

Problemy zdrowia psychicznego dzieci głuchych i słabosłyszących oraz dzieci słyszących z populacji ogólnej w ocenie rodziców

Mental health problems of the deaf, hard of hearing and hearing children from the general population in their parents' reports

Joanna Kobosko^{1,2}

¹ Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, ul. Zgrupowania AK „Kampinos” 1, 01-943 Warszawa

² Światowe Centrum Słuchu, ul. Mokra 17, Kajetany, 05-830 Nadarzyn

Adres autora: Joanna Kobosko, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, ul. Zgrupowania AK „Kampinos” 1, 01-943 Warszawa

Streszczenie

W badaniach nad zdrowiem psychicznym dzieci głuchych dość często wykorzystuje się skale symptomów psychopatologii wypełniane w oparciu o obserwacje zachowania dziecka przez rodziców i nauczycieli. Jedną z nich jest Kwestionariusz Mocnych Stron i Trudności (SDQ) R. Goodmana. Do tej pory nie zostały przeprowadzone w Polsce badania dotyczące występowania problemów ze zdrowiem psychicznym dzieci głuchych i słabosłyszących z wykorzystaniem rodziców jako źródła informacji.

Celem badań jest ocena zdrowia psychicznego dzieci głuchych i słyszących przez słyszących rodziców z zastosowaniem kwestionariusza SDQ. Postawiono pytanie o to, czy problemy zdrowia psychicznego w ocenie rodziców różnią się między dziećmi głuchymi i słabosłyszącymi a dziećmi słyszącymi, a także czy istnieją różnice między nimi, gdy uwzględnimy płeć rodzica i płeć dziecka. Kolejnym zagadnieniem podjętym w pracy jest satysfakcja rodziców dzieci głuchych z rehabilitacji dziecka i jej związek z tym, jak spostrzegają oni swoje dzieci w sferze problemów emocjonalnych i behawioralnych (SDQ). Objęto badaniami 88 rodziców dzieci głuchych (69 matek, 19 ojców) oraz 83 rodziców dzieci słyszących z populacji ogólnej w wieku od 3 do 14 lat.

Okazało się, że dzieci głuche manifestują znacząco więcej problemów ze zdrowiem psychicznym ogółem, w tym mają istotnie więcej problemów w sferze nadaktywności i koncentracji uwagi, jak i kontaktów z rówieśnikami, w porównaniu z dziećmi słyszącymi. Ojcowie spostrzegają u swoich głuchych dzieci istotnie większe nasilenie trudności w kontaktach z rówieśnikami niż matki. Dzieci głuche i słyszące nie różnią się nasileniem problemów ze zdrowiem psychicznym ze względu na płeć dziecka. Niższa satysfakcja rodziców z rehabilitacji dziecka głuchego może być wyjaśniona jedynie większym nasileniem trudności emocjonalnych przejawianych w ich percepcji przez dziecko.

Rezultaty badań wskazują, że występowanie problemów ze zdrowiem psychicznym u dzieci głuchych oceniane przez rodziców jest około 2 razy częstsze niż ma to miejsce u dzieci słyszących, co odpowiada wielkości ich rozpowszechnienia w innych krajach europejskich, jak Austria, Niemcy czy Holandia.

Słowa kluczowe: zdrowie psychiczne • dzieci głuche i słabosłyszące • kwestionariusz SDQ • ocena rodziców

Abstract

In the research on the mental health of the deaf and hard of hearing children there are often used the psychopathology symptoms scales filled out based on parents' and teachers' observations of a child. One of them is R. Goodman's Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Until present day in Poland no studies have been performed on the mental health of deaf and hard of hearing children using parents as the source of information.

The aim of this research is to assess the mental health of the deaf and hearing children in Poland using the SDQ filled out by their hearing parents. A question has been posed is there a difference of the parental assessment of their child's mental health problems between deaf, hard of hearing and hearing children, as well as whether these differences exist if we take in

consideration also parent's and child's gender. Another issue addressed in this study was satisfaction of parents of deaf children with child's rehabilitation and how is it related with their perception of their children in terms of emotional and behavioral problems (SDQ). The study group included 88 parents of the deaf children (69 mothers, 19 fathers) and 83 parents of the hearing children from the general population, who evaluated mental health of their children aged 3-14 years.

It turned out that deaf children manifest remarkably more problems with overall mental health, including significantly more problems with hyperactivity and inattention, as well as with peer relationships, in comparison to hearing children. Perception of peer problems of their deaf children is significantly more frequent for fathers than for mothers. There is no difference between the incidence of mental health problems in deaf and hearing children's in respect of child's gender. Less satisfaction of parents with deaf child's rehabilitation may only be explained by higher intensity of emotional problems manifested, in their perception, by the child.

The study results indicate that the incidence of the child's mental health problems in parental assessment is about twice as frequent as in the case of hearing children. This value corresponds to such incidence in other European countries, such as Austria, Germany or the Netherland.

Key words: mental health • deaf and hard of hearing children • SDQ • parents' reports

Wstęp

Prezentowane badania dotyczą występowania problemów zdrowia psychicznego wśród dzieci głuchych i słabosłyszących¹ w porównaniu z dziećmi słyszącymi w Polsce. Do tego celu posłużono się jedną z uznanych i stosowanych w badaniach przesiewowych, naukowych i klinicznych, skal psychopatologii, jaką jest Kwestionariusz Mocnych Stron i Trudności (SDQ) R. Goodmana (1997), wybierając wersję dla rodziców (*parent's report*). W ostatnim dziesięcioleciu skala ta znalazła szerokie zastosowanie także w badaniach nad zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży głuchej w takich krajach europejskich, jak: Austria, Niemcy, Szwecja, Finlandia, Norwegia, Dania. W Polsce nie ma dotychczas badań dotyczących omawianej populacji dzieci głuchych i słabosłyszących w aspekcie występowania problemów zdrowia psychicznego. Jeśli zaś chodzi o sam kwestionariusz SDQ w naszym kraju, wykorzystano to narzędzie w wersji samoopisowej (*self-report*) jedynie w odniesieniu do polskiej młodzieży z populacji ogólnej [Mazur, Tabak, & Kołło, 2007].

Rozpowszechnienie zaburzeń w sferze zdrowia psychicznego w populacji dzieci i młodzieży głuchej i słabosłyszącej szacuje się w różnych badaniach na około 2 razy wyższe niż w populacji ogólnej dzieci słyszących, niezależnie od tego, kto występuje w roli informatorów: rodzic, nauczyciel, czy samo dziecko [Fellinger, Holzinger, & Pollard, 2012]. W wyniku badań przeprowadzonych w Danii okazało się, że w podgrupie dzieci z uszkodzeniami narządu słuchu i z dodatkowymi problemami wskaźnik występowania trudności emocjonalno-społecznych jest 3-krotnie wyższy niż u dzieci wyłącznie z uszkodzeniami narządu słuchu [Dammeyer, 2010]. W historycznych już badaniach przeprowadzonych przez psychiatrę Hindleya i współpracowników (1994), którymi objęto w Wielkiej Brytanii dzieci głuche i słabosłyszące w wieku od 10 do 16 lat, wskaźnik zaburzeń psychicznych według klasyfikacji ICD-9 (Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD) wyniósł 54%. Kolejne badania nad zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży głuchej w wieku od 13 do 21 lat przeprowadzono

przez zespół psychiatrów w Holandii, w rezultacie których badacze stwierdzili, że kryteria diagnostyczne według klasyfikacji DSM-IV (Klasyfikacja Zaburzeń Psychiczych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM) spełnia 46% badanych, w tym 27% ma zaburzenia emocjonalne, 11% zaburzenia zachowania, pozostałe zaś zaburzenia stanowiły 7% [Gent van, Goedhart, Hindley, & Treffers, 2007]. Do najnowszych należą wyniki badań nad zdrowiem psychicznym dzieci głuchych i słabosłyszących w wieku od 6 i pół do 16 lat zrealizowane pod kierunkiem psychiatry Fellingera (2009) w Austrii, szacujące wskaźnik występowania zaburzeń psychicznych w momencie realizacji badań na 32,6%, w których zaburzenia depresyjne stanowiły 7,4%. Na znacząco wyższą depresyjność dzieci głuchych w wieku od 8 do 16 lat w porównaniu ze słyszącymi wskazują też rezultaty badań holenderskich [Theunissen i wsp., 2011]. Cytowani badacze stwierdzili, że takie czynniki, jak stopień ubytku słuchu, typ urządzenia wzmacniającego słyszenie: implant ślimakowy vs. konwencjonalny aparat słuchowy, płeć, wiek i status socjoekonomiczny dzieci nie są związane z nasileniem symptomów depresji relacjonowanych przez badane dzieci.

W licznych badaniach zostało już dowiedzione, że stopień uszkodzenia narządu słuchu nie współwystępuje ze zdrowiem psychicznym dzieci głuchych i słabosłyszących [np. Dammeyer, 2010; Fellinger, Holzinger, Sattel, & Laucht, 2008; Hintermair, 2007]. W Turcji dzieci z niewielkimi ubytkami słuchu ujawniały znacząco większe problemy w przystosowaniu niż dzieci, których uszkodzenie narządu słuchu było głębokie [Polat, 2003; za: Fellinger, Holzinger, Sattel, & Laucht, 2008].

Poważnym problemem, pozostającym w obszarze zdrowia psychicznego dzieci, młodzieży i dorosłych prelingwalnie głuchych, są zaburzenia rozwoju językowego, które skutkują wysokim procentem dorosłych ludzi z omawianej grupy z poważnymi deficytami w rozwoju języka fonicznego w jego mówionej i pisanej odmianie, a także języków migowych danego kraju [Black & Glickman, 2006; Glickman, 2007; Kobosko, 2009; Krakowiak, 2011; Wojda,

¹ W artykule w odniesieniu do dzieci, które wg klasyfikacji audiologicznych posiadają znaczny lub głęboki ubytek słuchu, posłużono się terminem „dziecko głuche” zgodnie z przyjętym w naukach społecznych definiowaniem osoby głuchej jako tej, która bez urządzeń wzmacniających słyszenie nie odbiera przy uchu głośnej mowy, a więc jest głucha (ang. *deaf*).

2009]. Wyniki oceny poziomu rozwoju językowego dzieci głuchych i słabosłyszących będących w wieku 11–18 lat nie korelowały z wynikami kwestionariusza SDQ wypełnianego przez rodziców, lecz jedynie z rezultatami uzyskanymi w wersji tego kwestionariusza dla samych dzieci [Mejstad, Heiling, & Svedin, 2009]. Nie ma także związku między zdrowiem psychicznym a typem szkoły, do jakiej częściej dziecko głuche [Fellinger, Holzinger, Sattel, & Laucht, 2008; Mejstad, Heiling, & Svedin, 2009], ani też między zdrowiem psychicznym a typem urządzenia wzmacniającego słyszenie, z jakiego korzystają dzieci: implant ślimakowy vs. konwencjonalne aparaty słuchowe [Fellinger, Holzinger, Sattel, & Laucht, 2008]. Reasumując można powiedzieć, że w sytuacji, gdy dzieci głuche osiągają kompetencje językowe w języku fonicznym lub migowym porównywalne do – odpowiednio – populacji dzieci słyszących mających rodziców słyszących, lub dzieci głuchych rodziców Głuchych, wówczas możemy się spodziewać porównywalnych z tymi populacjami wskaźników zaburzeń psychicznych [Fellinger, Holzinger, & Pollard, 2012].

Istnieje wciąż konieczność badań dotyczących występowania problemów emocjonalnych i behawioralnych w omawianej populacji, a także ukazujących ich związek m.in. z psychicznym i społecznym funkcjonowaniem rodziny dzieci z ubytkiem słuchu [np. Eldik van, Treffers, Veerman, & Verhulst, 2004; Hintermair, 2004; Kobosko, 2009; Sleenboom van Raaij, 2009; Wzorek, 2010]. Wczesny dostęp dzieci głuchych do efektywnego komunikowania się w rodzinie i z rówieśnikami uznaje się za wiodący w aspekcie ich zdrowia psychicznego [Fellinger, Holzinger, & Pollard, 2012].

Należy zwrócić uwagę, że rodzice stanowią szczególne źródło wiedzy o dziecku i trudnościach przejawianych przez nie w sferze emocji i zachowania, zwłaszcza gdy mamy do czynienia z dziećmi z grupy ryzyka występowania problemów ze zdrowiem psychicznym, do jakiej należą dzieci głuche i słabosłyszące, a także dzieci z innymi zaburzeniami rozwojowymi. Wskutek między innymi traumy diagnozy głuchoty lub innej niepełnosprawności oraz psychicznych, społecznych czy ekonomicznych konsekwencji tego faktu, rodzice doświadczają trudności w byciu rodzicami swojego dziecka. Matki dzieci głuchych, które zaprzeczają głuchocie, posiadają reprezentacje swoich dzieci jako dzieci niejednokrotnie zaburzonych w wielu obszarach rozwoju [Zalewska, 1998]. Z jednej strony, to same dzieci posiadające określone właściwości (np. głuchotę, temperament), uczestnicząc w interakcjach z matką, biorą udział w tworzeniu się u niej reprezentacji dziecka, z drugiej zaś strony dzieci same aktywnie dopasowują swoje zachowanie do reprezentacji dziecka, jaką tworzą w umyśle ich matki, co pozostaje w związku z powstawaniem zaburzeń u dziecka [Brazelton & Cramer, 1990; Cramer, 1994; za: Gracka-Tomaszewska, 2011]. Można zatem sądzić, że wspomniany aspekt psychicznego funkcjonowania rodzica, tego, który dokonuje oceny swojego dziecka na różnych skalach szacunkowych dotyczących zachowania i emocji u dzieci, współdecyduje o jakości czynionych obserwacji dziecka. Nie da się on sprowadzić jedynie do – często wskazywanej w literaturze przedmiotu [Świąćicka, 2011] – różnicy doświadczeń między informatorami, tj. rodzicami i nauczycielami w interakcji z dziećmi, bądź do odmienności sytuacji społecznych, w jakich rodzice

i nauczyciele doświadczają interakcji z dzieckiem i czynią jego obserwacje, co następnie zostaje przez nich wyrażone w formie odpowiedzi na pytania danego kwestionariusza o dziecku.

Problemy emocjonalne i behawioralne dzieci głuchych, słabosłyszących i słyszących – przegląd wyników badań z wykorzystaniem Kwestionariusza Mocnych Stron i Trudności (SDQ) i innych skal szacunkowych w ocenie rodziców

Badania dotyczące zdrowia psychicznego dzieci głuchych z wykorzystaniem kwestionariusza Child Behavior Checklist (CBCL) przeprowadzono w Holandii [Eldik van, Treffers, Veerman, & Verhulst, 2004]. Kwestionariusz CBCL w wersji dla rodziców wypełniały w większości matki dzieci głuchych w wieku od 4 do 18 (M=11,2; SD=4,2) lat, stanowiące grupę 238 osób. Dzieci posiadały ubytek słuchu odpowiadający przynajmniej poziomowi 90 dB w lepszym uchu i uczęszczały do szkół dla dzieci głuchych lub słabosłyszących. Otrzymane rezultaty wskazują, że 41% dzieci głuchych w porównaniu z 16–17% dzieci słyszących z populacji ogólnej charakteryzuje się podwyższonym nasileniem problemów w sferze zdrowia psychicznego, w tym wyższe jest u nich od 2 do 4 razy nasilenie zachowań zarówno internalizacyjnych, jak i eksternalizacyjnych (oraz innych mierzonych CBCL), za wyjątkiem obecności objawów somatycznych u dzieci.

W Austrii posłużono się kwestionariuszem SDQ w wersji dla rodziców, nauczycieli i samych dzieci [Fellinger, Holzinger, Sattel, & Laucht, 2008]. Objęto badaniami 116 uczniów w wieku średnio 11,2 (SD=2,7) lat, uczęszczających do różnych typów szkół i posiadających ubytek słuchu w stopniu średnim, znacznym i głębokim. Wśród badanych dzieci 35,9% uzyskało w ocenie rodziców wynik ogólny SDQ na poziomie „wyniku z pogranicza” (*borderline*) lub „wyniku nieprawidłowego” (*abnormal*) w porównaniu z populacją ogólną 18,4% uczniów w Niemczech. Uzyskano także istotnie wyższe wyniki nasilenia problemów emocjonalnych (37,0%), problemów w zachowaniu (45,7%) i w kontaktach z rówieśnikami (40,2%). Badane dzieci głuche były w ocenie swoich rodziców bardziej prospołeczne, gdyż wyniki mogące świadczyć o problemach w tej sferze stanowiły 9,8% wobec 15,6% dzieci z populacji ogólnej.

Do badań nad zdrowiem psychicznym dzieci głuchych i słabosłyszących w Niemczech Hintermair (2007) zastosował kwestionariusz SDQ, który wypełnili rodzice, matki i ojcowie, 213 dzieci głuchych uczęszczających do szkół specjalnych. Rezultaty wskazują na znacząco wyższe wyniki SDQ (ogółem) w porównaniu do populacji ogólnej, jakie uzyskały dzieci głuche w ocenie rodziców, tj. w ocenie 36% matek oraz 39% ojców, co odpowiada od 1,7 do 2,8 razy większemu nasileniu zachowań problemowych u dzieci szacowanych na różnych podskalach kwestionariusza SDQ i składających się na jego wynik ogólny. Choć między ocenami rodziców w kwestionariuszu SDQ nie ma różnic istotnych statystycznie (byli to rodzice tych samych dzieci, którzy zgodzili się wypełnić kwestionariusz SDQ, a stanowili oni zdecydowaną mniejszość tych rodziców dzieci głuchych, do których skierowano prośbę o jego wypełnienie), to jednak

matki i ojcowie różnią się w spostrzeganiu zachowań problemowych dziecka zależnie od płci dziecka: matki oceniają chłopców głuchych i słabosłyszących jako posiadających większe niż dziewczynki nasilenie problemów ogółem (wynik ogólny SDQ), a także przejawiających większą nadaktywność oraz większe problemy w kontaktach z rówieśnikami. Z kolei ojcowie podobnie spostrzegają problemy emocjonalne i związane z zachowaniem się dziewcząt i chłopców, jedynie w ocenie problemów w sferze nadaktywności i koncentracji uwagi przypisują je w znacząco większym nasileniu chłopcom.

W dokonany przeglądzie badań, jak zostało pokazane, wyniki jednoznacznie wskazują na istotnie większe rozpowszechnienie omawianych trudności w psychicznym funkcjonowaniu dzieci głuchych w porównaniu z dziećmi słyszącymi, reprezentującymi populację ogólną danego kraju, oceniane z odwołaniem się do rodziców jako informatorów o swoich dzieciach. Wyjątek stanowi Szwecja, w której Mejstad i współpracownicy (2009), wykorzystując kwestionariusz SDQ, stwierdzili, że występowanie problemów zdrowia psychicznego u dzieci głuchych i słabosłyszących znajduje się na poziomie dzieci z populacji ogólnej krajów skandynawskich: Finlandii i Norwegii.

Cel badań

Celem badań jest ocena nasilenia problemów zdrowia psychicznego rozumianego jako trudności emocjonalne oraz problemy przejawiane w zachowaniu przez dzieci głuche i słabosłyszące w Polsce z zastosowaniem kwestionariusza SDQ wypełnianego przez słyszących rodziców. Kolejny cel stanowi porównanie otrzymanych rezultatów opisujących problemy w sferze zdrowia psychicznego dzieci głuchych z wynikami uzyskanymi dla dzieci słyszących z populacji ogólnej w naszym kraju, a także z wynikami uzyskanymi z wykorzystaniem SDQ R. Goodmana w innych krajach europejskich w odniesieniu do badanej populacji dzieci głuchych, gdyż brak jest dotąd tego rodzaju badań. Postawiono również pytanie o to, czy zdrowie psychiczne dzieci głuchych i słyszących w ocenie rodziców, dokonywanej za pomocą kwestionariusza SDQ, różni się ze względu na płeć rodzica, a także ze względu na płeć dziecka, jak i rodzaj protezy słuchowej (implant ślimakowy vs. konwencjonalny aparat słuchowy), z jakiej dziecko głuche korzysta. Ostatnim z podjętych zagadnień jest związek doświadczanej przez rodziców satysfakcji z rehabilitacji dziecka głuchego z przejawianymi w ich percepcji trudnościami emocjonalnymi i związanymi z zachowaniem się dziecka.

Metody badań

Osoby badane

Badaniami objęto 171 rodziców: 88 słyszących rodziców dzieci głuchych i słabosłyszących bez dodatkowych niepełnosprawności, w tym 69 matek w wieku od 24 do 58 lat ($M=34,72$; $SD=6,07$) oraz 19 ojców w wieku od 31 do 61 lat ($M=39,0$; $SD=7,0$) oraz 83 (70 matek, 13 ojców) rodziców dzieci słyszących z populacji ogólnej. W obu grupach istotnie więcej było matek niż ojców. Stopień ubytku słuchu na poziomie umiarkowanego miało 6 (4,7%) dzieci, znacznego 11 (6%), a niedosłuch w stopniu głębokim

posiadało 68 (39,7%); troje rodziców nie podało na ten temat informacji o dziecku. Wiek dzieci znajdował się w przedziale od 3 do 14 lat ($M=77,39$ miesięcy; $SD=38,31$ miesięcy). Dzieci głuche i słabosłyszące komunikowały się wyłącznie w języku fonicznym; także był to język wybrany przez rodziców wszystkich małych głuchych dzieci jako język komunikowania się ich dzieci z otoczeniem. Wśród badanych dzieci 79 miało wszczepiony implant ślimakowy, pozostałe nosiły konwencjonalne aparaty słuchowe. Wiek dziecka w momencie wszczepienia implantu ślimakowego wynosił od 8 do 145 miesięcy ($M=40,28$; $SD=39,49$). Czas korzystania z implantu ślimakowego wynosił od 0 do 122 miesięcy ($M=37,76$; $SD=21,58$). Rodzice wypełnili Ankietę informacyjną oraz Kwestionariusz Mocnych Stron i Trudności (SDQ) w wersji dla rodzica. Na pytanie o satysfakcję z rehabilitacji w okresie ostatniego miesiąca, mierzoną na skali od 1 do 10, odpowiedziało 38 (43,2%) rodziców (gdź pytanie to zostało później włączone do Ankietę informacyjnej).

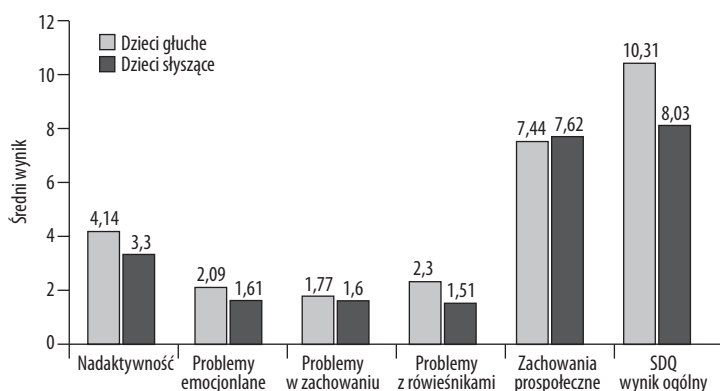
Narzędzia badawcze

Ankieta informacyjna – składa się z pytań dotyczących danych demograficznych dotyczących dzieci i ich rodziców, posiadanego przez dziecko stopnia ubytku słuchu i rodzaju protezy słuchowej, z jakiej dziecko korzysta (implant ślimakowy vs. konwencjonalny aparat słuchowy). W Ankiecie znalazło się pytanie dotyczące satysfakcji rodzica z rehabilitacji dziecka w ostatnim miesiącu, na które należało odpowiedzieć na narysowanej skali od 1 do 10.

Kwestionariusz Mocnych Stron i Trudności (SDQ – Strengths and Difficulties Questionnaire) R. Goodmana (1997) – narzędzie do oceny symptomów trudności emocjonalnych i problemów w zachowaniu u dzieci w wieku od 3 do 16 lat. Zawiera 25 pozycji opisujących różne cechy badanego dziecka, w tym 10 itemów dotyczy mocnych stron, 14 słabych stron dziecka, zaś 1 jest stwierdzeniem neutralnym. Kwestionariusz SDQ składa się z 5 skal cząstkowych (po 5 stwierdzeń każda): Nadaktywność/ Problemy w koncentracji uwagi (Hiperactivity/ Inattention – HA) (np. „Bezustannie w ruchu, wieri się, nie może sobie miejsca znaleźć”); Symptomy emocjonalne (Emotional Symptoms – ES) (np. „Wielu rzeczy się boi, łatwo go przestraszyć”); Problemy w zachowaniu (Conduct Problems – CP) (np. „Często ma napady złego humoru lub wybuchy gniewu”); Problemy w kontaktach z rówieśnikami (Peer Problems – PP) (np. „Jest raczej samotny, ma skłonność do bawienia się samemu”) oraz Zachowania prospołeczne (Prosocial Behavior Symptoms – PBS) (np. „Gotowy do dzielenia się z innymi dziećmi – przyjemności, zabawki, ołówki”). Pierwsze 4 skale wchodzi w skład Wyniku ogólnego (Total Difficulties Score – TDS), mówiącego o nasileniu symptomów psychopatologii ogółem. Kwestionariusz SDQ istnieje w wersji dla rodziców, nauczycieli oraz samoopisowej wersji dla dzieci powyżej 11 lat. Osoba wypełniająca kwestionariusz SDQ ma określić, czy w okresie ostatnich 6 miesięcy podane stwierdzenia dotyczące dziecka są „całkowicie nieprawdziwe”, „częściowo prawdziwe” czy „całkowicie prawdziwe”. Odpowiedzi punktowane są od 0 do 2 punktów w odniesieniu do stwierdzeń negatywnych i od 2 do 0 punktów względem stwierdzeń pozytywnych. Wynik ogólny SDQ mieści się w zakresie od 0 do 40 punktów, przy czym wysoka liczba punktów

Tabela 1. Wartości współczynników rzetelności α Cronbacha dla Kwestionariusza Mocnych Stron i Trudności (SDQ) w wersji dla rodziców otrzymane w badaniach dzieci głuchych i słabosłyszących oraz słyszących

Kwestionariusz SDQ (wersja dla rodziców)	Wartości α Cronbacha dzieci głuche	Wartości α Cronbacha dzieci słyszące
Skala Nadaktywność (H)	0,782	0,791
Skala Symptomy emocjonalne (ES)	0,662	0,633
Skala Problemy w zachowaniu (CP)	0,428	0,611
Skala Problemy z rówieśnikami (PP)	0,681	0,551
Skala Zachowania prospołeczne (PSB)	0,567	0,681
Wynik ogólny (TDS) H+ES+CP+PP	0,726	0,817



Rycina 1. Wyniki Kwestionariusza Mocnych Stron i Trudności (SDQ) (średnie) dla wyniku ogólnego (TDS) i podskal (HA – Nadaktywność/nieuwaga, ES – Symptomy emocjonalne, CP – Problemy w zachowaniu, PP – problemy z rówieśnikami, PBS – Zachowania prospołeczne) otrzymane przez dzieci głuche i słabosłyszące oraz słyszące w ocenie rodziców

wiąże się z nasileniem trudności występujących u dziecka. Wyniki dla poszczególnych skal cząstkowych oraz wynik ogólny kategoryzowane są jako: „w normie” (*normal*), „na granicy normy” (*borderline*) oraz „wynik nieprawidłowy” (*abnormal*).

Najczęściej badacze stosujący kwestionariusz SDQ odwołują się do norm angielskich dla rodziców, nauczycieli i nastolatków, bez względu na wiek i płeć osób je wypełniających, choć niejednokrotnie sugeruje się opracowywanie własnych norm dla danego kraju. Kwestionariusz SDQ w wersji dla rodziców cechuje duża moc dyskryminacyjna w zakresie różnicowania dzieci należących do populacji ogólnej i klinicznej, a więc z diagnozą zaburzeń psychicznych [Becker i wsp., 2004]. Za jego stosowaniem przemawia włączenie pozycji, które opisują zarówno negatywne, jak i pozytywne strony dziecka, przystępna forma oraz szeroki zasięg międzynarodowy [Becker i wsp., 2004; Mazur, Tabak, & Kołło, 2007]. W języku polskim istnieje jedynie opracowanie psychometryczne kwestionariusza SDQ w wersji samoopisowej dla młodzieży z populacji ogólnej w wieku od 11 do 18 lat [Mazur, Tabak, & Kołło, 2007].

Współczynniki zgodności wewnętrznej α Cronbacha dla kwestionariusza SDQ (wersja dla rodziców) w prezentowanych badaniach przyjmują wartości od 0,782 do 0,428, gdy wypełniali rodzice dzieci głuchych i słabosłyszących, a gdy rodzice dzieci słyszących współczynnik ten przybierał wartości od 0,791 do 0,551 (Tabela 1). Podobne

współczynniki rzetelności kwestionariusza SDQ dla rodziców uzyskał Hintermair (2007), badając dzieci głuche w Niemczech, analogicznie z najniższymi wartościami współczynnika zgodności wewnętrznej obliczonego dla skali Problemy w zachowaniu (CP).

Do analizy statystycznej wykorzystano test T-Studenta i test U Manna-Whitneya do porównań średnich międzygrupowych oraz analizę regresji liniowej wstecznej.

Wyniki

Zdrowie psychiczne dzieci głuchych i słabosłyszących oraz słyszących w ocenie rodziców

Dzieci głuche i słabosłyszące w ocenie swoich słyszących rodziców przejawiają więcej problemów w sferze zdrowia psychicznego ogółem niż dzieci słyszące (wynik ogólny TDS – test T-Studenta – $t(169)=3,04$; $p=0,003$). Dzieci głuche są znacząco bardziej nadaktywne (skala HA – test T-Studenta – $t(169)=2,31$; $p=0,22$), a także doświadczają istotnie więcej problemów w kontaktach z rówieśnikami (skala PP – test T-Studenta – $t(169)=2,94$; $p=0,04$) (Rycina 1; Tabele 2 i 3).

Wyniki surowe kwestionariusza SDQ (wynik ogólny TDS) dla grupy dzieci głuchych i słabosłyszących oraz słyszących zostały przeliczone na skalę stenową (Brzeziński, 2000), co z dużą ostrożnością pozwala na umiejscowienie wyniku ogólnego SDQ danego dziecka głuchego

Tabela 2. Problemy emocjonalne/behawioralne dzieci głuchych i słyszących (chłopcy, dziewczęta, wszystkie dzieci) w ocenie rodziców (matki, ojcowie) – wyniki Kwestionariusza Mocnych Stron i Trudności SDQ (M – średnia, SD – odchylenie standardowe)

SDQ		Dzieci głuche			Dzieci słyszące		
		Chłopcy M (SD)	Dziewczęta M (SD)	Razem M (SD)	Chłopcy M (SD)	Dziewczęta M (SD)	Razem M (SD)
Nadaktywność (HA)	Matki	4,53 (2,54)	3,5 (2,45)	4,0 (2,51)	3,88 (2,31)	2,9 (2,49)	3,28 (2,45)
	Ojcowie	4,67 (2,4)	4,89 (2,42)	4,68 (2,31)	4,6 ((1,14)	2,5 (0,83)	3,45 (1,44)
	Rodzice (razem)	4,56 (2,48)	3,79 (2,48)	4,15 (2,48)	4,0 (2,16)	2,84 (2,33)	3,3 (2,32)
Symptomy emocjonalne (ES)	Matki	2,0 (1,82)	2,03 (1,78)	1,98 (1,79)	1,48 (1,71)	1,72 (1,67)	1,68 (1,81)
	Ojcowie	1,89 (1,83)	2,89 (2,37)	2,47 (2,09)	1,2 (1,64)	1,33 (1,03)	1,27 (1,27)
	Rodzice (razem)	1,98 (1,8)	2,2 (1,92)	2,09 (1,86)	1,43 (1,67)	1,57 (1,62)	1,57 (1,62)
Problemy w zachowaniu (CP)	Matki	2,18 (1,53)	1,56 (1,16)	1,85 (1,37)	1,44 (1,42)	1,79 (1,72)	1,66 (1,6)
	Ojcowie	1,44 (1,01)	1,67 (1,19)	1,47 (1,07)	1,6 (1,52)	1,17 (1,17)	1,36 (1,52)
	Rodzice (razem)	2,02 (1,45)	1,58 (1,14)	1,77 (1,32)	1,47 (1,4)	1,71 (1,66)	1,6 (1,54)
Problemy z rówieśnikami (PP)	Matki	2,35 (1,55)	1,88 (2,13)	2,09 (1,87)	1,8 (1,68)	1,46 (1,37)	1,59 (1,5)
	Ojcowie	2,78 (1,99)	3,78 (2,54)	3,1 (2,33)	1,2 (0,84)	1,17 (1,17)	1,18 (0,98)
	Rodzice (razem)	2,44 (1,64)	2,28 (2,32)	2,31 (2,01)	1,7 (1,58)	1,42 (1,34)	1,52 (1,43)
Zachowania prospoleczne (PSB)	Matki	1,32 (1,18)	7,53 (1,89)	7,45 (1,97)	7,32 (1,84)	7,79 (1,8)	7,6 (1,82)
	Ojcowie	7,11 (1,45)	7,78 (1,2)	7,42 (1,3)	6,4 (1,34)	7,33 (2,34)	6,9 (1,92)
	Rodzice (razem)	7,28 (1,79)	7,58 (1,76)	7,44 (1,76)	7,17 (1,78)	7,73 (1,56)	7,62 (1,83)
Wynik ogólny SDQ (HA+ES+CP+PP)	Matki	11,06 (4,58)	8,97 (4,22)	9,93 (4,52)	8,6 (5,45)	7,87 (5,4)	8,16 (5,39)
	Ojcowie	10,78 (5,58)	13,22 (5,8)	11,74 (5,62)	8,6 (2,88)	6,17 (2,48)	7,27 (2,83)
	Rodzice (razem)	11,0 (4,74)	9,86 (4,85)	10,32 (4,81)	8,6 (5,08)	7,64 (5,12)	8,03 (5,09)

i słabosłyszącego (a także słyszącego) uzyskanego w ocenie rodziców, bez uwzględnienia płci rodzica, względem wyników innych dzieci (Tabela 4). Dopiero dalsze badania z wykorzystaniem kwestionariusza SDQ w wersji dla rodziców w odniesieniu do dzieci głuchych i słabosłyszących oraz dzieci słyszących, z uwzględnieniem grup o odpowiedniej liczebności, pozwolą na opracowanie norm polskich.

Zdrowie psychiczne dzieci głuchych i słabosłyszących oraz słyszących w ocenie rodziców a płeć dziecka

Płeć dziecka głuchego czy słabosłyszącego, podobnie i płeć dziecka słyszącego, nie różni w sposób istotny obserwowanych przez rodziców problemów związanych ze zdrowiem psychicznym, a więc w obrębie obu grup nie ma istotnych różnic między chłopcami i dziewczynkami, zarówno głuchymi jak i słyszącymi (Rycina 2).

Jednakże dziewczynki głuche w porównaniu ze słyszącymi dziewczynkami przejawiają więcej problemów emocjonalnych oraz w zachowaniu ogółem (wynik ogólny TDS – test

T-Studenta – $t(86)=2,08$; $p=0,04$) oraz w kontaktach towarzyskich (skala PP – test T-Studenta – $t(86)=2,13$; $p=0,036$) w ocenie swoich rodziców. Głusi chłopcy w ocenie rodziców przejawiają istotnie więcej ogółem problemów w sferze zdrowia psychicznego niż chłopcy słyszący (wynik ogólny TDS – test T-Studenta – $t(71)=2,07$; $p=0,042$).

Zdrowie psychiczne dzieci głuchych i słabosłyszących oraz słyszących a płeć rodzica

Gdy porównamy wyniki SDQ w ocenie matek dzieci głuchych, słabo słyszących oraz słyszących, to okazuje się, że w percepcji matek dzieci głuchych dzieci te mają znacząco więcej problemów ze zdrowiem psychicznym ogółem niż dzieci słyszące oceniane przez swoje matki (wynik ogólny TDS – test T-Studenta – $t(137)=2,22$; $p=0,028$). Jeśli chodzi o ojców dzieci głuchych i słabosłyszących, to w ich ocenie dzieci te przejawiają więcej problemów w obszarze zdrowia psychicznego ogółem (wynik ogólny TDS – test T-Studenta – $t(30)=2,23$; $p=0,033$), a także w kontaktach rówieśniczych (skala PP – test T-Studenta – $t(30)=2,44$; $p=0,021$) w porównaniu z ocenami ojców dzieci słyszących i ich dzieci (Rycina 3).

Tabela 3. Rozkład wyników Kwestionariusza Mocnych Stron i Trudności (SDQ) uzyskanych przez dzieci głuche i słabosłyszące oraz słyszące w ocenie rodziców w kategoriach: „norma”, „z pogranicza” (*borderline*) i „wynik nieprawidłowy” (*abnormal*) (wg norm angielskich)

Skale SDQ	Dzieci głuche n=88			Dzieci słyszące n=83			Chi kwadrat (dzieci głuche/dzieci słyszące)	p
	Norma n (%)	Borderline n (%)	Wynik nieprawidłowy n (%)	Norma n (%)	Borderline n (%)	Wynik nieprawidłowy n (%)		
Symptomy emocjonalne (ES – Emotional Symptoms)	68 (77,3%)	11 (12,5%)	9 (10,2%)	69 (83,1%)	9 (10,8%)	5 (6,0%)	1,205	0,55
Problemy w zachowaniu (CP – Conduct Problems)	68 (77,3%)	11 (12,5%)	9 (10,2%)	65 (78,3%)	9 (10,8%)	9 (10,8%)	0,122	0,94
Nadaktywność/nieuwaga (HA – Hyperactivity)	65 (73,9%)	4 (4,5%)	19 (21,6%)	70 (84,3%)	7 (8,4%)	6 (7,2%)	7,624	0,02*
Problemy z rówieśnikami (PP – Peer Problems)	53 (60,2%)	12 (13,6%)	23 (26,1%)	61 (73,5%)	13 (15,7%)	9 (10,8%)	6,586	0,04*
Zachowania prospołeczne (PBS – Prosocial Behavior Symptoms)	74 (84,1%)	9 (10,2%)	5 (5,7%)	72 (86,7%)	5 (6,0%)	6 (7,2%)	1,116	0,57
Wynik ogólny (TDS – Total Difficulties Score)	65 (73,9%)	16 (18,2%)	7 (8,0%)	73 (88,0%)	4 (4,8%)	6 (7,2%)	7,601	0,02*

Tabela 4. Normy stenowe dla Kwestionariusza Mocnych Stron i Trudności (SDQ) (wynik ogólny) w wersji dla rodziców dzieci głuchych i słabosłyszących oraz słyszących – oszacowania wstępne

Steny									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
SDQ (wynik ogólny) punkty surowe – dzieci głuche									
0	1–3	4–5	6–7	8–9	10–11	12–14	15–17	18–21	22+
SDQ (wynik ogólny) punkty surowe – dzieci słyszące									
0	1	2	3–5	6	7–9	10–13	14–17	18–20	21+

Ojcowie dzieci głuchych i słabosłyszących spostrzegają swoje dzieci w porównaniu z matkami jako posiadające więcej problemów w kontaktach z kolegami i koleżankami (skala PP – test T-Studenta – $t(86)=-1,99$; $p=0,305$), zaś w pozostałych wymiarach matki i ojcowie nie różnią się w ocenach swoich głuchych i słabosłyszących dzieci.

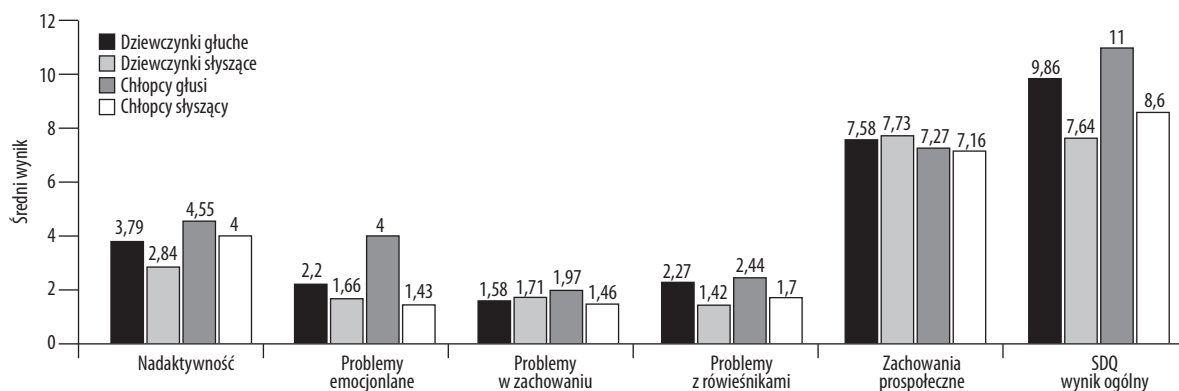
Zdrowie psychiczne dzieci głuchych i słabosłyszących oraz słyszących korzystających z implantów ślimakowych vs. konwencjonalnych aparatów słuchowych w ocenie rodziców

Porównano wyniki uzyskane w kwestionariuszu SDQ (wynik ogólny) i jego podskalach przez dzieci głuche, będące użytkownikami implantów ślimakowych (CI) lub konwencjonalnych aparatów słuchowych, wykorzystując test

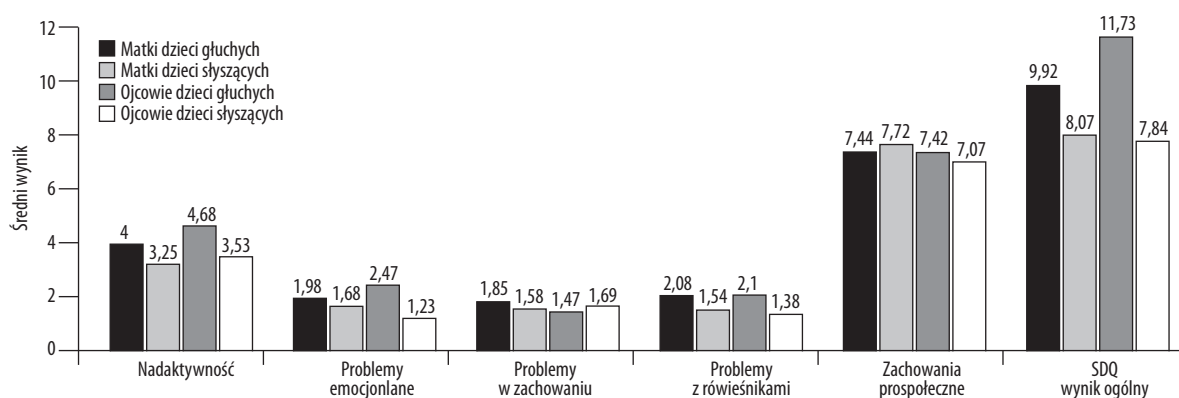
U Manna-Whitneya. Wszystkie wyniki porównań okazały się statystycznie nieistotne, a więc typ protezy słuchowej, z jakiej korzystają dzieci głuche, nie pozostaje w związku z problemami w sferze zdrowia psychicznego dzieci w ocenie ich rodziców. Rezultaty te ze względu na bardzo różne liczebności porównywanych grup należy traktować z dużą ostrożnością.

Czy percepcja problemów zdrowia psychicznego dziecka głuchego i słabosłyszącego przez jego słyszających rodziców pozwala przewidywać doświadczaną przez nich satysfakcję z rehabilitacji?

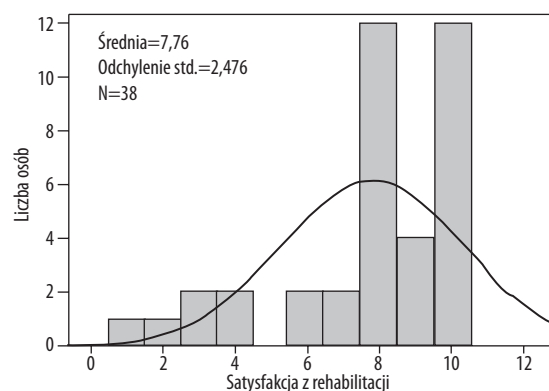
Satysfakcja rodziców dzieci głuchych i słabosłyszących z rehabilitacji dziecka, oceniana w okresie ostatniego miesiąca, tworzy rozkład wyników bardzo skośny; średnia satysfakcji (S) wynosi $M=7,91$; $SD=2,37$ (Rycina 4).



Rycina 2. Wyniki Kwestionariusza Mocnych Stron i Trudności (SDQ) (średnie) dla wyniku ogólnego (TDS) i podskal (HA – Nadaktywność/nieuwaga, ES – Symptomy emocjonalne, CP – Problemy w zachowaniu, PP – Problemy z rówieśnikami, PBS – Zachowania prospołeczne) otrzymane przez dziewczynki głuche i słabosłyszące oraz słyszące oraz chłopców głuchych i słabosłyszących oraz słyszących w ocenie rodziców



Rycina 3. Wyniki Kwestionariusza Mocnych Stron i Trudności (SDQ) (średnie) dla wyniku ogólnego (TDS) i podskal (HA – Nadaktywność/nieuwaga, ES – Symptomy emocjonalne, CP – Problemy w zachowaniu, PP – Problemy z rówieśnikami, PBS – Zachowania prospołeczne) otrzymane przez dzieci głuche i słabosłyszące oraz słyszące w ocenie ich matek i ojców



Rycina 4. Rozkład wyników satysfakcji rodziców dzieci głuchych z rehabilitacji dziecka (S)

By odpowiedzieć na postawione pytanie, zastosowano analizę regresji krokowej wstecznej i jako predyktory zmiennej zależnej, jaką jest satysfakcja rodziców (matek i ojców razem) dzieci głuchych z rehabilitacji (S), wprowadzono wyniki skal częściowych kwestionariusza SDQ: Nadaktywność (HA), Symptomy emocjonalne (ES), Problemy

w zachowaniu (CP), Problemy z rówieśnikami (PP), Zachowanie prospołeczne (PBS). Jedynym istotnym predyktorem okazały się trudności emocjonalne dziecka głuchego, które wyjaśniają aż w 18,3% zmienność satysfakcji rodziców z rehabilitacji. Otrzymano model regresji istotny statystycznie: $F(1,36)=8,07$; $p<0,01$ przy współczynniku $\beta=-0,43$. Tak więc, niskie zadowolenie z rehabilitacji dziecka można przewidywać u tych rodziców, których dzieci głuche i słabosłyszące mają trudności emocjonalne.

Dyskusja wyników

Dzieci głuche i słabosłyszące, zarówno chłopcy, jak i dziewczęta, przejawiają w ocenie swoich słyszących rodziców większe nasilenie problemów w sferze emocji i zachowania w porównaniu ze słyszącymi rówieśnikami. Rezultat ten pozostaje w zgodności z większością wyników badań nad zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży głuchej z zastosowaniem Kwestionariusza Mocnych Stron i Trudności (SDQ) (lub skali CBCL) wypełnianego przez rodziców, przeprowadzonych w kilku krajach europejskich, takich jak: Austria, Niemcy, Holandia.

W przeprowadzonych badaniach procentowy udział dzieci głuchych i słabosłyszących, których nasilenie trudności

emocjonalnych i behawioralnych (wynik ogólny SDQ) mieści się w kategorii „wyniku z pogranicza” lub „wyniku nieprawidłowego” (według norm angielskich) wynosi 26,2% w porównaniu z 12% w grupie porównawczej dzieci słyszących. Oznacza to, że dzieci głuchych i słabosłyszących, u których można przewidywać trudności emocjonalno-społeczne o różnym nasileniu jest około 2 razy więcej w porównaniu z dziećmi słyszącymi, co jest zgodne z wynikami w innych krajach europejskich. Należy dodać, że występowanie problemów w obszarze zdrowia psychicznego u dzieci głuchych i słabosłyszących, szacowane w oparciu o oceny dokonywane przez rodziców, okazuje się istotnie niższe niż wskazują rezultaty badań odwołujące się do diagnozy psychiatrycznej z wykorzystaniem klasyfikacji zaburzeń ICD lub DSM, co zostało wykazane w badaniach przeprowadzonych przez van Genta i zespół (2007) w Holandii. Innymi słowy, rodzice dokonujący oceny swoich głuchych i słabosłyszących dzieci na skalach szacunkowych, takich jak kwestionariusz SDQ lub CBCL, wykazują tendencję do spostrzegania ich jako mniej „problemowych” niż są one obiektywnie.

Kompetencje komunikacyjne dzieci głuchych oceniane przez rodziców były w badaniach Hintermaira (2007) ujemnie i umiarkowanie skorelowane z wynikiem ogólnym kwestionariusza SDQ. Podobnej zależności możemy się spodziewać w Polsce, co oznacza, że im większe jest nasilenie problemów w sferze zdrowia psychicznego dzieci głuchych i słabosłyszących w ocenie rodziców (wynik ogólny SDQ), tym większe w ich ocenie przejawiają one trudności w komunikowaniu się z innymi. Jak wynika z innych badań, ocena jakości życia dzieci głuchych dokonana przez rodziców jest także umiarkowanie ujemnie skorelowana z nasileniem problemów ze zdrowiem psychicznym dzieci (wynik ogólny SDQ) w ich percepcji [Fellinger, Holzinger, Sattel, & Laucht, 2008].

Rezultaty niektórych badań wskazują, że większe nasilenie problemów w sferze zdrowia psychicznego ma miejsce u głuchych i słabosłyszących chłopców w porównaniu z głuchymi i słabosłyszącymi dziewczynkami [np. Hintermair, 2007; Mejsnad, Heiling, & Svedin, 2009], co nie wystąpiło w relacjonowanych tutaj badaniach, tj. płęć dziecka nie wiąże się z nasileniem u niego symptomów psychopatologii w ocenie rodziców. Być może dlatego nie stwierdzono istotnych różnic w nasileniu trudności emocjonalno-społecznych (SDQ) między chłopcami i dziewczynkami, zarówno głuchymi i słabosłyszącymi, jak i słyszącymi, ponieważ włączono do niniejszych badań dzieci młodsze niż miało to miejsce w badaniach powyżej cytowanych.

W percepcji rodziców sferą szczególnie znaczącą okazują się kontakty ich dzieci z innymi osobami, zarówno dorosłymi, jak i innymi dziećmi, a dzieci głuche i słabosłyszące doświadczają ich o istotnie większym nasileniu w porównaniu ze słyszącymi. Uzyskane wyniki potwierdzają istniejące na ten temat doniesienia. Komunikowanie się z innymi w aspekcie językowym, interpersonalnym i społecznym należy do obszarów problemowych dzieci i młodzieży głuchej i słabosłyszącej, zwłaszcza w konfrontacji ze słyszącymi, w różnych środowiskach życia [np. Dammeyer, 2010; Fellinger, Holzinger, Sattel & Laucht, 2008; Kobosko, 2010; Krakowiak, 2011; Krawiec, 2009; Percy-Smith et al., 2008; Punch & Hyde, 2011; Sleeboom van

Raaij, 2009; Zalewska, 1998]. Jak pokazują liczne wyniki badań, rodzice raczej niedoceniają doświadczanych przez dzieci trudności, nadmiernie pozytywnie spostrzegając funkcjonowanie swoich głuchych i słabosłyszących dzieci w relacjach z innymi, pomimo iż dostrzegają obecność różnych problemów w ich życiu. W jednych z badań rodzice dzieci głuchych korzystających z implantu ślimakowego spostrzegali je jako – podobnie jak słyszący – radzących sobie w szkole; co więcej uważali, że ich dzieci posiadają trzech lub więcej „dobrych kolegów” (84%), co miało miejsce zdaniem rodziców dzieci słyszących w 78% [Percy-Smith i wsp., 2008]. W innych badaniach (wywiady) uczestniczący w nich rodzice w 60% uważali, że ich głuche dzieci z implantami ślimakowymi są w stanie swobodnie uczestniczyć w grupowej konwersacji w porównaniu z 40% nauczycieli tych dzieci, którzy wypowiedzieli się na ten temat [Punch & Hyde, 2011].

Otrzymaany rezultat, mówiący o znacząco większym nasileniu problemów dzieci głuchych i słabosłyszących w kontaktach z rówieśnikami w porównaniu z dziećmi słyszącymi w ocenie ich rodziców, zwłaszcza ojców, można wyjaśniać także z perspektywy interpersonalnej, tj. trudności, jakich zazwyczaj doświadczają słyszący rodzice w kontakcie ze swoimi głuchymi i słabosłyszącymi dziećmi. Rodzice ci czują się niejednokrotnie „niemowami”, nie znajdują w sobie sposobów bycia w relacji ze swoimi dziećmi czy możliwości nawiązania z nimi kontaktu na miarę posiadanych oczekiwań. Można sądzić, że rodzice ci niejednokrotnie dokonują projekcji na dzieci własnych ograniczeń doświadczanych jako trudności w kontakcie z dzieckiem głuchym.

W percepcji rodziców dzieci głuche i słabosłyszące w istotnie większym stopniu niż dzieci słyszące posiadają trudności związane ze sferą nadaktywności i koncentracji uwagi. Zachowania dziecka, którym rodzice nadają znaczenie „nadaktywnych” mogą mieć swoje źródła zarówno we właściwościach dziecka, jak i rodziców. W interakcjach z innymi osobami, dziecko głuche z większą częstotliwością odwołuje się do modalności wzrokowej i gestowo-mimicznych środków komunikowania się z innymi. Można sądzić, że o spostrzeganiu zachowań dziecka głuchego jako „nadaktywnych” współdecyduje też stan psychiczny rodziców jako konsekwencja doświadczanej traumy diagnozy głuchoty u dziecka.

Jak zostało wcześniej wspomniane, rodzice dzieci głuchych i słabosłyszących tworzą ich reprezentacje jako zaburzonych w wielu sferach psychicznego funkcjonowania, nie tylko w obszarze rozwoju mowy i języka [Zalewska, 1998], co znalazło również odzwierciedlenie w uzyskanych, a opisanych powyżej, wynikach. Należałoby rodzicom dzieci głuchych zaoferować pracę nad posiadanymi przez nich reprezentacjami swoich dzieci [Gracka-Tomaszewska, 2011; Kobosko & Zalewska, 2011].

Zgodnie z przewidywaniami płęć rodzica odgrywa rolę w dokonywanej przez niego ocenie zachowania i doświadczanych przez dziecko głuche emocji. Inaczej spostrzegają swoje głuche i słabosłyszące dzieci matki, a inaczej ojcowie, w wymiarze kontaktów z innymi. Rezultat ten należałoby zweryfikować na większej próbie ojców dzieci głuchych. Można przypuszczać, że o ile w ocenie dzieci o typowym rozwoju za pomocą różnych kwestionariuszy

i skal nie odgrywa, zdaniem ich twórców, znaczenia fakt, czy oceny dokonuje matka, ojciec czy inna znająca dobrze dziecko osoba w roli opiekuna, o tyle nabiera on znaczenia, gdy mamy do czynienia z rodzicami dzieci niepełnosprawnych, u których w doświadczanie siebie jako rodziców zostaje wpisana trauma diagnozy tej niepełnosprawności i jej rozliczne konsekwencje, także psychiczne, które pozostają w związku z tym, jak spostrzegają oni swoje niepełnosprawne dzieci.

Problemy w sferze zdrowia psychicznego dzieci głuchych i słabosłyszących nie wiążą się z rodzajem urządzeń wzmacniających słyszenie, z jakich korzystają omawiane dzieci: implantami ślimakowymi czy konwencjonalnymi aparatami słuchowymi. Rezultat ten odzwierciedla wyniki innych badań przeprowadzonych np. przez Fellingera i współpracowników (2009) w Austrii.

Satysfakcja z rehabilitacji dziecka wykazuje związek z taką jakością relacji matka (ojciec) – dziecko, w której ma miejsce wymiana emocji i nadawanie znaczeń. Jeśli rodzic spostrzega swoje głuche czy słabosłyszące dziecko jako nie doświadczające nasilonych problemów emocjonalnych,

wówczas – jak wskazują uzyskane wyniki badań – jest bardziej zadowolony z efektów rehabilitacji dziecka. Mniej zadowolony z rehabilitacji rodzic, to ten rodzic dziecka głuchego, które doświadcza w jego poczuciu trudności emocjonalnych. Należy zwrócić uwagę na fakt, iż niedostrzeganie problemów emocjonalnych dziecka może świadczyć zarówno o tym, że dziecko ich nie przejawia, ale też i o tym, że rodzic „nie dostrzega” symptomów przeżywanego emocji, choć dziecko je komunikuje.

Kwestionariusz SDQ okazał się mieć w wersji dla rodziców dobre i bardzo dobre współczynniki zgodności wewnętrznej za wyjątkiem skali Problemy w zachowaniu (CP), analogicznie jak to miało miejsce w badaniach obejmujących dzieci głuche oceniane przez rodziców kwestionariuszem SDQ w Niemczech [Hintermair, 2007]. Warto więc podjąć prace nad opracowaniem psychometrycznym kwestionariusza SDQ w wersji dla rodziców oraz nauczycieli dzieci głuchych i słabosłyszących oraz słyszących, a także w odniesieniu do próby klinicznej, zarówno dzieci głuchych i słabosłyszących, jak i słyszących. Brak jest wciąż psychologicznych narzędzi z normami polskimi w odniesieniu do rodziców dzieci głuchych i słabosłyszących, jak i samych dzieci.

Piśmiennictwo:

1. Becker A., Woerner W., Hasselhorn M. i wsp.: Validation of the parent and teacher SDQ in a clinical sample. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2004; 13(Suppl.2):III1–16
2. Black P.A., Glickman N.S.: 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
3. Brzeziński J.: Metodologia badań psychologicznych. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2000
4. Dammeyer J.: Psychosocial development in a Danish population of children with cochlear implants and deaf and hard of hearing children. *J Deaf Stud Deaf Educ*, 2010; 15(1): 50–58
5. Eldik van T., Treffers P., Veerman J., Verhulst F.: Mental health problems in deaf Dutch children as indicated by parents' responses to the child behavior checklist. *Am Ann Deaf*, 2004; 148(5): 390–95
6. Fellingner J., Holzinger D., Pollard R.: Mental health of deaf people. *Lancet*, 2012; 379, 1037–44
7. Fellingner J., Holzinger D., Sattel H., Laucht M.: Mental health and quality of life in deaf pupils. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2008; 17, 414–23
8. Fellingner J., Holzinger D., Sattel H. i wsp.: Correlates of mental health disorders among children with hearing impairments. *Dev Med Child Neurol*, 2009; 51, 635–41
9. Gent van T., Goedhart A.W., Hindley P.A., Treffers P.D.A.: Prevalence and correlates of psychopathology in a sample of deaf adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*, 2007; 48: 950–58
10. Glickman N.S.: Do you hear voices? Problems in assessment of mental status in deaf persons with severe language deprivation. *J Deaf Stud Deaf Educ*, 2007; 12: 127–47
11. Goodman R.: The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *J Child Psychol Psychiatry*, 1997; 38: 581–86
12. Gracka-Tomaszewska M.: Psychoterapia diady matka-dziecko. Praca nad reprezentacją dziecka w umyśle matki. (W:) Grzebiak L., Suszek H. (red.). *Psychoterapia. Problemy pacjentów – podręcznik akademicki*. Warszawa: ENETEIA Wydawnictwo Psychologii i Kultury, 2011; t. 5; 361–74
13. Hindley P., Hill P., McGuigan S., Kitson N.: Psychiatric disorders in deaf and hearing impaired children and young people: A prevalence study. *J Child Psychol Psychiatry*, 1994; 35(5): 917–34
14. Hintermair M.: Prevalence of socioemotional problems in deaf and hard of hearing children in Germany. *Am Ann Deaf*, 2007; 152(3): 320–30
15. Kobosko J.: Relacja matka-dziecko a zaburzenia rozwoju językowego u młodzieży głuchej. *Przegląd Psychologiczny*, 2009; 52(3): 327–42
16. Kobosko J.: Doświadczanie siebie jako osoby głuchej – badania nad młodzieżą głuchą i jej słyszącymi matkami z perspektywy interpersonalnej. *Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo*, 2010; 11(1): 101–22
17. Kobosko J., Zalewska M.: Maternal identity of hearing mothers of deaf adolescents. *Empirical studies – an interpersonal approach*. *The Volta Review*, 2011; 111: 39–59
18. Krakowiak K.: Wspólnota komunikacyjna i język dzieci z głębokimi uszkodzeniami słuchu. (W:) Krakowiak K., Dziurda-Multan A. (red.). „Nie głos, ale słowo...” 2. Ku wspólnocie komunikacyjnej niesłyszących i słyszących. Lublin: Wydawnictwo KUL, 2011; 57–80
19. Krawiec M.: Poczucie niepełnosprawności u młodzieży z uszkodzeniami słuchu. (W:) Kobosko J. (red.). *Młodzież głucha i słabosłysząca w rodzinie i otaczającym świecie – dla terapeutów, nauczycieli, wychowawców i rodziców*. Warszawa, Stowarzyszenie „Usłyszeć Świat”, 2009; 67–78
20. Mazur J., Tabak I., Kołło H.: W kierunku lepszej oceny zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Polska wersja kwestionariusza Mocnych Stron i Trudności (SDQ). Doświadczenia dwóch badań populacyjnych. *Medycyna Wieku Rozwojowego*, 2007; 11(1): 13–24
21. Mejstad L., Heiling K., Svedin C.G.: Mental health and self-image among deaf and hard of hearing children. *Am Ann Deaf*, 2009; 153(5): 504–15
22. Percy-Smith L., Caye-Thomasen P., Gudman M. i wsp.: Self-esteem and social well-being of children with cochlear implant compared to normal-hearing children. *Int J Pediatr Otorhinolaryng*, 2008; 72(7): 1113–20

23. Punch R., Hyde M.: Social participation of children and adolescents with cochlear implants. A qualitative analysis of parent, teacher, and child interviews. *J Deaf Stud Deaf Educ*, 2011; 16(4): 474–93
24. Sleeboom van Raaij J.C.: Wpływ głuchoty na członków rodziny, jej strukturę i wzajemne komunikowanie się – retrospekcja z perspektywy dorosłości. Okiem psychiatry. (W:) Kobosko J. (red.). *Młodzież głucha i słabosłysząca w rodzinie i otaczającym świecie – dla terapeutów, nauczycieli, wychowawców i rodziców*. Warszawa: Stowarzyszenie „Usłyszeć Świat”, 2009; 284–302
25. Święcicka M.: Skale szacunkowe dla rodziców i nauczycieli jako narzędzia diagnozy w psychologii klinicznej dziecka. (W:) Święcicka M. (red.). *Metody diagnozy w psychologii klinicznej dziecka i rodziny*. Warszawa: Wydawnictwo Paradygmat, 2011; 113–28
26. Theunissen S.C.M.P., Rieffe C., Kouwenberg M i wsp.: Depression in hearing-impaired children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 2011; 75(10): 1313–17
27. 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
28. Wzorek A.: Rodzina z dzieckiem z zaburzeniami słuchu – spojrzenie systemowe. *Psychoterapia*, 2010; 4: 53–64
29. Zalewska M.: Dziecko w autoportrecie z zamalowaną twarzą. Psychiczne mechanizmy zaburzeń rozwoju tożsamości dziecka głuchego i dziecka z opóźnionym rozwojem mowy. Warszawa, J. Santorski & CO Wydawnictwo, 1998