



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Zajištění kvality života seniorů se sluchovým
postižením v ústavech sociální péče**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKA

Autor: Veronika Kuncová

Vedoucí práce: Mgr. Petr Jánský Ph.D.

České Budějovice 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Zajištění kvality života seniorů se sluchovým postižením v ústavech sociální péče*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47 zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této bakalářské práce.

Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Netolicích, dne 10. srpna 2020

.....

Veronika Kuncová

Poděkování

Děkuji vedoucímu mé bakalářské práce Mgr. Petru Jánskému, PhD. za odborné vedení bakalářské práce, za jeho cenné rady, připomínky, podporu, čas a trpělivost. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří byli ochotni se mnou spolupracovat.

V Netolicích, dne 10. srpna 2020

.....

Veronika Kuncová

Zajištění kvality života seniorů se sluchovým postižením v ústavech sociální péče

Abstrakt

Bakalářská práce s názvem „Zajištění kvality života seniorů se sluchovým postižením v ústavech sociální péče“ se zabývá sledováním trendu v péči o seniory. V současné době je kvalita péče v pobytových sociálních službách zaměřena především na individuální péči s ohledem na aktuální zdravotní stav klienta a jeho potřeby. Poskytovatelé sociálních služeb se zaměřují na co možná největší podporu soběstačnosti každého seniora. Vzhledem k tomu, že v současné době žije v České republice téměř 500 000 nedoslýchavých a neslyšících, je toto téma aktuální i v péči o seniory. Téměř každý senior přichází do pobytového zařízení z důvodu zhoršeného zdravotního stavu, tedy i se smyslovými poruchami, v případě této práce s poruchou sluchu.

Bakalářská práce se zabývá kvalitou života sluchově postižených seniorů v pobytových sociálních službách. Zkoumá, jak vnímají kvalitu života samotní senioři se sluchovým postižením, stejně tak jak ji vnímá personál poskytovatelů sociálních služeb. Bakalářská práce vychází z řízených strukturovaných rozhovorů se sluchově postiženými seniory, kteří žijí v některém pobytovém zařízení a se sociálními pracovníky, kteří v těchto sociálních službách pracují. Pro rozhovory bylo zvoleno 15 seniorů se sluchovým postižením a 5 sociálních pracovníků působících v sociálních službách. Cílem práce je tedy získat oba pohledy na kvalitu života seniorů se sluchovým postižením v zařízeních poskytujících pobytové sociální služby.

Klíčová slova: senior, stáří, kvalita života, sociální služby, sociální pracovník, sluchové postižení

Assurance the quality of life of seniors with hearing impairment in social care institutions

Abstract

The bachelor's thesis entitled "Assurance the quality of life of seniors with hearing impairment in social care institutions" deals with monitoring the current trend in the care of the elderly. Currently, the quality of care in residential social services focused primarily on individual care with regard to the current health status of the client and his needs. Social service providers focus on supporting the self-sufficiency of every senior as much as possible. Given that there are currently almost 500,000 deaf and hard of hearing people in the Czech Republic, this topic is also relevant in the care of the elderly. Almost every senior comes to a residential facility due to deteriorating health, thus also with sensory disorders, in the case of this work with hearing impairment.

The bachelor's thesis deals with the quality of life of hearing-impaired seniors in residential social services. It examines how the quality of life is perceived by seniors with hearing impairments themselves, as well as how it is perceived by staff of social service providers. In my bachelor's thesis I will be based on controlled structured interviews with hearing-impaired seniors who live in a residential facility and with social workers who work in these social services. For the interviews, I have chosen 15 seniors with hearing impairments and 5 social workers working in social services. The aim of the work is to obtain both views on the quality of life of seniors with hearing impairment in facilities providing residential social services.

Key words: senior, old age, quality of life, social services, social worker, hearing impairment

Obsah

Úvod	8
1. Současný stav problematiky	10
1.1 Stáří, stárnutí, senior	10
1.1.1 Vymezení pojmosloví	10
1.1.2 Projevy stáří	11
1.1.3 Potřeby a jejich uspokojování	12
1.1.4 Gerontologie	14
1.2 Kvalita života	15
1.2.1 Vymezení kvality života	15
1.2.2 Metody měření kvality života	16
1.2.3 Kvalita života osob se sluchovým postižením	17
1.2.4 Kvalita života seniorů	19
1.2 Sociální práce a sociální služby pro seniory v České republice.....	20
1.2.1 Pojetí sociální práce	20
1.2.2 Sociální služby	20
1.2.3 Sociální služby poskytované seniorům	22
1.3 Sluch, anatomie sluchu a jeho poškození	23
1.3.1 Anatomie a fyziologie sluchového aparátu	24
1.3.2 Sluchové vady	25
1.3.3 Diagnostika sluchových vad	27
1.3.4 Komunikace sluchově postižených	28
1.3.5 Surdopedie	29
1.3.6 Sluchová protetika	30
2. Cíl práce	32
3. Metodika.....	34

3.1	Použité metody ve výzkumném šetření.....	34
3.2	Charakteristika výzkumného vzorku	34
4.	Výsledky výzkumného šetření	37
4.1	Tabulková schémata výsledků jednotlivých rozhovorů se seniory	37
4.2	Tabulková schémata výsledků rozhovorů se sociálními pracovníky.....	43
5.	Diskuze.....	48
6.	Závěr	58
7.	Seznam použitých zdrojů.....	60
8.	Seznam použitých tabulek	64
9.	Seznam příloh	65
10.	Seznam použitých zkratek	66

Úvod

„Zdraví není vším, ale bez zdraví je všechno ničím.“

Arthur Schopenhauer, německý filozof

Jednou z hlavních hodnot každého člověka bez ohledu na věk je zdraví. Čím jsme starší, tím více si vážíme toho, že se cítíme dobře, netrpíme žádnou nemocí ani bolestí. Světová zdravotnická organizace definuje zdraví jako stav fyzické, psychické a sociální pohody. Znamená to tedy, že i člověk, který je po fyzické stránce v pořádku, nemusí být zdravý. Zdraví tak chápeme jako stav, který nám umožňuje dosahovat svých cílů a žít kvalitně. Jde o celkovou pohodu, a o to, jak hodnotíme svou kvalitu života. Přitom právě kvalita života je velmi subjektivní prožitková kapitola, která nemusí být vždy vázána jen na zdraví, přestože je to společensky preferovaná hodnota. I v nemoci je prostor pro kvalitní a aktivní život. K pomyslnému fyzickému zdraví se přidává zdraví psychické a sociální. Tedy pocit toho, že se člověku dobře daří a že někam patří.

Tato bakalářská práce se zabývá kvalitou života seniorů se sluchovým postižením, kteří žijí v domově pro seniory nebo v domově se zvláštním režimem, respektive v pobytovém zařízení, které je registrovaným poskytovatelem sociální služby podle Zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách. Práce naráží na pojem kvalita hned ve dvou smyslech: kvalita života a kvalita sociální služby pro seniory. Kvalitu života podmiňuje šest základních oblastí: sebezpětí a souznění s vlastní minulostí, pozitivní vztahy, autonomie a právo na vlastní názor a právo vyjadřovat se, zvládat životní prostředí a mít přehled a cítit se bezpečně v aktuálně sdíleném prostoru, mít smysl života a prostor pro osobní zrání. A právě těmito oblastmi se zabývá tato bakalářská práce. Zabývá se kvalitou života sluchově postižených seniorů, kteří mohou na tuto subjektivní kategorii nahlížet jinak, než společnost nebo pečovatelé, kteří se o ně starají. Zpravidla je však kvalita v sociálních službách tam, kde jsou respektovány a ctěny základní lidské hodnoty, individuální potřeby, soukromí, osobní svoboda, nezávislost, důstojnost, osobní pocit bezpečí a jistoty a právo volby.

Téma bakalářské práce bylo ovlivněno osobní zkušeností autorky s neslyšícími prarodiči. Dědeček se narodil zdravý, ale velmi brzo po narození onemocněl zánětem mozkových blan, a důsledkem toho přišel o sluch. Babička zcela ohluchla po očkování jako tříletá.

Oba dobře odezírali, přesto s nimi byla komunikace náročnější. Tato osobní zkušenost byla hnacím motorem této práce. Vysokoškolské studium a s ním spojené praxe v domovech pro seniory také ovlivnily výběr tématu. Je známo, že mnozí klienti této sociální služby mají taktéž potíže se sluchem, proto bylo cílem zmapovat, jak ztráta sluchu ovlivňuje kvalitu jejich života a jak se jim v zařízení daří. Cílem této bakalářské práce tedy je poukázat na subjektivní hodnocení kvality života ze strany seniorů a objektivní hodnocení kvality poskytované sociální služby ze strany sociálních pracovníků, kteří v těchto pobytových zařízeních pracují.

Podstatná část této bakalářské práce se věnuje tématu stáří, stárnutí, zdraví, kvalitě života, sociálním službám pro seniory a poškození sluchu. Teoretické vymezení je odrazovým můstkem pro empirickou část práce, ve které se pracuje se čtyřmi výzkumnými otázkami, respektive se třemi, které hledají odpověď prostřednictvím strukturovaných řízených rozhovorů na to, jak se daří patnácti sluchově postiženým seniorům v některém ze sedmi domovů pro seniory nebo domovech se zvláštním režimem. Čtvrtá otázka se pak zaměřuje na kvalitu poskytovaných sociálních služeb pro sluchově postižené optikou pěti sociálních pracovníků.

Řízené rozhovory byly prováděny po ukončení nouzového stavu mající souvislost s koronavirovou pandemií v České republice. Je velice laskavé, že bylo umožněno setkat se a hovořit s patnácti klienty a pěti sociálními pracovníky, kteří to neměli v době pandemie vůbec jednoduché. Nutno podotknout, že výpovědi některých klientů byly ovlivněny dlouhodobou izolací od rodiny a blízkých přátel. Přesto byla snaha neuhnout z vytýčeného cíle práce zaměřeného na kvalitu života osob se sluchovým postižením, které žijí v pobytové sociální službě se záměrem poukázat na to, jak vnímají svoji osobní spokojenost, ale také spokojenost s poskytovanou sociální službou.

1. Současný stav problematiky

1.1 *Stáří, stárnutí, senior*

Život probíhá od narození v různých životních etapách. Každý člověk reaguje různě na různé životní zkušenosti a snaží se v nich zorientovat a přizpůsobovat se jim. Každá životní etapa má svá pravidla, která ovlivňují kvalitu života, a je jen na každém jedinci, jak s tím naloží. Všeobecně známým faktem je, že dochází k celosvětovému stárnutí populace, a s pojmy stáří a stárnutí pracují nejen humanitní obory, ale i obory exaktní. Vzhledem k aktuálnosti tématu byl nabyt zájem ověřit obecné povědomí s konkrétními vědeckými situacemi, a to pomocí zpracování následujících kapitol. První kapitola se zabývá vymezením pojmů z oblasti stáří, stárnutí a seniorů, taktéž zmiňuje projevy stáří, kvalitu života a v neposlední řadě také sluchová postižení.

1.1.1 Vymezení pojmosloví

Základními pojmy v oblasti odborné seniorské problematiky jsou stáří, stárnutí (involuce) a gerontologie. Procesy a jevy, které doprovázejí stáří, nejsou pouze biologického charakteru, ale také psychologického, sociálního a kulturního. Seniorskou problematikou se nezabývá pouze biologie a medicína, ale také sociologie a psychologie. Stáří začíná na biologické stránce, avšak na ní se vrší další sociologické, kulturní i psychologické vlivy. Problematika stáří a seniorů je proto předmětem multidisciplinárního a interdisciplinárního týmu (Sak, Kolesárová, 2012).

Stáří je obecně označováno jako pozdní fáze ontogeneze. Jedná se o poslední vývojovou etapu, při které dochází k uzavírání, završování osobnostní, duševní, spirituální i tělesné sféry (Čeledová, et al., 2016). Dochází taktéž k úbytku energie, tělesné síly - stáří s sebou nese také zdravotní obtíže spojené se ztrátou soběstačnosti a následně změnou v oblasti osobnosti člověka.

Dle Saka a Kolesárové (2012) je na konci stáří smrt (podobně jako začátek dětství je dán narozením), ale není možné určit přesně věk počátku stáří. Stáří má postupný nástup a postupně se objevují další jevy a procesy, které stáří charakterizují (Sak, Kolesárová, 2012).

V literatuře lze najít mnoho definic pojmů stáří, stárnutí a senior. Pro tuto bakalářskou práci jsou stěžejní především tyto:

- Sak a Kolesárová (2012) popisují seniora jako „*člověka v završující životní fázi se specifickým postavením ve společnosti.*“ (Sak, Kolesárová, 2012, str. 25). Seniozem se člověk stává plynule přechodem ze střední generace a status seniora je neodvolatelný. Kategorie seniora je z jedné strany na hranici středního věku, z druhé strany končí smrtí (Sak, Kolesárová, 2012).
- Dagmar Dvořáčková (2012) pracuje s pojmem stárnutí jako se souhrnem změn ve struktuře a funkcích organismu. Uvádí, že se tyto změny projevují především poklesem výkonnosti a zvýšenou zranitelností seniora. V průběhu stárnutí probíhá mnoho změn, kterým podléhá organismus v čase. Stárnutí lze považovat za období, respektive za proces mezi dospělostí a stářím (Dvořáčková, 2012).
- V Encyklopedii sociální práce uvádí Oldřich Matoušek (2013) teorii věkové stratifikace, dle které staří lidé zauímají ve věkem hierarchizované společnosti pozici spojenou s omezeným přístupem k ekonomickému a mocenskému znevýhodnění a k produktivním rolím (Matoušek, 2013).

1.1.2 Projevy stáří

Každý člověk se narodí s určitými dispozicemi a každý reaguje na životní situace odlišně. Vše je dáno genetickými předpoklady, zázemím a prostředím, ve kterém žijeme, ale také životními zkušenostmi a životním příběhem. Projevy stáří se objevují v tělesné, psychické a sociální rovině, a jsou navzájem propojené (Dvořáčková, 2012).

- **Tělesné projevy**, kterými se staří lidé odlišují od pubescentů, se označují jako fenotyp stáří. Typickými tělesnými projevy stáří je snížení tělesné výšky, a naopak zvýšení tělesné hmotnosti. U starších lidí si také nelze nepovšimnou zvláštností chůze a postoje, které jsou způsobeny úbytkem svalové hmoty. Přibývajícím věkem také dochází ke zhoršení smyslového vnímání. U zraku je typické zhoršení akomodace (zaostřování) oka, u sluchu dochází k úbytku zvukové ostroty pro vysoké tóny, ale také výrazně klesá chuť a čich (tento pokles je typický hlavně u kuřáků). Změny tělesných projevů stáří jsou individuální a některé nastoupí rychleji, jiné pomaleji. Mezi nejvýraznější projevy patří například pokles sexuality u mužů, snížení reflexů na jednoduché vizuální

a akustické podněty, ubývání svalové síly, vitální kapacity i vitality srdce. Je přímo logické, že tyto projevy negativně působí na lidskou psychiku. Jedinec se stává povětšinou introvertem, který se zaobírá výrazně sám sebou a svými nemocemi způsobenými stářím (Dvořáčková, 2012).

- **Psychické projevy** u starších jedinců jsou typické změnou osobnosti. Napovrch vystupují negativní vlastnosti a rysy osobnosti. U procesu stárnutí je typický úbytek mnoha psychických funkcí. Tento úbytek nastupuje pozvolně a je velice individuální, u některých jedinců nastupuje již ve středním věku. Tyto projevy jsou dopadem změn v ústřední nervové soustavě, ale také v rovině smyslových a pohybových orgánů, v činnosti žláz a jejich hormonů (Dvořáčková, 2012).
- **Sociální projevy** souvisí se změnou statusu z ekonomicky aktivního jedince na důchodce. Jedinec má mnoho nadbytečného času, který působí na jeho pozitivní i negativní prožívání. Pro tyto projevy je také typické vyčleňování se ze společnosti, strach z osamělosti či problémy s navazováním nových vztahů (Dvořáčková, 2012).

1.1.3 Potřeby a jejich uspokojování

Každý člověk řídí svůj život především uspokojováním svých potřeb, nejinak na tom jsou i senioři. Může však docházet ke změně potřeb především v oblasti psychické, sociální a spirituální. Stejně tak mohou být i někteří senioři závislí při naplňování potřeb na druhé osobě. Tou může být blízký člověk v domácím prostředí, nebo profesionální pečovatel v institucionální péči. České sociální služby pracují s pojmy neformální a formální péče. Za tu neformální je považováno domácí prostředí a pečující osoba blízká a za formální péči je považována péče prostřednictvím pobytové, ambulantní nebo terénní sociální služby, tak jak to uvádí Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách. Pomoc potřebnému seniorovi tedy nejčastěji zprostředkovává jim osoba blízká či profesionálně pečující osoba.

„Lidské potřeby jsou projevem nějakého nedostatku, stavu motivačního napětí, které člověka vede k uspokojování potřeb a naplňování životních cílů a přání.“ (Tajanovská in Kolektiv autoru APSS ČR, 2011, s. 207). Pakliže po delší dobu nedochází k uspokojování potřeb, objevuje se stav deprivace a strádání (Dvořáčková, 2012). Podle důležitosti pro zachování života jedince dělíme potřeby na:

- **Nižší** (primární, biologické, fyziologické), které motivují člověka k naplňování jeho fyziologických potřeb. Při neuspokojení těchto potřeb nemůže být člověk dlouho naživu. Jedná se například o potřebu jíst, pít a být v bezpečí. Nižší a vyšší potřeby jsou mezi sebou propojené a uvádí se, že bez nižších potřeb nelze kvalitně uspokojit potřeby vyšší (Příbyl, 2015).
- **Vyšší** (sekundární, psychogenní, psychologické), které se charakterizují jako potřeby získané a naučené. Jedná se o potřeby společenské, kdy jedinec má potřebu být součástí společnosti, být mezi lidmi a má potřebu uznání a sounáležitosti. Uspokojování těchto potřeb je dlouhodobý proces, který je však důležitý pro utváření osobnosti člověka (Příbyl, 2015).

Nejčastěji používané dělení potřeb je na potřeby biologické, psychické, sociální a spirituální:

- **Biologické potřeby** jsou základními hybnými silami každého člověka, uplatňují se zde pudy a reflexy, což jsou neuvědomělé zautomatizované reakce organismu. Patří sem především potřeba pít, jíst, dýchat, mateřský pud, sexualita, ale také potřeba nemít bolest a být aktivní i odpočívat. Naplňování biologických potřeb má zpravidla souvislost s fyzickou spokojeností každého člověka.
- **Psychické potřeby** jsou nutkáním něčeho dosáhnout, něco vytvořit, překonat sám sebe, mít vlastní osobitý projev, žít smysluplně a orientovat se ve světě. Psychické potřeby jsou hnacím pohonem pro život a vývoj člověka, jejich adekvátní naplnění nám přináší pocit bezpečí a jistoty. Naplňování psychických potřeb má zpravidla souvislost s osobnostním rozvojem každého člověka a se spokojeností sám se sebou.
- **Sociální potřeby** vychází ze společnosti, z jejích nároků a vztahů různých skupin. Každý má potřebu být s druhým člověkem v kontaktu, chce pomáhat a poskytovat ochranu, taktéž toto očekává od druhých. Jedná se o potřebu někam patřit, mít dobré vztahy a být dobře hodnocen. Naplňování sociálních potřeb má zpravidla souvislosti s životním příběhem a zkušenostmi každého člověka a souvisí s jeho společenským statutem a rolí či pozicí ve společnosti.
- **Spirituální potřeby** neboli potřeby duchovní se prolínají celým životem člověka, aniž by si to uvědomoval. Jedná se o potřeby naděje, lásky, hledání smyslu života i odpuštění. Spirituální potřeby nejsou spojeny jen s vírou v Boha, ale i s transcencí každého člověka. Do této kategorie lze řadit také hodnoty

důležité pro každého člověka, za ty nejvyšší jsou zpravidla považovány hodnoty zdraví, lásky, rodiny a přátelství (Tajanovská in Kolektiv autoru APSS ČR, 2011, s. 207).

1.1.4 Gerontologie

Gerontologie (anglicky „*gerontology*“) je multioborová a interdisciplinární problematika, která však není samostatnou disciplínou. Jedná se o souhrn poznatků z oblasti stáří, stárnutí a života ve stáří. Dle oboru lingvistiky (etymologie) se jedná o spojení starořeckých slov gerón (2. pád gerondos) = stařec a logos = slovo, nauka (Čeledová, et al., 2016).

Gerontologie nabývá rozsahu s přibývajícím množstvím seniorů v populaci, tím vychází napovrch i společenské problémy stáří. Hlavním cílem gerontologie je předcházení stárnutí, které může být předčasné, patologické či urychlené. Dalšími cíli gerontologie je snaha o zdravé stárnutí jedinců, s tím spojené zajištění kvality jejich života, jejich aktivní život a co největší soběstačnost do co nejvyššího věku (Příbyl, 2015).

Gerontologii je dělena do tří směrů:

- **Experimentální gerontologie** (biologická) se zabývá důvodem a způsobem, jak živé organismy stárnou.
- **Klinická gerontologie** (geriatrie) se zabývá odchylkami zdravotního stavu, chorob a jejich způsobem léčení ve stáří, taktéž se zabývá přístupem ke starým klientům.
- **Sociální gerontologie** se zabývá sociálními vztahy starších jedinců mezi sebou navzájem, vztahy mezi generacemi, ale také jejich životy (Čeledová, et al., 2016).

Sociologická encyklopedie pracuje vedle pojmu gerontologie také s pojmem demografického stárnutí, tedy zvyšující se podíl starých osob v populaci. Je důsledkem demografické revoluce a je způsobeno především poklesem úrovně porodnosti, i když zde působí i zlepšování úmrtnostních poměrů a prodlužování naděje dožití, tedy mezigeneračně se zvyšující se délka života. V řadě evropských zemí, včetně České republiky, začal proces demografického stárnutí již začátkem 20. st. a s malými

přestávkami se stále zintenzivňuje. Opačným procesem, způsobeným především zvýšením úrovně porodnosti, je tzv. demografické mládnutí. Na rozdíl od demografického stárnutí, které je dnes ve vyspělých zemích obecným procesem, s nímž je třeba počítat na všech úrovních prognostiky a plánování, je demografické mládnutí většinou jen lokálním problémem (<https://encyklopedie.soc.cas.cz>)

1.2 *Kvalita života*

Tato kapitola se zabývá vymezením kvality života jako takové, jejími metodami měření, ale také se cíleně zaměřuje na kvalitu sluchově postižených jedinců a v neposlední řadě na kvalitu života seniorů.

Slovo kvalita pochází z latinského slova *qualis*, to znamená jaký nebo z jaké povahy a vypovídá o určité vlastnosti či hodnotě objektu. Jako synonymum kvality se někdy používá výraz jakost. Pro oblast sociální práce je vhodným pojmem kvalita, jelikož jakost je tradičně spojována spíše s výrobním sektorem. Kvalita v sobě zahrnuje prvky objektivní i subjektivní. Pojem kvalita není empirickým pojmem, ale normativním konstruktem, který je utvářen v dialogu mezi zapojenými aktéry. V sociálních službách jsou to například zřizovatel, poskytovatel, pracovník, klient nebo klientova rodina. Tento normativní konstrukt souvisí především se společenskými a osobními normami, hodnotami, cíli a očekáváními (Holasová, 2014).

1.2.1 Vymezení kvality života

„Kvalita života je vícerozměrný, subjektivní a měřitelný konstrukt, který vyjadřuje, jak člověk sám hodnotí svou životní situaci.“ (Matoušek a kol., 2014, str. 223). Pro kvalitu života neexistuje jednoznačná definice, jelikož každá z disciplín ji definuje vlastním způsobem a podle vlastních potřeb. Obecně lze kvalitu života definovat jako subjektivní a individuální pocit jedince, který vyjadřuje rozpor mezi očekáváním a realitou. Kvalita života má svůj dynamický charakter, což znamená, že v různých životních obdobích a situacích se mění. Lze tedy hovořit o specifických aspektech kvality života, a to z hlediska životní etapy či situace. Jedná se o hodnotově orientovaný pojem, který souvisí s uspokojováním potřeb, a vyjadřuje hodnocení všech oblastí života na všeobecnou spokojenost a pohodu jedince, nejen z oblasti zdraví (Hudáková, 2013).

Pojem kvalita života lze rozdělit do dvou významů. První význam se staví ke kvalitě života jako k normativní kategorii, která vyjadřuje žádoucí a optimální úroveň, ke které se na základě očekávání, představ či potřeb jedince nebo skupiny určitá skutečnost přibližuje. Druhý význam kvalitu definuje jako všeobecný výraz, který označuje specifické vlastnosti, který daný objekt má, a kterými se liší od ostatních. V případě tohoto významu se neklade důraz na zjišťování míry určitých potřeb. Kvalita tedy není kategorií absolutní, ale jedná se o kategorii relativní, která vychází z hodnocení určitého stavu či situace. Pro hodnocení kvality života je nutné učit normu, dle které je stav porovnáván (Gurková, 2011).

Podle Velemínského (2012) vychází kvalita života z pochopení lidské existence, smyslu života a samotného bytí. Zkoumá materiální, sociální, psychologické, duchovní a další podmínky pro zdravý a spokojený život člověka. Na kvalitu života lze pohlížet z několika hledisek, jako například z hlediska psychologie, pedagogiky a sociologie, neexistuje tudíž jednoznačný teoretický podklad kvality života (Velemínský, 2012).

Empirická část této bakalářské práce vyhodnocuje strukturované a řízené rozhovory se seniory se sluchovým postižením, kteří žijí v domově pro seniory nebo v domově se zvláštním režimem. Proto je zajímavé také zmínit, že je nezbytné definovat kvalitu také pro poskytované sociální služby i pro sociální práci. Ostřejšová s Vildovou uvádějí, že definice kvality je důležitým aspektem, protože vede přímo k měření a zlepšování poskytované sociální služby. Neexistuje-li definice kvality, pak nelze kvalitu měřit. Nelze-li něco měřit, pak to nelze účelově a efektivně zlepšovat. (Ostřejšová, Vildová, 2020)

1.2.2 Metody měření kvality života

Rozbor kvality života není vůbec jednoduchý, je pro něj stěžejní široký okruh témat, jelikož kvalita života je pojem široce rozměrný. Vaňurová a Mühlparch (2005) uvádějí na základě konceptu kvality života rozsáhlou oblast činitelů kvality života, obecně se jedná o činitele vnitřní a zevní. Vnitřní činitelé jsou somatické a psychické vybavení, na které má vliv nemoc, porucha či defekt. O zevních činitelích se bavíme jako

o ekologických, společensko-kulturních, vzdělávacích, pracovních či materiálních faktorech (Vařurová, Mühlparch, 2005).

Metod pro měření kvality života je mnoho. Tato bakalářská práce pracuje, respektive vychází, především s hodnotou kvality života podle Světové zdravotnické organizace, s takzvaným World Health Organization Quality of Life Assessment (dále jen WHOQOL). Tyto dotazníky byly vytvořeny pracovní skupinou WHOQOL v 90. letech minulého století a jsou standartním nástrojem pro měření kvality. Sebehodnotící dotazník WHOQOL-100 se skládá ze 100 položek a obsahuje 6 domén spojených s kvalitou života – fyzické zdraví, fyzická nezávislost, prožívání, sociální vztahy, prostředí a duchovní oblast. Zkrácenou verzí dotazníku WHOQOL-100 je dotazník WHOQOL-BREF, který obsahuje 26 položek rozdělených do 4 domén – prožívání, fyzické zdraví, prostředí a sociální vztahy (Hudáková, 2013).

Stěžejní metoda měření kvality života seniorů se používá v kombinaci s předcházejícími zmíněnými škálami, a jedná se o dotazník WHOQOL-OLD. Tento dotazník vznikl ze spolupráce 22 výzkumných státních center a je výsledkem mezinárodního projektu v rámci Světové zdravotnické organizace. Dotazník WHOQOL-OLD čítá 6 domén – tělesná, psychická, sociální vztahy, nezávislost, prostředí a spirituální hodnoty (Hudáková, 2013). Z této metody je vycházeno i v empirické části této bakalářské práce.

1.2.3 Kvalita života osob se sluchovým postižením

Kvalita života každého člověka je ovlivněna řadou proměnných. Výrazně ji ovlivňují faktory komunikace se seniory, obzvláště pak se seniory se smyslovým postižením. Tajanovská pracuje v akreditovaném vzdělávacím programu Komunikace se seniory a Komunikace v obrazech se třemi faktory:

- **Fyzické faktory** – mezi které řadí především smyslové poruchy – zrak a sluch, poruchy motoriky, stavy po cévní mozkové příhodě a aktuální fyzický stav;
- **Psychické faktory** – mezi které přináležejí především schopnost jedince vyrovnat se se stářím, jeho osobnost, emocionální labilita či stabilita, deprese, úzkosti, syndrom demence a aktuální psychický stav seniora;
- **Sociální faktory** – ovlivňují kulturní a společenské normy, postoj společnosti ke stáří a starým lidem, sociálněpolitické vlivy (Tajanovská, 2020).

Tajanovská (2020) v akreditovaných vzdělávacích programech Institutu vzdělávání Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR dále prosazuje kvalitu komunikace se seniory využívající sociální služby, obzvláště pak u seniorů s postižením zraku či sluchu. U pomáhajícího personálu podporuje především dovednost správného vyjadřování, umění vést dialog a naslouchat. Taktéž apeluje na snahu přizpůsobit komunikaci seniorovi, umět dávat i přijímat zpětnou vazbu, porozumět neverbálním signálům a být schopen empatie nejen k aktuální situaci seniora, ale také k jeho životnímu příběhu (Tajanovská, 2020).

Rošková (2012) ve své publikaci zmiňuje, že pro úspěšnou péči o osoby se sluchovým postižením a zajištění jejich kvality života je nutné co nejdříve zachytit poruchu a následně začít se správnou edukací a rehabilitací jedince. Správná výchova a rehabilitace může pomoci ke zlepšení celkové kvality jeho života. Nutná je také řádná informovanost ze strany odborníků ohledně významu výchovy, vzdělávání, v neposlední řadě komunikace a rehabilitace. Pokud je u člověka se sluchovým postižením ztráta sluchu hlavním problémem, který brání k dosažení adekvátní kvality života, je nutné tento problém řešit nejen s jedincem samotným, ale i s jeho blízkými a formálními pečovateli (Rošková, 2012).

Kvalitu života člověka určuje i to, jak se vyrovnává se svým postižením, ačkoliv je to velmi individuální. Mnohé výzkumy však potvrzují, že kvalita života sluchově postižených jedinců je do jisté míry hodnocena velice pozitivně, ať už z pohledu zdravých jedinců či jedinců s postižením (Ludíková et al., 2013).

Dle Hogana (2015) je sociální pozice sluchově postižených jedinců v dnešní době velmi slabá. V důsledku sluchového postižení dochází k poklesu komunikačních schopností, které jsou velice důležité pro sociální profil a k fungování ve své sociální komunitě (Hogan, 2015). Tajanovská uvádí, že je kvalita komunikace postavena na takzvaných technikách pozitivní interakce, kterou ovlivňují již zmiňované dovednosti pečovatele, a to jak na neformální, tak i formální úrovni. Pokud chce pečovatel navázat kontakt s druhou osobou, je potřeba zachytit signály, které k nám vysílá, stejně tak pečovatel vysílá nějaké signály k druhé osobě. Obousměrná komunikace je tedy interakcí i jakýmsi procesem, při kterém je využívána jak verbální, tak i neverbální komunikace. Pečovatel

nebo blízký člověka s komunikačními bariérami, mezi které patří i smyslová postižení, musí své komunikační metody přizpůsobit a upravit jeho aktuálnímu rozpoložení. Mezi takzvaná pravidla technik pozitivní interakce patří i usnadnění porozumění používáním jednoduchých a srozumitelných vět a jejich případné opakování a porozumění neverbálním signálům, které člověk se smyslovým postižením vysílá (Tajanovská, 2020).

V ČR žije okolo půl milionu nedoslýchavých a neslyšících jedinců. Většinou část tvoří jedinci nedoslýchaví, kterým se zhoršil sluch z důvodu postupujícího věku. Pro rodiny bývá zlomovým bodem narození sluchově postiženého dítěte, tato fáze se nazývá vyrovnávání se rodiny s postiženým dítětem, a do jisté míry také ovlivňuje kvalitu života jedince (Koller, 2015).

1.2.4 Kvalita života seniorů

Kvalitu života ovlivňují ve staří například zdravotní problémy, životní či pracovní úspěchy či životní styl. Pro mnoho lidí je velice psychicky traumatizující právě odchod do důchodu, což také ovlivňuje kvalitu života jedince (Dvořáčková, 2012). Kvalita života seniorů může být ovlivněna mnoha okolnostmi:

- osamělost, omezení komunikace a sociálních kontaktů;
- sociální vyloučení, ztráta pocitu sounáležitosti a užitečnosti;
- ztráta autonomie;
- chudoba a snížení životní úrovně;
- ovdovění a ztráta nejbližších osob včetně vrstevníků;
- ztráta soběstačnosti s ohledem na zdravotní stav;
- ztráta sebeúcty a kontinuity životního příběhu;
- rezignace, ztráta životního smyslu, zanedbávání sebe sama (Čeledová, et al., 2016).

1.2 Sociální práce a sociální služby pro seniory v České republice

Tato kapitola se zabývá obecným pojetím sociální práce. Taktéž se zaměřuje na registrované sociální služby podle Zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, které jsou poskytovány seniorům v České republice.

1.2.1 Pojetí sociální práce

Sociální práce vychází ze solidarity. V naší kultuře je solidarita zakotvena v křesťanské víře a v jejím konceptu bližního – tím je jakýkoliv člověk, který nemusí být stejné víry – pokud je tento člověk v nouzi, je potřeba mu pomáhat. Dalším zdrojem nynější sociální práce v naší kultuře jsou lidská práva, která byla zformulována zhruba před 230 lety, a jsou součástí mezinárodních a národních právních dokumentů. Pro sociální práci je také neméně důležitá inkluze, neboli začlenění / začleňování (jedná se o techniku integrace). Dříve (v období antiky a středověku) byli lidé nacházející se v těžké životní situaci nebo lidé s postižením vyloučeni ze společnosti, v dnešní době lze vyloučené lidi považovat za výzvu pro společnost. Ambicióznějším ideálem, než je začlenění, je pro sociální práci kvalita života, která je předpisem spokojenosti člověka s vlastním životem. Přáním sociální práce je nebýt pouze praktickým oborem, ale pomáhat k lepšímu začlenění, kvalitě života a sociálnímu fungování ohroženým lidem, a stát se i samostatnou vědeckou disciplínou. Cílem sociální práce je vysvětlování, odhalování, řešení a zmírňování problémů celé společnosti. Sociální práce se snaží řešit náročné životní situace klientů pomocí psychické podpory, informovanosti, hmotné podpory, finančně dostupného bydlení, ale pomáhají také při sanaci dluhů a podobně. Klientem sociální práce nemusí být pouze jednotlivec, ale také skupina, rodina či komunita (Matoušek a kol., 2013).

1.2.2 Sociální služby

V České republice se sociální služby řídí Zákonem 108/2006 Sb., o sociálních službách, který určuje pravidla a podmínky pro jejich poskytování, financování, kontrolu, ale také personální zajištění. Sociální službou se rozumí činnost nebo soubor činností zajišťující pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení, tedy těm osobám, které se nachází v takzvané „*nepříznivé sociální situaci a jsou oslabeni nebo ztratily různé schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu*

se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných závažných důvodů řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením, dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem, který podle poznatků lékařské vědy má trvat déle než jeden rok, a který omezuje duševní, smyslové nebo fyzické schopnosti a má vliv na péči o vlastní osobu a soběstačnost (Zákon 108/2006, Sb., o sociálních službách).

Cílem sociálních služeb je zlepšit kvalitu života společensky znevýhodněným osobám, chránit je před nepříznivými vlivy společnosti a taktéž je co nejvíce začlenit do společnosti. Sociální služby nezohledňují pouze uživatele, ale také jeho rodinu a kolektiv, do kterého patří (Horecký, Tajanovská in Kolektiv autorů APSS ČR, 2011). Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách popisuje 33 sociálních služeb, které rozděljuje dle účelu na tři formy:

1. služby sociální péče
2. sociální poradenství
3. služby sociální prevence (Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Zákon o sociálních službách taktéž dělí služby dle místa, kde jsou poskytovány. Tehdy hovoříme o sociálních službách pobytových, ambulantních nebo terénních:

- **Pobytové služby** jsou spojeny s ubytováním klienta přímo v pobytovém zařízení. Pobytové sociální služby jsou považovány za ty nejvýznamnější, využívá je nejvíce klientů a jsou finančně nejnákladnější. Patří mezi ně sociální služba domov pro seniory, domov se zvláštním režimem a domov pro osoby se zdravotním postižením. Méně častou pobytovou sociální službou pro seniory je například chráněné bydlení.
- **Ambulantní služby** jsou ty, za kterými klient dochází nebo dojíždí nebo je doprovázen nebo dopravován. Mezi nejčastější ambulantní služby patří stacionáře, odlehčovací služby a centra denních služeb. Tyto služby mají především socializovat klienta mezi vrstevníky a všeobecně do společnosti. Mají velký význam i pro neformální pečovatele, nejčastěji příbuzné či jinak blízké klienta, protože jim umožňují využít volný čas pro vlastní potřeby včetně odpočinku.
- **Terénní služby** jsou poskytovány člověku v jeho přirozeném prostředí, nejčastěji doma, respektive tam, kde bydlí. Mezi nejčastější terénní služby patří osobní

asistence a pečovatelská služba. Tyto sociální služby mají především podporovat klienta v co nejdelším setrvání v domácím prostředí a zkracovat tak dobu pobytu v pobytové sociální službě (Horecký, Tajanovská in Kolektiv autorů APSS, 2011).

1.2.3 Sociální služby poskytované seniorům

V České republice existuje bohatá škála forem i druhů sociálních služeb pro seniory. Otázkou je, zda je dostačující jejich kapacita, dostupnost a také kvalita s ohledem na demografické stárnutí společnosti a zvyšující se potřebu sociálních služeb pro seniory i nároky na jejich kvalitu. Péči o seniory zastávají především tyto dva resorty:

- **Ministerstvo práce a sociální věcí ČR** (dále jen MPSV) – pod které spadá sociální péče a je realizována především prostřednictvím registrovaných poskytovatelů sociálních služeb podle Zákona o sociálních službách;
- **Ministerstvo zdravotnictví ČR** (dále jen MZ) – pod které spadá zdravotnická péče a je realizována především prostřednictvím poskytovatelů zdravotní lůžkové péče – nemocnice, léčebny dlouhodobě nemocných nebo psychiatrické nemocnice. Péče o seniory je zpravidla propojená a často dochází k takzvanému síťování seniora, při které dochází ke spolupráci jak sociální služby, tak i zdravotnického zařízení (Horecký, Tajanovská in Kolektiv Autorů APSS ČR, 2011).

Nepříznivá sociální situace seniora pak ovlivňuje, respektive charakterizuje míru podpory, pomoci nebo péče s ohledem na jeho snižující se soběstačnost i samostatnost z důvodu věku či zdravotního stavu. Jelikož je tato práce zaměřena na sluchově postižené seniory, je možno zajistit jim tyto sociální služby:

- osobní asistence,
- odlehčovací služba,
- denní a týdenní stacionář,
- sociální lůžko ve zdravotnickém zařízení,
- domov pro seniory,
- domov pro osoby se zdravotním postižením,
- domov se zvláštním režimem,
- pečovatelská služba,

- odborné sociální poradenství.

Empirická část bakalářské práce byla prováděna ve dvou formách sociálních službách v 7 pobytových zařízeních:

- **Domov pro seniory** – tato sociální služba je určena klientům, kteří dosáhli věku pro přiznání starobního důchodu a jejichž zdravotní stav nevyžaduje odborné ošetřování a léčení ve zdravotnickém zařízení, ale zároveň se o sebe již nedokážou postarat. Vedle ubytování zajišťuje také úkony sociální péče a zdravotních služeb.
- **Domov se zvláštním režimem** – tato sociální služba je určena klientům, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou demencí, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demence. Poskytování sociální služby je přizpůsobeno individuálním a specifickým potřebám klientů (Horecký, Tajanovská in Kolektiv Autorů APSS ČR, 2011).

1.3 Sluch, anatomie sluchu a jeho poškození

Sluch je pro člověka jeden z nejdůležitějších smyslů, který nemá jenom signalizační funkci, kterou nás upozorňuje na zvuky v okolí, ale má výraznou roli při příjmu informací mluvenou řečí. Snížením funkce sluchového aparátu dochází ke sluchovému postižení, které jedince limituje v mezilidské oblasti a způsobuje tak nespočet nepříjemností (Langer in Valenta a kol., 2014).

Tato podkapitola se zabývá sluchem a jeho funkcí, sluchovým aparátem a je taktéž zaměřena na vady sluchu, na jejich druhy, příčiny a možnosti vyšetření sluchu. Součástí této podkapitoly jsou i informace o komunikaci se sluchově postiženými a v neposlední řadě zmiňuje oblast surdopedie.

1.3.1 Anatomie a fyziologie sluchového aparátu

Sluchový aparát se řadí mezi smyslové orgány. Senzory (receptory) smyslových orgánů reagují na vnější a vnitřní změny, které jsou vyvolávány chemickými a fyzikálními procesy, ty vedou ke vzniku nervového impulzu. Receptory u sluchového aparátu tvoří složitě organizovaný orgán (Skutinová, 2014).

Sluchové ústrojí je dálkový receptor, který člověku umožňuje vnímat zvuk o frekvenci 16-20 Kilohertzů (kHz). Ucho se skládá ze tří částí:

- **Zevní ucho** (auris externa) je tvořeno ušním boltcem (auricula) a zevním zvukovodem (meatus acusticus externus). Boltce je tvořeno elastickou chrupavkou, zevní zvukovod tvoří z části chrupavka (v zevní části) a z části bubínková kost (ve vnitřní části). V pokožce jsou četné mazové žlázy, které produkují ušní maz. Zevní zvukovod je oddělen od středního ucha bubínkem. Bubínek (membrana tympani) je tenká vazivová blána vpáčená do středního ucha. Hlavní funkce boltce a zevního zvukovodu je zesilování přijímaných zvuků, zvukové vlny procházející přes zvukovod následně rozkmitají bubínek (Skutinová, 2014).
- **Střední ucho** (auris media) je tvořeno dutinou, která se nachází ve spánkové kosti. Součástí středního ucha je Eustachova trubice (tuba pharyngotympanica), která spojuje střední ucho s nosohltanem, a její hlavní funkcí je vyrovnávání atmosférického tlaku právě v nosohltanu a ve středním uchu. Tlaková rovnováha je důležitá pro funkci převodního systému, který tvoří tři vzájemně propojené kůstky – kladívko (malleus), kovádlinka (incus) a třmínek (stapes). Tyto tři kůstky navazují na bubínek a přenášejí jeho chvění dále (Skutinová, 2014).
- **Vnitřní ucho** (auris interna) je součástí kostěného labyrintu dutiny ve skalní kosti. Uprostřed kostěného labyrintu se nachází blanitý labyrint, který je vyplněn endolymfou (má podobné složení jako intracelulární tekutina). Prostor mezi kostěným a blanitým labyrintem je vyplněn perilymfou (ta má podobné složení jako mozkomíšní mok). Blanitý hlemýžď (cochlea) je trubička z vazivové tkáně stočená do spirály, který obsahuje vlastní sluchové ústrojí – Cortiho orgán. Vnitřní ucho nemá pouze sluchovou funkci, ale je hlavně rovnovážným centrem, které umožňuje vnímání polohy a kinetického pohybu. Zvukové vzruchy jsou vedeny ze statického a kinetického čidla přes sluchový a rovnovážný nerv do mozkového kmene a dále do spánkových laloků kůry mozkové (Skutinová, 2014).

„Zvuk se šíří vzduchem jako zvuková vlna zevním zvukovodem směrem k bubínku. Ten kopíruje svými kmity kmitání vzduchu, jeho pohyb se přenáší na středoušní kůstky a přes ně na oválné okénko vnitřního ucha. Podmínkou správného přenosu energie zvukového vlnění je volný zevní zvukovod a vzdušné středouší umožňující volný pohyb sluchových kůstek“ (Jedlička, 2007, s. 449–450).

1.3.2 Sluchové vady

Dle Noskové (2013) je sluch nezastupitelný v oblasti mezilidské komunikace, je velmi důležitý pro rozvoj lidské řeči a komunikaci s ostatními lidmi. V neposlední řadě je sluch důležitý jako zdroj informací pro naši orientaci v okolním světě. Sluch umožňuje našemu mozku správné hodnocení signálů vycházejících z ostatních smyslů a taktéž rozvíjí naše abstraktní myšlení (Nosková, 2013).

Pojmem porucha sluchu se rozumí stav přechodného zhoršení sluchu. Jedná se o stav, kdy dochází k onemocnění nebo změně sluchového aparátu, který se však dá opravit nebo léčit, a po odeznění tohoto stavu se vrací sluch do normálu. Sluchovou vadou se pak rozumí stav trvalého poškození sluchu, který se nelepší, a dochází k nedoslýchavosti až hluchotě (Hrubý, 2011).

Sluchové postižení může vznikat v kterékoli části sluchového aparátu: v oblasti vnějšího ucha (boltec, zvukovod), oblasti středního ucha (bubínek, středoušní kůstky) a oblasti vnitřního ucha (hlemýžď, Cortiho orgán). Může však dojít i poškození sluchového nervu nebo příslušných center v mozku (Slowík, 2010).

Vrozené sluchové vady jsou ve většině případů podmíněny geneticky, v málo procentech případů jsou tyto vady způsobeny v důsledku infekčního onemocnění matky v průběhu těhotenství. Za získané sluchové vady jsou považovány ty, které byly zapříčiněny například opakovanými záněty středouší, úrazem či vedlejšími účinky léků. Zhoršení sluchu je často spojováno s procesy stárnutí (Slowík, 2010).

Z hlediska doby vzniku sluchové poruchy jsou vady sluchu děleny na prenatální, které jsou způsobeny v období mezi početím a narozením, dále pak perinatální, které

se vztahující k období před porodem a krátce po něm a postnatální, které vznikají po narození dítěte. (Valenta a kol., 2014).

Ze speciálně-pedagogického hlediska je však důležitější dělení sluchového postižení na prelingvální a postlingvální. Prelingvální sluchové postižení je stav, kdy k poruše sluchových funkcí došlo před ukončením základního jazyka a lidské řeči, což bývá zpravidla období mezi 4. až 7. rokem života jedince a nedochází ke spontánnímu rozvoji mluveného jazyka a lidské řeči. Postlingvální sluchové postižení je stav, kdy došlo k poruchám či vadám sluchu až po ukončení základního vývoje jazyka a řeči (Valenta a kol., 2014).

Podle WHO je platné následující dělení sluchových vad:

- Lehká nedoslýchavost – sluchová ztráta 26-40 dB;
- Střední nedoslýchavost – sluchová ztráta 41-55 dB;
- Středně těžká nedoslýchavost – sluchová ztráta 56-70 dB;
- Těžká nedoslýchavost – sluchová ztráta 71-91 dB;
- Úplná hluchota – sluchová ztráta nad 91 dB.“ (WHO, ©2019)

Většinu populace skupiny neslyšících tvoří lidé nedoslýchaví, u kterých došlo k poruše sluchu v důsledku vyššího věku. Horáková (2012) popisuje ve své publikaci stařeckou nedoslýchavost jako presbyakuzii. Jedná se o poruchu sluchu, která se projevuje zhoršeným slyšením vysokých tónů a frekvencí, a současně se zhoršuje porozumění řeči. K postupnému zhoršování sluchu dochází převážně po 60. roku života, a to v důsledku odumírání vláskových buněk či špatného prokrvování sluchového orgánu. Tento jev se může stát patologickým, a to tehdy, když dochází k narušení komunikačních schopností (Horáková, 2012).

Slowík (2007) uvádí, že se ztrátou sluchu přicházíme o přísun až 60 % informací, což je o trochu menší ztráta než v případě zrakového postižení, ale rozhodně se nejedná o snazší situaci. Lidé od narození neslyšící mají dobře vyvinuté kompenzační schopnosti, avšak sluchový handicap výrazně dopadá na jejich život. Důsledky sluchového postižení jsou následující:

- **komunikační bariéra** - jedinec se sluchovým postižením má problém s porozuměním ostatním v důsledku narušeného vývoje řeči;

- **psychická zátěž** - jedinec žije v takzvaném vězení ticha;
- **sociální problémy** – jedinec má především problémy v komunikaci s okolím;
- **deficit v orientačních schopnostech** - jedinec si nemůže doplňovat sluchem zrakovou orientaci;
- **negativní vliv na vývoj myšlení** - pro rozvoj myšlení je důležitá vnitřní řeč, která se u jedinců se sluchovým postižením téměř nevyvíjí (Slowík, 2007).

1.3.3 Diagnostika sluchových vad

Medicínský obor, který se zabývá diagnostikou sluchu, se nazývá audiometrie. Tento obor má širokou škálu vyšetřovacích metod, které dokáží odhalit případnou poruchu, či poskytuje kompenzaci pomocí sluchové protetiky a technických kompenzačních pomůcek (Horáková, 2012). Podle Muknšnáblové je nutné začít s diagnostikou sluchového postižení u vrozených vad v co nejnižším věku jedince, a to nejpozději do 6. roku z důvodu včasného podchycení vady a jejího správného řešení. Při pozdní diagnostice sluchové vady hrozí špatný vývoj dítěte (Muknšnáblová, 2014).

Jedlička (2007) uvádí dvě základní vyšetřovací metody – subjektivní a objektivní. Subjektivní metody jsou postaveny na spolupráci s klientem a jedná se o klasickou sluchovou zkoušku a subjektivní audiometrii – prahová tónová či slovní audiometrie, naopak objektivní metody spolupráci s klientem nevyžadují (Jedlička, 2007).

Do subjektivních metod je zařazena **klasická sluchová zkouška**, která je založena na opakování vysokofrekvenčních slov (slova obsahující hlásky „i“, „e“ a sykavky) a hlubokofrekvenčních slov (slova obsahující hlásky „u“, „a“, „o“), a jejíž úkolem je posouzení stavu sluchu a porozumění. Další subjektivní metodou je subjektivní audiometrie, to je audiometrické vyšetření. Jedná se o standardizovanou zkoušku, při níž je využíván audiometr. Je zkoumáno, jaká je nejnižší intenzita zvuku, kterou je možný jedinec zachytit - práh sluchu. Neméně důležitou subjektivní metodou je slovní audiometrie, u které se zkoumá porozumění a rozumění řeči. Záznam z tohoto vyšetření označujeme jako audiogram, ze kterého lze vyčíst prahové hodnoty sluchu (Horáková, 2012). Objektivní vyšetřující metody jsou následující:

- **Tympanometrie**, kdy je vyšetřován tlak před a za bubínkem a zjišťuje se možný podtlak či přetlak ve středním uchu.

- **OAE = otoakustické emise**, při které jsou vyšetřovány vláskové buňky uvnitř hlemýždě, a je jí možné provést již po 24 hodinách od narození dítěte.
- **BERA (Brainstem Evoked Responses Audiometry)** je vyšetření evokovaných odpovědí mozkového kmene a provádí se u jedinců, kteří nejsou schopni audiometrického vyšetření.
- **SSEP (Steady State Evoked Potentials)** vyšetřuje ustálené evokované potenciály. Díky této metodě lze získat odhadový audiogram prahového slyšení, při vyšetřování je klient v celkové anestezii.
- **NN-ABR (Notched-Noise Auditory Brainstem Response)** je metoda vyšetřování pomocí měření EEG aktivity sluchových drah, při které je jedinec uspaný (Horáková, 2012).

1.3.4 Komunikace sluchově postižených

Člověk se sluchovým postižením má nejvíce zasaženou právě oblast komunikace. Při komunikaci se sluchově postiženou osobou často dochází k nedorozuměním, a to právě díky tomu, že sluchově postižený jedinec správně nepochytí, co druhý člověk skutečně říká. Pokud však sluchově postižený jedinec nemůže, v horším případě nechce, komunikovat běžnou řečí, je těžké se s ním dorozumět. I přesto, jak je komunikace se sluchově postiženým zrádná, je důležité se jí věnovat. Tací jedinci se totiž lehko dostanou do sociální izolace, a právě proto si zaslouží pozornost a snahu s nimi komunikovat (Slowík, 2010).

Bendová (2015) ve své publikaci uvádí informaci, že o sluchově postižené jedince se starali již v dávnověku v kláštrech, kde využívali orální a manuální metodu komunikace. Cílem orální metody je vybudování u sluchově postižených jedinců mluvenou řeč v orální i psané podobě, nejdůležitější pro orální metodu je odezírání nebo prstová abeceda. Při manuální metodě výchovy a vzdělávání jedinců se využívá znakový jazyk. Moderním trendem výchovy a vzdělávání osob se sluchovým postižením je bilingvální přístup, v němž je využíván znakový jazyk a žáci si osvojují mluvený jazyk ve psané podobě (Bendová, 2015).

Z legislativního pohledu existuje Zákon č. 155/1998 Sb., o znakové řeči (ve znění novely č. 384/2008 Sb.), který se věnuje právě komunikačním systémům neslyšících

a hluchoslepých. Tento zákon ve svém odstavci 2 §1 praví: „*Neslyšící a hluchoslepe osoby mají právo svobodně si zvolit z komunikačních systémů uvedených v tomto zákoně ten, který odpovídá jejich potřebám. Jejich volba musí být v maximální možné míře respektována tak, aby měly možnost rovnoprávného a účinného zapojení do všech oblastí života společnosti i při uplatňování jejich zákonných práv.*“

Možnosti komunikace sluchově postižených jsou následující:

- **Odezírání** – dle Sováka (1972) se za odezírání považuje vnímání orální mluvy zrakem dle pohybů úst, gestikulací celého těla, mimikou, či výrazu očí. Sluchově postižený jedinec vnímá zrakem hlavně pohyby mluvidel. Samohlásky odhadne skoro přesně, souhlásky však zrakem určí jen z třetiny (Sovák, 1972). Základem úspěšného odezírání je anticipace (předvídaní).
- **Znakový jazyk** – dle Zákona o komunikačních systémech neslyšících osob a hluchoslepých (423/2008 Sb.) se jedná o plnohodnotný komunikační systém, který je specifický svými vizuálními motorickými gesty (tvary rukou, mimikou, postojem, ...). Český znakový jazyk je z lexikálně i gramatické stránky ustálen (má svou znakovost a systémovost).
- **Znakovaný český jazyk** – jedná se o umělý jazyk, který umožňuje přijatelnou komunikaci mezi slyšícími a neslyšícími jedinci. Jsou využívány gramatické prvky češtiny a gestikulace rukama (Zákon o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob 423/2008 Sb.).
- **Prstová abeceda (daktylní abeceda)** – jedná se vizuálně motorickou formu komunikace, při které se pomocí postavení a polohování prstů vyjadřují písmena (Krahulcová, 2014).

1.3.5 Surdopedie

Termín surdopedie vychází z latinského slova *surdus* = hluchý, a řeckého slova *paideia* = výchova. Jedná se o speciálně pedagogickou disciplínu zabývající se výchovou, vzděláním a celkově rozvojem osob se sluchovým postižením. Jako většina disciplín také surdopedie úzce spolupracuje s jinými vědními obory, jako je logopedie, oftalmopedie, somatopedie, ale také s obory pedagogickými, biologickými, psychologickými či sociologickými. Jedná se tedy o multidisciplinární obor. Z medicínského hlediska úzce spolupracuje s ORL (otorinolaryngologií), foniatrií a pediatrií, z humanistického hlediska zase se sociologií a lingvistikou. V souvislosti s kompenzačními pomůckami neslyšících

taktéž spolupracuje s technickými obory, jako je například sluchová protetika (Horáková, 2012). Do roku 1983 byla surdopedie součástí logopedie, poté se z ní stala samostatná disciplína (Pipeková, 1998).

Cílovou skupinou oboru surdopedie jsou osoby se sluchovým postižením, v mnoha případech s přidruženým postižením - poté mluvíme o osobách hluchoslepých, neslyšících s poruchou autistického spektra, neslyšících s mentálním postižením apod. (Horáková, 2012). Potměšil (2003) určuje několik skupin, kterých se surdopedie dotýká. Hlavním článkem jsou děti se sluchovým postižením, ale v neposlední řadě také jejich rodiče, pedagogičtí pracovníci (surdopedi) a taktéž je tento obor promítán do vysokoškolské přípravy (Potměšil, 2003).

Dle Langer (2013) je cílem surdopedie poskytnout sluchově postiženým komplexní vzdělání a umožnit tak jedincům rozvoj osobnosti v oblasti kognitivní, emocionální i psychosociální. Nejdůležitějším cílem surdopedie je vytvoření komunikačních kompetencí, které pomohou se začleňováním se jedince do společnosti. Při intervenci je důležité dbát na individuální přístup k jedinci a jeho možnostem (Langer, 2013).

1.3.6 Sluchová protetika

Pro léčbu a kompenzaci sluchových vad je důležité vědět druh a příčinu poruchy. Cílem sluchové kompenzace je odstranit příčinu, která znemožňuje slyšení, a zaměřit se na nápravu sluchu. Poté dochází k adekvátnímu rozvoji komunikace a sociálnímu začlenění jedince. Pokud je však příčina sluchové vady neznámá nebo není možné její ovlivnění, je na místě alespoň snížit následky sluchového postižení a naučit jedince jiným možnostem dorozumívání (Mukšnáblová, 2014).

Kompenzační pomůcky pro sluchově postižené nabízí širokou škálu speciálních zesilovacích elektroakustických přístrojů (Horáková, 2012). Dnešní trh nabízí mnoho kompenzačních pomůcek, jejichž dělení je signalizační, komunikační a další. Do komunikačních pomůcek řadíme sluchadla a kochleární a kmenové implantáty. Úkolem komunikačních pomůcek je zmírnit nebo odstranit komunikační bariéru sluchově postižených, taktéž umožňují lepšího slyšení a porozumění mluvenému jazyku. Všechny pomůcky jsou individuálně uzpůsobeny dle stupně postižení sluchu jedince. Mezi

signalizační pomůcky patří ty, které zvuky zesilují či přeměňují na vibrační či světelné efekty. Řadíme zde vibrační hodinky či budíky, světelné zvonky či indukční smyčky (Kašpar, 2008).

Vybrané kompenzační pomůcky:

- **Sluchadla** – jsou nejdůležitější kompenzační pomůckou pro osoby nedoslýchavé se zbytky sluchu. Sluchadla jsou řazena mezi elektronické akustické přístroje, které umožňují modulaci zvuku vedeného do ucha. Využívají se pro převodní a percepční vady sluchu. Každé sluchadlo je jiné dle potřeb klienta. Dělení sluchadel je dle tvaru, vedení zvuku či funkce (Horáková, 2011).
 - Dle tvaru lze sluchadla dělit na závěsná, brýlová, nitroušní, kapesní (viz Příloha č. 5) a další (Muknšnáblova, 2014).
 - Dle způsobu zvukového vedení dělíme sluchadla na sluchadla s kostním nebo vzdušným vedením (Horáková, 2011).
 - Dle způsobu zpracování akustického signálu jsou sluchadla dělena na sluchadla analogová a digitální (Hricová, 2011).
- **Kochleární implantát** – využívá se u klientů, kteří mají těžké poškození sluchu a u nichž se očekává, že již nedojde k rozvoji řeči (Muknšnáblova, 2014). Kochleární implantát je elektronické zařízení napojené na sluchové nervy, které však musejí být v pořádku. Dráždí sluchové nervy v hlemýždi. Implantát se skládá z vnější strany z mikrofonu a vysílací cívky, z vnitřní strany z elektrod a stimulátoru (viz Příloha č. 5)
- **Kolektivní pomůcky** – jsou například kolektivní zesilovače (používané zejména ve školách při výuce), indukční smyčka/snímač (zařízení napojené ke sluchadlům), FM systémy a pojítka, která jsou využívána na přenos z mikrofonu přímo do sluchadel na základě radiovému signálu (Bendová, 2006).
- **Signalizační pomůcky** – jedná se o pomůcky, které využívají světlo, vibrace nebo vzdušné proudění. Mezi tyto pomůcky řadíme například budík pro neslyšící, dveřní zvoněk nebo vibrační telefon (Bendová, 2006).
- **Pomůcky pro komunikaci na dálku** – mezi tyto pomůcky řadíme například fax, počítač pro neslyšící, zesílený telefon, vibrační telefon a jiné. Prostřednictvím počítače je možná i výuka znakového jazyka (Bendová, 2006).

2. Cíl práce

Cílem bakalářské práce je zaměřit se na kvalitu života osob se sluchovým postižením, které žijí v pobytovém zařízení poskytující sociální službu se záměrem poukázat na to, jak vnímají svoji osobní spokojenost, ale také spokojenost s poskytovanou sociální službou. Dalším cílem této práce je zjistit, jak na kvalitu poskytované sociální služby nahlíží sociální pracovníci, kteří působí v některém domově pro seniory nebo v domově se zvláštním režimem ve vybraných krajích České republiky.

Výzkumné otázky:

V bakalářské práci je pracováno s následujícími čtyřmi výzkumnými otázkami:

Výzkumná otázka č. 1

Jak hodnotí kvalitu svého života osoby se sluchovým postižením, které žijí v pobytovém zařízení poskytující sociální službu?

Výzkumná otázka č. 2

Jaká životní změna nastala u osob se sluchovým postižením poté, co se staly klientem pobytového zařízení poskytujícího sociální služby.

Výzkumná otázka č. 3

Co by osobám se sluchovým postižením přispělo k tomu, aby byly více spokojeny v pobytovém zařízení poskytující sociální službu, kterou využívají?

Výzkumná otázka č. 4

Jak hodnotí sociální pracovníci kvalitu poskytované sociální služby pro osoby se sluchovým postižením, ve které profesně působí.

Operacionalizace základních pojmů

V této bakalářské práci se nejčastěji pracuje s následujícím pojmoslovím:

- **Senior** – myšlen senior muž i myšlena seniorka žena
- **Osoba** – myšleni muži i myšleny ženy, se kterými byly provedeny řízené rozhovory u poskytovatelů sociálních služeb

- **Poskytovatel sociální služby** – myšlen domov pro seniory nebo myšlen domov se zvláštním režimem – registrované sociální služby podle Zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách
- **Zákon** - myšlen Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů
- **Klient / uživatel** – myšlen muž jako klient i uživatel a myšlena žena jako klientka i uživatelka
- **Služba** – myšleny registrované sociální služby podle Zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách
- **Respondent** – myšlen respondent muž i myšlena respondentka žena
- **Sociální pracovník** – myšlena sociální pracovnice žena – pojmosloví sociální pracovník vychází z katalogu prací, do řízených rozhovorů se zapojilo pět žen.
- **Sluchové postižení** – myšleny sluchové hendikepy, se kterými respondenti žili v době realizace řízených rozhovorů
- **Řízený rozhovor** – myšleny předem připravené rozhovory provedené s patnácti klienty pobytových zařízení a pěti sociálními pracovníky
- **Pobytové zařízení** – myšlen domov pro seniory nebo myšlen domov se zvláštním režimem – registrovaná sociální služba podle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

3. Metodika

3.1 Použité metody ve výzkumném šetření

V bakalářské práci je zvolena metoda řízeného strukturovaného rozhovoru, a to jak v případě seniorů / klientů pobytových zařízení, tak i u sociálních pracovníků, kteří působí v sociálních službách domov pro seniory nebo domov se zvláštním režimem. Managementmania.com uvádí, že řízený strukturovaný rozhovor je jedna z technik sběru dat v sociálním výzkumu. Tazatel postupuje otázku za otázkou podle dotazníku a respondent odpovídá. Tazatel zaznamenává odpovědi do dotazníku. Aby byly získané odpovědi reprezentativní, měli by respondenti být vybráni jako náhodný vzorek.

V rozhovoru jsou využity uzavřené i otevřené otázky. V praxi se však téměř všichni respondenti (jak senioři, tak i sociální pracovníci) vyjadřovali otevřeně a jen sporadicky odpovídali jednoslovně, přestože tu možnost měli. Podle Ferjenčíka existuje ve společenských vědách mnoho výzkumných otázek, na které je obtížné hledat odpovědi ptaním se jednotlivých lidí tváří v tvář. Řízený rozhovor je ve své podobě standardizované interview (Ferjenčík, 2000).

3.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Oproti původnímu časovému harmonogramu zpracování bakalářské práce byly prováděny řízené rozhovory v období od května do června 2020. Od původně domluvených návštěv v měsících března a dubna 2020 bylo nutno ustoupit. Pobytová zařízení poskytující sociální služby byla v tomto období uzavřena, protože byla Česká republika v nouzovém stavu z důvodů koronavirové pandemie. Taktéž bylo nutno změnit výběr původních zařízení, jelikož ani po ukončení nouzového stavu nebylo možno navštívit klienty se sluchovým postižením v některých sociálních službách. Tato rozhodnutí byla pochopitelně respektována.

Výzkumný vzorek je tedy následující: 7 registrovaných zařízení poskytující sociální služby dle Zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách (z toho tři v Jihočeském kraji, dvě v kraji Vysočina a dvě v Plzeňském kraji). Rozhovory byly prováděny s klienty jak v domovech pro seniory, tak i v domovech se zvláštním režimem. Zřizovateli

vybraných pobytových zařízení jsou ve 4 případech kraje, ve 2 případech obce a v 1 případě soukromá právnická osoba. Návštěva klientů byla předem domluvena s řediteli nebo vedoucími pracovníky, stejně tak to bylo předem dohodnuto i se sociálními pracovníky. Sociální pracovníci se také účastnili některých rozhovorů s vybranými klienty, avšak pouze z pozice doprovodné osoby. Do řízených rozhovorů nijak nezasahovali, ani neovlivňovali odpovědi klientů. Jejich přítomnost byla vhodná především u rozhovorů s klienty s počínající demencí, pro které mohl být rozhovor náročnější především proto, že tazatele neznali a mohli se pokládaných otázek obávat.

Celkem bylo provedeno patnáct řízených rozhovorů s klienty domova pro seniory nebo domova se zvláštním režimem a pět řízených rozhovorů se sociálními pracovníky, kteří v těchto pobytových sociálních službách působí. Otázky v řízených rozhovorech byly nastaveny tak, aby souvisely s výzkumnými otázkami a cíli bakalářské práce. V přílohách této bakalářské práce jsou seznamy otázek jak pro klienty, tak i pro sociální pracovníky. Součástí přílohové části jsou i doslovné přepisy všech rozhovorů. Rozhovory byly zaznamenávány jak formou písemných poznámek, tak byly i po dohodě s respondenty natáčeny na diktafon. Rozbor otázek řízeného rozhovoru se seniory k výzkumným otázkám je následující:

Výzkumná otázka č. 1 - Jak hodnotí kvalitu svého života osoby se sluchovým postižením, které využívají sociální službu domov pro seniory nebo domov se zvláštním režimem?

- Otázka č. 1 - Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života? (nešťastná / neutrální / šťastná)
- Otázka č. 4 - Ve svém životě jste šťastný/á, neurčitý/á, smutný/á?
- Otázka č. 5 - Cítíte nějaké permanentní ohrožení nějakým stavem? (Například problémy v dopravě, přechody pro chodce, bariéry, apod.)
- Otázka č. 8 - Vnímáte svůj sluchový problém v souvislosti se spánkem? Jste odpočatý/á, spíše unavený/á, nevyspalý/á?

Výzkumná otázka č. 2 - Jaká životní změna nastala u osob se sluchovým postižením poté, co se staly klienty pobytové zařízení pro seniory.

- Otázka č. 2 - Kdyby byla ta možnost, co byste na svém zdravotním stavu zlepšil/a?
- Otázka č. 3 - Jste v bezprostřední péči medicínského oboru, jiném než ORL?

- Otázka č. 6 - Máte dost času pro svůj každodenní život? Měl by mít den podle vás více hodin, nebo by měl být spíše kratší?
- Otázka č. 7 - Byl nástup do zařízení zlomový v oblasti vašich zájmů a koníčků? Můžete se zde nadále věnovat svým zájmům / koníčkům, kterým jste se věnoval/a před nástupem do zařízení?
- Otázka č. 9 - Případnou možnost osobní asistence spíše vítáte, nejste si jistý/a, nebo odmítáte?

Výzkumná otázka č. 3 - Co by osobám se sluchovým postižením přispělo k tomu, aby byly více spokojeny v pobytovém zařízení?

- Otázka č. 10 - Kvalitu mezilidských vztahů v tomto zařízení hodnotíte spíše kladně, neutrálně nebo záporně?
- Otázka č. 11 - Kdyby byla ta možnost něco změnit na vašem bydlení, nezměnil/a byste nic, pouze něco nebo úplně vše?
- Otázka č. 12 - Se zdravotnickou péčí v tomto zařízení jste spokojen/a, spíše nespokojen/a, zcela nespokojen/a?
- Otázka č. 13 - Co Vám může zkazit váš den?

Otázky řízeného rozhovoru se sociálními pracovníky pobytových sociálních služeb jsou přílohou č. 3 této bakalářské práce.

4. Výsledky výzkumného šetření

Řízené rozhovory se seniory předem zprostředkovali sociální pracovníci. Zeptali se jich, zda s rozhovorem a návštěvou souhlasí. Přestože bylo setkání s klienty pobytových zařízení předem domluveno, opětovně na ně byl vznesen dotaz, zda s rozhovorem souhlasí a zda mohou být jejich odpovědi anonymně využity do bakalářské práce. Taktéž byli ujisti v tom, že nemusí odpovídat na ty otázky, které pro ně mohou být osobně nepříjemné nebo náročné. Nutno podotknout, že tato situace nastala jen minimálně. Naopak byli všichni oslovení senioři vstřícní. Bylo patrné, že si potřebují popovídat. Na tento fakt byla autorka i předem upozorněna sociálními pracovníky, a to z důvodů dlouhé karantény a zákazu návštěv mající souvislost s koronavirovou pandemií.

V rámci výzkumného šetření byly prováděny řízené rozhovory se seniory, kteří žijí v sedmi pobytových zařízeních ve třech krajích České republiky a se sociálními pracovníky, kteří v některém ze zařízení pracují. Bylo provedeno patnáct strukturovaných rozhovorů s klienty registrovaných sociálních služeb a pět rozhovorů se sociálními pracovníky. Výsledky rozhovorů jsou zpracovány do přehledných tabulek.

4.1 Tabulková schémata výsledků jednotlivých rozhovorů se seniory

Tabulka č. 1 – Identifikační údaje o seniorech

	POHLAVÍ	VĚK	SLUCHOVÉ POSTIŽENÍ	DÉLKA POBYTU
RS 1	žena	76	získané věkem	3 roky
RS 2	muž	68	získané úrazem	6 měsíců
RS 3	žena	65	získané věkem	5 let
RS 4	muž	76	získané věkem	4 roky
RS 5	žena	74	získané věkem	1 rok
RS 6	žena	75	získané věkem	6 let
RS 7	muž	71	získané věkem	3 roky
RS 8	žena	83	získané věkem	6 měsíců
RS 9	žena	72	získané věkem	2 roky
RS 10	žena	79	získané věkem	7 měsíců

RS 11	muž	86	získané věkem	4 roky
RS 12	žena	91	získané věkem	6 let
RS 13	žena	87	získané věkem	3 roky
RS 14	žena	85	získané věkem	6 let
RS 15	žena	89	získané věkem	7 let

Zdroj: Vlastí výzkum, 2020. RS – respondent senior / respondentka seniorka.

Tabulka č. 1 rekapituluje identifikační údaje o každém respondentovi seniorovi. Tázání byli na věk, sluchové postižení a délku jejich pobytu v domově pro seniory nebo domově se zvláštním režimem. Součástí tabulky jsou také údaje o pohlaví respondentů.

Tabulka č. 2 – Subjektivní pohled seniora na osobní kvalitu života

	KVALITA ŽIVOTA	OSOTNÍ POCITY	POCITY OHROŽENÍ	KVALITA SPÁNKU
RS 1	Nic mi nechybí, cítím se šťastně	Šťastná	Bez ohrožení	Odpočatá
RS 2	Něco mě těší a něco mě štve	Šťastná	Schodiště	Nevyspalá
RS 3	Půl na půl, je to různé, někdy je to těžké	Neurčitá	Bez ohrožení	Odpočatá
RS 4	Nešťastný nejsem, téměř vždy mi to vyhovovalo	Šťastný	Bez ohrožení	Odpočatá
RS 5	Kdybych byla doma, bylo by to lepší, ale tady nemůžu si naříkat	Šťastná	Bez ohrožení	Unavená
RS 6	Je těžké, že je vše pryč, jinak jsem byla vždy spokojená	Neurčitě	Bez ohrožení	Unavená
RS 7	Štve mě, že jsem na vozíku	Neurčitě	Bez ohrožení	Odpočatý
RS 8	Prostě jak život jde	Šťastná	Doprava	Nevyspalá
RS 9	Jsem spokojená a šťastná	Šťastná	Bez ohrožení	Odpočatá
RS 10	Myslím si, že jsem šťastná	Šťastná	Bez ohrožení	Odpočatá

RS 11	Občas se cítím vyloučen, ztrácím se v komunikaci	Šťastná	V komunikaci	Odpočatý
RS 12	Už bych to tak nechtěla, chci klid, aby si mě Pán Bůh vzal	Nešťastná	Bez zájmu	Unavená
RS 13	Nikdo se mnou nemluví a jsem pořád sama	Smutná	Bez ohrožení	Unavená
RS 14	Jsem nešťastná a mám trápení	Neurčitě	Přechody	Nevyspalá
RS 15	Jsem nešťastná	Neurčitě	Bez ohrožení	Nevyspalá

Zdroj: Vlastí výzkum, 2020. RS – respondent senior / respondentka seniorka.

Tabulka č. 2 rekapituluje odpovědi čtyř otázek mající souvislosti s první výzkumnou otázkou. Seniorů se bylo dotazováno na to, jak hodnotí svoji kvalitu života, jak se jim momentálně daří, zda se cítí permanentně čímkoliv ohroženi, například mají problémy v dopravě, na přechodech pro chodce nebo narážejí na jiné bariéry. Poslední otázka mířila na jejich kvalitu spánku, respektive, zda má jejich sluchové postižení souvislosti se spánkem a zda se cítí dostatečně odpočatí.

Tabulka č. 3 – Subjektivní pohled seniora na životní změny po nástupu do zařízení

	ZDRAVOTNÍ STAV	OSOBNÍ PROSTOR	ZMĚNY ZÁJMŮ	OSOBNÍ ASISTENCE
RS 1	Vadí mi ztráta sluchu a dojíždím na revmatologii, plicní a onkologii.	Ano mám.	Dříve mě bavila zahrádka, nyní skupinové čtení a vaření.	Vítá
RS 2	Mám špatnou motoriku a dojíždím k psychiatrovi, neurologovi a na rehabilitaci.	Je to stereotyp.	Nejraději mám televizi.	Vítá
RS 3	Jsem zdravá jako řípa, chodím jen k obvodnímu lékaři.	Den by mohl být delší, na kafička a cigarety.	Už jenom odpočívám.	Vítá

RS 4	Celý život jsem zdravý, ale teď mám Parkinsona a chodím na rehabilitace.	Tady mám času moře.	Nejvíce mě baví ženský a zahrádka a krmení kachen.	Vítá
RS 5	Mám astma, osteoporózu a chtěla bych nové plíce.	Já nevím, těžko se mi odpovídá.	Chodím na krátké procházky.	Vítá
RS 6	Mám špatný kyčelní kloub a kolena a jezdím na ušní a rehabilitace.	Je to tak akorát.	Moc ráda čtu. Bolí mě ruce, tak nic jiného dělat nemůžu.	Není si jistá
RS 7	Mám špatnou rovnováhu a jezdím na neurologii.	Takto je to dobré.	Jsem ráda na balkóně, na sluníčku, opékáme buřty a občas jdu do hospody.	Vítá
RS 8	Špatně vidím i slyším a chodím na oční a k neurologovi.	Všechno stíhám a vyhovuje mi to.	Nic mě tady nebaví.	Vítá
RS 9	Jsem po mozkové mrtvici a mám ochrnutou polovinu těla. Chodím na rehabilitace a chtěla bych znovu chodit.	Den by mohl být kratší.	Ráda čtu a luštím křížovky.	Odmítá
RS 10	Mám špatnou kyčel a chodím na rehabilitaci a ortopedii.	Času tady mám hodně.	Ráda čtu.	Vítá
RS 11	Vaší mi špatná pohyblivost, chodím na ortopedii a neurologii.	Mě bohatě stačí, to co je.	Tady jsem teprve začala žít. Mám více aktivit a více pozornosti.	Odmítá
RS 12	Mám špatné zuby a také mám něco s hlavou.	Mám toho času tolik, že bych ho ani tolik mít nemusela.	Nic nedělám.	Odmítá
RS 13	Všechno mě bolí, nic neslyším a chci umřít.	Pořád nás do něčeho nutí, někdy bych jen ležela.	Koukám na Šlágr.	Vítá

RS 14	Špatně slyším a nejde mi domluvit se. Mívám deprese a jezdím k psychiatrovi.	Když mám deprese, tak je mi den dlouhý.	Dřív jsem se věnovala hudbě a hrála na klavír. To mě hodně omezilo.	Není si jistá
RS 15	Zapomínám, nosím plenky a špatně slyším.	Aktivní dny by mohly být delší.	Ráda jsem cestovala, tak sleduji cestopisné pořady v televizi.	Vítá

Zdroj: Vlastí výzkum, 2020. RS – respondent senior / respondentka seniorka.

Tabulka č. 3 rekapituluje odpovědi pěti otázek mající souvislosti s druhou výzkumnou otázkou. Senioři byli vyzváni k odpovědi na otázky, jak hodnotí svůj zdravotní stav a v péči kterých lékařů jsou. Dále byl zajímavý názor na jejich osobní prostor, respektive zda mají dostatek času pro svůj každodenní život ve smyslu, zda by měl mít jejich den více hodin nebo by měl být spíše kratší. Taktéž byli dotázáni, zda měl nástup do zařízení vliv na jejich zájmy a koníčky. Poslední otázka směřovala na jejich potřebu osobní asistence.

Tabulka č. 4 – Subjektivní faktory seniora ovlivňující kvalitu života v sociální službě

	KVALITA VZTAHŮ	ZMĚNY BYDLENÍ	ZDRAVOTNÍ PÉČE	CO POKAZÍ DEN
RS 1	Dobry kolektiv, nemam s nikym problem.	Je mi dobre, bydlim sama.	Spokojena	Špatné počasí
RS 2	Kolektiv je dobrý, setkáváme se na balkoně.	Chtěl bych TV na pokoj.	Spokojena	Když mi dojdou cigarety a pivo.
RS 3	Hodnotím kladně, mám tady kamarády.	Kdybych mohla kouřit na pokoji.	Spokojena	Nic
RS 4	Než se to vyhrotí, tak je to dobré.	Chybíte mi tady vy.	Spokojený	Akorát mě štvou slimáci na zahrádce.
RS 5	Kolektiv je dobrý, klábosíme na chodbě.	Nic, mám zahrádku na balkoně.	Spokojena	Chtěla bych být spíše doma.

RS 6	Snažím se vycházet s každým, na lidi jsem zvyklá.	Líbil by se mi tam bazén. Stačil by mi na koukání.	Spokojená	Kdyby mě někdo naštvál.
RS 7	Hodnotím to kladně, jsou tady dobří lidé.	Nic	Spokojený	Nic, jen když mi zapomenou koupit pivo.
RS 8	Hodnotím to kladně.	Chtěla bych lepší matraci a větší skříň.	Spokojená	Počasi a obědy.
RS 9	Mám tady své kamarádky, pijeme kávu a klábosíme.	Nic	Spokojená	Když prší a nemůžu jít na kafe.
RS 10	Mám tady kamarádky, chodíme na kávu a povídáme si.	Nic	Spokojená	Když se špatně vyspím a vzpomínky na rodinu.
RS 11	Staří lidé si dokáží navzájem škodit.	Chtěl bych více soukromí.	Spokojený	Když musím jíst to, co mi nechutná.
RS 12	Nikdo se s nikým na ničem nedomluví.	Nic	Spokojená	Ta baba, co je se mnou na pokoji.
RS 13	Chybí mi rodina, ale tady se mám dobře.	Prý to tady máme pěkná, špatně vidím.	Spokojená	Špatné jídlo a zlá sestra.
RS 14	Jsem často naštvaná na život.	Více soukromí bych užila.	Spokojená	Protivná sestra.
RS 15	Vztah s ostatními mám neutrální, jsem samotárka.	Chtěla bych být sama na pokoji.	Spokojená	Když se mi nemůžou hned věnovat.

Zdroj: Vlastí výzkum, 2020. RS – respondent senior / respondentka seniorka.

Tabulka č. 4 rekapituluje odpovědi čtyř otázek mající souvislosti s třetí výzkumnou otázkou. Senioři byli tázáni, jak hodnotí kvalitu mezilidských vztahů v zařízení, ve kterém pobývají. Dále byl důležitý názor na to, jak se jim v zařízení bydlí a zda by ve svém pokoji cokoliv změnili. Taktéž bylo důležité, zda a jak jsou spokojeni s poskytovanou zdravotnickou péčí. Na závěr byla položena otázka, co jim může zkazit den.

4.2 Tabulková schémata výsledků rozhovorů se sociálními pracovníky

Tabulka č. 5 – Identifikační údaje o sociálních pracovnících

	VZDĚLÁNÍ	DÉLKA PRAXE	DÉLKA PRAXE SE SP	SOCIÁLNÍ SLUŽBA
RP 1	VOŠ	2 roky	2 roky	DS
RP 2	VŠ / Mgr.	8 let	8 let	DS
RP 3	VŠ / Mgr. Bc.	21 let	21 let	DS / DZR
RP 4	VŠ / Mgr.	10 let	10 let	DS / DZR
RP 5	VŠ / Mgr.	14 let	14 let	DS / DZR

Zdroj: Vlastí výzkum, 2020. RP – respondent pracovník / sociální pracovník; SP – sluchově postižený; DS – domov pro seniory, DZR – domov se zvláštním režimem

Tabulka č. 5 přináší identifikační údaje o pěti sociálních pracovnících, se kterými byly provedeny řízené strukturované rozhovory. Katalog prací uvádí pojem sociální pracovník, v bakalářské práci je pracováno i s pojmem sociální pracovnice, protože všechny dotazované byly ženy, které splňují odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka získaná podle § 110 odst. 4 písm. c) nebo d) zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění účinném přede dnem 1. ledna 2017. To znamená, že všechny mají vyšší odborné vzdělání nebo vysokoškolské vzdělání získané studiem v bakalářském, magisterském nebo doktorském studijním programu zaměřeném na obory, které uvádí zákon o sociálních službách. Dále byly dotazovány na délku jejich praxe v sociálních službách všeobecně i jejich profesní zkušenosti se sociální prací se sluchově postiženými klienty. Dále je v tabulce uváděno, ve které pobytové sociální službě působí, zda se jedná o domov pro seniory nebo o domov se zvláštním režimem.

Tabulka č. 6 – Zhodnocení kvality života seniorů se sluchovým postižením

	KVALITA ŽIVOTA SP	ASPEKTY KVALITY ŽIVOTA	VEŘEJNÉ VNÍMÁNÍ SP	ZVYŠOVÁNÍ KVALITY ŽIVOTA SP
RP 1	Je důležitá individuální péče a připravený personál. Více individuální aktivizace. Čím více je lidí ve	Zhoršená kvalita komunikace, nedostatek informací, nevyhovující hromadné akce, potřeba	Neví, jak s ním komunikovat, proto ho mohou vnímat jinak, respektive ho vnímají jako postiženého.	Určitě, především díky moderním technologiím.

	společnosti, tím více se SP cítí osamocení a přehlížení.	individuální péče.		
RP 2	Ze strany domova je přístup kvalitní, pracovníci umí přizpůsobit komunikaci a preferují individuální péči. Využíváme kompenzační pomůcky.	Mohou se cítit izolovaně, nejsou motivováni k adaptaci. Činí jim potíže komunikace ve větší skupině osob, nezúčastňují se diskuse.	Rodina a přátelé je vnímají dobře. Stává se, že je mohou vnímat hůře dodavatelé našich služeb, například kadeřnice nebo pedikérka. Důvodem je zhoršená komunikace.	Přijde mi to stále stejné.
RP 3	Je nutné přizpůsobovat komunikaci se všemi seniory, i s těmi se sluchovým postižením. Máme v zařízení proškolený personál v komunikačních metodách a zpracovány metodické postupy	Pokud jim partner v komunikaci nerozumí, bývají nervózní a neklidní. Je nutno věnovat velkou pozornost jejich potřebám.	Je rozdíl, zda se jedná o seniora s demencí a se SP. Komunikace s ním bývá složitější jak pro rodinu, tak i pro pomáhající personál. Často bývají spíše samotáři, těžko se zapojují do komunikace.	Kvalitu života každého člověka ovlivňuje řada vlivů. Nejdůležitější je pro ně kontakt s rodinou, v zařízení pak i s personálem. Důležité jsou pro SP také kvalitní a funkční kompenzační pomůcky.
RP 4	Snažíme se nedělat rozdíly, spíše se individuálně věnovat a zajisti jim dobrou kvalitu života.	Bezsporu ano, smyslová postižení patří k těm nejnáročnějším.	Často jde spíše o stereotyp ve smyslu, že každý starý člověk špatně slyší a špatně vidí.	Má to své rezervy, je nutný individuální přístup a ohled na jejich potřeby a očekávání.
RP 5	Snažíme se naše klienty se smyslovým postižením více pozorovat, hodně se o nich bavíme a vyhodnocujeme, jak se jim u nás daří.	Často od nich slyšíme, že se cítí sami a jsou opuštěni s ohledem na zhoršenou komunikaci.	Myslím, že to okolí nejdříve nepozná. Pak mají tendence mluvit na ně hodně nahlas nebo výrazně gestikulovat.	Ano, sociální služby se všeobecně hodně zlepšují a odvedly obrovský kus práce.

	Spolupracujeme s rodinami.			
--	----------------------------	--	--	--

Zdroj: Vlastí výzkum, 2020. RP – respondent pracovník / sociální pracovník

Tabulka č. 6 rekapituluje odpovědi na čtyři otázky mající souvislosti s kvalitou života seniorů se sluchovým postižením, respektive tak jak ji vnímají sociální pracovníce, které působí v pobytovém zařízení, ve kterém takovýto senioři pobývají. Stěžejní byl názor profesionálů na to, jak oni sami hodnotí kvalitu života osob se sluchovým postižením v zařízení, ve kterém působí a zda považují sluchové postižení za aspekt ovlivňující kvalitu života. Taktéž byly dotazovány na názor, jak vnímá okolí jedince se sluchovým postižením a zda se zlepšuje kvalita života osob se sluchovým postižením.

Tabulka č. 7 – Zhodnocení připravenosti sociální služby a pobytového zařízení

	PŘIPRAVENOST SLUŽBY NA SP	OKRUH SLUŽEB	DALŠÍ SLUŽBY
RP 1	Spíše ne, neovládáme znakovou řeč a nemáme ani žádné speciální školení.	Stejně jako pro ostatní, upravujeme individuální přístup, věnujeme se aktivizaci, vyhýbáme se některým hromadným akcím. Používáme obrázky a piktogramy.	Vše řešíme podle individuálních potřeb klienta. Dokázali bychom zajistit tlumočnicka a psychologa.
RP 2	Ano, máme mnoho zkušeností.	Pobytovou sociální službu poskytneme v plném rozsahu.	Pravidelně k nám dochází psychiatr. Věřící klienti využívají také služeb duchovního.
RP 3	Samozřejmě, mnoho seniorů přichází s poruchami sluchu, nejčastěji získanými věkem.	Jsme připraveni poskytnout plný rozsah sociální služby podle Zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách.	Spolupracujeme s NNO, na kterou se můžeme obrátit. Navíc nás proškolila v komunikaci s osobami se smyslovým postižením.
RP 4	Péči zajišťujeme pro každého stejně, věřím, že ano.	Nerozlišujeme mezi klienty, pouze u nich upravujeme aktivizační programy a věnujeme se jim individuálně a	Spolupracujeme s psychologkou, speciálním pedagogem a máme proškolený personál.

		sledujeme kvalitu kompenzačních pomůcek.	Tlumočníka jsme zatím nevyužili.
RP 5	Ano, jsme připraveni.	Především je to individuální přístup, proškolený personál a alternativní způsoby komunikace. Používáme kartičky, piktogramy, informujeme je písemnou formou.	Máme dva psychology, z toho jedna z nich se jim věnuje poměrně často.

Zdroj: Vlastí výzkum, 2020. RP – respondent pracovník / sociální pracovník

Tabulka č. 7 rekapituluje odpovědi na čtyři otázky mající souvislosti s kvalitou poskytovaných sociální služeb. Sociální pracovnice byly dotazovány na to, zda jsou ony samy i sociální služba, ve které působí, připraveny na příchod sluchově postižených osob do zařízení. Dále se tabulka zajímá o okruh služeb, které je zařízení připraveno poskytnout sluchově postiženým klientům a zda je v možnostech sociální služby zajistit speciální služby pro sluchově postižené, jako je například tlumočnick nebo psycholog.

Tabulka č. 8 – Zhodnocení profesních potřeb a silných stránek sociální služby

	PROFESNÍ POTŘEBY	SILNÉ STRÁNKY
RP 1	Vhodné školení ve znakové řeči, více pracovníků, kteří se budou klientům individuálně věnovat. Hodil by se nám pracovník se znakovou řečí.	Ochota našich zaměstnanců, individuální plánování služby a aktivizační pracovníci.
RP 2	Více prostoru pro soukromé návštěvy, odborné a kvalitní semináře a rekonstrukce prostor pro imobilní klienty, aby mohli na balkon.	Všeobecně aktivizační programy, specializujeme se na smyslovou aktivizaci v individuální i skupinové podobě. Dále děláme bazální stimulaci a věnujeme se také programové aktivizaci.
RP 3	Jsmo velmi kvalitně vybavené zařízení. Osobně bych se ráda zaměřila na semináře zaměřené na validaci a práci se seniory s demencí.	Rozhodně je to individuální přístup ke klientovi, práce s jeho životním příběhem, spolupracujeme s rodinami, staráme se o personál a využíváme moderní metody sociální práce.

RP 4	Sociální služby všeobecně potřebují více adekvátně ohodnoceného personálu. Zařízení bych přála větší prostory pro individuální práci s klienty.	Proškolení personálu, velmi se věnujeme komunikačním technikám.
RP 5	Rozhodně je nedostatek pracovníků a jejich kvalita. Máme v péči dvě cizinky, přestože jsou skvělé pečovatelky, mají komunikační problémy.	Máme skvělý aktivizační úsek, který se klientům se sluchovým postižením hodě věnuje.

Zdroj: Vlastí výzkum, 2020. RP – respondent pracovník / sociální pracovník

Tabulka č. 8 rekapituluje odpovědi na dvě otázky mající souvislosti profesními potřebami jak sociálních pracovníků, tak i zařízení, ve kterém působí. Sociální pracovníci dále hodnotily silné stránky zařízení, ve kterém působí a které mají souvislost se zvyšováním kvality života seniorů se sluchovým postižením.

5. Diskuze

Snahou výzkumného šetření této bakalářské práce bylo zjistit kvalitu života seniorů se sluchovým postižením v ústavech sociální péče, v případě této práce se jedná o sociální služby domov pro seniory a domov se zvláštním režimem. Šetření bylo realizováno u 7 registrovaných poskytovatelů sociálních služeb podle Zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách. Rozhovory byly prováděny s klienty jak v domovech pro seniory, tak i v domovech se zvláštním režimem. Zřizovateli vybraných pobytových zařízení jsou ve 4 případech kraje, ve 2 případech obce a v 1 případě soukromá právnická osoba.

Smyslem realizace strukturovaných rozhovorů s 15 klienty se sluchovým postižením bylo sledovat kvalitu jejich života v pobytovém zařízení. Stejně tak vedené rozhovory s 5 sociálními pracovníky, které působí v domově pro seniory nebo v domově se zvláštním režimem, měly poukázat na trendy v péči o seniory se specifickým hendikepem. V současné době jsou moderní a kvalitní sociální služby poskytovány s ohledem na individuální potřeby každého klienta a zachycují a vyjadřují hodnoty, kterými se pracovníci poskytovatele řídí. V souladu se všeobecně uznávanými principy sociální služby odrážejí řadu hodnot, mezi které patří především dodržování práv klientů, respektování jejich volby, individuální podpora každého klienta a sociální práce v souvislostech. To znamená nejen zaměření na dílčí potřeby klienta, ale na klienta jako celostní bytost mající nejen potřeby, ale také očekávání od poskytované sociální služby (Čámský, Sembner, Krutilová, 2011).

V empirické části bakalářské práce zazněly tři výzkumné otázky, z toho jedna směřovala především na kvalitu života seniora se sluchovým postižením, který využívá sociální službu domov pro seniory nebo domov se zvláštním režimem. Druhá výzkumná otázka hledala odpověď na to, jaké nastaly životní změny u osoby se sluchovým postižením poté, co se stala klientem pobytového zařízení pro seniory. Haškovcová (2010) uvádí, že realizovat kvalitní život s nemocí je nesnadné a komplikované. Kvalita života však není vázána pouze na stav zdraví. Pokud by byl přijat názor, že v nemoci není prostor pro kvalitní život, předem by byli odsouzeni k nekvalitnímu životu všichni ti, kteří nějakým způsobem strádají po stránce biologické (Haškovcová, 2010).

Třetí výzkumná otázka směřovala na to, co by osobám se sluchovým postižením přispělo k tomu, aby byly více spokojeny v pobytovém zařízení. Na související otázky odpovídalo

pět sociálních pracovníků, které působí v domově pro seniory nebo v domově se zvláštním režimem. Jak uvádí Maroušek a Hartl (2013), pro sociálního pracovníka jsou nezbytné komunikační dovednosti, protože jsou základním prostředkem pro to, aby pracovníci navázali vztah s klientem i jeho okolím. Také je pro ně důležitá empatie, což představuje vhléd do světa klienta, vcítění se do jeho uvažování, pocitů, problémů a také představuje schopnost reagovat citlivě na klientovo chování (Matoušek, Hartl, 2013).

V první tabulce je uvedena rekapitulace identifikačních údajů o každém respondentovi seniorovi. Tázáni byli na věk, sluchové postižení a délku jejich pobytu v domově pro seniory nebo domově se zvláštním režimem. Jak již bylo uvedeno, do šetření se celkem zapojilo 15 respondentů. Z toho bylo 11 seniorek a 4 senioři. Nejmladší respondentce bylo v době realizace rozhovoru 65 let, naopak nejstarší seniorce, která svolila s rozhovorem, bylo 91 let. Průměrný věk všech respondentů byl 78,5 let. Pouze jeden muž získal sluchové postižení úrazem, ostatní respondenti přišli ke sluchovému postižení věkem. Jurášková (2014) připomíná, že právě smyslové orgány postihují ve stáří časté fyziologické změny, v oblasti sluchu je to pak nejčastěji poškození sluchové dráhy (Jurášková in Holmerová, 2014). Poslední identifikační otázka směřovala k délce pobytu v zařízení. Nejkratší dobu, půl roku, byli v domově dva respondenti, žena a muž. Pro zajímavost Česká republika disponovala v roce 2017 téměř 62 000 lůžky v pobytových zařízeních, oproti tomu bylo v roce 2016 podáno 65 764 žádostí do domovů pro seniory a 21 334 žádostí do domovů se zvláštním režimem (Horecký, Průša, 2019).

Druhá tabulka mapuje subjektivní pohled seniora na osobní kvalitu života. Podle Haškovcové (2010) je společensky preferovanou hodnotou zdraví. Obzvláště pak ve stáří se s hodnotou zdraví ztotožňuje každý jedinec. Přijde-li nemoc, je velmi důležité naučit se s ní žít, a to není lehké nikdy a pro nikoho. I proto je prožitek kvality věcí konkrétního jedince a je subjektivní kategorií (Haškovcová, 2010). V případě šetření kvality života respondentů tohoto šetření lze konstatovat, že deset seniorů přijímá aktuální situaci spíše dobře, pět z nich uvedlo v době rozhovoru spíše negativní pocity. V oblasti osobních pocitů se pak 8 respondentů vyjádřilo, že se cítí šťastně, 5 seniorů se cítilo neurčitě a 1 klientka se cítila nešťastná a 1 smutná. Důležitou součástí kvality života je pocit bezpečí, pro jednu klientu znamená nebezpečí schodiště, tedy technická bariéra, 2 respondenty ohrožuje všeobecně doprava, přechody pro chodce a pohyb ve volném prostoru, 1 respondentka cítila ohrožení v komunikaci a 1 oslovená byla bez zájmu vyslovit se k této

otázce. Ostatní senioři se cítili bez ohrožení. Pocit bezpečí a jistoty patří do sociálních potřeb. Tajanovská uvádí, že jde o tendenci snížit úzkost a vyhýbat se neznámému, neobvyklému a nebezpečnému, například novým lidem a novému prostředí, což má přímou souvislost s příchodem seniora do pobytového zařízení (Tajanovská, 2011).

Stejně tak jako pocit bezpečí a jistoty je pro kvalitu života důležitý spánek. Potřeba spánku se řadí mezi biologické potřeby, což jsou podle Tajanovské základní hybné síly vlastní každému člověku. Vedle základních potřeb dýchat, jíst a pít, vyprazdňovat se a podobně patří i potřeba odpočívat a dostatečně a pravidelně spát (Tajanovská, 2011). Na otázku, zda vnímají respondenti svůj sluchový problém v souvislosti se spánkem, odpovědělo 7 z nich, že se cítí odpočatí. Ostatní respondenti uváděli, že se cítí spíše unavení nebo nevyspalí. Holmerová (2014) uvádí, že klinickými projevy křehkosti, respektive křehkého seniora je máje i únava při běžných denních činnostech, úbytek svalové hmoty a síly a pokles tolerance tělesné i psychické zátěže (Holmerová, 2014). Toto tvrzení může mít přímou souvislost s pocitem únavy či nevyspání seniora. Všeobecně kvalita a dostatek spánku patří k budovatelům kvality života a pocitům osobní spokojenosti a dobré nálady.

Třetí tabulka empirické části bakalářské práce rekapituluje odpovědi pěti otázek mající souvislosti s druhou výzkumnou otázkou. Senioři hodnotili svůj zdravotní stav, sdělovali názor na jejich osobní prostor, respektive zda mají dostatek času pro svůj každodenní život ve smyslu, zda by měl mít jejich den více hodin nebo by měl být spíše kratší. Taktéž byli tázáni, zda měl nástup do pobytového zařízení vliv na jejich zájmy a koníčky. Poslední otázka směřovala na jejich potřebu osobní asistence.

Jak již bylo uvedeno, zdraví patří mezi nejvíce preferované společenské hodnoty. Podle Hauke (2017) mají senioři v pobytových sociálních službách tendence odklánět se od vnějšího světa spíše k sobě samému a svým problémům, jsou více zranitelní, není-li jejich potřebám a steskům věnována pozornost a jejich nálady pramení z pocitů osamocení a ze zdravotních potíží (Hauke, 2017). Vedle ztráty sluchu uváděli respondenti řadu zdravotních obtíží i specialistů lékařů, ke kterým pravidelně docházejí. Ze zdravotních komplikací nejčastěji uváděli potíže s pohybovým aparátem a motorikou, zrakem, sluchem, potíže mající souvislosti s prodělanou cévní mozkovou příhodou nebo potíže s dýcháním. Jeden klient trpí Parkinsonovou chorobou a jedna klientka uvedla,

že trpí na deprese. Klienti, kteří žijí v domově se zvláštním režimem, se potýkají se syndromem demence, respektive trpí na Alzheimerovu chorobu. Pouze jedna klienta ohodnotila kladně svůj zdravotní stav. Alzheimerova i Parkinsonova choroba jsou jedny z nejčastějších příčin syndromu demence. Demence je podle Haškovcové (2012) syndrom, který stojí za postupným snižováním duševní výkonnosti každého nemocného člověka, které jsou způsobené organickými změnami v mozku. Jde o rozlišovací schopnosti mozku, mezi které patří paměť, orientace, komunikace, uvažování, rozhodování, plánování a řešení problémů (Haškovcová, 2012). Oslovení respondenti dále uváděli, ke kterým lékařům specialistům docházejí pravidelně nebo alespoň jednou do roku. Nejčastěji zmiňovali neurology, psychiatry, ortopedie, fyzioterapeuty (respektive rehabilitaci). Zajímavé je, že pouze jeden respondent uvedl, že dochází na ORL - ušní, nosní, krční, s ohledem na to, že všichni dotázaní jsou osoby se sluchovým postižením. To potvrzuje stereotypní smýšlení především mladší generace, že je u starších lidí normální, že hůře vidí nebo hůře slyší. Dvořáčková (2012) uvádí mezi změnami ve stáří takzvané tělesné projevy stáří, kterými se senioři odlišují od mladších lidí. Patří mezi ně právě i změny ve smyslovém vnímání, vedle další projevů jako jsou například snížení výšky, stoupání či snižování hmotnosti, změny v postoji i v chůzi, ubývání svalové hmoty a řady jiných změn (Dvořáčková, 2012).

Další z otázek směřující k subjektivnímu hodnocení seniora v oblasti životních změn po nástupu do zařízení zjišťovala, zda mají oslovení dostatek osobního prostoru, respektive dost času pro každodenní život a zda by měl mít den více hodin nebo by měl být spíše kratší. Odpovědi na tyto otázky kopírovaly psychické rozpoložení každého z respondentů. Jestliže jsou výše uvedeny tělesné projevy ve stáří, je dobré na tomto místě uvést i další změny, které mohou výrazně ovlivňovat osobní spokojenost seniora. Dvořáčková (2012) pracuje dále s psychickými změnami, mezi které řadí snižující se schopnost adaptace, pokles elánu a vitality, postupnou neschopnost navazovat nové kontakty, zpomalení nejen fyzického, ale i psychického tempa. Do sociálních změn řadí změnu statutu z aktivního na méně aktivního jedince, a to nejen v oblasti ekonomické, dále pak nadbytek volného času, vyčlenění ze společnosti, strach ze samoty a potíže s navazováním nových vztahů (Dvořáčková, 2012). Přesně tyto změny mohou výrazně ovlivňovat adaptační proces nově přicházejícího klienta do pobytového zařízení, stejně tak mohou ovlivňovat přijímání každodennosti v sociální službě. Získané odpovědi týkající se osobního prostoru seniorů v zařízení lze rozdělit do tří kategorií. Tou první

jsou ti respondenti, kteří jsou spokojení, mají dostatek času i osobního prostoru. Zpravidla takto odpovídali ti respondenti, kteří jsou stále aktivní, vyhledávají volnočasové aktivity a setkávají se s jinými obyvateli domova. Druhou kategorií jsou ti klienti, kteří na otázku odpovídali neutrálně nebo nevěděli, jak mají odpovědět. Tou třetí skupinou jsou spíše negativně smýšlející senioři v této oblasti. Někteří z nich dokonce vyjádřili, že je pro ně den dlouhý, když jsou například nuceni do některých aktivit, které jim nevyhovují, nebo když se cítí špatně po psychické stránce. Nutno podotknout, že převažovala první skupina, tedy spokojení klienti sociální služby.

V souvislosti s osobním prostorem byl taktéž vznesen dotaz, zda byl nástup do zařízení zlomový v oblasti jejich zájmů a zda se jim mohou nadále věnovat i v pobytovém zařízení. Součástí takzvaného aktivního stárnutí je zapojení se do života společnosti a posílení duševní, psychické i fyzické pohody. Netýká se tedy jen zdraví a poskytované péče. Důležitá je i podpora nezávislosti, důstojnosti, seberealizace a zodpovědnosti seniorů. Holmerová (2013) uvádí v Bedekru aktivního stárnutí, že stárnutí a stáří neznamená hlavně nemoc a závislost na péči druhých, ale je to plnohodnotná etapa života, která by měla být prožita aktivně (Holmerová, 2013). Respondenti se nejčastěji vyjadřovali ke změnám zájmů spíše pozitivně. Jen dva respondenti byli spíše skeptičtí ve svých odpovědích a jedna klientka se vyslovila, že již nemůže hrát na klavír tak jako tomu bylo dříve. Ostatní senioři zpravidla uváděli některý ze svých zájmů. Nejčastěji pak hovořili o zahrádce, kterou v zařízení mají, o společných setkáváních s ostatními klienty, o čtení, poslouchání hudby, sledování televize, luštění křížovek nebo různých skupinových aktivitách, které v zařízení pro ne realizují. Jeden respondent vyslovil, že má stále zájem o ženy.

Poslední otázka v oblasti subjektivního pohledu seniora na životní změnu po příchodu do pobytového zařízení mířila na osobní asistenci, respektive zda přijímají či odmítají možnost osobní asistence. Kalvach (2014) popisuje takzvané křehké seniory a zcela závislé seniory. V případě křehkých seniorů se jedná o jedince s častým rizikem pádů, zhoršenými poznávacími schopnostmi, psychickou labilitou nebo depresí a zdravotními obtížemi. Tito lidé většinou již využívají sociální služby, jejichž součástí je i dostatek asistence, respektive dostatek podpory, pomoci a péče s ohledem na individualitu klienta nebo jeho aktuální zdravotní stav. Za zcela závislé seniory pak Kalvach považuje ty, kteří jsou nesoběstační a vyžadují nepřetržitou pomoc jak sociální, tak i zdravotnické služby

(Kalvach in Holmerová, et al, 2014). Z řízeného rozhovoru této bakalářské práce vychází, že dvě třetiny respondentů vítají osobní asistenci a jen jedna třetina si není jistá nebo ji zcela odmítá. Nutno podotknout, že část rozhovorů byla provedena v domovech se zvláštním režimem, ve kterých žijí lidé s demencí, kteří jsou ve třetí fázi plně závislí na péči. Jak uvádí Hauke (2017), postižená osoba demencí již není v této fázi schopna sebeobsluhy (Hauke, 2017).

Čtvrtá tabulka rekapituluje odpovědi mající souvislosti s třetí výzkumnou otázkou, která zjišťovala, co by osobám se sluchovým postižením přispělo k tomu, aby byly více spokojeny v pobytovém zařízení. Do této oblasti byla zařazena i kvalita mezilidských vztahů v zařízení, respektive jak ji hodnotí. Jak již bylo uvedeno výše, tuto oblast mohou ovlivňovat všechny jak tělesné, tak i psychické či sociální změny ve stáří, což se prokazuje i získané odpovědi. Opět dvě třetiny respondentů hodnotily vzájemné vztahy spíše dobře, pozitivně hodnotily kolektiv i získání nových přátel. Naopak jedna pětina respondentů uváděla spíše negativní zkušenosti, protože se respondenti domnívají, že si navzájem škodí, nebo se nikdo s nikým nechce bavit či jim chybí kontakt s rodinou. S tím souvisí i řádná adaptace na nové prostředí pobytového zařízení. Podle Hauke (2017) nemá nově přicházející klient často dostatek prostoru ani času pro řádnou adaptaci. U klientů s demencí se navíc všeobecně snižují adaptační schopnosti, a to jak na nové prostředí, tak na nové lidi. Myšleni jsou jak ostatní klienti, tak i personál, který se o ně stará (Hauke, 2017).

Další otázka směřovala na možnosti provádět změny v bydlení, respektive na pokoji, který v sociální službě využívají. 8 respondentů by nic neměnilo, protože jsou spokojeni. Ostatní respondenti uváděli například pohodlnější matraci, více soukromí nebo by upřednostnili spíše jednolůžkový pokoj. Jeden respondent si přál kouřit na pokoji a jiný by si přál mít k dispozici vlastní televizi. Následovala otázka na spokojenost se zdravotnickou péčí v tomto zařízení. Všichni respondenti se shodli a jsou spokojeni. Což výrazně ovlivňuje osobní spokojenost s ohledem na fakt, že je zdraví a péče o zdraví vysoce preferovanou hodnotou každého člověka. Poslední otázka zjišťovala, co může respondentům takzvaně zkazit den. Odpovědi na tuto otázku byly velmi individuální, ke shodě došlo pouze v případě nespokojenosti s jídlem nebo přístupem personálu. Jedna respondentka taktéž uvedla nespokojenost se spolubydlíci.

Následující text je rekapitulací řízených rozhovorů s pěti sociálními pracovníci, které působí v některém zařízení, ve kterém bylo prováděno empirické šetření se seniory. Pátá tabulka přináší identifikační údaje o sociálních pracovnících. Všechny oslovené respondentky splňují odbornou způsobilostí k výkonu povolání sociálního pracovníka, podle § 110 odst. 4 písm. c) nebo d) zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění účinném přede dnem 1. ledna 2017. Jedna respondentka má vyšší odborné vzdělání a čtyři vysokoškolské vzdělání získané studiem v magisterském studijním programu zaměřeném na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku, akreditovaném podle zvláštního právního předpisu (Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách). Pouze jedna sociální pracovnice působí v sociálních službách 2 roky, zbylé respondentky mají praxi od 8 do 21 let. Stejná doba praxe pak kopíruje jejich profesní působení se sluchově postiženými osobami, ve všech případech to jsou senioři. 2 oslovené působí v domově pro seniory a 3 v zařízení, které má registrovanou jak sociální službu domov pro seniory, tak i domov se zvláštním režimem.

Tabulka číslo 6 přináší zhodnocení kvality života seniorů se sluchovým postižením z pohledu oslovených sociálních pracovníků. Shodují se v nutnosti individuální péče, dobrém zmapování jejich potřeb a očekávání, znalosti životního příběhu klienta, spolupráci s rodinou a blízkými seniora a také odkazují na kvalitu komunikace se sluchově postiženými klienty. Taktéž vyzdvihují nutnost aktivizace seniora, spolupráci v týmu a proškolený personál. Podle Formánka a Jindry (2020) je předpokladem kvalitní individuálně poskytované sociální služby zjištění potřeb, přání, očekávání klienta a definování správné nepříznivé sociální situace. Někteří klienti neumí nebo nejsou schopni dostatečně vyjádřit, popsat a definovat a někteří jej z různých důvodů nesdělí (Formánek a Jindra in Kolektiv autorů APSS ČR, 2020).

Další otázka zjišťovala, jaké aspekty mohou ovlivňovat kvalitu života seniora se sluchovým postižením. Ve všech pěti odpovědích lze najít především důležitost nastavení správné komunikace, která klientovi vyhovuje. Sluch je pro člověka jeden z nejdůležitějších smyslů, který nemá jenom signalizační funkci, kterou nás upozorňuje na zvuky v okolí, ale má výraznou roli při příjmu informací mluvenou řečí. Snížením funkce sluchového aparátu dochází ke sluchovému postižení, které jedince limituje

v mezilidské oblasti a způsobuje tak nespočet nepříjemností (Langer in Valenta a kol., 2014).

Dále se sociální pracovnice vyjadřovaly k veřejnému vnímání sluchově postižených osob. I v tomto případě se shodovaly především v oblasti komunikace. Uváděly, že mohou mít slyšící tendence mluvit na neslyšící více nahlas, více gestikulovat nebo neví, jak s nimi komunikovat. Tajanovská (2020) v akreditovaném kurzu Komunikace v obrazech uvádí, že aby byla komunikace efektivní, musí být přizpůsobena seniorovým možnostem a jeho aktuálnímu rozpoložení a jeho schopnosti udržet pozornost. Hovoří o takzvaných technikách pozitivní interakce, mezi které řadí například dovednost správného vyjadřování, umění vést dialog a naslouchat, dovednost přizpůsobit komunikaci klientovi, porozumění neverbálním signálům, schopnost empatie a sympatie a pozitivní interakci v podobě obousměrné komunikace (Tajanovská, 2020).

Sociální pracovnice v řízeném rozhovoru dále odpovídaly na otázku, zda dochází ke zvyšování kvality života sluchově postižených. Shodovaly se na potřebě individuálního přístupu, kvalitních a funkčních kompenzačních pomůckách, spolupráci s rodinou klienta a opětovně apelují na kvalitu komunikace. Tajanovská (2020) doporučuje pro komunikaci se sluchově postiženým klientem hned několik pravidel:

- Před rozhovorem s člověkem se sluchovým postižením navázat zrakový kontakt.
- Každého člověka se sluchovým postižením se zeptat, zda chce mluvit, odezírat, psát, nebo používat znakový jazyk. Otázku lze i napsat.
- Úspěšnost odezírání je velmi snížena při fyzické či psychické nepohodě. Odezírající osobě je nutno předem sdělit téma hovoru. Je nutno mluvit obráceně čelem k ní, tvář pracovníka musí být osvětlena, nesmí pohybovat hlavou nebo si zakrývat ústa.
- Pracovník dbá na zřetelnou výslovnost a mluví volnějším tempem při zachování přirozeného rytmu řeči. Zdůrazňuje klíčová slova. V případě potřeby opakuje sdělení jinými slovy.
- Při hovoru s nedoslýchavým člověkem není vždy nutné zvyšovat hlas a nekřičet.
- Doprovází-li člověka se sluchovým postižením tlumočnická či jiná osoba, vždy je nutné oslovit přímo člověka, se kterým jednáme, nikoliv jeho doprovod. O přítomnosti tlumočnicka si rozhoduje jenom sám člověk se sluchovým postižením. Má na tlumočnicka právo.

- Důležité dotazy raději opakujeme a neváháme ani použít písemnou formu. U neslyšících uživatelů znakového jazyka je bezpečnější počkat na tlumočnicka při sdělování důležitých či závažných informací (Tajanovská, 2020)

Sedmá tabulka rekapituluje odpovědi na čtyři otázky mající souvislosti s kvalitou poskytované sociální služby. Sociální pracovnice byly dotazovány na to, zda jsou ony i sociální služba, ve které působí, připraveny na příchod sluchově postižených do zařízení, jaký okruh služeb zařízení poskytuje sluchově postiženým klientům a zda je v možnostech sociální služby zajistit speciální služby pro sluchově postižené, jako je například tlumočnicka nebo psycholog. Čtyři sociální pracovnice se shodly, že je sociální služba, ve které působí, připravena na sluchově postižené klienty. Taktéž se shodují v tom, že většina seniorů se potýká s menšími či většími poruchami sluchu, proto mají s takovými klienty řadu profesních zkušeností. Jen jedna sociální pracovnice uvedla, že nikdo v organizaci neovládá znakovou řeč, ani nejsou proškoleni ve specializovaném kurzu zaměřeném na komunikaci se sluchově postiženými.

Okruh služeb jsou schopny rozšířit ve všech zařízeních, ve kterých působí dotazované respondentky. Shoda byla opět v individuálním přístupu, odstraňování komunikačních bariér, používání alternativních metod komunikace v podobě grafických karet a piktogramů. Jsou taktéž schopny zajistit spolupráci s psychologem, tlumočnickem, speciálním pedagogem, duchovním nebo spolupracují s jiným poskytovatelem sociální služby, který se specializuje na cílovou skupinu osob se sluchovým postižením. Ve dvou případech sociální pracovnice uvedly, že jsou v organizaci pracovníci proškoleni v oblasti alternativních metod komunikace s osobami se sluchovým postižením. Hauke (2017) připomíná, že obzvláště pak při komunikaci s člověkem s demencí a sluchovým postižením je nutné respektovat jeho dorozumívací schopnosti a přizpůsobit se komunikační situaci. Komunikace musí být partnerská a respektující osobnost klienta (Hauke, 2017).

Poslední, osmá tabulka rekapituluje profesní potřeby sociálních pracovnic a pobytového zařízení. Sociální pracovnice dále hodnotily silné stránky zařízení, ve kterém působí a které mají souvislost se zvyšováním kvality života seniorů se sluchovým postižením. Profesní potřeby oslovených sociálních pracovnic se velmi lišily, v oblasti potřeby vzdělávání se však vesměs shodovaly. 1. respondentka uváděla, že by v zařízení

potřebovali vhodné školení ve znakové řeči a více pracovníků, kteří se budou klientům individuálně věnovat. 2. respondentka uvedla potřebu více prostor pro soukromé návštěvy klientů, odborné a kvalitní semináře a rekonstrukci prostor pro imobilní klienty, aby mohli na balkon. 3. respondentka uvedla, že jsou velmi kvalitně vybavené zařízení, ráda by se sama zaměřila na semináře zaměřené na validaci a práci se seniory s demencí. Wirth (2017) uvádí, že validace je metoda komunikace, která pohlíží na člověka komplexně a nevnímá ho jenom prostřednictvím diagnózy a neschopnosti přizpůsobit se změnám (Wirth in Hauke, 2017). 4. respondentka uvedla, že sociální služby všeobecně potřebují více adekvátně ohodnoceného personálu a více prostoru pro individuální práci s klienty. 5. respondentka uvedla také nedostatek pracovníků a jejich kvalitu a poukázala na zkušenost se zaměstnáváním cizinek v péči: *přestože jsou skvělé pečovatelky, mají komunikační problémy.*

Za silné stránky zařízení sociální pracovníce nejčastěji označovaly ochotu personálu, individuální plánování sociální služby a aktivizační úseky včetně využívaných konceptů. Opětovně zmiňovaly jako silnou stránku práci s jeho životním příběhem klienta, spolupráci s rodinami a také péči o personál v různých oblastech, obzvláště pak v komunikačních technikách.

Vést rozhovory s 15 klienty pobytových zařízení poskytující sociální službu domov pro seniory nebo domov se zvláštním režimem a s 5 sociálními pracovníci působícími v těchto institucích bylo velmi zajímavé i inspirativní. Přestože kvalita sociálních služeb v České republice stoupá, stále je co dohánět. Obzvláště pak individuální přístup ke klientům, který je však podmíněn dostatkem erudovaného personálu mající pozitivní vztah k pomáhající profesi.

6. Závěr

Závěr této bakalářské práce přináší rekapitulaci získaných informací k tématu kvality života osob se sluchovým postižením v pobytovém zařízení poskytujícím sociální službu domov pro seniory nebo domov se zvláštním režimem. Přestože bylo téma v počátku motivováno osobním zájmem autorky, postupem času a činnostech na bakalářské práci se stalo zájmem profesním. Kvalitu života bezesporu ovlivňuje především zdraví, respektive pocit zdraví, a to jak po stránce fyzické, tak po stránce psychické. Čím je člověk starší, tím více si uvědomuje potřebu dobré kondice a osobního rozpoložení. Stejně tak i má každý člověk představu o tom, jak prožije etapu stáří, jako plnohodnotné a pokud možno aktivní období.

Podle Tajanovské (2020) přichází zhruba 80% klientů do pobytového zařízení nedobrovolně v České republice, respektive je to často rozhodnutí rodiny podmíněné zdravotním stavem seniora a jeho sociálním zázemím a možností pobývat v domácím prostředí. To ovšem neznamená, že nemohou klienti sociálních služeb prožívat plnohodnotný život v pobytovém zařízení. To prokázaly i řízené rozhovory se seniory se sluchovým postižením. Většina z nich hodnotila pozitivně kvalitu svého života v zařízení. Jsou spokojeni s poskytovanou sociální službou i jednotlivými úkony. Pakliže si na něco stěžovali, bylo to jejich zdraví či psychická labilita, neshody s ostatními klienty, kvalita jídla, přemíra aktivizačních programů nebo nedostatek kontaktu s rodinou. To bylo patrné především proto, že byly rozhovory prováděny bezprostředně po ukončení nouzového stavu mající souvislost s koronavirovou pandemií, tedy po opětovném otevření pobytových zařízení a umožnění návštěv. Na tuto souvislost také upozorňovaly sociální pracovníce, které v zařízeních působí. Potřeba popovídat si, vypovídat se a potřeba individuální pozornosti každého z oslovených klientů byla patrná.

Příchod do pobytového zařízení je významnou osobní změnou u každého člověka. U seniorů, kteří přicházejí se specifickými zdravotními obtížemi, jako jsou například poruchy sluchu, u některých respondentů v kombinaci se syndromem demence je velmi náročný adaptační proces. U některých klientů je takřka nemožný. Hauke (2017) poukazuje na to, že je důležité, aby byla s každým klientem řádně vyjednána sociální služba, aby klient znal veškeré její možnosti a naopak poskytovatel sociální služby znal nejen klientovy potřeby, ale také jeho očekávání od sociální služby a aby pracovníci

respektovali životní příběh, se kterým senior přichází. Pracovníci by se navíc neměli stavět do takzvané role experta na život klienta (Hauke, 2017). Z provedeného šetření však vyplynulo, že jsou respondenti spíše spokojeni s poskytovanou péčí a přístupem personálu, přestože právě přístup personálu může občas klientům zkazit den.

Kvalitu života osob se sluchovým postižením v pobytovém zařízení ovlivňuje řada faktorů. Všeobecně klienti podle Tajanovské (2020) nahlíží na kvalitu jinou optikou než poskytovatel sociální služby. Senioři očekávají individuální přístup, respekt k jejich zdravotnímu stavu, znalost jejich potřeb i očekávání, podporu důstojnosti a autonomie, tedy možnosti stále rozhodovat o svém životě. Taktéž je pro ně důležitý kontakt s rodinou a blízkými a často oceňují, když personál vychází při poskytování sociální služby z jejich životního příběhu, tedy že nebagatelizuje jejich prožitky z doby minulé a dokáže je umně zakomponovat do poskytované sociální služby.

Důležitým faktorem, který ovlivňuje kvalitu sociálních služeb, je dostatek erudovaného personálu. Sociální pracovnice, které svolily k řízenému rozhovoru, na toto ve svých odpovědích často upozorňovaly. Zvyšující se nároky na poskytované sociální služby a individuální potřeby každého klienta si vyžadují vědoucí, ochotný a profesionální personál. Ten však musí být kvalitně ohodnocen, motivován ke své práci zvyšující se prestiží sociální práce a také dostatečným profesním zázemím ze strany zaměstnavatele.

Velké díky směřuje ke všem klientům, kteří si našli čas a podělili se o své názory. Stejně tak patří velké poděkování všem vedoucím pracovníkům, kteří umožnili návštěvu zařízení po tak krátké době od jejich uzavření. Oceňující informace autorka získala také od sociálních pracovnic, většina z nich má bohaté profesní zkušenosti s osobami se sluchovým postižením. Přestože pracují v sociálních službách delší dobu, stále mají moderní a aktuální pohled na věc a svojí práci dělají na vysoké profesionální úrovni.

7. Seznam použitých zdrojů

Odborná literatura

1. BENDO VÁ, Petra et.al., 2015. *Základy speciální pedagogiky nejen pro speciální pedagogy*. Hradec Králové: Univerzita Hradec Králové. 225 s. ISBN 978-80-7435-422-9.
2. BENDO VÁ, Petra, Kateřina JEŘÁBKOVÁ a Veronika STOKLASOVÁ, 2006. *Kompenzační pomůcky pro osoby se specifickými potřebami*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 104 s. Skripta (Univerzita Palackého). ISBN 80-244-1436-8.
3. ČÁMSKÝ, Pavel, Jan SEMBDNER a Dagmar KRUTILOVÁ. 2011. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Praha: Portál, 2011. 261 s. ISBN 978-80-262-0027-7.
4. ČELEDOVÁ, Libuše, Zdeněk KALVACH a Rostislav ČEVELA, 2016. *Úvod do gerontologie*. Praha: Karolinum. 154 s. ISBN 978-80-246-3404-3.
5. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar., 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
6. GURKOVÁ, Elena, 2011. *Hodnocení kvality života pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.
7. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 2010. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
8. HAUKE, Marcela. *Když do života vstoupí demence, aneb, Praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí*. 2017. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 303 s. ISBN 978-80-906320-7-3.
9. HOGAN, Anthony, 2015. *Hearing Impairment and Hearing disability: Towards a Paradog, Change in HearingServices*. London: Taylor and Francis Ltd. 168 s. ISBN 978-14-724-5320-4.
10. HOLASOVÁ, V. M. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. 2014. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 160 s. ISBN 978-80-247-4315-8.
11. HOLMEROVÁ, Iva. *Průvodce vyšším věkem: manuál pro seniory a jejich pečovatele*, 2014. Praha: Mladá fronta, 206 s. Lékař a pacient. ISBN 978-80-204-3119-6.
12. HOLMEROVÁ, Iva., 2013. *Bedekr aktivního stárnutí*. Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze. 107 s. ISBN 978-80-87398-36-4.

13. HORÁKOVÁ, Radka, 2011. *Sluchové postižení: úvod do surdopedie*. 1. vydání. Praha: Portál. 126 s. ISBN 978-80-7315-225-3.
14. HORÁKOVÁ, Radka. 2012. *Sluchové postižení: úvod do surdopedie*. Praha: Portál. 159 s. ISBN 978-80-262-0084-0.
15. HORECKÝ, Jiří a Ladislav PRŮŠA, 2019. *Současná struktura služeb dlouhodobé péče a prognóza potřeby sociálních služeb 2019-2050*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 30 s. ISBN 978-80-907053-4-0.
16. HRICOVÁ, Lenka, 2011. *Analýza komunikačních kompetencí žáků a učitelů na základních školách pro žáky se sluchovým postižením v České republice a v Německu*. Brno: Masarykova univerzita. 203 s. ISBN 978-80-210-5564-3.
17. HRUBÝ, Jaroslav, 2011. *Úvod do výchovy a vzdělávání sluchově postižených: Část 1*. 1. vyd. Praha: Tiché učení. 148 s. ISBN 978-80-904786-1-9.
18. HUDÁKOVÁ, Anna a Ludmila MAJERNÍKOVÁ, 2013. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada, Sestra (Grada). 128 s. ISBN 978-80-247-4772-9.
19. KAŠPAR, Zdeněk, 2008. *Technické kompenzační pomůcky pro osoby se sluchovým postižením*. 2., opr. vyd. Praha: Česká komora tlumočnicků znakového jazyka. ISBN 978-80-87218-15-0.
20. KOLEKTIV AUTORŮ, *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. 2011. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 272 s. ISBN 978-80-904668-1-4.
21. KOLEKTIV AUTORŮ. *Role sociálního pracovníka ve vybraných tématech sociálních služeb*. 2020. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, Profesní svaz sociálních pracovníků v sociálních službách, 296 s. ISBN 978-80-88361-02-2.
22. KRAHULCOVÁ, Beáta, 2014. *Komunikační systémy sluchově postižených*. Praha: Beakra. 375 s. ISBN 80-903863-2-6.
23. LANGER, Jiří, 2013. *Základy surdopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 110 s. ISBN 978-80-244-3702-6
24. LUDÍKOVÁ, Libuše et. al., 2014. *Výzkum kvality života vybraných skupin osob se speciálními potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 170 s. ISBN 9788024442969.
25. MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.

26. MATOUŠEK, Oldřich, a kol., 2013. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál. 576 s. ISBN 978-80-262-0366-7.
27. MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0213-4.
28. MUKNŠNÁBLOVÁ, M., 2014. *Péče o dítě s postižením sluchu*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-5034-7.
29. MUKNŠNÁBLOVÁ, Monika, 2014. *Péče o dítě s postižením sluchu*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-5034-7.
30. NOSKOVÁ, M., 2013. *Produkce řeči u zdravého dítěte a u dítěte prelingválně neslyšícího po kochleární implantaci*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 125 s. ISBN 978-80-7394-439-1.
31. PIPEKOVÁ, Jarmila, 1998. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido. Edice pedagogické literatury. 234 s. ISBN 80-85931-65-6.
32. POTMĚŠIL, Miloň, 2003. *Čtení k surdopedii*. Olomouc: Univerzita Palackého. 217 s. ISBN 80-244-0766-3.
33. PŘIBYL, Hugo, 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf. 96 s. ISBN 978-80-7345-437-1.
34. ROŠKOVÁ, Silvia, 2014. *Kvalita života sluchovo postižených. Zdravotnictví a medicína*, roč. 2014, č. 17, s. 30-31. ISSN: 2336-2987.
35. SAK, Petr, Karolína KOLESÁROVÁ, 2012. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada. 225 s. ISBN 978-80-247-3850-5.
36. SKÁKALOVÁ, Tereza, 2016. *Sluchová vada a její sociální dopady v dospělém věku*. Hradec Králové: Gaudeamus. 287 s. ISBN 978-80-7435-638-5.
37. SKUTILOVÁ, Vladana. *Somatologie nejen pro speciální pedagogy*. Univerzita Hradec Králové: Gaudeamus. 95 s. ISBN 978-80-7435-426-7.
38. SLOWÍK, Josef, 2007. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.
39. SLOWÍK, Josef, 2010. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál. 160 s. ISBN 978-80-7367-691-9.
40. SOVÁK, Miloš, 1972. *Logopedie*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
41. TRUHLÁŘOVÁ, Zuzana et al., 2015. *Mezi láskou a povinností - péče očima pečovateli*. Hradec Králové: Gaudeamus. 121 s. 978-80-7435-570-7.
42. VAĐUROVÁ, Helena, Pavel MÜHLPACHR., 2005. *Kvalita života*. Brno: Masarykova univerzita v Brně. 143 s. ISBN 80-210-3754-7.

43. VELEMÍNSKÝ, Miloš et al, 2012. *Klinická propedeutika*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 168 s. ISBN 978-80-7394-360-8.

Kapitoly v knize

1. JEDLIČKA, I., 2007. *Vady a poruchy sluchu z hlediska otorinolaryngologie a foniatrie*. In: ŠKODOVÁ, E. et.al. *Klinická logopedie*. 2. aktualizované vydání. Praha: Portál, s. 443-465. ISBN 978-80-7367-340-6.

Internetové zdroje

1. KOLLER, M., 2015. *Život osob se sluchovým postižením ve slyšící společnosti: Život s handicapem*. Zdravotnictví a medicína [online]. Praha: Mladá fronta, 23.2. 2015 [cit. 2018-11-15]. Dostupné z: <http://zdravi.eruo.cz/clanek/zivota-osob-se-sluchovym-postizenim-ve-slysici-spolecnosti-478116>
2. Managementmania
https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/St%C3%A1rnut%C3%AD_demografick%C3%A9https://managementmania.com/cs/rizeny-strukturovany-rozhovor [cit. 2020-11-05].

Další zdroje

1. TAJANOVSKÁ, Andrea. *Komunikace v obrazech*, Akreditovaný vzdělávací program Ministerstvem práce a sociálních věcí České republiky. Asociace poskytovatelů sociálních služeb, akreditovaný vzdělavatel MPSV ČR – otevřený kurz *Komunikace v obrazech* realizovaný v Domově se zvláštním režimem Proseč u Pošné

Zákony

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

Zákon č. 155/1998 Sb., o znakové řeči (ve znění novely č. 384/2008 Sb.)

Zákona č- 423/2008 Sb., o komunikačních systémech neslyšících osob a hluchoslepých

8. Seznam použitých tabulek

Tabulka č. 1 Identifikační údaje o seniorech

Tabulka č. 2 Subjektivní pohled seniora na osobní kvalitu života

Tabulka č. 3 Subjektivní pohled seniora na životní změny po nástupu do zařízení

Tabulka č. 4 Subjektivní faktory seniora ovlivňující kvalitu života v sociální službě

Tabulka č. 5 Identifikační údaje o sociálních pracovnících

Tabulka č. 6 Zhodnocení kvality života seniorů se sluchovým postižením

Tabulka č. 7 Zhodnocení připravenosti sociální služby a pobytového zařízení

Tabulka č. 8 Zhodnocení profesních potřeb a silných stránek sociální služby

9. Seznam příloh

Příloha č. 1 Otázky řízeného rozhovoru se seniory / klienty pobytových zařízení

Příloha č. 2 Přepsané řízené rozhovory s klienty pobytových zařízení

Příloha č. 3 Otázky řízeného rozhovoru se sociálními pracovníci pobytových zařízení

Příloha č. 4 Přepsané řízené rozhovory se sociálními pracovníci pobytových zařízení

Příloha č. 5 Kompenzační pomůcky pro sluchově postižené

10. Seznam použitých zkratk

MPSV ČR	Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
APSS ČR	Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky
WHO	World Health Organization
kHz	Kilohertz
EEG	Elektroencefalografie
ORL	Otorinolaryngologie
ČR	Česká republika
RS	respondent senior / respondentka seniorka
SP	sociální pracovník / sociální pracovnice

Otázky řízeného rozhovoru se seniory / klienty pobytových zařízení

1. Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života? (nešťastná / neutrální / šťastná)
2. Kdyby byla ta možnost, co byste na svém zdravotním stavu zlepšil/a?
3. Jste v bezprostřední péči medicínského oboru, jiném než ORL?
4. Ve svém životě jste šťastný/á, neurčitý/á, smutný/á?
5. Cítíte nějaké permanentní ohrožení nějakým stavem? (Například problémy v dopravě, přechody pro chodce, bariéry, apod.)
6. Máte dost času pro svůj každodenní život? Měl by mít den podle vás více hodin nebo by měl být spíše kratší?
7. Byl nástup do zařízení zlomový v oblasti Vašich zájmů a koníčků? Můžete se zde nadále věnovat svým zájmům / koníčkům, kterým jste se věnoval/a před nástupem do zařízení?
8. Vnímáte svůj sluchový problém v souvislosti se spánkem? Jste odpočatý/á, spíše unavený/á, nevyspalý/á?
9. Případnou možnost osobní asistence spíše vítáte, nejste si jistý/a, nebo odmítáte?
10. Kvalitu mezilidských vztahů v tomto zařízení hodnotíte spíše kladně, neutrálně nebo záporně?
11. Kdyby byla ta možnost něco změnit na vašem bydlení, nezměnil/a byste nic, pouze něco nebo úplně vše?
12. Se zdravotnickou péčí v tomto zařízení jste spokojen/a, spíše nespokojen/a, zcela nespokojen/a?
13. Co Vám může zkazit Váš den?

Přeepsané řízené rozhovory s klienty v pobytových zařízeních

Řízený rozhovor s klientem č. 1

1. Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života? (nešťastná / neutrální / šťastná)

Jsem šťastná, nic mi nechybí. Jsem ráda, že se ráno vzbudím, nasnídám, nic mi nechybí.

2. Kdyby byla ta možnost, co byste na svém zdravotním stavu zlepšil/a?

Kdyby bylo ještě hůř, tak jedině ten sluch, stačilo by mi ale naslouchátko.

3. Jste v bezprostřední péči medicínského oboru, jiném než ORL?

Ano, jedenkrát za 2 roky jezdím na revmatologii, plicní a onkologii.

4. Ve svém životě jste šťastný/á, neurčitý/á, smutný/á?

Jsem šťastná, mám vše.

5. Cítíte nějaké permanentní ohrožení nějakým stavem? (Například problémy v dopravě, přechody pro chodce, bariéry, apod.)

Zatím jsem nenarazila na žádný problém, který by mě ohrožoval.

6. Máte dost času pro svůj každodenní život? Měl by mít den podle vás více hodin nebo by měl být spíše kratší?

Mám dost času. Když něco nestihnu jeden den, udělám to den druhý.

7. Byl nástup do zařízení zlomový v oblasti Vašich zájmů a koníčků? Můžete se zde nadále věnovat svým zájmům / koníčkům, kterým jste se věnoval/a před nástupem do zařízení?

Byl, měla jsem svou zahrádku, ale na jednu stranu nemám teď starosti. Tady v domově máme zase jiné zájmy, například chodíme vařit nebo posloucháme skupinové čtení a podobně

8. Vnímáte svůj sluchový problém v souvislosti se spánkem? Jste odpočatý/á, spíše unavený/á, nevyspalý/á?

Nemám problém, spím dobře. Přes den si pospím, v noci se budím.

9. Případnou možnost osobní asistence spíše vítáte, nejste si jistý/a, nebo odmítáte? Pomocť nepotřebuji, ale když se něco naskytne, tak ji uvítám.

10. Kvalitu mezilidských vztahů v tomto zařízení hodnotíte spíše kladně, neutrálně nebo záporně?

Kolektiv je tady dobrý, nemám s nikým problém.

11. Kdyby byla ta možnost něco změnit na vašem bydlení, nezměnil/a byste nic, pouze něco nebo úplně vše?
Mám svůj pokoj, je mi tu dobře.
12. Se zdravotnickou péčí v tomto zařízení jste spokojen/a, spíše nespokojen/a, zcela nespokojen/a?
Jsem spokojena. Koupí mi léky, jinak nic nepotřebuji. K lékaři mě doprovází dcera
13. Co Vám může zkazit Váš den?
Špatné počasí. Jinak asi nic, jsem optimista.

Řízený rozhovor s klientem č. 2

1. Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života? (nešťastná / neutrální / šťastná)
Neutrální, něco mě těší, něco mě štve.
2. Kdyby byla ta možnost, co byste na svém zdravotním stavu zlepšil/a?
Můj problém s hlavou, mám v ní titanovou destičku, která ovlivňuje i moji motoriku.
3. Jste v bezprostřední péči medicínského oboru, jiném než ORL?
Jezdím k psychiatrovi, na neurologii a na rehabilitace.
4. Ve svém životě jste šťastný/á, neurčitý/á, smutný/á?
Jsem šťastný, mám zdravou rodinu kolem sebe.
5. Cítíte nějaké permanentní ohrožení nějakým stavem? (Například problémy v dopravě, přechody pro chodce, bariéry, apod.)
Občas mám problém se strmými schody, jinak zatím nic dalšího.
6. Máte dost času pro svůj každodenní život? Měl by mít den podle vás více hodin nebo by měl být spíše kratší?
Den by mohl být klidně kratší, moc to tady neutíká, je to stereotyp.
7. Byl nástup do zařízení zlomový v oblasti Vašich zájmů a koníčků? Můžete se zde nadále věnovat svým zájmům / koníčkům, kterým jste se věnoval/a před nástupem do zařízení?
Celý život jsem byl truhlář a včelař, to mi tady není umožněno. Ale je tu spousta jiných aktivit. Nejradši mám stejně televizi.
8. Vnímáte svůj sluchový problém v souvislosti se spánkem? Jste odpočatý/á, spíše unavený/á, nevyspalý/á?
Nespí se mi dobře. Slyším v noci šelesty, které mi nedají spát.

9. Případnou možnost osobní asistence spíše vítáte, nejste si jistý/a, nebo odmítáte?
Jsem radši samostatný, ale když mi někdo pomůže, tak se nezlobím.
10. Kvalitu mezilidských vztahů v tomto zařízení hodnotíte spíše kladně, neutrálně nebo záporně?
Kolektiv je tady dobrý, každý den se scházíme na balkoně, kouříme a pijeme kafe.
11. Kdyby byla ta možnost něco změnit na vašem bydlení, nezměnil/a byste nic, pouze něco nebo úplně vše?
Byl bych rád za televizi přímo na pokoji, jinak bych nic nezměnil.
12. Se zdravotnickou péčí v tomto zařízení jste spokojen/a, spíše nespokojen/a, zcela nespokojen/a?
Jsem spokojený, starají se tu o nás dobře.
13. Co Vám může zkazit Váš den?
Když mi dojdou cigarety a pivo 😊

Řízený rozhovor s klientem č. 3

1. Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života? (nešťastná / neutrální / šťastná)
No půl napůl. Někdy je to těžké, někdy ne, je to různé.
2. Kdyby byla ta možnost, co byste na svém zdravotním stavu zlepšil/a?
Ono není co, jsem zdravá jako řípa.
3. Jste v bezprostřední péči medicínského oboru, jiném než ORL?
Jenom chodím k obvodňákovi.
4. Ve svém životě jste šťastný/á, neurčitý/á, smutný/á?
Neurčitá. Jak kdy.
5. Cítíte nějaké permanentní ohrožení nějakým stavem? (Například problémy v dopravě, přechody pro chodce, bariéry, apod.)
Ne.
6. Máte dost času pro svůj každodenní život? Měl by mít den podle vás více hodin nebo by měl být spíše kratší?
No o něco delší by mohl být. Na večerní kafička a cigarety.
7. Byl nástup do zařízení zlomový v oblasti Vašich zájmů a koníčků? Můžete se zde nadále věnovat svým zájmům / koníčkům, kterým jste se věnoval/a před nástupem do zařízení?
Já tady nic nedělám, doma jsem taky žádný koníček neměla. Tady už jenom odpočívám.

8. Vnímáte svůj sluchový problém v souvislosti se spánkem? Jste odpočatý/á, spíše unavený/á, nevyspalý/á?
Jsem odpočatá.
9. Případnou možnost osobní asistence spíše vítáte, nejste si jistý/a, nebo odmítáte?
Když mi někdo pomůže, tak jsem ráda.
10. Kvalitu mezilidských vztahů v tomto zařízení hodnotíte spíše kladně, neutrálně nebo záporně?
Hodnotím kladně, kamarády tady mám.
11. Kdyby byla ta možnost něco změnit na vašem bydlení, nezměnil/a byste nic, pouze něco nebo úplně vše?
Nevím co... Asi bych nic nezměnila. Možná jen kdybych mohla kouřit na pokoji.
12. Se zdravotnickou péčí v tomto zařízení jste spokojen/a, spíše nespokojen/a, zcela nespokojen/a?
Řekla bych, že jsem spokojená.
13. Co Vám může zkazit Váš den?
Nevím, nemůžu si vzpomenout na nic, co by mi zkazilo den.

Řízený rozhovor s klientem č. 4

1. Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života? (nešťastná / neutrální / šťastná)
Já vám nerozumím...
Nešťastný nejsem, skorem mně to vždycky vyhovovalo.
2. Kdyby byla ta možnost, co byste na svém zdravotním stavu zlepšil/a?
Já jsem ještě v nemocnici nebyl, já měl zdraví na 100%. Ale teď jsem dostal toho koronavira... Teda... Parkinsona ☺ Já jsem z toho už celý popletený. On to měl jeden můj sused, takže já přesně věděl, co na mě leze, a když jsem přišel sem, tak jsem vypadal, že mi nic není, ale teď to až ke mně dolezlo. Potřeboval bych toho cizince vyhnat... Toho Parkinsona ☺
3. Jste v bezprostřední péči medicínského oboru, jiném než ORL?
Chodím jenom na rehabilitace.
4. Ve svém životě jste šťastný/á, neurčitý/á, smutný/á?
Jsem šťastný, nestěžuji si.
5. Cítíte nějaké permanentní ohrožení nějakým stavem? (Například problémy v dopravě, přechody pro chodce, bariéry, apod.)

Nic mě neohrožuje.

6. Máte dost času pro svůj každodenní život? Měl by mít den podle vás více hodin nebo by měl být spíše kratší?

Tady mám času moře! O čem mluvíte, že by mělo být kratší? Však to nezměníme, den se zase bude krátit na zimu, v létě se zase bude natahovat.

7. Byl nástup do zařízení zlomový v oblasti Vašich zájmů a koníčků? Můžete se zde nadále věnovat svým zájmům / koníčkům, kterým jste se věnoval/a před nástupem do zařízení?

Nejvíce mě baví ženský! 😊 Celý život jsem jezdil s traktorem, všechno volno jsem věnoval včelařině. Než jsem šel sem, všechny včely jsem dal sousedovi, a tím jsem s tím skončil. Měl jsem je od 18 roků. Doporučil bych to každému, protože včely nejsou tak zlé, jak si každý myslí. Je to o poznání. Někdo chová psa vlčáka, toho bych se bál, přitom je s každým kamarád, to samé jsem měl já u včel. Tady jsem krmil kachny, ale už nemáme pro ně chleba. Taky chodím zalévat, máme takovou malou zahrádku, tou se taky zabývám, pak si nějaké aktivity vymyslím sám.

8. Vnímáte svůj sluchový problém v souvislosti se spánkem? Jste odpočatý/á, spíše unavený/á, nevyspalý/á?

Spím dobře, v noci mě nic neruší.

9. Případnou možnost osobní asistence spíše vítáte, nejste si jistý/a, nebo odmítáte? Vítám ji při koupání, jinak pomoc nepotřebuji.

10. Kvalitu mezilidských vztahů v tomto zařízení hodnotíte spíše kladně, neutrálně nebo záporně?

Kolektiv je jenom do té chvíle, než se to vyhrotí. Jeden mě tu praštil hůlkou do hlavy, já jsem mu chtěl krk zakroutit. Ale sestřičky nás potom rozehnal.

11. Kdyby byla ta možnost něco změnit na vašem bydlení, nezměnil/a byste nic, pouze něco nebo úplně vše?

Mně se tady líbí, akorát vy mi tady chybíte 😊

12. Se zdravotnickou péčí v tomto zařízení jste spokojen/a, spíše nespokojen/a, zcela nespokojen/a?

Se sestřičkami nemám problém, jsem spokojený.

13. Co Vám může zkazit Váš den?

Já si ani nepřipouštím nějakou špatnou náladu. Bez toho, že bych to nějak zlehčoval tu vaši otázku, mně vyhovuje všechno, já jsem spokojený. Akorát slimáci mě štvou na zahrádce, letos jsem jich sebral 50!

Řízený rozhovor s klientem č. 5

1. Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života? (nešťastná / neutrální / šťastná)
Abych vám pravdu řekla, kdybych byla doma, bylo by to lepší. Ale já tady nemůžu naříkat.
2. Kdyby byla ta možnost, co byste na svém zdravotním stavu zlepšil/a?
Nové plíce! Mám astma a osteoporózu a bolí mě všechny kosti.
3. Jste v bezprostřední péči medicínského oboru, jiném než ORL?
Ano, ještě na plicním a u obvod'áka.
4. Ve svém životě jste šťastný/á, neurčitý/á, smutný/á?
Jsem šťastná.
5. Cítíte nějaké permanentní ohrožení nějakým stavem? (Například problémy v dopravě, přechody pro chodce, bariéry, apod.)
Všechno v pořádku, já daleko nechodím.
6. Máte dost času pro svůj každodenní život? Měl by mít den podle vás více hodin nebo by měl být spíše kratší?
Já nevím. To já vám těžko odpovím. Já jsem po mozkové mrtvičce a ono to ve mně něco nechalo.
7. Byl nástup do zařízení zlomový v oblasti Vašich zájmů a koníčků? Můžete se zde nadále věnovat svým zájmům / koníčkům, kterým jste se věnoval/a před nástupem do zařízení?
Dříve jsem chodila na zahrádku, teď už se neohnu a neudržím stabilitu. Takže jenom chodím na krátké procházky.
8. Vnímáte svůj sluchový problém v souvislosti se spánkem? Jste odpočatý/á, spíše unavený/á, nevyspalý/á?
Jsem spíše unavená, v noci moc nespím.
9. Případnou možnost osobní asistence spíše vítáte, nejste si jistý/a, nebo odmítáte?
Říkala jsem vám, že si tady nemůžu na nikoho stěžovat, všichni mi tu pomáhají a jsem ráda!
10. Kvalitu mezilidských vztahů v tomto zařízení hodnotíte spíše kladně, neutrálně nebo záporně?

Kolektiv je dobrý, sedíme spolu na chodbě a všude, kde se dá, a klábosíme.

11. Kdyby byla ta možnost něco změnit na vašem bydlení, nezměnil/a byste nic, pouze něco nebo úplně vše?

Nezměnila bych nic, máme to tu moc pěkné, já jsem si pokoj ještě vylepšila, z balkonu mám udělanou zahrádku a jsem spokojená.

12. Se zdravotnickou péčí v tomto zařízení jste spokojen/a, spíše nespokojen/a, zcela nespokojen/a?

Na sestřičky si vůbec nemůžu stěžovat! Ani na jednu! Opravdu jsem s nimi spokojená. To víte, že každý den nepřijdou a nemají dobrou náladu, ale to se musí pochopit.

13. Co Vám může zkazit Váš den?

Já nikdy špatnou náladu nemám. Akorát mě mrzí, že musím být tady a nejsem doma. Já jsem doma, ale nejsem doma. Já mám pořád zatím domov v Protivíně.

Řízený rozhovor s klientem č. 6

1. Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života? (nešťastná / neutrální / šťastná)

Abych vám řekla pravdu, já jsem byla v životě spokojená. Ale jak bych se měla dívat na současnost, je to těžké, protože to už je všechno pryč. A kam jsem se ještě dostala, domov nemám pomalu žádný, takže mám spíše neutrální názor. Jinak jsem byla spokojená za celý svůj život.

2. Kdyby byla ta možnost, co byste na svém zdravotním stavu zlepšil/a?

Asi těžko, kyčelní kloub nebo kolena, to se operace bojím. Měla jsem jít už dávno, ale neudělala jsem to. Teď už je pozdě.

3. Jste v bezprostřední péči medicínského oboru, jiném než ORL?

Jezdím pouze na ušní a rehabilitace.

4. Ve svém životě jste šťastný/á, neurčitý/á, smutný/á?

Neurčitý, dříve bylo lépe. Ale tady jsem spokojená.

5. Cítíte nějaké permanentní ohrožení nějakým stavem? (Například problémy v dopravě, přechody pro chodce, bariéry, apod.)

Nemám žádný problém.

6. Máte dost času pro svůj každodenní život? Měl by mít den podle vás více hodin nebo by měl být spíše kratší?

Myslím, že je to tak akorát.

7. Byl nástup do zařízení zlomový v oblasti Vašich zájmů a koníčků? Můžete se zde nadále věnovat svým zájmům / koníčkům, kterým jste se věnoval/a před nástupem do zařízení?

To už nejde se věnovat bývalým koníčkům, protože já jsem ráda pletla, vyšívala, ale to už nejde. Nemám cit v rukou a bolí mě ramena, ale tady moc ráda čtu.

8. Vnímáte svůj sluchový problém v souvislosti se spánkem? Jste odpočatý/á, spíše unavený/á, nevyspalý/á?

Sluch mi vyloženě problém se spánkem nedělá. Ale moc dobře se mi nespí, ale abych si vzala prášky na spaní, to teda ne, protože to jsem jednou doma jednou zkusila a já byla druhý den jak pitomá. To radši vydržím tak, jak to je!

9. Případnou možnost osobní asistence spíše vítáte, nejste si jistý/a, nebo odmítáte? Je to takové no a ne, nejsem si úplně jistá. Když čtu, tak mám rada klid, aby mě někdo nerušil, a když jím, tak to taky nějak zvládnou.

10. Kvalitu mezilidských vztahů v tomto zařízení hodnotíte spíše kladně, neutrálně nebo záporně?

Jo, je to tady dobré. Já se snažím vycházet s každým, dost dlouho jsem dělala mezi lidmi, takže já jsem na lidi zvyklá.

11. Kdyby byla ta možnost něco změnit na vašem bydlení, nezměnil/a byste nic, pouze něco nebo úplně vše?

Nezměnila bych nic, jen by se mi tady moc líbil bazén. Tady se mi to líbí moc, vůbec celé to prostředí, ta zeleň tady, to se jen tak nevidí. Takže jsem spokojená, ale kdyby tu byl bazén, nebylo by to špatné, i když bych do něj třeba nechodila, aspoň na to koukání.

12. Se zdravotnickou péčí v tomto zařízení jste spokojen/a, spíše nespokojen/a, zcela nespokojen/a?

Jsem moc spokojená!

13. Co Vám může zkazit Váš den?

Když by mě někdo naštvál, to by mi teda zkazilo den. To bych teda nechtěla.

Řízený rozhovor s klientem č. 7

1. Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života? (nešťastná / neutrální / šťastná)

Neutrální. Štve mě, že jsem na vozíku

2. Kdyby byla ta možnost, co byste na svém zdravotním stavu zlepšil/a?

Svoji rovnováhu.

3. Jste v bezprostřední péči medicínského oboru, jiném než ORL?
Ano, jezdím ještě na neurologii.
4. Ve svém životě jste šťastný/á, neurčitý/á, smutný/á?
Půl napůl.
5. Cítíte nějaké permanentní ohrožení nějakým stavem? (Například problémy v dopravě, přechody pro chodce, bariéry, apod.)
Nemyslím si.
6. Máte dost času pro svůj každodenní život? Měl by mít den podle vás více hodin nebo by měl být spíše kratší?
Takhle je to dobré.
7. Byl nástup do zařízení zlomový v oblasti Vašich zájmů a koníčků? Můžete se zde nadále věnovat svým zájmům / koníčkům, kterým jste se věnoval/a před nástupem do zařízení?
Měl jsem dostihové koně, 2 kobyly, to už je pryč. Teď si zajedu do hospody na pivo, rád jsem na balkoně na sluníčku a opékáme tady buřty. Koupání mám taky rád.
8. Vnímáte svůj sluchový problém v souvislosti se spánkem? Jste odpočatý/á, spíše unavený/á, nevyspalý/á?
Spím dobře, jsem odpočatý.
9. Případnou možnost osobní asistence spíše vítáte, nejste si jistý/a, nebo odmítáte?
Nepotřebuji pomoci, ale když už, tak jsem rád. Ale jak v čem.
10. Kvalitu mezilidských vztahů v tomto zařízení hodnotíte spíše kladně, neutrálně nebo záporně?
Spíše kladně, jsou tu dobří lidé.
11. Kdyby byla ta možnost něco změnit na vašem bydlení, nezměnil/a byste nic, pouze něco nebo úplně vše?
Nezměnil bych nic.
12. Se zdravotnickou péčí v tomto zařízení jste spokojen/a, spíše nespokojen/a, zcela nespokojen/a?
Jsem spokojený!
13. Co Vám může zkazit Váš den?
Nic. No... Možná jen když mi zapomenou koupit pivo.

Řízený rozhovor s klientem č. 8

1. Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života? (nešťastná / neutrální / šťastná)
Polovičně, neutrálně. Když je něco, co vám nevychází, tak to není nic moc. Prostě jak život jde...
2. Kdyby byla ta možnost, co byste na svém zdravotním stavu zlepšil/a?
Abych mohla lepší vidět a slyšet. Oči mi bohužel vyléčit nejdou a může se stát, že napůl oslepnu. Takže to se bojím, že mě to potká.
3. Jste v bezprostřední péči medicínského oboru, jiném než ORL?
Ještě na neurologii, oční.
4. Ve svém životě jste šťastný/á, neurčitý/á, smutný/á?
Šťastná. Teda podle toho, co je k obědu. Ale dneska byl dobrý oběd, dneska byl květák.
5. Cítíte nějaké permanentní ohrožení nějakým stavem? (Například problémy v dopravě, přechody pro chodce, bariéry, apod.)
Akorát problémy v dopravě, nemůžu jezdit sama autobusem, jelikož tlačím to svoje chodítko, a schodů se bojím kvůli epilepsii. Lidi si myslí, že fňukám. Od té doby, co jsem padla a dostala epilepsii, tak se bojím schodů! Když se můžu něčeho chytit, tak to docela jde, ale musím koukat pod nohy.
6. Máte dost času pro svůj každodenní život? Měl by mít den podle vás více hodin nebo by měl být spíše kratší?
Tady všechno stíhám, vyhovuje mi to.
7. Byl nástup do zařízení zlomový v oblasti Vašich zájmů a koníčků? Můžete se zde nadále věnovat svým zájmům / koníčkům, kterým jste se věnoval/a před nástupem do zařízení?
Měla jsem zahrádku, ráda jsem jezdila na kole, takže to mi zmizelo. Tady mě nic nebaví.
8. Vnímáte svůj sluchový problém v souvislosti se spánkem? Jste odpočatý/á, spíše unavený/á, nevyspalý/á?
Jsem nevyspalá! Protože jsou tu tak špatné matrace! To nejsou matrace, to je guma, nebo co to je! To opravdu není na spaní. Já jsem byla zvyklá na tvrdou matraci, ale tohle, to je.... Já ráno nemůžu vstát, to je bolest jak hrom. Kdybych měla pevnou matraci, tak se mi vstává mnohem líp.
9. Případnou možnost osobní asistence spíše vítáte, nejste si jistý/a, nebo odmítáte?

Není třeba pomoci. Ale uvítala bych pomoc v autobuse, abych mohla jezdit sama k doktorovi, abych nemusela jezdit sanitkou.

10. Kvalitu mezilidských vztahů v tomto zařízení hodnotíte spíše kladně, neutrálně nebo záporně?

Kladně, jsem tu spokojená.

11. Kdyby byla ta možnost něco změnit na vašem bydlení, nezměnil/a byste nic, pouze něco nebo úplně vše?

Matraci! A větší skříň.

12. Se zdravotnickou péčí v tomto zařízení jste spokojen/a, spíše nespokojen/a, zcela nespokojen/a?

Sestry jsou bezvadné. Je s nimi legrace, jsou fakt hodné, ochotné.

13. Co Vám může zkazit Váš den?

Počasí! A obědy – pořád jsou tu omáčky, ty já moc nemusím. Masa dávají moc, podle mého názoru, a je moc libové. Mám radši prorostlejší, kousek tuku, aby tam bylo.

Řízený rozhovor s klientem č. 9

1. Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života? (nešťastná / neutrální / šťastná)

Ještě jednou mi to řekněte...

Jsem spokojená, šťastná.

2. Kdyby byla ta možnost, co byste na svém zdravotním stavu zlepšil/a?

Abych mohla chodit.

3. Jste v bezprostřední péči medicínského oboru, jiném než ORL?

Ano, jezdím na rehabilitaci, po mozkové mrtvici mi ochrnula půlka těla.

4. Ve svém životě jste šťastný/á, neurčitý/á, smutný/á?

Jsem šťastná.

5. Cítíte nějaké permanentní ohrožení nějakým stavem? (Například problémy v dopravě, přechody pro chodce, bariéry, apod.)

Ne. Nemám problém.

6. Máte dost času pro svůj každodenní život? Měl by mít den podle vás více hodin nebo by měl být spíše kratší?

Utíká to tu pomalu, den by mohl být kratší.

7. Byl nástup do zařízení zlomový v oblasti Vašich zájmů a koníčků? Můžete se zde nadále věnovat svým zájmům / koníčkům, kterým jste se věnoval/a před nástupem do zařízení?
Doma jsem se starala o zahrádku, domácnost. To mi nechybí, tady ráda čtu a luštím křížovky.
8. Vnímáte svůj sluchový problém v souvislosti se spánkem? Jste odpočatý/á, spíše unavený/á, nevyspalý/á?
Jsem odpočatá
9. Případnou možnost osobní asistence spíše vítáte, nejste si jistý/a, nebo odmítáte?
Radši si udělám vše sama, ale někdy mi sestřičky musí pomoci.
10. Kvalitu mezilidských vztahů v tomto zařízení hodnotíte spíše kladně, neutrálně nebo záporně?
Kladně! Mám tady své kamarádky, se kterými si rozumím. Každý den spolu sedíme na kávě na balkoně a klábosíme.
11. Kdyby byla ta možnost něco změnit na vašem bydlení, nezměnil/a byste nic, pouze něco nebo úplně vše?
Nezměnila bych nic, já jsem spokojená, jak je to.
12. Se zdravotnickou péčí v tomto zařízení jste spokojen/a, spíše nespokojen/a, zcela nespokojen/a?
Jsem spokojená, Já jim nedělám naschvály, taky oni mně taky ne.
13. Co Vám může zkazit Váš den?
Když prší a nemůžu s holkami na kafe!

Řízený rozhovor s klientem č. 10

1. Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života? (nešťastná / neutrální / šťastná)
Myslím si, že jsem šťastná.
2. Kdyby byla ta možnost, co byste na svém zdravotním stavu zlepšil/a?
No já mám špatnou kyčel a chodím na rehabilitaci, ale to už lepší nebude, to už se prý v mém věku nedá operovat. Ale sestřička říkala, že se to ještě rozhybe.
3. Jste v bezprostřední péči medicínského oboru, jiném než ORL?
Jezdím na rehabilitace a na ortopedii.
4. Ve svém životě jste šťastný/á, neurčitý/á, smutný/á?
Jsem šťastná, zatím se mi tady líbí, jsem tady od konce února a spravila jsem se o 5 kilo.

5. Cítíte nějaké permanentní ohrožení nějakým stavem? (Například problémy v dopravě, přechody pro chodce, bariéry, apod.)
Necítím se ohrožená.
6. Máte dost času pro svůj každodenní život? Měl by mít den podle vás více hodin nebo by měl být spíše kratší?
Času tady máme hodně!
7. Byl nástup do zařízení zlomový v oblasti Vašich zájmů a koníčků? Můžete se zde nadále věnovat svým zájmům / koníčkům, kterým jste se věnoval/a před nástupem do zařízení?
Doma jsem nic zvláštního nedělala, jen uklízela a vařila, jinak jsem pracovala ve spořitelně. Tady ráda čtu.
8. Vnímáte svůj sluchový problém v souvislosti se spánkem? Jste odpočatý/á, spíše unavený/á, nevyspalý/á?
Spím dobře, protože беру prášky na spaní. No některý den taky ne... Takže tak průměrně.
9. Případnou možnost osobní asistence spíše vítáte, nejste si jistý/a, nebo odmítáte?
No... Já jsem tady na pokoji s paní K..., která je moc hodná a když potřebuji, tak mi pomůže. Mám ráda, když mě sestřičky koupají. Ta je nádherná ta vana! To je nejkrásnější okamžik. I doma v paneláku jsme měli vanu, ale já už do ní nemohla kvůli té kyčli a musela jsem se jenom sprchovat, takže tady si to užívám!
10. Kvalitu mezilidských vztahů v tomto zařízení hodnotíte spíše kladně, neutrálně nebo záporně?
Mám tady kamarádky, se kterými si povídáme a chodíme na kávu. Hodnotím kladně.
11. Kdyby byla ta možnost něco změnit na vašem bydlení, nezměnil/a byste nic, pouze něco nebo úplně vše?
Nezměnila bych nic. Tady máme všechno - malou ledničku, pití, vše, co potřebujeme. Je tu pěkně.
12. Se zdravotnickou péčí v tomto zařízení jste spokojen/a, spíše nespokojen/a, zcela nespokojen/a?
Sestřičky jsou hodné. Někdy taky zlobí, asi jako my, ale ony toho mají dost. Jsem spokojená.
13. Co Vám může zkazit Váš den?

Když se třeba špatně vyspím, mám nějaké špatné sny. Nebo vzpomínky na bolesti v rodině.

Řízený rozhovor s klientem č. 11

1. Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života? (nešťastná / neutrální / šťastná)
Občas vyloučen, nerozumím, ztrácím se, nebaví se semnou nebo nemluví přímo na mě.
2. Kdyby byla ta možnost, co byste na svém zdravotním stavu zlepšil/a?
Ztráta sluchu mi až zase tolik nevadí, ale vadí mi špatná pohyblivost, a to že musím být závislý na jiných.
3. Jste v bezprostřední péči medicínského oboru, jiném než ORL?
Ortopedie, neurologie.
4. Ve svém životě jste šťastný/á, neurčitý/á, smutný/á?
Jsem šťastný, nic jiného jsem nezažil, protože jsem se hluchý již narodil.
5. Cítíte nějaké permanentní ohrožení nějakým stavem? (Například problémy v dopravě, přechody pro chodce, bariéry, apod.)
Nedokážu svému okolí přesně říci, co potřebuji a o co mi jde. Nemají na mě tolik trpělivosti, když jim to chci vysvětlit.
6. Máte dost času pro svůj každodenní život? Měl by mít den podle vás více hodin nebo by měl být spíše kratší?
Mě bohatě stačí to, co je, někdy si nevím rady i s tím, co je nyní.
7. Byl nástup do zařízení zlomový v oblasti Vašich zájmů a koníčků? Můžete se zde nadále věnovat svým zájmům / koníčkům, kterým jste se věnoval/a před nástupem do zařízení?
Naprostě zlomové a bylo to pozitivní. Přestože jsem přišel do cizího prostředí z toho, kterého jsem měl osahaný. Ale tady jsem teprve začal žít, více aktivit, více pozornosti. Do té doby jsem byl hodně sám.
8. Vnímáte svůj sluchový problém v souvislosti se spánkem? Jste odpočatý/á, spíše unavený/á, nevyspalý/á?
Odpočatý.
9. Případnou možnost osobní asistence spíše vítáte, nejste si jistý/a, nebo odmítáte?
Prozatím odmítám, chci být hodně samostatný. Vadí mi, když mi personál nerozumí, proto si raději všechno udělám sám, protože mě moc nechápou.

10. Kvalitu mezilidských vztahů v tomto zařízení hodnotíte spíše kladně, neutrálně nebo záporně?
Byl jsem překvapen, myslel jsem si, že jsou tady ti lidé jinak nastavení. Staří lidé si dokáží navzájem škodit. To byste nevěřila, co vše dokáží vymyslet.
11. Kdyby byla ta možnost něco změnit na vašem bydlení, nezměnil/a byste nic, pouze něco nebo úplně vše?
Chtěl bych více soukromí. Když jsem na pokoji dva, střídá se tam více personálu a někdy mi to opravdu není vhod. Mám raději klid.
12. Se zdravotnickou péčí v tomto zařízení jste spokojen/a, spíše nespokojen/a, zcela nespokojen/a?
Jsem spokojený, nic mi není, tak za nimi nechodím. Jednou jsem potřeboval, paní doktorka o mě měla zájem i starost a to bylo milé.
13. Co Vám může zkazit Váš den?
Já jsem v pohodě a někdy mi fakt zkazí den, když musím jíst to, co mi nechutná.

Řízený rozhovor s klientem č. 12

1. Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života? (nešťastná / neutrální / šťastná)
Paní, já už bych to tak nikdy nechtěla. Kdyby si mě chtěl Pánbůh vzít. Nikdy jsem si nic nepřála, ale teď si přeji mít klid.
2. Kdyby byla ta možnost, co byste na svém zdravotním stavu zlepšil/a?
Paní, já mám hodně dětí. Kdybych měla dříve tolik rozumu, co mám teď, možná bych ani tolik děcek už neměla.
3. Jste v bezprostřední péči medicínského oboru, jiném než ORL?
Řešila jsem zuby, ale těch peněz ☹ No, ale s tou hlavou, ale to tam nepište, já to moc neříkám. Ono to není na první pohled vidět, ale naši to vědí.
4. Ve svém životě jste šťastný/á, neurčitý/á, smutný/á?
Moc nevidám děcka, chodím k tomu doktorovi na tu hlavu a oni se s tím moc nesmířili.
5. Cítíte nějaké permanentní ohrožení nějakým stavem? (Například problémy v dopravě, přechody pro chodce, bariéry, apod.)
Necítím už vůbec nic.
6. Máte dost času pro svůj každodenní život? Měl by mít den podle vás více hodin nebo by měl být spíše kratší?
Mám, já mám tolik času, že bych ani tolik moc mít už nemusela.

7. Byl nástup do zařízení zlomový v oblasti Vašich zájmů a koníčků? Můžete se zde nadále věnovat svým zájmům / koníčkům, kterým jste se věnoval/a před nástupem do zařízení?

Já jsem nikdy nic nedělala, neměla jsem čas. Já měla ty děcka, hospodářství, práce venku, pak vevnitř. Když jsem pletla nebo háčkovala, tak to nebyla radost, to byla povinnost. My neměli tolik peněz, abychom mohli vše kupovat.

8. Vnímáte svůj sluchový problém v souvislosti se spánkem? Jste odpočatý/á, spíše unavený/á, nevyspalý/á?

Na mě začne večer hodně věcí doléhat, pak z toho nespím. Ráno jsem jak zbitá. Kdyby aspoň ty děcka chodily, a to jich mám tolik.

9. Případnou možnost osobní asistence spíše vítáte, nejste si jistý/a, nebo odmítáte? Já jsem raději sama. Sestřičky mi pomůžou, ale jinak to nechci. Já se nechci ani moc bavit. Taky co bych komu vyprávěla, že jsem si život posrala sama?

10. Kvalitu mezilidských vztahů v tomto zařízení hodnotíte spíše kladně, neutrálně nebo záporně?

Záporně. Nikdo se s nikým na ničem nedomluví. To máte, i když jste z jiného patra, tak se na vás každý divně tváří.

11. Kdyby byla ta možnost něco změnit na vašem bydlení, nezměnil/a byste nic, pouze něco nebo úplně vše?

Ne, já mám všechno, mám to blízko a mám i dobrou koupelnu se židlí a s teplou vodou. Doma jsme měli jen karmu a spíše vždy studenou vodu. Tady je to pěkné.

12. Se zdravotnickou péčí v tomto zařízení jste spokojen/a, spíše nespokojen/a, zcela nespokojen/a?

Jsem spokojená, na objednání u paní doktorky dlouho nečekáme. Ona ví, co potřebuji, mám jí tady po ruce. Dříve jsem za doktorkou musela do vedlejší dědiny a to bylo blbé.

13. Co Vám může zkazit Váš den?

Ta baba, co je se mnou na pokoji. To je takový ludra, někdy vstává hore zadkem. Ale už bych jinam nešla, zvykly jsme si na sebe, ale baba někdy nemá den.

Řízený rozhovor s klientem č. 13

1. Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života? (nešťastná / neutrální / šťastná)

Jsem nešťastná, nikdo se mnou nemluví a jsem pořád sama.

2. Kdyby byla ta možnost, co byste na svém zdravotním stavu zlepšil/a?

Už bych chtěla umřít, všechno mě bolí a starou belu slyším.

3. Jste v bezprostřední péči medicínského oboru, jiném než ORL?

Pan doktor Čejka je můj doktor, k němu chodím léta. Už je to taky dědek a myslím, že umře dřív než já.

4. Ve svém životě jste šťastný/á, neurčitý/á, smutný/á?

Byla jsem, teď už ne, děti na mě kašlou, vy tady na mě kašlete, je to pomalé čekání na smrt.

5. Cítíte nějaké permanentní ohrožení nějakým stavem? (Například problémy v dopravě, přechody pro chodce, bariéry, apod.)

Já už nikam nechodím. Když potřebuji, tak mě veze sestřička na vozíku.

6. Máte dost času pro svůj každodenní život? Měl by mít den podle vás více hodin nebo by měl být spíše kratší?

Až moc, pořád nás do něčeho nutí a to se mi moc nepozdává. Někdy bych raději ležela.

7. Byl nástup do zařízení zlomový v oblasti Vašich zájmů a koníčků? Můžete se zde nadále věnovat svým zájmům / koníčkům, kterým jste se věnoval/a před nástupem do zařízení?

Ani ne, teď mám více času na televizi a na Šlágr. To jsem dříve neměla, skákala jsem kolem dědy a hospodářství.

8. Vnímáte svůj sluchový problém v souvislosti se spánkem? Jste odpočatý/á, spíše unavený/á, nevyspalý/á?

Pořád polehávám a pak v noci nespím a ráno mi to chybí.

9. Případnou možnost osobní asistence spíše vítáte, nejste si jistý/a, nebo odmítáte?

Ne, sestřičky jsou hodné a se vším mi pomohou.

10. Kvalitu mezilidských vztahů v tomto zařízení hodnotíte spíše kladně, neutrálně nebo záporně?

Chybí mi rodina a moje sestra. Děda mi už tolik nechybí. Ale tady se mám dobře.

11. Kdyby byla ta možnost něco změnit na vašem bydlení, nezměnil/a byste nic, pouze něco nebo úplně vše?

Kromě toho, že špatně slyším, také špatně vidím, takže je mi jedno. Ale prý to tu máme pěkné.

12. Se zdravotnickou péčí v tomto zařízení jste spokojen/a, spíše nespokojen/a, zcela nespokojen/a?

Ano jsem, hodně spokojená, jen ten náš pan doktor je už dědek.

13. Co Vám může zkazit Váš den?

Špatné jídlo a zlá sestra.

Řízený rozhovor s klientem č. 14

1. Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života? (nešťastná / neutrální / šťastná)

Jsem nešťastná, mám trápení.

2. Kdyby byla ta možnost, co byste na svém zdravotním stavu zlepšil/a?

Sluch a špatně se domluvím, moc mi to nejde.

3. Jste v bezprostřední péči medicínského oboru, jiném než ORL?

Psychiatr, mívám deprese.

4. Ve svém životě jste šťastný/á, neurčitý/á, smutný/á?

Momentálně se cítím neurčitě a spíš nevím, co to je.

5. Cítíte nějaké permanentní ohrožení nějakým stavem? (Například problémy v dopravě, přechody pro chodce, bariéry, apod.)

Jo určitě. Například přecházení cest, kde nejsou přechody, nevím, když na mě troubí a neslyším přijíždějící auto.

6. Máte dost času pro svůj každodenní život? Měl by mít den podle vás více hodin nebo by měl být spíše kratší?

To asi ji, když mám deprese, tak je mi den dlouhý.

7. Byl nástup do zařízení zlomový v oblasti Vašich zájmů a koníčků? Můžete se zde nadále věnovat svým zájmům / koníčkům, kterým jste se věnoval/a před nástupem do zařízení?

Určitě byl, hodně mě to omezilo. Dříve jsem se věnovala hudbě. Hrála jsem na klavír.

8. Vnímáte svůj sluchový problém v souvislosti se spánkem? Jste odpočatý/á, spíše unavený/á, nevyspalý/á?

Často mi hučí nebo píská v uších, obzvláště v noci, tak se moc nevyspím.

9. Případnou možnost osobní asistence spíše vítáte, nejste si jistý/a, nebo odmítáte?

Nejistě, nechci jí, není mi to vhodné, stydím se, ale vím, že ji potřebuji.

10. Kvalitu mezilidských vztahů v tomto zařízení hodnotíte spíše kladně, neutrálně nebo záporně?

Neutrálně, protože jsem často nasraná na život.

11. Kdyby byla ta možnost něco změnit na vašem bydlení, nezměnil/a byste nic, pouze něco nebo úplně vše?

Pouze něco, více soukromí, a aby to bylo více podobné tomu, jako jsem to měla doma.

12. Se zdravotnickou péčí v tomto zařízení jste spokojen/a, spíše nespokojen/a, zcela nespokojen/a?

Ano.

13. Co Vám může zkazit Váš den?

Protivná sestra.

Řízený rozhovor s klientem č. 15

1. Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života? (nešťastná / neutrální / šťastná)

Jsem nešťastná.

2. Kdyby byla ta možnost, co byste na svém zdravotním stavu zlepšil/a?

Samostatnost a lepší sluch. Také mi vadí, že zapomínám a musím mít plenky.

3. Jste v bezprostřední péči medicínského oboru, jiném než ORL?

Nemyslím si.

4. Ve svém životě jste šťastný/á, neurčitý/á, smutný/á?

Některé dny jsou dobré, některé horší.

5. Cítíte nějaké permanentní ohrožení nějakým stavem? (Například problémy v dopravě, přechody pro chodce, bariéry, apod.)

Nepocit'uji, protože mě převážení na vozíčku, sama totiž už nechodím.

6. Máte dost času pro svůj každodenní život? Měl by mít den podle vás více hodin nebo by měl být spíše kratší?

Den, kdy jsou akce, jsou krátké a naopak, když se tady nic neděje, tak ten den nemá konec. Aktivní dny by mohly být delší.

7. Byl nástup do zařízení zlomový v oblasti Vašich zájmů a koníčků? Můžete se zde nadále věnovat svým zájmům / koníčkům, kterým jste se věnoval/a před nástupem do zařízení?

Nástup do domova byl pro mě v této oblasti výhodou. Věnují se mi, s jejich pomocí se někdy dokážu i postavit a ujít pár kroků. Jinak jsem vždy ráda cestovala, ale k tomu se už nedostanu, ale sleduji cestopisné dokumenty v televizi.

8. Vnímáte svůj sluchový problém v souvislosti se spánkem? Jste odpočatý/á, spíše unavený/á, nevyspalý/á?

Ano, často se cítím unavená a někdy prospím celý den i celou noc.

9. Případnou možnost osobní asistence spíše vítáte, nejste si jistý/a, nebo odmítáte?

Osobní asistenci bych uvítala, protože by se mi mohl více věnovat a možná bych se mohla ještě někam podívat.

10. Kvalitu mezilidských vztahů v tomto zařízení hodnotíte spíše kladně, neutrálně nebo záporně?

Vztah s ostatními klienty mám spíše neutrální, moc si jich nevšímám, jsem samotářka.

11. Kdyby byla ta možnost něco změnit na vašem bydlení, nezměnil/a byste nic, pouze něco nebo úplně vše?

Raději bych byla na pokoji sama a nejlépe i v úplně jiné zemi, někde u moře.

12. Se zdravotnickou péčí v tomto zařízení jste spokojen/a, spíše nespokojen/a, zcela nespokojen/a?

Péči mám plnou, snažím se být spokojená, i když bych o sebe raději pečovala sama. Občas to dám sestřičkám najevo a pak je mi to líto.

13. Co Vám může zkazit Váš den?

Když se mi nemůžou pečovatelé okamžitě věnovat. Myslím tím hned a podle mých představ. To pak o mě ví snad celý dům. Hodně nahlas na ně křičím HALOOO.

Otázky řízeného rozhovoru se sociálními pracovníky pobytových zařízení

1. Jak byste zhodnotil / zhodnotila kvalitu života osob se sluchovým postižením ve Vašem zařízení?
2. Považujete sluchové postižení za aspekt ovlivňující kvalitu života? Popřípadě jak a proč?
3. Jste připraveni (zařízení i vy osobně) na příchod sluchově postižených do Vašeho zařízení?
4. Jaký okruh služeb je Vaše zařízení připraveno poskytnout sluchově postiženým klientům?
5. Je ve vašich možnostech zajistit speciální služby pro sluchově postižené, jako je tlumočnick, psycholog, apod.?
6. Máte vy sám / sama osobní zkušenost s klientem se sluchovým postižením?
7. Kdyby byla ta možnost, co byste si osobně nebo svému zařízení profesně dopřáli? Například větší prostory, více pracovníků, více odborných seminářů, ...?
8. Co považujete za silnou stránku Vašeho zařízení, která zvyšuje kvalitu života osob se sluchovým postižením?
9. Jak dle Vašeho názoru vnímá okolí jedince se sluchovým postižením?
10. Zlepšuje se podle Vašeho názoru kvalita života osob se sluchovým postižením?

**Přepsané řízené rozhovory se sociálními pracovníci
pobytových zařízení**

Řízený rozhovor se sociálním pracovníkem č. 1

1. Jak byste zhodnotil / zhodnotila kvalitu života osob se sluchovým postižením ve Vašem zařízení?

Tak kvalita života... Komunikace s personálem je samozřejmě náročnější, ale vzhledem k tomu, že personál se naučí vycházet jim vstříc a ví, jak individuálně s každým komunikovat, tak si myslím, že ve výsledku to funguje. Co se týče například hromadných akcí, které tady pořádáme, si myslím, že je to složitější. Máme tady klientku, která jezdí ráda na koncerty, ale vnímá jenom vibrace a hodně hlasité zvuky, takže třeba nezpívá, i když by ty písničky znala, ale kamkoliv ji například v jídelně dáme, tak tu hudbu neslyší, což je na ní i vidět, že ji to mrzí, že by si ráda zazpívala a poslechla. Takže hlavně asi v té komunikaci a taky v komunikaci klient mezi klientem, tam je taky problém, protože oni vzájemně nevědí, jak na sebe mají nahlas mluvit. Jde vidět i na chodbách, že si vzájemně nepovídají, protože se nechtějí snažit vyjít tomu druhému vstříc.

2. Považujete sluchové postižení za aspekt ovlivňující kvalitu života? Popřípadě jak a proč?

Tak určitě, protože to mají sluchově postižení všechno náročnější. Vzhledem k tomu, že se musí doptávat, co jsme jim vlastně řekli, tak už se cítí znevýhodnění a častokrát i mávnou rukou, jakože radši nic. Mají pocit, že by obtěžovali tím, že jim budeme informaci opakovat, proto dělají, že informaci porozuměli. Častokrát kvůli tomuto tedy informaci ani nedostanou. Například také na hromadných akcích (kino) nechtějí sluchově postižení klienti žádné výjimky, protože mají pocit, že by obtěžovali, a proto se radši spokojí s tím, co je. Toto jsou rozhodně situace, které je zatěžují, a jejich život není tak kvalitní, protože oni sami si nechtějí říkat o to, aby se s nimi individuálně pracovalo.

3. Jste připraveni (zařízení i vy osobně) na příchod sluchově postižených do Vašeho zařízení?

Relativně, ale co se týče třeba nějaké znakové řeči, tak si myslím, že ani žádný kurz ani školení nemáme. Moc se s tím nesetkáváme, že bychom tu měli úplně neslyšícího klienta. Takže... Přípravení? Myslím si, že spíše ne než ano.

4. Jaký okruh služeb je Vaše zařízení připraveno poskytnout sluchově postiženým klientům?

Okruh služeb je asi stejný jako pro klienty bez jakéhokoliv postižení. Tím, že se individuálně poupraví tak, aby to vyhovovalo. Jsou to takové nadstandardní služby, jako je například aktivizace - samozřejmě, když bude nějaké hromadné čtení a aktivizační pracovník bude číst hromadně, tak bude číst normální hlasitostí, ale když uvidí, že klient neslyší, tak poté individuálně za ním dojde a bude číst například na pokoji, kde nejsou žádné ruchy, a kde ten hlas může zvýšit. Ale co se týče standardních služeb, tak tam si myslím, že to není nějak omezující. Klient, když si řekne, co chce, tak to budeme všichni respektovat. Musí nám sám sdělit své požadavky. Taktéž v zařízení máme obrázky (piktogramy), které teda nevyužíváme zatím u sluchově postižených klientů, ale ta možnost by tady taky byla.

5. Je ve vašich možnostech zajistit speciální služby pro sluchově postižené, jako je tlumočnick, psycholog, apod.?

Asi v situaci, když by se na to opravdu dostalo, tak si myslím, že určitě! Vše by se řešilo individuálně dle potřeb klienta. Kdyby byl například přijat klient, který by s námi nedokázal komunikovat, jistě bychom dokázali zařídit i tlumočnicka, taktéž psychologa.

5. Máte vy sám / sama osobní zkušenost s klientem se sluchovým postižením?

Nevím, jak bych definovala to sluchové postižení, tady klienti mají ten sluch zhoršený, jsou nedoslýchaví. Takže vlastně můžu říci, že ano, ale ne úplně s neslyšícím člověkem.

6. Kdyby byla ta možnost, co byste si osobně nebo svému zařízení profesně dopřáli? Například větší prostory, více pracovníků, více odborných seminářů, ...?

Určitě by bylo vhodné školení ohledně znakové řeči. Otázkou je, ale v jaké fázi by byl klient. Pokud by ohluhl ve stáří, nevím, zdali by bylo v jeho možnostech se znakovou řeč naučit. Jistě by nám také pomohlo mít více pracovníků, aby byla práce co nejvíce individuální, a rozhodně by se u nás neztratil pracovník, co znakovou řeč umí.

7. Co považujete za silnou stránku Vašeho zařízení, která zvyšuje kvalitu života osob se sluchovým postižením?
Stoprocentně ochota našich zaměstnanců, vždy chtějí vyjít klientům vstříc. Máme tady také individuální plánování, které je teda v každém zařízení, ale rozhodně ho využíváme k co nejindividuálnější práci s klientem. Péče o naše klienty je maximální. Aktivizační pracovníce dělají v našem zařízení takéž mnoho.
8. Jak dle Vašeho názoru vnímá okolí jedince se sluchovým postižením?
Okolí jedince se sluchovým postižením rozhodně vnímá jinak, právě asi svým způsobem znevýhodněným, jelikož sami nevědí, jak s takovým člověkem mají pracovat či komunikovat.
9. Zlepšuje se podle Vašeho názoru kvalita života osob se sluchovým postižením?
Určitě. Asi také kvůli moderním technikám, kdy doba jim vychází vstříc. Nedokážu to stoprocentně posoudit, jelikož s těmito klienty moc zkušeností nemám, ale dle mého názoru se rozhodně kvalita života zvyšuje.

Řízený rozhovor se sociálním pracovníkem č. 2

1. Jak byste zhodnotil / zhodnotila kvalitu života osob se sluchovým postižením ve Vašem zařízení?
Ze strany zaměstnanců našeho domova pro seniory je poskytování péče velmi kvalitní. Klienty zapojujeme do aktivitací, komunikaci se snažíme přizpůsobit potřebám klientů a pomáháme s péčí o kompenzační pomůcky, tj. naslouchadla, zajištění kontrol a vyšetření u lékaře, dopravu nebo doprovod tam i zpět.
2. Považujete sluchové postižení za aspekt ovlivňující kvalitu života? Popřípadě jak a proč?
Sluchové postižení může v domově pro seniory způsobovat určitou sociální exkluzi. Hlavně chování ostatních klientů vůči sluchově postiženému. Často nemají chuť přizpůsobovat svou komunikaci potřebám postiženého, Při komunikaci více klientů (například u oběda u jednoho stolu) se sluchově postiženým klientem nekomunikují, nezapojí jej do tématu hovoru.
3. Jste připraveni (zařízení i vy osobně) na příchod sluchově postižených do Vašeho zařízení?
Ano, se sluchově postiženými máme mnoho zkušeností.
4. Jaký okruh služeb je Vaše zařízení připraveno poskytnout sluchově postiženým klientům?

Pobytovou sociální službu – domov pro seniory, pečovatelskou službu – v terénu a v domě s pečovatelskou službou.

5. Je ve vašich možnostech zajistit speciální služby pro sluchově postižené, jako je tlumočnick, psycholog, apod.?

Do domova pro seniory pravidelně dochází lékař psychiatr, který je klientům plně k dispozici. Věřící klienti mohou také využít služeb duchovního.

6. Máte vy sám / sama osobní zkušenost s klientem se sluchovým postižením?

Při jednání s klienty se sluchovým postižením přizpůsobujeme komunikaci jejich specifickým potřebám – klidné prostředí bez rušivých elementů, hlasitá a srozumitelná verbální komunikace, využívání neverbální komunikace, využívání jednoduchých piktogramů, psaného textu apod.

7. Kdyby byla ta možnost, co byste si osobně nebo svému zařízení profesně dopřáli? Například větší prostory, více pracovníků, více odborných seminářů, ...?

Více prostoru umožňujících soukromí při návštěvách rodin a přátel. Odborných a kvalitních seminářů není nikdy dost. Rekonstrukci domova, aby i klienti upoutaní na lůžko mohli na terasu domova.

8. Co považujete za silnou stránku Vašeho zařízení, která zvyšuje kvalitu života osob se sluchovým postižením?

Množství aktivitací, pomocí kterých zapojujeme klienty do života v domově. Smyslové aktivizace individuální nebo skupinové, bazální stimulace, množství výletů mimo domov pro seniory jak do přírody, tak kulturně orientované, kterých se účastní všichni klienti bez ohledu na sluchové postižení.

9. Jak dle Vašeho názoru vnímá okolí jedince se sluchovým postižením?

Rodiny, přátelé a zaměstnanci je vnímají dobře. U ostatních klientů je to složitější, někteří je vnímají pozitivně, jiní spíše negativně. Stejně tak u různých doplňkových služeb, jako je kadeřnice, pedikérka nebo pošťačka a jiní, kteří za klienty docházejí.

10. Zlepšuje se podle Vašeho názoru kvalita života osob se sluchovým postižením?

V domově pro seniory pracuji více než 10 let a situace mi přijde pořád stejná.

Řízený rozhovor se sociálním pracovníkem č. 3

1. Jak byste zhodnotil / zhodnotila kvalitu života osob se sluchovým postižením ve Vašem zařízení?

V našem zařízení máme 18 klientů, z toho pouze dva muži žijí se sluchovým postižením. Oba jsou starší 85 let. Při poskytování sociální služby k nim přistupujeme s ohledem na jejich snížené komunikační schopnosti. Máme k tomu zpracovány postupy, respektive zásady komunikace s těmito dvěma klienty, a podle nich postupujeme. Kvalita života každého našeho klienta, tedy i dvou mužů se sluchovým postižením, je pro nás důležitá. Máme proškolený personál v komunikačních technikách se seniory se sluchovým postižením.

2. Považujete sluchové postižení za aspekt ovlivňující kvalitu života? Popřípadě jak a proč?

Samozřejmě. V případě našich klientů však jde o sluchové znevýhodnění získané věkem a neléčenými nemocemi. Jeden z nich navíc trpí Alzheimerovou chorobou, proto bývá náročné s ním komunikovat. Pakliže nám hůře rozumí nebo my nechápeme, co nám chce sdělit, bývá nervózní a neklidný. Přesně u tohoto pána máme zmapováno, že musíme věnovat velkou pozornost jeho potřebám, abychom mohli zajistit jeho spokojenost.

3. Jste připraveni (zařízení i vy osobně) na příchod sluchově postižených do Vašeho zařízení?

Samozřejmě. Mnoho seniorů trpí sluchovým postižením, to není žádná výjimka.

4. Jaký okruh služeb je Vaše zařízení připraveno poskytnout sluchově postiženým klientům?

Poskytujeme sociální službu domov pro seniory. Jsme registrovaný poskytovatel sociální služby podle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách. Nejsme sice zařízení zaměřené primárně na klienty se sluchovým postižením, ale máme s péčí o ně zkušenosti. Proto jsme připraveni poskytnout sluchově postiženým stejný rozsah poskytované sociální služby, jako lidem bez tohoto postižení.

5. Je ve vašich možnostech zajistit speciální služby pro sluchově postižené, jako je tlumočnická, psychologická, apod.?

Ano, spolupracujeme s neziskovou organizací, která se zaměřuje na sluchově postižené. V případě potřeby se na ně můžeme obrátit. Tato nezisková organizace nás navíc proškolila v komunikaci se s osobami se sluchovým postižením.

6. Máte vy sám / sama osobní zkušenost s klientem se sluchovým postižením?

Ano, v sociálních službách pracuji 21 let a máme bohaté zkušenosti s touto cílovou skupinou.

7. Kdyby byla ta možnost, co byste si osobně nebo svému zařízení profesně dopřáli?
Například větší prostory, více pracovníků, více odborných seminářů, ...?
Myslím, že jsme kvalitě vybavená sociální služba, stejně tak i personálně obsazená. Protože jsme malý domov, dbáme na kvalitu personálu a jejich individuální přístup ke klientům. Naše vedení se stará. Osobně bych se ráda účastnila semináře zaměřeného na validaci a validační techniky práce se seniory s demencí.
8. Co považujete za silnou stránku Vašeho zařízení, která zvyšuje kvalitu života osob se sluchovým postižením?
Rozhodně je to individuální přístup ke každému našemu klientovi, pracujeme s životními příběhy, spolupracujeme s rodinami našich klientů, staráme se o personál, využíváme moderní metody práce se seniory. Naší velkou výhodou je, že jsme malé zařízení rodinného typu.
9. Jak dle Vašeho názoru vnímá okolí jedince se sluchovým postižením?
To nelze říct jednoznačně. U každého z nich je to jiné. Záleží na jejich celkovém zdravotním stavu, také na tom, zda mají demenci, popřípadě v jakém stupni demence jsou. Všeobecně ale bývají spíše samotáři, mají rádi klid, bývají pozorovatelé a rozhodně potřebují individuální přístup.
10. Zlepšuje se podle Vašeho názoru kvalita života osob se sluchovým postižením?
I toto nelze říct jednoznačně. Kvalitu života ovlivňuje celkový zdravotní stav, osobní pohoda, ale také naturel a osobnost člověka se sluchovým postižením. Důležitým faktorem, který ovlivňuje kvalitu života, je kontakt s nejbližšími a všeobecně vztahy s ostatními lidmi, v našem zařízení tedy nejen s personálem, ale i s ostatními klienty. Důležité jsou také kompenzační pomůcky, jejich správné nastavení a využívání. Je-li toto vše v rovnováze, jsme přesvědčená, že mohou lidé se sluchovým postižením žít kvalitní život ve formální i neformální péči.

Řízený rozhovor se sociálním pracovníkem č. 4

1. Jak byste zhodnotil / zhodnotila kvalitu života osob se sluchovým postižením ve Vašem zařízení?
Věřím, že se klientům se sluchovým postižením u nás daří dobře. A že jsou u nás spokojeni a prožívají u nás hezké chvílky, tak jako klienti, kteří sluchové postižení nemají.

2. Považujete sluchové postižení za aspekt ovlivňující kvalitu života? Popřípadě jak a proč?

Bezesporu ano. Smyslová postižení všeobecně patří k těm, která výrazně ovlivňují kvalitu života.

3. Jste připraveni (zařízení i vy osobně) na příchod sluchově postižených do Vašeho zařízení?

Ano, většina našich klientů má sluchové postižení. Sociální službu poskytujeme pro seniory, jejich věkový průměr je 84 let. Téměř všem se zhoršuje sluch a zrak věkem.

4. Jaký okruh služeb je Vaše zařízení připraveno poskytnout sluchově postiženým klientům?

Nerozlišujeme, jaké má klient postižení, pečujeme o všechny stejně. U klientů se sluchovým postižením upravujeme především aktivizační programy, věnujeme se jim hodně individuálně a dáváme si pozor na různé komunikační šumy.

5. Je ve vašich možnostech zajistit speciální služby pro sluchově postižené, jako je tlumočnická, psychologická, apod.?

Ano, službu poskytujeme ve velkém městě. Spolupracujeme s psycholožkou, speciálním pedagogem, máme velmi dobře proškolený personál. Tlumočnicka ze znakového jazyka jsme ještě nepotřebovali, jelikož žádný z našich klientů neznákuje.

6. Máte vy sám / sama osobní zkušenost s klientem se sluchovým postižením?

Ano, v sociálních službách působím desátým rokem a vždy jsem pracovala se seniory.

7. Kdyby byla ta možnost, co byste si osobně nebo svému zařízení profesně dopřáli?

Například větší prostory, více pracovníků, více odborných seminářů, ...?

To bychom tady byli na dlouho. Především bych všeobecně všem sociálním službách přála více pracovníků, kteří vědí, proč tu práci dělají, dělají jí dobře a jsou za ní také adekvátně ohodnoceni. Také bych si přála pro naši zařízení větší prostor pro individuální práci s klienty.

8. Co považujete za silnou stránku Vašeho zařízení, která zvyšuje kvalitu života osob se sluchovým postižením?

Proškolení personálu, opravdu se tomu velmi věnujeme. Dobrá komunikace s našimi klienty je základ. Nutno připomenout, že komunikace s nimi nemusí být

náročná jen proto, že špatně slyší, ale také proto, že mají demenci. I proto se komunikačním technikám hodně věnujeme.

9. Jak dle Vašeho názoru vnímá okolí jedince se sluchovým postižením?

V případě našich klientů jsem přesvědčená, že si okolí může myslet a většinou asi i myslí, že starý člověk špatně slyší a špatně vidí. Takový společenský stereotyp.

10. Zlepšuje se podle Vašeho názoru kvalita života osob se sluchovým postižením?

Ano. Ale rozhodně to má své rezervy. Například v individuálním přístupu ke klientům se sluchovým postižením, toho není a nebude nikdy dost.

Řízený rozhovor se sociálním pracovníkem č. 5

1. Jak byste zhodnotil / zhodnotila kvalitu života osob se sluchovým postižením ve Vašem zařízení?

Zjišťovat všeobecně kvalitu života je náročné, natož v našem zařízení. Jsme domov se zvláštním režimem a zde se každodenně setkáváme s celou řadou komunikačních problémů. Do toho mnozí naši klienti opravdu špatně slyší, nebo dokonce i špatně vidí. Takovéto klienty hodně pozorujeme, bavíme se o nich, pochopitelně se bavíme i s nimi a vyhodnocujeme, jak se jim u nás daří. Snažíme se hodně spolupracovat s rodinami, zjišťujeme si klientův životní příběh, radíme se s nimi.

2. Považujete sluchové postižení za aspekt ovlivňující kvalitu života? Popřípadě jak a proč?

Ano, stejně tak jako ostatní zdravotní postižení. Od klientů se sluchovým postižením často slýchám, že se cítí na světě hodně sami, že jsou opuštěni.

3. Jste připraveni (zařízení i vy osobně) na příchod sluchově postižených do Vašeho zařízení?

Ano, většina našich klientů má řadu zdravotních znevýhodnění, nepřichází jen s jednou konkrétní nemocí nebo hendikepem.

4. Jaký okruh služeb je Vaše zařízení připraveno poskytnout sluchově postiženým klientům?

Především individuální přístup, proškolený personál, máme u takovýchto klientů nastaveny různé alternativní způsoby komunikace. Používáme kartičky, piktogramy, pravidelně je informujeme i písemnou formou, aby věděli, co se v našem zařízení děje.

5. Je ve vašich možnostech zajistit speciální služby pro sluchově postižené, jako je tlumočník, psycholog, apod.?

Spolupracujeme s psychology. Máme štěstí na dva, z toho paní psycholožka je již sama v důchodu, proto tady s námi bývá poměrně dost často a našim klientům se velmi intenzivně věnuje.

6. Máte vy sám / sama osobní zkušenost s klientem se sluchovým postižením?

Ano, v sociálních službách působím 14 let. Pracovala jsem i v domově pro osoby se zdravotním postižením, kde jsme také měli některé klienty se sluchovým postižením. Řekla bych, že se mnohým postižením věnuje mnohem větší pozornost, než tomu bylo dříve. To je fajn.

7. Kdyby byla ta možnost, co byste si osobně nebo svému zařízení profesně dopřáli?

Například větší prostory, více pracovníků, více odborných seminářů, ...?

Více pracovníků, ale to asi slyšíte všude. Nejde jen o jejich počet, ale také o jejich kvalitu. Máme v péči dvě cizinky, jedna paní kolegyně je Ukrajinka a ta druhá Moldavanka. Přestože jsou obě skvělé pečovatelky, právě ony mají často potíže komunikovat s našimi seniory, obzvláště s těmi, kteří již hůře slyší.

8. Co považujete za silnou stránku Vašeho zařízení, která zvyšuje kvalitu života osob se sluchovým postižením?

Nerozlišujeme, s jakým zdravotním postižením naši klienti přicházejí. Snažíme se pro ně poskytovat vše, co potřebují a co od nás očekávají. Bohužel narážíme na nedostatek personálu a někdy i na jejich ochotu. Je to začarovaný kruh. Ale jsem přesvědčená, že máme skvělý aktivizační úsek, který se klientům se sluchovým postižením hodně věnuje.

9. Jak dle Vašeho názoru vnímá okolí jedince se sluchovým postižením?

Těžko říci. Nejprve to spíše nepoznají, pak se leknou a pak neví, jak s nimi komunikovat. Mívají tendence mluvit hodně nahlas nebo gestikulovat v domnění, že je člověk se sluchovým postižením lépe pochopí.

10. Zlepšuje se podle Vašeho názoru kvalita života osob se sluchovým postižením?

Ano, stejně tak jako se zlepšují sociální služby všeobecně. Osobně vidím obrovský kus odvedené práce, za těch 14 let, co v nich působím.

Kompenzační pomůcky pro sluchově postižené

Obrázek č. 1 – Sluchadla



Zdroj: <https://www.idetskysluch.cz/kompenzace/sluchadla/z-historie-sluchadel-100/>

Obrázek č. 2 – Sluchadla



Zdroj: <https://www.zivotsesyndromem.cz/druhy-sluchadel/>

Obrázek č. 3 – Naslouchátko



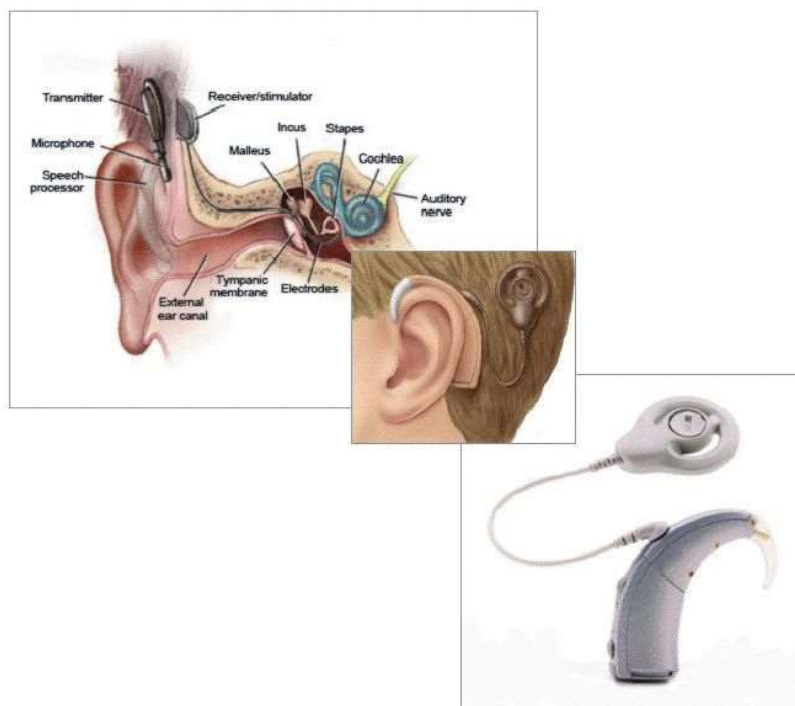
Zdroj: <https://www.covybrat.cz/nejlepsi-naslouchatka/>

Obrázek č. 4 – Sluchadla



Zdroj: <https://www.zivotsesyndromem.cz/druhy-sluchadel/>

Obrázek č. 5 – Kochleární implantát



[Zdroj:https://www.teiresias.muni.cz/comin/kurz-komunikace-se-sluchove-postizenymi/technologicke-prostredky-ke-kompenzaci-sluchove-ztraty](https://www.teiresias.muni.cz/comin/kurz-komunikace-se-sluchove-postizenymi/technologicke-prostredky-ke-kompenzaci-sluchove-ztraty)