluchadel.*“

8. Umožňuje Vám Váš zaměstnavatel se celoživotně vzdělávat?

Vedoucí sociálního úseku uvedla: „*Ano, povinně musíme absolvovat 24 hodin dalšího vzdělávání za rok.*“

Pracovnice v sociálních službách vykonávající aktivizační činnost uvedla: „*Ano.*“

Zdravotní sestra uvedla: „*Ano, určitě.*“

Pracovnice přímé-obslužné péče uvedla: „*Ano.*“

9. Účastnili jste se kurzu správné komunikace s osobami se sluchovou vadou?

Vedoucí sociálního úseku uvedla: „*Před dvěma lety se pracovnice našeho zařízení účastnily kurzu komunikace se seniory, kde bylo zmíněno i sluchové postižení, letos proběhl kurz motivace seniorů a první pomoci. Ale kurzu speciálně zaměřeného na komunikaci se seniory se sluchovým postižením se naši pracovníci neúčastnili. Existuje takový kurz?*“

Pracovnice v sociálních službách vykonávající aktivizační činnost uvedla: „*Už jsem se účastnila různých kurzů, ale možnost účastnit se kurzu zaměřeného na komunikaci se sluchových postižením jsem ještě neměla.*“

Zdravotní sestra uvedla: „*Účastníme se různých kurzů, záleží na tom, které nám vybere paní vrchní. Účastnily jsme se kurzu komunikace se seniory, ale kurz zaměřený přímo na komunikaci s lidmi se sluchovým postižením ještě nebyl.*“

Pracovnice přímé-obslužné péče uvedla: „*Účastníme se školení na různá témata. Byly jsme třeba na školení ohledně potřeb seniorů, ale školení na téma sluchové postižení u seniorů ještě neproběhlo.*“

10. Účastnili jste se nějakých dalších kurzů k podpoře osob se sluchovým postižením?

Vedoucí sociálního úseku uvedla: „*Takového kurzu se naše zařízení neúčastnilo.*“

Pracovnice v sociálních službách vykonávající aktivizační činnost uvedla: „*Ne.*“

Zdravotní sestra uvedla: „*Bohužel ne.*“

Pracovnice přímé-obslužné péče uvedla: „*Žádné takové školení jsme neměly.*“

Přepis strukturovaných rozhovorů s pracovníci Domova pro seniory Ústí nad Orlicí

- 1. Pokud u jednoho z Vašich uživatelů pozorujete výrazně zhoršený sluch nebo rodinní příslušníci zpozorovali zhoršené slyšení u uživatele,**

případně sám uživatel si ztěžuje na obtíže s porozuměním, požádají Vás o specializovanou lékařskou péči (foniatrickou prohlídku), jakým způsobem se této péči uživateli dostává?

Vedoucí sociálního úseku uvedla: *„Už sem přicházejí se zhoršeným sluchem a mají vlastní pomůcky.“*

Pracovnice v sociálních službách vykonávající aktivizační činnost uvedla: *„Stává se, že se porozumění u našich uživatelů zhoršuje, ale nevíme, zda je to kvůli demenci nebo zhoršenému sluchu. V takovém případě často stačí jenom propláchnutí.“*

Zdravotní sestra uvedla: *„Spíše už přijdou se zhoršeným sluchem. Na nás se obrací spíše s nefunkčním sluchadlem, nebo pokud se jim zhorší sluch, pomůžou propláchnutí uší.“*

Pracovnice přímé-obslužné péče uvedla: *„Uživatelé sem přicházejí se sluchovou vadou, mají svoje sluchadla, která jim dáváme. Pokud si stěžují na zhoršený sluch, potom jdou k obvodní lékařce, která do domova pravidelně dochází, a propláchne jim uši, ale tito uživatelé se často brání jít na specializované vyšetření.“*

2. Poskytuje Vaše zařízení podporu odezírání při péči o uživatele se sluchovou ztrátou?

Vedoucí sociálního úseku uvedla: *„Mluvíme na ně více nahlas a tak, aby nám viděli na pusu a mohli odezírat. I když hodně špatně slyší, vždy se domluvíme. Zatím jsem nikdy neměla pocit, že by někdo nerozuměl.“*

Pracovnice v sociálních službách vykonávající aktivizační činnost uvedla: *„Spíše sledujeme, jak reagují uživatelé. Při komunikaci si pomáháme řečí těla, užíváme výraznější gesta a mluvíme zřetelněji.“*

Zdravotní sestra uvedla: *„Snažíme se na ně mluvit tváří v tvář, někteří ale vyžadují mluvení přímo do ucha. Každému vyhovuje jiný typ komunikace, ale hodně pomáhají sluchadla, když fungují.“*

Pracovnice přímé-obslužné péče uvedla: „Při komunikaci uživatelé používají sluchadla. Pokud neslyší pouze na jedno ucho, mluvíme na ně z té strany, na kterou slyší. Mluvíme přímo na ně, jasně a stručně.“

3. Jakým způsobem postupujete s podporou sluchu u osob připoutaných na lůžko?

Vedoucí sociálního úseku uvedla: „Pracuji s nimi stejným způsobem, jako s uživateli se sluchovým postižením. Jsou tady i takoví uživatelé, kteří nekomunikují vůbec, ale to není způsobeno zhoršeným sluchem.“

Pracovnice v sociálních službách vykonávající aktivizační činnost uvedla: „Přistupujeme ke každému individuálně, hlavní je nevyčleňovat tyto lidi z kolektivu. Zaměřujeme se na to, co kdo má rád, například vaření nebo péčení.“

Zdravotní sestra uvedla: „U všech používáme individuální přístup při komunikaci. Pokud je potřeba specializované lékařské péče, v tom případě obvodní lékařka dá doporučení na toto vyšetření, objedná sanitku a s těmito uživateli jezdí jako doprovod pracovnice přímé péče nebo výjimečně rodina.“

Pracovnice přímé-obslužné péče uvedla: „Při komunikaci postupujeme stejně, jako u uživatelů, kteří jsou mobilní. Pro specializované vyšetření obvodní lékař napíše žádanku, je zajištěna sanitka. Doprovázíme je buď my, nebo rodina sama. Sami s rodinou jezdí často na vyšetření na ORL, očí nebo gynekologii.“

4. Jsou senioři vlastníci kompenzační pomůckou obeznámeni s její údržbou?

Vedoucí sociálního úseku uvedla: „S kompenzační pomůckou uživatelům pomáhají zdravotní sestry.“

Pracovnice v sociálních službách vykonávající aktivizační činnost uvedla: „Většina uživatelů umí pracovat se svou pomůckou. Pokud ne, tak jim pomáhá pracovnice přímé péče.“

Zdravotní sestra uvedla: „Dalo by se říci, že vědí, jak pracovat s pomůckou. Vyměňujeme jim baterii, ale snažíme se, aby veškeré činnosti v práci se sluchadlem zvládali sami uživatelé.“

Pracovnice přímé-obslužné péče uvedla: „*Někteří vědí, jak se svou pomůckou pracovat. Těm, kterým to zdravotní stav nedovoluje, pomáhá personál.*“

5. Je Vaše zařízení vybaveno indukční smyčkou?

Vedoucí sociálního úseku uvedla: „*Asi to tady je, v jídelně jsou takové reproduktory a ten, kdo mluví, má speciální mikrofon. Dělali to odborníci na sluch, jednalo se o firmu Phonak.*“ Po seznámení se s výrobky společnosti Phonak autorka došla na místě k závěru, že se jedná o zařízení Dynamic SoundField.

6. Spolupracuje Vaše zařízení s dalšími organizacemi zabývajícími se podporou sluchu uživatelů se sluchovou ztrátou? Případně proč se tak neděje?

Vedoucí sociálního úseku uvedla: „*Spolupráce jako taková tady není, ale nevím, jestli třeba zdravotní sestry nespolupracují s nějakými organizacemi, ale na sluch asi ne.*“

7. Co si myslíte, že by přispělo ke zlepšení podmínek pro uživatele se sluchovou ztrátou ve Vašem domově pro seniory?

Vedoucí sociálního úseku uvedla: „*Ti, co potřebují, mají svá sluchadla a teď máme i mnohem lepší ozvučení.*“

Pracovnice v sociálních službách vykonávající aktivizační činnost uvedla: „*Prospělo by používání více pomůcek, případně i obrázků u uživatelů se současným výskytem demence.*“

Zdravotní sestra uvedla: „*Například pokud se jedná o uživatele s demencí, potom nevíme, jestli neodpovídají kvůli hluchotě nebo kvůli demenci to neumí vyjádřit. Pomohlo by nám, kdyby se dala demence lépe rozlišit od těžkého sluchového postižení.*“

Pracovnice přímé-obslužné péče uvedla: „*Před nějakou dobou zde byl pán z poradny, který uživatelům ukázal, jak pracovat se sluchadly a jak řešit případné problémy.*“

8. Umožňuje Vám Váš zaměstnavatel se celoživotně vzdělávat?

Vedoucí sociálního úseku uvedla: „*Ano, určitě.*“

Pracovnice v sociálních službách vykonávající aktivizační činnost uvedla: „*Ano.*“

Zdravotní sestra uvedla: „*Ano.*“

Pracovnice přímé-obslužné péče uvedla: „*Ano, určitě. Máme různé kurzy, školení nebo si můžeme i dodělávat vysokou školu.*“

9. Účastnili jste se kurzu správné komunikace s osobami se sluchovou vadou?

Vedoucí sociálního úseku uvedla: „*Účastnily jsme se kurzu alternativní a augmentativní komunikace a v tom byla zahrnuta i komunikace s osobami se sluchovým postižením*“

Pracovnice v sociálních službách vykonávající aktivizační činnost uvedla: „*Měli jsme školení na téma alternativní a augmentativní komunikace a něco tam ke komunikaci s osobami se sluchovým postižením říkali.*“

Zdravotní sestra uvedla: „*ne, neúčastnily.*“

Pracovnice přímé-obslužné péče uvedla: „*Měli jsme kurz alternativní a augmentativní komunikace a součástí bylo i sluchové postižení.*“

10. Účastnili jste se nějakých dalších kurzů k podpoře osob se sluchovým postižením?

Vedoucí sociálního úseku uvedla: „*Ne, neúčastnily.*“

Pracovnice v sociálních službách vykonávající aktivizační činnost uvedla: „*Ne.*“

Zdravotní sestra uvedla: „*Ne.*“

Pracovnice přímé-obslužné péče uvedla: „*Myslím, že ne.*“