

Univerzita Hradec Králové

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky a logopedie

# **Úroveň podpory nedoslýchavých seniorů v České republice**

Diplomová práce

Autor: Bc. Anna Pilařová  
Studijní program: N7506 Speciální pedagogika  
Studijní obor: Speciální pedagogika - logopedie  
Vedoucí práce: Mgr. Tereza Skákalová, Ph.D.



## Zadání diplomové práce

<b>Autor:</b>	<b>Anna Pilařová</b>
Studium:	P15P0683
Studijní program:	N7506 Speciální pedagogika
Studijní obor:	Speciální pedagogika - logopedie
<b>Název diplomové práce:</b>	<b>Úroveň podpory nedoslýchavých seniorů v České republice</b>
Název diplomové práce AJ:	The quality of support for the hearing-impaired seniors in the Czech Republic

### **Cíl, metody, literatura, předpoklady:**

Záměrem diplomové práce je zjišťovat úroveň podpory a péče o nedoslýchavé seniory v České republice. Teoretická část popisuje možnosti komplexní péče a systém služeb pro nedoslýchavé. Praktická část ověřuje spokojenost se stávajícím systémem péče o osoby s postižením sluchu v České republice a zaznamenává názory nedoslýchavých seniorů na něj.

HAVLÍK, Radan. Sluchadlová propedeutika. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2007. 209 s. ISBN 978-80-7013-458-0. HORÁKOVÁ, Radka. Sluchové postižení : úvod do surdopedie. 1. vyd. Praha: Portál, 2012. 160 s. ISBN 978-80-262-0084-0. LEJSKA, Mojmír. Poruchy verbální komunikace a foniatrie. 1. vyd. Brno: Paido, 2003. 156 s. ISBN 80-7315-038-7. ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. Klinická logopedie. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. 616 s. ISBN 978-80-7367-340-6. VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 522 s. ISBN 80-7178-308-0.

Garantující pracoviště: Katedra speciální pedagogiky,  
Pedagogická fakulta

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

Oponent: doc. PhDr. Tibor Vojtko, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 5.2.2016

## **Prohlášení**

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

V Hradci Králové 23. 3. 2017

## **Poděkování**

Ráda bych na tomto místě poděkovala Mgr. Tereze Skákalové, Ph.D. za odborné vedení práce. Zároveň bych ráda poděkovala všem respondentům, kteří vyplnili dotazník a podělili se o vlastní zkušenosti a názory.

## **Anotace**

PILAŘOVÁ, Anna. *Úroveň podpory nedoslýchavých seniorů v České republice*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2017. 98 s. Diplomová práce.

Předkládaná práce se zabývá tématem podpory nedoslýchavých seniorů v České republice. První kapitola popisuje vývoj člověka v období stáří a zaměřuje se na kognitivní, tělesné a psychické změny. Druhá kapitola více rozvádí zhoršenou sluchovou percepci spojenou s věkem a představuje stařeckou nedoslýchavost. Jsou uvedeny její příčiny, projevy a možnosti korekce, včetně přehledu sluchadel. Dále se práce věnuje specifickým potřebám seniorů s nedoslýchavostí. Čtvrtá kapitola seznamuje s možnostmi komplexní péče a systémem služeb pro nedoslýchavé. Výzkumná část zaznamenává názory seniorů se stařeckou nedoslýchavostí na stávající systém péče a podpory o nedoslýchavé osoby v České republice. Podkladem pro zpracování je analýza odpovědí seniorů, pro něž byl vytvořen dotazník vlastní konstrukce.

Klíčová slova: senior, stařecká nedoslýchavost, sluchadlo, péče, podpora.

## **Annotation**

PILAŘOVÁ, Anna. *The quality of support for the hearing-impaired seniors in the Czech Republic*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2017. 98 pp. Diploma Degree Thesis.

Presented thesis deals with theme of support of hearing-impaired seniors in the Czech Republic. Chapter one describes human evolution throughout an old age and it focuses on cognitive, physical and emotional changes connected with this specific age group. Chapter two deals with more impaired auditory perception associated with age and it introduces senile hearing loss. There are stated its causes, symptoms and options of correction, including an overview of hearing aids. Further, the thesis is dedicated to the specific needs of seniors with hearing loss. Chapter four makes us familiar with the possibilities of the comprehensive care and the system of services for the hearing-impaired. Research section records the points of view of seniors with hearing loss on the existing system of care and support for hearing-impaired people in the Czech Republic. The basis of processing is analysing answers from seniors for whom the questionnaire was created.

Keywords: senior, senile hearing loss, hearing aid, care, support.

## Obsah

Úvod.....	9
1. Člověk v období stáří.....	10
1. 1. Kognitivní změny.....	11
1. 2. Tělesné změny.....	14
1. 3. Psychické změny.....	16
2. Senior s nedoslýchavostí.....	19
2. 1. Stařecká nedoslýchavost.....	20
2. 1. 1. Příčiny stařecké nedoslýchavosti.....	22
2. 1. 2. Projevy stařecké nedoslýchavosti.....	23
2. 2. Možnosti korekce.....	25
2. 2. 1. Sluchadlo.....	27
3. Potřeby seniorů s nedoslýchavostí.....	34
3. 1. Oblast komunikace.....	34
3. 2. Oblast socializace.....	38
3. 3. Oblast samostatnosti a nezávislosti.....	40
4. Možnosti komplexní péče a podpory pro nedoslýchavé seniory.....	43
4. 1. Lékařská péče.....	43
4. 1. 1. Výběr sluchadla a následná lékařská péče.....	45
4. 2. Systém dalších služeb.....	49
5. Názory seniorů na stávající systém péče a podpory o nedoslýchavé osoby v České republice.....	53
5. 1. Metodika výzkumu.....	53
5. 1. 1. Metody sběru dat.....	54
5. 1. 2. Průběh výzkumu.....	56
6. Interpretace výsledků.....	63
7. Shrnutí výsledků.....	81
8. Doporučení pro praxi.....	83
Závěr.....	85
Seznam použitých zdrojů.....	87
Seznam literatury.....	87
Elektronické zdroje.....	93
Seznam tabulek.....	96

Seznam grafů .....	97
Seznam příloh .....	98



## Úvod

Vzhledem k častému výskytu sluchové vady jsem se v rámci praxí opakovaně setkávala s dětmi s nedoslýchavostí, u nichž došlo k binaurální korekci za pomoci zpravidla závěsných sluchadel a k zahájení rehabilitace pod vedením klinického logopeda, který se hlavně zaměřuje na řečovou a sluchovou výchovu.

Podstatnou část nedoslýchavých tvoří senioři, kteří se rovněž potřebují naučit vnímat zvuky a hlavně řeč a zvyknout si tak na nový poslech se sluchadlem (většinou vlastní jen jedno sluchadlo). Po vydání a nastavení sluchadla není odborný ORL lékař – foniatr povinen zajistit jim surdologopedickou péči jako u dětských pacientů. Proto jsem si za téma diplomové práce vybrala zhodnocení možností péče a podpory o nedoslýchavé osoby v České republice z pohledu seniorů, neboť mě zajímalo, zda jim takto nastavený systém dostačuje a pokud ne, jaká služba jim chybí.

První kapitola seznamuje s kognitivními, tělesnými a psychickými změnami, které doprovází člověka v období stáří. Druhá kapitola se cíleně zaměřuje na stařeckou nedoslýchavost a popisuje její příčiny, projevy a možnosti korekce s větším důrazem na charakteristiku různých typů sluchadel. Následující kapitola představuje stěžejní potřeby seniorů s nedoslýchavostí, které vyplývají z jejich sluchové vady a kompenzace sluchadlem, pro niž je zásadní motivace a podpora rodiny a nejbližšího okolí. Nejde jen o to vybavit člověka sluchadlem, ale především mu zprostředkovat následnou odbornou péči. Proto je záměrem čtvrté kapitoly přiblížit obsah lékařské péče a nabídku dalších služeb pro nedoslýchavé seniory a tím poukázat na chybějící speciálně pedagogickou intervenci, která by doplnila dostupný systém.

Výzkumná část diplomové práce zaznamenává názory seniorů se stařeckou nedoslýchavostí na stávající systém péče a podpory o nedoslýchavé osoby v České republice. Pro získání potřebných názorů byl vytvořen dotazník vlastní konstrukce, který se po svolení rozdával pacientům na ORL pracovištích a klientům v organizacích poskytující služby pro osoby se sluchovým postižením. V každém kraji České republiky bylo vždy osloveno minimálně jedno pracoviště s žádostí o umožnění šíření dotazníků. Předložené výsledky vychází z analýzy odpovědí respondentů, kteří nejen zodpovídali předepsané otázky, ale i sdělovali dosavadní zkušenosti a podělili se o názory, připomínky a komentáře k stávajícímu systému péče a podpory o nedoslýchavé osoby v České republice.

## 1. Člověk v období stáří

Definice pojmu stáří nalezneme v odborné literatuře několik a jeho jednoznačné časové vymezení je velmi nesnadné. Na pojem stáří můžeme nahlížet z pohledu psychologie, sociologie, sociální práce či gerontagogiky (Salivarová, Veteška 2014).

Každý člověk stárne již od narození a každý stárne „jinak“. V některých obdobích života člověk stárne rychleji, v jiných pomaleji. Jak uvádí Wedlichová, Heřmanová (2008), stáří není pouze statistický fakt, je to specifický druh změn. Jedná se o nepříznivé změny, úpadek. V minulosti byl velký protiklad mezi duchovním a tělesným vývojem. „*Dnes se vlivem medicíny situace mění v tom, že tělo déle vzdoruje proti nemocem a úpadku*“ (Wedlichová, Heřmanová 2008, s. 111).

Tempo procesu stárnutí je ovlivňováno nejen genetickými a biologickými změnami, ale i změnami psychickými a sociálními. Tyto změny vyvolávají změny funkční. Nakolik je omezena v období stáří funkčnost biologická, sociální a psychická, je dáno hlavně průběhem a způsobem života, prodělanými chorobami, stresovými situacemi, ale i kvalifikací a vzděláním, aktivitou tělesnou a psychickou (Holásková 2010).

Definici stáří předkládá například Vágnerová (2007), podle ní jde o proměnu osobnosti směřující k jejímu konci. Stáří „*je obdobím relativní svobody, ale i dobou kumulace nevyhnutelných ztrát ve všech oblastech*“ (Vágnerová 2007, s. 299). „*Stáří představuje poslední etapu života člověka, která by se měla vyznačovat nadhledem, moudrostí, pocitem naplnění, ale je poznamenána rovněž poklesem schopností a výkonnosti jedince a jeho funkčními změnami*“ (Salivarová, Veteška 2014, s. 7).

Stáří lze rozdělit na rané stáří (60 – 74 let), vlastní stáří (75 – 89 let) a dlouhověkost (90 a více let), v anglosaských zemích se dle Hartla, Hartlové (2015) používá následující dělení: mladí staří (65 – 74 let), staří (75 – 84 let), velmi staří (85 a více let). Uplatňuje se i dělení do pouhých dvou období, které blíže představuje Vágnerová (2007):

### **a) období raného stáří s periodizací od 60 do 75 let**

Rané stáří, resp. třetí věk, je životní fází, v níž sice dochází k evidentním změnám daným stárnutím, které ale nemusí být ještě tak výrazné, aby staršímu člověku znemožnily aktivní a nezávislý život.

## **b) období pravého stáří, vymezené věkovou kategorií nad 75 let**

Toto období je označováno jako životní fáze pravého stáří, pro niž je typický nárůst problémů daných tělesným i mentálním úpadkem a zvýšené riziko vzniku a kumulace různých zátěžových situací, které kladou značné nároky na adaptaci.

### **1. 1. Kognitivní změny**

Pro stáří je příznačný pokles duševních funkcí, který je podmíněn biologickými změnami a současně ovlivňován i faktory sociálními. Holásková (2010, s. 148) popisuje, že „*biologické involuční procesy vyvolávají zhoršení vnímání, zhoršení motoriky, zpomalení duševních pochodů a všech složek psychické činnosti (myšlení, paměť, citové prožívání, motivace aj.)*.“

Kognitivní plasticita (schopnost využít svůj potenciál) není po šedesátém roce života už příliš velká a postupně stále klesá. Významnou změnou je zpomalení poznávacích procesů a prodloužení reakčních časů, což je důsledkem obecnějších biologických změn ve fungování mozku. „*Předpokládá se, že vzestup reakčních časů odráží obecný pokles rychlosti zpracování informací v centrálním nervovém systému*“ (Vágnerová 2007, s. 319).

Pozornost lze charakterizovat jako zaměřenost a soustředěnost duševní činnosti na určitý objekt nebo děj. Jevy, které upoutají pozornost, se ukládají do paměti (Vágnerová 2010). Vágnerová (2007, s. 320) uvádí, že „*kvalita pozornosti bývá považována za důležitý prediktor celkové úrovně fungování kognitivních schopností. K významnějším změnám dochází ve stáří především v rozdělování a přenášení pozornosti*.“

Schopnost zaměřit se a soustředit na potřebné informace, eliminovat nepodstatné, přesouvat a rozdělovat pozornost dle situace, koordinovat příjem informací z různých zdrojů se v průběhu stáří postupně zhoršuje. Koncentrace pozornosti se mění mnohem méně, pokud jde zvláště o jednoduchou nebo dobře známou činnost, kterou člověk vykonává téměř automaticky a při dané činnosti na něj současně nepůsobí další rušivé podněty (Vágnerová 2007).

Vnímání neboli percepce zachycuje to, co v daný okamžik působí na naše smysly. Je subjektivním odrazem reality v našem vědomí a umožňuje základní orientaci v prostředí nebo v aktuální situaci (Vágnerová 2010). Dle Holáskové (2010) zhoršené vnímání vzniká v důsledku změn ve smyslových orgánech, v nervovém přenosu a v centrálním mozkovém zpracování. Zhoršené vnímání

negativně ovlivňuje život starého člověka, protože způsobuje zpomalení reakcí, větší úrazovost, omezení různých činností a nejvíce narušuje psychické funkce snížením schopnosti rozumět mluvenému slovu.

Snížit negativní změny ve vnímání lze modifikací podnětového prostředí, například silnějším osvětlením, zvýrazněním kontrastů, odstraněním či omezením hlukového pozadí. Využívány jsou také kompenzační pomůcky (brýle, sluchadla). Starý člověk musí vynaložit mnohem větší úsilí, aby dobře viděl a slyšel všechno, co potřebuje. Někdy ale ani tyto kompenzační pomůcky nepomáhají k bezproblémové orientaci. *„Nelze opomíjet ani sociální význam takových pomůcek: liší se postoj k brýlím, které jsou přijímány neutrálně, protože je potřebuje většina lidí, a k naslouchadlům. Naslouchadla ve větší míře symbolizují úpadek kompetencí typický pro stáří, více svého nositele stigmatizují. Kromě toho je obtížné se na ně adaptovat“* (Vágnerová 2000, s. 452).

Zesílení zvuku a různé šумы ve sluchadle mohou dráždit a rušit. Výsledkem zátěže, jež je dána souhrou obtížností vnímání a větším zatížením pozornosti, bývá únava a s ní spojené emoční rozlady. Mnozí staří lidé se proto raději stahují do soukromí, aby se vyhnuli různým nepříjemnostem (Vágnerová 2007). *„Dosaňuje-li ale úbytek vnímání vyššího stupně, dochází k poruchám duševního zdraví. Je-li geront výrazně omezen v činnosti a v pohybu, dochází ke vzniku pocitů nejistoty, úzkosti popř. deprese“* (Holásková 2010, s. 147).

Úbytek paměťových kompetencí a obtížnost učení jsou dle Vágnerové (2000) běžně známým projevem stárnutí, při kterém dochází k celkovému útlumu a zpomalení všech paměťových procesů: ukládání i vybavování. Pro období stáří je charakteristické zhoršení především krátkodobé paměti.

Vágnerová (2007) popisuje, že v průběhu postvývojové životní fáze se zpomaluje proces percepce a snižuje se tempo i efektivita zpracování vnímaných podnětů. Trvá déle, než jsou tyto podněty zaregistrovány a dále zpracovány. Některé mohou být v důsledku přílišného zpomalení procesu percepce dokonce i ztraceny.

Dlouhodobá paměť bývá zachována. *„Starší lidé disponují méně dokonalými metodami uložení informací do paměti i jejich vybavení. To znamená, že paměť seniorů bývá především méně přesná. Informace uložené v dlouhodobé paměti mohou vydržet velmi dlouho, někdy i po celý život, ale starší lidé mívají problémy s jejich vybavením“* (Vágnerová 2007, s. 324).

Zhoršení paměti ve značné míře souvisí i s větší unavitelností a s obtížnější koncentrací pozornosti. Paměťové funkce jsou zpomalené, snižuje se vybavitelnost zkušeností a poznatků. „Kromě toho však bývají vzpomínky i obsahově a emočně zkresleny. Minulé je obecně hodnoceno spíše pozitivně a starý člověk lpi často až nepochopitelně na tom, čím byl a co měl, ať už je to postavení, majetek, zvyklosti nebo získané výsady. Většinou jde o určitou obranu proti pocitu ohrožení ze strany mladších, která je však z neporozumění hodnocena jako nepříznivá charakterová vlastnost“ (Langmeier, Krejčířová 2006, s. 204).

Zhoršení paměťových funkcí závisí na biologických změnách, genetických předpokladech, aktuálním zdravotním stavu, zkušenostech a postoji k duševnímu zdraví. Paměťový výkon může negativně ovlivnit i pesimistické očekávání starších lidí, kteří vědí, že potíže s pamětí jsou v jejich věku běžné a proto si jich více všimají a vyvozují radikálnější závěry (Vágnerová 2007).

Porozumění novým informacím je narušeno. Ohrožena je schopnost učení. Člověk ve stáří většinou kompenzuje úbytek schopnosti učit se dosavadními zkušenostmi, ale schopnost učit se neztrácí ani ve vysokém věku. Tato schopnost se pouze s věkem postupně snižuje. Dle Vágnerové (2007, s. 322) „uchování paměťových funkcí závisí na vzdělání a s ním souvisejících faktorech, jako je úroveň rozumových schopností a míra užívání paměti.“

Ve stáří také dochází ke změnám intelektových funkcí, které jsou individuálně variabilní a závislé na faktorech biologických i psychosociálních. Proces stárnutí ovlivňuje kvalitativně myšlení. Myšlenky jedince v období stáří jsou více zaměřené na minulost, méně na budoucnost. Časté bývá dlouhodobé uvažování o stejném problému a neustálé vracení se k němu, opakování stejných slov a vět. Výraznější je snížení abstraktního myšlení při zachování myšlení konkrétního. „Myšlení se více uplatňuje v komunikaci a v intimnějších sférách. Společenský význam této specificky lidské funkce se ztrácí. Myšlení, které vychází především ze zkušeností, má tendenci směřovat ke konzervativnosti a staří lidé ulpívají na úsudcích, které si vytvořili již dříve“ (Holásková 2010, s. 151).

Langmeier, Krejčířová (2006) uvádí, že ve vyšším věku zřetelně klesá inteligence měřená běžnými inteligenčními testy. Zatímco krystalická inteligence stoupá od 25 let až do stáří, fluidní inteligence výrazně klesá již po 30. roce. Sociální inteligence i schopnost morálního usuzování zůstávají často až do vysokého věku plně zachovány.

## 1. 2. Tělesné změny

Vývojové období stáří s sebou přináší zhoršení nejen psychického, ale i somatického stavu. „*Avšak proces tělesného a duševního úpadku bývá individuálně variabilní z hlediska času, rozsahu i závažnosti projevů. Závisí na interakci dědičných předpokladů a důsledků různých exogenních vlivů, které se v průběhu života stárnoucího člověka postupně nakumulovaly*“ (Vágnerová 2007, s. 311).

Jedním z faktorů, které ovlivňují rychlost a kvalitu stárnutí, jsou dědičné předpoklady. „*Obecně lze říci, že lidé mají zakódován počátek a průběh stárnutí i určitou pravděpodobnou délku života. To je základ tzv. primárního stárnutí*“ (Vágnerová 2000, s. 448). Tempo stárnutí ovlivňují i různé vnější faktory.

Jedním z typických znaků u stárnoucích lidí je pokles tělesné hmotnosti a výšky, který se projevuje po celé období stáří. Změny v hmotnosti souvisejí se změnami tělesných proporcí. Úbytek tělesné výšky je způsoben především degenerativními změnami chrupavky, atrofií kostí a rovněž sesedáním meziobratlových plotének, které věkem ztrácejí svou hmotnost, pružnost a vitalitu. Současně klesá rychlost, pružnost, hbitost pohybů a zvyšuje se lomivost kostí. Dle Holáskové (2010, s. 145) „*ubývá také svalová výkonnost a souhra neuromuskulárního aparátu, která negativně ovlivňuje motorické dovednosti jedince.*“

Mezi nejdůležitější orientační ústrojí, která jsou postižena involučními změnami, patří zrak a sluch. U zraku způsobují degenerativní změny zejména snížení zrakové ostrosti, nepřesné rozpoznávání barev a dochází ke snižování akomodace. Oční čočka se zmenšuje, stejně tak její elasticita a involuční změny nastávají také v očních svalech. Závažné jsou změny sítnice (Holásková 2010). „*Oči bývají přecitlivělé k silnému světlu, přibývá očních chorob vedoucích ke zhoršení zraku i k úplné slepotě*“ (Říčan 2006, s. 333).

Tyto změny ve zrakové percepci způsobují zhoršení výkonu, který mnozí senioři kompenzují bohatými zkušenostmi a odhadem. „*Na rozdíl od zrakových informací, které můžeme dlouhodobě fixovat a nahradit tak zrakovou nedostatečnost, u sluchových informací je nevýhodou rychlost, s jakou informace odezní*“ (Holásková 2010, s. 147).

Dle Vohlídkové (2009, online) je zhoršení sluchu ve stáří zapříčiněno sníženou funkcí vláskových buněk vnitřního ucha a současně poruchou centrálního sluchového analyzátoru. Na poškození sluchu mají také vliv civilizační faktory.

Špatné rozlišování sluchových vjemů vyvolává u starších osob nervozitu, podezřivost, podrážděnost a další negativní psychické projevy. Dochází také k dezorientaci v sociální komunikaci, což negativně ovlivňuje mezilidské vztahy (Holásková 2010). Starší lidé často trpí nedoslýchavostí, kvůli níž nestačí přesně zachytit každé slovo a obsah rozhovoru nemusí vždy správně pochopit. Často se snaží odhadnout smysl z kontextu, ale přitom může snadno dojít k chybám. Tím se zvyšuje napětí a pocit nepohody. „Komunikace se skupinou může být ještě obtížnější než rozhovor s jednotlivcem. Obvykle vyžaduje větší soustředěnost (aby člověk stihl sledovat, kdo co povídá), více unavuje a méně uspokojuje“ (Vágnerová 2007, s. 351).

V důsledku toho senioři zpravidla nevyhledávají společenská setkání. Vhodné by v mnohých případech bylo využití kompenzačních pomůcek, ale zatímco zrakové nedostatky lidé kompenzují optickými pomůckami, problémy se sluchem odmítají přiznat a snaží se je skrývat. „Sluch se zhoršuje víceméně plynule, po sedmdesátce rychleji klesá citlivost pro vysoké tóny. Nedoslýchavost je častá“ (Říčan 2006, s. 333). Senzitivita vůči endogenním vlivům a procesům spojeným se stárnutím vyvolává symetrické percepční ztráty (Kluh 2004).

Obecným projevem stárnutí je dle Thorové (2015) šedivění a vypadávání vlasů, ale tyto jevy jsou více než věkem podmíněny geneticky. Mezi typické znaky stáří patří zpomalení růstu nehtů, ztráta zubů, vráscitost, suchost, pigmentace, snížení termoregulace, změny čichu a chuti. K nejčastějším somatickým symptomům ve stáří se řadí bolest a ztuhlost kloubů, snížená pohyblivost, poruchy močení, svalové křeče, závratě, nespavost, nechutenství a únava.

Dochází i k narušení funkcí vnitřních orgánů. Při vyšší zátěži se v období stáří objevují známky funkční nedostatečnosti srdce a oběhové soustavy. „Cévní systém stárne, ztrácí na pružnosti a vnitřní výstelka cév degeneruje“ (Thorová 2015, s. 455). Stárnutím jsou postiženy i plíce, jejichž vitální kapacita je na polovině. Specifické formy degenerace se vyskytují u žláz s vnitřní sekrecí. Ubývá funkčních tkání, které zčásti nahrazuje vazivo.

Proces stárnutí má za následek různé strukturální i funkční změny mozku, například atrofie. „Mozek starých lidí je také náchylnější k vzniku různých onemocnění. Vliv na stav cévního systému i mozku ve stáří mají geny, strava, kouření, fyzická a duševní aktivita“ (Thorová 2015, s. 455).

Haškovcová (2010, s. 251) uvádí, že „staří nemocní lidé zpravidla trpí polymorbiditou, což znamená přítomnost několika nemocí najednou.“ Častý je také

tzv. dominový efekt, kdy určitá nemoc vyvolá i zhoršení ostatních nemocí. S tím souvisí polypragmatie, což je stav, kdy jedinec užívá celou řadu léků najednou.

Na závěr lze použít slova Vágnerové (2000): stáří není samo o sobě chorobným stavem, ale v průběhu tohoto vývojového období dochází k navýšení nepříznivých vlivů, a proto přibývá nemocných lidí.

### 1. 3. Psychické změny

Ve stáří se různým způsobem mění také psychické funkce. „*Některé z těchto změn jsou podmíněny biologicky, jiné jsou důsledkem psychosociálních vlivů, mnohdy jde o výsledek jejich interakce. Doba, kdy se změny dané stárnutím začnou projevovat, jejich dynamika i způsob, jakým na ně starší lidé reagují, jsou individuálně rozdílné*“ (Vágnerová 2007, s. 315). S čím větší intenzitou a frekvencí jsou psychické funkce ve stáří užívány, tím pomaleji u nich dochází k nepříznivým změnám, jak konstatuje Wedlichová, Heřmanová (2008).

Biologicky podmíněné změny vymezuje Vágnerová (2000):

- změny, které jsou jen znakem stárnutí, a lze je z tohoto hlediska považovat za normální;
- změny, které způsobil chorobný proces, a nelze je proto hodnotit jako prostý důsledek stárnutí.

Typické je celkové zpomalení, obtíže při zapamatování a vybavování, snížení frustrační tolerance, pokles funkčních rezerv a zhoršení adaptačních schopností. Ve stáří bývají lidé ve vztahu k normám konzervativní a ulpívají na zažitých pravidlech, protože jim to přináší pocit jistoty a bezpečí. Kvůli ubývání kompetencí se mohou cítit ohroženi i v běžných situacích. Uznávaným rysem stáří je také špatné snášení změny, kdy starší člověk má rád svůj pořádek v čase i prostoru. Dalším rysem je snížení zájmu o okolí až netečnost, kdy emoční prožívání je méně intenzivní a často chudší, plošší, u mnohých začínají převažovat negativní emoce, jak uvádí Řičan (2006). „*Osud druhých lidí je jim často vzdálený; jejich vlastní přecitlivělost může být naopak vystupňována až v převládající hypochondrii*“ (Langmeier, Krejčířová 2006, s. 207).



Psychosociálně podmíněné změny ve stáří blíže specifikuje Vágnerová (2000):

- Změny psychických funkcí mohou být ovlivněny tzv. kohortovou zkušeností. Lidé stejné generace získali obdobnou sociální zkušenost, působily na ně stejné sociokulturní vlivy a prožívali stejná traumata.
- Psychické změny může ovlivňovat i určitý, individuálně specifický životní styl a různé zažité návyky.
- Ke změnám psychických funkcí mohou přispívat také očekávání a postoje společnosti, které nasměrují staré lidi k přijetí určitého modelu chování a k pasivitě, což má za následek stagnaci a úpadek kompetencí, které přestaly být využívány.

Osobnost člověka je výsledkem celého předchozího vývoje, ale i současné adaptace na nezbytné obtíže vyššího věku. V období stáří mají na osobnost jedince nepříznivý vliv především sociální změny, které působí velmi naléhavě. „*Osamělost, nejistota, bezcílnost, prožívané ve stáří, ovlivňuje chování společnosti, kdy stáří se stává tabu*“ (Wedlichová, Heřmanová 2008, s. 111).

Stárnutí má souvislost se sociálními aspekty, jako je vzdělání, rodina, přátelé, příjmy, majetek a životní styl. „*Dochází ke změnám v oblasti sociální, jako je např. přijímání nových sociálních rolí či prožívání nových životních situací, jakými jsou osamostatnění se dětí a jejich odchod, ovdovění, ztráta perspektiv*“ (Salivarová, Veteška 2014, s. 15). Celoživotní aktivita fyzická nebo psychická dovede zpomalit funkční stárnutí. Příznivě působí také intelektuální aktivita.

S psychickou involucí se kombinují psychické poruchy a často se vyskytují psychogenní neurózy. „*Vede k nim zvýšená duševní citlivost, zranitelnost i relativní bezbrannost a závislost gerontů, závažné ztráty a stresy*“ (Říčan 2006, s. 339). Demence se považuje za typickou psychickou poruchu stáří. S věkem přibývá také depresí.

Pro období stáří jsou příznačné změny osobnosti. Mohou se objevovat sklony a vlastnosti, které dokázal jedinec ve středním věku tlumit či projevovat přijatelným způsobem. Za typické vlastnosti gerontů jsou považovány vážnost, obezřetnost, prozíravost, umírněnost, klid a rozvaha. Generalizace osobnostních vlastností ve stáří by byla jednoznačně zavádějící. „*Považujeme-li člověka za individualitu, zůstává individualitou i ve stáří, pouze jeho jedinečnost je výraznější*“ (Holásková 2010,

s. 153). Prokazatelným osobnostním rysem starých osob je egocentrismus, tedy zesílení koncentrace na vlastní osobu.

## 2. Senior s nedoslýchavostí

Jak uvádí Dlouhá (2012, s. 95), většina funkcí v lidském organismu s postupujícím věkem slábne, tedy i sluch. „*Snižuje se jeho kmitočtový rozsah směrem od nejvyšších slyšitelných frekvencí, pozvolna se zhoršuje schopnost frekvenční analýzy a zvyšuje maskovací efekt rušivého šumu.*“

Jedna z nejčastějších sluchových vad, která se pozvolna začíná projevovat v postvývojové životní fázi, je nedoslýchavost. Potměšil (2003) popisuje, že nedoslýchavost, latinsky *hypacusis*, je termín pro částečnou ztrátu sluchu. Jinou definici přináší Hrubý (1999, s. 43), který říká, že nedoslýchavost je „*každé zhoršení sluchu oproti běžné populaci, nikoliv však jeho úplné vymizení.*“

Na nedoslýchavost lze také nahlížet jako na stav, při kterém je práh sluchu ve frekvenčním rozsahu 125 – 8000 Hz alespoň ve dvou frekvencích horší než 20 dB (Rottenberg 2008, online). Mezinárodní úřad pro audiologii člení sluchové ztráty do následujících stupňů (BIAP 1997, online):

- a) normální sluch (0 – 20 dB);
- b) lehká nedoslýchavost (21 – 40 dB);
- c) střední nedoslýchavost:
  - první stupeň (41 – 55 dB);
  - druhý stupeň (56 – 70 dB);
- d) těžké postižení sluchu:
  - první stupeň (71 – 80 dB);
  - druhý stupeň (81 – 90 dB);
- e) velmi závažné postižení sluchu hraničící s hluchotou:
  - první stupeň (91 – 100 dB);
  - druhý stupeň (101 – 110 dB);
  - třetí stupeň (111 – 119 dB);
- f) úplná ztráta sluchu – hluchota (120 dB a více).

K výše uvedenému rozdělení sluchových ztrát Souralová (2010, s. 5) dodává, že „*nedoslýchavost se může pohybovat od minimálních ztrát sluchu, kdy si okolí nemusí zhoršeného stavu sluchu vůbec všimnout, až po těžkou nedoslýchavost, kdy má závažnost sluchové poruchy již vliv na kvalitu komunikace.*“ Dle Jedličky (2007) způsobuje lehká nedoslýchavost komunikační obtíže především v hluku, při poslechu

televize, a když hovoří více lidí najednou. Středně těžká nedoslýchavost již vyžaduje korekci, neboť pacient je schopen rozumět jen dostatečně hlasité řeči v tichém prostředí. U dalších stupňů je rozumění řeči bez použití sluchadla téměř nemožné, často je nezbytné i odezírání. Stav úplné hluchoty již nelze korigovat sluchadlem.

## 2. 1. Stařecká nedoslýchavost

Sluchové postižení je u obyvatelstva jedno z nejzávažnějších, ale bohužel i nejčastějších zdravotních postižení, které negativně ovlivňuje především oblast mezilidské komunikace (Světlík 2000). Na základě toho Jedlička (2007, s. 443) uvádí, že *„sluch je jedním ze dvou smyslů, který je v mezilidské komunikaci nezastupitelný. Podle některých autorů přijímá člověk více informací sluchem než zrakem. Je pravda, že ucho zachycuje a zpracovává zvukové podněty neustále, vjemy nelze přirozenou cestou přerušit, jako např. u zraku zavřením očí.“*

Dle Horákové (2012) většinu osob se sluchovým postižením tvoří nedoslýchaví, u nichž došlo k zhoršení stavu sluchového ústrojí ve vyšším věku. U všech lidí po šedesátém roce života dochází k přirozenému úbytku sluchových buněk ve vnitřním uchu (Světlík 2000). V návaznosti na to Dršata, Mejzlík (2015, s. 174) uvádí, že *„v seniorském věku jsou věkovými degenerativními procesy postiženy všechny struktury a tkáně lidského těla včetně sensorického epitelu vnitřního ucha. Sluchových buněk je méně a zhoršuje se jejich funkce.“*

Těžší stupeň nedoslýchavosti je závažným a mnohdy přehlíženým sluchovým postižením zejména u osob vyššího věku. Bez adekvátní korekce dochází k vážnému narušení mezilidské komunikace a v nejhrošším případě i k nežádoucí psychosociální izolaci. Ovšem i lehká nedoslýchavost přináší značná omezení, kterým je taktéž potřeba zamezit (Valvoda 2007, online).

Nedoslýchavost, která nastupuje s vyšším věkem, se nazývá stařecká nedoslýchavost neboli presbyakuzie (Astl 2012). Horáková (2012) definuje stařeckou nedoslýchavost jako vadu sluchu, která se projevuje zhoršeným slyšením tónů vysokých frekvencí. Současně dochází i k nepřesnému rozumění řeči, kdy člověk slyší méně a hůře.

Jak již bylo uvedeno výše, zejména po šedesátém roce života lze u cílové skupiny seniorů vyzorovat postupné snižování sluchové ostrosti, které souvisí s úbytkem smyslových a gangliových buněk. Na významu také nabývají rodinné a etnické rozdíly (Hybášek, Vokurka 2006). Zhruba za každých deset let věku se

horní hranice sluchové ostrosti snižuje asi o 1 kHz, ale i zde existují určité individuální rozdíly (Horáková 2012). „*Ve věkových kategoriích od 65 do 74 let nedoslýchá 33 % populace, od 75 do 84 let 45 % populace, od 85 let nedoslýchá 92 % populace*“ (Rottenberg 2008, s. 470, online).

Presbyakuzie, latinsky *presbyacusis*, je znakem stárnutí a patří mezi nejčastější sluchové postižení v lidské populaci. Podstatou presbyakuzie je fyziologické stárnutí sluchového ústrojí, které je do jisté míry značně individuální a závisí i na vnějších faktorech, kam se řadí například četnost vystavení hluku a toxinům. U starších lidí s diagnózou presbyakuzie většinou bývá přítomna symetrická vada sluchu v oblasti vyšších tónů, často doprovázená ušním šelestem – tinnitem (Ludíková 2013).

Lejska (2003) řadí stařeckou nedoslýchavost mezi sensorineurální (percepční) vady sluchu, které mají svůj podklad v postižení sensorických buněk vnitřního ucha nebo v postižení neurálních spojů v mozku. Převodní mechanické struktury jsou v pořádku. Dojde i k rozkmitání tekutin a vláskových buněk vnitřního ucha, ale vzhledem k tomu, že jsou sluchové buňky poškozeny, nedokážou na kmitání správně reagovat (Pulda, Lejska 1996).

Jedlička (2007, s. 452) k percepčním vadám sluchu uvádí, že „*jsou až na výjimky charakteristické větším poklesem sluchu v oblasti vysokých tónů, hluboké tóny jsou vnímány lépe. Pacienti tuto poruchu cítí spíše jako změnu kvality poslechu – vnímají relativně dobře okolní hluky, hlasy, ale špatně rozumějí řeči pro ztrátu vnímání vysokých tónů, kde jsou charakteristická spektra většiny hlásek (tzv. formantová oblast).*“

Nástup percepční sluchové vady je většinou pozvolný a časem progreduje. Je často spojen s tinnitem a nepříznivou roli zde hraje i recruitment fenomén neboli fenomén narůstání hlasitosti, kdy jsou zesílené zvuky vnímány velmi nepříjemně až bolestivě (Plch 2008). „*Jde o patologický, rychlý nárůst nadprahové hlasitosti u postiženého ucha. Ta se na určité decibelové hladině vyrovná hlasitosti zdravého ucha. Nemocný slyší tedy buď hodně hlasitě, nebo neslyší nic, jeho sluch má malý dynamický rozsah*“ (Valvoda 2007, s. 514, online).

## 2. 1. 1. Příčiny stařecké nedoslýchavosti

Dršata, Mejzlík (2015) popisuje, že etiologie presbyakuzie je velmi různorodá a u každého seniora individuálně spekulativní. Důležitou roli zde hraje vnější prostředí, přidává se i vliv systémových onemocnění a kumulace hlukových vlivů nepracovního prostředí.

Jednou z hlavních, avšak bohužel neodstranitelných příčin, která se výraznou měrou podílí na vzniku stařecké nedoslýchavosti, je věk. Snižování sluchové ostrosti ve vyšším věku je přirozeným procesem, kterému sice nemůžeme zabránit, ale díky prudkému rozvoji techniky ho můžeme do jisté míry kompenzovat vhodnými technickými a dobře seřízenými pomůckami (Hroboň, Jedlička, Hořejší 1998).

Každý člověk se rodí s již daným počtem sluchových buněk, který s věkem klesá. Příčinou vzniku presbyakuzie může být postupné a fyziologické odumírání vláskových buněk vnitřního ucha, které jsou nenahraditelné (Horáková 2012). V návaznosti na tuto skutečnost Lejska (2003, s. 27) uvádí, že *„každý lidský orgán se vzrůstajícím věkem ztrácí část své funkce. Není tomu jinak ani v oblasti slyšení, v uchu. Sluchové buňky postupně odumírají a starý člověk slyší hůře.“*

Vohlídková (2009, online) doplňuje, že na poškození sluchu ve stáří se nepodílí jen snížení počtu vláskových buněk v Cortiho orgánu vnitřního ucha (složka periferní), ale i zhoršení analytické funkce centrálního sluchového systému (složka centrální). Významnou roli hrají také poruchy krevního oběhu způsobující nedokonalé prokrvení sluchového orgánu.

Na vzniku stařecké nedoslýchavosti se též podílí nepříznivá genetická predispozice, ototoxické látky a expozice hlukem (Dlouhá 2012). K zvýšenému poškození sluchových buněk vnitřního ucha přispívá dlouhodobé působení silné hlukové zátěže. Buňky jsou léta trvale přetěžovány a mechanismy jejich obnovy jsou vyčerpány. V důsledku toho se buňky rychleji poškozují a nastupuje rychlejší progresse sluchové vady. *„Intenzita zvuku nad 85 dB po dobu několika hodin denně v průběhu řady let vede vždy u každého člověka k vyčerpání ochranných metabolických rezerv buněk, a tím k jejich postupnému odumírání“* (Lejska 2003, s. 27).

Na neposledním místě je třeba zmínit i to, že se na snižování sluchové ostrosti bezesporu podílí charakter dnešní doby, kdy nás stále více obklopuje okolní hluk, jsme vystaveni častým stresovým situacím a vedeme nezdravý životní styl (Hroboň, Jedlička, Hořejší 1998).

## 2. 1. 2. Projevy stařecké nedoslýchavosti

Typickým znakem stařecké nedoslýchavosti je přecitlivělost na nadměrnou intenzitu zvuků, kterou staří lidé vnímají až bolestivě, a dále také to, že řeč sice slyší, ale špatně jí rozumí v oblasti vysokých tónů (Škeřík 1993). Hroboň, Jedlička, Hořejší (1998, s. 31) uvádí, že *„je to pochopitelné, neboť většinu zvuků (jako jsou hlasy, zvuky aut, bouchání) vnímají bez větších potíží vzhledem k tomu, že vnímání hlubokých tónů není výrazněji postiženo. Přeslechnou ale např. zvuk bytového zvonku, zvonění telefonu nebo pískání konvice při vaření vody.“*

Vysoký věk je spojen s úbytkem srozumitelnosti, ale i s prodlouženým trváním minimální rozeznatelné pauzy v kontinuálním šumu (Vohlídková 2009, online). Špatné rozumění řeči se dle Ludíkové (2013) výrazněji projevuje zejména za ztížených okolních podmínek. Senioři mnohem hůře slyší, pokud komunikují v hlučném prostředí nebo pokud mluví více lidí najednou. Je to způsobeno tím, že staří lidé neslyší právě vysoké tóny, jež jsou důležité pro rozlišování jednotlivých hlásek (Hroboň, Jedlička, Hořejší 1998).

I Světlík (2000) k výčtu projevů presbyakuzie připisuje, že je nejvíce zasaženo frekvenční pásmo mluvené řeči, což ve svém důsledku vede k ztíženému procesu mezilidské komunikace. Z oblasti vysokých tónů jsou nejprve zasaženy úplně nejvyšší frekvence mezi 16 – 20 kHz, které nejsou pro život příliš důležité. Od věkové hranice šedesáti let způsobuje ztráta slyšitelných frekvencí výpadek slyšení tónů v rozmezí 4 – 8 kHz, které je již podstatné. Nejdůležitější frekvence pro rozumění lidské řeči jsou umístěny mezi 1 – 2 kHz (Ludíková 2013).

Verbální komunikace je znesnadněna nejen kvůli výše zmíněným potížím s rozlišováním jednotlivých hlásek, ale rovněž také zhoršenou schopností správně rozpoznávat jednotlivá slova (Hroboň, Jedlička, Hořejší 1998). I dle Kłozara (2005) je stařecká nedoslýchavost spojena s úbytkem schopnosti sluchové analýzy a s vážnutím skládání zvukových obrazů z binaurálního poslechu.

Je zhoršeno porozumění zvláště u slov, která obsahují sykavky (frekvence 2 kHz a více) a samozřejmě je porušeno rozumění řeči při šepotu (Vohlídková 2009, online). Často dochází k situaci, kdy se senior dotazuje na to, co jsme říkali. Ale když zvýšíme hlas, dotyčný se ohradí argumentem „Nekřič na mě, nejsem hluchý“ (Pulda, Lejska 1996).

Dlouhá (2012) uvádí, že s nástupem stáří dochází k snížené schopnosti zpracovat akustickou informaci ve sluchových centrech. Důsledkem je pak

zhoršování nejen slyšení obecných zvuků, ale především porucha rozumění řeči, která představuje velmi složitý akustický signál. Nejtypičtějším příznakem stařecké nedoslýchavosti je tedy porucha rozumění řeči, s níž se pojí velmi častá reakce „Slyším, ale nerozumím.“

Dle Hahna, Šejna (2007) představuje presbyakuzie většinou oboustranné zhoršení sluchu, zpočátku ve vysokých a později i ve středních frekvencích. Pozvolna nastupují obtíže při konverzaci několika osob najednou a při rozumění řeči na pozadí hluku. Slyšení nízkých tónů bývá lepší než rozumění řeči. Klozar (2005) doplňuje, že se stoupajícím věkem se ztráty šíří i do nižších frekvenčních pásem a výrazný zlom nastává při postižení řečového pásma 1 – 3 kHz.

V důsledku sluchové vady může dojít i k psychickým změnám až depresím. *„Redukovaný přísun zvukových podnětů se začne projevovat snížením zájmu o komunikaci jako takovou, mohou se objevit zvýšené rozpaky a nerozhodnost, únava, napětí, stres, zloba či jiné emoce a může vznikat sociální handicap s omezením společenských aktivit, osamělostí až sociální izolací“* (Mrázková a kol. 2013, s. 34).

K častým projevům stařecké nedoslýchavosti, které v počátečních fázích zaznamenávají hlavně rodinní příslušníci, přátelé a známí, patří:

- senior často v průběhu hovoru žádá komunikačního partnera o zopakování slov či celých vět, které dobře neslyšel;
- senior si rádio či televizi pouští natolik hlasitě, že ho ostatní rodinní příslušníci nabádají k jejich ztišení;
- senior po celou dobu rozhovoru udržuje s komunikačním partnerem oční kontakt a sleduje pohyb jeho úst;
- senior právě probíhající rozhovor často přerušuje otázkami typu: „Cože? Prosím? Můžete to zopakovat?“;
- senior má tendenci se vyhýbat rozhovorům na ulici, v přítomnosti většího počtu lidí nebo prostřednictvím telefonu;
- senior se postupem času straní večírkům a jiným společenským akcím, neboť se hůře orientuje v okolním hluku;
- senior má problém vést konverzaci s někým, kdo k němu mluví otočen zády nebo kdo na něj začne mluvit příliš rychle a neočekávaně (Hroboň, Jedlička, Hořejší 1998).



Pro období stáří jsou typické i ušní šelesty. „*U stařecké nedoslýchavosti se objevují až v 50 % kvůli přidruženým chorobám, které se v tomto věku také často objevují: cukrovka, vysoký krevní tlak, vysoká hladina cholesterolu, změny na krční páteři...*“ (Vohlídková 2009, s. 293, online).

## **2. 2. Možnosti korekce**

Korekce obecně označuje dle Lejsky (2003) postupy, které usilují o náhradu poškozené funkce. Při korekci zaměřené na sluchové vady se snažíme korigovat poškozené sluchové buňky, tedy patofyziologickou hodnotu, čímž je celá realizace korekce složitější a zvolené postupy komplikovanější.

Zeleník, Komínek, Dršata, Havlík, Chrobok (2015) uvádí dvě možnosti korekce stařecké nedoslýchavosti. Na prvním místě je vhodné využít konzervativních léčebných metod. Pokud nepřispějí k zlepšení sluchu, je třeba zahájit rehabilitaci sluchu pomocí sluchadla, kterým lze kompenzovat téměř všechny typy nedoslýchavosti.

Konzervativní léčba percepčních nedoslýchavostí je obtížně ovlivnitelná a její přínos je jen malý, nebo dokonce žádný. Je to způsobeno tím, že poškozené smyslové buňky není možné zcela zregenerovat. Charakter léčby se orientuje na zlepšení zásobení kyslíkem v oblasti vnitřního ucha a na maximálně možnou podporu metabolismu sluchových buněk (Hroboň, Jedlička, Hořejší 1998). Dle Dršaty, Mejzlíka (2015) je také důležité, aby pacient sám přispěl k léčbě dodržováním režimových a dietních opatření.

V počátečních fázích jsou pacientovi nejčastěji podávány vitaminy řady B a léky, které mají přispět k lepšímu prokrvení vnitřního ucha tím, že rozšiřují průsvit zásobujících cév. Pacient může léky přijímat v tabletové formě nebo nitrožilně v infuzních roztocích při pobytu v nemocnici. V indikovaných případech je také možné aplikovat terapii v hyperbarické komoře, v níž se zvýší tlak vzduchu a kyslíku, případně se zvýší i koncentrace kyslíku v přiváděném vzduchu, čímž je usnadněn jeho přestup do organismu (Hroboň, Jedlička, Hořejší 1998; Jedlička 2007).

Dle Šlapáka, Floriánové (1999) není výsledek konzervativní léčby často ideální, a proto se volí druhá možnost – přidělení sluchadla. „*Kompenzace sluchu pomocí sluchadla je možná téměř u všech pacientů s převodní, senzorineurální či kombinovanou nedoslýchavostí. Výjimku tvoří pacienti s výrazným výtokem ze*

*zevního zvukovodu, pacienti s praktickou hluchotou a pacienti, kteří z různých důvodů sluchadlo netolerují“ (Zeleník, Komínek, Dršata, Havlík, Chrobok 2015, s. 224).*

U sluchově postiženého člověka, který má objektivně nebo i jen subjektivně komunikační potíže a podrobil se neefektivní léčbě nebo u něhož byl předpoklad neúspěšné léčby či na základě vlastního rozhodnutí z různých důvodů léčbu neprodělal, je plně indikováno přidělení sluchadla. Komunikačními obtížemi je myšlen stav, kdy kterýkoliv z komunikačních partnerů musí vynaložit na vzájemný rozhovor více úsilí, než je obvyklé a příjemné. *„Komunikační hledisko, i když je subjektivní, je nutno vždy brát jako základní kritérium, které doplňujeme audiologickým vyšetřením“ (Lejska 2003, s. 55).*

Odborný ušní lékař působící na odděleních foniatrie a otorinolaryngologie získává na základě anamnézy (rodinné i osobní), otoskopie, audiometrického vyšetření a výsledků tympanometrie potřebné informace pro přidělení sluchadla u každého člověka se sluchovou vadou (Horáková 2012). Lejska (2003) doplňuje, že audiologické vyšetření zahrnuje klasickou zkoušku sluchovou, prahový tónový audiogram a slovní audiogram. Klasickou zkoušku sluchovou, která informuje o komunikační schopnosti člověka s nedoslýchavostí, bereme vždy jen jako orientační vyšetření.

Jedlička (2007) popisuje, že se korekce sluchadly u dospělých pacientů nejčastěji provádí tehdy, když vada sluchu negativně ovlivňuje proces komunikace. To bývá přibližně při sluchové ztrátě kolem 40 dB. Většina dospělých v České republice užívá jen jedno sluchadlo, i když binaurální korekce je samozřejmě efektivnější. Mezi důvody, proč si dospělí opatří jen jedno sluchadlo, patří hlavně finanční důvody a také adaptace na sluchadlo, která je velmi individuální a u starších pacientů trvá různě dlouhou dobu. I přes složitý proces adaptace se většina odborníků shoduje v názoru, že je sluchadlo významnou kompenzační pomůckou. Napomáhá k zpříjemnění každodenního života a zabránění pocitu izolace lidí se sluchovým postižením.

Při korekci sluchu v seniorském věku je třeba přesně zjistit, jaké potíže se slyšením seniora přivádí. Často chtějí, aby se jim dostával kvalitní poslech z elektroakustických přístrojů, a také velmi často požadují, aby rozuměli všem členům rodiny při rodinných setkáváních či vystupujícím v divadle, kině, kostele a na přednáškách. *„Každá situace vyžaduje jiný přístup ke korekci sluchu, jiný typ*

*sluchadla a samozřejmě i jiné nastavení. Je třeba také konstatovat, že v seniorském věku se mnohem více uplatňuje korekce jednostranná se sluchadly jednodušěji manuálně ovladatelnými“ (Zeleník, Komínek, Dršata, Havlík, Chrobok 2015, s. 226).*

## **2. 2. 1. Sluchadlo**

Nejrozšířenější a také nejznámější kompenzační pomůckou pro osoby se sluchovým postižením je sluchadlo (Langer 2013). Černý (2012, s. 103) uvádí, že *„úkolem sluchadla je zesílit zvuky, které jsou pod prahem sluchu tak, aby byly dobře rozeznatelné nad prahem poškozeného sluchu a zároveň aby žádná vstupní intenzita nepřekročila na výstupu práh nepříjemného poslechu.“*

Mezi nejdůležitější vnitřní součásti sluchadla patří především mikrofon, zesilovač, regulátor hlasitosti, reproduktor a zdroj energie v podobě baterie.

Mikrofon umožňuje přijímání zvuků z okolního prostředí. Jsou na něj kladeny takové požadavky, aby byl dostatečně citlivý na tiché zvuky a zároveň dostatečně odolný proti silným zvukům (Šlapák, Floriánová 1999). Lejska (2003) dodává, že existuje všesměrový mikrofon, který přijímá zvuk v úhlu 360 stupňů a směrový mikrofon, který přijímá zvuk jen z úhlu pohledu 60 nebo 90 stupňů. V dnešní době mají nejmodernější sluchadla dokonce mikrofony obou typů.

Zesilovač lze charakterizovat jako nejsložitější, nejdražší a nejdůležitější součást každého sluchadla. Jak již z názvu vyplývá, hlavním úkolem zesilovače je zesílit zvuk. *„Aby bylo dosaženo cílového frekvenčního a intenzitního zesílení, dochází v zesilovači k mnohým úpravám signálu přicházejícího z mikrofonu“* (Havlík 2007, s. 16).

Regulátor hlasitosti může mít podobu kolečka, páčky či dálkového ovládání a lze jím měnit zesílení dle aktuální poslechové situace. Uživatel si tak přizpůsobuje hlasitost zvukového vjemu a dostává se mu co nejlepší srozumitelnosti řeči. U moderních digitálních sluchadel se hlasitost nastavuje automaticky, proto nemusí být vybavena tímto regulátorem (Maixnerová 2010).

Výstupní částí sluchadla je reproduktor (sluchátko), který zpětně zpracovává elektrický zesílený signál na akustickou energii (Lejska 2003). Jak popisuje Šlapák, Floriánová (1999), reproduktor představuje miniaturní a velmi výkonnou součást sluchadla, která je u nejmodernějších sluchadel zavedena přímo do zvukovodu.

Obecně platí, že čím má sluchadlo větší reproduktor, tím lépe dokáže korigovat těžší sluchové vady (Havlík 2007).

Kašpar (2008) uvádí, že v současné době jsou zdrojem energie pro všechna závažná i zvukovodová sluchadla speciální baterie, které potřebují ke své činnosti vzduch, a proto jsou označovány jako „Zinc Air“. Po odlepení barevné přelepky se uvolní otvor v baterii, do níž vnikne vzduch a tím je baterie aktivována.

## **Dělení sluchadel**

Většina autorů dělí sluchadla podle tří hledisek, která jsou níže uvedena a je přidána i charakteristika jednotlivých typů sluchadel.

### **a) rozdělení sluchadel dle způsobu zpracování akustického signálu:**

#### **1. Sluchadla analogová**

Lejska (2003, s. 73) hodnotí sluchadla s analogovým zpracováním takto: *„Jejich výhodou je technické zpracování, vycházející z mnohaletých zkušeností, možnost použití velkých, tedy silných součástek a jednoduchý fitting. Nevýhodou jsou mírné, ale přesto zřetelné deformace výstupního zvuku, které vznikají jako šum při zpracování zvuku ve sluchadle a menší akustická flexibilita.“*

Havlík (2007) uvádí, že analogová sluchadla v dnešní době tvoří kategorii nejlevnějších a nejjednodušších modelů, které již nejsou dále vyvíjeny. Prakticky všechny vyvíjené modely sluchadel spadají do kategorie digitálních a mají jednoznačně dominantní postavení na světovém trhu, proto jim je v diplomové práci věnována větší pozornost. Některé firmy produkci analogových sluchadel již zcela ukončily.

#### **2. Sluchadla digitální**

Moderní zpracování využívá již od roku 1995 digitálních počítačových technologií, které převádí zvuk na digitální systém 1-0 (tzv. binární kód) a ten je pak matematicky modelován. Na výstupu ze sluchadla je číselná řada převedena opět na zvuk (Lejska 2003). Tento způsob nabízí dle Havlíka (2007) velké množství variant, které přispívají ke splnění základního cíle korekce sluchové vady, kterým je co nejlepší rozumění řeči. *„Sluchadlo se dá vždy přenastavit, tak, aby byl pacient spokojený a neměl pocit, že jej sluchadlo obtěžuje“* (Maixnerová 2010, s. 343, online).

Uvnitř sluchadla je zabudován digitální mikročip, který funguje jako miniaturní počítač a na základě konkrétního matematického algoritmu upravuje binární kód (Lejska 2003; Havlík 2015).

Mimo počítačového čipu patří mezi základní mechanické komponenty digitálního sluchadla také mikrofon, analogově-digitální převodník, digitálně-analogový převodník a reproduktor. Funkci převodníků blíže specifikuje Havlík (2007, s. 21): „*Digitalizace signálu je realizována pomocí analogově-digitálního převodníku. Po zpracování je třeba, aby digitální signál byl převeden zpět na analogový, což zajistí převodník digitálně analogový.*“

Vstupní akustický signál, transformovaný do signálu digitálního, může být zpracován buď celý najednou, nebo je rozdělen pomocí digitálních filtrů do více frekvenčních oblastí (pásem), ve kterých je separátně upravován. V takovém případě hovoříme o digitálním sluchadle s vícekanálovým zesilovačem (Havlík 2007). „*Pásem může být 2 až 48. Pásma se nazývají kanály a zesilovač je potom dvou- až čtyřicetiskanálový*“ (Havlík 2015, s. 241).

Světlík (2000) popisuje, že výhodou digitálních sluchadel je elektronické potlačení akustické zpětné vazby (to znamená, že tento typ sluchadel nepíská). Mohou sama změřit audiogram a poté přizpůsobit zpracování zvuku aktuálním potřebám uživatele. Mají také většinou možnost přepínání ze všesměrového mikrofonu na směrový, což je výhodné pro poslech zvuků, přicházejících převážně z jednoho směru (přednášky, koncerty, divadlo). Dalším pozitivním přínosem je i to, že jsou mnohem méně citlivá na rušení mobilními telefony.

Vícekanálová sluchadla mohou dle Havlíka (2007) lépe a přesněji korigovat sluchovou vadu a špičkové modely zajišťují zpracování zvuku se zdůrazněním řečové složky a potlačením rušivých zvuků.

## **b) rozdělení sluchadel dle způsobu přenosu akustického signálu:**

### **1. Přenos zvuku vzduchem**

Havlík (2007) popisuje, že přenos zvuku vzduchem je umožněn díky sluchadlům, jejichž reproduktor vysílá akustickou energii do zvukovodu a tak jako při slyšení přirozeném dochází k rozkmitání bubínku a následně řetězce středoušních kůstek s přenosem zvuku do vnitřního ucha. Součástí sluchadla je ušní vložka (tvarovka), která umožní akustické energii, aby vstoupila do zvukovodu.

Tohoto způsobu vedení zvuku využívají prakticky všechny modely závěsných a nitroušních sluchadel (Lejska 2003).

## **2. Přenos zvuku kostí**

V případě kostního vedení zvuku je elektrický signál vycházející ze zesilovače předán vibrátoru, který je přiložen na spánkovou kost. „*Vibrace jsou vedeny kostí do vnitřního ucha, přičemž dochází ke střídavé kompresi a dekompresi pouzdra labyrintu a tím k rozkmitání nitroušních tekutin a Cortiho orgánu*“ (Havlík 2007, s. 23).

Sluchadla pro kostní vedení se používají jen výjimečně u těžkých převodních poruch sluchu (Lejska 2003).

### **c) rozdělení sluchadel dle tvaru sluchadla:**

- sluchadla nitroušní
- sluchadla závěsná
- sluchadla kapesní
- sluchadla brýlová

S ohledem na zaměření cílové skupiny diplomové práce a aktuální trendy sluchové korekce se práce dále zabývá především závěsnými a nitroušními sluchadly.

## **1. Sluchadla nitroušní**

Pro nitroušní sluchadla je specifické především to, že jsou vyráběna na základě přesného otisku boltce a vnějšího zvukovodu. Vzhledem k tomu, že zhotovená skořepina v sobě obsahuje celou elektroniku, je kvůli prostorovým možnostem použit jen malý reproduktor. Sluchadla nitroušní nedisponují tak velkým výkonem, přesto mohou být některé moderní typy použity pro korekci percepční nedoslýchavosti dosahující sluchové ztráty až 90 dB. Jejich výhodou je zvláště to, že díky usazení ve zvukovodu využívají rezonanci jeho vchodu a interakci zvukových vln s boltcem (Havlík 2007).

Sluchadla nitroušní neboli individuální (tzv. zákaznická = custom) se podle hloubky zavedení do zvukovodu dále dělí na sluchadla kanálová, zvukovodová a boltcová (Lejska 2003).

**Sluchadla kanálová** (CIC = Completely In the Canal) jsou vkládána až dovnitř zvukovodu, z něž vyčnívá ven obvykle jen nylonová struna s plastovou kuličkou na konci, která umožňuje vyjmutí sluchadla z ucha a jeho opětovné zavedení (Havlík 2007). Z uvedeného vyplývá, že CIC je nejmenší sluchadlový model a zároveň je také kosmeticky nejméně nápadný, pro laiky je prakticky nepostřehnutelný (Světlík 2000).

První vyráběné modely kanálových sluchadel byly konstruovány pouze pro automatickou regulaci úrovně zesílení bez možnosti zásahu samotným uživatelem sluchadla. Havlík (2015, s. 243) uvádí, že *„některé moderní typy však nabízejí volitelné ovládání hlasitosti, případně i přepínání více akustických programů, a to pomocí dálkového ovladače využívajícího bezdrátového přenosu signálu.“*

Všechny CIC modely jsou napájeny malou baterií, která má nízkou kapacitu a vydrží proto jen krátkou dobu. Při každodenním používání je potřeba baterii zpravidla po týdnu vyměnit (Havlík 2007).

**Sluchadla zvukovodová** (ITE = In The Ear) jsou vkládána do vchodu zevního zvukovodu, v porovnání s CIC modely jsou větší a tudíž i kosmeticky nápadnější. K napájení zvukovodových sluchadel je použita buď stejná baterie jako u CIC, ale v menším provedení, nebo baterie přibližně dvojnásobné kapacity, která vydrží déle a snižuje tak provozní náklady uživatele (Havlík 2015).

**Sluchadla boltcová** (ITC = In The Concha) vyplňují dutinku boltce a vchod do zevního zvukovodu. Z akustického hlediska je jejich velkým přínosem umístění mikrofonu uprostřed ušního boltce, tedy na stejné místo, kam jsou i u normálně slyšících lidí soustředěny přicházející zvuky (Světlík 2000).

Havlík (2015) k výčtu kladných stránek dodává, že disponují vyšším výkonem díky většímu reproduktoru a větší baterií, která je schopna pokrýt výkonové parametry a nároky. Také je zde nižší riziko vzniku akustické zpětné vazby.

Všechny uvedené typy nitroušních sluchadel vyžadují značnou péči, protože jsou náchylnější na znečištění ušním mazem a na vlhkost. Proto jsou nevhodná pro pacienty s defektním bubínkem, chronickým zánětem středního či zevního ucha, ale i pro osoby, které se hodně potí. Vzhledem k náročnosti na manipulaci spojenou s péčí a ovládáním, nejsou tato sluchadla vhodná pro seniory. To ovšem ještě neznamená, že by je nepoužívali. Dále nejsou doporučována pacientům, kteří mají

výraznější ochlupení zvukovodového vchodu, protože po něm skořepina klouže a nedrží pevně v uchu (Havlík 2007).

## **2. Sluchadla závěsná (BTE = Behind The Ear)**

Světlík (2000, s. 26) uvádí, že „závěsná sluchadla přišla na trh v roce 1957 a až do druhé poloviny 80. let byla vůbec nejrozšířenějším typem sluchadel.“ V závislosti na tuto skutečnost Langer (2013) dodává, že jsou stále nejrozšířenějším konstrukčním typem sluchadel v České republice, neboť současně splňují dva základní požadavky, kterými jsou vysoký výkon a příznivá cena.

Závěsná sluchadla se vyrábějí v různých barvách a tvarech. Ve srovnání se sluchadly zvukovodovými a boltcovými mohou dle Havlíka (2015) disponovat vyšším výkonem a jsou použitelná i pro osoby se zbytky sluchu. Jak popisuje Lejska (2003), jejich výhodou je možnost použití velkých elektronických součástek, které mohou obsahovat velké zesilovače i reproduktory pro nejvyšší stupně zesílení. Všechny součásti jsou uloženy ve sluchadle, které má tvar půlměsíce či háčku, jež se zavěsí za boltec ucha. Zvuk je veden do zvukovodu pomocí individuálně vyrobené ušní tvarovky, která je na hák sluchadla napojena plastovou hadičkou.

Vlastní sluchadlo nevyžaduje téměř žádnou péči, proto je vhodné pro osoby s menší manuální zručností, případně horším zrakem. Jak uvádí Havlík (2015, s. 247), „volitelný poloautomatický režim (automatika s možností manuálního vstupu regulace hlasitosti) je činí optimální variantou pro všechny nedoslýchavé osoby vyšších věkových skupin.“ Klasický závěsný model je také vhodný tehdy, má-li dotýčný velmi úzký zvukovod a je obtížné do něho usadit celé sluchadlo.

## **3. Sluchadla kapesní**

V současné době představují kapesní sluchadla dle Havlíka (2015) již zcela výjimečně aplikované provedení, které je nahrazováno menšími a výkonnějšími závěsnými digitálními sluchadly. V ojedinělých případech kapesní sluchadla užívají starší lidé, kteří mají potíže s ovládacími prvky menších typů sluchadel z důvodu zhoršené motoriky rukou a špatného zraku.



#### **4. Sluchadla brýlová**

S ohlédnutím do minulých let Kašpar (2008) konstatuje, že dříve byla brýlová sluchadla mezi nedoslýchavými velice oblíbená, dnes však stojí na okraji zájmu díky možnosti opatření si modernějších výkonnějších sluchadel.

### 3. Potřeby seniorů s nedoslýchavostí

Hroboň, Jedlička, Hořejší (1998) zmiňují jednu důležitou věc a to, že vada sluchu se zdaleka netýká jen daného člověka, ale všech, kteří jsou s ním v nepřetržitém kontaktu (rodinní příslušníci, spolupracovníci, přátelé a známí). K tomu, aby se člověk se sluchovým postižením rozhodl svou situaci racionálně řešit, je bezesporu důležitá stálá podpora rodiny a nejbližšího okolí.

Dosáhne-li sluchová vada určitého stupně, začne negativně ovlivňovat řečovou komunikaci, kterou Neubauer (2010, s. 9) definuje jako „*proces, v němž jsou mezi účastníky předávány informace, zahrnuje motivovaný záměr, výběr prostředků a jejich užití – dále příjem informace, její zpracování, rozumění obsahu a tvorbu odpovědi.*“ Je-li řečová komunikace výrazně narušena, má vážný sociální i psychický dopad. V nejhorším případě může způsobit profesní, rodinné i společenské problémy. Aby se tomu zabránilo, sluchová vada musí být včas a vhodně kompenzována (Jedlička 2007).

Prvním krokem péče o člověka s nedoslýchavostí je zpravidla přidělení, nastavení a přizpůsobení sluchadla. Jak Lejska (2003, s. 69) dále výstižně popisuje, „*cílem péče však není přidělení sluchadla, ale zlepšení komunikačních možností.*“ Posílení oblasti komunikace vyzdvihuje i Horáková (2005), která ale nejprve uvádí, že při péči o sluchově postižené seniory je nutné rozlišovat mezi dvěma rozdílnými skupinami:

a) senioři, kteří si přinesli sluchové postižení do období stáří – jde většinou o osoby s prelingválně vzniklou sluchovou vadou, které často ovládají znakový jazyk;

b) senioři, u kterých došlo ke ztrátě nebo zhoršení sluchu až v období stáří – jedná se o osoby nedoslýchavé či ohluchlé v pozdějším věku, které představují cílovou skupinu diplomové práce. Na významu zde nabývá rehabilitace se zaměřením na oblast komunikace, socializace a oblast samostatnosti a nezávislosti.

#### 3. 1. Oblast komunikace

Stařecká nedoslýchavost vždy v dlouhodobějším horizontu nepříznivě ovlivní řečovou komunikaci se sociálním okolím. „*Pouze malá část osob s presbyacis se dostává do péče klinického logopeda po přidělení sluchadla na foniatrickém*

*pracovišti. Většina stárnoucích osob není motivována k terapii a má zájem o jednorázové řešení sluchové ztráty“ (Neubauer 2009, s. 24).*

Přijme-li senior skutečnost o stavu svého sluchového ústrojí a je-li ochoten spolupracovat, je na místě představit mu doporučení, díky nimž snáze obstojí v každodenním životě a nebude zbytečně frustrován tím, že správně neporozuměl. Praktické řešení situace zahrnuje následující body:

- Sledujte svého komunikačního partnera po celou dobu rozhovoru – z pohybu jeho rtů, výrazu obličeje i z „řeči těla“ se dá mnohdy zjistit stejně, nebo dokonce více, než z obsahu toho, co říká.
- Pokud možno, ved'te konverzaci v klidné místnosti bez rušivých okolních zvuků.
- Před zahájením hovoru přiznejte své limity a požádejte komunikačního partnera, aby mluvil pomaleji a srozumitelněji. Tato strategie je daleko příjemnější, než přerušovat právě probíhající rozhovor ustavičnými otázkami („Prosím? Cože? Jak jste to říkal?“) a bát se přiznat své omezení.
- V prostředí s rušivými zvuky se neostýchejte požádat komunikačního partnera, aby se spolu s vámi přesunul na klidnější místo, kde mu budete lépe rozumět.
- Snažte se být co nejvíce samostatný a nenechte za sebe mluvit například rodinné příslušníky nebo přátele. Zdravému sebevědomí a sebejistotě prospěje daleko více, když svou vadu přiznáte a budete i nadále komunikovat samostatně.
- Při potížích s porozuměním telefonickému hovoru přikládejte telefon vždy k tomu uchu, jímž slyšíte lépe či využijte moderních technologií a opatřete si nejrůznější kompenzační pomůcky.
- Učte se efektivně používat sluchadlo a pravidelně ho využívejte ke komunikaci (Hroboň, Jedlička, Hořejší 1998).

Jelikož komunikace představuje oboustranný proces, je třeba, aby mluvný projev upravila i druhá strana – tedy všichni ti, kteří přicházejí do interakce s člověkem se stařeckou nedoslýchavostí. Projeví-li ochotu se přizpůsobit, usnadní mu příjem informací, pomůžou mu tím zároveň i po psychické stránce. Dají mu tím

najevo, že tolerují jeho limity a že si s ním chtějí i nadále vyměňovat myšlenky, názory a pocity.

Neubauer (2009) blíže seznamuje s obecnými zásadami správné komunikace se stárnoucími osobami se sluchovou vadou:

- Před zahájením konverzace odstraňte všechny rušivé podněty z okolí (rádio, televize,...).
- Tvář mluvící osoby má být ve stejné výšce jako tvář poslouchajícího a dobře osvětlená světlem z okna či umělým zdrojem světla.
- Dodržujte běžnou sociální vzdálenost dvou osob (50 – 150 cm).
- Mluvte jasně a zřetelně, více otvírejte ústa a hlídejte si pomalejší tempo řeči.
- Jste-li obeznámeni s tím, na kterém uchu má senior menší sluchovou ztrátu, postavte se na tuto stranu a mluvte směrem k uchu s menší ztrátou.
- Před zahájením konverzace dejte najevo, že budete mluvit, popř. i můžete ukázat na ústa.
- Při komunikaci tří a více osob najednou, mluvte vždy pouze jedna osoba.
- Udržujte s komunikačním partnerem zrakový kontakt, zopakujte počátek sdělení, pokud se druhá osoba nedívala na váš obličej.
- Užívejte krátké věty, při neporozumění obměňte nějaká slova, ale zanechte stejný obsah sdělení.
- Mluvte o zvoleném námětu, v případě změny tématu na to dopředu upozorněte.
- Nespoléhejte se na přikývnutí, raději se ujistěte otázkou, že vám druhá osoba rozuměla.
- Nezvyšujte nadměrně hlas a vyhýbejte se křičení.
- Podporujte seniora v užívání sluchadla, ale pod tlakem ho nenuťte k jeho nošení.

Cílem logopedického působení je dle Neubauera (2007) rozvoj a maximalizace komunikačního potenciálu osoby postižené poruchou řečové komunikace a zachování dobré kvality sociálního kontaktu s okolím. Součástí logopedické péče u osob se sluchovým postižením je navození kompenzačních strategií – odezírání.

Strnadová (2008, s. 11) uvádí, že „*odezírání je metoda vnímání a porozumění obsahu mluvené řeči zrakem. Odezírající člověk sleduje pohyby úst, mimiku, gesta a další projevy hovořící osoby a snaží se uhodnout obsah sdělení. K úspěšnému odezírání je potřeba znát nejen užitý jazyk včetně jeho frazeologie, ale i téma a situační kontext rozhovoru.*“ Na kvalitu odezírání mají také vliv vnitřní a vnější podmínky.

Vnější podmínky můžeme do určité míry ovlivnit a tím přispět k plnohodnotné komunikaci. Důraz se klade zejména na dodržování optimální vzdálenosti při konverzaci, jejíž hranice je stanovena od půl metru po čtyři metry a je pro každého individuální. Rovněž je důležité, aby obličeje komunikačních partnerů byly ve stejné výšce, neboť pro dobré porozumění je nezbytné, aby nedoslýchavý člověk dobře viděl mluvčímu do obličeje, jeho obličej byl dobře osvětlený a nedoslýchavý nebyl oslněn. Artikulace i mimika musí být sice jasná a zřetelná, ne však výrazně přehnaná. Tempo řeči by mělo být pomalejší. Nevhodné je, když má mluvčí v ústech žvýkačku nebo současně hovoří a konzumuje nějaké jídlo. I plnovous znesnadňuje odezírání (Krahulcová 2003).

Mezi vnitřní podmínky řadí Langer, Suralová (2006) ty aspekty, které jsou projevem osobnostních vlastností účastníků komunikace a na rozdíl od vnějších podmínek je nelze objektivně změnit. Patří sem především věk recipienta, dosažená úroveň jazykových znalostí komunikačních partnerů, rozsah jejich slovní zásoby a přesnost pojmového myšlení. Na důležitosti také nabývá schopnost recipienta soustředit se a přijímat informace, aktuální zdravotní i psychický stav účastníků komunikace a jejich úroveň sociálních zkušeností, kterou se myslí hlavně schopnost empatie a předvídání na základě kontextu.

I přesto, že jsou vnější podmínky odezírání respektovány a vnitřní podmínky jsou na dobré úrovni, „*schopnost odezírání vyžaduje určitou kombinaci vloh, které člověk buď má, anebo nemá. (Vlohy jsou vrozené a nelze je získat.) Teprve na základě těchto vloh (a znalosti daného jazyka) si můžeme vypěstovat dílčí dovednosti, které rozvíjejí naši schopnost odezírat*“ (Strnadová 1998, s. 16).

Je důležité si uvědomit, že odezírání je velmi psychicky náročná a vyčerpávající činnost, jejíž úspěšnost závisí na mnoha faktorech a výše popsaných podmínkách. Odezírání řeči je desetkrát náročnější psychický proces než běžné naslouchání zvukové mluvené řeči (Krahulcová 2014). Z toho důvodu se odezírání

jeví jako nespolehlivý způsob příjmu informací během řečové komunikace a neměl by se stát hlavním komunikačním systémem (Langer, Souralová 2006).

Navíc s vyšším věkem dochází ke změnám, které schopnost odezírat ještě snižují. „*Proto se starší lidé těžko učí odezírat, i když dobře znají mluvený jazyk a mohli předtím řeč slyšet a vidět. Působením věku totiž klesá pohotovost zpracování vjemů, což může proces odezírání krajně ztížit*“ (Strnadová 1998, s. 20). Často se pak stává, že jsou senioři zklamaní, neboť do odezírání vkládali nereálné naděje.

Jak již bylo výstižně uvedeno v úvodu kapitoly, pouze malá část seniorů s presbykuzií navštěvuje klinického logopeda. Projdou-li si zácvikem v odezírání, následující postup logopedické terapie se dle Neubauera (2009) u dobře motivovaných jedinců zaměřuje na sluchový trénink s užitím sluchadla bez opory v odezírání:

- rozlišování častých větných konstrukcí, kam patří hlavně jména a pozdravy;
- diferenciací slovních tvarů s různými charakteristikami (např. krátká a dlouhá slova);
- diferenciací slov s blízkými charakteristikami (např. všechna slova stejné délky, všechna slova začínající na stejnou hlásku);
- rozlišení fonematically nejnáročnějších skupin slov.

Pro oblast komunikace lze na závěr uvést výrok docenta Neubauera (2007, s. 81): „*Právě rozvoj péče o stárnoucí osoby je pro všechny humanitní obory, včetně logopedie, jednou z nejdůležitějších výzev do tohoto tisíciletí.*“

### **3. 2. Oblast socializace**

Zhoršení sluchu představuje pro každého seniora zásadní změnu až úplné přerušování kontaktu s okolním světem. Jestliže nijak nereaguje na to, o čem si druzí povídají, či reaguje způsobem, jež se ostatním zdá nesmyslný, může si vysloužit podezření, že má postižen i intelekt. Často se pak stává, že se staří lidé nepokoušejí se svým sluchem něco udělat a raději se stahují do ústraní (Hroboň, Jedlička, Hořejší 1998). „*Nedoslýchavost může u někoho způsobit emoční a sociální problémy (osamělost, izolace), proto je důležitá podpora okolí*“ (Maixnerová 2010, s. 343, online).

Senioři, u nichž došlo ke zhoršení sluchu až v období stáří, mají především problémy s akceptací sluchového postižení a s přijetím nové životní situace. „Často dochází v důsledku špatné komunikace k tomu, že se nedoslýchaví vyhýbají sociálnímu kontaktu a tím je socializační proces narušen“ (Horáková 2005, s. 115).

Aby i nadále zůstali v kontaktu nejen se svými nejbližšími, předkládá Hroboň, Jedlička, Hořejší (1998) několik doporučení k přizpůsobení prostředí. Při rozhovoru je třeba usednout tak, aby byl senior co nejbližší svému partnerovi a zároveň co nejdále od rušivého hluku. Rádio či televizi je vhodné umístit tak, aby u ní senior seděl co nejbližší a zároveň do její blízkosti nepronikal hluk z okolních místností.

Senioři se stařeckou nedoslýchavostí by měli být obeznámeni s myšlenkou Puldy, Lejsky (1996): sluchově postižení nejsou zcela vyloučeni ze světa zvuků, a tím pádem nejsou vyloučeni ani ze světa mezilidské komunikace, kterou každý člověk potřebuje k vyjádření svých myšlenek a názorů a ke sdělení svých citů. Komunikace nám zároveň umožňuje poznat a pochopit myšlenky, postoje a city lidí v našem okolí a tím přispívá k udržení klidných a vyrovnaných společenských vztahů.

„Při začleňování osob se sluchovým postižením do slyšící společnosti je třeba zajistit služby, které pomáhají překonat důsledky sluchového postižení“ (Souralová 2010, s. 20). Citovaná autorka dále uvádí, že v České republice existuje řada organizací, občanských sdružení, spolků, klubů a společností, které zajišťují titulkování televizních pořadů a filmů, pořádají vzdělávací akce ve formě kurzů a seminářů. Provozují poradenský servis v oblasti psychologické, sociální a právní, organizují kurzy sociální rehabilitace, rekondice a psychorehabilitace. V neposlední řadě vydávají odbornou literaturu a časopisy.

Sluchově postižení se často sdružují podle svých zájmů v různých organizacích, sdruženích a klubech, kde tráví volný čas s jedinci, kteří zažívají obdobné životní radosti a strasti jako oni sami (Souralová, Langer 2005).

Na základě toho Pulda, Lejska (1996) usuzuje, že pro dosažení vnitřního klidu pomůže některým lidem se sluchovým postižením právě ona myšlenka „Nejsem sám“. Lidí se sluchovou vadou jsou tisíce a někteří z nich se scházejí ve výše zmíněných zájmových organizacích a společnými silami hledají cestu, jak nejlépe překonat své bariéry. Ne každý člověk je ovšem společenský typ a touží po

pravidelných setkáváních se stejně handicapovanými jedinci. Nicméně informace o jejich činnosti jim nikdy nejsou na škodu.

### 3. 3. Oblast samostatnosti a nezávislosti

Většina nedoslýchavých seniorů nemá zkušenosti s používáním sluchadla, a proto mohou mít i nereálná očekávání (Lejska 2003). Havlík (2007, s. 182) tuto skutečnost doplňuje o poznatek, že *„přibližně 80 % nedoslýchavých má o možnostech sluchadla mylnou představu a srovnání s brýlemi není na místě. Je třeba vysvětlit, že výsledek bude zásadním způsobem limitován stavem sluchového orgánu jako celku (periferně i centrálně) a že i sebedokonalejší sluchadlo bude vždy jen zesilovačem zvuku, nikoli novým uchem.“*

Z výše uvedeného vyplývá, že pro získání větší spokojenosti se sluchadlem je bezesporu nutné si uvědomit, že ani nejdokonalejší sluchadlo není schopné zcela nahradit normální funkci sluchového orgánu (Světlík 2000). Většina odborníků se ale shoduje v názoru, že sluchadlo je významnou kompenzační pomůckou. Dle Maixnerové (2010, online) pomáhá zlepšit slyšení v různých životních situacích a tím přispívá ke zkvalitnění života nedoslýchavých.

Nedoslýchaví se po přidělení sluchadla zabývají sluchadlem obvykle po dobu šesti týdnů a v této době ho buď přijímají, nebo trvale odkládají (Lejska 2003). Většina seniorů si pořídí sluchadlo jen kvůli tlaku rodiny, která trpí jejich sluchovou vadou (nahlas puštěná televize, přeslechnutí zvonění telefonu či domovního zvonku, časté opakování již řečeného), než že by převažovala jejich potřeba sluchadlo používat (Havlík 2015). Sergei Kochkin, americký ušní specialista, provedl v roce 2009 rozsáhlý výzkum a zjistil, že až 51 % respondentů si opatřilo sluchadlo zejména kvůli přemlouvání rodiny (Main reasons for getting hearing aids 2012, online).

Havlík (2015, s. 274) uvádí, že seniori *„ke korekci přicházejí nezářídka až v pokročilých stádiích sluchových vad, kdy si již do značné míry odvykli slyšet celou řadu obecných zvuků, které je při poslechu se sluchadlem následně ruší, až obtěžují, a někdy mohou být dokonce příčinou jeho odložení.“*

Podstatnou součástí péče o sluchově postižené je rehabilitace po provedené korekci sluchové vady sluchadlem, jejíž obsah vymezil Lejska (2003) do třech bodů:

**a) Objasnit základní zásady používání sluchadla** – člověk s nedoslýchavostí musí být obeznámen s tím, že poslech se sluchadlem mu nepřináší jen zesílení řeči, ale také zvuků a hluků nežádoucích. Ucho slyší všechno a mozek se



musí naučit diferencovat potřebné a nepotřebné zvuky, přičemž je více než žádoucí potřebné zvuky zdůraznit a nepotřebné potlačit. Tento proces je pro lidský mozek typický, jen je třeba se tomu naučit. Platí zde následující zásady: od jednoduššího ke složitějšímu, častěji a méně, pravidelně a trpělivě.

Světlík (2000) dodává, že první dny není vhodné sluchadlo používat déle než hodinu v kuse, přiklání se k několikahodinovým přestávkám mezi užíváním. V případě, že poslech dotyčného vyčerpává, je třeba zeslabit hlasitost sluchadla nebo ho zcela odložit. Určitou dobu na akceptaci vyžaduje i ušní tvarovka či přímo zvukovodové sluchadlo.

**b) Naučit nedoslýchavého zacházení se sluchadlem** – dle Havlíka (2007, s. 184) „*zkušenosti ukazují, že zejména u nedoslýchavých vyšších věkových kategorií obvykle nepostačuje pouze jediné vysvětlení správné manipulace při výdeji sluchadla, ale u vybraných osob je potřebný opakovaný trénink základních úkonů.*“ Ten hlavně spočívá v obsluze sluchadla a jeho praktickém používání. Stejně důležité je i vysvětlení péče o sluchadlo. Často bývá proškolen také přítomný doprovod pacienta (Vohlídková 2009, online).

Samotného pacienta je třeba proškolit ohledně správného usazení ušní tvarovky do ucha, dále se zaměřit na schopnost zapnout a vypnout sluchadlo, regulovat hlasitost, přepínat programy a další nastavené funkce. Nesmí chybět ani seznámení s faktem, že každé sluchadlo vyžaduje pravidelnou péči, která zahrnuje především čištění od ušního mazu a výměnu baterie (Havlík 2007).

**c) Naučit základům poslechu se sluchadlem** – „*Pokud sluchová vada trvá mnoho let, první dny používání sluchadla přinášejí jeho uživateli řadu zvuků, které již léta neslyšeli a „zapomněli“, a proto na jeho psychiku zpočátku mohou působit spíše rušivě*“ (Světlík 2000, s. 40). Havlík (2015) proto navrhuje poučit počáteční uživatele sluchadla o tom, že poslech je prozatím primární a při pravidelném až trvalém nošení sluchadla bude možno nastavené parametry zesílení pozvolna upravovat do té míry, až bude plně využita celá zbytková kapacita sluchu, což by se mělo příznivě odrazit i na srozumitelnosti řeči.

Světlík (2000) doporučuje začít používat sluchadlo v dobře známém prostředí, nejčastěji tedy doma a k poslechu zvolit klidnou místnost bez okolních rušivých podnětů. V takto nastaveném prostředí se uživatel učí postupně rozpoznávat jednotlivé domácí zvuky (zavírání dveří, bzučení zářivek a zvonku, hukot mixéru a vysavače,...).

Dle Lejsky (2003) je dalším krokem konverzace s jednou osobou, která mluví pomalu a zřetelně a jejíž hlas je nedoslýchavému dobře znám. Důležitost je směřována i na to, aby si partneři při komunikaci viděli do tváře, postupně se mezi nimi zvětšovala vzdálenost a časem i přibrali dalšího komunikačního partnera. Světlík (2000) to popisuje jako jednu z nejsložitějších činností, neboť v situaci, kdy mluví více osob najednou, je rozlišení jednotlivých slov velmi obtížné. Problémy nastávají většinou ve společnosti, kde bývá rušivé zvukové pozadí.

V případě, že chce uživatel poslouchat televizi či rádio, Lejska (2003) radí začít nejprve poslouchat zprávy a komentáře. Později přecházet na nedabované a nakonec i dabované pořady. Pro rozumění je nejhorší prostředí kina, divadla a koncerty. Poslech na těchto místech je vhodné ponechat až po zvládnutí předchozího.

## 4. Možnosti komplexní péče a podpory pro nedoslýchavé seniory

Osoby se sluchovým postižením nejčastěji trpí komunikační bariérou a informačním deficitem, z toho důvodu by měla být veškerá podpora zacílena do těchto oblastí. Hlavní cíl komplexní péče a podpory by neměl primárně směřovat k aktivizaci a zapojení osob se sluchovým postižením do společnosti. Je třeba si uvědomit, že každý netouží po aktivizaci, ale naopak ocení, když má i nadále svůj klid a také ne každý je společenský typ a dožaduje se velkého okruhu lidí (Skákalová 2016).

### 4. 1. Lékařská péče

Praktický lékař by měl provádět v rámci periodických prohlídek preventivní orientační vyšetření sluchu a využít k tomu slovní zkoušku, která je však pouze orientační (Čelakovský, Chrobok, Komínek 2015). Lejska (2003) popisuje, že se vyšetřuje každé ucho zvlášť a to hlasitou řečí (označeno V: *vox magna*) a šepotem (označeno Vs: *vox sibillans*). Používají se slova obsahující hlásky A, O, U, H, K, T (hluboké frekvence) a I, E a sykavky (vysoké frekvence).

*„Sluchovou vadu naznačuje, pokud pacient rozezná jednotlivá slova normálním hlasem na méně než 10 m a šepotem na méně než 6 m. V ambulanci praktického lékaře je možné na základě vyšetření řeči stanovit podezření na vadu sluchu, následovat by však vždy mělo podrobné vyšetření sluchu u ORL specialisty“* (Cechnerová, Bouček 2011, s. 273, online).

Při zachování správného postupu následuje vyšetření spádovým otorinolaryngologem, který by měl být schopný rozlišit jednotlivé formy nedoslýchavosti (převodní, percepční, smíšená) a současně určit velikosti sluchových ztrát (Čelakovský, Chrobok, Komínek 2015).

Vyšetření u otorinolaryngologa začíná odběrem anamnestických údajů, kdy se zjišťuje zejména délka trvání obtíží se sluchem a přítomnost dalších příznaků, které mohou doprovázet zhoršení sluchu (pocit zalehnutí, tlak v uchu, bolest ucha, výtok z ucha, teploty, ušní šelest, závratě, porucha rozumění řeči, přecitlivělost na hluk, obrna lícního nervu). Otázky jsou vztaženy i na vyvolávající příčiny, kterými mohou být traumata, infekce v předchorobí apod. (Cechnerová, Bouček 2011, online).

Rottenberg (2008, online) shrnuje, že anamnesticky se pátrá po datech korespondujících se závažností a dynamikou vývoje sluchové poruchy a také po přidružených symptomech, které mohou pomoci identifikovat lézi poruchy a její etiologii. Rovněž jsou vysoce ceněné údaje z rodinné anamnézy, pracovní anamnézy (zvláště údaje o hlukové zátěži) a anamnézy farmakologické (pátrá se po užívání ototoxických léků).

Po zjištění podstatných anamnestických údajů se přejde k otoskopickému vyšetření, které slouží k vyloučení možných příčin převodní poruchy sluchu v oblasti zevního zvukovodu a bubínku. V souvislosti s tím Vohlídková (2009, s. 292, online) uvádí, že *„někdy již zjištění ušního mazu, který kompletně vyplňuje zvukovod, může znamenat pomoc. Po jeho odstranění může dojít k výraznému zlepšení sluchu.“* Pokud je výsledkem otoskopického vyšetření normální ušní nález, pacient je podroben dalším vyšetřením.

Vyšetření ladičkovými zkouškami a slovní zkouška patří mezi orientační metody vyšetření sluchu, které umožňují u části nemocných rozlišení mezi převodní a percepční vadou a do jisté míry určí i její tíži (Čelakovský, Chrobok, Komínek 2015). Dršata, Černý (2015) uvádí, že k základním ladičkovým zkouškám se řadí zkouška Rinneho a Weberova. Obě zkoušky však nejsou více než orientačním vodítkem před stanovením sluchové vady standardními audiometrickými metodami.

Základem každého vyšetření sluchu odborným lékařem by měla být tónová audiometrie a tympanometrie. Podle výsledků zanesených do tympanometrické křivky se posoudí stav tlaku ve středoušní dutině a na základě toho lékař vyhodnotí, o jaký typ nedoslýchavosti se jedná (Horáková 2012).

V případě, že příslušná ordinace přiděluje sluchadla, patří ke standardnímu vyšetření i slovní audiometrie (Čelakovský, Chrobok, Komínek 2015). Dle Horákové (2012) má přidělení a nastavení sluchadla na starosti odborný lékař – foniatr.

Vyšetření foniatrem blíže představuje Čelakovský, Chrobok, Komínek (2015, s. 118): *„Jedná se o vyšetření na specializovaném pracovišti, které hodnotí poruchy komunikačních funkcí jako celku. Základním požadavkem je nejen vyšetření stavu sluchu, ale především vyšetření komunikačních potíží.“*

Pro posouzení komunikačních potíží je zapotřebí vždy podrobná anamnéza. Někdo má potíže s poslechem televize, jiný při komunikaci s více osobami nebo při aktivní účasti na zasedání. Zřetel se bere i k prostředí, ve kterém komunikace probíhá

(velké prostory, malé domácí prostory). Také je nutno zohlednit věk a společenské aktivity pacienta (Čelakovský, Chrobok, Komínek 2015).

Po otoskopickém a tympanometrickém vyšetření, zkoušce ladičkami, klasické zkoušce šepotem a hlasitou řečí, jež provádí odpovědný lékař, vyšetřuje audiologická sestra u dospělých a stárnoucích osob prahový tónový audiogram, práh nepříjemného poslechu a slovní audiogram. Co se týče audiologické sestry, její kvalifikace je podmíněna specializačním vzděláním v Národním centru ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. Po získání certifikátu je oprávněna k řadě úkonů souvisejících s péčí o sluchově postižené pacienty a k manipulaci se sluchadly (Havlík, Hloušková, Čelakovská 2015).

Při tónové audiometrii se vyšetřuje vzdušné a kostní vedení čistými tóny (125–8000 Hz) prostřednictvím sluchátek a kostního vibrátoru. Nevyšetřované ucho se ohlušuje a výsledkem je prahový tónový audiogram. Valvoda (2007, s. 516, online) dále uvádí, že *„ze ztrát na frekvencích 0,5 1,0 2,0 a 4,0 kHz lze spočítat ztráty sluchu podle Fowlera v procentech, které se používají v ČR pro posudkové účely. Vyjadřují tíži sluchové poruchy s ohledem na rozumění řeči podle decibelového nárůstu ztrát na řečových frekvencích.“*

Slovní audiometrie ve volném poli klasifikuje velikost sluchové vady pro potřeby pojišťovny. Finanční příspěvky od pojišťovny se rozdělují do tří skupin podle ztráty sluchu na lepším uchu, a to: 2 700 Kč (středně těžká nedoslýchavost), 3 900 Kč (těžká nedoslýchavost) a 5 100 Kč (velmi těžká nedoslýchavost). Dospělí pacienti a pacienti v seniorském věku mají nárok na příspěvek od pojišťovny jednou za pět let na jedno sluchadlo (Číselník VZP 2017, online).

Na základě výsledků z audiometrických vyšetření je určen charakter a tíže sluchové vady. Pacient by měl být poučen o její podstatě a zároveň by měl získat reálné představy o možnostech korekce. Může se tak předejít zbytečnému zklamání, které často vede k negativnímu postoji ohledně používání sluchadla (Havlík 2007).

#### **4. 1. 1. Výběr sluchadla a následná lékařská péče**

Po realizaci audiometrických testů se přistupuje k výběru sluchadla, který je řízen dle sluchové ztráty. Pacientovi jsou představeny typy sluchadel a je mu doporučeno, které by pro něj bylo nejvhodnější (Maixnerová 2010, online). Dle Havlíka (2007) je základem pro správný výběr sluchadla stanovení cílového zisku a maximálního akustického výstupního tlaku. Dále se bere zřetel na individuální

přání nedoslýchavého a rovněž na faktor tvarový, kvalitativní a finanční. V neposlední řadě se přihlíží i k situaci, v jaké je sluchadlo zamýšleno používat. Při výběru sluchadla je také velmi důležité zhodnotit manuální a zrakové schopnosti a dovednosti seniora.

Pacient má právo vyzkoušet si sluchadla od tří různých firem. Ceny sluchadel se pohybují v cenovém rozmezí od 2 700 Kč až do 28 000 Kč. Dospělým se sluchovým postižením jsou sluchadla přidělována na základě zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění. *„Foniatr nabízí budoucímu uživateli vhodná sluchadla z kategorie bez doplatku, tedy plně hrazená pojišťovnou, příp. sluchadla dražší, s vlastním doplatkem. Systém přidělování příspěvků na sluchadla vychází z Číselníku Všeobecné zdravotní pojišťovny. Tímto systémem se řídí všechny pojišťovny v České republice“* (Horáková 2012, s. 100).

Další fáze výběru finální podoby sluchadla mohou probíhat v součinnosti s audiologickou sestrou. Dle Havlíka, Hlouškové, Čelakovské (2015) jde zejména o předání informací o finanční náročnosti konkrétních typů sluchadel a o jednotlivých tvarových provedeních, od kterých se odvíjí rozdílné požadavky na manipulaci a každodenní péči. Na základě předložených údajů si nedoslýchavý vybírá takové sluchadlo, které mu po všech stránkách co nejvíce vyhovuje.

Přesto, že přirozený a efektivnější poslech umožňuje binaurální korekce a pacienti jsou o tom poučeni, většinou z nejrůznějších důvodů volí korekci monaurální (Jedlička 2007).

*„Sluchadla předepisuje smluvní lékař Pojišťovny odbornosti FON a odbornosti OTO S3, který vlastní osvědčení Společnosti ORL opravňující jej k přidělování sluchadel hrazených z veřejného zdravotního pojištění. Sluchadla, příslušenství a ostatní foniatrické pomůcky se předepisují na Poukaz na foniatrickou pomůcku“* (Číselník VZP 2017, s. 27, online).

Po přidělení sluchadla následuje jeho přizpůsobení a praktické zkoušení. Pokud si pacient vybere sluchadlo zvukovodové, provede lékař otisk zvukovodu, který se následně odesílá do firmy, od které si pacient sluchadlo vybral, a bylo mu nazkoušeno ve formě závěsné. Vyrobené sluchadlo firma odesílá zpět lékaři, který poté provede nastavení sluchadla a jeho výdej (Maixnerová 2010, online).

V případě, že si pacient vybere závěsné sluchadlo, je vhodné nejdříve zhotovit individuální ušní tvarovku dle otisku zvukovodu a až s ní provést praktické zkoušení (Havlík 2007). Tvarovky se vyrábí z tvrdého nebo měkkého materiálu

s antialergickou složkou v tělové barvě. Na přání zákazníka je možné tvarovky ozdobit kamínky různých barev a velikostí.

Při zkoušení sluchadel vychází foniatr z počítačové modelace sluchové vady a při nastavení parametrů zesílení provede složité výpočty počítač. „*Velmi důležité je mít na paměti, že takto získané parametry nastavení jsou pouze výchozím bodem dalšího jemného doladování dle subjektivního vnímání budoucího uživatele korekce*“ (Havlík 2007, s. 183).

Po nastavení přebírá pacienta audiologická sestra, která v prvním kroku vyšetřuje slovní audiogram s korekcí za účelem ověření objektivního efektu. Odpovídá-li výsledek primárnímu očekávání, následuje podrobný nácvik používání sluchadla a péče o něj opět pod vedením audiologické sestry. Jak uvádí Havlík (2007, s. 184), „*plné využití všech vlastností zvoleného sluchadla je možné jen tehdy, když jeho uživatel dokonale zvládne jeho ovládání.*“ Jde především o:

- základní manipulaci se sluchadlem, která představuje zapínání/vypínání, zesilování/zeslabování, přepínání programů aj.;
- nácvik zavádění sluchadla do ucha a manipulace s ním (nácvik je vhodné provádět před zrcadlem a vkládat sluchadlo do ucha vypnuté, aby při jeho zavádění nevznikla akustická zpětná vazba);
- poučení o správném typu baterie a její výměna ve sluchadle;
- péči o individuální ušní tvarovku či skořepinu sluchadla (způsob čištění, výměna cerumenových filtrů, nácvik výměny ušní hadičky);
- informace o možných užitečných doplncích (čisticí tablety pro ušní tvarovku, vysušovací tablety pro sluchadlo, nabíječky akumulátorů);
- informace o nejčastějších příčinách vedoucích k poruše sluchadla a možnostech jejich řešení (vybitá baterie, ucpaný zvukový kanál sluchadla, ucpaný mikrofonní vstup);
- edukaci o tom, jak si postupně zvykat na cizí těleso v uchu a změněnou sluchovou perцепci;
- poučení o garančních podmínkách a místě servisu (Havlík, Hloušková, Čelakovská 2015).

Na závěr lze dodat, že všechny výše uvedené kroky při nácviku používání sluchadla jsou časově náročné. V souvislosti s tím je třeba, aby byla audiologická

sestra vybavena vysokým stupněm trpělivosti a vždy ochotně zopakovala potřebné informace a zároveň ověřila, že byly správně pochopeny (Havlík, Hloušková, Čelakovská 2015).

*„Nejen těm náročnějším, ale obecně všem pacientům je seriózní nabídnout několikadenní zkušební dobu, při které si ověří, nakolik jim nové sluchadlo splňuje jejich původní představy a jak řeší jejich komunikační hendikep, kvůli kterému si ho pořídili“ (Havlík 2007, s. 184).*

Odpovědnost za korekci sluchových vad u dětí má foniatr. Po přidělení sluchadla je zároveň povinen zajistit dítěti odbornou rehabilitační péči s důrazem na řečovou a sluchovou výchovu, kterou provádí klinický logoped (Jedlička 2007). Ovšem u seniorů tato následná péče zajištěna není.

Pravidelné kontroly se sluchadly jsou dle Havlíka, Hlouškové, Čelakovské (2015) nezbytné k maximálnímu využití jejich potenciálu vzhledem k dané sluchové vadě. S postupující adaptací na sluchadlo je třeba upravovat parametry zesílení, které provádí lékař a audiologická sestra i nadále zastává důležitou roli:

- provádí čištění ušních tvarovek a jejich jednoduché opravy, jako je výměna ztvrdlé hadičky;
- zejména u seniorů je často potřebný opakovaný nácvik manipulace se sluchadlem, stejně tak i nácvik správného zavádění ušní tvarovky a jejího usazení v uchu;
- výměna vybité baterie ve sluchadle a znečištěných cerumenových filtrů;
- převzetí vadného sluchadla do opravy a zajištění úpravy ušní tvarovky;
- edukace rodinných příslušníků u pacientů v seniorském věku;
- praktické vyzkoušení doplňkových zařízení pro poslech televize a poslech v nepříznivých akustických podmínkách.

*„Sluchadlový specialista, tj. lékař foniatr či lékař oboru ORL s licencií na aplikaci korekce sluchových vad pomocí sluchadel, a audiologická sestra by měli tvořit dokonale sehraný vysoce erudovaný tým, který poskytne nedoslýchavému pacientovi péči na nejvyšší technické i lidské úrovni a ke kterému se bude uživatel sluchadla vždy rád vracet na pravidelné kontroly a obracet s případnými problémy“ (Havlík, Hloušková, Čelakovská 2015, s. 299).*



Alternativou lékařské péče je nestátní zdravotnické zařízení. Tento model z oslovených zařízení pro výzkumné šetření představuje Widex Line, spol. s r.o. a ProSluch s.r.o.

#### 4. 2. Systém dalších služeb

*„Výše byly uvedeny úkoly, které by měli plnit odborníci ve vztahu k seniorům. Je ale paradoxní, že přestože nedoslýchavost se ve vyšším věku vyskytuje poměrně často, je této skupině v praxi věnována pouze malá pozornost, a to výhradně v klinickém prostředí“* (Skákalová 2015, s. 155). Protože v rámci státních institucí neexistuje žádná, která by se specificky a komplexně zabývala seniory se získanou sluchovou vadou, otevírá se prostor pro neziskové organizace. V České republice funguje několik organizací poskytující služby osobám se sluchovým postižením. *„Z našeho pohledu ale pouze některé dokáží reagovat i na potřeby seniorů s nedoslýchavostí“* (Skákalová 2015, s. 157).

Dle úvodního odstavce systém dalších služeb pro seniory se stařeckou nedoslýchavostí spadá do oblasti sociálních služeb, která byla v České republice uzákoněna zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, jež nabyl platnost 1. 1. 2007. Tento zákon upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb (§ 1, zákon č. 108/2006 Sb., online).

Zákon o sociálních službách vymezuje sociální službu jako činnost nebo soubor činností, které zajišťují pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení. *„Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob“* (§ 2, zákon č. 108/2006 Sb., online).

Zákon dále vymezuje základní druhy sociálních služeb: sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Sociální služby se poskytují jako služby pobytové, ambulantní nebo terénní. Sociální služby se poskytují osobám bez

úhrady nákladů nebo za částečnou či plnou úhradu nákladů, což blíže vymezuje § 71–77 (§ 32–77, zákon č. 108/2006 Sb., online).

Sociální poradenství zahrnuje základní sociální poradenství a odborné sociální poradenství. *„Základní sociální poradenství poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Základní sociální poradenství je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb; poskytovatelé sociálních služeb jsou vždy povinni tuto činnost zajistit. Odborné sociální poradenství je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob...“* Služba obsahuje tyto základní činnosti: zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (§ 37, zákon č. 108/2006 Sb., online).

Pro osoby se sluchovým postižením a jejich specifické potřeby představuje odborné sociální poradenství jednu ze základních služeb. V rámci fakultativních služeb se do odborného sociálního poradenství řadí i půjčování kompenzačních pomůcek do domácího prostředí (Skákalová 2016).

Svaz neslyšících a nedoslýchavých osob v České republice realizoval od roku 2010 projekt s názvem „Vybavení půjčoven pomůckami pro osoby se sluchovým postižením“. Cílem projektu bylo dobře vybavit síť půjčoven kompenzačních pomůcek pro sluchově postižené osoby na celém území České republiky, čímž se doplní systém zdravotně sociálních služeb zejména v situacích, kdy nemá sluchově postižený člověk dočasně z různých důvodů k dispozici kompenzační pomůcku (Svaz neslyšících a nedoslýchavých v ČR 2012, online).

V rámci projektu se modernizovalo vybavení 24 stávajících půjčoven a nově se zřídilo 21 dalších půjčoven ve 13 krajích České republiky. Klienti si tak můžou vyzkoušet nové moderní pomůcky pro lepší poslech a rozumění řeči. Pomůcky jim jsou zapůjčeny na nezbytně dlouhou dobu podle jejich potřeb a před zapůjčením pomůcky jsou klienti seznámeni se správným zacházením (Svaz neslyšících a nedoslýchavých v ČR 2012, online).

Například Hradecké centrum pro osoby se sluchovým postižením o.p.s. má k dispozici půjčovnu pomůcek, která vznikla v roce 2011 díky výše zmíněnému projektu Svazu neslyšících a nedoslýchavých osob v České republice. Půjčovna nabízí více než 30 různých kompenzačních pomůcek na vyzkoušení a dočasný

pronájem (Hradecké centrum pro osoby se sluchovým postižením o.p.s. 2017, online).

Unie neslyšících Brno také nabízí v rámci odborného sociálního poradenství pro cílovou skupinu nedoslýchavých všech věkových kategorií poradnu a půjčovnu kompenzačních a komunikačních pomůcek a poradnu pro nedoslýchavé. Pracovníci v poradně a půjčovně kompenzačních a komunikačních pomůcek informují o přehledu a využití kompenzačních pomůcek. Klientovi je doporučena vhodná kompenzační pomůcka s ohledem na jeho aktuální stav vnímání zvuku a mluvené řeči. Klienti mají rovněž možnost si pomůcky zapůjčit pro domácí používání (Unie neslyšících Brno 2016, online).

Poradna pro nedoslýchavé je určena především pro uživatele sluchadel. Pracovníci poskytují rady například ohledně toho, jak udržovat sluchadlo čisté, kde si pořídit baterie a co dělat v situaci, kdy sluchadlo píská a je ztvrdlá ušní hadička (Unie neslyšících Brno 2016, online).

Služby Audiohelpu pro osoby se sluchovým postižením a jejich blízké okolí zahrnují odborné sociální poradenství, klienti si též můžou kompenzační pomůcku na zkoušku zapůjčit domů (Audiohelp 2017, online).

Poradenské centrum pro sluchově postižené Kroměříž, o.p.s. a pobočky ve Valašském Meziříčí a Uherském Hradišti provozují také půjčovnu kompenzačních pomůcek pro sluchově postižené (Poradenské centrum pro sluchově postižené Kroměříž, o.p.s. 2017, online).

*„Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem podpořit život v jejich přirozeném sociálním prostředí a umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení.“* Mezi služby sociální péče patří: osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení a sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče (§ 38–52, zákon č. 108/2006 Sb., online).

Služby sociální prevence napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy kvůli krizové sociální situaci, životním návykům

a způsobu života. Cílem je napomáhat těmto osobám s překonáním jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů. Mezi služby sociální prevence patří: raná péče, telefonická krizová pomoc, tlumočnické služby, azylové domy, domy na půl cesty, kontaktní centra, krizová pomoc, intervenční centra, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, služby následné péče, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, sociální aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny, terapeutické komunity, terénní programy a sociální rehabilitace (§ 53–70, zákon č. 108/2006 Sb., online).

Mezi další registrované sociální služby Svazu neslyšících a nedoslýchavých osob v České republice patří sociální rehabilitace a sociálně aktivizační služby (Svaz neslyšících a nedoslýchavých v ČR 2012, online). Poradenské centrum pro sluchově postižené Kroměříž, o.p.s. a pobočky ve Valašském Meziříčí a Uherském Hradišti mají registrované sociálně aktivizační služby, v rámci kterých pořádají sportovní aktivity, kulturní a společenské aktivity a vzdělávací aktivity (Poradenské centrum pro sluchově postižené Kroměříž, o.p.s. 2017, online).

Audiohelp nabízí svým klientům službu sociální rehabilitace. Jednou z doplňkových a navazujících služeb jsou reedukační pobytové kurzy. Audiohelp organizuje týdenní až čtrnáctidenní pobytové reedukační kurzy, během kterých jsou účastníci seznámeni s vadami sluchu a jejich možnou léčbou nebo kompenzací sluchové ztráty, jsou jim představeny kompenzační pomůcky pro sluchově postižené, učí se základům odezírání a poslechu se sluchadlem v různých situacích. Také je jim názorně ukázána manipulace se sluchadlem a vysvětleny zásady pro údržbu (Audiohelp 2017, online).

## **5. Názory seniorů na stávající systém péče a podpory o nedoslýchavé osoby v České republice**

Výzkumná část diplomové práce zjišťuje názory seniorů se stařeckou nedoslýchavostí na stávající systém péče a podpory o nedoslýchavé osoby v České republice.

### **Hlavní cíl výzkumu:**

Zjistit hodnocení na stávající systém péče a podpory o osoby s postižením sluchu v České republice a zaznamenat názory nedoslýchavých seniorů na něj.

### **Výzkumné otázky:**

Výzkumná otázka 1: Jak senioři hodnotí přínos sluchadla?

Výzkumná otázka 2: Jaké mají senioři zkušenosti s foniatrem?

Výzkumná otázka 3: Jaké mají senioři zkušenosti s dalšími podpůrnými službami?

### **5. 1. Metodika výzkumu**

Pro účely diplomové práce byl použit kvalitativní výzkum. „*Termínem kvalitativní výzkum rozumíme jakýkoli výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických procedur nebo jiných způsobů kvantifikace*“ (Švaříček 2007, s. 16). Pro kvalitativní výzkum jsou charakteristické následující vlastnosti: jedinečnost, kontextuálnost, procesuálnost, dynamika a reflexivita (Miovský 2006).

Výhodou kvalitativně orientovaného výzkumu je získání hloubkového popisu případů. Výzkumník totiž nezůstává jen na jejich povrchu, ale naopak provádí podrobnou komparaci případů, sleduje jejich vývoj a zkoumá příslušné procesy. Kvalitativní výzkum probíhá nejčastěji v přirozených podmínkách sociálního prostředí (Hendl 2008).

Dle Švaříčka (2007) je podstatou kvalitativního výzkumu do široka rozprostřený sběr dat a po nasbírání dostatečného množství dat začíná výzkumník pátrat po pravidelnostech, které se v těchto datech vyskytují, formuluje předběžné závěry a hledá pro ně další oporu v datech. Cílem kvalitativního výzkumu je popsat zvláštnosti případů, generovat hypotézy a rozvíjet teorie o fenoménech světa (Hendl 2008).

### 5. 1. 1. Metody sběru dat

Vybranou metodou sběru dat byl dotazník, který patří mezi nejpoužívanější výzkumné techniky. Podstatou dotazníku je zjištění nejen dat a informací o respondentovi, ale i jeho názorů a postojů k danému problému (Bartošová, Skutil 2011). Gavora (2010) dodává, že dotazník je určen především pro hromadné získávání údajů od velkého počtu odpovídajících.

Zvolenými respondenty byli senioři (60 a více let) se stařeckou nedoslýchavostí, kterou kompenzují sluchadly. Se zřetelem k cílové skupině bylo pro tvorbu dotazníku použito větší bezpádkové písmo a otázka zvýrazněna tučným písmem (viz Příloha A).

Bartošová, Skutil (2011) uvádí, že mezi výhody dotazníku patří snadná administrace při zpracování odpovědí a dodržení anonymity respondentů. Výzkumník může oslovit větší počet respondentů a tím obdržet značné množství údajů, které lze většinou plně kvantifikovat.

K nevýhodám dotazníku se řadí subjektivní výpovědi respondentů, respondentovi vždy nemusí vyhovovat daná forma dotazování a některým otázkám se třeba i vyhne. Za slabou stránku dotazníku je také považována přesnost vymezených otázek a variant odpovědí, v jejichž důsledku respondent někdy zvolí variantu, kterou by jinak neoznačil (Bartošová, Skutil 2011).

Dle Gavory (2010) dotazník obvykle tvoří tři části. Vstupní část se skládá zejména z hlavičky (jméno autora dotazníku, popř. název instituce, která dotazník zadává) a pokynů, jak dotazník vyplnit. Druhá část obsahuje vlastní otázky a na konci dotazníku bývá napsáno poděkování respondentovi za spolupráci na výzkumném šetření. Dobře zkonstruovaný dotazník má jasně stanovený cíl, což je základní podmínka racionálně plánovaného výzkumu.

V praxi existují dva základní typy dotazníků. Standardizovaný dotazník má jednotné instrukce, administraci, normy a je zajištěna validita a reliabilita. „*Druhým je dotazník vlastní konstrukce, který je v prostředí edukační reality nejpoužívanější*“ (Bartošová, Skutil 2011, s. 81).

Pro výzkumnou část diplomové práce byl vytvořen dotazník vlastní konstrukce, který začínal úvodním představením cíle výzkumného šetření a dále obsahoval základní instrukce pro jeho vyplňování. Respondenti byli požádáni, aby sdělili dosavadní zkušenosti a názory k tématu stávající systém péče a podpory o nedoslýchavé osoby v České republice a bylo jim oznámeno, že dotazník je zcela

anonymní. Zároveň byli informováni o tom, že u kterékoliv otázky mohou připsat svoje komentáře a připomínky. Nechybělo ani poděkování za jejich čas věnovaný vyplnění dotazníku, které bylo znovu zmíněno ještě na konci.

Otázky v dotazníku se dělí podle míry otevřenosti na uzavřené, polouzavřené a otevřené. Existují i otázky škálovací (škálové) a testové. „*Škálování se uskutečňuje různými druhy posuzovacích škál, tedy stupnic. Posuzovatel vyjadřuje svoje hodnocení určením polohy na škále*“ (Gavora 2010, s. 105). Dle Bartošové, Skutila (2011) jsou často využívány numerické posuzovací škály, kdy je třeba jasně určit, co která hodnota znamená. Zpravidla se používá hodnocení jako ve škole (1 = nejlepší a 5 = nejhorší).

Vytvořený dotazník se skládal z uzavřených, polouzavřených i otevřených otázek a také se ve dvou případech využilo škálovacích otázek (známky 1 – 5 jako ve škole). Dotazník celkem tvořilo 13 otázek, některé z nich se ještě členily na podotázky a doplňující slovní komentář. V úvodu dotazník zjišťoval pohlaví respondentů a pro kontrolu věk, aby se dodržela cílová skupina diplomové práce. Většina otázek uvedla příklad možné odpovědi, aby respondenti věděli, co se po nich žádá. Důležité otázky dotazníku však nenabízely jakési vodítko, neboť nebylo záměrem stylizovat respondenta do předepsané odpovědi, ale naopak se dozvědět jeho úhel pohledu.

Odpovědi v dotazníku byly utříděné podle otázek a získaná data vyhodnocena analýzou. Jak uvádí Hendl (2008), každý výzkumník vybírá na začátku kvalitativního výzkumu téma a určí základní výzkumné otázky. Poté vyhledává a analyzuje jakékoliv informace, které přispívají k osvětlení výzkumných otázek, provádí deduktivní a induktivní závěry. Šedřová (2007) dodává, že data, která má výzkumník k dispozici, jsou obvykle rozsáhlá a nestrukturovaná. Úkolem výzkumníka je začít s jejich organizací a zpracováním, respektive podrobit data systematické analýze a následné interpretaci.

Sběr dat a jejich analýza probíhají v delším časovém intervalu a současně. Výzkumník sbírá data, provede jejich analýzu a podle získaných výsledků rozhodne, která data jsou pro něj užitečná, a začne znovu se sběrem dat a jejich analýzou. „*Při kvalitativní analýze a interpretaci jde o systematické nenumerné organizování dat s cílem odhalit témata, pravidelnosti, datové konfigurace, formy, kvality a vztahy*“ (Hendl 2008, s. 223).

### 5. 1. 2. Průběh výzkumu

Konečná verze dotazníku s uzavřenými, polouzavřenými, otevřenými i škálovacími otázkami byla vytvořena v květnu 2016. Následně byly osloveny organizace poskytující služby osobám se sluchovým postižením a pracoviště ORL a foniatrie s žádostí o umožnění realizace výzkumného šetření.

Většina zařízení byla požádána prostřednictvím elektronické pošty a to hlavně z důvodu velké vzdálenosti. Součástí e-mailové korespondence byla příloha s finální podobou dotazníku a kontaktovaná osoba mohla rozhodnout, zda jejich pacienti nebo klienti splňují kritéria cílové skupiny a zda jsou schopní a především ochotní dotazník vyplnit. Příslušná osoba, jež byla pověřena odpovědí, zároveň i uvedla, jaký počet dotazníků by bylo vhodné poslat.

Dotazníky do jednotlivých zařízení byly zaslány pomocí služby České pošty. Do obálky se přiložily psací potřeby, průvodní dopis se základními informacemi a poděkováním a také nadepsaná a ofrankovaná obálka pro zpětné odeslání vyplněných dotazníků, aby s tím zařízení nemělo žádné výdaje.

Zařízení v Královéhradeckém a Pardubickém kraji byla oslovena při osobní schůzce. Pracovníkům byl vysvětlen cíl výzkumného šetření, předložen dotazník a zodpovězeny doplňující otázky. Na základě splnění požadavků z jejich strany se na daná pracoviště zanesly dotazníky v předem určeném počtu. Například Pardubická nemocnice, Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku – Ušní, nosní, krční oddělení si po domluvě vyžádalo ponechání 15 ofrankovaných obálek pro respondenty, kteří nejsou schopni z časových indispozic vyplnit dotazník na místě. Bylo domluveno, že otázky zodpoví doma a dotazník pošlou na předepsanou adresu Univerzity Hradec Králové.

Jednotlivá zařízení byla oslovována s žádostí o umožnění dotazníkového šetření v časovém období květen – říjen 2016. Zároveň byla požádána, aby nejdéle do prosince 2016 odeslala zpět dotazníky či se pro ně zašlo osobně (Pardubický, Královéhradecký kraj).

Tabulka č. 1 obsahuje výčet oslovených zařízení a v případě, že dané zařízení zareagovalo na podanou žádost, je uveden i počet dotazníků, který se do zařízení poslal.



Tabulka 1: Přehled o počtu oslovených zařízení a jejich vyjádření k množství dotazníků

<b>Název zařízení</b>	<b>Způsob komunikace</b>	<b>Počet dotazníků</b>
Hradecké centrum pro osoby se sluchovým postižením o.p.s., Hradec Králové	osobní schůzka	30
Svaz neslyšících a nedoslýchavých osob v ČR, z.s. – Základní organizace Jeseník, p.s.	e-mailová korespondence	20
Česká unie neslyšících, oblastní organizace Liberec	e-mailová korespondence	bez reakce
Svaz neslyšících a nedoslýchavých osob v ČR, z.s. – Praha 8 – Karlín	e-mailová korespondence	10
Unie neslyšících Brno, z.s.	e-mailová korespondence	15
Svaz neslyšících a nedoslýchavých osob v ČR, z.s. – Broumov	e-mailová korespondence	10
Centrum služeb pro neslyšící a nedoslýchavé, o.p.s. – Ostrava	e-mailová korespondence	5
Svaz neslyšících a nedoslýchavých osob v ČR, z.s., Krajská organizace Olomouckého kraje, p.s. – Šumperk	e-mailová korespondence	5
Česká unie neslyšících, oblastní organizace Praha (klub SION)	e-mailová korespondence	20
Svaz neslyšících a nedoslýchavých osob v ČR, z.s., Oblastní organizace Trutnov, p.s.	e-mailová korespondence	10
Svaz neslyšících a nedoslýchavých osob v ČR, z.s., Krajská organizace Vysočina, p.s. – Jihlava	e-mailová korespondence	10
Audiohelp, Ústí nad Orlicí	e-mailová korespondence	bez reakce
Poradenské centrum pro sluchově postižené Kroměříž, o.p.s.	e-mailová korespondence	10
Poradenské centrum pro sluchově postižené Kroměříž, o.p.s. – pobočka Uherské	e-mailová korespondence	20

Hradiště		
Pardubická nemocnice, ORL oddělení	osobní schůzka	20
Widex Line, spol. s r.o. – Praha 9 – Střížkov	e-mailová korespondence	10
Widex Line, spol. s r.o. – Brno	e-mailová korespondence	bez reakce
Widex Line, spol. s r.o. – Ostrava	e-mailová korespondence	bez reakce
Audiohelp, Pardubice	osobní schůzka	20
ProSluch s.r.o. – Hradec Králové	osobní schůzka	15
Fakultní nemocnice Hradec Králové, Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku	osobní schůzka	30
Oblastní unie neslyšících Olomouc	e-mailová korespondence	bez reakce
Centrum pro zdravotně postižené a seniory Pardubického kraje, o.p.s. – Pardubice	e-mailová korespondence	bez reakce
Centrum pro zdravotně postižené a seniory Pardubického kraje, o.p.s. – Chrudim	e-mailová korespondence	bez reakce
Centrum pro zdravotně postižené a seniory Pardubického kraje, o.p.s. – Ústí nad Orlicí	e-mailová korespondence	bez reakce
Audiohelp, Plzeň	e-mailová korespondence	10
Svaz neslyšících a nedoslýchavých osob v ČR, z.s., Krajská organizace Ústeckého kraje, p.s. – Ústí nad Labem	e-mailová korespondence	15
Svaz neslyšících a nedoslýchavých osob v ČR, z.s., Odborné sociální poradenství pro SP – Karlovy Vary	e-mailová korespondence	15
Svaz neslyšících a nedoslýchavých osob v ČR, z.s., Budějovický spolek neslyšících, p.s. – České Budějovice	e-mailová korespondence	15
Svaz neslyšících a nedoslýchavých osob v	e-mailová	15

ČR, z.s. – Strakonice	korespondence	
<b>Celkem</b>		<b>330</b>

Byla vytvořena i elektronická verze dotazníku, která byla po svolení zveřejněna na informačním portálu Ruce.cz a dále zprostředkována pražské pobočce Widexu, Poradenskému centru pro sluchově postižené Kroměříž, o.p.s. a Poradenskému centru pro sluchově postižené Kroměříž, o.p.s. – pobočka Uherské Hradiště.

Při zapisování dat byly některé dotazníky vyloučeny, neboť po přečtení úvodních informací o věku a časovém období, kdy vznikla sluchová vada, nesplňovali respondenti podmínky cílové skupiny. Nejčastějším důvodem pro nezapočítání odpovědí respondentů bylo to, že jejich vada sluchu je vrozená. Mezi další důvody patřil neodpovídající věk (pod 60 let) a skutečnost, že sluchadlo mají sice přidělené, ale vůbec ho nepoužívají.

Pracovníci ze Svazu neslyšících a nedoslýchavých osob v ČR, z.s. – Broumov a taktéž ze Svazu neslyšících a nedoslýchavých osob v ČR, z.s., Oblastní organizace Trutnov, p.s. napsali, že obálku s dotazníky vůbec neobdrželi. Příslušná osoba ze Svazu neslyšících a nedoslýchavých osob v ČR, z.s., Krajská organizace Vysočina, p.s. – Jihlava prostřednictvím e-mailové korespondence předala informaci o tom, že vyplněné dotazníky posílala nazpátek, ale obálka na předepsanou adresu Univerzity Hradec Králové nedorazila.

Mezi respondenty z Hradeckého centra pro osoby se sluchovým postižením o.p.s., Hradec Králové je i osm seniorů, kteří bydlí v domově pro seniory v Královéhradeckém kraji.

Následující tabulka č. 2 předkládá číselné údaje o počtu vrácených dotazníků z jednotlivých zařízení a zároveň informuje o tom, kolik přijatých dotazníků bylo do výzkumného šetření zahrnuto.

Tabulka 2: Přehled o počtu přijatých a použitých dotazníků

<b>Název zařízení</b>	<b>Počet přijatých dotazníků</b>	<b>Počet použitých dotazníků</b>
Hradecké centrum pro osoby se sluchovým postižením o.p.s., Hradec Králové	27	23

Svaz neslyšících a nedoslýchavých osob v ČR, z.s. – Základní organizace Jeseník, p.s.	14	12
Svaz neslyšících a nedoslýchavých osob v ČR, z.s. – Praha 8 – Karlín	5	3
Unie neslyšících Brno, z.s.	12	10
Centrum služeb pro neslyšící a nedoslýchavé, o.p.s. – Ostrava	3	3
Svaz neslyšících a nedoslýchavých osob v ČR, z.s., Krajská organizace Olomouckého kraje, p.s. – Šumperk	2	1
Česká unie neslyšících, oblastní organizace Praha (klub SION)	18	1
Poradenské centrum pro sluchově postižené Kroměříž, o.p.s.	10	9
Poradenské centrum pro sluchově postižené Kroměříž, o.p.s. – pobočka Uherské Hradiště	16	13
Pardubická nemocnice, ORL oddělení	14	14
Widex Line, spol. s r.o. – Praha 9 – Střížkov	5	5
Audiohelp, Pardubice	7	6
ProSluch s.r.o. – Hradec Králové	8	6
Fakultní nemocnice Hradec Králové, Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku	10	10
Audiohelp, Plzeň	5	4
<b>Celkem</b>	<b>156</b>	<b>120</b>

Z výše uvedené tabulky č. 2 plyne, že výzkumný soubor tvoří celkem 120 respondentů, kteří splnili základní kritéria – odpovídající věk, požadovaná diagnóza a aktivní přístup k používání sluchadla. Ve skupině respondentů najdeme muže i ženy a to v poměru 55:65. Věkové rozmezí se pohybuje od 60 až do 96 let. Průměrný věk respondentů je 75 let (přesněji 74,8 let). Další informace o výzkumném vzorku jsou v tabulce č. 3.

Tabulka 3: Základní informace o výzkumném souboru

<b>Pohlaví respondentů</b>	<b>Počet respondentů</b>	<b>Nejvyšší věk respondentů</b>	<b>Nejnižší věk respondentů</b>
Muži	55	91	60
Ženy	65	96	60

V každém z 13 krajů (+ hlavní město Praha) bylo osloveno vždy alespoň jedno zařízení. Vzhledem k tomu, že ne každé zařízení odpovědělo na žádost ohledně umožnění realizace dotazníkového šetření a ne všechny dotazníky mohly být započítány, výzkumné šetření nakonec proběhlo v Praze a dalších osmi krajích (viz tabulka č. 4).

Tabulka 4: Přehled krajů, kde bylo realizováno výzkumné šetření

<b>Název kraje</b>	<b>Název zařízení</b>
<b>Hlavní město Praha</b>	Svaz neslyšících a nedoslýchavých osob v ČR, z.s. – Praha 8 – Karlín
	Česká unie neslyšících, oblastní organizace Praha (klub SION)
	Widex Line, spol. s r.o. – Praha 9 – Střížkov
<b>Středočeský kraj</b>	Svaz neslyšících a nedoslýchavých osob v ČR, z.s. – Praha 8 – Karlín (pobočka Beroun a Kladno)
<b>Plzeňský kraj</b>	Audiohelp, Plzeň
<b>Královéhradecký kraj</b>	Hradecké centrum pro osoby se sluchovým postižením o.p.s., Hradec Králové
	ProSluch s.r.o. – Hradec Králové
	Fakultní nemocnice Hradec Králové, Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku
<b>Pardubický kraj</b>	Pardubická nemocnice, ORL oddělení
	Audiohelp, Pardubice
<b>Olomoucký kraj</b>	Svaz neslyšících a nedoslýchavých osob v ČR, z.s. – Základní organizace Jeseník, p.s.
	Svaz neslyšících a nedoslýchavých osob v ČR, z.s., Krajská organizace Olomouckého kraje, p.s. – Šumperk

<b>Moravskoslezský kraj</b>	Centrum služeb pro neslyšící a nedoslýchavé, o.p.s. – Ostrava
<b>Jihomoravský kraj</b>	Unie neslyšících Brno, z.s.
<b>Zlínský kraj</b>	Poradenské centrum pro sluchově postižené Kroměříž, o.p.s.
	Poradenské centrum pro sluchově postižené Kroměříž, o.p.s. – pobočka Uherské Hradiště

## 6. Interpretace výsledků

Text níže interpretuje základní výsledky, které byly získány vyhodnocením došlých 120 dotazníků.

U některých otázek bylo v závorce uvedeno, že je možné označit více odpovědí. Respondenti kolikrát zakroužkovali více možností i u otázek, které tuto volbu nenabízely. Svoji odpověď si však mnohdy odůvodnili.

Ne každý respondent poctivě zodpověděl všech 13 otázek. Bylo zjištěno, že se u každé otázky průměrně 16 respondentů nevyjádřilo. Rovněž to často vysvětlili.

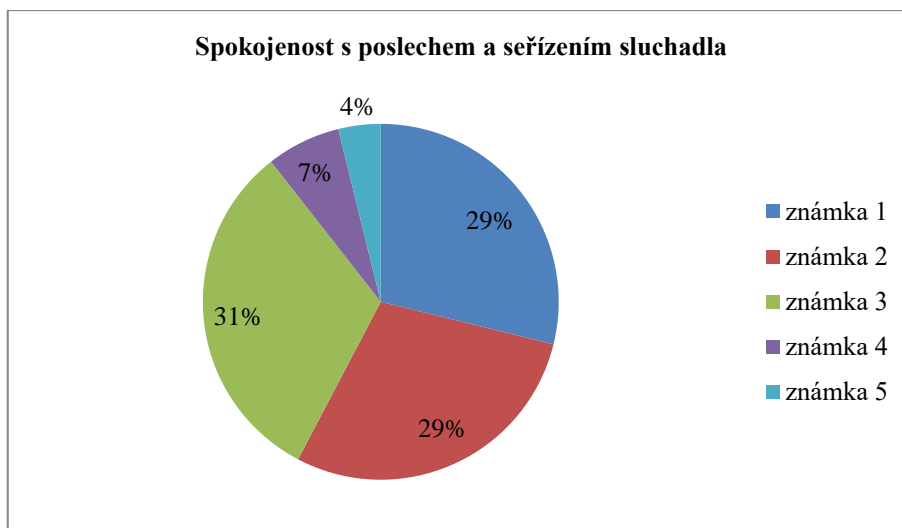
Ve výzkumné části diplomové práce je nejprve předloženo znění otázky a poté okomentování výsledků, které jsou pro bližší představu zaneseny do grafu či přehledné tabulky. Následující položky v grafech jsou sice v součtu rovny 100 %, ale je třeba si uvědomit, že se do výsledku promítá označení více odpovědí a také nezareagování všech respondentů.

### **Jak jste se sluchadlem spokojený/spokojená?**

Tato otázka byla rozdělena do pěti oblastí a zjišťovala spokojenost s poslechem a nastavením sluchadla, s jeho cenou i údržbou a v neposlední řadě zkoumala spokojenost se servisem sluchadla. Na závěr respondenti vyjádřili celkovou spokojenost se sluchadlem a byli požádáni o sdělení dosavadních zkušeností.

Pro co nejsnadnější vystihnutí spokojenosti byla použita hodnotící škála 1 – 5, uplatňovaná při známkování ve škole, kterou respondenti dobře znají a vědí, co si pod známkami alespoň přibližně představí. Pro jistotu byla u otázky ještě uvedena poznámka, že známka jedna znamená maximální spokojenost a známka pět nespokojenost.

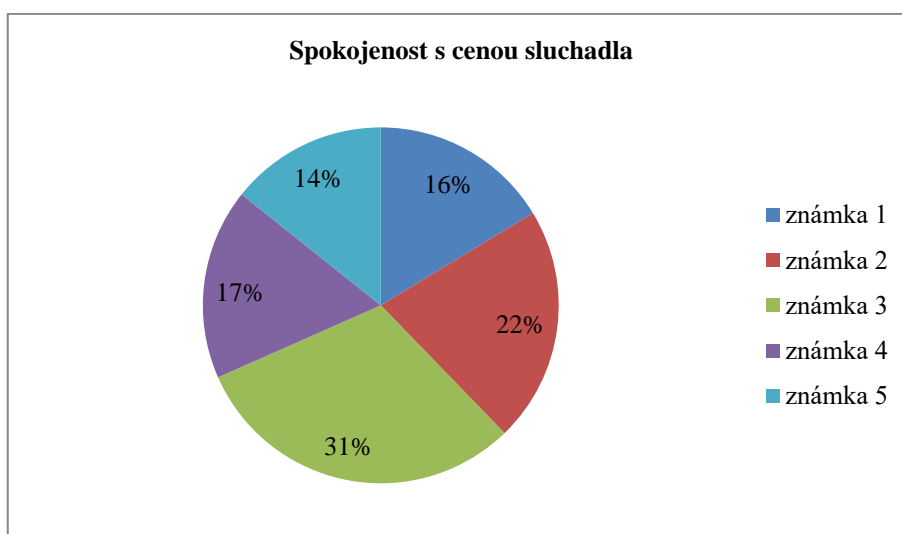
Graf č. 1 zaznamenává výsledné zhodnocení oblastí poslechu a seřízení sluchadla. Průměrná známka spokojenosti vychází na 2. Nejvíce respondentů (33) označilo známku 3 a nejméně respondentů (4) známku 5.



Graf 1: Spokojenost s poslechem a seřizováním sluchadla

Graf č. 2 prezentuje názory na cenu sluchadla. Výsledná spokojenost odpovídá průměrné známce 3. Nejvíce respondentů (30) se přiklonilo k známce 3 a nejméně respondentů (14) k známce 5.

Čtyři respondenti se nevyjádřili k ceně z důvodu, že jim sluchadlo a veškeré potřebné příslušenství k němu platí jejich děti.

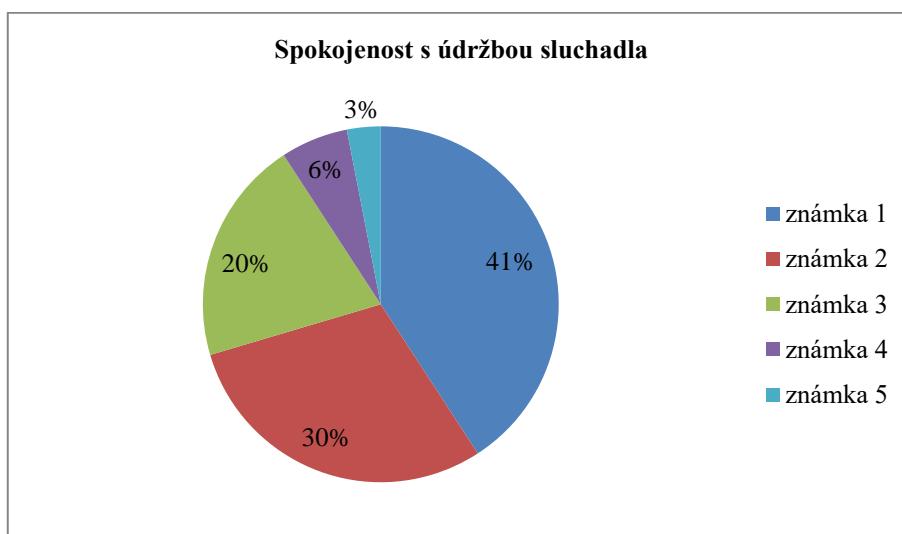


Graf 2: Spokojenost s cenou sluchadla

Graf č. 3 vystihuje, jak respondenti hodnotí údržbu sluchadla. Průměrná známka spokojenosti je ve výsledku rovna 2. Nejvíce respondentů (40) vyjádřilo svou maximální spokojenost známkou 1 a pouze tři respondenti nejsou vůbec spokojeni (známka 5).

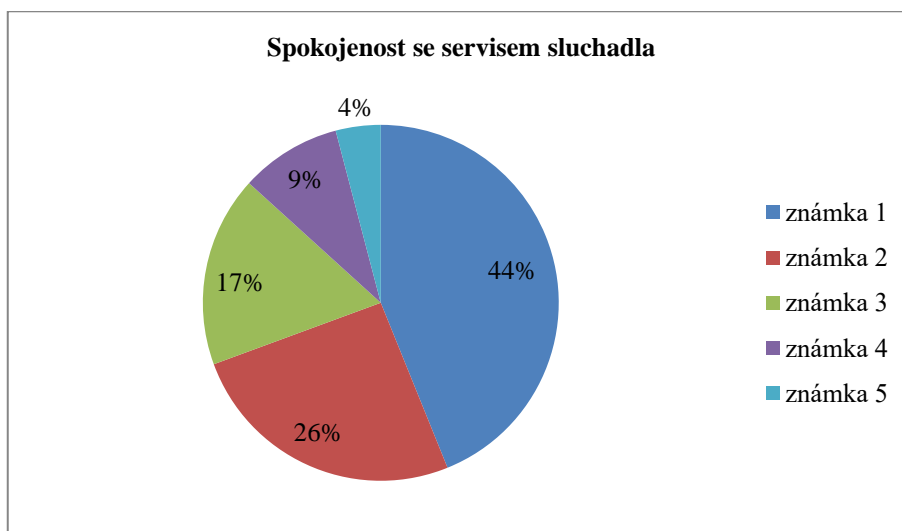


Tři respondenti připsali, že jim s údržbou sluchadla pomáhá rodinný příslušník, nejčastěji děti nebo pracovníci z nějaké organizace pro sluchově postižené.



Graf 3: Spokojenost s údržbou sluchadla

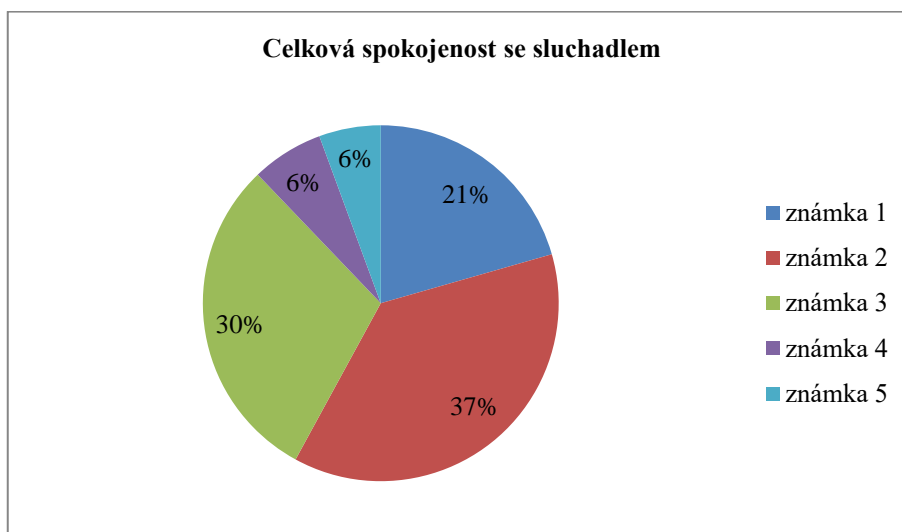
Graf č. 4 přibližuje pohled respondentů na servis sluchadla. Z procentuálního znázornění vyplývá, že u tak důležité oblasti, jako je servis sluchadla, vyjádřilo až 43 respondentů maximální spokojenost. Pouze čtyři respondenti označili známku 5. V celkovém výsledku to však vychází na čistou průměrnou známku 2.



Graf 4: Spokojenost se servisem sluchadla

Po zhodnocení výše uvedených oblastí se respondenti ještě vyjádřili k celkové spokojenosti se sluchadlem, která je zanesena do grafu č. 5. Předchozí

výsledné průměrné známky vycházely na 2 (až na položku cena sluchadla), čemuž odpovídá i celková spokojenost s používáním sluchadla.



Graf 5: Celková spokojenost se sluchadlem

Souhrnně lze říci, že respondenti jsou nejvíce spokojeni s údržbou a servisem sluchadla a naopak nejméně s jeho cenou. Pro lepší představu jsou průměrné známky spokojenosti obsahem tabulky č. 5.

Tabulka 5: Průměrné známky spokojenosti se sluchadlem u zkoumaných oblastí

Dotazovaná oblast	Výsledná průměrná známka
Poslech a seřízení sluchadla	2,3
Cena sluchadla	2,9
Údržba sluchadla	2,0
Servis sluchadla	2,0
Celková spokojenost se sluchadlem	2,4

Respondenti byli také vyzváni, aby se vyjádřili i slovně a více se k jednotlivým oblastem rozepsali. Z obsahu jejich komentářů převažuje spíše záporné hodnocení.

Respondenti si stěžují hlavně na různé šумы a akustickou zpětnou vazbu sluchadla. Nesprávně rozumí řeči a vzhledem k tomu, že si odvykli slyšet řadu zvuků, je jim teď nepříjemné, že jim sluchadlo zesílí všechny okolní zvuky, které jim ruší poslech. Popsanou situaci ilustruje výrok respondentky (žena, 85 let): „Špatně rozumím, hlasitost se sama zvyšuje.“

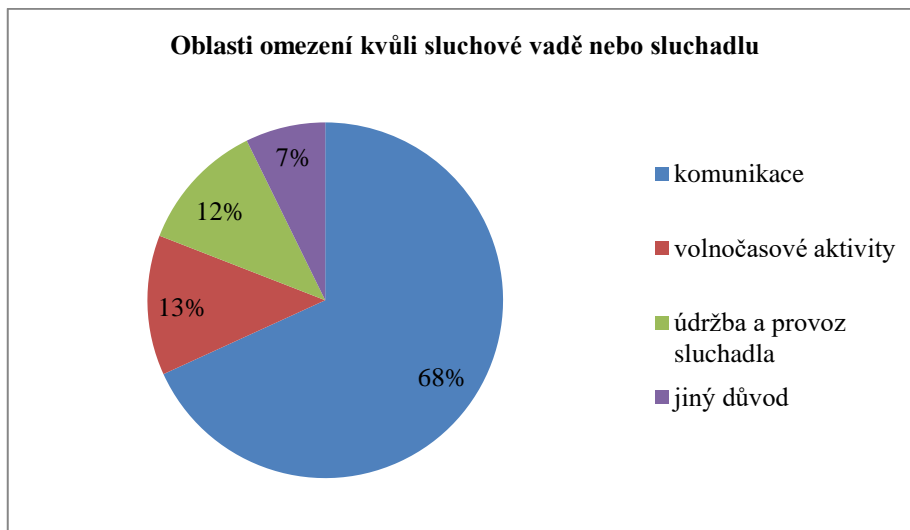
Problémem je také akceptace na nové sluchadlo, kdy například jedna respondentka (žena, 78 let) popisuje, že s původním sluchadlem byla více spokojená: „Měla jsem nejprve analogové sluchadlo, později digitální, se kterým nejsem moc spokojena.“

Negativního hodnocení se dočkalo i seřízení sluchadla. Respondenti si stěžují, že poslech není vždy stejně kvalitní. (Žena, 64 let: „Poslech živé hudby – bez sluchadla neslyším tichou hudbu, se sluchadlem mi vadí hlasitá hudba.“)

Našli se ovšem i respondenti, kteří svou výpovědí jednoznačně poukázali na významnost sluchadla. Mezi hlavní komentáře, vyzdvihující používání sluchadla, patří: „Je to berlička“ (muž, 60 let). „Sluchadlo je jediný způsob komunikace s okolím tak, abych mohla žít samostatně“ (žena, 92 let). „Bez sluchadla být nemohu“ (žena, 86 let).

### Omezuje Vás nyní v něčem sluchová vada nebo sluchadlo?

Otázka nabízela výběr ze tří odpovědí a v případě, že se respondenti neztotožňovali ani s jednou předepsanou možností, měli prostor pro písemné vyjádření své odpovědi. S konkrétními výsledky seznamuje graf č. 6.



Graf 6: Oblasti omezení kvůli sluchové vadě nebo sluchadlu

Žádné omezení nepocítuje pouze 24 respondentů, zbylých 96 respondentů shledává omezení nejméně v jedné z uvedených možností. Většina respondentů sdělila, že se stále cítí omezena v komunikaci, která hraje v životě každého člověka důležitou roli a není tedy udivující, že ji až 75 respondentů označilo za stěžejní problém. V hlučnějším prostředí se zvuk ztrácí a respondenti nerozumí, vše jim

splývá dohromady. Hluk jim činí potíže nejen při komunikaci, ale ještě jim způsobuje i nepříjemné až bolestivé vnímání.

Z výpovědi jedné respondentky vyplývá, že v situaci, kdy nerozumí, raději požádá o zopakování informace, než aby skrývala před okolím, že dobře neslyší a případně něco omylem neodsouhlasila. (Žena, 82 let: „*Často se znovu zeptám.*“)

Při vykonávání volnočasových aktivit podnítl sluchová vada nebo sluchadlo nepříjemnosti především při návštěvě kulturních (divadlo, koncerty, kino) a společenských akcí. Neadekvátně kompenzovaná sluchová vada či neakceptace sluchadla neumožňují svému uživateli plnohodnotný zážitek z vlastní hry na hudební nástroj a obdobně nedovolují se naplno věnovat sportovním činnostem.

Respondenti si stěžují na šumění ve sluchadle a pískání, kvůli čemuž se po celém dni cítí i unaveni. Omezení spatřují také v tom, že jim sluchadlo špatně drží v uchu a při intenzivní fyzické námaze je vystaveno potu, což vyžaduje zvýšenou péči o sluchadlo.

### **Jak často docházíte k lékaři na kontroly a seřízení sluchadla?**

U této otázky měli respondenti pouze zmíněný příklad možné odpovědi a sami vypisovali, jak často navštěvují foniatra z důvodu kontroly a seřízení sluchadla.

Nejvíce udávaný časový interval byl jednou za rok. 25 respondentů se k této otázce sice nevyjádřilo konkrétním časovým údajem, ale alespoň uvedlo, že navštěvuje svého lékaře dle potřeby.

Tabulka č. 6 zaznamenává nejčastěji zapsané odpovědi respondentů ohledně frekventovanosti návštěv foniatra.

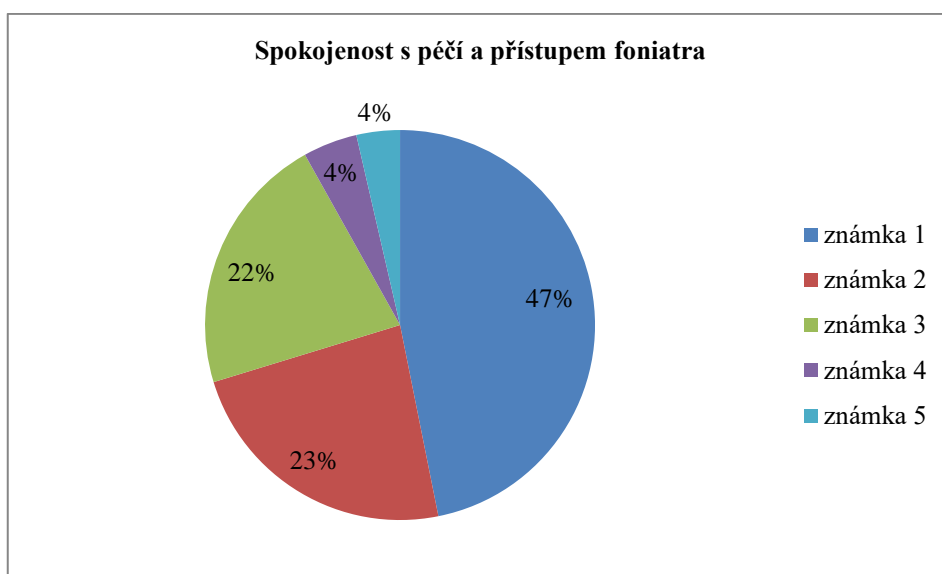
Tabulka 6: Nejčastější zaznamenaná frekventovanost návštěv foniatra z důvodu kontroly a seřízení sluchadla

<b>Četnost návštěv</b>	<b>Počet respondentů</b>
2x za rok	10
1x za rok	48
1x za 2 roky	11
1x za 3 roky	3
1x za 5 let	18

## Jak jste spokojený/spokojená s péčí a přístupem Vašeho foniatra?

Pro co nejsnazší vyjádření odpovědi byla i v tomto případě použita školská stupnice hodnocení (známka 1 – 5), která je respondentům dobře známa. I zde bylo pro jistotu znovu uvedeno, že známka jedna znamená maximální spokojenost a známka pět nespokojenost. Zároveň byli respondenti ještě požádáni o slovní zhodnocení péče svého foniatra.

Z předloženého grafu č. 7 vyplývá, že průměrná známka spokojenosti s péčí a přístupem foniatra je ve výsledku rovna známce 2 (přesněji 1,9).



Graf 7: Spokojenost s péčí a přístupem foniatra

Vzhledem k velmi pozitivnímu ohodnocení péče a přístupu foniatra (viz graf č. 7) byly i následující komentáře, popisující dosavadní zkušenosti respondentů, ve většině případů kladné (34 kladných komentářů, 15 záporných komentářů).

23 respondentů pouze napsalo, že má dobré zkušenosti, velmi dobré zkušenosti a dokonce i ty nejlepší zkušenosti s foniatrickou péčí. Obdobnou odpovědí bylo, že jsou respondenti spokojeni, moc spokojeni a jedna respondentka (žena, 66 let) vyjádřila i „*absolutní spokojenost*“ a jeden respondent (muž, 73 let) „*100% informovanost*“.

Další respondenti zase sdělili svůj názor prostřednictvím charakteristiky lékaře a v jednom případě i audiologické sestry: „*Sestřička i lékař jsou trpěliví, ochotní a slušní*“ (muž, 89 let). Výčet vlastností foniatra byl díky dalším uvedeným názorům obohacen především o vstřícnost, ochotu, snahu pomoci, dobře poradit a vyřešit nepříjemnosti se sluchadlem.

Respondenti nezapomněli vyzdvihnout spokojenost s pravidelnou kontrolou a dobrým seřízením sluchadla, které zaujímá v životě každého člověka, ne jen seniora, významnou roli. V odpovědích respondentů byla objevena souvislost mezi pravidelnými kontrolami a seřízením sluchadla (minimálně jednou za rok) a kladným ohodnocením foniatra (známka 1, 2). Tímto způsobem zareagovalo 42 respondentů.

Z odpovědí respondentů však neplyne propojenost mezi kladným ohodnocením sluchadla u pěti zkoumaných oblastí, častými návštěvami u foniatra a jeho kladným ohodnocením.

Velmi důležitý je i samotný přístup foniatra k pacientovi, který mnohdy ovlivnil hodnocení respondentů. (Muž, 87 let, Pardubický kraj: „*Velice spokojen, vysoká kvalita a odbornost, osobní přístup k pacientovi.*“ Muž, 63 let, Královéhradecký kraj: „*Ochota a kvalita přístupu je na výborné úrovni.*“ Žena, 74 let, Středočeský kraj: „*Na vyšetření mě zaujal zájem o průběhu mé nemoci a jejich příznaků.*“)

Do negativního zhodnocení se promítlo i to, co jiní respondenti naopak vychvalovali. Jde zejména o nevyhovující seřízení sluchadla a menší odbornost lékaře. Respondentům také vadí daleká dostupnost foniatra a dlouhá čekací doba na objednání.

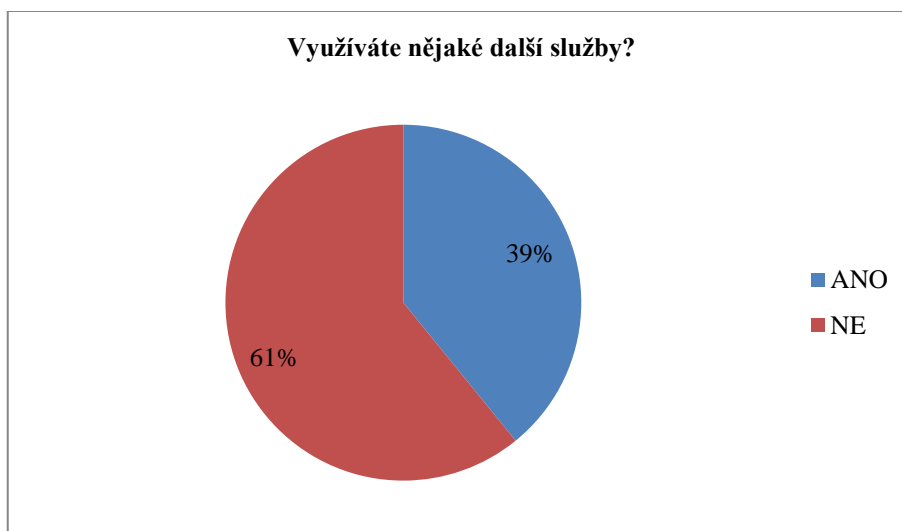
Rovněž si postěžovali na to, že jim foniatr nevysvětlil manipulaci se sluchadlem a věnoval jim málo času. (Žena, 65 let: „*Negativní zkušenosti, dr. nepříjemná, nevysvětlila použití sluchadla.*“ Muž, 84 let: „*Informace o tom, jak používat sluchadlo, byly rychlé a stručné.*“)

Tři respondenti nebyli ve svých odpovědích konkrétní a jen uvedli, že mají negativní zkušenosti, horší zkušenosti a jsou celkově nespokojeni. (Muž, 68 let: „*Horší zkušenost.*“)

Další tři respondenti naráželi na věk svého foniatra: „*Starší nepříjemná dáma s pocitem nepostradatelnosti*“ (žena, 68 let). „*Chtělo by to někoho mladšího, kdo by tuto práci vykonával*“ (žena, 96 let). Jeden respondent (muž, 68 let) zase pociťuje nevýhodu ve svém věku: „*Nepříjemná až zlá na staré lidi.*“

## Využíváte nějaké další služby?

Respondenti měli označit odpověď ANO – NE a podle vybrané odpovědi zareagovat na následující doplňující otázky, jež se vztahovaly k dotazovanému tématu.



Graf 8: Využíváte nějaké další služby?

Graf č. 8 procentuálně zobrazuje, kolik respondentů využívá dalších služeb a kolik naopak ne. Tento výsledek je však pouze orientační. I když byl tučným písmem v závorce uveden příklad poradny pro nedoslýchavé, necelá třetina respondentů, která dotazník vyplňovala v nějaké organizaci poskytující služby osobám se sluchovým postižením, odpověděla, že nic takového nevyužívá.

V konečném součtu 77 respondentů tímto způsobem zareagovalo 24 z nich. Mezi odpovědi, které dokazují jejich neznalost o využívání dalších podpůrných služeb, patří například: „Ani nevím, že něco takového existuje“ (žena, 85 let). „Nemám žádnou možnost“ (žena, 76 let). „Nevím, o takové poradně, ale měl bych zájem“ (muž, 75 let). „Nemám zájem“ (muž, 65 let). „Nepotřebuji“ (muž, 78 let).

Také došlo k situaci, že respondenti označili možnost ANO, ale nesprávně pochopili znění otázky. Z jejich odpovědí vyplývá, že zaměňují služby za kompenzační pomůcky. Například jedna respondentka (žena, 85 let) na otázku, zda využívá nějaké další služby, odpověděla: „Sluchátka k TV.“ Na navazující otázku, s čím Vám tyto služby pomohly, zareagovala následovně: „Lépe slyším než se sluchadlem.“

Jeden respondent (muž, 67 let) uvedl, že neví o žádné poradně pro nedoslýchavé, ale měl by zájem. Zmínil se u svého foniatra a ten mu předal kontakt.

### V případě, že využíváte další služby, s čím Vám pomohly?

U této otázky se respondenti mohli libovolně vyjádřit a sdělit tak dosavadní zkušenosti ohledně využívání systému dalších podpůrných služeb. Aby respondenti nebyli ovlivněni výčtem konkrétních odpovědí, nebyla zde uvedena ani nápověda v závorce.

14 respondentů pouze napsalo, jaké zařízení navštěvuje, ale už nepřipsalo, kvůli čemu tam dochází.

Níže uvedená tabulka č. 7 obsahuje ucelený souhrn nejčastějších důvodů, kvůli kterým respondenti využívají další podpůrné služby.

Tabulka 7: Nejčastější důvody k návštěvě organizací poskytující služby pro osoby se sluchovým postižením

<b>Důvody k využití dalších podpůrných služeb</b>	<b>Počet respondentů</b>
Péče o sluchadlo	29
Sociální poradenství	9
Nákup baterií a čisticích prostředků ke sluchadlu	8
Opatření kompenzačních pomůcek	6
Klubová činnost	3
Pomoc po psychické stránce	1
Informace o sluchovém postižení	1

Nejvíce respondentů (29) uvedlo, že jim služby pomáhají hlavně s péčí o sluchadlo. Ta zahrnuje nejen zaškolení v manipulaci a běžné údržbě sluchadla, předání základních informací ohledně používání a důležitých rad do praxe, ale i zajištění funkčnosti sluchadla – buď opravu obstará přímo pracovník či klienta odkáže na nejbližší servis, kde pracují profesionálně vyškolení technici. Respondenti se často obrací na pracovníky organizací s prosbou o vyčištění plastové hadičky a její zpětné nasazení na sluchadlo.

Respondenti se také přichází informovat o postupu, jak získat příspěvek na pořízení sluchadla a zvláštní pomůcky. Rovněž chtějí vědět, co je potřeba k získání průkazu osoby se zdravotním postižením. V neposlední řadě se dotazují na systém poskytování dávek osobám se zdravotním postižením.



Různé poradny pro nedoslýchavé a další organizace jsou využívány k nákupu baterií a čisticích prostředků ke sluchadlu (speciální malá plastová čistítka, hadříky, profukovací balónky, filtry proti ušnímu mazu,...). Pokud je poradna momentálně nemá k dispozici, objedná je či klienta přímo odkáže na firmu, kde si je může zakoupit.

V souvislosti s kompenzačními pomůckami respondenti uvedli, že si je mohou v poradně vyzkoušet, zapůjčit domů a v případě, že si je chtějí opatřit, pomůžou jim pracovníci s jejich zakoupením. Nedílnou součástí služby je také seznámení klienta s používáním kompenzační pomůcky. Jedna respondentka (žena, 67 let) i napsala, že jí pracovníci pomohli s: „*Instalace signalizačního zařízení v domě.*“

Respondenti jsou také rádi, že si mají komu postěžovat, že je tu pro ně někdo, kdo je vyslechne, pochopí a nabídne možnosti řešení jejich nelehké životní situace. Na významu nabývá i klubová činnost a do popředí rovněž vyvstává rozšíření poznatků o problematice sluchového postižení a předání kontaktů na další služby pro osoby se sluchovým postižením.

### **Jak často těchto služeb využíváte?**

Dále bylo záměrem zjistit, v jakém časovém intervalu respondenti využívají dalších podpůrných služeb. Opět zde nebyly uvedeny možnosti a respondenti nebyli ovlivněni nabídkou odpovědí. Na základě toho se objevovaly rozmanité výpovědi a ty, které se nejvíce opakovaly, jsou představeny v tabulce č. 8.

Respondenti obvykle za odpověď dosadili příslovečné určení času, které nevyjadřuje konkrétní časový údaj. Mezi dvě nejčastější odpovědi patřilo: pravidelně a dle potřeby. Dále se vyskytovaly odpovědi typu: často, hodně, stále a příležitostně. Nejkratší zaznamenaný časový údaj využívání služeb je jednou za 14 dní a nejdelší jednou za rok.

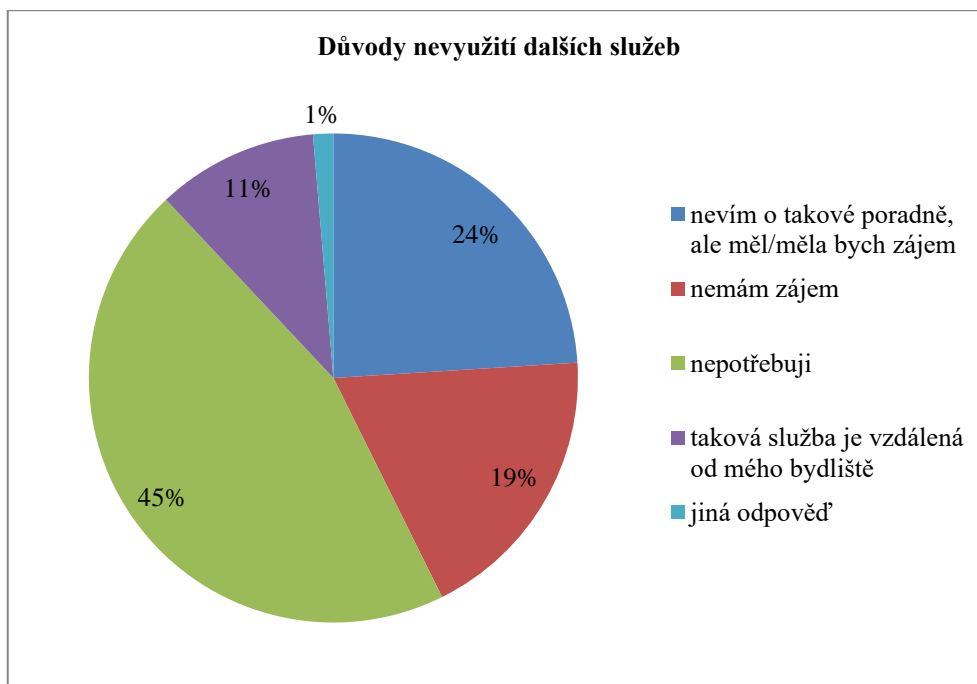
Tabulka 8: Četnost využívání dalších podpůrných služeb

Četnost návštěv	Počet respondentů
1x za měsíc	9
2x za měsíc	5
1x za půl roku	2
1–2x za rok	4

### Z jakého důvodu nevyžíváte další služby?

Pokud respondenti odpověděli, že nevyžívají další služby, byli následně dotazováni, proč tomu tak je. Otázka nabízela výběr ze čtyř odpovědí a v případě, že se respondenti nestylizovali ani do jedné z nich, měli k dispozici prostor pro sdělení svého důvodu. Toho využila pouze jedna respondentka (žena, 84 let), která jako důvod napsala: „*Nevím, v čem spočívá jejich činnost.*“

Výsledné procentuální rozložení nabízených odpovědí je znázorněno v grafu č. 9.



Graf 9: Důvody nevyžití dalších služeb

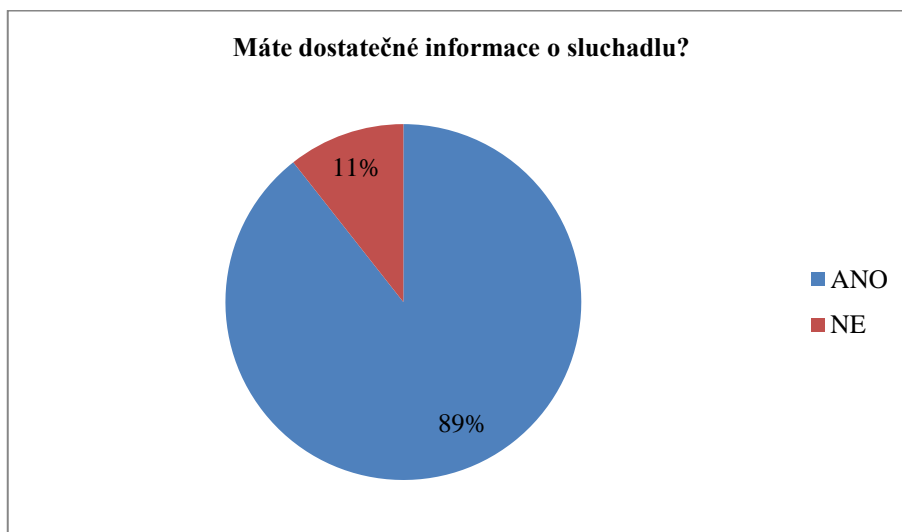
Nejvíce respondentů (34) sice uvedlo, že službu nepotřebuje, přitom část z nich pravidelně dochází do poradny pro nedoslýchavé, kde získává potřebné informace a cenné rady.

18 respondentů se hlásí k odpovědi, že neví o takové poradně, ale mělo by zájem a dalších 14 respondentů sdělilo, že nemá zájem. I v těchto odpovědích jsou však započítáni respondenti, jež nějakou službu využívají, ale neuvědomují si to.

Z reakce pouhých 8 respondentů vyplývá, že vzdálenost služby od jejich místa bydliště není tím hlavním důvodem, proč nevyužívají služby pro osoby se sluchovým postižením.

### **Myslíte si, že máte o sluchadlu dostatečné informace?**

Respondenti byli vyzváni, aby označili jednu z možností (ANO – NE) a zároveň byli požádáni, aby svou odpověď obohatili o dosavadní zkušenosti a názory.



Graf 10: Máte dostatečné informace o sluchadlu?

Až 101 respondentů cítí, že je s informacemi ohledně manipulace, péče a údržby sluchadla dobře seznámeno a dalších 12 respondentů, kteří se k tomu také vyjádřili, má opačné pocity (viz graf č. 10). Svou odpověď následně více rozvedly obě skupiny.

V komentářích se často objevovala chvála a současně s ní děkovaná vyjádření patřící poradnám, kde respondenti získávají cenné rady a informace ohledně používání sluchadla. (Žena, 85 let: „Navštívím poradenské centrum a pan X mi vždy ochotně poradí.“ Žena, 66 let: „Jezdím na rekondiční pobyty do J. Lázní. Naše vedoucí X pořádá přednášky, kde vše vysvětlí a poradí. Moc jí za to děkuji.“)

Mezi respondenty se také našly dvě pacientky, kterým vyhovuje zaškolení od foniatra a kladně hodnotí jeho ochotu o případné doplnění informací.

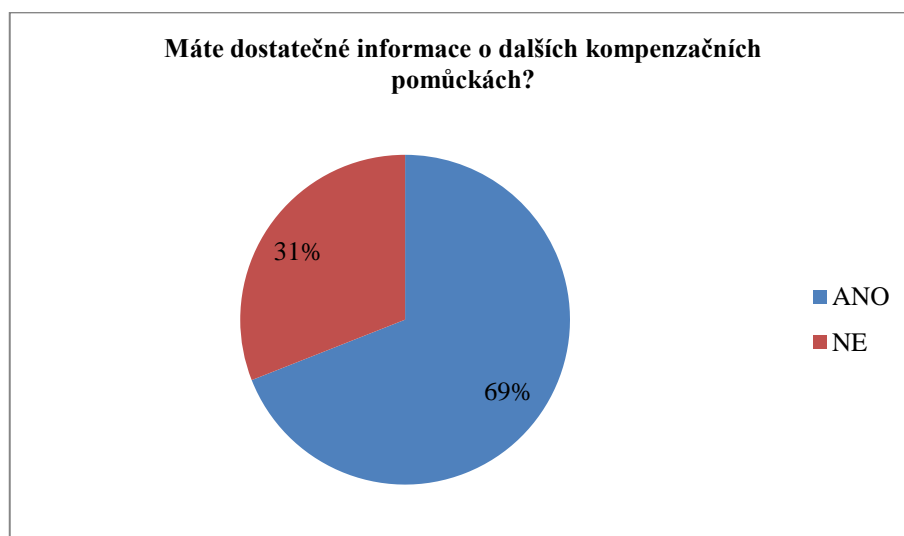
(Žena, 78 let: „*Vše mi dobře vysvětlili, nemám potíže.*“ Žena, 75 let: „*Pokud jsem potřebovala něco vysvětlit, bylo mi vždy velmi ochotně vyhověno.*“)

Ve třech případech se vyskytovaly i následující pozitivní reakce: „*Vše vím*“ (žena, 86 let). „*Ano, jinak mám návod*“ (žena, 65 let). „*Super*“ (muž, 62 let).

Z odpovědí respondentů vyzařovala více spokojenost, ale samozřejmě se objevovaly i komentáře, v nichž respondenti vyjadřují nutnou potřebu o doplnění informací. (Muž, 91 let: „*Lékař by mi měl věnovat více času.*“ Žena, 96 let: „*S ničím mě neseznámili.*“ Muž, 84 let: „*Možná by mi to mohli důkladně a podrobně vysvětlit.*“)

### **Máte dostatečné informace o dalších kompenzačních pomůckách?**

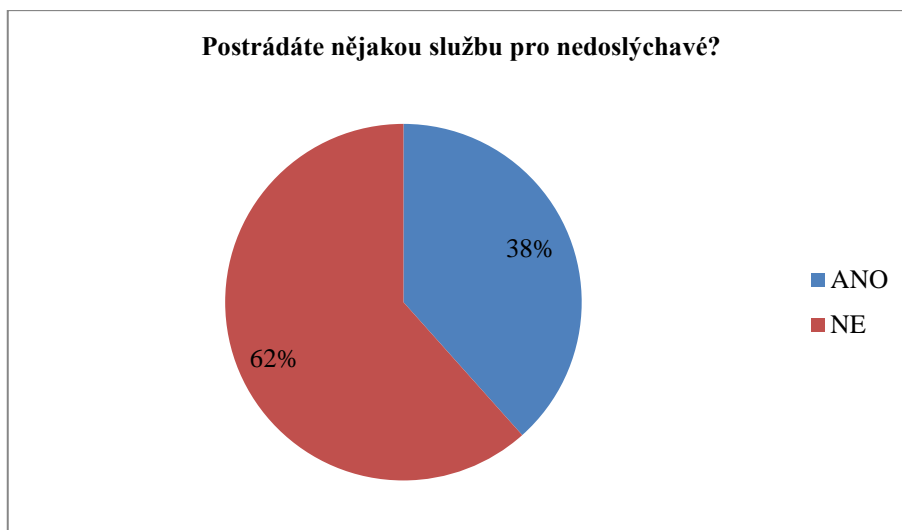
U této otázky měli respondenti na výběr z jednoduchých dvou odpovědí. Většina (78 respondentů) se cítí být adekvátně seznámena s informacemi o kompenzačních pomůckách. Výsledné rozdělení odpovědí ANO – NE zachycuje graf č. 11.



Graf 11: Máte dostatečné informace o dalších kompenzačních pomůckách?

### **Chybí Vám nějaká služba ve stávajícím systému péče o nedoslýchavé?**

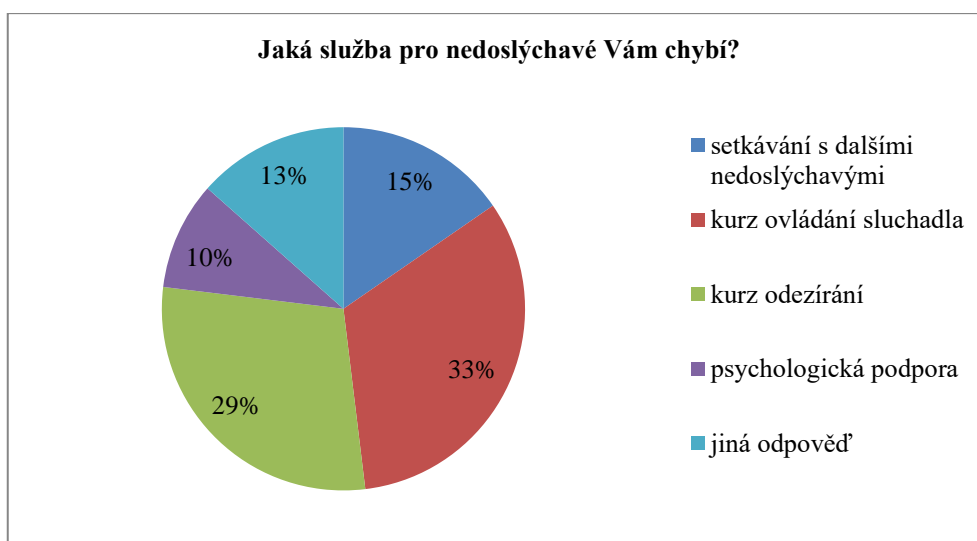
Na tomto místě byli respondenti požádáni, aby projevili svůj názor k stávajícímu systému péče o nedoslýchavé. Ta část respondentů (43), která se přiklonila k variantě, že jí něco chybí (viz graf č. 12), měla poté sdělit, o co by jevila zájem.



Graf 12: Postrádáte nějakou službu pro nedoslýchavé?

### **Pokud Vám nějaká služba chybí, o co by se jednalo?**

Tato otázka byla určena pouze pro ty respondenty, kteří se u předchozího dotazu vyjádřili tak, že nějakou službu postrádají. Respondenti měli na výběr ze čtyř odpovědí nebo se mohli jako u předchozích otázek libovolně rozepsat. Zodpovězení toho, co jim konkrétně chybí, prezentuje graf č. 13.



Graf 13: Jaká služba pro nedoslýchavé Vám chybí?

Největší zájem vzbuzuje kurz ovládání sluchadla (17 respondentů) a kurz odezírání (15 respondentů). Na základě výše uvedených výpovědí se dalo usuzovat, že právě tyto dvě položky vyvolají značný ohlas. Respondenti se nejvíce obracejí na organizace pro sluchově postižené z důvodu zprostředkování informací o obsluze sluchadla.

V diplomové práci bylo několikrát napsáno, jak podstatnou roli hraje mezilidská komunikace v životě každého člověka. Aby nedošlo k narušení sociálního kontaktu s rodinou a nejbližším okolím, je vhodné rozvíjet schopnost odezírání. Z výpovědi jedné respondentky (žena, 70 let) lze předpokládat, že má zájem o zachování dobré kvality řečového projevu: „*Potřebuji logopedii – odezírání.*“ V souvislosti s podporou v oblasti komunikace jiná respondentka (žena, 85 let) vypověděla: „*Mám zájem o znakovou řeč.*“

Našli se i tací respondenti (8), kteří by uvítali setkávání s dalšími nedoslýchavými, a několik málo jedinců (5) stojí o pomoc po psychické stránce. Na základě toho se jedna respondentka (žena, 60 let) dožaduje následujícího: „*Větší podpora u slyšících.*“

Na závěr je uveden výrok jedné respondentky (žena, 64 let), která konstatuje, že: „*Všechny uvedené služby chybí seniorům se sluchovým postižením.*“

### **Jakou pomoc byste dále potřeboval/potřebovala?**

Pro doplnění dosavadních názorů na stávající systém péče a podpory o nedoslýchavé osoby v České republice byli respondenti požádáni o sdělení, jakou pomoc by dále uvítali od foniatra, pomáhajících organizací a zda potřebují ještě něco jiného. Ke všem těmto oblastem se respondenti vyjádřili. Buď napsali, co by konkrétně chtěli nebo uvedli, že neví či je něco napadá, ale neumí zformulovat myšlenky. Objevily se i takové odpovědi, v nichž respondenti popisují, že jsou spokojeni, vše jim vyhovuje a nemají připomínek.

Většina napsaných požadavků se vztahovala k foniatrické péči. Respondenti především žádají více foniatrů v okresních městech. Mají pocit, že je veškerá péče o nedoslýchavé směřována jen do Prahy a větších měst.

Dále požadují zavedení pravidelných kontrol u foniatra, které by byly povinné. V souvislosti s návštěvou ušního lékaře apelují na důkladnější a delší zácvik v obsluze sluchadla. (Muž, 60 let: „*Srozumitelnější vysvětlení k práci se sluchadlem.*“ Muž, 84 let: „*Lepší vysvětlení ovládání sluchadla.*“ Žena, 79 let: „*Delší čas na vysvětlení obsluhy sluchadla.*“ Muž, 71 let: „*Aby se mi více věnoval.*“)

Mezi další, ovšem ne už tak časté, požadavky patří modernější vybavenost ordinace (nové přístroje, metody), lepší a hlavně osobnější přístup foniatra. Popsaný požadavek ilustruje výrok respondentky (žena, 70 let): „*Daleko větší porozumění, přístup je někdy až nepochopitelný.*“

Respondenti také vyjádřili přání, aby jim foniatr lépe seřídil sluchadlo a dostávalo se jim kvalitnějšího poslechu. Tento požadavek je zcela pochopitelný, neboť každý, kdo si pořídí sluchadlo, očekává co nejvyšší přínos a pokud se nedostaví, následuje zklamání a mnohdy i odložení sluchadla.

Od pomáhajících organizací nepožadují respondenti tolik jako od foniatrů. Sdělené požadavky lze shrnout do třech oblastí. Respondenti si přejí dostávat více informací ke sluchadlům a dalším kompenzačním pomůckám a zároveň chtějí, aby se jim tyto informace a novinky zasílaly domů.

Z důvodu horší pohyblivosti a vzdálenosti organizace by také uvítali (mimo již zmíněného posílání informací prostřednictvím České pošty), aby pracovníci organizací dojížděli za respondenty domů či do domova pro seniory.

Poslední kategorie požadavků se vztahuje ke komunikaci – respondenti žádají kvalifikovaného lektora znakového jazyka.

Pro případ, že by respondenti měli připomínky, které ale nesouvisí s foniatrem či pomáhajícími organizacemi, nabízel se jim v dotazníku prostor pro toto sdělení.

Vzhledem k nepříjemným každodenním situacím spojeným se stařeckou nedoslýchavostí je velkým přáním respondentů vynalezení jakéhosi „léku“, který by zlepšil jejich sluch a vyléčil přidružený tinnitus.

Respondenti, kteří už jsou se stavem svého sluchu smířeni, touží po reálnějších věcech, jako jsou prostředky pro snadnější přísun informací a plnohodnotné zapojení do života společnosti. (Žena, 70 let: „*Titulky i v komerčních televizích.*“ Žena, 64 let: „*Dostupnou aplikaci transkript.*“)

V neposlední řadě jedna respondentka (žena, 78 let) narazila ve svém příspěvku i na finanční stránku věci: „*Vyšší finanční podpora poradnám od zřizovatelů – možnost rozšíření pomoci a poradenství.*“

### **Máte ještě další komentář k tématu „spokojenost se stávajícím systémem péče a podpory o nedoslýchavé osoby v ČR“?**

Poslední stránka dotazníku byla vyhrazena pro jakékoli zbývající komentáře, názory a připomínky k tématu stávající systém péče a podpory o nedoslýchavé osoby v České republice.

Respondenti, jež v průběhu vyplňování dotazníku chválili svého foniatra a pomáhající organizace, na závěr ještě zmínili, že jsou celkově spokojeni a váží si

jejich práce. (Žena, 78 let: „*Jsem maximálně spokojená s péčí a ochotou, které se mi dostávají na foniatrickém oddělení.*“ Žena, 68 let: „*S foniatrem jsem spokojená a od pomáhajících organizací je pomoc velmi dobrá.*“)

Obdobnou variantou výpovědi bylo sdělení, že nemají další připomínky, že jim současné nastavení systému vyhovuje apod. (Muž, 73 let: „*Jsem spokojen a nemám žádné připomínky.*“ Muž, 70 let: „*Myslím, že systém je dostatečný.*“)

Ve stejném poměru odpovědí byly vzneseny i konkrétní požadavky, čímž respondenti dali najevo, že ne vše funguje podle jejich představ. Jde především o finanční náročnost spojenou s pořízením a následnou údržbou sluchadla, kterou by respondenti rádi změnili. (Žena, 74 let: „*Uvítala bych, kdyby zdravotní pojišťovny přispívaly na dvě sluchadla v případě, že sluchová vada postihuje obě uši.*“ Žena, 70 let: „*Vždy má přednost zisk z prodeje před skutečným problémem a pocitem pacienta. Personál, který se stará o opravy a seřízení, je daleko vstřícnější a na větší úrovni než lékaři.*“)

Další výčet názorů se dotýká problematiky stařecké nedoslýchavosti a snížené pohyblivosti, pro niž jedna respondentka (žena, 64 let) vznesla návrh: „*Pro tuto skupinu lidí by byl vhodný specialista, který by fungoval v terénu.*“ Také opět proznělo: „*Všechna pomoc a podpora o nedoslýchavé směřována do Prahy, v kraji péče chybí*“ (muž, 91 let).



## 7. Shrnutí výsledků

Pro získání odpovědi na výzkumnou otázku č. 1 „Jak senioři hodnotí přínos sluchadla?“ byly použity tři klíčové otázky z dotazníku a komentáře, které respondenti v průběhu vyplňování dotazníku vypisovali.

Respondenti nejprve zhodnotili stěžejní oblasti sluchadla, kterými jsou poslech, seřízení, cena, údržba a servis. Poté vyjádřili celkovou spokojenost se sluchadlem. Dále sdělili dosavadní zkušenosti ohledně používání sluchadla a uvedli, v čem je sluchová vada nebo sluchadlo omezuje a jak často dochází na kontroly a seřízení sluchadla.

Z jejich odpovědí vyplývá kladné hodnocení, neboť na numerické posuzovací škále převažují známky vyjadřující spokojenost, zatímco školní známky 4 a 5 zauímají nejmenší procentuální část ve výsledných předložených grafech.

Až na cenu sluchadla vychází průměrné známky spokojenosti na 2. Finanční stránka věci spojená s pořízením sluchadla a jeho následnou údržbou je pro mnohé seniory zatěžující. Je však důležité, že se ostatní položky dotazníku jako poslech a seřízení, údržba a servis sluchadla dočkaly lepšího ohodnocení než zmíněná cena. Respondenti sice mají výdaje s pořizovací cenou a dalším vybavením, ale na druhou stranu svým kladným ohodnocením dali najevo, že jim sluchadlo přináší užitek a v žádné odpovědi neproznělo, že by koupil sluchadla vzali zpátky a bez sluchadla jim bylo lépe.

Přestože vyjádření spokojenosti prostřednictvím známek bylo kladné, v dalších komentářích převažovalo záporné hodnocení. Z analýzy odpovědí vyplývá, že respondenti, kteří při označování známek na posuzovací škále kroužkovali známku 1, 2 a maximálně 3, již neměli tendenci se k tomu dále vyjádřit. Ovšem ti, co se přikláněli k známce 4 a 5, napsali, co je k tomu vedlo. Jde většinou o špatné porozumění řeči kvůli vznikajícím šumům a pískání ve sluchadle. V důsledku toho 75/96 respondentů stále shledává omezení v tak významné oblasti, jako je mezilidská komunikace. Zároveň se však dostavily odpovědi, které nasvědčují tomu, že komunikace se sluchadlem je pro respondenty lepší než bez něj.

Z výsledků neplyne přímá úměrnost mezi pravidelným seřízením sluchadla (alespoň jednou až dvakrát do roka) a větší spokojeností se sluchadlem.

Odpověď na výzkumnou otázku č. 2 „Jaké mají senioři zkušenosti s foniatrem?“ byla sestavena ze dvou základních otázek dotazníku a doplňujících

komentářů, v kterých se respondenti libovolně vyjadřovali na téma foniatr, jeho péče, pomoc, podpora, lidskost apod.

Respondenti byli opět dotazováni prostřednictvím škálovací otázky a taktéž byli požádáni o sdělení dosavadních zkušeností s péčí foniatra. Respondenti nehodnotili jen péči, ale i samotný přístup lékaře, který mnohdy ovlivnil hodnocení.

Nejvíce respondentů (52) ohodnotilo péči a přístup svého foniatra známkou 1, vyjádřili tedy maximální spokojenost a nejméně respondentů (4) se přiklonilo k známce 5. Průměrná známka spokojenosti vychází na 2. Výsledné zhodnocení zaujímá prostor v té části škály, kde převládá kladné hodnocení.

Kladné hodnocení péče a přístupu foniatra bylo doprovázeno i kladnými komentáři. Respondenti uváděli, že mají dobré zkušenosti a jsou spokojeni. Dali na charakterové vlastnosti a napsali, že si váží vstřícného, laskavého a ochotného přístupu svého foniatra. Záporné komentáře souvisely s dalekou dostupností odborné lékařské péče a dlouhou čekací dobou na objednání. Stížnosti se týkaly hlavně nevysvětlení manipulace se sluchadlem a toho, že na ně foniatr neměl příliš času.

Odpověď na poslední výzkumnou otázku č. 3 „Jaké mají senioři zkušenosti s dalšími podpůrnými službami?“ vznikla z odpovědí na tři hlavní otázky v dotazníku a dalších připomínek a komentářů, v kterých se respondenti dotkli oblasti sociálních služeb.

Z objektivního hlediska má 77/120 respondentů zkušenosti s využíváním dalších podpůrných služeb, ovšem ne každý z nich si to uvědomuje.

Respondenti napsali, s čím a jak často jim pracovníci pomáhají a zároveň uvedli, že jsou pracovníkům vděční za jejich pomoc a podporu. V odpovědích se také objevilo, že když si s něčím neví rady, v poradně jim ochotně nabídnou řešení. Sdělené zkušenosti jsou jenom kladné, stížnosti nebyly uvedeny.

Mezi nejčastější důvody, kvůli kterým respondenti navštěvují organizace, patří předání rad ohledně používání sluchadla, získání informací z oblasti sociálně-právní a zakoupení baterií a čisticích prostředků ke sluchadlu. Jde také o zprostředkování kompenzačních pomůcek a informací o sluchovém postižení, klubovou činnost a v neposlední řadě i o pomoc po psychické stránce.

Respondenti využívají těchto služeb dle potřeby. Četnost je časově ohraničená od návštěvy jednou za čtrnáct dní až po návštěvu jednou za rok.

## 8. Doporučení pro praxi

Na základě získaných údajů navrhuji zvýšit povědomí o organizacích poskytující služby pro osoby se sluchovým postižením, neboť více jak třetina respondentů, která nějakou organizaci pro nedoslýchavé navštěvuje, uvedla, že tomu tak není a dále sdělila, že službu nepotřebuje nebo nemá zájem. Dalším podnětem pro zvýšení povědomí o organizacích je zjištění, že se našli respondenti, kteří by o takovou službu stáli.

Vzhledem k tomu, že druhým až třetím nejčastějším uváděným důvodem pro návštěvu organizace je nákup baterií a čisticích prostředků ke sluchadlu, mohou respondenti považovat organizaci za jakousi „prodejnu“ bez hlubšího smyslu. Na základě toho navrhuji i to, aby byli klienti organizací seznámeni s obsahem registrovaných sociálních služeb, které by pro ně byly vhodné.

Respondenti usuzují, že mají o dalších kompenzačních pomůčkách dostatečné informace. Díky pracovníkům organizací by se mohli ještě dozvědět o „Půjčovně sluchadel a kompenzačních pomůcek pro osoby se sluchovým postižením“, která vznikla díky projektu Svazu neslyšících a nedoslýchavých osob v České republice. Tím, že si respondenti stěžovali na cenu sluchadla, mohli by si v půjčovně sluchadlo či další kompenzační pomůcku na vyzkoušení zapůjčit a takto se k pomůcce na nějaký čas dostat nebo si ji zakoupit, ale už s tím, že je to na základě vlastní zkušenosti dobrá investice.

Na tomto místě je třeba, aby proznělo, že organizace poskytující služby osobám s nedoslýchavostí mají v registru sociálních služeb sociální poradenství, a to základní a někdo i odborné, v rámci kterého mimo jiné zapůjčují kompenzační pomůcky a seznamují s jejich ovládním. Mezi služby sociální prevence, jež jsou vhodné pro osoby s nedoslýchavostí, patří sociální rehabilitace a sociálně aktivizační služby. Aby organizace svoji činnost vykonávaly kvalitně, není vhodné jim přidávat další oblasti působení.

I když většina respondentů uvedla, že se cítí dostatečně obeznámena s informacemi o sluchadle, analýza všech odpovědí v dotazníku tomu nenasvědčuje. Respondenti si stěžují, že je foniatr dobře nezaškolil v manipulaci se sluchadlem a nepředal jim rady, jak o sluchadlo pečovat. Ostatně i proto mají největší zájem o kurz ovládnání sluchadla.

Stěžejními oblastmi působení lékaře odbornosti FON a OTO S3 je diagnostický proces vedoucí ke stanovení stařecké nedoslýchavosti a zhodnocení komunikačních potíží, které se lékař snaží minimalizovat správným výběrem sluchadla. Po nastavení sluchadla přebírá pacienta audiologická sestra, jejímž úkolem je poučit pacienta o manipulaci, péči a údržbě sluchadla. Informace, se kterými má být pacient seznámen, jsou rozsáhlé a zaučení je časově omezené, neboť v čekárně jsou další pacienti.

Jsou mezi námi senioři, kteří potřebují výklad několikrát zopakovat a napomoci v tak významné oblasti, jako je akceptace sluchadla. Zatímco u dětských pacientů je foniatr povinen zajistit dítěti následnou logopedickou péči s důrazem na tři složky rehabilitace (reedukace sluchu, rozvoj odezírání a řečových schopností), pro seniory nic takového určeno není.

Nejde pouze o to vybavit člověka sluchadlem, často ještě jen kvůli tlaku rodiny, ale především ho naučit s ním pracovat. Tím se předejde negativnímu postoji, kdy sluchadlo většinou končí v zásuvce, a dosáhne se větší spokojenosti a cíleného efektu. Proto se zde nabízí prostor pro speciálně pedagogickou intervenci, kterou by mohl vykonávat člověk vzdělaný v oboru logopedie a surdopedie. Největší vlnu zájmu u respondentů vzbudil kurz ovládání sluchadla a kurz odezírání, oba kurzy a další aktivity vycházející z potřeb seniorů s nedoslýchavostí by speciální pedagog – logoped díky svému vzdělání mohl realizovat.

## Závěr

Diplomová práce se zabývala člověkem v období stáří, který nosí sluchadlo a využívá lékařské péče nebo pomoci organizací poskytující služby pro osoby se sluchovým postižením či kombinaci obojího, i když si toho není vždy plně vědom.

První kapitola se věnovala výčtu změn, jež se neodmyslitelně pojí k procesu stárnutí. Na oblast zhoršené sluchové percepce navázala další stěžejní kapitola o stařecké nedoslýchavosti, která přiblížila její důsledky zasahující zejména oblast mezilidské komunikace a socializace. Z těchto a dalších doprovodných důsledků vyplývají specifické potřeby, s nimiž seznámila třetí kapitola. Bylo zjištěno, že právě služba zacílená na posílení oblasti komunikace a oblasti samostatnosti a nezávislosti, jež se týká základních zásad používání sluchadla, nácviku zacházení se sluchadlem a nácviku základů poslechu se sluchadlem, seniorům nejvíce chybí.

Výzkumná část zjišťovala názory seniorů se stařeckou nedoslýchavostí na stávající systém péče a podpory o nedoslýchavé osoby v České republice. Metodou sběru dat byl dotazník vlastní konstrukce skládající se v základu z 13 otázek, které se vztahovaly k zhodnocení přínosu sluchadla, foniatrické péče i přístupu a k zhodnocení využitelnosti dalších podpůrných služeb. Zvolenými respondenty byli senioři se stařeckou nedoslýchavostí, kteří se aktivně staví k používání sluchadla.

Výzkumné šetření probíhalo od května 2016 do prosince 2016. V této době byly osloveny organizace poskytující služby osobám se sluchovým postižením a pracoviště ORL s žádostí o umožnění realizace výzkumného šetření prostřednictvím výše zmíněného dotazníku. Z původních 330 dotazníků se vrátilo 156 dotazníků a z nich bylo pro účely diplomové práce použito 120 dotazníků. Výzkumný soubor tvoří muži a ženy, jejichž věk se pohybuje od 60 do 96 let. Ač bylo v každém kraji osloveno minimálně jedno zařízení, do konečného výzkumného šetření bylo zařazeno hlavní město Praha a dalších osm krajů České republiky.

Kapitola popisující možnosti komplexní péče a podpory pro nedoslýchavé seniory se nejprve zaměřila na činnost foniatra a poté vymezila úkoly audiologické sestry při vydání sluchadla. Výčet aktivit je rozsáhlý a není v silách audiologické sestry a schopnostech seniorů, aby dokázali vše najednou pojmout. Proto si respondenti často stěžovali, že instrukce ohledně manipulace se sluchadlem byly příliš rychlé a necítí se být dostatečně zaškoleni. Součástí této kapitoly byly

i příklady dobré praxe, jež vychází z nabídky organizací pro osoby se sluchovým postižením. Z výzkumného šetření je patrné, že senioři těchto služeb využívají a pracovníky si chválí. Ovšem ne všichni respondenti jsou si vědomi toho, kam dochází a nejsou obeznámeni s kompletní nabídkou služeb.

Na základě údajů jsem se pokusila navrhnout vlastní doporučení pro praxi. Mezi navržená doporučení patří zvýšit povědomí o organizacích poskytující služby pro osoby se sluchovým postižením a obeznámit klienty s nabídkou registrovaných sociálních služeb, které by pro ně byly užitečné. Aby odborná péče a podpora o seniory se stařeckou nedoslýchavostí byly komplexní, navrhuji také zrealizování speciálně pedagogické intervence, která by doplnila rezervy ve stávajícím systému. Z pohledu speciálního pedagoga se představená doporučení logicky týkají hlavně neziskových organizací a poradenských zařízení tak, aby jejich činnost ve prospěch seniorů byla co nejoptimálnější.

## Seznam použitých zdrojů

### Seznam literatury

ASTL, Jaromír. 2012. *Otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku: pro bakaláře, obor ošetrovatelství*. 2. vydání. Praha: Karolinum. 138 s. ISBN 978-80-246-2053-4.

BARTOŠOVÁ, Iva a Martin SKUTIL. Dotazník. In: SKUTIL, Martin. 2011. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. 1. vydání. Praha: Portál. S. 80–88. ISBN 978-80-7367-778-7.

ČELAKOVSKÝ, Petr, Viktor CHROBOK a Pavel KOMÍNEK. Praktický postup vyšetření sluchu a význam jednotlivých audiologických metod. In: DRŠATA, Jakub, HAVLÍK, Radan a kol. 2015. *Foniatrie – sluch*. 1. vydání. Havlíčkův Brod: Tobiáš. S. 115–124. ISBN 978-80-7311-159-5.

ČERNÝ, Libor. Sluchadla. In: DLOUHÁ, Olga a Libor ČERNÝ. 2012. *Foniatrie*. 1. vydání. Praha: Karolinum. S. 103–112. ISBN 978-80-246-2048-0.

DLOUHÁ, Olga. Sluchové vady. In: DLOUHÁ, Olga a Libor ČERNÝ. 2012. *Foniatrie*. 1. vydání. Praha: Karolinum. S. 92–102. ISBN 978-80-246-2048-0.

DRŠATA, Jakub a Michal ČERNÝ. Základní sluchové zkoušky. In: DRŠATA, Jakub, HAVLÍK, Radan a kol. 2015. *Foniatrie – sluch*. 1. vydání. Havlíčkův Brod: Tobiáš. S. 68–71. ISBN 978-80-7311-159-5.

DRŠATA, Jakub a Jan MEJZLÍK. Senzorineurální nedoslýchavost. In: DRŠATA, Jakub, HAVLÍK, Radan a kol. 2015. *Foniatrie – sluch*. 1. vydání. Havlíčkův Brod: Tobiáš. S. 173–196. ISBN 978-80-7311-159-5.

GAVORA, Peter. 2010. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rozš. vydání. Brno: Paido. 261 s. ISBN 978-80-7315-185-0.

HAHN, Aleš a Ivan ŠEJNA. Onemocnění vnitřního ucha. In: HAHN, Aleš a kol. 2007. *Otorinolaryngologie a foniatrie v současné praxi*. 1. vydání. Praha: Grada. S. 105–126. ISBN 978-80-247-0529-3.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. 2015. *Psychologický slovník*. 3., aktualiz. vydání. Praha: Portál. 776 s. ISBN 978-80-262-0873-0.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. 2010. *Fenomén stáří*. 2., přeprac. a dopl. vydání. Praha: Havlíček Brain Team. 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.

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

HAVLÍK, Radan. Sluchadla. In: DRŠATA, Jakub, HAVLÍK, Radan a kol. 2015. *Foniatrie – sluch*. 1. vydání. Havlíčkův Brod: Tobiáš. S. 236–242. ISBN 978-80-7311-159-5.

HAVLÍK, Radan. Rozdělení sluchadel dle tvaru. In: DRŠATA, Jakub, HAVLÍK, Radan a kol. 2015. *Foniatrie – sluch*. 1. vydání. Havlíčkův Brod: Tobiáš. S. 243–249. ISBN 978-80-7311-159-5.

HAVLÍK, Radan. Praktické provedení korekce sluchové vady. In: DRŠATA, Jakub, HAVLÍK, Radan a kol. 2015. *Foniatrie – sluch*. 1. vydání. Havlíčkův Brod: Tobiáš. S. 270–281. ISBN 978-80-7311-159-5.

HAVLÍK, Radan, Miroslava HLOUŠKOVÁ a Eva ČELAKOVSKÁ. Ošetrovatelská péče u sluchově postižených pacientů. In: DRŠATA, Jakub, HAVLÍK, Radan a kol. 2015. *Foniatrie – sluch*. 1. vydání. Havlíčkův Brod: Tobiáš. S. 295–301. ISBN 978-80-7311-159-5.

HENDL, Jan. 2008. *Kvalitativní výzkum : základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. vydání. Praha: Portál. 408 s. ISBN 978-80-7367-485-4.



HOLÁSKOVÁ, Kamila. Gerontopsychologie. In: ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka. 2010. *Přehled vývojové psychologie*. 3., upr. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého. S. 141–166. ISBN 978-80-244-2433-0.

HORÁKOVÁ, Radka. Nedoslýchavost v období senia. In: MÜHLPACHR, Pavel. 2005. *Schola gerontologica*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita. S. 112–116. ISBN 80-210-3838-1.

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

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

HRUBÝ, Jaroslav. 1999. *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu*. 1. díl. 2., přeprac. a rozš. vydání. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených. 395 s. ISBN 80-7216-096-6.

HYBÁŠEK, Ivan a Jan VOKURKA. 2006. *Otorinolaryngologie*. 1. vydání. Praha: Karolinum. 426 s. ISBN 80-246-1019-1.

JEDLIČKA, Ivan. Vady sluchu z hlediska otorinolaryngologie a foniatrie. In: ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. 2007. *Klinická logopedie*. 2., aktualiz. vydání. Praha: Portál. S. 443–465. ISBN 978-80-7367-340-6.

KAŠPAR, Zdeněk. 2008. *Technické kompenzační pomůcky pro osoby se sluchovým postižením*. 2., opr. vydání. Praha: Česká komora tlumočnicků znakového jazyka. 117 s. ISBN 978-80-87218-15-0.

KLOZAR, Jan. 2005. *Speciální otorinolaryngologie*. 1. vydání. Praha: Galén. 224 s. ISBN 80-246-1125-2.

KLUH, Jan. Audiologická problematika senia. In: KALVACH, Zdeněk a kol. 2004. *Geriatric a gerontologie*. 1. vydání. Praha: Grada. S. 792–798. ISBN 80-247-0548-6.

KRAHULCOVÁ, Beáta. 2003. *Komunikace sluchově postižených*. 2. vydání. Praha: Karolinum. 303 s. ISBN 80-246-0329-2.

KRAHULCOVÁ, Beáta. 2014. *Komunikační systémy sluchově postižených*. 1. vydání. Praha: Beakra. 376 s. ISBN 978-80-903863-2-7.

LANGER, Jiří a Eva SOURALOVÁ. 2006. *Surdopedie - andragogika*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého. 53 s. ISBN 80-244-1206-3.

LANGER, Jiří a kol. 2013. *Technické pomůcky pro osoby se zdravotním postižením*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého. 186 s. ISBN 978-80-244-3681-4.

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

LEJSKA, Mojmír. 2003. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. 1. vydání. Brno: Paido. 156 s. ISBN 80-7315-038-7.

LUDÍKOVÁ, Barbora. 2013. *Propedeutické lékařské disciplíny 2 - základy psychiatrie, otorhinolaryngologie a oftalmologie pro speciální pedagogy*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého. 127 s. ISBN 978-80-244-3728-6.

NEUBAUER, Karel. Logopedická péče o dospělé osoby. In: ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. 2007. *Klinická logopedie*. 2., aktualiz. vydání. Praha: Portál. S. 79–85. ISBN 978-80-7367-340-6.

NEUBAUER, Karel. 2009. *Úvod do logopedie sluchově postižených: učební text pro studenty speciální pedagogiky*. 1. vydání. Hradec Králové: Gaudeamus. 43 s. ISBN 978-80-7041-755-3.

NEUBAUER, Karel. 2010. *Logopedie: učební text pro bakalářské studium speciální pedagogiky*. 3. vydání. Hradec Králové: Gaudeamus. 107 s. ISBN 978-80-7435-053-5.

MIOVSKÝ, Michal. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vydání. Praha: Grada. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

MRÁZKOVÁ, Eva a kol. Průzkum motivace pro kompenzaci sluchové vady. *Pracovní lékařství*. 65/2013, č. 1–2, S. 32–41. ISSN 0032–6291.

PLCH, Josef. 2008. *Otorinolaryngologie v perioperační péči*. 2., přeprac. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 213 s. ISBN 978-80-7013-486-3.

POTMĚŠIL, Miloň. 2003. *Čtení k surdopedii*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého. 217 s. ISBN 80-244-0766-3.

PULDA, Miloš a Mojmír LEJSKA. 1996. *Jak žít se sluchovou vadou*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 78 s. ISBN 80-7013-226-4.

ŘÍČAN, Pavel. 2006. *Cesta životem : vývojová psychologie*. 2. vydání. Praha: Portál. 390 s. ISBN 80-7367-124-7.

SALIVAROVÁ, Jarmila a Jaroslav VETEŠKA. 2014. *Edukace seniorů v evropském kontextu: teoretická a aplikační východiska*. 1. vydání. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského. 120 s. ISBN 978-80-7452-102-7.

SKÁKALOVÁ, Tereza. Komunikace seniorů se získanou sluchovou vadou a možnosti cílené intervence. In: NEUBAUER, Karel a Tereza Skákalová. 2015. *Poruchy komunikace u dospělých a stárnoucích osob*. 1. vydání. Hradec Králové: Gaudeamus. S. 144–180. ISBN 978-80-7435-640-7.

SKÁKALOVÁ, Tereza. 2016. *Sluchová vada a její sociální dopady v dospělém věku*. 1. vydání. Hradec Králové: Gaudeamus. 287 s. ISBN 978-80-7435-628-5.

SOURALOVÁ, Eva a Jiří LANGER. 2005. *Surdopedie: studijní opora pro kombinované studium*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého. 46 s. ISBN 80-244-1084-2.

SOURALOVÁ, Eva. 2010. *Základy surdopedie*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého. 56 s. ISBN 978-80-244-2619-8.

STRNADOVÁ, Věra. 1998. *Hádej, co říkám, aneb, Odezírání je nejisté umění*. 1. vydání. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky. 158 s. ISBN 80-85047-17-9.

STRNADOVÁ, Věra. 2008. *Odezírání jako schopnost*. 2., opr. vydání. Praha: Česká komora tlumočnicků znakového jazyka. 85 s. ISBN 978-80-87218-05-1.

SVĚTLÍK, Martin. 2000. *Postižení sluchu: současné možnosti sluchové protetiky*. 1. vydání. Praha: Triton. 61 s. ISBN 80-7254-114-5.

ŠEĎOVÁ, Klára. Analýza kvalitativních dat. In: ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vydání. Praha: Portál. S. 207–247. ISBN 978-80-7367-313-0.

ŠKEŘÍK, Pavel. 1993. *Otorinolaryngologie pro praktické lékaře*. 1. vydání. Praha: Scientia medica. 168 s. ISBN 80-85526-13-1.

ŠLAPÁK, Ivo a Pavla FLORIÁNOVÁ. 1999. *Kapitoly z otorhinolaryngologie a foniatrie*. 1. vydání. Brno: Paido. 85 s. ISBN 80-85931-67-2.

ŠVAŘÍČEK, Roman. Kvalitativní přístup a jeho teoretická a metodologická východiska. In: ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vydání. Praha: Portál. S. 12–27. ISBN 978-80-7367-313-0.

THOROVÁ, Kateřina. 2015. *Vývojová psychologie : proměny lidské psychiky od početí po smrt*. 1. vydání. Praha: Portál. 576 s. ISBN 978-80-262-0714-6.

VÁGNEROVÁ, Marie. 2000. *Vývojová psychologie : dětství, dospělost, stáří*. 1. vydání. Praha: Portál. 528 s. ISBN 80-7178-308-0.

VÁGNEROVÁ, Marie. 2007. *Vývojová psychologie II: dospělost a stáří*. 1. vydání. Praha: Karolinum. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.

VÁGNEROVÁ, Marie. 2010. *Základy psychologie*. 1. vydání. Praha: Karolinum. 356 s. ISBN 978-80-246-0841-9.

WEDLICOVÁ, Iva a Vladislava HEŘMANOVÁ. 2008. *Kapitoly z vývojové psychologie*. 1. vydání. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně. 143 s. ISBN 978-80-7414-044-0.

ZELENÍK, Jan, Pavel KOMÍNEK, Jakub DRŠATA, Radan HAVLÍK a Viktor CHROBOK. Obecné zásady rehabilitace sluchu. In: DRŠATA, Jakub, HAVLÍK, Radan a kol. 2015. *Foniatrie – sluch*. 1. vydání. Havlíčkův Brod: Tobiáš. S. 224–235. ISBN 978-80-7311-159-5.

### **Elektronické zdroje**

Audiohelp. 2017. *Naše aktivity*. [online]. [cit 2017-03-13]. Dostupné z WWW: <http://www.audiohelp.cz/index.php/nase-aktivity>.

BIAP (Büro International d' Audiophonologie). *Empfehlung 02/1* : Klassifikation der Audiometrie. [online]. Lissabon: 1997. [cit. 2016-12-01]. Dostupné z WWW: <http://www.biap.org/de/empfehlungen/archiv/65-tk02-klassifikation-von-hoerstoerungen/5-empfehlung-021-klassifizierung-der-hoerschaeden>.

CECHNEROVÁ, A. a J. BOUČEK. 2011. Nedoslýchavost v ordinaci praktického lékaře. *Med. Pro Praxi*. [online]. Vol. 8, no. 6, S. 272–274. [cit 2017-03-13]. Dostupné z WWW: <http://www.solen.cz/pdfs/med/2011/06/05.pdf>. eISSN 1803–5310.

Číselník VZP – ZP. Metodika. Zdravotnické prostředky předepisované na poukaz. [online]. Verze 990. 1. 2. 2017. [cit 2017-03-13]. Dostupné z WWW: [https://webevzp.blob.core.windows.net/media/Default/dokumenty/ciselniky/metodik\\_a\\_990.pdf](https://webevzp.blob.core.windows.net/media/Default/dokumenty/ciselniky/metodik_a_990.pdf).

Hearing-it. 2012. *Main reasons for getting hearing aids*. [online]. [cit 2017-02-22]. Dostupné z WWW: <http://www.hear-it.org/main-reasons-for-getting-hearing-aids>.

Hradecké centrum pro osoby se sluchovým postižením, o.p.s. 2017. *Půjčovna pomůcek*. [online]. [cit 2017-03-13]. Dostupné z WWW: [http://www.hradeckecentrum.cz/?page\\_id=28](http://www.hradeckecentrum.cz/?page_id=28).

MAIXNEROVÁ, K. 2010. Foniatrie. *Med. Pro Praxi*. [online]. Vol. 7, no. 8 a 9, S. 342–343. [cit 2017-02-22]. Dostupné z WWW: <http://www.solen.cz/pdfs/med/2010/07/10.pdf>. eISSN 1803–5310.

Poradenské centrum pro sluchově postižené Kroměříž, o.p.s. 2017. *Odborné sociální poradenství*. [online]. [cit 2017-03-13]. Dostupné z WWW: <http://www.chcislyset.cz/odborne-socialni-poradenstvi.php>.

Poradenské centrum pro sluchově postižené Kroměříž, o.p.s. 2017. *Sociálně aktivizační služby*. [online]. [cit 2017-03-13]. Dostupné z WWW: <http://www.chcislyset.cz/socialne-aktivizacni-sluzby.php>.

ROTTENBERG, J. 2008. Diagnostika a terapie nedoslýchavosti. *Interní Med.* [online]. Vol. 10, no. 10, S. 470–473. [cit 2017-02-22]. Dostupné z WWW: <http://www.solen.cz/pdfs/int/2008/10/08.pdf>. eISSN 1803–5256.

Svaz neslyšících a nedoslýchavých v ČR. 2012. *Půjčovny pomůcek pro osoby se sluchovým postižením*. [online]. [cit 2017-03-13]. Dostupné z WWW: <http://www.snn-cr.cz/Pujcovny-pomucek-pro-osoby-se-sluchovym-postizenim>.

Svaz neslyšících a nedoslýchavých v ČR. 2012. *Sociální rehabilitace*. [online]. [cit 2017-03-13]. Dostupné z WWW: <http://www.snn-cr.cz/Socialni-rehabilitace.html>.

Svaz neslyšících a nedoslýchavých v ČR. 2012. *Sociálně aktivizační služby*. [online]. [cit 2017-03-13]. Dostupné z WWW: <http://www.snn-cr.cz/Socialne-aktivizacni-sluzby.html>.

Unie neslyšících Brno. 2016. *Odborné sociální poradenství*. [online]. [cit 2017-03-13]. Dostupné z WWW: <http://www.unieneslysicichbrno.cz/odborne-socialni-poradenstvi.php>.

VALVODA, J. 2007. Nedoslýchavost. *Med. Pro Praxi*. [online]. Vol. 4, no. 12, S. 514–518. [cit 2017-02-22]. Dostupné z WWW: <http://www.solen.cz/pdfs/med/2007/12/07.pdf>. eISSN 1803–5310.

VOHLÍDKOVÁ, M. 2009. Poruchy sluchu ve stáří. *Interní Med.* [online]. Vol. 11, no. 6, S. 291–293. [cit 2017-02-22]. Dostupné z WWW: <http://www.solen.cz/pdfs/int/2009/06/09.pdf>. eISSN 1803–5256.

Zákony pro lidi. 2017. *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění*. [online]. [cit 2017-03-13]. Dostupné z WWW: <https://zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>.

## **Seznam tabulek**

Tabulka 1: Přehled o počtu oslovených zařízení a jejich vyjádření k množství dotazníků

Tabulka 2: Přehled o počtu přijatých a použitých dotazníků

Tabulka 3: Základní informace o výzkumném souboru

Tabulka 4: Přehled krajů, kde bylo realizováno výzkumné šetření

Tabulka 5: Průměrné známky spokojenosti se sluchadlem u zkoumaných oblastí

Tabulka 6: Nejčastější zaznamenaná frekventovanost návštěv foniatra z důvodu kontroly a seřízení sluchadla

Tabulka 7: Nejčastější důvody k návštěvě organizací poskytující služby pro osoby se sluchovým postižením

Tabulka 8: Četnost využívání dalších podpůrných služeb



## **Seznam grafů**

Graf 1: Spokojenost s poslechem a seřízením sluchadla

Graf 2: Spokojenost s cenou sluchadla

Graf 3: Spokojenost s údržbou sluchadla

Graf 4: Spokojenost se servisem sluchadla

Graf 5: Celková spokojenost se sluchadlem

Graf 6: Oblasti omezení kvůli sluchové vadě nebo sluchadlu

Graf 7: Spokojenost s péčí a přístupem foniatra

Graf 8: Využíváte nějaké další služby?

Graf 9: Důvody nevyužití dalších služeb

Graf 10: Máte dostatečné informace o sluchadlu?

Graf 11: Máte dostatečné informace o dalších kompenzačních pomůckách?

Graf 12: Postrádáte nějakou službu pro nedoslýchavé?

Graf 13: Jaká služba pro nedoslýchavé Vám chybí?

## **Seznam příloh**

Příloha A: Dotazník vlastní konstrukce

## Příloha A: Dotazník vlastní konstrukce

Dobrý den,

jsem studentkou navazujícího magisterského oboru Speciální pedagogika – logopedie. V rámci diplomové práce zjišťuji hodnocení na stávající systém péče a podpory o nedoslýchavé osoby v České republice. Tímto si Vás dovoluji požádat o sdělení Vašich zkušeností a názorů.

Dotazník je zcela anonymní. Odpovědi kroužkujte.

Kdekoliv můžete dopsat svoje názory, zkušenosti a připomínky.

Předem moc děkuji za Váš čas věnovaný vyplnění tohoto dotazníku.

Bc. Anna Pilařová

---

**Pohlaví:** muž – žena

**Věk:**

### Jak jste se sluchadlem spokojený/spokojená?

Ohodnoťte jako ve škole (1 = maximální spokojenost, 5 = nespokojenost).

Oblast	Spokojenost				
<b>poslech a seřízení</b>	1	2	3	4	5
<b>cena</b>	1	2	3	4	5
<b>údržba</b>	1	2	3	4	5
<b>servis sluchadla</b>	1	2	3	4	5
<b>celková spokojenost se sluchadlem</b>	1	2	3	4	5

Váš komentář:

.....  
.....

### Omezuje Vás nyní v něčem sluchová vada nebo sluchadlo?

(Ize označit více odpovědí)

a) komunikace

b) volnočasové aktivity (uved'te, prosím, jaké): .....

c) údržba a provoz sluchadla

d) jiný důvod (sdělte, prosím, jaký): .....

**Jak často docházíte k lékaři na kontroly a seřízení sluchadla?**  
(např. jednou za rok, jednou za 5 let atd.).....

**Jak jste spokojený/spokojená s péčí a přístupem Vašeho foniatra?**

Ohodnoťte jako ve škole (1 = maximální spokojenost, 5 = nespokojenost).

1 2 3 4 5

**Sdělte, prosím, Vaše dosavadní zkušenosti s péčí Vašeho foniatra:**

.....  
.....

**Využíváte nějaké další služby (např. poradnu pro nedoslýchavé)?**

a) NE

b) ANO, jaké služby: .....

**V případě, že využíváte tyto další služby, s čím Vám pomohly?**

.....  
.....

**Jak často těchto služeb využíváte?**

.....

**V případě, že nevyžíváte dalších služeb, je to proto, že:**

a) nevíte o takové poradně, ale měl/měla byste zájem

b) nemáte zájem

c) nepotřebujete

d) taková služba je vzdálená od Vašeho bydliště

e) jiná odpověď: .....

**Myslíte si, že máte o sluchadlu dostatečné informace?** (např. jak ho používat atd.)

ANO NE

Váš komentář:

.....  
.....

**Máte dostatečné informace o dalších kompenzačních pomůckách?**

ANO NE

**Chybí Vám nějaká služba ve stávajícím systému péče o nedoslýchavé?**

ANO NE

**Pokud Vám nějaká služba chybí, o co by se jednalo?**

(Ize označit více odpovědí)

- a) setkávání s dalšími nedoslýchavými
- b) kurz ovládání sluchadla
- c) kurz odezírání
- d) psychologická podpora
- e) jiná odpověď: .....

**Jakou pomoc byste dále potřeboval/potřebovala?**

- a) od foniatra: .....
- b) od pomáhajících organizací: .....
- c) jiné: .....

**Váš další komentář k tématu „spokojenost se stávajícím systémem péče a podpory o nedoslýchavé osoby v ČR“:**

**Děkuji za vyplnění dotazníku.**