

MAŁGORZATA ZABORNIAK-SOBCZAK*,
KATARZYNA ITA BIEŃKOWSKA**,
KATARZYNA SZEREMETA***

*Uniwersytet Rzeszowski, Wydział Pedagogiczny

**Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie
Zakład Logopedii i Lingwistyki Edukacyjnej

***Uniwersytet Rzeszowski, Wydział Pedagogiczny, Wydział Wychowania Fizycznego

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0262-4787>,

<https://orcid.org/0000-0002-9325-0388>, <https://orcid.org/0000-0001-7569-9969>

Związek pomiędzy możliwościami komunikacyjnymi, jakością życia i aktywnością fizyczną osób starszych

**The Relationship Between the Communication Capabilities,
Quality of Life, and Physical Activity of Older Adults**

STRESZCZENIE

Jakość życia osób starszych jest ważnym problemem społecznym ze względu na zmiany demograficzne związane z wydłużaniem się średniej długości życia. Wraz z wiekiem pojawiają się liczne problemy zdrowotne, najczęściej wady wzroku i słuchu. Konsekwencją niedosłuchu uwarunkowanego wiekiem są trudności związane z możliwościami komunikacyjnymi. To z kolei wpływa na jakość życia, relacje z bliskimi, efektywność kontaktów społecznych. Celem badania, przeprowadzonego wśród 116 osób w wieku powyżej 60 lat – mieszkańców Polski południowo-wschodniej – była próba analizy zależności między możliwościami komunikacyjnymi (określono za pomocą kwestionariusza samooceny SAC) a jakością życia (kwestionariusz WHOQOL-BREF). Na podstawie uzyskanych wyników stwierdzono, że jakość życia starszych osób dorosłych kształtuje się na poziomie przeciętnym, a ich możliwości słuchowe określane są jako dobre. Im wyższa ocena zdrowia, aktywności i sprawności fizycznej, tym wyższa jakość życia, co wiązało się również z nieco lepszymi możliwościami komunikowania się z otoczeniem. Niższą jakość życia w zakresie zdrowia fizycznego, relacji społecznych, zakresu komunikacji, deklarowali respondenci z grupy powy-

żej 70. roku życia. Mężczyźni nieco częściej niż kobiety wskazywali na gorsze możliwości komunikacyjne. Nie stwierdzono zależności między jakością życia badanych a samooceną ich możliwości komunikacyjnych. Istnieje potrzeba wprowadzenia rozwiązań wspierających profilaktyczną aktywność fizyczną w grupach starszych dorosłych i młodszych, która wpłynęłaby na jakość życia, a także mogłaby przyczynić się do poprawy jakości komunikacji, m.in. poprzez poszerzenie sieci kontaktów interpersonalnych.

Słowa kluczowe: starsi dorośli, jakość życia, słuch, aktywność fizyczna, sprawność fizyczna

SUMMARY

Quality of life of the elderly is an important social problem due to demographic changes associated with lengthening life expectancy. With age, numerous health problems tend to appear, most commonly vision and hearing defects. A consequence of age-related hearing loss is difficulty associated with communication capabilities. This in turn affects quality of life, relations with loved ones, and the effectiveness of social contacts. The aim of the survey, conducted among 116 people aged over 60 years old, was an attempt to analyse the relationship between communications capabilities (using the SAC self-assessment questionnaire) and quality of life (the WHOQOL-BREF questionnaire). The results established that the quality of life of older adults stood at an average level, while their auditory capabilities were described as good. The higher the assessment of health, activity and physical fitness, the higher the quality of life and this was also associated with slightly better capabilities of communicating with their surroundings. Lower quality of life in the areas of physical health, social relations, scope of communication, were declared by respondents from the group over 70 years of age. Men slightly more often than women indicated worse communication capabilities. No correlation was found between the quality of life of the respondents and self-assessment of their communication capabilities. There is a need solutions to support preventive physical activity in groups of older adults and younger people which would affect quality of life, and can contribute to improving the quality of communication, among others, by broadening the network of interpersonal contacts.

Key words: older adults, quality of life, hearing, physical activity, physical fitness

WSTĘP

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego z 2016 roku liczba ludności w Polsce wynosiła 38 433 tys. osób, z czego 7769,5 tys. stanowiły starsze osoby dorosłe, czyli powyżej 60. roku życia (Struktura Ludności Według Wieków w Latach 1970–2050, 2017). W Polsce w 2016 roku mężczyźni żyli średnio 73,9 lat, a kobiety 81,9 lat (Trwanie Życia w 2016 roku, 2017). Szacuje się, że osób powyżej 60. roku życia w Polsce będzie 8,9 mln w 2025 roku, a nawet 9,6 mln w 2035 roku (Sytuacja Demograficzna Osób Starszych i Konsekwencje Starzenia Się Ludności Polski w Świetle Prognozy Na Lata 2014–2050, 2014), liczba osób powyżej 80. roku życia wzrośnie o 180%, podczas gdy liczba osób młodych do 24. roku życia

zmniejszy się o 44% (Derejczyk et al. 2008). Wydłużanie się życia skutkuje zmianą jego jakości, głównie w obszarach aktywności i samoświadomości starszych dorosłych. Utrzymanie i poprawa jakości życia seniorów stały się celem polityki społecznej i planowania zdrowia publicznego, a także przedmiotem badań naukowych (Active Ageing a Policy Framework 2002). Jednak rosnąca świadomość społeczna i wysiłki w zakresie promocji zdrowia nie rekompensują deficytów – związanego z wiekiem osłabienia funkcjonowania wszystkich zmysłów: smaku, dotyku, węchu, wzroku i słuchu (Boyce 2006), które mają obiektywny i subiektywny wpływ na indywidualne odczuwanie jakości życia. Jedną z istotnych zmian związanych z wiekiem jest utrata słuchu, która w konsekwencji powoduje pogorszenie komunikacji werbalnej i nasila problemy w relacjach społecznych (Classon et al. 2014). Szacuje się, że częstość występowania istotnych ubytków słuchu wśród osób w wieku 65–75 lat wynosi około 30–35%, a wśród osób powyżej 75. roku życia wzrasta do 40–50%. Starsi mężczyźni częściej niż kobiety mają ubytek słuchu (Communicating With Older Adults: An Evidence-Based Review of What Really Works, The Gerontological Society of America 2012). Ubytek słuchu związany z wiekiem (łac. *presbycusis*) wynika zazwyczaj z kumulacji efektów ekspozycji na hałas przez całe życie i pojawia się jako naturalny proces po 70. roku życia (Schow & Nerbonne 1982). Szczególnie dokuczliwe są ograniczenia zdolności słyszenia i trudności w odróżnianiu mowy od dźwięków otoczenia, zwłaszcza w zakresie wysokich częstotliwości. W efekcie mowa staje się niezrozumiała, pojawiają się trudności z orientacją w otoczeniu. Paradoksalnie jednak niektóre dźwięki mogą wydawać się zbyt głośne (Communicating With Older Adults: An Evidence-Based Review of What Really Works, The Gerontological Society of America 2012). Pierwszym symptomem ubytku słuchu są trudności w rozumieniu mowy w hałasie tła, np. przy włączonym radiu. Wspólnym elementem towarzyszącym ubytkom słuchu związanym z wiekiem są częste szумы uszne oraz niespecyficzne zaburzenia równowagi. Ubytek słuchu nie tylko utrudnia komunikację, ale także zwiększa ryzyko wystąpienia innych zaburzeń. Między innymi u starszych dorosłych z lekkim ubytkiem słuchu ryzyko wystąpienia depresji jest dwukrotnie wyższe, u osób ze średnim ubytkiem słuchu – trzykrotnie wyższe, a u pacjentów z głębokim ubytkiem słuchu – pięciokrotnie wyższe. Ponadto wśród osób po 65. roku życia z uszkodzonym słuchem 33% ma zaburzenia funkcji poznawczych, 80% ma epizody zaburzeń pamięci, a prawdopodobieństwo wystąpienia choroby Alzheimera wynosi 90% (Skarżyński 2014). Ponadto wiele związanych z wiekiem zmian w rozumieniu języka wynika ze stopniowego i trwałego pogarszania się pamię-

ci roboczej – systemu mózgu, który zapewnia tymczasowe przechowywanie i manipulowanie informacjami niezbędnymi do wykonywania złożonych zadań poznawczych (w tym rozumienia języka) (Orański 2009). Proces komunikacji, rozumiany jako wymiana informacji między nadawcą a odbiorcą komunikatu, jest w grupie seniorów utrudniony ze względu na procesy słuchowe i demencyjne (Schow, Nerbonne 1982).

Założono, że komunikacja i satysfakcja z jej przebiegu może być istotnym czynnikiem determinującym jakość życia osób starszych. Problemy zdrowotne i choroby, które w różnym stopniu zaburzają funkcjonowanie człowieka, powodują różnice w postrzeganej jakości życia. Pojęcie jakości życia jest niejednoznaczne i często utożsamiane ze zdrowiem. Jakość życia to zespół warunków życia i działań człowieka. Obejmuje ona środowisko fizyczne, materialne i społeczno-kulturowe oraz różne sfery życia i aktywności, takie jak edukacja, rodzina, praca, wypoczynek. Warunki te znajdują największe odzwierciedlenie w subiektywnej jakości życia i są jej wyznacznikami.

Jakość życia jest wynikiem oceny i wartościowania różnych sfer życia i życia jako całości. Na potrzeby niniejszego opracowania przyjęto, że „jakość życia to postrzeganie przez ludzi ich pozycji życiowej w kontekście kultury i systemów wartości, w których żyją, oraz w odniesieniu do ich celów, oczekiwań, standardów i obaw” (WHOQOL-BREF 1996, 5). Definicja ta odzwierciedla pogląd, że jakość życia jest pojęciem wielowymiarowym, odnoszącym się do subiektywnej oceny, która jest związana z kontekstem kulturowym, społecznym i środowiskowym. Wielowymiarowość jakości życia znajduje odzwierciedlenie w strukturze kwestionariusza WHOQOL zastosowanego w tym badaniu, który pozwala na określenie postrzeganej jakości życia w sferze somatycznej, społecznej, środowiskowej i psychologicznej (WHOQOL-BREF Introduction, Administration, Scoring, and Generic Version of the Assessment. Field Trial Version 1996).

MATERIAŁ I METODY

Celem badania było ustalenie zależności pomiędzy takimi zmiennymi, jak: płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, stan cywilny, subiektywna ocena stanu zdrowia, sprawność fizyczna i aktywność uczestników, możliwości komunikacyjne oraz postrzegana jakość życia. Do ich określenia wykorzystano następujące narzędzia diagnostyczne:

- kwestionariusz osobowy, w którym pytano respondentów o ich sytuację socjodemograficzną oraz subiektywną ocenę ogólnego stanu zdrowia, sprawności fizycznej i aktywności;

- kwestionariusz samooceny komunikacji (SAC) (Schow, Nerbonne 1982);
- skróconą wersję Kwestionariusza Jakości Życia Światowej Organizacji Zdrowia. Quality of Life (WHOQOL-BREF Wprowadzenie, Administracja, Punktacja i Ogólna Wersja Oceny. Field Trial Version 1996).

Łącznie w całym projekcie badawczym wzięło udział ponad 200 uczestników, mieszkańców Polski południowo-wschodniej. Kryterium włączenia był wiek badanego, co najmniej 60 lat, oraz pisemna zgoda na udział w badaniu. Od wszystkich respondentów uzyskano dobrowolną i świadomą zgodę. Łącznie do analiz statystycznych włączono 116 (blisko 60%) wypełnionych dokumentów.

Kwestionariusz Samooceny Komunikacji (SAC) składa się z 10 pytań zamkniętych, dotyczących odczuć respondentów w różnych sytuacjach komunikacyjnych w kontakcie z innymi ludźmi (alfa Cronbacha = 0,94 w badaniach własnych, 0,85 oraz 0,81 w grupie młodzieży (Wright et al. 2010), co potwierdza wysoką rzetelność zastosowanego narzędzia. Zadaniem badanych było ocenienie częstotliwości występowania określonych trudności podczas codziennych sytuacji komunikacyjnych na pięciopunktowej skali od „prawie nigdy” (jeden punkt) do „prawie zawsze” (pięć punktów). Autorzy kwestionariusza podjęli próbę skonstruowania narzędzia przesiewowego, które byłoby w stanie wyłonić osoby, u których trudności komunikacyjne były na tyle duże, że wymagały interwencji specjalistycznej – audiologicznej (w postaci obiektywnego badania słuchu i ewentualnie protezowania). Pierwsze badania z użyciem kwestionariusza SAC wykazały jego skuteczność (Schow, Nerbonne 1982), jednak autorzy nie prowadzili dalszych badań.

Odpowiedzi na pytania od 1. do 6. dotyczą oceny trudności komunikacyjnych w różnych sytuacjach życiowych i kontaktach społecznych, natomiast odpowiedzi na kolejne pytania, 7. i 8., określają ogólne odczucia pacjenta związane z jego niedosłuchem, a 9. i 10. sprawdzają, czy i jak inne osoby z otoczenia badanego odnoszą się do jego problemów ze słuchem; określają stosunek innych osób do zdolności słyszenia badanego. Osoba badana może otrzymać od 10 do 50 punktów. Wyższy wynik wskazuje na większe nasilenie trudności komunikacyjnych, a tym samym może wskazywać na problemy w obszarze słuchu (Schow, Nerbonne 1982).

Skrócony kwestionariusz oceniający jakość życia WHOQOL-BREF jest dostępny w 19 językach, w tym w języku polskim. Krótka wersja kwestionariusza składa się z 26 stwierdzeń i bada jakość życia w czterech dziedzinach (domenach): I. somatycznej (zdrowie fizyczne, pozycje: 3, 4, 10,

15, 16, 17 i 18, dotyczące m.in. możliwości podejmowania czynności związanych z codziennym, normalnym życiem, w tym poruszania się, zależności od leków i pomocy medycznej, uczucia zmęczenia oraz bólu i dyskomfortu), II. psychologicznej (pozycje: 5, 6, 7, 11, 19 i 26, stwierdzenia odnoszące się do samooceny, obrazu siebie, wyglądu ciała, uczuć dominujących w życiu codziennym oraz sprawności poznawczej), III. relacji społecznych (pozycje: 20, 21 i 22, w tym satysfakcja z życia towarzyskiego i seksualnego oraz wsparcie społeczne), IV. środowiskowych (pozycje: 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 i 25, dotyczące m.in. bezpieczeństwa, w tym finansowego, dostępu do informacji, opieki medycznej, możliwości organizowania czasu wolnego, warunków mieszkaniowych). Dwa pierwsze pytania dotyczą oceny przez respondentów ogólnie postrzeganej jakości życia oraz zadowolenia z własnego zdrowia. Alfa Cronbacha dla poszczególnych domen w badaniach polskich autorów wynosiła 0,80 dla domeny somatycznej, 0,78 dla psychologicznej i 0,78 dla środowiskowej. W przypadku domeny społecznej przyjęto, że rzetelność jest niewystarczająca i wynosi 0,63 (Feder et al. 2015; Kowalska et al. 2012). Ocena poszczególnych domen jest skalowana w kierunku dodatnim w taki sposób, że wyższe wartości wskazują na wyższą jakość życia. Przeliczenie surowych wartości punktów uzyskanych dla poszczególnych dziedzin na skalę punktową od 0 do 100 punktów zastosowano zgodnie z zaleceniami WHO (Kowalska et al. 2012; WHOQOL-BREF Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment. Field Trial Version 1996). Ogólny wynik ze wszystkich domen może być przypisany do wartości stenowych (Kowalska et al. 2012).

STATYSTYKA

Na potrzeby niniejszej pracy zastosowano następujące testy: dla pytań na skalach nominalnych: V Cramera, Phi, oparty na teście chi kwadrat, oraz dla pytań na skalach porządkowych, tj. dla ustalenia zależności między wykształceniem badanych a ich aktywnością fizyczną, samooceną poziomu sprawności fizycznej, przeszłą i obecną aktywnością fizyczną, subiektywną oceną aktywności fizycznej oraz poziomem oceny sprawności fizycznej uczestników: Testy Tau-b lub Tau-c Kendalla, które nie wymagają minimalnej oczekiwanej wielkości. Miary siły związku normalizowano, przyjmując wartości z przedziału (0–1), co oznacza odpowiednio od 0–0,29 – zależność słaba, 0,30–0,49 – zależność umiarkowana i 0,5–1 – zależność silna. W sytuacji gdy zmienna zależna była określona na skali ilościowej i niezależna na jakościowej, zastosowano testy nieparametrycz-

ne, U Manna-Whitneya i Kruskala-Wallisa w przypadku ustalenia związku między jakością życia, samooceną, możliwościami komunikacyjnymi i wiekiem osób starszych w Polsce południowo-wschodniej, ich subiektywną oceną ogólnego stanu zdrowia oraz oceną aktualnej aktywności fizycznej i sprawności fizycznej. Dla zmiennych ilościowych, czyli do ustalenia związku między jakością życia starszych dorosłych a samoocena ich możliwości komunikacyjnych, zastosowano korelację rang Spearmana, gdzie maksymalny stopień korelacji przyjmuje wartość 1. Im bliższy jest stopień związku z tym podejściem granicznym, tym bardziej wzrośnię wartości jednej zmiennej towarzyszy wzrost wartości drugiej zmiennej. Analizę statystyczną przeprowadzono przy użyciu programu Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Poziom istotności został ustalony na $p < 0,05$. Celem analiz statystycznych była przede wszystkim identyfikacja zależności pomiędzy jakością życia (definiowaną w czterech wymiarach/dziedzinach: somatycznej, psychologicznej, relacji społecznych i środowiskowej) oraz samooceną możliwości komunikacyjnych badanych seniorów a takimi zmiennymi niezależnymi, jak: płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, stan cywilny, subiektywna ocena stanu zdrowia oraz sprawność i aktywność fizyczna. Ponadto przedstawiono zależności między aktualną aktywnością fizyczną a wybranymi zmiennymi socjodemograficznymi.

WYNIKI

Łącznie w analizie statystycznej uwzględniono 116 w pełni wypełnionych ankiet. Badania przeprowadzono w miastach, miasteczkach i wsiach południowo-wschodniej Polski. Seniorzy są członkami Uniwersytetów Trzeciego Wieku oraz Klubów Seniora. Około 58,6% respondentów mieszka w małych miastach, 30,2% na wsi, a pozostałe 11,2% respondentów mieszka w dużym mieście. Zróznicowany był również wiek respondentów. Respondenci w wieku od 60 do 70 lat stanowili 38,8%, a w wieku powyżej 70 lat – 61,2%. W grupie tej przeważały kobiety (80,2%; znaczną różnicę w rozkładzie płci respondentów można tłumaczyć dłuższą oczekiwaną długością życia kobiet (Trwanie Życia w 2016 Roku, 2017). Z odpowiedzi udzielonych przez seniorów wynika, że 37,9% posiada wykształcenie średnie; 26,7% wyższe; 25,0% zawodowe, a 10,3% podstawowe.

Zdecydowana większość badanych starszych dorosłych była w stabilnych związkach partnerskich – 56,0%, owdowiała – 30,2%, rozwiedziona – 5,2% lub samotna, a 8,6% nie wskazało odpowiedzi. Żaden z bada-

nych seniorów w momencie przeprowadzania badania nie pracował – ci badani byli na emeryturze lub wcześniejszej emeryturze. Nieco ponad połowa badanych (54,3%) deklarowała, że w przeszłości wykonywała pracę biurową, a pozostali wykonywali pracę fizyczną.

Uczestnicy badania zostali poproszeni o samodzielne określenie swojego ogólnego stanu zdrowia, obecnego i przeszłego poziomu aktywności fizycznej oraz motywów jej podejmowania.

Ponad połowa badanych seniorów (50,9%) nie potrafiła ocenić ogólnego stanu swojego zdrowia. Dobry stan zdrowia deklarowało 39,7% badanych, a zły – 9,5%. Aktualną sprawność fizyczną jako przeciętną wskazało 70,7% badanych, dobrą – 23,3%, a złą – 6,0%. Około 58,6% osób było aktywnych fizycznie tylko okazjonalnie, natomiast 33,6% ćwiczyło regularnie. Pozostali (7,8%) nie byli aktywni fizycznie. W przeszłości 50,9% respondentów było regularnie aktywnych fizycznie, 45,7% – sporadycznie. Najważniejszym motywem podejmowania aktywności fizycznej przez respondentów jest zdrowie (63,8% badanych) oraz przyjemne spędzanie czasu w ten sposób (23,3%).

Analizy statystyczne wykazały, że istnieje zależność pomiędzy wykształceniem respondentów a ich aktualną aktywnością fizyczną oraz oceną własnej sprawności fizycznej (tabela 1).

Tabela 1. Wykształcenie badanych a ich aktywność fizyczna i poziom samooceny sprawności fizycznej

			Wykształcenie				Ogółem
			podstawowe	zawodowe	średnie	wyższe	
Aktywność fizyczna obecnie	brak	N	2	4	2	1	9
		%	16,7%	13,8%	4,5%	3,2%	7,8%
	okazjonalna	N	9	17	25	17	68
		%	75,0%	58,6%	56,8%	54,8%	58,6%
	systematyczna	N	1	8	17	13	39
		%	8,3%	27,6%	38,6%	41,9%	33,6%
Poziom oceny sprawności fizycznej	niski	N	0	3	3	1	7
		%	0,0%	10,3%	6,8%	3,2%	6,0%
	przeciętny	N	12	23	28	19	82
		%	100,0%	79,3%	63,6%	61,3%	70,7%
	dobry	N	0	3	13	11	27
		%	0,0%	10,3%	29,5%	35,5%	23,3%
P = 0.001, Kendall's Tau- c = 0.19							

Osoby z wyższym wykształceniem częściej podejmowały regularną aktywność fizyczną i oceniały swoją sprawność fizyczną jako dobrą. Ponadto stwierdzono umiarkowanie istotną statystycznie korelację między przeszłym a obecnym poziomem aktywności fizycznej. Seniorzy, którzy byli regularnie aktywni w przeszłości, obecnie częściej podejmują regularną aktywność fizyczną (tabela 2).

Tabela 2. Związek aktywności fizycznej badanych seniorów w przeszłości a obecnie

			Aktywność fizyczna w przeszłości			Ogółem
			brak	okazjonalna	systematyczna	
Aktywność fizyczna obecnie	brak	N	0	5	4	9
		%	0,0%	9,4%	6,8%	7,8%
	okazjonalna	N	4	39	25	68
		%	100,0%	73,6%	42,4%	58,6%
	systematyczna	N	0	9	30	39
		%	0,0%	17,0%	50,8%	33,6%
Ogółem		N	4	53	59	116
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
P < 0.001, Kendall's Tau-b = 0.32						

Respondenci, którzy deklarowali regularną aktywność fizyczną, wyżej oceniali swoją sprawność fizyczną (tabela 3).

Tabela 3. Subiektywna ocena własnej aktywności fizycznej a poziom oceny sprawności fizycznej badanych

			Aktywność fizyczna obecnie			Ogółem
			brak	okazjonalna	systematyczna	
Ocena sprawności fizycznej	niska	N	4	2	1	7
		%	44,4%	2,9%	2,6%	6,0%
	przeciętna	N	5	57	20	82
		%	55,6%	83,8%	51,3%	70,7%
	dobra	N	0	9	18	27
		%	0,0%	13,2%	46,2%	23,3%
Ogółem		N	9	68	39	116
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
P < 0.001, Kendall's Tau-b = 0.42						

Jakość życia starszych osób dorosłych była umiarkowana. Wynik ogólny mieści się w granicach kryterium stenu 6 wg Brzezińskiego (Kowalska et al. 2012) i jest wynikiem umiarkowanym lub przeciętnym. Wyniki badań wskazują, że seniorzy najwyżej oceniają jakość swojego życia w obszarze zdrowia somatycznego i fizycznego. Nieco niższą jakość życia stwierdzono w sferze społecznej, środowiskowej i psychologicznej. Respondenci wskazują na dość dobry poziom samooceny w zakresie komunikacji, co może świadczyć o stosunkowo dobrym słuchu, na tyle, że nie utrudnia on codziennej komunikacji (tabela 4).

Tabela 4. Statystyki opisowe dla poszczególnych domen (dziedzin) jakości życia oraz możliwości komunikacyjnych badanych seniorów (n = 116)

WHOQOL-BREF: dziedzina:	Fizyczna (0-100)	Psychologiczna (0-100)	Socjalna (0-100)	Środowisko (0-100)	SAC (10-50)
X	66,22	59,12	60,27	60,23	15,63
Me	67,85	58,33	58,33	59,37	13,00
SD	11,80	13,19	14,42	9,947	7,14
Minimum	28,57	20,83	16,66	34,37	10
Maximum	92,85	87,50	100,00	87,50	41

Przeprowadzone analizy nie wykazały istotnych statystycznie korelacji między jakością życia badanych, określaną w poszczególnych dziedzinach za pomocą kwestionariusza WHOQOL-BREF, a ich możliwościami komunikacyjnymi, mierzonymi za pomocą Kwestionariusza Samooceny SAC (tabela 5).

Tabela 5. Związek jakości życia badanych seniorów w poszczególnych dziedzinach z ich samooceną możliwości komunikacyjnych

Korelacje rang Spearmana		SAC (10-50)
WHOQOL-BREF dziedzina: fizyczna (0-100)	Correlation coefficient	-.168
	Significance (two-tailed)	.072
WHOQOL-BREF dziedzina: psychologiczna (0-100)	Correlation coefficient	-.142
	Significance (two-tailed)	.129
WHOQOL-BREF dziedzina: socjalna (0-100)	Correlation coefficient	-.105
	Significance (two-tailed)	.261
WHOQOL-BREF dziedzina: środowisko (0-100)	Correlation coefficient	-.107
	Significance (two-tailed)	.251

Dalsza analiza statystyczna wykazała różnice w jakości życia badanych i ich możliwościach komunikacyjnych w zależności od wybranych zmiennych uznanych za niezależne (społeczno-demograficznych). Płeć była czynnikiem różnicującym jedynie samoocenę możliwości komunikacyjnych seniorów. Analiza z wykorzystaniem testu U Manna-Whitneya wykazała, że kobiety miały nieco lepszy słuch niż badani mężczyźni ($p = 0,003$). Wiek respondentów był czynnikiem różnicującym jakość życia i samoocenę możliwości komunikacyjnych (tabela 6).

Tabela 6. Jakość życia i samoocena możliwości komunikacyjnych seniorów a: wiek życia, subiektywna ocena ogólnego stanu zdrowia, ocena obecnej aktywności fizycznej i sprawność fizyczna badanych

Wiek badanych		WHOQOL-BREF dziedziną: fizyczna (0-100)	WHOQOL-BREF dziedziną: psychologiczna (0-100)	WHOQOL-BREF dziedziną: socjalna (0-100)	WHOQOL-BREF dziedziną: środowisko (0-100)	SAC (10-50)
Od 60 do 70 lat N = 71	X	68,86	60,50	62,32	61,17	14,06
	Me	67,85	62,50	58,33	62,50	12,00
	SD	10,35	12,77	14,49	9,45	5,406
Powyżej 70 lat N = 45	X	62,06	56,94	57,03	58,75	18,11
	Me	60,71	54,16	58,33	56,25	15,00
	SD	12,83	13,70	13,87	10,60	8,755
Ogółem N = 116	X	66,22	59,12	60,27	60,23	15,63
	Me	67,85	58,33	58,33	59,37	13,00
	SD	11,80	13,19	14,42	9,94	7,145
Mann-Whitney U, p		0,003	0,127	0,049	0,15	0,006
Ogólny stan zdrowia badanych						
Zły N = 11	X	51,62	50,00	58,33	52,84	17,73
	Me	53,57	45,83	58,33	53,12	15,00
	SD	9,49	11,785	12,36	9,92	7,74

Tabela 6. cd.

Ogólny stan zdrowia badanych						
Ani zły, ani dobry N = 59	X	61,92	56,28	58,05	57,52	16,36
	Me	60,71	54,16	58,33	56,25	14,00
	SD	9,18	13,52	12,08	8,43	7,357
Dobry N = 46	X	75,23	64,94	63,58	65,48	14,20
	Me	75,00	66,66	62,50	65,62	11,50
	SD	8,26	10,63	17,06	9,38	6,59
Ogółem N = 116	X	66,22	59,12	60,27	60,23	15,63
	Me	67,85	58,33	58,33	59,37	13,00
	SD	11,80	13,19	14,42	9,94	7,14
Kruskal-Wallis test, p		0,00	0,00	0,10	0,00	0,09
Aktywność fizyczna badanych						
Nie jestem aktywna(y) N = 9	X	56,74	51,38	55,55	50,34	17,11
	Me	53,57	50,00	58,33	53,12	12,00
	SD	12,16	12,67	9,316	8,90	9,99
Okazjonalna N = 68	X	64,54	57,78	60,29	59,23	16,18
	Me	64,28	58,33	58,33	59,37	14,00
	SD	10,53	12,34	13,36	8,79	7,58
Systematyczna N = 39	X	71,33	63,24	61,32	64,26	14,33
	Me	71,42	66,66	58,33	65,62	13,00
	SD	11,91	13,78	17,04	10,23	5,40
Ogółem N = 116	X	66,22	59,12	60,27	60,23	15,63
	Me	67,85	58,33	58,33	59,37	13,00
	SD	11,80	13,19	14,42	9,94	7,14
Kruskal-Wallis test, p		0,001	0,019	0,327	0,001	0,399

Tabela 6. cd.

Sprawność fizyczną badanych (samoocena)						
Niska N = 7	X	54,08	53,57	53,57	50,44	15,86
	Me	53,57	50,00	50,00	50,00	17,00
	SD	10,60	14,11	8,13	4,20	4,56
Przeciętna N = 82	X	63,98	57,41	59,65	59,10	16,54
	Me	64,28	58,33	58,33	59,37	14,00
	SD	10,73	13,06	12,59	9,59	7,97
Dobra N = 27	X	76,19	65,741	63,88	66,20	12,81
	Me	75,00	66,66	66,66	65,62	12,00
	SD	8,52	11,40	19,61	8,92	3,44
Ogółem N = 116	X	66,22	59,12	60,27	60,23	15,63
	Me	67,85	58,33	58,33	59,37	13,00
	SD	11,80	13,19	14,42	9,94	7,14
Kruskal-Wallis test, p		0,000	0,004	0,036	0,000	0,117

Młodszy respondenci, w wieku 60–70 lat, częściej wskazywali na lepszą jakość życia w zakresie zdrowia i relacji społecznych oraz nieco lepsze możliwości w zakresie komunikacji. Ani wykształcenie respondentów, ani miejsce zamieszkania nie powodowały istotnych różnic w jakości życia i możliwościach komunikacyjnych badanych seniorów.

Analiza z wykorzystaniem testu Kruskala-Wallisa wykazała istotną statystycznie różnicę uwarunkowaną stanem cywilnym uczestników badania. Badani rozwiedzeni charakteryzowali się nieco gorszą jakością życia w sferze środowiskowej ($p = 0,018$). Zauważalna jest również tendencja, że osoby te nieco gorzej określają własne możliwości komunikacyjne, jednak różnica w tym przypadku była nieistotna statystycznie. Nieco gorszą jakością życia w sferze środowiskowej charakteryzowali się respondenci, którzy w przeszłości wykonywali pracę fizyczną (U Manna-Whitneya, $p = 0,038$). Analiza testem Kruskala-Wallisa wskazała na istnienie statystycznej zależności między jakością życia badanych a ogólnym stanem ich zdrowia (w ocenie własnej), aktywnością oraz

sprawnością fizyczną (tabela 6). Seniorzy, którzy wyżej oceniają swój stan zdrowia, wskazują na lepszą jakość życia w każdej z badanych dziedzin (tabela 6). Dodatkowo wskazują na nieco lepszy słuch, ale w tym przypadku różnica była nieistotna statystycznie. Seniorzy, którzy częściej pozostają aktywni fizycznie, wskazują na lepszą jakość życia, głównie w sferze fizycznej, psychologicznej i środowiskowej (tabela 6). W przypadku relacji społecznych i oceny słuchu nie odnotowano istotnej statystycznie różnicy ze względu na aktualną aktywność fizyczną. Uczestnicy, którzy wyżej oceniali swoją sprawność fizyczną, wskazywali na lepszą jakość życia w każdej z badanych dziedzin, a także na nieco lepszy słuch, ale w tym przypadku różnica była nieistotna statystycznie (tabela 6).

DYSKUSJA

Populacja dorosłych w starszym wieku stanowi zróżnicowaną grupę społeczną. Zachodzą w niej zmiany związane z biologicznym procesem starzenia się, mogą pojawiać się problemy zdrowotne charakterystyczne dla tego okresu życia, takie jak choroba Alzheimera (Communicating With Older Adults: An Evidence-Based Review of What Really Works, The Gerontological Society of America 2012) oraz uszkodzenie słuchu (Skarżyński 2014). Wszystkie te czynniki mogą wpływać na jakość życia. Ogólny stan zdrowia osób po 60. roku życia, wyrażający się sprawnością funkcjonalną, fizyczną i psychiczną, samodzielnością i niezależnością od opieki osób drugich lub trzecich, jest obecnie niekorzystny (Ćwirlej-Sozańska 2014). Zmiany w funkcjonowaniu psychospołecznym, które towarzyszą zmianom biologicznym, zależą od wielu czynników. Czynniki środowiskowe i psychosocjoekonomiczne wpływają na zdrowie jednostki, zmieniając działanie systemów biologicznych oraz wpływając na ryzyko i progresję chorób. W nowoczesnym społeczeństwie coraz więcej uwagi poświęca się stresowi i jego wpływowi na zdrowie. Wydłuża się długość życia, ale jakość życia, dobre samopoczucie i produktywność zazwyczaj nie idą w parze z tym wydłużeniem (Tomljenovi 2014). Oprócz czynników związanych ze sprawnością własnego organizmu ważna jest liczba i jakość przeżytych doświadczeń oraz relacje z otaczającym środowiskiem społecznym (np. częstość kontaktów międzypokoleniowych ma istotny wpływ na jakość życia związaną ze zdrowiem, a bliski i częsty kontakt z potomstwem jest ważnym źródłem jakości życia w okresie starości (Kirchengast, Haslinger 2015)). Tempo narastania biologicznej deterioracji zależy również od kumulacji obciążeń i wynikających z nich deficytów

(w wyniku chorób somatycznych, urazów, uzależnień). Zmiany zachodzące w procesie starzenia się mają w dużej mierze charakter indywidualny, stąd jakość życia seniorów zależy nie tylko od zmian biologicznych w organizmie, ale także, a może przede wszystkim, od doświadczeń i nawyków, m.in. w zakresie aktywności fizycznej (Anokye et al. 2012; Ćwirlej-Sozańska 2014), obszaru poznawczego, nawyków żywieniowych (Laskowska-Szcześniak, Kozak-Szkopek 2013).

Jednocześnie nie można zapominać, że mimo starzenia się organizmu wiele procesów pozostaje niezmiennych. Na przykład: mimo pogarszających się warunków związanych z funkcjonowaniem zmysłów (starczy niedosłuch, problemy z widzeniem) nie ma dowodów na pogorszenie się większości aspektów wiedzy językowej, w tym artykulacji, leksyki i rozumienia mowy. Słownictwo może ulegać zmianom ilościowym i jakościowym wraz z wiekiem. Podobnie inteligencja skryształizowana – wiedza nabyta w toku edukacji i doświadczenia – pozostaje na stałym poziomie lub wzrasta wraz z wiekiem (Communicating With Older Adults: An Evidence-Based Review of What Really Works, The Gerontological Society of America 2012).

W badaniach własnych nie wykazano związku między jakością życia starszych dorosłych a samooceną ich możliwości komunikacyjnych. Starsi dorośli dość dobrze określają własne możliwości komunikacyjne, co może świadczyć o tym, że mają stosunkowo dobry słuch. Jakość życia osób starszych w Polsce południowo-wschodniej kształtuje się na poziomie umiarkowanie przeciętnym i jest różnicowana przede wszystkim przez ogólny stan zdrowia, aktywność fizyczną i sprawność fizyczną. Seniorzy, którzy w przeszłości byli regularnie aktywni, obecnie nadal częściej podejmują regularną aktywność fizyczną; wskazują też na wyższą ocenę swojej sprawności fizycznej (Ćwirlej-Sozańska 2014). Badani najwyżej ocenili swoją jakość życia w sferze somatycznej w kontekście zdrowia fizycznego. Starsi respondenci (powyżej 70. roku życia) gorzej oceniają jakość życia w zakresie zdrowia fizycznego i relacji społecznych, a także gorzej oceniają swoje możliwości komunikacyjne. Mężczyźni nieco częściej niż kobiety wskazują na gorsze możliwości komunikacyjne (Communicating With Older Adults: An Evidence-Based Review of What Really Works, The Gerontological Society of America 2012). Badania pośrednio potwierdzają znaczenie edukacji publicznej w zakresie systematycznej kultury fizycznej – zrównoważonej aktywności fizycznej przez całe życie, co jest zgodne z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia (Aird, Buys 2015; „WHO Guidelines for Promoting Physical Activity among Older Persons” 1997). Co więcej, wyższy poziom aktywności u kobiet i jej

regularność wiąże się również z możliwością utrzymania lepszych wyników w sferze funkcji poznawczych, prowadząc do wolniejszego ich obniżania się (Weuve et al. 2004).

Dlatego też wydaje się, że w świetle profilaktyki logopedycznej osób w starszym wieku nieunikniona jest konieczność wprowadzenia systemowych rozwiązań wspierających profilaktyczną aktywność fizyczną w różnych grupach wiekowych (Active Ageing a Policy Framework 2002). Wpłyne ona bowiem na jakość życia, a także może przyczynić się do poprawy jakości komunikacji, m.in. poprzez poszerzenie sieci kontaktów interpersonalnych. Podejmowane działania powinny zmierzać do następujących celów:

1. Zapewnienie dostępu do usług medycznych, w celu dbania o ogólny stan zdrowia.
2. Rozwijanie różnych form aktywności społecznej osób starszych, utrzymywanie i nawiązywanie kontaktów społecznych, wymiana informacji i komunikacja interpersonalna.
3. Rozwijanie różnych form aktywności – poprawy sprawności fizycznej.
4. Systematyczne monitorowanie stanu słuchu.

Pomyślnie starzenie się wymaga pracy przez całe życie. Troska o zdrowie, utrzymanie sprawności zarówno fizycznej, jak i poznawczej oraz właściwe zachowania prozdrowotne, kształtowane już w dzieciństwie, mogą w znacznym stopniu spowolnić niekorzystne zmiany w stanie zdrowia spowodowane naturalnym procesem starzenia się.

BIBLIOGRAFIA

- Active Ageing a Policy Framework*, 2002, Madrid.
- Aird R.L., Buys L., 2015, *Active Aging: Exploration into Self-Ratings of "Being Active," Out-of-Home Physical Activity, and Participation among Older Australian Adults Living in Four Different Settings*, "Journal of Aging Research" 2015, s. 1–12, <https://doi.org/10.1155/2015/501823>
- Anokye N.K., Trueman P., Green C., Pavey T.G., Taylor R.S., 2012, *Physical activity and health related quality of life*, "BMC Public Health" 12(1), s. 624, <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-624>
- Boyce J.M., 2006, *Effects of ageing on smell and taste*, "Postgraduate Medical Journal" 82(966), s. 239–241, <https://doi.org/10.1136/pgmj.2005.039453>
- Classon E., Löfkvist U., Rudner M., Rönnerberg J., 2014, *Verbal fluency in adults with postlingually acquired hearing impairment*, "Speech, Language and Hearing" 17(2), s. 88–100, <https://doi.org/10.1179/205057113X13781290153457>
- Communicating With Older Adults: An Evidence-Based Review of What Really Works*, The Gerontological Society of America, 2012, https://aging.arizona.edu/sites/aging/files/activity_1_reading_1.pdf

- Ćwirlej-Sozańska A., 2014, *Aktywność fizyczna a stan zdrowia osób starszych*, „Przegląd Medycyny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie” 2, s. 173–180.
- Derejczyk J., Bień B., Kokoszka-Paszko J., Szczygieł J., 2008, *Gerontologia i geriatria w Polsce na tle Europy – czy należy inwestować w ich rozwój w naszym kraju?*, „Gerontologia Polska” 16(3), s. 149–159.
- Dillon C.F., Gru Q., Hoffman H., Ko Ch.-W. (n.d.). *Vision, hearing, balance, and sensory impairment in Americans aged 70 years and over: United States, 1999-2006*, National Center for Health Statistics. <http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db31.htm>.
- Feder K., Michaud D.S., Keith S.E., Voicescu S.A., Marro L., Than J., Guay M., Denning A., Bower T.J., Lavigne E., Whelan C., van den Berg F., 2015, *An assessment of quality of life using the WHOQOL-BREF among participants living in the vicinity of wind turbines*, *Environmental Research* 142, s. 227–238. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2015.06.043>
- Kirchengast S., Haslinger B., 2015, *Intergenerational Contacts Influence Health Related Quality Of Life (Hrql) And Subjective Well Being Among Austrian Elderly*, „Collegium Antropologicum” 39(3), s. 551–556.
- Kowalska M., Skrzypek M., Danso F., Humeniuk M., 2012, *Ocena wiarygodności kwestionariusza WHOQOL-BREF w badaniu jakości życia dorosłych, aktywnych zawodowo mieszkańców aglomeracji górnośląskiej*, „Przegląd Epidemiologiczny” 66, s. 531–537.
- Laskowska-Szcześniak M., Kozak-Szkopek E., 2013, *Uwarunkowania pomyślnego starzenia. Wybrane problemy kliniczne*, „Forum Medycyny Rodzinnej” 7(6), s. 287–294.
- Orange J.B., 2009. *Language and Communication Disorders in Older Adults: Selected Considerations for Clinical Audiology*, *Hearing Care for Adults*.
- Schow R.L., Nerbonne M.A., 1982, *Communication screening profile: Use with elderly clients*, „Ear and Hearing” 3(3), s. 135–147. <https://doi.org/10.1097/00003446-198205000-00007>
- Skarżyński H., 2014, *Znaczenie problemu zaburzeń komunikacji, [w:] Najczęstsze problemy medyczne wieku starszego w Polsce*, Warszawa.
- Struktura ludności według wieku w latach 1970–2050*, 2017, GUS, Warszawa.
- Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014–2050*, 2014, GUS, Warszawa.
- Tomljenovi A., 2014, *Holistic Approach To Human Health And Disease: Life Circumstances And Inner Processing*, „Collegium Antropologicum” 38(2), s. 787–792.
- Trwanie życia w 2016 roku [Life expectancy in 2016]*, 2017, GUS, Warszawa.
- Weuve J., Kang J.H., Manson J.E., Breteler M.M.B., Ware J.H., Grodstein F., 2004, *Physical activity, including walking, and cognitive function in older women*, „JAMA” 292(12), s. 1454–1461. <https://doi.org/10.1001/jama.292.12.1454>
- WHO guidelines for promoting physical activity among older persons*, 1997, „Journal of Aging and Physical Activity” 5, s. 1–8.
- WHOQOL-BREF Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Field Trial Version*, 1996, WHO, Genewa.
- Wright K., English K., Elkayam J., 2010, *Reliability of the Self-Assessment of Communication-Adolescent (SAC-A)*, „Journal of Educational Audiology” 16(4), s. 4–10.