

Trudności w słyszeniu a jakość życia osób po 60. roku życia

Hearing problems and the quality of life of people after 60

DOI 10.25951/14049

Wprowadzenie

Trudności w słyszeniu występujące u osób po 60. roku życia utożsamiane są z pojęciem głuchoty starczej (Cieplińska 2022). *Presbycusis* określany jest 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, s. 299). Zagadnienie dotyczące trudności z prawidłowym słyszeniem, które występuje wraz z wiekiem, jest istotne. Wyniki niektórych badań naukowych wykazują, że już łagodny ubytek słuchu może prowadzić do negatywnych następstw na poziomie emocjonalnym, społecznym i komunikacyjnym (Freidl, Luxenberger, Moser 2017). Postępowi tego rodzaju niedosłuchu nie można zaradzić. Dlatego powinny być podejmowane działania mające na celu wczesne rozpoznawanie trudności w prawidłowym słyszeniu u osób starszych. Wskazane jest także prowadzenie odpowiedniej rehabilitacji z seniorami, którzy mają problemy w zakresie prawidłowego słyszenia (Bianchini, Ciorba, Pastore, Pelucchi 2012). Podczas prowadzenia badań wykorzystano definicję jakości życia, która została zaproponowana przez Światową Organizację Zdrowia. Jakość życia określona została 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, s. 44).

Niniejsza praca przedstawia wyniki badań własnych w obszarze jakości życia osób po 60. roku życia, które mają trudności w słyszeniu.

Materiał i metody

Do wykazania zależności między jakością życia respondentów a określonym poziomem trudności w słyszeniu zastosowano następujące metody analizy statystycznej: średnia, odchylenie standardowe, rho Spearmana, istotność statystyczna, test dla prób niezależnych – test jednorodności wariancji Levene’a, analiza jednoczynnikowa ANOVA, porównania wielokrotne. Obliczeń dokonano przy użyciu Statistical Package for the Social Sciences.

Problem badawczy brzmi następująco: Jaki jest związek między stopniem trudności w słyszeniu u osób badanych a jakością ich życia?

Założono, że występuje związek między poziomem trudności w słyszeniu a jakością życia – im większe trudności, tym niższa jakość życia.

Problem badawczy sformułowano na podstawie analizy wcześniejszych badań. Badania „Słuch polskich seniorów 2014” ukazały bowiem, że 77% starszych osób (60 lat i więcej) ma problemy ze słuchem. Respondenci zwrócili uwagę, że pogorszenie słuchu wpływa na pojawienie się negatywnych konsekwencji w ich życiu. Badania były prowadzone od 18 do 29 sierpnia 2014 r. (N = 500) (Raport 2014).

Zmienna zależna obejmuje *jakość życia osób starszych po 60. roku życia z trudnościami w słyszeniu*, natomiast zmienna niezależna – *trudności w słyszeniu u seniorów* (poziom subiektywnie odczuwanych trudności w słyszeniu – lekkie, umiarkowane, znaczny, głęboki).

Dane zaprezentowane w sposób ilościowy uzupełniono o charakter jakościowy. Przedstawiono wyniki badań dotyczące korzystania z aparatów słuchowych przez seniorów, przekonań starszych osób o znaczeniu słuchu w codziennym życiu oraz wykorzystywanych strategiach radzenia sobie z trudnościami w słyszeniu.

W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego i technikę ankiety. Zastosowano dwa kwestionariusze ankiety: Trudności w Słyszeniu u Osób Starszych – bateria TSOS oraz WHOQOL-BREF – Skrócona Wersja Ankiety Oceniającej Jakość Życia.

Pierwsze narzędzie jest autorstwa Ewy Domagały-Zyśk (Domagała-Zyśk 2019). Z narzędzia tego wykorzystano wszystkie elementy: Kartę Indywidualną (TSOS-KI), która służy do zakwalifikowania respondentów do badań właściwych; Test Przesiewowy (TSOS-TP), dzięki któremu ocenia się subiektywne trudności w słyszeniu wśród seniorów. Dzięki temu testowi możliwe jest zaklasyfikowanie respondentów do poszczególnych stopni trudności w słyszeniu. Stopień trudności w słyszeniu określany jest na podstawie subiektywnych odczuć respondentów. Respondenci mogli zostać zakwalifikowani

do odpowiedniej grupy ze względu na określone trudności w prawidłowym słyszeniu (lekkie, umiarkowane, znaczne, głębokie). Ta część zawiera 10 pytań. W każdym pytaniu respondent może uzyskać od 0 do 2 punktów. Wszystkie punkty są razem zliczane. Respondenci, którzy otrzymali poniżej 4 punktów nie zostali zakwalifikowani do badań ze względu na brak trudności w słyszeniu. Pozostałe osoby były przydzielone do poszczególnych poziomów trudności w słyszeniu (4–7 punktów – lekkie, 8–12 – umiarkowane, 13–16 – znaczne, 17–20 – głębokie). Wykorzystano także Strategie Radzenia Sobie z Trudnościami w Słyszeniu (TSOS-ST), opisujące zachowania starszych osób w przypadku wystąpienia trudności w słyszeniu, a także Skalę Przekonań o Znaczeniu Słuchu (TSOS-SP), która służy do oceny postrzegania ważności prawidłowego słuchu w życiu człowieka. Karta Indywidualna zawiera informacje dotyczące wieku, płci, wykształcenia, miejsca zamieszkania oraz statusu zawodowego badanych. TSOS-KI zawiera także dane w zakresie problemów ze słuchem wśród badanych (obecnej sytuacji, porównania do sytuacji, która występowała kilka lat temu, diagnozy medycznej trudności z prawidłowym słuchem, korzystania z aparatów słuchowych).

Kolejne narzędzie to WHOQOL-BREF – Skrócona Wersja Ankiety Oceniającej Jakość Życia. Kwestionariusz ten służy do oceny ogólnej jakości życia człowieka, jego indywidualnej, ogólnej oceny własnego zdrowia oraz jakości życia w sferze somatycznej, socjalnej, psychologicznej i środowiskowej. Badany, odpowiadając na poszczególne pytania, może uzyskać od 1 do 5 punktów. Kolejno poszczególne punkty są razem zliczane według specjalnego klucza do obliczenia jakości życia w poszczególnych sferach (World Health Organization 2004).

Podczas całego procesu badawczego rozdano 407 kwestionariuszy ankiet. Respondenci do badań byli rekrutowani na podstawie wyrażenia zgody w formie ustnej. Osoby starsze, które brały udział w badaniach, nie miały poważnych chorób oraz większych trudności w prawidłowym funkcjonowaniu wynikających z innych przyczyn niż problemy w słyszeniu. Autorka artykułu zapoznała seniorów z celem badań oraz określiła charakter grupy, która będzie brała udział w badaniu. Do badań zakwalifikowało się łącznie 209 respondentów. Najwięcej badanych było w wieku 60–74 lat, wśród nich przeważały kobiety. Najwięcej respondentów posiadało średnie wykształcenie. Kolejno były osoby starsze z wykształceniem zawodowym, wyższym oraz podstawowym. Respondenci w większości mieszkali w mieście. Najwięcej badanych przebywało na rencie lub emeryturze. Badani zostali podzieleni na cztery grupy ze względu na poziom subiektywnych trudności w słyszeniu (lekkie, umiarkowane, znaczne, głębokie). Charakterystykę socjodemograficzną badanych seniorów przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Charakterystyka socjodemograficzna badanej grupy

Lp.	Dane respondentów				
1	Wiek	60–74	75–89	90 i więcej	
		58,9 %	36,8 %	4,3 %	
2	Płeć	kobieta	mężczyzna		
		62,7 %	37,3 %		
3	Wykształcenie	podstawowe	zawodowe	średnie	wyższe
		9,2 %	26,1 %	42,5 %	22,2 %
4	Miejsce zamieszkania	wieś	małe miasto	duże miasto	
		28,1 %	28,1 %	43,7 %	
5	Status zawodowy	renta/ emerytura	praca zawodowa na część etatu/dorywczo	praca na pełny etat	
		88,5 %	1,9 %	9,6 %	
6	Stopień trudności w słyszeniu	lekkie	umiarkowane	znaczne	głębokie
		17,2 %	54,1 %	14,4 %	14,4 %

Źródło: badania własne.

Pozostałe osoby nie spełniły kryteriów, które zostały założone na początku procesu badawczego:

- wiek badanych – 60 lat i więcej,
- pojawienie się trudności w słyszeniu po ukończeniu 40. roku życia,
- występowanie subiektywnych trudności w słyszeniu (minimum lekkiego stopnia).

Kwestionariusze były uzupełniane przez respondentów samodzielnie lub w obecności autorki artykułu albo asystenta (specjalnie przeszkolonej do tego celu osoby). Autorka lub asystent odczytywali polecenia zawarte w kwestionariuszach lub/i zapisywali uzyskane odpowiedzi. Postępowanie takie miało służyć zachowaniu obiektywnego charakteru badań. Badania były prowadzone od marca do grudnia 2019 r. na terenie Polski. Respondenci mieszkali samodzielnie lub z innymi członkami rodziny.

Wyniki

Cechy podmiotowe osób starszych z trudnościami w słyszeniu

W tej części artykułu zostaną przedstawione zależności pomiędzy poszczególnymi cechami podmiotowymi (wiek, płeć, poziom wykształcenia, miejsce zamieszkania, status zawodowy) seniorów a poziomem jakości ich życia.

Wiek badanych a jakość ich życia

Badano osoby w wieku 60–96 lat ($N = 209$). Do opisu kategorii zostały utworzone dwie grupy wiekowe: osoby w wieku 60–74 lat oraz 75–96 lat.

Jakość życia badanych w przypadku wszystkich składowych uzyskała wyższą średnią dla grupy wiekowej 60–74 lata. W zakresie odchylenia standardowego wyższe wyniki widoczne są głównie dla grupy wiekowej 75–96 lat. Wyjątek stanowi odchylenie standardowe w zakresie socjalnej sfery jakości życia (wyższe wyniki uzyskała grupa wiekowa 60–74 lata).

Jakość życia badanych w przedziale wiekowym od 60. do 74. roku życia przedstawia się następująco. Najwyższą jakość życia obserwuje się w sferze socjalnej, a minimalnie niższą w sferze środowiskowej. Poziom ogólnej jakości życia jest wyższy w stosunku do indywidualnej, ogólnej percepcji własnego zdrowia u osób starszych w wieku 60–74 lat.

W przypadku drugiej grupy wiekowej (75–96 lat) otrzymano następujące wyniki. Najwyższa jakość życia jest w sferze środowiskowej, a najniższa w sferze somatycznej. Można zaobserwować, że tak samo jak w przypadku respondentów w wieku 60–74 lat, w grupie wiekowej 75–96 lat wyższa jest ogólna jakość życia badanych niż ich indywidualna, ogólna percepcja własnego zdrowia. Dane dotyczące jakości życia seniorów zawarto w tabeli 2.

Tabela 2. Jakość życia badanych a wiek respondentów (M, SD) ($N = 209$)

Jakość życia	Wiek badanych	Średnia (M)	Odchylenie standardowe (SD)
Ogólna jakość życia	60–74	3,75	0,65
	75–96	3,57	0,83
Indywidualna, ogólna percepcja własnego zdrowia	60–74	3,27	0,78
	75–96	2,79	1,01

Somatyczna jakość życia	60–74	12,72	1,63
	75–96	12,47	1,79
Psychologiczna jakość życia	60–74	13,85	2,00
	75–96	13,01	2,18
Socjalna jakość życia	60–74	14,27	3,36
	75–96	12,71	3,25
Środowiskowa jakość życia	60–74	14,25	2,23
	75–96	14,01	2,41

Źródło: badania własne.

Na podstawie uzyskanych wyników stwierdzono, że im wyższy wiek respondentów, tym niższa jest ich ogólna jakość życia, indywidualna, ogólna percepcja własnego zdrowia oraz jakość życia w poszczególnych sferach. Dokładne dane (współczynnik rho Spearmana, istotność statystyczna) zamieszczono w tabeli 3.

Tabela 3. Korelacja, istotność statystyczna – zależność między wiekiem badanych a ich jakością życia (N = 209)

Jakość życia/ wiek badanych	rho Spearmana (rho)	Istotność statystyczna (p)
Ogólna jakość życia	-0,15	p = 0,027
Indywidualna, ogólna percepcja własnego zdrowia	-0,26	p < 0,001
Somatyczna jakość życia	-0,11	p = 0,113
Psychologiczna jakość życia	-0,16	p = 0,024
Socjalna jakość życia	-0,24	p < 0,001
Środowiskowa jakość życia	-0,02	p = 0,725

Źródło: badania własne.

W zakresie wieku i jakości życia osób starszych wykonano także test dla prób niezależnych – test jednorodności wariancji Levene’a (tabela 4). W ob-

szarze ogólnej jakości życia, jakości życia w sferze somatycznej i środowiskowej dane są nieistotne statystycznie, natomiast w zakresie indywidualnej, ogólnej percepcji własnego zdrowia oraz jakości życia w sferze psychologicznej i socjalnej dane są istotne statystycznie.

Tabela 4. Jakość życia a wiek badanych (N = 209) – wyniki testu dla prób niezależnych – test jednorodności wariancji Levene’a

Jakość życia/ wiek badanych	Istotność dwustronna (p)	Wartość t
Ogólna jakość życia	p = 0,099	1,662
Indywidualna, ogólna percepcja własnego zdrowia	p < 0,001	3,662
Somatyczna jakość życia	p = 0,295	1,049
Psychologiczna jakość życia	p = 0,005	2,859
Socjalna jakość życia	p = 0,001	3,343
Środowiskowa jakość życia	p = 0,459	0,742

Źródło: badania własne.

Płeć respondentów a jakość ich życia

Analizując płeć respondentów, można zaobserwować, że jakość życia w zakresie ogólnej jakości życia badanych oraz środowiskowej domeny jakości życia jest wyższa wśród kobiet. W przypadku pozostałych sfer dotyczących jakości życia z uwzględnieniem płci respondentów jakość życia jest wyższa wśród mężczyzn (indywidualna, ogólna percepcja własnego zdrowia; somatyczna domena jakości życia; psychologiczna sfera jakości życia; socjalna sfera jakości życia). Szczegółowe dane ukazane są w tabeli 5. Dla płci respondentów w korelacji do jakości życia badanych wykonano także test dla prób niezależnych – test Levene’a jednorodności wariancji (tabela 6).

Tabela 5. Płeć badanych a ich jakość życia (M, SD) (N = 209)

Jakość życia	Płeć badanych	Średnia (M)	Odchylenie standardowe (SD)
Ogólna jakość życia	kobieta	3,70	0,74
	mężczyzna	3,63	0,72

Indywidualna, ogólna percepcja własnego zdrowia	kobieta	3,04	0,93
	mężczyzna	3,13	0,89
Somatyczna jakość życia	kobieta	12,40	1,79
	mężczyzna	12,96	1,48
Psychologiczna jakość życia	kobieta	13,48	2,11
	mężczyzna	13,54	2,12
Socjalna jakość życia	kobieta	13,40	3,56
	mężczyzna	14,01	3,09
Środowiskowa jakość życia	kobieta	14,24	2,34
	mężczyzna	14,01	2,25

Źródło: badania własne.

Tabela 6. Test dla prób niezależnych (N = 209) – test Levene’a jednorodności wariancji (płeć badanych)

Jakość życia	Istotność dwustronna (p)	Wartość t
Ogólna jakość życia	p = 0,481	0,705
Indywidualna, ogólna percepcja własnego zdrowia	p = 0,492	-0,688
Somatyczna jakość życia	p = 0,021	-2,430
Psychologiczna jakość życia	p = 0,849	-0,190
Socjalna jakość życia	p = 0,206	-1,269
Środowiskowa jakość życia	p = 0,498	0,679

Źródło: badania własne.

Podsumowując przedstawione dane dotyczące zależności pomiędzy płcią respondentów a jakością ich życia, stwierdza się, że istotne statystycznie są wyniki w zakresie somatycznej sfery jakości życia. Występuje zależność pomiędzy płcią respondentów a somatyczną sferą jakości życia. Wyższa jakość życia w tej sferze występuje u mężczyzn.

Poziom wykształcenia a jakość życia starszych osób

Korelacja pomiędzy jakością życia a poziomem wykształcenia respondentów przedstawia się następująco (tabela 7). Współczynnik korelacji we wszystkich obszarach jakości życia w stosunku do wykształcenia jest dodatni. Im wyższy poziom wykształcenia badanych, tym wyższa jakość ich życia w poszczególnych sferach. Istotne statystycznie są wszystkie wskaźniki jakości życia w odniesieniu do wykształcenia badanych poza indywidualną, ogólną percepcją własnego zdrowia. Odchylenie standardowe oraz średnią dla poszczególnych poziomów wykształcenia w odniesieniu do jakości życia przedstawia tabela 8.

Tabela 7. Poziom wykształcenia a jakość życia starszych osób (ρ , p) ($N = 207$)

Jakość życia/ wykształcenie badanych	ρ Spearmana (ρ)	Istotność statystyczna (p)
Ogólna jakość życia	0,21	$p = 0,003$
Indywidualna, ogólna percepcja własnego zdrowia	0,05	$p = 0,444$
Somatyczna jakość życia	0,20	$p = 0,004$
Psychologiczna jakość życia	0,23	$p = 0,001$
Socjalna jakość życia	0,14	$p = 0,040$
Środowiskowa jakość życia	0,16	$p = 0,024$

Źródło: badania własne.

Tabela 8. Poziom wykształcenia a jakość życia badanych (M , SD) ($N = 207$)

Jakość życia	Wykształcenie badanych	Średnia (M)	Odchylenie standardowe (SD)
Ogólna jakość życia	podstawowe	3,16	1,21
	zawodowe	3,57	0,74
	średnie	3,72	0,61
	wyższe	3,91	0,59

Indywidualna, ogólna percepcja własnego zdrowia	podstawowe	2,84	1,26
	zawodowe	3,07	0,80
	średnie	3,03	0,90
	wyższe	3,20	0,91
Somatyczna jakość życia	podstawowe	11,95	2,25
	zawodowe	12,24	1,65
	średnie	12,73	1,71
	wyższe	13,07	1,32
Psychologiczna jakość życia	podstawowe	12,42	3,13
	zawodowe	13,07	2,05
	średnie	13,59	1,95
	wyższe	14,22	1,70
Socjalna jakość życia	podstawowe	11,79	3,81
	zawodowe	13,57	3,33
	średnie	13,51	3,14
	wyższe	14,50	3,52
Środowiskowa jakość życia	podstawowe	13,11	3,16
	zawodowe	13,70	2,06
	średnie	14,35	2,32
	wyższe	14,63	1,94

Źródło: badania własne.

W zakresie zależności pomiędzy poziomem wykształcenia respondentów a jakością ich życia wykorzystano test dla prób niezależnych – test Levene’a jednorodności wariancji (tabela 9). Wszystkie dane, poza somatyczną sferą jakości życia, są nieistotne statystycznie.

Tablica 9. Test dla prób niezależnych ($N = 207$) – test Levene’a jednorodności wariancji (wykształcenie badanych)

Jakość życia/ wykształcenie badanych	Istotność dwustronna (p)	Wartość t
Ogólna jakość życia	$p = 0,481$	0,705
Indywidualna, ogólna percepcja własnego zdrowia	$p = 0,492$	-0,688
Somatyczna jakość życia	$p = 0,016$	-2,430
Psychologiczna jakość życia	$p = 0,849$	-0,190
Socjalna jakość życia	$p = 0,206$	-1,269
Środowiskowa jakość życia	$p = 0,498$	0,679

Źródło: badania własne.

Miejsce zamieszkania a jakość życia badanych seniorów

Dane statystyczne – średnia oraz odchylenie standardowe w odniesieniu do jakości życia badanych oraz miejsca zamieszkania respondentów zostaną przedstawione z podziałem na cztery kategorie: wieś, małe miasto, duże miasto oraz miejsce zamieszkania ogółem.

Jakość życia we wszystkich obszarach poza indywidualną, ogólną percepcją własnego zdrowia wśród respondentów jest najwyższa u badanych mieszkających w dużych miastach (tabela 10). Następnie znajdują się seniorzy zamieszkujący małe miasta. Natomiast najniższa jakość życia w zakresie ogólnej jakości życia jest wśród starszych osób, które na co dzień mieszkają na wsi ($M = 3,48$; $SD = 0,79$). W przypadku indywidualnej, ogólnej percepcji własnego zdrowia jakość życia wśród respondentów jest najwyższa u osób, które zamieszkują małe miasta ($M = 3,11$; $SD = 0,91$). Kolejno znajdują się mieszkańcy wsi. Natomiast najniższa jakość życia w tym zakresie jest u osób, które na co dzień mieszkają w dużym mieście ($M = 3,02$; $SD = 0,96$).

Tabela 10. Związek między miejscem zamieszkania respondentów a ich jakością życia (M, SD) (N = 199)

Jakość życia	Miejsce zamieszkania	Średnia (M)	Odchylenie standardowe (SD)
Ogólna jakość życia	wieś	3,48	0,79
	małe miasto	3,64	0,75
	duże miasto	3,80	0,70
	ogółem	3,67	0,75
Indywidualna, ogólna percepcja własnego zdrowia	wieś	3,04	0,89
	małe miasto	3,11	0,91
	duże miasto	3,02	0,96
	ogółem	3,05	0,93
Somatyczna jakość życia	wieś	12,27	1,75
	małe miasto	12,59	1,72
	duże miasto	12,86	1,66
	ogółem	12,62	1,71
Psychologiczna jakość życia	wieś	13,11	2,13
	małe miasto	13,32	2,04
	duże miasto	13,89	2,16
	ogółem	13,51	2,13
Socjalna jakość życia	wieś	13,45	3,31
	małe miasto	13,57	3,00
	duże miasto	13,76	3,68
	ogółem	13,62	3,38
Środowiskowa jakość życia	wieś	13,68	2,40
	małe miasto	14,11	2,41
	duże miasto	14,52	2,17
	ogółem	14,17	2,32

Źródło: badania własne.

W odniesieniu do miejsca zamieszkania respondentów i ich jakości życia dokonano jednoczynnikowej analizy wariancji ANOVA (tabela 11). Dane są istotne statystycznie jedynie w przypadku ogólnej jakości życia.

Tabela 11. Jednoczynnikowa analiza wariancji ANOVA (miejsce zamieszkania) (N = 199)

Jakość życia/ miejsce zamieszkania	Wartość F	Istotność statystyczna (p)
Ogólna jakość życia	3,31	p = 0,039
Indywidualna, ogólna percepcja własnego zdrowia	0,15	p = 0,861
Somatyczna jakość życia	2,08	p = 0,127
Psychologiczna jakość życia	2,60	p = 0,077
Socjalna jakość życia	0,15	p = 0,860
Środowiskowa jakość życia	2,29	p = 0,104

Źródło: badania własne.

Porównania wielokrotne w zakresie miejsca zamieszkania badanych wykazały następujące wyniki – tylko p jest istotne statystycznie w przypadku porównania wsi oraz dużego miasta (tabela 12).

Tabela 12. Porównania wielokrotne – miejsce zamieszkania (N = 199)

Miejsce zamieszkania	Istotność statystyczna (p)
Wieś – małe miasto	p = 0,482
Wieś – duże miasto	p = 0,031
Małe miasto – duże miasto	p = 0,408

Źródło: badania własne.

Podsumowując powyższe dane, stwierdza się, że wyższa ogólna jakość życia występuje wśród seniorów zamieszkujących duże miasta. Niższa ogólna jakość życia występuje pośród badanych, którzy mieszkają na wsi.

Status zawodowy a jakość życia respondentów

Dane statystyczne – średnia oraz odchylenie standardowe w odniesieniu do jakości życia i statusu zawodowego badanych zostaną przedstawione w dwóch grupach różniących się statusem zawodowym (tabela 13). Wynika to z faktu małej liczebności seniorów pracujących zawodowo na część etatu, dorywczo lub na pełny etat (I grupa) – respondenci zostali zakwalifikowani do jednej grupy. Druga grupa to seniorzy przebywający na rencie lub emeryturze. W przypadku wszystkich sfer dotyczących jakości życia z uwzględnieniem statusu zawodowego respondentów, jakość życia jest wyższa dla grupy osób, które pracują w dalszym ciągu na część etatu, dorywczo lub na pełny etat. U seniorów, którzy przebywają na rencie lub emeryturze jakość życia jest niższa.

Tabela 13. Status zawodowy respondentów a jakość ich życia (M, SD) (N = 209)

Jakość życia	Status zawodowy badanych	Średnia (M)	Odchylenie standardowe (SD)
Ogólna jakość życia	renta/emerytura	3,65	0,75
	część etatu, dorywczo/pełny etat	3,88	0,61
Indywidualna, ogólna percepcja własnego zdrowia	renta/emerytura	3,01	0,92
	część etatu, dorywczo/pełny etat	3,54	0,66
Somatyczna jakość życia	renta/emerytura	12,47	1,70
	część etatu, dorywczo/pełny etat	13,71	1,20
Psychologiczna jakość życia	renta/emerytura	13,39	2,14
	część etatu, dorywczo/pełny etat	14,33	1,71
Socjalna jakość życia	renta/emerytura	13,37	3,41
	część etatu, dorywczo/pełny etat	15,63	2,60
Środowiskowa jakość życia	renta/emerytura	14,12	2,32
	część etatu, dorywczo/pełny etat	14,38	2,16

Źródło: badania własne.

Wyniki dotyczące statusu zawodowego badanych zostały również przeanalizowane za pomocą testu dla prób niezależnych – test Levene’a jednorodności

wariancji (tabela 14). Istotność statystyczną uzyskały indywidualna, ogólna percepcja zdrowia, sfera somatyczna, psychologiczna i socjalna. Natomiast ogólna jakość życia oraz sfera środowiskowa mają dane nieistotne statystycznie.

Tabela 14. Test dla prób niezależnych (N = 209) – test Levene’a jednorodności wariancji (status zawodowy badanych)

Jakość życia/ status zawodowy badanych	Istotność dwustronna (p)	Wartość t
Ogólna jakość życia	p = 0,107	-1,659
Indywidualna, ogólna percepcja własnego zdrowia	p = 0,007	-2,716
Somatyczna jakość życia	p < 0,001	-4,509
Psychologiczna jakość życia	p = 0,040	-2,066
Socjalna jakość życia	p = 0,002	-3,126
Środowiskowa jakość życia	p = 0,617	-0,501

Źródło: badania własne.

Podsumowując uzyskane dane, dotyczące zależności pomiędzy jakością życia badanych a ich statusem zawodowym, można stwierdzić, że wyższy poziom jakości życia w zakresie indywidualnej, ogólnej percepcji własnego zdrowia, somatycznej, psychologicznej i socjalnej sfery jakości życia występuje w przypadku seniorów, którzy pracują na część etatu, dorywczo lub na pełny etat. U osób starszych, z trudnościami w słyszeniu, które przebywają na rencie lub emeryturze, poziom jakości życia w tych sferach jest niższy.

Jakość życia seniorów z trudnościami w słyszeniu

Ocena ogólnej jakości życia u osób mających lekkie trudności w słyszeniu jest najwyższa spośród wszystkich badanych grupa, a najniższa ogólna jakość życia jest wśród osób z głębokimi trudnościami w słyszeniu. Respondenci z umiarkowanymi oraz ze znacznymi trudnościami w słyszeniu mają ogólną jakość życia mieszczącą się pomiędzy wynikami uzyskanymi przez seniorów z lekkimi trudnościami w słyszeniu a badanymi z głębokim poziomem trudności w słyszeniu (tabela 15).

Tabela 15. Ogólna jakość życia a trudności w słyszeniu (N = 209)

Trudności w słyszeniu/ ogólna jakość życia	Średnia (M)	Odchylenie standardowe (SD)
Lekkie	4,08	0,55
Umiarkowane	3,65	0,67
Znaczne	3,77	0,57
Głębokie	3,17	0,97
Ogółem	3,42	0,73

Źródło: badania własne.

Można zaobserwować, że najwyższy poziom w zakresie indywidualnej, ogólnej percepcji własnego zdrowia jest wśród respondentów z lekkimi trudnościami w słyszeniu. Kolejno znajdują się osoby ze znacznymi trudnościami w słyszeniu. Najniższy poziom ogólnej, indywidualnej percepcji własnego zdrowia jest wśród osób z głębokimi trudnościami w słyszeniu. Dane zaprezentowane są w tabeli 16.

Tabela 16. Indywidualna, ogólna percepcja własnego zdrowia a trudności w słyszeniu (N = 209)

Trudności w słyszeniu/ indywidualna, ogólna percepcja własnego zdrowia	Średnia (M)	Odchylenie standardowe (SD)
Lekkie	3,42	0,87
Umiarkowane	3,06	0,90
Znaczne	3,17	0,83
Głębokie	2,60	0,93
Ogółem	3,07	0,91

Źródło: badania własne.

W sferze środowiskowej jakość życia jest najwyższa u osób z lekkimi trudnościami w słyszeniu. Kolejno są to osoby ze znacznymi trudnościami w słysze-

niu oraz seniorzy z umiarkowanymi trudnościami w słyszeniu. Najniższą jakość życia w sferze środowiskowej uzyskały osoby z głębokimi trudnościami w słyszeniu. Dane ukazane są w tabeli 17.

Tabela 17. Jakość życia w sferze środowiskowej a trudności w słyszeniu (N = 209)

Trudności w słyszeniu/ jakość życia w sferze środowiskowej	Średnia (M)	Odchylenie standardowe (SD)
Lekkie	15,19	2,36
Umiarkowane	14,18	2,07
Znaczne	14,20	1,85
Głębokie	12,77	2,82
Ogółem	14,15	2,30

Źródło: badania własne.

W zakresie sfery somatycznej najwyższą jakość życia zanotowano u osób z lekkimi trudnościami w słyszeniu. Następnie są osoby ze znacznymi trudnościami w słyszeniu. Kolejno znajdują się seniorzy z umiarkowanymi trudnościami w słyszeniu. Najniższa jakość życia w sferze somatycznej występuje u osób z głębokimi trudnościami w słyszeniu. Dane widoczne są w tabeli 18.

Tabela 18. Jakość życia w sferze somatycznej a trudności w słyszeniu (N = 209)

Trudności w słyszeniu/ jakość życia w sferze somatycznej	Średnia (M)	Odchylenie standardowe (SD)
Lekkie	13,50	1,13
Umiarkowane	12,58	1,72
Znaczne	12,63	1,47
Głębokie	11,63	1,88
Ogółem	12,61	1,70

Źródło: badania własne.

Analizując dane w sferze psychologicznej, można stwierdzić, że jakość życia jest tym wyższa, im niższy jest poziom stwierdzonych trudności w słyszeniu u respondentów. Wyniki przedstawiono w tabeli 19.

Tabela 19. Jakość życia w sferze psychologicznej a trudności w słyszeniu (N = 209)

Trudności w słyszeniu/ jakość życia w sferze psychologicznej	Średnia (M)	Odchylenie standardowe (SD)
Lekkie	14,89	1,69
Umiarkowane	13,51	2,06
Znaczne	13,50	1,50
Głębokie	11,80	2,10
Ogółem	13,50	2,11

Źródło: badania własne.

W sferze socjalnej seniorzy z lekkimi trudnościami w słyszeniu uzyskali najwyższą średnią (tabela 20).

Tabela 20. Jakość życia w sferze socjalnej a trudności w słyszeniu (N = 209)

Trudności w słyszeniu/ jakość życia w sferze socjalnej	Średnia (M)	Odchylenie standardowe (SD)
Lekkie	15,72	2,67
Umiarkowane	13,50	3,42
Znaczne	13,60	2,58
Głębokie	11,60	3,56
Ogółem	13,63	3,40

Źródło: badania własne.

Współczynnik korelacji rho Spearmana (ρ) dla osób mających trudności w słyszeniu oraz ogólnej jakości życia wynosi -0,33. Im większe trudności w słyszeniu występują u badanych, tym niższa jest ich ogólna jakość życia. Uzyskane dane są statystycznie istotne ($p < 0,001$).

Korelacja rho w odniesieniu do respondentów z trudnościami w słyszeniu oraz indywidualnej, ogólnej percepcji własnego zdrowia wynosi -0,26 – im większe trudności w słyszeniu występują u seniorów, tym niższa jest indywidualna, ogólna percepcja ich zdrowia. Uzyskane dane są statystycznie istotne ($p < 0,001$).

W przypadku wszystkich obszarów jakości życia kierunek zależności jest taki sam (ujemny) – im wyższy poziom trudności w słyszeniu u seniorów, tym niższa jakość ich życia w sferze somatycznej, środowiskowej, psychologicznej i socjalnej (tabela 21).

Tabela 21. Sfery jakości życia / trudności w słyszeniu – rho, p (N = 209)

Domena jakości życia	Współczynnik korelacji rho Spearmana (rho)	Istotność statystyczna (p)
Somatyczna	-0,27	$p < 0,001$
Psychologiczna	-0,40	$p = 1,554$
Socjalna	-0,37	$p = 2,320$
Środowiskowa	-0,29	$p < 0,001$

Źródło: badania własne.

Korzystanie z aparatów słuchowych

Badani seniorzy w większości nie stosowali aparatów słuchowych (70,5%). Z kolei 8,7% respondentów stwierdziło, że lekarz zalecił im noszenie aparatu słuchowego, ale nie stosują się do tego wskazania, z protez słuchowych korzysta natomiast 20,8% starszych osób z trudnościami w słyszeniu.

Badani udzielali także odpowiedzi na pytania otwarte, dotyczące używania aparatów słuchowych. Odpowiedzi seniorów były do siebie zbliżone, niezależnie od poziomu ubytku słuchu. Badani nie używali aparatów słuchowych, najczęściej argumentując to tym, że w ich subiektywnej ocenie nie potrzebują protezy. Część osób uzasadnia fakt nienoszenia aparatów stosowaniem innych strategii, np. pogłaśnianiem odbiorników radiowych i telewizyjnych lub proszeniem rozmówców o powtórzenie ich wypowiedzi. Respondenci zwracają także uwagę na występowanie szumów w uszach, uczulenie na obce ciało, jakim jest aparat słuchowy oraz odczuwanie dyskomfortu podczas jego noszenia. Część badanych zwraca uwagę na brak stosownych zaleceń w tym zakresie ze strony

lekarza oraz wysoki koszt aparatów słuchowych. Badani nie noszą także aparatu słuchowego z powodu jego zgubienia.

Seniorzy, którzy stosują aparaty słuchowe, zwracają uwagę na ich znaczącą rolę w poprawie codziennego funkcjonowania.

Przekonania respondentów o znaczeniu słuchu

Uzyskane wyniki w tym zakresie świadczą o tym, że w życiu seniorów słuch odgrywa znaczącą rolę. Najwięcej respondentów wybierało odpowiedzi „bardzo ważne” i „ważne”. Tabela 22 przedstawia szczegółowe wyniki dotyczące przekonań respondentów o znaczeniu słuchu.

Tabela 22. Przekonania respondentów o znaczeniu słuchu

Twierdzenie	Bardzo ważne (%)	Ważne (%)	Trochę ważne (%)	Mało ważne (%)	Nie- ważne (%)
Dobry słuch pozwala dobrze słyszeć najbliższe osoby	59,4	31,4	4,8	0,5	1,4
Dobry słuch umożliwia rozmowę z sąsiadami/znajomymi	42,5	47,3	6,3	1,4	1,8
Dobry słuch pozwala na samodzielność w załatwianiu spraw np. u lekarza	61,8	32,4	3,4	0,5	1,4
Dobry słuch pozwala na samodzielność w załatwianiu spraw w urzędach, w banku	59,4	34,4	2,4	1	2,9
Dobry słuch pozwala oglądać TV/ słuchać radia	32,9	46,9	15	3,9	1
Dobry słuch pozwala swobodnie rozmawiać z różnymi osobami	43,5	48,3	4,8	0,5	2,4
Dobry słuch pozwala uczestniczyć w nabożeństwach	48,3	38,6	5,3	3,4	3,9
Dobry słuch pozwala uczestniczyć w koncertach i innych wydarzeniach kulturalnych	26,6	46,4	13,5	9,7	3,9
Dobry słuch umożliwia uczestniczenie w spotkaniach z rodziną i znajomymi	45,4	46,4	5,8	1,4	1
Dobry słuch jest ważny, ponieważ pozwala czuć się bezpiecznie	56	33,8	8,2	1	1

Źródło: badania własne.

Strategie radzenia sobie z trudnościami w słyszeniu

Seniorzy w przypadku, gdy nie słyszą, co mówią inne osoby przy stole w czasie spotkania lub uroczystości, proszą o powtórzenie informacji (54,1%), przestają brać udział w takich spotkaniach (9,7%), udają, że słyszą i wszystko jest dla nich zrozumiałe (25,1%). 11,1% badanych twierdzi, że taka sytuacja ich nie dotyczy.

Starsze osoby w sytuacji trudności ze słyszeniem treści przekazywanych przez urzędnika lub sprzedawcę proszą o ich powtórzenie (76,3%), udają, że wszystko było zrozumiałe (6,8%) lub przestają samodzielnie załatwiać swoje sprawy (9,2%). 7,7% seniorów odpowiedziało, że taka sytuacja ich nie dotyczy.

W sytuacji, kiedy lekarz zaleciłby noszenie aparatu słuchowego, badani w 9,7% nie kupiliby protezy. Natomiast 42,5% seniorów kupiłoby i nosiłoby aparat słuchowy. 44% respondentów nie potrafiło określić, czy dokona zakupu protezy.

W wydarzeniach publicznych uczestniczy 18,4% seniorów (w sytuacjach, gdy niewiele słyszy podczas nich), 63,3% respondentów wybiera miejsca, w których jest lepsza słyszalność, natomiast 5,8% badanych przestaje chodzić na takie wydarzenia, bo i tak niewiele słyszy. 12,6% starszych osób twierdzi, że ta sytuacja ich nie dotyczy.

11,1% respondentów unika rozmów, gdy nie słyszy osoby mówiącej przez telefon, 67,1% badanych prosi, żeby rozmówca mówił głośniejszym głosem lub powtórzył wypowiedź, a 5,3% seniorów udaje, że rozumie. 16,4% starszych osób nie dotyczy taka sytuacja.

90,3% badanych, gdy nie słyszy dobrze TV lub odbiornika radiowego pogłasnia je, 2,9% seniorów nic z tym nie robi, natomiast 1,9% badanych przestaje korzystać z TV lub radia. 4,8% respondentów ta sytuacja nie dotyczy.

Dyskusja

Jakość życia badanych zależna jest od płci. Wyższa ogólna jakość życia oraz wyższy poziom w obszarze jakości życia w sferze środowiskowej występuje u kobiet. Przewagę wśród kobiet w dziedzinie relacji społecznych potwierdzają kolejne badania (Einhorn i in. 2012, s. 554). Natomiast w zakresie indywidualnej, ogólnej percepcji własnego zdrowia oraz pozostałych domen jakości życia jest wyższa wśród mężczyzn.

Wyższą ogólną jakość życia stwierdzono u osób, które zamieszkują duże miasta, natomiast niższa jakość życia występuje u seniorów mieszkających na terenach wiejskich $MW = 3,48$; $MDM = 3,80$.

W zakresie statusu zawodowego zauważono, że wyższy poziom indywidualnej, ogólnej percepcji własnego zdrowia, sfery somatycznej, psychologicznej i socjalnej występuje u seniorów, którzy pracują na część etatu, dorywczo lub na pełny etat. Niższy poziom jakości życia w tych obszarach obserwuje się u osób starszych, które na co dzień przebywają na rencie lub emeryturze. Można przypuszczać, że jest to związane z gorszym statusem ekonomicznym wśród tych osób w stosunku do seniorów, którzy w dalszym ciągu są czynni zawodowo.

Im wyższy wiek respondentów, tym niższy poziom ogólnej jakości ich życia, indywidualnej, ogólnej percepcji własnego zdrowia oraz jakości życia w poszczególnych sferach (somatyczna, psychologiczna, socjalna, środowiskowa).

Inne rezultaty widoczne są w badaniach przeprowadzonych przez Einhorn i in. wśród 2546 osób w wieku 65 i więcej lat. Autorzy wykazali, że osoby w starszym wieku korzystniej oceniają jakość życia (Einhorn i in. 2012, s. 552).

Można także zaobserwować, że im wyższy poziom wykształcenia wśród seniorów, tym większa ogólna jakość ich życia oraz jakość życia w sferze somatycznej, psychologicznej, socjalnej i środowiskowej. Korelacja w zakresie ogólnej jakości życia oraz sfery psychologicznej jest niska. Słaba natomiast jest korelacja w przypadku sfery somatycznej, socjalnej i środowiskowej.

Zaobserwowano, że im większe trudności w słyszeniu diagnozuje się u badanych seniorów, tym niższy jest ich poziom ogólnej jakości życia (korelacja niska) oraz indywidualnej, ogólnej percepcji własnego zdrowia (korelacja niska). Poszczególne sfery jakości życia (somatyczna, psychologiczna, socjalna, środowiskowa) są wyższe, im niższy jest poziom trudności w słyszeniu występujący u badanych.

W odniesieniu do konkretnych sfer jakości życia dwie domeny są istotne statystycznie – somatyczna i środowiskowa. Im wyższy poziom trudności w słyszeniu u ludzi starszych, tym niższy poziom jakości ich życia w domenie somatycznej i środowiskowej (korelacja niska).

W badaniach Cybulskiego i in. (2018), które zostały przeprowadzone wśród 100 seniorów wybranych losowo, można zaobserwować podobne rezultaty. Dotyczyły one określenia jakości życia u osób po 60. roku życia z zaburzeniami słuchu. Wykazano istotną statystycznie zależność między złą oceną własnego słuchu przez seniorów a niezadowoleniem z jakości życia.

Badania przeprowadzone przez Bieńkowską i in. pośrednio potwierdzają wyniki badań prezentowanych w artykule. Stwierdzono, że im wyższa ocena zdrowia, aktywności i sprawności fizycznej, tym wyższa jest jakość życia respondentów. To natomiast przekładało się na lepsze możliwości komunikowania się z otoczeniem (Bieńkowska i in. 2021). Można założyć, że prawidłowe słyszenie znacznie wpływa na ocenę zdrowia, aktywności i sprawności

fizycznej. Opisane badania zostały przeprowadzone wśród 116 osób (powyżej 60 lat). Respondenci byli mieszkańcami Polski południowo-wschodniej. „Na podstawie uzyskanych wyników stwierdzono, że jakość życia starszych osób dorosłych kształtuje się na poziomie przeciętnym, a ich możliwości słuchowe określane są jako dobre” (Bieńkowska i in. 2021, s. 101).

Hipoteza badawcza postawiona przed rozpoczęciem badań częściowo została potwierdzona – im większe trudności w słyszeniu, tym niższa jakość życia badanych (poza seniorami z umiarkowanymi trudnościami w słyszeniu). Jakość życia seniorów z umiarkowanymi trudnościami w słyszeniu jest niższa niż u osób ze znacznymi trudnościami w słyszeniu.

Ograniczeniem przedstawionych badań jest pokazanie małego wycinka rzeczywistości badawczej, a także przewaga twierdzeń zamkniętych w wykorzystanych narzędziach badawczych. Mankamentem badań z przewagą charakteru ilościowego jest ukazanie materiału badawczego w sposób powierzchowny.

Wnioski

Niezbędnym działaniem poprawiającym jakość życia wśród osób starszych z trudnościami w słyszeniu jest zapewnienie im odpowiednich informacji dotyczących specjalistycznego leczenia. Nieodpowiednio dobrane urządzenia poprawiające jakość słyszenia mogą przyczynić się do negatywnych odczuć w zakresie stosowania takiego sprzętu. Znaczącą rolę w tym zakresie odgrywają otolaryngolodzy, audiolodzy oraz protetycy słuchu. Wiedza przekazywana przez nich w przystępny sposób może przyczynić się do poprawy jakości życia seniorów.

Stopień trudności w słyszeniu koreluje ujemnie z oceną jakości życia starszych osób. W przypadku badanych, którzy mają większe trudności w słyszeniu, występuje niższa jakość życia. Wyjątkiem od tej zależności są respondenci z umiarkowanym stopniem trudności w słyszeniu. Ich jakość życia jest niższa w porównaniu z osobami starszymi ze znacznymi trudnościami w słyszeniu. Można przypuszczać, że wynika to z konieczności funkcjonowania osób starszych z umiarkowanym poziomem trudności w słyszeniu, w dużym stopniu, zarówno w świecie osób pełnosprawnych, jak i z niepełnosprawnością.

BIBLIOGRAFIA

- Bianchini C., Ciorba A., Pastore A., Pelucchi S., *The impact of hearing loss on the quality of life of elderly adults. [Abstract]*, National Library of Medicine, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22791988/> (dostęp: 9.04.2023).

- Bieńkowska K., Szeremeta K., Zaborniak-Sobczak M. (2021), *Związek pomiędzy możliwościami komunikacyjnymi, jakością życia i aktywnością fizyczną osób starszych*, „Logopedia”, 50(1), 101–117, doi:10.24335/85xy-c557.
- Cieplińska E. (2022), *Akceptacja utraty sprawności w słyszeniu a jakość życia seniorów*, „Studia Paedagogica Ignatiana”, 25(1), s. 35–51, doi:10.12775/SPI.2022.1.002.
- Cybulski M., Krajewska-Kulak E., Kurkowska K., Łobaczuk-Sitnik A. (2018), *Jakość życia osób w podeszłym wieku z zaburzeniami słuchu*, „Gerontologia Polska”, 26, s. 123–133.
- Domagała-Zyśk E. (2019), *Older persons with subjectively assessed hearing problems in Poland: Quality of life and coping strategies*, „American Annals of the Deaf”, 3, s. 381–394, doi: 10.1353/aad.2019.0020.
- Einhorn J., Gawel-Dąbrowska D., Grabowska D., Połotyn-Zaradna K., Waszkiewicz L., Zatońska K. (2012), *Ocena jakości życia Polaków w wieku podeszłym*, w: P. Błędowski, M. Mossakowska, A. Więcek (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce* (s. 549–560), Poznań: Termedia Wydawnictwa Medyczne, MIBMiK.
- Freidl W., Luxenberger W., Moser S., *Perception of hearing problems in the older population [Abstract]*, National Library of Medicine, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28271168/> (dostęp: 9.04.2023).
- Gierek T. (2005), *Niedosłuch związany z wiekiem*, w: M. Śliwińska-Kowalska (red.), *Audiologia kliniczna* (s. 299–303), Łódź: Wydawnictwo Oficyna Wydawnicza Mediton.
- Nauka w Polsce, *Raport: 77 proc. polskich seniorów ma kłopoty ze słuchem*, <https://naukawpolsce.pl/aktualnosci/news%2C401921%2Craport-77-proc-polskich-seniorow-ma-klopoty-ze-sluchem.html> (dostęp: 17.02.2022).
- Rostkowska J., Skarżyński P.H. (2017), *Przegląd kwestionariuszy stosowanych do oceny jakości życia u osób głuchych (niedosłyszających) korzystających z implantu ślimakowego*, „Nowa Audiofonologia”, 6(4), s. 43–50, doi: 10.17431/1002743.
- World Health Organization, *Skrócona Wersja Ankiety Oceniającej Jakość Życia*, https://www.who.int/substance_abuse/research_tools/en/polish_whoqol.pdf (dostęp: 16.02.2022).

STRESZCZENIE

W naszym społeczeństwie jest coraz więcej osób starszych. W treści artykułu skoncentrowano się na jakości życia seniorów z trudnościami w słyszeniu. Istotne jest, że nieprawidłowości w słyszeniu pojawiły się u badanych wraz z ich wiekiem. Celem artykułu jest przedstawienie wyników badań własnych w zakresie jakości życia osób po 60. roku życia oraz poziomu trudności w słyszeniu występującego wśród seniorów. W artykule

jest mowa także o korzystaniu z aparatów słuchowych przez respondentów, ich przekonaniach o znaczeniu słuchu oraz strategiach radzenia sobie z trudnościami w słyszeniu. W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego i technikę ankiety (Trudności w Słyszeniu u Osób Starszych; WHOQOL-BREF – Skrócona Wersja Ankiety Oceniającej Jakość Życia). W badaniach wzięło udział 209 osób po 60. roku życia. Stwierdzono, że im wyższy poziom trudności w słyszeniu, tym niższa jakość życia badanych seniorów. Wyjątek stanowi grupa seniorów z umiarkowanymi trudnościami w słyszeniu – ich jakość życia jest niższa niż u osób ze znacznymi trudnościami w słyszeniu. Trudności w słyszeniu wpływają na jakość życia seniorów. Osoby po 60. roku życia z trudnościami w słyszeniu powinny zostać objęte wsparciem emocjonalnym, poznawczym, instrumentalnym oraz rzeczowym.

SŁOWA KLUCZOWE: trudności w słyszeniu, jakość życia, starość, aparaty słuchowe

SUMMARY

There are more and more elderly people in our society. The article focuses on the quality of life among seniors with hearing difficulties. It is important that abnormalities in hearing appeared in respondents with their age. The aim of the article is to present the results of my own research on the quality of life of people over 60 and the level of hearing problem among seniors. The article also presents the way the respondents use hearing aids; their beliefs about the importance of hearing and strategies for coping with hearing problems. The research used the method of a diagnostic survey, the questionnaire technique (Hearing Problems in Elderly People; WHOQOL-BREF – Short Version of the Quality of Life Survey). The study involved 209 people over 60 years of age. It was found that the higher the level of hearing problems, the lower the quality of life of the examined seniors. The exception is the group of seniors with moderate hearing difficulties – their quality of life is lower than that of people with significant hearing difficulties. Hearing difficulties affect the quality of life of seniors. People over 60 with hearing difficulties should be provided with emotional, cognitive, instrumental and material support.

KEYWORDS: hearing problems, quality of life, old age, hearing aids