

Strategie radzenia sobie ze stresem u osób z głuchotą prelingwalną, korzystających z implantu ślimakowego od okresu dorosłości

Stress coping strategies of prelingually deaf
cochlear implant users implanted in adulthood

Joanna Kobosko, Edyta Piłka, Agnieszka Pankowska, Henryk Skarżyński

STRESZCZENIE

Institut Fizjologii i Patologii Słuchu w Warszawie
Światowe Centrum Słuchu Instytutu Fizjologii
i Patologii Słuchu w Kajetanach k. Warszawy

WSTĘP

Strategie radzenia sobie ze stresem u osób z głuchotą prelingwalną nie były, jak dotąd, przedmiotem badań psychologicznych. Ocena skuteczności radzenia sobie w konfrontacji ze stresem nie tylko odgrywa ważną rolę w przypadku osób z niepełnosprawnością, jaką jest głuchota prelingwalna, ale także pozwala zaproponować adekwatną ofertę w zakresie rehabilitacji słuchu i mowy, w tym interwencji psychologicznej. Celem badań jest porównanie osób dorosłych prelingwalnie ogłuchłych z implantem ślimakowym (*cochlear implant* – CI) z osobami słyszącymi w zakresie strategii radzenia sobie ze stresem (*coping*), z uwzględnieniem czasu korzystania z CI, znajomości języka migowego oraz zmiennych socjodemograficznych.

MATERIAŁ I METODY

Badania przeprowadzono drogą pocztową, objęto nimi 79 osób z głuchotą prelingwalną w wieku 19–62 lat z CI wszczepionym po 18 r.ż. oraz osoby słyszące. Wskaźnik odpowiedzi zwrotnych wynosi 63,3%. Wykorzystano ankietę informacyjną i kwestionariusz Mini COPE.

WYNIKI

Osoby z głuchotą prelingwalną z CI stosują aktywne radzenie sobie ze stresem rzadziej niż osoby słyszące, rzadziej także sięgają po substancje psychoaktywne, częściej natomiast zaprzestają działań. Płeć, wiek, status małżeński (partnerski) oraz praca (nauka) odgrywają istotną rolę w obszarze wykorzystywanych strategii *coping*. Dłuższy czas korzystania z CI wiąże się z rzadszym obwinianiem siebie i zwracaniem się ku religii. Znajomość języka migowego sprzyja istotnie rzadszemu posługiwaniu się strategią wyładowania w konfrontacji ze stresem.

WNIOSKI

Strategie radzenia sobie ze stresem, jakimi posługują się osoby prelingwalnie ogłuchłe z CI, znacząco odróżniają je od osób słyszących, ale także i od postlin-

ADRES DO KORESPONDENCJI:

Dr n. hum. Joanna Kobosko
Światowe Centrum Słuchu
ul. Mokra 1
Kajetany k. Warszawy
05-830 Nadarzyn
tel: +48 22 356 0 174
fax: +48 22 356 0 367
e-mail: j.kobosko@ifps.org.pl

Ann. Acad. Med. Siles. 2014, 68, 3, 154–163
Copyright © Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach
eISSN 1734-025X

gwalnie ogłuchłych z CI. Nie jest zatem wskazane traktowanie osób z CI jako jednorodnej grupy z pominięciem etiologii głuchoty, zarówno w planowaniu działań rehabilitacyjnych, jak i badawczych.

SŁOWA KLUCZOWE

strategie radzenia sobie ze stresem, głuchota prelingwalna, implant ślimakowy, rehabilitacja osób prelingwalnie ogłuchłych z implantem ślimakowym

ABSTRACT

INTRODUCTION

There so far have been no psychological studies on stress coping strategies used by prelingually deaf individuals. Assessment of the efficacy of coping in confrontation with stress is of key importance in the case of persons with a handicap, such as prelingual deafness, and enables one to propose them an adequate offer of hearing and speech (re)habilitation, including psychological intervention. The aim of this study was to compare prelingually deaf adult cochlear implant (CI) users with hearing individuals in terms of stress coping strategies taking account of CI experience, the use of sign language and socio-demographic variables.

MATERIAL AND METHODS

Study was conducted by post and involved 79 persons with prelingual deafness aged 19–62 years, using CIs implanted after 18 years of age, for whom the response ratio was 63.3%, and hearing persons. An inquiry form and Brief COPE questionnaire were used.

RESULTS

Prelingually deaf CI users more seldom than hearing persons use active coping, also they less often use psychoactive substances, while they more often use behavioral disengagement. Sex, age, marital (partnership) status and work significantly influence the coping strategies used. Longer CI experience is related to using self-blame and turning to religion more seldom. Individuals who use sign language significantly less often use venting as a stress coping strategy.

CONCLUSIONS

Stress coping strategies used by prelingually deaf CI users differ significantly from those used by hearing persons as well as postlingually deaf CI users. It is therefore not expedient to treat CI users as a homogenous group irrespective of the deafness etiology, particularly in planning rehabilitation management and in research.

KEY WORDS

stress coping strategies, prelingual deafness, cochlear implant, rehabilitation of prelingually deaf CI users

WSTĘP

Osoby dorosłe z głuchotą prelingwalną stanowią zróżnicowaną populację ze względu na etiologię głuchoty, stopień utraty słuchu, efekty rehabilitacji słuchu i mowy, sposób komunikowania się z otoczeniem (język foniczny, język foniczny wspierany wizualno-manualnymi sposobami komunikowania się, takimi jak fonogesty czy system językowo-migowy, język migowy, dwujęzyczność), kompetencje językowe w języku fonicznym i migowym, wykształcenie, ak-

tywność zawodową, problemy w sferze zdrowia psychicznego, wsparcie społeczne czy status socjoekonomiczny [1,2,3,4,5]. Podobna niejednorodność charakteryzuje osoby prelingwalnie ogłuchłe, które otrzymały wszczep ślimakowy po 18 roku życia (r.ż.) [6,7]. Wiadomo, że w zakresie percepcji słuchowej mowy pacjenci tacy uzyskują w różnym stopniu zadowalające rezultaty [8,9,10,11,12,13,14,15], a satysfakcja z implantu ślimakowego (*cochlear implant* – CI) jest u nich wysoka, odpowiadająca niejednokrotnie nasileniu satysfakcji z CI uzyskiwanej przez osoby postlingwalnie ogłuchłe [8,9,10,11,12,13,14,15,16].

Osoby prelingwalnie ogłuchłe, w tym także zaopatrzone w CI już w okresie dorosłości, nie doczekały się, jak dotąd, badań po kątem psychologii stresu i radzenia sobie. Doniesienia literaturowe dotyczą jedynie stosowanych przez nie strategii komunikowania się w relacjach społecznych, sprzyjających porozumiewaniu się z osobami słyszącymi, jak np. wybieranie do rozmowy pomieszczenia cichego i dobrze oświetlonego [17]. Inne badania dotyczą strategii związanych z koegzystencją osób ogłuchłych prelingwalnie w „słyszającym świecie” i w „świecie osób głuchych”, do których należą: „wycofanie” i życie wyłącznie wśród ludzi głuchych; życie w obu światach, tj. ludzi głuchych i słyszących oraz życie wyłącznie wśród słyszących i „jako słyszący”, niejednokrotnie w lęku przed zdemaskowaniem głuchoty [18]. Radzenie sobie ze stresem (*coping*) w modelu stresu Lazarusa i Folkman, najbardziej rozpowszechnionym, definiowane jest jako „poznawcze i behawioralne wysiłki podmiotu, mające na celu sprostanie specyficznym wymaganiom zewnętrznym i/lub wewnętrznym, ocenianym jako wyczerpujące lub przekraczające zasoby jednostki” [za: 19, s. 23]. Radzenie sobie ze stresem jest, zdaniem wspomnianych autorów, procesem spełniającym funkcję instrumentalną, ukierunkowaną na przywrócenie zakłóconej równowagi między wymaganiami a możliwościami podmiotu, oraz funkcję samoregulacji emocji, zaś strategię stosowane przez podmiot są jego ogniwami. Strategie te cechuje wielość i różnorodność [20].

Do wspomnianego transakcyjnego modelu stresu nawiązali Carver i wsp. [19,21], podejmując próbę połączenia radzenia sobie, rozumianego jako styl (dyspozycja) i strategia, proponując przy tym kilkanaście strategii radzenia sobie ze stresem (ryc. 1). Na podstawie analizy czynnikowej kwestionariusza Mini COPE wyodrębnili oni kilka grup strategii. Pierwsza obejmuje strategie aktywnego radzenia sobie (aktywne radzenie sobie, planowanie, pozytywne przewartościowanie), druga – strategie manifestujące bezradność (zażywanie substancji psychoaktywnych, zaprzestanie działań, obwinianie siebie); w następnej łączą się strategie poszukiwania wsparcia (poszukiwanie wsparcia emocjonalnego i poszukiwanie wsparcia instrumentalnego); w kolejnej z wyodrębnionych grup znalazły się strategie należące do zachowań unikowych (zajmowanie się czymś innym, zaprzeczanie i wylądowanie). Strategie takie, jak: zwrot ku religii, akceptacja i poczucie humoru, tworzą oddzielne czynniki i nie weszły w skład żadnej z grup.

Do efektywnych należą strategie *coping* związane z aktywnością ukierunkowaną na rozwiązanie problemu, nieefektywne zaś to zwykle strategie skoncentrowane na emocjach czy zachowania unikowe, choć każde z wymienionych mogą w pewnych sytuacjach czy w krótkim okresie czasu pełnić pozytywną funkcję.

W wielu badaniach stwierdzono pozytywną korelację strategii skoncentrowanych na emocjach, np. z depresją [22,23] oraz wyrażających bezradność podmiotu w sytuacji konfrontacji stresowej, np. obwiniania siebie z negatywnym przystosowaniem [24].

1 – Aktywne radzenie sobie (np. podejmuję działania, aby poprawić tę sytuację)
2 – Planowanie (np. poważnie zastanawiam się nad tym, jakie kroki należy podjąć)
3 – Pozytywne przewartościowanie (np. szukam dobrych stron w tym, co się zdarzyło)
4 – Akceptacja (np. akceptuję fakt, że to już się stało)
5 – Humor (np. traktuję tę sytuację jak zabawę)
6 – Zwrot ku religii (np. modlę się lub medytuję)
7 – Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego (np. otrzymuję otuchę i zrozumienie od innych)
8 – Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego (np. otrzymuję pomoc i poradę od innych osób)
9 – Zajmowanie się czymś innym (np. zajmuję się pracą lub innymi czynnościami, żeby o tym nie myśleć)
10 – Zaprzeczanie (np. mówię do siebie „to nieprawda”)
11 – Wylądowanie (np. uświadamiam swoje negatywne emocje)
12 – Zażywanie substancji psychoaktywnych (np. piję alkohol lub zażywam inne środki, aby poczuć się lepiej)
13 – Zaprzestanie działań (np. rezygnuję z prób osiągnięcia celu)
14 – Obwinianie siebie (np. krytykuję samego siebie)

Ryc. 1. Strategie radzenia sobie ze stresem według Carvera i wsp. wraz z przykładami itemów przypisanych poszczególnym strategiom w kwestionariuszu Mini COPE.

Fig. 1. Stress coping strategies according to Carver et al. and examples of items of these strategies in Brief COPE inventory.

Diagnoza strategii radzenia sobie ze stresem pozwala ocenić skuteczność radzenia sobie w konfrontacji ze stresem, np. chorobą czy niepełnosprawnością wrodzoną lub nabytą we wczesnym okresie życia, jaką jest głuchota prelingwalna (nabyta przed opanowaniem mowy i języka). Pozwala też na monitorowanie zmian po podjęciu interwencji rehabilitacyjnych, w tym psychologicznych (warsztaty psychoedukacyjne, treningi radzenia sobie ze stresem czy grupy wsparcia i in).

Celem badań jest odpowiedź na pytanie, czy osoby prelingwalnie ogłuchłe, które otrzymały implant ślimakowy po 18 r.ż., różnią się od osób słyszących z populacji ogólnej pod względem stosowanych strategii radzenia sobie ze stresem, z uwzględnieniem płci, wieku, wykształcenia, aktywności zawodowej (nauki), statusu małżeńskiego (partnerskiego) oraz czasu korzystania z CI i znajomości języka migowego.

MATERIAŁ I METODA

Rozesłano kwestionariusz i ankietę informacyjną wraz z listem przewodnim drogą pocztową do 79 osób dorosłych z głuchotą prelingwalną (tj. nabytą przed ukończeniem 2 r.ż.), w wieku 19–62 lat. Osoby badane otrzymały wszczep CI po ukończeniu 18 r.ż. Wskaźnik odpowiedzi zwrotnych wyniósł 63,29%, co stanowi 50 osób (tab. I). Czas korzystania z CI był zależny od roku jego wszczepienia: u osób, którym wszczepiono CI w 2009 r., wynosił 1–2 lata ($n = 23$), natomiast u osób, którym wszczepiono CI w 2005 r. – od 5 do 6 lat ($n = 27$). Grupę kontrolną stanowiły 82 osoby słyszące z populacji ogólnej. Wiek i płeć nie różnicują faktu uczestniczenia w badaniach. Znacząco częściej nie odpowiadali pacjenci implantowani w 2005 r. ($\chi^2(1) = 8,82; p = 0,003$).

Spośród 50 badanych z głuchotą prelingwalną posiadających CI na zawarte ankiecie informacyjnej pytanie dotyczące znajomości języka migowego odpowiedziało 41 osób, przy czym 8 zadeklarowało dobry stopień znajomości tego języka, 5 stopień nieznaczący, a 28 nie znało go wcale.

Z grupy 16 mężczyzn znajomość języka migowego zadeklarowało 2, a wśród 25 kobiet, które udzieliły

odpowiedzi na to pytanie, znajomość tego języka zadeklarowało 11.

Do porównań strategii radzenia sobie ze stresem przez osoby z głuchotą prelingwalną znające język migowy i nieznające go oraz osoby słyszące wyodrębniono z grupy kontrolnej ($n = 82$) 28 osób, w tym 8 mężczyzn i 20 kobiet, nieznających języka migowego.

Średnie wieku w badanych grupach były następujące:

- w grupie prelingwalnie ogłuchłych z CI znających język migowy – 28,54 roku,
- w grupie prelingwalnie ogłuchłych z CI nieznających tego języka – 34,71 roku,
- w grupie słyszących nieznających języka migowego – 49,71 roku.

Wiek w wymienionych grupach nie był jednorodny. U osób prelingwalnie ogłuchłych nie kontrolowano kompetencji językowych ani w języku fonicznym, ani w migowym. Należy jednak zaznaczyć, że w większości badań poświęconych psychologicznemu funkcjonowaniu dorosłych osób z głuchotą prelingwalną badacze nie informują o ich kompetencjach językowych, ewentualnie czynią to bardzo ogólnikowo, wskazując na „rehabilitację oralną” bądź „oralno-manualną” [9,11, 15,16,25,26,27]. Jak można sądzić, odwołują się *implicit* do „pozytywnej autoselekcji” osób badanych, a więc zakładają, że w badaniach kwestionariuszowych uczestniczą ci, którzy rozumieją zawarte w nich treści.

Tabela I. Dane socjodemograficzne uczestników badań oraz informacje dotyczące czasu korzystania z CI
Table I. Socio-demographic data of study participants and duration of their CI experience

Dane socjodemograficzne badanych		Osoby z głuchotą prelingwalną korzystające z CI	Osoby słyszące
Wiek (lata)	ogółem	$n = 50$ $M = 33,34$ $SD = 10,65$ min = 19 max = 62	$n = 82$ $M = 41,82$ $SD = 14,92$ min = 18 max = 65
	kobiety	$n = 28$ (56%) $M = 34,82$ $SD = 11,98$ min = 20 max = 62	$n = 52$ (63,41%) $M = 41,6$ $SD = 16,34$ min = 21 max = 65
	mężczyźni	$n = 22$ (44%) $M = 31,45$ $SD = 8,58$ min = 19 max = 59	$n = 30$ (36,59%) $M = 42,2$ $SD = 12,33$ min = 18 max = 65
Wykształcenie	podstawowe i średnie półwyższe i wyższe	$n = 33$ (66%) $n = 15$ (30%)	$n = 48$ (58,54%) $n = 34$ (41,46%)
Status małżeński lub partnerski	w związku małżeńskim lub partnerskim nie w związku	$n = 20$ (40%) $n = 30$ (60%)	$n = 51$ (62,2%) $n = 31$ (37,8%)
Zatrudnienie lub nauka	pracuje lub uczy się nie pracuje	$n = 26$ (52%) $n = 24$ (48%)	$n = 74$ (90,24%) $n = 6$ (9,76%)
Czas korzystania z implantu	implantowani w 2005 (5–6 lat) implantowani w 2009 (1–2 lata)	$n = 27$ (54%) $n = 23$ (46%)	nie dotyczy nie dotyczy

Oceny strategii radzenia sobie ze stresem dokonano wykorzystując Inwentarz do Pomiaru Radzenia sobie ze Stresem Mini COPE Carvera w polskiej adaptacji [21,24]. Składa się on z 28 pozycji i mierzy 14 odrębnych strategii radzenia sobie ze stresem (ryc. 1), tworzących podskale – po 2 itemy każda. Odpowiedzi są punktowane od 0 (*prawie nigdy tak nie postępuję*) do 3 (*prawie zawsze tak postępuję*). Rzetelność Mini COPE policzono metodą połówkową i otrzymano dla osób prelingwalnie ogłuchłych wskaźnik Guttmana równy 0,77, a dla słyszących 0,74.

W analizie statystycznej wyników zastosowano testy t-Studenta, Kruskalla-Wallisa oraz U Manna-Whitneya w pakiecie SPSS wersji 16.

Badania uzyskały akceptację Komisji Bioetycznej działającej przy Instytucie Fizjologii i Patologii Słuchu w Warszawie.

WYNIKI

Strategie radzenia sobie ze stresem a głuchota prelingwalna i implant ślimakowy (CI)

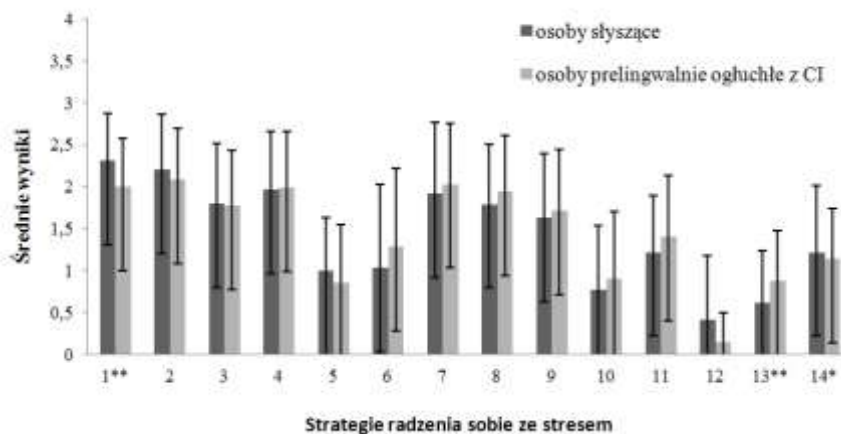
Okazało się, iż dorośli z głuchotą prelingwalną użytkownicy CI, znacząco rzadziej stosują strategie radzenia sobie ze stresem skoncentrowane na problemie (a więc aktywne radzenie sobie) niż słyszące osoby dorosłe z populacji ogólnej ($t = 3,04$; $p = 0,003$). Osoby prelingwalnie ogłuchłe z CI rzadziej sięgają po substancje psychoaktywne niż osoby słyszące ($t = 2,7$; $p =$

$= 0,008$), częściej jednak zaprzestają działania ($t = -2,36$; $p = 0,019$; ryc. 2).

Strategie radzenia sobie ze stresem a czas korzystania z implantu ślimakowego (CI) u osób z głuchotą prelingwalną

Czas korzystania z CI różnicuje osoby prelingwalnie ogłuchłe w zakresie strategii radzenia sobie ze stresem w zależności od roku implantacji (ryc. 3). Osoby korzystające z CI krócej (1–2 lata) częściej kierują się w stronę religii niż korzystający z CI dłużej (5–6 lat); $t = -2,58$, $p = 0,013$. Ponadto osoby z krótszym okresem po implantacji obwiniają siebie znacznie częściej niż osoby z dłuższym stażem z CI (5–6 lat); $t = -2,37$, $p = 0,022$.

Porównanie strategii radzenia sobie ze stresem przez osoby z CI implantowanymi w latach 2009 i 2005 oraz osoby słyszące wykazało istotne różnice w posługiwaniu się takimi strategiami, jak: aktywne radzenie sobie – $\chi^2(2) = 9,49$; $p < 0,01$; zwrot ku religii $\chi^2(2) = 7,68$; $p < 0,05$ oraz zaprzestanie działania – $\chi^2(2) = 7,14$; $p < 0,05$. Osoby te (CI w 2005 r. $U = 815,5$; $p < 0,05$; w 2009 r. $U = 615$; $p < 0,01$) znacznie rzadziej aktywnie radzą sobie ze stresem niż osoby słyszące. Osoby implantowane w 2009 r. częściej zwracają się ku religii niż osoby słyszące ($U = 591$; $p < 0,01$) oraz osoby implantowane w 2005 r. ($U = 187$; $p < 0,05$), a ponadto znacznie częściej zaprzestają działań w sytuacjach stresujących ($U = 635$; $p < 0,05$) niż osoby słyszące.



Ryc. 2. Strategie radzenia sobie ze stresem (Mini COPE – średnie) stosowane przez osoby dorosłe z głuchotą prelingwalną z CI oraz osoby słyszące (* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$): 1 – aktywne radzenie sobie, 2 – planowanie, 3 – pozytywne przewartościowanie, 4 – akceptacja, 5 – humor, 6 – zwrot ku religii, 7 – poszukiwanie wsparcia emocjonalnego, 8 – poszukiwanie wsparcia instrumentalnego, 9 – zajmowanie się czymś innym, 10 – zaprzeczanie, 11 – wyladowanie, 12 – zazywanie substancji psychoaktywnych, 13 – zaprzestanie działań, 14 – obwinianie siebie.

Fig. 2. Stress coping strategies (Brief COPE – mean values) in prelingually deaf adult CI users and in hearing persons (* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$). 1 – active coping, 2 – planning, 3 – positive reframing, 4 – acceptance, 5 – humor, 6 – religion, 7 – use of emotional support, 8 – use of instrumental support, 9 – self-distraction, 10 – denial, 11 – venting, 12 – substance use, 13 – behavioral disengagement, 14 – self-blame.

Strategie radzenia sobie ze stresem a język migowy u osób z głuchotą prelingwalną i implantem ślimakowym (CI)

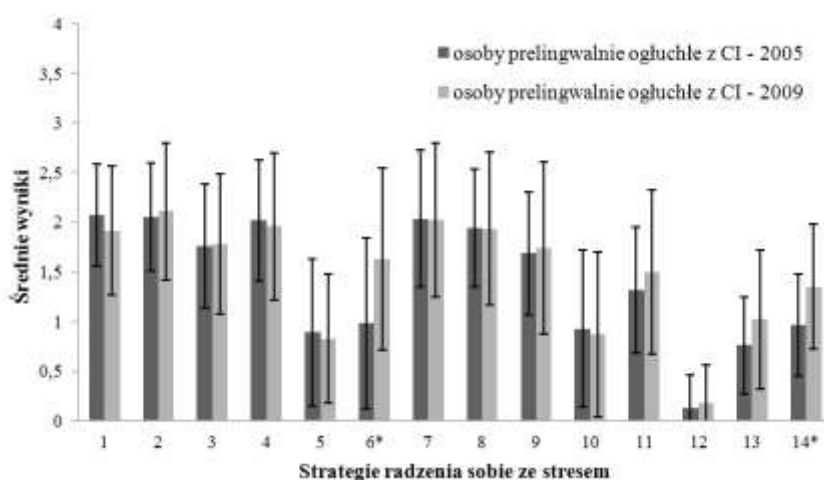
Porównanie trzech grup wyodrębnionych pod względem znajomości języka migowego (patrz: Materiał i metoda) wykazało istotne różnice w jednej strategii radzenia sobie ze stresem, jaką jest wyładowanie – $\chi^2(2) = 6,74; p < 0,05$. U osób prelingwalnie ogłuchłych korzystających z CI, znających język migowy, oraz u osób prelingwalnie ogłuchłych korzystających z CI, nieznających języka migowego, jest ono podobne. Osoby prelingwalnie ogłuchłe korzystające z CI, znające język migowy nie różnią się od osób słyszących żadną ze strategii radzenia sobie ze stresem. Natomiast osoby prelingwalnie ogłuchłe korzystające

z CI, nieznające języka migowego częściej korzystają ze strategii wyładowania niż osoby słyszące ($U = 243; p < 0,05$; ryc. 4).

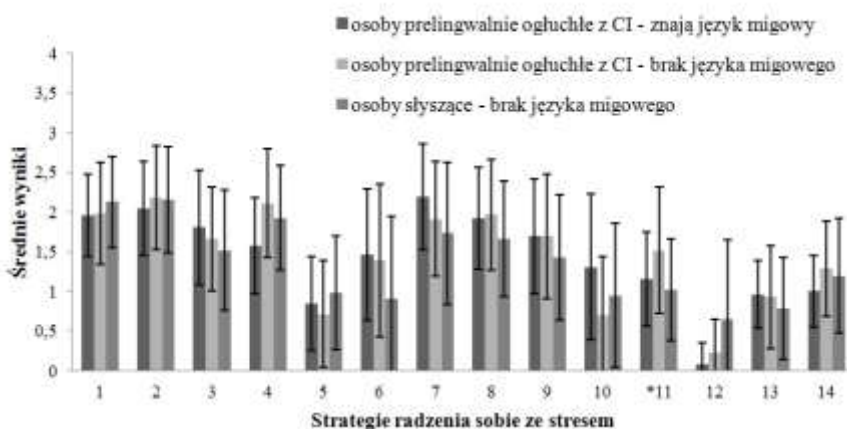
Strategie radzenia sobie ze stresem a zmienne socjodemograficzne u osób z głuchotą prelingwalną i implantem ślimakowym (CI)

Płeć

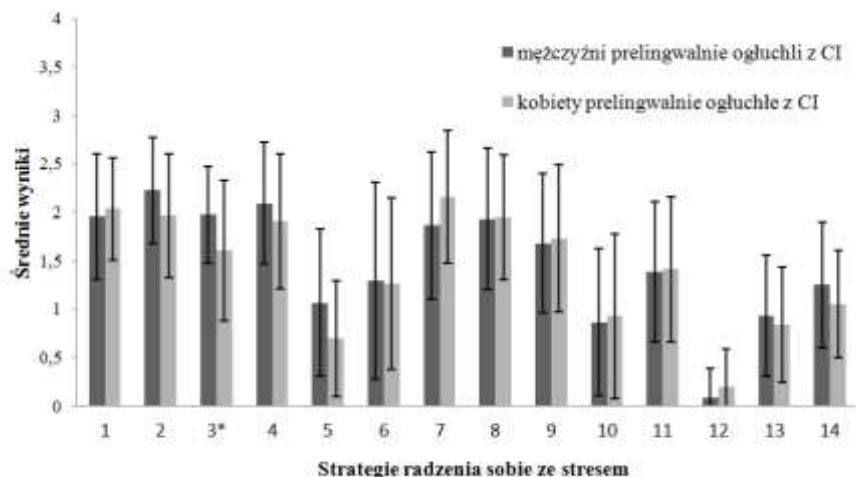
Stwierdzono, że kobiety i mężczyźni z głuchotą prelingwalną z CI istotnie różnią się tylko pod względem strategii radzenia sobie ze stresem w zakresie pozytywnego przewartościowania ($t = 2,04; p = 0,047$), mężczyźni stosują tę strategię częściej niż kobiety (ryc. 5).



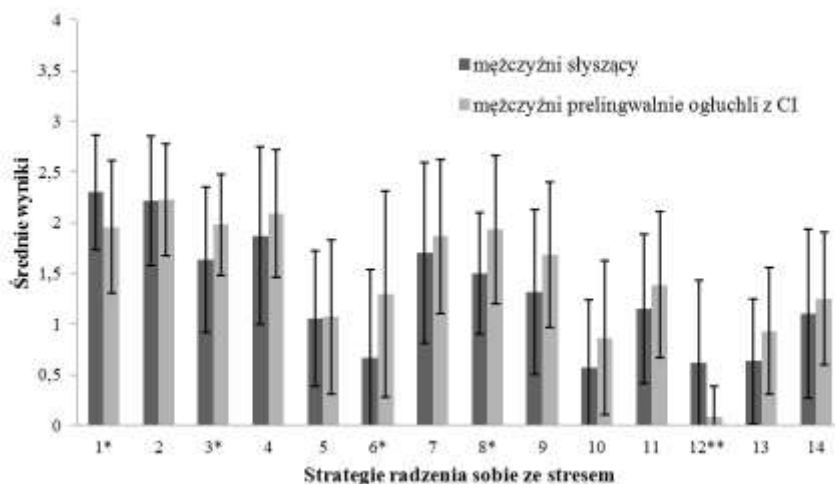
Ryc. 3. Strategie radzenia sobie ze stresem (Mini COPE – średnie) stosowane przez osoby dorosłe z głuchotą prelingwalną implantowane (CI) w latach 2005 i 2009 (* $p < 0,05$).
Fig. 3. Stress coping strategies (Brief COPE – mean values) in prelingually deaf adults provided with cochlear implants (CI) in 2005 and 2009 (* $p < 0,05$).



Ryc. 4. Strategie radzenia sobie ze stresem (Mini COPE – średnie) a znajomość języka migowego (osoby prelingwalnie ogłuchłe z CI znające język migowy, osoby prelingwalnie ogłuchłe z CI nieznające języka migowego oraz osoby słyszące nieznające języka migowego) (* $p < 0,05$).
Fig. 4. Stress coping strategies (Brief COPE – mean values) and knowledge of sign language (prelingually deaf CI users who know sign language, prelingually deaf CI users who do not know sign language and hearing persons who do not know sign language) (* $p < 0,05$).



Ryc. 5. Strategie radzenia sobie ze stresem (Mini COPE – średnie) stosowane przez kobiety i mężczyzn z głuchotą prelingwalną z CI (* $p < 0,05$).
Fig. 5. Stress coping strategies (Brief COPE – mean values) in prelingually deaf female and male CI users (* $p < 0,05$).



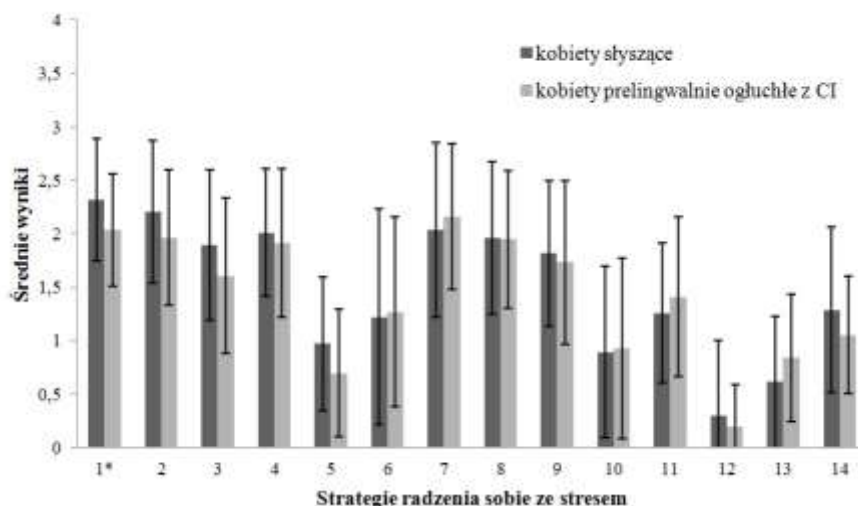
Ryc. 6. Strategie radzenia sobie ze stresem (Mini COPE – średnie) stosowane przez mężczyzn z głuchotą prelingwalną z CI oraz mężczyzn słyszących (* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$).
Fig. 6. Stress coping strategies (Brief COPE – mean values) in prelingually deaf male CI users and in hearing men (* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$).

Mężczyźni prelingwalnie ogłuchli korzystający z CI różnią się znacząco od mężczyzn słyszących w zakresie strategii radzenia sobie ze stresem – częściej zwracają się oni w sytuacjach stresujących ku religii ($t = -2,33$; $p = 0,024$), poszukują wsparcia instrumentalnego ($t = -2,34$; $p = 0,023$), a także stosują pozytywne przewartościowanie ($t = -2,04$; $p = 0,047$), jednak w stresujących sytuacjach znacznie rzadziej niż mężczyźni słyszący sięgają po substancje psychoaktywne ($t = 3,25$; $p = 0,002$) oraz stosują strategię aktywnego radzenia sobie ($t = 2,04$; $p = 0,047$; ryc. 6). Natomiast kobiety prelingwalnie ogłuchłe z CI oraz kobiety słyszące różnicuje tylko jedna strategia – aktywne radzenie sobie ($t = 2,17$; $p = 0,033$),

w przypadku której okazuje się, iż kobiety prelingwalnie ogłuchłe z CI są mniej aktywne w sytuacjach stresujących (ryc. 7).

Wiek

Porównanie osób prelingwalnie ogłuchłych z CI młodszych i starszych (podzielonych według kryterium mediany $Me = 29,5$ roku) wykazało istotne różnice w strategii radzenia sobie ze stresem w zakresie poszukiwania wsparcia emocjonalnego: strategię tę częściej stosują osoby młodsze ($M = 2,28$; $SD = 0,61$) niż starsze ($M = 1,78$; $SD = 0,75$; $t = 2,58$; $p = 0,013$).



Ryc. 7. Strategie radzenia sobie ze stresem (Mini COPE – średnie) stosowane przez kobiety z głuchotą prelingwalną z CI oraz kobiety słyszące (* $p < 0,05$).
Fig. 7. Stress coping strategies (Brief COPE – mean values) in prelingually deaf female CI users and in hearing women (* $p < 0.05$).

Wykształcenie

Nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie między strategiami radzenia sobie ze stresem zależnie od wykształcenia u osób z głuchotą prelingwalną z CI.

Praca

Osoby prelingwalnie ogłuchłe z CI mające pracę znacznie częściej korzystają ze wsparcia instrumentalnego ($M = 2,17$; $SD = 0,56$) niż osoby bez pracy ($M = 1,69$; $SD = 0,7$; $t = 2,7$; $p = 0,01$).

Status małżeński (partnerski)

Osoby z głuchotą prelingwalną z CI pozostające w związku małżeńskim (partnerskim) bądź samotne różnią się między sobą pod względem stosowania strategii radzenia sobie ze stresem: osoby samotne istotnie częściej posługują się humorem ($M = 1,03$; $SD = 0,69$) niż osoby w stałych związkach ($M = 0,6$; $SD = 0,62$; $t = -2,25$; $p = 0,029$), a także znacznie częściej zajmują się czymś innym w konfrontacji ze stresem ($M = 1,9$; $SD = 0,75$) niż osoby w związku małżeńskim (partnerskim) ($M = 1,42$; $SD = 0,63$; $t = -2,33$; $p = 0,024$).

DYSKUSJA

Badania dotyczą strategii radzenia sobie ze stresem u osób dorosłych z głuchotą prelingwalną, które zostały zaopatrzone w implant ślimakowy (CI) po 18 r.ż. Poszukiwano odpowiedzi na pytanie, czy stosowane strategie *coping* różnią się w badanej grupie od strate-

gii stosowanych przez słyszących z populacji ogólnej, analizowano także różnice ze względu na znajomość (deklarowaną) języka migowego i czas korzystania z CI (od 1 do 2 lat lub od 5 do 6 lat). Przedmiotem badań był ponadto związek zmiennych socjodemograficznych, takich jak: płeć, wiek, wykształcenie, aktywność zawodowa (nauka), pozostawanie bądź nie w związku małżeńskim (partnerskim), ze stosowanymi strategiami radzenia sobie ze stresem u osób dorosłych z głuchotą prelingwalną korzystających z CI.

Strategie radzenia sobie ze stresem, stosowane przez osoby prelingwalnie ogłuchłe z CI, odróżniają je od osób słyszących z populacji ogólnej. Osoby z głuchotą prelingwalną z CI znacząco rzadziej odwołują się do strategii aktywnego radzenia sobie ze stresem, polegającej na efektywnym radzeniu sobie. Częściej także manifestują zaprzestanie działań, a więc strategię unikową. W świetle uzyskanych wyników badań te charakterystyczne dla osób ogłuchłych prelingwalnie z CI strategie *coping* z perspektywy psychologii stresu i radzenia sobie tłumaczą bierność dorosłych osób głuchych w różnych sferach życia, np. na rynku pracy [28,29].

Uzasadnione jest odwołanie się w tym miejscu do koncepcji wyuczonej bezradności Seligmana [30], która może także tłumaczyć większą depresyjność osób ogłuchłych prelingwalnie w porównaniu ze słyszącymi [2,3,26,31,32,33] oraz jej związek ze strategiami radzenia sobie ze stresem, np. zaprzestaniem działań czy obwinianiem siebie [np. 34]. Osoby z głuchotą prelingwalną z CI w obliczu konfrontacji ze stresem rzadziej sięgają po alkohol i inne substancje psychoaktywne niż osoby słyszące, co pozostaje

w zgodności z istotnie mniejszym rozpowszechnieniem uzależnień w populacji osób ogłuchłych prelingwalnie [2,35].

Znaczącą rolę w stosowanych strategiach radzenia sobie ze stresem przez osoby z głuchotą prelingwalną z CI ogrywa płęć: mężczyźni przejawiają istotnie mniejsze nasilenie aktywnego radzenia sobie ze stresem niż mężczyźni słyszący, lecz częściej zwracają się ku religii i korzystają ze wsparcia instrumentalnego od innych ludzi, a także częściej dokonują pozytywnego przewartościowania sytuacji stresującej, poszukując pozytywnych jej stron i motywacji do rozwoju. Być może, ten swoisty sposób „bycia aktywnym” wiąże się z doświadczeniami socjalizacji dzieci głuchych ze słyszących rodzin i kontekstem społecznym, a w obliczu obiektywnie istniejących barier związanych z głuchotą może być także wyrazem pozytywnego przystosowania. Mężczyźni ogłuchli prelingwalnie z CI rzadziej sięgają po alkohol niż mężczyźni słyszący.

Pod względem stosowanych strategii *coping* kobiety z głuchotą prelingwalną z CI i słyszące są do siebie podobne, a różni je jedynie rzadsze posługiwanie się aktywnym radzeniem sobie ze stresem przez kobiety z głuchotą prelingwalną z CI.

Porównanie otrzymanych rezultatów badań dotyczących dorosłych z głuchotą prelingwalną z CI oraz dorosłych z głuchotą postlingwalną z CI, z uwzględnieniem ich płci, pozwala zauważyć specyfikę stosowanych strategii *coping*. W grupie badanej osób prelingwalnie ogłuchłych z CI kobiety są (raczej) podobne do kobiet słyszących, zaś w grupie osób postlingwalnie ogłuchłych z CI to mężczyźni wykazują podobieństwo do mężczyzn słyszących [36].

Dłuższy czas korzystania z implantu ślimakowego (5–6 lat) wiąże się z mniejszą częstością obwiniania siebie i zwracania się ku religii w konfrontacji ze stresem. Obwinianie siebie wchodzi w skład strategii wyrażających doświadczaną bierność, zaś zwrot ku religii traktowany jest jako strategia związana z poszukiwaniem emocjonalnego wsparcia. Biorąc pod uwagę, że efektywność CI u osób z głuchotą prelingwalną zwykle rośnie z upływem czasu, można sądzić, że ma to związek z rezygnacją z tych właśnie strategii radzenia sobie ze stresem jako nieefektywnych (samoobwinianie) lub czasem mniej efektywnych (zwrot ku religii).

Znajomość języka migowego, w różnym stopniu deklarowana przez osoby z głuchotą prelingwalną z CI sprzyja, zgodnie z wynikami badań, istotnie rzadszemu korzystaniu ze strategii, jaką jest wyładowanie, a więc np. mówienie o rzeczach, które pozwalają uciec od nieprzyjemnych uczuć. Można sądzić, że język migowy umożliwia kontakty społeczne i realizację potrzeby tworzenia więzi z innymi ludźmi, koleżeństwa i przyjaźni z „takimi samymi”. W efekcie umożliwia to osobom z głuchotą prelin-

gwalną podzielenie emocji i przeżyć związanych z różnymi sytuacjami stresującymi, chroniąc przed stosowaniem strategii wyładowania, zachowania unikowego związanego zazwyczaj z odcinaniem się od przeżywanych emocji i z trudnościami w ich werbalizacji, podobnie jak ma to miejsce u osób słyszących. Osoby prelingwalnie ogłuchłe z CI, nieznające języka migowego, istotnie częściej niż znające język migowy oraz słyszące będą stosować wyładowanie doświadczając stresu. Można to tłumaczyć trudnościami i niejednokrotnie samotnością w relacjach interpersonalnych z ludźmi słyszącymi jako zazwyczaj wyłącznymi do kontaktu, lecz niepozwalającymi na zaspokojenie potrzeby głębszych więzi z drugim człowiekiem [37,38].

Okazało się, że u osób z głuchotą prelingwalną z CI aktywność zawodowa sprzyja korzystaniu ze wsparcia instrumentalnego innych ludzi. Natomiast wiek pozostaje w związku ze stosowaniem strategii polegającej na poszukiwaniu wsparcia emocjonalnego, a więc młodsze osoby prelingwalnie ogłuchłe z CI częściej zwracają się w obliczu stresu po otuchę i zrozumienie innych. Z kolei pozostawanie w związku małżeńskim (partnerskim) przez osoby z głuchotą prelingwalną z CI wiąże się z rzadszym korzystaniem ze strategii polegającej na zajmowaniu się czymś innym (zachowanie unikowe) czy strategii poczucia humoru (zachowanie unikowe), co wskazuje na pozytywne znaczenie związku partnerskiego także w sferze stosowanych strategii radzenia sobie ze stresem.

Ograniczeniem badań jest stosunkowo mała liczebność próby, a także zastosowanie procedury, która uniemożliwia bezpośrednią ocenę posiadanych kompetencji językowych w języku polskim. W związku z tym należałoby dokonać replikacji prezentowanych badań, z uwzględnieniem oceny kompetencji językowych w języku polskim.

WNIOSKI

1. Osoby z głuchotą prelingwalną z CI mają inny wzorec strategii radzenia sobie ze stresem niż osoby słyszące: są one znacząco mniej aktywne w konfrontacji ze stresem oraz częściej zaprzestają działań („wycuczone bezradność”), rzadziej też sięgają po substancje psychoaktywne, np. alkohol.
2. Można sądzić, że wraz z upływem czasu od momentu wszczęcia CI osoby prelingwalnie ogłuchłe rezygnują ze strategii mniej efektywnych w radzeniu sobie ze stresem, np. samoobwiniania.
3. Kobiety prelingwalnie ogłuchłe z CI w porównaniu z kobietami z głuchotą postlingwalną z CI wykazują lepsze przystosowanie w zakresie strategii radzenia sobie ze stresem. U mężczyzn zależność jest odwrotna. Wynika stąd wniosek, iż nie jest

wskazane traktowanie osób korzystających z CI jako jednolitej grupy, z pominięciem etiologii głuchoty zarówno w badaniach naukowych, jak i w planowaniu oddziaływań rehabilitacyjnych.

4. Pozostawianie w związku małżeńskim (partner-skim) wiąże się u osób z głuchotą prelingwalną z CI z efektywniejszym radzeniem sobie ze stresem, tj. rzadszym stosowaniem strategii polegającej na poszukiwaniu czynności zastępczych w konfrontacji ze stresem.
5. Aktywność zawodowa (nauka) sprzyja u osób prelingwalnie ogłuchłych z CI sięganiu po wsparcie instrumentalne, zaś młodszy wiek sięganiu po wsparcie emocjonalne innych ludzi.
6. Osoby prelingwalnie ogłuchłe z CI wymagają profesjonalnego wsparcia w aktywnym i efektywnym radzeniu sobie ze stresem (trening asertywności, trening radzenia sobie ze stresem, trening interpersonalny, psychoedukacja, psychoterapia i in.).

PIŚMIENNICTWO

1. Sleeboom van Raaij C.J. Wpływ głuchoty na rodzinę, jej strukturę i wzajemne komunikowanie się – retrospekcja z perspektywy dorosłości. Okiem psychiatry. W: Młodzież głucha i słabosłysząca w rodzinie i otaczającym świecie – dla terapeutów, nauczycieli, wychowawców i rodziców. Red. J. Kobosko. Stowarzyszenie Rodziców i Przyjaciół Dzieci i Młodzieży z Wadą Słuchu „Usłyszeć Świat”, Warszawa 2009, ss. 284–299.
2. 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: 3–22.
3. Fellingner J., Holzinger D., Pollard R. Mental health of deaf people. *Lancet* 2012; 379: 1037–1044.
4. Szczepankowski B. Niesłyszący – głusi – głuchoniemi. Wyrównywanie szans. WSIP, Warszawa 1999.
5. Krakowiak K. Dar języka. Podręcznik metodyki wychowania językowego dzieci i młodzieży z uszkodzeniami narządu słuchu. Wydawnictwo KUL, Lublin 2012.
6. Teoh S.W., Pisoni D.B., Miyamoto R.T. Cochlear implantation in adults with prelingual deafness. Part II. Underlying constraints that affect audiological outcomes. *Laryngoscope* 2004; 114: 1714–1719.
7. Rostkowska J. Implant ślimakowy a młodzież z głuchotą prelingwalną – spojrzenie z perspektywy logopedycznej. W: Młodzież głucha i słabosłysząca w rodzinie i otaczającym świecie – dla terapeutów, nauczycieli, wychowawców i rodziców. Red. J. Kobosko. Stowarzyszenie Rodziców i Przyjaciół Dzieci i Młodzieży z Wadą Słuchu „Usłyszeć Świat”, Warszawa 2009, ss. 247–251.
8. Skarżyński H. Wszczęp ślimakowy u osoby dorosłej z głuchotą prelingwalną. *Otolaryngol. Pol.* 1994; 48, supl. 15: 86–91.
9. Klop W.M.C., Briaire J.J., Stiggelbout A.M., Frijns J.H.M. Cochlear implant outcomes and quality of life in adults with prelingual deafness. *Laryngoscope* 2007; 117: 1982–1987.
10. Yoshida H., Kanda Y., Miyamoto I., Fukuda T., Takahashi H. Cochlear implantation on prelingually deafened adults. *Auris Nasus Larynx* 2008; 35: 349–352.
11. Millette I., Gobeil S., Bhéer M., Duchesne L. Cochlear implants in adults with prelinguistic deafness: do auditory gains match the subjective benefits? *Cochlear Implants Int.* 2011; 12, supl. 1: 78–81.
12. Caposecco A., Hickson L., Pedley K. Cochlear implant outcomes in adults and adolescents with early-onset hearing loss. *Ear Hear* 2012; 33: 209–220.
13. Rostkowska J., Wojewódzka B., Kobosko J., Geremek-Samsonowicz A., Skarżyński H. Możliwości słuchowe dorosłych osób ogłuchłych zaopatrzonych w implant ślimakowy. *Now. Audiofonol.* 2012; 1: 46–49.
14. Rostkowska J., Wojewódzka B. Analiza efektów terapii 51-letniego pacjenta prelingwalnie ogłuchłego, zaopatrzono w system CI. *Now. Audiofonol.* 2013; 2(3): 49–58.
15. Straatman L.V., Huinck W.J., Langereis M.C., Snik A.F.M., Mulder J.J. Cochlear implantation in late-implanted prelingually deafened adults: changes in quality of life. *Otol. Neurotol.* 2014; 35: 253–259.
16. Koszyła-Hojna B., Moskal D. Wpływ implantu ślimakowego (CI) na proces fonacji i komfort życia pacjentów z głuchotą pre- i postlingwalną. *Pol. Merkuriusz Lek.* 2012; 33: 70–79.
17. Bain L., Scott S., Steinberg A.G. Socialization experiences and coping strategies of adults raised using spoken language. *J. Deaf Stud. Deaf Educ.* 2004; 9: 120–128.
18. Jambor E., Elliott M. Self-esteem and coping strategies among deaf students. *J. Deaf Stud. Deaf Educ.* 2005; 10: 63–81.
19. Juczyński Z., Ogińska-Bulik N. Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem. Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 2009.
20. Heszten I. Psychologia stresu. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2013.
21. Carver C.S. You want to measure coping but your protocol's too long: consider the Brief COPE. *Int. J. Behav. Med.* 1997; 4: 92–100.
22. Hatchett G.T., Park H.L. Relationships among optimism, coping styles, psychopathology, and counseling outcome. *Pers. Individ. Differ.* 2004; 36: 1755–1769.
23. Tomczak-Witych A. Strategie pacjentek depresyjnych radzenia sobie ze stresem. *Psych. Pol.* 2006; 40: 491–502.
24. Juczyński Z., Ogińska-Bulik N. Inwentarz do Radzenia sobie ze Stresem Mini-Cope (45–56). Juczyński Z., Ogińska-Bulik N. Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem. Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 2009.
25. 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: 278–300.
26. Kvam M.H., 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: 1–7.
27. Rembar S.H., 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: 41–49.
28. Miklewska A. Wybrane problemy aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych na przykładzie autorskiego programu (495–514). Janowski K., Artymiak M. Człowiek chory. Aspekty biopsychosocjalne. Wydawnictwo POLIHYMNIA, Lublin 2009.
29. Sak M. 4 kroki – wsparcie osób niesłyszących na rynku pracy II – podręcznik dobrych praktyk. Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Warszawa 2012.
30. Seligman M.E.P., Walker E.F., Rosenhan D.L. *Psychopatologia*. Tłum. J. Gilewicz, A. Wojciechowski. Wydawnictwo Zysk i S-ka, Warszawa 2003.
31. Estrada B. Beck Depression Inventory in Mexican Sign Language. *International Journal on Mental Health and Deafness* 2012; 2: 4–12.
32. Fellingner 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: 737–742.
33. Leigh I.W., Anthony-Tolbert S. Reliability of the BDI-II with Deaf persons. *Rehabil. Psychol.* 2001; 46(2): 195–202.
34. Orzechowska A., Zajączkowska M., Talarowska M., Gałęcki P. Depression and ways of coping with stress: A preliminary study. *Med. Sci. Monit.* 2013; 19: 1050–1056.
35. Diaz D.R., Landsberger S.A., Povlinski J., Sheward J., Sculley C. Psychiatric disorder prevalence among deaf and hard-of-hearing outpatients. *Compreh. Psychiatry* 2013; 54: 991–995.
36. Kobosko J., Pankowska A., Skarżyński H. Strategie radzenia sobie ze stresem u osób dorosłych postlingwalnie ogłuchłych korzystających z implantu ślimakowego w porównaniu z populacją ogólną słyszących. *Otolaryngol. Pol.* 2012; 66(2): 132–137.
37. Podgórska-Jachnik D. Głusi. Emancypacje. Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Pedagogicznej, Łódź 2013.
38. Müller D. Poczucie samotności studentów z niepełnosprawnością słuchu (45–64). Sobczak A. Niezależne życie i pełne uczestnictwo osób niepełnosprawnych w życiu społecznym. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2012.