

# Jakość życia osób w podeszłym wieku z zaburzeniami słuchu

## Quality of life of the elderly with hearing impairment

Katarzyna Kurkowska<sup>1</sup>, Mateusz Cybulski<sup>2</sup>, Anna Łobaczuk-Sitnik<sup>3</sup>,  
Elżbieta Krajewska-Kułak<sup>2</sup>

<sup>1</sup> absolwentka kierunku Logopedia z Fonoaudiologią II stopnia, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

<sup>2</sup> Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

<sup>3</sup> Zakład Fonoaudiologii Klinicznej i Logopedii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

### Streszczenie

**Wstęp.** Uszkodzenia słuchu stanowią obecnie niezwykle poważny problem społeczny, bowiem są jedną z najczęściej istniejących niesprawności. Pogorszenie lub utrata zdolności słyszenia, występujące w wieku podeszłym, powodują poważne konsekwencje, ujawniające się na co dzień w życiu seniora. **Cel pracy.** Celem pracy była ocena jakości życia osób powyżej 60 roku życia, cierpiących na zaburzenia słuchu. **Materiał i metody.** Badanie przeprowadzono wśród 100 losowo dobranych osób w wieku 60 lat i więcej, klientów gabinetu audioprotetycznego firmy ACS Słuchmed, zlokalizowanego przy ul. Słonimskiej w Białymstoku w okresie od lipca do sierpnia 2016 roku. Na potrzeby badania zastosowano 3 narzędzia badawcze: autorski kwestionariusz ankiety, obejmujący pytania ściśle dotyczące oceny stanu słuchu, standaryzowany kwestionariusz WHOQOL-BREF oraz standaryzowaną Skalę Akceptacji Choroby (AIS). **Wyniki.** Podczas badania żadna osoba nie stwierdziła, że jej słuch jest bardzo dobry. Wykazano istotną statystycznie zależność pomiędzy złą oceną własnego słuchu, a niezadowoleniem z jakości życia ( $p = 0,017$ ). Najwięcej ankietowanych podało, że przyczyną pogorszenia słuchu jest zaawansowany wiek, bądź częste przebywanie w głośnych pomieszczeniach. Wśród respondentów prawie połowa osób, w tym większość kobiet, stwierdziła, że ogólnie jest zadowolona z jakości swojego życia. **Wnioski.** Niedosłuch starczy wywiera niekorzystny wpływ na jakość życia, zatem należy rozważyć, czy istnieją przyczyny, które można wyeliminować dużo wcześniej i zmniejszyć odsetek niedosłyszących seniorów. Brak użytkowania aparatów słuchowych powoduje znaczne obniżenie jakości życia, dlatego należy zastanowić się nad wprowadzeniem rozwiązań ułatwiających starszym osobom korzystanie z tego typu urządzeń. Chcąc podnieść poziom akceptacji zaburzenia słuchu należy wprowadzić zmiany, które pozwoliłyby spojrzeć na problem niedosłuchu w bardziej optymistyczny sposób. By poprawić jakość życia osób starszych należy zwiększyć poziom edukacji zdrowotnej w zakresie radzenia sobie z problemami, wynikającymi z osłabionej zdolności percepcji słuchowej. (Gerontol Pol 2018; 26; 123-133)

**Słowa kluczowe:** jakość życia, osoby starsze, osoby w podeszłym wieku, zaburzenia słuchu

### Abstract

**Introduction.** Hearing loss is now a very serious social problem, because it is one of the most common disabilities. Deterioration or loss of hearing in the elderly results in serious consequences, manifesting itself in everyday seniors' life. **Aim.** The aim of the study was to assess the quality of life of people over 60, who are suffering from hearing impairment. **Material and methods.** The study was conducted among 100 randomly selected people aged 60 and over, customers of audioprosthetic audiometry ACS Słuchmed, located at Słonimka str. in Białystok from July to August 2016. Three research tools were used for the study: a self-administered questionnaire, which included specific questions related to hearing assessment, a WHOQOL-BREF questionnaire and AIS. **Results.** During the study, no one found that her hearing was very good. There was a statistically significant relationship between poor self-esteem rating and dissatisfaction with the quality of life ( $p = 0.017$ ). The majority of respondents reported that their hearing impairment was due to an advanced age, or frequent presence in loud rooms. Almost half of the respondents, including most women, said they were generally satisfied with the quality of their lives. **Conclusions.** Hearing impairment in the elderly adversely influences the quality of life, so it is important to consider whether there are causes that can be eliminated much earlier and reduce the incidence of hearing impairments. The lack of hearing aids results in a significant reduction in the quality of life, so it is important to consider

ways to make it easier for older people to use this type of device. To improve the level of acceptance of hearing impairment, changes need to be made to look at hearing loss in a more optimistic way. To improve the quality of life for older people, the level of health education in coping with problems resulting from impaired hearing perception needs to be improved. (*Gerontol Pol* 2018; 26; 123-133)

**Key words:** quality of life, elderly people, older adults, hearing impairment

## Wstęp

Niedosłuch starczy (*presbycusis*), nazywany również niedosłuchem związanym z wiekiem, jest powszechnym zjawiskiem występującym wśród osób powyżej 60 roku życia [1]. Z definicji jest to powolne, stale postępujące, obustronne i symetryczne odbiorcze upośledzenie zdolności słyszenia, powodujące początkowo kłopoty w percepcji sygnałów z zakresu wysokich częstotliwości (1 000 Hz – 8 000 Hz), które odpowiadają za rozumienie mowy, a więc utrudniają swobodną komunikację [2-4].

Problemy ze słuchem u osób w wieku senioralnym, które w sposób nieodwracalny drastycznie ograniczają dostęp do świata dźwięków, a w konsekwencji – utrudniają swobodne funkcjonowanie, odbierając przez to samodzielność i niezależność, prowadzą również do rozwoju innych zaburzeń [4,5]. Ryzyko depresji u osoby starszej z lekkim niedosłuchem wzrasta dwukrotnie, z niedosłuchem umiarkowanym – trzykrotnie, a w przypadku niedosłuchu głębokiego – aż pięciokrotnie [1].

## Cel pracy

Celem pracy była ocena jakości życia osób powyżej 60 roku życia, cierpiących na zaburzenia słuchu.

## Materiał i metody

Badanie przeprowadzono w gabinecie audioprotetycznym firmy ACS Słuchmed, zlokalizowanym przy ul. Słonimskiej w Białymstoku w okresie od lipca do sierpnia 2016 roku, po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku (uchwała nr R-I-002/270/2016). Badaniem objęto 100 klientów gabinetu audioprotetycznego, w tym 62% kobiet i 38% mężczyzn. Analizą objęto osoby w wieku od 60 do 97 roku życia. Średnio wieku wyniosła 77,5 lat. Wśród respondentów dominowały osoby owdowiałe. Najmniej ankietowanych znajdowało się w separacji lub było po rozwodzie. Wśród ankietowanych zdecydowanie dominowali respondenci pochodzący z miasta powyżej 200 tys. mieszkańców. W analizowanej grupie najwięcej respondentów miało wykształcenie podstawowe, a najmniej niepełne podstawowe. Dobór badanych miał charakter losowy.

Wykorzystaną metodą badawczą była metoda sondażu diagnostycznego, a pożądane informacje zostały zebrane techniką wywiadu kwestionariuszowego. Przed przystąpieniem do ich wypełnienia, każdy respondent został zapoznany z informacjami dotyczącymi przebiegu badania i musiał pisemnie wyrazić na nie zgodę.

W celu ustalenia występowania problemów ze słuchem u osoby starszej została skonstruowana anonimowa ankieta własnego autorstwa, w której umieszczono 23 pytania zamknięte, obejmujące zarówno dane socjodemograficzne, jak również pytania ściśle dotyczące oceny słuchu, sytuacji, w których mogą pojawiać się problemy, a także informacji, czy osoba badana używa aparatu słuchowego i czy wie, co może być przyczyną uszkodzenia narządu słuchu.

Aby ocenić jakość życia badanych, wykorzystano standaryzowany kwestionariusz WHOQOL-BREF (wersję krótką w języku polskim), zawierający 26 pytań zamkniętych, dotyczących oceny zadowolenia osoby badanej z czterech głównych sfer życia: fizycznej, społecznej, psychologicznej oraz środowiskowej [6,7]. Pod każdym pytaniem znajduje się pięć wariantów odpowiedzi: „Bardzo niezadowolony”, „Niezadowolony”, „Ani zadowolony, ani niezadowolony”, „Zadowolony” i „Bardzo zadowolony”, którym odpowiadają punkty od 1 do 5, gdzie jeden punkt respondent otrzymuje za odpowiedź „Bardzo niezadowolony” i analogicznie za każdą następną – o jeden punkt więcej. Im wyższy wynik uzyskuje osoba badana, tym lepiej ocenia swoją jakość życia [6].

Dodatkowo, w celu oceny stopnia akceptacji choroby (w przypadku badań własnych – niedosłuchu) przez osoby badane zastosowano standaryzowaną Skalę Akceptacji Choroby (AIS) [8]. Kwestionariusz zawiera osiem sformułowań, które dotyczą negatywnych konsekwencji choroby przewlekłej, takich jak problemy z przystosowaniem się do barier, które stwarza dolegliwość, uczucie zagubienia i zależności od innych osób, konieczność rezygnacji z ulubionych rozrywek, jak również brak pewności siebie oraz samowystarczalności [8]. Każdy z respondentów musiał określić, w jakim stopniu zgadza się z przeczytanym stwierdzeniem, mając do dyspozycji pięciostopniową skalę liczbową (od 1 do 5), gdzie 1 oznacza zdecydowane zgodzenie się z nim, natomiast 5 – zdecydowane niezgodzenie się. Maksymalnie można uzyskać 40 punktów, minimalnie – 8. Im wyższy wy-

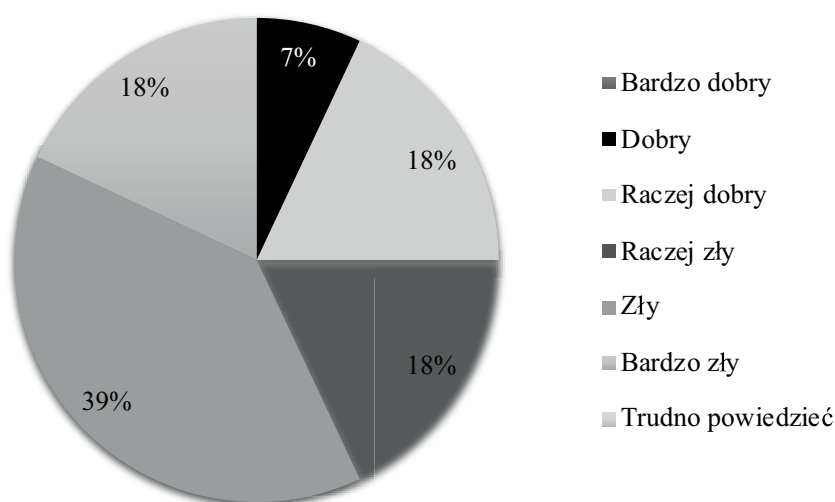
nik, tym bardziej osoba badana akceptuje swoje dolegliwości [8].

Zebrane dane zostały opracowane za pomocą programu Microsoft Excel. Analizy statystycznej dokonano przy zastosowaniu testu niezależności chi – kwadrat ( $\chi^2$ ). Hipotezy statystyczne zostały zweryfikowane na poziomie istotności  $p \leq 0,05$ , a obliczenia wykonano przy użyciu oprogramowania Statistica Data Miner + QL PL, na który licencję posiada Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.

## Wyniki

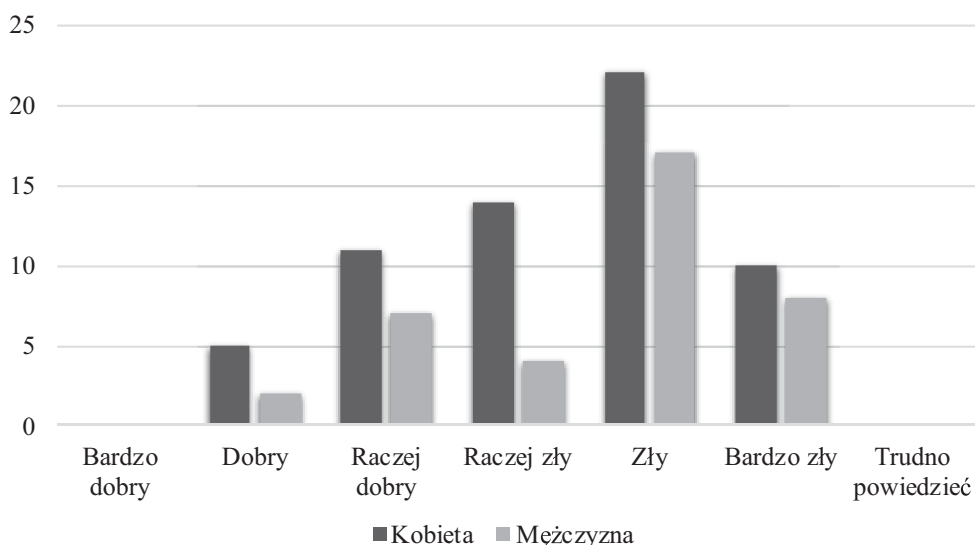
W pytaniu dotyczącym subiektywnej oceny słuchu żadna osoba nie stwierdziła, że jej słuch jest bardzo dobry lub że trudno jest jej go ocenić. Szczegółowy podział procentowy badanych w zależności od subiektywnej oceny słuchu przedstawiono na rycinie 1, a rozkład oceny stanu słuchu w zależności od płci na rycinie 2. Wykazano istotną statystycznie zależność pomiędzy złą oceną własnego słuchu, a niezadowoleniem z jakości życia ( $p = 0,017$ ).

Badane osoby najczęściej przyznawały się do noszenia aparatu na ucho, którym słyszały gorzej. Podział badanej



Rycina 1. Podział procentowy badanych w zależności od subiektywnej oceny słuchu

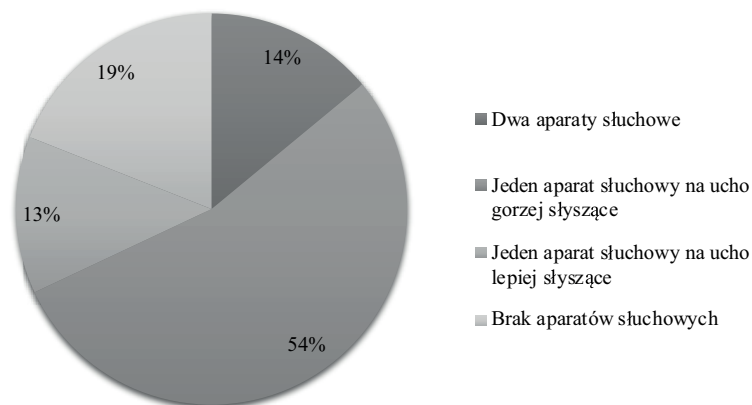
Figure 1. Percentage distribution of respondents depending on subjective hearing assessment



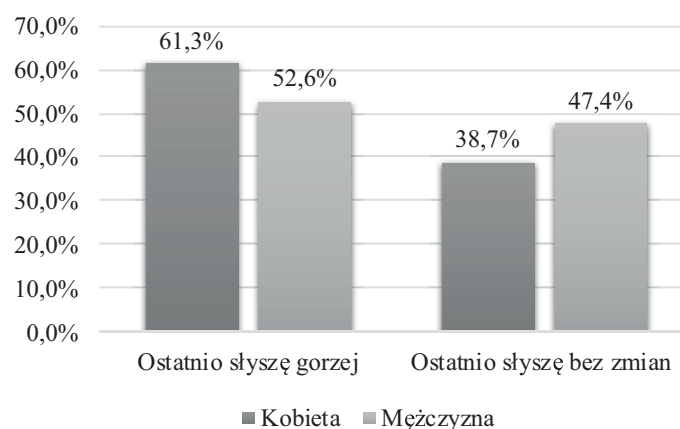
Rycina 2. Rozkład oceny stanu słuchu w zależności od płci

Figure 2. Distribution of hearing assessment according to sex

grupy z uwzględnieniem użytkowania aparatów słuchowych przez respondentów obrazuje rycynie 3. Przeprowadzona analiza statystyczna nie potwierdziła istnienia istotnej statystycznie zależności pomiędzy złą oceną własnego słuchu, a użytkowaniem zarówno obu aparatów słuchowych, jak i jednego aparatu słuchowego. Nie wykazano również istotnej statystycznie zależności pomiędzy niezadowoleniem z jakości życia, a użytkowaniem aparatów słuchowych.



**Rycina 3. Podział badanej grupy z uwzględnieniem użytkowania aparatów słuchowych**  
**Figure 3. Distribution of the study group taking into account the use of hearing aids**



**Rycina 4. Rozkład procentowy odpowiedzi na pytanie o pogorszenie słyszenia w ciągu ostatnich dwóch tygodni w zależności od płci**

**Figure 4. Percentage distribution of answers to questions about hearing impairment in the last two weeks by sex**



**Rycina 5. Słyszenie dzwonka telefonu przez ankietowanych z podziałem na płeć**  
**Figure 5. Hearing the phone ring by the respondents by sex**

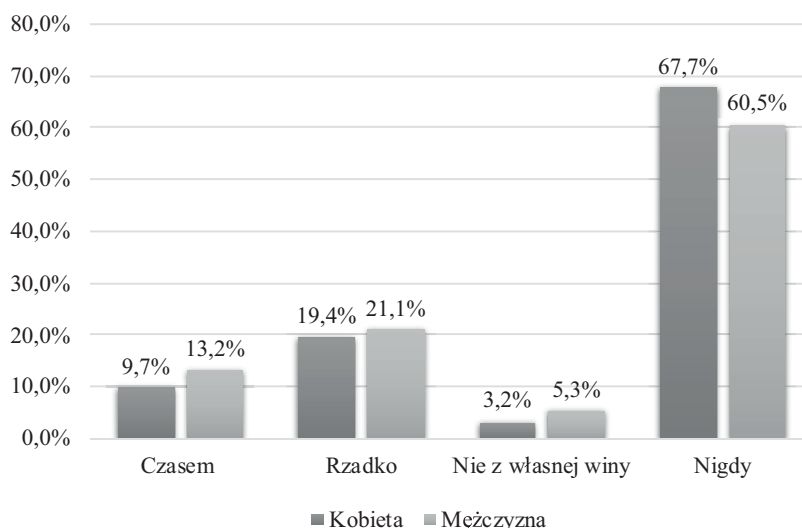
Najwięcej badanych odpowiedziało, że nie ma żadnych problemów z usłyszeniem, czy zrozumieniem mowy podczas rozmowy w cichym pomieszczeniu. Rozkład procentowy odpowiedzi z uwzględnieniem płci został zobrazowany na rycinie 6. Przeprowadzona analiza statystyczna potwierdziła istnienie istotnej statystycznie zależności pomiędzy niezadowoleniem z jakości życia, a częstym brakiem rozumienia mowy w cichym pomieszczeniu ( $p = 0,025$ ).

W pytaniu dotyczącym rozumienia mowy w głośnym otoczeniu, takim jak centrum handlowe, autobus, czy restauracja, zdecydowana większość respondentów stwierdziła, że często ma z tym problemy. Podział procentowy odpowiedzi w zależności od płci został przedstawiony na rycinie 7. Nie wykazano istotnej statystycznie zależności

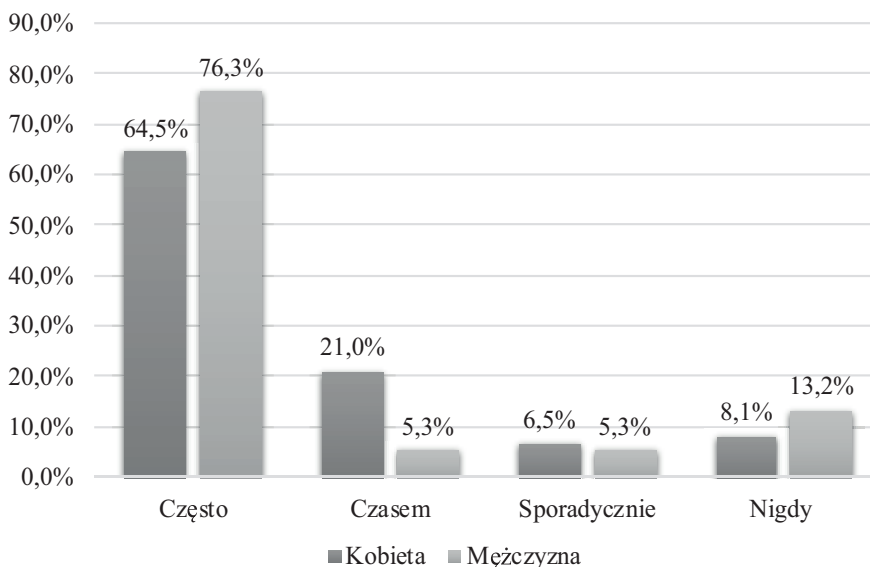
pomiędzy niezadowoleniem z jakości życia, a brakiem rozumienia mowy w głośnym pomieszczeniu.

Wśród ankietowanych, niezależnie od płci, dominująca ilość osób przyznała, że często zdarza im się przekręcić słowo, które usłyszą. Najczęściej respondenci obu płci przyznawali również, że zdarza im się prosić osobę, z którą rozmawiają, o powtórzenie jej wypowiedzi, gdyż nie zrozumieli jej sensu. Przeprowadzona analiza statystyczna potwierdziła istnienie istotnej statystycznie zależności pomiędzy niezadowoleniem z jakości życia, a koniecznością proszenia drugiej osoby o powtórzenie jej wypowiedzi z powodu jej niesłyszania ( $p = 0,015$ ). W pozostałych przypadkach nie wykazano istotnej statystycznie zależności.

Na pytanie dotyczące rozumienia mowy za jakąś przeskodą, jak np. okienko w banku, na poczcie, bądź w ka-



Rycina 6. Rozumienie mowy innej osoby podczas rozmowy w cichym pomieszczeniu z uwzględnieniem płci  
 Figure 6. Understanding another person's speech when talking in a quiet room by sex



Rycina 7. Rozumienie mowy innej osoby podczas rozmowy w głośnym pomieszczeniu z uwzględnieniem płci  
 Figure 7. Understanding another person's speech when talking in a loud room by sex

sie biletowej zdecydowana większość ankietowanych stwierdziła, że często ma z tym problemy.

Badani obu płci najczęściej twierdzili, że zarówno rodzina, jak i przyjaciele często zwracali uwagę na to, że mówią zbyt głośno, a nawet krzyczą bez potrzeby. Bez względu na większość respondentów odpowiedziało, że bez problemu rozpoznaje bliskich sobie ludzi po głosie.

Wśród ankietowanych najwięcej osób przyznało, że czasem zdarza im się nie zrozumieć kogoś podczas rozmowy przez telefon (rycina 8). Nie wykazano istotnej statystycznie zależności pomiędzy niezadowolaniem z jakości życia, a problemami z rozumieniem mowy podczas rozmowy przez telefon ( $p = 0,731$ ).

Dominująca liczba badanych, niezależnie od płci, zauważyła, że ich znajomi lub przyjaciele, w ostatnim czasie mówili niewyraźnie i cicho.

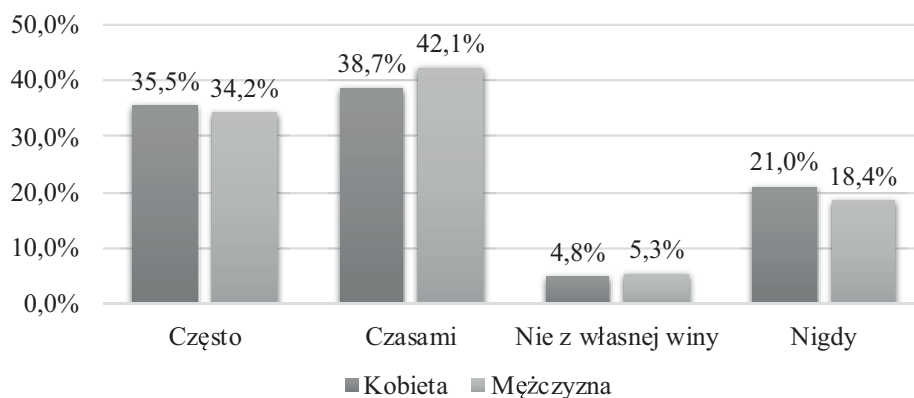
W pytaniu dotyczącym słyszenia wysokich dźwięków takich jak brzęk szkła, piszczałki lub dzwonek zdecydowana większość ankietowanych stwierdziła, że nie ma z tym żadnego problemu. Przeprowadzona analiza statystyczna nie potwierdziła istnienia istotnej statystycznie zależności pomiędzy niezadowolaniem z jakości życia, a problemami ze słyszeniem wysokich dźwięków ( $p = 0,965$ ). Najwięcej ankietowanych przyznało, że wysokie dźwięki są dla nich nieprzyjemne lub drażliwe, ale większość uznała, że takie sygnały charakteryzują się częstotliwościami, które nie mogą być przyjazne dla ucha ludzkiego. Nie wykazano istotnej statystycznie zależności pomiędzy niezadowolaniem z jakości życia, a odczuwaniem wysokich dźwięków jako drażliwych lub nieprzyjemnych ( $p = 0,843$ ).

Ankietowani tak samo często twierdzili, że zazwyczaj potrafią lokalizować źródło dźwięku, jak również, że nie radzą sobie z określeniem, z której strony nadchodzi sygnał. Nie wykazano istotnych różnic pomiędzy niezadowolaniem z jakości życia, a problemami z lokalizacją źródła dźwięku ( $p = 0,129$ ).

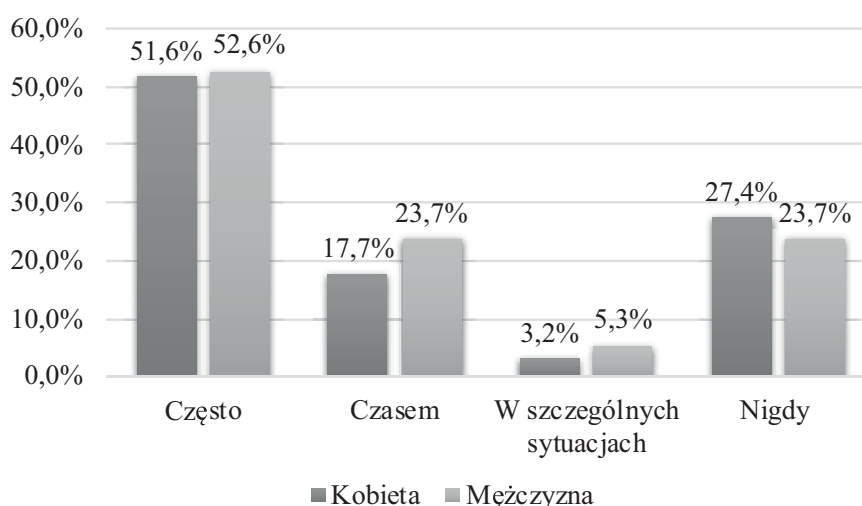
Dominująca liczba respondentów obu płci potwierdziła, że często cierpi na szumy bądź piski w uszach nieznanego pochodzenia w czasie dnia albo po zwykłym, spokojnym dniu. Podział procentowy odpowiedzi, dotyczący występowania szumów (pisków) w uszach został przedstawiony na rycinie 9. Nie wykazano istotnej statystycznie zależności pomiędzy niezadowolaniem z jakości życia, a częstym i epizodycznym odczuwaniem szumów usznych ( $p = 0,183$ ). Przeprowadzona analiza statystyczna potwierdziła istnienie istotnej statystycznie zależności pomiędzy niezadowolaniem z jakości życia, a odczuwaniem szumów usznych od czasu do czasu do czasu po zwykłym, spokojnym dniu ( $p = 0,05$ ).

W pytaniu dotyczącym przyczyn występowania zaburzeń słuchu 22,6% kobiet oraz 26,3% mężczyzn wskazało za główny powód częste przebywanie w głośnych pomieszczeniach. Najwięcej ankietowanych (ok. 1/3 kobiet i mężczyzn) zdecydowało się jednak podać własną odpowiedź, którą bardzo często okazał się zaawansowany wiek człowieka.

Wyniki respondentów otrzymane z odpowiedzi na pytania standaryzowanego kwestionariusza WHOQOL-BREF wahały się od 38 do 116 punktów. Maksymalnie w ankiecie można było uzyskać 130 punktów, a minimalnie – 26 punktów. Średnio uczestnicy zdobywali 79,84 punkty. Analizując jedynie wyniki płci żeńskiej okazało się, że kobieta minimalnie uzyskała 38 punktów, a maksymalnie 116 punktów. Średnio kobiety zdobywały 78,45 punktów. Analizując tylko wyniki płci męskiej okazało się, że mężczyzna minimalnie otrzymał 60 punktów, a maksymalnie 104 punktów. Średnio mężczyźni zdobywali 81,5 punktu. Wśród ankietowanych prawie połowa osób, w tym zdecydowana większość kobiet, stwierdziła, że jest zadowolona z jakości swojego życia. Jeżeli chodzi o jakość zdrowia, dominująca liczba respondentów wskazała, że jest niezadowolona lub nawet bardzo niezadowolona.



**Rycina 8. Umiejętność rozumienia mowy podczas rozmowy przez telefon z uwzględnieniem płci**  
**Figure 8. Ability to understand speech while talking on the phone by sex**



Rycina 9. Występowanie szumów (pisków) w uszach z uwzględnieniem płci ankietowanych  
 Figure 9. Occurrence of noise (squeals) in the ears, including sex of respondents

Wyniki respondentów otrzymane z odpowiedzi na pytania standaryzowanej skali akceptacji choroby (AIS) wahały się od 8 do 40 punktów, co oznacza, że wśród ankietowanych znalazły się zarówno osoby, które otrzymały maksymalny możliwy wynik, jak i takie, które dostały minimalnie możliwy wynik. Średnio uczestnicy mieli 24,65 punkty. Analizując jedynie wyniki płci żeńskiej okazało się, że kobieta minimalnie uzyskała 8 punktów, a maksymalnie 40 punktów. Średnio kobiety miały 23,9 punktów. Analizując tylko wyniki płci męskiej okazało się, że mężczyzna również minimalnie otrzymał 8 punktów, a maksymalnie 40 punktów. Średnio mężczyźni zdobywali 25,87 punktów.

Wśród ankietowanych ponad połowa osób stwierdziła, że zdecydowanie zgadza się z twierdzeniem, że ma kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę. Nie wykazano istotnej statystycznie zależności pomiędzy posiadaniem kłopotów z przystosowaniem do ograniczeń narzuconych przez chorobę, a niezadowoleniem z jakości życia.

Większość respondentów uznała, że zdecydowanie zgadza się z twierdzeniem, że z powodu swojego stanu zdrowia nie jest w stanie robić tego, co najbardziej lubi, dając w pięciostopniowej skali jedynie jeden punkt.

Najwięcej badanych wskazało, że nie czuje się niepotrzebnymi z powodu swojej choroby. Dominująca liczba ankietowanych stwierdziła, że zdecydowanie nie zgadza się z twierdzeniem, iż problemy ze zdrowiem sprawiają, że są bardziej zależni od innych, niż tego chcą. Przeprowadzona analiza statystyczna nie potwierdziła istnienia istotnej statystycznie zależności pomiędzy niezadowoleniem z jakości życia, a poczuciem zależności od innych osób.

Wśród respondentów ponad połowa badanych uznała, że zdecydowanie nie zgadza się z twierdzeniem, że choroba sprawia, iż są ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół.

Większość ankietowanych zdecydowanie zgodziła się z twierdzeniem, iż ich stan zdrowia sprawia, że nie czują się wartościowym człowiekiem. Wykazano istotną statystycznie zależność pomiędzy bardzo złą oceną słuchu, a silnym poczuciem własnej niepełnowartościowości ( $p = 0,025$ ). Nie wykazano natomiast istotnej statystycznie zależności pomiędzy bardzo złą oceną słuchu, a mniej nasilonym poczuciem własnej niepełnowartościowości ( $p = 0,298$ ).

Ponad połowa respondentów stwierdziła, że zdecydowanie zgadza się z twierdzeniem, iż nigdy nie będzie samowystarczalnym człowiekiem w takim stopniu, w jakim chciałaby być. Przeprowadzona analiza statystyczna nie potwierdziła istnienia istotnej statystycznie zależności pomiędzy bardzo złą oceną słuchu, a brakiem poczucia samowystarczalności.

Prawie połowa badanych zdecydowanie nie zgodziła się z twierdzeniem, że ludzie, przebywający w ich otoczeniu są często zakłopotani z powodu ich choroby.

## Dyskusja

Zjawisko wydłużania się życia ludzkiego spowodowało wzrost liczby seniorów, a więc i zainteresowanie ich stanem funkcjonalnym. Przeprowadzono wiele analiz, by sprawdzić, czy istnieje zależność pomiędzy upośledzeniem narządu słuchu, a obniżeniem jakości życia osób w wieku podeszłym, m.in. Campbell zauważył, że osoby z zaburzeniami funkcji zmysłów, a szczególnie

słuchu, wykazują mniejsze zadowolenie ze swojego życia [9].

W 2013 roku Rybka i Haor opublikowały wyniki badań, dotyczące jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia osób powyżej 60. roku życia, gdzie jedynie 4% respondentów uznało jakość swojego życia za bardzo dobrą. Co 20. senior stwierdził, że jakość jego życia jest zła (19%), a aż 64,4% badanych przyznało, że nie satysfakcjonuje ich własny stan zdrowia [6]. Dla porównania, w badaniach własnych 17% ankietowanych uznała jakość swojego życia za bardzo dobrą, 13% respondentów za złą, a 63% osób nie była zadowolona ze swojego stanu zdrowia.

Z badań PolSenior wynika, że u prawie 30% z 4621 osób powyżej 65 roku życia występowało upośledzenie słuchu, a stopień i częstość zaburzenia wzrastały wraz z wiekiem [10]. We własnych badaniach aż 75% ankietowanych uznało, że odczuwa problemy związane ze słuchem. Te same wyniki badań wskazują, że aparat słuchowy wspomagający słyszenie posiadało 6,7% seniorów [10].

Analiza wyników badań, zrealizowanych przez Dziechciaż i wsp., potwierdziła istnienie niedosłuchu u 46,1% respondentów w wieku podeszłym. Wśród nich jedynie 4 osoby przyznały się do użytkowania aparatu słuchowego [11]. Dla kontrastu w badaniach własnych znaczna większość (81%) osób w podeszłym wieku zadeklarowała posiadanie aparatu słuchowego co najmniej na jedno ucho. Ogromna rozbieżność pomiędzy wynikami może wynikać z faktu, iż grupą badaną we własnych badaniach byli klienci punktu protetycznego.

Te same wyniki badań wykazały, że istnieje istotna statystycznie zależność pomiędzy występowaniem problemów ze słuchem u osób starszych, a ich zapotrzebowaniem na opiekę długoterminową ( $p = 0,029$ ) [11], co świadczy o ogromnej bezradności seniorów, którzy dotknięci znaczną utratą słuchu, nie potrafią sobie poradzić w życiu codziennym.

Moraes-Crispim razem ze swoim zespołem badawczym w 2013 roku odnotowali, że osoby starsze z niedosłuchem w 20% oceniają swój stan zdrowia jako zły, a 2,5% określa go nawet jako bardzo zły. Najwięcej ankietowanych (42,5%) wcale nie potrafiło ustosunkować się do zadanego pytania, podając ostatecznie, że ich zdrowie nie jest ani złe, ani dobre. Jedynie 5% respondentów w ówczesnej analizie stwierdziło, że uznają swoje zdrowie za bardzo dobre [12]. Porównując, w 2014 roku Bojar i wsp. przeprowadzili badania, tym razem wśród osób powyżej 90 roku życia. Okazało się, że 80,3% ankietowanych zgłosiło zaburzenia słuchu, a nieco ponad połowa z nich (52,4% odpowiedzi) stwierdziła, że stan ich zdrowia jest zły, bądź bardzo

zły. Jedynie 11,3% pytanych określiło stan zdrowia jako dobry lub bardzo dobry [13]. W badaniach własnych również wykazano istotną statystycznie zależność ( $p = 0,017$ ) pomiędzy złą oceną swojego słuchu, a niezadowolaniem z jakości życia.

Skalska w 2011 roku, po przeprowadzeniu badań z zakresu ograniczeń sprawności funkcjonalnej osób w podeszłym wieku podała, że co szósty senior w wieku 60 lat nie słyszy bądź nie rozumie konwersacji, w której uczestniczy kilka osób. Wśród 70-latków okazało się, że co trzeci spotyka się z takim problemem, a pośród jeszcze starszych ankietowanych – więcej niż co drugi [14]. W poznańskich badaniach pilotażowych Skrzypek z 2013 roku, dotyczących problemów ze słuchem, aż 96,2% ankietowanych skarżyło się na trudności w słyszeniu i rozumieniu słów w zatłoczonym miejscu, gdzie wiele osób mówi w tym samym czasie. Sam proces słuchania okazał się być męczący bądź wyczerpujący dla około 75% respondentów w wieku podeszłym. Warto zaznaczyć, że wśród tych osób znalazły się wszystkie, które zarówno zgłosiły zaburzenie słuchu, jak i nie zadeklarowały użytkowania aparatu słuchowego. Ponad 98% uczestników badania przyznało również, iż restauracje lub kawiarnie są miejscami, w których najtrudniej jest im zrozumieć mowę innych osób [15]. Witeczak i wsp. podali, że 13,3% uczestników analizy zbyt cicho słyszy dźwięki otoczenia, takie jak dzwonek telefonu, czy dzwonek do drzwi. 11,7% badanych zauważyło również doskwierające kłopoty z lokalizacją źródła dźwięku [16]. Analiza wyników badań własnych wykazała, że 16% respondentów także zaobserwowało u siebie częste problemy z usłyszeniem dzwoniącego telefonu, a aż 31% ankietowanych przyznało, że czasami zdarza im się nie odebrać połączenia, mimo że ich telefon znajdował się w tym samym pomieszczeniu. Dla kontrastu aż 34% badanych w doniesieniu własnym nie potrafiło prawidłowo określić źródła dźwięku.

Vannson i wsp. w 2015 roku wykazali istotną statystycznie zależność pomiędzy trudnościami w rozumieniu mowy ( $p = 0,006$ ) oraz w lokalizowaniu źródła dźwięku ( $p = 0,047$ ), a obniżeniem poziomu jakości życia u osób dorosłych z zaburzeniami słuchu [17]. Dla porównania, przeprowadzona własna analiza również potwierdziła istnienie istotnej statystycznie zależności pomiędzy niezadowolaniem z jakości życia, a częstym brakiem rozumienia mowy ( $p = 0,025$ ). Wynik dotyczył jednak jedynie cichych pomieszczeń, bowiem w badaniach własnych rozróżniono zdolność rozumienia mowy innych osób, uwzględniając ciche lub głośne otoczenie rozmówcy. Warto zaznaczyć, iż badania własne nie wykazały istotnej statystycznie zależności pomiędzy



niezadowolaniem z jakości życia, a brakiem rozumienia mowy w głośnym pomieszczeniu ( $p = 0,205$ ). Nie stwierdzono również istotnych różnic pomiędzy niezadowolaniem z jakości życia, a problemami z lokalizacją źródła dźwięku ( $p = 0,129$ ).

W 2013 roku Lasisi i Gureje przeprowadzili podobne badania, z których wynika, że 35,4% osób w podeszłym wieku z niedosłuchem ma trudności z prowadzeniem normalnego życia i wykonywaniem codziennych czynności [7]. W badaniach własnych aż 59,2% respondentów zauważyło u siebie podobne problemy.

Z badań Witczaka i wsp. wynika, że 56,7% respondentów nawet kilkakrotnie musi prosić swojego rozmówcę o powtórzenie jego wypowiedzi, by w pełni ją zrozumieć, 51,7% ankietowanych uważa, że mowa ludzi jest dla nich zbyt cicha, 36,7% badanych zupełnie nie rozumie mowy innych podczas spotkań towarzyskich, w których uczestniczy większa liczba osób, a 20% uczestników badania zmaga się z wielkimi trudnościami podczas rozmów przez telefon [16]. Dla kontrastu w badaniach własnych 16% respondentów stwierdziło, że nie słyszy wypowiedzi drugiej osoby, a aż 72% przyznało, że słyszy, ale nie rozumie tego, co ktoś mówi. Ponad 53% ankietowanych zauważyło, że inni ludzie w ich opinii mówią cicho i niewyraźnie, a prawie 35% seniorów potwierdziło, że ma częste kłopoty z prowadzeniem rozmów telefonicznych.

W tym samym badaniu [16] 33,3% respondentów stwierdziło, iż oglądając telewizję, musi ustawiać głośność na znacznie wyższy poziom, niż robiło to dotychczas, co prowadzi do rozdrażnienia ich rodzin lub sąsiadów. Z badania Moraes-Crispim i wsp. wynika, że duże problemy przy oglądaniu telewizji zgłosiło jedynie 12,5% seniorów, ale aż 46,25% ankietowanych przyznało, że kłopoty ze słuchem niejednokrotnie powodują poważne kłótnie z rodziną [12]. W badaniach własnych okazało się, że aż 26% respondentów przyznało, iż niedosłuch uniemożliwia im w znacznym stopniu możliwość spędzania wolnego czasu tak, jakby chcieli, a 3% ankietowanych uznało, że wcale nie mogą robić tego, co najbardziej lubią.

Z cytowanych wcześniej badań Witczaka i wsp. wynika, że respondenci, jako główne przyczyny zaburzeń słuchu, najczęściej wskazywali: zaawansowany wiek (53,3% osób) oraz uwarunkowania genetyczne (40% osób). Często pojawiały się również odpowiedzi, iż niedosłuch jest spowodowany długotrwałą pracą w hałasie (26,7% ankietowanych), bądź w wyniku przyjmowania niektórych leków na inne choroby (20% respondentów). 16,7% badanych zauważyło związek pomiędzy niedosłuchem, a przebyłym zapaleniem ucha środkowego, a aż 11,2% ankietowanych nie potrafiło

wskazać żadnej przyczyny zaburzeń słuchu [16]. Dla porównania seniorzy, którym zadano takie samo pytanie w badaniach własnych w większości również podawali dojrzały wiek (26,5% ankietowanych), częste przebywanie w hałaśliwych miejscach (24% respondentów) lub przebyte choroby narządu słuchu (21% seniorów). Przyczynę genetyczną wskazało jedynie 3,9% badanych, a 5% uczestników badania nie wiedziało, z jakiego powodu gorzej słyszą.

W badaniu przeprowadzonym przez Lasisi i Gureje, którzy – podobnie jak w badaniu własnym – dokonali oceny jakości życia osób starszych z niedosłuchem przy pomocy standaryzowanego kwestionariusza WHOQOL-BREF, średnia wartość punktowa oscylowała na poziomie 78,08 punktów. Najniższy wynik wynosił 41,65 punktów, a najwyższy – 104,79 punkty [7]. W badaniach własnych średni wynik punktowy okazał się być bardzo zbliżony i wynosił 79,84 punkty. Najniższy wynik w badaniu wyniósł 38 punktów, a najwyższy – 116 punktów. Przeciętny wynik ogólnej jakości życia w obu badanych grupach zatem najbardziej pasuje do sformułowania „ani dobra, ani zła”. Kolejna, zbieżna analiza zrealizowana przez Teixeira i wsp. w 2008 roku wskazuje, że średnio ankietowani w narzędziu badawczym WHOQOL-BREF zdobywali 65,69 punktów, a więc zdecydowanie niżej oceniali jakość swojego życia w porównaniu z wyżej opisanymi wynikami. W owych badaniach najniższy odnotowany wynik wyniósł 50 punktów, a najwyższy – 91,67 punktów [18]. Dla kontrastu, średni wynik kwestionariusza WHOQOL-BREF w badaniach jakości życia osób starszych, które nie borykają się z problemem niedosłuchu, przeprowadzonych przez J. Traczyk wraz z zespołem badawczym, wynosił 92,53 punkty, a zatem okazał się znacząco wyższy niż wśród osób z zaburzeniami słuchu [19]. Podobna analiza, opublikowana przez Grzankę-Tykwińską i wsp. podaje, że średnio uczestnicy badania zdobywali około 99,4 punktów. Najwięcej ankietowanych (69,4%) stwierdziło, że są zadowoleni z ogólnej jakości swojego życia, a 6,5% respondentów zaznaczyło nawet, że bardzo cieszą się ze swojego życia. Nikt nie wskazał natomiast szczególnego niezadowolania z jakości własnego życia [20].

W nawiązaniu do Skali Akceptacji Choroby (AIS) w badaniach własnych średni wynik wyniósł 24,65 punkty, co wskazało na nieszczególną aprobatę i pogodzenie się z własnym niedomaganiem wśród ankietowanych respondentów. Podobnie, w badaniach przeprowadzonych przez D. Kurpas i wsp. średni wynik wyniósł 25,72 punkty. Warto zauważyć, że najwięcej osób (65,68%) miało wynik znajdujący się w przedziale 1 – 29. Jedynie 19,15% uczestników zdo-

było od 35 do 40 punktów [21]. Kolejne wyniki badań, zrealizowane przez Kaczmarczyk, podają, iż respondenci średnio otrzymali 23,5 punkty. Mediana w powyższej analizie wyniosła 29 (w badaniach własnych – 25). Warto zaznaczyć, że jedynie w publikacji Kaczmarczyk – jak dotąd – minimum w skali AIS wyniosło 12, a nie jak w przypadku pozostałych badań – 8 [8]. W analizie Zielińskiej-Więczkowskiej oraz Żychlińskiej ponad połowa osób (54,4%) nie wykazywała akceptacji swojej choroby, bądź robiła to w stopniu minimalnym, otrzymując w skali AIS wynik w zakresie 8-18 punktów. Najmniej respondentów (11,4%) akceptowało swoją chorobę w stopniu wysokim, to znaczy miało od 30 do 40 punktów. Ankietowani zdobywali średnio 19,15 punktów, a więc można powiedzieć, że ogólnie uzyskiwali niskie wyniki [22]. Publikacja Uchmanowicz wykazała nieco lepsze wyniki poziomu akceptacji choroby przez osoby starsze, gdyż średnio uczestnicy analizy zdobywali 25,52 punkty, a więc prawie pięć punktów więcej, niż w poprzednich badaniach. Tutaj również skrajne wyniki równały się z minimalną oraz maksymalną możliwą do zdobycia liczbą punktów [23]. W następnej analizie, przeprowadzonej przez Kowalską z wsp., średni wynik skali AIS był nieco wyższy w porównaniu z poprzednimi badaniami, jednak nie wykazywał szczególnego poziomu akceptacji choroby przez osoby starsze, ponieważ wynosił jedynie 17 punktów. Warto zaznaczyć, że zauważono, iż kobiety z owej grupy badawczej charakteryzowały się gorszym stopniem akceptacji niedomagania, niż mężczyźni i była to różnica istotna statystycznie ( $p = 0,035$ ) [24]. Kowalska z wsp. wykazała w kolejnej publikacji, że średni wynik poziomu akceptacji choroby przez inną – choć wciąż rówieśniczą – grupę badawczą wynosił nieco więcej – 26,39 punktów, co pozwala twierdzić, iż owa grupa seniorów bardziej akceptowała swoje upośledzenie zdrowotne, mimo że nadal w pełni się z nim nie pogodziła [25].

## Wnioski

1. Zjawisko upośledzenia narządu słuchu u osób powyżej 60. roku życia występuje bardzo często i wywiera niekorzystny wpływ na jakość ich życia, w związku z tym należy zwrócić uwagę na istotę tego problemu oraz rozważyć, czy istnieją przyczyny, takie jak np. długotrwała praca w hałasie bez ochronników słuchu, które można wyeliminować dużo wcześniej w celu zmniejszenia odsetka niedosłyszących osób starszych.
2. Brak użytkowania aparatów słuchowych, wspomagających słyszenie przez wszystkich potrzebujących seniorów powoduje znaczne obniżenie jakości ich życia. Aby temu zapobiec należy zastanowić się nad wprowadzeniem rozwiązań, umożliwiających osobom w podeszłym wieku pomoc w zakresie otrzymania, a także obsługi takich urządzeń, pamiętając również, iż w przypadku obustronnego uszkodzenia narządu słuchu istnieje konieczność noszenia aparatów słuchowych na obu uszach w celu osiągnięcia maksymalnych korzyści.
3. Analizowane wyniki badań wykazały, że osoby starsze przeciętnie akceptują swój niedosłuch oraz codzienne kłopoty, które są z nim związane. Chcąc podnieść poziom akceptacji zaburzenia słuchu należy wprowadzić zmiany, które pozwoliłyby spojrzeć na problem niedosłuchu w nieco inny sposób, np. poprzez organizowanie spotkań z bardzo dobrze funkcjonującymi osobami, którym udało się pokonać bariery związane z niedomaganiem i nauczyć się – mimo upośledzenia słuchu – cieszyć z życia.
4. W celu poprawy jakości życia osób w wieku podeszłym należy zwiększyć poziom edukacji zdrowotnej w zakresie radzenia sobie z problemami, wynikającymi z osłabionej zdolności percepcji słuchowej.

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

## Piśmiennictwo

1. Skarżyński H. Najczęstsze problemy medyczne wieku starszego w Polsce. Warszawa: Polska Akademia Nauk; 2014.
2. Ciorba A, Bianchini C, Pelucchi S, et al. The impact of hearing loss on the quality of life of elderly adults. *Clin Interv Aging*. 2012;7:159-63.
3. Pacala JT, Yueh B. Hearing deficits in the older patient: "I didn't notice anything". *JAMA*. 2012;307(11):1185-94.
4. Magierska-Krzysztoń M, Szyfter W. Implantacja wszczepem ślimakowym w grupie osób starszych – szansa na poprawę jakości słyszenia. *Geriatrics*. 2012;6:12-7.
5. Marć M, Zając B. Charakterystyka zaburzeń słuchu u osób starszych po 75 roku życia w powiecie stalowolskim. *Gerontol Pol*. 2015;1:19-23.
6. Rybka M, Haor B. Jakość życia osób w wieku podeszłym. *Zeszyty Naukowe WSHE*. 2013;37:157-66.
7. Lasisi AO, Gureje O. Disability and quality of life among elderly persons with self – reported hearing impairment: Report from the Ibadan Study of Aging. *Int J Otorhinolaryngol Head Neck Surg*. 2013;2(2):63-7.
8. Kaczmarczyk M. Poziom akceptacji choroby osób starszych zamieszkujących w różnych środowiskach. *Stud Med*. 2008;12:29-33.
9. Campbell A. Subjective measures of well-being. *Am Psychol*. 1976;31(2):117-24.
10. Mossakowska M, Więcek A, Błędowski P (red.). *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. Poznań: Termedia Wydawnictwo Medyczne; 2012.
11. Dziechciaż M, Guty E, Wojtowicz A, et al. Zapotrzebowanie na opiekę długoterminową wśród starszych mieszkańców wsi. *Now Lek*. 2012;81(1):26-30.
12. Morales-Crispim KG, Pacheco-Ferreira A, Lina-Silva T, et al. Analysis of hearing impairment related to general health conditions in elderly people. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2013;12(25):84-95.
13. Bojar I, Bejga P, Woźnica I, et al. Wybrane problemy zdrowotne osób powyżej 90. roku życia. *MONZ*. 2014;20(4):405-411.
14. Skalska A. Ograniczenie sprawności funkcjonalnej osób w podeszłym wieku. *Zdr Publ Zarz*. 2011;9(1):50-9.
15. Skrzypek A, Sekuła A, Deryło MB, et al. Ocena niedosłuchu u osób powyżej 60. roku życia korzystających z aparatów słuchowych. *Otolaryngol Pol*. 2014;68(1): 25-9.
16. Witczak P, Olejniczak D, Skonieczna J. Ocena jakości życia przed i po protezowaniu narządu słuchu. *Journal of Education, Health and Sport*. 2016;6(9):712-23.
17. Vannson N, James C, Fraysse B, et al. Quality of Life and Auditory Performance in Adults with Asymmetric Hearing Loss. *Audiol Neurootol*. 2015;20(Suppl 1):38-43.
18. Teixeira AR, Freitas C, Millão LF, et al. Relationship Among Hearing Loss, Age, Gender, and Quality of Life in Older Individuals. *Int Arch Otorhinolaryngol*. 2008;12(1):483-91.
19. Traczyk J, Kędzia P, Skrzek A. Jakość życia, sprawność funkcjonalna oraz występowanie ryzyka depresji u kobiet po 60 roku życia mieszkających w domach opieki społecznej i samodzielnie. *Gerontol Pol*. 2016;24:32-9.
20. Grzanka-Tykwińska A, Chudzińska M, Kędziara-Kornatowska K. Evaluating the quality of elderly people who attend classes at the University of the Third Age. *Med Biol Sci*. 2014;28(4):19-24.
21. Kurpas D, Mroczek B, Bielska D. The correlation between quality of life, acceptance of illness and health behaviors of advanced age patients. *Arch Gerontol Geriatr*. 2013;56(3):448-456.
22. Zielińska-Więczkowska H, Żychlińska E. Akceptacja choroby nowotworowej i jej związek z jakością życia osób starszych objętych opieką paliatywną stacjonarną i domową. *Med Rodz*. 2015;4:151-6.
23. Uchmanowicz I. Wpływ zespołu kruchości na ocenę akceptacji choroby u chorych w wieku podeszłym na niewydolność serca. *Gerontol Pol*. 2015;1:3-10.
24. Kowalska J, Szczepańska-Gieracha J, Piątek J. Zaburzenia poznawcze i emocjonalne a długość pobytu osób starszych w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym o profilu rehabilitacyjnym. *Psychogeriatr Pol*. 2010;7(2): 61-70.
25. Kowalska J, Wolny K, Kobyłańska M, Wójcik B. Stopień akceptacji choroby a stan funkcjonalny pacjentów starszych przebywających w ośrodku rehabilitacyjnym. *Geriatrics*. 2015;9:3-9.