

UNIVERZITA PALACKÉHO OLOMOUC

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

**Kateřina Galová**

3. ročník – prezenční studium

Obor: Speciálně pedagogická andragogika

NEDOSLÝCHAVOST V SENIU

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Eva Souralová, Ph.D.

OLOMOUC 2011

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem svou bakalářskou práci na téma „Nedoslýchavost v seniu“ vypracovala samostatně a pouze z uvedených pramenů a literatury.

V Čejkovicích 24. 3. 2011

-----

### Poděkování:

Tímto chci poděkovat především paní docentce Suralové, za pomoc a pevné nervy při vedení mé bakalářské práce. Dále děkuji klientům Domova pro seniory Strážnice, Domova pro seniory Bažantnice Hodonín, S-centra Hodonín, Centra služeb pro seniory Kyjov a Domova s pečovatelskou službou v Dolních Bojanovicích za ochotu při vyplňování dotazníku, jenž se stal základem praktické části této práce.

Kateřina Galová

## OBSAH

Úvod.....	6
TEORETICKÁ ČÁST .....	7
1 Specifika seniorského věku.....	7
1.1 Senium.....	7
1.2 Věk jako prostředek k určení stáří.....	8
1.3 Projevy stárnutí.....	9
1.3.1 Biologické stárnutí .....	10
1.3.2 Psychické stárnutí.....	12
1.3.3 Sociální stárnutí.....	14
1.4 Faktory ovlivňující proces stárnutí .....	14
1.5 Geriatrické syndromy .....	17
1.6 Reakce na vlastní stárnutí .....	19
2 Nedoslýchavost .....	21
2.1 Nedoslýchavost ze surdopedického hlediska .....	21
2.1.1 Doba vzniku poruchy sluchu.....	22
2.1.2 Místo vzniku poruchy .....	22
2.1.3 Příčiny vzniku poruchy .....	23
3 Stařecká nedoslýchavost .....	24
3.1 Znamky zhoršování sluchu.....	25
PRAKTICKÁ ČÁST.....	27
4 Výzkumné šetření.....	27
4.1 Cíl práce.....	27
4.2 Charakteristika zařízení .....	27
4.3 Charakteristika cílové skupiny .....	30
4.4 Metodika šetření .....	30
4.5 Vyhodnocení šetření.....	31

5	Závěry z šetření .....	41
	Závěr .....	45
	Seznam použité literatury a dalších zdrojů .....	47
	Seznam příloh .....	50

## Úvod

Rozhodla jsem se zpracovat téma „Nedoslýchavost v séniu“, jelikož při bližším studiu dosud publikované literatury týkající se stáří a stárnutí jsem narazila na ne zcela podrobný popis tohoto jevu. Jednotlivé zmínky o stařecké nedoslýchavosti se v gerontologických a geriatrických publikacích vyskytovaly často sporadicky, jen jako poznámka na okraj.

Cílem této práce bylo zpracování materiálu, který podá ucelený přehled o daném tématu a bude dostupný všem, jež přicházejí do styku se seniory, a mohou pozitivně ovlivnit kvalitu jejich života. Ta je ve většině případů z důvodu častého výskytu nemocí zhoršena a tím se snižuje i možnost aktivního zapojení do společnosti.

V teoretické části se budu zabývat nejprve definováním stáří, věkového hlediska a jednotlivých projevů stárnutí, které jsou důkladně popsány v dalších podkapitolách. Poté se zaměřím na faktory ovlivňující proces stárnutí, především urychlující nástup involučních změn. Geriatrickým syndromům spolu s reakcemi na stárnutí a subjektivním prožíváním vlastního stáří jsem věnovala také několik stránek. Následně obrátím vaši pozornost na charakteristické rysy nedoslýchavosti, její typy a projevy. Závěr teoretické části bude věnován presbyakuzii – stařecké nedoslýchavosti – jež se stala důvodem k sepsání této práce.

V rámci praktické části jsem provedla šetření v zařízeních poskytujících služby osobám seniorského věku. Snažila jsem se zjistit, kolik uživatelů těchto služeb má problémy se sluchem, zda jsou tyto obtíže překážkou v běžné komunikaci či při jiných denních činnostech, nebo zda se je jejich „majitelé“ snaží maskovat, ať už vědomě či nevědomě. Dalším mým cílem bylo potvrdit či vyvrátit domněnku týkající se růstu frekvence projevů nedoslýchavosti stoupající spolu s věkem. A také vyčíslit procentuální zastoupení sluchových potíží v jednotlivých věkových kategoriích.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Specifika seniorského věku

### 1.1 *Senium*

Langmeier (2006, s. 202) definuje stárnutí jako „*souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost a pokles schopností a výkonnosti jedince a jež kulminují v terminálním stadiu a ve smrti*“.

Pacovský (1997) se domnívá, že při definování stárnutí a stáří je potřeba se zabývat jeho nejtypičtějším charakteristikami, kterými myslí posloupné nenávratné změny, nastávající „*v živém organismu, jež postupně omezují a zeslabují jeho jednotlivé funkce*.“ (Pacovský, 1997, s. 54) Stárnutí je přirozenou cestou do stáří, poslední etapy života.

Zpravidla stáří začíná 65. rokem života, involuční změny se však často projevují již po 60. roce. Toto období je nazýváno raným stářím. V těle dochází k nepatrným změnám v biologických, psychických a sociálních funkcích a tím se organismus připravuje na přechod do vlastního (pravého) stáří.

Tzv. pravého stáří člověk dosahuje ve věku 75 let. Pravé stáří je spojené s nárůstem problémů způsobených tělesným a mentálním úpadkem. (Vágnerová, 2007)

Nástup anatomických a funkčních změn stejně jako jejich průběh je záležitostí zcela individuální. Každé období života jedince přináší změny progresivní i regresivní (involuční), ve stáří převažují především involuční změny. Dochází k úbytku schopností, funkcí i fyzických struktur organismu. Těmi se budeme zabývat v následujících kapitolách.

Jesenský (2000, s. 282) k nejcharakterističtějším situacím třetího věku řadí:

- „*odchod do důchodu a změna sociální role,*
- *slábnutí organismu, nemocnost a úrazovost,*
- *omezení společenských kontaktů,*
- *změny v rodinných vztazích,*
- *bezmocnost a závislost na péči jiných osob,*
- *mortalita, předsmrtné stavy a umírání.*“

## 1.2 Věk jako prostředek k určení stáří

Stáří je nejčastěji definováno z hlediska **kalendářního (chronologického) věku**, který je určen datem narození a řídí se kalendářem. Díky jednoznačnosti takového určování věku je často využíván při vytváření společenských a právních norem. Lidé ve věku 60 – 74 let spadají dle této kategorizace do období staršího věku či raného stáří, teprve věk 75 – 89 se považuje za věk stařecký, jinak nazývaný též pravé stáří či senium. Osoby starší 90 let jsou označovány za dlouhověké.

O kalendářní věk se opírá ekonomické hledisko, které rozlišuje věk produktivní a postproduktivní, vzhledem k aktivnímu pracovnímu zapojení. V **postproduktivním (důchodovém) věku** se nacházejí občané, kteří dosáhli určitého věku (v ČR kolem 65 let v případě řádného důchodu, o 2 – 3 roky dříve tzv. předčasný důchod, nejdříve však po odpracování 25 let) a využili zákonného nároku na starobní důchod. Začátek důchodového věku ovšem nelze spojovat pouze se stářím, neboť někteří lidé pobírají důchod několik desítek let.

Odborníci jsou přesvědčeni, že by skutečný věk člověka vzhledem k jeho individualizaci v prožívání a životním stylu měl být určen především tzv. **funkčním věkem**. Ten je dán biologickými, psychologickými a sociálními charakteristikami odpovídajícími skutečnému funkčnímu stavu člověka:

- a) *Biologický věk* je znakem tzv. biologického stárnutí. To je zcela individuální, neboť je ovlivňováno nejen genetickými predispozicemi a rychlostí nastupujících involučních změn, ale také předcházejícím způsobem života, působením okolí a přítomností či nepřítomností nemocí.
- b) *Psychologický věk* je podmíněn osobnostními rysy a reakcemi konkrétního člověka na psychické změny objevující se v průběhu jeho vlastního stárnutí. Můžeme sem také zařadit reakce okolí, především rodiny a nejbližších přátel.
- c) *Sociální věk* zahrnuje vztahy k lidem, ke společnosti, různé společenské akce, události a aktivity, na nichž se daná osoba podílí nebo je jejich účastníkem. Tím je označován sociální stav, který ovlivňuje kvalitu života.



Nejdůležitější je ovšem **subjektivní věk**, jak starý se člověk sám cítí, jaké má sebevědomí. Tento pohled se projevuje v postojích, názorech a činech seniora. Nemusí souhlasit s objektivní situací ani s reálnými možnostmi člověka.

Z psychologického hlediska se můžeme zabývat také obdobím **třetího věku**, jimž je myšlen věk důchodový, navazující na „první věk“ (zaměřený k přípravě na profesní dráhu) a „druhý věk“ (produktivní). Toto označení se vžilo do povědomí veřejnosti díky iniciativě vzdělávacích institucí zvaných Akademie třetího věku<sup>1</sup> a Univerzita třetího věku<sup>2</sup>, které navazují na trend celoživotního vzdělávání a zabývají se především edukací seniorů. (Pacovský, 1997)

### **1.3 Projevy stárnutí**

Haškovcová (2010) uvádí, že involuční změny nastupují pomalu a jsou zjevné až u velmi starých lidí, nad 75 let. Do té doby je možno většinu nedostatků lehce kompenzovat sluchadlem, dioptrickými brýlemi či rozdílným uspořádáním času. Šedivějící vlasy, množství vrásek na tváři, ochablé svalstvo a zpomalení pohybu ovšem nelze ničím zakrýt. Jedná se o nezvratné změny vedoucí k celkovému zpomalení organismu a změně jeho funkcí. Postava se zmenšuje, na kůži se objevují pigmentové skvrny, smysly ztrácejí ostrost.

Projevy stárnutí popisuje i Pacovský (1997), a to ze tří hledisek:

- i. biologické stáří (stárnutí): rychle nastupující úbytek funkcí jednotlivých orgánů ovlivňuje předešlý způsob života a přítomnost či nepřítomnost nemocí – častý výskyt Alzheimerovy nemoci, senilní demence, arteriosklerózy mozkových tepen, psychických poruch a zvýšeného počtu úrazů,

---

<sup>1</sup> Po úspěšném absolvování seminářů obdrží „studenti“ osvědčení. Přednášky se týkají společensko-vědních témat, prováděny jsou i aktivizační kurzy pro seniory. Více na <http://akademie3veku.webnode.com/>

<sup>2</sup> Vysokoškolské studium s následnou státní zkouškou a titulem. Bakalářské a magisterské studijní programy různých zaměření. Téměř na všech vysokých školách, např. Masarykova univerzita - <http://www.u3v.muni.cz/>, VŠE v Praze - <http://u3v.vse.cz/>

- ii. psychické stáří: snížení odolnosti vůči nepříznivým vlivům, přechod k duchovním hodnotám, k egoismu a od extroverze k introverzi, motivy čerpány ze vzpomínek, z minulosti, sklon ke konzervatismu,
  - iii. sociální stáří: změna vztahu ke společnosti, jiným lidem a prospěšným aktivitám, ztráta zaměstnání a „snížení“ statusu kvůli přechodu do důchodu.
- Tyto oblasti probereme podrobněji v následujících podkapitolách.

### 1.3.1 Biologické stárnutí

Mühlpachr (2004, s. 19) charakterizuje biologické stáří jako „*hypotetické označení konkrétní míry involučních změn (atrofie, pokles funkční zdatnosti, změny regulačních a adaptačních mechanismů), obvykle těsně propojených se změnami způsobenými těmi chorobami, které se vyskytují s vysokou frekvencí převážně ve vyšším věku.*“

Proces stárnutí postihuje nerovnoměrně nejen tělesné struktury a funkce organismu, ale i lidi v různé míře. Stárnutí je totiž zcela individuální proces, ovlivněný genetikou, způsobem života, zevními vlivy a množstvím a druhem probíhajících nemocí.

Nejvýraznější jsou změny v pohybovém aparátu. Dochází k atrofii<sup>3</sup> svalů, svalstvo zmenšuje svůj objem a ztrácí elasticitu. To se projeví nejen úbytkem svalové síly, ale i obtížemi při provádění tzv. cílených pohybů (např. navlékání nitě do ucha jehly).

Tkáně atrofují, z části je nahrazuje vazivo a tuky. Tím se vysvětluje zvýšený výskyt tělesného tuku a zmenšení objemu vody v těle. Mění se také stav kostry, která u staršího člověka tvoří pouze 10 % celkové hmotnosti. Důvodem je tzv. řídnutí kostí, zapříčiněné úbytkem kostní hmoty v důsledku ukládání vápníku v tkáních místo v kostech.

Srdce a cévy těžko snáší fyzickou zátěž. Tepny se zužují, což má za následek snížení průtoku krve všemi orgány a hypertenzi (zvýšený krevní tlak). Může také docházet k degenerativním změnám srdečních chlopní.

---

<sup>3</sup> Atrofie = zmenšení, ztenčení normálně vyvinutého orgánu

Potíže s dýcháním jsou projevem snížení vitální kapacity plic až o polovinu. Snižuje se rychlost i množství vdechovaného vzduchu. Dechová práce je náročná. Nedostatek kyslíku může zapříčinit hypoxii<sup>4</sup>. (Petřková, Čornaničová, 2004)

Pro stáří je typické oslabení a zpomalení regulačních mechanismů, projevující se zejména v oblasti termoregulace. Tento problém je spojen se snížením adaptačních schopností, omezením rezerv a snížením odolnosti při zátěži.

Zpomalení nervového vedení se kvůli postupnému úbytku nervových buněk podílí na prodloužení reakční doby organismu. Atrofie mozku vedou k lehkému zhoršení vstřípivosti i schopnosti vybavovat si, a mohou být jednou z příčin poruch spánku. (Múhlpachr, 2004)

Endokrinní systém postupně snižuje produkci růstového hormonu a funkci štítné žlázy.

„Napaden“ je i vylučovací systém, v němž dochází k poklesu maximální koncentrační schopnosti a očišťovací schopnosti ledvin. Časté jsou též poruchy funkce močového měchýře, které zapříčiňují inkontinenci moči.

Opotřebování a ztráta chrupu spolu s atrofií žaludeční svaloviny a snížení peristaltiky střev vedou k nepříjemným zažívacím potížím, které se mohou projevit formou zácpy nebo naopak průjmu.

Zjevný je pokles imunity, především proti infekcím a nádorům. Na druhou stranu je zvýšená tvorba autoprotilátek<sup>5</sup>.

V průběhu stáří dochází ke zpomalení smyslových funkcí. I omezené množství podnětů z okolí je zpracováno pomaleji než dříve. Oči bývají přecitlivělé k přímému světlu, dochází ke snížení zrakové ostrosti, zhoršuje se akomodace oka, která je příčinou presbyopie = stařecké dalekozrakosti. Ta bývá spojena s kataraktou (šedým zákalem).

Sluch se zhoršuje postupně po celé období stárnutí. Nejprve jsou problémy s percepcí tónů s vyšší frekvencí, později se rozšiřují i do hlubších frekvencí. Kolem 70 roku je stařecká nedoslýchavost už značně rozšířená.

---

<sup>4</sup> Hypoxie = nedostatek kyslíku v tkáních, může mít za následek trvalé poškození mozku

<sup>5</sup> Autoprotilátky = skupina látek, produkována vlastním tělem a namířená proti vlastním orgánům a tkáním

Hmat je lehce otupený, především na dolních končetinách, zřejmě důsledkem častého používání. Zvyšuje se práh bolestivosti. Chuť může být pozměněna pouze v důsledku úbytku chuťových pohárku. Čich zůstává relativně nezměněn. (Kozáková, Müller, 2006)

### 1.3.2 Psychické stárnutí

Tzv. normální psychické stárnutí zahrnuje veškeré duševní změny vyskytující se s přibývajícím věkem. Ne všechny musí být nápadné. Většinou se výrazně neprojevují nebo je jejich majitel skrývá před zraky okolí.

Některé změny dokonce přinášejí užitek. Ve stáří se zvyšuje vytrvalost a trpělivost. „*U fyziologického stárnutí nechybí soudnost a rozvaha. Je větší stálost v názorech.*“ (Pacovský, 1997, s. 57)

Většinou ale tyto změny přispívají k regresi psychiky seniora. Jeho duševní činnost se zpomaluje, reakce jsou pomalejší, chybí motivace a zájem danou činnost vykonávat. Přesnost získává významnější roli než rychlost.

Typická je ztráta zájmu o okolí. Člověka už nezajímají přátelé, koníčky, osobní hodnoty a ideály. Problém nastává i při vyrovnávání se s novými stresovými okolnostmi, které se nedají řešit navyklym způsobem chování v určitých situacích. K jejich řešení užívají staří lidé primitivní způsoby. Velké problémy se vyskytují i v adaptaci na životní změny (např. stěhování do domova pro seniory). (Mühlpachr, 2004)

Jak již bylo uvedeno v předchozí kapitole, v období stáří se zhoršuje smyslové vnímání. Při nekompenzaci těchto problémů může docházet k poklesu pracovního výkonu i k omezení možností trávení volného času, např. poslechem hudby či četbou.

Pamětní výkony krátkodobé paměti jsou výrazně sníženy. Staří lidé mají problémy se zapamatováním si nových událostí, ovšem zážitky dávno minulé si vybavují zcela přesně. Někdy jsou tyto vzpomínky zkreslené, to ale neubírá na jejich významu. Minulost je hodnocena vcelku pozitivně a senioři často vyžadují dodržování zvyklostí z jejich mládí, které už v moderní společnosti ztratily svou hodnotu.

Intelektové schopnosti se snižují s věkem pouze v oblasti fluidní inteligence (= geneticky daná schopnost mozku reagovat adekvátně na nové situace pod časovým stresem a rychle se učit). „*Naopak inteligence krystalizovaná je výsledkem formálního vzdělávání, je založena na získávání zkušeností a dovedností potřebných k řešení běžných sociálních situací. Její úroveň nemusí klesat ani ve vyšším věku.*“ (Petřková, Čornaničová, 2004, s. 31) Také schopnost morálního usuzování zůstává ve stáří nezměněna.

Statistiky ukazují, že tvořivost klesá přirozeně s věkem. S tím ovšem nemůžeme souhlasit. Mnoho uměleckých děl bylo vytvořeno v období pozdního stáří. Člověk tedy může tvořit po celý život, má-li dobrou motivaci a vytrvalost.

Ve stáří se emoce zdají být oploštělé. Snižuje se jejich intenzita a spolu s tím klesá potřeba seniora své emoce vyjadřovat. Někdy se dokonce může zdát, že ho svět nezajímá, že je vůči němu lhostejný. Emoce jsou stabilnější, což může mít za následek větší klid a vzrůstající trpělivost. Někteří jedinci však působí spíše dojemem nezájmu až apatie. Často ale emočně strádají, cítí se osamoceni a nemají s kým prožívat vřelé citové vztahy. Nejvýznamnějším zdrojem těchto vazeb je rodina, jejíž význam ve stáří radikálně stoupá. Síla citových vztahů tuto tendenci nemá.

Lidé se s přibývajícím věkem stávají více introvertními, ovšem výjimkou nejsou ani přechody k egocentrismu a zvýšené agresivitě. Dle těchto příznaků lze určit strategie vyrovnání se s vlastním nastupujícím stářím, kterými se zabýváme v kapitole s názvem Reakce na vlastní stárnutí.

Tabuizována bývá potřeba sexuálního kontaktu, jejíž četnost sice s věkem klesá, ovšem nevymizí úplně. Problém nastává při úmrtí životního partnera. Poté jsou tyto potřeby potlačovány a ani blízké okolí o nich neví. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

### 1.3.3 Sociální stárnutí

Člověk je „animal sociale“ – živočich společenský. Jeho místo je ve společnosti a bez ní se neobejde. (Pacovský, 1997)

Během celého života přejímá od společnosti různé role a právě při vstupu do senia dochází k jejich změně, v některých případech i ztrátě. Mění se jeho společenský status. Z produktivního občana žijícího na úrovni se stává osoba „závislá“ na péči státu, jejíž příjem se ani zdaleka nevyrovná navykklému standardu. To dokazuje, že ve stáří nastává změna i v ekonomickém zajištění a způsobu života.

Se ztrátou zaměstnání souvisí i omezení sociálních kontaktů, které byly v posledních letech realizovány především v pracovním kolektivu. Může docházet k izolaci.

Někdy se s tímto posunem člověk nehodlá smířit a snaží se dokázat, že ještě nepatří do „starého železa“. Pokud je to možné, neopouští svou profesi. Je-li však přinucen k odchodu do důchodu a neví, jak naplnit volný čas, směřuje svou aktivitu jiným směrem – na rodinu, obecně prospěšné akce, vedení klubu důchodců apod.

Mühlpachr (2004) chápe samo stáří jako sociální událost, ne jen jako sled různých událostí. Pacovský (1997, s. 60) dodává, že „*charakteristickým rysem sociálního stárnutí je postupné ubývání samostatnosti a narůstání závislosti.*“ To se projeví především v oblasti péče o vlastní osobu a domácnost.

### 1.4 Faktory ovlivňující proces stárnutí

Není možné přesně vyjmenovat všechny faktory působící při procesu stárnutí. Je jich nepřeberné množství, působí s různou intenzitou a po různě dlouhou dobu. Navíc každý člověk je vnímá zcela individuálně. Některé působí přímo, jiné v průběhu života utváří „základnu“, která se stává výchozím bodem jednotlivých involučních proměn organismu ve stáří.

Faktory ovlivňující tento proces mohou být jak vnější tak vnitřní.

Mezi vnější faktory řadíme chemické látky v ovzduší, vodě a potravinách, fyzikální vlivy (záření, hluk, ...) i společenské prostředí (sociální stresy, interakce s ostatními lidmi).

Za vnitřní faktory lze označit věk, vzdělání, životní styl (druh práce, trávení volného času, role sportu v životě,...), životosprávu (alkohol, tučná jídla, nedostatek či nadbytek vitamínů a minerálů,...), vlastní emoční prožívání,...

Na člověka denně působí mnoho chemických látek. Většinu z nich člověk sám vytvořil při „zdokonalování“ svého prostředí. Pacovský (1997, s. 47) uvádí, že *„naše životní prostředí obsahuje více než 700 tisíc různých přírodních a umělých chemikálií. Ročně se navíc produkuje 1000 až 2000 nových látek. Jen u malého počtu z nich je prostudován jejich vliv na zdraví (...) a jejich potenciální působení na proces stárnutí a na starou populaci.“*

K chemickým látkám řadí i léčiva (výjimkou jsou přírodní léky), jejichž užívání se zvyšuje se stoupajícím věkem. Lidé nad 65 let tvoří zhruba polovinu příjemců farmaceutických výrobků. Mezi nejčastěji užívané léky patří analgetika<sup>6</sup>, protizánětlivé léky a léky kardiovaskulární.

O negativním vlivu rentgenového záření se ví již několik let a je snahou jeho nebezpečné účinky co nejvíce eliminovat, především omezením rentgenového vyšetření jen na nejnnutnější případy.

Společenské uspořádání státu a jeho ekonomický rozvoj včetně fungování samotného zdravotnictví mohou mít na proces stárnutí stejný dopad jako motivace či demotivace k péči o své zdraví. V mnoha vyspělých státech vedla určitá společenská a ekonomická opatření k prodloužení střední délky života a ke snížení úmrtnosti na dnes již snadněji léčitelné nemoci (zhoubné nádory a onemocnění oběhového ústrojí). Společnost nepůsobí vždy pozitivně. Vyžadování rychlejšího životního tempa a stále lepších pracovních výkonů na jedince uvaluje těžko zvládnutelné stresové situace, jejichž neřešením dochází k výskytu psychosomatických onemocnění, kdy se duševní stres promítá do fyzického stavu pacienta.

Dnešní mladý vzdělaný člověk, který je v procesu učení několik desítek let (fenomén celoživotního vzdělávání), se může dožít až o pět let více než jeho vrstevník se základním vzděláním. Změna životního stylu, obzvláště

---

<sup>6</sup> Analgetika = léky tlumící bolest

u vzdělanějších lidí, zahrnující především pravidelnou stravu, dostatek pohybu, kontrolu nad kouřením a pitím alkoholu a předcházení stresovým situacím, vedla ke snížení počtu tzv. civilizačních chorob.

Ovšem ani přesným uspořádáním jídelníčku se některým onemocněním nevyhneme. Při konzumaci potravy s nízkým obsahem vlákniny se zvyšuje riziko výskytu rakoviny konečníku a tlustého střeva. Naopak vysoké procento manganu v těle způsobuje nervová onemocnění, např. Parkinsonovu chorobu. Ani zvyk častého užívání soli není bez rizika, protože sodík (jedna ze složek kuchyňské soli) je prokázanou příčinou vysokého krevního tlaku.

Alkohol – „metla lidstva“ – je droga, která je spjata s duševními změnami, jaterními onemocněními, nádory, záněty a degenerativními procesy. Je však také prokázáno, že jeho užívání v malém množství snižuje riziko vzniku srdečního infarktu. Denní dávka ovšem nesmí překročit maximální hranici jednoho piva nebo 3 dcl vína. (Pacovský, 1997)

Způsob života ovlivňuje náš organismus každý den. Je potřeba být aktivní, udržovat své tělo v dobré kondici, ať už sportem nebo pravidelným relaxačním cvičením, jaké nabízí např. jóga nebo různé druhy meditací. Nebudeme-li tělo rovnoměrně zatěžovat, může dojít k slábnutí nejen fyzických, ale i psychických schopností.

K nezanedbatelným povinnostem člověka patří předcházení chorobným stavům již v mladém věku. Jedná se především o prevenci důsledků infekčních onemocnění, odstranění poruch vývoje kloubů či ovlivňování rizikových faktorů (např. vysoký krevní tlak, cholesterol, obezita, ...)

Subjektivní prožívání stárnutí, včetně událostí jako smrt partnera, odchod do důchodu, nové nemoci, má dopad především na naši psychiku. Ovšem odráží se i v tělesné konstituci člověka. A právě „fyzično“ je u většiny seniorů spojeno se závislostí na druhém a s omezením vlastního rozhodování. Tím člověk ztrácí chuť do života. (Petřková, Čornaničová, 2004)

Vlivů působících na náš organismus a ovlivňujících všechny jeho změny je celá řada. My jsme zde vyjmenovali některé z nich, nejznámější a snad i zajímavé.



## 1.5 Geriatrické<sup>7</sup> syndromy

Toto označení můžeme použít jako souhrnný název pro chorobné stavy a příznaky projevující se pouze ve stáří a ovlivňující současně složku tělesnou, psychickou i sociální.

Choroby ve stáří se rozdělují do 3 skupin:

- A. choroby přímo související se stářím - vyskytující se pouze ve stáří (demence), se speciálním průběhem v tomto věku (stařecký diabetes) nebo choroby vystupňované stářím (osteoporóza<sup>8</sup>),
- B. choroby částečně související se stářím (hypertrofie prostaty<sup>9</sup>),
- C. choroby nesouvisející se stářím – dlouhodobé nemoci.

*„Základními znaky chorob ve stáří jsou polymorbidita<sup>10</sup>, zvláštnosti klinického obrazu a průběhu (např. fenomén ledovce: starý člověk popisuje pouze část svých chorobných příznaků, ostatní bagatelizuje) protahovaný průběh, netypické a vzdálené příznaky.“* Velký vliv má také tzv. akcelerační fenomén, při němž choroba může výrazně urychlit stárnutí organismu. (Baštecký, 1994, s. 25)

Stáří často provází **změna postojů k vlastnímu zdraví**. Někteří se odmítají dále o své tělo starat. Přejde jim to zbytečné, když stejně zanedlouho zemřou. A převádí zodpovědnost za svůj život na ostatní rodinné příslušníky, především na děti, které se podle jejich názoru mají o ně postarat.

Dochází k zanedbávání osobní hygieny, zevnějšku i vlastní domácnosti. Senioři přeceňují své schopnosti, vykonávají těžkou práci, nedbají na svou bezpečnost. Při léčení často nedodržují pokyny lékaře, zapomínají si brát léky, užívají jiné léky, než jim byly předepsány apod. Jejich chování často neodpovídá situaci. Nechtějí přijmout pomoc při oblékání či koupání, ne kvůli pomoci samotné, ale ze vzdoru.

---

<sup>7</sup> Geriatrie = specializovaný lékařský obor, zabývající se problematikou chorob a funkčního stavu ve stáří

<sup>8</sup> Osteoporóza = řídnutí kostí

<sup>9</sup> Hypertrofie prostaty = nezhoubné zvětšení této žlázy

<sup>10</sup> Polymorbidita = přítomnost více chorob současně

Vzácností nejsou ani psychické poruchy, které v poslední době postihují stále větší procento populace. Nejčastější jsou změny nálad, poruchy osobnosti a poruchy poznávání a paměti. Často se vyskytují i fobie či hluboké deprese.

**Depresi** lze definovat jako sklíčenost. Může se vyskytovat v různé závažnosti – jako náhlý smutek, delší skleslost člověka nebo dlouhodobý depresivní stav. Její příčinou může být v podstatě cokoli. Deprese u lidí může vyvolat poruchy spánku, pesimismus, ztrátu smyslu života. Tito lidé jsou neustále smutní až plačtiví, mají problémy se soustředěností, klesá schopnost jejich fyzické i psychické práce. Někdy může deprese vyústit v myšlenky na sebevraždu.

Dalším specifickým syndromem stárnutí je vznik **demence**. Toto onemocnění vzniká na základě poškození mozku a negativně zasahuje do všech vyšších korových funkcí (paměť, myšlení, orientace, uvažování, chápání, schopnost řeči a učení se, ...). Senior je poté zmatený, bloudí, neví, kde se nachází, nechápe, co po něm ostatní vyžadují, nesprávně hodnotí okolní realitu, nedokáže přesně vyjádřit své myšlenky. Nejznámějším druhem demence je Alzheimerova choroba

Ve stáří často dochází i ke **změně osobnosti** seniora a jeho chování. Většinou se z nich stávají introverti, ovšem výjimkou nejsou ani radikální změny v osobnosti starého člověka. Zůstává neprobádanou otázkou, co tyto změny způsobuje.

My zde uvedeme pouze několik možností změn osobnosti, protože jejich celý výčet by zabral většinu stran této práce.

Dříve klidný člověk se stává vztahovačným až agresivním. Ve všech vidí nepřátele, brojí proti nim, neustále si na něco stěžuje. Jiný se může stát zcela závislým. Veškerou zodpovědnost přenesse na blízké a vyžaduje od nich nejen fyzickou pomoc, ale i rozhodování za něj. Z dalších seniorů se mohou stát samotáři, kteří nemají žádné přátele a ani o ně nestojí. Jsou chladní, nevyjadřují své pocity, nepřijímají názory druhých.

Tyto změny zapříčiňují i způsoby zvládnutí přechodu z hektického pracovního prostředí do samoty a volnosti důchodového věku.

Starší člověk těžce prožívá krizi v rodině, která je pro něj podporou a zázemím. Nemusí se hned jednat o rozpad rodiny, ale i hádky či neujasněné

problémy mohou působit na staršího člověka jako impulz projevu mnoha psychosomatických obtíží.

Následující syndromy mají převážně složku tělesnou, ačkoli jejich druhotný vliv na psychiku je zřejmý. **Závratě** jsou nelibé pocity, při nichž dochází ke ztrátě orientace, rozostření vidění a snížení jistoty postavení těla. Mezi příčiny řadíme prudký pohyb hlavy, náhlou změnu polohy či rozrušení. Často jsou doprovázeny strachem z pádů, jež mohou být jejich důsledkem. Pády jsou nebezpečnou příčinou úrazů, které se v tomto věku velmi špatně hojí.

Typické jsou **poruchy termoregulace**. Senior má problémy s vnímáním teploty, kůže již není natolik citlivá, aby zaznamenala lehké, avšak pro zdraví významné změny teplot, a může dojít k přehřátí nebo podchlazení organismu.

Závažným problémem je **inkontinence moči a stolice**, především u imobilních pacientů. S inkontinencí moči se setkáváme již u osob ve věku kolem 65 let. Příčinou může být zánět nebo onemocnění v oblasti močového měchýře. Inkontinence moči postihuje více ženy než muže a může se projevit při kýchnutí, zakašlání, později i při změně polohy. Oba tyto příznaky stárnoucího organismu člověka silně sociálně hendikepují. (Pacovský 1981, 1997)

## ***1.6 Reakce na vlastní stárnutí***

Člověk má často problém přijmout své vlastní stárnutí. Stáří ostatních lidí okolo mu nevádí, protože se ho to netýká. Zda se přijetí a přizpůsobení se nové situaci zdaří, závisí na mnoha faktorech, např. osobnosti jedince, jeho postojích, zkušenostech v řešení krizových situací, zdraví apod. Proto existují individuální rozdíly ve způsobech reagování na proces stárnutí.

Většina lidí reaguje reálně, smíří se s faktem stáří, budoucnost i minulost hodnotí pozitivně, mají přiměřené plány, které s chutí realizují, navazují nové sociální kontakty, .... Najdou si vhodnou formu každodenního života, s níž jsou více či méně spokojeni. Stárnutí těchto lidí bývá označováno jako úspěšné.

Další skupinou jsou lidé, kteří stárnutí neodporují a podrobí se okolnostem. Jejich postoj je pasivní a závislý, čekají, že se o ně postará někdo jiný. Nevytváří si žádný program, nemají koníčky, nic jim nepřináší uspokojení. Neradi navazují

styky narušující jejich pohodlné lenošení v soukromí svého domova. Uzavírají se, utíkají před problémy soužití se společnostmi do samoty a izolace.

Někteří dávají najevo svůj odpor ke stáří. Berou je jako nepřítelé. Jsou nevrlí, rozhněvaní a často i agresivní na ostatní lidi, na něž svalují vinu za jejich problémy. Mívají sklon k paranoidním reakcím – pocitům pronásledování od všech lidí. Žijí většinou v ústraní, pokud s někým komunikují, jedná se hlavně o konflikt (dá-li se tato forma považovat za komunikaci). Jsou neústupní ve svých zvycích, postojích i hodnoceních sebe a okolí. Při pohledu do minulosti vidí zbytečnost a neúspěch předchozího života. Nevěří, že by mohli svou současnou situaci nějak ovlivnit nebo změnit, považují se totiž za oběti nepříznivých okolností.

Můžeme se setkat i s jedinci, kteří se vykazují paradoxními reakcemi na stáří. Často pro zlehčení situace užívají sarkasmus a ironii na téma věk a problémy spojené se stárnutím. Pronášejí o sobě také ponižující výroky, které se většinou nezakládají na skutečnosti.

Obranný postoj zaujímají lidé, kteří byli společensky a profesně úspěšní. Ztrátu významných společenských i životních rolí nesou velmi těžce. Různými způsoby maskují snižující se schopnost soběstačnosti, odmítají nabídnutou pomoc, snaží se dokázat, že jsou ještě „mladí“ a cizí pomoc nepotřebují. Potřebují v něčem vyniknout, aby se alespoň částečně dostali opět na výsluní úspěšnosti a oblíbenosti. Vlastní stáří přijmou, jsou-li k tomu přinuceni objektivními okolnostmi. Do té doby je zapírají. (Pacovský, 1997)

## 2 Nedoslýchavost

### 2.1 Nedoslýchavost ze *surdopedického* hlediska

Nedoslýchavost (hypakuzie) je každé zhoršení sluchu oproti normě, které je kompenzovatelné sluchadly. Objevuje se vrozená i získaná forma. Postupem věku může docházet k jejímu zhoršení. Nejedná se tedy o neměnnou poruchu. Často bývá příčinou omezeného nebo opožděného vývoje mluvené řeči.

Je ovšem nutné neplést si ji s hluchotou<sup>11</sup> a ohluchnutím<sup>12</sup>, což jsou další kategorie sluchově postižených. Může mít rozptyl od lehké nedoslýchavosti až po závažné poškození sluchu. (Hrubý, 1999)

*„Nedoslýchavost různé závažnosti postihuje asi 5 % obyvatelstva, její prevalence stoupá s věkem.“ (Valvoda, 2007)*

Ztráta sluchu u nedoslýchavosti je udávána mezi 20 – 60 dB, dle závažnosti poruchy.

Rozlišujeme 4 stupně nedoslýchavosti:

- **velmi těžká nedoslýchavost** – sluchově postižený vnímá lidskou řeč v deformované podobě a pouze v těsné blízkosti jeho ucha,
- **těžká nedoslýchavost** – postižený je schopný vnímat mluvenou řeč do vzdálenosti maximálně 1 metru,
- **střední nedoslýchavost** – poslech a porozumění mluvené řeči je možné při vyhovujících akustických podmínkách ve vzdálenosti maximálně do 3 metrů od ucha postiženého,
- **lehká nedoslýchavost** – potíže nastávají pouze při komunikaci v hlučném prostředí nebo při používání šeptané řeči.

---

<sup>11</sup> Hluchota = neschopnost vnímat mluvenou řeč, vrozená i získaná

<sup>12</sup> Ohluchnutí = náhlá ztráta sluchu ve vyšším věku

### 2.1.1 Doba vzniku poruchy sluchu

Podle doby vzniku poruchy lze rozlišit:

- **prelingvální postižení** – vzniklé v době před ukončením fixace řeči (do 7. roku života dítěte), nedochází k jejímu spontánnímu osvojení. Pokud nedojde včas ke kompenzaci postižení, dochází v případě vytvoření základů řeči k jejich postupnému úpadku.
- **postlingvální postižení** – porucha vznikla po ukončení řečového vývoje. Jazykové a řečové dovednosti jsou již dobře zafixovány, dochází „pouze“ k artikulačním a prozodickým změnám<sup>13</sup> (dle hloubky poruchy).

### 2.1.2 Místo vzniku poruchy

Rozlišujeme 4 základní typy nedoslýchavosti podle místa vzniku poruchy:

- **Percepční** – nedoslýchavost vznikla poruchou Cortiho orgánu nebo sluchové dráhy (onemocnění CNS), je narušeno slyšení tónů a zvuků s vyšší frekvencí, porucha je nevratná,
- **Převodní** – nedoslýchavost je způsobena poruchou převodního systému ve vnějším nebo středním uchu (např. překážkou ve zvukovodu, otosklerózou, perforací bubínku, chronickým zánětem středouší apod.), poruchu je možno chirurgicky odstranit nebo alespoň zmírnit,
- **Centrální** – poruchy v korovém a podkorovém systému sluchové dráhy,
- **Smíšenou** – vyskytuje se zde porucha převodního aparátu i porucha percepce (Hložek, 1995).

---

<sup>13</sup> Artikulace je setřelá (= méně srozumitelná), projevují se poruchy plynulosti, problémy se správnou výškou, intenzitou a intonací hlasu. V pozdějších letech se mohou projevit i poruchy dýchání = dysfonie.

### 2.1.3 Příčiny vzniku poruchy

Existuje mnoho příčin, z nichž u některých nebyla prokázána zřetelná spojitost mezi podnětem a následnou poruchou.

Diskutuje se nad genetickými predispozicemi k některým poruchám sluchu, ovšem je dokázáno, že neexistuje přímá dědičnost sluchového postižení. Neslyšícím rodičům se ve většině případů rodí slyšící děti. A funguje to i obráceně.

Během těhotenství může dojít k poškození sluchového analyzátoru mnoha vlivy, např. léky, toxiny, virovými či bakteriálními onemocněními, ozářením či poraněním matky v tomto období.

Zřetelné projevy mohou mít i perinatální úrazy a onemocnění, nedostatek kyslíku či jiné porodní komplikace.

U dětí mohou být ohrožující záněty v oblasti hlavy, především zánět středoušní nebo zánět mozkových blan. Nebezpečné jsou také neléčené infekce horních cest dýchacích.

Traumata hlavy a nadměrný hluk působí obtíže zejména v dospělém věku.

My se v této práci budeme zabývat stařeckou nedoslýchavostí, která má podobné příznaky jako „klasická“ nedoslýchavost, ovšem na jejím vzniku se podílí jiné příčiny.

### 3 Stařecká nedoslýchavost

Stařecká nedoslýchavost se odborně nazývá **presbyakuze**. Jedná se o nejčastější sluchové postižení v populaci, jehož prevalence se s narůstajícím věkem zvyšuje. Odhaduje se, že v mladším stáří se sluchová porucha vyskytuje asi v 33 %, ve věku nad 75 let je to 45 % a od 85 let věku se toto číslo zvyšuje až na 92 %. (Kostřica, Smilek, Hložek, 2002)

Podstatou je fyziologické stárnutí celého sluchového ústrojí. Tyto projevy lze pozorovat i u ostatních smyslů. Jedná se o „usínání“ mozkových buněk a snižování jejich počtu. Mizí především buňky Cortiho orgánu. Sluchové přenosy jsou pomalejší, dochází ke změnám ve vláknech sluchových nervů i ve sluchových centrech mozku. Významnou roli zde nepochybně hraje i změna v krevním zásobení jednotlivých orgánů. (Hovorka, 1986)

Tato porucha se projevuje nejprve problémy se slyšením v oblasti vysokých tónů. I nám se stává, že občas přeslechneme zvonění domovního zvonku či pískot varné konvice na čaj. V tom případě ovšem není příčinou věk a opotřebenost, ale spíše naše nesoustředěnost, nepozornost a okolní hluk.

Hluboké tóny jsou zatím nenarušeny, proto nejsou registrovány žádné potíže při poslouchání zvuků okolí, např. bouchání dveří, shluk hlasů, zvuky aut projíždějících kolem domu. Postupem času může docházet k regresi i v této oblasti.

Senioři s nedoslýchavostí slyší náš monolog dobře, obtíže nastávají při porozumění. Právě vysoké tóny jsou potřebné k rozlišování jednotlivých hlásek – fonémů<sup>14</sup>, které tvoří základ naší řeči. Vliv na porozumění má nejen množství hlasů a ostatních zvuků, které při rozhovoru vnímáme, ale i opotřebenost mozkové kůry starších osob. Tím je zhoršena schopnost správného rozpoznávání a případně i domýšlení si slov při podvědomém odezírání. (Hroboň, Jedlička, Hořejší, 1998) Především v těchto situacích, které kladou vysoké nároky na rozlišování pomocí sluchu, se nedoslýchavost zřetelně projeví. Vyšetření pomocí tónového

---

<sup>14</sup> Fonémy jsou jednotky zvukové stránky řeči. Záměna fonémů může změnit význam slova (např. pas – pes, rus – rys). Mezi vysoké fonémy patří hlásky „e“, „i“ a sykavky.



audiogramu<sup>15</sup> je zkreslené a ne vždy vystihne závažnost postižení. Přesnější je v tomto případě audiogram slovní. (Klozar, 2005)

Problémy nastanou i při snaze o lokalizaci zaslechnutého zvuku, což může vést ke ztrátě jistoty a dezorientaci seniora. Další charakteristiku sluchových obtíží uvádí Pacovský a Heřmanová (1981, s. 95), kteří se domnívají, že staří lidé „*bývají hypersenzitivní na příliš hlasité podněty, na zvuky o vysoké intenzitě, a to i tehdy, jsou-li nedoslýchaví.*“

Věk i míra těchto projevů je individuální, stejně jako jejich příčiny. Jsou dány nejen genetikou a správným životním stylem, ale i odolností organismu, jelikož hluk a toxiny nás obklopují stále víc a mají větší vliv na proces stárnutí.

Bohužel, na tuto „chorobu“ neexistuje terapie ani léčba, která by ji odstranila nebo alespoň zmírnila. Jediný vhodný prostředek kompenzace je sluchadlo.

Proto si pojďme ještě říct, jaké jsou hlavní známky zhoršujícího se sluchu, které nám pomohou už v počátečních stádiích připravit se na neodvratitelný osud života se sluchovou poruchou a alespoň částečně včas eliminovat možné budoucí nedostatky v komunikaci. Protože „*nedoslýchavost je pro postiženého člověka vždy omezením a může jít o vážný sociální problém.*“ (Klozar, 2005, s. 205)

### **3.1 Známky zhoršování sluchu**

Každý na sobě někdy pozoruje známky nesprávné funkce sluchového orgánu. Jejich počet s přibývajícím věkem stoupá a tyto projevy nabývají na vážnosti. Veškerá hodnocení mají vždy subjektivní i objektivní hledisko.

Známky, které působí rušivě při komunikaci:

- Neustálé žádosti o opakování věty či její části, kterou senior dobře neslyšel nebo jí neporozuměl a časté „skákání do řeči“ ostatním s otázkami typu „cože, cos to říkal?“ nebo slušnější verze „prosím?“.
- Problémy při telefonování a následné vyhýbání se těmto situacím, pokud nejsou nezbytné.

---

<sup>15</sup> Audiogram = klinické vyšetření sluchu pod vedením odborníka

- Příliš nahlas puštěná televize či rádio, která ruší ostatní obyvatele domu. Žádost o její ztišení nemá většinou dlouhodobý účinek.
- Neustálé podvědomé odezírání od komunikačního partnera, potřebné k zachycení alespoň zlomku informací, které by starší osobě s nedoslýchavostí pouhým posloucháním unikly.
- Obtíže při vedení konverzace s osobou, která je v danou chvíli otočena zády k naslouchajícímu, především při zachování tichého a artikulačně nevýrazného projevu.
- Rychlé tempo řeči a tichá až šeptem vedená promluva, jejíž sledování vyžaduje veškerou soustředěnost.
- Vyhýbání se společenským příležitostem ve větší skupině lidí a rozhovorům v hlučném prostředí kvůli problémům v rozlišování jednotlivých zvuků a jejich identifikaci.
- Opakované přeslechnutí domovního zvonku, zvonění telefonu či pískotu varné konvice, nemluvě o šumění vody tekoucí z nezavřeného kohoutku. (Hroboň, Jedlička, Hořejší, 1998)

Objektivní známky ukazující na zhoršování sluchu by měly být spojeny s návštěvou lékaře okamžitě po jejich propuknutí. Řadíme mezi ně:

- Bolest v uchu a výtok z něj.
- Tinnitus = ušní šelesty, pociťované též jako zvonění. Vzniká přímo ve sluchovém analyzátoru. Jejich původ odhalí odborné lékařské vyšetření.
- Závratě nastávající bez zjevného důvodu.
- Pocity tlaku v uchu.
- Zhoršení schopnosti slyšet a rozpoznat některé hlasy a tóny, především vyšší.
- Preferování jednoho ucha před druhým při poslechu důležitých informací. Může být zvýrazněno natočením osoby příslušným uchem k řečníkovi.
- Náhlé zhoršení sluchu, případně zhoršení spojené s výše uvedenými příznaky. (Hroboň, Jedlička, Hořejší, 1998)

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 4 Výzkumné šetření

### 4.1 Cíl práce

Cílem provedeného šetření bylo zjistit procento seniorů s projevy nedoslýchavosti v populaci klientů pobývajících v zařízeních sociální péče. Jednalo se především o Domovy pro seniory<sup>16</sup> a Domovy s pečovatelskou službou - častěji zvané jako Penziony pro důchodce.

Dále jsme se zaměřovali na vzrůstající počet těchto projevů související s postupným stárnutím organismu. Tedy na rostoucí počet osob postižených nedoslýchavostí (převážně stařeckého typu) vzhledem k jejich věku.

A v neposlední řadě jsme sledovali možnost vlivu přirozeného prostředí a pracovních podmínek na rozvoj sluchových vad, lépe řečeno na rozvoj určité podmíněnosti či snížené odolnosti vůči vzniku této poruchy.

Očekáváme i jisté „pohlavní“ rozdíly – rozdíly v projevech a stupni sluchových vad mezi muži a ženami.

### 4.2 Charakteristika zařízení

V úvodu této kapitoly, bychom vás rádi seznámili se základními charakteristikami zařízení, v nichž dané šetření probíhalo.

Jednalo se o zařízení poskytující svou péči seniorům a zdravotně znevýhodněným osobám v této věkové kategorii 60 – 95 let, z nichž někteří měli sníženou schopnost soběstačnosti. Navštívili jsme celkem pět zařízení v okrese Hodonín, z toho čtyři Domovy pro seniory a jeden Domov s pečovatelskou službou, některé ve městě, jiné na vesnici, s různou mírou vybavenosti a s rozdílným přístupem ke klientům – sociální zabezpečení, zdravotnické služby, někdy i zajištění běžných služeb (kadeřnice, knihovna, ...) přímo v zařízení.

Na následujících stránkách stručně charakterizujeme jednotlivá zařízení:

---

<sup>16</sup> Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách hovoří pouze o Domově pro seniory

### **Domov pro seniory Hodonín, Bažantnice, příspěvková organizace**

Cílovou skupinou poskytování služby jsou senioři od 65 let věku, kteří pro svůj zdravotní stav mají omezené schopnosti vést samostatný život ve svém domově, potřebují pravidelnou pomoc a zároveň péči o ně nelze zajistit dostupnými terénními službami nebo za pomoci rodiny či blízkých osob. Posláním Domova je poskytnout těmto seniorům, bezpečné a důstojné prostředí k jejich dalšímu životu prostřednictvím komplexu sociálních služeb. Celoroční ubytování je zajištěno v jednolůžkových nebo dvoulůžkových pokojích. Pokoje si mohou klienti vybavit vlastním nábytkem. Podmínkou pobytu je odběr stravy (alespoň oběda). (<http://www.ds-hodonin.cz>)

### **Domov pro seniory Strážnice, příspěvková organizace**

S ubytovací kapacitou 89 uživatelů poskytuje dva typy sociálních služeb - Domov pro seniory a Domov se zvláštním režimem. Cílovou skupinou jsou senioři nad 60 let se sníženou soběstačností, kteří potřebují pomoc nebo podporu druhé osoby při základních činnostech sebeobsluhy. Sociální zařízení jsou umístěna na chodbách. Budova je 2 patrová s výtahem a s plošinou pro tělesně znevýhodněné, všude je bezbariérový přístup. Všechny pokoje jsou bezbariérové, vybaveny nábytkem, polohovacím lůžkem. Posláním sociální služby Domov pro seniory je poskytovat uživatelům pomoc a podporu při projevování vlastní vůle, podporovat důstojný a podle přání uživatele aktivně a společensky zaměřený život, který již nemohou trávit v domácím prostředí. (<http://www.ddstraznice.cz/>)

### **S-centrum Hodonín, příspěvková organizace**

Jedná se o moderní vícepodlažní bezbariérovou budovu, jejíž dominantou je vnitřní, stavebně uzavřené atrium. Kapacita zařízení je celkem 141 míst. Většina pokojů má balkon. V budově je umístěno nezbytné zázemí pro poskytování služeb, zejména rehabilitační a terapeutický provoz, kuchyně s jídelnou nebo cukrárna. Pro věřící seniory je k dispozici kaple. Posláním S – centra Hodonín je poskytnout svým uživatelům - seniorům, kteří se ocitli v nepříznivé sociální situaci komplex služeb – ubytování, stravování, zdravotně-ošetrovatelskou péči, rehabilitaci, sociální péči, využití volného času aj.: Uvedené služby jsou poskytovány uživatelům v domově pro seniory a v domově se zvláštním režimem. Cílem poskytované služby

je podporovat uživatele služeb v soběstačnosti, chránit jejich soukromí, respektovat jejich potřeby, umožnit kontakt s přirozeným prostředím, snaha o spokojenost uživatele a také snaha o udržení harmonie a mezilidských vztahů. (<http://www.s-centrum-hodonin.eu/>)

### **Centrum služeb pro seniory Kyjov, příspěvková organizace**

Centrum poskytuje své sociální služby celoročně v Domově pro seniory s kapacitou 41 míst a v Domově se zvláštním režimem s kapacitou 30 míst na základě vzájemné dohody s uživateli dle jejich individuálních potřeb. Služby jsou určeny seniorům s přiznaným starobním důchodem přednostně ze spádového území města Kyjova a okolních obcí, příp. seniorům majícím k městu Kyjovu a okolí prokazatelné vazby, kteří nejsou schopni pro svoji nemoc, zdravotní postižení a ztrátu soběstačnosti žít ve svém domácím prostředí a hrozí jim vyloučení ze společnosti. Posláním centra je umožnit seniorům prožít důstojný a podle jejich přání i aktivní život, který vzhledem ke svému zdravotnímu stavu a ztrátě soběstačnosti nemohou prožít ve svém domácím prostředí. Centrum poskytuje takovou podporu a pomoc, která by v maximální možné míře směřovala k zachování, popřípadě rozvíjení jejich vlastních možností a udržování kontaktu s okolím a rodinnými příslušníky. (<http://www.centrumproseniorykyjov.cz/>)

### **Domov s pečovatelskou službou Dolní Bojanovice**

Domov je ve správě obce Dolní Bojanovice. Pečovatelskou službu zajišťuje Charitní pečovatelská služba Mutěnice. Jejím posláním je pomáhat seniorům a zdravotně postiženým v obci Mutěnice a okolních obcích, překonávat obtížné situace, které vznikají v důsledku pokročilého věku, nemocí nebo ztrátou blízkého člověka. Cílovou skupinu tvoří senioři a zdravotně postižení, u nichž došlo ke snížení soběstačnosti v základních životních dovednostech, a to z důvodu úbytku fyzických i mentálních schopností, onemocnění, chronické nemoci, osamění, zdravotního postižení apod. Nejedná se o Domov pro seniory ale spíše o „Penzion pro důchodce“, který obývají celkem samostatní klienti, jimž stačí využití terénní pečovatelské služby a nepotřebují celodenní péči. V tomto zařízení se pravidelně vaří. (<http://www.hodonin.caritas.cz/soubory/2007.pdf>)

Ve většině těchto zařízení se nám dostalo zvláštní pozornosti, ve Strážnici nám dokonce při provádění šetření asistovala zdejší sociální pracovnice, což nám poněkud usnadnilo komunikaci s klienty.

### **4.3 Charakteristika cílové skupiny**

Klienti byli vybráni náhodně, vždy kolem 10 % z jednoho zařízení. Základním požadavkem bylo rovnoměrné zastoupení obou pohlaví a co nejširší věkové spektrum, samozřejmě dle možností poskytovatele služby.

Jednalo se o osoby v důchodovém věku, tedy o seniory ve věkovém rozmezí 60 – 95 let. U většiny z nich se vyskytovalo velké množství zdravotních problémů. Mezi nejčastější můžeme zařadit pohybové obtíže, zhoršení zraku, srdeční onemocnění a vaskulární choroby. Občas jsme také narazili na osoby se stařeckou demencí.

### **4.4 Metodika šetření**

Šetření probíhalo formou řízeného rozhovoru, při němž jsme kladli otázky z přiloženého dotazníku, vztahující se nejen obecně na výskyt sluchových poruch v dané věkové kategorii, ale především na subjektivní pocity dotazovaných (často i negativní) způsobené problémy v komunikaci při určité, třeba jen nepatrné sluchové ztrátě. Tímto způsobem bylo možno odhalit i skrytou sluchovou poruchu, již si její nositel neuvědomuje, a přesto mu znepříjemňuje život.

Do šetření byli zapojeni senioři pobývající v Domovech pro seniory, případně v Domově s pečovatelskou službou v okrese Hodonín, jak již bylo nastíněno výše. Celkem se jich zapojilo 57.

Dotazník byl vytvořen speciálně pro účely tohoto šetření. Skládal se z 11 základních otázek, které byly v průběhu rozhovoru doplněny informacemi z osobního života respondenta. Doplnující informace se týkaly především bývalého povolání, místa bydliště, rodinných vazeb a zdravotního stavu včetně všech prodělaných onemocnění a operací, které by mohly mít vliv na sluchovou ztrátu dané osoby. Zejména líčení posledního bodu – zdravotních problémů – bylo

zdlouhavé nejen pro nás, ale i pro dotazované, kteří se snažili vzpomenout si na každý detail té které nemoci.

Respondenti měli možnost vybrat si z nabízených možností tu nejpřesněji odpovídající dané situaci nastíněné v jednotlivých otázkách. Pouze u doplňujících informací se vyžadovala odpověď vlastními slovy.

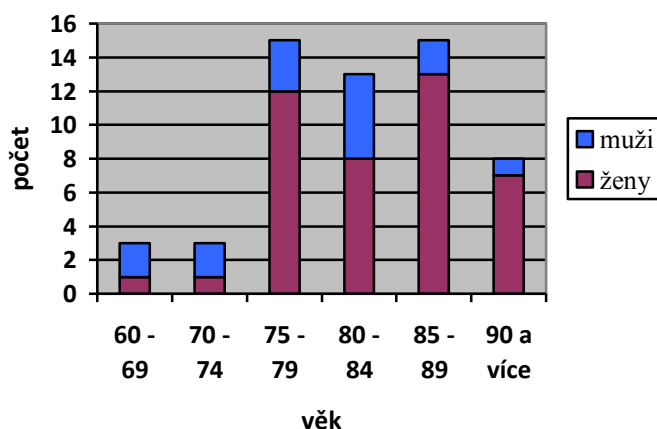
Víme, že výsledky vyplývající z našeho šetření nemusejí odpovídat realitě. Není výjimkou, že by respondenti záměrně či nevědomě upravovali odpovědi dle jejich aktuální situace a potřeby. Systémem předem vybraných strukturovaných položek, které zamezily užití jiné možnosti, jsme se snažili předejít subjektivnosti odpovědí, která by naše šetření znehodnotila.

#### 4.5 Vyhodnocení šetření

V následující kapitole pomocí grafu a tabulky názorně ukazujeme výsledky našeho šetření. Ke každému grafickému znázornění připojujeme komentář.

Do šetření se zapojilo celkem 57 respondentů, z toho 15 mužů (26,3 %) a 42 žen (73,7 %).

*Graf č. 1, tabulka č. 1: Počty dotazovaných mužů a žen v závislosti na jejich věku.*



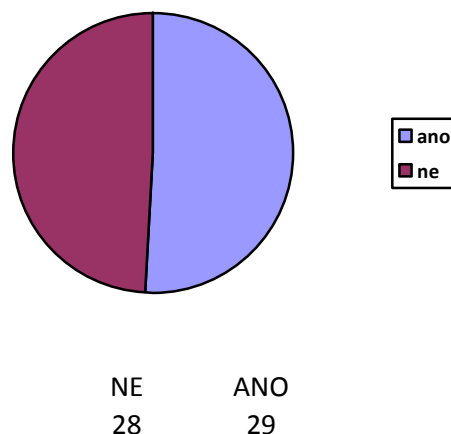
	60 - 69	70 - 74	75 - 79	80 - 84	85 - 89	90 a více
ženy	1	1	12	8	13	7
muži	2	2	3	5	2	1
celkem	3	3	15	13	15	8

Z grafu je zřejmé, že nejvíce respondentů – 15 - spadá do věkové kategorie 75 – 79 let (26,3 %) a 85 – 89 let (taktéž 26,3 %). Dále následuje věk 80 – 84 let se 13 respondenty (22,8 %). 90letých bylo celkem 8 (14 %). 60 a 70letí byli zastoupeni třemi respondenty (5,3 %) každý.

Většina odpovídajících osob byla ženského pohlaví. Ve věkové kategorii 60 – 69 let s námi spolupracovali dva muži a jedna žena. Stejně tomu bylo i ve věku 70 – 74 let. Nad 75 let se počet mužů zvýšil na tři, u žen až na 12. V následující věkové skupině 80 – 84 let vzrostl počet mužů vůči ženám na 5:8. V kategorii 85 – 89 let opět ženy převýšily počet mužů – 13 žen, dva muži. U 90letých respondentů se našlo sedm žen, ale bohužel jen jeden muž.

Dále jsme graficky znázornili jednotlivé položky dotazníku. Sled grafů odpovídá sledu otázek v daném dotazníku.

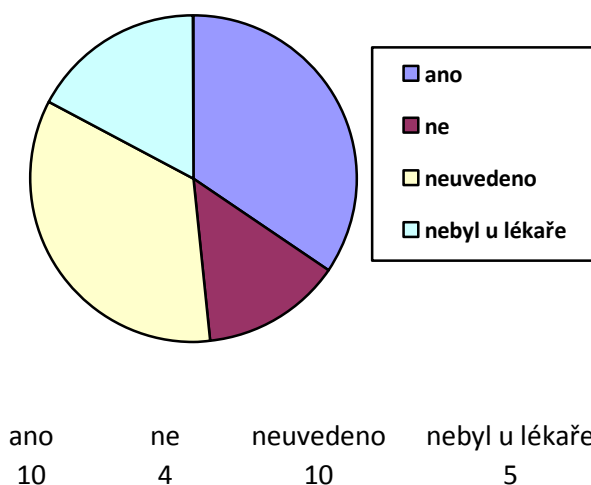
*Graf č. 2, tabulka č. 2: Máte problémy se sluchem?*



Z dotazovaných 29 (50,9 %) odpovědělo, že si je svých problémů se sluchem vědomo. 28 respondentů (49,1 %) dle svého názoru žádné významné problémy nezaznamenalo.



Graf č. 3, tabulka č. 3: Diagnostikoval u Vás lékař poruchu sluchu?



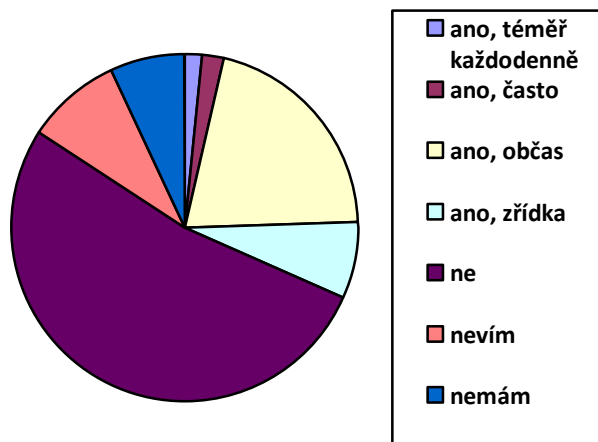
Tato otázka se týkala respondentů, kteří v předešlém dotazu odpověděli kladně. 10 (34,5 %) z nich se dostalo potvrzení o poruše sluchu od lékaře. Ten jim následně předepsal sluchadlo nebo léky.

U čtyř seniorů (13,8 %) lékař žádné problémy neobjevil nebo je pravděpodobně považoval za malé. Domníváme se, že proto jim nenabídl žádnou možnost kompenzace. Pět respondentů (17,2 %) na návštěvě u lékaře kvůli přetrvávajícím problémům se sluchem nebylo a ani ji v nejbližší době neplánují.

A konečně 10 dotazovaných (34,5 %) na tuto otázku neodpovědělo. Nevíme tedy, zda u nich došlo k vyšetření sluchového aparátu či nikoli. Můžeme si pouze domýšlet, že u některých toto vyšetření proběhlo. Z celkového počtu seniorů se sluchovými problémy má totiž 12 (41,4 %) předepsané sluchadlo. Jisté je pouze to, že z 12 uživatelů sluchadla ho 10 (83,3 %) nosí a dva (16,7 %) jej nepoužívají.

*Graf č. 4, tabulka č. 4: Stává se vám, že přeslechnete zvonek či telefon?*

Pokud ano, jak často?



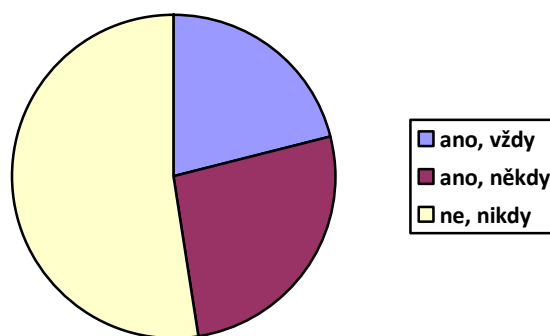
ano, téměř každodenně	ano, často	ano, občas	ano, zřídka	ne	nevím	nemám
1	1	12	4	30	5	4

Odpověď „ano“ vybralo celkem 18 respondentů (31,6 %), „ne“ 30 (52,6 %), „nevím“ pět respondentů (8,8 %). Čtyři dotazovaní (7 %) nemají telefon ani zvonek. Dle svého názoru ho nepotřebují, protože zaměstnanci Domova se o všechno postarají. Tuto odpověď nám dali pouze klienti Domova pro seniory. V Domově s pečovatelskou službou jsou zvonky ve všech bytech.

Frekvence přeslechnutí nebyla nijak častá. Jeden respondent (5,6 % z kladných odpovědí) má tyto problémy téměř každodenně, jiný jeden (5,6 %) často.

Nejčastější byla odpověď „občas“ – 12 dotázaných (66,7 %). Zbývající čtyři (22,2 %) odpověděli, že zvonek přeslechnou jen velmi zřídka.

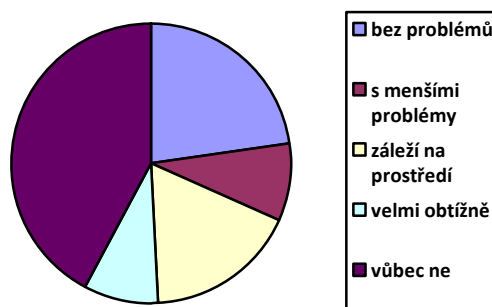
*Graf č. 5, tabulka č. 5: Musí na Vás lidé mluvit hlasitě a pomalu, abyste je slyšeli a rozuměli jim?*



ano, vždy	ano, někdy	ne, nikdy
12	15	30

Většina dotázaných – 30 (52,6 %) – nemá problémy rozumět člověku mluvícímu přirozeným tempem řeči. 15 respondentů (26,3 %) s tím někdy má problém, především za nevhodných akustických podmínek nebo při nevyhovujícím zdravotním a psychickém stavu. Hlasitou a pomalou mluvu vyžaduje za všech okolností 12 dotazovaných (21 %). Není tedy na škodu při komunikaci se seniorem mírně zpomalit tempo řeči a přidat na síle hlasu.

*Graf č. 6, tabulka č. 6: Rozumíte šepotu lidského hlasu? Jak moc?*

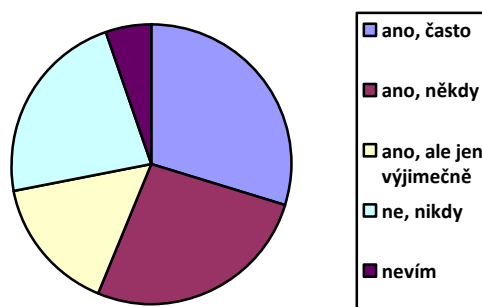


bez problémů	s menšími problémy	záleží na prostředí	velmi obtížně	vůbec ne
13	5	10	5	24

V oblasti porozumění šepotu lidského hlasu lze nalézt zřetelné deficity v období senia. Pouze 13 dotázaných (22,8 %) nemá problémy s porozuměním šepotu. Pět respondentů (8,8 %) rozumí s menšími obtížemi a u 10 dalších (17,5 %)

záleží na vhodnosti akustického prostředí. Tady již můžeme zaznamenat začínající projevy stařecké nedoslýchavosti. Respondenti, kteří považují svůj sluch za poškozený, odpovídali, že rozumí jen velmi obtížně – pět (8,8 %) – nebo nerozumí vůbec – 24 (42,1 %). Často šepot vůbec neslyší, netuší, že na ně někdo mluví.

*Graf č. 7, tabulka č. 7: Stává se Vám, že i mírný hluk okolí přehluší mluvící osobu a vy ji neslyšíte?*

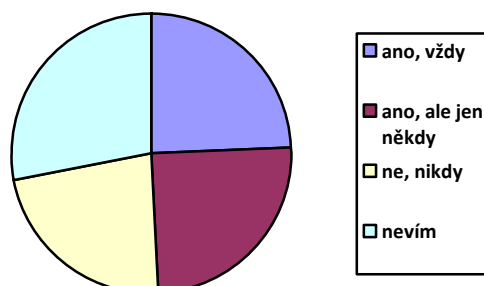


ano, často	ano, někdy	ano, ale jen výjimečně	ne, nikdy	nevím
17	15	9	13	3

Okolní hluk a šum zatěžuje a rozptyluje i osoby ve skvělé kondici. Seniorům působí kvůli snížení přesnosti vnímání velké problémy v komunikaci. Často se stává, že komunikačnímu partnerovi nejen nerozumí, ale že ho dokonce vůbec neslyší.

Z našeho šetření vyplývá, že více než polovina dotázaných má problémy v komunikaci v hlučném prostředí – odpověď „ano, často“ použilo 17 respondentů (29,8 %) a „ano, někdy“ 15 (26,3 %). Problémy v této oblasti má výjimečně devět respondentů (15,8 %) a zbývajících 13 (22,8 %) komunikuje bez problému v každé situaci. Respondenti odpovídající „nevím“ (jednalo se o tři osoby – 5,3 %) si nedokázali danou situaci představit.

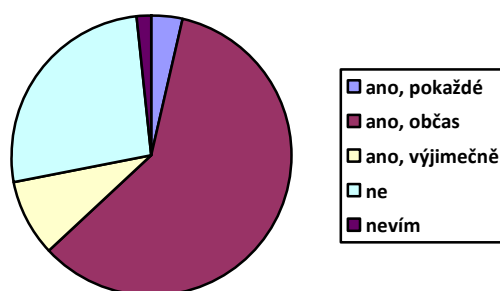
*Graf č. 8, tabulka č. 8: Máte problémy rozumět osobě, která na Vás mluví a je k Vám přitom otočena zády?*



ano, vždy	ano, ale jen někdy	ne, nikdy	nevím
14	14	13	16

Problémy v porozumění osobě stojící zády k seniorovi jako svému komunikačnímu partnerovi zaznamenává asi polovina dotázaných. 14 respondentů (24,6 %) objevuje tyto potíže téměř ve všech podobných situacích, dalších 14 (24,6 %) má problémy s porozuměním jen někdy. K odpovědi „ne, nikdy“ se přidalo 13 respondentů (22,8 %). 16 dotázaných (28 %) tuto situaci nikdy nezažilo nebo si ji nedovedlo představit.

*Graf č. 9, tabulka č. 9: Stává se Vám, že musíte mluvící osobu požádat, aby Vám zopakovala větu či některé slovo, které jste neslyšeli nebo mu nerozuměli?*

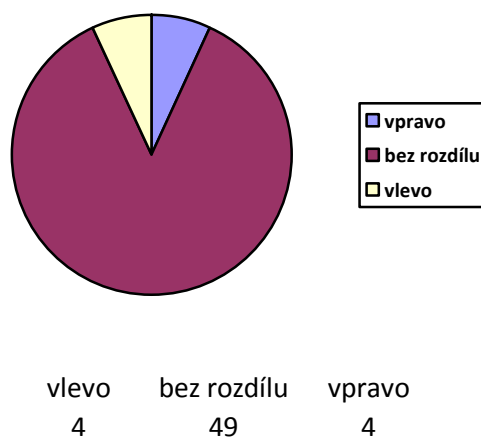


ano, pokaždé	ano, občas	ano, výjimečně	ne	nevím
2	34	5	15	1

Jenom dva dotázaní (3,5 %) mají problémy s plynulou konverzací. 34 respondentů (59,6 %) musí občas požádat o zopakování věty, záleží na situaci a hovořící osobě. Jako hlavní důvod neporozumění řeči uvádějí příliš rychlou

a tichou mluvu. Výjimečně se k této žádosti uchyluje pět dotázaných (8,8%). Více než čtvrtina respondentů (26,3 %) nemá v dané oblasti problémy. Jeden (1,8 %) si nebyl jistý odpovědí, proto otázku vynechal.

*Graf č. 10, tabulka č. 10: Rozumíte lépe osobě, která vedle vás stojí vpravo nebo vlevo?*



U seniorů je ztráta sluchu většinou na obou uších stejná, nemají tudíž tendence preferovat jedno ucho na úkor druhého. Tento sklon se vyskytuje pouze u těch, kteří používají sluchadlo jako kompenzační prostředek a tudíž k poslechu preferují ucho s tímto sluchadlem.

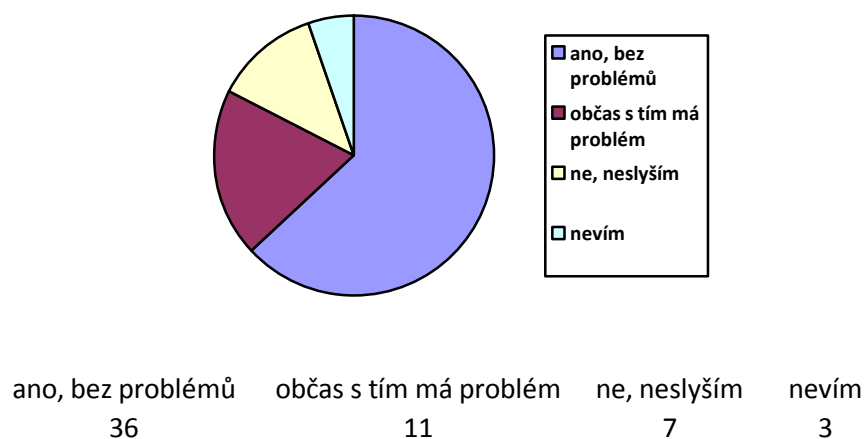
Čtyři respondenti (7 %) lépe rozumí osobám stojícím vpravo, další čtyři (7 %) preferují zvuky jdoucí zleva (mezi nimi i jeden houslista). Zbývajících 49 dotázaných (85,9 %) nenachází rozdíl v komunikaci s osobou stojící vpravo či vlevo.

Graf č. 11, tabulka č. 11: Jste upozorňováni, abyste ztlumili televizi či rádio, protože pro okolí je příliš hlučná, i když Vám se zdá její hlasitost v pořádku?



Na tuto otázku odpovědělo překvapivě málo dotazovaných kladně. Důvodem je používání sluchátek a indukční smyčky u těch, kteří mají problémy se sluchem. 34 respondentům (59,7 %) se tato situace nikdy nestala. 6 respondentů (10,5 %) je často napomínáno, aby svůj přijímač zeslabilo. 10 (17,5 %) se s tímto problémem potýká jen občas. Čtyři dotazovaní (7 %) nevlastní televizi. Využívají služeb společenské místnosti Domova pro seniory, ve které je spolu s rádiem umístěna. Zbylí 3 (5,3 %) nedokázali najít vhodnou odpověď.

Graf č. 12, tabulka č. 12: Slyšíte dobře šumění vody, šustot papíru či igelitu?



Problémy se slyšením těchto elementů nemá 36 respondentů (63,2 %). U 11 (19,3 %) se projevují jen občas. Sedm dotázaných (12,3 %) šumění vody neslyší,

ovšem po aplikaci sluchadla se tato schopnost prudce zlepšuje. Tři senioři (5,3 %) si tuto situaci nedovedli představit.



## 5 Závěry z šetření

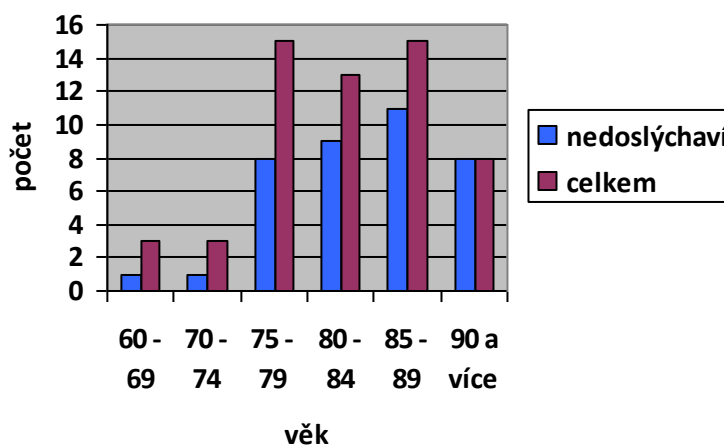
Ve všech zařízeních jsme při provádění šetření narazili na různé typy klientů z hlediska sluchových potíží.

Můžeme je rozdělit do tří skupin:

- a) Klienti, u nichž se nevyskytly žádné problémy a jejichž sluch je perfektní, nebo jejichž problémy se sluchem jsou zcela nepatrné a zanedbatelné vzhledem ke komunikačnímu záměru. Nemají tedy sebemenší problém s běžnou komunikací.
  
- b) Klienti, kteří na sobě začali pozorovat jisté projevy špatného fungování sluchového ústrojí, ovšem v jejich případě zatím nedošlo k lékařskému vyšetření a tudíž ani k zahájení léčby, nebo jejich problém nebyl shledán dostatečně závažným. Vyžadují pomalejší tempo řeči, dostatečně hlasité, s častým opakováním již řečeného. Často jsou ohlušeni prostředím. Mají problémy se zachycením zvuku tekoucí vody či porozumění šepotu.
  
- c) Klienti, kteří mají poruchu sluchu již v pokročilém stádiu, a u nichž je kompenzována sluchadly předepsanými odborníkem. Ačkoli se sluchadly slyší dobře a umí si správně nastavit hlasitost, preferují hlasitější pomalou řeč, kterou často doplňují odezíráním, ať už vědomým či nevědomým. Občas mají problémy se šumy a rušivými zvuky, které jejich sluchadlo nedokáže rozpoznat a odstranit. (Jedná se totiž většinou o závěsná sluchadla pouze se základními funkcemi.)

Z výše uvedených otázek jsme vyvodili tyto závěry:

Graf č. 13, tabulka č. 13: Poměr nedoslýchavých k celkovému počtu respondentů v dané věkové kategorii

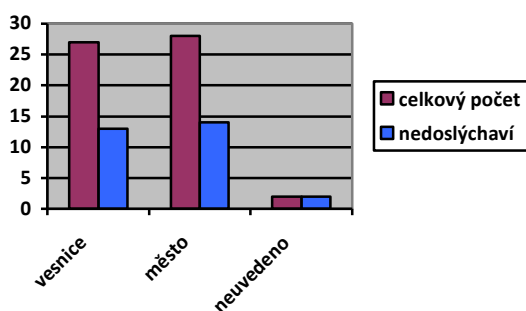


	60 - 69	70 - 74	75 - 79	80 - 84	85 - 89	90 a více
nedoslýchaví	1	1	8	9	11	8
celkem	3	3	15	13	15	8
% nedoslých. v dané skupině	33,30%	33,30%	53,30%	69,20%	73,30%	100%

Své problémy se sluchem si jasně uvědomuje 29 respondentů (50,9 % z celkového počtu všech dotázaných). U devíti dalších (5 mužů, 4 ženy) se projevují začínající problémy se sluchem. 38 respondentů (66,7 % z celkového počtu všech dotázaných) lze tedy zařadit do kategorie seniorů se sluchovými obtížemi.

Třetí řádek tabulky znázorňuje procento nedoslýchavých vzhledem k jejich věku. Je zde zřetelná stoupající tendence. V prvních dvou věkových kategoriích se nedoslýchavost projevovala v rámci třetiny dotázaných. V další kategorii tato četnost přesahuje polovinu a dál vzrůstá. Ve věku 80 – 84 let postihuje nedoslýchavost dvě třetiny respondentů. V následující věkové skupině dosahuje téměř tří čtvrtin dotázaných seniorů. U lidí starších 90 let se tyto projevy vyskytují ve 100 %.

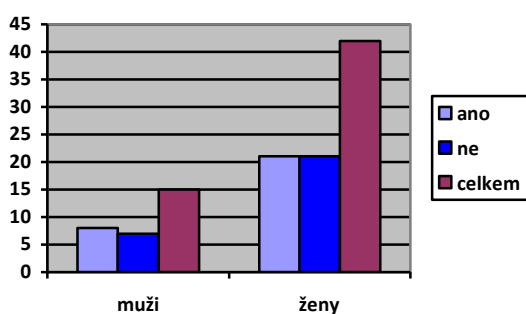
Graf č. 14, tabulka č. 14: Vliv životního prostředí na kvalitu sluchu v senu



	vesnice	město	neuvedeno
celkový počet	27	28	2
nedoslýchaví	13	14	2

Vliv bydliště na změnu kvality sluchu v období senu nebyl jasně prokázán. Polovina dotázaných z obou destinací – město i vesnice – má sice projevy nedoslýchavosti, ovšem tyto projevy nejsou podmíněny životem v dané lokalitě. Na jejich vzniku se podílí více faktorů, mezi nejvýznamnější patří samozřejmě stáří. Postup těchto degenerativních změn může ovlivnit i příp. hlučné pracovní prostředí. Jenže ani zde se nepodařilo prokázat spojitost se sluchovými obtížemi.

Graf č. 15, tabulka č. 15: Rozdíl v nedoslýchavosti u mužů a žen



	muži	ženy
ano	8	21
ne	7	21
celkem	15	42

U mužů se vyskytovaly problémy se sluchem častěji než u žen. Rozdíl však není markantní. osm mužů (53,3 %) si je svých problémů vědomo. Z toho šest (75 %) bylo u lékaře a dva (25 %) jeho návštěvu neustále odkládají, ačkoli

problémy se zhoršují. Oproti tomu u žen byl výsledek vyrovnaný 50:50. Polovina dotazovaných má problémy se sluchem, nicméně svěřit svůj problém lékaři se odvážilo jen 12 (54,5 %) z nich. šest (28,6 %) nemá potřebu navštívit lékaře a tři (13,5 %) se k tomuto dotazu nevyjádřili.

## Závěr

V této práci jsme se zaměřili na hledání spojitosti mezi nedoslýchavostí u seniorů a procesem stárnutí organismu. Propojenost daných oblastí jsme se snažili co nejvíce specifikovat, jelikož v dostupných zdrojích jsme nenalezli dostatek informací svědčících o důležitém vlivu presbyakuzie na kvalitu života ve stáří.

Teoretická část popisuje základní charakteristiky stáří a stárnutí, spolu s faktory, které jej ovlivňují. Mezi ně bezpochyby patří choroby pojící se se stářím. A právě jednou z nich je stařecká nedoslýchavost. Často nenápadný, a přesto významný aspekt ovlivňující veškeré činnosti starší populace, především trávení volného času a komunikaci.

Po sepsání této části jsme se pustili do šetření v Domovech pro seniory a Domově s pečovatelskou službou. Za užití dotazníku s uzavřenými odpověďmi a následného řízeného rozhovoru jsme získali informace potřebné k potvrzení nezvratné důležitosti péče o osoby v třetí (a zároveň poslední) etapě života. Nejen díky jejich letitým zkušenostem nám mohou být dobrými rádci a průvodci v našem putování životem. Ne nadarmo byli v minulosti „stařešinové“ váženými členy společenství.

Šetření probíhající v zařízeních sociálních služeb pečující o seniory nám dalo překvapivě přesné výsledky a potvrdilo také některé z našich domněnek.

Téměř 75 % žen zastoupených v našem vzorku svědčí pro dávno známý fakt, že žen je na světě více a muži umírají dřív. Většina respondentek byly vdovy.

Polovina dotazovaných tvrdila, že žádné problémy se sluchem nemá. Druhá polovina si těchto projevů byla vědoma a podle toho upravovala komunikační situace. U devíti seniorů bez problémů se sluchem jsme ale během dotazování a následného rozhovoru zaznamenali jisté začínající projevy sluchové poruchy.

Jistý procentní nárůst nedoslýchavosti vzhledem ke stoupajícímu věku respondentů jsme očekávali. Ovšem byli jsme překvapeni radikálním vzrůstem této veličiny především v posledních věkových kategoriích. U 60 a 70 letých se nedoslýchavost projevovala u jedné třetiny respondentů. Nad 75 let už to byla jedna polovina. V dalších věkových skupinách tvořili senioři s nedoslýchavostí dvě

třetiny a později dokonce tři čtvrtiny dotazovaných. U dlouhověkových klientů (nad 90 let) se nedoslýchavost (i třeba jen částečná) projevovala ve 100 %.

Nepodařilo se nám prokázat vliv hlučného bydliště či pracoviště na vznik nebo rozvoj dané sluchové poruchy. Nadále se ale domníváme, že u určitého procenta seniorů byl tímto způsobem poškozen sluchový analyzátor a jeho funkce. Nejsme si ovšem jistí, zda lze úbytek sluchových schopností v důsledku tohoto poškození považovat za presbyakuzii.

Ani o větších rozdílech v typu a stupni poruchy vzhledem k pohlaví respondenta jsme se nepřesvědčili.

Ovšem šetření tohoto problému spolu s možným vlivem prostředí na rozvoj poruchy sluchu necháváme jako nabídku pro zaujatého čtenáře, který by se dané problematice chtěl podrobněji věnovat.

## Seznam použité literatury a dalších zdrojů

### Monografické publikace:

BAŠTECKÝ, J., KÜMPEL, Q., VOJTĚCHOVSKÝ, M. a kol. *Gerontopsychiatrie*.

1. vyd. Praha : Grada, 1994. 317 s. ISBN 80-7169-070-8

HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 2. přeprac. a doplněné vyd. Praha : Havlíček

Brain Team, 2010. 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9

HERMANOVÁ, M. et al. *Aktuální kapitoly z péče o seniory*. 1. vyd. Brno :

T.I.G.E.R., 2008, 111 s. ISBN 978-80-7013-475-7

HLOŽEK, Z. *Základy audiologie*. 1. vyd. Olomouc : UP, 1995. 49 s. ISBN 80-

7067-498-9

HOVORKA, J. *Cesta do stáří*. 3. přeprac. vyd. Praha : Práce, 1986. 304 s. Bez

ISBN

HROBONĚ, M., JEDLIČKA, I., HOŘEJŠÍ, J.: *Nedoslychavost*. 1. vyd. Praha :

Makropulos, 1998. 90 s. ISBN 80-86003-13-2.

HRUBÝ, J. *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslychavých po jejich*

*vlastním osudu 1. díl*. 2. přeprac. a rozšířené vydání. Praha : Federace rodičů

a přátel sluchově postižených, 1999. 396 s. ISBN 80-7216-096-6

JESENSKÝ, J. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. 1. vyd. Praha :

Karolinum. 2000. 354 s. ISBN 80-7184-823-9

KLOZAR, J. et al. *Speciální otorinolaryngologie*. 1. vyd. Praha : Galén :

Karolinum, 2005. 224 s. ISBN (Galén) 80-7262-346-X. ISBN (Karolinum) 80-246-

1125-2

KOZÁKOVÁ, Z., MÜLLER, O. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. 1. vyd. Olomouc : UP, 2006. 54 s. ISBN 80-244-1552-6

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

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

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

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

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 : Istitut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1996. 78 s. ISBN 80-7013-226-4

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

Internetové zdroje:

<http://www.ddstraznice.cz/>

[http://www.ds-hodonin.cz/poslani\\_a\\_cile.htm](http://www.ds-hodonin.cz/poslani_a_cile.htm)

<http://www.s-centrum-hodonin.eu/o-nas/predstaveni-zarizeni/?menu=2>

<http://www.centrumproseniorykyjov.cz/onas.php>



KOSTŘICA, R., SMILEK, P., HLOŽEK, J. *Nedoslychavost*. ČLS JEP, 2002. 7 s.  
[online]. [cit. 2011-02-22]. Dostupnost na www:  
[www.cls.cz/dokumenty2/os/t144.rtf](http://www.cls.cz/dokumenty2/os/t144.rtf)

VALVODA, J. *Nedoslychavost*. *Medicina pro praxi*. 2007, vol. 4, no. 12, s. 514-518. [online]. [cit. 2011-03-05]. Dostupnost na www:  
<http://www.solen.cz/pdfs/med/2007/12/07.pdf>

*Výroční zpráva za rok 2007*. Diecézní charita Brno - Oblastní charita Hodonín, s 16.  
[online]. [cit. 2011-03-04] Dostupnost na www:  
<http://www.hodonin.caritas.cz/soubory/2007.pdf>

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1: Dotazník

Příloha č. 2: Vyplněný dotazník

## Příloha č. 1: Dotazník

Dobrý den.

Jmenuji se Kateřina Galová a jsem studentkou 2. ročníku Speciálně pedagogické andragogiky.

Tento dotazník je součástí mé bakalářské práce na téma „Nedoslýchavost v seniui“.

Proto Vás prosím o pravdivé vyplnění všech otázek a o co nejpřesnější odpovědi. Dotazník je anonymní.

Předem děkuji za Vaši ochotu i čas, který jste mi tímto věnovali.

Pohlaví:			muž		žena	
Věk:	60-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90 a více

Bývalé povolání:

- Máte problémy se sluchem? a) ano b) ne
- Diagnostikoval u Vás lékař poruchu sluchu? a) ano b) ne  
Pokud ano, jakou?  
Proč podle Vás tato porucha vznikla? Co bylo její příčinou?
- Stává se Vám, že přeslechnete zvonek či telefon? a) ano b) ne  
Pokud ano, jak často?  
a) téměř každodenně b) často c) občas d) zřídka
- Musí na Vás lidé mluvit hlasitě a pomalu, abyste je slyšeli a rozuměli jim? a) ano, vždy b) ano, někdy c) ne, nikdy
- Rozumíte šepotu lidského hlasu? Jak moc? a) bez problémů b) s menšími problémy c) záleží na prostředí  
d) velmi obtížně e) vůbec ne
- Stává se Vám, že i mírný hluk okolí přehluší mluvící osobu a vy ji neslyšíte? a) ano, někdy b) ano, často c) ano, ale jen výjimečně d) ne, nikdy
- Máte problémy rozumět osobě, která na Vás mluví a je k Vám přitom otočena zády? a) ano, vždy b) ano, ale jen někdy c) ne, nikdy
- Stává se Vám, že musíte mluvící osobu požádat, aby Vám zopakovala větu či některé slovo, které jste neslyšeli nebo mu nerozuměli? a) ano b) ne  
Pokud ano, jak často? a) pokaždé b) občas c) jen výjimečně
- Rozumíte lépe osobě, která vedle Vás stojí vpravo nebo vlevo? a) vpravo b) bez rozdílu c) vlevo
- Jste upozorňováni, abyste ztlumili televizi či rádio, protože pro okolí je příliš hlučná, i když Vám se zdá její hlasitost v pořádku? a) ano, často b) ano, občas c) ne, nikdy se mi to nestalo
- Slyšíte dobře šumění vody, šustot papíru či igelitu? a) ano, bez problémů b) občas s tím mám problém c) ne, neslyším

Děkuji Vám za Vaši ochotu při vyplňování dotazníku, čímž jste přispěli k vytvoření mé bakalářské práce.

## Příloha č. 2: Vyplněný dotazník

Dobrý den.

Jmenuji se Kateřina Galová a jsem studentkou 2. ročníku Speciálně pedagogické andragogiky. Tento dotazník je součástí mé bakalářské práce na téma „Nedoslýchavost v seniu“.

Proto Vás prosím o pravdivé vyplnění všech otázek a o co nejpřesnější odpovědi. Dotazník je anonymní.

Předem děkuji za Vaši ochotu i čas, který jste mi tímto věnovali.

Pohlaví: muž žena  
Věk: 60-69 70-74 75-79 80-84 85-89 90 a více

Bývalé povolání: *právnička*

- Máte problémy se sluchem? a) ano b) ne
- Diagnostikoval u Vás lékař poruchu sluchu? a) ano b) ne *nebyla*  
Pokud ano, jakou?  
Proč podle Vás tato porucha vznikla? Co bylo její příčinou?
- Stává se Vám, že přeslechnete zvonek či telefon? a) ano b) ne  
Pokud ano, jak často?  
a) téměř každodenně b) často c) občas d) zřídka
- Musí na Vás lidé mluvit hlasitě a pomalu, abyste je slyšeli a rozuměli jim?  
a) ano, vždy b) ano, někdy c) ne, nikdy
- Rozumíte šepotu lidského hlasu? Jak moc?  
a) bez problémů b) s menšími problémy c) záleží na prostředí  
d) velmi obtížně e) vůbec ne
- Stává se Vám, že i mírný hluk okolí přehluší mluvící osobu a vy ji neslyšíte?  
a) ano, někdy b) ano, často c) ano, ale jen výjimečně d) ne, nikdy
- Máte problémy rozumět osobě, která na Vás mluví a je k Vám přitom otočena zády?  
a) ano, vždy b) ano, ale jen někdy c) ne, nikdy
- Stává se Vám, že musíte mluvící osobu požádat, aby Vám zopakovala větu či některé slovo, které jste neslyšeli nebo mu nerozuměli? a) ano b) ne  
Pokud ano, jak často? a) pokaždé b) občas c) jen výjimečně *podle člověka*
- Rozumíte lépe osobě, která vedle Vás vpravo nebo vlevo?  
a) vpravo b) bez rozdílu c) vlevo
- Jste upozorňováni, abyste ztlumili televizi či rádio, protože pro okolí je příliš hlučná, i když Vám se zdá její hlasitost v pořádku?  
a) ano, často b) ano, občas c) ne, nikdy se mi to nestalo
- Slyšíte dobře šumění vody, šustot papíru či igelitu?  
a) ano, bez problémů b) občas s tím mám problém c) ne, neslyším

Děkuji Vám za Vaši ochotu při vyplňování dotazníku, čímž jste přispěli k vytvoření mé bakalářské práce.