

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce

Eva Kučerová

Nedoslýchavost jako handicap u osob seniorského věku

Vedoucí práce: doc. PhDr. Eva Suralová, Ph.D.

Olomouc 2013

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a to výhradně s použitím uvedených zdrojů a literatury

V Olomouci dne 16. 5. 2013

.....

Poděkování:

Velmi děkuji paní doc. PhDr. Evě Suralové, Ph.D. za odborné vedení a také za cenné rady a připomínky. Děkuji také předsedům všech zúčastněných klubů pro seniory a hlavně seniorům samotným, kteří se svou účastí na průzkumném šetření významně zasloužili o vznik praktické části této bakalářské práce. V neposlední řadě děkuji celé své rodině a přátelům za projevenou podporu a trpělivost.

OBSAH

Úvod	6
1 Specifikace osob seniorského věku	7
1.1 Definice pojmu senior	7
1.2 Obecné vymezení stárnutí a stáří.....	7
1.3 Časové úseky stáří.....	10
1.4 Projevy stárnutí.....	11
1.4.1 Biologické změny ve stáří	11
1.4.2 Psychické změny ve stáří.....	11
1.4.3 Sociální změny ve stáří.....	12
2 Problematika sluchového postižení.....	13
2.1 Sluch	13
2.2 Sluchové postižení ze surdopedického hlediska.....	13
2.3 Obecné vymezení sluchového postižení	14
2.4 Klasifikace sluchových vad	14
2.4.1 Podle doby vzniku sluchové vady	15
2.4.2 Podle místa vzniku sluchové vady	15
2.4.3 Podle stupně sluchové ztráty	16
3 Nedoslýchavost u osob seniorského věku	18
3.1 Definice stařecké nedoslýchavosti.....	18
3.2 Možné známky vzniku nedoslýchavosti u osob seniorského věku	19
3.3 Vyšetření sluchu u osob seniorského věku	20
3.4 Rehabilitační péče u osob seniorského věku.....	21
3.5 Sluchadla a význam protetické péče u osob seniorského věku	22
3.5.1 Dělení podle způsobu zpracování akustického signálu	22
3.5.2 Dělení podle charakteru přenosu zvuku	23
3.5.3 Dělení podle tvaru.....	23
3.6 Možné nepříznivé důsledky stařecká nedoslýchavosti	24
4 Průzkumné šetření	26
4.1 Úvod a cíl průzkumného šetření	26

4.2	Charakteristika respondentů.....	26
4.3	Metodika a realizace průzkumného šetření.....	27
5	Analýza a objasnění výsledků dotazníkového šetření.....	30
5.1	Postoje respondentů k vlastnímu stavu sluchu a k případnému sluchovému omezení.....	31
5.2	Postoje respondentů v případech, kdy dojde k přeslechnutí části sdělení a reakce na situace související s nutností zopakování sdělení.....	33
5.3	Pohledy respondentů na situace, vedoucí k omezení sociálních kontaktů a zájmových činností v závislosti na nedoslýchavosti.....	36
5.4	Postoje respondentů k užívání sluchadla a k jeho kompenzačnímu účinku.....	38
5.5	Diskuze.....	40
	Závěr.....	43
	Seznam bibliografických citací.....	46
	Seznam tabulek.....	50
	Seznam grafů.....	51
	Seznam příloh.....	52
	Anotace	

Úvod

Proces stárnutí je nedílnou součástí každého živého organismu. U člověka je souhrnem fyziologických změn, které jsou dány individuální časovou přímkou a pojí se rovněž ke změnám psychickým a sociálním. Díky životním zkušenostem a obranným mechanismům ega jsme schopni na některé přicházející změny reagovat lépe, na jiné hůře, obzvláště je-li jejich průběh nejasný. Příkladem může být pozvolný úbytek sluchového vnímání. V mnoha gerontologických a geriatrických publikacích se dočteme, že nedoslýchavost k seniorskému věku zkrátka patří. Co v těchto publikacích nenajdeme, je podrobnější popis stavu z hlediska vlastního prožívání a možnosti, jak se s jejími počátky a následky úspěšně vyrovnat. Vzhledem k tomu, že stařeckou nedoslýchavost lze částečně kompenzovat, automaticky se předpokládá, že tímto je problém vyřešen. Bohužel jenom protetická péče nestačí. Někteří senioři mohou potíže se sluchem vědomě či nevědomě skrývat. Jiní se obávají pocitu méněcennosti a odloučení. V každém případě jakákoli nečinnost může vést ke vzniku psychických a především komunikačních obtíží.

Nedoslýchavost jako handicap u osob seniorského věku stojí v popředí zájmu této bakalářské práce. Tato problematika mě vedla k výběru tématu tím spíš, že jsem mohla vycházet z osobních zkušeností rodinných příslušníků, kteří se s následky nedoslýchavosti potýkají.

Cílem práce je zjistit, jaký je subjektivní pohled osoby seniorského věku na svou případnou sluchovou nedostatečnost. Prostřednictvím dotazníkového šetření jsme se pokusili prozkoumat pravděpodobné reakce a postoje při komunikaci, které se díky nedostatkům v poslechu může stát velice obtížnou. V první kapitole vymezujeme pojmy senior, stárnutí a stáří. Dále se věnujeme časovým úsekům stáří a také jejím jednotlivým projevům. Ve druhé kapitole se zmiňujeme o důležitosti sluchu a charakterizujeme též definici sluchového postižení z obecného a ze surdopedického hlediska. Kapitulu uzavíráme podrobnou klasifikací sluchových vad. V souvislosti s touto kategorizací hovoříme o problematice nedoslýchavosti u osob seniorského věku, která je obsahem třetí kapitoly. Zde popisujeme definici stařecké nedoslýchavosti a možné známky jejího vzniku. Uvádíme také postupy vyšetření sluchu u seniorů, možnosti rehabilitační péče a péče protetické. Na závěr připomínáme možné nepříznivé důsledky stařecké nedoslýchavosti. Čtvrtá a pátá kapitola je obsahem praktické části, která zahrnuje průzkumné šetření, analýzu a zpracování výsledných dat.

1 Specifikace osob seniorského věku

1.1 Definice pojmu senior

Počátek seniorského věku je častokrát charakterizován dosažením věku 60 nebo 65 let a je zpravidla spojen se společenským míněním, které tyto osoby staví do pozice neaktivního a neproduktivního penzisty (Matoušek in Janečková, 2005).

Petřková a Čornaničová (2004, s. 27) uvádějí, že *„pro označení člověka žijícího v období stáří nacházíme v odborné literatuře různé pojmy. Gerontologie pracuje nejčastěji s pojmem geront, v psychologické literatuře se používá pojem senescent, jinde se hovoří o starých nebo o důchodcích. Zejména označení starý má negativní citový náboj; jeho nevhodnost kritizovaly i materiály OSN při příležitosti Mezinárodního roku starších lidí“*.

Autorky dále podotýkají, že za jednotné pojmenování životního období člověka nacházejícího se v seniorském věku, tedy ve věku 60 a více let, lze považovat spojení **třetí věk**. Tato koncepce je výsledkem zjednodušeného členění lidského bytí, jehož základem je dělení života do čtyř životních etap: dětství, mládí, dospělost a stáří. Terminologie třetího věku je užívána také proto, že je zjemňujícím označením starších lidí a stáří jako takového. Nazvat jedince vyššího věku za **seniora** lze tedy přes celou řadu významů považovat za označení neutrální, poněvadž není emočně zatíženo, je transparentní, flexibilní a je akceptováno samotnou seniorskou populací (tamtéž).

Válková, Kojesová a Holmerová (2010, s. 7) hovoří o tzv. **stárnoucí populaci**. *„Stárnutí se bude týkat nejen populace jako takové, ale především populace seniorů, kdy bude zejména narůstat skupina tzv. velmi starých (old old), tedy lidí 80letých a starších, kteří již mají své specifické potřeby“*.

1.2 Obecné vymezení stárnutí a stáří

Procesem stárnutí a stáří se ve svých odborných publikacích věnuje hned několik autorů. Navzdory mnoha definicím lze tento proces charakterizovat určitými společnými znaky. Stárnutí je dějem dlouhodobým, nezvratným, zcela přirozeným a vysoce individuálním.

Podle Mlýnkové (2011, s. 13) je *„stárnutí a stáří fyziologickou součástí života lidí, zvířat, rostlin“*. Funkční kapacita jedince z hlediska biologického systému se zvyšuje během prvních let života, svého vrcholu dosáhne v časně dospělosti a po té přirozeně klesá.

Stárnutí je proto pokládáno za zcela normální jev a to i přes změny, které s sebou tento proces přináší (Hayflick, 1994).

Vágnerová (2007, s. 238) uvádí, že „*stárnutí je proces s pozvolným úpadkem všech tělesných funkcí*“. Tento fakt je ve svém důsledku odrazem změn ve struktuře a činnostech organismu, jehož následkem je zvýšená tělesná zranitelnost, úbytek schopností a dovedností člověka, vrcholící v posledním stádiu a ve smrti (Langmeier, Krejčířová, 2006). Rychlost našeho stárnutí je dána především genetickými předpoklady. Závisí také na mnoha vnějších faktorech, kterými jsou například: prostředí ve kterém žijeme, zaměstnání, které vykonáváme, vliv stresu apod. (Mlýnková, 2011).

Pacovský (1997, s. 54) konstatuje, že „*stárnutí je proces, má určitou časovou dynamiku, je geneticky naprogramováno, řídí se druhově specifickým časovým zákonem, podléhá formativním vlivům prostředí*“. Rovněž upozorňuje na obecně platné zákonitosti, kterými se stárnutí vyznačuje. Podotýká, že nelze opomenout dvě důležitá fakta:

1. „*Všichni lidé nestárnou stejně, každý má individuální plán svého stárnutí*“
2. „*I stárnoucí člověk je vícerozměrný*“. *Mění se jeho charakteristiky biologické (somatické, tělesné), psychické i sociální. Stárne a do stáří vstupuje vždy celý člověk*“ (tamtéž, s. 55).

Podívejme se také na některé definice stáří.

Topinková s Neuwirthem (1995, s. 17) uvádí, že „*konečnou etapou procesu stárnutí, jinými slovy konečnou etapou geneticky vyměřeného trvání života je období, kterému říkáme stáří*“.

Křivohlavý (2011) představil stárnutí a stáří na modelu tekoucí řeky. Stárnutí chápe jako **děj**, respektive **proces**, který přirovnává k plynutí vody od pramene k moři. Samotné stáří obrazně popisuje jako **stav** vody řeky v určitém místě. Přeneseně jde o stav, kdy lidé jsou staršího věku.

Mühlpachrova (2004, s. 18) definice stáří v sobě zahrnuje všechny podstatné aspekty. „*Stáří je obecným označením pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. Je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů modifikovaných dalšími faktory (především chorobami, životním způsobem a životními podmínkami) a je spojeno s řadou významných změn sociálních (osamostatnění dětí, penzionování a jiné změny sociálních rolí). Všechny změny příčinné i následné se vzájemně prolínají, mnohé jsou protichůdné, a jednotné vymezení a periodizace stáří se tak stávají velice obtížnými*“.

Kdy je tedy možno člověka považovat za starého? Stanovit jednoznačná kritéria není vůbec jednoduché.

Haškovcová (2010, s. 11) uvádí, že „*limitující je genetická výbava a dále způsob života např. stav životního prostředí, hygienické a stravovací návyky*“. V této souvislosti připomíná, že genetickou výbavu nelze ovlivnit. Délku života však do určité míry ovlivnit lze a to vhodným uspořádáním způsobu života nejen individuálně ale i celospolečensky (tamtéž).

Langmeier a Krejčířová (2006) se shodují, že určit věk, kdy je člověk pokládán za starého, je úlohou velice obtížnou. Své stanovisko objasňují následujícími tvrzeními. V první řadě jde o interní individuální variabilitu. U téhož člověka se může výkonnost v určité činnosti snižovat, zatímco v oblasti jiné může být výkonnost ustálená, nebo dokonce vzrůstá. Dalším důvodem je skutečnost, že v období senia bývají rozdílnosti mezi jedinci patrnější nežli v obdobích dřívějších. Někteří si udržují tělesnou zdatnost a duševní svěžest do vysokého věku, jiní vykazují známky stárnutí poměrně časně. Díky společenským změnám a pokrokům ve zdravotní péči dochází i k lepšímu zdravotnímu stavu lidí. Mění se rovněž zátěže, které jsou na jedince kladeny. Hranice stáří je tak tlačena buď jedním nebo druhým směrem. Definitivní posun je dán součtem pozitivního a negativního působení. V rámci obecného společenského mínění je člověk stár v okamžiku, kdy je takto posuzován ostatními členy společnosti. Díky tomu, že společnost se neustále mění a vyvíjí, dochází i k posunu této hranice. V současné době je za spodní hranici stáří udáván věk 65 let.

Pacovský a Heřmanová (1981) považují proces stárnutí za velice individuální, který nastává v různou dobu a pokračuje různou rychlostí. Dále uvádějí, že „*jednotlivé orgány tedy nestárnou stejně rychle. Dokonce není shoda v dynamice stárnutí ani u různých funkcí téhož orgánu*“ (tamtéž, s. 58).

Také Vágnerová (2007, s. 242) se domnívá, že „*tempo stárnutí bývá individuálně různé a neovlivňuje změny funkcí různých orgánových systémů či tělesný vzhled rovnoměrně*“.

Za určitá „měřítka“ stárnutí můžeme považovat věk **biologický**, věk **chronologický** též kalendářní nebo matriční, dále věk **sociální** a věk **funkční**. Tato kategorizace bude popsána dále:

Biologický věk: „*vyjadřuje aktuální úroveň tělesných a duševních funkcí. Je dán na jedné straně genetickým programem, který zahrnuje i pravděpodobnou délku života. Na druhé straně jej ovlivňují různá onemocnění a nepříznivé vlivy vnějšího prostředí. Do této kategorie by patřil např. dlouhodobý špatný životní styl a různé zátěže, jimiž byl člověk delší dobu vystaven (alkohol, kouření, stres, příliš rychlé životní tempo)*“ (Vágnerová 2007, s. 242).

Chronologický (kalendářní nebo matriční) **věk:** je používán ryze z praktických důvodů a je odvozen od data narození. I přes mimořádnou důležitost věku skutečného nemusí jedinec

chronologickému (kalendářnímu) věku odpovídat. Některým bychom jejich roky neřádali a tvrdili bychom, že na svá léta nevypadají (Haškovcová, 2002). Podobného názoru je také Pacovský a Heřmanová (1981), kteří tvrdí, že z biologického hlediska se jedná o údaj nespolehlivý. Známe totiž „mladistvé starce“ a „staré mladíky“.

Sociální věk: tímto termínem se někdy označuje také měnící se životní styl, jeho znaky a vztahy v různých obdobích životního cyklu. Dle Stuarta-Hamiltona (1990) se sociální věk vztahuje ke společenskému očekávání chování, které by mělo být přiměřené určitému biologickému věku.

Funkční věk: odpovídá opravdovému funkčnímu potenciálu jedince. Zahrnuje v sobě biologické, psychologické, ale i sociální charakteristiky. Někdy je rovněž nazýván věkem skutečným, který však nemusí být ve shodě s věkem kalendářním (Pacovský, Heřmanová 1981).

Pacovský (1997) se zmiňuje také o **věku subjektivním**, který je založen na vlastním sebehodnocení jedince. Vyjadřuje, jak se starý člověk sám cítí. I přes to, že subjektivní věk se prolíná také do našich názorů, postojů a činů, je důležité si uvědomit, že nemusí vždy odpovídat objektivním situacím ani reálným možnostem člověka.

1.3 Časové úseky stáří

Jak již bylo zmíněno, vystihnout pravý okamžik, kdy se člověk stane starým, nelze jednoznačně stanovit. I přes to, že nejobvyklejším měřítkem stárnutí je chronologický věk, nemůžeme se na věkový údaj ve všech případech spolehnout. Chronologický věk je pouze rámcovou a náhodně zvolenou mírou, která se vždy vzájemně ovlivňuje s mírami ostatními. (Stuart-Hamilton, 1990).

„Tak jak se jeví problematické vymezení počátku stáří, je obdobně problematická i periodizace kalendářního stáří“. Význam periodizace tkví v orientačním odhadu potřeb, rizik a nároků vůči společnosti u osob určitého věku (Mühlpachr, 2006, s. 20).

Mlýnková (2011) uvádí patnáctiletou periodizaci stáří tak, jak ji navrhla WHO. Podle této organizace se stáří dělí do následujících etap: 60 – 74 let rané stáří, 75 – 89 let vlastní stáří. 90 a více let je považováno za dlouhověkost.

Podle Příhody (1974) je stáří obdobím senia a tedy posledním vývojovým stupněm v životě člověka. Variantní označení této etapy popisuje takto. Počáteční projevy stárnutí jsou vymezeny věkem 60 – 74 let a lze je označit též za **senescenci**, stařectví neboli **kmetství** je

jiným pojmenováním věkové periody 75 – 89 let, věk 90 a víc je možno považovat za dlouhověkost nebo také za **patriarchium**.

Topinková s Neuwirthem (1995) tvrdí, že existují také jiná členění lidského věku a to v rámci desetiletých etap: 65 – 74 let mladší senioři (young old), 75 – 84 let staří (old, old), 85letí a víceletí jsou označováni jako velmi staří (very old).

Baltes činní rozdíly „*mezi raným neboli třetím obdobím stáří a pozdním čtvrtým obdobím stáří*“ (in Gruss, 2009, s. 11). Jak tedy výše zmíněné rozdělení vypadá? „*Třetí věk zahrnuje rané stáří, jedná se tedy o dnešní šedesáti až osmdesátileté, čtvrtý věk zahrnuje ty nejstarší, tedy osmdesáti až stoleté (kmetství)*“ (tamtéž, s. 12).

1.4 Projevy stárnutí

V předchozí kapitole jsme se dozvěděli, že časové úseky stáří lze jednotlivě vymezit. Abychom lépe pochopili, jak tento přirozený fyziologický děj probíhá, neměli bychom opomenout důležitost projevů stárnutí.

Už víme, že stárnutí je procesem celoživotním, který ovlivňuje vždy celistvou osobnost jedince. Nicméně stárnutí můžeme chápat také z pohledu jistých projevů a změn v oblasti biologické, psychické a sociální. Jednotlivé charakteristiky budou popsány dále.

1.4.1 Biologické změny ve stáří

Pacovský (1997) shrnuje nejdůležitější jevy v procesu biologického stárnutí. Uvádí, že tělesné stárnutí je spojeno zejména s poklesem imunity, díky které dochází k častější přítomnosti infekce nebo i k nádorovému onemocnění. Dalším projevem jsou změny ve tvorbě hormonů a jejich účinků. Dochází k úbytku nervových buněk, zhoršují se smysly: zrak, chuť čich a také hmat. Funkce většiny orgánů jsou utlumeny, což je následkem nižší výkonnosti organismu. S úbytkem svalové hmoty souvisí i pokles svalové síly a díky úbytku vody v těle se kůže s přibývajícím roky „vysušuje“. Díky snížené schopnosti ukládat tolik potřebný vápník, kosti řídnou a dochází k vyššímu výskytu zlomenin.

1.4.2 Psychické změny ve stáří

Jestliže ve stáří dochází ke změnám tělesným, do určité míry dochází také ke změně v oblasti psychické.

Podle Haškovcové (2010) se celková vitalita a energie snižuje. Jedním z typických projevů je celkové zpomalení psychomotorického tempa a senzomotorické funkční

koordinace. Vytrácí se potřeba přílišné gestikulace. Veškeré činnosti trvají déle. Tato negativní skutečnost je však v jednotlivých úkonech vykompenzována pečlivostí a systematičností. Typickými psychickými změnami ve stáří jsou poruchy paměti. Základní slovní zásoba však bývá z pravidla uchována až do vysokého věku a v některých případech dokonce mírně stoupá. Schopnost psychické adaptability se snižuje. Starší lidé mohou být v cizím prostředí nejistí až úzkostní stejně jako při rozhovoru s neznámými lidmi. Skeptičtí jsou dokonce i vůči neznámým věcem. S vyšším věkem může docházet také k oploštění emotivity, k oslabení vyšších citů a ke snížení sociálního citění. Díky tomu se mohou někteří jedinci chovat neadekvátně, jindy doslova neeticky. Rovněž přicházející problémy se zrakem a sluchem mohou stárnoucího člověka velmi nepříjemně zaskočit. Mnohé dobře míněné nebo neutrální chování si v této souvislosti mohou vykládat po svém. Příkladem může být situace, kdy se starší člověk zdráhá zeptat na něco, čemu dobře neporozuměl, protože opakovaně položeným dotazem nechce vzbudit pozornost na případnou sluchovou nedostatečnost.

1.4.3 Sociální změny ve stáří

Samotné stáří s sebou nese celou řadu změn i v oblasti sociální.

Mühlpachrova (2009, s. 19) definice sociálního stáří je popsána jako „*období vymezené kombinací několika sociálních změn či splněním určitého kritéria – nejčastěji penzionování, resp. dosažení věku, v němž vzniká nárok na odchod do starobního důchodu. Sociální stáří je dáno změnou rolí, životního způsobu i ekonomického zajištění. Stáří je v tomto smyslu chápáno jako sociální událost*“.

Podle Pacovského (1997, s. 60) je „*charakteristickým rysem sociálního stárnutí postupné ubývání samostatnosti a narůstání závislosti*“. To se v konečném důsledku odráží ve snižování schopností v činnostech, které byly dříve vykonávány zcela běžně.

Malíková (2011) popsala tzv. negativní aspekty sociálního stárnutí, kterými jsou např. odchod do penze, zhoršení finanční situace, úmrtí jednoho z partnerů, zhoršená možnost setkávání se s přáteli a jinými lidmi, ztráta oblíbených činností v závislosti se zhoršujícím se zdravotním stavem, obavy z osamělosti a nesoběstačnosti.

Malíková (in Jarošová, 2011) zmiňuje také pozitivní aspekty sociálního stárnutí. Těmi jsou: fungující rodina a příznivé rodinné vztahy, vhodné životní podmínky jako např. plánovaná úprava bytu nebo domu a v neposlední řadě také plán vlastní přípravy pro období stáří a efektivní využití volného času.

2 Problematika sluchového postižení

2.1 Sluch

Sluch lze pokládat za jeden z nejdůležitějších lidských smyslů, jehož fungování je prakticky nepřetržité a mění se v průběhu celé ontogeneze. Je orgánem natolik citlivým, že dokáže zaznamenat ty nejjemnější vibrace jako například bzučení hmyzu. Po určité době je sluch schopen odolat i velmi silným zvukům, které mohou být vydávány např. z mohutných reproduktorových soustav. Jeho význam by proto neměl být podceňován ani u osob seniorského věku. Všeobecné mínění společnosti je však takové, že ztratit sluch není natolik závažné, jako ztratit zrak. Odborníci z oblasti medicíny došli k jiným poznatkům a vysvětlují, že zatímco zrak je vizuálně informačním prostředkem, sluch je základním stavebním kamenem mezilidských vztahů. Vezměme si dospělého jedince, který zcela ohluchl a najednou se musí vyrovnávat s postupnou ztrátou přirozené řeči. Co se v této souvislosti jeví jako velice závažné, je nenadálé vnímání absolutního odloučení. To vše může vést k závažným psychickým změnám, vyvolávající pocity nedůvěřivosti, nervozity, nepochopení nebo dokonce chorobné vztahovačnosti (Novák 1991).

Pulda a Lejska (1996, s. 17) dodávají, že: „*Mezilidská komunikace a to komunikace přirozená, snadná a bezporuchová, je základní duševní potřebou každého člověka*“.

2.2 Sluchové postižení ze surdopedického hlediska

Problematikou sluchového postižení se zabývá celá řada vědních disciplín. Jednou z nich je právě surdopedie, která bude charakterizována dále.

Surdopedie: „(z latinského *surdus* – hluchý, z řeckého *paidea* – výchova) je speciálně pedagogická disciplína, která se zabývá výchovou, vzděláváním a rozvojem osob (dětí, mládeže a dospělých) se sluchovým postižením“ (Langer, Suralová, 2005, s. 6).

Pipeková (in Bulová 1998) uvádí, že je rovněž multidisciplinárním oborem, neboť při uskutečňování své speciálně pedagogické praxe (zaměřené zejména na kombinované postižení) kooperuje nejen s logopedií, ze které se v roce 1983 vydělila, ale také s obecně pedagogickými, biologickými, psychologickými, sociologickými a filozofickými disciplínami. V rámci medicínského oboru spolupracuje zejména s pediatrií, otorinolaryngologií¹ (ORL), foniatrií a audiologií.

¹ **Otorinolaryngologie** je: „*lékařství ušní, nosní a krční*“ (Hroboň, Jedlička, Hořejší, 1998, s. 86).

Horáková (2012, s. 9) dodává, že: „vzhledem k možnosti korekce sluchových vad pomocí sluchadel či kochleárních implantátů je třeba zmínit se i o spolupráci s obory technickými, jako je např. sluchová protetika“.

2.3 Obecné vymezení sluchového postižení

„Pojem sluchově postižený je označením v širším slova smyslu a zahrnuje v sobě celou škálu sluchových vad, které nejsou blíže určeny“ (Pipeková in Bulová, 1998, s. 85).

Horáková (2012) uvádí, že sluchové postižení je termín, který se týká velmi rozmanité skupiny osob, která je dále odlišována podle typu a stupně sluchového postižení. Základní kategorizace zahrnuje osoby neslyšící, nedoslýchavé a ohluchlé. Takovéto dělení se opírá o mnoho dalších důležitých faktorů, kterými je kvalita a kvantita sluchového postižení, věk, doba vzniku sluchové poruchy nebo vady, rozumové předpoklady, podstatná je rovněž úroveň péče a kombinace s jinými poruchami nebo vadami.

Dle Slowíka (2007) je sluchové postižení díky mnoha výkladům pojmem různorodým. Za významné činitele lze považovat také velikost sluchové ztráty a období zrodu sluchového postižení. Rovněž dodává, že: „sluchové postižení je následkem organické nebo funkční vady (resp. poruchy) v kterékoli části sluchového analyzátoru, sluchové dráhy a sluchových korových center, příp. funkcionálně percepčních poruch“ (tamtéž, s. 72).

2.4 Klasifikace sluchových vad

Pipeková (in Bulová 1998, s. 85) uvádí, že: „sluchová vada na rozdíl od sluchové poruchy je stavem trvalým, který se léčbou nedá změnit“.

Mrázková a kol. (2006) jsou jiného názoru a tvrdí, že **sluchová vada** může být trvalá ale i přechodná. V případě úspěšného залéčení sluchového orgánu může dojít k úplnému vyléčení a sluch se vrátí do normálu. **Sluchovou poruchu** lze považovat za stav dočasný, který je doprovázen chorobami středouší, Eustachovy trubice a vnitřního ucha. Obecně jde o stav, který může být vhodnou léčbou zlepšen (Novák 2004).

Jiná literatura se zmiňuje také o sluchovém poškození a sluchovém hendikepu. **Sluchové poškození** má těsnou spojitost s hladinou sluchového prahu tj. s nejnižší možnou intenzitou zvuku, kterou jsme ještě schopni zaznamenat. **Sluchový handicap** je dán případnými negativními důsledky sluchového poškození (Novák, 2004).

Podívejme se tedy na základní klasifikaci sluchového postižení, která se opírá o několik hledisek. Je potřeba rozlišovat: dobu vzniku sluchové vady, místo vzniku sluchové vady a také stupeň neboli intenzitu sluchové ztráty.

2.4.1 Podle doby vzniku sluchové vady

Sluchové vady dělíme buď na vrozené, anebo získané. **Vrozená** neboli prenatální sluchová vada se může vyskytnout dědičně, v jiném případě se stane vrozenou díky přítomnosti nemoci matky v raném stádiu těhotenství (např. zarděnky). Dalšími důvody vrozené ztráty sluchu může být ozáření rentgenem nebo také odlišný RH faktor krve matky a dítěte. **Získané** neboli perinatální a postnatální vady sluchu mohou vzniknout díky dlouhodobým a traumatickým porodům. V pozdějším věku jsou nejčastějšími příčinami poškození sluchu infekční choroby, úrazy hlavy, ojediněle také nežádoucí účinky některých léků (Pipeková in Bulová 1998).

Novák (2004, s. 14) se dále v této souvislosti domnívá, že: „*v tomto časovém dělení je však důležitější, vzhledem k možnostem komunikace, dělení na vady vzniklé prelinguálně a postlinguálně*“.

Ke vzniku **prelinguální** sluchové vady dochází před osvojením mateřského jazyka. Věková hranice pro fixaci jazyka je odhadována do deseti let věku (Novák 2004).

Slowík (2007, s. 71) podotýká, že: „*postlinguální* sluchová ztráta se týká naopak všech osob, u kterých došlo k náhlé nebo postupně vznikající sluchové ztrátě po dokončení vývoje řeči (za hraniční věk, bývá označováno období mezi 4 – 6 let rokem věku). Do této skupiny můžeme tedy zahrnout sluchové ztráty jak u seniorů, tak i u dětí a dospělých, u nichž v důsledku nemoci nebo jiných traumat byla narušena schopnost slyšet“.

2.4.2 Podle místa vzniku sluchové vady

Z hlediska fyziologie dělíme vady sluchu podle místa vzniku na 4 základní skupiny, kterými jsou převodní vady, percepční vady, vady smíšené a centrální. Jednotlivé skupiny budou popsány níže.

Hrubý (1998) tvrdí, že výskyt **převodních vad** je poměrně častý a není nutné se obávat úplné hluchoty. I přesto, že převodní ústrojí je zcela disfunkční, dojde k zeslabení vjemu zvuku nejvýše o 65 dB bez následného vjemového zkreslení. U převodní vady tak dochází k defektu v mechanické části sluchové dráhy vnějšího nebo středního ucha, jehož následkem je snížení kvantity vnímaného zvuku. Převodní vady lze vyvážit sluchadly nebo je možno je

odstranit operačním zákrokem. Většina převodních vad je typická oslabením ve vnímání hlubokých frekvencí (Valvoda, 2007).

Orel, Facová (et al., 2010, s. 110) definují **percepční vady** takto: „*poruchy sluchu, které vznikají v oblasti vnitřního ucha, sluchové dráhy včetně korových center v mozku, jsou označovány jako poruchy percepční. Tyto poruchy (pokud jsou chronického charakteru) nejsou operační ani konzervativní terapií ovlivnitelné, mají trvalý charakter a v průběhu času mají sklon k postupnému zhoršování*“.

Podle Strnadové (1995) při percepčních vadách dojde nejen ke snížení ale i k zásadnímu zkreslení sluchového vnímání. Slyšení řeči je narušeno jak kvantitativně, tak kvalitativně. Jedinec s percepčním charakterem sluchové vady může vnímat některé hluboké tóny pomocí hmatových vibrací, ale k dorozumění mu to bohužel stačit nebude.

Ve značném rozsahu dojde nejdříve k zasažení právě vysokých frekvencí, které brání jedinci ve slyšení vyšších tónů (Valvoda, 2007).

Pulda a Lejska (1996) dodávají, že mezi percepční poruchy lze zařadit poruchy získané dědičně, stařeckou nedoslýchavost, poruchy způsobené nadměrným hlukem a jinými vnějšími vlivy, cévní, nervové, nebo i takové, které vznikly bezprostředně po chřipkovém onemocnění.

Smišená sluchová vada je: „*označení pro kombinaci výše uvedených eventualit, vady převodní a percepční*“ (Kalvach in Kluh, 2004, s. 793).

Centrální sluchová vada představuje velice závažné poškození, které vzniká na základě procesů postihující korový a podkorový systém sluchových vad, kdy informaci o zvukovém signálu mozek normálně nezpracuje (Horáková 2012).

2.4.3 Podle Stupně sluchové ztráty

Z hlediska audiologie² za normální sluch (normakuzi) považujeme prahy pro čisté tóny do 15 – 20 dB³ (Valvoda 2007).

Horáková (2012, s. 21) zmiňuje klasifikaci sluchových vad dle návrhu WHO: „*0 – 25 dB = normální stav, 26 – 40 dB = Lehké poškození sluchu, 41 – 60 dB Střední poškození sluchu, 61 – 80 dB Těžké poškození sluchu, 81 dB a více Velmi těžké poškození sluchu až hluchota*“.

² **Audiologie** = obor lékařství zabývající se sluchem a jeho poruchami (Hroboň, Jedlička, Hořejší, 1998).

³ **dB** = decibel, jde o fyzikální jednotku, kterou lze změřit hladinu intenzity zvuku (tamtéž).

Souralová (2007, s. 7) uvádí, že: „v *surdopedické praxi se pro označení velikosti ztráty sluchu nejčastěji používají termíny nedoslýchavost (lehká, střední, těžká), zbytky sluchu a hluchota většinou bez uvedení konkrétní ztráty vyjádření v decibelech*“.

Pulda a Lejska (1996) stupně velikosti sluchové ztráty podrobně popisují.

Při **lehké nedoslýchavosti** je možné porozumět hlasitému hovoru ve větší vzdálenosti. Tato vzdálenost je udávána kolem tří metrů a víc. Jsou-li podmínky příznivé, potom ke zhoršené komunikaci nedojde. Ke komunikačním obtížím dojde až při tichém nebo šeptavém rozhovoru, nebo ve hlučném prostředí. Výslovnost bývá zachována a lehkou nedoslýchavost lze obstojně kompenzovat sluchadlem. Při **střední nedoslýchavosti** je porozumění hlasité řeči možno určit do vzdálenosti tří metrů. V případě akusticky výhodných podmínek je možné střední nedoslýchavost velmi dobře vyvážit sluchadlem. Jestliže jsou akustické podmínky zhoršeny např. při hluku, porozumění hlasité řeči je neúspěšné. Artikulace a srozumitelnost bývá oslabena. Při **těžké nedoslýchavosti** lze rozumět hlasité řeči jen do vzdálenosti jednoho metru. Je proto žádoucí se při komunikaci s těžce nedoslýchavou osobou zaměřit na ústa a hovořit zřetelně ale přirozeně. Jelikož u nedoslýchavého jedince bývá výslovnost a srozumitelnost zcela narušena, je podstatné věnovat artikulaci zvýšenou pozornost. **Praktická hluchota** je otázkou genetické predispozice, proto u takto postižených k přirozenému vývoji a rozumění hlasité řeči nikdy nedojde. Jako prostředek komunikace využívají zrak (odezírání) a hmat (ohmatávání hlasových vibrací na hrtanu nebo hrudníku). Při komunikaci s prakticky hluchou osobou lze stanovit několik zásadních podmínek: dobrá viditelnost (na ústa), zřetelnost pohybu rtů, výraznější mimika a také gestikulace. Jestliže dochází k častějšímu komunikačnímu kontaktu, je užitečné naučit se přinejmenším základům znakové řeči. Jejím užitím může dojít nejen ke snadnější komunikaci, ale také k prohloubení důvěry mezi komunikujícími.

Ve druhé kapitole jsme se pokusili charakterizovat obecnou problematiku sluchového postižení. Nyní už víme, že sluchové postižení lze díky mnoha výkladům považovat za pojem různorodý. Rovněž víme, že důležitou roli hraje také celá řada dalších příčin, které do správnosti sluchového vnímání výrazně zasahují. Klasifikace sluchových vad (poruch), která zde byla vymezena, nám pomohla jednotlivé příčiny vzniku přiblížit a hlouběji specifikovat.

Obsahem následující kapitoly bude problematika stařecké nedoslýchavosti, která je dle statistického měření nejčastějším sluchovým postižením seniorské populace a je také předmětem zájmu této bakalářské práce.

3 Nedoslýchavost u osob seniorského věku

3.1 Definice stařecké nedoslýchavosti

Presbyakuzie neboli stařecká nedoslýchavost je jedna z nejběžnějších sluchových postižení v populaci, jehož výskyt se s věkem zvyšuje a převládá zejména u osob seniorského věku.

Bylo zjištěno, že prvotními příznaky stařecké nedoslýchavosti trpí již jedinci starší 65 let. V tomto věkovém období je postižen každý čtvrtý, ve věku nad 75 let každý třetí senior (Hroboň, Jedlička a Hořejší 1998).

Horáková (2012) uvádí, že presbyakuzie je porucha sluchu, u níž dochází ke snížení frekvenčního rozsahu v oblasti vysokých tónů, který je pak dán zhoršenou vnímavostí hlasitějších zvuků. Ve stejné míře se snižuje i ostrost sluchového vnímání, jež se projevuje zpravidla nedostatečným rozuměním řeči. Novák (1991, s. 8) v této souvislosti dodává, že díky absenci vnímání vysokých tónů se stává, že: *„postižený neslyší telefon, zvonek, hůře rozumí ženským hlasům, špatně rozumí ve společnosti více lidí“*.

Jestliže lze hlasitost měřit v decibelech, lze touto jednotkou změřit také rozsah sluchového úbytku. Dojde-li ke snížení sluchového vnímání o více než 20 dB (vzhledem k normě, která je udávána od 15 do 20 dB), můžeme tvrdit, že se jedná o prvotní známky přicházející sluchové vady. Dostaneme-li se k hodnotě 30 dB, silnější hlasy sice uslyšíme, ale občasným sluchovým ztrátám se nevyhneme. Udává se, že při poklesu citlivosti sluchu o hodnotě 40 dB je slyšení běžného rozhovoru omezeno a to zejména při současné přítomnosti rušivých vjemů z okolí. Dosáhne-li ztráta hodnoty 50 dB, schopnost zaznamenat lidský hlas je značně ztížena a pozornost naslouchajícího je tak do určité míry nasměrována na ústa komunikujícího. Při ztrátě nad 50 dB dojde k tomu, že osoba neslyší normální ale ani hodně hlasitý rozhovor (Hayflick 1997).

Hlavním důvodem této percepční poruchy je *„fyziologické stárnutí sluchového ústrojí jako celku“* (Klozar et al. 2005, s. 201).

„Změny ve vnímání zvuků jsou přisuzovány snižování počtu sluchových buněk, změnám ve vláknech sluchových nervů a v příslušných ústředích mozku, kde nepochybně hrají určitou roli i změny v krevním zásobení“ (Hovorka, 1986, s. 180).

Příčin však může být mnohem víc. Jistou roli hrají i genetické předpoklady a také úroveň stravovacích návyků. Za další možné spouštěče lze označit tzv. civilizační faktory. Lidské ucho je denně vystavováno mnoha zatěžujícím a často i škodlivým vlivům. Příkladem

je nadměrný hluk ve velkoměstech, únik toxických látek do ovzduší a také stres, který je v nynější uspěchané společnosti všudypřítomný. To vše se může podílet na rychlejším procesu stárnutí sluchového ústrojí (Klozar et al. 2005).

Úplné vyléčení presbyakuzie není v současnosti možné. Vzniklou ztrátu lze vyvážit vhodnými kompenzačními pomůckami, kterými jsou sluchadla.

V souvislosti se stařeckou nedoslýchavostí je nutné se zmínit také o ušním šelestu, odborně **tinitu**, jehož výskyt je díky přidruženým chorobám vyššího věku jako je cukrovka, vysoký krevní tlak, vysoká hladina cholesterolu a degenerace páteře až 50% (Vohlídková 2009).

„Jako šelest – tinitus – označujeme sluchové vjemy, pro které neexistuje zvukový zdroj v zevním prostředí. Vznikají ve zvukovém orgánu samém nebo v jeho okolí. Obecně rozlišujeme tinitus objektivní, při němž zvuk slyší nejenom pacient a subjektivní, který není okolím vnímán“ (Klozar et al., 2005, s. 199). Vnímané zvuky jsou nejčastěji charakterizovány pískáním, duněním, šuměním nebo také šustěním (tamtéž). Přítomnost ušních šelestů je tak pro psychickou stránku jedince záležitostí nesnadnou, poněvadž samotné vnímání těchto rozmanitých tónů o různé hlasitosti je velice náročné (Strnadová 1995).

Vohlídková (2009) tvrdí, že efektivní léčba tinitu je možná jen tehdy, když známe její příčinu. S ní je možné onemocnění částečně zmírnit a to předepsáním léčiv podporující prokrvení a rozšíření postižených cév. Na pomoc přicházejí také speciální sluchadla, která vysílají šumy, jež jsou schopny šumy pacienta překrýt a poskytnout mu alespoň částečnou úlevu. V mnoha případech však výskyt tinitu není znám a neexistuje ani léčba, která by směřovala k úplnému uzdravení.

Nyní se podívejme na několik varovných signálů, které by mohly na zhoršující se stav sluchu upozornit.

3.2 Možné známky vzniku nedoslýchavosti u osob seniorského věku

Tarcsiová (2005) tvrdí, že porucha sluchu u osob seniorského věku není záležitostí nenadálou, ale spíše pozvolnou, z čehož vyplývá, že vzniklé potíže si člověk nemusí zprvu uvědomovat. Tuto skutečnost potvrzuje i Topinková s Neuwirthem (1995, s. 252) když říkají, že: *„staří nemocní se často o nedoslýchavosti vůbec nezmíní, protože ji považují za běžný úkaz stáří“*. Známý jsou i situace, kdy člověk opravdu neslyší ani nerozumí, ale ješitnost či obavy z nepochopení mu brání si tento závažný stav připustit (tamtéž).

Hroboň, Jedlička a Hořejší (1998) definují několik komunikačních reakcí, které mohou vést k počátkům zhoršujícího se stavu sluchu. Pojdme si tyto situace blíže specifikovat.

V první řadě dochází k **neustálému doptávání** se na něco, co již bylo řečeno a také k opakovanému vyrušování komunikátora slovními spojeními typu „*prosím*“, „*jak že*“? **Domácí přijímače (televize, rádio)** jsou bez přestání zesilovány a to i přes permanentní naléhání rodiny nebo sousedů žádající o zeslabení. Přicházejí i pocity **méněcennosti** a **obavy z neporozumění**, a proto senioři kolikrát vědomě odmítají pozvánky na různé společenské akce a večírky. Na vině je velké množství lidí a mnoho rušivých vjemů, což hladký průběh komunikace znesnadňuje. Dalším ukazatelem je nepřetržité sledování mluvidel komunikujícího a podvědomá **snaha o odezírání** vedoucí k doplnění nezachycené části informace. Ztížená je i **komunikace** s osobou sedící zády. Jisté problémy činní i příliš **rychlá** nebo naopak **drmolivá mluva**, u které je potřeba vynaložit velkou soustředěnost na mluvící osobu.

V tuto chvíli jsme nastínili možné známky zhoršujícího se stavu sluchu, které by měly vést k bezodkladné návštěvě lékaře a k následné rehabilitaci.

3.3 Vyšetření sluchu u osob seniorského věku

V případě, že senior má podezření, že s jeho sluchem není něco v pořádku, měl by nejprve navštívit ordinaci praktického lékaře, kde by měl podstoupit základní otoskopické vyšetření. To spočívá v prohlednutí zevní části ucha a bubínku, poněvadž ucho může být zaneseno ušním mazem neboli cerumem. Následuje vyšetření rozezvučenou **ladičkou**, která umožňuje určit kvalitu sluchové poruchy, dále pak vyšetření **šepotem a hlasitou řečí**, jež informuje o kvantitě nedoslýchavosti. Je-li při orientačním vyšetření nedoslýchavost potvrzena, pak je pacient poslán k otorinolaryngologovi, který provede detailní vyšetření sluchu (Topinková, Neuwirth 1995).

Vohlídková (2009) uvádí pořadí používaných diagnostických metod u poruch sluchu ve stáří. Ihned po příchodu pacienta do ordinace ORL je provedena základní kontrola sluchu **šepotem a hlasitou řečí**. Dojdeme-li v průběhu dalšího vyšetřování k typickým změnám, kterými se stařecká nedoslýchavost vyznačuje, potom budeme předpokládat nedostatky ve vnímání slov zahrnující především sykavky a také nedostatečné rozumění šeptané řeči. V této chvíli provedeme vyšetření **prahovým tónovým audiometrem**, které zjišťuje práh sluchu jednotlivých tónů. Senior je posazen do izolované kabiny a do uší jsou mu pomocí sluchátek přehrávány zvuky rozdílných frekvencí a intenzit. V případě, že zvuk o nízké intenzitě uslyší,

sdělí tuto skutečnost stlačením příslušného tlačítka, kterým zároveň informuje sestru o přítomnosti tónu. Takto se pokračuje zpravidla u osmi frekvencí v rozsahu 125 Hz⁴ až 8.000 Hz. Sloučením všech naměřených bodů dostaneme **prahový audiogram pro vzdušné vedení** (příloha č. 1). Další vyšetřovací metodou je vyšetření **kostního vedení**. Na kostní výběžek za uchem je přiložen tzv. kostní vibér. Při vyšetřování jsou záměrně vynechány krajní hodnoty, kterými jsou 125 Hz a 8.000 Hz. Pouštějí se tedy zvuky o frekvenci 250, 500, 1000, 2000 a 4000 Hz. To, jestli je sluch neporušen, zjistíme prakticky ihned, audiometrická křivka totiž nepřevyšší intenzitu 20 dB ani na jedné z frekvencí. Pro zjištění stavu srozumitelnosti řeči se používá metoda tzv. **slovní audiometrie** (příloha č. 2). Vyšetření je prováděno rovněž v tiché kabině. Do vzdálenosti jednoho metru jsou umístěny reproduktory, ze kterých vychází vždy 10 slov shodné intenzity. Pacient se je snaží bezchybně zopakovat. Počet správných opakování je pečlivě zapisován. Rozhodujícím prahem srozumitelnosti řeči je 50% rozumění slov.

3.4 Rehabilitační péče u osob seniorského věku.

Podle Nováka (2004) je kvalitní rehabilitační péče dána komplexním působením audiologického týmu, jehož cílem je snížení nepříznivých dopadů sluchové vady na jedince a jeho komunikační schopnosti a na společenské chování v jakémkoliv věku. V souvislosti se součinností audiologického týmu zmínil také hlavní předpoklady pro výkon dobré rehabilitační péče u osob se sluchovým postižením. Základem je včasné stanovení sluchové vady, včasná rehabilitace, kompenzace kvalitními protetickými pomůckami, kooperace rodiny a kvalifikovaných odborníků jako je audiolog včetně audiologického personálu, surdopedagog a sociální pracovník. Předpokládá se rovněž spolupráce pediatra, otorinolaryngologa a foniatra. Stěžejní je i dobrá vybavenost pracoviště, ve kterém je péče uskutečňována.

Topinková a Neuwirth (1995) uvádějí, že rehabilitace sluchu u osob seniorského věku je uskutečňována pomocí sluchadla a je jednou z nejrozšířenějších metod vylepšující komunikační kompetence jedince. Obrací se tak na výzkumy v USA, které prokázaly, že u skupiny nedoslýchavých, kterým byla indikována sluchadla, došlo k výraznému zlepšení emocionality, komunikace, mimo jiné i k posílení sociálních kontaktů a ke zkvalitnění dosavadního života.

⁴ **Hz** neboli Hertz je: „jednotka frekvence zvuku – 1 Hertz (Hz) = 1 cyklus/s“ (Hroboň, Jedlička, Hořejší, 1998, s. 85).

Lejska (2003) dodává, že důležitou součástí rehabilitační péče je poučení o tom, jak správně sluchadlo obsluhovat a jak jej korigovat. V prvním kroku je nutné osobě, které již bylo sluchadlo předepsáno, vysvětlit základní zásady používání. Dalším krokem je naučit nedoslýchavého, jak nejvhodněji se sluchadlem manipulovat. Velice zásadní je následný trénink správného poslechu.

3.5 Sluchadla a význam protetické péče u osob seniorského věku

Novák (2004, s. 40) tvrdí, že: „*nedílnou součástí rehabilitační péče je tedy péče protetická, korekce sluchové vady sluchadlem*“.

Sluchadla jsou základní kompenzační pomůckou, jejíž využití nacházejí zejména osoby se zachovalými zbytky sluchu. Podle Horákové (2012, s. 95) se jedná o: „*miniaturní elektroakustický přístroj, jehož úkolem je zesílení a modulace zvukového vjemu. Základní součásti sluchadel jsou následující: mikrofon, zesilovač, reproduktor, regulátor hlasitosti, přepínač programů, indukční cívka, případně přímý audiovstup*“.

Lejska (2003) uvádí základní atributy dobrého sluchadla. Každé sluchadlo by mělo splňovat jak vlastnosti elektronické, tak vlastnosti tvarové. Mezi **vlastnosti elektronické** řadíme: schopnost adekvátního zesílení, dále frekvenční proměnlivost (následkem je vyváženost poslechu), variabilitu v zesilování, nezbytnou elektronickou vlastností je také schopnost vyseparovat rušivé okolní šумы a utlumení zpětné vazby (docílení toho, aby sluchadlo při zapnutí a zasunutí do ucha nepišťelo). **Vlastnosti tvarové** jsou takové, které korespondují s požadavky kupujícího. Mezi **další vlastnosti** řadíme hlavně cenovou dostupnost a snadnou, účelnou a jednoduchou manipulaci.

Havlík (2007) popsal dělení sluchadel podle způsobu zpracování akustického signálu, podle charakteru přenosu zvuku a podle tvaru.

3.5.1 Dělení podle způsobu zpracování akustického signálu

Přenášený zvuk může být dále upraven buď **analogově** anebo **digitálně**.

Pomocí analogového sluchadla je zachycený zvuk přeměněn na elektrický proud, zesilovačem je dále zesílen a následně převeden do reproduktoru, kde je zpětně upraven na akustický zvuk (Havlík 2007). Výhodou analogového sluchadla je technické zpracování, nevýhodou pak nižší akustická flexibilita a přítomnost šumu při zpracování zvuku (Lejska, 2003).

Digitální sluchadla upravují zvuk digitálně. Převést analogový signál na digitální lze za pomoci analogově-digitálního převodníku. Po této úpravě je nutné digitální signál převést zpět na analogový, o který se postará převodník digitálně analogový (Havlík 2007). Výhodou sluchadla digitálního je dokonalejší srozumitelnost zvuku, nevýhodou je vyšší pořizovací cena a nutnost specifického technického přístroje, který sluchadlo naprogramuje (Lejska 2003).

3.5.2 Dělení podle charakteru přenosu zvuku

Zvuk může být do ucha přenášen dvěma způsoby a to vzduchem anebo kostí.

Přenos vzduchem spočívá v tom, že zvuk, který v podobě **akustické**⁵ energie ze sluchadla vychází, je vyslán reproduktorem do vnější části zvukovodu. Díky tomu dojde k rozkmitání bubínku a přes řetězce drobných kůstek může být zvuk přenesen až do vnitřního ucha (Havlík 2007).

Přenos kostí může být realizován s použitím tzv. vibrátoru, který je přiložen na spánkovou kost. Vibrace jsou tak přiváděny kostí do vnitřního ucha, přičemž dochází ke střídavému stlačování a odtlačování pouzdra labyrintu a k rozkmitání nitroušních tekutin na Cortiho⁶ orgánu (tamtéž).

3.5.3 Dělení podle tvaru

Havlík (2007) dělí sluchadla podle tvaru (příloha č. 3) na zvukovodová, závěsná, kapesní, brýlová a BAHA, která jsou ukotvená do kosti.

Závěsná sluchadla jsou taková, která jsou zavěšena za ušním boltcem. Zvuk je do zvukovodu rozveden díky přítomnosti ušní vložky. Jedná se o nejběžněji užívaná sluchadla, která lze zakoupit v mnoha velikostech a barevných provedeních

Zvukovodová sluchadla se vkládají do zvukovodu, což je zřejmé ze samotného názvu. Modelů je celá řada a mohou se pyšnit i velice příznivou akustickou kvalitou. Přes své estetické vlastnosti však neslibují příliš vysoký výkon. Je to dáno tím, že veškeré elektronické součásti jsou vměstnány do velmi malého prostoru, což omezuje i použití většího reproduktoru.

⁵ **Akustický:** „sluchový, patřící ke slyšení“ (Hroboň, Jedlička, Hořejší, 1998, s. 84).

⁶ **Cortiho orgán** je: „orgán umístěný v kochlee (hlemýždi), obsahující vláskové buňky, které transformují pohyb tekutiny, v níž jsou umístěny, na elektrické impulsy, jež putují sluchovým nervem do mozku“ (tamtéž s. 84).

Kapesní nebo také kapsičková sluchadla se používají především v kombinaci s kostním vibrátorem. Dříve byla předepisována dětem do dvou let, využití v dnešní době je však takřka nulové.

Brýlová sluchadla jsou jiným typem sluchadel závěsných. Elektronické ústrojí je napojeno na běžné brýlové obroučky. V současnosti se skoro nepoužívají a ani v dobách minulých si nenašla své příznivce.

BAHA sluchadla přenášejí zvuk kostí, za pomoci titanového implantátu, který je z části vsazen do spánkové kosti. Poslech je čistší a srozumitelnější díky tomu, že vibrace nejsou kůží utlumovány.

3.6 Možné nepříznivé důsledky stařecká nedoslýchavosti

Nedoslýchavost, která vznikla v důsledku fyziologického stárnutí, je pro každého jedince, který jí trpí, nebo si ji připouští, ale okolí ji nepřizná, velice závažnou situací, jež negativně ovlivňuje kvalitu jeho života.

Tarcsiová (2005) tvrdí, že jedním ze základních důsledků sluchového postižení obecně je vznik **komunikační bariéry**, jejíž přítomnost je patrná zejména v komunikaci mezilidské. Tuto definici blíže popisuje podle Strnadové (1998), která ji dále dělí na jazykovou, technickou, psychogenní a informační.

Za **jazykovou bariéru** v případě stařecké nedoslýchavosti lze považovat nedostatky v rozumění řeči, které mohou uspokojivou komunikaci výrazně omezit. **Technická bariéra** spočívá ve zhoršené schopnosti sluchem zachytit požadovaný zvuk a to napříč různými životními událostmi, kterými jsou například překážky mezi komunikujícími, při psaní, vaření při nedostatečném očním kontaktu apod. Zařadit můžeme i události každodenního života jako je poslech rádia nebo televize. Výše zmíněné bariéry mohou být částečně, někdy i zcela překonány. To samé nemůžeme říci o **bariéře psychogenní** neboli postojové, která může být přítomna na obou stranách komunikačního aktu. Příkladem je neochota komunikovat, ale také obava z komunikačního selhání, která je dána předchozí negativní zkušeností nedoslýchavého. Následkem **informační bariéry** může být to, že díky nedostatečnému sluchovému vnímání dojde k nepochopení sdělovaného obsahu, což může vést k mnoha nejasnostem (Tarcsiová in Strnadová 2005).

Pulda, Lejska (1996, s. 22) tvrdí, „že dobré slyšení není jen záležitostí výkonu sluchového orgánu, ale také a můžeme říci především duševního zpracování zvukových podnětů“. Souvislosti tedy hledejme v samotné podstatě **duševního** života člověka, která je

bezpochyby spjata i se stránkou **tělesnou** a **společenskou**. Tyto tři základní komponenty lidské bytosti se vždy vzájemně ovlivňují a představují tak nerozlučný a všestranně propojený celek. Taková porucha sluchu pak dovede zapříčinit i celou řadu nesnází a nedorozumění, které mohou vyústit ve vážné duševní problémy. Například opakující se špatné porozumění řeči způsobí, že jedinci začnou trpět pocitem stísněnosti a komunikačnímu aktu se budou spíše vyhýbat. Silná kumulace komunikačních zábran může nepříznivě ovlivnit i stránku duševní. Postižena je poté oblast volní, emocionality, motivační, oblast rozvahy, rozhodování i racionálního hodnocení. Senioři se cítí být celou situací natolik zlomeni, že budoucí komunikační příležitosti odkládají na neurčito, jindy se raději uzavřou a nekomunikují vůbec. Stoupající skepticismus směřuje až k pocitu nepochopení, samoty a izolace (tamtéž, 1996).

Novák (2004) považuje za jednu z nejzávažnějších překážek stárnoucí populace nedoslýchavých právě **sociální izolaci**, která je následkem již zmíněné neschopnosti navázat komunikační akt. Sociální izolace vychází z pocitu ztráty společenského statusu. Ve chvíli, kdy nedoslýchaví senioři žijí ve více-generačním prostředí, mohou naopak ze svého problému vinit své okolí, které hovoří příliš rychle a také vnoučata, která zase moc drmolí.

„V žádném případě to však neznamená, že když začneme špatně slyšet, musí k popsáným stavům dojít. Může k nim dojít u těžkých ztrát sluchu nebo při praktické hluchotě. Ale i v těchto případech se dá všem nepříznivým důsledkům předejít, jestliže jsme my sami a naše nejbližší prostředí o nich informováni a jestli se pevně rozhodneme, že uděláme vše pro to, aby k nim vůbec nedošlo“ (Pulda, Lejska 1996, s. 24).

Vzhledem k možným nepříznivým důsledkům stařecké nedoslýchavosti uvedme několik obecných zásad, které by mohly proces úspěšné komunikace podpořit a dovést jedince k postupné eliminaci společenských i osobních zábran. Tyto specifické zásady definuje Pulda a Lejska (1996):

- nestydět se za svou případnou sluchovou nedostatečnost a bez obav na ni upozornit,
- vhodným stylem naznačit, co je potřeba pro úspěšnost našeho rozhovoru,
- v případě nepochopení sdělení zavčas upozornit komunikujícího,
- vzít na vědomí, že pro komunikačního partnera je skutečnost, že jsme mu dostatečně nepochopili situaci stejně nepříjemnou jako pro nás,
- nebýt naštvaný, jestliže náš komunikační partner ztratí trpělivost,
- v každém příhodném okamžiku se pokusit o samostatné navázání rozhovoru,
- odolávat komunikačním neúspěchům,
- nenechat se vyloučit ze společenské komunikace,

4 Průzkumné šetření

4.1 Úvod a cíl průzkumného šetření

V teoretické části této práce jsme se pokusili definovat zásadní pojmy procesu stárnutí, objasnili jsme si také obecnou terminologii sluchového postižení, která se stala výchozím bodem pro pochopení problematiky stařecké nedoslýchavosti. V empirické části této práce u problematiky presbyakuzie zůstaneme a pokusíme se objasnit vzájemný vztah mezi nedoslýchavostí a osobou, které se nedoslýchavost bezprostředně dotýká. Na základě této myšlenky jsme si položili následující otázku. **Jaký je subjektivní pohled osoby seniorského věku na svou případnou sluchovou nedostatečnost?**

Cílem průzkumného šetření bylo podnítit seniory k zamyšlení se nad problematikou vlastního sluchu, jejíž výsledky by mohly ukázat, zdali je stařecká nedoslýchavost vnímána jako omezení či nikoli.

Podstatou bylo prozkoumat reakce a postoje seniora ke svému případnému sluchovému omezení. Bylo odhalováno, zdali je nedoslýchavost restriktivním faktorem pro tvorbu a udržování sociálních kontaktů nebo i negativním prvkem při komunikaci či zájmové činnosti. V neposlední řadě jsme se zajímali o to, jaké jsou obvyklé reakce v případech, kdy dojde k nepochopení sdělení. Nakonec bylo zjišťováno, zdali jsou sluchadla respondenty využívána a zdali jsou adekvátní kompenzační pomůckou.

4.2 Charakteristika respondentů

Osloveny byly náhodné skupiny seniorů s věkovým rozptylem 60 až 84 a více let, navštěvující kluby seniorů na území města Olomouce a blízkého okolí. Podle původního záměru měly být navštíveny všechny městské i mimoměstské kluby. To se z pochopitelných důvodů nepodařilo realizovat. Buď jsme nedostali svolení, nebo byly kluby zaneprázdněny jinými výzkumnými šetřeními. Byli jsme tak nuceni pracovat s velice omezeným počtem respondentů.

Díky tomu, že dotazník byl vyplňován vždy všemi přítomnými účastníky najednou, nebylo žádoucí uvést problematické respondenty do rozpaků. Rozhodli jsme se proto zapojit všechny, kteří měli zájem se na průzkumném šetření podílet. Přeci jenom jednalo se o subjektivní posouzení vlastního stavu sluchu, bylo tedy počítáno s tím, že ne každý se bude vyjadřovat ve prospěch sluchového omezení. Výsledná data tak měla citlivě ukázat jen na ty, kterých se zkoumaná problematika bezprostředně dotýká.

I přes to, že se může zdát, že položky pohlaví a věk u respondentů v rámci průzkumu postojů a reakcí nehrají významnou roli, mají zde své důležité zastoupení. Díky těmto údajům bylo možné zjistit, jaké procento mužů a žen napříč rozmanitému věkovému spektru navštěvuje oslovené kluby pro seniory. Výsledná data se stala základem pro statistickou analýzu dat hovořící o tom, zdali se u dotazovaných stařecká nedoslýchavost v závislosti na věku zvyšuje či nikoli.

4.3 Metodika a realizace průzkumného šetření

Průzkumné šetření bylo realizováno v období od začátku ledna do konce února 2013 a probíhalo ve dvou krocích.

Prvním krokem bylo vyhledat pomocí webové informační služby Magistrátu města Olomouce příslušný odbor zabývající se organizační správou klubů pro seniory. Následně proběhla emailová komunikace s vedoucím oddělení sociálních služeb. Na základě sdělení výzkumného záměru jsme obdrželi několik kontaktů na předsedy jednotlivých klubů pro seniory na území města Olomouce. Samostatně byl zkontaktován klub seniorů obce Štěpánov, jehož řídicím orgánem je místní Obecní úřad. Tito zástupci, respektive předsedové, byli telefonicky osloveni k účasti na výzkumném šetření. Svoji účast posléze potvrdily celkem čtyři kluby pro seniory.

- *Klub pro seniory, Jiráskova 9, Olomouc – Hodolany.*
- *Klub pro seniory, Polská 57, Olomouc – Povel.*
- *Klub pro seniory, Náprstkova 1, Olomouc – Radíkov.*
- *Klub pro seniory, jehož sídlo je v obecní knihovně obce Štěpánov, Nádražní 11, Štěpánov.*

Samotný průzkum byl uskutečněn prostřednictvím dotazníkového šetření za pomoci dotazníku.

Důvodem, proč byl ke sběru dat vybrán právě dotazník, je jeho rychlost a schopnost soustředit velké množství informací od neméně velkého počtu respondentů. V potaz je brána i ta skutečnost, že získaná data by nemusela korespondovat s opravdovou situací dotazovaného. Není rovněž vyloučeno, že odpovědi by mohly být vědomě či nevědomě zkreslovány a upravovány dle potřeb tazatelů. Bylo proto naší snahou sestavit otázky tak, aby byly co nejjednodušeji položeny, výstižně a významově přizpůsobeny všem respondentům.

Aby bylo dosaženo stanoveného cíle: **Jaký je subjektivní pohled osoby seniorského věku na svou případnou sluchovou nedostatečnost?** Bylo nutné veškeré dotazníkové položky

rozdělit do 4 oblastí průzkumného zájmu. Každá z oblastí pak byla jednotlivými dotazníkovými položkami konkretizována.

Oblasti průzkumného zájmu byly stanoveny následovně:

- 1. oblast:** Jaké jsou postoje respondentů k vlastnímu stavu sluchu a k případnému sluchovému omezení? (položka č. 1 - 2).
- 2. oblast:** Jaké jsou postoje respondentů v případech, kdy dojde k přeslechnutí části sdělení a jaké jsou reakce na situace související s nutností zopakování sdělení? (položka č. 3 – 5).
- 3. oblast:** Jaké jsou pohledy respondentů na situace, které mohou vést k omezování sociálních kontaktů a zájmových činností v závislosti na nedoslýchavosti? (položka č. 6 – 7).
- 4. oblast:** Jaké jsou postoje respondentů k užívání sluchadla a k jeho kompenzačnímu účinku? (položka č. 8 – 9).

V rámci každé oblasti průzkumného zájmu, byla stanovena domněnka neboli **předpoklad průzkumu:**

- 1. Předpokládáme, že postoje respondentů k vlastnímu stavu sluchu jsou vzhledem k vyššímu věku převážně záporné a respondenti tento stav vnímají jako omezení.**
- 2. Předpokládáme, že většina respondentů se s přeslechnutím části sdělení již setkala a nečiní jim problémy o zopakování informace požádat. Zároveň předpokládáme, že se necítí v této souvislosti nepříjemně.**
- 3. Předpokládáme, že respondenti se i přes nedostatky v poslechu aktivně podílejí na udržování a rozvoji sociálních kontaktů a zájmových činností.**
- 4. Předpokládáme, že převážná většina respondentů by sluchadlo v případě potřeby využila a považují ho za přijatelnou formu kompenzace sluchu.**

Dotazník byl složen z devíti otázek a byl uspořádán do takové podoby, kdy respondenti odpovídali označením pouze jediné odpovědi. Otázky č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, měly charakter uzavřené volby. Položka č. 2, 7 a 8 byla doplněna o navazující otevřenou otázkou, která měla detailněji rozvinout zvolenou odpověď. Doplnění otázky vlastním vyjádřením nebylo pro respondenty povinné. Otázka č. 9 nabízela kromě uzavřeného výběru variantu „*vlastní odpověď*“.

Ve druhém kroku došlo k samotné realizaci průzkumného šetření. Byly osobně navštíveny kluby seniorů, které po předchozí telefonické domluvě přislíbily svoji účast. Klub seniorů Olomouc - Hodolany, Klub seniorů Olomouc – Povel, Klub seniorů Radíkov a Klub seniorů Štěpánov. S každým klubem byly předem dohodnuty podmínky návštěvy a přímo na místě byla vysvětlena metoda vyplňování a záměr průzkumného šetření.

Do průzkumu se nakonec zapojilo celkem **84 respondentů**. Veškeré shromážděné údaje byly překontrolovány a roztříděny. Z analýzy výsledků bylo vyřazeno 39 respondentů, kteří uvedli, že problémy v oblasti sluchu nemají anebo nedokázali na danou otázku odpovědět. Domníváme se, že tito respondenti nepodali kompletní informace z toho důvodu, že se s následujícími průzkumnými položkami neztotožňovali. I s touto možností jsme samozřejmě počítali.

Finální výsledky byly vloženy do tabulkového programu EXCEL 2007, kde byly procentuelně vyčísleny a pro přehlednost shrnuty ve sloupcovém a výsečovém grafu. Ke každému grafu byl vypsán stručný komentář, který jednotlivou dotazníkovou položku zrekapituloval. Pro statistickou analýzu dat byla použita základní statistická metoda - **korelační**⁷ analýza, jejíž korelační koeficient udává, do jaké míry se vzájemně mění dvě měřené proměnné. Koeficient v tomto případě určuje míru těsnosti závislosti podílu nedoslýchavých seniorů na věku. Data pak byla proložena **regresním modelem**⁸, kde byl zjišťován **koeficient determinace (R^2)**⁹ Tento koeficient byl zaznamenán v **grafu č. 10**. Ve chvíli, kdy jsou údaje tímto modelem proloženy, lze jimi do určité míry vyjádřit trend závislosti. Tedy to, jestli se dle statistického měření nedoslýchavost s věkem zvyšuje či nikoli. Dotazník, který byl seniorům předložen, je obsahem přílohy č. 1.

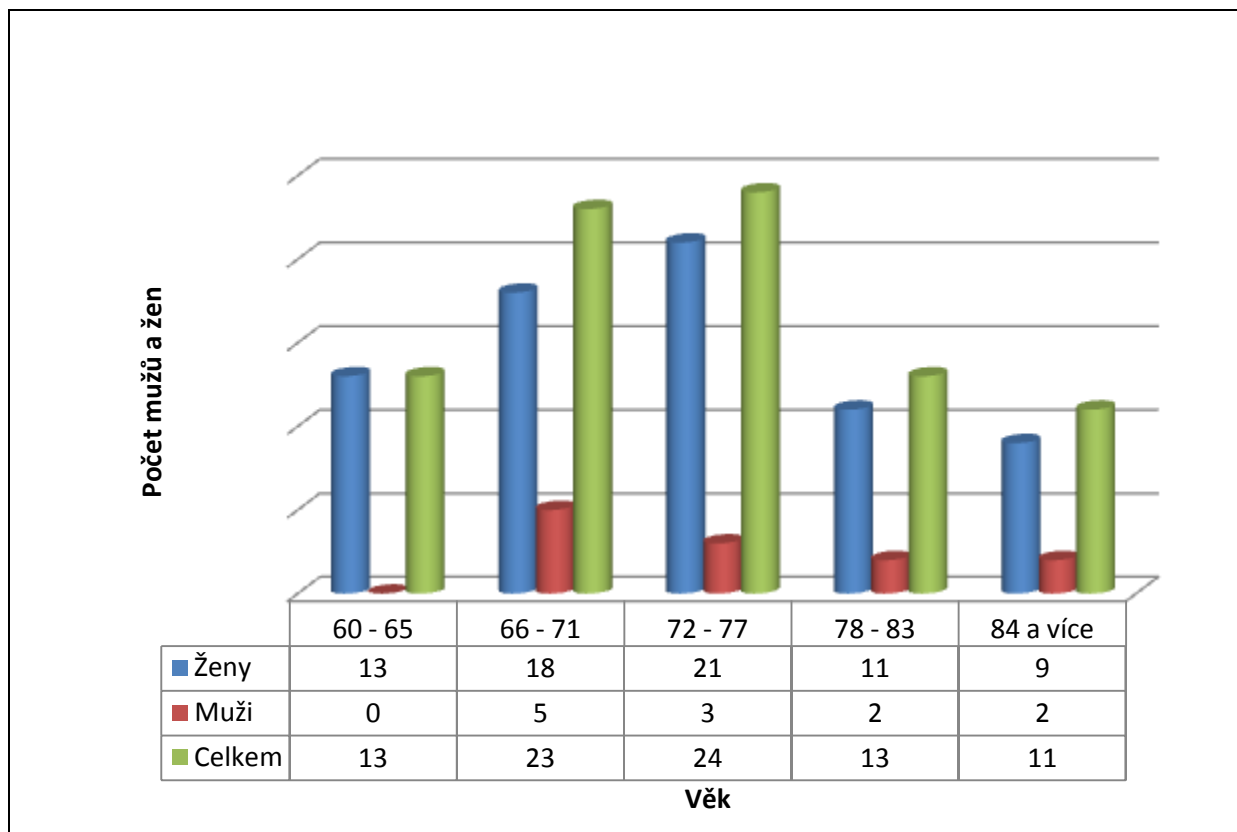
⁷**Korelace** = vzájemný vztah mezi dvěma procesy nebo veličinami (Wikipedia, 2013).

⁸**Regresní model** = vysvětlení vztahu mezi závisle proměnou a nezávisle proměnou, jehož výsledkem je ověření, zdali mezi těmito dvěma veličinami existuje předpokládaná závislost neboli regrese (Litschmannová, 2007).

⁹**Koeficient determinace R^2** = informuje o těsnosti závislosti mezi dvěma proměnnými. R^2 nabývá hodnot od 0 do +1. Čím více se koeficient determinace blíží číslu 1, tím je výsledek spolehlivější (FOTIS FOTOPULOS, 2010).

5 Analýza a objasnění výsledků dotazníkového šetření

V úvodu jsme zrekapitulovali věkové rozložení mužské a ženské populace navštěvující kluby seniorů v Olomouci (3) a klub seniorů v obci Štěpánov.



Tabulka 1: Počet dotazovaných v závislosti na věku a pohlaví

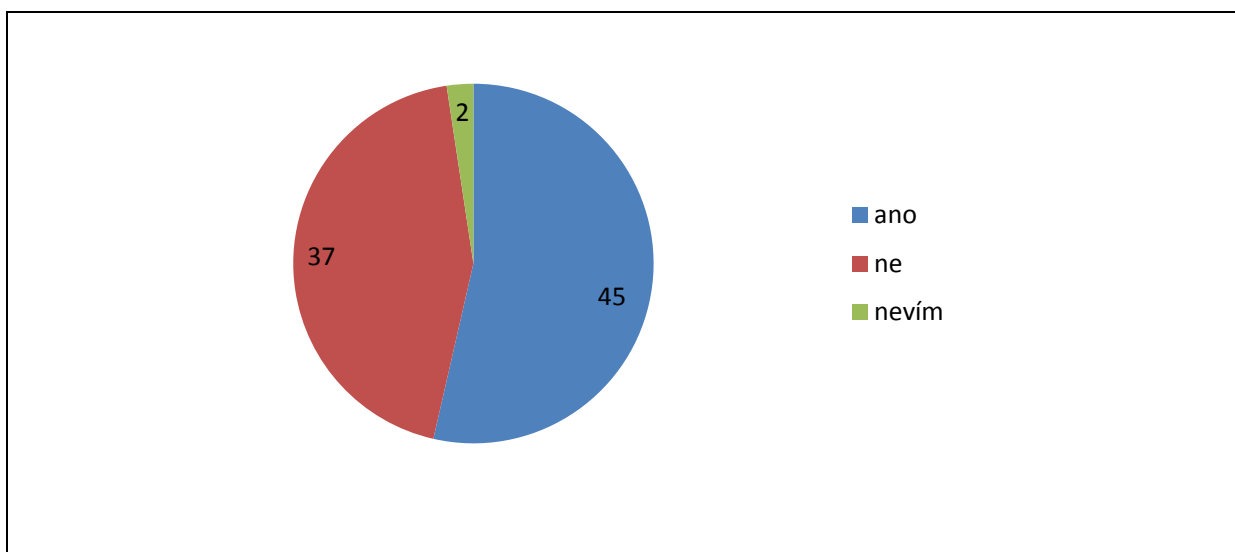
Z **Tabulky č. 1** vyplývá, že nejpočetnější skupinou jsou respondenti ve věku 72 až 77 let s celkovým počtem 24 (28,5 %) respondentů. Téměř stejný počet dotazovaných 23 (27,3 %) je zastoupen ve věkové kategorii 66 až 71 let. Ze skupiny 60 až 65 let spolupracovalo celkem 13 (15,5 %) seniorů. Totožného výsledku (15,5 %) bylo dosaženo i u tazatelů ve věku 78 až 83 let. U 84letých a víceletých respondentů bylo dosaženo celkového počtu 11 (13,2 %).

Z grafu je tedy patrné, že kluby seniorů navštěvují zejména ženy. Mezi 60. až 65. rokem je zastoupeno 13 žen, ale žádný muž. Ve věkové kategorii 66 až 71 let počet mužů roste na 5, což vypovídá o nejvyšším mužském zastoupení. Ve třetí a čtvrté kategorii se počet mužů snižuje na 2. Ženy jsou do 77 roku života nejaktivnějšími účastnicemi klubu. Poté se jejich počet rovněž snižuje.

5.1 Postoje respondentů k vlastnímu stavu sluchu a k případnému sluchovému omezení

Položka č. 1: „Myslíte si, že máte problémy se sluchem“?

Prostřednictvím této položky jsme zjišťovali, jak respondenti hodnotí stav svého sluchu.



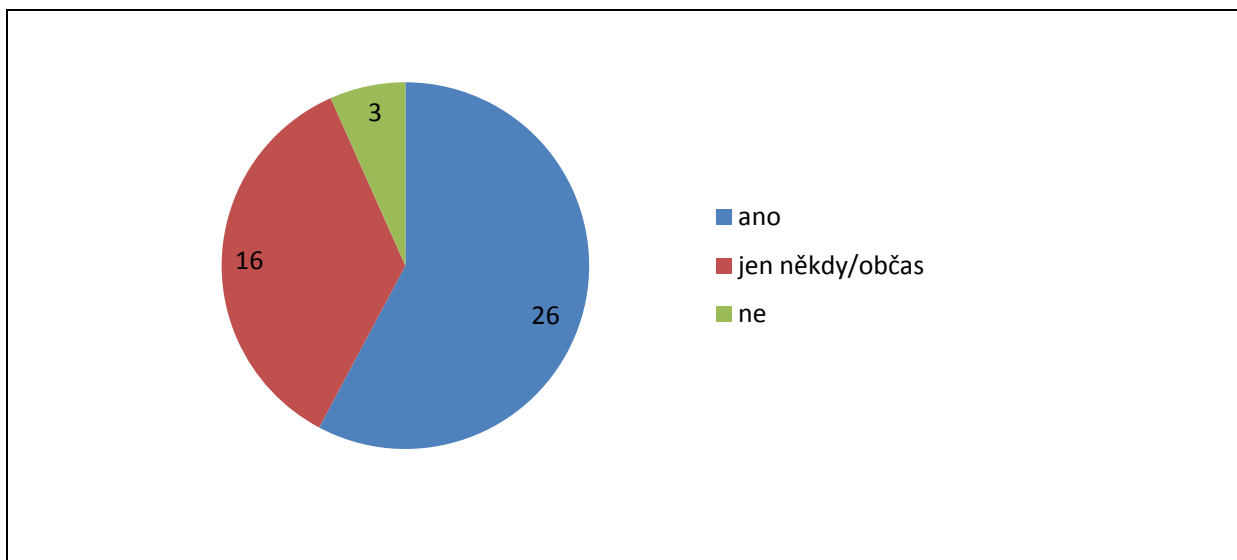
Graf č. 1 Posouzení vlastního stavu sluchu

Z grafu č. 1 je evidentní, že 53,7 %, 45 respondentů stávající problémy se sluchem potvrzují. Celých 44 % (37) seniorů uvedlo, že problémy se sluchem nemá. Pouze 2,3 % (2) nedokázali svou momentální situaci posoudit a vybrali odpověď „nevím“.

Ti respondenti, kteří vybrali odpověď „ne“ a „nevím“ celkem 39 zúčastněných, nebyli do výsledného zhodnocení zahrnuti. Důvod tohoto rozhodnutí byl popsán v metodické části práce.

Položka č. 2: „Vnímáte problém sluchu jako překážku, která Vás omezuje“? „Pokud ano, v čem Vás omezuje?“ (otevřená otázka nepovinná)

Zde jsme zkoumali, jak své problémy v oblasti sluchu respondenti posuzují a také, jestli je tento fakt překážkou, která je v životě významně omezuje.



Graf č. 2: Posouzení stavu sluchu z hlediska možného omezení

Z Grafu č. 2 je patrné, že pro 57,7 % (26) seniorů je nedoslýchavost značnou překážkou. 16 dotazovaných, tedy 35,5 %, vybralo možnost „jen někdy/občas“. Pouze 6,66 % seniorů (3) odpovědělo, že je problémy se sluchem neomezuje. 10 respondentů, kteří zvolili možnost „ano“ v rámci nepovinné doplňující otázky, uvedli, v čem spočívá jejich omezení.

„Zhoršená komunikace, hlavně kde je více osob“.

„Je pro mne nepříjemné, že se musím znovu ptát na záležitost, která již byla řešena“

„Nerozumím, co kdo říká“.

„Špatně rozumím“.

„Vadí mi, že neslyším dobře“.

„Ostatní musí často opakovat, co řeknou“.

„Omezuje mě v poslechu televize, rozhlasu a u lékaře“.

„Hučí mi v hlavě“.

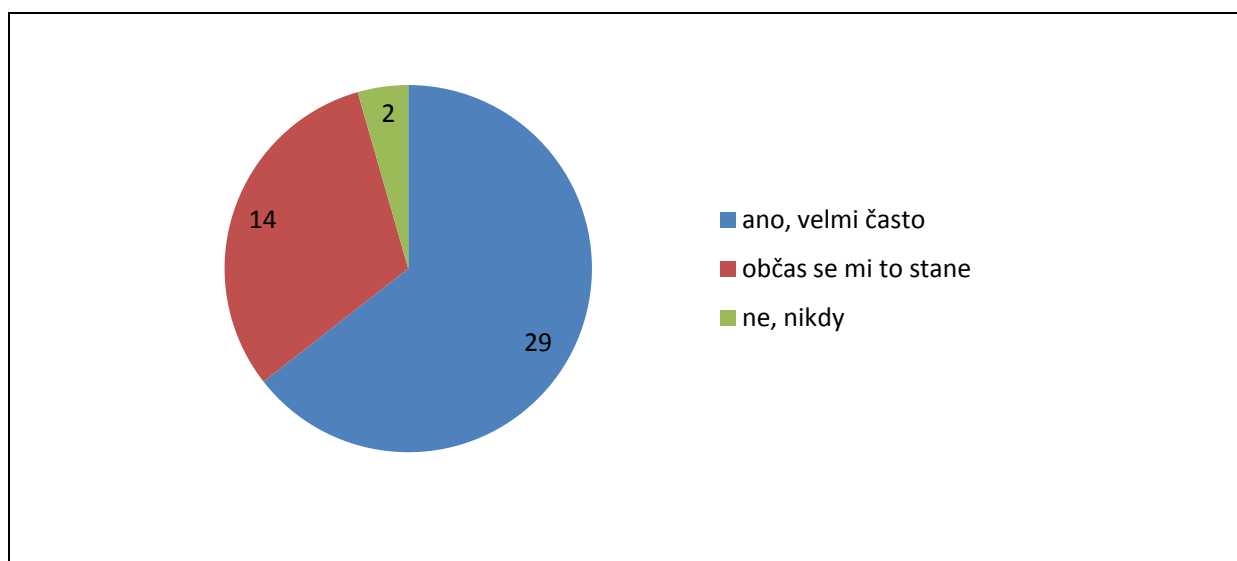
„Neslyším na pravé ucho“.

„Omezuje mě ve všem“.

5.2 Postoje respondentů v případech, kdy dojde k přeslechnutí části sdělení a reakce na situace související s nutností zopakování sdělení

Položka č. 3: „Stává se Vám, že při komunikaci s druhými lidmi přeslechne část sdělení“?

V rámci této položky jsme zjišťovali, jak často se respondentům stává, že při komunikaci s druhými lidmi přeslechnou část sdělení.

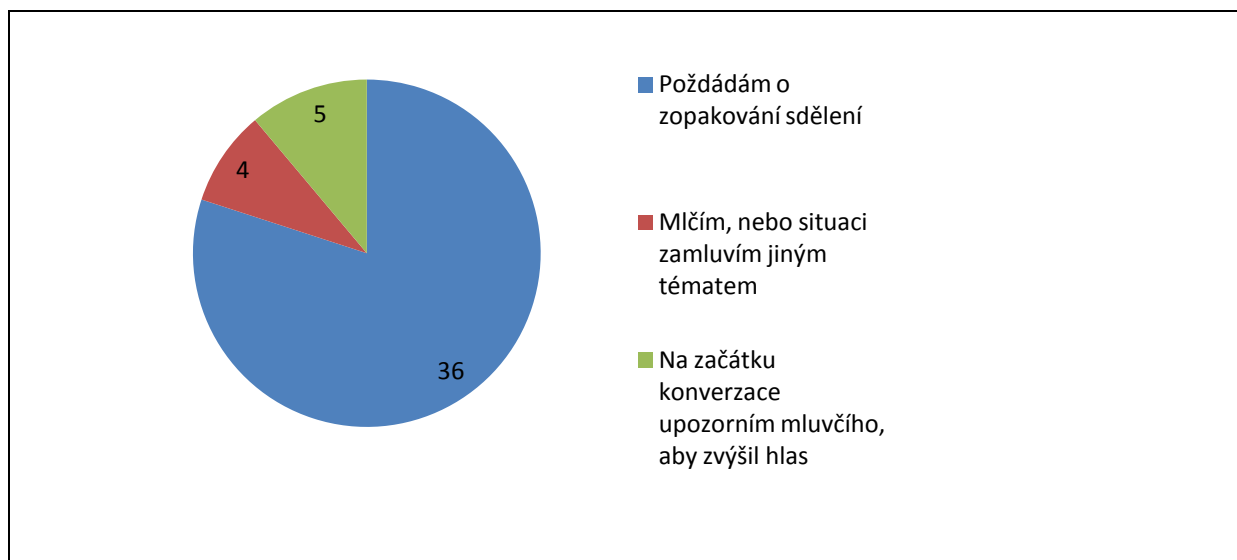


Graf č. 3: Přeslechnutí části sdělení z hlediska četnosti

Graf č. 3 vypovídá o tom, že stařecká nedoslýchavost značně znesnadňuje komunikaci s okolím. 29 dotazovaných, rovných **64,4 %** přiznalo, že se jim velmi často stává, že při komunikaci s druhými část sdělení přeslechnou. Pouze 2 senioři, tedy **9,7 %** uvedlo, že tuto situaci i přes vnímané problémy se sluchem nikdy nezažili. Občas přeslechne jen 14 seniorů, tedy **25,9 %**.

Položka č. 4: „Jak se zachováte, jestliže Vám část sdělení unikne“?

V návaznosti na předešlou položku jsme odhalovali, jaké jsou nejčastější reakce respondentů ve chvíli, kdy dojde k úniku části sdělení.



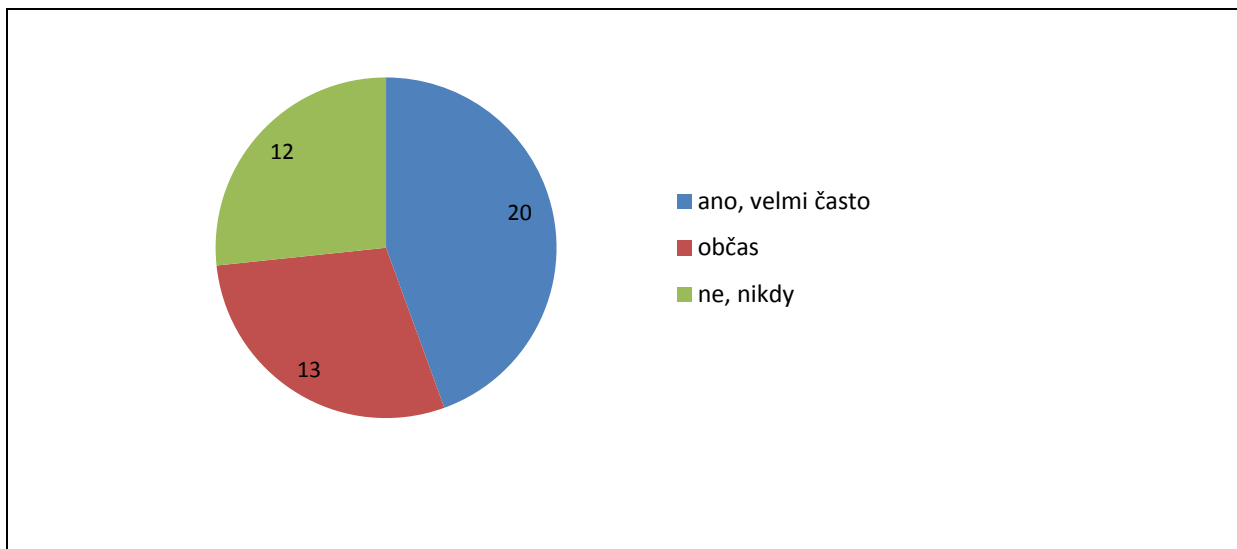
Graf č. 4: Reakce na únik části sdělení

Graf č. 4 hodnotí, jak dotazovaní nejčastěji reagují, když části sdělení neporozumí. V případě, že se tak stane, tak rovných **80 %**, 36 seniorů, by požádalo o zopakování sdělení. Pouze čtyři respondenti **8,8 %** přecházejí tuto situaci mlčením, nebo se snaží navázat na jiné téma. A konečně **11,1 %** (5) uvedlo, že v dostatečném předstihu upozorní mluvčího, aby zvýšil hlas.

Z grafu tedy vyplývá, že většina dotazovaných nemá problém požádat o zopakování informace. Někteří senioři ale mohou nedoslýchavost brát jako handicap, za který se stydí, a proto raději mlčí nebo téma rozhovoru přecházejí.

Položka č. 5: „Cítíte se nepříjemně, když musíte požádat o zopakování sdělení“?

V rámci položky č. 5 jsme se pokusili zjistit, zdali se respondenti cítí nepříjemně ve chvíli, kdy musí požádat o zopakování sdělení.



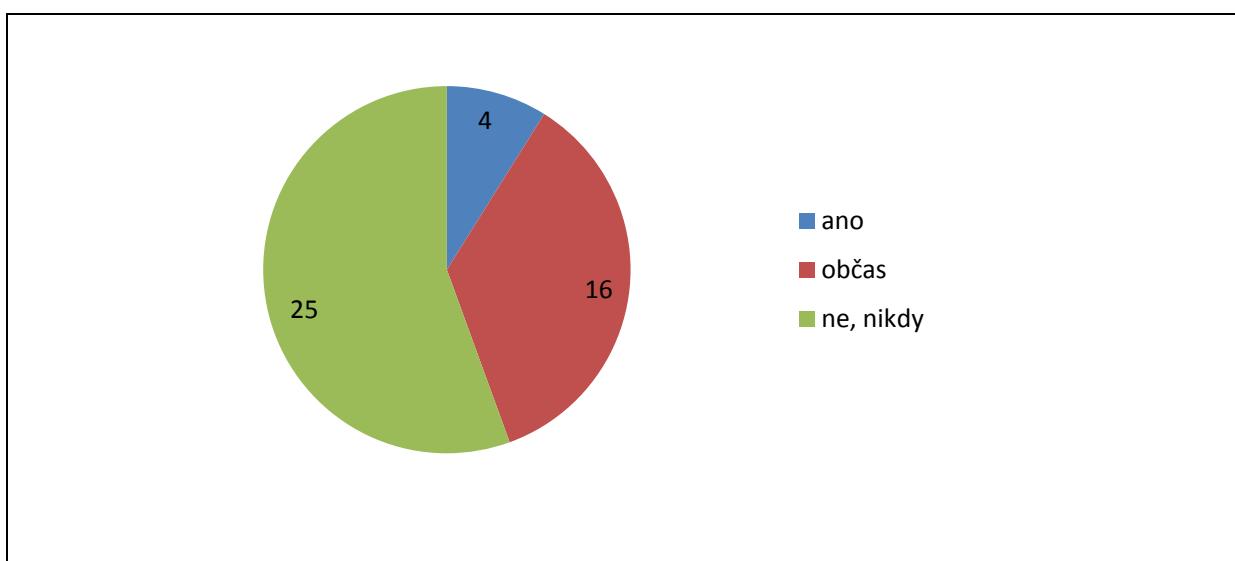
Graf č. 5: Subjektivní pohled na situaci vyžadující zopakování sdělení

Celých **44,4 %** (20) zúčastněných se vyjádřilo, že žádat o zopakování sdělení je jim velice nepříjemné a to i přesto, že v předcházející položce nemají problém o zopakování požádat. S odpovědí „*občas*“, se ztotožnilo **28,8 %** (13) seniorů. **26,6 %** (12) dotazovaných odpovědělo, že zeptat se znovu na stejnou informaci pro ně nikdy nebyl problém.

5.3 Pohledy respondentů na situace vedoucí k omezení sociálních kontaktů a zájmových činností v závislosti na nedoslýchavosti

Položka č. 6: „Snažíte se kvůli obavě z neporozumění vyhýbat kontaktu s lidmi“?

V rámci dotazníkové položky č. 6 jsme zjišťovali, zdali má skupina oslovených respondentů tendence vyhýbat se kontaktu s lidmi z obavy, že sdělované informace dostatečně neporozumí.

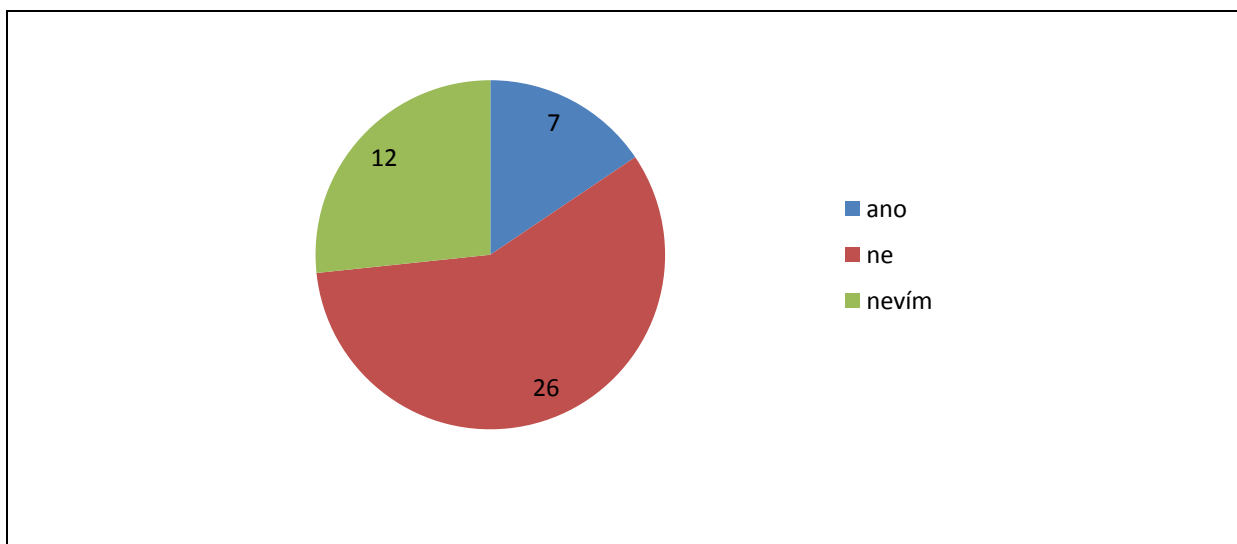


Graf č. 6: Potřeba vyhýbání se lidskému kontaktu z obavy z neporozumění sdělení

Přes 55,5 % (25) dotazovaných nemá potřebu se kontaktu s lidmi vyhýbat. 8,8 % (4) označilo odpověď „ano“ a potvrdilo, že tak činní. V tomto případě se jedná o ty respondenty, kteří v položce č. 4 odpověděli, že v případě neporozumění raději mlčí nebo přejdou na jiné téma. 16 tazatelů a tedy 35,7 % takto činní jen „občas“.

Položka č. 7: „Je nějaká činnost/zájem, ve které Vám nedoslýchavost zabránila pokračovat“?
„Jestliže ano, o jakou činnost/zájem se jednalo“? (otevřená otázka nepovinná)

Položka č. 7 nás měla informovat o tom, zdali je nedoslýchavost omezujícím faktorem k výkonu zájmových i jiných činností. Zjišťovali jsme tedy, jestli díky tomuto omezení došlo k jejich ukončení či omezení.



Graf č. 7: Potřeba ukončení činnosti/zájmu v závislosti na nedoslýchavosti

Graf č. 7 ukazuje na **57,7 %** (26) respondentů, kteří omezení v dosavadních činnostech nevnímá. **26,6 %** (12) nedokázalo jednoznačně posoudit, jestli existuje spojitost mezi nedoslýchavostí a zásadním omezením vlastních aktivit. **15,5 %**, tedy 7 dotazovaných uvedlo, že nedoslýchavost jim jednoznačně zabránila v činnostech, které dříve bez problému vykonávali. 3 z nich popsali, jakých činností/zájmu se museli vzdát:

„Navštěvovala jsem Univerzitu třetího věku a díky tomu, že špatně slyším, nemohu chodit na přednášky, které mě velice bavily“.

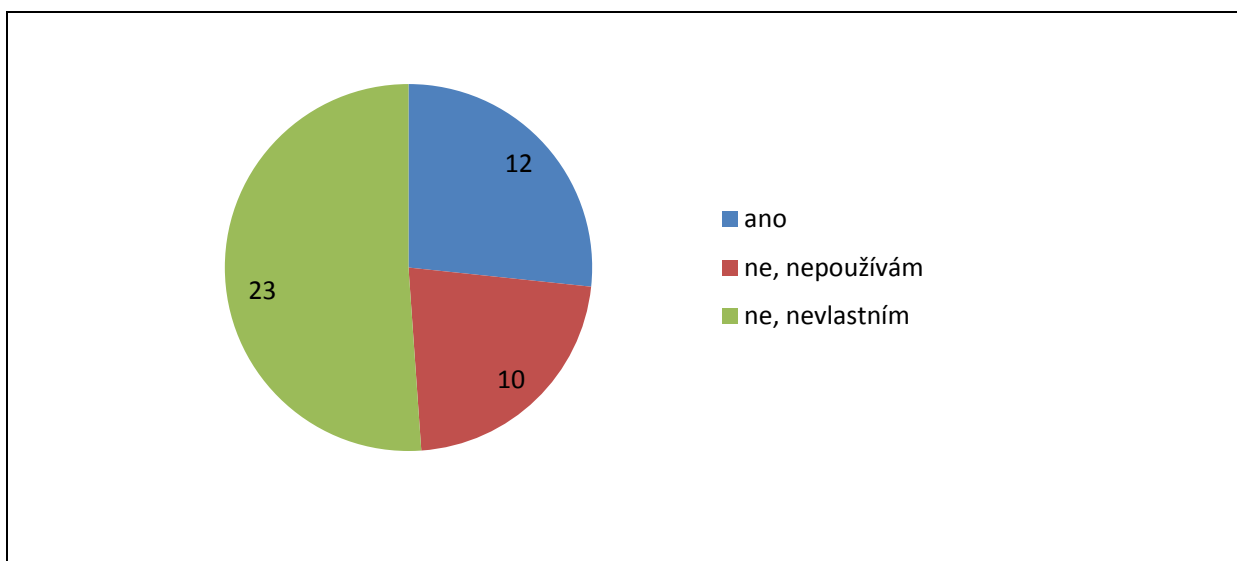
„Nemohu se bavit s více lidmi najednou“. Omezila jsem návštěvy společenských akcí“.

„Nemohl jsem se vyučit“.

5.4 Postoje respondentů k užívání sluchadla a k jeho kompenzačnímu účinku

Položka č. 8: „*Používáte sluchadlo*“? „*Jestliže ne, z jakého důvodu sluchadlo nevyužíváte?*“
(otevřená otázka nepovinná)

V rámci předposlední položky nás zajímalo, zdali jsou sluchadla respondenty využívána.



Graf č. 8: Potřeba užití sluchadla

Z grafu č. 8 je zřejmé, že u většiny seniorů není ztráta sluchu natolik závažná, aby vyžadovala předepsání sluchadla. Celých **51,1 %** (23) dotazovaných uvedlo, že sluchadlo nevlastní. **26,6 %** (12) se bez sluchadla neobejde. Zajímavé bylo zjištění, že **22,2 %** (10) respondentů sluchadlo vlastní, ale nepoužívá ho. 3 z nich zmínili důvody tohoto tvrzení:

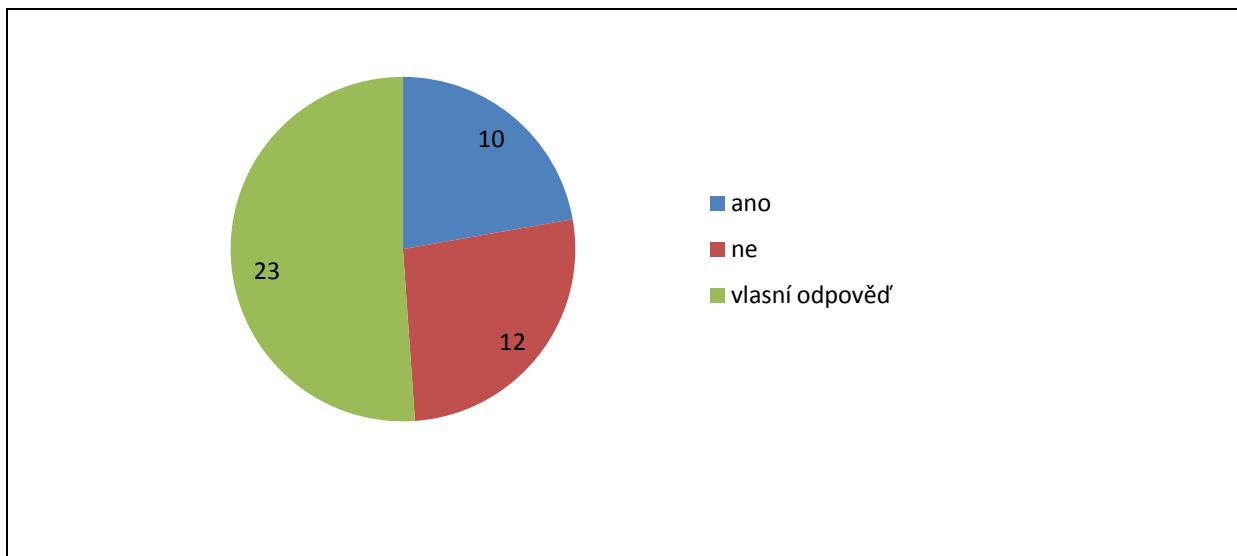
„Sluchadla jsou drahá a nedokonalá, piští, šumí, i když jsou seřizena odborníkem“.

„Nemohu si na něj zvyknout, je mi v uchu nepříjemné“.

„Všechny zvuky jsou nepřírozené a vadí mi, že občas píská“.

Položka č. 9 „Je pro Vás sluchadlo přijatelnou formou kompenzace“?

U poslední položky jsme zjišťovali, jestli je sluchadlo pro skupinu respondentů přijatelnou formou kompenzace či nikoli.



Graf č. 9: Postoje ke sluchadlu z hlediska kompenzačního účinku

V grafu č. 9 se pro volbu „ano“ rozhodlo **26,6 % (12)**, pro volbu „ne“ **22,2 % (10)**. **51,1 % (23)** respondentů uvedlo vlastní odpověď, ve které shodně odpovědělo, že sluchadlo nevlastní a proto nemohou posoudit, jestli je náhrada adekvátní.

5.5 Diskuze

Hlavním cílem dotazníkového šetření bylo zjistit, jaký je **subjektivní pohled osoby seniorského věku na svoji případnou sluchovou nedostatečnost**. Cílovou skupinou se stali senioři docházející do klubů pro seniory ve městě Olomouc (3) a do klubu v obci Štěpánov. Tato cílová otázka, na kterou chtěl průzkum odpovědět, byla rozdělena do **čtyř oblastí průzkumného zájmu**:

1. oblast: Jaké jsou postoje respondentů k vlastnímu stavu sluchu a k případnému sluchovému omezení? (položka č. 1 - 2).

2. oblast: Jaké jsou postoje respondentů v případech, kdy dojde k přeslechnutí části sdělení a jaké jsou reakce na situace související s nutností zopakování sdělení? (položka č. 3 – 5).

3. oblast: Jaké jsou pohledy respondentů na situace, které mohou vést k omezování sociálních kontaktů a zájmových činností v závislosti na nedoslýchavosti? (položka č. 6 – 7).

4. oblast: Jaké jsou postoje respondentů k užívání sluchadla a k jeho kompenzačnímu účinku? (položka č. 8 – 9).

V rámci každé průzkumné oblasti byl vytyčen předpoklad průzkumu. Následující řádky budou zaměřeny na diskuzi vztahující se k výsledkům šetření.

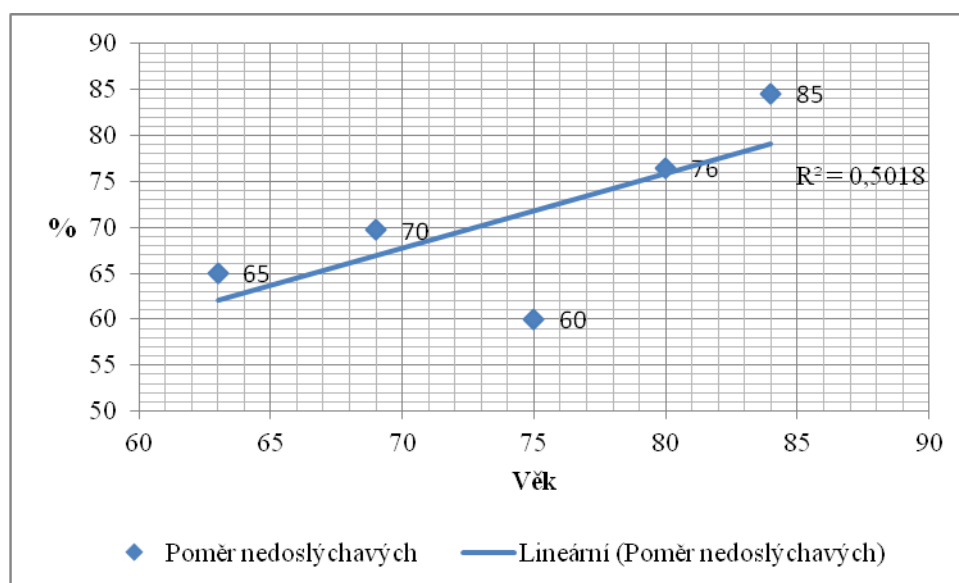
1. Předpokládáme, že postoje respondentů k vlastnímu stavu sluchu jsou vzhledem k vyššímu věku převážně záporné a respondenti tento stav vnímají jako omezení.
(položka č. 1 – 2)

Výsledky ukazují na nadpoloviční většinu, tedy na **53,7 %** tazatelů, kteří se k dotazníkové položce č. 1 vyjádřili označením možnosti „ano“ a problémy se sluchem tak potvrdili. **44 %** a **2 %** seniorů nedostatky v oblasti sluchu doposud nezaznamenalo.

Na základě těchto výsledků jsme mohli určit, zdali se podíl nedoslýchavých respondentů seniorského věku v závislosti na věku zvyšuje či nikoli. Toto tvrzení jsme ověřili pomocí základní statistické metody – korelační analýzy. Výsledek je patrný v následujícím grafu č. 10.¹⁰

¹⁰ **Graf č. 10** vznikl za významné pomoci pana Ing. Petra Kubíka, PhD.

Graf č. 10: Regresní přímka závislosti: „procento nedoslýchavých“ na „věkové rozložení respondentů“



Graf č. 10 jasně ukazuje, jak jsme pomocí Pearsonovi korelační analýzy spočítali **korelační koeficient $R = 0,72$** . Lze tedy konstatovat, že podíl nedoslýchavých respondentů se statisticky významně zvyšuje v závislosti na věku. Toto tvrzení jsme následně podpořili proložením grafu, lineárním regresním modelem, který potvrzuje trend určený korelací (koeficient determinace **$R^2 = 0,50$**). Lze tedy opětovně potvrdit, že podíl oslovených seniorů s nedoslýchavostí se v závislosti na věku zvyšuje. Jde však pouze o matematickou předpověď nikoli o stoprocentní jistotu. Vycházíme ze zásady, že čím více se koeficient determinace blíží číslu 1, tím je předpokládaný výsledek spolehlivější.

V následujících průzkumných předpokladech jsme vyhodnotili výsledky pouze 45 respondentů (53,7 %), kteří v položce č. 1 problémy v oblasti sluchu potvrdili. Jak jsme popsali v metodické části této práce, ostatní dotazovaní nebyli do výsledného shrnutí zařazeni.

V rámci druhé dotazníkové položky jsme zjistili, že pro **26** seniorů (57,7 %) jsou problémy v oblasti sluchu jednoznačným omezením. **10** respondentů uvedlo příklady takového omezení. Nejzajímavější odpovědí bylo, že nepřekonatelným omezením je nesnesitelný „*hukot v hlavě*“. Několikrát bylo poukázáno na omezení, kterým je opakované „*doptávání se na něco, co již bylo řečeno*“ a že je „*špatně rozumět*“. Pouze **6** respondentů odpovědělo, že snížená funkce sluchového vnímání se jich nikterak nedotýká.

Předpoklad jsme v návaznosti na výsledky šetření naplnili jen z části. Domníváme se, že nelze potvrdit přímou prokazatelnost negativního postoje k vlastnímu stavu sluchu, poněvadž

někteří respondenti se nemuseli vyjádřit podle pravdivé skutečnosti. Předpoklad omezení v této oblasti jsme skrze výsledky šetření potvrdili, poněvadž pro **57,7 %** seniorů jsou problémy sluchu spojovány s významným osobním omezením.

2. Předpokládáme, že velká část respondentů se s přeslechnutím části sdělení již setkala a nečiní jim problémy o zopakování informace požádat. Zároveň předpokládáme, že se v této souvislosti necítí nepříjemně. (položka 3 – 5)

V rámci 3. dotazníkové položky se **64,4 %** dotazovaných shoduje, že v komunikaci s druhými lidmi se jim velmi často stává, že část sdělení přeslechnou. Na základě těchto výsledků jsme 4. položkou v dotazníku zjišťovali, jaké jsou jejich postoje v okamžiku, kdy k úniku sdělení dojde. Pouze **8,8 %** seniorů by rozhovor odvedlo k jinému tématu nebo by raději mlčelo. Pozitivní je, že **80 %** oslovených by požádalo o zopakování informace. Navzdory tomuto kladnému výsledku jsme v položce č. 5 zjistili, že **44 % (25)** respondentů považuje situaci, kdy musí požádat o zopakování sdělení, za velice nepříjemnou. **28,8 %** dotazovaných se cítí nepříjemně jen občas a **26,6 %** nikdy.

Myslíme si, že předpoklady 2. průzkumné oblasti jsme v první části (položka č. 1 – 2) předpověděli. Diskutabilní je posouzení položky poslední a tedy nepříjemného pocitu, který se může v závislosti na situaci měnit. Lze se domnívat, že žádání o zopakování sdělení bude méně nepříjemnou záležitostí v kontaktu s osobou, která o potížích komunikačního partnera ví.

3. Předpokládáme, že respondenti se i přes nedostatky v poslechu aktivně podílejí na udržování a rozvoji sociálních kontaktů a nejsou díky nedoslýchavosti omezováni v zájmových i jiných činnostech. (položka 6 – 7)

Třetí průzkumná oblast, tedy 6. položka, dotazníku objasňuje reakce respondentů na útlum sociálních kontaktů vztahující se k obavám z nepochopení sdělení. Výsledky hovoří o **25** respondentech z celkového počtu 45, kteří se i přes vědomé nedostatky sluchového vnímání kontaktu s lidmi nevyhýbají. S druhou nejčastěji volenou možností se ztotožnilo **16** respondentů, kteří tak činí jen „občas“. **Čtyři** přiznávají, že se osobního kontaktu straní.

Sedmá dotazníková položka nás měla informovat, zdali má nedoslýchavost spojitost s ukončením činností nebo zájmů, které byly dříve bez obav vykonávány. Respondenti mohli doplnit otázku vlastním vyjádřením. **15,5 % (7)** seniorů označilo možnost „ano“ a potvrdilo, že k omezení či k ukončení předešlých činností nebo zájmů došlo. Dva respondenti napsali o jaké činnosti/zájmy se jednalo. Jeden se díky zhoršenému sluchu nevyučil, druhý navštěvoval Univerzitu třetího věku, kterou ze stejných důvodů nedokončil. **57,7 %**

respondentů není ve svých dosavadních činnostech/zájmech omezováno. Průzkumný předpoklad jsme skrze tyto výsledky splnili.

4. Předpokládáme, že převážná většina respondentů by sluchadlo v případě potřeby využila a považují ho za přijatelnou formu kompenzace sluchu. (položka 8 – 9)

V poslední průzkumné oblasti byla věnována pozornost sluchadlu a jeho kompenzačnímu účinku. Z výsledků šetření vyplývá, že celých **51,1 %** (23) dotazovaných sluchadlo nevlastní. **12** seniorů se bez jeho pomoci neobejde. **10** tazatelů sluchadlo vlastní, ale nepoužívá ho. Zde bylo odhalováno, jaké důvody vedou respondenta k tomu, že sluchadlo nevyužívá. Otázku bylo znovu možno rozvést vlastními slovy. 2 respondenti zmínili tyto důvody. „*Sluchadla jsou drahá a nedokonalá, piští, šumí, i když jsou seřizena odborníkem.*“ „*Nemohu si na něj zvyknout, je mi v uchu nepříjemné, zvuky jsou nepřirozené a vadí mi, že občas píská.*“

Závěry z poslední dotazníkové položky zkoumající postoje ke sluchadlu a jeho kompenzačnímu účinku jsou následující. Jelikož se nadpoloviční většina shoduje na tom, že sluchadlo nevlastní, nebylo možné posoudit, zdali je zároveň dostatečnou formou kompenzace. Celých **51,1 %** respondentů uvedlo, že nemají zkušenosti a nemohou účinnost zhodnotit. Předpoklady čtvrté průzkumné oblasti nebyly ze zřejmých důvodů naplněny.

Závěr

Ve středu zájmu této bakalářské práce stojí stařecká nedoslýchavost neboli presbyakuzie, jejíž následky mohou být pro osobu seniorského věku významným omezením a to nejen v oblasti zdraví, společenského života, ale také v oblasti psychiky a komunikace.

V této souvislosti připomínáme cíl práce, který se snaží z výše zmíněného vycházet a zajímá se o to, jaké jsou subjektivní pohledy seniorů na svou případnou sluchovou nedostatečnost při komunikačních, zájmových či jiných činnostech.

V první kapitole jsme objasnili definici pojmu senior z pohledu mnoha vědních disciplín. Neopomněli jsme charakterizovat obecné vymezení procesu stárnutí a stáří. Dále jsme se zaměřili na časové úseky stáří a na jeho projevy, které jsme blíže specifikovali. V úvodu druhé kapitoly jsme se zmínili o důležitosti lidského sluchu, abychom poté navázali na problematiku sluchového postižení. Do ní jsme zařadili také kategorizaci sluchových vad. Díky těmto teoretickým poznatkům jsme se mohli v kapitole třetí a tedy závěrečné obšírněji zaměřit na jednu ze sluchových poruch, kterou je nedoslýchavost u osob seniorského věku. Definovali jsme projevy jejího vzniku, metody vyšetření a také možnosti rehabilitační a protetické péče. Je třeba zmínit důležitost poslední podkapitoly. Ta se zabývá možnými nepříznivými důsledky presbyakuzie s odkazem na obecné zásady úspěšné komunikace, které mohou být dobrým návodem nejen pro seniory s nedoslýchavostí.

Průzkumné šetření, prostřednictvím kterého jsme se snažili naplnit cíl práce, je obsahem kapitoly čtvrté a páté. Za metodický nástroj průzkumného šetření jsme zvolili metodu dotazníku. V rámci výchozí průzkumné otázky jsme stanovili 4 oblasti průzkumného zájmu a poté 4 průzkumné předpoklady. Výsledky z šetření byly na základě těchto předpokladů rozebrány a objasněny v podkapitole diskuze.

Z celkového počtu oslovených seniorů (84) jsme skrze výsledky šetření zjistili, že téměř nadpoloviční většina (45) dotazovaných v současné době nedostatky v poslechu „trpí“. Na základě tohoto výsledku jsme zaměřili svou pozornost pouze na skupinu 45 dotazovaných, z níž 26 tazatelů vnímá tento nepříznivý stav jako omezení. Důvody tohoto rozhodnutí jsme objasnili v charakteristice respondentů a také v samotné diskuzi. Z výše uvedeného vyplývá, že předpoklad průzkumu jsme naplnili pouze částečně. Neprokázali jsme objektivnost postoje k vlastnímu stavu sluchu. Prokázali jsme, že pro 26 respondentů (45) je zhoršený sluch jednoznačným omezením.

Výsledky průzkumu dále potvrdili, že nedoslýchavým seniorům se velmi často stává, že některé části sdělení přeslechnou. Na tuto situaci ve většině případů reagují prosbou o zopakování sdělení a to i přes to, že se při žádosti cítí velmi nepříjemně.

Třetí předpoklad průzkumu byl skrze výsledky šetření předpovězen. Respondentům nečiní potíže se i přes vědomé nedostatky sluchového vnímání podílet na zájmovém a společenském životě.

V rámci posledního průzkumného předpokladu jsme zjišťovali, jestli mají nedoslýchaví senioři zkušenosti se sluchadlem. Dozvěděli jsme se, že polovina respondentů sluchadlo nevlastní a tedy neví, zdali by pro ně bylo vhodnou kompenzační pomůckou. 12 seniorů sluchadlo vlastní, ale nevyužívá. Nejčastějším důvodem je pískot a šum. 10 z celkového počtu se bez jeho pomoci neobejde.

Závěrem bych ráda dodala, že jsem si vědoma jistých nedostatků ve volbě průzkumné metody. Domnívám se, že platnost všech výsledků nemohla být díky kombinaci dotazníku a posuzování subjektivity vlastního postoje ověřena. Mnohem efektivnější metodou by mohla být metoda rozhovoru, která by byla schopna tento problém účinněji posoudit.

Seznam bibliografických citací

FOTIS FOTOPULOS. *Excel Trend 3. Spolehlivost funkcí*. 2010 [cit. 2013-04-10]. Dostupné z: <http://excel-navod.fotopulos.net/analyza/spolehlivost.php>.

GRUSS, P. (ed). *Perspektivy stárnutí: z pohledu psychologie celoživotního vývoje*. 1. vyd. Přeložila Lucie SIMONOVÁ. Praha: Portál, 2009. 222 s. ISBN 978-80-7367-605-6.

HAŠKOVCOVÁ, H. *České ošetřovatelství 10: Manuálek sociální gerontologie*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. 72 s. ISBN 80-701-3363-5

HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.

HAVLÍK, R. *Sluchadlová propedeutika*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotních oborů, 2007. 209 s. ISBN 978-80-7013-458-0.

HAYFLICK, L. *Jak a proč stárneme*. 1. vyd. Praha: Columbus, 1994. 504 s. ISBN 80-85928-97-3

HOLMEROVÁ, I., KOJESOVÁ, M., VÁLKOVÁ, M. *Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice*. 1. vyd. Praha: MPSV, 2010. 83 s. ISBN 978-80-7421-021-1.

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

HOVORKA, J. *Cesta do stáří*. 3. přepr. vyd. Praha: Práce - Roh, 1986, 304 s. bez ISBN.

HROBŇ, M. JEDLIČKA, I. HOŘEJŠÍ, J. *Nedoslýchavost*. 1. vyd. Praha: Makropulos, 1998, 90 s. ISBN 80-86003-13-2.

HRUBÝ, J. *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu 2. díl*. 1. vyd. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, 1998, 328 s. ISBN 80-7216-075-3.

KALVACH, Z., ZADÁK, R. JIRÁK, H. ZAVAZALOVÁ, H. SUCHARDA, P. a kol *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 864 s. ISBN 80-247-0548-6

KLOZAR, J. a kol. *Speciální otorinolaryngologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005, 224 s. ISBN 80-7262-346-X.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: Možnosti, které čekají*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 144 s. ISBN 978-80-247-3604-4.

LANGMEIER, J. KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. 368 s. Psyché. ISBN 80-247-1284-9.

LANGER, J., SOURALOVÁ, E. *Surdopedie - andragogika (studijní opora pro kombinované studium)*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. 53 s. ISBN 80-244-1206-3.

LEJSKA, M. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Brno: Paido, 2003, 157 s. ISBN 80-7315-038-7.

LITSCHMANNOVÁ, M. *Statistika I*. Ostrava: Vysoká škola báňská Technická Universita, 2007 [cit. 2013-04-10]. Dostupné z: <http://homel.vsb.cz/~lit40/STA1/Cviceni/PDF/14cRegrese.PDF>.

MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 328 s. ISBN 978-802-4731-483.

MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ P., KOLÁČKOVÁ, J. *Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002.

MLÝNKOVÁ, J. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 192 s. ISBN 978-802-4738-727.

MRÁZKOVÁ, E., RICHTEROVÁ, K., SACHOVÁ. *Nedoslýchavost a možnosti léčby z pohledu otolaryngologa*. Praktické lékařství: [online]. 2010, roč. 6, č. 2 [cit 2012-05-20] Dostupné z: <http://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2010/02/04.pdf>.

MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2004. 203 s. ISBN 80-210-3345-2.

NOVÁK, A. *Nedoslýchavost a sluchadlo*. 15. svazek, 3. přepr. a dopl. vyd. Praha: Gong, 1991. Bez ISBN.

NOVÁK, A. *Protetická péče o sluchově postižené*. Praha: UNITISK, vlastní náklad autora, 2004. 150 s.

OREL, M., FACOVÁ, V. a kol. *Člověk jeho smysly a svět*. Praha: Grada, 2010, 256 s. ISBN 978-80-247-2946-6.

PACOVSKÝ, V., HEŘMANOVÁ, H. *Gerontologie*. 1.vyd. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1981. 298 s.

PACOVSKÝ, V. *Proti věku není léku: Úvahy o stárnutí a stáří*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 1997. 124 s. ISBN 80-7184-486-1.

PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998, 234 s. ISBN 80-85931-65-6.

PETŘKOVÁ, A., ČORNANIČOVÁ, R. *Gerontagogika: úvod do teorie a praxe edukace seniorů*. 1. vyd. Olomouc: UP, 2004. 92 s. ISBN 80-244-0879-1.

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

PŘÍHODA, V. *Ontogeneze lidské psychiky: Vývoj člověka v druhé polovině života*. 4. svazek, 1. vyd. Praha: SPN, 1974. 496 s. ISBN: 14-429-74.

SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 159 s. ISBN 978-80-247-1733-3

SOURALOVÁ, E. *Manuál základních postupů jednání při kontaktu s osobami se sluchovým postižením*, Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. 35 s. ISBN 978-80-244-1630-4.

STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. 1.vyd. Přeložil Jiří KREJČÍ. Praha: Portál, 1999. 320 s. ISBN 80-7178-274-2.

TARCISOVÁ, D. a kol. *Sluchové postihnutie vo vyššom veku*. 1. vyd. Nitra: Effeta, 2005, 209 s. ISBN 8096911384.

TOPINKOVÁ, E., NEUWIRTH, J. *Geriatric pro praktického lékaře*. 1.vyd. Praha: Grada, 1995. 304 s. ISBN 80-7169-099-6.

VÁLKOVÁ, M., KOJESOVÁ, M., HOLMEROVÁ, I. *Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České Republice*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. 2010. 79 s. ISBN 978-80-7421-021-1

VALVODA, J. *Nedoslýchavost*. *Medicína pro praxi*: [online] 2007, roč. 4, č. 12 [cit. 2013-05-20]. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/12/07.pdf>

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II.: Dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.

VOHLÍDKOVÁ, M. *Poruchy sluchu ve stáří*. *Interní medicína pro praxi*. [online] 2009, roč. 11, č. 6 [cit. 2013-06-01]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2009/06/09.pdf>.

WIKIPEDIA. *Korelace* [online]. Poslední změna 2013-03-10 00:37 [cit. 2013-04-10].
Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Korelace>

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Počet dotazovaných v závislosti na věku a pohlaví

Seznam grafů

- Graf č. 1: Počet dotazovaných v závislosti na věku a pohlaví
- Graf č. 2: Posouzení stavu sluchu z hlediska možného omezení
- Graf č. 3: Přeslechnutí části sdělení z hlediska četnosti
- Graf č. 4: Reakce na únik části sdělení
- Graf č. 5: Subjektivní pohled na situaci vyžadující zopakování sdělení
- Graf č. 6: Potřeba vyhýbání se lidskému kontaktu z obavy z neporozumění sdělení
- Graf č. 7: Potřeba ukončení činnosti/zájmu v závislosti na nedoslýchavosti
- Graf č. 8: Potřeba užití sluchadla
- Graf č. 9: Postoje ke sluchadlu z hlediska kompenzačního účinku
- Graf č. 10: Regresní přímka závislosti: „procento nedoslýchavých“ na „věkové rozložení respondentů“

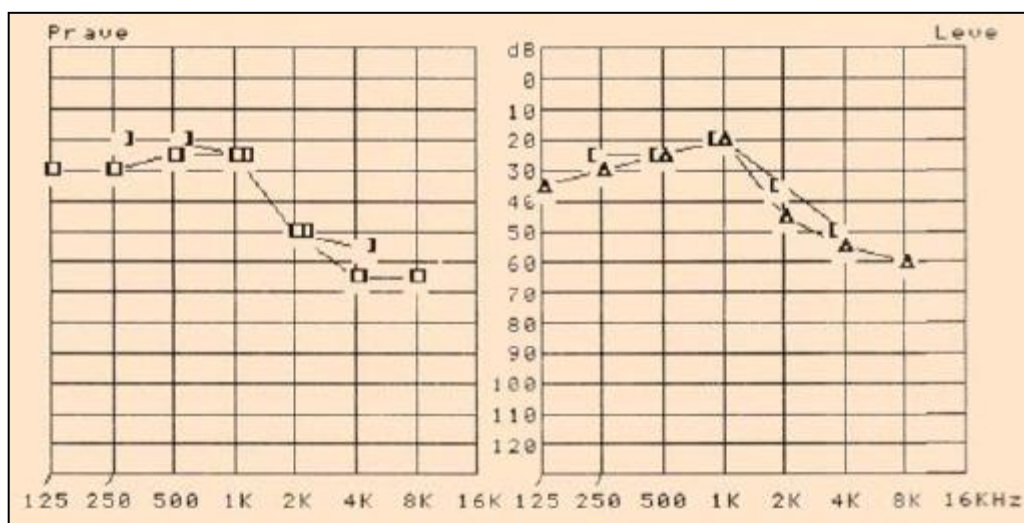
Seznam příloh

Příloha č. 1: Ukázka z vyšetření nedoslýchavosti pomocí tónové audiometrie (obě uši)

Příloha č. 2: Ukázka z vyšetření srozumitelnosti řeči pomocí slovní audiometrie

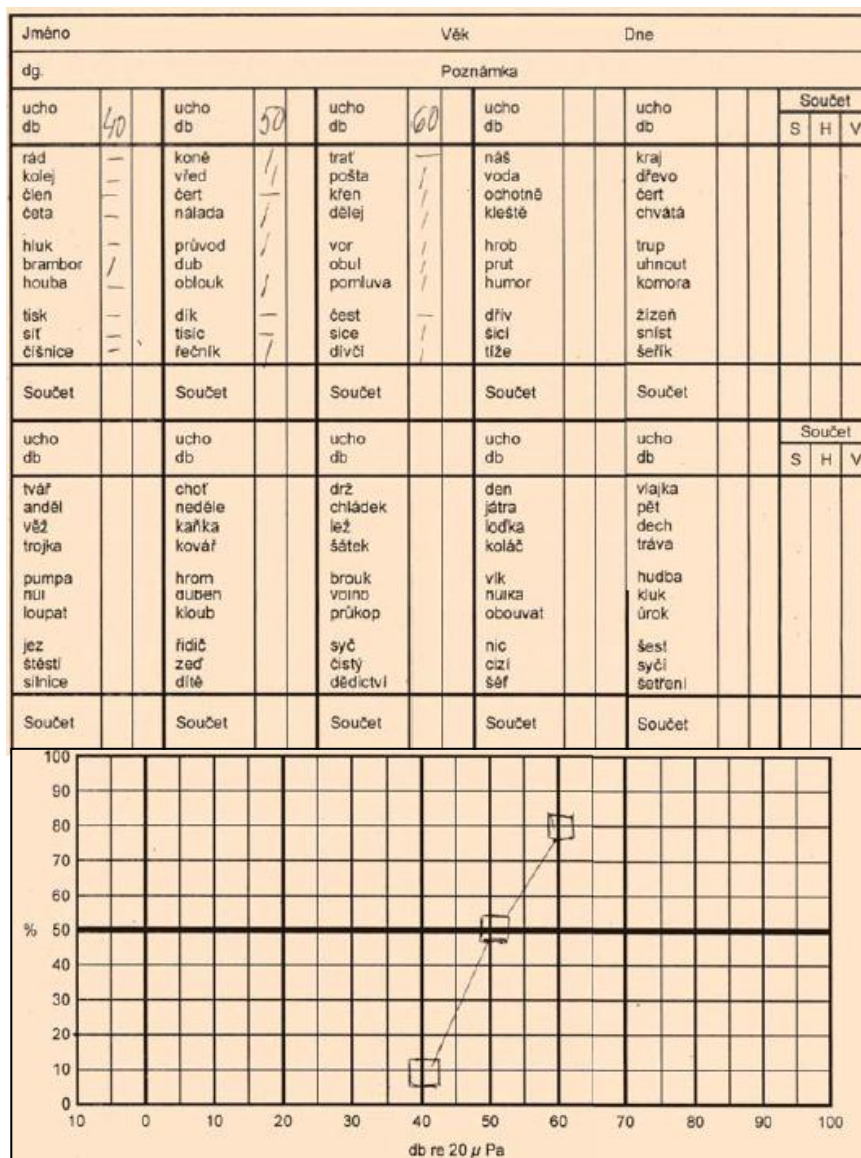
Příloha č. 3: Typy sluchadel podle tvaru

Příloha č. 1: Ukázka z vyšetření nedoslýchavosti pomocí tónové audiometrie (obě uši)



(Vohlídková, 2009, s. 292)

Příloha č. 2: Ukázka z vyšetření srozumitelnosti řeči pomocí slovní audiometrie



(Vohlídková, 2009, s. 292)

Příloha č. 3: Typy sluchadel podle tvaru

Závěsné



Zvukovodové



Staženo z: <http://lomivky.webnode.cz/news/nedoslychavost-priciny-lecba/>

Kapesní



Staženo z: <http://www.naslouchatko-do-usi.cz/1265-nova-naslouchatka-na-ceskem-trhu>

Brýlové



Staženo z: <http://www.flickr.com/photos/sachistory/8208693491/in/photostream/>

BAHA



Staženo z: <http://entkent.com/baha.php>

Příloha č. 4: Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Eva Kučerová a jsem studentkou 3. ročníku Speciálně pedagogické andragogiky UP v Olomouci.

Tento dotazník je součástí mé bakalářské práce na téma:

„Nedoslýchavost jako handicap u osob seniorského věku“.

Ráda bych Vás tímto požádala o jeho vyplnění.

Dotazník je anonymní a bude sloužit výhradně k účelům mé BP.

Velice Vám děkuji za ochotu i čas, který jste mi tímto věnovali.

Pohlaví:

- a) Žena
- b) Muž

Věk:

- a) 60 – 65
- b) 66 – 71
- c) 72 – 77
- d) 78 – 83
- e) 84 a více let

1. Myslíte si, že máte problémy se sluchem?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

2. Vnímáte problém sluchu jako překážku, která vás omezuje?

- a) ano
- b) jen někdy/občas
- c) ne

Pokud ano, v čem Vás omezuje? (otevřená otázka nepovinná)

3. Stává se Vám, že při komunikaci s druhými lidmi přeslechnete část sdělení?

- a) ano, velmi často
- b) občas se mi to stane
- c) ne, nikdy

4. Jak se zachováte, jestliže Vám část sdělení unikne?

- a) požádám o zopakování sdělení
- b) mlčím nebo situaci zamluví jiným tématem
- c) na začátku konverzace upozorním mluvčího, aby zvýšil hlas

5. Cítíte se nepříjemně, když musíte požádat o zopakování sdělení?

- a) ano, velmi často
- b) občas
- c) ne, nikdy

6. Snažíte se kvůli obavě z neporozumění vyhýbat kontaktu s lidmi?

- a) ano
- b) občas
- c) ne, nikdy

7. Je nějaká činnost/zájem, ve které Vám nedoslýchavost zabránila pokračovat?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

Jestliže ano, o jakou činnost/zájem se jednalo? (otevřená otázka nepovinná)

8. Používáte sluchadlo?

- a) ano
- b) ne, nepoužívám
- c) sluchadlo nevlastním

Jestliže ne, z jakého důvodu sluchadlo nevyužíváte? (otevřená otázka, nepovinná)

9. Je pro Vás sluchadlo přijatelnou formou kompenzace?

- a) ano
- b) ne
- c) vlastní odpověď:

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Eva Kučerová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	doc. PhDr. Eva Souralová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2013

Název práce:	Nedoslýchavost jako handicap u osob seniorského věku
Název v angličtině:	Hardness of hearing as a handicap for people of senior age
Anotace práce:	Bakalářská práce je zaměřena na problematiku nedoslýchavosti u osob seniorského věku. V teoretické části definujeme pojem senior, proces stárnutí a stáří, charakterizujeme časové úseky stáří a také jednotlivé projevy stárnutí. Dále vymezujeme důležitost lidského sluchu, uvádíme definici sluchového postižení a popisujeme základní dělení sluchových vad. Poslední kapitola teoretické části se věnuje stařecké nedoslýchavosti. Zde poukazujeme na případné známky vzniku této sluchové poruchy s odkazem na postupy vyšetření sluchu, rehabilitační a protetickou péči. Na závěr uvádíme možné nepříznivé důsledky stařecké nedoslýchavosti s uvedením obecných zásad úspěšné komunikace. V praktické části prostřednictvím dotazníkového šetření zjišťujeme, jaké jsou subjektivními pohledy seniorů, (vybraných klubů pro seniory) na svou případnou sluchovou nedostatečnost v průběhu komunikačního aktu.
Klíčová slova:	Senior, stáří, stárnutí, sluchové postižení, stařecká nedoslýchavost, rehabilitace, kompenzace
Anotace v angličtině:	The bachelor work si focused on the problems of old age hearing loss. In the theoretical part of the work we define the terms such as senior, process of ageing and ageism. We define importance of the human hearing, mention definition of hearing disability and describe the basic division of the hearing imperfections. The last chapter of the theorethical part is attended to old age hearing loss. We point out on symptom of hearing disorders with reference to procederes of hearing examinations, rehabilitaion and prosthetic care. In conclusion we mention the possible negative consequences of hearing loss and indicate the general principles of successful communication. Due to questionnaire inquiry we find out what are the subjective attitudes and reactions of seniors to any hearing deficiency during the communication.

Klíčová slova v angličtině:	Senior, old age, aging, hearing disability, presbycusis, rehabilitation, compensation
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1: Ukázka z vyšetření nedoslýchavosti pomocí tónové audiometrie (obě uši) Příloha č. 2: Ukázka z vyšetření srozumitelnosti řeči pomocí slovní audiometrie Příloha č. 3: Typy sluchadel podle tvaru
Rozsah práce:	50 stran
Jazyk práce:	český jazyk