

Doświadczanie objawów depresji u osób dorosłych z głuchotą prelingwalną korzystających z implantu ślimakowego a strategie radzenia sobie ze stresem i samoocena

Depression symptoms experienced by adults with the prelingual deafness using cochlear implants and their stress coping strategies and self-esteem

Joanna Kobosko

Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Światowe Centrum Słuchu, Klinika Rehabilitacji, Warszawa/Kajetany

Adres autora: Joanna Kobosko, Światowe Centrum Słuchu, Klinika Rehabilitacji, ul. Mokra 17, Kajetany, 05-830 Nadarzyn, e-mail: j.kobosko@ifps.org.pl

Streszczenie

Wprowadzenie: Występowanie problemów ze zdrowiem psychicznym u osób dorosłych z głuchotą prelingwalną jest wyższe niż w populacji osób słyszących, niezależnie od preferowanego sposobu komunikowania się z otoczeniem (język foniczny, język migowy, dwujęzyczność). Nadal brakuje badań dotyczących użytkowników implantów ślimakowych (CI) z głuchotą prelingwalną, którzy otrzymali implant ślimakowy po 18. roku życia.

Materiał i metody: Badaniami objęto osoby z głuchotą prelingwalną zaimplantowane w roku 2005 i 2009 i do nich rozesłano drogą pocztową kwestionariusze. Wskaźnik odpowiedzi zwrotnych wynosi 63%, co stanowi 50 osób. Wykorzystano Kwestionariusz Ogólnego Stanu Zdrowia GHQ-28 (wyniki skali D), Inwentarz do Pomiaru Strategii Radzenia sobie ze Stresem Mini-COPE, Skalę Samooceny Rosenberga SES oraz Ankiętę informacyjną. Postawiono pytanie o nasilenie doświadczanych objawów depresji u osób prelingwalnie ogłuchłych w porównaniu ze słyszącymi, a także o to, jakie strategie radzenia sobie ze stresem pozostają w związku z nasileniem objawów depresji w tej grupie. Kolejne pytania dotyczą samooceny i jej związku z nasileniem objawów depresji i stosowanymi strategiami radzenia sobie ze stresem. Uwzględniono także zmienne socjodemograficzne jako predyktory doświadczanych symptomów depresji u osób z głuchotą postlingwalną z CI, jak i u osób słyszących.

Wyniki: Okazało się, że osoby z głuchotą prelingwalną doświadczają w większym nasileniu, lecz na poziomie tendencji statystycznej, objawów depresji w porównaniu ze słyszącymi. U osób prelingwalnie ogłuchłych z CI z większym nasileniem objawów depresji pozostaje w ujemnym związku stosowanie strategii skoncentrowanych na problemie: aktywne radzenie sobie i planowanie, a w dodatnim związku zaprzestanie działań. Istotnymi predyktorami nasilenia objawów depresji są w badanej grupie strategie coping, takie jak: zaprzestanie działań, akceptacja i zażywanie substancji psychoaktywnych.

Wnioski: Wzorec zależności między objawami depresji, strategiami radzenia sobie ze stresem i samooceną (wyniki analizy regresji) jest podobny u osób prelingwalnie głuchych z CI i słyszących, za wyjątkiem roli strategii polegającej na zażywaniu substancji psychoaktywnych (np. alkoholu) u osób z głuchotą prelingwalną z CI. Należałoby powtórzyć badania z uwzględnieniem oceny kompetencji językowych w języku polskim fonicznym (lub/i migowym) osób z głuchotą prelingwalną z CI uczestniczących w badaniach.

Słowa kluczowe: depresja • głuchota prelingwalna • implant ślimakowy • samoocena • strategie radzenia sobie ze stresem

Abstract

Background: Incidence of mental health problems among the prelingually deaf adults is higher than in hearing population, regardless of their chosen method of communication (spoken language, sign language, bilingual). There are still no publications on cochlear implant (CI) users with the prelingual deafness, who received their cochlear implants after they were 18 years of age.

Material and methods: Study involved prelingually deaf adults who were provided with cochlear implants in 2005 and 2009. Questionnaires have been sent to these patients by post. Response rate was 63% (50 persons). In the study, following tools have been used: General Health Questionnaire GHQ-28 (results from D scale), stress coping inventory Brief COPE, Rosenberg Self-Esteem Scale SES and personal inquiry form. Research question was how the intensity of depression symptoms in the prelingually deaf individuals compares to the hearing individuals and which stress coping strategies are related to the increased intensity of depression symptoms in this group. Further questions concerned self-esteem and its relation to the intensity of depression symptoms and stress coping strategies used. Study took into consideration also socio-demographic factors as the predictors of the intensity of depression symptoms experienced by the prelingually deaf CI users and by hearing persons.

Results: It turned out that the prelingually deaf experience with higher intensity, at the level of statistical trend, the depression symptoms, as compared to the hearing individuals. In the prelingually deaf CI users increased intensity of depression symptoms is negatively related to using problem-focused stress coping strategies: active coping and planning, and positively related to behavioral disengagement. Relevant predictors of the intensity of depression symptoms were in the studied group: behavioral disengagement, acceptance and substance use.

Conclusions: The pattern of the relationship between the depression symptoms, stress coping strategies and self-esteem is similar between the prelingually deaf and between the hearing, with the exception of the coping strategy based on the substance use among the prelingually deaf CI users. This study should be repeated with taking into consideration the evaluation of Polish spoken or/and sign language skills of the study participants

Key words: depression • prelingual deafness • cochlear implant • self-esteem • stress coping strategies

Wstęp

Na świecie, także w Polsce [1], coraz częściej osoby dorosłe z głuchotą prelingwalną, nawet te identyfikujące się i deklarujące swoją przynależność do społeczności Głuchych¹ [2,3], podejmują decyzję o wszczęciu implantu ślimakowego (CI). Związek tej interwencji medycznej z poprawą jakości życia został już udokumentowany względem osób z głuchotą postlingwalną [np. 4–8]. Od kilkunastu lat pojawiają się również doniesienia o poprawie zarówno percepcji słuchowej, jak i jakości życia w wybranych sferach, zwłaszcza w sferze relacji społecznych, u osób z głuchotą prelingwalną [np. 9–12].

Osoby dorosłe z głuchotą prelingwalną, także te, które zostały użytkownikami implantu ślimakowego po 18 roku życia, stanowią grupę dość zróżnicowaną pod wieloma względami. Należą do nich: etiologia głuchoty, kompetencje językowe, zarówno w języku polskim fonicznym jak i migowym, droga edukacji (edukacja powszechna, integracyjna, specjalna), posiadane wykształcenie, funkcjonowanie psychiczne i społeczne, tożsamość jako osoby głuchej i identyfikacja z wybranym środowiskiem (społeczność Głuchych, społeczność słyszących, społeczność Głuchych i słyszących, pozostawanie pomiędzy „światem g/Głuchych” i „światem słyszących”), wsparcie społeczne czy wreszcie status ekonomiczny [13–22]. Można sądzić, że wśród osób dorosłych z głuchotą prelingwalną, które podjęły decyzję o CI, większość stanowią osoby komunikujące się w języku polskim fonicznym, pobierające edukację w szkołach powszechnych i integracyjnych ze słyszącymi, a także identyfikujące się raczej z osobami słyszącymi niż z g/Głuchymi, na co wskazują wyniki badań dotyczące młodzieży głuchej w Stanach Zjednoczonych, korzystającej i niekorzystającej z implantu ślimakowego [23].

Dotychczas brak jest badań, które obejmowałyby osoby prelingwalnie głuche, zaopatrzone w implant ślimakowy po 18 roku życia, w obszarze ich psychologicznego i społecznego funkcjonowania oraz zdrowia psychicznego [24]. W badaniach dotyczących dorosłych osób z CI pojawia się natomiast tendencja, by traktować je jako „użytkowników CI”, bez uwzględniania, czy są osobami prelingwalnie czy postlingwalnie ogłuchłymi [25], co prowadzić może do błędnych wniosków. Właściwym metodologicznie podejściem zdaje się być odrębne traktowanie każdej specyficznej „podgrupy” należącej do szerokiej kategorii osób z głuchotą prelingwalną. Podobne rozwiązanie postulują autorzy przeglądu badań nad zdrowiem psychicznym osób dorosłych z głuchotą prelingwalną, dla których podstawowym językiem w komunikowaniu się z otoczeniem jest język migowy [13]. Taką bowiem unikalną w swym rodzaju „podgrupę” stanowią osoby prelingwalnie głuche z CI komunikujące się językiem fonicznym i znające w różnym stopniu język migowy, bądź nieznające go w ogóle, u których wszczęcie implantu ślimakowego miało miejsce po ukończeniu 18 roku życia.

Depresja a głuchota prelingwalna

Występowanie problemów w sferze zdrowia psychicznego u osób dorosłych z głuchotą prelingwalną jest znacząco większe w porównaniu z populacją osób słyszących [13,14,21,24,26,27]. Dotyczy to także rozpowszechnienia zaburzeń depresyjnych, jak wynika z większości badań [13]. Najnowsze wyniki analiz, którymi objęto dokumentację zawierającą diagnozę psychiatryczną pacjentów ambulatoryjnych z głuchotą prelingwalną dokonaną według klasyfikacji DSM-IVTR, wskazują, iż występowanie w tej populacji zaburzeń depresyjnych jest podobne jak w grupie słyszących [28].

¹ Pisownia dużą literą G na wzór tradycji amerykańskiej odnosi się do modelu głuchoty, w którym ludzie głusi uznawani są za mniejszość językową (naturalny język migowy) i kulturową (kultura Głuchych), natomiast pisownia małą literą g wskazuje na audiologiczne kryterium głuchoty, tj. posiadanie jej w stopniu znacznym bądź głębokim.

W wielu badaniach stwierdzono istotnie większe nasilenie symptomów depresji w populacji osób g/Głuchych komunikujących się w języku migowym [13,24] w porównaniu ze słyszącymi, niezależnie od wieku badanych [29]. Rezultaty te są podobne w wielu krajach, a dotyczą między innymi Stanów Zjednoczonych [30], starszych osób głuchych w Szwecji [29], Norwegii [31] czy Austrii [27]. Badania nad depresyjnością ludzi Głuchych przeprowadzone zarówno w Hiszpanii, jak i Meksyku z zastosowaniem kwestionariusza BDI-II (*Beck Depression Inventory*) w wersji przetłumaczonej na język migowy, wskazują na istotnie wyższe jej nasilenie w porównaniu z populacją ogólną słyszących, a także pokazują, iż nasilenie doświadczanych symptomów depresji jest wśród badanych osób Głuchych w tych krajach wysokie [32]. W cytowanych badaniach stwierdzono też brak związku między nasileniem objawów depresji a zmiennymi socjodemograficznymi, w tym z płcią dorosłych osób Głuchych, co jest zgodne z wcześniejszymi doniesieniami.

Odwołując się do danych z psychologicznej praktyki klinicznej, można sądzić, że częstość występowania depresji u osób dorosłych z głuchotą prelingwalną komunikujących się w języku fonicznym jest podobnie wysoka jak wśród osób Głuchych komunikujących się w języku migowym [33]. Natomiast nie ma jak dotąd badań dotyczących tego, jak doświadczane są objawy depresyjne przez osoby dorosłe z głuchotą prelingwalną, które decyzję o implantacji ślimakowym podjęły po ukończeniu 18 lat.

Samoocena a głuchota prelingwalna

W ciągu wielu lat badań prowadzonych nad osobami g/Głuchymi, uwzględniających ich samoocenę, otrzymywano różne rezultaty, których nie można jednoznacznie uogólnić na populację osób dorosłych z głuchotą prelingwalną.

W przeglądzie badań z lat 90. XX wieku stwierdza się, że dorosłe osoby głuche charakteryzuje samoocena niższa lub pozostająca na podobnym poziomie względem populacji ogólnej słyszących [34]. W świetle badań z tamtych lat do uwarunkowań pozytywnej samooceny u dzieci, młodzieży i dorosłych z głuchotą prelingwalną zaliczyć można m.in.: identyfikację z osobami Głuchymi (tożsamość osoby Głuchej), dwujęzyczność i dwukulturowość, a więc funkcjonowanie osób głuchych w dwóch światach: ludzi g/Głuchych i słyszących oraz komunikowanie się w dwóch językach: języku migowym i języku fonicznym danego kraju [17,35–37]. W badaniach przeprowadzonych w Niemczech za pośrednictwem internetu, obejmujących dorosłe osoby głuche (65% stanowili użytkownicy języka migowego lub systemu językowo-migowego jako preferowanego sposobu komunikowania się), Hintermair [38] otrzymał związek niskiej samooceny z akulturacją marginalną (ang. *marginal acculturation*) badanych osób głuchych. Pozytywnej samoocenie sprzyja zgodnie z uzyskanymi rezultatami przede wszystkim akulturacja ze środowiskiem zarówno osób Głuchych, jak i słyszących (ang. *bicultural acculturation*), następnie akulturacja ze środowiskiem słyszących (ang. *hearing acculturation*) i akulturacja ze środowiskiem Głuchych (ang. *Deaf acculturation*). Optymalna dla samooceny osób głuchych okazuje się akulturacja dwukulturowa, następnie z ludźmi słyszącymi i Głuchymi (odmiennie

niż ma to miejsce w Stanach Zjednoczonych, gdzie akulturacja ze środowiskiem Głuchych okazała się bardziej sprzyjać pozytywnej samoocenie osób głuchych niż akulturacja ze środowiskiem słyszących).

Na znaczenie statusu słyszenia rodziców osób głuchych dla ich samooceny zwracają uwagę autorzy innych badań. Zgodnie z wynikami otrzymanymi przez Crowe [39] pozytywną samoocenę posiadają osoby głuche, które komunikują się w języku migowym i miały przynajmniej jednego Głuchego rodzica. Stwierdzono związek między statusem słyszenia rodziców a samooceną, nie zaś zależność samooceny od płci i wieku badanych. Samoocena osób dorosłych z głuchotą prelingwalną, które pobierały naukę w warunkach edukacji powszechnej lub integracyjnej, jest zgodnie z rezultatami wielu badań zazwyczaj niższa niż u osób słyszących [40]. W badaniach nad młodzieżą głuchą słyszących rodziców, o wysokich kompetencjach językowych w języku fonicznym lub migowym, okazało się, że ich samoocena jest niższa niż u słyszących, lecz nie różni się ze względu na wiodący język komunikowania się z otoczeniem, język foniczny lub migowy [41,42]. Można więc sądzić, że to m.in. status słyszenia rodziców badanych młodych osób głuchych (rodzice słyszący) odgrywa ważną rolę w kształtowaniu się ich samooceny.

Nieliczne badania dotyczą samooceny dorosłych osób prelingwalnie głuchych korzystających z CI. Jeśli są one prowadzone, to względem samooceny w aspekcie „pewności siebie” (ang. *self-confidence*) i to w odniesieniu do korzyści z implantu ślimakowego i doświadczanej satysfakcji z tego urządzenia w sferze percepcji słuchowej i komunikowania się z otoczeniem. Samoocena (pewność siebie) prelingwalnie głuchych użytkowników CI, mierzona jedną ze skal kwestionariusza NCIQ (*The Nijmegen Cochlear Implant Questionnaire*) przeznaczanego do oceny satysfakcji z implantu ślimakowego, nie uległa zmianie z związku z implantacją pacjentów z głuchotą prelingwalną w badaniach holenderskich [9] czy polskich [11], co wskazuje na jej inne, uwarunkowania psychologiczne.

Radzenie sobie ze stresem a głuchota prelingwalna

Zagadnienie radzenia sobie ze stresem w aspekcie strategii i stylów radzenia sobie stosowanych przez osoby dorosłe z głuchotą prelingwalną w tradycyjnej formie, tj. w ramach istniejących koncepcji psychologicznych stresu i radzenia sobie, nie doczekało się jak dotąd badań. Istniejące badania nad osobami g/Głuchymi (słabosłyszącymi) dotyczą radzenia sobie i stosowanych strategii komunikowania się, jak i szerzej „współbycia” ze słyszącymi w różnych sytuacjach społecznych.

W Australii przeprowadzono badania jakościowe z udziałem dorosłych osób głuchych i słabosłyszących, dla których wiodącym językiem w komunikowaniu się z otoczeniem jest język foniczny, by poznać strategię wykorzystywane w pokonywaniu przeszkód związanych z głuchotą (niedosłuchem) [43]. Wyodrębniono kilka grup strategii:

1. Strategie służące ułatwieniom w komunikowaniu się z innymi ludźmi (np. doskonalenie odczytywania mowy z ust, dostosowanie otoczenia w sytuacji komunikacyjnej, polegające np. na wyborze miejsc cichych,

niezależnych, dobrze oświetlonych, stosowanie urządzeń wspomagających słyszenie, nauka języka migowego).

2. Zaangażowanie w aktywność związaną z kontaktami społecznymi (np. uprawianie sportu, tańca, turystyki i innych form hobby grupowego, udział w grupach wsparcia dla osób głuchych/niedosłyszących).
3. Edukowanie „słyszącego świata” (np. włączanie rodziny i przyjaciół w działania służące łamaniu stereotypów dotyczących osób głuchych, podejmowanie aktywności w interakcjach ze słyszącymi, np. przez ich inicjowanie, informowanie osób obcych o głuchocie (niedosłuchu) i związanych z nią potrzebach w komunikowaniu się).
4. Rozwijanie i podtrzymywanie kontaktów z osobami Głuchymi komunikującymi się językiem migowym oraz z kulturą Głuchych.
5. Korzystanie z pomocy osób trzecich w sytuacjach tego wymagających, np. zebrania pracowników w miejscu pracy.

W innych badaniach jakościowych przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych, Jambor i Elliot [37] poszukiwały strategii *coping*, które stosowane w życiu przez osoby głuche mogą „chronić” ich samoocenę i służyć przeciwstawianiu się trudnościom dnia codziennego, związanym z komunikowaniem się, uprzedzeniami czy dyskryminacją. Opisują 3 takie strategie:

1. Wycofanie się i życie wyłącznie w obrębie społeczności Głuchych.
2. Ukrywanie, że jest się osobą g/Głuchą, i życie „jak słyszący”, tj. m.in. z lękiem, że zostanie się zdemaskowanym.
3. Rozwój umiejętności i kompetencji dwukulturowej, a więc życie w obu światach, zarówno ludzi Głuchych, jak i ludzi słyszących.

Percepcja swoich zasobów *coping*, tj. radzenia sobie z trudnościami życiowymi, okazała się bardziej pozytywna u osób Głuchych w porównaniu ze słyszącymi w badaniach nad studentami college'u, co oczywiście nie jest równoznaczne z tym, że osoby Głuche lepiej radzą sobie z trudnościami życiowymi [44].

Związek depresji i samooceny oraz depresji i radzenia sobie ze stresem – stan badań

W licznych badaniach stwierdzono związek depresji z samooceną i strategiami radzenia sobie ze stresem. Niska samoocena pozostaje w związku z depresją, a więc osoby o niskiej samoocenie, jak zauważył już Rosenberg w latach 60. XX stulecia [45], były oceniane przez personel medyczny jako bardziej depresyjne i częściej okazujące uczucia smutku, rozczarowania czy nieszczęścia. W poznawczej koncepcji depresji Becka niska samoocena, w tym negatywne myśli na temat własnego „ja”, jest wynikiem przekonania osoby cierpiącej na depresję o swojej ułomności, bezwartościowości i byciu nieodpowiednim, przyczyniając się do powstania depresji [46]. Dlatego niska samoocena traktowana jest często jako czynnik ryzyka czy też czynnik zwiększonej podatności na depresję i efekt ten utrzymuje się u kobiet i mężczyzn ze wszystkich grup wiekowych [zob. 47]. Obniżona samoocena okazała się predyktorem większego psychicznego dys stresu, mierzonego z wykorzystaniem kwestionariusza GHQ-12 (*General Health Questionnaire*) w badaniach nad osobami z głuchotą prelingwalną przeprowadzonych w Holandii [26].

Osoby w depresji klinicznej istotnie częściej posługują się stylem radzenia sobie ze stresem skoncentrowanym na emocjach w porównaniu z osobami, u których nie zdiagnozowano depresji (nie chorowały na depresję) [48]. W badaniach polskich, którymi objęto kobiety z klinicznym rozpoznaniem depresji i porównano je z grupą kobiet bez patologicznego nasilenia objawów depresyjnych i niekorzystających w dotychczasowym życiu z pomocy psychiatrycznej [49], otrzymano, że w radzeniu sobie ze stresem (kwestionariusz CISS – *Coping Inventory for Stressful Situations*) spowodowanym chorobą kobiety depresyjne aktywniej znacząco częściej strategię skoncentrowaną na emocjach (zasadniczo negatywnych, takich jak: złość, gniew, niezadowolenie), marginalnie zaś strategię unikową związane z zaangażowaniem się w czynności zastępcze lub uciekaniem w kontakty towarzyskie. Ponadto kobiety chore na depresję istotnie rzadziej preferowały strategię skoncentrowaną na zadaniu niż kobiety niedepresyjne. Jednakże strategię emocjonalną najczęściej nie sprzyjają dobrej adaptacji do choroby, unikowe zaś mają różnorodną wartość przystosowawczą, zależnie od dalszych ocen sytuacji [50].

Związek poznawczych strategii regulacji emocji (CERQ – *Cognitive Emotion Regulation Questionnaire*) i symptomów depresji (SCL-90 – *The Symptom Checklist-90-Revised*, GDS – *Geriatric Depression Scale*) badany był przez Garnefski i Kraaij [51] w kilku wyodrębnionych przez badaczki grupach: osób w wieku wczesnej adolescencji między 12 a 15 rokiem życia, osób w wieku późnej adolescencji w wieku od 16 do 18 lat, osób dorosłych z populacji ogólnej, osób starszych powyżej 65 lat oraz pacjentów psychiatrycznych. Okazało się, że istnieje wspólny dla tych grup wzorzec zależności między objawami depresji i strategiami radzenia sobie ze stresem, tj. strategię takie jak ruminacja i katastrofizacja są pozytywnie skorelowane z symptomami depresji w każdej z wyodrębnionych grup; strategia określona jako akceptacja (należy uwzględnić, że strategia akceptacji jest tu odmiennie definiowana niż zazwyczaj czynią to badacze, a więc jako „pasywna forma rezygnacji z negatywnych doświadczeń” [51, s. 1667]) wykazuje pozytywny związek z symptomami depresji w grupie dorosłych z populacji ogólnej i osób starszych powyżej 65 lat. Podobnie strategia oskarżania siebie jest pozytywnie skorelowana z nasileniem depresji we wszystkich badanych grupach za wyjątkiem osób powyżej 65 lat.

Garnefski i Kraaij [52] objęły w Holandii badaniami także 119 osób dorosłych z niedosłuchem w stopniu od umiarkowanego do głębokiego, nabytym po opanowaniu mowy i języka, spośród których 37,9% korzystało z implantu ślimakowego (i nie stanowili wyodrębnionej grupy). Pytano w nich o związek m.in. nasilenia objawów depresji (HADS – *Hospital Anxiety and Depression Scale*) ze stosowanymi poznawczymi strategiami regulacji emocji (CERQ). Nasilenie objawów depresyjnych wykazuje w tej grupie badanych dodatni związek ze stosowaniem strategii regulacji emocji, jakimi są ruminacja i katastrofizacja, natomiast ujemny z pozytywnym przewartościowaniem i zmianą punktu koncentracji (ang. *refocusing*). Jednakże istotnym predyktorem symptomów depresji okazała się jedynie strategia ruminacji, należąca do strategii nieprzystosowawczych w radzeniu sobie ze stresem, oraz strategia *coping*, polegająca na zmianie „punktu koncentracji z negatywnego na pozytywny”, której stosowanie wiąże się z pozytywnym

przystosowaniem do sytuacji [51]. W cytowanych badaniach stwierdzono brak związku nasilenia objawów depresji ze zmiennymi demograficznymi i charakterystyką utraty słuchu [52].

Natomiast w badaniach dotyczących związku m.in. symptomów depresyjnych ze strategiami radzenia sobie ze stresem (kwestionariusz *Mini-COPE*), przeprowadzonych wśród osób mających powyżej 65 lat, u których zdiagnozowano różne wady serca [53], uzyskano pozytywną korelację z takimi strategiami, jak: samooskarżanie, wyładowanie, zaprzeczanie i zaprzestanie działań. W tej grupie pacjentów istotnymi predyktorami doświadczania objawów depresji okazały się strategie zaprzeczania i samooskarżania.

Cel badań

Celem badań była odpowiedź na pytanie, czy osoby dorosłe z głuchotą prelingwalną, które podjęły decyzję o implantacji ślimakowym po ukończeniu 18 roku życia, różnią się nasileniem doświadczanych objawów depresyjnych od osób słyszących z populacji ogólnej.

Kolejne postawione pytanie dotyczyło tego, czy nasilenie objawów depresji znacząco różnicuje osoby prelingwalnie ogłuchłe ze względu na płeć, wiek, wykształcenie, aktywność zawodową, pozostawanie w związku małżeńskim lub partnerskim, czas korzystania z implantu ślimakowego (1–2 lat, 5–6 lat). Zapytano też o to, czy ww. zmienne socjodemograficzne oraz czas korzystania z implantu ślimakowego mogą wyjaśniać zmienność zmiennej zależnej, jaką jest doświadczanie objawów depresji w grupie osób z głuchotą prelingwalną z CI i osób słyszących.

Sformułowano również problem badawczy dotyczący związku doświadczanych objawów depresji ze stosowanymi strategiami radzenia sobie ze stresem i samooceną w grupie osób prelingwalnie głuchych z CI oraz słyszących z populacji ogólnej. Postawiono pytanie, czy strategie radzenia sobie ze stresem i samoocena są predyktorami nasilenia doświadczanych objawów depresji wśród osób prelingwalnie głuchych z implantem ślimakowym wszczepionym po 18 roku życia i wśród osób słyszących, a także czy zmienne te tworzą podobne wzorce wzajemnych zależności.

Metoda badań

Uczestnicy badań

Badaniami objęto osoby dorosłe z głuchotą prelingwalną, zdiagnozowaną przed 2 rokiem życia, które podjęły decyzję o implantacji ślimakowym (CI) po ukończeniu 18 lat (n=50). W badanej grupie było 22 mężczyzn (44%) i 28 kobiet (56%). Wiek badanych mieścił się w przedziale od 19 do 62 lat, zaś średnia wieku dla całej grupy wynosiła około 33 lata (M=33,34; SD=10,65).

W badanej grupie wykształcenie podstawowe posiadają 4 (8%) osoby, średnie 29 (58%) osób, półwyższe 3 (6%) osoby, wyższe 12 (24%) osób. Aktywnych zawodowo jest 14 (28%) uczestników badań, rentę pobiera i pracuje 12 (24%), pobiera rentę 16 (32%) osób, a emeryturę 1 (2%) osoba. W związku małżeńskim lub partnerskim pozostaje

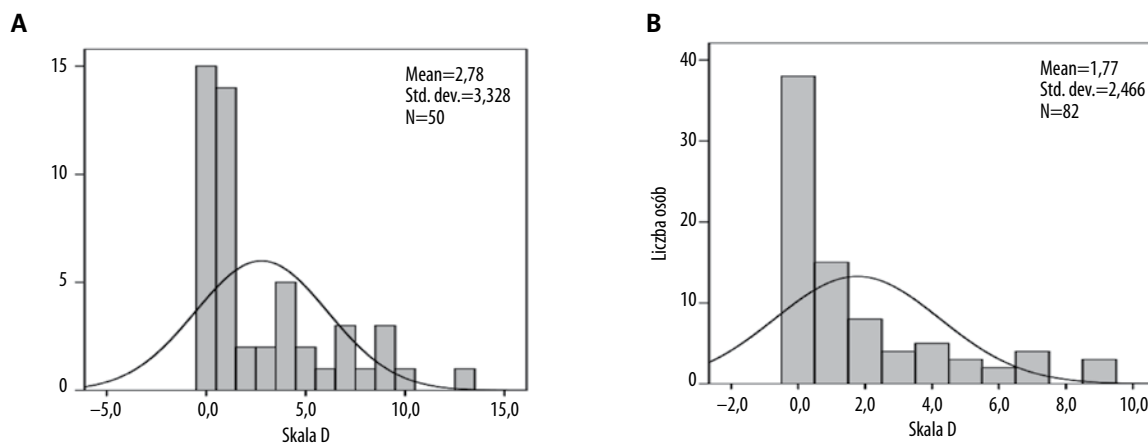
20 (40%) badanych z głuchotą prelingwalną z CI. Wśród uczestników badań znaleźli się ci, którzy otrzymali implant ślimakowy w roku 2005 (n=27), a w momencie prowadzenia badań korzystają z tego urządzenia od 5 do 6 lat. Drugą grupę uczestników badań stanowią badani z głuchotą prelingwalną, którzy zostali zaimplantowani w roku 2009 (n=23), co oznacza, że w okresie prowadzenia badań ich doświadczenie w korzystaniu z CI wynosiło od 1 do 2 lat. Wszyscy uczestnicy badań korzystają z jednego implantu ślimakowego.

Wśród osób z głuchotą prelingwalną uczestniczących w badaniach znajomość języka migowego zadeklarowało 8 osób, natomiast 5 uczestników odpowiedziało, że zna ten język „trochę”, zaś 28 osób nie zna go wcale. Odpowiedzi odnośnie znajomości tego języka nie udzieliło 9 (18%) osób. Kompetencje językowe w języku fonicznym (polskim) nie były oceniane w przyjętej procedurze badań (droga pocztowa). Można założyć, że zachodzi „autoselekcja”, a więc odpowiadają ci badani, którzy rozumieją treść kwestionariuszy i ankiet, a więc o wysokich i dość wysokich kompetencjach językowych. Jak można sądzić, podobne założenia czynią *implicite* inni badacze zdrowia psychicznego osób z głuchotą prelingwalną. Przykładem są Hintermair (2008) [38] czy Kvam, Loeb i Tambs (2007) [31], którzy przeprowadzili badania populacji osób g/Głuchych przez stronę internetową. Ostatni z wymienionych zamieścili kwestionariusze w języku norweskim, także w wersji migowej, z której to skorzystało zaledwie 5% uczestników badań. Wielu innych badaczy pomija zazwyczaj milczeniem kwestię kompetencji językowych badanych osób prelingwalnie głuchych – zarówno w języku fonicznym, jak i migowym danego kraju – jak np. Rembar i współpracownicy (2012) [25]. Inni z kolei ograniczają się do stwierdzenia, że uczestniczące w badaniach osoby prelingwalnie głuche posługiwały się przed implantacją oralnym lub oralno-manualnym sposobem komunikowania się, nie odnosząc się do posiadanych przez nie kompetencji językowych, jak uczynili to m.in. Straatman i wsp. (2014) [54]. Zasygnalizowany w tym miejscu problem kompetencji językowych w języku fonicznym, jak i ich oceny u osób z głuchotą prelingwalną biorących udział w badaniach kwestionariuszowych, a także tego, czy założenie o „autoselekcji” jest uprawnione, wymaga empirycznej weryfikacji. Należy zdawać sobie jednak sprawę, że zagadnienie to stanowi poważne ograniczenie metodologiczne badań przeprowadzanych w omawianej populacji.

Grupę porównawczą stanowiły 82 dorosłe osoby słyszące – uczestnicy Uniwersytetu Trzeciego Wieku, studenci warszawskich uczelni, pracownicy placówki edukacyjnej, dobrane ze względu na wiek i płeć, w tym 52 kobiety (63,4%) i 30 mężczyzn (36,6%) w wieku od 18 do 65 lat (M=41,82; SD=14,92).

Narzędzia badawcze

- *Kwestionariusz Ogólnego Stanu Zdrowia GHQ-28 (General Health Questionnaire)* Goldberga (1975) [za: 55], służący do oceny stanu zdrowia psychicznego osób dorosłych jako narzędzie do badań przesiewowych. Kwestionariusz GHQ-28 zawiera 28 pozycji, które odnoszą się do dolegliwości odczuwanych w ciągu ostatnich kilku tygodni. Wyodrębniono w nim 4 skale: Skala A – objawy



Rycina 1. Rozkład wyników w Skali D kwestionariusza GHQ-28 u osób z głuchotą prelingwalną z implantem ślimakowym (CI) (A) i osób słyszących (B)

Figure 1. Distribution of results of the GHQ-28 questionnaire's Scale D in the prelingually deaf CI users (A) and in hearing individuals (B)

somatyczne, Skala B – objawy niepokoju i bezsenności, Skala C – objawy zaburzeń funkcjonowania w codziennym życiu, Skala D – objawy depresyjne. W artykule wykorzystano wyniki w Skali D. Zastosowano sposób punktacji odpowiedzi metodą Likerta (0-1-2-3), co oznacza, że w każdej ze skal można uzyskać od 0 do 21 punktów. Dla Skali D otrzymano współczynnik zgodności wewnętrznej α Cronbacha $\alpha=0,88$ w odniesieniu do osób prelingwalnie głuchych z CI, dla osób słyszących $\alpha=0,77$.

- **Skala Samooceny SES (Self-Esteem Scale)** Rosenberga (1965) [za: 56] – przeznaczona do pomiaru poziomu samooceny globalnej, na którą składa się emocjonalna reakcja na siebie oraz poczucie kompetencji, rozumianej zarówno jako cecha, jak i jako stan. Skala SES składa się z 10 twierdzeń (np. *Potrafię robić różne rzeczy tak dobrze, jak większość innych ludzi*), do których badani ustosunkowują się na czterostopniowej skali od 1 – *zdecydowanie zgadzam się* do 4 – *zdecydowanie nie zgadzam się*. Wynik ogólny stanowi sumę punktów, a im jest wyższy, tym wyższy ogólny poziom samooceny ma dana osoba. Rzetelność SES mierzona współczynnikiem zgodności wewnętrznej α Cronbacha wynosi $\alpha=0,85$ w grupie osób prelingwalnie głuchych z CI, a w grupie słyszących $\alpha=0,82$.
- **Inwentarz do Pomiaru Radzenia sobie ze Stresem Mini-COPE (Brief COPE)** Carvera i wsp. (1997) [57] w polskiej adaptacji [49], składający się z 28 pozycji i mierzący 14 odrębnych strategii radzenia sobie ze stresem tworzących podskale (po 2 itemy każda): Aktywne radzenie sobie, Planowanie, Pozytywne przewartościowanie, Akceptacja, Poczucie humoru, Zwrot ku religii, Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego, Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego, Zajmowanie się czymś innym, Zaprzeczanie, Wyładowanie, Zażywanie substancji psychoaktywnych, Zaprzestanie działań, Obwinianie siebie. Odpowiedzi mają punktację od 0 – *prawie nigdy tak nie postępuję* do 3 – *prawie zawsze tak postępuję*. Rzetelność *Mini-COPE* policzono metodą połówką i otrzymano w grupie osób prelingwalnie głuchych

wskaźnik Guttmana równy 0,77, zaś w grupie słyszących wynoszący 0,74.

- **Ankieta informacyjna** – zawierająca pytania dotyczące zmiennych socjodemograficznych oraz informacji związanych z głuchotą osób badanych prelingwalnie głuchych z CI i korzystania przez nie z implantu ślimakowego, np. czas korzystania z CI.

Procedura badań

Badania prowadzono drogą wysyłki pocztowej – kwestionariusze i Ankietę informacyjną wraz z listem przewodnim rozesłano do pacjentów z głuchotą prelingwalną, którzy otrzymali implant ślimakowy w Instytucie Fizjologii i Patologii Słuchu w latach 2005 i 2009. Wskaźnik odpowiedzi zwrotnych wyniósł 63,29%, co stanowi 50 osób. Badania były anonimowe, zrealizowano je w latach 2010–2011.

Do analizy statystycznej wykorzystano test t-Studenta, analizę regresji liniowej, w tym także analizę regresji metodą krokową, test U Manna-Whitney'a i korelacje r Pearsona.

Wyniki

Objawy depresji a głuchota prelingwalna i implantacja ślimakowa (CI) u osób dorosłych

Poziom doświadczanych objawów depresji (średnie) porównano między grupą osób z głuchotą prelingwalną z CI (Skala D /GHQ-28 – $M=2,78$; $SD=3,33$) a osób słyszących (Skala D /GHQ-28 – $M=1,77$; $SD=2,46$). Otrzymano rezultat mówiący o tym, że osoby z głuchotą prelingwalną doświadczają wyższego nasilenia objawów depresji niż osoby słyszące na poziomie tendencji statystycznej (test t-Studenta – $t=-1,861$; $p=0,066$). Rozkład wyników uzyskanych w skali D kwestionariusza GHQ-28 w obu badanych grupach został przedstawiony na rycinie 1.

Następnie dokonano porównań wyników (średnie) w poszczególnych itemach Skali D (od D1 do D7 – zob. rycina 2) otrzymanych w grupie osób prelingwalnie głuchych z CI

Kwestionariusz GHQ-28 – Skala D

Ostatnio:
 D1 – myślałeś(aś) o sobie, że jesteś osobą bezwartościową?
 D2 – uważałeś(aś), że życie jest zupełnie beznadziejne?
 D3 – uważałeś(aś), że nie warto żyć?
 D4 – myślałeś(aś) o możliwości odebrania sobie życia?
 D5 – stwierdziłeś(aś) czasem, że nie potrafisz nic zrobić z powodu złego stanu swoich nerwów?
 D6 – pragnąłeś(aś) własnej śmierci, bycia z dala od wszystkiego?
 D7 – stwierdziłeś(aś), że myśl o odebraniu sobie życia wciąż przychodzi Ci do głowy?

Rycina 2. Zawartość Skali D kwestionariusza GHQ-28 (poszczególne pozycje od D1 do D7)

Figure 2. Contents of the Scale D of the GHQ-28 questionnaire (items D1 to D7)

i w grupie słyszących. Osoby z głuchotą prelingwalną korzystające z CI znacząco częściej niż osoby słyszące doświadczają objawu opisanego w pozycji D4 (test U Manana-Whitney’a – $U=1647$; $p=0,021$), a więc istotnie częściej „myślą o możliwości odebrania sobie życia”. Częściej, na poziomie tendencji statystycznej, w porównaniu ze słyszącymi doświadczają też objawów depresyjnych zawartych w itemach D1, D2, D3, D7 skali D kwestionariusza GHQ-28 (rycina 3).

Objawy depresji u osób z głuchotą prelingwalną z implantem ślimakowym (CI) a zmienne socjodemograficzne i zmienne związane z głuchotą

Doświadczanie objawów depresji nie różnicuje osób dorosłych prelingwalnie głuchych z CI ze względu na płeć, wiek, wykształcenie, aktywność zawodową czy pozostawanie lub nie w związku małżeńskim czy związku partnerskim. Czas korzystania z implantu ślimakowego (1-2 lat lub 5-6 lat) przez osoby z głuchotą prelingwalną również nie wykazuje związku z nasileniem symptomów depresji w tej grupie osób. Kobiety i mężczyźni prelingwalnie ogłuchli doświadczają objawów depresyjnych o podobnym nasileniu jak kobiety i mężczyźni słyszący z grupy porównawczej.

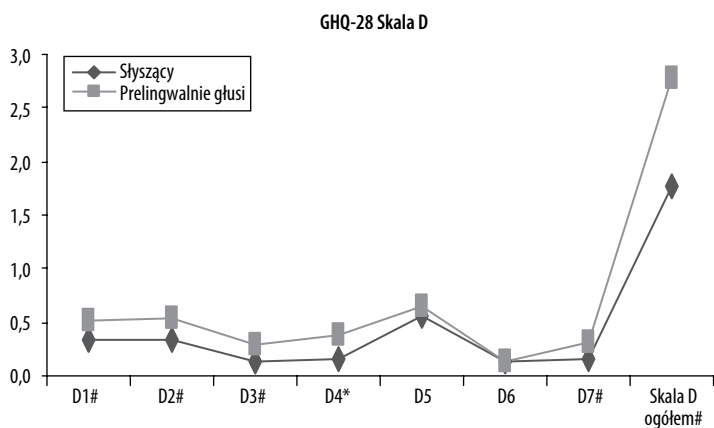
W grupie osób prelingwalnie głuchych z CI przeprowadzono hierarchiczną analizę regresji z uwzględnieniem płci, wykształcenia, aktywności zawodowej, statusu

małżeńskiego (partnerskiego), roku implantacji (2005 lub 2009) oraz wieku badanych jako zmiennych wyjaśniających, uzyskując wyniki nieistotne statystycznie dla współczynników regresji. Żaden z powyższych predyktorów nie objaśnia zatem w istotny sposób zmienności zmiennej, jaką jest nasilenie objawów depresji. Podobnie w grupie osób słyszących wykonano hierarchiczną analizę regresji, włączając do modelu zdychotomizowane zmienne socjodemograficzne oraz wiek (zmienna ilościowa), otrzymując współczynniki regresji nieistotne statystycznie.

Objawy depresji a strategie radzenia sobie ze stresem u osób dorosłych z głuchotą prelingwalną z CI

W wyniku porównania osób prelingwalnie głuchych z CI o wysokim i niskim nasileniu objawów depresji (wyodrębnionych według kryterium mediany) otrzymano, że obie grupy istotnie różnią się w zakresie strategii radzenia sobie ze stresem, takich jak: Aktywne radzenie sobie ($t=2,32$; $p=0,025$), Planowanie ($t=3,16$; $p=0,003$), Zaprzestanie działań ($t=-3,11$; $p=0,003$). Osoby o niskim nasileniu objawów depresji znacząco częściej stosują aktywne, skoncentrowane na problemie strategie radzenia sobie ze stresem, do jakich należy aktywne radzenie sobie i planowanie, oraz rzadziej zaprzestają działań w konfrontacji ze stresem (rycina 4).

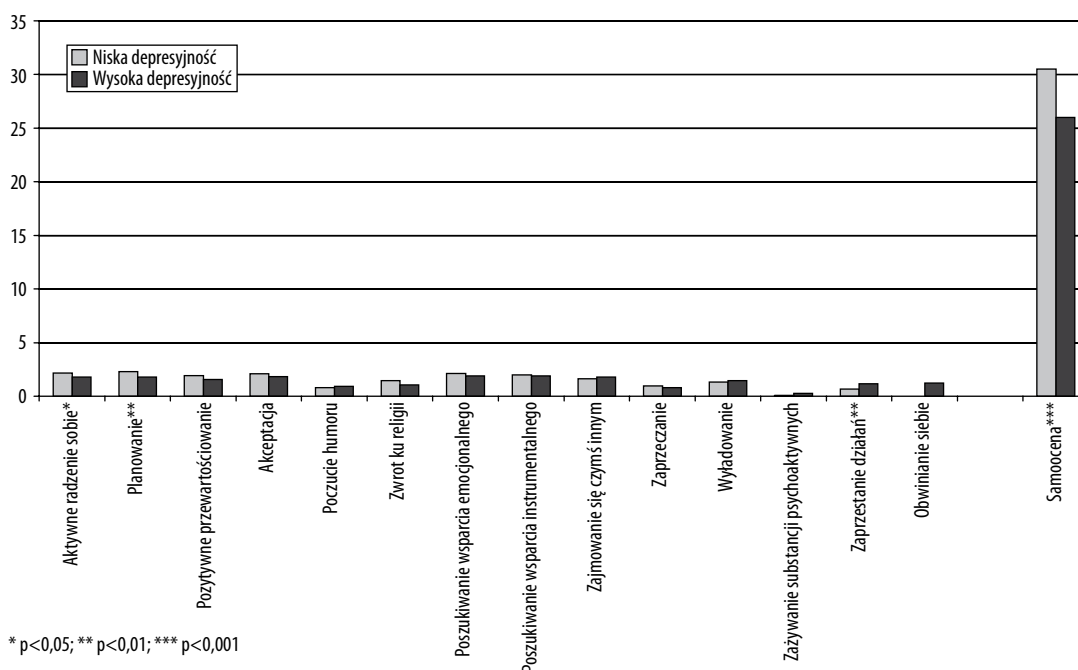
Następnie policzono korelację r Pearsona, by zobaczyć, między jakimi strategiami radzenia sobie ze stresem i nasileniem objawów depresji istnieją istotne zależności (tabela 1). W grupie osób z głuchotą prelingwalną otrzymano istotne dodatnie korelacje o umiarkowanej sile między Zażywaniem substancji psychoaktywnych, Zaprzestaniem działań oraz Obwinianiem siebie a nasileniem objawów depresji (Skala D). W grupie słyszących z większym nasileniem symptomów depresji istotnie ujemnie korelują Aktywne radzenie sobie, Planowanie, Pozytywne przewartościowanie, Akceptacja, zaś dodatkowo, lecz słabo, Zaprzestanie działań. W obu badanych grupach jedynie strategia radzenia sobie ze stresem, jaką jest zaprzestanie działań, pozostaje w dodatnim związku z doświadczanym nasileniem objawów depresji, pozostałe zaś zależności między strategiami radzenia sobie ze stresem i nasileniem objawów depresji tworzą odmienny wzorec u osób prelingwalnie głuchych z CI i słyszących.



* $p < 0,05$; # $p < 0,1$ (tendencja statystyczna)

Rycina 3. Wyniki otrzymane w poszczególnych itemach Skali D kwestionariusza GHQ-28 (średnie) w grupie osób z głuchotą prelingwalną z implantem ślimakowym (CI) i osób słyszących wraz z zaznaczeniem istotności statystycznej różnic między grupami

Figure 3. Results obtained for particular items of the GHQ-28 questionnaire’s Scale D (means) in the group of the prelingually deaf CI users and in the group of hearing persons



Rycina 4. Strategie radzenia sobie ze stresem (Mini COPE – średnie) oraz samoocena (SES – średnia) u osób z głuchotą prelingwalną z implantem ślimakowym (CI) o niskim i wysokim nasileniu objawów depresji (Skala D kwestionariusza GHQ28)

Figure 4. Stress coping strategies (Brief COPE – means) and self-esteem (SES – mean) in the prelingually deaf CI users with high and low intensity of depression symptoms (GHQ-28 questionnaire Scale D)

Tabela 1. Współczynniki korelacji r Pearsona między strategiami radzenia sobie ze stresem (Mini COPE) a objawami depresji (Skala D kwestionariusza GHQ-28) u osób z głuchotą prelingwalną z implantem ślimakowym (CI) i osób słyszących

Table 1. Pearson's r correlation coefficients between stress coping strategies (Brief COPE) and depression symptoms (Scale D of the GHQ-28 questionnaire) in the prelingually deaf CI users and in hearing persons

Strategie radzenia sobie ze stresem (Mini COPE)	Osoby z głuchotą prelingwalną n=50 (r Pearsona)	Osoby słyszące n=82 (r Pearsona)
Aktywne radzenie sobie	-0,27	-0,27*
Planowanie	-0,27	-0,36**
Pozytywne przewartościowanie	-0,26	-0,29**
Akceptacja	-0,14	-0,4**
Poczucie humoru	-0,07	-0,08
Zwrot ku religii	0,07	-0,04
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	-0,16	-0,16
Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	-0,1	-0,13
Zajmowanie się czymś innym	0,12	0,17
Zaprzeczanie	-0,15	0,16
Wyładowanie	0,19	0,13
Zażywanie substancji psychoaktywnych	0,45**	0,09
Zaprzestanie działań	0,41**	0,26*
Obwinianie siebie	0,35*	0,06

* p<0,05; ** p<0,01

W celu odpowiedzi na pytanie, czy strategie radzenia sobie ze stresem są predyktorami doświadczanego nasilenia objawów depresji przez osoby z głuchotą prelingwalną z CI, posłużono się analizą regresji metodą krokową i otrzymano: $F(3,46)=10,38$; $p=0,00$; $R_{kw}=0,4$. Zbiór istotnych predyktorów składa się z 3 strategii: Zażywanie substancji psychoaktywnych ($\beta=0,48$), Akceptacja ($\beta=-0,37$) oraz Zaprzestanie działań ($\beta=0,32$). Nasilenie doświadczanych symptomów depresji u osób z głuchotą prelingwalną korzystających z CI rośnie wraz z częstszym posługiwaniem strategią zaprzestania działań oraz sięganie po substancje psychoaktywne, np. alkohol. Z kolei większa akceptacja – także głuchoty i jej konsekwencji – wiąże się u osób prelingwalnie głuchych z CI z mniejszym nasileniem przeżywania objawów depresyjnych.

Po przeprowadzeniu analizy regresji metodą krokową w grupie osób słyszących otrzymano: $F(2,76)=10,18$; $p=0,00$; $R_{kw}=0,21$. Zbiór istotnych predyktorów składa się w tej grupie z dwóch strategii: Akceptacja ($\beta=-0,37$) i Zaprzestanie działań ($\beta=0,23$). Nasilenie doświadczanych symptomów depresji maleje wraz z częstszym posługiwaniem się strategią, jaką jest akceptacja. Z kolei stosowanie zaprzestania działań jako strategii radzenia sobie ze stresem wiąże się z większym nasileniem przeżywania objawów depresyjnych u osób słyszących.

Objawy depresji a samoocena u osób dorosłych z głuchotą prelingwalną z implantem ślimakowym (CI)

Porównanie osób prelingwalnie głuchych z CI o wysokim i niskim nasileniu objawów depresji (wyodrębnionych według kryterium mediany) względem samooceny wykazało, że istotnie większe nasilenie objawów depresyjnych wiąże się z niższą samooceną ($M=26$; $SD=3,32$) u osób prelingwalnie głuchych z CI ($t=4,12$; $p=0,00$), co jest zgodne z przewidywaniami.

Samoocena okazała się istotnym predyktorem doświadczanego nasilenia objawów depresji przez osoby prelingwalnie głuche z CI – otrzymano model regresji istotny: $F(1,48)=26,11$; $p=0,00$; $R_{kw}=0,35$, także w odniesieniu do osób słyszących ($F(1,80)=19,51$; $p=0,00$; $R_{kw}=0,2$). Mniejsze nasilenie objawów depresji wiąże się z wyższą samooceną ($\beta=-0,594$) osób z głuchotą prelingwalną, użytkowników implantu ślimakowego, jak i wyższą samooceną ($\beta=-0,44$) u osób słyszących. Samoocena wyjaśnia aż 35% zmienności zmiennej, jaką jest nasilenie objawów depresji u osób z głuchotą prelingwalną z implantem ślimakowym.

Dyskusja

Celem badań jest ocena nasilenia doświadczanych objawów depresji u osób dorosłych z głuchotą prelingwalną, które otrzymały wszczep implantu ślimakowego (CI) po 18 roku życia i porozumiewają się w języku polskim fonicznym, w porównaniu z osobami słyszącymi z populacji ogólnej. Poszukiwano związku symptomów depresji ze strategiami radzenia sobie ze stresem i samooceną w obu grupach, a także odpowiedzi na pytanie, czy doświadczane nasilenie symptomów depresji może być wyjaśnione zmiennymi socjodemograficznymi, takimi jak: płeć, wiek,

wykształcenie, aktywność zawodowa (nauka), pozostawanie w związku małżeńskim lub partnerskim.

W świetle uzyskanych wyników osoby z głuchotą prelingwalną z implantem ślimakowym doświadczają – na poziomie tendencji statystycznej – objawów depresyjnych w większym nasileniu w porównaniu z dorosłymi słyszącymi, co jest zgodne z większością dotychczasowych badań z uwzględnieniem osób z głuchotą prelingwalną (bez implantu ślimakowego) [13,26,27,29–32]. Status tendencji otrzymanego rezultatu może być wynikiem stosunkowo małej liczebności grupy badanych osób dorosłych z głuchotą prelingwalną zaopatrzonych w implant ślimakowy po 18 roku życia. Zwraca uwagę, że dorośli z głuchotą prelingwalną korzystający z CI znacząco częściej „myśleli o możliwości odebrania sobie życia” (Skala D kwestionariusza GHQ-28), co pokazuje specyfikę ich depresyjnego przeżywania względem osób słyszących. Wynik ten można wiązać m.in. z występowaniem zaburzeń z pogranicza i zaburzeń depresyjnych, analogicznie jak ma to miejsce u młodzieży głuchej mającej rodziców słyszących, komunikującej się językiem fonicznym jako podstawowym językiem porozumiewania się z otoczeniem, obserwowanych w praktyce klinicznej [58].

Stwierdzono związek między nasileniem symptomów depresyjnych doświadczanych przez osoby z głuchotą prelingwalną z CI a strategiami radzenia sobie ze stresem. Większe ich nasilenie w badanej grupie wiąże się z rzadszym uruchamianiem aktywnego, efektywnego radzenia sobie ze stresem, w tym strategii takich jak: Aktywne radzenie sobie i Planowanie, a także z częstszym stosowaniem strategii *coping*, opisujących doświadczanie bezradności w obliczu stresu, tj. zaprzestania działań, obwiniania siebie i sięgania po substancje psychoaktywne, np. alkohol [50]. Być może m.in. objawy depresyjne odpowiedzialne są za pasywność obserwowaną u osób prelingwalnie głuchych, a także za wycofanie, brak inicjatywy w wielu sytuacjach życiowych, jak np. poszukiwanie pracy (osoby głuche i słabosłyszące, jako drugie w kolejności po osobach upośledzonych umysłowo, prezentują „bierność zawodową” [59]). Z drugiej strony należy mieć na uwadze, że doświadczania osób z głuchotą prelingwalną, cierpiących na depresję, niosą z sobą wzorec nadmiernej kontroli kosztem autonomii w relacji z rodzicami [60], który sprzyjać może ich wyuczony bezradności.

U osób dorosłych z głuchotą prelingwalną z CI trzy spośród wyodrębnionych w badaniach strategii radzenia sobie ze stresem, a mianowicie: akceptacja, zaprzestanie działań i zażywanie substancji psychoaktywnych, okazały się istotnymi predyktorami objawów depresji w tej grupie osób. Mniejsze nasilenie objawów depresji u osób z głuchotą prelingwalną z CI wiąże się z większą akceptacją m.in. głuchoty. Akceptacja należy do grupy strategii radzenia sobie sprzyjających zdrowiu i samopoczuciu [51], co stwierdzono np. w odniesieniu do pacjentów onkologicznych [za: 50]. U osób z głuchotą prelingwalną z CI większe nasilenie symptomów depresyjnych wyjaśnia częstsze posługiwanie się strategią polegającą na zaprzestaniu działań i sięganiu po substancje psychoaktywne, np. alkohol. Podobny wzorec zależności między nasileniem objawów depresyjnych a akceptacją i zaprzestaniem działań (strategie te są istotnymi predyktorami objawów depresyjnych) otrzymano

w grupie osób słyszących za wyjątkiem związku (predykcja) między stosowaniem strategii polegającej na sięganiu po substancje psychoaktywne (zmienna wyjaśniająca) a doświadczanymi symptomami depresji, obecnego jedynie u osób z głuchotą prelingwalną z implantem ślimakowym. Warto w tym miejscu zauważyć, że zaburzenia związane z nadużywaniem substancji psychoaktywnych są na przestrzeni wielu lat w istotnie mniejszym stopniu obecne w populacji osób z głuchotą prelingwalną [13,28] niż osób słyszących z populacji ogólnej. Można zatem przypuszczać, że w badanej grupie osób z głuchotą prelingwalną z CI sięganie po np. alkohol jako strategia *coping* może pozostawać w zależności od doświadczanego nasilenia objawów depresji, podczas gdy w relacjonowanych badaniach nie stwierdzono takiego związku w populacji osób słyszących, ani wśród osób z diagnozą depresji klinicznej [61] czy osób z wadami serca powyżej 65 roku życia [53]. Jeśli chodzi o zaprzestanie działań, to ta strategia radzenia sobie ze stresem istotnie koreluje z nasileniem objawów depresji u pacjentów z depresją kliniczną [60] czy z wadami serca [53], jak i u osób z populacji ogólnej w prezentowanych badaniach.

Doświadczanie symptomów depresji zarówno u osób z głuchotą prelingwalną z CI, jak i u osób słyszących pozostaje, jak pokazują rezultaty badań, w zależności od samooceny. Związek ten w odniesieniu do populacji ogólnej ludzi słyszących został już wielokrotnie stwierdzony empirycznie. Samoocena w obu badanych grupach – osób z głuchotą prelingwalną z CI i osób słyszących – jest istotnym predyktorem ich nasilenia, a więc im jest ona wyższa, tym mniejsze jest nasilenie objawów depresyjnych. Jednakże w grupie osób prelingwalnie głuchych z CI samoocena wyjaśnia aż 35% wariancji zmiennej, jaką są doświadczane objawy depresji. Samoocena u osób z głuchotą prelingwalną z CI i niskim nasileniem objawów depresji pozostaje na poziomie podobnym do uzyskanego w różnych badaniach zagranicznych, obejmujących osoby z głuchotą prelingwalną, w których wykorzystano kwestionariusz SES Rosenberga [37–39].

Wyodrębnione zmienne socjodemograficzne, takie jak: płeć, wiek, wykształcenie, aktywność zawodowa (nauka), pozostawanie w związku małżeńskim lub partnerskim oraz zmienna związana z głuchotą, jaką jest czas korzystania z implantu ślimakowego, nie pozwalają na przewidywanie nasilenia depresji u osób z głuchotą prelingwalną z CI. Rezultat ten jest zgodny z innymi doniesieniami na ten temat, dotyczącymi populacji osób z głuchotą prelingwalną, komunikujących się w języku migowym, szczególnie jeśli chodzi o płeć badanych, która nie stanowi predyktora objawów depresji [13,27,30,32]. Wynik ten wskazuje na podobieństwo osób z głuchotą prelingwalną z CI do osób z głuchotą prelingwalną w innych badaniach (i innych krajach), świadcząc o dużym zróżnicowaniu badanej populacji [13,22,24]. Stanowi tym samym o odmienności populacji złożonej z osób z głuchotą prelingwalną względem osób słyszących. W populacji ogólnej kobiety istotnie częściej i w większym nasileniu doświadczają objawów depresji i chorują na depresję niż mężczyźni [np. 55,62], co nie znalazło potwierdzenia w badanej grupie dorosłych słyszących (być może ze względu stosunkowo „młody” wiek badanych czy też sposób zbierania danych – w badaniach uczestniczyły osoby aktywne życiowo, np. słuchacze Uniwersytetu Trzeciego Wieku i in.).

Należy zachować pewną ostrożność w interpretacji wyników. Przede wszystkim badania te prowadzono drogą pocztową, co ogranicza dobór badanej grupy do ochotników. Procedura ta uniemożliwiła bezpośrednią i wiarygodną ocenę kompetencji językowych w języku polskim fonicznym lub polskim języku migowym (gdy dana osoba z głuchotą prelingwalną posługuje się nim jako podstawowym językiem w komunikowaniu się z otoczeniem). Należałoby w przyszłości przeprowadzić replikację zaprezentowanych badań w warunkach, które umożliwią ocenę kompetencji językowych osób z głuchotą prelingwalną z implantem ślimakowym. Jest to istotne, jakkolwiek badacze sfery zdrowia psychicznego wykorzystujący kwestionariusze w badaniach z udziałem osób z głuchotą prelingwalną bardzo rzadko uwzględniają w procedurze ocenę kompetencji językowych tych osób, zarówno w języku fonicznym, jak i języku migowym danego kraju. Badacze ci milcząco zakładają, że kwestionariusze wypełniają ci badani z głuchotą prelingwalną, którzy rozumieją zawarte w nich treści, a więc zachodzi „pozytywna autoselekcja” uczestników. Ograniczeniem prezentowanych badań jest także stosunkowo mała liczebność grupy badanej.

Rezultaty badań wskazują na konieczność istnienia (tworzenia) oferty pomocy psychologicznej dla osób dorosłych z głuchotą prelingwalną korzystających z implantu ślimakowego (i nie tylko tej grupy osób dorosłych prelingwalnie głuchych), zwłaszcza gdy nasilenie doświadczanych objawów depresji jest wysokie. Korzystna dla tej grupy pacjentów byłaby diagnoza psychologiczna i psychiatryczna pod kątem zdrowia psychicznego, m.in. zaburzeń depresyjnych, z których to niektóre osoby z głuchotą prelingwalną mogą nie zdawać sobie sprawy. Ze względu na związki doświadczanych objawów depresji z samooceną i stosowanymi strategiami *coping*, obecne także – jak można sądzić na podstawie uzyskanych rezultatów badań – w populacji osób z głuchotą prelingwalną z CI, interwencja psychologiczna może zostać skierowana zarówno na budowanie adekwatnej, pozytywnej samooceny, jak i efektywnych strategii radzenia sobie z doświadczanym stresem.

Wnioski

1. Nasilenie objawów depresji jest wyższe (tendencja statystyczna) u osób z głuchotą prelingwalną korzystających z implantu ślimakowego (CI) niż u osób słyszących.
2. Zmienne socjodemograficzne: płeć, wiek, wykształcenie, aktywność zawodowa (nauka), pozostawanie w związku małżeńskim lub partnerskim nie pozostają w związku z nasileniem objawów depresji u osób z głuchotą prelingwalną z CI.
3. Obraz osoby z głuchotą prelingwalną z CI opisany „syndromem bezradności”, wyrażonym stosowanymi znacząco częściej przez tę grupę osób nieprzystosowanymi strategiami radzenia sobie ze stresem, takimi jak: zaprzestanie działań, sięganie po substancje psychoaktywne i obwinianie siebie, pozostaje w związku m.in. z doświadczanymi objawami depresji.
4. Stwierdzono podobieństwo w zakresie stosowanych strategii radzenia sobie ze stresem, będących predyktorami nasilenia objawów depresji, u osób z głuchotą prelingwalną z CI i słyszących. Wyjątkiem jest strategia polegająca na sięganiu po substancje psychoaktywne, np.

- alkohol, która objaśnia (większe) nasilenie objawów depresji u osób z głuchotą prelingwalną z CI.
5. Niska samoocena pozostaje w związku z objawami depresji, zarówno w populacji ogólnej słyszących, jak i w grupie osób z głuchotą prelingwalną z CI.
6. Dostępność oferty pomocy psychologicznej dla dorosłych osób z głuchotą prelingwalną z CI jest konieczna ze względu na m.in. większe prawdopodobieństwo zaburzeń depresyjnych i ich implikacji dla samooceny i stosowanych strategii radzenia sobie ze stresem.

Piśmiennictwo:

1. Skarżyński H. Wszczęp ślimakowy u osoby dorosłej z głuchotą prelingwalną. *Otolaryngol Pol*, 1994; 48(Supl. 15): 86-91.
2. Paludneviceni R, Leigh IW, red. Cochlear implants. *Evolving perspectives*. Washington D.C.: Gallaudet University Press; 2011.
3. Zębik J. Tożsamość osoby zaimplantowanej – czyli o sobie. W: Woźnicka E, red. Tożsamość społeczno-kulturowa głuchych. Łódź: WSHE, PZG Oddział Łódzki; 2007; 233-49.
4. Maillet CJ, Tyler RS, Jordan HN. Change in the quality of life of adult cochlear implant patients. *Ann Otol Rhinol Laryngol (Suppl)*, 1995; 165: 31-48.
5. Krabbe PF, Hinderink JB, Van den Broek P. The effect of cochlear implant use in postlingually deaf adults. *Int J Technol Assess Health Care*, 2000; 16: 864-73.
6. Mo B, Lindbaek M, Harris S. Cochlear implants and quality of life: a prospective study. *Ear Hear*, 2005; 26: 186-94.
7. Lassaleta L, Castro A, Bastarrica M, Jose de Sarria M, Gavilan J. Quality of life in postlingually deaf patients following cochlear implantation. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 2006; 263(3): 267-70.
8. Rostkowska J, Wojewódzka B, Kobosko J, Geremek-Samsonowicz A, Skarżyński H. Możliwości słuchowe dorosłych osób ogłuchłych zaopatrzonych w implant ślimakowy. *Now Audiofonol*, 2012; 1(1): 46-9.
9. Klop WMC, Briare JJ, Stiggelbout AM, Frijns JHM. Cochlear implant outcomes and quality of life in adults with prelingual deafness. *Laryngoscope*, 2007; 117: 1982-7.
10. Millette I, Gobeil S, Bhérier M, Duchesne L. Cochlear implants in adults with prelinguistic deafness: do auditory gains match the subjective benefits? *Cochlear Implants Int*, 2011; 12(S1): 78-81.
11. Koszyła-Hojna B, Moskal D. Wpływ implantu ślimakowego (CI) na proces fonacji i komfort życia pacjentów z głuchotą pre- i postlingwalną. *Pol Merk Lek*, 2012; 33: 70-9.
12. Rostkowska J, Wojewódzka B. Analiza efektów terapii 51-letniego pacjenta prelingwalnie ogłuchłego, zaopatrzonego w system CI. *Now Audiofonol*, 2013; 2(3): 49-58.
13. Ohre B, von Tetzchner S, Falkum E. Deaf adults and mental health: A review of recent research on the prevalence and distribution of psychiatric symptoms and disorders in the prelingually deaf adult population. *International Journal on Mental Health and Deafness*, 2011; 1(1): 3-22.
14. Sleeboom van Raaij I (CJ). Wpływ głuchoty na rodzinę, jej strukturę i wzajemne komunikowanie się – retrospekcja z perspektywy dorosłości. Okiem psychiatrii. W: Kobosko J, red. Młodzież głucha i słabosłysząca w rodzinie i otaczającym świecie – dla terapeutów, nauczycieli, wychowawców i rodziców. Warszawa: Stowarzyszenie „Usłyszeć Świat”; 2009, 284-99.
15. Szczepankowski B. Niesłyszący – głusi – głuchoniemi. Wyrównywanie szans. Warszawa: WSiP; 1999.
16. Woźnicka E, red. Tożsamość społeczno-kulturowa głuchych. Łódź: WSHE, PZG Oddział Łódzki; 2007.
17. Leigh IW. A lens on deaf identities. Washington DC: Gallaudet University Press; 2009.
18. Podgórska-Jachnik D. Głusi. Emancypacje. Łódź: Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Pedagogicznej; 2013.
19. Krakowiak K. Dar języka. Podręcznik metodyki wychowania językowego dzieci i młodzieży z uszkodzeniami narządu słuchu. Lublin: Wydawnictwo KUL; 2012.
20. Wojda P. Kompetencje w języku migowym u młodzieży głuchej. W: Kobosko J, red. Młodzież głucha i słabosłysząca w rodzinie i otaczającym świecie – dla terapeutów, nauczycieli, wychowawców i rodziców. Warszawa: Stowarzyszenie „Usłyszeć Świat”; 2009, 223-36.
21. Black PA, Glickman NS. Demographics, psychiatric diagnoses, and other characteristics of north American deaf and hard-of-hearing inpatients. *J Deaf Stud Deaf Educ*, 2006; 11(3): 303-21.
22. Rostkowska J. Implant ślimakowy a młodzież z głuchotą prelingwalną – spojrzenie z perspektywy logopedycznej. W: Kobosko J, red. Młodzież głucha i słabosłysząca w rodzinie i otaczającym świecie – dla terapeutów, nauczycieli, wychowawców i rodziców. Warszawa: Stowarzyszenie „Usłyszeć Świat”; 2009; 247-51.
23. Leigh IW, Bat-Chava Y, Maxwell-McCaw D, Christiansen JB. Correlates of psychosocial adjustment in deaf adolescents with and without cochlear implants: A preliminary investigation. *J Deaf Stud Deaf Educ*, 2009; 14(9): 244-59.
24. Feller J, Holzinger D, Pollard R. Mental health of deaf people. *The Lancet*, 2012; 379: 1037-44.
25. Rembar SH, Lind O, Romundstad P, Helvik A-S. Psychological well-being among cochlear implant users: A comparison with the general population. *Cochlear Implants Int*, 2012; 13(1): 41-8.
26. De Graaf R, Bijl RV. Determinants of mental distress in adults with a severe auditory impairment: differences between prelingual and postlingual deafness. *Psychosom Med*, 2002; 64(1): 61-70.
27. Feller J, Holzinger D, Dobner U, Gerich J, Lehner R, Lenz G, Goldberg D. Mental distress and quality of life in a deaf population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2005; 40: 737-42.
28. Diaz DR, Landsberger SA, Povlinski J, Sheward J, Sculley C. Psychiatric disorder prevalence among deaf and hard-of-hearing outpatients. *Compreh Psychiatry*, 2013; 54: 991-5.
29. Werngren-Elgstrom M, Dehlin O, Iwarsson S. Aspects of quality of life of persons with prelingual deafness using sign language: subjective wellbeing, ill-health symptoms, depression and insomnia. *Arch Gerontol Geriatr*, 2003; 37: 13-24.
30. Leigh IW, Anthony-Tolbert S. Reliability of the BDI-II with Deaf persons. *Rehabil Psychol*, 2001; 46(2): 195-202.
31. Kvam MH, Loeb M, Tambs K. Mental health in deaf adults: symptoms of anxiety and depression among hearing and deaf individuals. *J Deaf Stud Deaf Educ*, 2007; 12(1): 1-7.
32. Estrada B. Beck Depression Inventory in Mexican Sign Language. *International Journal on Mental Health and Deafness*, 2012; 2(1): 4-12.

33. Zalewska M. Mechanizmy zaburzeń tożsamości u młodzieży głuchej mającej słyszających rodziców. W: Kobosko J, red. *Młodzież głucha i słabosłysząca w rodzinie i otaczającym świecie – dla terapeutów, nauczycieli, wychowawców i rodziców*. Warszawa: Stowarzyszenie „Usłyszeć Świat”; 2009; 79–83.
34. Bat-Chava Y. Antecedents of self-esteem in deaf people: A meta-analytic review. *Rehab Psychol*, 1993; 38(4): 221–34.
35. Bat-Chava Y. Diversity of deaf identities. *Am Ann Deaf*, 2000; 145: 420–7.
36. Marschark M, Spencer PE, red. *Oxford handbook of deaf studies, language and education*. Oxford: Oxford University Press; 2003.
37. Jambor E, Elliott M. Self-esteem and coping strategies among deaf students. *J Deaf Stud Deaf Educ*, 2005; 10(1): 63–81.
38. Hintermair M. Self-esteem and satisfaction with life of deaf and hard-of-hearing people – a resource-oriented approach to identity work. *J Deaf Stud Deaf Educ*, 2008; 13(2): 278–300.
39. Crowe T. Self-esteem scores among deaf college students: An examination of gender and parents' hearing status and signing ability. *J Deaf Stud Deaf Educ*, 2003; 8(2): 199–206.
40. Weisel A, Kamara A. Attachment and individuation of deaf/hard-of-hearing and hearing young adults. *J Deaf Stud Deaf Educ*, 2005; 10(1): 51–62.
41. Kobosko J. Osoba głucha, to znaczy kto? – tożsamość osobowa młodzieży głuchej i słabo słyszącej rodziców słyszających. W: Kobosko J, red. *Młodzież głucha i słabosłysząca w rodzinie i otaczającym świecie – dla terapeutów, nauczycieli, wychowawców i rodziców*. Warszawa: Stowarzyszenie „Usłyszeć Świat”; 2009; 19–35.
42. Kobosko J. Doświadczenie siebie jako osoby głuchej – badania nad młodzieżą głuchą i jej słyszącymi matkami z perspektywy interpersonalnej. *Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo*, 2010; 11: 101–22.
43. Bain L, Scott S, Steinberg AG. Socialization experiences and coping strategies of adults raised using spoken language. *J Deaf Stud Deaf Educ*, 2004; 9(1): 120–8.
44. Lukomski J. Deaf college students perceptions of their social-emotional adjustment. *J Deaf Stud Deaf Educ*, 2007; 12(4): 486–94.
45. Łąguna M, Lachowicz-Tabaczek K, Dzwonkowska I. Skala samooceny SES Morrisa Rosenberga – polska adaptacja metody. *Psychologia Społeczna*, 2007; 2(04): 164–76.
46. Seligman MEP, Walker EF, Rosenhan DL. *Psychopatologia*. Warszawa: Zysk i S-ka Wydawnictwo; 2003.
47. Orth U, Robins RW, Widaman KF. Life-span development of self-esteem and its effects on important life outcomes. *J Pers Soc Psychol*, 2012; 102(6): 1271–88.
48. Hatchett GT, Park HL. Relationships among optimism, coping styles, psychopathology, and counseling outcome. *Pers Individ Differ*, 2004; 36(8): 1755–69.
49. Tomczak-Witych A. Strategie pacjentek depresyjnych radzenia sobie ze stresem. *Psych Pol*, 2006; 40(3): 491–502.
50. Juczyński Z, Ogińska-Bulik N. Inwentarz do radzenia sobie ze stresem Mini-Cope. W: Juczyński Z, Ogińska-Bulik N, red. *Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2009.
51. Garnefski N, Kraaij V. Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Pers Individ Diff*, 2006; 40: 1659–69.
52. Garnefski N, Kraaij V. Cognitive coping and goal adjustment are associated with symptoms of depression and anxiety in people with acquired hearing loss. *Int J Audiol*, 2012; 51(7): 545–50.
53. Klein DM, Turvey CL, Pies CJ. Relationship of coping styles with quality of life and depressive symptoms in older heart failure patients. *J Ageing Health*, 2007; 19(1): 22–38.
54. Straatman LV, Huinck WJ, Langereis MC, Snik AFM, Mulder JJ. Cochlear implantation in late-implanted prelingually deafened adults: changes in quality of life. *Otol Neurotol*, 2014; 35: 253–9.
55. Makowska Z, Merecz D. Polska adaptacja Kwestionariuszy Ogólnego Stanu Zdrowia Davida Goldberga GHQ-12 i GHQ-28. W: *Ocena zdrowia psychicznego na podstawie badań kwestionariuszami Davida Goldberga. Część II*. Łódź: Oficyna Wydawnicza IMP; 2001.
56. Dzwonkowska I, Lachowicz-Tabaczek K, Łąguna M. Samoocena i jej pomiar. Polska adaptacja skali SES M. Rosenberga. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych; 2008.
57. Carver CS. You want to measure coping but your protocols too long: consider the Brief COPE. *Int J Behav Med*, 1997; 4(1): 92–100.
58. Zalewska M. Dziecko w autoportrecie z zamalowaną twarzą. Psychiczne mechanizmy zaburzeń rozwoju tożsamości dziecka głuchej i dziecka z opóźnionym rozwojem mowy. Warszawa: J. Santorski & CO; 1998.
59. Miklewska A. Wybrane problemy aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych na przykładzie autorskiego programu. W: Janowski K, Artymiak M, red. *Człowiek chory. Aspekty biopsychospołeczne*. Lublin: Wydawnictwo POLIHYMNIA; 2009; 495–514.
60. Leigh IW, Anthony S. Parent bonding in clinically depressed deaf and hard-of-hearing adults. *J Deaf Stud Deaf Educ*, 1999; 4(1): 28–36.
61. Orzechowska A, Zajączkowska M, Talarowska M, Gałeczki P. Depression and ways of coping with stress: A preliminary study. *Med Sci Monit*, 2013; 19: 1050–6.
62. Michalska-Leśniewicz M, Gruszczyński W. Psychologiczne wyznaczniki jakości życia kobiet z rozpoznaną depresją. *Psych Pol*, 2010; 44(4): 529–41.