

Ewa Cieplińska
ORCID: 0000-0003-1811-7912
Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Tarnowie

Akceptacja utraty sprawności w słyszeniu a jakość życia seniorów

Acceptance of the Loss of Hearing Performance
and the Quality of Life of Seniors

ABSTRAKT

Celem artykułu jest zaprezentowanie rezultatów badań własnych dotyczących problematyki jakości życia osób starszych po 60. roku życia oraz poziomu akceptacji utraty sprawności w słyszeniu przez seniorów. Badania miały na celu zidentyfikowanie i określenie zależności między akceptacją utraty prawidłowego słyszenia a jakością życia seniorów z trudnościami w słyszeniu. Przedmiotem badań była jakość życia oraz związek jakości życia z poczuciem akceptacji utraty sprawności w słyszeniu u osób po 60. roku życia. W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankiety (WHOQOL-BREF – Skrócona Wersja Ankiety Oceniającej Jakość Życia; Wielowymiarowa Skala Akceptacji Trudności w Słyszeniu; Test przesiewowy z baterii TSOS). W artykule można się zapoznać z zagadnieniami teoretycznymi dotyczącymi jakości życia osób starszych z trudnościami w słyszeniu. Przedstawiono podstawy metodologicznych badań własnych i zaprezentowano wyniki przeprowadzonych badań oraz wnioski do wykorzystania w późniejszych działaniach na gruncie pedagogiki. Stwierdzono, że im wyższy poziom akceptacji utraty prawidłowego słyszenia, tym wyższa jakość życia badanych seniorów. Z badań wynika konieczność prowadzenia różnorodnych działań

SŁOWA KLUCZOWE

jakość życia, zdrowie,
trudności w słyszeniu,
akceptacja utraty
sprawności, starość

KEYWORDS

quality of life, health,
hearing difficulties,
acceptance of loss of
fitness, old age

SPI Vol. 25, 2022/1
e-ISSN 2450-5366

DOI: 10.12775/SPI.2022.1.002
Nadesłano: 18.01.2022
Zaakceptowano: 18.02.2022

mających na celu wspieranie seniorów z trudnościami w słyszeniu w ich psychospołecznym funkcjonowaniu. Niezbędne jest podnoszenie świadomości społecznej w obszarze jakości życia starszych osób z trudnościami w słyszeniu.

ABSTRACT

The article presents the results of research concerning the quality of life of older people over 60 and the level of acceptance of the loss of hearing performance by seniors. The research was aimed at identifying and determining the relationship between the acceptance of the loss of proper hearing and the quality of life of seniors with difficulties in hearing. The subject of the research was the quality of life and the relationship between the quality of life and the sense of acceptance of the loss of hearing performance in people over 60 years of age. The research took the form of a diagnostic survey using the questionnaire technique (WHOQOL-BREF – Short Version of the Quality-of-Life Survey; Multidimensional Acceptance Scale of Hearing Difficulties; Screening Test with TSOS battery). The article presents theoretical issues related to the quality of life of older people with hearing difficulties, with the methodological basis of this research being presented. The results from the conducted research are presented at the end of the article and a number of conclusions for subsequent activities in the field of pedagogy are drawn. It was found that the higher the acceptance level of the loss of correct hearing, the higher the quality of life of the surveyed seniors. The research shows the need to conduct various activities aimed at supporting seniors with hearing difficulties in their psychosocial functioning. It is necessary to raise social awareness in areas connected with the quality of life of older people with hearing difficulties.

Wstęp

Inspiracją do podjęcia omawianego tematu była chęć pomocy ludziom starszym, których jest coraz więcej w polskim społeczeństwie. Autorka skupiła się przede wszystkim na zagadnieniach związanych z trudnościami w słyszeniu. Inaczej bowiem funkcjonuje senior, który odbiera dźwięki dochodzące do niego z otoczenia bez zakłóceń lub w małym stopniu zniekształcone, a inaczej osoba, która ma duże problemy w zakresie prawidłowego słyszenia.

Jakość życia osób starszych z trudnościami w słyszeniu

Na początku zostaną wyjaśnione kluczowe pojęcia w zakresie przeprowadzonych badań: starość, trudności w słyszeniu związane z wiekiem oraz jakość życia.

W niniejszej pracy odnoszę się do definicji starości zaprezentowanej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) (Maciejewska 2015: 1111). WHO uznaje, że okres starości zaczyna się w 60. roku życia i dzieli go na trzy etapy. Pierwszy, nazywany okresem wczesnej starości, rozpoczyna się od 60. roku życia i trwa do 74. roku życia. W tym okresie z reguły aktywność zawodowa i społeczna jest przerwana, a sprawność ruchowa ulega na ogół ograniczeniu. Obserwuje się zmiany patologiczne różnych narządów. Od 75. do 89. roku życia mamy do czynienia z wiekiem starczym. Na tym etapie osobom starszym potrzebna jest rehabilitacja, specjalistyczna opieka geriatryczna oraz pomoc w codziennym funkcjonowaniu. Ostatni etap życia trwa od 90. roku życia do momentu śmierci. Czas ten nazywany jest długowiecznością (Kostka 2007: 285; Maciejewska 2015: 1111; Podhorecka 2018: 76–77). Należy jednak zaznaczyć, że przedstawiona przez WHO definicja zawiera podział mający na celu uporządkowanie grupy, jaką są osoby starsze. Nie zawsze poszczególne etapy starości wiążą się ze zmianami inwolucyjnymi i koniecznością specjalistycznego wsparcia. W dzisiejszym świecie jest coraz więcej seniorów, którzy w drugim i trzecim etapie starości są sprawni i samodzielni.

W literaturze medycznej występuje pojęcie głuchoty starczej – *presbycusis* (Gierek 2005: 299). Rozumiana jest ona jako „niedosłuch, występujący u osób w wieku podeszłym, który jest następstwem zmian inwolucyjnych w przebiegu starzenia się organizmu człowieka bez udziału dodatkowych szkodliwych czynników zewnętrznych” (Gierek 2005: 299). Głuchota starcza powstaje ze względu na zanik wsteczny odbiorczej części narządu słuchu. Zmiany obejmują ucho wewnętrzne, zwój spiralny i nerw ślimakowy, ośrodki i drogi słuchowe ośrodkowego układu nerwowego (Gierek 2005: 300). Ze względu na to, że głuchota starcza w rzadkich przypadkach powoduje całkowite uszkodzenie słuchu, w języku polskim proponuje się stosowanie innej nazwy. Jest ona bardziej precyzyjna w odniesieniu do trudności w słyszeniu związanych z wiekiem osób starszych. W tym przypadku należy mówić o starczym upośledzeniu słuchu lub starczym

niedosłuchu (*hypopraesbyacusis*) (Kilian 2020: 161). Zgodnie z najnowszymi doniesieniami, uważa się, że osoby starsze tracą prawidłowy słuch z powodu ograniczonej obecności hormonu aldosteronu. Odpowiedzialny jest on także za odpowiednie funkcjonowanie nerek oraz kontroluje poziom podstawowych sygnalizatorów w obrębie systemu nerwowego – potasu i sodu (Kilian 2020: 67).

W niniejszej pracy oparto się na definicji jakości życia zaproponowanej przez WHO, według której jest ona rozumiana jako „indywidualny sposób postrzegania przez jednostkę jej pozycji życiowej w kontekście kulturowym i systemu wartości, w którym żyje, oraz w odniesieniu do zadań, oczekiwań i standardów wyznaczonych uwarunkowaniami środowiskowymi” (Rostkowska, Skarżyński 2017: 44). Na jakość życia starszych osób wpływa wiele czynników, a za główny z nich WHO uznaje „aktywność społeczną ludzi starszych oraz ciągle ich uczenie się” (WHO, za: Kryszkiewicz 2006: 282).

Helena Sęk wskazuje na znaczące czynniki, które wpływają na poczucie jakości życia u osób starszych. Należą do nich „czynniki, które umożliwiają poczucie zadowolenia z życia, podtrzymywanie aktywności i samodzielności, poczucie bezpieczeństwa oraz satysfakcjonującą więź z ludźmi i ze światem” (Sęk, za: Steuden 2011: 164).

Natomiast Walenty Ostasiewicz twierdzi, że o jakości życia decydują trzy aspekty. Zalicza do nich aspekt ekonomiczny, społeczny i psychiczny (Ostasiewicz, za: Kaczmarczyk, Zrałek 2013: 25). Jakość życia w ujęciu ekonomicznym rozumiana jest jako dobrobyt materialny. Aspekt społeczny obejmuje infrastrukturę społeczną oraz usługi społeczne. Natomiast psychiczny aspekt jakości życia dotyczy subiektywnego odczucia jakości życia odbieranego przez człowieka (Kaczmarczyk, Zrałek 2013: 25).

Badania „Słuch polskich seniorów 2014”, które zostały wykonane pomiędzy 18 a 29 sierpnia 2014 roku (liczba respondentów wynosiła 500 osób), wskazują, że aż 77% seniorów w wieku 60 lat i więcej stwierdza, że ma problemy ze słuchem. Tylko 31% respondentów ma zdiagnozowany ubytek słuchu. Seniorzy zwracają uwagę na negatywne konsekwencje pogorszenia się słuchu, np. rezygnacja z rozmów telefonicznych czy spotkań z innymi osobami (por. *Raport: 77 proc. polskich seniorów...* 2014).

Badania przeprowadzone przez Katarzynę Kurkowską, Mateusza Cybulskiego, Annę Łobaczuk-Sitnik oraz Elżbietę Krajewską-Kułąk

(2018) zostaną opisane szczegółowo ze względu na podobną tematykę do przeprowadzonych przeze mnie badań. Celem ich badań było określenie jakości życia osób z zaburzeniami słuchu, które ukończyły 60. rok życia. Grupa respondentów składała się ze 100 losowo wybranych seniorów. Byli to klienci gabinetu audioprotetycznego w Białymstoku. Badania zostały prowadzone od lipca do sierpnia 2016 roku. Żaden z respondentów nie określił, że jego słuch jest bardzo dobry. Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono istotną statystycznie zależność pomiędzy niezadowoleniem z jakości życia a złą oceną własnego słuchu ($p = 0,017$). Prawie połowa badanych stwierdziła, że jest ogólnie zadowolona z jakości własnego życia. Jednym z wniosków z badań jest fakt, że niekorzystanie z aparatów słuchowych wpływa na znaczne obniżenie jakości życia wśród respondentów. Przeprowadzone badania ukazały także, iż respondenci najczęściej przyznawali się do noszenia aparatu słuchowego na jednym uchu, na które senior słyszał gorzej (Kurkowska, Cybulski, Łobaczuk-Sitnik, Krajewska-Kułak 2018: 123).

Metodologiczne podstawy badań własnych

Badania empiryczne miały na celu zidentyfikowanie i określenie zależności występujących pomiędzy ogólną jakością życia, indywidualną, ogólną percepcją własnego zdrowia oraz jakością życia w sferze psychologicznej, somatycznej, socjalnej i środowiskowej a akceptacją związaną z utratą sprawności w obrębie narządu słuchu u ludzi starszych po 60. roku życia.

Przedmiotem badań w niniejszej pracy była jakość życia oraz związek jakości życia z poczuciem akceptacji utraty sprawności w słyszeniu u osób po 60. roku życia.

W niniejszych badaniach problem został określony w następujący sposób: Jaka jest zależność między akceptacją utraty sprawności (trudności w słyszeniu związane z wiekiem) a jakością życia osób z trudnościami w słyszeniu?

Założono, że im wyższy poziom akceptacji utraty sprawności w słyszeniu, tym wyższy poziom ogólnej jakości życia, indywidualnej, ogólnej percepcji własnego zdrowia oraz jakości życia w sferze somatycznej, psychologicznej, socjalnej i środowiskowej. Im wyższy poziom zmniejszenia znaczenia cech fizycznych w stosunku do

innych wartości, poszerzania zakresu wartości, przeformułowania wartości względnych na wartości stałe oraz ograniczania skutków niepełnosprawności, tym wyższy poziom jakości życia seniorów. Dane dotyczące związku pomiędzy akceptacją pojawiających się trudności w życiu człowieka a jakością jego życia można odnaleźć w badaniach innych autorów (Witczak, Olejniczak, Skonieczna 2016; Kurkowska, Cybulski, Łobaczuk-Sitnik, Krajewska-Kułak 2018: 124).

Jako zmienna zależna została przyjęta jakość życia osób starszych po 60. roku życia z trudnościami w słyszeniu. Natomiast zmienną niezależną stanowił poziom akceptacji trudności w słyszeniu (poziom: znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości, poszerzenia zakresu wartości, przeformułowania wartości względnych na wartości stałe, ograniczenia skutków niepełnosprawności). Wybór przedstawionych wskaźników zmiennej zależnej był spowodowany zamiarem określenia, w jakim stopniu poziom danych sposobów akceptacji trudności w słyszeniu wpływa na jakość życia osób po 60. roku życia z trudnościami w słyszeniu.

W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Jeżeli chodzi o technikę badawczą, zdecydowano się na ankietę. Zastosowano następujące narzędzia badawcze – kwestionariusze: WHOQOL-BREF – Skrócona Wersja Ankiety Oceniającej Jakość Życia; Wielowymiarowa Skala Akceptacji Trudności w Słyszeniu, Test przesiewowy z baterii Trudności w Słyszeniu u Osób Starszych (TSOS).

Narzędzie WHOQOL-BREF – Skrócona Wersja Ankiety Oceniającej Jakość Życia zostało opracowane przez Światową Organizację Zdrowia w 2004 roku (World Health Organization 2004). Dzięki temu narzędziu możliwe jest poznanie poziomu jakości życia badanych w sferze środowiskowej, somatycznej, psychologicznej oraz socjalnej. Narzędzie to umożliwia także ocenę ogólnej jakości życia badanych oraz ich indywidualnej, ogólnej percepcji własnego zdrowia. Analizując szczegółowo domeny tego narzędzia, można zaobserwować, że w skład poszczególnych sfer jakości życia wchodzi następujące aspekty: (1) w zakresie fizycznego zdrowia wyróżnia się czynności życia codziennego, zależność od medycznych substancji oraz pomocy medycznej, energię, zmęczenie, mobilność, ból i dyskomfort, sen i odpoczynek, zdolność do pracy (WHOQOL-BREF. Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment.

Field Trial Version 1996); (2) sfera psychologiczna obejmuje obraz i wygląd ciała, negatywne uczucia, pozytywne uczucia, samoocенę, duchowość, religię, osobiste przekonania, myślenie, uczenie się, pamięć i koncentrację (WHOQOL-BREF. Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Field Trial Version 1996); (3) w skład skali socjalnej wchodzi osobiste zależności, wsparcie społeczne oraz aktywność seksualna (WHOQOL-BREF. Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Field Trial Version 1996); (4) ostatnia domena – środowiskowa – obejmuje zasoby finansowe, wolność, bezpieczeństwo fizyczne oraz ochronę, zdrowie i społeczną opiekę: jej dostępność i jakość, środowisko domowe, możliwości zdobycia nowych informacji i umiejętności, uczestnictwo i możliwości rekreacji i wypoczynku, fizyczne środowisko (zanieczyszczenie, hałas, ruch uliczny, klimat), transport (WHOQOL-BREF. Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Field Trial Version 1996).

Kolejne narzędzie, czyli Wielowymiarowa Skala Akceptacji Trudności w Słyszaniu, zostało zmodyfikowane na potrzeby wykonywanych przeze mnie badań. Narzędzie to pozwala na zdiagnozowanie struktury akceptacji trudności w słyszaniu. Pytania do respondentów zostały dostosowane w zależności od konkretnych trudności w słyszaniu. Pierwotna nazwa tego narzędzia to Wielowymiarowa Skala Akceptacji Utraty Sprawności. Autorami tego narzędzia są James M. Ferrin, Fong Chan, Julie Chronister i Chung-Yi Chiu. Polskiej adaptacji tego narzędzia dokonała Stanisława Byra (2017). Uzyskane dane przedstawiają natężenie określonych przemian wartości odzwierciedlających ich akceptację. W kwestionariuszu tym zawarte są pytania w czterech podskalach:

- I – Zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości.
- II – Poszerzenie zakresu wartości.
- III – Przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe.
- IV – Ograniczanie skutków niepełnosprawności.

Podskala „Zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości” polega na uznaniu „właściwości fizycznych za wartość drugorzędą [...], odzwierciedla się w przeniesieniu koncentracji z fizycznej atrakcyjności na cechy tworzące unikalny obraz osoby” (Byra 2017: 34–35). Podskala „Poszerzanie zakresu wartości”

dotyczy „zdolności osoby do postrzegania wartości w zdolnościach i celach, które nie zostały utracone w wyniku nabycia uszkodzenia. [...] Wright (1983) sugeruje, że zwiększanie zakresu wartości rozpoczyna się od rozpoznawania przez osobę istotności innych wartości niż te uznawane za utracone. Rozpoznanie takie stymulowane jest różnorodnymi doświadczeniami, m.in. potrzebą zarządzania działaniami, czynnościami dnia codziennego czy poszukiwaniem ulgi od bycia przepełnionym żalem, przeciążonym tęsknotą za przeszłym życiem. [...] W rezultacie osoba kładzie nacisk na realizację możliwych do osiągnięcia wartości” (Byra 2017: 34). Trzecia podskala – „Ograniczanie skutków niepełnosprawności” to postrzeganie „niepełnosprawności jako jednej z cech, występującej, ale nie decydującej, nie najważniejszej w definiowaniu własnej osoby” (Byra 2017: 35). Ostatnia podskala – „Przekształcanie wartości względnych na wartości stałe” świadczy o „rozpoznawaniu przez osobę swoich unikalnych cech i zdolności bez dokonywania porównań do zewnętrznego, często nieosiągalnego standardu czy przyjmowanego wzorca” (Byra 2017: 35). Otrzymane wartości z poszczególnych twierdzeń „wskazują na natężenie określonych przemian wartości odzwierciedlających akceptację wartości” (Byra 2017: 47).

Próba badawcza obejmowała 207 osób po 60. roku życia z trudnościami w słyszeniu. Respondenci, którzy zakwalifikowali się do badań, musieli spełnić następujące kryteria: zaobserwowanie trudności w prawidłowym słyszeniu najwcześniej po ukończeniu 40. roku życia oraz występowanie subiektywnych trudności w prawidłowym słyszeniu. Do określenia, czy dany respondent posiada subiektywne trudności w słyszeniu wykorzystano „Test przesiewowy z baterii TSOS”, autorstwa Ewy Domagały-Zyśk (wykorzystane narzędzie otrzymano bezpośrednio od autorki TSOS). „Test przesiewowy” podaje informację, czy dana osoba ma trudności w słyszeniu w stopniu lekkim, umiarkowanym, znacznym czy głębokim. W celu zakwalifikowania się do badań osoby starsze musiały uzyskać minimum 4 punkty w skali 20-punktowej.

Badania zostały przeprowadzone na terenie całej Polski w okresie od marca do grudnia 2019 roku. Podczas całego procesu badawczego rozdano łącznie 407 kwestionariuszy. 81 kwestionariuszy nie zostało zakwalifikowanych do badań ze względu na brak spełnienia kryteriów założonych w badaniach. 119 kwestionariuszy nie zostało

oddanych przez seniorów. Kwestionariusze były wypełniane w obecności autorki artykułu lub asystenta – specjalnie przeszkolonej do tego celu osoby.

Badane osoby starsze były w wieku od 60 do 96 lat. Badana grupa obejmowała więcej kobiet (62,7%) niż mężczyzn (37,3%). Najwięcej badanych miało średnie wykształcenie (42,5%), następnie – wykształcenie zawodowe (26,1%), wyższe (22,2%) oraz podstawowe (9,2%). Respondenci zamieszkiwali głównie tereny dużych miast (43,7%). Z terenów wiejskich i małych miast liczba respondentów była taka sama (po 28,1%). Najliczniejszą grupę osób starszych stanowili renciści i emeryci (88,5%). 9,6% badanych deklaroowało pracę na pełny etat. Tylko 1,9% badanych pracowało zawodowo na część etatu lub dorywczo. Najwięcej badanych miało umiarkowane trudności w słyszeniu (54,1%). Na następnym miejscu plasowali się respondenci z lekkimi trudnościami w słyszeniu (17,2%). Grupy badanych należące do osób ze znacznymi i głębokimi trudnościami w słyszeniu były równe (po 14,4%).

W odniesieniu do analizy i interpretacji zebranych danych zastosowano następujące metody analizy statystycznej: średnia (M), odchylenie standardowe (SD), rho Spearmana (ρ), rho Pearsona (r), istotność statystyczna (p), metoda analizy skupień k -średnich.

Jednym z ograniczeń przeprowadzonych badań było ujęcie tylko małego wycinka rzeczywistości badawczej. Zagadnienie dotyczące jakości życia jest wielowymiarowe i ma charakter dynamiczny. Przeprowadzone badania mają charakter poprzeczny.

Ograniczeniem badań może być również przewaga twierdzeń zamkniętych w narzędziach. Świadczy to o przewadze charakteru ilościowego nad jakościowym w procesie badawczym. Badania prowadzone w taki sposób przybliżają w pewnym stopniu rzeczywistość badaną. Mankamentem badań z przewagą komponentu ilościowego jest przedstawienie materiału badawczego w sposób powierzchowny. Usprawiedliwieniem wyboru badań ilościowych, a nie jakościowych, jest możliwość analizowania ich w obiektywny sposób. Zwiększenie komponentu jakościowego zapewniłoby jednak bardziej pogłębione zapoznanie się z omawianym zagadnieniem.

Wyniki badań

Analiza danych wskazuje na istotne zależności między jakością życia badanych osób a wynikami w poszczególnych podskalach Wielowymiarowej Skali Akceptacji Trudności w Słyszaniu (WSATS). Najwyższą jakość życia jest wśród respondentów, którzy stosują w swoim życiu przede wszystkim sposoby mające na celu przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe (podskala 3: $M = 32,62$; $SD = 5,36$). Nieco niższą jakość życia notuje się u seniorów, którzy stosują ograniczanie skutków niepełnosprawności (podskala 4: $M = 31,83$; $SD = 4,51$). Na niższym poziomie znajduje się podskala 1 – zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości ($M = 29,21$; $SD = 4,31$). Najniższą jakością życia charakteryzują się osoby, które starają się poszerzać zakres wartości (podskala 2: $M = 28,98$; $SD = 4,97$).

Poniżej zostanie zaprezentowana istotność statystyczna oraz rho dla poszczególnych podskal z WSATS w odniesieniu do ogólnej jakości życia oraz indywidualnej, ogólnej percepcji własnego zdrowia.

W odniesieniu do ogólnej jakości życia w poszczególnych podskalach WSATS respondenci uzyskali następujące wartości istotności statystycznej: podskala 1 ($p = 0,011$), podskala 2 i podskala 3 ($p < 0,001$), podskala 4 ($p = 0,001$). Wszystkie uzyskane dane w tym obszarze są istotne statystycznie. Natomiast rho dla poszczególnych podskal jest następujący: podskala 1 ($\rho = 0,18$), podskala 2 ($\rho = 0,27$), podskala 3 ($\rho = 0,37$), podskala 4 ($\rho = 0,23$). Kierunek korelacji we wszystkich podskalach w odniesieniu do ogólnej jakości życia badanych jest dodatni. Świadczy to o tym, że im wyższy poziom poszerzenia zakresu wartości, zmniejszenia znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości, przeformułowania wartości względnych na wartości stałe oraz ograniczenia skutków niepełnosprawności, tym wyższy poziom ogólnej jakości życia badanych.

Tak samo jak w przypadku ogólnej jakości życia, indywidualna, ogólna percepcja własnego zdrowia ma dodatni kierunek korelacji. Dzięki temu wiemy, że im wyższy poziom poszerzenia zakresu wartości, zmniejszenia znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości, przeformułowania wartości względnych na wartości stałe oraz ograniczania skutków niepełnosprawności, tym wyższy poziom indywidualnej, ogólnej percepcji własnego zdrowia.

Wskaźnik korelacji w poszczególnych podskalach WSATS jest następujący: podskala 1 ($\rho = 0,12$), podskala 2 ($\rho = 0,22$), podskala 3 ($\rho = 0,22$), podskala 4 ($\rho = 0,11$). Istotność statystyczna w podskalach 2 i 3: $p = 0,001$. Natomiast dane dotyczące podskal 1 i 4 są nieistotne statystycznie (podskala 1: $p = 0,097$; podskala 4: $p = 0,119$).

Kolejno zostanie przedstawiona korelacja Pearsona (r) oraz istotność statystyczna dla poszczególnych podskal WSATS w stosunku do konkretnych domen jakości życia. Wszystkie dane są istotne statystycznie. Istotność statystyczna dla somatycznej i psychologicznej domeny jakości życia przedstawia się następująco: podskala 1: $p < 0,001$; podskala 2: $p < 0,001$; podskala 3: $p < 0,001$; podskala 4: $p = 0,000$. Dla socjalnej sfery jakości życia wskaźnik istotności statystycznej jest następujący: podskala 1 i 4: $p = 0,000$; podskala 2 i 3: $p < 0,001$. Natomiast dla sfery środowiskowej wszystkie wskaźniki istotności statystycznej są takie same ($p < 0,001$).

Kierunek korelacji r jest dodatni. Im wyższy poziom poszerzenia zakresu wartości, zmniejszenia znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości, przeformułowania wartości względnych na wartości stałe oraz ograniczania skutków niepełnosprawności, tym wyższy poziom poszczególnych sfer jakości życia (somatycznej, psychologicznej, socjalnej, środowiskowej). Współczynnik korelacji dla poszczególnych domen jakości życia jest następujący: somatyczna sfera (podskala 1: $r = 0,37$; podskala 2: $r = 0,32$; podskala 3: $r = 0,40$; podskala 4: $r = 0,29$); psychologiczna sfera (podskala 1: $r = 0,32$; podskala 2 i 3: $r = 0,42$; podskala 4: $r = 0,30$); socjalna sfera (podskala 1 i 4: $r = 0,29$; podskala 2: $r = 0,40$; podskala 3: $r = 0,37$); środowiskowa sfera (podskala 1 i 3: $r = 0,36$; podskala 2: $r = 0,38$; podskala 4: $r = 0,30$). Najwyższy współczynnik korelacji wśród uzyskanych danych występuje w przypadku psychologicznej sfery jakości życia w odniesieniu do podskal 2 i 3 (siła umiarkowana). Dane ilustruje tabela 1.

Tabela 1. Sposób akceptacji trudności w słyszeniu przez respondentów a jakość ich życia w sferze somatycznej, socjalnej, środowiskowej i psychologicznej (r, p) – (N = 207)

Skala WSATS	rho Pearsona (r) / Istotność statystyczna (p)							
	Somatyczna sfera jakości życia		Psychologiczna sfera jakości życia		Socjalna sfera jakości życia		Środowiskowa sfera jakości życia	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Podskala 1 – zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości	0,37	p < 0,001	0,32	p < 0,001	0,29	p = 0,000	0,36	p < 0,001
Podskala 2 – poszerzenie zakresu wartości	0,32	p < 0,001	0,42	p < 0,001	0,40	p < 0,001	0,38	p < 0,001
Podskala 3 – przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe	0,40	p < 0,001	0,42	p < 0,001	0,37	p < 0,001	0,36	p < 0,001
Podskala 4 – ograniczanie skutków niepełnosprawności	0,29	p = 0,000	0,30	p = 0,000	0,29	p = 0,000	0,30	p < 0,001

Źródło: Badania własne.

Poniżej zostanie przedstawiona zależność pomiędzy akceptacją utraty sprawności w słyszeniu a jakością życia respondentów za pomocą metody analizy skupień k-średnich. Na początku będą ukazane wartości dla średniej dwóch wyodrębnionych grup. We wszystkich podskalach grupa 1 uzyskała wyższą średnią. Jest ona następująca dla poszczególnych podskal w obu podgrupach: (1) zmniejszenie znaczenia cech fizycznych: M1 (średnia dla grupy pierwszej) wynosi 3,05; M2 (średnia dla drugiej grupy) równa się 2,66; (2) poszerzenie zakresu wartości: M1 to 3,14; M2 wynosi 2,39; (3) przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe: M1 to 3,20; M2 równa się 2,47; (4) ograniczanie skutków niepełnosprawności: M1 wynosi 3,05; M2 to 2,57.

Wszystkie uzyskane wyniki są istotne statystycznie. Istotność statystyczna dla poszczególnych podskal wynosi p < 0,001. Wartość F jest następująca – podskala 1: 44,008; podskala 2: 202,874; podskala 3: 206,119; podskala 4: 86,375.

Do pierwszej grupy zakwalifikowano 140 badanych. Natomiast w drugiej grupie znalazło się 67 osób. Każda z grup zostanie przedstawiona osobno ze względu na wartości odchylenia standardowego. W pierwszej grupie odchylenie standardowe (SD1) uzyskało następujące wartości (podskala 1: SD1 = 0,33; podskala 2: SD1 = 0,32; podskala 3: SD1 = 0,31; podskala 4: SD1 = 0,30). Dla drugiej grupy odchylenie standardowe (SD2) wynosi: podskala 1 (SD2 = 0,51); podskala 2 (SD2 = 0,41); podskala 3 (SD2 = 0,40); podskala 4 (SD2 = 0,43). Za pomocą analizy skupień można scharakteryzować obie grupy w zakresie jakości życia badanych. We wszystkich sferach jakości życia wyższa średnia jest w grupie 1. Poza średnią można przedstawić odchylenie standardowe dla obu grup. Dla ogólnej jakości M1 to 3,81; M2 równa się 3,36 (SD1 = 0,60; SD2 = 0,88). Dla percepcji zdrowia wartości są następujące: M1 = 3,17; M2 = 282 (SD1 = 0,91; SD2 = 1,01). Dla somatycznej sfery M1 to 12,94; M2 równa się 11,82 (SD1 = 1,49; SD2 = 1,83). Dla psychologicznej sfery M1 jest w zakresie 14,02; M2 równa się 12,42 (SD1 = 1,81; SD2 = 2,30). W socjalnej sferze M1 wynosi 14,39; M2 równa się 11,87 (SD1 = 3,11; SD2 = 3,33). Dla środowiskowej sfery M1 to 14,60; M2 wynosi 13,01 (SD1 = 2,07; SD2 = 2,41).

W dalszej kolejności zostanie przedstawiona istotność statystyczna w odniesieniu do jakości życia respondentów (metoda analizy skupień k-średnich). Wszystkie dane są istotne statystycznie dla jakości życia badanych. We wszystkich przypadkach, poza indywidualną, ogólną percepcją własnego zdrowia, istotność statystyczna wynosi $p < 0,001$. W przypadku indywidualnej percepcji zdrowia $p = 0,013$.

Wnioski z badań

Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że im wyższy poziom akceptacji utraty sprawności (zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do wartości, poszerzenie zakresu wartości, przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe, ograniczanie skutków niepełnosprawności), tym wyższy poziom ogólnej jakości życia, ogólnej, indywidualnej percepcji własnego zdrowia oraz jakości życia w poszczególnych jej sferach.

Akceptacja utraty sprawności związana z pojawieniem się trudności w słyszeniu u seniorów w zakresie ogólnej jakości życia badanych

uzyskała wszystkie wyniki istotne statystycznie. Korelacja w zakresie zmniejszenia znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości jest słaba. Natomiast w zakresie poszerzania zakresu wartości, przeformułowania wartości względnych na wartości stałe oraz ograniczania skutków niepełnosprawności stwierdzono korelację niską.

Jeśli chodzi o akceptację utraty sprawności w odniesieniu do indywidualnej, ogólnej percepcji własnego zdrowia, uzyskane dane są istotne statystycznie jedynie w zakresie poszerzania zakresu wartości (korelacja niska) oraz przeformułowania wartości względnych na wartości stałe (korelacja niska).

W zakresie poszczególnych sfer jakości życia wszystkie uzyskane dane są istotne statystycznie. Korelacja we wszystkich danych, poza przeformułowaniem wartości względnych na wartości stałe w zakresie psychologicznej domeny jakości życia, jest niska. Natomiast w obszarze psychologicznej sfery życia jest umiarkowana.

Potwierdza się hipoteza, że występuje związek między akceptacją utraty sprawności (dobrego słyszenia) przez badanych a jakością ich życia – im większa akceptacja utraty sprawności, tym wyższa jakość życia.

Dążąc do poprawy jakości życia wśród osób starszych po 60. roku życia z trudnościami w słyszeniu, nie można poprzestać jedynie na poszerzeniu wiedzy w zakresie omawianego zagadnienia oraz analizie i interpretacji przedstawionych badań. Najistotniejsze jest wprowadzenie zmian do praktyki pedagogicznej.

Warto organizować spotkania dla seniorów z trudnościami w słyszeniu, zapraszając na nie osoby dobrze funkcjonujące, pomimo trudności w prawidłowym słyszeniu. Pozytywny przykład pomoże innym seniorom dążyć do podnoszenia jakości swojego życia.

Podnoszenie poziomu jakości życia w grupie seniorów zależy także od wsparcia społecznego, m.in. informacyjnego, ekonomicznego, emocjonalnego, zarówno tego bliższego (rodzina, znajomi), jak i dalszego (organizacje o charakterze pomocowym). Istotne jest zorganizowanie odpowiednich grup wsparcia dla starszych osób z trudnościami w słyszeniu w lokalnych środowiskach. Interesujące byłoby nawiązanie współpracy w tym zakresie między miastami partnerskimi. Umożliwiłoby to wymianę doświadczeń i szersze spojrzenie na problemy ludzi starszych z trudnościami w słyszeniu. Dzięki

nawiązaniu odpowiedniej współpracy, ludzie starsi mogliby poznać osoby z podobnymi trudnościami.

Istotnym zagadnieniem, dotyczącym wdrażania odpowiednich działań mających na celu podniesienie jakości życia osób z trudnościami w słyszeniu, jest wzmacnianie świadomości społecznej w zakresie omawianego problemu. Poszerzanie wiedzy w tym obszarze umożliwi zmianę postrzegania bez uprzedzeń przez nasze społeczeństwo ludzi starszych z trudnościami w słyszeniu. Przykładem takich działań są akcje informacyjne z wykorzystaniem mediów. Kampania społeczna może dotyczyć, m.in. zasad *savoir-vivre'u* wobec osób starszych z trudnościami w słyszeniu. Ważne jest prowadzenie różnych akcji informacyjnych w miejscach, gdzie przebywają osoby starsze (np. uniwersytety trzeciego wieku).

Powyższe propozycje, dotyczące poprawy jakości życia wśród osób starszych po 60. roku życia z trudnościami w słyszeniu, to jedynie przykłady zaproponowane przez autorkę badań. W celu dążenia do poprawy funkcjonowania seniorów z trudnościami w słyszeniu niezbędne jest podjęcie interdyscyplinarnych oddziaływań w obszarach medycyny, pedagogiki oraz psychologii. Holistyczne podejście do tego zagadnienia umożliwi poprawę jakości życia seniorów z trudnościami w prawidłowym słyszeniu. Lepsze funkcjonowanie osób starszych przełoży się na wyższą jakość życia całego społeczeństwa. Ze względu na coraz większą liczbę osób starszych w polskim społeczeństwie, umożliwi to poprawę funkcjonowania dużej grupy Polaków.

Zakończenie

Zagadnienie jakości życia seniorów zostało ukazane w odniesieniu do ogólnej jakości życia, indywidualnej, ogólnej percepcji własnego zdrowia oraz jakości życia w sferze somatycznej, socjalnej, środowiskowej i psychologicznej.

Kwestie podjęte w artykule mają na celu podniesienie poziomu wiedzy specjalistów, lekarzy, pedagogów, pracujących z osobami starszymi z trudnościami w słyszeniu. Uzyskane wyniki badań mogą być przydatne także dla pracujących z osobami starszymi z prawidłowym słyszeniem.

Znaczenie wyższego poziomu akceptacji utarty sprawności wskazuje na konieczność wsparcia psychologicznego ze strony najbliższych

osób oraz profesjonalistów w procesie akceptacji utraty sprawności prawidłowego słyszenia wśród seniorów. Przeprowadzone badania powinny być kontynuowane w przyszłości. Cały czas bowiem zmienia się otaczająca nas rzeczywistość.

Bibliografia

- Byra S. (2017). *Wielowymiarowa Skala Akceptacji Utraty Sprawności (WSAUS) – Polska adaptacja Multidimensional Acceptance of Loss Scale Jamesa M. Ferrina, Fonga Chana, Julie Chronister i Chung-Yi Chiu*, „Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo”, nr 1(35), s. 29–50.
- Gierek T. (2005). *Niedosłuch związany z wiekiem*, [w:] M. Śliwińska-Kowalska (red.), *Audiologia kliniczna*, Łódź: Wydawnictwo Oficyna Wydawnicza Mediton, s. 299–303.
- Kaczmarczyk M., Zrałek M. (2013). *Warunki i jakość życia seniorów w Sosnowcu*, Sosnowiec: Oficyna Wydawnicza Humanitas.
- Kilian M. (2020). *Funkcjonowanie osób w starszym wieku*, Warszawa: Difin.
- Kostka T. (2007). *Rehabilitacja i aktywność ruchowa osób w starszym wieku*, [w:] K. Galus (red.), *Geriatrya. Wybrane zagadnienia*, Wrocław: Wydawnictwo Urban & Partner, s. 277–288.
- Kryszkiewicz C. (2006). *Aktywne życie seniorów warunkiem pomysłnego starzenia się*, [w:] M. Marczuk, S. Steuden (red.), *Starzenie się a satysfakcja z życia*, Lublin: Wydawnictwo KUL, s. 281–288.
- Kurkowska K., Cybulski M., Łobaczuk-Sitnik A., Krajewska-Kulać E. (2018). *Jakość życia osób w podeszłym wieku z zaburzeniami słuchu*, „Gerontologia Polska”, t. 26, s. 123–133.
- Maciejewska A. (2015). *Stabilizowanie normy interakcyjnej u osób w podeszłym wieku*, [w:] S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, Lublin: Wydawnictwo UMCS, s. 1109–1124.
- Podhorecka M. (2018). *Rehabilitacja osób w starszym wieku – metody i formy oddziaływania*, [w:] K. Kędziora-Kornatowska, M. Muszałik (red.), *Pielęgnowanie pacjentów w starszym wieku*, Warszawa: Wydawnictwo PZWL, s. 76–84.
- Rostkowska J., Skarżyński P.H. (2017). *Przegląd kwestionariuszy stosowanych do oceny jakości życia u osób głuchych (niedosłyszających) korzystających z implantu ślimakowego*, „Nowa Audiofonologia”, t. 6, nr 4, s. 43–50.
- Steuden S. (2011). *Psychologia starzenia się i starości*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- WHOQOL-BREF. Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Field Trial Version. December 1996.

Witczak P., Olejniczak D., Skonieczna J. (2016). *Ocena jakości życia przed i po protezowaniu narządu słuchu = The Impact of Hearing Aids on the Quality of Life*, „Journal of Education, Health and Sport”, t. 6, nr 9, s. 712–723.

Netografia

Raport: 77 proc. polskich seniorów ma kłopoty ze słuchem, 18.09.2014, „Nauka w Polsce”, <https://naukawpolsce.pl/aktualnosci/news%2C401921%2Craport-77-proc-polskich-seniorow-ma-klopoty-ze-sluchem.html> [dostęp: 17.02.2022].

World Health Organization (2004). *Skrócona Wersja Ankiety Oceniającej Jakość Życia*, https://www.who.int/substance_abuse/research_tools/en/po-lish_whoqol.pdf [dostęp: 16.02.2022].

ADRES DO KORESPONDENCJI

Dr Ewa Cieplińska
Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Tarnowie
e-mail: ewacieplinska.tarnow@gmail.com