

Agnieszka Skorupska-Król¹, Agnieszka Pluta-Wilczyk², Paulina Kurleto¹

¹Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

²Szpital Położniczo-Ginekologiczny Ujastek w Krakowie

JAKOŚĆ ŻYCIA I JEJ UWARUNKOWANIA WŚRÓD OSÓB PO 60. ROKU ŻYCIA WYKAZUJĄCYCH ŚREDNIE UPOŚLEDZENIE SŁUCHU

**Quality of life and its determinants among people over 60 years of age,
showing moderate hearing impairment**

Streszczenie

Wstęp

Wraz z wiekiem wzrasta częstość oraz stopień upośledzenia słuchu. Decyduje o tym zanik komórek zwoju spiralnego, miażdżyca naczyń krwionośnych ucha środkowego, a także zmiany w obrębie OUN. Jednym ze sposobów poprawiających słyszenie jest aparatowanie narządu słuchu. Indywidualne dostosowanie aparatu do potrzeb każdego pacjenta pozytywnie wpływa na wiele aspektów jego życia w późniejszej samoocenie.

Cel

Celem prezentowanych badań jest poznanie jakości życia w grupie osób po 60. r. ż. wykazujących średnie upośledzenie słuchu oraz wskazanie wybranych czynników determinujących tę jakość.

Metoda i materiał

Badania miały charakter podłużny i zostały zrealizowane za pomocą sondażu diagnostycznego. Osoby zakwalifikowane do nich kompletowały narzędzia badawcze (tj. kwestionariusz samooceny jakości życia SF-36, Skalę Satysfakcji z Życia oraz Skalę Nastroju Ogólnego) dwukrotnie, tj. po podjęciu decyzji o aparatowaniu narządu słuchu oraz 60 dni po wykonaniu tej interwencji. Analizę statystyczną wyników przeprowadzono, posługując się programem IBM SPSS Statistics 20. Grupa badana liczyła 60 osób.

Wyniki

Jakość życia w badanej grupie była wysoka, podobnie jak samoocena satysfakcji z życia. Dwukrotny pomiar obu zmiennych w badaniu podłużnym wskazywał na istotny wzrost satysfakcji z życia w badaniu – postaw przeciwieństwie do zaobserwowanego spadku jakości życia. W pełnym modelu regresji wielokrotnej najbardziej istotne dla wysokiej jakości życia okazały się: samoocena satysfakcji z życia, wiek oraz interwencja w postaci aparatowania narządu słuchu. Krokowa eliminacja zmiennych wyłoniła predykatory wysokiej jakości życia.

Wnioski

1. Osoby po 60. r. ż. ze średnim upośledzeniem słuchu cechuje wysoka samoocena jakości życia.
2. Młodszy wiek oraz satysfakcja z życia to predykatory wysokiej jakości życia.
3. Aparatowanie narządu słuchu pozytywnie wpływa na funkcjonowanie społeczne i emocjonalne osób wykazujących upośledzenie słuchu.

Słowa kluczowe: jakość życia, aparat słuchowy, upośledzenie słuchu

Abstract

Introduction

With increasing age, the frequency and degree of hearing impairment increases. This is determined by the disappearance of spiral ganglion cells, atherosclerosis of the middle ear, as well as changes in the CNS. One of the ways to improve hearing is the apparatus of the hearing organ application of an hearing aid. Their individual adaptation to the needs of each patient positively affects many aspects of the patient's life in later self-evaluation. Hearing aids tailored to individual patients' needs positively affect many aspects of patients' lives and their self-evaluation.

Aim

The aim of the presented research is to examine the quality of life in a group of people over 60 exhibiting moderate hearing impairment and indicate the selected factors determining this quality.

Method and material

The study was longitudinal and was carried out using a diagnostic survey. The persons qualified for the tests completed the survey (i.e. the SF-36 self-assessment of life quality questionnaire, Satisfaction Scale with Life and General Mood Scale) twice, i.e. after making a decision about hearing aid and 60 days after this intervention. The statistical analysis of the results was carried out using the IBM SPSS Statistics 20 program. The study group consisted of 60 people.

Results

The quality of life in the study group was high, as was the self-assessment of life satisfaction. Two-fold measurement of both variables in the longitudinal study indicated a significant increase in life satisfaction in the post- study, in contrast to the observed decrease in the quality of life. In the full model of multiple regression, the self-assessment of life satisfaction, age and intervention in the form of the hearing aid were the most important factors for high quality of life. After the stepwise elimination of variables, predictors of high quality of life have emerged.

Conclusion

1. People after 60 with moderate hearing impairment are characterized by high self-assessment of quality of life.
2. Younger age and satisfaction with life are predictors of high quality of life.
3. Hearing apparatus aid positively affects the social and emotional functioning of people with hearing impairments.

Key words: quality of life, hearing aid, hearing impairment

Wstęp

Niedosłuch to jedno z najpowszechniejszych zaburzeń sensorycznych w grupie osób po 60. r. ż. [Pietruszewska i wsp., 2015]. Wraz z wiekiem wzrasta częstość i stopień upośledzenia słuchu. Procesy starzenia się dotyczą wszystkich struktur drogi słuchowej [Sanecka, 2015; Gutowska, 2015]. Wśród najczęstszych przyczyn głuchoty starczej wymienia się: zanik komórek zwoju spiralnego ślimaka, miażdżycę naczyń krwionośnych ucha środkowego oraz zmiany w obrębie OUN [Składzień, 2007]. Ich efektem jest stopniowe pogarszanie się zdolności słyszenia dźwięków wysokich, jak również ich rozróżniania [Marc, Zajac, 2015]. Opracowania Międzynarodowego Biura Audiofonologii (2016) wskazują, że o niedosłuchu umiarkowanym mówimy w sytuacji, kiedy zakres słyszenia mieści w granicach 40–70 dB [Janiszewska i wsp. 2016]. Charakteryzują go problemy z rozumieniem mowy, nie tylko w przypadku występowania innych dźwięków, ale również podczas rozmowy w cichym pomieszczeniu, bez obecnych zakłóceń. Jednym ze sposobów poprawiających słyszenie jest aparatownie narządu słuchu. Aparat słuchowy jest elektronicznym wzmacniaczem dźwięku, a jego działanie polega na zbieraniu sygnałów dźwiękowych z otoczenia, które następnie są przetwarzane za pośrednictwem wzmacniacza i dostarczane do ucha [Hojan, 2009]. Obecnie wykorzystywane aparaty słuchowe są bardzo małe, zapewniają komfort ich użytkownikom. Większość z nich ma indywidualne oprogramowanie oparte na danych o ubytkach słuchu pacjenta. Wydaje się więc, że poprawiając za jego pomocą zdolność odbierania i rozróżniania bodźców słuchowych, wpływamy na różne aspekty życia osób

z niedosłuchem. Jakość życia to jeden z częściej obecnie analizowanych tzw. „miękkich” wskaźników różnych stanów fizjologicznych i patologicznych, w tym chorób przewlekłych czy tych niekorzystnych w życiu człowieka zjawisk, których progresja utrudnia codzienną aktywność i zmienia subiektywną ocenę swojego życia [Leppert i wsp., 2014].

Cel

Celem prezentowanych badań jest poznanie jakości życia w grupie osób po 60. r. ż. wykazujących średnie upośledzenie słuchu oraz wskazanie wybranych czynników determinujących tę jakość.

Aby ten cel zrealizować, sformułowano następujące pytania badawcze:

1. W jaki sposób badane osoby oceniają satysfakcję z własnego życia w okresie objętym badaniem?
2. Jaka jest globalna samoocena jakości życia oraz ocena jej aspektów wśród osób ze średnim niedosłuchem w czasie badania?
4. W jaki sposób uwzględnione w badaniu wskaźniki socjodemograficzne oraz subiektywne odczucia dotyczące nastroju i satysfakcji z życia wiążą się z jakością życia w badanej grupie?
5. Które spośród badanych zmiennych subiektywnych i obiektywnych można traktować jako predyktory wysokiej jakości życia osób ze średnim niedosłuchem?

Materiał i metody

Badania zostały przeprowadzone metodą sondażu diagnostycznego i metodą szacowania z zastosowaniem techniki ankiety oraz następujących narzędzi badawczych: arkusza danych socjodemograficznych, Skali samooceny jakości życia SF-36, Skali Satysfakcji z Życia (SWLS) oraz Skali Nastroju Ogólnego. Na etapie kwalifikacji do grupy badanej wykorzystana została również metoda analizy dokumentacji, tj. audiogram pacjenta.

Kwestionariusz SF-36 (Short Form Health Survey) pozwala na samoocenę ośmiu wskaźników jakości życia, tj. funkcjonowania fizycznego, ograniczeń w pełnieniu ról (z powodu stanu zdrowia fizycznego oraz z powodów emocjonalnych), dolegliwości bólowych, ogólnego poczucia zdrowia, witalności, funkcjonowania społecznego, poczucia zdrowia psychicznego. Dzięki zsumowaniu uzyskanych w poszczególnych podskalach punktów otrzymuje się uśredniony wynik skali będący wskaźnikiem globalnej jakości życia [Tylka, 2009]. Kwestionariusz SWLS (Satisfaction with Life Scale) zawiera pięć stwierdzeń. Badany ocenia, w jakim stopniu każde z nich odnosi się do jego dotychczasowego życia. Wynikiem pomiaru jest ogólny wskaźnik poczucia zadowolenia z życia [Wysokiński i wsp., 2009]. Skala Nastroju Ogólnego jest kwestionariuszem składającym się z 10 twierdzeń ułożonych tak, by wyrażały nastrój, a nie tylko doświadczane, poszczególne emocje [Wojcieszke i Baryła, 2005].

Badanie zostało przeprowadzone w jednej z krakowskich firm marketingowo-medycznych i miało charakter podłużny. Pierwsze badanie miało miejsce przed założeniem aparatu słuchowego, a drugie po upływie około 60 dni od jego założenia.

Kryteria włączenia do grupy badanej:

- wiek powyżej 60. roku życia,
- średni poziom niedosłuchu – 45-70 dB HL
- decyzja o założeniu aparatu słuchowego,
- świadoma zgoda na udział w badaniu.

Projekt badawczy otrzymał zgodę Komisji Bioetycznej Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego numer KBKA/3/0/2018 z dnia 18 stycznia 2018 roku.

Uzyskane dane zostały zakodowane w arkuszu Excel i poddane analizie statystycznej. Wszystkie wyniki zostały przedstawione w formie ilościowej i procentowej. Weryfikacji różnic między zmiennymi dokonano przy użyciu testu Manna-Whitneya, testu Kruskala-Wallisa oraz obliczając współczynnik korelacji rho Spearmana. W przypadku zmiennych zależnych wykorzystano test znaków rangowanych Wilcoxon. Wybór testów nieparametrycznych podyktowany był brakiem normalności rozkładów zmiennych (zweryfikowano testem Kołmogorowa-Smirnowa oraz Shapiro-Wilka) lub brakiem równoliczności grup (zweryfikowano testem zgodności χ^2). Ponadto, wykorzystano model wielowymiarowej regresji liniowej, stosując

metodę wprowadzania oraz metodę krokową. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$. Obliczenia przeprowadzono programem IBM SPSS Statistics 20.

Charakterystyka grupy badanej

W badaniach wzięło udział 80 osób, które ukończyły 60. r. ż. Ich szczegółowa charakterystyka socjodemograficzna zawarta jest w tabeli 1.

Tab. 1. Charakterystyka socjodemograficzna badanych osób
Tab. 1. Sociodemographic characteristics of the examined persons

Analizowana zmienna			Badana grupa
Wiek	średnia		79,2
	min – max		61 - 96
Płeć	męska	N (%)	34 (43)
	żeńską	N (%)	46 (57)
Wykształcenie	podstawowe	N (%)	6 (8)
	zawodowe	N (%)	20 (25)
	średnie	N (%)	34 (42)
	wyższe	N (%)	20 (25)
Stan cywilny	wolny	N (%)	8 (10)
	związek małżeński	N (%)	26 (33)
	wdowa/wdowiec	N (%)	30 (37)
	po rozwodzie	N (%)	11 (14)
	w separacji	N (%)	5 (6)
Miejsce zamieszkania	miasto	N (%)	58 (73)
	wieś	N (%)	22 (27)
Zamieszkiwanie	z rodziną	N (%)	31 (39)
	z małżonkiem i z rodziną	N (%)	7 (9)
	z małżonkiem	N (%)	20 (25)
	samotnie	N (%)	22 (27)

Średnia wieku osób badanych wynosiła 79,2 lat. Najmłodsza z nich miała 61 lat, a najstarsza 96 lat. W badanej grupie przeważały kobiety (57%) oraz mieszkańcy miast (73%). Najwięcej, bo 34 osoby (tj. 42%) spośród badanych deklarowało posiadanie wykształcenia średniego. Wykształcenie zawodowe i wyższe miało po 20 osób (25%), a najmniej, bo 6 badanych (tj. 8%) zdobyło wykształcenie podstawowe. Wśród respondentów większość, bo 30 osób (tj. 37%) stanowiły wdowy i wdowcy. Zamieszkiwanie z rodziną deklarowało 31 badanych (tj. 39%). Samotnie mieszkały 22 osoby (tj. 27%). Wszyscy badani byli emerytami.

Wyniki

Samooceń satysfakcji życiowej badana była dwukrotnie w grupie ankietowanych osób, tj. przed i po założeniu aparatu słuchowego. Statystyki opisowe dla wyników badania zamieszczono w tabeli 2.

Średni wynik samooceny satysfakcji z życia w badaniu – post- wynosił 27,65 punktu i był istotnie wyższy ($Z = -0,80$; $p < 0,0001$) niż w badaniu – pre- (25,66 punktu).

W dalszym etapie analizy statystycznej w podobny sposób oceniono nastrój badanych osób. Wyniki tej analizy prezentują dane w tabeli 3.

Subiektywne poczucie nastroju ogólnego było istotnie wyższe ($z = -6,34$; $p < 0,0001$) w badaniu –post- (41,49) w badaniu – pre- (36,99).

Wskaźnikiem samooceny jakości życia była jej globalna samoocena oraz jej wyniki cząstkowe uzyskiwane w poszczególnych podskalach SF-36 (Tabela 4).

Tab. 2. Statystyki opisowe dla samooceny satysfakcji z życia oraz istotność różnicy między wynikami w badaniu podłużnym.
Tab. 2. Descriptive statistics for self-satisfaction of life and significance of the difference between long-term results.

Samoocena satysfakcji z życia	Średnia	Me	SD	Min.	Maks.	Istotność statystyczna różnicy
badanie –pre-	25,66	25	1,41	23	31	z = -0,80 p = 0,0001
badanie –post-	27,65	27	1,89	21	33	

Z – wartość testu znaków rangowanych Wilcoxon, $p \leq 0,05$,

Tab. 3. Statystyki opisowe dla samooceny nastroju ogólnego oraz istotność różnicy między wynikami w badaniu podłużnym
Tab. 3. Descriptive statistics for the self-assessment of the general mood and the significance of the difference between results in the longitudinal study

Samoocena nastroju ogólnego	Średnia	Me	SD	Min.	Maks.	Istotność statystyczna różnicy
badanie –pre-	36,99	37	3,16	29	44	Z = -6,34 p < 0,0001
badanie –post-	41,49	43	4,06	24	48	

Z – wartość testu znaków rangowanych Wilcoxon, $p \leq 0,05$,

Tab. 4. Statystyki opisowe dla samooceny globalnej jakości życia i jej aspektów oraz istotność różnicy między wynikami w badaniu podłużnym
Tab. 4. Descriptive statistics for the self-assessment of the global quality of life and its aspects and the significance of the difference between the results in the longitudinal study

Badane aspekty jakości życia	Etap badania	Średnia	Me	SD	Min.	Maks.	Istotność statystyczna różnicy
Globalna samoocena	-pre-	70,91	70	16,38	43	122	Z = -3,95 p = 0,0001
	-post-	75,60	74,5	15,75	47	132	
Ograniczenia fizyczne w pełnieniu ról	-pre-	5,00	5	5,28	0	20	Z = -2,14 p = 0,0323
	-post-	2,00	0	3,24	0	15	
Ograniczenia emocjonalne w pełnieniu ról	-pre-	6,06	5	5,14	0	20	Z = -4,90 p < 0,0001
	-post-	4,38	5	3,59	0	15	
Funkcjonowanie społeczne	-pre-	5,21	5	1,81	2	10	Z = -5,76 p < 0,0001
	-post-	6,80	7	2,01	2	11	
samopoczucie	-pre-	17,96	17	3,49	11	27	Z = -2,70 p = 0,0069
	-post-	16,86	17	4,19	8	27	
witalność	-pre-	10,54	11	2,07	5	14	Z = -0,73 p = 0,4665
	-post-	10,50	11	2,03	5	14	

Z – wartość testu znaków rangowanych Wilcoxon, $p \leq 0,05$,

Badane osoby wyżej oceniały jakość swojego życia przed założeniem aparatu słuchowego (70,91 pkt.) niż po jego założeniu (75,60 pkt). Różnica ta była istotna statystycznie ($Z=-3,95$; $p=0,0001$). Po założeniu aparatu słuchowego u 26 respondentów wzrosło poczucie ograniczeń fizycznych (z 5,0 pkt. do 6,06 pkt.) oraz problemów emocjonalnych (z 2,0 pkt. do 4,38 pkt). Poziom funkcjonowania społecznego był wyższy po założeniu aparatu słuchowego niż przed jego założeniem (5,21 pkt.-6,80 pkt.). W każdej z wyżej opisanych sytuacji stwierdzana różnica była istotna statystycznie ($p < 0,005$).

Tab. 5. Pełny model regresji wielokrotnej
Tab. 5. Full multiple regression model

	Współczynnik niestandardyzowany		t	p
	B	Błąd standardowy		
(Stała)	115,23	38,07	3,03	0,0029
Płeć	-1,50	2,47	-0,61	0,5437
Wiek	0,51	0,14	3,69	0,0003
Miejsce zamieszkania	0,32	2,78	0,12	0,9077
Stan cywilny	1,79	1,26	1,42	0,1571
Struktura zamieszkania	0,90	1,03	0,87	0,3837
Wykształcenie	-1,90	1,38	-1,38	0,1709
SNO	-0,46	0,41	-1,10	0,2720
SWLS	-24,29	11,02	-2,21	0,0290
Aparatownie narządu słuchu	5,04	2,42	2,08	0,0389

B – wartość współczynnika niestandardyzowanego, t – wartość testu w modelu regresji, $p \leq 0,05$, SNO – Skala Nastroju Ogólnego, SWLS – Skala Satysfakcji z Życia.

Predyktory wysokiej jakości życia w grupie badanych osób

Ażeby zidentyfikować najbardziej istotne dla samooceny jakości życia zmienne, w analizowanej grupie posłużono się metodą regresji wielokrotnej. W poniżej zaprezentowanych materiałach przedstawiono wyniki tej metody.

W pełnym modelu liniowej regresji wielokrotnej, trzy spośród analizowanych współczynników okazały się istotne statystycznie dla wysokiej samooceny jakości życia, tj. wiek osób badanych ($p=0,0003$), subiektywna satysfakcja z życia (SWLS) ($p=0,0290$) oraz interwencja w postaci aparatu słuchu ($p=0,0389$). Eliminując jednakowo wskaźniki najmniej istotne dla subiektywnie odczuwanej jakości życia, otrzymujemy model końcowy, a jego wskaźniki możemy traktować jako predyktory wysokiej jakości życia wśród osób ze średnim niedosłuchem – tabela 6.

Tab. 6. Czynniki istotnie warunkujące jakość życia wśród badanych
Tab. 6. Factors significantly determining the quality of life among respondents

	Współczynnik niestandardyzowany		t	p
	B	Błąd standardowy		
(Stała)	103,37	35,39	2,92	0,0040
Wiek	0,51	0,14	3,65	0,0004
SWLS	-23,60	10,97	-2,15	0,0330

Stosując wielowymiarową regresję liniową metodą krokową, wykazano, że ogólna jakość życia przed i po założeniu aparatu słuchowego zależała od wieku (zmniejszała się wraz z wiekiem ($B=0,51$)) oraz od satysfakcji z życia (im wyższa satysfakcja, tym lepsza ogólna jakość życia ($B=-23,60$)).

Dyskusja

Osoby starsze doświadczają w swoim życiu wielu trudności związanych z pogarszającym się stanem ich zdrowia, a co za tym idzie z ich sprawnością fizyczną, psychiczną i społeczną. Aby poprawić swoje funkcjonowanie, podejmują różne działania, które mają im pomóc w tym zakresie [Wieczorek, 2016].

Jakość życia to postrzeganie przez jednostkę swojej pozycji w życiu, w kontekście różnych systemów wartości i kultury, w których żyje, jak również w odniesieniu do jej celów, zainteresowań i oczekiwań. Stan fizyczny, psychiczny, stopień niezależności, relacje społeczne, środowisko i religia to najczęściej wymieniane jej komponenty [Leppert, 2014]. Determinuje ją wiele czynników, wśród których funkcjonowanie narządu słuchu jest jednym z często wskazywanych. Upośledzenie słuchu i głuchota starcza wpływają na komunikowanie się i nierzadko stają się przyczyną błędnego wizerunku osób starszych jako nieorientowanych lub zapominających. Tak więc u osób z ubytkiem słuchu zaleca się stosowanie urządzeń pomocniczych. Do najbardziej powszechnych z nich należy aparat słuchowy [Hojan, 2009]. Celem prezentowanych badań jest ocena jakości życia w grupie osób po 60. r. ż. wykazujących średnie upośledzenie słuchu oraz wskazanie wybranych czynników determinujących tę jakość. W badaniach wzięło udział 80 osób reprezentowanych w większości przez kobiety (57%), osoby mieszkające w mieście (73%), będące wdowami/wdowcami (37%), pozostające na emeryturze (100%). Średnia wieku w analizowanej grupie wynosiła 79,2 lat.

Badania miały charakter podłużny, a metodą w nich wykorzystaną był sondaż diagnostyczny. Technika badawczą była ankieta. Osoby zakwalifikowane do udziału w nich kompletowały Skalę Samooceny Jakości Życia SF-36, Skalę Satysfakcji z Życia (SWLS) i Skalę Nastroju Ogólnego oraz autorski kwestionariusz ankiety. Respondenci byli badani przed założeniem aparatu słuchowego oraz po upływie około 60 dni od jego założenia w czasie wizyty kontrolnej. W samoocenie satysfakcji z życia respondenci mogli osiągnąć poziom ekstremalnego niezadowolenia (5-9 punktów), niski poziom satysfakcji (10-17 punktów), przeciętny poziom satysfakcji (18-23 punkty), wysoki poziom satysfakcji (24-30 punktów) oraz bardzo wysoki poziom satysfakcji (powyżej 30 punktów). Wyniki badań wskazują, że ogólne poczucie satysfakcji życiowej przed i po założeniu aparatu słuchowego jest wysokie. Przed założeniem aparatu słuchowego wynosiło ono 25,66 pkt, a po jego założeniu wzrosło do 27,65 pkt. Wzrost ten był istotny statystycznie ($p = 0,0001$). Zalewska-Puchała i wsp. [2015], analizując deklarowaną satysfakcję z życia u seniorów będących słuchaczami Uniwersytetu III Wieku, uzyskała odmienne wyniki w tym zakresie. Najczęściej osiągnięty w tych badaniach wynik świadczy o przeciętnym i niskim poziomie satysfakcji z życia, a o wysokim jej poziomie mówią wyniki jedynie 18,3% ankietowanych. Autorzy dowodzą ponadto, że respondenci z chorobami przewlekłymi (w tym z niedosłuchem) gorzej oceniali swoją satysfakcję z życia [Zalewska-Puchała, Majda i Cebula, 2015]. O determinantach satysfakcji życiowej osób w starszym wieku mówi Kardaś [2012]. W jego opinii zdolność adaptacyjna jednostki, jej elastyczność, cechy osobowości, wcześniejsze sposoby radzenia sobie ze stresem oraz zdolność aktywnego i twórczego postępowania decydują o poziomie takiej satysfakcji. Wszystkie te umiejętności kształtują się u człowieka na długo przed właściwą starością [Kardaś, 2012].

Analiza wyników subiektywnie postrzeganej jakości życia wskazała, że badane osoby przed założeniem aparatu słuchowego wyżej ją oceniały (70,91 pkt.) niż po jego założeniu (75,60 pkt). Różnica ta była istotna statystycznie ($Z=-3,95$; $p=0,0001$). Może ona wynikać między innymi z trudności, jakie seniorzy mieli we właściwej obsłudze aparatów słuchowych. Odmienne wyniki w swoich badaniach uzyskali Mondelli i wsp. [2012], którzy badali wpływ założenia aparatu słuchowego na jakość życia w grupie osób po 60. roku życia i wykazali, że jakość życia seniorów po założeniu aparatu słuchowego znacząco wzrasta. Wzrost ten wiązał się również z subiektywnie lepszym poczuciem zdrowia [Mondelli i de Souza, 2012]. Podobne badania do autorskich zostały przeprowadzone przez Lofiego i wsp. [2009], którzy ocenili seniorów w aspekcie jakości ich życia przed założeniem aparatu słuchowego oraz 3 miesiące po jego założeniu. Po okresie 3 miesięcy od zastosowania aparatu słuchowego seniorzy wykazywali znaczną poprawę jakości życia [Loffi i wsp., 2009].

Na jakość życia wpływ ma bardzo wiele czynników, a wśród nich i te decydujące o jakości percepcji. Realizacja projektu badawczego „Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starze-

nia się ludzi w Polsce” (2012) udowodniła, że zaburzenia wzroku i słuchu są bardzo częstym problemem seniorów i mogą mieć znaczny wpływ na pogorszenie jakości życia, zwłaszcza w małych miastach i wsiach, gdzie osoby starsze mają utrudniony dostęp do opieki audiologicznej i okulistycznej [Klimek i wsp., 2012]. Narzędzie badawcze, jakie zostało wykorzystane w badaniach własnych (tj. skala SF-36) pozwala ocenić nie tylko globalną jakość życia, ale również jego aspekty, uwzględnione przez autora narzędzia, m.in. ograniczenia fizyczne i emocjonalne w pełnieniu ról, funkcjonowanie społeczne. Po założeniu aparatu słuchowego u 26 respondentów wzrosło poczucie ograniczeń fizycznych (z 5,0 pkt. do 6,06 pkt.) oraz problemów emocjonalnych (z 2,0 pkt. do 4,38 pkt.). Jednak poziom funkcjonowania społecznego był wyższy po założeniu aparatu słuchowego niż przed jego założeniem (5,21 pkt.-6,80 pkt.). W każdej z wyżej opisanych sytuacji stwierdzana różnica była istotna statystycznie ($p < 0,005$). W badaniach przeprowadzonych przez TNS Polska [2014] większość osób starszych ze zdiagnozowanym ubytkiem słuchu uważa, że można odczuwać zawstydzenie z powodu swojej dolegliwości i ukrywać ją przed bliskim. W związku z tym istnieje przypuszczenie, że wzrost poczucia ograniczeń fizycznych oraz problemów emocjonalnych w prezentowanych badaniach wiąże się z poczuciem wstydu u seniorów, którzy posiadają aparat słuchowy (wygląd aparatu, wydawane dźwięki przez urządzenie, trudności w jego obsłudze).

W analizie badawczej podjęto również próbę oceny związku wskaźników socjodemograficznych, subiektywnie postrzeganej satysfakcji z życia i nastroju, interwencji w postaci aparatowania narządu słuchu z samooceną jakości życia. Starano się w ten sposób wyłonić predyktory wysokiej jakości życia w badanej populacji. Przed założeniem aparatu słuchowego wyższą jakość życia w aspekcie zdrowia ogólnego miały osoby mieszkające z małżonkiem i rodziną. Tak więc struktura zamieszkiwania jest dla seniorów bardzo istotna, co może dowodzić z jednej strony ich większej dbałości o stan zdrowia, a z drugiej nadzoru członków rodziny nad sprawami dotyczącymi tego stanu. Należy przypomnieć, że w badaniach własnych aż 73% stanowiły osoby mieszkające z najbliższą rodziną. Szewczyszak i wsp. [2012], podkreślają, że u osób w wieku po 60. roku życia poczucie jakości życia i zadowolenia z niego jest zależne od życia rodzinnego, a badani mieszkający z partnerem życiowym osiągają wyższą jego jakość. Płeć to kolejny wskaźnik jakości życia w pracy Szewczyszak i wsp. (2012). Kobiety przywiązują znacznie większą wagę do: sprawności sensorycznej, relacji z innymi, umiejętności uczenia się, dobrej pamięci, pozytywnego nastawienia do śmierci, uczestniczenia w życiu społecznym, podejmowania decyzji czy obrazu ciała i wyglądu. Mężczyźni z kolei swoją uwagę koncentrują głównie na doznaniach bólowych i życiu seksualnym. Dla obu płci najważniejsza jednak okazuje się samodzielność w wykonywaniu czynności życia codziennego, samodzielność w poruszaniu się i kondycja zdrowotna [Szewczyszak, Stachowska i Talarska, 2012]. Badania własne wskazują jednoznacznie, że wiek jest najistotniejszym czynnikiem warunkującym jakość życia w badanej populacji. Przed założeniem aparatu słuchowego, jak i po jego założeniu, zarówno ogólna jakość życia, jak również jakość życia w wymiarze zdrowia fizycznego pogarszała się wraz z wiekiem ($B=0,51$, $p=0,0004$). Podobnie wraz z wiekiem pogarszała się jakość życia związana z funkcjonowaniem społecznym oraz samoocena zdrowia fizycznego.

Badania osób starszych przeprowadzone przez Finogenow [2008] dostarczają odmiennych wyników niż te z badań własnych. Według autora wzrastający wiek metrykalny wcale nie musi się wiązać ze spadkiem jakości życia [Finogenow, 2008].

Pomimo iż badania własne nie wskazały jednoznacznie na to, że aparatowanie narządu słuchu wpływa istotnie na wzrost jakości życia seniorów oraz na wzrost poczucia satysfakcji z życia, to działanie to jest korzystne z wielu powodów, a jednym z nich jest poprawa funkcjonowania społecznego w różnych jego aspektach. Zaprezentowane wyniki nie wyczerpują problematyki badawczej i wymagają dalszych badań. Jednak zebrany materiał można z pewnością uznać za wstępny w zakresie poruszanych problemów badawczych.

Wnioski

1. Osoby ze średnim upośledzeniem słuchu wysoko oceniają jakość własnego życia.
2. Młodszy wiek i wyższy poziom satysfakcji życiowej to predyktory tej wysokiej samooceny.
3. Aparatowanie narządu słuchu u osób po 60. roku życia z niedosłuchem średniego stopnia jest interwencją pozytywnie wpływającą na różne wskaźniki ich samooceny, o czym świadczy przeżywanie pozytywnych emocji i subiektywnie wysoka ocena funkcjonowania społecznego.

Piśmiennictwo

1. Pietruszewska Wioletta, Jeruzal Joanna, Durko Marcin, Janikowski Kamil, Grzegorzczak Lidia, Bratumiła Gawłowska Maria, Kulińska Justyna 2015. Jakość życia i korzyści ze stosowania aparatów słuchowych u pacjentów >60 r.ż. w procesie kwalifikacji do leczenia implantami słuchowymi. *Otorynolaryngologia*. vol. 14: 89-95.
2. Sanecka Anna 2015. Psychiczne i społeczne bariery komunikacyjne seniorów. [w:] Synowiec-Piłat Małgorzata, Kwiatkowska Barbara, Boryśłowski Krzysztof (red.) *Inkluzja czy ekskluzja? Człowiek stary w społeczeństwie*. Wrocław: Wyd. Wrocławskie Towarzystwo Naukowe: 307-326.
3. Gutowska Anna 2015. (Nie)pełnosprawna starość – przyczyny, uwarunkowania, wsparcie. *Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej*. vol. 8: 9-33.
4. Składzień Jacek 2007. Głuchota starcza (presbycusis) i starcze zawroty głowy (presbyvertigo). [w:] Grodzicki Tomasz, Kocemba Józef, Skalska Anna (red.) *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów*. Gdańsk: Wyd. Via Medica: 365-372.
5. Marć Małgorzata, Zając Barbara 2015. Charakterystyka zaburzeń słuchu u osób starszych po 75 roku życia w powiecie stalowowolskim. *Gerontologia Polska*. vol. 1: 19-23.
6. Janiszewska Mariola, Kulik Teresa, Sztorc Edyta, Firlej Ewelina, Barańska Agnieszka 2016. Stres i sposoby radzenia sobie z nim na przykładzie osób z niedosłuchem. *Pielęgniarstwo Polskie*. vol. 1: 43-48.
7. Hojan Edward 2009. *Dopasowanie aparatów słuchowych*. Łódź: Wydawnictwo Mediton.
8. Leppert Wojciech, Forycka Maria, Walden-Gałuszko Krystyna, Majkiewicz Mikołaj, Buss Tomas 2014. Ocena jakości życia u chorych na nowotwory – zalecenia dla personelu oddziałów onkologicznych i medycyny paliatywnej. *Psychoonkologia*. vol. 1: 17-29.
9. Tylka Jan, Piotrowicz Ryszard 2009. Kwestionariusz oceny jakości życia SF-36 – wersja polska. *Kardiologia Polska*. vol. 67: 1166-1169.
10. Wysokiński Mariusz, Fidecki Wiesław, Walas Lidia, Ślusarz Robert, Sienkiewicz Zofia, Sadurska Agnieszka, Kachaniuk Hanna 2009. Satysfakcja z życia polskich pielęgniarek. *Problemy Pielęgniarstwa*. vol. 17: 167-172.
11. Wojciszke Bogdan, Baryła Wiesław 2005. Skale do pomiaru nastroju i sześciu emocji. *Czasopismo Psychologiczne*. vol. 11: 31-47.
12. Wieczorek Andrzej 2016. Gerontechnologia w rozwiązywaniu problemów osób starszych. *Systemy Wspomagania w Inżynierii Produkcji. Inżynieria Systemów Technicznych*. vol. 2: 358-370.
13. Zalewska-Puchała Joanna, Majda Anna, Cebula Marta 2015. Poczucie satysfakcji z życia słuchaczy Uniwersytetów Trzeciego Wieku. *Hygeia Public Health*. vol. 4: 649-656.
14. Pacian Anna, Kulik Teresa, Chruściel Paweł, Mazurek-Sitarz Martyna, Sitarz Karol, Derewiecki Tomasz 2014. Jakość życia a ryzyko depresji wśród osób starszych. *Hygeia Public Health*. vol. 4: 820-824.
15. Kardaś Emilia 2012. Problematyka stresu i radzenia sobie z nim w okresie starzenia się. [w:] Rostowska Teresa, Budziński Waldemar (red.) *Zawodowe i zdrowotne problemy człowieka w różnych okresach dorosłości: Perspektywa psychologiczna*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek: 330-345.
16. Garcia Mondelli, Soalherio de Souza 2012. Quality of life in elderly adults before and after hearing aid fitting. *Braz J Otorhinolaryngol*. vol. 3: 49-56.
17. Lotfi Younes, Mehrkian Saeideh, Moossavi Abdullal, Faghih-Zadeh Soghan 2009. Quality of life improvement in hearing-impaired elderly people after wearing a hearing aid. *Arch Iranian Med*. vol. 4: 365-70.
18. Klimek Ewelina, Wizner Barbara, Skalska Anna, Grodzicki Tomasz 2012. Stan wzroku i słuchu osób w starszym wieku. [w:] Mossakowska Małgorzata, Więcek Andrzej, Błędowski Piotr (red.) *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. Poznań: Wyd. Termedia: 95-108.
19. Raport TNS Polska „Słuch polskich seniorów 2014”. <http://docplayer.pl/6456107-Sluch-polskich-seniorow-2014-wyniki-badania-tns-polska.html> [data cytowania: 22.06.2018].
20. Szewczyczak Marlena, Stachowska Maria, Talarska Dorota 2012. Ocena jakości życia osób w wieku podeszłym-przegląd piśmiennictwa. *Nowiny Lekarskie*. vol. 1: 96-100.
21. Finogenow Maria 2008. Psychologiczne uwarunkowania zadowolenia z życia w wieku emerytalnym – wynik modelowania równań strukturalnych. *Polskie Forum Psychologiczne*. vol. 12, nr 2: 82-95.