

## Een gehoorapparaat moet niet alleen in het oor passen

Margaret von Faber

“The individual body should be seen as the most immediate, the proximate terrain where social truths and social contradictions are played out, as well as a locus of personal and social resistance, creativity, and struggle.”  
(Scheper-Hughes & Lock 1987)

*In dit artikel worden de onderzoeksresultaten gepresenteerd van gesprekken over de argumenten van slechthorende ouderen over het wel of niet aanschaffen van een gehoorapparaat. De ervaring van gehoorsvermindering, het zelfbeeld, de sociale context en prioriteiten in het functioneren bepalen in belangrijke mate hoe ouderen omgaan met slechthorendheid. Het verminderd gehoor bij ouderen werd tot onderwerp gemaakt van een interventiestudie. De auteur laat zien dat ouderen andere afwegingen maakten dan audiologen over de noodzakelijkheid van een gehoorapparaat.*

*[ouderen, slechthorendheid, audiologie, autonomie, interventiestudie]*

Soms krijgt het ouder wordende lichaam te maken met een plotselinge gebeurtenis die het functioneren beïnvloedt, bijvoorbeeld een botbreuk na een valpartij. Vaker echter gaan veranderingen in het functioneren langzaam en soms bijna onmerkbaar. Tot een bepaald punt, dan ineens wordt het merkbaar. Slechthorendheid is een voorbeeld van zo'n langzame lichamelijke achteruitgang bij ouderen. De geleidelijke vermindering van het gehoor die niet door andere oorzaken kan worden verklaard dan door fysiologische veroudering van het gehoorzintuig, wordt presbycusis genoemd. Volgens de richtlijnen van de Nederlandse Huisartsen (NHG-standaard 1997) is het een normaal ouderdomsverschijnsel waarbij harde geluiden als hinderlijk worden ervaren, het horen in een bepaalde richting gestoord kan zijn en het verstaan in een lawaaierige omgeving moeilijker is.

In de stad Leiden is in 1997 een studie gestart die inwoners van 85 jaar gedurende vier jaar volgt. De studie is getiteld “Succesvol Oud”<sup>1</sup> en is een samenwerkingsverband tussen de sectie Gerontologie & Geriatrie van het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) en de sectie Medische Antropologie van de Universiteit van Amsterdam. Het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) subsidieert deze studie

aangezien demografische ontwikkelingen uitwijzen dat de bevolkingsgroep van oudste ouderen in de toekomst sterk zal toenemen en het geïnteresseerd is in kennis over determinanten van ‘succesvol ouder worden’, zodat zij hierop beleid kan baseren.

In het eerste jaar van het onderzoek, is in een interventiestudie het gehoor getest bij 155 respondenten. Deze interventiestudie was een samenwerkingsverband tussen de audiologen (specialisten op het terrein van het gehoor, afdeling Keel-, Neus- en Oorkunde, KNO) van het LUMC en de onderzoekers van de studie “Succesvol Oud”. Respondenten met een verminderd gehoor werd een gehoorapparaat aangeboden. Dit betekende dat de arts-onderzoeker, na de gehoormeting, het gehoorapparaat bij de mensen thuis aanpaste en controleerde. Zij stelde ook de huisartsen van de betreffende deelnemers op de hoogte van de aanpassing. Een gehoorapparaat wordt gedeeltelijk vergoed door de ziektekostenverzekeraars, hetgeen betekende dat respondenten zelf ook een gedeelte moesten betalen. De grootte van dit bedrag is afhankelijk van het type hoorstelsel, maar bedraagt vaak meer dan tweehonderd gulden.

Al snel bleek dat drie van de vier respondenten met presbycusis geen gebruik wisten te maken van deze mogelijkheid.<sup>2</sup> Dit riep bij de arts-onderzoeker van de KNO de vraag op: Waarom weigeren ouderen met een slecht of verminderd gehoor deel te nemen aan een interventie die hun mogelijkheden kan vergroten? Als antropoloog binnen het onderzoeksteam, onderzoek ik door middel van gesprekken met ouderen hun beleving van het ouder worden, hun ideeën over ‘succesvol oud’ en de rol die gezondheid hierin speelt. Ik raakte geïnteresseerd in de gehoorsinterventie en het feit dat veel respondenten geen gebruik wilden maken van de mogelijkheid om een gehoorapparaat aan te schaffen. In samenwerking met de arts-onderzoeker van de KNO besloot ik een aantal van de respondenten, die eerder door haar waren bezocht en een advies voor een gehoorapparaat had gekregen, te vragen naar hun afwegingen.

In dit artikel wil ik antwoord geven op de vraag: Welke factoren beïnvloeden de individuele beslissing om wel of geen gehoorapparaat te nemen? Het artikel begint met het geven van algemene kenmerken van de deelnemers. Hierna zal ik factoren beschrijven die volgens ouderen een rol spelen in het nemen van hun beslissing over het wel of niet gebruik maken van de mogelijkheid een gehoorapparaat aan te schaffen middels het interventieprogramma. In het gedeelte over de medicalisering van slechthoerendheid zal ik visies van audiologen en ouderen op het ‘weigeren’ van deze interventie beschrijven.

### **Achtergrond**

Om inzicht te krijgen in de argumentatie van ouderen werd door middel van gesprekken met dertien vrouwelijke respondenten de keuze voor het wel of niet aanschaffen van een hoortoestel besproken. Van de dertien vrouwen, hadden er vijf een gehoorapparaat en wilden er acht geen gehoorapparaat aanschaffen. Alle vrouwen waren 85 op het moment dat de gesprekken plaatsvonden.

Negen vrouwen hadden problemen met hun mobiliteit. De verminderde mobiliteit werd voornamelijk veroorzaakt door slechtziendheid, hartproblemen, kortademigheid,

artrose en reuma. Een mevrouw verliet haar huis weinig omdat ze negatieve ervaringen had met een lekkende catheterzak van haar supra-pubis (buikwand) catheter. Slechts een mevrouw fietste nog vaak. Twee anderen fietsten niet meer, maar liepen vaak lange afstanden. Negen deelnemers waren weduwe, drie waren gehuwd, en een was ongehuwd. Voor alle vrouwen gold dat zij een of meerdere keren per week bezoek kregen van kinderen, familieleden of kennissen. Drie vrouwen waren actief in een vereniging of vrijwilligerswerk.

De vrouwen werden in overleg met de arts-onderzoeker van de afdeling KNO geselecteerd op grond van de volgende criteria: een verminderd gehoor volgens de metingen, de keuze voor het wel of niet aanschaffen van een gehoorapparaat, woonsituatie en vooral de bereidwilligheid om aan nog een onderzoek, het diepte-interview, medewerking te verlenen.

Uit literatuur blijkt dat vrouwen een iets groter sociaal netwerk hebben dan mannen en uitgewisselde emotionele steun relatief groter is (Deeg 1994). Aangezien dit wellicht gevolgen kan hebben voor de wensen en behoeften op het gebied van communicatie, én het kleine aantal ouderen in dit deelonderzoek, werd besloten alleen vrouwen te interviewen. Tevens werd gekozen voor zelfstandig wonenden<sup>3</sup> omdat we verwachtten dat bij dezen de vermindering van het gehoor direct gevolg zou kunnen hebben voor het sociale functioneren, waardoor argumenten voor het wel of niet aanschaffen van een gehoorapparaat duidelijk naar voren zouden komen.<sup>4</sup>

### **Autonomie**

“Ik vind het nog niet nodig” bleek een belangrijke uitspraak van de ‘weigeraars’ van de interventie. In deze zin werden verschillende woorden beklemtoond. Allereerst lag de nadruk op het woord *ik*, vervolgens op het *nog niet* en als laatste op *nodig*.

Zelf het moment bepalen waarop een gehoorapparaat nodig is werd door elf van de dertien vrouwen als belangrijkste aspect genoemd in het maken van de afweging. Zowel diegenen die wél, als die géén gehoorapparaat aanschaffen benadrukten dit. Autonomie betekent in dit verband dus het zelf nemen van de beslissing.

Ik maak zelf m'n keuzes. Ja, als ik zie dat het echt lastig wordt, dan maak ik er zelf werk van. Maar op het ogenblik vind ik het nog niet zo nodig.

Individualisme en autonomie zijn belangrijke culturele normen en waarden in de Nederlandse samenleving. Een individu behoort voor zichzelf te zorgen en zelfstandig beslissingen te nemen om problemen op te lossen. Hieronder vallen onder andere zorgen voor een goede financiële, psychische, lichamelijke en sociale conditie. Zelfstandigheid en zelfredzaamheid zijn waarden geworden van een zinvol leven (van Dongen 1997).

De overheid, gemeentes en de gezondheidszorg stimuleren deze waarden. Door middel van wetenschappelijk onderzoek, interventieprogramma's en hulpmiddelen die de zelfredzaamheid moeten vergroten legt men de nadruk op het zelfstandig functioneren van het individu. Dat dit niet alleen wordt ingegeven door culturele normen

maar ook uit economische overwegingen is te lezen in het rapport van het Sociaal en Cultureel Planbureau (1998). Om de kosten van intramurale voorzieningen terug te dringen, is wetgeving gemaakt die het gebruik van ondersteunende voorzieningen stimuleert. In de gemeente Leiden verzorgt de Stichting Dienstverlening tal van voorzieningen die specifiek gericht zijn op het welzijn van ouderen. Naast het bekende 'Tafeltje dek je', zijn er bijvoorbeeld de 'Klus aan Huis Dienst', een 'Boodschappen Begeleidingsdienst' en een 'Alarmerings- en Bereikbaarheidsvoorziening'. Er is 'Dagverzorging' voor wie zich ondanks aanwezige hulp van familie of thuiszorg niet goed meer kan redden en 'Visitekringen' voor ouderen die weinig contacten hebben. Ouderen kunnen gebruik maken van pedicure-diensten of 'Samen eten in de wijk' en 'Thuisadministratie' wordt op aanvraag verzorgd. Dit alles is gericht op het zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven wonen. Zelfredzaamheid is in dit verband niet alles zelf kunnen doen, maar wel zelf bepalen waar behoefte aan is, zodat hulpverleners ondersteuning kunnen bieden.

Het rapport van het Sociaal en Cultureel Planbureau (1998) beschrijft de verandering die zich in de afgelopen vijftig jaar heeft voltrokken in de Nederlandse gezondheidszorg. Cliënten zijn mondiger geworden en maken in samenspraak met de arts een keuze uit de beschikbare therapeutische mogelijkheden en worden op verzoek doorverwezen naar een specialist. Veel ouderen weten globaal welke voorzieningen er zijn. Wanneer ze iets niet precies weten, kunnen zij naar de huisarts of naar een zorginstelling bellen die hen zal informeren en doorverwijzen naar de juiste hulpverlening. Op het gebied van gezondheid wegen ouderen hun acties af tegen de klachten die ze ondervinden.

Dus ik was wel altijd bij een oogarts onder controle, ook in Den Haag, en die zei aldoor: "Nou, we zijn d'r nog niet aan toe". Maar toen ik op het station niet meer de borden kon lezen en niet meer de nummers van de bussen, toen ben ik weer naar hem toegegaan en ik zei; "Nou wil ik toch eigenlijk wel geopereerd worden!" Want... bedoel... dat is ook een hulp, als je in een ding niet meer... eh..kan.

Belangrijke culturele waarden als bijvoorbeeld zelfredzaamheid, sociaal actief zijn en een vitale en energieke uitstraling komen echter in het gedrang wanneer mensen hulpmiddelen 'weigeren' die hen in staat zouden stellen beter volgens die normen en waarden te functioneren (Schepers-Hughes & Lock 1987). Dat ouderen keuzes maken in het gebruik van voorzieningen heeft te maken met het stellen van prioriteiten in wat men zelf nodig vindt.

### **Prioriteiten**

De audiologen Jerger (1995) en Salamon (1988) gaan van het standpunt uit dat een verbetering van het gehoor de 'kwaliteit van leven' van de slechthorende verbetert. Het begrip 'kwaliteit van leven' is echter niet eenduidig en zal voor verschillende individuen onder verschillende omstandigheden wisselen van betekenis. De uitspraak: "*Ik vind het nog niet nodig*" houdt ook verband met prioriteiten die ouderen stellen met betrek-

king tot het hele functioneren. Het verminderd gehoor maakt hier slechts een gedeelte van uit.

De vrouwen die een hoortoestel nog niet nodig vinden, geven wel aan dat het gehoor verminderd is in de loop van de jaren. Ze hebben bijvoorbeeld gemerkt dat ze zich meer in moeten spannen om te luisteren of dat ze de tv wat harder gaan zetten.

*Mw.* Ja als je met een gezelschap bent he? Dat gaat in mekaar. Vroeger kon ik dat wel horen; als ze daar zitten te praten, als ze daar zitten te praten. Maar als je nou op een verjaardag zit, en dat had m'n man ook eigenlijk, dacht ik: Maar het is waar!

*M.* Ja? Wat verandert er dan?

*Mw.* Nou dat gaat gewoon, die ...letters gaan in mekaar zitten.

*M.* Alsof het één geluid wordt?

*Mw.* Ja. Ja.

*M.* Ja ja. En als u dan zegt, nou ga ik speciaal...

*Mw.* Oh, naar die luisteren, ja, dan gaat het wel. Maar vroeger... ik heb altijd een goed... had zo'n scherp gehoor, maar ik had geen last. Als ik daar hoorde en daar hoorde, kon ik het, zat met het ene oor daar te luisteren en met het andere oor daar te luisteren! Maar dat... vind ik, gaat niet meer, nee.

Ondanks deze ongemakken, vinden deze ouderen hun klachten nog niet zó dat zij hiervoor een gehoorapparaat willen aanschaffen. Tegelijkertijd, geven ze aan dat ze niet afwijzend staan tegenover het gebruik van een hoortoestel in de toekomst.

Nee hoor. Want ik ben d'r eerlijk in. Ik zeg niet: "Ik zou het nooit willen hebben", dat niet. Maar... zoals ik nú ben, niet!

Het feit dat deze ouderen geen gebruik wilden maken van de mogelijkheid tot gehoorsrevalidatie betekent echter niet dat zij helemaal geen gebruik maakten van aangeboden voorzieningen. Integendeel, naar aanleiding van dit onderzoek of naar aanleiding van eigen ervaren gezondheidsproblemen, ondernamen zeven van de acht mensen die nog geen gehoorapparaat wilden hebben op een ander vlak van het functioneren wél actie om hun situatie te verbeteren. Het regelen van vervoer, een aanvraag indienen voor een rollator, het halen van een verwijfsbrief bij de huisarts voor een staaroperatie, het laten doorspuiten van een oor of een inschrijving regelen voor een aanleunwoning zijn enkele voorbeelden. Men vond andere dingen op dat moment meer noodzakelijk. Het zolang mogelijk zelfstandig de boodschappen doen, desnoods met een rollator, kan dus een hogere prioriteit hebben dan het aanschaffen van een gehoorapparaat.

Hoe verhoudt het gehoorverlies zich tot andere aspecten van het functioneren bij deze groep ouderen? Bij de mensen met een verminderde mobiliteit buitenshuis is er een verschuiving in activiteiten opgetreden. Een mevrouw speelt nu bridge via de computer. Drie deelnemers die niet meer in het verkeer durven fietsen hebben een home-trainer aangeschaft om zo hun conditie op peil te houden. Een aantal ouderen stelt duidelijke prioriteiten in wat ze beslist willen doen. Een voorbeeld hiervan is een mevrouw die vóórdát zij boodschappen gaat doen haar medicijnen inneemt tegen angina pectoris. Lopend met de fiets aan de hand gaat ze naar de supermarkt en hangt op de

terugweg de boodschappentas aan het stuur omdat die te zwaar is om te dragen. De fiets is in plaats van een vervoersmiddel een hulpmiddel geworden.

Mede door een verminderde mobiliteit zijn lezen, handwerken en televisie kijken belangrijker activiteiten geworden. Ook is bridge een favoriete hobby die weinig problemen geeft bij slechthorendheid omdat er nauwelijks bij gesproken wordt. Acht van de dertien vrouwen gaan minder vaak weg dan vroeger en ze ontvangen meer bezoek thuis. Visite krijgen en op visite gaan wordt meestal van tevoren afgesproken. Het is meestal niet met teveel mensen bij elkaar, tenzij er een speciale gelegenheid is. Samenvattend kan worden gezegd dat activiteiten binnenshuis belangrijker zijn geworden voor de meesten. Wat betreft lichamelijk functioneren speelt er dus meer dan alleen het gehoorverlies.

Hoe de ouderen in dit onderzoek om gaan met hun mogelijkheden en beperkingen is onder meer waar te nemen bij de eerste verschijnselen van slechthorendheid. Niet alles gelijk kunnen *horen*, betekent dat men beter gaat *luisteren*. Gerichtere aandacht, afspreken op rustige plaatsen, achtergrondmuziek uitdoen tijdens visite of telefoongesprek en vragen om wat harder te praten, zijn de eerste oplossingen die mensen zelf bedenken.

Dat (ingespannen luisteren) heeft wél met het gehoor te maken. Maar ja, daar zou ik geen gehoorapparaatje voor nemen. Nee. Want ik probeer altijd, ergens, dat ik de mensen goed in d'r gezicht kan zien.

Het is belangrijk dat slechthorendheid en de klachten die mensen hiervan ondervinden gerelateerd wordt aan de behoeftes die mensen hebben én aan hun andere lichamelijke- en sociale mogelijkheden en beperkingen.

### **De sociale context**

De sociale context blijkt belangrijk bij het afwegen van het wel of niet nemen van een hoortoestel. In de sociale context zijn partner, de kinderen, familie en leeftijdsgenoten opgenomen. De partner heeft een grote invloed op het nemen van een hoortoestel omdat deze de beperkingen van het gehoor continu meemaakt en omdat men vaak als echtpaar samen functioneert. Beperkingen van de één hebben gevolgen voor het functioneren van de ander. Drie vrouwen die nu 'weigerden' hebben vroeger hun man gemotiveerd om een hoortoestel aan te schaffen. Het leidde echter bij hun echtgenoot niet tot de positieve resultaten die ze gewenst hadden. Van de vijf vrouwen die nu een gehoorapparaat willen aanschaffen zijn er twee gehuwd.

De kinderen hebben minder invloed. De meeste ouderen willen zélf de beslissing nemen en niet door de kinderen hiertoe overgehaald worden.

*Mw.* Want m'n dochter zit ook altijd maar te zaniken. Maar ze heeft niks te vertellen over me.

*M.* Maar wat zegt uw dochter dan?

*Mw.* Nou dat je het moet doen natuurlijk. "Nouja, meid, ik wacht nog wel even" zeg ik dan. Ja, je kan me wel eigenwijs vinden, maar ik ben nu eenmaal zo.

Er was één uitzondering: een mevrouw die op aandringen van de kinderen een gehoorapparaat had aangeschaft omdat zij haar televisie zo hard zette dat de burens er last van hadden.

Waarom hadden vijf deelnemers wel een gehoorapparaat aangeschaft? Redenen om deel te nemen aan de gehoorsinterventie waren het niet goed verstaan van de kinderen of partner in de eigen omgeving. Op het moment dat men beseft dat men belangrijke informatie niet meer hoort, komt er een omslag in het denken en is een beslissing nodig.

*M.* Maar waarom heeft u nu besloten om een gehoorapparaat te nemen? Te proberen?

*Mw.* Ja, als die kinderen zitten te praten versta ik die helft niet. Dan moeten ze echt hard tegen me praten. En dat vind ik ook vervelend.

*Mw.* Ik neem zélf de beslissing.

*M.* En hoe is dat dan gegaan?

*Mw.* Door de... nou eh... Ik durf niet meer... als ze hier zitten dan zitten ze te praten en nou dan zit ik erbij, dan fluisteren ze wat en eh dan zeg ik: "ja". Zeg ze: "Ma, luister je? Want het moet geen "ja" wezen, maar "nee". Ik zeg: "Ja, ik hoor het niet".

De aanwezigheid van hulp door kinderen, bejaardenhulp of buurman bleek voor drie ouderen een belangrijke factor in de beslissing een gehoorapparaat aan te schaffen. Bij deze personen was er sprake van lichamelijke aandoeningen zoals slechthoortendheid, artrose en verminderde mobiliteit die tot praktische problemen aanleiding gaven. Het zelfstandig afstellen, indoen of schoonmaken van het apparaat was niet mogelijk, of men kon het apparaat niet zelf oprapen als het op de grond viel. Desondanks kozen deze mensen toch voor het aanschaffen van een gehoorapparaat. Zij vonden het beter verstaan van anderen belangrijker dan de nadelen. De nadelen waren een gevoel van onmacht als het niet lukte zelf met het apparaat om te gaan en het om hulp moeten vragen. De mevrouw met de artrose was tevreden met haar gehoorapparaat, maar zei ook: "Nu ben ik weer een stukje afhankelijker".

Negatieve verhalen en ervaringen van familie en leeftijdsgenoten blijken een belangrijke rol te spelen in de afweging om géén hoortoestel aan te schaffen. Alle vrouwen kennen mensen in hun directe omgeving die teleurgesteld zijn in het gebruik van een gehoorapparaat.

*Mw.* Wij hadden nou nieuwjaarsreceptie hier (in de service-flat), en al die mensen waren vertegenwoordigd, beneden in de recreatiezaal, maar mijn zwager heeft natuurlijk zo'n gehoorapparaat aan één kant, en eh, maar dat moet ie wel af doen want dan is het een verschrikkelijk lawaai. Moet dat zijn.

*Hulp.* Of hij piept weer, hoor je ook heel vaak.

*Mw.* M'n vriendin heeft hem niet eens altijd in.

*Mw.* Nee, ik gebruik hem niet in een groter gezelschap, want dan hoor ik dan van mensen die een gehoorapparaat hebben dat het heel verwarrend is. Dat het teveel... ja, teveel geluid is, wat je eigenlijk niet kan onderscheiden met wie je wil spreken. Als het geluid veel harder wordt, ja, dat lijkt me dan een chaotisch iets.

*Mw.* Nee, want m'n man had..., ik heb zo'n ding staan, maar die is altijd... ruist teveel, en daar had ie ook gelijk aan natuurlijk! Het was een geruis en drukte op de achtergrond. Het wordt allemaal veel sterker. Je kan wel wat verstaan, maar die achtergronden worden ook allemaal sterker door zo'n apparaat.

### **Het gehoorapparaat als product**

Het gehoorapparaat als product heeft een negatieve bijklank bij elf van de dertien deelnemers. De helft van de vrouwen maakt een vergelijking met hulpmiddelen als bril en kunstgebit, die ook veel door ouderen gebruikt worden. Een bril en kunstgebit vindt men ook niet prettig, maar zij bieden wel een directe verbetering. Uit de verhalen van leeftijdsgenoten blijkt vaak dat een gehoorapparaat, in tegenstelling tot andere hulpmiddelen, niet direct het probleem oplost. Er komen juist andere klachten bij. Men moet wennen aan het apparaat in het oor of men gebruikt het af en toe. Men doet het alleen in tijdens bezoek of juist uit in bepaalde situaties, bijvoorbeeld tijdens het eten, omdat men last heeft van ongewenste bijgeluiden. In informatiefolders die men kan lezen in de wachtkamer van de huisarts, wijzen de voorlichters dan ook op het feit dat een slechthorende niet meer normaal horend wordt met een gehoorapparaat, maar door zoeken naar een bij hem/of haar passend toestel vermindering van klachten kan nastreven.

Het slechte imago van het gehoorapparaat is vooral veroorzaakt door de 'gewone' en eenvoudige apparaten die de afgelopen jaren verstrekt zijn. Deze apparaten versterken de geluiden. Dit werkt vaak goed in een situatie waarin mensen bijeen zijn in een rustige ruimte. Een gesprek met twee tot vier personen is dan beter te verstaan. Bovendien levert een telefoongesprek minder problemen op, evenals het luisteren naar televisie of radio.

In grotere ruimtes met veel mensen, levert zo'n gehoorapparaat echter wél problemen op. Alle geluiden, dus ook de ongewenste achtergrondgeluiden, worden versterkt. Geroezemoes, het geluid van lepeltjes die tegen kopjes tinkelen en muziek op de achtergrond, maken dat mensen die kakofonie van geluiden als heel vermoeiend ervaren. Bovendien kunnen zij net zomin als vóór het gebruik van het hoorapparaat het gesprek met een tafelgenoot of de overbuurvrouw volgen. Tegelijk willen mensen, bijvoorbeeld tijdens een receptie, met elkaar communiceren. Het niet goed verstaan, maar wel willen communiceren resulteert dan in heel ingespannen luisteren. Ingespannen luisteren is echter niet uren achtereenvolgens te houden en daardoor kan het voorkomen dat de drager van het hoorapparaat toch een verkeerd antwoord geeft, of – en dit wordt als een persoonlijke 'afgang' beschouwd – zijn of haar visie op het onderwerp van gesprek geeft terwijl de anderen het gespreksonderwerp al hebben afgerond en over iets anders aan het praten zijn. Ouderen vertelden me dat ze hierdoor besloten niet meer aan zulke sociale activiteiten deel te nemen, vanwege "de afgang" en het "toch maar de helft kunnen volgen". Een andere mogelijkheid die men kiest is dat men wel gaat, maar het gehoorapparaat uitlaat. Dat laatste is namelijk duidelijk. "Je bent gewoon doof". De omgeving zal er rekening mee moeten houden.



Het gevolg van de negatieve ervaringen van hoortoestel dragers is dat het ook de gedachten van andere mensen negatief beïnvloedt. Leeftijdsgenoten die geconfronteerd worden met een verminderd gehoor en een afweging moeten gaan maken voor een hulpmiddel krijgen deze beelden voor ogen als het onderwerp 'gehoorapparaat' aan bod komt.

*Mw.* Daar heb ik toen over nagedacht. Ik zeg; Nou in huis gebruik ik hem niet. Op straat gebruik ik hem niet en in gezelschap gebruik ik hem niet. Ik bridge nog een paar keer in de week, nouja, dan zo vlak tegenover elkaar. Dan heb ik er geen last van, dus waarom zal ik eraan beginnen?

*M.* Als je nou een gehoorapparaat zou hebben wat die achtergrondgeluiden erg 'bindt'?

*Mw.* Ja, daar zijn ze mee bezig heb ik eens gelezen, Maar of dat al in de praktijk is, dat weet ik niet. Ik denk: Jee... dat had iets voor m'n man geweest natuurlijk he, als je die geluiden weg had kunnen werken natuurlijk he... Dat je enkelst hoort wat je horen wil eigenlijk, als je zit te praten.

De combinatie van de ruimte waarin mensen vaak verblijven, hun activiteiten en de mogelijkheden van een apparaat bepalen mede de keuze. Ruimtes zijn van belang omdat een kleine kamer in een bejaardenhuis andere effecten heeft op het horen dan een vergaderzaal of een restaurant. Het is belangrijk of iemand regelmatig de kinderen en kleinkinderen op bezoek krijgt of de hele dag alleen thuis zit. Luistert iemand graag naar muziek, is iemand actief in commissies of is juist lezen de voornaamste bezigheid die de dag vult?

Jerger (1995) stelt dat men in audiologisch onderzoek onderscheid moet gaan maken tussen slechthorendheid in stilte en slechthorendheid in rumoerige ruimtes. De reden hiervoor is dat bij de eerste vorm een gehoorapparaat meer effect heeft dan bij de laatste vorm (Plomp & Festen 1996). Ook het verbeteren van de akoestiek in grote ruimtes, zoals conversatiezalen in bejaardencentra en serviceflats, kan een grote invloed hebben op het verstaan in rumoerige omgeving. Aan dit aspect van slechthorendheid bij ouderen is tot nu toe weinig aandacht besteed in audiologische literatuur. Een gehoorapparaat is dus niet altijd de remedie tegen slechthorendheid en kan ook valse verwachtingen wekken en daarmee tot frustratie en negatieve verhalen leiden.

## Tijd

Door de ouderen werd aangegeven dat de factor 'tijd' een rol speelt in het nemen van een definitieve beslissing. Met betrekking tot deze factor kunnen in dit onderzoek twee aspecten onderscheiden worden. Allereerst met betrekking tot het wennen en erkennen dat een hulpmiddel noodzakelijk kan zijn. Ten tweede is tijd verbonden met de discrepantie tussen het gemeten en het ervaren gehoorverlies.

In het eerste geval is tijd verbonden met de verandering in functioneren en het aanpassen van het individuele zelfbeeld. Bij ouderen is in de loop van de tijd, het verloop van het leven, het lichaam veranderd. Het is minder soepel en snel geworden en er

anders uit gaan zien. Ouder worden betekent voor veel mensen dat ze zich op een gegeven moment realiseren dat dingen veranderd zijn in vergelijking met een tijd geleden. Geleidelijk hebben ze zich aangepast aan die veranderingen bijvoorbeeld aan een langzamer tempo. Tegelijkertijd, zijn ze zichzelf gebleven. Er zit een tegenstelling in het ouder worden. Volgens de kalenderleeftijd kun je 85 zijn, maar je hoeft je niet 85 te voelen. Veel ouderen geven aan dat zij zich jonger voelen. Tyler (1995) noemt dit het verschil tussen de 'inside body' en de 'outside body'. De 'outside body' wordt biologisch, en in relatie met anderen, sociaal oud terwijl men van binnen relatief jonger kan blijven. Het verschil tussen de 'inside body' en de 'outside body' komt juist naar voren wanneer zich lichamelijke gebreken gaan voordoen die het functioneren direct beïnvloeden. Het zelfbeeld moet dan worden bijgesteld. Dit vraagt soms tijd om te wennen en oplossingen te bedenken die passen in het zelfbeeld.

*M.* Hoelang heeft u uw stok al?

*Mw.* Nou, ik denk een jaar, anderhalf. Of zoiets. En daar wou ik ook niet aan hoor!

*Hr.* Dan voelde ze zich oud (lacht).

*M.* Nee, waarom niet? Had u een beeld van mensen, van als je met een stok loopt, dan ben je oud?

*Mw.* Nee, dat niet, maar dat paste niet... bij *mijn*. Voor *mezelf* niet zo prettig. Nee, ik wou niet met een stok lopen. Ik met een stok! Die uren kon lopen! Nou met een stok lopen, nou! (verontwaardigd). Maar niet omdat ik me oud voelde! Dat niet!

*M.* Maar meer dat je dan een hulpmiddel hebt. Dat je het niet meer alleen kan doen?

*Mw.* Ja, Ja, daar komt het op neer!

Deze mevrouw vertelt waarom ze tijd nodig had om aan het idee van een hulpmiddel te wennen (een hoortoestel en een stok). Hoewel ze beseftte dat het hulpmiddel problemen zou kunnen oplossen, heeft ze zich er eerst tegen verzet. Pas na verloop van tijd heeft ze beide hulpmiddelen aangeschaft en constateert nu, achteraf, dat ze verbetering hebben gebracht in haar functioneren.

Jeger (1995) stelt dat voor de acceptatie van slechthorendheid tijd nodig is; soms wel tien jaar. Maar binnen een interventie-onderzoek is die tijd er niet. Mensen moeten binnen een periode van een paar weken beslissen over het wel of niet aanschaffen van een hulpmiddel.

De uitspraak dat het "nog niet nodig" is door de mensen die nog geen gehoorapparaat willen, houdt verband met het feit dat de noodzakelijkheid nog niet ervaren wordt. Het is nog niet zover. Voor hun gevoel zou gebruik maken van de interventie betekenen dat het gehoorapparaat preventief wordt aangeschaft.

En ik zei (tegen de arts-onderzoeker); "Jamaar, ik heb gewoon, ik doe nog helemaal... geen last!"

Nou op het ogenblik niet. Ik zeg: "Als ik echt last krijg, zoals mensen die elke keer moeten zeggen; "Wat zeg je?" "Dán, dan als er een hulpmiddel is, dan zou ik het ook zéker doen!"

Ik heb er nog geen behoefte aan. Ik bedoel, ik ga geen dingen nemen waarvan ik denk: nou dat kan nog wel eens makkelijk wezen.

Zeven van de acht mensen die nog geen gehoorapparaat willen, vertellen slechthorendheid pas een probleem te vinden wanneer ze één of twee personen in een gewoon gesprek in de eigen kamer niet meer kunnen verstaan.

Nee, ik vind het op het moment nog niet nodig. Maar wordt het erger, bijvoorbeeld als ik hier zit en u zat daar, en ik zou u niet verstaan, nou dan zeg ik; ik zal toch maar een gehoorapparaatje moeten, want ik versta er niks van. Maar dat is niet zo.

### **Medicalisering van slechthorendheid bij ouderen**

Blume (1997) wijst op het feit dat er door de medische wereld in eerste instantie van uit wordt gegaan dat mensen hun doofheid of slechthorendheid in dezelfde termen als professionele gezondheidswerkers en audiologen beschouwen. Er wordt aangenomen dat mensen er alles aan zullen doen om de technologische medische ontwikkelingen in hun voordeel te gebruiken. Wanneer mensen een gehoorapparaat afwijzen proberen audiologen dit te verklaren door bijvoorbeeld onderzoeken die relaties leggen tussen persoonlijkheidskenmerken, leeftijd, cognitie, depressie en het vermogen om te gaan met problemen (coping) (Andersson et al. 1995). Zo hoopt men inzicht te krijgen in de kenmerken van de groep 'weigeraars'.

In audiologische artikelen wordt 'weigering'<sup>5</sup> voornamelijk als probleem van oudere respondenten beschreven. Volgens het TNO-rapport over slechthorendheid (Chorus et al. 1995) hebben de ouderen wel last van een gehoorbeperking, maar komen ze niet voor hun probleem uit, schamen zich, zouden bang zijn dat ze niet normaal gevonden worden, of vinden het bij de ouderdom horen (geriopathie). Hierdoor hebben ze vaak een negatief beeld van gehoorapparaten en beïnvloedt dit het zoeken van hulp negatief. Angst voor stigmatisering wordt door Liston (1995) genoemd als oorzaak voor weigering. Het taalgebruik in audiologische literatuur over ouderen is over het algemeen negatief. Van de zijde van de ouderen is er een 'lack of motivation' (Franks & Beckman 1985) en hierdoor een afwijzing van hoortoestellen. Er wordt gesproken over 'Non applicants', 'non compliance' (Salamon 1988) en 'rejection'.

We weten allen hoe vaak iemand zijn/ haar problemen toeschrijft aan het feit dat "de mensen tegenwoordig veel onduidelijker spreken dan vroeger". [...] Een stoornis in het gehoor is een handicap, die geassocieerd is met een hele reeks vermeende ongunstige kenmerken, zoals dementie, gebrek aan vitaliteit, domheid enz. [...] ze (de ouderen) kunnen eenvoudig niet de vooroordelen waarmee ze opgegroeid zijn verzoenen met de situatie waarin ze zichzelf nu bevinden. [...] De ontkenning is niet anders dan een methode om een probleem te hanteren. Bij andere mensen lijkt de oorzaak van de ontkenning te zijn dat ze het associëren met oud worden (Ross 1992: 9).

Er bestaat ook nog het probleem van de 'poor compliance'; de helft van de slechthorenden draagt het hoortoestel minder dan 4 uur per dag (Liston et al. 1995). De oplossing wordt gezien in onder andere het aanpassen van het hoortoestel. Medische interventies moeten erop gericht zijn om het hoortoestelgebruik te verbeteren zoals door; "better

health education, surveillance and possibly case finding in 75 years and over" (Liston et al. 1995). Er moet meer informatie komen en de motivatie moet verhoogd worden, zodat op niet al te oude leeftijd pas een gehoorapparaat wordt aangeschaft (Parving & Philip 1991). Er moet een betere screening komen (Jerger 1995) en men moet tegenstand overwinnen (Franks & Beckman 1985).

Vanuit het perspectief van de respondenten in dit onderzoek is er echter helemaal geen sprake van een 'weigering'. Hiervoor zijn verschillende redenen. Ten eerste is de rol en de status van de onderzoeker van belang. De respondenten hebben toestemming gegeven voor het gehooronderzoek en voor hun gevoel hebben zij dus juist meegewerkt aan het onderzoek. De onderzoeker mocht langskomen en kon zelfs nog koffie krijgen. Na afloop van de vragenlijst en de toon-audiometrie, heeft de onderzoeker een advies uitgebracht op basis van de metingen en ervaren klachten. In dit advies werd het hoortoestel voorgesteld als een hulpmiddel met zijn mogelijkheden en beperkingen; niet in staat om het oorspronkelijke gehoor zoals dat vroeger was weer geheel te herstellen. Wanneer op dergelijke wijze een advies wordt uitgebracht, behoudt de respondent alle vrijheid om te kiezen.

[...] en geweigerd? Nee, ze heb niet gezegd: "Je móet hem nemen".

Een tweede oorzaak is dat het probleem helemaal niet als relevant werd ervaren. Het was op dat moment niet van belang voor de respondent.

M. Heeft u nou het gevoel... dat u... iets weigert? Zo van er wordt een mogelijkheid geboden, en ik zeg "Nee", of heeft u dat gevoel niet?

Mw. Nee. Ik bedoel, het ligt niet binnen m'n gezichtsveld! Ik weet niet hoe ik dat moet zeggen, helemaal niet aan de orde hier.

Mw. En ik stel het niet uit, omdat ik het niet wil! Of omdat ik het wel nodig heb maar, nouja, d'r tegen in ga... op de een of andere manier, maar ik denk; "Nou, ik red me nog voldoende!" Ik heb er nog geen last van. Laten we het zo zeggen.

Dat het gehoorverlies objectief is gemeten door middel van een audiogram, maakt op de respondenten weinig indruk. Veel belangrijker ervaren zij de klachten die ze onder vinden van het gehoorverlies in het dagelijks leven.

Mw. Wat dát betreft, ben ik zelfstandig en ik ga naar m'n eigen (mening) te werk. Want u kan niet horen of ik nou goed hoort.

M. Hm. Maar dan zeg ik (zogenaamd in de rol van arts): "Jamaar, ik heb het gemeten! Ik heb met allerlei apparaten dat gemeten! En het is minder geworden!" En wat zegt u dan?

Mw. Ja. Nou. Dan zal ik zeggen; "Nou is het minder geworden? Daar heb ik nog niks van kunnen merken!" Ja. Dat moet ik toch zelf merken? Als ik slechter ga horen: "Verdorie, dat ik dat nou niet verstaan heb, dat begrijp ik niet!". Dus dan mérk ik dat het slechter wordt.

Ouderen en audiologen kunnen verschillen van mening over de noodzakelijkheid van een gehoorapparaat omdat beiden een verschillende grens van slechthorendheid hanteren.

Volgens de metingen van audiologen en de criteria van 'slechthorendheid' kan iemand niet in staat zijn om 'normaal' te functioneren. De grens van 35 dB gehoorverlies is in dit onderzoek aangehouden omdat dit de grens is waarbij door de ziekteverzekeraars in Nederland een hoortoestel vergoed wordt. De ouderen uit dit onderzoek leggen de grens voor slechthorendheid verder. In hun definitie moeten er meer klachten zijn dan nu het geval is, dat wil zeggen: nog slechter horen. Dit is een andere norm dan de wetenschappelijke norm die gesteld is op het functioneren van jongere mensen die naar school gaan of werken. Het vervullen van de normale rollen zal volgens de criteria van audiologen niet meer kunnen, maar volgens de normen die ouderen hanteren gaat dit vaak nog wel, omdat ze andere sociale rollen vervullen dan jongeren en hierin in eerste instantie zelf aanpassingen kunnen zoeken. De aanleiding om een gehoorapparaat aan te schaffen ligt op het vlak van meer specifieke sociale problemen, in plaats van een vermindering van decibellen.<sup>6</sup>

Dit botst met de interventiegedachte van artsen. Het aspect van autonomie in non-compliance komt naar voren (Emke 1992): wie beslist wat nodig of wenselijk is. Het is bij ouderen in Nederland niet zo dat er een georganiseerde tegenstroom, een 'counter-rhetoric', op gang is gekomen zoals dit het geval was bij dove mensen (Blume 1997) en Aids activisten (Emke 1992). Hierbij werd het medisch beleid door patiënten en belangengroeperingen aangevochten. Dat het met betrekking tot slechthorendheid niet gebeurt, komt waarschijnlijk omdat ouderen het algemeen nut van een hoortoestel wel zien, alleen niet van de toestellen die *alle* geluiden versterken. Bovendien geven ze aan dat ze er niet afwijzend tegenover staan maar dat ze zelf willen bepalen wanneer ze het nodig vinden.

## **Besluit**

In dit artikel heb ik getracht weer te geven hoe een aantal ouderen in dit onderzoek denkt over slechthorendheid en welke factoren hun beslissing beïnvloeden om wel of geen gehoorapparaat aan te schaffen. Het blijkt dat hierbij meerdere afwegingen gelden. Het gehoorapparaat moet niet simpelweg alleen in het oor passen maar vooral in het zelfbeeld en de behoefte van de mensen.

Het verloop van de tijd speelt hierbij een rol. Presbycusis is een geleidelijke vermindering van het gehoor. Dit geeft mensen de gelegenheid om zich langzaam aan te gaan passen. Ook de sociale context speelt een grote rol, maar geen eenduidige. Advies van kinderen kan lijnrecht tegenover de negatieve ervaringen van leeftijdsgenoten uit de directe omgeving staan. Het gehoorapparaat moet daarbij ook nog passen in de omstandigheden waarin mensen het meeste last hebben van een verminderd gehoor en de ruimtes waarin ze het willen gebruiken. Patiënten, of in dit geval deelnemers aan een onderzoek, zijn in het algemeen geen 'blank sheets' wanneer ze in contact komen met artsen. Ze hebben verschillende ideeën en theorieën over mogelijke acties gevormd door informatie van bijvoorbeeld, familie, media en de medici (Donovan & Blake 1992).

Dit artikel over slechthorendheid bij ouderen laat de ambiguïteit zien die er bestaat met betrekking tot begrippen die vaak gehanteerd worden in relatie tot ouderen. Auto-

nomie bijvoorbeeld is geen eenduidig begrip. Een gehoorapparaat kan zowel gevoelens van autonomie vergroten als gevoelens van afhankelijkheid van anderen. 'Kwaliteit van leven' als uitgangspunt voor interventies wordt door wetenschappers en ouderen verschillend ingevuld. Audiologen richtten zich in dit onderzoek op het gehoor als bepalend voor 'kwaliteit van leven', vanuit het perspectief van ouderen is het een onderdeel van hun leven. Ouderen kunnen andere prioriteiten stellen. 'Kwaliteit van leven' als richtlijn voor interventies van buitenaf heeft dus beperkingen. Vanuit de optiek van ouderen is het minstens zo belangrijk om hierin zelf de regie in handen te houden, want dit bevordert juist het zelfvertrouwen en hierdóór de kwaliteit van leven.

## Noten

Margaret von Faber is als AIO verbonden aan de sectie Medische Antropologie van de Universiteit van Amsterdam en de sectie Gerontologie & Geriatrie van het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC). Ze werkt in Leiden, waar ze deel uitmaakt van een multi-disciplinair team dat zich met het 85+ onderzoek bezig houdt. E-mail: mvfaber@aig.azl.nl

Dank aan Leonie de Bont (arts-onderzoeker van de KNO) voor de prettige samenwerking in het gehooronderzoek. Met dank ook aan Els van Dongen, Sjaak van der Geest en de redactie van Medische Antropologie voor hun commentaar op eerdere versies van het artikel.

- 1 Het concept "Succesvol Oud" is in 1963 door Havighurst geïntroduceerd en wordt vanaf 1987 als leidinggevend concept in de gerontologie gebruikt. Succesvol Oud maakt het mogelijk om vanuit verschillende dimensies naar ouderdom te kijken. De belangrijkste waarde van dit concept bestaat uit het identificeren en steeds opnieuw oproepen van onderzoeksvragen. Succesvol Oud betekent voor sommige onderzoekers het bereiken van individuele doelen en gevoelens van welbevinden bereiken (Havighurst 1963; Baltes & Baltes 1990), voor andere onderzoekers zijn "Succesvolle Ouderen" diegenen die op alle vlakken optimaal functioneren, beter dan andere ouderen (Rowe & Kahn 1987).
- 2 Van de 155 respondenten hadden 113 mensen volgens audiologische criteria een verminderd gehoor. Van deze 113 respondenten hadden 71 mensen geen gehoorapparaat. Slechts 17 mensen wilden gebruik maken van de mogelijkheid tot gehoorsrevalidatie met behulp van een gehoorapparaat. Slechthorendheid werd gemeten met behulp van toon-audiometrie. Deze meting houdt in dat respondenten een koptelefoon opkrijgen en moeten aangeven op welke geluidssterkte zij tonen in de verschillende frequenties kunnen horen. Hiernaast werd een vragenlijst afgenomen over de ervaren beperkingen en handicaps van gehoorverlies: de verkorte Groninger Vragenlijst (Van den Brink 1995).
- 3 Onder zelfstandig wonen wordt volgens de criteria van de gemeente Leiden verstaan: een zelfstandige huur of koopwoning, een koop- of huur serviceflat of een aanleunwoning bij dienstencentrum of verzorgingshuis. Bij deze twee laatste woonvormen kunnen ouderen wanneer ze hier behoefte aan hebben, gebruik maken van de diensten in het diensten centrum zoals alarmering, een ontmoetingsruimte, een kapper, winkel, pedicure of ontspanningsactiviteiten. Eventueel nodige hulp of zorgverlening moeten ouderen zelf aanvragen bij de Stichting Thuiszorg Groot Rhijnland.

- 4 Uit teambesprekingen over 'Succesvol Oud' was inmiddels gebleken hoe moeilijk het was een onderscheid te maken tussen de eigen motivatie van ouderen en de invloed van bijvoorbeeld enthousiaste zorgverleners in een verzorgingshuis die ouderen naar sociale activiteiten brachten.
- 5 Compliance betekent letterlijk volgzzaamheid, gehoorzaamheid, meegaandheid en naleving van advies. In de medische literatuur betekent non-compliance vooral het niet opvolgen van advies. Van 'poor compliance' wordt gesproken wanneer advies niet goed wordt opgevolgd. Een voorbeeld hiervan is het minder medicijnen innemen dan wordt aangeraden door een arts (Donovan & Blake 1992). In medisch wetenschappelijk onderzoek wordt ook van non-compliance gesproken wanneer respondenten een interventie afwijzen.
- 6 Bij de ouderen, in dit deelonderzoek, die nog geen gehoorapparaat wilden aanschaffen, lag het gehoorverlies tussen de 37 dB en 57 dB. De score op de verkorte Groninger Vragenlijst (GVH) over ervaren klachten lag tussen de 20 en 33 (de score van 20 staat voor geen klachten en de score 80 staat voor alleen maar klachten).  
De ouderen die wel een gehoorapparaat wilden aanschaffen hadden een gehoorverlies van 48 dB tot 68 dB. Hun score op de GVH over ervaren klachten, lag tussen de 25 en 42, terwijl 35 dB tot 44 dB gehoorverlies wordt gecategoriseerd als licht of mild gehoorverlies. 45 dB tot 69 dB is matig gehoorverlies en 70 dB gehoorverlies en hoger is ernstig gehoorverlies (data van L. de Bont, arts onderzoeker).

## Literatuur

- Andersson, G. et al.  
1995 Dispositional optimism, dysphoria, health, and coping with hearing impairment in elderly adults. *Audiology* 34: 76-84.
- Blume, S.S.  
1997 The rhetoric and counter-rhetoric of a "bionic" technology. *Science, Technology & Human Values* 22(1): 31-56.
- Brink, R.H.S. van den  
1995 *Attitude and illness behaviour in hearing impaired elderly*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Chorus, A.M.J. et al.  
1995 Slechthorendheid in Nederland. Achtergrondinformatie bij een knelpuntennotitie. Leiden: TNO-rapport 95.076.
- Deeg, D.J.H. & M. Westendorp-de Serière  
1994 Autonomy and well-being in the aging population. Report from the Longitudinal Aging Study Amsterdam 1992-1993: 107-110.
- Dongen, E. van  
1997 Ongelukjes en niet-ongelukjes: Infantilisering en het oude lichaam. *Medische Antropologie* 9(1): 41-60.
- Donovan, J.L. & D.R. Blake  
1992 Patient non-compliance: Deviance or reasoned decision-making? *Social Science & Medicine* 34(5): 507-13.

- Eekhof, J.A.H. et al.  
 1997 Nederlands Huisartsen Genootschap Standaard Slechthorendheid. *Huisarts en Wetenschap* 40(2): 70-78.
- Emke, I.  
 1992 Medical authority and its discontents: A case of organized non-compliance. *Critical Sociology* 19(3): 57-80.
- Franks, J.R. & N.J. Beckmann  
 1985 Rejection of hearing aids: Attitudes of a geriatric sample. *Ear and Hearing* 6(3): 161-66.
- Jerger, J. et al.  
 1995 Hearing impairment in older adults: New concepts. *Journal of American Geriatrics Society* 43(8): 928-35.
- Liston, R. et al.  
 1995 Prevalence of hearing problems, and use of hearing aids among a sample of elderly patients. *British Journal of General Practice* 45: 369-70.
- Parving, A. & B. Philip  
 1991 Use and benefit of hearing aids in the tenth decade and beyond. *Audiology* 30: 61-69.
- Plomp, R. & J.M. Festen  
 1996 Slechthorendheid in stilte en in geroezemoes: Twee verschillende uitingsvormen van presbycusis. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 27: 14-19.
- Ross, M.  
 1992 Gehoorverlies: Erkennen of ontkennen? *Horen* 21(4): 8-12.
- Salomon, G. et al.  
 1988 Age-related hearing difficulties. *Audiology* 27: 164-78.
- Scheper-Hughes, N. & M. Lock  
 1987 The mindful body: A prolegomenon to future work in medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly* 1(1): 6-41.
- Sociaal en Cultureel Planbureau  
 1998 *Sociaal en Cultureel Rapport 1998*. Rijswijk: SCP.
- Tyler, B.S.  
 1995 Aging and identity. Some reflections on the somatization of the self. In: M. Featherstone & A. Wernick (eds), *Images of aging: Cultural representations of later life*. Londen: Routledge, pp. 245-60.