




Colloquium 1(49)/2023
ISSN 2081-3813, e-ISSN 2658-0365
CC BY-NC-ND.4.0
DOI: <http://doi.org/10.34813/02coll2023>

REAKCJE PRZYSTOSOWAWCZE A JAKOŚĆ ŻYCIA OSÓB PO 60. ROKU ŻYCIA Z TRUDNOŚCIAMI W SŁYSZENIU

**Adaptive responses and the quality of life of people over 60
with hearing difficulties**

Ewa Ciepłińska-Truchan
Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Tarnowie
e-mail: ewacieplinska.tarnow@gmail.com
ORCID  0000-0003-1811-7912

Streszczenie

Celem artykułu jest przedstawienie wyników badań własnych w zakresie jakości życia osób starszych po 60. roku życia oraz poziomu reakcji przystosowawczych przez seniorów. Przedmiotem badań była jakość życia oraz związek ogólnej jakości życia, indywidualnej, ogólnej percepcji własnego zdrowia, jakości w sferze psychologicznej, socjalnej, somatycznej i środowiskowej z poszczególnymi reakcjami przystosowawczymi u osób po 60. roku życia z trudnościami w słyszeniu. W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankiety (*Kwestionariusz reakcji przystosowawczych*; WHOQOL-BREF – *Skrócona wersja ankiety oceniającej jakość życia*; test przesiewowy z baterii TSOS). W artykule przedstawiono podstawy metodologicznych badań własnych. Zaprezentowano wyniki badań. Stwierdzono, że im wyższy poziom adaptacji pozytywnej do występujących trudności w słyszeniu, tym lepsza jakość życia badanych.

Słowa kluczowe: jakość życia, trudności w słyszeniu, starość, reakcje przystosowawcze.

Abstract

The aim of the article is to present the results of own research on the quality of life of older people over 60 and the level of adaptive responses by seniors. The subject of the research was the quality of life and the relationship between the general quality of life, individual, general perception of one's own health, quality in the psychological, social, somatic and environmental spheres with individual adaptive reactions in people over 60 years of age with difficulty hearing. The research used the method of diagnostic survey, the questionnaire technique (*Questionnaire of Adaptation Reactions*; WHOQOL-BREF – *Shortened Version of the Quality of Life Assessment Survey*; screening test with TSOS battery). The article presents the methodological basics of own research. The research results are presented. It was found that the higher the level of positive adaptation to the existing difficulties in hearing, the better the quality of life of the respondents.

Key words: quality of life, hearing difficulties, old age, adaptive responses.

Wstęp

Autorka ma nadzieję, że przygotowany artykuł przyczyni się do rozwoju pedagogiki, zarówno w aspekcie teoretycznym, jak i praktycznym. Poprzez przygotowanie artykułu i przedstawienie uzyskanych rezultatów badawczych chce pobudzić środowiska naukowe do dyskusji nad zagadnieniem jakości życia osób starszych z trudnościami w słyszeniu oraz zależności pomiędzy wyborem konkretnych reakcji przystosowawczych a ich jakością życia (Gierek, 2005, s. 299; Kostka, 2007, s. 285; Maciejewska, 2015, s. 1111; Podhorecka, 2018, s. 76–77). Pozytywnym rezultatem przeprowadzonych badań będzie rozpoczęcie dyskusji nad omawianym tematem. Wymiana myśli może obejmować zagadnienia z różnych dyscyplin, które obejmują swoim przedmiotem badania osoby starsze z trudnościami w słyszeniu. Istotne jest, aby omawiane zagadnienie znalazło odpowiednie miejsce w świecie naukowym. Przedstawienie różnych stanowisk naukowych oraz prowadzenie dialogu interdyscyplinarnego może przyczynić się do wypracowania wielu cennych wskazówek dla późniejszych pokoleń¹.

Metodologiczne podstawy przeprowadzonych badań

Celem badań było określenie zależności pomiędzy poszczególnymi reakcjami przystosowawczymi u osób po 60. roku życia z trudnościami w słyszeniu a jakością ich życia.

Przedmiotem badań jest jakość życia seniorów oraz jej związek z reakcjami przystosowawczymi w odniesieniu do trudności w słyszeniu u osób po 60. roku życia.

Obszar badań obejmował jakość życia osób po 60. roku życia z trudnościami w słyszeniu. Problem badań został określony następująco:

Jaki jest związek między typem reakcji przystosowawczych do ograniczeń wynikających z niepełnosprawności (trudności w słyszeniu związane z wiekiem) a jakością życia respondentów?

Za zmienną zależną uznano jakość życia osób starszych po 60. roku życia z trudnościami w słyszeniu. Natomiast zmienna niezależna obejmowała reakcje przystosowawcze związane z wystąpieniem trudności w słyszeniu (występowanie u respondentów adaptacji pozytywnej lub adaptacji negatywnej).

Hipoteza badawcza przedstawia się następująco:

Występuje związek między typem reakcji przystosowawczych do ograniczeń wynikających z trudności w słyszeniu a jakością życia respondentów – im wyższy poziom adaptacji pozytywnej, tym lepsza jakość życia badanych. Natomiast wyższy poziom niepożądanych sposobów reagowania powoduje obniżenie jakości życia badanych.

¹ Zagadnienia teoretyczne związane z podjętym tematem oraz najważniejsze badania w tym zakresie można odnaleźć w artykule pt. *Akceptacja utraty sprawności w słyszeniu a jakość życia seniorów* (Cieplińska, 2022, s. 37–39).

Należy pamiętać, że:

osoby przyjmujące ocenę w postaci straty czy zagrożenia będą w większym stopniu przejawiać sposoby reagowania blokujące konstruktywny rozwój, do których zalicza się tzw. reakcje wczesne (m.in. niepokój, zaprzeczanie) czy pośrednie (depresję, uwewnętrzniony gniew, uzewnętrznioną wrogość) niż sprzyjające wykorzystaniu zachowanego potencjału rozwojowego. (Byra, 2012, s. 227–228)

W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, technikę badawczą w formie ankiety. Zastosowano trzy narzędzia badawcze – kwestionariusze:

- test przesiewowy z baterii *Trudności w słyszeniu u osób starszych* (TSOS);
- WHOQOL-BREF – *Skrócona wersja ankiety oceniającej jakość życia*;
- *Kwestionariusz reakcji przystosowawczych* (KRP).

Test przesiewowy, jest jedną z części kwestionariusza *Trudności w słyszeniu u osób starszych* – bateria TSOS autorstwa Ewy Domagały-Zyśk². Określa on trudności w słyszeniu u osób starszych w sposób subiektywny. Umożliwia zakwalifikowanie poszczególnych respondentów do właściwych badań.

Dobór osób do badań był celowy – rozdawano kwestionariusze osobom, które deklarowały ustnie, że ich słuch po 40. roku życia pogorszył się. Część osób, którym rozdano kwestionariusze ankiet, zaznaczyła jednak w nich brak trudności w słyszeniu – lub trudności o niewielkim nasileniu. Osoby, które nie miały trudności w słyszeniu lub miały je w niewielkim stopniu, zostały wykluczone z dalszych badań. Pozwoliło to przeprowadzić badania naukowe najefektywniej, jak to jest możliwe. Test przesiewowy określa, czy dana osoba ma trudności w słyszeniu w stopniu lekkim, umiarkowanym, znacznym czy głębokim. Respondenci, którzy zakwalifikowali się do badań musieli uzyskać co najmniej 4 punkty w skali 20-punktowej.

Narzędzie WHOQOL-BREF – *Skrócona wersja ankiety oceniającej jakość życia* opracowane przez Światową Organizację Zdrowia w 2004 roku umożliwia poznanie poziomu jakości życia seniorów w czterech sferach: środowiskowej, somatycznej, psychologicznej oraz socjalnej. Narzędzie to pozwala również na ocenę ogólnej jakości życia badanych oraz ich indywidualnej, ogólnej percepcji własnego zdrowia (World Health Organization, 2004).

Badania zostały także przeprowadzone z wykorzystaniem *Kwestionariusza reakcji przystosowawczych* autorstwa Hanocha Livneha i Richarda F. Antonaka. Polska adaptacja została wykonana przez Stanisławę Byrę i Janusza Kirenkę. Dodatkowo adaptacji na potrzeby tych badań dokonała Ewa Domagała-Zyśk oraz autorka niniejszej pracy. Przed dokonaniem niezbędnych zmian przeprowadzono konsultacje z jednym z auto-

² Informacje dotyczące tego narzędzia można odszukać w artykule pt. *Older persons with subjectively assessed hearing problems in Poland: quality of life and coping strategies* (Domagała-Zyśk, 2019, s. 381–394).

rów polskiej adaptacji – Stanisławą Byrą. Narzędzie to przeznaczone jest do oceny sposobów reagowania na ograniczenia, które wynikają z choroby przewlekłej lub nabytej niepełnosprawności. W niniejszych badaniach wykorzystano ten kwestionariusz w celu określenia sposobów reagowania na trudności związane z pojawieniem się nieprawidłowości w słyszeniu u osób starszych po 60. roku życia. Do reakcji przystosowawczych zaliczono osiem kategorii: *szok, niepokój, zaprzeczenie, depresja, gniew, wrogość, akceptacja oraz przystosowanie*.

Nasilenie reakcji pożądaných w postaci akceptacji poznawczej (Akceptacja) czy emocjonalno-behawioralnej (Przystosowanie) wskazuje na tzw. adaptację pozytywną. (...) Przewaga natomiast reakcji nacechowanych negatywnie, np. niepokoju, zaprzeczania, depresji, świadczy o niepomysłnym przebiegu procesu adaptacji (tzw. negatywnej adaptacji). (Byra, Kirenko, 2016)

Próba badawcza liczyła 204 seniorów z trudnościami w słyszeniu. Badania były przeprowadzone na terenie Polski (marzec–grudzień 2019). Kwestionariusze ankiet były rozdawane wśród seniorów korzystających z opieki medycznej w placówkach służby zdrowia oraz uczęszczających do różnych grup religijnych. Badani byli także rekrutowani poprzez kontakt z osobami opiekującymi się seniorami. Łącznie rozdano 407 kwestionariuszy (84 kwestionariusze nie zakwalifikowano do badań ze względu na brak spełnienia założonych kryteriów; 119 nie zostało zwróconych przez osoby badane). Rozdane kwestionariusze były wypełniane w obecności autorki badań lub asystenta (specjalnie przeszkolonej do tego osoby).

W badaniach zastosowano następujące metody analizy statystycznej: średnia (M), odchylenie standardowe (SD), ρ Spearmana (ρ), istotność statystyczna (p); ρ Pearsona (p), metoda analizy skupień k -średnich. Obliczeń dokonywano przy użyciu Statistical Package for the Social Sciences.

Wyniki badań

Charakterystyka grupy przedstawiona została zbiorczo 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

Lp.	Dane respondentów				
4	Miejsce zamieszkania	Wieś	Małe miasto	Duże miasto	
		28,1	28,1	43,7	
5	Status zawodowy	Renta/emerytura	Praca zawodowa na część etatu/dorywczco	Praca na pełen 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

Na początku przeanalizowano średnią oraz odchylenie standardowe w zakresie poszczególnych reakcji przystosowawczych. Badani uzyskali w poszczególnych kategoriach następujące wartości średniej i odchylenia standardowego: *szok* ($M = 13,46$; $SD = 4,64$), *niepokój* ($M = 15,89$; $SD = 5,24$), *zaprzeczenie* ($M = 13,40$; $SD = 3,66$), *depresja* ($M = 15,67$; $SD = 4,72$), *gniew* ($M = 13,19$; $SD = 4,65$), *wrogość* ($M = 13,98$; $SD = 4,30$), *akceptacja* ($M = 17,68$; $SD = 3,65$), *przystosowanie* ($M = 24,36$; $SD = 4,56$).

Kolejną przedstawioną jest analiza reakcji przystosowawczych w stosunku do ogólnej jakości życia (korelacja, istotność statystyczna). Korelacja jest ujemna w zakresie *szoku* ($\rho = -0,35$), *niepokoju* ($\rho = -0,36$), *depresji* ($\rho = -0,35$), *gniewu* ($\rho = -0,33$) oraz *wrogości* ($\rho = -0,36$). Wskazuje to na fakt, że im niższy poziom szoku, niepokoju, depresji, gniewu i wrogości, tym wyższa ogólna jakość życia badanych. Natomiast *zaprzeczenie* ($\rho = 0,06$), *akceptacja* ($\rho = 0,04$) i *przystosowanie* ($\rho = 0,24$) uzyskały kierunek dodatni. Świadczy to o tym, że im wyższy poziom zaprzeczania, akceptacji i przystosowania, tym wyższa ogólna jakość życia respondentów. Dane są istotne statystycznie w zakresie *szoku* ($p < 0,001$), *niepokoju* ($p < 0,001$), *depresji* ($p = 0,000$), *gniewu* ($p < 0,001$), *wrogości* ($p < 0,001$) oraz *przystosowania* ($p < 0,001$). Natomiast *zaprzeczenie* ($p = 0,377$) i *akceptacja* ($p = 0,599$) nie uzyskały istotności statystycznej.

Poniżej zostały zebrane dane dotyczące ogólnej, indywidualnej percepcji własnego zdrowia w zestawieniu z reakcjami przystosowawczymi. Korelacja jest ujemna dla reakcji przystosowawczych takich, jak: *szok* ($\rho = -0,33$), *niepokój* ($\rho = -0,42$), *depresja* ($\rho = -0,35$), *gniew* ($\rho = -0,34$) oraz *wrogość* ($\rho = -0,38$). W przypadku wyższego poziomu *szoku*, *niepokoju*, *depresji*, *gniewu* oraz *wrogości* poziom indywidualnej, ogólnej percepcji własnego zdrowia jest niższy w ocenie badanych seniorów. Natomiast im wyższy poziom *zaprzeczania* ($\rho = 0,05$), akceptacji ($\rho = 0,06$) oraz *przystosowania* ($\rho = 0,18$), tym wyższy poziom indywidualnej, ogólnej percepcji własnego zdrowia

przez osoby starsze po 60. roku życia z trudnościami w słyszeniu. Najwyższy współczynnik korelacji wśród uzyskanych danych występuje w przypadku indywidualnej, ogólnej percepcji własnego zdrowia w odniesieniu do reakcji przystosowawczej niepokoju (siła umiarkowana). Dane są istotne statystycznie w zakresie *szoku* ($p < 0,001$), *niepokoju* ($p < 0,001$), *depresji* ($p < 0,001$), *gniewu* ($p < 0,001$), *wrogości* ($p < 0,001$) oraz *przystosowania* ($p = 0,010$). Natomiast wskaźniki dotyczące *zaprzeczania* ($p = 0,449$) oraz *akceptacji* ($p = 0,433$) nie uzyskały istotności statystycznej.

Analizując korelacje w odniesieniu do ogólnej jakości życia oraz indywidualnej, ogólnej percepcji własnego zdrowia w stosunku do konkretnych reakcji przystosowawczych związanych z trudnościami w słyszeniu seniorów, można zaobserwować, że kierunek korelacji jest identyczny w obu przypadkach. Uzyskano istotność statystyczną w zakresie tych samych reakcji.

Następnie, w obrębie badanego problemu, przedstawiono korelacje oraz istotność statystyczna w stosunku do poszczególnych sfer jakości życia respondentów i ich reakcji przystosowawczych związanych z trudnościami w słyszeniu. Kierunek korelacji jest ujemny dla wszystkich sfer jakości życia (somatyczna, psychologiczna, środowiskowa, socjalna) dla reakcji przystosowawczej *szoku*, *niepokoju*, *depresji*, *gniewu* oraz *wrogości*. Im wyższy poziom *szoku*, *niepokoju*, *depresji*, *gniewu* lub *wrogości* u respondentów, tym niższa jakość ich życia w sferze somatycznej, psychologicznej, socjalnej oraz środowiskowej. Natomiast reakcje przystosowawcze *zaprzeczenia*, *akceptacji* oraz *przystosowania* mają kierunek dodatni korelacji we wszystkich domenach jakości życia. Im wyższy poziom *zaprzeczenia*, *akceptacji* i *przystosowania* w zakresie trudności w słyszeniu, tym wyższa jakość życia badanych w sferze somatycznej, psychologicznej, środowiskowej oraz socjalnej. Uzyskane wskaźniki korelacji dla poszczególnych domen jakości życia przedstawiają się następująco. Sfera somatyczna: *szok* ($r = -0,27$), *niepokój* ($r = -0,30$), *zaprzeczenie* ($r = 0,15$), *depresja* ($r = -0,35$), *gniew* ($r = -0,33$), *wrogość* ($r = -0,27$), *akceptacja* ($r = 0,18$), *przystosowanie* ($r = 0,37$). W przypadku sfery psychologicznej współczynnik korelacji wynosi: *szok* ($r = -0,28$), *niepokój* ($r = -0,28$), *zaprzeczenie* ($r = 0,08$), *depresja* ($r = -0,41$), *gniew* ($r = -0,41$), *wrogość* ($r = -0,33$), *akceptacja* ($r = 0,17$), *przystosowanie* ($r = 0,25$). Dla sfery socjalnej współczynnik korelacji wynosi: *szok* ($r = -0,32$), *niepokój* ($r = -0,34$), *zaprzeczenie* ($r = 0,14$), *depresja* ($r = -0,46$), *gniew* ($r = -0,41$), *wrogość* ($r = -0,34$), *akceptacja* ($r = 0,17$), *przystosowanie* ($r = 0,25$). Współczynnik korelacji dla sfery środowiskowej jest następujący: *szok* ($r = -0,35$), *niepokój* ($r = -0,37$), *zaprzeczenie* ($r = 0,02$), *depresja* ($r = -0,43$), *gniew* ($r = -0,41$), *wrogość* ($r = -0,36$), *akceptacja* ($r = 0,08$), *przystosowanie* ($r = 0,28$). Najwyższy współczynnik korelacji wśród uzyskanych danych występuje w przypadku psychologicznej, socjalnej i środowiskowej sfery jakości życia w odniesieniu do takich reakcji przystosowawczych jak *depresja* i *gniew* (siła umiarkowana).

Dane są istotne statystycznie dla wszystkich sfer jakości życia w zakresie *szoku*, *niepokoju*, *depresji*, *gniewu*, *wrogości* oraz *przystosowania*. Reakcja przystosowawcza

gniewu uzyskała następujący współczynnik istotności statystycznej dla poszczególnych sfer jakości życia: somatyczna i psychologiczna ($p = 0,000$), socjalna i środowiskowa ($p < 0,001$). Taka sama istotność statystyczna jest w przypadku reakcji niepokoju osób starszych z trudnościami w słyszeniu. W zakresie depresji i gniewu wszystkie wskaźniki mają taką samą wartość ($p < 0,001$). Analizując reakcję wrogości, można zaobserwować, że sfera psychologiczna, socjalna oraz środowiskowa mają taki sam współczynnik istotności statystycznej ($p < 0,001$), natomiast dla sfery somatycznej $p = 0,000$. Reakcja przystosowania przedstawia się odmiennie w porównaniu z reakcją wrogości. Tylko dla sfery somatycznej jakości życia $p < 0,001$, natomiast dla pozostałych sfer jakości życia (psychologicznej, socjalnej, środowiskowej) $p = 0,000$. W przypadku reakcji zaprzeczenia tylko w sferze somatycznej respondenci uzyskali wynik istotny statystycznie ($p = 0,028$). Wskaźniki dla pozostałych sfer są nieistotne statystycznie: psychologiczna ($p = 0,264$), socjalna ($p = 0,051$), środowiskowa ($p = 0,803$). W kolejnej reakcji przystosowawczej – akceptacji trudności w słyszeniu badani uzyskali istotne statystycznie wyniki we wszystkich sferach jakości życia poza domeną środowiskową ($p = 0,254$). Dla pozostałych sfer istotność statystyczna jest następująca: somatyczna ($p = 0,011$), psychologiczna ($p = 0,014$), socjalna ($p = 0,015$). Dane ilustruje tabela 2.

Tabela 2

Związek między reakcjami przystosowawczymi do trudności w słyszeniu a sferą somatyczną, psychologiczną, socjalną i środowiskową jakości życia badanych (r , p) – ($N = 204$)

Reakcja przystosowawcza	Współczynnik Pearsona r /Istotność statystyczna (p)							
	Somatyczna sfera jakości życia		Psychologiczna sfera jakości życia		Socjalna sfera jakości życia		Środowiskowa sfera jakości życia	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Szok	-0,27	= 0,000	-0,28	= 0,000	-0,32	< 0,001	-0,35	< 0,001
Niepokój	-0,30	= 0,000	-0,28	= 0,000	-0,34	< 0,001	-0,37	< 0,001
Zaprzeczenie	0,15	= 0,028	0,08	= 0,264	0,14	= 0,051	0,02	= 0,803
Depresja	-0,35	< 0,001	-0,41	< 0,001	-0,46	< 0,001	-0,43	< 0,001
Gniew	-0,33	< 0,001	-0,41	< 0,001	-0,41	< 0,001	-0,41	< 0,001
Wrogość	-0,27	= 0,000	-0,33	< 0,001	-0,34	< 0,001	-0,36	< 0,001
Akceptacja	0,18	= 0,010	0,17	= 0,014	0,17	= 0,015	0,08	= 0,254
Przystosowanie	0,37	< 0,001	0,25	= 0,000	0,25	= 0,000	0,28	= 0,000

Źródło: badania własne

Poniżej zostaną przedstawione dane za pomocą metody analizy skupień k-średnich. Średnia dla poszczególnych grup w odniesieniu do konkretnych reakcji przystosowawczych jest następująca. W 1 grupie średnia jest wyższa dla wszystkich reakcji

przystosowawczych poza przystosowaniem (*szok*: $M1 = 2,50$; *niepokój*: $M1 = 2,52$; *zaprzeczenie*: $M1 = 2,09$; *depresja*: $M1 = 2,41$; *gniew*: $M1 = 2,13$; *wrogość*: $M1 = 2,48$; *akceptacja*: $M1 = 2,63$; *przystosowanie*: $M1 = 2,96$). W grupie 2 średnia dla poszczególnych reakcji przystosowawczych przyjmuje wartości: *szok* ($M2 = 1,48$); *niepokój* ($M2 = 1,58$); *zaprzeczenie* ($M2 = 1,78$); *depresja* ($M2 = 1,62$); *gniew* ($M2 = 1,28$); *wrogość* ($M2 = 1,63$); *akceptacja* ($M2 = 2,45$); *przystosowanie* ($M2 = 3,12$).

Wartość F oraz istotność statystyczna dla poszczególnych reakcji przystosowawczych przedstawia się następująco: *szok* ($F = 290,969$; $p \leq 0,001$); *niepokój* ($F = 203,145$; $p < 0,001$); *zaprzeczenie* ($F = 19,780$; $p < 0,001$); *depresja* ($F = 158,532$; $p < 0,001$); *gniew* ($F = 228,698$; $p < 0,001$); *wrogość* ($F = 179,719$; $p < 0,001$); *akceptacja* ($F = 6,041$; $p = 0,015$); *przystosowanie* ($F = 4,067$; $p = 0,045$). Wszystkie uzyskane dane są istotne statystycznie.

Do 1 grupy zostało zakwalifikowanych 89 respondentów. Natomiast w drugiej znajduje się 115 osób. Poniżej zostaną przeanalizowane pojedynczo obie grupy z opisem odchylen standardowych dla poszczególnych reakcji przystosowawczych. W pierwszej grupie dla *szoku SD1* równa się 0,46; dla *niepokoju SD1* wynosi 0,49; dla *zaprzeczenia SD1* to 0,52; dla *depresji SD1* jest na poziomie 0,50; dla *gniewu SD1* osiąga wartość 0,52; dla *wrogości SD1* równa się 0,48; dla *akceptacji SD1* wynosi 0,48; dla *przystosowania SD1* jest równe 0,51.

W drugiej grupie dla *szoku SD2* to 0,40; dla *niepokoju SD2* wynosi 0,45; dla *zaprzeczenia SD2* jest równe 0,48; dla *depresji SD2* wynosi 0,39; dla *gniewu SD2* osiąga wartość 0,27; dla *wrogości SD2* to 0,42; dla *akceptacji SD2* równa się 0,54; dla *przystosowania SD2* wynosi 0,61.

Analiza skupień w odniesieniu do jakości życia badanych (ogólna jakość życia, indywidualna, ogólna percepcja własnego zdrowia, poszczególne sfery jakości życia) – średnia oraz odchylenie standardowe dla grupy 1 i 2 mają następujące wartości: ogólna jakość ($M1 = 3,38$; $M2 = 3,88$; $SD1 = 0,85$; $SD2 = 0,55$); indywidualna, ogólna percepcja zdrowia ($M1 = 2,65$; $M2 = 3,37$; $SD1 = 0,93$; $SD2 = 0,86$); sfera somatyczna ($M1 = 12,07$; $M2 = 12,98$; $SD1 = 1,80$; $SD2 = 1,50$); psychologiczna ($M1 = 12,98$; $M2 = 13,97$; $SD1 = 2,40$; $SD2 = 1,75$); socjalna ($M1 = 12,62$; $M2 = 14,36$; $SD1 = 3,59$; $SD2 = 3,02$); środowiskowa ($M1 = 13,35$; $M2 = 14,68$; $SD1 = 2,38$; $SD2 = 2,06$). Jakość życia we wszystkich obszarach jest wyższa w przypadku drugiej grupy.

Zaobserwowano, że występuje istotność statystyczna w zakresie wyodrębnionych grup dla jakości życia respondentów. Istotność statystyczna dla ogólnej jakości życia, indywidualnej, ogólnej percepcji własnego zdrowia, somatycznej sfery, socjalnej i środowiskowej wynosi $p < 0,001$. Natomiast dla sfery psychologicznej $p = 0,001$.

Dyskusja wyników

Należy pamiętać, że wszystkie działania, które są podejmowane w stosunku do osób starszych z trudnościami w słyszeniu powinny opierać się na poszanowaniu ich autonomii, która dotyczy wyboru strategii radzenia sobie z trudnościami w słyszeniu. Jak wynika z rezultatów przeprowadzonych badań, strategia zaprzeczania sprzyjała wyższej jakości życia, mimo iż nie jest zaliczana do strategii pozytywnych. Musimy jednak pamiętać, że jako osoby wspomagające psychospołeczne funkcjonowanie osób starszych z trudnościami w słyszeniu nie zawsze mamy wpływ na wybór poszczególnych strategii radzenia sobie z napotykanymi problemami.

Przeprowadzone badania uzmysłowiły także powagę omawianego problemu. W dalszym ciągu powinny być one prowadzone wśród osób starszych. Można przykładowo zaobserwować, w jakim stopniu na funkcjonowanie osób starszych z trudnościami w słyszeniu wpłynęło pojawienie się epidemii koronawirusa. Innym obszarem badawczym może być porównanie jakości życia osób z trudnościami w słyszeniu w wieku starszym z różnych krajów. Szczególnie ciekawe z naukowego punktu widzenia byłoby porównanie seniorów, którzy żyją w odmiennych kulturowo krajach.

Ograniczeniem przeprowadzonych badań była przewaga charakteru ilościowego nad jakościowym.

Wnioski

Analiza poszczególnych reakcji przystosowawczych zostanie przedstawiona z podziałem na adaptację pozytywną i negatywną

Adaptacja pozytywna (akceptacja, behawioralne przystosowanie) do trudności w słyszeniu powoduje większą jakość życia we wszystkich jej obszarach wśród badanych. Natomiast im w większym szoku jest senior w związku z trudnościami w prawidłowym słyszeniu, im częściej doświadcza niepokoju czy depresji oraz przejawia gniew i wrogość wobec otoczenia, tym niższa jakość jego życia we wszystkich jej obszarach. Jedynie większy poziom zaprzeczania powoduje, że jakość życia jest wyższa (we wszystkich obszarach).

Hipoteza badawcza, dotycząca wpływu reakcji przystosowawczych na jakość życia badanych, została udowodniona. Potwierdza się związek między typem reakcji przystosowawczych do ograniczeń wynikających z trudności w słyszeniu a jakością życia respondentów – im wyższy poziom adaptacji pozytywnej, tym lepsza jakość życia badanych.

Zakończenie

W artykule można było zapoznać się z zależnościami dotyczącymi jakości życia badanych, a reakcjami przystosowawczymi. Wyższy poziom jakości życia wśród seniorów występuje w przypadku wyższego poziomu adaptacji pozytywnej do trudności w słyszeniu.

Dane uzyskane w badaniach dają wgląd w specyfikę jakości życia osób starszych z trudnościami w słyszeniu i mogą stanowić punkt wyjścia do konstruowania programów pomocowych koncentrujących się wokół tego problemu.

BIBLIOGRAFIA

1. Byra, S. (2012). *Przystosowanie do życia z niepełnosprawnością ruchową i chorobą przewlekłą. Struktura i uwarunkowania*. Wydawnictwo UMCS.
2. Byra, S., Kirenko, J. (2016). *Kwestionariusz Reakcji Przystosowawczych (KRP) – Polska adaptacja Reactions to Impairment and Disability Inventory – Ridi H. Livneha i R. F. Antonaka*. https://repozytorium.amu.edu.pl/bitstream/10593/17700/1/SE_40_2016_Stanislaw%20Byra_Janusz_Kirenko.pdf.
3. Cieplińska, E. (2022). Akceptacja utraty sprawności w słyszeniu a jakość życia seniorów. *Studia Paedagogica Ignatiana*, 1, 35–51. <http://doi.org/10.12775/SPI.2022.1.002>
4. 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, 381–394. <http://doi.org/10.1353/aad.2019.0020>
5. Gierek, T. (2005). Niedosłuch związany z wiekiem. W: M. Śliwińska-Kowalska (red.), *Audiologia kliniczna* (299–303). Oficyna Wydawnicza Mediton.
6. Kostka, T. (2007). Rehabilitacja i aktywność ruchowa osób w starszym wieku. W: K. Galus (red.), *Geriatrya. Wybrane zagadnienia pacjentów w starszym wieku* (277–288). Wydawnictwo Urban & Partner.
7. Maciejewska, A. (2015). Stabilizowanie normy interakcyjnej u osób w podeszłym wieku. W: S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego* (1109–1124). Wydawnictwo UMCS.
8. Podhorecka, M. (2018). Rehabilitacja osób w starszym wieku – metody i formy oddziaływania. W: K. Kędziora-Kornatowska, M. Muszalik (red.), *Pielęgnowanie pacjentów w starszym wieku* (76–84). Wydawnictwo PZWL.
9. World Health Organization (2004). *Skrócona Wersja Ankiety Oceniającej Jakość Życia*. https://www.who.int/substance_abuse/research_tools/en/polish_whoqol.pdf.