

AGNIESZKA JEDLIŃSKA

ORCID <https://orcid.org/0000-0003-1757-0352>

KATARZYNA ITA BIEŃKOWSKA

ORCID <https://orcid.org/0000-0002-9325-0388>

## UTRATA SŁUCHU W WIEKU SENIORALNYM – IMPLIKACJE PRAKTYCZNE

### ABSTRAKT

W artykule przedstawiono trudności w codziennym funkcjonowaniu związane z uszkodzeniem słuchu u osób w wieku senioralnym. W pierwszej części omówiona została epidemiologia, przyczyny oraz trudności w funkcjonowaniu psychospołecznym starszych osób, które tracą słuch. Następnie zwrócono uwagę na rolę wsparcia informacyjnego, jakiego udzielić mogą członkowie najbliższej rodziny, pracownicy służby zdrowia i/lub pracownicy socjalni. Jako kolejne, przedstawiono ogólne zasady postępowania, dzięki którym udzielanie skutecznej pomocy osobie z uszkodzeniem słuchu staje się łatwiejsze. Ostatnim elementem pracy jest opracowanie wytycznych – ścieżki postępowania oraz sposobów wsparcia komunikacji ze starszą osobą z uszkodzeniem słuchu, które mogą ułatwić działania podejmowane przez pracowników socjalnych, opiekunów w DPS, opiekunki środowiskowe, opiekunów osoby starszej, opiekuna medycznego, asystenta rodziny.

**Słowa kluczowe:** senior, uszkodzenie słuchu związane z wiekiem, pomoc, komunikacja, postępowanie

### WSTĘP

Według wytycznych WHO za początek demograficznej starości u kobiet i mężczyzn przyjmuje się 65. rok życia (Parnowski, 2013). W ten sposób przyjęte, krzywdzące skądinąd, założenie oznacza, że to właśnie wiek metrykalny staje się wyznacznikiem zmian jakościowych w funkcjonowaniu człowieka, jego problemów ze zdrowiem, sprawnością; w optyce postrzegania go przez społeczeństwo – jego przydatności, ról i zadań

społecznych. W ciągu ostatnich 15 lat, także w Polsce, można zaobserwować trend związany ze zmianą proporcji w strukturze wiekowej populacji. W efekcie powyższych przemian, modyfikacji powinien ulec paradygmat opieki nad osobami starszymi. Okazuje się, że stanowią one ponad 9-milionową grupę osób o różnych potrzebach, możliwościach fizycznych, psychicznych oraz ekonomicznych, doświadczeniach i stanie zdrowia.

Alex Comfort (1979) stwierdza, że „starzenie się charakteryzuje niemożność utrzymania homeostazy w warunkach fizjologicznego stresu, co związane jest ze zmniejszeniem żywotności oraz wzrostem wrażliwości osobniczej” (Pruszewicz, 2005, za: Comfort, 1979, s. 403). Destrukcyjność tego zjawiska polega przede wszystkim na upośledzeniu czynności komórek, a tym samym narządów i całego organizmu. Procesom starzenia podlegają również narządy zmysłów, które – niejednokrotnie przy udziale czynników zewnętrznych, takich jak: praca w niesprzyjających warunkach akustycznych, brak oddziaływań profilaktycznych, nałogi, nadciśnienie, itp. – tracą swoje optymalne właściwości, ostrość, selektywność, precyzję, zubożając tym samym odbiór bodźców ze świata.

W raporcie *Addressing the rising prevalence of hearing loss* Światowej Organizacji Zdrowia z lutego 2018 r. czytamy, że wada słuchu jest czwartą najczęstszą przyczyną niepełnosprawności na świecie, generując koszt 750 bilionów dolarów rocznie. Estymacje WHO pokazują, że na świecie obecnie jest około 470 milionów ludzi mających problemy ze słuchem. Jeżeli sytuacja nie ulegnie zmianie, w 2030 r. liczba takich osób wzrośnie do 630 milionów, a w roku 2050 do 900 milionów. Korzystając z danych różnych krajów, WHO prognozuje, że w 2035 r., np. w Wielkiej Brytanii – 23% populacji seniorów 65+ oraz 45% osób 75+ będzie miało jakąś formę wady słuchu (na podstawie raportu organizacji *Action On Hearing Loss*, 2015). Podobna sytuacja ma miejsce w Stanach Zjednoczonych. Dane *National Health and Nutrition Examination Survey* z 2011 r. wskazują wzrost diagnozowanych uszkodzeń słuchu wśród dorosłych, podając jako pośrednią przyczynę tendencję podobną do naszej, czyli zmianę demograficzną i starzejące się społeczeństwo, czyli „gorzej słyszymy, ale dłużej żyjemy”.

Szacunkowe prognozy wskazują, że pomiędzy 2015 a 2050 podwoi się liczba osób mających 60 lat, zaś potroi – 80 lat. Według WHO wada słu-

chu może być główną niepełnosprawnością u mężczyzn powyżej 60. roku życia i drugą u kobiet w tej samej grupie wiekowej. Innymi słowy niemal 33% (226 milionów) seniorów 65+ może mieć uszkodzony słuch. Zgodnie z tą tendencją w 2050 r. będzie to 585 milionów osób na całym świecie (WHO, 2018).

## CZNNIKI RYZYKA WADY SŁUCHU U OSÓB DOROSŁYCH

We wspomnianym raporcie WHO wymieniane są najczęstsze czynniki uszkadzające słuch u osób dorosłych, a wśród nich m.in.: długotrwała ekspozycja na głośne dźwięki, chroniczne infekcje ucha, czynniki ototoksyczne. Ich znajomość oraz wprowadzenie szeroko rozumianej profilaktyki narządu słuchu mogą być pomocne w przeciwdziałaniu powstawania tego rodzaju zaburzeń. Należą do nich:

1. Ekspozycja na głośne dźwięki – dotyczy narażenia na dźwięki o dużym natężeniu w miejscu pracy oraz, szczególnie w nowej grupie – młodych ludzi, słuchania zbyt głośno muzyki. WHO estymuje, że aż bilion młodych ludzi jest zagrożonych uszkodzeniem słuchu w efekcie nawykowego, długiego słuchania głośnej muzyki. Dodatkowym, negatywnym czynnikiem są coraz doskonalsze, a zarazem łatwo dostępne przenośne urządzenia do odtwarzania muzyki oraz uszczelniające kanał słuchowy słuchawki. Przewiduje się, że 5–10% tych osób będzie miała wadę słuchu wynikającą ze zbyt długiej ekspozycji na głośne dźwięki, a charakteryzującą się obniżeniem progów słyszenia wybranych częstotliwości.
2. Infekcje ucha – wysiękowe zapalenie ucha środkowego jest bardzo popularnym schorzeniem, na które zapada rocznie około 11% populacji, czyli ponad 700 milionów ludzi na świecie (DeAntonio i in., 2016). Większość stanowią dzieci, jednak alarmujące jest to, że u ponad 50% z nich zapalenie ucha środkowego staje się stanem chronicznym, który z czasem powoduje wadę słuchu. W efekcie prawie 0,3% populacji świata ma stwierdzony niedosłuch, którego przyczyną są chroniczne zapalenia ucha środkowego przebyte w dzieciństwie (Monasta i in., 2012).

3. Substancje ototoksyczne – rodzaje substancji oraz mechanizm powodujący uszkodzenie narządu słuchu zostały już poznane i opisane. Jako najbardziej ototoksyczne wymienia się aminoglikozydy czy cisplatynę. Badania wykazały od 10% do nawet 50% uszkodzeń słuchu w wyniku leczenia zapalenia płuc antybiotykami z grupy aminoglikozydów (Seddon i in., 2012). W przypadku cisplatyny dane są jeszcze bardziej alarmujące. Z badań McKeaga (1995) wnioskujemy, że ototoksyczność tej substancji stosowanej podczas chemioterapii stanowi od 75% do 100%.
4. Inne czynniki ryzyka – W raporcie WHO znajdują się jednak zupełnie nowe jednostki chorobowe, których wpływ na uszkodzenie narządu słuchu jest dopiero weryfikowany badaniami. Należą do nich wirus Ebola – po którego infekcji stwierdzono aż 24% uszkodzeń narządu słuchu badanych (Billieux, 2016) oraz wirus Zika – przenoszony przez komary, szczególnie groźny dla wcześniaków, jednak zakres jego działania na organizm człowieka jest dopiero poznawany (tamże).

Przykładem typowych zmian w narządzie słuchu, a związanych z wiekiem, jest *presbycusis*. Jest to powolne, stopniowo pogłębiające się, obustronne i symetryczne osłabienie ostrości słuchowej. Dotyczyć może ucha zewnętrznego (np. pogrubienie błony bębenkowej), ucha środkowego (zmniejszenie ruchomości kosteczek w przebiegu otosklerozy), jednak istotą są zmiany w uchu wewnętrznym. „Polegają one na zaniku elementów zmysłowych w narządzie Cortiego (komórek zewnętrznych i wewnętrznych) i prążka naczyniowego. Równocześnie zmiany zwyrodnieniowe występują w zwoju spiralnym oraz jądrach nerwu ślimakowego występujących w moście” (Pruszewicz, 2003, s. 405). Diagnostyka obejmuje w przybliżeniu 25% populacji osób w wieku 65–74 lata i w 60–70% osób powyżej 75. roku życia (Gierek, 2005, s. 299). Zmiany ontogenetyczne w narządzie słuchu rozpoczynają się już po 30. roku życia i dotyczą przede wszystkim wyższych częstotliwości. Rocznie może dojść do obniżenia progu słyszenia o 1–1,2 dB dla tonów wysokich (powyżej 4000 Hz) i 0,5 dB dla tonów niskich. Do ubytków słuchu często dołączają szumy uszne i zawroty głowy, których źródłem są zmiany naczyniowe. Wśród czynników działających

dotatkowo negatywnie na narząd słuchu wymienia się: zmiany miażdżycowe, cukrzycę, ekspozycję na hałas oraz podwyższony poziom trójglicerydów. W obrazie klinicznym charakterystyczne cechy to:

- 1) pogorszenie rozumienia mowy w hałasie, potwierdzone wynikami audiometrycznymi – pacjenci uzyskują dużo gorsze wyniki w audiometrii słownej niż w badaniu audiometrii tonalnej (Pruszewicz, 2003);
- 2) szумы uszne;
- 3) większe zmęczenie słuchowe (Bystrzanowska, 1971) o lokalizacji obwodowej oraz pozaobwodowej (Pruszewicz, 2003);
- 4) pogorszenie lokalizacji słuchowej (tamże).

## **WPLYW USZKODZENIA SŁUCHU U OSÓB DOROSŁYCH NA FUNKCJONOWANIE PSYCHOSPOŁECZNE**

Stowarzyszenie HEAR IT od lat 70. XX wieku trzykrotnie dokonywało oceny wpływu uszkodzenia słuchu na funkcjonowanie osób dorosłych w sferze psychospołecznej. Ostatni, wydany w 2018 r. raport pt. *Hearit Report Hearing Loss Numbers and Costs*, podsumowuje wszelkie dotychczasowe wyniki badań, kategoryzując i tym samym wskazując obszary, na które potencjalnie, negatywnie lub pozytywnie oddziaływać może uszkodzenie słuchu. W niniejszym opracowaniu skupiono się na zakresach korelujących szczególnie z wiekiem badanych:

- 1) wpływ pogorszenia słuchu seniorów na poczucie izolacji społecznej oraz pojawienie się symptomów depresji;
- 2) negatywne implikacje uszkodzenia słuchu u osób starszych na relacje rodzinne;
- 3) współwystępowanie wady słuchu i innych problemów zdrowotnych;
- 4) jakość życia i funkcjonowanie psychiczne niedosłyszących seniorów;
- 5) sprawność poznawcza, objawy demencji, problemy z pamięcią;
- 6) wpływ wady słuchu na zatrudnienie osób starszych.

## POCZUCIE IZOLACJI SPOŁECZNEJ ORAZ POJAWIENIE SIĘ SYMPTOMÓW DEPRESJI

Większość wyników prezentowanych w raporcie HEAR IT wykazuje korelację między wadą słuchu a symptomami depresji. Szczególnie ważne są wnioski Huanga i współpracowników z 2010 r., który przeanalizował wyniki grupy osób powyżej 60. roku życia. Stwierdził on korelację między słabszym słyszeniem i depresją. Pogorszenie słyszenia było traktowane przez seniorów jako „doświadczanie niepełnosprawności”, ograniczające codzienną aktywność, powodujące zmniejszenie kontaktów społecznych, wykluczenie, powodujące w rezultacie symptomy depresji (szczególnie w połączeniu ze słabszym analizatorem wzrokowym) (Huang i in., 2010, s. 66).

## RELACJE RODZINNE

Wyniki badań z *Raportu Hearit Report Hearing Loss Numbers and Costs* (2018) wskazują na silną zależność wady słuchu osób po 50. roku życia i pogorszenia relacji w rodzinie. W badaniach AARP i ASHA z 2011 r. (Geraci, 2011), w których udział wzięło 1500 osób z wadą słuchu, w wieku 50 lat i powyżej, 44% respondentów oceniło zdanie „Problemy ze słuchem negatywnie wpływają na moje relacje z rodziną i przyjaciółmi” jako „bardzo prawdziwe” (Geraci, 2011, s. 72). Kamil i Lin (2015) skupili się na relacji wewnątrzmałżeńskiej. Wyniki ich badań potwierdzają, że wada słuchu u jednego z partnerów znacząco wpływa na komunikację, jednocześnie pogarszając jakość życia pary, wymagając stworzenia nowych strategii małżeńskich (Kamil, Lin, 2015, s. 72).

Wśród obszarów najbardziej narażonych na zmiany związane z pogarszającym się funkcjonowaniem słuchowym, a zarazem komunikacyjnym jednego z partnerów wymienia się: zmniejszenie aktywności społecznej, negatywne emocje, brak równowagi między małżonkami, konieczność zmian strategii małżeńskich. Dalej omówiono te obszary:

- 1) zmniejszenie aktywności społecznej: unikanie spotkań towarzyskich, ograniczenie wspólnych wyjść do kina, restauracji, znajomych;

- 2) pojawiające się negatywne emocje – obustronna frustracja wynikająca z jednej strony z niezrozumienia komunikatów kierowanych do niedosłyszającego partnera, z drugiej z powodu częstych powtórzeń nadawcy; wstyd, niechęć, odrzucenie;
- 3) brak równowagi między małżonkami – obustronne zwiększenie oczekiwań zrozumienia sytuacji, uwzględnianie głównie potrzeb osoby tracącej słuch, ograniczenie w korzystaniu z telefonu (wszelkie rozmowy wykonywane są przez słyszającego partnera) lub samochodu;
- 4) konieczność zmiany strategii małżeńskich – potrzeba przeformułowania obopólnych możliwości, potrzeb i ograniczeń. Poszukiwanie sposobów radzenia sobie z trudnymi sytuacjami, komunikowaniem się. Biorąc pod uwagę wiek, wspólne doświadczenie życiowe oraz mniejszą elastyczność w dostosowywaniu się do nowych sytuacji, staje się to niezwykle trudnym, emocjonalnie wyczerpującym procesem.

## WSPÓŁWYSTĘPOWANIE PROBLEMÓW ZDROWOTNYCH

Ze względu na wiek grupy, której dotyczy opracowanie, można założyć, że problemy zdrowotne są dokładnie takie same jak ich słyszających rówieśników. Zmianie może natomiast ulec odczucie swojej sytuacji zdrowotnej, w której współwystępujące choroby mogą pogłębiać poczucie niepełnosprawności. Wśród typowych dla wieku schorzeń wymienia się: artretyzm, astmę, cukrzycę, dolegliwości kręgosłupa i narządu ruchu, nadciśnienie, udar. Problemy z równowagą, częstsze upadki, wolniejszy chód to kolejne przykłady trudności występujących częściej u seniorów z wadą słuchu. Współistnienie zaburzeń w ślimaku i kanałach półkolistych powoduje nieprawidłowości równocześnie w zakresie słuchu i równowagi; mniejsza uwaga słuchowa oraz gorsze słuchowe „skanowanie” przestrzenne mogą wtórnie prowadzić do zmniejszenia aktywności ruchowej, co pogłębia procesy neurodegeneracyjne (Shield, 2019).

## JAKOŚĆ ŻYCIA I FUNKCJONOWANIE PSYCHICZNE

Badania wykonane przez amerykańskich naukowców wykazały gorszą ocenę własnej jakości życia oraz funkcjonowania psychicznego, szczególnie w grupie mężczyzn 70+ ze znacznym i głębokim uszkodzeniem słuchu. Wykazano podobną korelację w tzw. *zespole kruchości, wątłości (frailty)*. Im głębszy niedosłuch, tym większe poczucie kruchości opisywane w kwestionariuszu samooceny. Najprawdopodobniej wynika to z mniejszej aktywności społecznej, poczucia izolacji niedosłyszących seniorów, co z kolei może skutkować większymi problemami poznawczymi, wtórnie pogłębiając poczucie kruchości i pogarszając tym samym – jakość życia (Kamil i in., 2014, s. 84). Jak wynika z wcześniej przytaczanych danych niedosłuch seniorów, oceniana jako niższa jakość życia, pogłębia ich *poczucie niepełnosprawności* oraz subiektywne odczucie *gorszego zdrowia*. Można zatem postulować, że wada słuchu starszych osób wpływa negatywnie na ich dobrostan. Należy w sposób szczególny zadbać o włączenie ich w życie społeczne, jako działanie profilaktyczne przeciw: wykluczeniu, izolacji, a także problemom w funkcjonowaniu psychicznym i obniżeniu jakości życia.

## SPRAWNOŚĆ POZNAWCZA, OBJAWY DEMENCJI, PROBLEMY Z PAMIĘCIĄ

Na przestrzeni 20 lat wykonano i przeanalizowano wiele badań, których zadaniem było potwierdzenie (lub zaprzeczenie) wpływu wady słuchu starszych osób na obniżenie sprawności poznawczej, zwiększenie objawów demencji lub pojawienie się problemów z pamięcią. Zwrócono uwagę, że część symptomów demencji i wady słuchu pokrywa się. Ich podobieństwo może powodować trudności w określeniu pochodzenia objawów, a zatem kierunku wpływu zaburzeń na siebie. Jorgensen i wsp. (2014) stworzyli listę podobnych symptomów, należą do nich: izolacja społeczna, pogorszenie rozumienia, powtarzanie pytań, pogorszenie pamięci krótkotrwałej i roboczej, używanie stereotypowych, niewłaściwych słów, trudności z podążaniem za konwersacją (Jorgensen i in., 2014, s. 91). Autorzy raportu *Lancet Commis-*



*sion on Dementia* (2017) twierdzą, że do demencji przypisana jest kombinacja dziewięciu czynników ryzyka, które występując w średnim wieku, mogą świadczyć o pojawieniu się demencji w późniejszym wieku. Tabela 1 prezentuje przyczyny demencji, z podziałem na okresy życia. Oznacza to, że składnik pojawiający się w danym czasie zwiększa ryzyko pojawienia się demencji w późniejszym okresie. Z tego wniosek, że eliminacja danej nieprawidłowości w momencie wystąpienia, zmniejsza późniejsze ryzyko demencji.

**TABELA 1.** Czynniki ryzyka sprzyjające wystąpieniu demencji

Etap życia	Czynnik ryzyka	Procentowy udział
Młodość	Niskie wykształcenie	8%
Wiek średni	<b>Wada słuchu</b>	<b>9%</b>
	Nadciśnienie	2%
	Otyłość	1%
Starość	Palenie tytoniu	5%
	Depresja	4%
	Aktywność fizyczna	3%
	Izolacja społeczna	2%
	Cukrzyca	1%

Źródło: *Hearit Report Hearing Loss Numbers and Costs*, 2019, s. 93.

## ZATRUDNIENIE NIEDOSŁYSZĄCYCH OSÓB STARSZYCH

Przyjąć można, że bez względu na wiek, osoby niedosłyszające mają gorszą sytuację w poszukiwaniu i utrzymaniu pracy, jak również w samym miejscu pracy. Składa się na nią przede wszystkim mniejsza dostępność do pewnych zawodów, frustracja, stres, obwinianie się, zmęczenie (uwagi słuchowej), ograniczenia w integracji w miejscu pracy, ale również elementy dyskryminacji czy częstsze zwolnienia lekarskie.

Jest to obszar niezwykle istotny także dla starszych, niedosłyszających osób, chociażby w kontekście profilaktyki izolacji społecznej, funkcjonowania poznawczego czy demencji. Jednak ze względu na charakter grupy

docelowej oraz opracowania, temat ten został jedynie zasygnalizowany jako problem, który również wymaga uwagi. Aktywując seniorów z niedosłuchem, trzeba dać im szansę kontynuować pracę, warto też wspomagać w jej poszukiwaniu.

## **TRUDNOŚCI W SŁYSZENIU U OSÓB TRACĄCYCH SŁUCH Z WIEKIEM – OBJAWY**

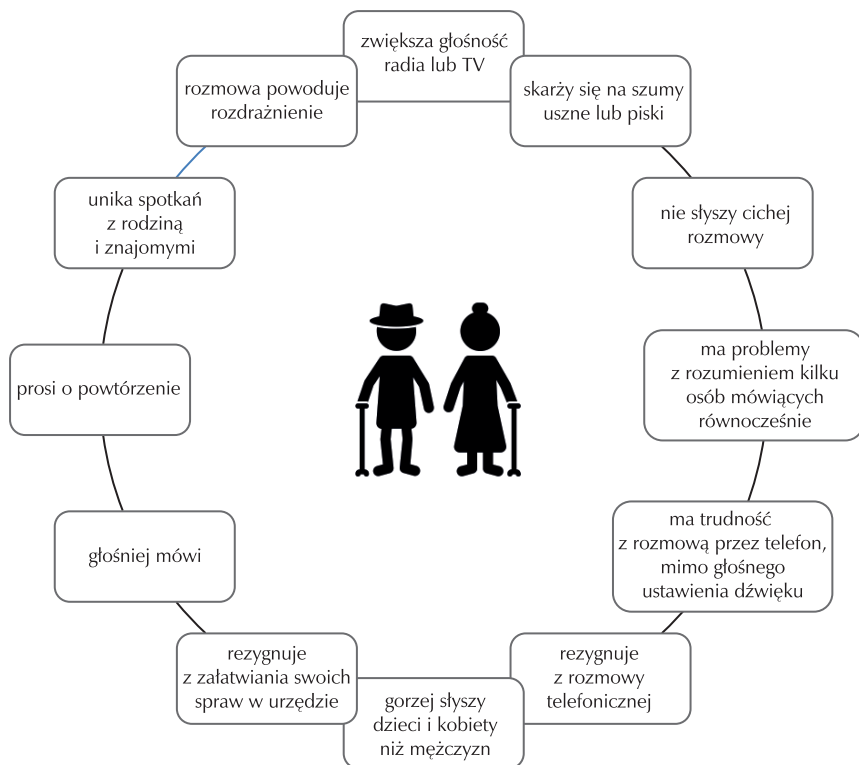
Należy pamiętać, że wada słuchu związana z wiekiem (*presbycusis*) jest pogłębiającym się, długotrwałym procesem obniżania ostrości słuchowej. W fazie początkowej niemal niezauważany przez chorego i jego otoczenie. Zdolności kompensacyjne oraz polisensoryczność odbioru bodźców ułatwiają maskowanie problemu. Jednak osiągając słuchowy próg tzw. wydolności społecznej, człowiek przestaje rozumieć dźwięki mowy, gdyż barierą są znacznie obniżone możliwości słuchowe. Najczęstsze problemy zgłaszane przez pacjentów tracących słuch obrazuje ryc. 1, s. 25.

Jeżeli przynajmniej z dwoma z powyższych obszarów osoba starsza ma trudności, warto zasugerować wizytę u lekarza specjalisty – audiologa. Dokona on oceny fizykalnej narządu słuchu oraz zleci badanie audiometryczne w celu potwierdzenia wady słuchu i pokieruje w odpowiednie miejsce protezowania słuchu. W takiej sytuacji niezmiernie ważne jest umiejętne wspieranie procesów:

- godzenia się z deficytem słuchu;
- diagnozy i leczenia specjalistycznego (laryngolog i/lub audiolog);
- doboru, akceptacji urządzenia wspomagającego słyszenie oraz nauki jego obsługi (protetyk słuchu);

W Polsce aparaty słuchowe są refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Dofinansowanie NFZ przyznawane jest raz na pięć lat. W celu jego uzyskania należy:

- 1) udać się do lekarza rodzinnego, który wystawi skierowanie do lekarza laryngologa lub p potwierdzeniu przez lekarza specjalistę uszkodzenia słuchu – poprosić o wypisanie zlecenia na aparat słuchowy;



**Ryc. 1.** Problemy w codziennym funkcjonowaniu pacjentów z uszkodzeniem słuchu  
 Źródło: opracowanie własne.

- 2) udać się do oddziału NFZ z uzyskanym wnioskiem w celu otrzymania dofinansowania. Inną możliwością jest wysłanie wniosku wraz z wynikiem audiogramu pocztą do właściwego dla miejsca zamieszkania oddziału NFZ;
- 3) po otrzymaniu potwierdzenia dofinansowania skierować się do firmy, która oferuje aparaty słuchowe i ma podpisaną umowę z NFZ (warto sprawdzić cenę aparatów także w innej firmie i sprawdzić czy w cenie zakupu zawarta jest także cena kolejnych ustawień parametrów akustycznych).

Wniosek należy zrealizować w podanym przez NFZ terminie.

Osoby, których dochody nie przekraczają ustalonego limitu (obecnie 1200–1600 zł na członka rodziny) mają ponadto możliwość dofinansowania z funduszy PFRON dysponowanych w zależności od gminy przez MOPS lub PCPR. Warunkiem jego otrzymania jest posiadanie grupy inwalidzkiej. Kwota dopłaty do aparatów różni się w poszczególnych powiatach i wynosi maksymalnie 150% dofinansowania NFZ.

W zależności od typu oraz stopnia uszkodzenia słuchu dobierane są indywidualnie ustawiane aparaty słuchowe. Jeżeli senior zdecyduje się na droższe rozwiązanie, będzie ono jedynie w części refundowane. Resztę dopłaca użytkownik aparatu słuchowego.

Zbiornicze informacje na temat dofinansowania i sposobów ich otrzymania są na bieżąco aktualizowane np. na stronach internetowych Polskiego Stowarzyszenia Protetyków Słuchu<sup>1)</sup>.

## **POMOC STARSZYM OSOBOM TRACĄCYM SŁUCH WRAZ Z WIEKIEM**

Uszkodzenie słuchu jest jedną z najczęstszych przyczyn niepełnosprawności wśród osób po 60. roku życia. Mając do dyspozycji rozwiązania techniczne wspomagające słyszenie, takie jak aparaty słuchowe czy implanty ślimakowe, teoretycznie można wyeliminować większość trudności, o których wspomniano. Tak się jednak nie dzieje. Z raportu GUS, opublikowanego w 2018 r. wynika, że tylko co szósta osoba starsza nie używała okularów lub szkieł kontaktowych. Pomimo korzystania z urządzeń „pomocniczych”, prawie co druga osoba miała problemy z widzeniem i dotyczyło to głównie osób najstarszych. W grupie 80+ problemy z widzeniem zgłaszało 67% tej populacji, z tego co piąta osoba deklarowała, że ma duże trudności z widzeniem lub w ogóle nie widzi. Równocześnie tylko co 12. osoba starsza używała aparatu słuchowego. Tu proporcje były odwrotne – z urządzeń wspomagających słyszenie najczęściej korzystali najstarsi – co szósta osoba w wieku 80 lat i więcej. Rozmowę z jedną osobą w cichym pomieszczeniu

---

<sup>1)</sup> <http://psps.pl/index.php?page=refundacja-na-aparaty-sluchowe>.

źle słyszała co czwarta osoba, ale wśród osiemdziesięciolatków – połowa, zaś co 10. osoba zadeklarowała duże trudności ze słuchem lub nawet zupełne niesłyszenie (GUS, 2018).

Można więc śmiało zadać pytanie – dlaczego tak wiele osób starszych z uszkodzonym słuchem nie używa aparatów słuchowych? Jest kilka możliwych czynników wpływających na niechęć do założenia lub odrzucenie urządzenia wspomagającego słyszenie (najczęściej aparatu słuchowego lub implantu ślimakowego). Na podstawie badań EHIMA (2019), wśród seniorów najczęściej pojawiają się poniższe argumenty:

- 1) zgłaszają problemy ze słyszeniem w trudnych warunkach akustycznych (hałas, szum, pogłos), pomimo próby noszenia aparatu;
- 2) odczuwają dyskomfort podczas noszenia (odgniecenia wkładki, pocenie się, ciężar aparatu na małżowinie usznej itp.);
- 3) słyszenie w aparacie nie odpowiada ich oczekiwaniom (jest gorsze niż pacjenci pamiętają);
- 4) są niezadowoleni z wcześniejszych prób protezowania i nie chcą próbować jeszcze raz;
- 5) boją się, że uszkodzą urządzenie lub/i nie poradzą sobie z obsługą;
- 6) mają wadę wzroku lub artretyzm, co utrudnia manipulację w obrębie tak małych urządzeń, jakimi są aparaty słuchowe lub procesor mowy;
- 7) bariera finansowa – są zniechęceni ceną (i/lub nie wiedzą o sposobach refundacji).

Uwagi te wskazują, że osobom z uszkodzeniem słuchu bezwzględnie potrzebna jest pomoc osób z najbliższego otoczenia czyli rodziny, a także pracowników socjalnych, opiekunów w DPS, opiekunki środowiskowe, opiekunów osoby starszej, opiekuna medycznego, asystenta rodziny. Często są to osoby, na które spada obowiązek przeprowadzenia starszej osoby z uszkodzonym słuchem przez proces diagnozy audiologicznej, zaopatrzenia w aparaty słuchowe i nauczania ich obsługi. Proponowany algorytm postępowania pomocowego w przypadku seniorów z uszkodzonym narządem słuchu ilustruje ryc. 2, s. 28.

Istotne znaczenie ma także przyjęcie przez osoby z rodziny lub pracowników socjalnych odpowiednich strategii postępowania w komunikacji,

Rozmowa z osobą, u której podejrzewamy niedosłuch.  
Uświadomienie problemów ze słuchem.



Rozmowa z rodziną.  
Wskazówki jak komunikować się z członkiem rodziny z uszkodzeniem słuchu.

- wolniejsze tempo mowy,
- dobrze widoczna twarz,
- użycie pisma ew. ekranu (laptop, smartfon).



Wizyta u specjalisty (audiolog).  
Niezbędna pomoc w umówieniu wizyty i towarzyszenie osobie z uszkodzeniem słuchu w trakcie badań i wizyty.



Zaopatrzenie w aparat słuchowy:

- wzmocnienie osoby niesłyszącej w decyzji zakupu/wypożyczenia aparatów słuchowych,
- zdobycie informacji odnośnie do sposobów refundacji aparatów słuchowych,
- ewentualnie zdobycie informacji o możliwości wypożyczenia aparatów słuchowych (banki aparatów).



Zakup/wypożyczenie aparatów słuchowych.  
Towarzyszenie w kolejnych etapach dopasowania:

- dorobienie wkładek dousznych (punkty protezowania słuchu),
- ustawienie optymalnych parametrów w aparacie słuchowym,
- obserwacja korzyści i trudności (dzienniczek słyszenia),
- ponowne ustawienie aparatu słuchowego.

**Ryc. 2.** Schemat postępowania pomocowego w przypadku seniorów podejrzewanych o wadę słuchu

Źródło: opracowanie własne.

których celem jest przekonanie osoby z uszkodzeniem słuchu do podjęcia działań rekompensujących.

**TABELA 2.** Postępowanie w przypadku osoby podejrzewanej o problemy ze słyszeniem

Trudności	Zagrożenia	Czego unikać?	Jak pomóc?
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bariera komunikacyjna</li> <li>• Trudności w słyszeniu</li> <li>• Rezygnacja z dotychczasowych aktywności</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wycofanie się z kontaktów społecznych oraz trudności w komunikowaniu się skutkować mogą zaniechaniem diagnozy, leczenia lub/i rehabilitacji</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oceny</li> <li>• Podejmowania codziennych decyzji za osobę z uszkodzeniem słuchu</li> <li>• Omijania, wyłączania z konwersacji</li> <li>• Podnoszenia głosu (może być odbierane jako poirytowanie)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Użycie pisma w komunikacji</li> <li>• Informacja powinna być kierowana bezpośrednio do osoby słuchającej</li> <li>• Twarz mówiącego powinna być dobrze widoczna</li> <li>• Zwolnienie tempa mowy oraz wyraźna artykulacja</li> <li>• Formułowanie krótkich, konkretnych komunikatów ustnych lub pisemnych (technika słów kluczowych)</li> <li>• Pomoc przy rejestracji do audiologa i przy zakupie oraz ustawieniu aparatu słuchowego</li> </ul>

Źródło: opracowanie własne.

## WNIOSKI

Badania EUROTRAK dla *The European Hearing Instrument Manufacturers Association* (www.EHIMAc.com) (2019) wykazały, że seniorzy szybciej decydują się na zakup aparatu słuchowego, gdy sami odczuwają dyskomfort związany z pogorszeniem słuchu lub zwracają im uwagę na tę zmianę zna-

zczyły dla nich ludzie (małżonek, zaufany opiekun społeczny) niż gdy sugeruje im to lekarz audiolog na podstawie przeprowadzonych badań słuchu (Annovum EuroTrak, 2019). W związku z tym konieczne jest zwiększenie świadomości o potrzebach osób z uszkodzeniem słuchu nie tylko w grupie dotkniętych pogorszeniem słuchu, lecz także, a może przede wszystkim, wśród ogółu społeczeństwa. Szczególną uwagę należy zwrócić na stan wiedzy na ten temat wśród osób zajmujących się zawodowo opieką i pomocą: pracowników socjalnych, opiekunów w DPS, opiekunki środowiskowe, opiekunów osoby starszej, opiekuna medycznego, asystenta rodziny oraz lekarzy rodzinnych, itp. Osoby te bowiem w skuteczny sposób mogą przyczynić się do usamodzielnienia, odzyskania lub umocnienia zdolności do funkcjonowania w społeczeństwie przez starsze osoby z uszkodzeniem słuchu.

## BIBLIOGRAFIA

- Annovum EuroTrak Poland by EHIMA. (2019). [https://www.ehima.com/wp-content/uploads/2019/11/Anovum\\_EuroTrak\\_2019\\_Poland.pdf](https://www.ehima.com/wp-content/uploads/2019/11/Anovum_EuroTrak_2019_Poland.pdf).
- Bieńkowska, K.I., Jedlińska, A., Zaborniak-Sobczak, M. (2017). Pacjent w wieku senioralnym z postlingwalnym ubytkiem słuchu – rola surdologopedy. *Annales Universitatis Pedagogicae Cracoviensis Studia Paedagogica III*, 8, 142–153.
- Billiox, B.J., Smith, B., Nath, A. (2016). Neurological Complications of Ebola Virus Infection. *Neurotherapeutics*, 13(3), 461–470. doi: 10.1007/s13311-016-0457-z.
- Bystrzanowska, T. (1971). *Audiologia kliniczna*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Comfort, A. (1979). *The biology of senescence*. New York: Elsevier.
- DeAntonio, R. i in. (2016). Epidemiology of otitis media in children from developing countries: A systematic review. *International Journal of Pediatric Otorhinolary*. Ireland: Elsevier.
- Geraci, J. (2011). *AAPR/American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). National Poll on Hearing Health. Results summary*. New York: Crux Research Inc.
- Gierek, T. (2005). Niedosłuch związany z wiekiem. W: M. Śliwińska-Kowalska (red.), *Audiologia kliniczna*. Łódź: Mediton. Oficyna wydawnicza.
- Huang, G. i in. (2010). Generational differences in the prevalence of hearing impairment in older adults. *American Journal of Epidemiology*, 171, 260–266.
- Jedlińska, A., Bieńkowska, K.I., Kuśmierczyk, J. (2016). W: A. Myszka (red.), *Zaburzenia mowy w wieku senioralnym. Głos – Język – Komunikacja*. T. 3 (s. 75–87). Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego.



- Jorgensen, L. i in. (2014). Evaluation of hearing status at the time of dementia diagnosis. *Audiology Today*, 26, 38–45.
- Kamil, R. i in. (2015). Factors associated with accuracy of subjective assessments of hearing impairment. *Ear and Hearing*, 36(1), 164–167.
- McKeage, M.J. (1995). Comparative adverse effect profiles of platinum drugs. *Drug Safety*, 13(4), 228–244.
- Monasta, L. i in. (2012). Burden of disease caused by otitis media: Systematic review and global estimates. *PLoS ONE*, 7(4). doi: 10.1371/journal.pone.0036226.
- Parnowski, T. (2013). Jak się starzejemy, wymiar biologiczny procesu starzenia się. W: *Edukacja osób starszych. Uwarunkowania. Trendy. Metody*. Wydawnictwo Stowarzyszenie Trenerów Organizacji Pozarządowych.
- Pruszewicz, A. (2003). *Audiologia kliniczna. Zarys*. Poznań: Wydawnictwa Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego.
- Seddon, J.A. i in. (2012). Hearing loss in patients on treatment for drug-resistant tuberculosis. *European Respiratory Journal*, 40(5), 1272–1286. doi: 10.1183/90031936.00044812.
- Shield, B. (2019). *Hearing loss – numbers and costs. Evaluation of the social and economic cost of hearing impairment*. London: Brunel University.
- World Health Organization. (2019). Addressing the rising prevalence of hearing loss. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/260336>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

## THE HEARING DAMAGE IN PEOPLE OF SENIOR AGE – IMPLICATIONS

### ABSTRACT

The article will present difficulties in everyday functioning related to hearing damage in people of senior age. The first part discusses epidemiology, causes and difficulties in the psychosocial functioning of older people who lose their hearing. Next, attention was paid to the role of information support that can be given by immediate family members, health care workers and/or social workers. Next, general rules of conduct are presented, thanks to which it will be easier to provide effective assistance to a person with hearing impairment. The final element of the work is to develop guidelines for the management and communication of an elderly person with hearing impairment.

**Keywords:** senior citizens, age-related hearing impairment, help, communication