

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego
w Poznaniu
Wydział Nauk o Zdrowiu

Agnieszka Pilarska

**Psychospołeczne uwarunkowania wczesnego
rozwoju dziecka z zaburzeniami słuchu**

Psychosocial determinants in early development of a child
with hearing loss

Praca doktorska
napisana pod kierunkiem
dr hab. n. med. Alicji Sekuli

Poznań 2015

*Dziękuję mojemu Promotorowi dr hab. n. med. Alicji Sekuli
za wszechstronną pomoc, wsparcie merytoryczne i życzliwość.*

Spis treści

1. Wstęp	6
1.1. Wczesne wykrywanie wad słuchu u dzieci	6
1.2. Funkcjonowanie i kryzys emocjonalny rodziców	9
1.3. Stres w ujęciu psychologicznym	14
1.4. Źródła stresu.....	18
1.5. Radzenie sobie ze stresem i sposoby jego pomiaru	22
1.6. Wsparcie społeczne rodziców w dzieci z zaburzeniami słuchu	29
2. Metodologia badań	37
2.1. Problem badawczy	37
2.2. Operacjonalizacja zmiennych	38
2.3. Metodyka badań	39
2.4. Analiza statystyczna badań	49
2.5. Plan i organizacja badań	51
3. Wyniki i statystyki opisowe	52
3.1. Wyniki badań dla zmiennych niezależnych	52
3.1.1. Wiek dziecka	52
3.1.2. Wiek matki	53
3.1.3. Wykształcenie matki.....	54
3.1.4. Miejsce zamieszkania	55
3.1.5. Liczba dzieci w rodzinie	56
3.1.6. Posiadanie własnego pokoju przez dziecko	57
3.1.7. Miejsce codziennego pobytu dziecka	57
3.1.8. Status materialny rodziny.....	57
3.1.9. Struktura rodziny	58
3.1.10. Uszkodzenie słuchu dziecka	59
3.1.11. Poziom lęku matki	60
3.1.12. Poziom stresu matki.....	61
3.1.13. Wsparcie społeczne.....	68
3.2. Wyniki badań dla zmiennych zależnych.....	74
3.2.1. Iloraz rozwoju – Motoryka duża	75
3.2.2. Iloraz rozwoju – Motoryka mała	76

3.2.3. Iloraz rozwoju – Rozwój społeczno-emocjonalny.....	77
3.2.4. Iloraz rozwoju – Komunikacja.....	78
3.2.5. Globalny iloraz rozwoju.....	79
4. Analiza statystyczna hipotez badawczych.....	80
4.1. Problem 1. Czy istnieje związek między uszkodzeniem słuchu dziecka a poziomem jego rozwoju? ..	80
4.1.1. Iloraz rozwoju – Motoryka mała	80
4.1.2. Iloraz rozwoju – Motoryka duża.....	81
4.1.3. Iloraz rozwoju – Rozwój społeczno-emocjonalny.....	82
4.1.4. Iloraz rozwoju – Komunikacja.....	84
4.1.5. Globalny iloraz rozwoju.....	85
4.2. Problem 2. Czy istnieje związek pomiędzy uszkodzeniem słuchu dziecka, a poziomem i rodzajem odczuwanego przez matkę stresu?.....	87
4.2.1. Napięcie emocjonalne.....	87
4.2.2. Stres zewnętrzny.....	89
4.2.3. Stres intrapsychoiczny.....	90
4.2.4. Skala kłamstwa	91
4.2.5. Ogólny poziom stresu.....	91
4.3. Problem 3. Czy istnieje związek pomiędzy uszkodzeniem słuchu dziecka a poziomem odczuwanego przez matkę lęku?	92
4.4. Problem 4. Czy istnieje związek pomiędzy otrzymywanym przez matkę wsparciem społecznym a odczuwanym przez nią poziomem i rodzajem stresu?	94
4.4.1. Wsparcie informacyjne.....	94
4.4.2. Wsparcie instrumentalne	98
4.4.3. Wsparcie emocjonalne.....	99
4.4.4. Wsparcie wartościujące.....	103
4.4.5. Ogólny poziom wsparcia.....	106
4.5. Problem 5. Czy istnieje związek pomiędzy otrzymywanym przez matkę wsparciem społecznym a odczuwanym przez nią lękiem?	110
4.5.1. Wsparcie informacyjne.....	110
4.5.2. Wsparcie instrumentalne	111
4.5.3. Wsparcie emocjonalne.....	112
4.5.4. Ogólny poziom wsparcia.....	114
4.6. Problem 6. Czy istnieje związek pomiędzy otrzymywanym przez matkę wsparciem społecznym a poziomem rozwoju jej dziecka z niedosłuchem?	115
4.6.1. Wsparcie informacyjne.....	116
4.6.2. Wsparcie instrumentalne	116

4.7. Problem 7. Czy istnieje związek pomiędzy odczuwanym przez matkę stresem a poziomem rozwoju jej dziecka z niedosłuchem?	122
4.8. Problem 8. Czy istnieje związek pomiędzy poziomem odczuwanego przez matkę lęku a poziomem rozwoju dziecka z niedosłuchem?	124
4.8.1. Iloraz rozwoju – Motoryka duża	124
4.8.2. Iloraz rozwoju – Motoryka mała	125
4.8.3. Iloraz rozwoju – Rozwój społeczno-emocjonalny	126
4.8.4. Iloraz rozwoju – Komunikacja	128
4.8.5. Globalny iloraz rozwoju	129
4.9. Problem 9. Czy istnieje związek pomiędzy stylem radzenia sobie ze stresem przez matkę a poziomem rozwoju dziecka z niedosłuchem?	130
4.10. Problem 10. Czy istnieje związek pomiędzy wykształceniem matki a poziomem rozwoju jej dziecka z niedosłuchem?	131
4.11. Problem 11. Czy istnieje związek pomiędzy wysokością dochodu w rodzinie a rozwojem dziecka z niedosłuchem?	132
4.12. Problem 12. Czy istnieje związek pomiędzy wykształceniem matki a poziomem odczuwanego przez nią stresu?	132
4.13. Problem 13. Czy istnieje związek pomiędzy miejscem zamieszkania matki a poziomem odczuwanego przez nią stresu?	133
5. Dyskusja	134
6. Wnioski	145
7. Streszczenie	147
Summary	149
8. Piśmiennictwo	152
9. Spis tabel i rysunków	161

1. Wstęp

1.1. Wczesne wykrywanie wad słuchu u dzieci

Sprawnie funkcjonujący zmysł słuchu pozwala na rozwijanie percepcji bodźców akustycznych, przez co dźwięki umożliwiają poznawanie otaczającego świata. Noworodki reagują niespecyficznie na silny dźwięk poprzez odruch uszno-powiekowy, przerywanie płaczu i ssania, zmianę rytmu oddychania, odruch Moro, odwracanie oczu i głowy w kierunku źródła dźwięku oraz budzenie się z płytkiego snu (1,2). Ponieważ dziecko poznaje świat między innymi dzięki jego akustycznym cechom, uczy się także korzystać z dźwięków podczas komunikowania się z otoczeniem. Przyjmuje się, iż pierwsze dwa lata życia mają największe znaczenie w rozwoju procesu komunikatywnego (3), a podjęcie działań po tym okresie może znacznie utrudnić, ograniczyć i opóźnić opanowanie mowy. Wczesne wykrycie u dziecka wady słuchu oraz odpowiednia interwencja w postaci działań leczniczych i rehabilitacyjnych mają zatem istotne znaczenie dla jego rozwoju. Każdy miesiąc opóźnienia w tym zakresie wpływa na postępy funkcjonowania dziecka w sferach komunikacji, dojrzałości społecznej, rozwoju emocjonalnego oraz funkcji poznawczych.

Historia przesiewowych badań słuchu sięga pierwszej połowy XX wieku, kiedy u dzieci w pierwszym roku życia stosowano metody behawioralne polegające m.in. na sprawdzaniu reakcji na bodziec słuchowy za pomocą odruchu uszno-powiekowego, ogólnych zmian zachowania (np. pobudzenie, mruganie powiekami), zmianę aktywności i częstości akcji serca (4). Badania te były wyłącznie orientacyjne i za ich pomocą możliwe było wykrycie jedynie wrodzonego obustronnego głębokiego niedosłuchu (5). W 1969 roku w Stanach Zjednoczonych powstał komitet o nazwie *Joint Committee on Infant Hearing* (JCIH) zrzeszający specjalistów zajmujących się problemami zaburzeń słuchu i mowy u dzieci. JCIH po wieloletnich badaniach wykazał jak bardzo poważne są skutki uszkodzenia słuchu we wczesnych etapach życia dziecka, a w latach 1982-1986 przekonywał, że badania przesiewowe słuchu należy wykonywać jak najwcześniej – najlepiej w początkowych miesiącach życia (6). Przełomowy okazał się rok 1994, kiedy JCIH wprowadził rozporządzenie, że niedosłuch powinien zostać zdiagnozowany u dzieci przed 3. miesiącem życia, a działania w postaci np. założenia aparatów powinny zostać

podjęte do 6. miesiąca życia (6). W 1998 roku w Mediolanie, podczas spotkania specjalistów z różnych krajów świata, ustanowiono (ze zmianami w kolejnych latach) aktualnie obowiązujące zasady z zakresu przesiewowych badań słuchu u dzieci (*The European Consensus Development Conference on Neonatal Hearing Screening – Mediolan, 15-16.05.1998*) (7).

W Polsce problem przesiewowych badań słuchu niemowląt został podjęty w 1971 roku, kiedy Instytut Matki i Dziecka w Warszawie stworzył Krajowy Program Ochrony Słuchu Dziecka. Zwrócono wówczas uwagę na istotne znaczenie badań przesiewowych i wczesnego wykrywania wad słuchu (8). Wśród twórców projektu znajdowali się m.in. Pruszewicz i Obrębowski, którzy zaproponowali autorski model badań niemowląt. Dotyczył on części populacji obciążonej większym ryzykiem uszkodzenia słuchu i uwzględniał w diagnostyce badanie elektrofizjologiczne, audiometrię impedancyjną oraz audiometrię behawioralną (9,10). Z kolei Borkowska-Gertig z zespołem przedstawiła projekt trójstopniowego badania selekcyjnego słuchu, gdzie pierwsze badanie wykonywane było w 8.-12. miesiącu życia, drugie w 3.-5. roku życia i ostatnie w 6.-12. roku życia. W tym przypadku ustalono także udział i zakres obowiązków poszczególnych specjalistów na wszystkich poziomach skriningu (8).

Znaczący wkład w program przesiewowych badań słuchu wniosła w latach 90. Góralówna, poddając wstępnej diagnostyce całą populację noworodków na terenie Warszawy i okolic (11). Kolejny projekt został podjęty także w latach 90., tym razem przez Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu. Za cel zostało postawione wdrożenie do praktyki klinicznej obowiązkowego skriningu słuchowego u dzieci z grup ryzyka i stopniowe zwiększanie ilości przebadanych osób do całej populacji noworodków (12). Wyznaczonego celu nie udało się zrealizować z powodów ekonomicznych.

Schemat skriningu słuchowego u noworodków, możliwego do przeprowadzenia w Polsce został opracowany i przedstawiony przez Klinikę Foniatrii i Audiologii Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu w 1996 roku. Obejmował on kwestię wyodrębnienia grup ryzyka ze względu na czynniki powodujące wadę słuchu. Wytypowano cztery grupy omawianych czynników: pierwsza dotyczyła podłoża genetycznego – rodzinnych powiązań dziecka, druga brała pod uwagę okres płodowy, trzecia określała czynniki ryzyka występujące w okresie okołoporodowym, a ostatnia

związana była z obserwacjami rodziców dotyczącymi nieprawidłowego rozwoju dziecka (13). Dzieci, które przypisano do grupy ryzyka, miały być badane w drugiej dobie życia audiometrią impedancyjną, od wyniku której zależała dalsza droga diagnostyczna. W zależności od uzyskanego wyniku, zalecenia mogły dotyczyć badania otoemisji akustycznej trzaskiem (TEOAE – *Transient Click Evoked Otoacoustic Emissions* lub DPOAE – *Distortion Product Otoacoustic Emissions*), badania ABR (*Auditory Brainstem Response*) lub całościowej diagnostyki audiologicznej. Opisany plan skринingu miał być pierwszym etapem badań przesiewowych, które powinna realizować podstawowa opieka zdrowotna (14).

Poprzez współdziałanie Fundacji Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy, specjalistów Polskiego Towarzystwa Neonatologów oraz Polskiego Towarzystwa Otolaryngologów Chirurgów Głowy i Szyi, w 2001 roku stworzono Program Powszechnych Przesiewowych Badań Słuchu u Noworodków (PPPBSN). Pod hasłem ratowania słuchu i wzroku noworodków WOŚP zgromadziła odpowiednie środki finansowe pozwalające m.in. na zakup urządzeń do prowadzenia badań przesiewowych. Jesienią 2002 roku PPPBSN rozpoczął swoje funkcjonowanie w ramach działań pilotażowych, ale już na początku 2003 roku objął swym zasięgiem wszystkie oddziały noworodkowe w Polsce (15).

Aktualnie w PPPBSN uczestniczy 422 ośrodków medycznych, które dzielą się na 3 poziomy diagnostyczne przeprowadzające wczesne wykrywanie, diagnostykę oraz działania interwencyjne w przypadku dysfunkcji słuchu u dzieci (16). Pierwszy poziom uwzględnia wszystkie oddziały neonatologiczne w Polsce (17). Analiza wyników z pierwszego poziomu wskazuje, iż 91% badanej populacji uzyskuje prawidłowe zapisy w badaniu OAE (*otoacoustic emission*), a około 8,9% dzieci powinno zostać skierowanych na II poziom referencyjności (16). Drugi poziom referencyjności w założeniach realizowany jest do szóstego miesiąca życia. Badania drugiego poziomu zawierają wywiad lekarski, pomiar otoemisji DPOAE, audiometrię impedancyjną oraz badania ABR. Poziom trzeci obejmuje dzieci z rozpoznaniem niedosłuchu - po wykonaniu szczegółowych badań i stwierdzeniu niedosłuchu głębszego lub równego 40 dB zostaje wdrożony proces rehabilitacji (17) polegający na dopasowaniu odpowiednich aparatów słuchowych, specjalistycznym treningu słuchowym w grupie specjalistów (m.in. audiologa, psychologa, logopedy, pedagoga, neurologa, rehabilitanta ruchowego), ustalenia planu terapii dla

dziecka i rodziny. W przypadku diagnozy głębokiego obustronnego niedosłuchu przy jednoczesnym braku korzyści z aparatów słuchowych i tym samym braku postępów w rehabilitacji, stwierdzone są wskazania do wszczęcia dziecku implantu ślimakowego, co rozpoczyna odpowiednią procedurę kwalifikacyjną (18).

Dane statystyczne Centralnej Bazy Danych dotyczące częstości występowania niedosłuchów i ich głębokości wskazują, że niedosłuch zdiagnozowano u 9872 dzieci, co stanowi 29% populacji. W tej grupie 2924 osób miało obustronny ubytek słuchu, a u 1160 dzieci wykryto głęboki obustronny niedosłuch czuciowo-nerwowy. 97503 dzieci na pierwszym poziomie referencyjności zakwalifikowano do grupy ryzyka, w związku z możliwym wystąpieniem uszkodzenia słuchu (16). Program Powszechnych Przesiewowych Badań Słuchu należy zaliczyć do wielkiego osiągnięcia, które poprzez wczesną identyfikację dzieci z niedosłuchem umożliwiło części z nich normalny start w dorosłe życie i uzyskiwanie podobnych sukcesów jak osoby słyszące.

Zakończenie procesu diagnostycznego i rozpoczęcie odpowiedniej terapii i rehabilitacji u dzieci z niedosłuchem ma istotne znaczenie dla rozwoju słuchu i mowy, a tym samym uzyskanie szansy na prawidłowe funkcjonowanie w wielu obszarach rozwojowych: poznawczym, emocjonalnym, społecznym. Fakt poprawy jakości życia oraz szansy na normalny rozwój wpływa również na rodziców dziecka z niedosłuchem: zmniejsza poziom stresu, daje motywację do podjęcia rehabilitacji oraz siłę do przezwycięzania trudności, które mogą pojawić się w jej trakcie.

1.2. Funkcjonowanie i kryzys emocjonalny rodziców

Zdiagnozowanie u dziecka wady słuchu jest dla jego rodziców najczęściej szokiem. Reakcja na wiadomość o niepełnosprawności jest indywidualna, jednak wspólnymi przeżywanymi emocjami są m.in. ból, rozpacz, żal, a także bunt, gniew i agresja. Niejednokrotnie uaktywnia się mechanizm zaprzeczania. Uczucia porównywalne są z doświadczeniem śmierci bliskiej osoby (19). Według Hoffa (20) opisywane emocje wywołują zamęt psychiczny i cierpienie oraz popychają do impulsywnych dążeń natychmiastowego ich złagodzenia.

W psychologii podkreśla się fakt złożoności zjawiska kryzysu emocjonalnego, jednak samą istotę kryzysu jako załamania stanu równowagi charakteryzują poczucie

bezradności, poznawczy chaos, nierealne spostrzeganie i przeżywanie rzeczywistości, nagły wzrost napięcia, dezorganizacja w funkcjonowaniu psychospołecznym oraz brak efektywnych sposobów radzenia sobie (21). Najbardziej znanymi badaczami zjawiska kryzysu emocjonalnego są Lindemann i Caplan, którzy na podstawie wieloletnich doświadczeń, analiz i praktyki klinicznej doprowadzili do uspołnienienia jego definicji. Kryzys emocjonalny został opisany jako przejściowe zaburzenia równowagi psychicznej, będące rezultatem ważnego życiowego problemu w kontekście cenionych wartości oraz towarzyszących im wzrostu napięcia i lęku (22–24). Zdaniem autorów, wystąpienie kryzysu konstituuje deficyt dotychczasowych sposobów radzenia sobie w sytuacji trudnej. Mimo, iż nie wszyscy jednakowo reagują na określone zagrożenie, to istnieją pewne zdarzenia, np. utraty i żałoby, które zawsze wywołują kryzys emocjonalny. Załamanie emocjonalne i dezorganizacja – występujące na kolejnych etapach zmagania się z kryzysem – są rezultatem powielania bezskutecznych prób opanowania sytuacji (22). Z uwagi na przełomowe znaczenie tego zjawiska, w stosunku do osób których dotyczy powinny zostać podjęte natychmiastowe działania poprawiające jakość życia i relacje z otoczeniem (25).

W literaturze tematu kryzys opisywany jest jako zjawisko złożone, ujawniające się na kilku poziomach jednocześnie: emocjonalnym, poznawczym, fizjologicznym oraz behawioralnym (20,21). Jak wspomniano, w płaszczyźnie emocjonalnej dominują uczucia negatywne w postaci szoku, złości, żalu, samoobwiniania oraz lęku widocznego jako dezorganizacja zachowania i poczucie bezradności. Obszar poznawczy w sytuacji kryzysu jest znacznie upośledzony – jednostka nie jest w stanie racjonalnie myśleć, skupia uwagę wyłącznie na traumatycznym zdarzeniu, kompulsywnie dąży do natychmiastowego rozwiązania problemu. Poziom fizjologiczny uwidacznia się poprzez symptomy fizjologiczne i somatyczne w kontekście odczuwanego lęku, np. pocenie się, drżenie rąk, bóle głowy i brzucha, nudności. Objawy behawioralne – będące skutkiem przeżywanych emocji – manifestowane są m.in. jako działania autodestruktywne (np. sięganie po środki psychoaktywne), izolowanie się od otoczenia, utrata zdolności kontrolowania emocji oraz odejście od pełnienia dotychczasowych ról życiowych (zawodowych, społecznych) (21).

James i Gilliland (26), opisując przebieg kryzysu psychologicznego wyodrębnili jego następujące stadia: pojawienie się sytuacji krytycznej wraz z oszacowaniem możliwości poradzenia sobie z nią; wzrost napięcia, dezorganizacja i brak kompetencji

rozwiązania kryzysu; stopniowe wychodzenie z kryzysu przy pomocy dodatkowych zasobów (np. wsparcia psychologicznego). Ostatnim, dodatkowym etapem może być konieczność poddania się psychoterapii w celu usunięcia dysfunkcyjnych zachowań i sposobów myślenia. Według autorów, brak otrzymanego wsparcia w sytuacji kryzysu może skutkować u jednostki wystąpieniem poważnych zaburzeń, a pomoc powinna dotyczyć szerokiego, psychospołecznego zakresu funkcjonowania.

Odmianą klasyfikację poszczególnych etapów kryzysu przedstawił Klinger z zespołem (27) w kontekście straty bliskiej osoby. Stadia kryzysu dotyczą tutaj stopniowego uwalniania się – zrywania psychicznej i emocjonalnej więzi jednostki od utraconego obiektu. Pierwszym etapem jest faza mobilizacji oraz towarzyszące jej poczucie zwiększonej energii i pobudzenia. Emocje ogólnego ożywienia szybko zastępuje frustracja, gniew i brak zgody na sytuację straty, co oznacza pojawienie się fazy buntu. Przedostatnim etapem jest rezygnacja i pojawienie się emocji astenicznych w postaci apatii, bezradności i smutku. Brak działań interwencyjnych w tej części procesu skutkować może ostatnią fazą – depresją.

Diagnoza wady słuchu dziecka wywołuje najczęściej u rodziców kryzys emocjonalny. Okres ten nazywany jest procesem żałoby i z psychologicznego punktu widzenia stanowi drogę do stawania się rodzicem dziecka niepełnosprawnego (28). Żałoba – zawsze połączona ze stratą – związana jest tutaj z nauczeniem się na nowo życia bez pewnych oczekiwań w stosunku do dziecka niesłyszącego.

Manu Keirse (29) wyróżnia cztery podstawowe etapy (zadania) żałoby, których wypełnienie warunkuje zakończenie jej procesu. Należą do nich akceptacja rzeczywistości po stracie, doświadczanie bólu straty, przystosowanie się do rzeczywistości z uwzględnieniem straty oraz znalezienie dla niepełnosprawnego dziecka miejsca w życiu rodziców.

W pierwszym etapie następuje najczęściej negowanie diagnozy, przeważa uczucie szoku; część osób reaguje poprzez wycofanie emocjonalne i dystans. Warunkiem przejścia do kolejnej fazy jest pogodzenie się z faktem niepełnosprawności, co może trwać wiele tygodni, miesięcy, a nawet lat. Dla większości rodziców ważnym elementem akceptacji sytuacji jest zrozumienie dlaczego dziecko ma wadę słuchu, czy jest ona uwarunkowana czynnikami genetycznymi, komplikacjami okołoporodowymi, konsekwencją przebytej

choroby, czy zażyciem ototoksycznych leków. Istotnym elementem jest wsparcie psychiczne dające rodzicom szansę na zrozumienie i zaakceptowanie pojawiających się emocji, a także rzetelne udzielanie informacji zwrotnych ze strony personelu medycznego. Zatrzymując się na tym etapie, rodzice nie są często zdolni towarzyszyć dziecku w rozwoju, nie dostrzegają jego mocnych stron, co realnie przekłada się na proces wdrażanej rehabilitacji.

Po zaakceptowaniu przez rodziców straty oraz zrozumieniu przyczyn niepełnosprawności dziecka, możliwe jest przejście do drugiego zadania procesu żałoby, czyli doświadczania bólu straty (29). Omawiany proces jest trudny, ponieważ odczuwane emocje są bardzo intensywne i opisywane jako „częste uderzenia bólu” oraz towarzyszący silny płacz. Po indywidualnym dla danej osoby czasie reakcje te słabną. Poza opisywanymi doznaniem, ból smutku ujawnia się także poprzez bunt i agresję rodziców, która kierowana jest wobec wszystkich otaczających osób: lekarzy, specjalistów, najbliższej rodziny, ich samych, często również niepełnosprawnego dziecka (30). Negatywne emocje kierowane w stronę dziecka budzą dodatkowo lęk i poczucie winy. Wsparcie rodziców na tym etapie powinno dotyczyć umożliwienia im rozmowy na temat tego, co przeżywają oraz uświadomienia, że pojawiające się emocje są naturalne w zaistniałej sytuacji. Brak działań pomocowych ze strony specjalistów i najbliższego otoczenia może skutkować u rodziców brakiem motywacji i siły do prowadzenia rehabilitacji dziecka, wykonywania zadań i poleceń lekarzy, logopedów, psychologów i pedagogów. Część rodziców na tym etapie próbuje jeszcze podważać wiarygodność postawionej przez lekarzy diagnozy, poprzez wielokrotne konsultowanie stanu zdrowia dziecka u innych specjalistów, rozpaczliwe wyczekiwanie reakcji dziecka na otaczające dźwięki, podejmowanie niekonwencjonalnych sposobów leczenia. Wiarygodna i jednocześnie cierpliwa postawa specjalistów, profesjonalne nawiązywanie dialogu z rodzicami oraz udzielanie im rzetelnych informacji zwrotnych, często wystarczają do podjęcia przez nich konstruktywnej aktywności i zaniechania działań pozornych (30).

Ziemska (31) wyróżnia następujące rodzaje postaw rodzicielskich, które pojawiają się w momencie uświadomienia sobie faktu posiadania dziecka niepełnosprawnego: postawa nadmiernie chroniąca, postawa bierna/unikająca, postawa chwiejna, postawa nadmiernie wymagająca oraz postawa akceptująca. Przyjmuje się, iż korzystną postawą jest postawa akceptująca, która sprzyja prawidłowemu rozwojowi oraz efektywnej

rehabilitacji dziecka z niedosłuchem. Góralówna (32) do korzystnej postawy rodzicielskiej dodaje pewne warunki, po których spełnieniu można oczekiwać osiągnięcia przez dziecko dojrzałości społecznej oraz szansy na normalny rozwój. Do warunków tych należą wczesne rozpoczęcie rehabilitacji, szybki kontakt z poradnią dla dzieci z wadą słuchu, konsekwentna i pełna zaangażowania współpraca rodziców z poradnią, możliwość przeznaczenia większości dnia przez jednego z rodziców na czynności związane z rehabilitacją oraz prawidłowy rozwój psychiczny dziecka. Badania Pruszewicza i Sekuli (33) wykazały, że czynnikami wpływającymi na niepowodzenie w rehabilitacji, są m.in.: znaczny ubytek słuchu dziecka, późne zdiagnozowanie niedosłuchu, późne rozpoczęcie rehabilitacji dziecka, brak należytej opieki ze strony rodziców. Skutkiem powyższych czynników może być brak możliwości rozpoczęcia przez dziecko edukacji w masowej szkole (33), co wpływa niekorzystnie na jego prawidłowy rozwój zarówno poznawczy jak i społeczny.

Przedostatnią i ostatnią fazę okresu przystosowawczego, do której dochodzi część rodziców, charakteryzuje stopniowe pojawianie się konstruktywnych postaw umożliwiających rozpoczęcie rehabilitacji. Na tym etapie rodzice – pomimo odczuwanego lęku, stresu oraz wielu innych trudnych emocji – uczą się indywidualnych metod pracy i niejednokrotnie samodzielnie zdobywają wiedzę jak wspierać dziecko w rozwoju (30). Warto, by rodzice także na tym etapie korzystali z pomocy psychologicznej w postaci profesjonalnych konsultacji ze specjalistą lub grup wsparcia. Pozwala to często na przekraczanie własnego zwątpienia, samodzielne szukanie wyjścia z trudnej sytuacji, budowanie wiary że zmiana jest możliwa (34), a także uaktywnienie posiadanych ale aktualnie niewykorzystywanych zasobów.

Trudności, z którymi rodzice zgłaszają się do specjalistów w związku z niedosłuchem dziecka, jest wiele. Kobosko (28), opisując niektóre z nich, szczególną uwagę zwraca na pogorszenie się relacji małżeńskiej, osamotnienie, problemy interpersonalne w szerszym wymiarze społecznym – w tym zawodowym, niemożność akceptacji niepełnosprawnego dziecka ale także chęć zadbania o siebie i własny rozwój. Badania wskazują, że niedosłuch dziecka może być czynnikiem znacznie obciążającym zasoby rodziców i stanowiący ryzyko dla ich zdrowia psychicznego (35). W porównaniu do matek dzieci o prawidłowym rozwoju, matki dzieci niesłyszących mogą przejawiać więcej symptomów depresyjnych, w tym nasilonego poziomu lęku (36).

Przyjęcie świadomości bycia rodzicem dziecka z wadą słuchu jest procesem trudnym i długotrwałym. Wymaga ono przepracowania wielu emocji, jednak ostatecznie w sposób istotny wpływa na budowanie relacji z dzieckiem, bliskość emocjonalną, jakość więzi emocjonalnej oraz tworzenie się własnej tożsamości dziecka.

1.3. Stres w ujęciu psychologicznym

Pojęcie stresu wprowadził do nauki w latach 50. kanadyjski fizjolog Hans Selye. Postawił on hipotezę, że stres może być przyczyną wielu chorób somatycznych i jest odpowiedzią na szkodliwe bodźce. Zjawisko to opisał jako niewydolność tzw. Ogólnego Zespołu Adaptacyjnego (*General Adaptation Syndrom, GAS*) (37). GAS składa się z trzech etapów, do których należą reakcja alarmowa i mobilizowanie systemu obronnego, faza odporności jako adaptacja do bodźca oraz faza wyczerpania do której dochodzi z powodu utraty energii przystosowania. Teoria Selyego została zasymilowana z ujęciem medycznym poprzez wdrożenie jej do metodologii ówczesnych badań. Opisywała skutki doznawanego stresu w postaci współdziałania systemu immunologicznego, hormonalnego i nerwowego. Biologiczna teoria Selye'go z uwagi na nieuwzględnienie w swoim wymiarze czynników psychicznych, takich jak psychologiczna ocena przyczyn stresu, spotkała się z krytyką (38). Praca ta wzbudziła jednak ogromne zainteresowanie omawianą problematyką i rozpoczęła szereg badań w tym zakresie (39–42). Zjawisko stresu zostało poszerzone o czynniki, które nie tylko zagrażają ale mogą również nagradzać jednostkę (eustres), a także o reakcję określonej części ciała na niespecyficzne bodźce – tzw. Miejscowy Zespół Przystosowania (*Locus Adaptation Syndrom, LAS*) (43).

Reakcja osi podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowej w odpowiedzi na czynniki stresowe została potwierdzona przez wielu badaczy, jednak pojawiły się wątpliwości dotyczące jej wrażliwości i zakresu (38). Wyniki analiz, w których w odpowiedzi na stresory nie odnotowywano odpowiedzi ze strony układu podwzgórze-nadnercza-przysadka, wskazywały na istotne znaczenie czynnika psychologicznego (38). Spowodowało to skierowanie toku badań w stronę uwzględnienia czynników psychologicznych, włączenie pobudzenia emocjonalnego do grupy bodźców wpływających na przebieg reakcji stresowej na poziomie fizjologicznym, uwzględnienie

całego systemu hormonalnego jednostki oraz uznanie, że reakcja stresowa przebiega na wielu poziomach jednocześnie (41,42,44).

Opisane powyżej koncepcje stanowiły istotny wkład w rozwój badań nad pojęciem stresu. Podkreślały wagę mechanizmów psychologicznych, które przy współdziałaniu bodźców fizycznych wpływały na układ hormonalny jednostki. Na ich podstawie przeprowadzono szereg badań dotyczących funkcjonowania jednostek pod wpływem zagrożeń pośrednich i bezpośrednich, a także odporności na czynniki stresowe, np. w sytuacji wojny czy skoków spadochronowych (45). Badania nad żołnierzami należą do klasyki rozważań na temat stresu i skupiają się na znaczeniu aktywności poznawczej mediującej poziom reakcji stresowej. Wykazały one, że stres psychologiczny mierzony poziomem lęku jest niższy u aktywnych jednostek przy jednoczesnym wzroście pobudzenia fizjologicznego, określanego ilością wydzielanych hormonów (40). W toku analiz przebiegu reakcji stresowej badacze doszli do wniosku, że nie można segmentować tego zjawiska, prawdopodobnie istnieje wiele zależności przyczynowych między poszczególnymi jej poziomami, a działanie stresorów należy ujmować z perspektywy biologicznej, psychologicznej i społecznej jednostki (41).

W polskim piśmiennictwie z zakresu psychologii Tadeusz Tomaszewski (46) wprowadził termin „sytuacja trudna”, który odnosił się do zakłócenia równowagi pomiędzy elementami tworzącymi określone sytuacje, tj: cech podmiotu, czynności wykonywanych przed podmiot i warunków sytuacyjnych. Autor podkreślał wagę różnic indywidualnych pomiędzy jednostkami w kontekście odbierania sytuacji jako trudnej. Do koncepcji tej odniósł się Reykowski, który w 1966 roku napisał pierwszą polską monografię na temat stresu. Za stres psychologiczny uznał on „czynniki stanowiące zagrożenie i zakłócenie” oraz „integrujące w istniejący tok aktywności, zmuszając osobnika do nowej koordynacji” (42). Istotne znaczenie zostało tutaj przypisane indywidualnej percepcji sytuacji zagrażającej, warunkującej określone zachowanie człowieka. W latach 90. Strelau przedstawił pojęcie stresu jako stan przekraczający podstawowy poziom aktywacji, obejmujący intensywne negatywne emocje – np. wrogość, złość, lęk – oraz wszelkie stany emocjonalne powodujące dystres i zmiany fizjologiczno – biochemiczne w organizmie jednostki (47). Omówiony teoretyczny model opisuje stres jako skutek zaburzonej równowagi między wymaganiami wobec jednostki, a

możliwościami ich spełnienia; podkreśla pozytywną rolę motywacji do podjęcia działań w celu pokonania trudności.

Lazarus w 1984 roku stworzył aktualnie uznawaną w psychologii koncepcję stresu psychologicznego oraz radzenia sobie z nim (48). Pojęcie stresu ujęte zostało jako relacja między zasobami (możliwościami) jednostki w odniesieniu do sprostania określonym wymaganiom otoczenia, gdzie istotną rolę odgrywała ocena tej relacji przez podmiot. Oznacza to, że kryterium przyjęcia powyższej relacji za stresową jest funkcja poznawcza, kiedy jednostka ocenia sytuację jako obciążającą (przekraczającą) zasoby i wprowadza się w stan zagrożenia.

Lazarus wyodrębnił dwa rodzaje oceny poznawczej: ocenę pierwotną określającą przyjęcie indywidualnej postawy wobec szkodliwych warunków w danym momencie oraz ocenę wtórną związaną z możliwościami poradzenia sobie w sytuacji trudnej. W ocenie pierwotnej transakcja stresowa charakteryzowana jest jako przyjęcie jednej z trzech dostępnych możliwości: krzywdy/straty, zagrożenia lub wyzwania. O ile w przypadku krzywdy czy zagrożenia ocena wtórna dotyczy podjęcia aktywności usuwania lub łagodzenia przyczyn stresu, to wyzwanie kierkuje działania na osiągnięcie maksymalnych korzyści. W związku z odmiennym charakterem opisywanych postaw towarzyszą im różne – często skrajne emocje w postaci zarówno strachu, lęku, złości jak i radości, podniecenia czy nadziei (49). Odpowiedzią na zagrożenie będzie najprawdopodobniej pojawienie się lęku, utrata może powodować objawy depresyjne, a wyzwanie mobilizować energię potrzebną do pokonania problemu i przywrócenia homeostazy.

Jednostka odczuwa stres do momentu, gdy w wyniku oceny powtórnej stwierdza, że sytuacja nie stanowi już zagrożenia. Jeśli – pomimo podjętych przeciwdziałań – subiektywne zagrożenie trwa, mowa o chronicznym stanie stresu (50). Aktualnie w psychologii uwaga skupiona jest na ocenie wtórnej związanej bezpośrednio ze sposobami radzenia sobie w sytuacjach stresowych w kontekście poniesionych strat i zysków. Według Lazarusa (48) stres – zarówno w ocenie pierwotnej jak i wtórnej – jest zjawiskiem wielowymiarowym i może być omawiany w płaszczyźnie psychologicznej, biologicznej i społecznej. Wymiar psychologiczny złożony jest m.in. z różnic indywidualnych jednostki w obrębie osobowościowym, socjalizacyjnym, stylów radzenia sobie ze stresem oraz

hierarchią potrzeb; wymiar biologiczny określany jest czynnikami neurohormonalnymi i genetycznymi; do zmiennych społecznych należy m.in. system wartości kulturowych i norm społecznych oraz wsparcie, jakie jednostka otrzymuje od otaczających ją osób. Poszczególne wymiary mogą być ze sobą bezpośrednio powiązane, np. wymiar społeczno-psychologiczny widoczny jest w sytuacji choroby jednostki, kiedy zakłócone wypełnianie ról społecznych (z powodu ograniczeń wynikających z choroby) rzutuje na funkcjonowanie psychiczne jednostki w postaci negatywnych przeżyć emocjonalnych.

Pojęcie stresu psychologicznego w kontekście teorii zachowania zasobów (*Conservation of Resources Theory, COR*) przedstawił na przełomie lat 80, Hobfoll (51). Uznał on, że funkcjonowanie jednostki skupione jest przede wszystkim na zdobyciu i utrzymaniu określonych zasobów, do których należą wszelkie dobra materialne, warunki bytowe, zasoby osobiste i energetyczne. Zasoby te są niezbędne do życia lub są pośrednikiem zdobycia podobnych dóbr. Podkreślił w swojej koncepcji, że stres psychologiczny jest wynikiem reakcji na warunki otoczenia, w których pojawiło się realne zagrożenie utraty zasobów lub brak gratyfikacji przy inwestowaniu w zasoby. Pomimo, iż Hobfoll krytycznie odniósł się do poznawczej oceny rzeczywistości, jako głównej komponenty determinującej zjawisko stresu, to uznał, że subiektywna ocena jednostki dotycząca utraty bądź bezowocnego inwestowania stanowi istotny czynnik reakcji stresowej (51). W omawianej teorii została opisana gospodarka zasobami, zgodnie z którą zyski i straty funkcjonują z określoną dynamiką i w określonych cyklach, mają tendencję do powiększania się, a utrata zasobów jest silniej odczuwana niż zysk. Osoby dysponujące początkowo dużą ilością zasobów są bardziej odporne na stres, a jednostki wykazujące w tym obszarze deficyt, gorzej radzą sobie w sytuacjach trudnych i łatwo uruchamiają spiralę strat.

W 1992 roku Hobfoll stworzył narzędzie do pomiaru gospodarowania zasobami: *The Conservation of Resources Evaluation (COR – Evaluation)* (52). Zawiera ono 75 pozycji (w polskiej adaptacji 95) określających poszczególne zasoby, do których respondenci odnoszą się zaznaczając na 5-punktowej skali ich wagę, a następnie fluktuacje zysków i strat w okresie ostatnich 12 miesięcy. Do przykładowych pozycji z omawianego narzędzia należą: własny środek transportu, posiadanie zabezpieczenia materialnego na przyszłość, poczucie odniesienia sukcesu, dobre małżeństwo, posiadanie dzieci, wolny czas, czas na pracę, poczucie optymizmu, umiejętność skutecznego porozumiewania się,

zdrowie własne, a także posiadanie zdrowych dzieci. COR stanowi ważne narzędzie z perspektywy rozwijającej się psychologii zdrowia, uwzględnia bowiem destruktywne działanie czynników stresowych i ochronne znaczenie posiadanych zasobów w kontekście radzenia sobie w sytuacjach trudnych (53).

W obszarze aktualnych polskich badań nad zagadnieniem i pomiarem stresu na uwagę zasługuje stworzony przez Ploę i Makarowskiego (41) Kwestionariusz Poczucia Stresu. Podstawa teoretyczna narzędzia oparta jest na omówionej wyżej złożonej, wielopoziomowej strukturze stresu. Autorzy po wieloletnich badaniach doszli do wniosku, że stres można opisać na trzech następujących wymiarach: napięcia emocjonalnego, stresu intrapsychnicznego oraz stresu zewnętrznego. Napięcie emocjonalne ujmowane w tej koncepcji charakteryzowane jest jako odczuwany przez jednostkę niepokój, niezdolność zrelaksowania się, brak siły do podejmowania wyzwań i wycofywanie się z nich oraz rozdrażnienie w kontaktach międzyludzkich. Stres zewnętrzny został zdefiniowany przez świadomość niesprawiedliwego oceniania przez otoczenie, braku energii do obrony *status quo*, niemożność przeciwstawienia się innym oraz związaną z tym frustrację. Stres intrapsychniczny to według autorów antycypowanie niepowodzeń dnia codziennego, brak wiary w siebie, poczucie osamotnienia i niepokój związany z utratą czegoś lub kogoś (41). Narzędzie spełnia obowiązujące normy psychometryczne w zakresie rzetelności i trafności czynnikowej i zostało wykorzystane do badań w niniejszej pracy.

1.4. Źródła stresu

Czynniki wywołujące reakcję stresową (tzw. stresory) stanowią niejednorodną grupę i w nauce – w zależności od podejścia teoretycznego – ujmowane są z perspektywy subiektywnej i obiektywnej. Jak przedstawiono w poprzednim rozdziale, u jednej osoby dana sytuacja stanowi źródło stresu, a u innej nie wzbudza negatywnych emocji. Mimo to istnieje grupa stresorów dotycząca większej społeczności, m. in.: zagrożenie wojną i terroryzmem, bezrobocie, niezaspokajanie potrzeb emocjonalnych, samotność, stres pracy, stres choroby własnej i choroby najbliższych. Z psychologicznego punktu widzenia stresory uniwersalne wyróżnia to, że są nieprzewidywalne, ingerują w podstawowe

wartości istotne dla człowieka, stawiają wymagania, z którymi jednostka sobie nie radzi oraz powodują traumę, która w przeszłości generuje negatywne emocje (54).

Na przestrzeni kilkudziesięciu lat powstało wiele kryteriów klasyfikacji stresorów, w których wyodrębniono np. stresory intrapsychiczne, zawodowe, rodzinne, socjalne, interpersonalne, ostre i chroniczne (42,55). Najważniejszą determinantą klasyfikacji stresu jest jego siła i zakres oddziaływania, co pozwala na wyróżnienie następujących zdarzeń stresowych – dramatycznych, obejmujących dużą część populacji; zagrożeń i znaczących wyzwań dotyczących jednostek oraz niewielkich niedogodności (48).

Popularnym opisem, dotyczącym drugiej grupy stresorów o średnim natężeniu, jest skala wydarzeń życiowych stworzona przez amerykańskich psychiatrów Holmesa i Rahe'a (39). Szereguje ona zdarzenia stresowe, rozpoczynając od najpoważniejszych (m.in. śmierć współmałżonka, rozwód, zwolnienie z pracy, wycofanie z czynnego życia, choroba własna, choroba członka rodziny) poprzez czynniki o średnim nasileniu (m.in. zmiana stanu finansowego, zmiana charakteru pracy, zmartwienia związane z rodziną), na najmniej dokuczliwych kończąc (zmiana nawyków żywieniowych, drobne wykroczenia prawne, zmiana w aktywności społecznej itp.). Na podstawie przeprowadzanych badań okazało się, że występuje istotna zależność pomiędzy nasileniem doświadczanego stresu, a intensywnością objawów chorobowych, przy czym dotyczyło to głównie chorób przewlekłych (56). Szczególnie negatywne następstwa stresu mają miejsce, gdy ma on charakter chroniczny, powtarzający się i dotyczy znaczących okresów rozwojowych. Może to implikować ujemne skutki psychologiczne i fizyczne (41).

W ujęciu temporalnym przyjmuje się, że etiologia aktualnie przeżywanego stresu może być umiejscowiona w przeszłości, terażniejszości albo przyszłości (57). Pierwsza opcja związana jest z trudnymi doświadczeniami jednostki: prowadzone na przestrzeni lat badania oraz obserwacje psychoterapeutów wskazują, że pamięć traumatycznych wydarzeń, takich jak deprivacja potrzeb, życie w rodzinie dysfunkcyjnej, doświadczanie przemocy fizycznej i in. bezpośrednio wpływa na stan psychofizyczny i odczuwane stany emocjonalne (45,58). Terażniejszość może dotyczyć wielu obszarów funkcjonowania psychospołecznego jednostki i być związana m.in. z kryzysami egzystencjalnymi, frustracją niespełnionych oczekiwań, niezadowoleniem z jakości życia, trudnościami

finansowymi. Myślenie o przyszłości w kontekście przeżywanego stresu ujawnia się m.in. jako antycypowanie niepowodzeń, lęk przed ubóstwem, starością i śmiercią.

Kontekst czasowy pozwala na podział stresorów w związku z częstotliwością ich występowania. Wydarzenia stresowe mogą mieć charakter jednorazowy, cykliczny – kiedy sytuacje powtarzają się z pewną regularnością, chroniczny – działający stale, np. nieudane małżeństwo stanowiące źródło nieprzerwanych napięć, sekwencyjnego występowania zdarzeń, kiedy jeden stresor powoduje szereg kolejnych sytuacji trudnych, np. choroba dziecka – podjęcie rehabilitacji – konieczność rezygnacji z pracy – trudności finansowe (49).

Nawiązując do interakcyjnej koncepcji stresu Lazarusa (40), w 1979 roku Antonovsky stworzył salutogenetyczny model zdrowia i choroby, w którym przedstawił charakterystykę i rolę stresorów. Autor przyjął założenie, że naturalnym stanem funkcjonowania jest dynamiczny stan chwiejnej równowagi, gdzie jednostka jest ciągle narażona na kontakt ze stresorami i musi się do nich dostosować, aby zachować optymalny poziom funkcjonowania (58). W omawianym modelu stresorami są wymagania, wobec których człowiek nie dysponuje gotowymi rozwiązaniami, co wprowadza go w stan napięcia. Antonovsky dokonał podziału stresorów na egzogenne – pochodzące z otoczenia człowieka, endogenne – mające źródło w *somie* i *psyche* oraz wynikające z relacji jednostki ze środowiskiem. Podkreślił znaczenie narażenia jednostki na chroniczne działanie stresorów w codziennym życiu, występujących pod postacią frustracji lub nadmiernych stymulacji. Do grupy stresogennych zdarzeń zostały włączone nie tylko poważne wydarzenia traumatyczne, takie jak globalne katastrofy ale również wydarzenia mające charakter indywidualny i rozwojowy, np. ślub, pojawienie się nowego członka rodziny, śmierć lub choroba bliskiej osoby. W zależności od posiadanych przez jednostkę zasobów stresory mogą przerodzić się w stres i wyzwalać nieprzyjemne emocje lub uwolnić energię potrzebną do mobilizacji i poradzenia sobie w danej sytuacji. W pierwszym przypadku istnieje ryzyko spadku odporności i zwiększenia podatności na wystąpienie zaburzeń zdrowotnych (59).

Zdaniem Plopy (41), czynnikiem indukującym reakcje stresowe o różnym natężeniu i następstwach jest rodzina. W tym kontekście autor poświęca jej sporo uwagi, podkreślając znaczenie dla szeroko rozumianego funkcjonowania jednostki na przestrzeni

całego życia: tworzenia tożsamości, powstawania zasobów psychologicznych, potrzeb, systemów wartości, wzorców dla rodziny prokreacyjnej i relacji interpersonalnych. Etiologia stresu może być zakorzeniona w doświadczeniach związanych z przełomowymi etapami życia rodzinnego, w wyuczonych sposobach radzenia sobie z sytuacjami trudnymi, otrzymywanym wsparciem, a także w transferze stresorów do rodziny ze środowiska przez jej członków (60). Każda rodzina funkcjonuje w pewnych cyklach, którym towarzyszą ważne, względnie przewidywalne, nieprzewidywalne lub codzienne wydarzenia, umiejscowione na opisanej wyżej skali Holmesa i Rahe'a (39), stanowiące tym samym źródło stresu. Do wydarzeń przewidywalnych można zaliczyć, np. ślub, pojawienie się dziecka, rozpoczęcie szkoły, opuszczenie domu przez syna lub córkę; nieprzewidywalnymi mogą być choroba lub śmierć jednego z członków rodziny; codzienne trudności – stanowiące o jakości życia – m.in. zmiana częstości spotkań rodzinnych, zmiana nawyków związanych ze snem, zmiana w aktywności społecznej (41).

Wielu psychologów zwraca uwagę, że istotne źródło stresu w rodzinie stanowi nierównomierny podział ról w diadzie małżeńskiej, kiedy jeden z partnerów jest oddelegowany do pełnienia większości obowiązków i nadmiernie nimi obciążony (41). W literaturze sytuacja taka określana jest jako „niewolniczość ról” i odnosi się w większości do kobiet. Z jednej strony pełnią one funkcje matki, żony, gospodyni domu, z drugiej - mają potrzebę samorealizacji, rozwoju zawodowego, co często wzajemnie się wyklucza, stanowiąc źródło frustracji i stresu. Sprawa komplikuje się jeśli w rodzinie znajduje się dziecko niepełnosprawne, wymagające dodatkowej opieki, intensywnej stymulacji rozwoju w środowisku rodzinnym, uczęszczania na rehabilitację itp. Badania wskazują, że w dłuższej perspektywie czasowej na skutek ilości pełnionych obowiązków, niedostatecznego wsparcia oraz przemęczenia, przewlekły stres obniża zasoby jednostki (60,61), może również powodować konflikty w małżeństwie i najbliższym otoczeniu, co obniża jakość życia, wzbudza niepokój i lęk.

Należy zwrócić uwagę, że dodatkowymi ważnymi stresorami działającymi na członków rodziny może być rozłąka partnerów, a także trudna sytuacja ekonomiczna (41). Pierwszy czynnik dotyczy najczęściej sytuacji, kiedy jeden z małżonków podejmuje pracę uniemożliwiającą mu częste pobyty w domu, ograniczając sobie tym samym sprawowanie roli małżeńskiej i rodzicielskiej. Powoduje to nadmierne obciążenie obowiązkami współmałżonka, branie przez niego odpowiedzialności za większość podejmowanych

decyzji dotyczących funkcjonowania rodziny itp. W drugim przypadku, przedłużająca się trudna sytuacja ekonomiczna – związana np. z bezrobociem – wpływa negatywnie na globalne relacje rodzinne, co w dłuższej perspektywie również stanowi znaczące źródło stresu (41,60).

W otaczającym świecie istnieje bardzo wiele źródeł stresu i są one zjawiskiem powszechnym – towarzyszą jednostkom od początku ich istnienia. Jak zostało wspomniane, wpływ stresorów na funkcjonowanie człowieka jest jednak zróżnicowany – z jednej strony zależy od częstości i intensywności czynnika stresogennego, z drugiej – od specyfiki osoby na którą działa, posiadanych umiejętności i sposobów radzenia sobie w sytuacjach stresowych.

1.5. Radzenie sobie ze stresem i sposoby jego pomiaru

Dla współczesnego człowieka, narażonego na coraz większą liczbę stresorów, istotną kwestią dla jakości życia i funkcjonowania jest efektywność radzenia sobie w sytuacjach stresowych. Efektywne radzenie sobie – przez wielu badaczy definiowane jako utrzymywanie równowagi pomiędzy narzuconymi wymaganiami a posiadanymi możliwościami – obniża poziom odczuwanego stresu, natomiast nieskuteczne radzenie sobie powoduje wzrost dyskomfortu i stresu (62). Jak zostało wspomniane w poprzednich podrozdziałach, stres wynika najczęściej z niekorzystnej relacji z otoczeniem i powoduje nieprzyjemne emocje. Motywuje to jednostkę do podjęcia aktywności w celu poprawienia takiej relacji, a tym samym polepszenia stanu emocjonalnego (49). W radzeniu sobie (*coping*) istotną rolę odgrywa kontrolowalność stresorów, czyli to w jaki sposób jednostka ma wpływ na ich pojawienie się, przebieg i konsekwencje. Na jednym krańcu kontinuum znajdują się sytuacje niekontrolowalne, np. terroryzm, wypadek samochodowy, powódź, urodzenie chorego dziecka; po drugiej stronie są wydarzenia, na które – pod pewnymi warunkami - mamy w większej lub mniejszej części wpływ, np. sytuacja choroby, której można zapobiegać lub podjąć odpowiednie leczenie (49).

Opierając się na teorii zachowania zasobów Hobfolla (51), radzenie sobie ze stresem stanowi umiejętność adekwatnego wydatkowania zasobów w kontekście zysków i strat – sytuacją optymalną jest zdobywanie lub zachowanie zasobów, natomiast w procesie

radzenia sobie może dojść do ich utraty. Ważne z punktu widzenia przystosowawczego jest takie zarządzanie zasobami, aby utrzymać ich względnie bezpieczny poziom, co może odbywać się poprzez odpowiednie przemieszczanie, zmiany czy inwestowanie w siebie (63).

W psychologii pojęcie „radzenie sobie” można opisać w trzech wymiarach: procesu, strategii oraz stylu. Proces radzenia sobie jest zjawiskiem złożonym i omawiając go bierze się pod uwagę całościową aktywność człowieka, jako odpowiedź na wydarzenia stresowe. Na aktualnie obowiązującą i najczęściej cytowaną definicję procesu miała wpływ koncepcja stresu Lazarusa i Folkman, według której proces radzenia sobie obejmował zmienne wysiłki behawioralne i poznawcze, zmierzające do opanowania zewnętrznych i wewnętrznych wymagań środowiska, ocenianych jako zagrażających dobrostanowi jednostki (40,48). Takie widzenie procesu miało charakter dynamiczny, uwzględniało bowiem stosowanie przez jednostkę różnych strategii i stylów w zależności od rozwoju sytuacji stresowej, a także zmiennych osobowościowych. Istotną kwestię stanowiła pierwotna i wtórna ocena sytuacji, odnosząca się odpowiednio do odbioru znaczenia sytuacji oraz posiadanych zasobów do poradzenia sobie z nią.

Zarówno styl jak i strategia radzenia sobie ze stresem odnoszą się do względnie trwałych cech osobowościowych. W ujęciu Szczepaniaka, Strelaua i Wrześniewskiego (47) styl oznaczał trwałą dyspozycję jednostki do powtarzalnego reagowania w sytuacjach trudnych, podczas gdy strategia była konkretnym zachowaniem. Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań można przyjąć założenie, że za różnice osobnicze w zakresie przejawianych stylów radzenia sobie ze stresem odpowiadają nie tylko czynniki genetyczne, ale także środowiskowe, np. socjalizacja i wychowanie (64), demograficzne (płeć, wiek, wykształcenie), aktualny stan psychofizyczny oraz specyfika sytuacji stresowej (47,65,66).

Według Lazarusa (45) w procesie radzenia sobie ludzie różnią się między sobą stosowanymi strategiami, przy czym można u poszczególnych jednostek wyodrębnić względnie stałe sposoby przewycięzania sytuacji trudnych. We wczesnych publikacjach dotyczących opisywanego tematu Lazarus i Launier (67) wyróżnili pięć sposobów pokonywania trudności, tj. uzyskiwanie wsparcia od otoczenia, wzmacnianie poczucia własnej wartości (w tym samooszukiwanie się, zaprzeczanie faktom), zaprzestanie

wszelkiej aktywności, zdobywanie informacji niezbędnych do podjęcia decyzji o konkretnym działaniu oraz aktywność mającą na celu modyfikację sytuacji trudnej na mniej zagrażającą.

Teoretyczne zdefiniowanie możliwości radzenia sobie ze stresem zapoczątkowało proces wyodrębniania ich przez badaczy na drodze empirycznej. Zaowocowało to powstaniem dwóch nurtów strategii obronnej: skoncentrowanego na rozwiązaniu problemowej sytuacji oraz skoncentrowanego na unikaniu nieprzyjemnych doznań emocjonalnych (41). Zgodnie z tą ideą, w 1984 roku Lazarus i Folkman po wieloletnich badaniach doszli do wniosku, że jednostki doświadczające stresu mogą przynależeć do jednego z dwóch typów osób: pierwszy koncentrował się na rozwiązaniu problemu lub próbie zredukowania źródła stresu; druga forma działalności polegała na obniżaniu napięcia emocjonalnego celem łagodzenia nieprzyjemnych stanów emocjonalnych. Warto zwrócić uwagę na fakt, iż w tej koncepcji zarówno pierwszy jak i drugi sposób radzenia sobie miał funkcję adaptacyjną – w drugim przypadku emocje pełniły rolę „sygnalizatora” istotnych dla człowieka zdarzeń życiowych, a także motywowały i kształtowały przebieg procesu radzenia sobie (49).

Pomimo pierwotnego podejścia autorów do omówionej wyżej koncepcji, wielu badaczy różnicowało opisane strategie na bardziej lub mniej przystosowawcze z punktu widzenia psychologicznego. W 1986 roku Folkman ze współpracownikami doszli do wniosku, że strategię skoncentrowaną na rozwiązaniu zadania cechowała nie tylko większa skuteczność, ale również wyższa dojrzałość i pozytywny wpływ na samopoczucie jednostki. Strategie skoncentrowane na emocjach były w tym kontekście mniej efektywne i mniej dojrzałe, dodatkowo wprost proporcjonalnie korelowały z dolegliwościami somatycznymi (68). Aktualne stanowisko badaczy nie zgadza się z tak jednoznaczną oceną poszczególnych strategii – podkreślane jest znaczenie kontekstu sytuacyjnego oraz aspektu kontroli. Zaznacza się, że działania skoncentrowane na zadaniu mogą być skuteczniejsze w przypadku kontrolowania przez jednostkę problemu; podejście emocjonalne ma większą użyteczność, kiedy kontroli brak (45,66). Podsumowując można stwierdzić, że nie ma „dobrej” lub „złej” strategii, którą należałoby wszechstronnie stosować lub której jednoznacznie unikać. Kluczowym kryterium wyboru wydaje się kontekst sytuacyjny, społeczny oraz indywidualne zasoby jednostki pozwalające na elastyczny dobór w odpowiednim czasie optymalnego sposobu przezwyciężenia problemu (45,66,69).

Interesującą i odmienną od wyżej opisanych koncepcję radzenia sobie ze stresem przedstawili Carver, Scheier i Weintraub (70). Autorzy założyli, że zachowanie człowieka zdeterminowane jest dążeniem do celu, stres występuje w sposób naturalny – włączony w naszą codzienność, a radzenie sobie ze stresem to niewyróżniające się spośród innych standardowe działanie. Pokonywanie sytuacji trudnych pełniło funkcję regulacyjną, gdzie istotną kwestię stanowiło utrzymywanie równowagi pomiędzy wymaganiami stawianymi jednostce, a jej realnymi możliwościami do poradzenia sobie z nimi. Konstrukty ten zakładał również istnienie różnic indywidualnych w zakresie reagowania na przeszkody utrudniające osiągnięcie celu. W przypadku pojawienia się trudności w realizacji zamierzonego planu, osoby wierzące w jego powodzenie intensyfikowały starania i kontynuowały działanie; jednostki nastawione sceptycznie, o ambiwalentnym nastawieniu, przejawiały zachowania unikowe – angażowały się w czynności zastępcze, samoutrudniały realizację planu, a w ostateczności wycofywały się z wszelkich działań i rezygnowały z osiągnięcia zamierzeń (65). W tym kontekście radzenie sobie poprzez unikanie oceniano jako niekorzystne (64).

Na podstawie istniejących teorii dotyczących stresorów, stresu oraz stylów i strategii radzenia sobie z nimi, w ostatnich kilkudziesięciu latach badacze opracowali wiele narzędzi pozwalających określić u jednostki dominujący sposób radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Najbardziej znane, stosowane w praktyce oraz zaadoptowane do warunków polskich to m.in. Kwestionariusz COPE (*Coping Orientations to Problems Experienced*) Carvera i współpracowników (70), Skala Stylu Behavioralnego MBSS (*The Miller Behavioral Style Scale*) Miller (71), kwestionariusz CISS (*Coping Inventory for Stressful Situations*) Endlera i Parkera (72) oraz kwestionariusz WCQ (*The Ways of Coping Questionnaire*) Folkman i współpracowników (50). Zdaniem Strelaua i wsp. (63) przeprowadzanie badań dotyczących tego, jaki poszczególne jednostki prezentują styl radzenia sobie ze stresem jest bardzo użyteczne z punktu widzenia prewencji. Pozwala bowiem na wyodrębnienie z populacji tych jednostek, które w określonych sytuacjach trudnych prezentują zachowania nieprzystosowane i wobec których można podjąć działania zapobiegawcze, w postaci np. szeroko rozumianego wsparcia psychologicznego.

Kwestionariusz COPE (70) powstał w oparciu o samoregulacyjną teorię radzenia sobie ze stresem Carvera, Scheiera i Weintrauba i został zaadoptowany do warunków polskich w 1996 roku (47). Narzędzie pozwala na pomiar zarówno stylu jak i strategii

radzenia sobie ze stresem, a respondenci pytani są odpowiednio o powtarzalne zachowania w określonych sytuacjach lub o konkretne działanie w danym przypadku w kontekście określonego problemu. Kwestionariusz bada cztery podstawowe style/strategie radzenia sobie ze stresem: czynne pokonywanie trudności, poszukiwanie wsparcia – skupianie się na emocjach, zachowania unikowe oraz pozytywne przewartościowanie – akceptację. Przykładowe zachowania określające powyższe wymiary to m.in. konkretne działania zmierzające do pokonania sytuacji trudnej, opracowywanie sposobu deaktywacji stresorów, poszukiwanie informacji lub porady celem rozwiązania problemu, myślenie na inny temat, spożywanie środków psychoaktywnych, a także zinterpretowanie sytuacji trudnej w kategoriach korzyści i zaakceptowanie jej. Część badaczy nie zgadza się ze sposobem różnicowania przez Carvera pojęcia stylu i strategii: argumentują oni, że na styl składać się może wiele strategii (47,49,64) oraz, że jest on stałą dyspozycją stosowania różnorodnych sposobów radzenia sobie. Pomimo wielu kontrowersji, kwestionariusz COPE jest aktualnie jednym z częściej stosowanych narzędzi w badaniach nad sposobami przezwyciężania sytuacji trudnych (64).

Suzanne Miller (71) koncepcję radzenia sobie ze stresem stworzyła w oparciu o teorie poznawcze oraz psychoanalityczne. Zdaniem autorki, w sytuacji trudnej ważny jest sposób gromadzenia informacji o stresorze – z jednej strony jednostki dążą do intensyfikowania wiedzy i starannie ją wykorzystują; druga grupa unika jakichkolwiek danych na temat przyczyn swojego położenia i nie podejmuje żadnych działań. Osoby prezentujące typ pierwszy, Miller określiła mianem „poszukiwaczy informacji”; typ drugi – „unikający informacji” – charakteryzuje reagowanie na stres poprzez stosowanie mechanizmów obronnych w postaci wypierania i zaprzeczania (71). Przynależność do określonego typu determinuje także poziom odczuwanego dyskomfortu emocjonalnego: poszukiwacze informacji osiągają wysoki poziom aktywacji, co powoduje silne natężenie stresu; unikający informacji odpowiednio redukują poziom aktywacji co niweluje stres (64). Na podstawie założeń teoretycznych omawianej koncepcji Miller stworzyła Skalę Stylu Behawioralnego MBSS (*The Miller Behavioral Style Scale*), pozwalającą na wyodrębnienie następujących rozkładów stylów: nieposzukujący – nieunikający, poszukujący – unikający, poszukujący – nieunikający oraz nieposzukujący – unikający. Skala - w odróżnieniu od większości narzędzi badających sposoby radzenia sobie ze stresem – nie posiada zestawu twierdzeń do których odnosi się respondent, zawiera

natomiast kilka streszczeń sytuacji trudnych (np. zwolnienia z pracy, zamachu terrorystycznego). Badany wybiera spośród hipotetycznych reakcji taką, która mogłaby dotyczyć jego. Zdaniem autorki (73) opracowane narzędzie posiada odpowiednie wskaźniki psychometryczne, testowane klinicznie z udziałem m.in. pacjentów z rozpoznaniem nowotworowym.

Jednym z bardziej znanych i powszechnie stosowanych narzędzi badających style radzenia sobie ze stresem jest kwestionariusz CISS autorstwa Endlera i Parkera (72). Autorzy wyraźnie rozgraniczyli pojęcie stylu i strategii powołując się na sposób pomiaru lęku przez Spielbergera (74), gdzie oceniano natężenie lęku-cechy i lęku-stanu. Prototyp kwestionariusza pod nazwą *Multidimensional Coping Inventory* (MCI) powstał na drodze empirycznej w 1986 roku, w oparciu o stwierdzenia opisujące różnorodne sposoby radzenia sobie w sytuacjach problemowych. Na tej podstawie Endler i Parker wyodrębnili trzy skale określające następujące style radzenia sobie ze stresem: Styl skoncentrowany na zadaniu, Styl skoncentrowany na emocjach oraz Styl skoncentrowany na unikaniu. Pod względem czynnikowym skale Styl skoncentrowany na zadaniu i Styl skoncentrowany na emocjach były homogeniczne, natomiast Skalę skoncentrowaną na unikaniu rozdzielono na dwie podskale: Poszukiwanie kontaktów towarzyskich oraz Angażowanie się w czynności zastępcze (63). Jak wskazują autorzy kwestionariusza, uzyskane skale cechuje wysoka autonomia, co potwierdziły kolejne badania analizujące współczynniki korelacji między wynikami w konkretnych skalach. Wyjątkiem jest niska niezależność podskali Poszukiwanie kontaktów towarzyskich i Angażowanie się w czynności zastępcze, gdyż z oczywistych powodów posiadają one wysoki współczynnik korelacji ze skalą Styl skoncentrowany na unikaniu (72).

Polska adaptacja kwestionariusza CISS, autorstwa Strelaua i wsp. (63), pod względem właściwości psychometrycznych jest zbliżona do angielskiego oryginału. Narzędzie składa się z 48 twierdzeń opisujących zachowania jakie mogą przejawiać jednostki w konfrontacji z sytuacją trudną. Osoby, u których dominuje styl skoncentrowany na zadaniu charakteryzują się skłonnością konstruowania planu zmierzającego do poradzenia sobie z problemem lub podejmowania w tym celu bezpośrednich działań. Styl skoncentrowany na emocjach prezentują jednostki, które pod wpływem stresu skupiają się na sobie i swoich negatywnych doznaniach, co z jednej strony może obniżać napięcie emocjonalne, z drugiej stanowi ryzyko wzrostu natężenia stresu i

stanu przygnębienia (63). Osoby uzyskujące wysokie wyniki na skali Styl skoncentrowany na unikaniu w konfrontacji z sytuacją stresową podejmują wysiłek uniemożliwiający myślenie na jej temat, a także szereg czynności mających charakter samoutrudniania rozwiązania problemu lub zaprzeczania jego istnienia. Według autorów polskiej adaptacji kwestionariusza, CISS w wysokim stopniu spełnia kryteria rzetelnego i trafnego narzędzia psychometrycznego i może być z powodzeniem rekomendowany do przeprowadzania pomiarów radzenia sobie ze stresem w populacji osób dorosłych (63).

Lazarus i Folkman w 1980 roku skonstruowali kwestionariusz do pomiaru wyłącznie strategii radzenia sobie ze stresem. Początkowo funkcjonował on jako „*Ways of Coping Checklist*” ale sześć lat później został zrewidowany i nazwa uległa zmianie na „*Ways of Coping Questionnaire*” (WCQ) (50). Narzędzie zostało poddawane polskim adaptacjom (75), jednak jak do tej pory nie opracowano podręcznika w tym zakresie. WCQ składa się z dwóch części i uwzględnia analizę trzech związanych ze sobą poziomów: psychologicznego, społecznego i fizjologicznego. Część pierwsza wymaga od respondenta opisanie niedawno doświadczonej sytuacji stresowej w całościowym dostępnym kontekście sytuacyjnym i emocjonalnym; część drugą stanowią twierdzenia opisujące konkretne działania behawioralne i poznawcze prowadzące do poradzenia sobie z dyskomfortem powodującym stres. Pomimo, iż Lazarus i Folkman nie uznawali pojęcia stylu radzenia sobie ze stresem, określili dwa podstawowe typy działań, jakie podejmują ludzie w sytuacjach problemowych: skoncentrowane na zadaniu i skoncentrowane na emocjach. Wg autorów (48), WCQ dodatkowo zróżnicował i pozwolił na ocenę ośmiu rodzajów strategii radzenia sobie ze stresem: a) bezpośrednie odreagowanie jednostki w stosunku do stresora, np. konfrontacja z osobą, której zachowanie wywołało złość; b) zaprzeczanie, dystansowanie się od problemu, np. wysiłki zmierzające do wyciszenia myśli na nieprzyjemny temat, zapominanie o sprawie; c) brak spontanicznego działania na rzecz planowania i przemyślanych zachowań, np. przygotowanie się do trudnej rozmowy, kontrola emocji; d) podejmowanie prób uzyskania od otoczenia szeroko rozumianego wsparcia psychospołecznego; e) autorefleksja nad własnym udziałem w powstawaniu i odczuwaniu stresu, np. przyznanie się do chronicznego myślenia o stresorze; f) przemyślane zaplanowanie rozwiązania sytuacji stresowej; g) przewartościowanie sytuacji trudnej, w celu odnalezienia w niej elementów pozytywnych i zasobów, np. dostrzeżenie własnego potencjału zdolności rozwiązywania problemów, uaktywnienie nowych

sposobów myślenia, zmiana hierarchii wartości, zmiana dotychczasowego sposobu funkcjonowania.

Opisane dotychczas sposoby radzenia sobie ze stresem miały charakter reaktywny, co oznacza, że jednostka podejmowała próby poradzenia sobie z sytuacją stresową będącą już faktem. Odmienne podejście prezentuje Schwarzer (76), opisując proaktywne radzenie sobie ze stresem. W założeniu ma ono zniwelować działanie stresorów, które mogłyby poczynić szkody w przyszłości – w koncepcji tej działanie proaktywne musi zostać podjęte odpowiednio wcześniej. Autor przedstawia następujące rodzaje zachowań proaktywnych: antycypację, prewencję i proaktywność. Antycypacyjne radzenie związane jest z umiejętnością przewidywania zdarzeń w przyszłości, które dotyczą m.in. możliwości utraty zasobów, odczuwania negatywnych emocji i poczucia krzywdy. Prewencja utożsamiana jest z zabezpieczeniem się przed kryzysem mogącym nadejść w dalekiej przyszłości – ponieważ rodzaj zagrożenia nie jest bliżej znany, polega ona na magazynowaniu zasobów ogólnych. Proaktywność ma pozytywną konotację – związana jest przede wszystkim z prawdopodobieństwem osiągnięcia sukcesu, podejmowaniem wyzwań i wykorzystaniem potencjalnych możliwości, co ułatwia m.in. gromadzenie zasobów, umiejętności, budowanie i mobilizowanie sieci wsparcia, prowadzenie zdrowego stylu życia (76).

W oparciu o teorię proaktywnego radzenia sobie ze stresem Greenglass (77) stworzył kwestionariusz Reakcji na Codzienne Wydarzenia (*Proactive Coping Inventory, PCI*). Polska adaptacja narzędzia miała miejsce w 2002 roku (78). W skład kwestionariusza wchodzi 7 podskal dotyczących następujących zachowań: a) Radzenie proaktywne, b) Radzenie refleksyjne, c) Planowanie strategiczne, d) Prewencyjne radzenie sobie, e) Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego, f) Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego, g) Radzenie przez dystansowanie się. Z jednej strony PCI umożliwia ocenę zasobów jednostki do poradzenia sobie ze stresem w przyszłości, z drugiej może być traktowany jako wyznacznik prozdrowotnego stylu życia (53).

1.6. Wsparcie społeczne rodziców dzieci z zaburzeniami słuchu

W związku z diagnozą niedosłuchu dziecka pojawia się konieczność wprowadzenia znaczących zmian w życiu rodziny, przeformułowania planów dotyczących przyszłości,

wyznaczenia, a także podzielenia nowych zadań między rodzicami dziecka. Bardzo często osobami, które biorą na siebie obowiązek wychowania i rehabilitacji dziecka są ich matki. To, w jaki sposób sobie poradzą z tym zadaniem jest sprawą indywidualną, zależy jednak w dużej mierze od stylu radzenia sobie w sytuacjach trudnych oraz od posiadanych aktualnie zasobów. Ważnym zasobem jest wsparcie jakiego matka doświadcza od otoczenia, rozpoczynając od ojca dziecka, najbliższej rodziny, przyjaciół, ludzi obcych, specjalistów rehabilitantów i lekarzy (79).

Wsparcie społeczne jest pojęciem bardzo szerokim i stanowi przedmiot wielu opracowań. Podstawą początkowych opisów tego zjawiska były obserwacje kliniczne i organizowanie się grup pomocowych (23). Wsparcie społeczne można umiejscowić na pograniczu zasobów osobistych i społecznych (53), a najogólniej definiowane jest jako pomoc otrzymywana przez jednostkę w sytuacjach problemowych, rezultat łączenia się w grupy społeczne (efekt zakorzenienia), integracja społecznościowa wraz z panującym w niej poczuciem przynależności, bliskości, solidarności i wzajemnych zobowiązań (25). Wielu autorów zaznacza również, że wsparcie ma znaczenie na każdym etapie życia człowieka, pomijając nawet aspekt stanu emocjonalnego czy doświadczanych trudności (80).

Aktualnie w literaturze można spotkać zróżnicowany podział rodzajów wsparcia społecznego, a do najważniejszych należą wsparcie strukturalne i funkcjonalne, spontaniczne, naturalne i sformalizowane, wsparcie subiektywnie dostrzegane i obiektywnie otrzymywane. Istotnym elementem jest tutaj wsparcie funkcjonalne, które można scharakteryzować jako efekt interakcji społecznej, gdzie następuje wymiana informacji, emocji, narzędzi pomocowych służących do wspomoczenia procesu pokonania sytuacji problemowej czy kryzysu (53). Na tej podstawie wyróżniono wsparcie emocjonalne, instrumentalne, informacyjne, materialne oraz duchowe (81).

Wsparcie emocjonalne jest jednym z najczęściej udzielanych, oczekiwanych i tym samym najbardziej znaczącym dla jednostki rodzajem wsparcia (45); definiowane jest jako aktywność mająca na celu dostarczenie osobie potrzebującej pozytywnych emocji w postaci uspokojenia, troski, poczucia opieki i empatii. Osoba doświadczająca wsparcia emocjonalnego wzmacnia własne poczucie bezpieczeństwa, znajduje przestrzeń i

przyzwolenie na wyrażanie emocji, obniża napięcie psychiczne i stres, podnosi subiektywną kontrolę nad własnym samopoczuciem i zdrowiem (82).

Wsparcie instrumentalne zakłada przyjęcie przez osobę wspierającą roli nauczyciela modelującego pożądane zachowania: występuje najczęściej w formie przekazywania konkretnego instruktażu jak postępować w danej sytuacji, a także jak zdobywać informacje, dobra materialne czy oczekiwane umiejętności. Zdaniem Heszen i Sęk (53) takie postępowanie w dłuższym czasie może częściowo pozbawić jednostkę zasobów i obniżyć szanse na samodzielne formowanie działań zaradczych w przyszłości.

Wsparcie informacyjne polega na przekazywaniu osobie będącej w potrzebie niezbędnych danych, informacji zwrotnych na temat jej działań i obiektywnej oceny ich skuteczności; może przyjąć formę samopomocowej grupy wsparcia, np. systematycznych spotkań rodziców dzieci niepełnosprawnych pozwalających na pokonanie poczucia osamotnienia, pustki i beznadziejności oraz pozwalających na wymianę doświadczeń w zakresie radzenia sobie z podobnymi trudnościami. Sposób działania wsparcia informacyjnego sprowadza się do zwiększenia motywacji poprawy stanu psychofizycznego, unikania niebezpiecznych stresorów oraz znajdowania optymalnych sposobów radzenia sobie ze stresem (83).

Wsparcie materialne dotyczy konkretnych i wymiernych działań pomocowych, np. dostarczenia pożywienia, udostępnienia sprzętu medycznego i leków, wsparcia finansowego i przedmiotowego; przykładem jest szeroko rozumiana działalność charytatywna, w tym funkcjonowanie różnorodnych fundacji. Część badaczy nie traktuje wsparcia materialnego jako odrębnego rodzaju przyjmując, że stanowi ono integralną część wsparcia instrumentalnego (41).

Wsparcie duchowe polega najczęściej na łagodzeniu lęków egzystencjalnych w procesie poszerzania wglądu na temat sensu życia, przeformułowywania celów życiowych, zmianie wartości rozumianych pojęć; dotyczy w większości osób terminalnie chorych, a także jednostek będących w kryzysie suicydalnym (53).

Tardy (84) w swojej koncepcji wsparcia społecznego – poza wsparciem informacyjnym, instrumentalnym oraz emocjonalnym – dodatkowo wyróżnił wsparcie wartościujące. Polega ono na przekazywaniu jednostce informacji zwrotnych na temat jej

konstruktywnego funkcjonowania, ze szczególnym uwzględnieniem zasobów – umiejętności, zdolności, cech wyróżniających ją pozytywnie na tle innych ludzi.

Zdaniem Plopy (41) omówione wyżej formy wsparcia mogą oddziaływać indywidualnie i grupowo – w różnych konfiguracjach oraz proporcjach – będąc zależne w dużej mierze od fazy procesu stresowego w jakim aktualnie znajduje się jednostka. Wsparcie emocjonalne – uwagi na obniżanie poziomu napięcia psychicznego i stresu – najbardziej pożądane jest na początkowym etapie sytuacji trudnej. Faza przejściowa z kolei wymaga od jednostki uświadomienia sobie własnego położenia, odnalezienia i nauczenia się optymalnych sposobów radzenia – w tym przypadku korzystne jest wsparcie informacyjne. W sytuacji wejścia jednostki w fazę stresu chronicznego najlepszym rozwiązaniem ze strony otoczenia jest udzielenie jej wsparcia instrumentalnego (85).

Sęk (81), podsumowując rolę i charakter wsparcia funkcjonalnego, podkreśla, że podczas jego udzielania między dawcą i biorcą wymianie podlegać może wiele czynników (informacji, emocji itp.), w układzie dawca-biorca wymiana ta może mieć charakter jednostronny albo dwustronny, jakość wymiany zależy od trafności świadczonego wsparcia względem faktycznych potrzeb biorcy, sens udzielania wsparcia określa stopień zmniejszenia napięcia psychicznego i odczuwanego stresu, wzmocnienie samooceny jednostki oraz zwiększenie prawdopodobieństwa rozwiązania sytuacji trudnej.

Efektywność udzielanego wsparcia funkcjonalnego zależy w dużej mierze od dostępnych ilościowych i jakościowych struktur społecznych. W literaturze określane są one jako wsparcie strukturalne i występują w postaci tzw. sieci społecznych – zasobów wsparcia społecznego (81). Zdaniem Kubackiej-Jasieckiej (25) zasoby te wskazują, na jaki rodzaj grupy jednostka może liczyć w przypadku wystąpienia sytuacji kryzysowej: naturalnej – spontanicznej czy sformalizowanej – instytucjonalnej. Naturalne sieci wsparcia, w większości działające w sposób spontaniczny, stanowią osoby znane jednostce: bliższa i dalsza rodzina, krąg przyjaciół i osób znajomych, współpracownicy, sąsiedzi. Badania wskazują, że tego typu źródła wsparcia społecznego są najbardziej pożądane z punktu widzenia zdrowotnego, uaktywniają się natychmiast, są dostępne w długim okresie czasu, a także budują poczucie bezpieczeństwa i zaufania w relacji interpersonalnej (81). Rodzina ma szczególne znaczenie w aspekcie wsparcia społecznego. Z jednej strony może stanowić źródło stresorów, z drugiej, dzięki przekazywanemu

wspieraniu, daje zasoby do radzenia sobie w sytuacjach problemowych oraz optymalnego rozwoju poszczególnych jej członków (41). Zdaniem wielu autorów subiektywne poczucie rodzinnego wsparcia jednostek jest wprost proporcjonalne do pozytywnej atmosfery emocjonalnej, jaką potrafią one wytworzyć między sobą, np. poprzez dawanie dowodów bliskości, unikaniu i konstruktywnemu rozwiązywaniu konfliktów, co w efekcie obniża podatność na stres doświadczany poza strukturami rodzinnymi (86). Szczególną rolę przypisuje się w tym aspekcie współmałżonkom, którzy kształtując i prezentując określone relacje interpersonalne moderują stosowną atmosferę emocjonalną w całej rodzinie. Wpływ na to mają m.in: zaangażowanie się matki i ojca w wychowanie i zajmowanie się dziećmi, równomierność obciążenia obowiązkami domowymi czy samodzielność ekonomiczna poszczególnych osób (41). Dotychczasowe badania wskazują, że bycie w satysfakcjonującym i wspierającym związku małżeńskim stanowi czynnik chroniący przed negatywnymi skutkami stresu, a osoby samotne gorzej radzą sobie ze stresorami i prezentują słabsze funkcjonowanie psychofizyczne (86).

Formalne sieci wsparcia dotyczą w większości działań pomocowych udzielanych przez specjalistów w różnego rodzaju instytucjach, np. opieki zdrowotnej. Z jednej strony umożliwiają otrzymanie fachowej pomocy, z drugiej – mogą przyczynić się do poczucia etykietowania, charakteryzują się mniejszą wzajemnością, często potrzeba czasu na ich aktywizację.

Omawiając funkcjonalną rolę wsparcia społecznego w procesach zmagania się z sytuacją trudną, wielu autorów różnicuje i podkreśla znaczenie wsparcia spostrzeganego oraz wsparcia otrzymywanego (25,53,87). Wsparcie spostrzegane jest perspektywne, polega w dużej mierze na antycypowaniu pomocy, opiera się na świadomości posiadanych i dostępnych sieciach wsparcia w postaci np. konkretnych osób i instytucji, może być w części uzależnione od cech intrapsychicznych jednostki oraz struktury osobowości (88). Wsparcie otrzymywane ma naturę retrospektywną, dotyczy już nabytych przez jednostkę doświadczeń w zakresie udzielonej jej pomocy, może być oceniane względnie obiektywnie. Odmiennosc powyższych rodzajów wsparcia uwidacznia się przede wszystkim w percepcji aspektu czasowego oraz znaczenia prozdrowotnego – tu preferowane jest wsparcie spostrzegane jako dowód posiadania większej ilości zasobów psychicznych oraz działania buforowego w postaci obniżania poziomu stresu (89).

Ogólnie pojęte działanie wsparcia społecznego ma sens tylko wówczas, gdy jest pożądane przez jednostkę oraz odpowiednio do niej dopasowane. Zdaniem Wrześniewskiego (90) akceptacja faktu i formy otrzymywanego wsparcia pozytywnie wpływa na proces zdrowienia, stabilizację stanu emocjonalnego, a także podejmowania konstruktywnych prób rozwiązania problemu. W przypadku niedopasowania wsparcia pod względem ilościowym lub jakościowym jednostka może czuć dyskomfort psychiczny związany ze sferą własnej samooceny i poczucia niezależności, a w skrajnym przypadku spostrzegać działania pomocowe jako przeszkadzające i utrudniające opanowanie sytuacji trudnej. Ważną zmienną pośredniczącą w efektywności działania wsparcia w kontekście jego dopasowania jest m.in. rodzaj stresora, subiektywna ocena stresorów przez jednostkę, dominujący styl radzenia sobie ze stresem oraz poziom asertywności prezentowany przez jednostkę (25). Badania wykazały (88), że osoby posiadające wysoką potrzebę autonomii w mniejszym stopniu oczekują pomocy z zewnątrz, mogą ją odczuwać jako zagrożenie, uświadamiają sobie, że nie są w stanie samodzielnie poradzić sobie z problemem, co świadczy o ich słabości. Może to potęgować lęk i obniżony nastrój. W tym kontekście część autorów przyjmuje, że najbardziej efektywnym rodzajem wsparcia jest wsparcie niewidoczne, tj. takie, którego osoba potrzebująca sobie nie uświadamia, a tym samym nie obciąża poczucia własnej wartości (81).

Brak dopasowania wsparcia społecznego opisywane jest w literaturze tematu jako paradoks wsparcia (91). Ma on miejsce gdy pomimo obiektywnie trudnej sytuacji jednostki, poszukiwania i doświadczenia przez nią pomocy ze strony otoczenia, otrzymywane wsparcie nie obniża negatywnych skutków sytuacji problemowej, a wręcz intensyfikuje odczuwany stres (25).

Omawiając zasoby jednostki dotyczące umiejętności szukania pomocy w sytuacji trudnej, coraz częściej uwzględnia się aspekt mobilizacji sieci wsparcia społecznego jako proaktywnej i konstruktywnej strategii radzenia sobie. Uzależniona jest ona w dużej mierze od indywidualnych cech jednostki, w tym osobowości, poziomu posiadanych kompetencji społecznych oraz zdolności nawiązywania i podtrzymywania bliskości na różnych poziomach relacji społecznych: rodzinnych, przyjacielskich, zawodowych i in. Badania wykazały, że wewnętrzna potrzeba zwracania się do innych o pomoc może być zdeterminowana przez styl przywiązania ukształtowany w relacji z osobą znaczącą w dzieciństwie. Osoby prezentujące bezpieczny styl przywiązania charakteryzują się wyższą

samooceną, brakiem lęku przed odrzuceniem ze strony innych, nawiązują i utrzymują więcej kontaktów społecznych niż jednostki przejawiające styl pozabezpieczny (92). Zdolność mobilizacji wsparcia zdeterminowana jest również przez indywidualne funkcjonowanie jednostki na wymiarze ekstrawersji- introwersji oraz natężenia neurotyzmu – osoby ekstrawertywne z dużym poczuciem optymizmu częściej i swobodniej proszą o pomoc; osoby neurotyczne z jednej strony mogą nieufnie podchodzić do ludzi, odczuwać lęk przez zmianą i nowością, z drugiej – wzbudzać nieprzychyłość otoczenia (25).

W przypadku konfrontowania się z silnym stresem (np. przez rodziców dzieci z określoną niepełnosprawnością, np. niedosłuchem, osób cierpiących na rzadkie lub nieuleczalne schorzenia) bardzo pomoce okazują się strukturalne sieci wsparcia w postaci zorganizowanych grup samopomocy. Uczestnictwo w grupach jest dobrowolne, opiera się m.in. na wzajemnym szacunku, zrozumieniu, zaufaniu, równości wobec pozostałych członków grupy, możliwości pozostania anonimowym oraz unikaniu krytyki. Przyjmuje się, że grupy samopomocy są bardziej osiągalne niż np. wsparcie uzyskiwane ze struktur formalnych, nie wymagają od uczestników zaangażowania finansowego, a także pozwalają na przeżywanie emocji z osobami dotkniętymi podobnym problemem, uwalniając od poczucia stygmatyzacji (25). Zaletą funkcjonowania grup wsparcia jest także ich dwukierunkowe oddziaływanie – jednostka może przyjmować rolę nie tylko osoby wspieranej ale także udzielającej pomocy, co dodatkowo wzmacnia u niej poczucie własnej wartości. Podstawowe cele działania grupy można określić jako przezwycięzenie poczucia pustki, pozostawienia samemu sobie oraz braku wyjścia z sytuacji (30). Do pozytywnych rezultatów funkcjonowania grup wsparcia Turuk-Nowak (93) włącza wzajemne wsparcie emocjonalne, samoedukację, edukację społeczną adekwatną do zapotrzebowania członków grupy, uruchamianie dostępu do niezbędnej rehabilitacji, zaproszenie do współpracy profesjonalistów i instytucji, a także zorganizowanie wsparcia materialnego od określonych fundacji.

Zdaniem Sęk (94), ogólnie pojęte wsparcie działa prozdrowotnie dając jednostce poczucie przynależności, przez co wzmacnia jej zasoby. Przyjmuje również, że osoby posiadające duże wsparcie w istotnie niższym stopniu sygnalizują odczuwany stres i lepiej reagują na działanie stresorów. Wielopłaszczyznowe wsparcie ma ogromne znaczenie w sytuacji kryzysowej, jaką dla rodziców jest informacja o niepełnosprawności ich dziecka –

z jednej strony pozwala na konstruktywne odreagowanie negatywnych emocji, z drugiej – na opanowanie poznawczego chaosu i poczucia bezradności, podjęcia efektywnych sposobów poradzenia sobie z sytuacją trudną. Może to korzystnie wpłynąć na rozwój dziecka nie tylko w postaci podjęcia odpowiednich działań rehabilitacyjnych ale również wytworzenia optymalnej dla rozwoju atmosfery emocjonalnej wśród osób dziecku najbliższych.

Brak wsparcia może skutkować zaburzeniami w relacji rodzic – dziecko, co przejawia się najczęściej brakiem odpowiedzi rodzica na sygnały przywiązania ze strony dziecka. Istnieje ryzyko, że sytuacja taka doprowadzi do pojawienia się u dziecka wtórnych zaburzeń rozwojowych (19). Według Tronicka (95) obustronne adekwatne odczytywanie sygnałów emocjonalnych w diadzie matka – dziecko sprzyja prawidłowemu rozwojowi dziecka i utrwala emocje pozytywne. Także Kobosko (35) w swojej pracy zaznacza, że stan psychiczny matek koreluje z rozwojem dziecka, a mechanizmem wyzwalającym jest niedostrojenie emocjonalne dziecka i matki.

Fakt wejścia w nową rolę życiową – rodzica dziecka z wadą słuchu – związany jest z przeżywaniem silnych emocji i funkcjonowaniem pod wpływem stresu oraz lęku. To, w jaki sposób matki poradzą sobie z trudnymi emocjami, uzależnione jest z jednej strony od ich własnych zasobów psychicznych, w tym stylu radzenia sobie ze stresem, z drugiej strony od rodzaju wsparcia, jakie otrzymują od osób najbliższych, znajomych, grup samopomocy, specjalistów z zakresu rehabilitacji, instytucji medycznych, fundacji i in. Kondycja psychiczna i zasoby psychospołeczne matek, które w znacznym stopniu podejmują wyzwanie rehabilitacji dziecka z wadą słuchu mogą mieć istotny wpływ na jego rozwój. Prezentowane przez matki postawy w stosunku do ich dziecka bezpośrednio wpływają na jego rozwój emocjonalny, co odzwierciedla się w jego zachowaniu (96). Jest to szczególnie ważne w kontekście wychowania dziecka z uszkodzonym słuchem – badania wskazują, że częstość zaburzeń psychicznych u dzieci z zaburzeniami słyszenia jest około 2,5 razy większe w porównaniu ze słyszącymi rówieśnikami (97–99).

2. Metodologia badań

2.1. Problem badawczy

Praca stanowi próbę określenia przyczynowych zależności pomiędzy szeroko pojętą grupą czynników psychospołecznych występujących w rodzinie dziecka z uszkodzeniem słuchu, a poziomem umiejętności rozwojowych dzieci od 1. do 2. roku życia. Do czynników psychospołecznych zaliczono poziom lęku i stresu matki, styl radzenia sobie ze stresem przez matkę, wsparcie społeczne matki oraz status socjoekonomiczny rodziny. W badaniu określono wpływ stopnia ubytku słuchu dziecka na wybrane zmienne.

Poziom rozwoju dziecka został określony za pomocą Skali Rozwojowej INSITE w obszarze czterech następujących umiejętności: motoryka duża, motoryka mała, rozwój społeczno-emocjonalny oraz komunikacja.

Wyodrębniono następujące problemy przyczynowe pomiędzy badanymi zmiennymi:

1. Czy istnieje związek pomiędzy uszkodzeniem słuchu dziecka a poziomem jego rozwoju?
2. Czy istnieje związek pomiędzy uszkodzeniem słuchu dziecka a poziomem i rodzajem odczuwanego przez matkę stresu?
3. Czy istnieje związek pomiędzy uszkodzeniem słuchu dziecka a poziomem odczuwanego przez matkę lęku?
4. Czy istnieje związek pomiędzy otrzymywanym przez matkę wsparciem społecznym a odczuwanym przez nią poziomem i rodzajem stresu?
5. Czy istnieje związek pomiędzy otrzymywanym przez matkę wsparciem społecznym, a odczuwanym przez nią lękiem?
6. Czy istnieje związek pomiędzy otrzymywanym przez matkę wsparciem społecznym a poziomem rozwoju jej dziecka z niedosłuchem?
7. Czy istnieje związek pomiędzy odczuwanym przez matkę stresem a poziomem rozwoju jej dziecka z niedosłuchem?

8. Czy istnieje związek pomiędzy poziomem odczuwanego przez matkę lęku a poziomem rozwoju dziecka z niedosłuchem?
9. Czy istnieje związek pomiędzy stylem radzenia sobie ze stresem przez matkę a poziomem rozwoju dziecka z niedosłuchem?
10. Czy istnieje związek pomiędzy wykształceniem matki a poziomem rozwoju dziecka z niedosłuchem?
11. Czy istnieje związek pomiędzy wysokością dochodu w rodzinie a rozwojem dziecka z niedosłuchem?
12. Czy istnieje związek pomiędzy wykształceniem matki a poziomem odczuwanego przez nią stresu?
13. Czy istnieje związek pomiędzy miejscem zamieszkania matki a poziomem odczuwanego przez nią stresu?

2.2. Operacjonalizacja zmiennych

Wybrane zmienne należą do szerokiego zakresu czynników psychospołecznych oraz czynników związanych z dzieckiem. Należą do nich zmienne podmiotowe, społeczne, socjoekonomiczne i zmienne dotyczące stanu słuchu i rozwoju dziecka.

- Zmienne podmiotowe (psychiczne) matki dziecka

- a) Poziom lęku
- b) Poziom stresu
- c) Styl radzenia sobie ze stresem

- Zmienne społeczne

Wsparcie społeczne matki dziecka (wartościujące, emocjonalne, informacyjne, instrumentalne)

- Zmienne socjoekonomiczne dotyczące rodziny
 - a) Wiek matki
 - b) Wykształcenie matki
 - c) Miejsce zamieszkania rodziny (wielkość miejscowości)
 - d) Wielkość rodziny
 - e) Warunki materialne rodziny
 - f) Struktura rodziny (pełna, rodzic samotnie wychowujący dziecko)
- Zmienne dotyczące stanu słuchu oraz rozwoju dziecka
 - a) Poziom umiejętności rozwojowych dziecka w zakresie dużej i małej motoryki, rozwoju społeczno – emocjonalnego oraz komunikacji
 - b) Słuch dziecka, głębokość uszkodzenia słuchu, rodzaje wspomaganie słuchu (aparaty słuchowe, implant ślimakowy)

2.3. Metodyka badań

1. Do badania poziomu lęku zastosowano Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI (State-Trait Anxiety Inventory) Spielbergera, Gorsucha, Lushene'a (74) w adaptacji Sosnowskiego i Wrześniewskiego (100). STAI jest narzędziem przeznaczonym do badania lęku rozumianego jako przejściowy i uwarunkowany sytuacyjnie stan jednostki oraz lęku rozumianego jako względnie stała cecha osobowości. Narzędzie badawcze składa się z dwóch podskal, z których jedna (X-1) służy do pomiaru lęku-stanu, a druga (X-2) – lęku-cechy. Każda podskala składa się z 20 pozycji, na które badany odpowiada, wybierając jedną z czterech skategoryzowanych odpowiedzi (1 – zdecydowanie nie, 2 – raczej nie, 3 – raczej tak, 4 – zdecydowanie tak). Badanie dotyczyło pomiaru lęku jako cechy, dlatego w doświadczeniu wykorzystano wyłącznie podskalę X-2 (pytania nr 21-40). Poziom lęku wyrażony jest liczbą punktów uzyskanych poprzez sumowanie otrzymanych ocen w poszczególnych

odpowiedzi. Wartości punktowe mogą mieścić się w zakresie od 20 do 80 punktów. Rosnące wartości punktowe oznaczają podwyższony poziom lęku.

Lęk jako cecha definiowany jest przez Spielberga jako konstrukt teoretyczny, oznaczający nabytą dyspozycję behawioralną, która czyni jednostkę podatną na postrzeganie szerokiego zakresu obiektywnie niegroźnych sytuacji jako zagrażające i reagowanie na nie stanem lęku, nieproporcjonalnie silnym w stosunku do wielkości obiektywnego niebezpieczeństwa (74). W definicji tej podkreśla się wyuczony charakter lęku.

2. Poziom stresu zmierzono za pomocą Kwestionariusza Poziomu Stresu autorstwa Plopy oraz Makarowskiego (41). Stres w odniesieniu do zastosowania niniejszego narzędzia traktowany jest jako stan napięcia emocjonalnego (na poziomie organicznym i psychologicznym) wynikający z określonej relacji jednostki z otoczeniem lub samym sobą, odczuwany jako przykry, obciążający jej zasoby i zagrażający dobrostanowi (41).

Kwestionariusz mierzy trzy podstawowe obszary (wg definicji Plopy i Makarowski (41):

- a) Napięcie emocjonalne – definiowane przez autorów jako poczucie niepokoju i nadmiernej nerwowości, mogące ujawniać się brakiem energii do podejmowania działań, rezygnowaniem z własnych planów, a także nadmierną drażliwością w relacjach interpersonalnych oraz bezpodstawnym odczuwaniem zmęczenia;
- b) Stres zewnętrzny – poczucie niesprawiedliwego oceniania własnej osoby przez otoczenie w różnych sytuacjach społecznych, które skutkuje bezradnością, frustracją i męczliwością w kontekście stawiania przez innych wymagań;
- c) Stres intrapsychiczny – poczucie nieradzenia sobie z problemami dnia codziennego oraz obniżenia jakości życia poprzez świadomość posiadania zbyt małych zasobów i zdolności do realizacji celów; przekonanie o byciu słabym

psychicznie a w sytuacji straty kogoś lub czegoś niemożność pogodzenia się z tym faktem.

Wprowadzona dodatkowo Skala kłamstwa ma na celu wstępną weryfikację wypowiedzi osób badanych i ujawnienie respondentów odpowiadających w sposób tendencyjny bądź ze skłonnościami autoprezentacyjnymi.

Kwestionariusz składa się z 27 pytań, na które respondent wybiera jedną z pięciu skategoryzowanych odpowiedzi: „Prawda”, „Raczej prawda”, „Trudno powiedzieć”, „Raczej nieprawda” oraz „Nieprawda” i występuje w dwóch wersjach: przeznaczonych dla kobiet oraz dla mężczyzn.

3. Do badania strategii radzenia sobie ze stresem wykorzystano kwestionariusz CISS (*Coping Inventory for Stressful Situations*) Endlera i Parkera (72) w adaptacji Strelaua, Wrześniewskiego i Szczepaniaka (63).

Kwestionariusz składa się z 48 pozycji-twierdzeń. Respondent przy każdym z nich określał na pięciostopniowej skali częstotliwość (1 – nigdy, 2 – bardzo rzadko, 3 – czasami, 4 – często, 5 - bardzo często) z jaką podejmuje dane działanie w sytuacjach trudnych i stresowych. Odpowiedzi są punktowane w skali od 1 do 5.

Według autorów polskiej adaptacji kwestionariusza CISS, współczynniki rzetelności są wysokie. Dla skal podstawowych (SSZ, SSE, SSU) zawierają się w granicach 0,78-0,90 (63). Trafność czynnikową polskiej adaptacji kwestionariusza zbadano poprzez 13 czynników, które wyjaśniały łącznie 60,9% wariancji. Trafność teoretyczna została określona m.in. poprzez badanie związku stylów radzenia sobie ze stresem z cechami osobowości reprezentowanymi przez dwie najbardziej popularne taksonomie osobowości (63) – skalę EPQ-R oraz NEO-FFI. Stanowi to silny argument na rzecz omawianej trafności kwestionariusza CISS.

Wyniki kwestionariusza ujmowane są na trzech skalach:

- a) SSZ – styl skoncentrowany na zadaniu – określa styl radzenia sobie ze stresem, gdzie główny nacisk położony jest na zadanie, poznawcze przekształcenie sytuacji lub planowanie rozwiązania problemu;
- b) SSE – styl skoncentrowany na emocjach – określa styl radzenia sobie ze stresem, w którym występuje tendencja do koncentracji na sobie, własnych przeżyciach emocjonalnych, np. złość, napięcie, poczucie winy. Osoby takie mogą przejawiać skłonność do myślenia życzeniowego i fantazjowania. Zachowanie takie ma na celu zmniejszenie napięcia emocjonalnego związanego z sytuacją stresową. Czasem może powiększać poczucie stresu, wzrost napięcia lub przygnębienie;
- c) SSU – styl skoncentrowany na unikaniu – osoby charakteryzujące się tym stylem, w sytuacjach stresowych wykazują tendencje do wystrzegania się myślenia, przeżywania, doświadczania tej sytuacji. Skala SSU posiada dwie podskale: ACZ – angażowanie się w czynności zastępcze oraz PKT – poszukiwanie kontaktów towarzyskich. Na potrzeby badania analizowano skalę SSU jako całość bez podziału na podskale.

Każda z wyżej wymienionych skal składa się z 16 pozycji. Wynik surowy w danej skali to suma punktów uzyskanych dla pozycji wchodzących w jej skład. Minimalny wynik w każdej skali wynosi 16, maksymalny 80. Interpretacja wyników uzyskanych w CISS obejmuje ocenę dominacji jednego z trzech głównych stylów tj. skoncentrowanego na zadaniu, emocjach albo unikaniu. Wynik przyporządkowany do stenów od 1 do 3 to wynik niski (interpretowany jako brak skłonności do danego stylu radzenia sobie ze stresem). Steny 4, 5 i 6 to wyniki przeciętne (umiarkowana skłonność do danego stylu). Wyniki przyporządkowane do stena 7 lub powyżej to wyniki wysokie (silna skłonność do danego stylu). Dominację stylu określa się, gdy wynik w 1 z 3 stylów jest zaklasyfikowany do wyższego stena niż wynik w 2 pozostałych. Jeśli żaden z wyników nie osiągnął 4 stena lub gdy sten względnie najwyższy został osiągnięty w więcej niż 1 stylu należy przyjąć, że u osoby badanej nie dominuje żaden z badanych stylów (63).

4. Wsparcie społeczne matki dziecka zbadano za pomocą Skali Wsparcia Społecznego autorstwa Kmieciak- Baran (101). Skala służy do badania rodzaju i siły wsparcia, jakie jednostka otrzymuje od określonych grup społecznych. Narzędzie powstało w oparciu o założenia teoretyczne Tardy'ego (84) który wyodrębnił cztery rodzaje wsparcia:

- a) Wsparcie wartościujące – informacja zwrotna dla jednostki, że posiada zasoby (np. zdolności, umiejętności) umożliwiające dobre funkcjonowanie osobie lub grupie;
- b) Wsparcie emocjonalne – dawanie do zrozumienia jednostce, że zawsze może liczyć na osobę lub grupę, a w sytuacji potrzeby zostanie udzielona jej pomoc;
- c) Wsparcie informacyjne – dostarczanie jednostce informacji (rad, wiadomości itp.) niezbędnych dla jej funkcjonowania w danej sytuacji;
- d) Wsparcie instrumentalne – konkretna pomoc udzielana jednostce (np. materialna).

Skala składa się z 16 twierdzeń, wobec których badany określał stopień nasycenia danym rodzajem wsparcia (odpowiedzi: 3 – tak; 2 – raczej tak; 1 – raczej nie; 0 – nie, nie dotyczy), które otrzymuje od określonych grup społecznych.

Pierwotna wersja kwestionariusza umożliwiała przeprowadzenie badań na grupie dzieci i młodzieży, dlatego na potrzeby niniejszego badania kilka pytań zostało przystosowanych w taki sposób, aby mogły odpowiedzieć na nie osoby dorosłe. Wyodrębniono następujące grupy wsparcia: małżonek/partner, rodzeństwo, inni krewni, znajomi z pracy, znajomi, sąsiedzi, przełożeni w pracy oraz osoby obce.

Według Kmieciak-Baran (101) Skala Wsparcia Społecznego pozwala na uzyskanie przez badanego pięciu wyników:

- a) Wynik ogólny – określa ogólny poziom wsparcia społecznego. Maksymalnie można było uzyskać 128 punktów, co oznaczało otrzymywanie pełnego wsparcia społecznego; 0 punktów - całkowity brak wsparcia;

- b) Wynik poziomu wsparcia informacyjnego – maksymalnie można było uzyskać 96 punktów, co oznaczało bardzo duży poziom wsparcia informacyjnego; 0 punktów – brak wsparcia informacyjnego;
 - c) Wynik poziomu wsparcia instrumentalnego – zasady obliczania jak w punkcie b;
 - d) Wynik poziomu wsparcia wartościującego – zasady obliczania jak w punkcie b;
 - e) Wynik poziomu wsparcia emocjonalnego – zasady obliczania jak w punkcie b.
5. Poziom umiejętności rozwojowych dziecka został oceniony za pomocą Skali Rozwojowej INSITE – skali rozwojowej dla niemowląt i małych dzieci z niepełnosprawnością sensoryczną i dodatkowymi uszkodzeniami w wieku 0 – 6 lat autorstwa Morgan i Watkins, w Polsce opublikowanej przez Towarzystwo Pomocy Głuchoniewidomym w 2004 roku (102). Skala opiera się na rozwoju dzieci zdrowych ale jest zaadoptowana do wymagań dzieci z niepełnosprawnością sensoryczną i dodatkowymi uszkodzeniami ze względu na ich specyficzne funkcjonowanie rozwojowe.

Skala jest integralną częścią Programu Wczesnego Wspomagania Rozwoju INSITE oraz formalnym wystandaryzowanym narzędziem oceny rozwoju dziecka pozwalającym ocenić 97 umiejętności i zachowań dziecka; składa się z 9 podtestów, zawierających 30 głównych kategorii umiejętności i zachowań. Trafność i rzetelność skali oceniono korelując ją ze Skalą Callier-Azusa (współczynnik korelacji = 0,68).

Istnieją dwie wersje skali: dłuższa służy do oceny dzieci w wieku 0-6 lat, krótsza przeznaczona jest dla dzieci w wieku 0-2 lat. Skala obejmuje takie obszary rozwoju jak motoryka duża, motoryka mała, samoobsługa, poznanie, rozwój społeczno-emocjonalny, komunikacja, wzrok, słuch i dotyk. Na potrzeby niniejszego badania wykorzystano wersję krótszą dla dzieci do 2. roku życia i oceniono cztery obszary rozwojowe:

- a) motorykę dużą, w tym następujące kategorie umiejętności/zachowań: ogólna postawa ciała i ruchy, kontrola głowy, obracanie się, podparcie do pełzania i raczkowania, siedzenie, stanie i chód, wspinanie się, bieg, sprzęt do zabawy, zabawa z piłką;
- b) motorykę małą, kategorie umiejętności/zachowań: chwytanie, manipulacja /koordynacja, układanie całości z fragmentów, odtwarzanie wzorów, zdolności plastyczne oraz bazgranie, rysowanie, pisanie drukowanymi literami;
- c) rozwój społeczno-emocjonalny, kategorie umiejętności/zachowań: interakcje z osobami, interakcje z otoczeniem, kontakty społeczne w zabawie;
- d) komunikację, kategorie umiejętności/zachowań: komunikacja receptywna, komunikacja ekspresywna.

Po przeprowadzeniu formalnej oceny poziomu rozwoju dziecka (na podstawie obserwacji, wywiadu z rodzicami) określono i zaznaczono poziom podstawowy rozwoju na arkuszu wyników skali INSITE. Poziom podstawowy to przedział wiekowy, w którym dziecko osiągnęło wszystkie umiejętności w ramach danego przedziału wiekowego oraz umiejętności wchodzące w skład niższych przedziałów wiekowych. W skład osiągniętych umiejętności wchodzi tylko te zachowania, które są już w pełni opanowane – nie bierze się pod uwagę zdolności ujawniających się lub okazywanych po użyciu wskazówki/podpowiedzi.

W celu porównywania poziomów rozwoju badanych osób wprowadzono następujący sposób obliczania ilorazu rozwoju danego dziecka:

$$\text{Iloraz rozwoju (IR)} = \text{Wiek rozwoju dziecka (WR)} / \text{Wiek życia dziecka (WŻ)} \times 100$$

Wiek rozwoju oraz wiek życia dziecka podawano w dniach.

Dla poszczególnych sfer rozwojowych określono parcjalny IR, wyznaczono również IR dla globalnego rozwoju dziecka, biorąc pod uwagę parcjalne IR i wyznaczając na ich podstawie uśredniony poziom funkcjonowania dziecka:

- a) IRMD – parcyjalny iloraz rozwoju dla sfery rozwojowej: motoryka duża;
- b) IRMM – parcyjalny iloraz rozwoju dla sfery rozwojowej: motoryka mała;
- c) IRSE – parcyjalny iloraz rozwoju dla sfery rozwojowej: rozwój społeczno-emocjonalny;
- d) IRK – parcyjalny iloraz rozwoju dla sfery rozwojowej-komunikacja;
- e) IRG – globalny iloraz rozwoju.

6. Poziom ubytku słuchu dziecka został określony na podstawie obiektywnych badań słuchu w Klinice Foniatrii i Audiologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.

Obiektywne badania słuchu nie wymagały intencjonalnej współpracy ze strony dziecka – część z nich przeprowadzono podczas snu dziecka. Do obiektywnych badań słuchu należały:

- a) Otoemisja akustyczna – wykorzystywana najczęściej jako badanie przesiewowe słuchu na oddziałach noworodkowych. Prawidłowy wynik badania otoemisji oznacza prawidłową funkcję komórek słuchowych w ślimaku oraz brak istotnych przeszkód w układzie przewodzącym ucha, tj. przewodzie słuchowym i uchu środkowym. Badanie trwa kilka minut;
- b) Audiometria impedancyjna – za pomocą generatora dźwięku pobudzana jest do drgań rezonansowych błona bębenkowa, a wraz z nią cały układ mechaniczny ucha środkowego. Częścią składową badania audiometrii impedancyjnej jest tympanometria. Na podstawie pomiaru oblicza się impedancję i podatność mechaniczną – ocenie poddawana jest sprawność przewodzeniowa dźwięku ucha środkowego, pozwalająca na potwierdzenie komponentu przewodzeniowego. Drugim elementem badania jest pomiar odruchów strzemiączkowych jako obiektywnego badania słuchu.
- c) Słuchowe potencjały wywołane – badanie ABR, BERA. Głównymi celami badania opartego na rejestracji potencjału wywołanego z pnia mózgu są: określenie czułości narządu słuchu i wyznaczenie progu słuchowego. Zaletą pomiaru ABR jest dokładność i obiektywność, zastosowanie w badaniach słuchu noworodków, możliwość badania bez konieczności współpracy ze strony pacjenta, rekonstrukcja audiogramów, nieinwazyjność oraz powtarzalność metody. Badanie ABR jest bardzo dokładne w przypadku uszkodzeń słuchu nieprzekraczających 80 dB – w przypadku kiedy nie są rejestrowane żadne odpowiedzi w ABR można spodziewać się progów słyszenia w zakresie od 80 do 120 dB.

Za Pruszewiczem (2) oraz zgodnie z wytycznymi PPPBSN, ilościowo ubytki słuchu (dla częstotliwości w zakresie mowy 0,5-4 kHz) skategoryzowano w następujący sposób:

- Słuch socjalnie wydolny (norma lub niedosłuch nieprzekraczający 40 dB),
- Niedosłuch w stopniu średnim do umiarkowanego (ubytek od 40 do 80 dB),
- Niedosłuch głęboki (ubytek ponad 80 dB).

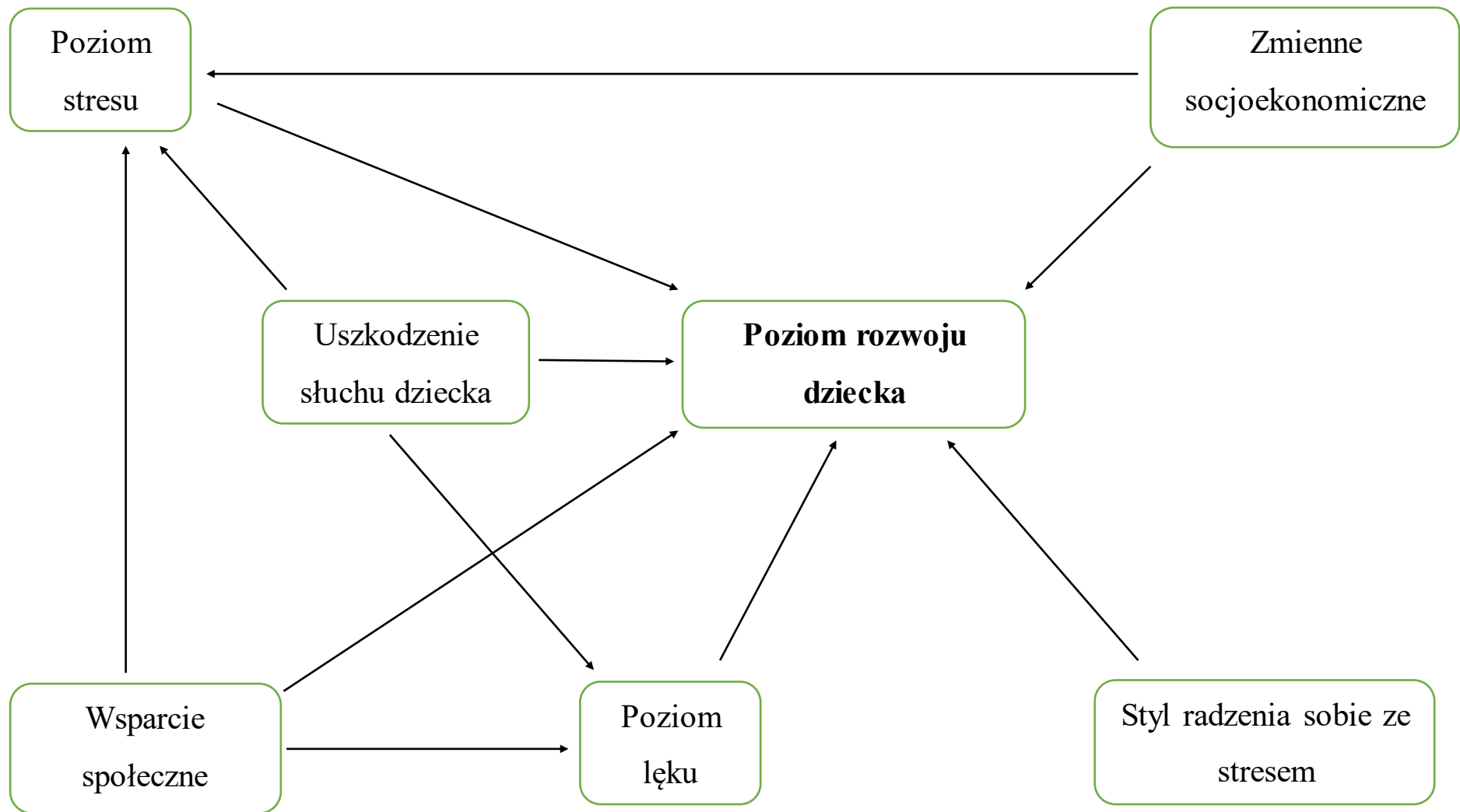
Poziom słyszenia dziecka został zakwalifikowany jako zmienna nominalna w następujący sposób:

- Słuch wydolny – brak ubytku słuchu, próg słuchu do 40 dB lub jednostronne zaburzenie słuchu (A);
- Niedosłuch średni do umiarkowanego (ubytek od 40 do 80 dB) (B);
- Niedosłuch głęboki (ubytek powyżej 80 dB) protezowany aparatami słuchowymi (C);
- Niedosłuch głęboki (ubytek powyżej 80 dB) zaimplantowany wszczepem ślimakowym (CI) (D).

Dla powyższych grup głębokość ubytku słuchu w przypadku niedosłuchu asymetrycznego określono według poziomu słyszenia lepszego ucha.

Strukturę zmiennych przedstawiono na rysunku 2.1.

Rys. 2.1. Struktura zmiennych



2.4. Analiza statystyczna badań

Analizę statystyczną przeprowadzono poprzez obliczenia korelacji dla zmiennych zależnych i niezależnych. Z uwagi, że nie wszystkie zmienne były ujęte w skali interwałowej, lecz w porządkowej, badanie korelacji dotyczyło wyliczenia współczynników Spearmana stanowiących nieparametryczny odpowiednik współczynników Pearsona. Ponadto, wykorzystując surowe wyniki zmiennych zależnych w skalach ciągłych, hipotezy zerowe o braku różnic testowano parametrycznym jednoczynnikowym testem wariancji (ANOVA). Założenia o rozkładach normalnych w porównywanych grupach sprawdzano testem Kołmogorowa-Smirnowa z poprawką Lillieforsa oraz testem Shapiro-Wilka, a homogeniczność wariancji – testem Browna-Forsythe'a. W sytuacjach, w których stwierdzono istotne różnice wariancji, dokonywano porównań *post hoc* testem rozsądnej różnicy Tukey'a w modyfikacji Spjotvolla i Stoline'a dla grup o różnych liczebnościach. Istotność statystyczną we wszystkich wymienionych testach przyjmowano na poziomie $p < 0,05$.

2.5. Plan i organizacja badań. Materiał badań

Materiał badań stanowiło 75 dzieci hospitalizowanych w latach 2013-2015 na Oddziale Klinicznym Foniatrii i Audiologii Szpitala Klinicznego im. H. Święcickiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Badaniem objęto 75 dzieci w wieku od 12. do 24. miesiąca życia wraz z matkami. Spośród analizowanej grupy 27 dzieci miało słuch wydolny, 16 dzieci niedosłuch średniego stopnia, 18 niedosłuch głęboki z zaleconym stosowaniem aparatów słuchowych, 14 dzieci z głębokim niedosłuchem miało wszczepiony implant ślimakowy.

Metodyka badań obejmowała przeprowadzenie oceny poziomu rozwoju dziecka za pomocą Skali Rozwojowej INSITE, następnie matka dziecka wypełniała następujące kwestionariusze: Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI, Kwestionariusz Poziomu Stresu, Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS, Skalę Wsparcia Społecznego oraz Ankietę Socjodemograficzną.

3. Wyniki i statystyki opisowe

3.1. Wyniki badań dla zmiennych niezależnych

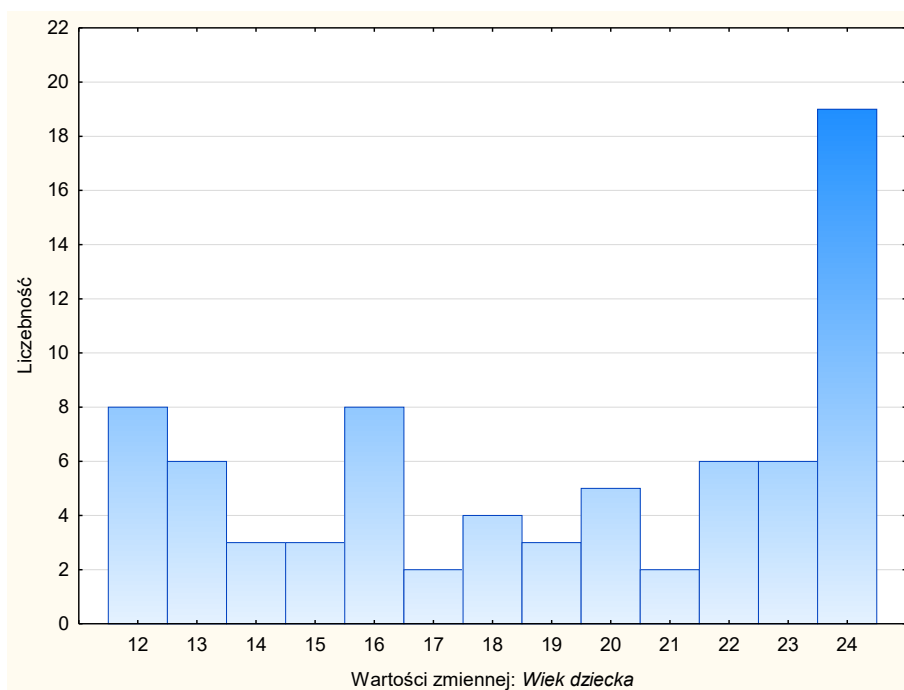
3.1.1. Wiek dziecka

Badaniem objęto 75 dzieci w wieku od 12 do 24 miesiąca życia; średni wiek badanego wynosił 18,93 miesiąca. Najwięcej dzieci tj. 19 było w wieku 24 miesiący, dla wieku 12 i 16 miesiący odnotowano po 8 osób. Najmniejszą grupę stanowiły dzieci w wieku 17 i 21 miesiąca życia (po 2 osoby). Odchylenie standardowe dla badanej zmiennej wyniosło 4,43. Wartość kurtozy równa -1,460 wskazuje, że koncentracja wyników przyjęła rozkład platykurtyczny, natomiast skośność świadczyła o lewostronnej asymetrii rozkładu. Rozkład częstości dla zmiennej został przedstawiony w tabeli 3.1. oraz na wykresie (rys. 3.1.).

Tab. 3.1. Statystyki opisowe wyników uzyskanych w badaniu dla zmiennej *Wiek dziecka*.

N	Średnia	Mediana	Min	Max	Odchylenie standardowe	Skośność	Kurtoza
75	18,93	20,00	12	24	4,43	-0,257	-1,460

Zródło: dane z badań własnych



Rys. 3.1. Rozkład częstości dla zmiennej: *Wiek dziecka*.

3.1.2. Wiek matki

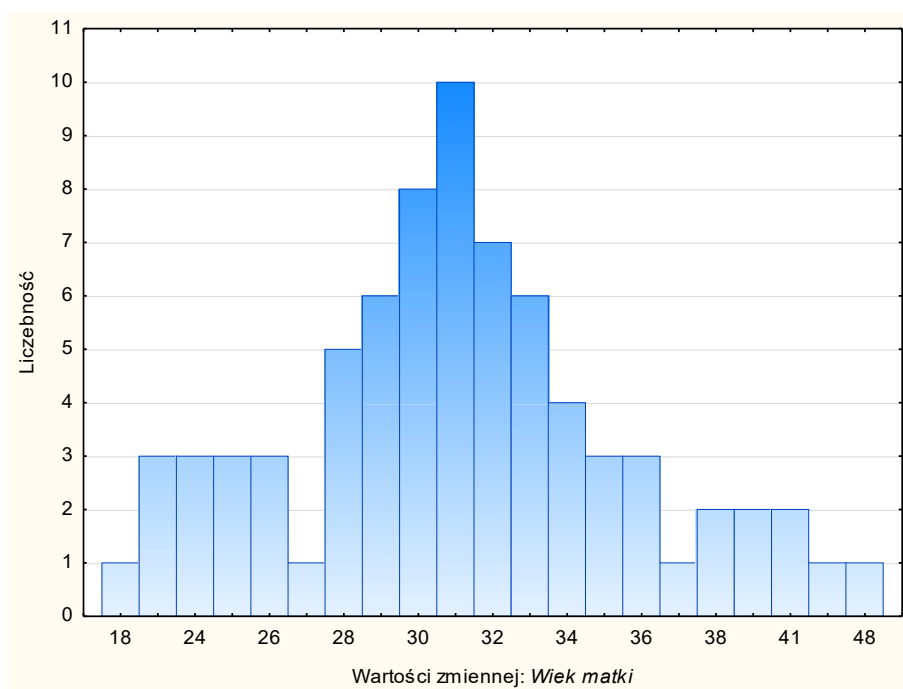
W zakresie badanej zmiennej wyniki ukształtowały się w przedziale od 18 do 48 lat. Średni wiek matek wyniósł 31,16 lat. Najczęściej obserwowaną wartością w badanej grupie był wiek 31 lat, a najwięcej badanych osób znalazło się przedziale wiekowym 28-34 lata. Odnotowano jeden przypadek osoby w wieku 18 i 48 lat. Wartość kurtozy była równa 1,293, co wskazało na koncentrację wyników w rozkładzie leptokurtycznym. Skośność wyniosła 0,443 i oznaczała prawostronną asymetrię rozkładu.

Rozkład częstości zmiennej przedstawiono poniżej (tab.3.2., rys.3.2.).

Tab. 3.2. Statystyki opisowe wyników uzyskanych w badaniu dla zmiennej *Wiek matki*.

N	Średnia	Mediana	Min	Max	Odchylenie standardowe	Skośność	Kurtoza
75	31,16	31,00	18	48	4,99	0,443	1,293

Zródło: dane z badań własnych



Rys. 3.2. Rozkład częstości dla zmiennej: *Wiek matki*.

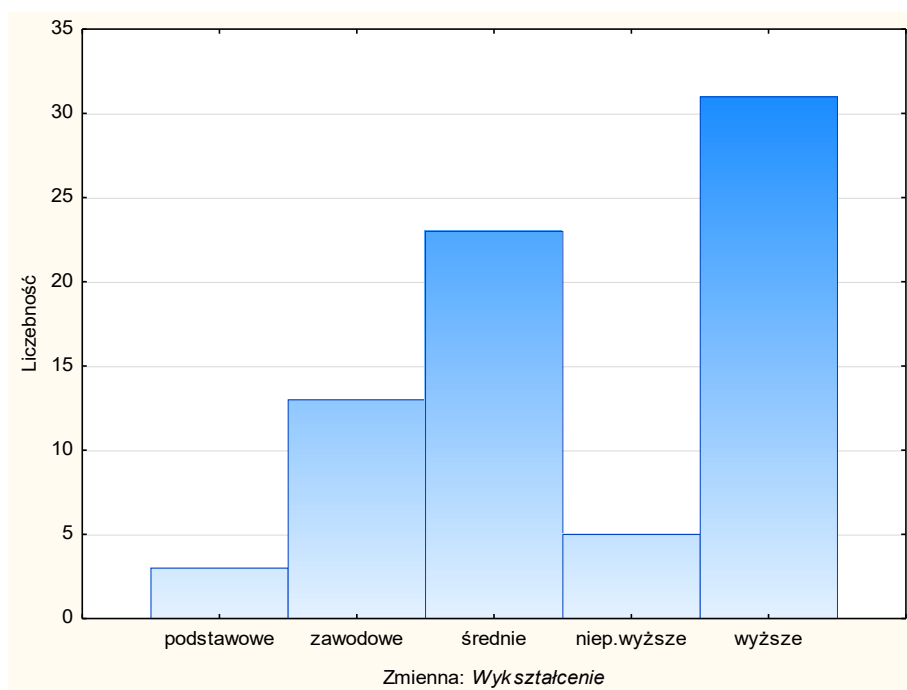
3.1.3. Wykształcenie matki

W zakresie badanej zmiennej najliczniejszą grupę – ponad 41% – stanowiły osoby z wykształceniem wyższym, a najmniej liczną – 4,00% – z wykształceniem podstawowym. Wykształcenie zawodowe, średnie i niepełne wyższe posiadało odpowiednio 17,33, 30,67% i 6,67% respondentów. Rozkład częstości dla zmiennej przedstawiono w tabeli 3.3 oraz na rysunku 3.3.

Tab. 3.3. Wartości częstości dla zmiennej: *Wykształcenie*.

Wykształcenie	N	Skumulowana liczebność	%	Skumulowany %
podstawowe	3	3	4,00	4,00
zawodowe	13	16	17,33	21,33
średnie	23	39	30,67	52,00
niepełne wyższe	5	44	6,67	58,67
wyższe	31	75	41,33	100,00

Zródło: dane z badań własnych



Rys. 3.3. Rozkład częstości dla zmiennej *Wykształcenie* z uwzględnieniem poszczególnych podskal.

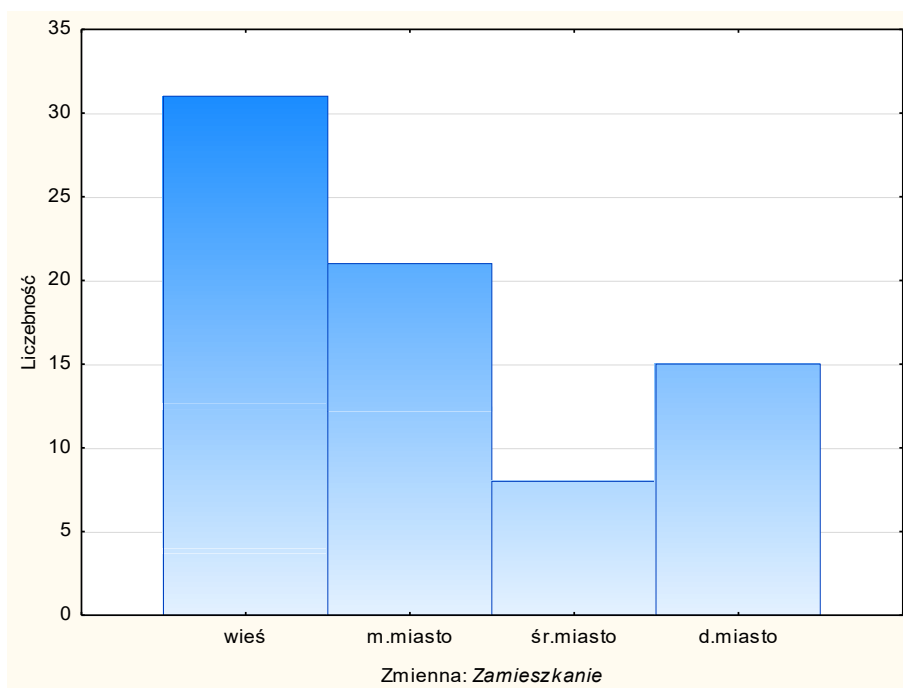
3.1.4. Miejsce zamieszkania

Zmienna objęła 31 osób mieszkających na wsi, 21 osób w małym mieście, 15 osób pochodzących z dużego miasta, co stanowiło odpowiednio 41,33%, 28,00% oraz 20,00% badanych. Najmniej liczną grupę w liczbie 8 (10,67%) stanowili respondenci zamieszkujący średnie miasta. Rozkład częstości dla zmiennej został przedstawiony w tabeli 3.4. oraz na rysunku 3.4.

Tab.3.4. Wartości częstości dla zmiennej: *Zamieszkanie*.

Zamieszkanie	N	Skumulowana liczebność	%	Skumulowany %
wieś	31	31	41,33	41,33
małe miasto (do 50.000 mieszkańców)	21	52	28,00	69,33
średnie miasto (50.000-200.000 mieszkańców)	8	60	10,67	80,00
duże miasto (pow .200.000 mieszkańców)	15	75	20,00	100,00

Zródło: dane z badań własnych



Rys. 3.4. Rozkład częstości dla zmiennej *Zamieszkanie* z uwzględnieniem poszczególnych podskal.

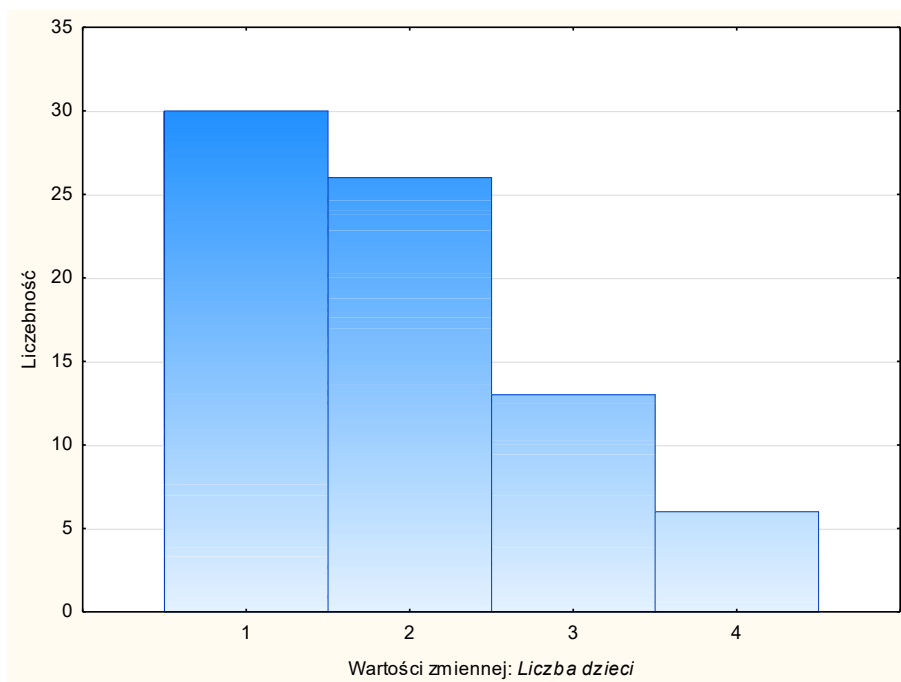
3.1.5. Liczba dzieci w rodzinie

W zakresie zmiennej *Liczba dzieci*, posiadanie dzieci w liczbie 4 i więcej zadeklarowało jedynie 5 respondentek; najliczniejszą grupę stanowiły matki posiadające jedno i dwójkę dzieci – odpowiednio 30 i 26 respondentek. Posiadanie trójki dzieci dotyczyła 13 badanych osób. Średni wynik dla analizowanej zmiennej wyniósł 1,93. Wartość kurtozy równa -0,43 wskazuje, że koncentracja wyników przyjęła rozkład platykurtyczny, natomiast skośność świadczyła o prawostronnej asymetrii rozkładu. Rozkład częstości zmiennej przedstawiono poniżej (tab.3.5., rys.3.5.).

Tab. 3.5. Statystyki opisowe wyników uzyskanych w badaniu dla zmiennej *Liczba dzieci w rodzinie*.

N	Srednia	Mediana	Min	Max	Odchylenie standardowe	Skośność	Kurtoza
75	1,93	2,00	1	4	0,95	0,72	-0,43

Zródło: dane z badań własnych



Rys. 3.5. Rozkład częstości dla zmiennej *Liczba dzieci*.

3.1.6. Posiadanie własnego pokoju przez dziecko

Dla grupy 75 respondentek 32 z nich zadeklarowały posiadanie przez ich dziecko własnego pokoju, co stanowiło 42,67% ogółu odpowiedzi. Brak pokoju dotyczył 43 dzieci przebadanych matek (57,33% grupy badanych). Rozkład częstości dla zmiennej został przedstawiony w tabeli 3.6.

Tab. 3.6. Wartości częstości dla zmiennej: *Posiadanie pokoju*.

Własny pokój	N	Skumulowana liczebność	%	Skumulowany %
nie	43	43	57,33	57,33
tak	32	75	42,67	100,00

Zródło: dane z badań własnych

3.1.7. Miejsce codziennego pobytu dziecka

W zakresie zmiennej *Miejsce pobytu dziecka* wyniki ukształtowały się w liczbie 66 dzieci przebywających na co dzień w domu oraz 9 dzieci uczęszczających do żłobka. Wynik stanowił odpowiednio 88,00% oraz 12,00% badanej grupy. Brak możliwości pozostania dziecka w domu uzasadniany był przez matki przede wszystkim koniecznością wykonywania przez nie pracy zarobkowej. Z kolei powodem pozostania dziecka w domu była w części konieczność prowadzenia jego systematycznej rehabilitacji, co hamowało pełną aktywność zawodową ich matek. Rozkład częstości dla zmiennej przedstawiono w tabeli 3.7.

Tab. 3.7. Wartości częstości dla zmiennej *Miejsce pobytu dziecka*.

Miejsce pobytu	N	Skumulowana liczebność	%	Skumulowany %
żłobek	9	9	12,00	12,00
dom	66	75	88,00	100,00

Zródło: dane z badań własnych

3.1.8. Status materialny rodziny

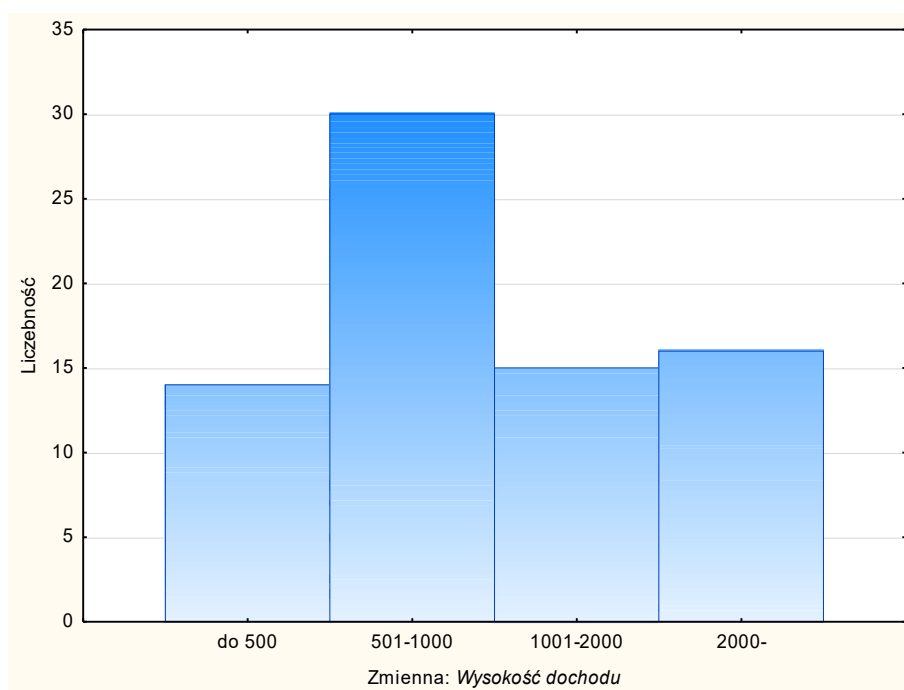
Zmienna *Wysokość dochodu* ukształtowała się z wynikiem 40,00% dla osiągających dochód na jednego członka rodziny w wysokości 501-1000 zł, co stanowiło największą grupę – 30 osób badanych. Dla pozostałych wartości zmiennej, tj. zarobków do 500 zł, 1001-2000 zł oraz powyżej 2000 zł. osiągnięto zbliżone wyniki, które wyniosły odpowiednio 18,67%, 20,00% oraz 21,33%. Rozkład częstości dla zmiennej przedstawiono

w tabeli 3.8. oraz na rysunku 3.6.

Tab. 3.8. Wartości częstości dla zmiennej: *Wysokość dochodu*.

Dochód	N	Skumulowana liczebność	%	Skumulowany %
<=500	14	14	18,67	18,67
501-1000	30	44	40,00	58,67
1001-2000	15	59	20,00	78,67
>2000	16	75	21,33	100,00

Zródło: dane z badań własnych



Rys. 3.6. Rozkład częstości dla zmiennej *Wysokość dochodu*.

3.1.9. Struktura rodziny

Analiza częstości badanej zmiennej ukazała, iż w badaniu prawie wszystkie respondentki (73 osoby) zadeklarowały posiadanie pełnej rodziny, co stanowiło 97,33% badanej grupy, jedynie dwie matki samotnie wychowywały dziecko (2,67% badanej grupy). Rozkład częstości dla zmiennej został przedstawiony w tabeli 3.9.

Tab. 3.9. Wartości częstości dla zmiennej *Struktura rodziny*.

Struktura rodziny	N	Skumulowana liczebność	%	Skumulowany %
Samotny rodzic	2	2	2,67	2,67
Rodzina pełna	73	75	97,33	100,00

Zródło: dane z badań własnych

3.1.10. Uszkodzenie słuchu dziecka

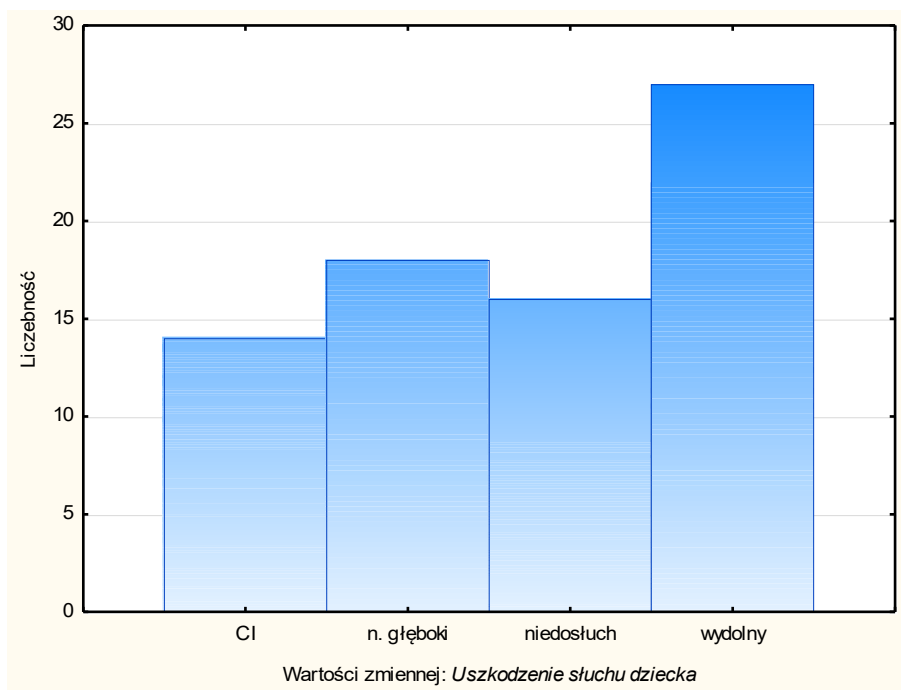
W zmiennej *Uszkodzenie słuchu* wyodrębniono cztery grupy z uwagi na poziom słyszenia dziecka i sposób zaopatrzenia niedosłuchu. Grupę określoną jako *CI* (grupa D) stanowiły dzieci z obustronnym niedosłuchem głębokim, które pozytywnie przeszły proces kwalifikacji do wszczęcia implantu ślimakowego i podczas badania miały już założony wszczep ślimakowy. Osoby przypisane do grupy *Niedosłuch głęboki* (C) miały stwierdzony obustronny ubytek słuchu powyżej 80 dB i protezowanie aparatami słuchowymi – w części powodem przyjęcia na oddział dzieci była kwalifikacja do implantu ślimakowego, w części pierwsza diagnoza lub potwierdzenie diagnozy głuchoty. *Niedosłuch* (B) objął grupę dzieci z poziomem słyszenia od 40 do 80 dB z zastosowanymi aparatami słuchowymi, natomiast grupa *Słuch wydolny* (A) obejmowała dzieci z poziomem słyszenia do 40 dB lub jednostronne uszkodzenie słuchu. Rozkład częstości dla zmiennej *Uszkodzenie słuchu* przedstawiono w tabeli 3.10.

Tab. 3.10. Wartości częstości dla zmiennej *Uszkodzenie słuchu dziecka*.

Uszkodzenie słuchu	N	Skumulowana liczebność	%	Skumulowany %
CI (D)	14	14	18,67	18,67
Niedosłuch głęboki (C)	18	32	24,00	42,67
Niedosłuch (B)	16	48	21,33	64,00
Słuch wydolny (A)	27	75	36,00	100,00

Zródło: dane z badań własnych

W zakresie badanej zmiennej 27 dzieci zakwalifikowano do grupy *Słuch wydolny* i stanowiło 36,00% wszystkich przebadanych osób. Drugą pod względem liczebności grupą były osoby z niedosłuchem głębokim oraz niedosłuchem, co wyniosło odpowiednio 24,00% oraz 21,33% grupy (18 i 16 osób). Najmniej liczna okazała się grupa *CI* - dzieci z założonym implantem ślimakowym, która obejmowała 14 osób (18,67% badanych). Rozkład częstości zmiennej *Uszkodzenie słuchu* z uwzględnieniem poszczególnych grup przedstawiono na rysunku 3.7.



Rys. 3.7. Rozkład częstości dla zmiennej *Uszkodzenie słuchu dziecka* z uwzględnieniem poszczególnych podskal.

3.1.11. Poziom lęku matki

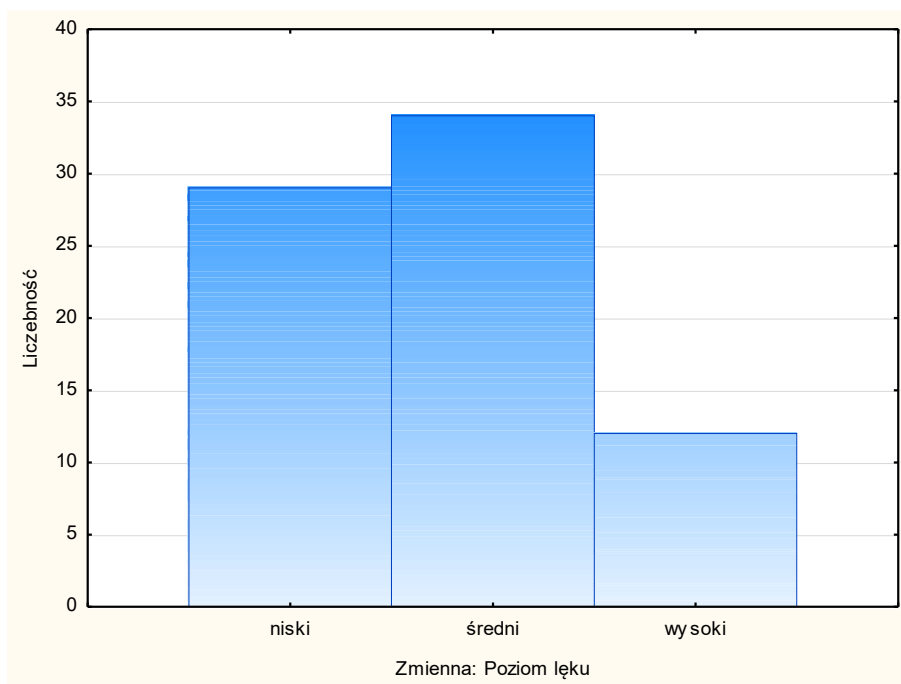
Badanie zmiennej *Poziom lęku* jako względnie stałej cechy osobowości określono za pomocą Inwentarza Stanu i Cechy Lęku STAI (*State Trait Anxiety Inventory*). Poziom lęku został wyrażony przez sumę punktów uzyskanych z poszczególnych odpowiedzi kwestionariusza. Możliwe do uzyskania wartości mieściły się w przedziale 20- 80 punktów. Wysokie wartości punktowe oznaczały wysoki poziom lęku. Wyniki zostały przedstawione w tabeli 3.11. oraz na rysunku 3.8.

Tab. 3.11. Statystyki opisowe wyników uzyskanych w badaniu dla zmiennej *Poziom lęku*.

Poziom lęku	N	Skumulowana liczebność	%	Skumulowany %
niski	29	29	38,67	38,67
średni	34	63	45,33	84,00
wysoki	12	75	16,00	100,00

Zródło: dane z badań własnych

Najwięcej badanych osób charakteryzował niski i średni poziom lęku, co stanowiło odpowiednio 38,67% i 45,33% badanej grupy. 12 osób zadeklarowało odczuwany lęk na poziomie wysokim (16,00% badanych).



Rys. 3.8. Rozkład częstości dla zmiennej *Poziom lęku*.

3.1.12. Poziom stresu matki

Badaną zmienną zmierzono za pomocą Kwestionariusza Poziomu Stresu, uwzględniającego następujące podskale: *Napięcie emocjonalne*, *Stres zewnętrzny*, *Stres intrapsychiczny*, *Skala kłamstwa* oraz *Ogólny poziom stresu*.

Poziom poszczególnych podskal wyrażony został liczbą punktów uzyskanych poprzez sumowanie ocen w poszczególnych odpowiedziach i przyporządkowanie otrzymanego wyniku do jednego z pięciu poziomów nasilenia stresu: bardzo niski, niski, przeciętny, wysoki, bardzo wysoki. Rozkład częstości dla zmiennych należących do poszczególnych podskal został przedstawiony w poniższych tabelach i rysunkach.

1. Napięcie emocjonalne

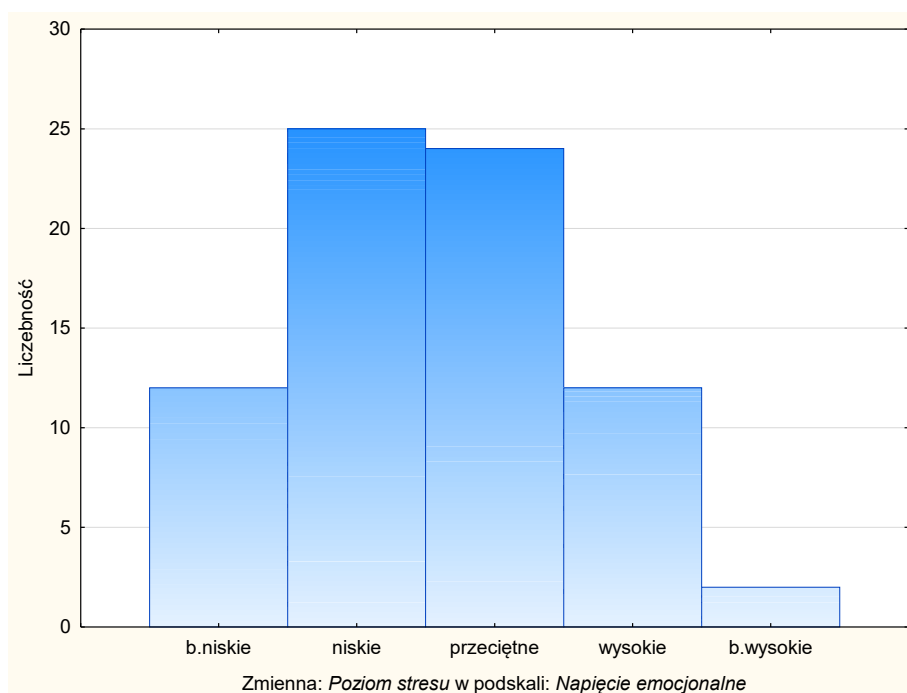
Wyniki w podskali *Napięcie emocjonalne* ukształtowały się w większości przypadków na poziomie niskim i przeciętnym – odpowiednio 30,33% i 32,00%.

Bardzo niski oraz wysoki poziom stresu zadeklarowała jednakowa ilość osób, co stanowiło 16,00% respondentek. Jedynie 2 osoby osiągnęły bardzo wysoki poziom odczuwanego napięcia emocjonalnego, co stanowiło 2,67% badanej grupy. Rozkład częstości dla zmiennej *Napięcie emocjonalne* został przedstawiony w tabeli 3.12. oraz na rysunku 3.9.

Tab. 3.12. Wartości częstości dla zmiennej *Poziom stresu* w podskali *Napięcie emocjonalne*.

Napięcie emocjonalne	N	Skumulowana liczebność	%	Skumulowany %
bardzo niskie	12	12	16,00	16,00
niskie	25	37	30,33	49,33
przeciętne	24	61	32,00	81,33
wysokie	12	73	16,00	97,33
bardzo wysokie	2	75	2,67	100,00

Zródło: dane z badań własnych



Rys 3.9. Rozkład częstości dla zmiennej *Poziom stresu* w podskali *Napięcie emocjonalne*.

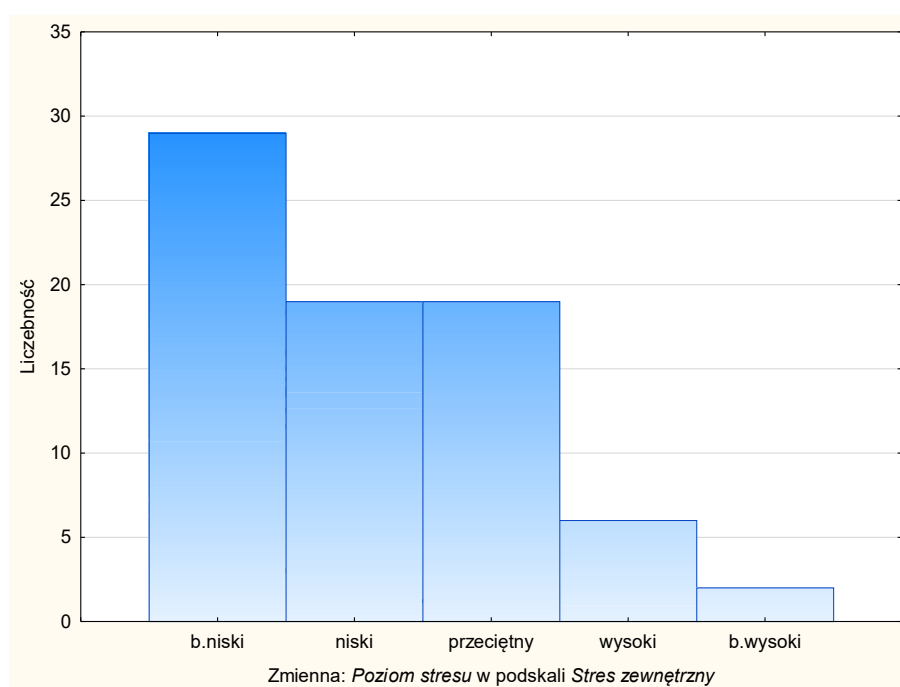
2. Stres zewnętrzny

W zakresie podskali *Stres zewnętrzny* wyniki ukształtowały się w największej części dla bardzo niskiego poziomu stresu zewnętrznego i wyniosły 38,67% spośród wszystkich podgrup badanej zmiennej. Poziom niski i przeciętny ukształtował się na jednakowym poziomie – jego odczuwanie zadeklarowało 19 respondentek (25,33% badanych). Najmniej liczną grupę stanowiły osoby deklarujące stres wysoki i bardzo wysoki (8,00% i 2,67%). Rozkład częstości dla zmiennej *Stres zewnętrzny* został przedstawiony w tabeli 3.13. oraz na rysunku 3.10.

Tab. 3.13. Wartości częstości dla zmiennej *Poziom stresu* w podskali *Stres zewnętrzny*.

Poziom stresu	N	Skumulowana liczebność	%	Skumulowany %
bardzo niski	29	29	38,67	38,67
niski	19	48	25,33	64,00
przeciętny	19	67	25,33	89,33
wysoki	6	73	8,00	97,33
bardzo wysoki	2	75	2,67	100,00

Zródło: dane z badań własnych



Rys. 3.10. Rozkład częstości dla zmiennej *Poziom stresu* w podskali *Stres zewnętrzny*.

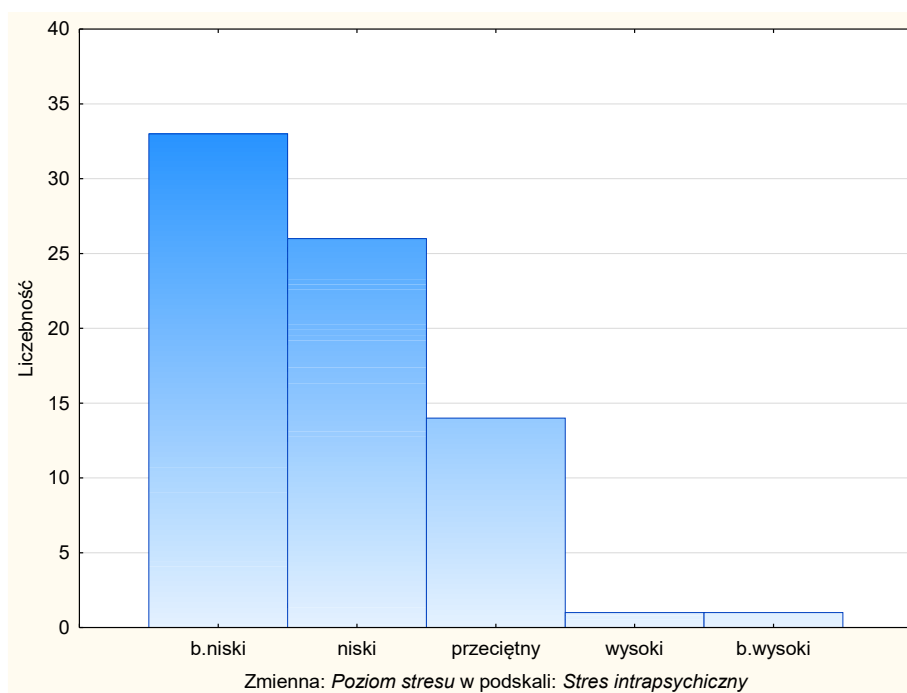
3. Stres intrapsychiczny

Najliczniejszą grupę w zakresie podskali *Stres intrapsychiczny* stanowiły osoby uzyskujące wynik bardzo niski i niski, co stanowiło łącznie 78,67% wszystkich podgrup badanej zmiennej. Wynik przeciętny otrzymało 14 osób (18,67% badanych). Najmniej liczną grupę odnotowano dla najwyższych wartości badanej podskali: pojedyncze osoby zadeklarowały odczuwanie wysokiego i bardzo wysokiego poziomu stresu intrapsychicznego (odpowiednio po 1,33% badanej grupy). Rozkład częstości dla zmiennej *Stres intrapsychiczny* został przedstawiony w tabeli 3.14 oraz na rysunku 3.11.

Tab. 3.14. Wartości częstości dla zmiennej *Poziom stresu* w podskali *Stres intrapsychiczny*.

Poziom stresu	N	Skumulowana liczebność	%	Skumulowany %
bardzo niski	33	33	44,00	44,00
niski	26	59	34,67	78,67
przeciętny	14	73	18,67	97,33
w wysoki	1	74	1,33	98,67
bardzo wysoki	1	75	1,33	100,00

Zródło: dane z badań własnych



Rys. 3.11. Rozkład częstości dla zmiennej *Poziom stresu* w podskali *Stres intrapsychiczny*.

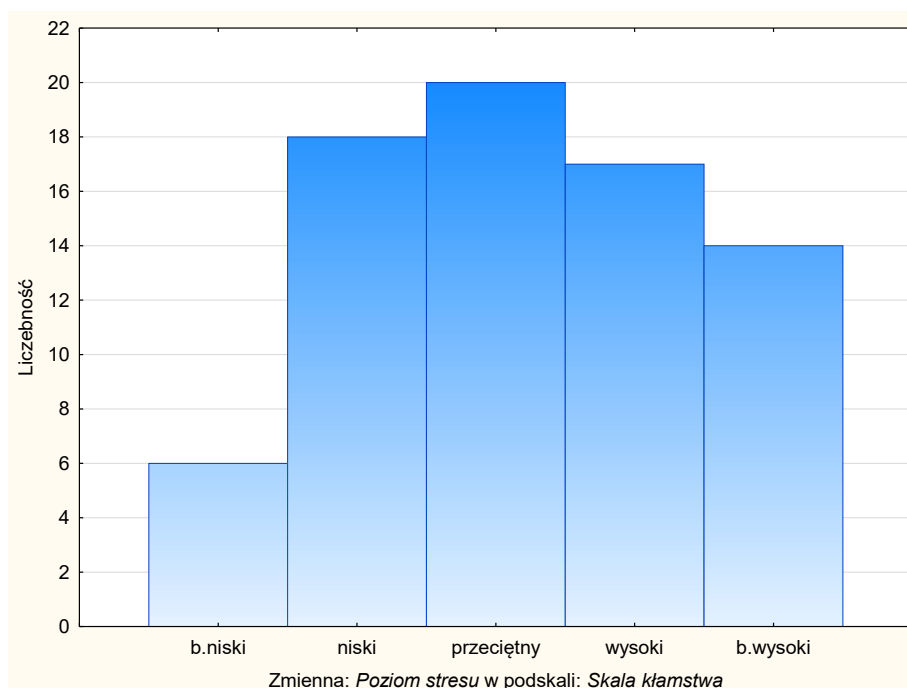
4. Skala kłamstwa

Większość badanych osób w zakresie zmiennej *Skala kłamstwa* osiągnęła wyniki niskie, przeciętne i wysokie – odpowiednio 24,00%, 26,67% oraz 22,67%, co stanowiło łącznie 55 przebadanych osób. Skrajny rezultat w postaci bardzo niskiej lub bardzo wysokiej punktacji otrzymało odpowiednio 8,00% i 18,66% respondentek (6 i 14 osób). Rozkład częstości dla zmiennej został przedstawiony w tabeli 3.15 oraz na rysunku 3.12.

Tab. 3.15. Wartości częstości dla zmiennej *Poziom stresu* w podskali *Skala kłamstwa*.

Poziom stresu	N	Skumulowana liczebność	%	Skumulowany %
bardzo niski	6	6	8,00	8,00
niski	18	24	24,00	32,00
przeciętny	20	44	26,67	58,67
wysoki	17	61	22,67	81,33
bardzo wysoki	14	75	18,66	100,00

Źródło: dane z badań własnych



Rys. 3.12. Rozkład częstości dla zmiennej *Poziom stresu* w podskali *Skala kłamstwa*.

5. Ogólny poziom stresu

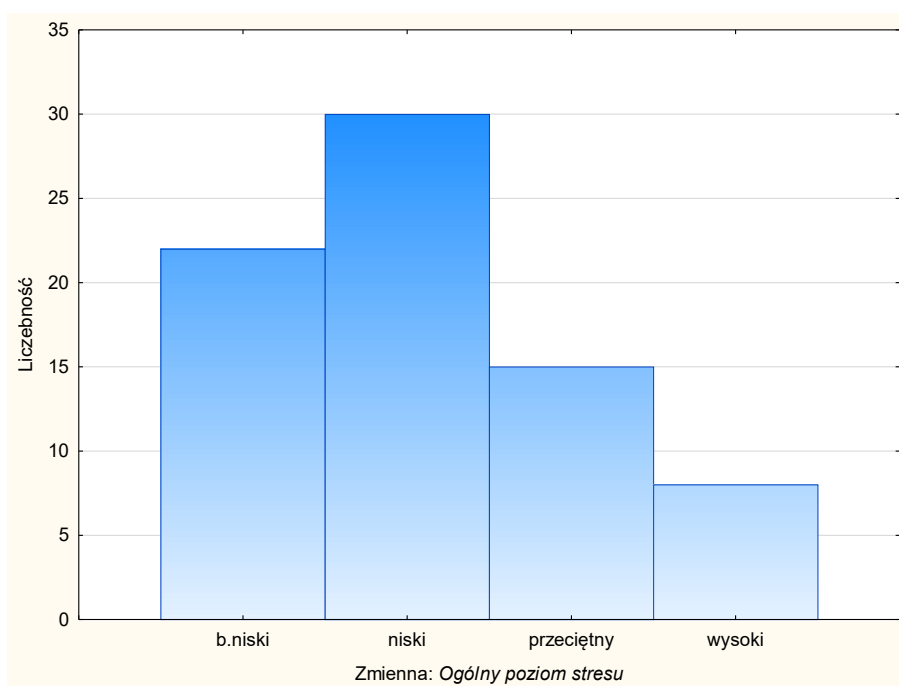
Na końcowy wynik punktacji zmiennej *Ogólny poziom stresu* wpływ miały podskale: *Napięcie emocjonalne*, *Stres zewnętrzny* i *Stres intrapsychniczny*.

Większość badanych osób uzyskała wynik bardzo niski i niski, co stanowiło łącznie 69,33% populacji. Wynik przeciętny stanowił 20,00% badanej grupy, natomiast wysoki poziom ogólnego poziomu stresu uwidocznił się u 10,67% respondentek. Żadna z osób nie uzyskała w badaniu wyniku na poziomie bardzo wysokim. Rozkład częstości dla zmiennej został przedstawiony w tabeli 3.16 oraz na rysunku 3.13.

Tab. 3.16. Wartości częstości dla zmiennej *Ogólny poziom stresu*.

Ogólny poziom stresu	N	Skumulowana liczebność	%	Skumulowany %
bardzo niski	22	22	29,33	29,33
niski	30	52	40,00	69,33
przeciętny	15	67	20,00	89,33
wysoki	8	75	10,67	100,00

Zródło: dane z badań własnych



Rys. 3.13. Rozkład częstości dla zmiennej *Ogólny poziom stresu*.

6. Style radzenia sobie ze stresem przez matkę

Do badania styli radzenia sobie ze stresem wykorzystano kwestionariusz CISS (*Coping Inventory for Stressful Situations*) składający się z 48 pozycji. Wynik w danej skali stanowił sumę punktów uzyskanych dla pozycji wchodzących w jej skład. Wyniki uzyskane na poszczególnych podskalach kwestionariusza przedstawiono poniżej w odpowiednich tabelach i rysunkach.

Styl skoncentrowany na zadaniu

Wśród przebadanych 75 respondentek 34 z nich charakteryzowało średnie nasilenie mierzonej cechy, co stanowiło 45,33% grupy. Zbliżony wynik osiągnęły osoby, u których stwierdzono wysokie natężenie stylu skoncentrowanego na zadaniu – grupa liczyła 32 osoby (42,67%). Jedynie 9 osób odpowiedziało w sposób wskazujący na posiadanie niskiego natężenia omawianego stylu. Stanowiło to 12,00% respondentek biorących udział w badaniu. Spośród wszystkich analizowanych styli radzenia sobie ze stresem, styl skoncentrowany na zadaniu został określony jako dominujący u największej liczby osób (styl skoncentrowany na emocjach był dominującym u 9 osób, natomiast styl skoncentrowany na unikaniu u 10 osób). Rozkład częstości dla zmiennej został przedstawiony w tabeli 3.17.

Tab. 3.17. Wartości częstości dla zmiennej *Styl radzenia sobie ze stresem* w podskali *Styl skoncentrowany na zadaniu*.

Styl skoncentrowany na zadaniu	N	Skumulowana liczebność	%	Skumulowany %
niski	9	9	12,00	12,00
umiarkowany	34	43	45,33	57,33
wysoki	32	75	42,67	100,00

Zródło: dane z badań własnych

Styl skoncentrowany na emocjach

W analizowanej podskali jedynie 12,00% badanych osób wskazało wysokie natężenie stylu skoncentrowanego na emocjach. U pozostałych 88,00% respondentek wykazano średnie lub niskie nasilenie analizowanej cechy – odpowiednio u 35 i 31 badanych osób. Rozkład częstości dla zmiennej został przedstawiony w tabeli 3.18.

Tab. 3.18. Wartości częstości dla zmiennej *Styl radzenia sobie ze stresem* w podskali *Styl skoncentrowany na emocjach*.

Styl skoncentrowany na emocjach	N	Skumulowana liczebność	%	Skumulowany %
niski	31	31	41,33	41,33
umiarkow any	35	66	46,67	88,00
w ysoki	9	75	12,00	100,00

Zródło: dane z badań własnych

Styl skoncentrowany na unikaniu

Styl skoncentrowany na unikaniu w stopniu wysokim określiło w kwestionariuszu CISS 10 respondentek, co stanowiło 13,33% badanej grupy. Pozostałe osoby charakteryzowało niskie i średnie nasilenie badanej cechy, co stanowiło odpowiednio 24,00% i 62,67% ogółu respondentek. Rozkład częstości dla zmiennej został przedstawiony w tabeli 3.19.

Tab. 3.19. Wartości częstości dla zmiennej *Styl radzenia sobie ze stresem* w podskali *Styl skoncentrowany na unikaniu*.

Styl skoncentrowany na unikaniu	N	Skumulowana liczebność	%	Skumulowany %
niski	18	18	24,00	24,00
umiarkow any	47	65	62,67	86,67
w ysoki	10	75	13,33	100,00

Zródło: dane z badań własnych

3.1.13. Wsparcie społeczne

Poziom subiektywnego poczucia wsparcia społecznego określono za pomocą Skali Wsparcia Społecznego. Narzędzie badawcze mierzyło zarówno poziom ogólnego wsparcia jak i poszczególnych jego wymiarów wsparcia informacyjnego, instrumentalnego, emocjonalnego oraz wartościującego.

Poziom poszczególnych wymiarów wsparcia wyrażono liczbą punktów uzyskanych poprzez sumowanie ocen w poszczególnych odpowiedziach i przyporządkowanie otrzymanego wyniku do jednego z trzech poziomów wsparcia: brak wsparcia, wsparcie średnie, wsparcie duże.

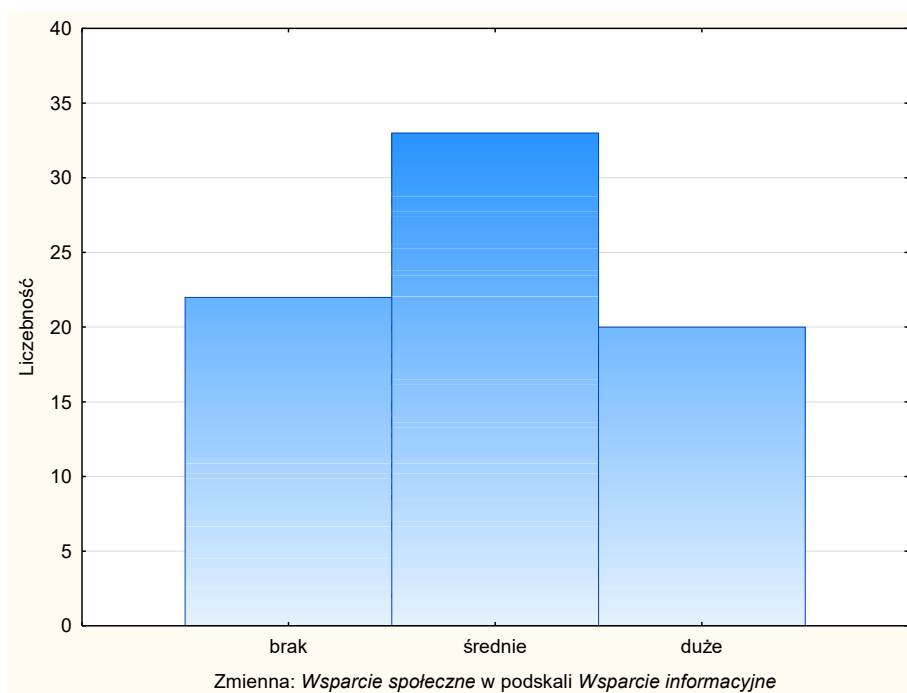
1. Wsparcie informacyjne

W zakresie badanej zmiennej w podskali *Wsparcie informacyjne* najwięcej osób zadeklarowało otrzymywane wsparcie w średnim stopniu – 33 badanych, co stanowiło 44,00% wszystkich respondentów. Drugą pod względem ilości podgrupę stanowiły osoby odczuwające brak wsparcia informacyjnego (29,33% badanych); najmniej respondentek określiło otrzymywane wsparcie jako duże – 20 osób, co stanowiło 26,67% grupy. Wyniki przedstawiono w tabeli 3.20 oraz na rys. 3.14

Tab. 3.20. Wartości częstości dla zmiennej *Wsparcie społeczne* w podskali *Wsparcie informacyjne*.

Wsparcie społeczne	N	Skumulowana liczebność	%	Skumulowany %
brak	22	22	29,33	29,33
średnie	33	55	44,00	73,33
duże	20	75	26,67	100,00

Zródło: dane z badań własnych



Rys. 3.14. Rozkład częstości dla zmiennej *Wsparcie społeczne* w podskali *Wsparcie informacyjne*.

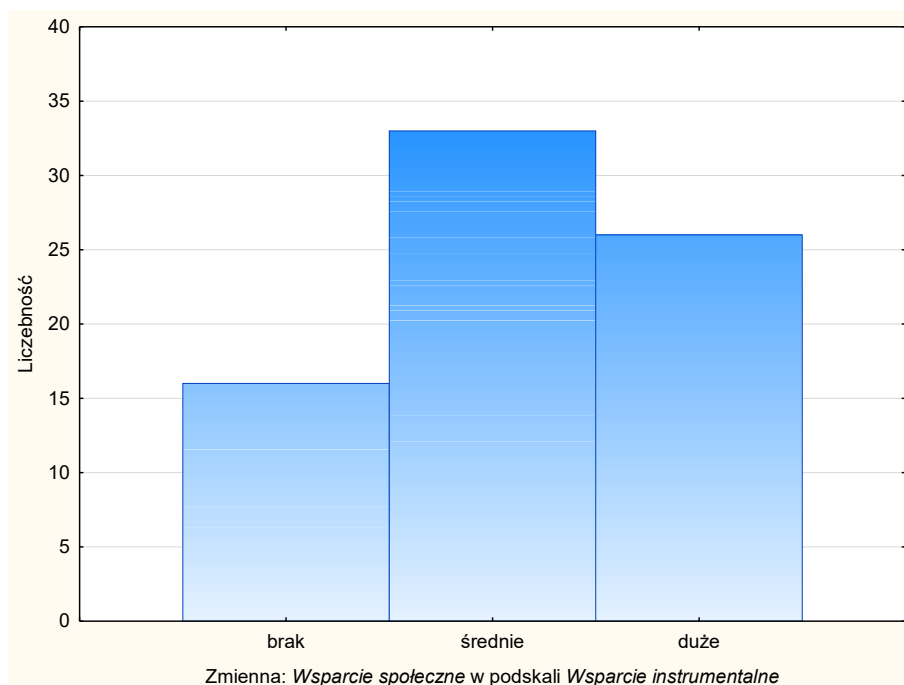
2. Wsparcie instrumentalne

W zakresie badanej zmiennej w podskali *Wsparcie instrumentalne* najwięcej osób zadeklarowało otrzymywane wsparcie w średnim stopniu – 33 badanych, co stanowiło 44,00% wszystkich respondentów. Drugą pod względem ilości podgrupę stanowiły osoby odczuwające duże wsparcie informacyjne (34,67% badanych); najmniej respondentek zasygnalizowało brak otrzymywanego wsparcia instrumentalnego – 16 osób, co stanowiło 21,33% grupy. Rozkład częstości dla zmiennej został przedstawiony w tabeli 3.21. oraz na rysunku 3.15.

Tab. 3.21. Wartości częstości dla zmiennej *Wsparcie społeczne* w podskali *Wsparcie instrumentalne*.

Wsparcie społeczne	N	Skumulowana liczebność	%	Skumulowany %
brak	16	16	21,33	21,33
średnie	33	49	44,00	65,33
duże	26	75	34,67	100,00

Zródło: dane z badań własnych



Rys. 3.15. Rozkład częstości dla zmiennej *Wsparcie społeczne* w podskali *Wsparcie instrumentalne*.

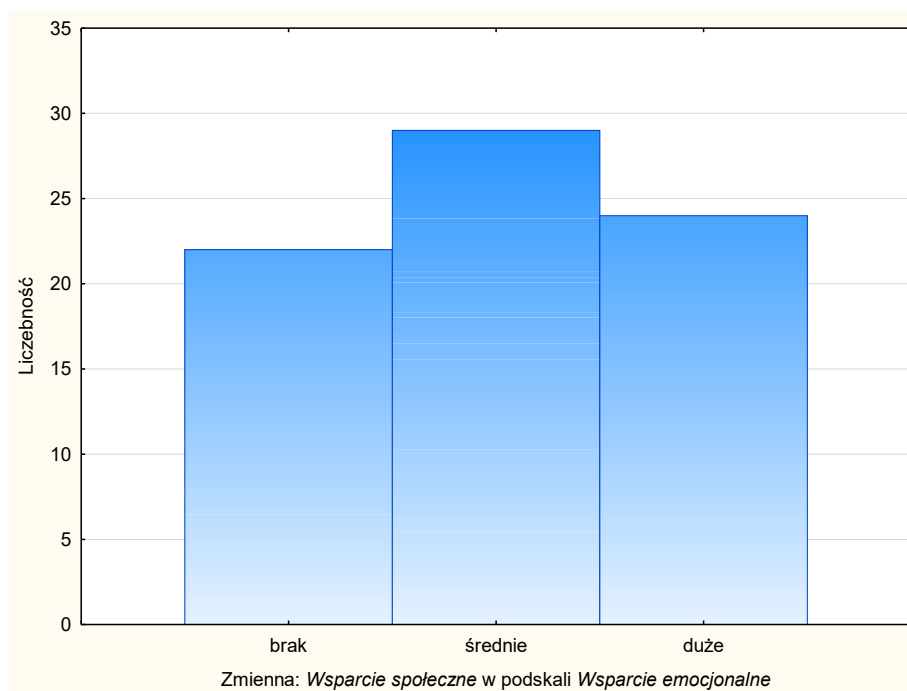
3. Wsparcie emocjonalne

Zmienna *Wsparcie emocjonalne* ukształtowała się ze zbliżonym wynikiem 24 osób otrzymujących duże wsparcie oraz 22 osób odczuwających całkowity jego brak – odpowiednio 32,00% oraz 29,33% badanych. Największa grupa 29 osób zadeklarowała średni poziom otrzymywanego wsparcia emocjonalnego (38,67% badanych). Analiza częstości zmiennej została przedstawiona w tabeli 3.22 oraz na rysunku 3.16.

Tab.3.22. Wartości częstości dla zmiennej *Wsparcie społeczne* w podskali *Wsparcie emocjonalne*.

Wsparcie społeczne	N	Skumulowana liczebność	%	Skumulowany %
brak	22	22	29,33	29,33
średnie	29	51	38,67	68,00
duże	24	75	32,00	100,00

Zródło: dane z badań własnych



Rys. 3.16. Rozkład częstości dla zmiennej *Wsparcie społeczne* w podskali *Wsparcie emocjonalne*.

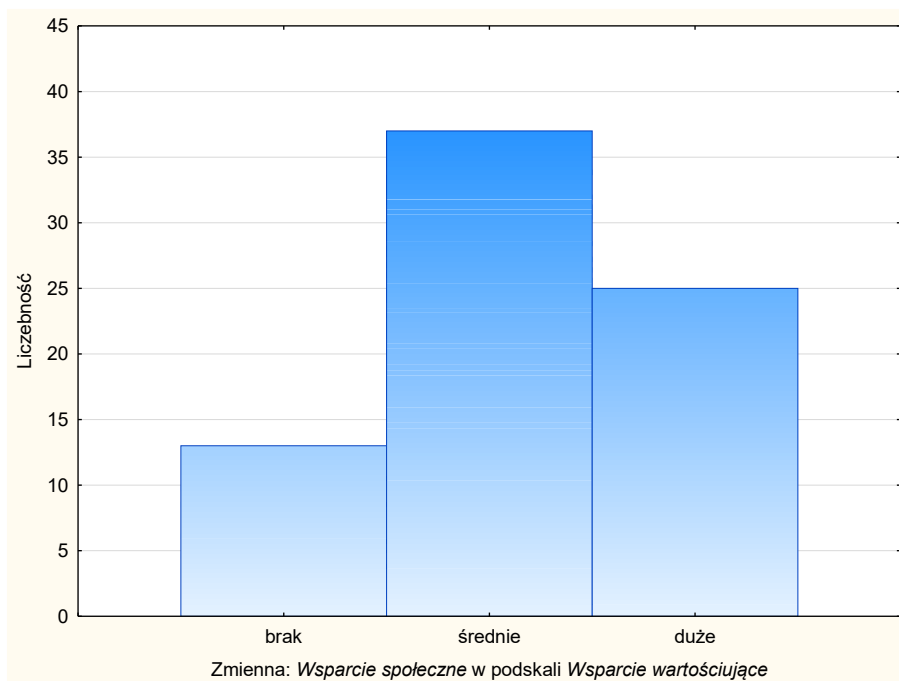
4. Wsparcie wartościujące

W zakresie analizowanej zmiennej *Wsparcie wartościujące* wyniki ukształtowały się w liczbie 37 osób uzyskujących średni poziom wsparcia wartościującego, co stanowiło największą część badanej grupy (49,33%); 25 osób otrzymujących wsparcie duże (33,34% badanych) oraz 13 osób deklarujących brak uzyskiwanego wsparcia (17,33% badanych). Analiza częstości zmiennej została przedstawiona w tabeli 3.23 oraz na rysunku 3.17.

Tab.3.23. Wartości częstości dla zmiennej *Wsparcie społeczne* w podskali *Wsparcie wartościujące*.

Wsparcie społeczne	N	Skumulowana liczebność	%	Skumulowany %
brak	13	13	17,33	17,33
średnie	37	50	49,33	66,67
duże	25	75	33,34	100,00

Zródło: dane z badań własnych



Rys. 3.17. Rozkład częstości dla zmiennej *Wsparcie społeczne* w podskali *Wsparcie wartościujące*.

5. Wsparcie ogólne

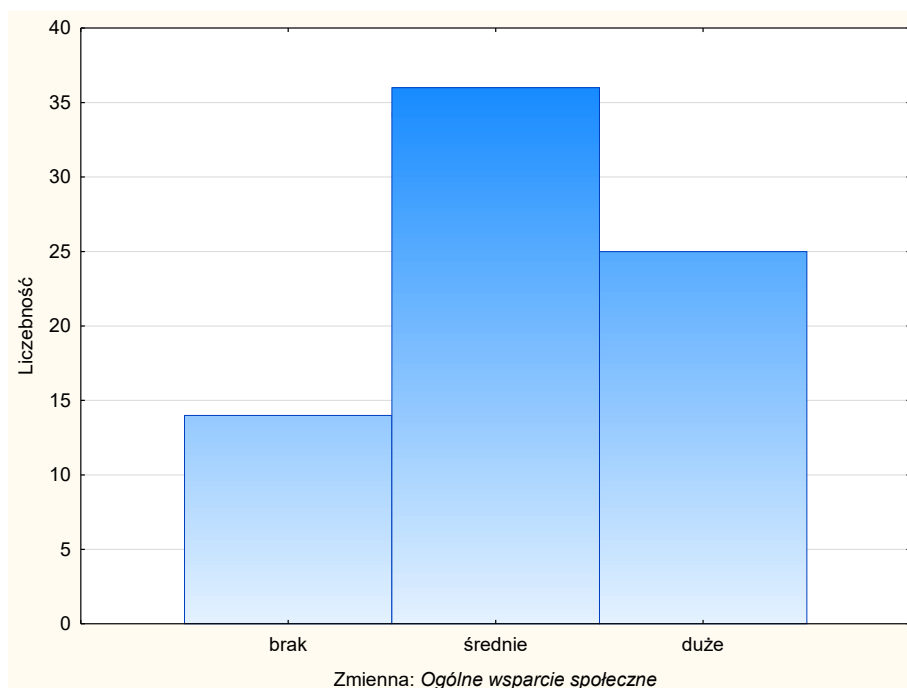
Wynik dla zmiennej *Wsparcie ogólne* powstał poprzez zsumowanie punktów uzyskanych w poszczególnych podskalach badanej zmiennej, tj.: *Wsparcie informacyjne*, *Wsparcie instrumentalne*, *Wsparcie emocjonalne* i *Wsparcie wartościujące*.

Analiza częstości zmiennej wykazała, że wyniki ukształtowały się w liczbie 36 osób uzyskujących średni poziom wsparcia ogólnego, co stanowiło największą część badanej grupy (48,00%); 25 osób otrzymujących wsparcie duże (33,33% badanych) oraz 14 osób deklarujących brak uzyskiwanego wsparcia (18,67% badanych) (tab. 3.24).

Tab. 3.24. Wartości częstości dla zmiennej *Wsparcie społeczne – Wsparcie ogólne*.

Wsparcie ogólne	N	Skumulowana liczebność	%	Skumulowany %
brak	14	14	18,67	18,67
średnie	36	50	48,00	66,67
duże	25	75	33,33	100,00

Zródło: dane z badań własnych



Rys. 3.18. Rozkład częstości dla zmiennej *Wsparcie społeczne – Wsparcie ogólne*.

3.2. Wyniki badań dla zmiennych zależnych

Poziom rozwoju dziecka od 1. do 2. r.ż. określono za pomocą Skali Rozwojowej INSITE w czterech obszarach rozwojowych: motoryka duża, motoryka mała, rozwój społeczno-emocjonalny oraz komunikacja. Na podstawie wymienionych obszarów obliczono poziom globalnego ilorazu rozwoju.

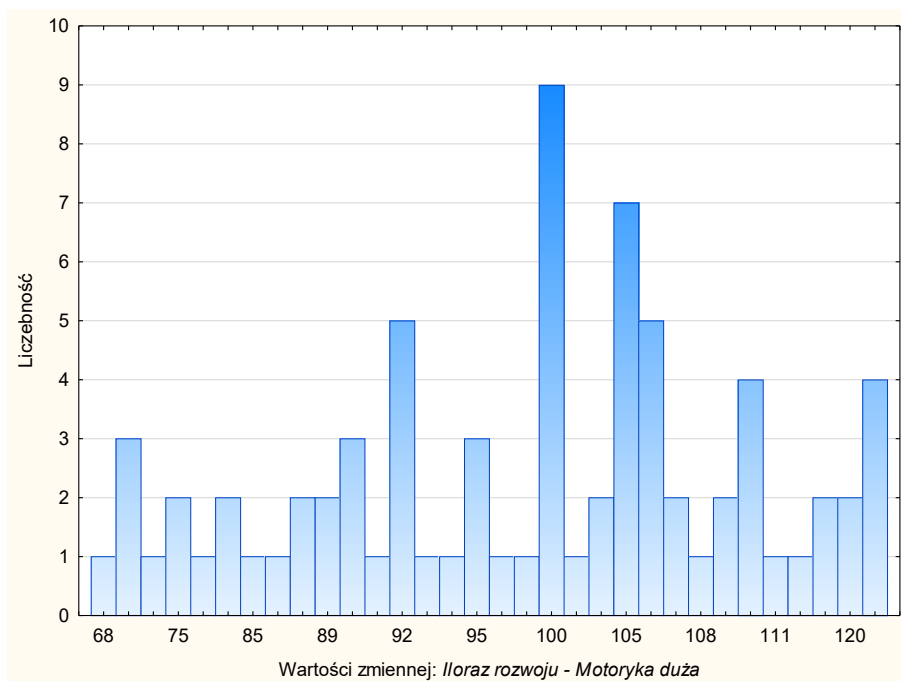
Wyniki uzyskane na poszczególnych podskalach Skali Rozwojowej INSITE przedstawiono w tabeli 3.25. oraz graficznie na rysunkach w dalszej części pracy.

Tab. 3.25. Statystyki opisowe wyników uzyskanych w badaniu dla zmiennej *Iloraz rozwoju* w poszczególnych podskalach: *Motoryka duża*, *Motoryka mała*, *Rzówój społeczno-emocjonalny*, *Komunikacja* oraz *Globalny iloraz rozwoju*.

Zmienna	N	Średnia	Mediana	Min	Max	Odchylenie standardowe	Skośność	Kurtoza
Motoryka duża	75	98,78	100,00	68	125	13,51	-0,313	-0,012
Motoryka mała	75	97,36	96,00	60	120	12,37	-0,421	-0,023
Rzówój społeczno-emocjonalny	75	87,69	92,00	25	125	19,21	-0,725	1,032
Komunikacja	75	71,44	71,00	23	125	23,06	0,150	-0,577
Globalny rzówój	75	88,80	91,00	48	120	14,33	-0,515	0,392

Zródło: dane z badań własnych

3.2.1. Iloraz rozwoju – Motoryka duża

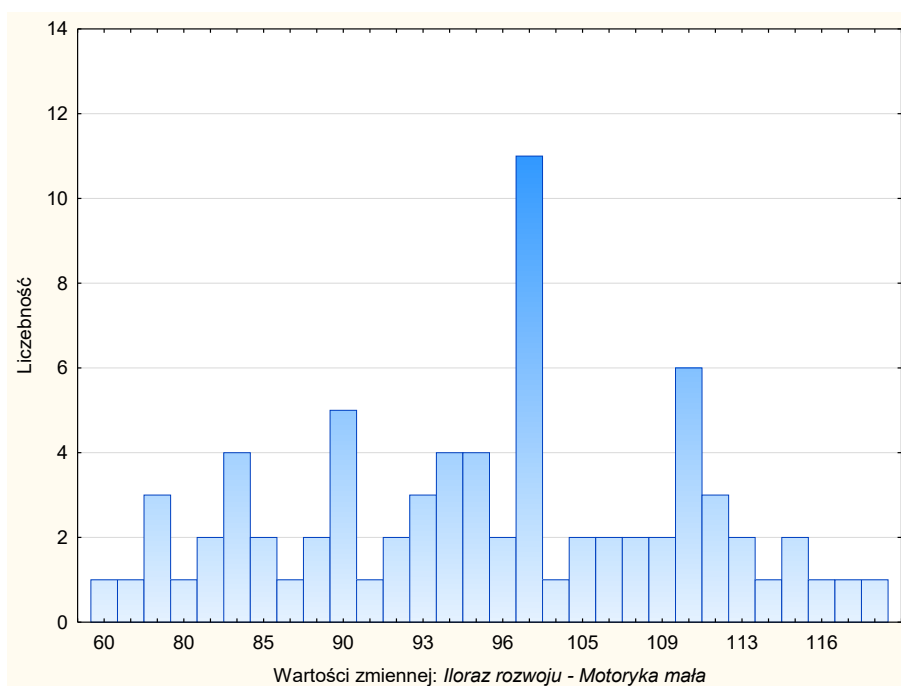


Rys. 3.19. Rozkład częstości dla zmiennej *Iloraz rozwoju – Motoryka duża*.

Odchylenie standardowe dla badanej zmiennej wyniosło 13,51. Wartość kurtozy równa -0,012 wskazuje, że koncentracja wyników przyjęła rozkład platykurtyczny, natomiast skośność świadczyła o lewostronnej asymetrii rozkładu.

Graficzny rozkład częstości przedstawiono na rysunku 3.19.

3.2.2. Iloraz rozwoju – Motoryka mała



Rys. 3.20. Rozkład częstości dla zmiennej *Iloraz rozwoju – Motoryka mała*.

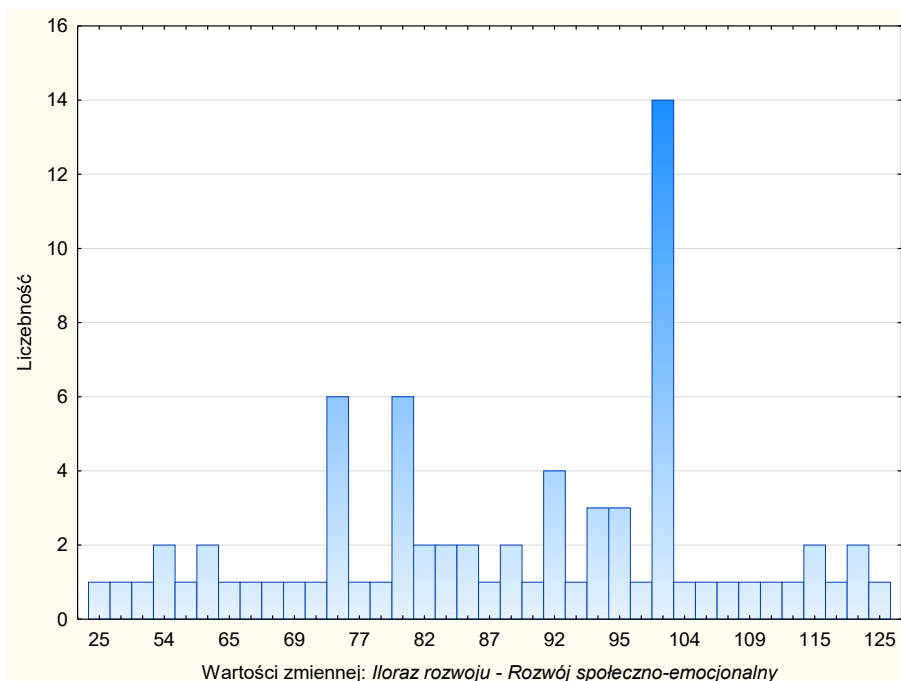
W zakresie zmiennej *Iloraz rozwoju – Motoryka mała* wyniki ukształtowały się w przedziale 60-120 punktów. 11 osób osiągnęło wartość zmiennej na poziomie 100 punktów, co stanowiło jednocześnie najczęściej otrzymywany wynik wśród przebadanych 75 dzieci. Pozostałe wartości *Ilorazu rozwoju* dla poszczególnych przypadków zostały przyporządkowane w przedziale liczbowym od 1 do 6, a ich rozkład był względnie równomierny.

Średnia wyniosła 97,36 punktów, a odchylenie standardowe osiągnęło wartość 12,37. Wartość kurtozy była równa -0,023, co wskazało na koncentrację wyników w rozkładzie platykurtycznym. Skośność wyniosła -0,93 i oznaczała lewostronną asymetrię rozkładu.

Analiza rozkładu częstości zmiennej wykazała, że większość dzieci osiągnęło prawidłowy rozwój w obszarze *Motoryka mała*; pojedyncze osoby uzyskały wynik wskazujący na opóźnienie w badanej sferze rozwojowej.

Graficzny rozkład częstości badanej zmiennej przedstawiono na rysunku 3.20.

3.2.3. Iloraz rozwoju – Rozwój społeczno-emocjonalny



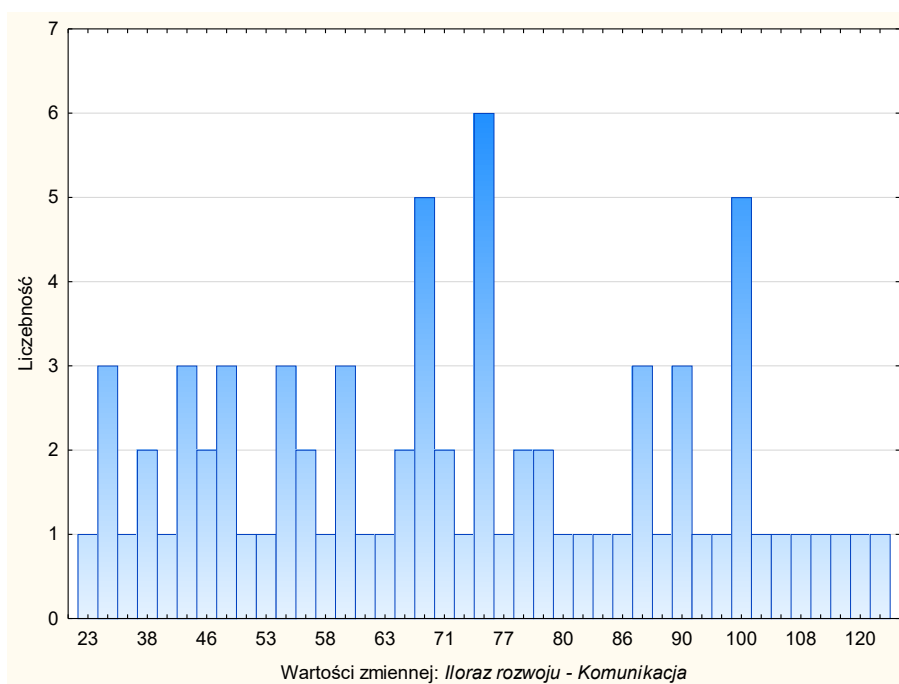
Rys. 3.21. Rozkład częstości dla zmiennej *Iloraz rozwoju – Rozwój społeczno-emocjonalny*.

Rozkład częstości zmiennej *Iloraz rozwoju – Rozwój społeczno-emocjonalny* dla 75 badanych dzieci ukształtował się w granicach od 25 do 125 punktów; średnia wyników dla badanej zmiennej wyniosła 87,69 punktów. Najczęściej powtarzanym rezultatem był wynik 100 punktów, który osiągnęło 14 osób. Najwyższą koncentrację wyników odnotowano w przedziale 75-100 punktów, poza tym obszarem zaobserwowano pojedyncze przypadki.

Odchylenie standardowe było równe 19,21. Pod względem miar kształtu rozkładu odnotowano wartość skośności na poziomie -0,725 i kurtozy na poziomie 1,032, co oznaczało zagęszczenie wyników w rozkładzie leptokurtycznym o lewostronnej asymetrii.

Graficzny rozkład częstości zmiennej przedstawiono na rys. 3.21.

3.2.4. Iloraz rozwoju – Komunikacja

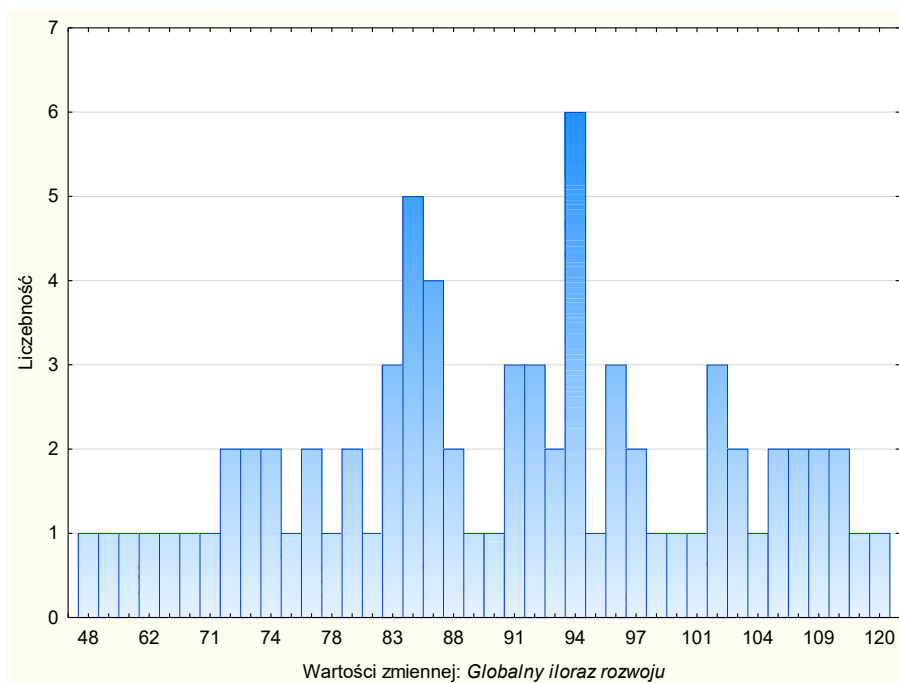


Rys. 3.22. Rozkład częstości dla zmiennej *Iloraz rozwoju – Komunikacja*.

W zakresie zmiennej *Iloraz rozwoju – Komunikacja* przedział wyników wyniósł 23 – 125 punktów, co oznaczało największy rozstęp otrzymanych wartości zmiennej wśród wszystkich badanych podskal ilorazu rozwoju dziecka. Z uwagi na specyfikę osób uczestniczących w badaniu, tj. dzieci z uszkodzonym słuchem, średnia wyników była najniższa w porównaniu z pozostałymi zmiennymi ilorazu rozwoju i wyniosła 71,44. Najczęściej uzyskiwanym rezultatem był poziom 75, 69 i 100 punktów. Większość badanych osiągnęła wartości zmiennej w przedziale 25-69 punktów, co spowodowało prawostronną asymetrię rozkładu. Z uwagi na ujemną wartość kurtozy koncentracja wyników wykazała rozkład platykurtyczny.

Graficzny rozkład częstości badanej zmiennej przedstawiono na rysunku 3.22.

3.2.5. Globalny iloraz rozwoju



Rys. 3.23. Rozkład częstości dla zmiennej *Iloraz rozwoju – Globalny iloraz rozwoju*.

Wartości dla zmiennej *Globalny iloraz rozwoju* obliczono na podstawie średniej punktowej wszystkich pozostałych podskal określających iloraz rozwoju dziecka tj. motoryki dużej, motoryki małej, rozwoju społeczno-emocjonalnego oraz komunikacji.

Wyniki badanej zmiennej ukształtowały się w przedziale od 48 do 120 punktów, przy czym najczęściej uzyskiwanym rezultatem był poziom 94 punktów. Średnia dla badanej zmiennej wyniosła 88,80, a odchylenie standardowe 14,33. Pod względem miar kształtu rozkładu odnotowano wartość skośności na poziomie -0,515 i kurtozy na poziomie 0,392, co oznaczało zagęszczenie wyników w rozkładzie leptokurtycznym o lewostronnej asymetrii.

Graficzny rozkład częstości zmiennej przedstawiono na rys. 3.23.

4. Analiza statystyczna hipotez badawczych

4.1. Problem 1. Czy istnieje związek między uszkodzeniem słuchu dziecka a poziomem jego rozwoju?

H0: Nie ma związku pomiędzy uszkodzeniem słuchu dziecka a poziomem jego rozwoju.

H1: Istnieje związek pomiędzy uszkodzeniem słuchu dziecka a poziomem jego rozwoju.

Analiza liniowej współzależności zmiennych przeprowadzona za pomocą współczynnika R Spearmana wykazała, że wystąpiły słabe, przeciętne, wysokie i istotne oraz nieistotne statystycznie korelacje pomiędzy poziomem uszkodzenia słuchu dziecka a wszystkimi badanymi obszarami rozwoju dziecka. Bardzo wysoką siłę korelacji odnotowano między zmienną *Uszkodzenie słuchu dziecka* a zmienną *Iloraz rozwoju – Komunikacja* – jej wartość wyniosła $R=0,7178$. Dla zmiennej *Iloraz rozwoju – rozwój społeczno – emocjonalny* siła korelacji pomiędzy badanymi zmiennymi była przeciętna i wyniosła $R=0,3362$. Siła związku pomiędzy *Uszkodzeniem słuchu dziecka* a *Globalnym ilorazem rozwoju* była wysoka i osiągnęła wartość $R=0,5027$. Nie odnotowano istotnej korelacji pomiędzy zmiennymi *Uszkodzenie słuchu dziecka* a *Iloraz rozwoju – motoryka duża* oraz *Uszkodzenie słuchu dziecka* a *Iloraz rozwoju – motoryka mała*.

4.1.1. Iloraz rozwoju – Motoryka mała

Analiza wariancji ANOVA nie wykazała różnic istotnych statystycznie między rozpatrywanymi średnimi zmiennej *Iloraz rozwoju – Motoryka mała* w poszczególnych grupach zmiennej niezależnej *Uszkodzenie słuchu dziecka*. Poziom prawdopodobieństwa testowego pozwolił na przyjęcie hipotezy zerowej o braku różnic między grupami i odrzucenie hipotezy alternatywnej H1. Badanie potwierdziło założenie o braku wpływu uszkodzenia słuchu dziecka na jego rozwój w zakresie analizowanej zmiennej rozwojowej – motoryki małej.

4.1.2. Iloraz rozwoju – Motoryka duża

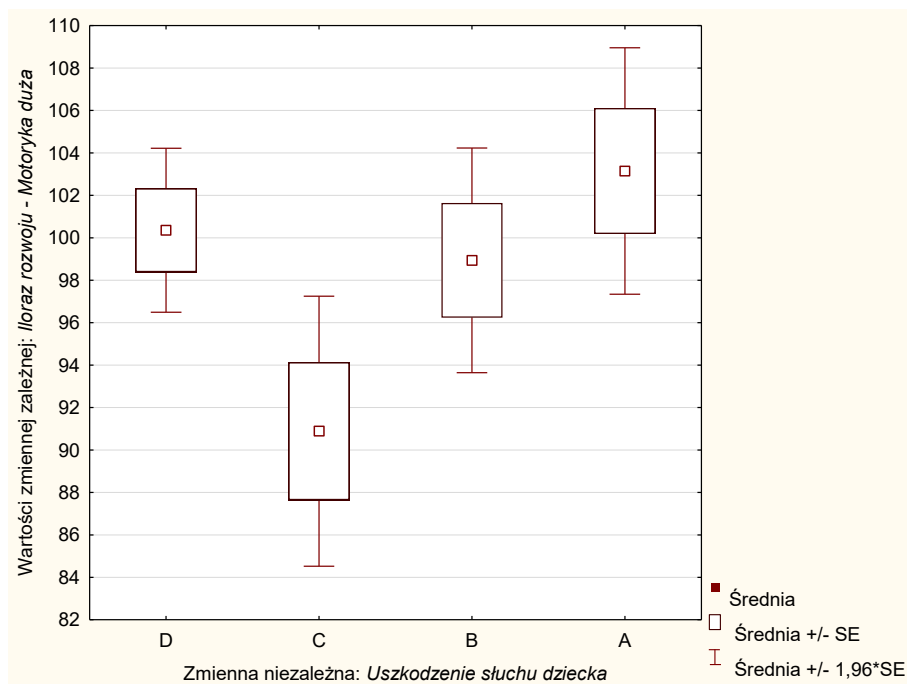
Przeprowadzona analiza wariancji ANOVA wykazała różnice istotne statystycznie na poziomie $p=0,024$ między rozpatrywanymi średnimi zmiennej *Iloraz rozwoju – Motoryka duża* w poszczególnych grupach zmiennej niezależnej *Uszkodzenie słuchu dziecka*.

W międzygrupowych porównaniach *post-hoc* stwierdzono istotne różnice w zakresie zmiennej *Iloraz rozwoju – Motoryka duża* pomiędzy grupami zmiennej niezależnej *Uszkodzenie słuchu dziecka*: A vs. C na poziomie $p=0,0288$ (tab. 4.1.). Poziom prawdopodobieństwa testowego pozwolił na odrzucenie hipotezy zerowej o braku różnic między grupami i przyjęcie hipotezy alternatywnej H_1 .

Tab. 4.1. Porównanie międzygrupowe wartości zmiennej *Iloraz rozwoju – Motoryka duża* dla różnych poziomów uszkodzenia słuchu dziecka.

Iloraz rozwoju – Motoryka duża	CI (D)	Niedosłuch głęboki (C)	Niedosłuch (B)	Słuch wydolny (A)
CI (D)		0,2212	0,9914	0,9402
Niedosłuch głęboki (C)	0,2212		0,2999	0,0288
Niedosłuch (B)	0,9914	0,2999		0,7932
Słuch wydolny (A)	0,9402	0,0288	0,7932	

Analiza statystyczna wskazała, że grupa dzieci uszkodzonym słuchem w stopniu głębokim w zakresie motoryki dużej rozwijała się na niższym poziomie w odniesieniu do grupy dzieci ze słuchem wydolnym. Pozostałe analizowane grupy, tj. D, B oraz A wykazały zbliżony poziom rozwoju w zakresie motoryki dużej. Wynik w postaci graficznej przedstawiono na rysunku 4.1.



Rys. 4.1. Przedziały ufności zmiennej *Iloraz rozwoju – Motoryka duża* w grupie dzieci z CI (D), Niedosłuchem głębokim (C), Niedosłuchem (B) oraz Słuchem wydolnym (A).

4.1.3. Iloraz rozwoju – Rozwój społeczno-emocjonalny

Przeprowadzona analiza wariancji ANOVA wykazała różnice istotne statystycznie na poziomie $p=0,000$ między rozpatrywanymi średnimi zmiennej *Iloraz rozwoju – Rozwój społeczno-emocjonalny* w poszczególnych grupach zmiennej niezależnej *Uszkodzenie słuchu dziecka*. Poziom prawdopodobieństwa testowego pozwolił na odrzucenie hipotezy zerowej o braku różnic między grupami i przyjęcie hipotezy alternatywnej H_1 .

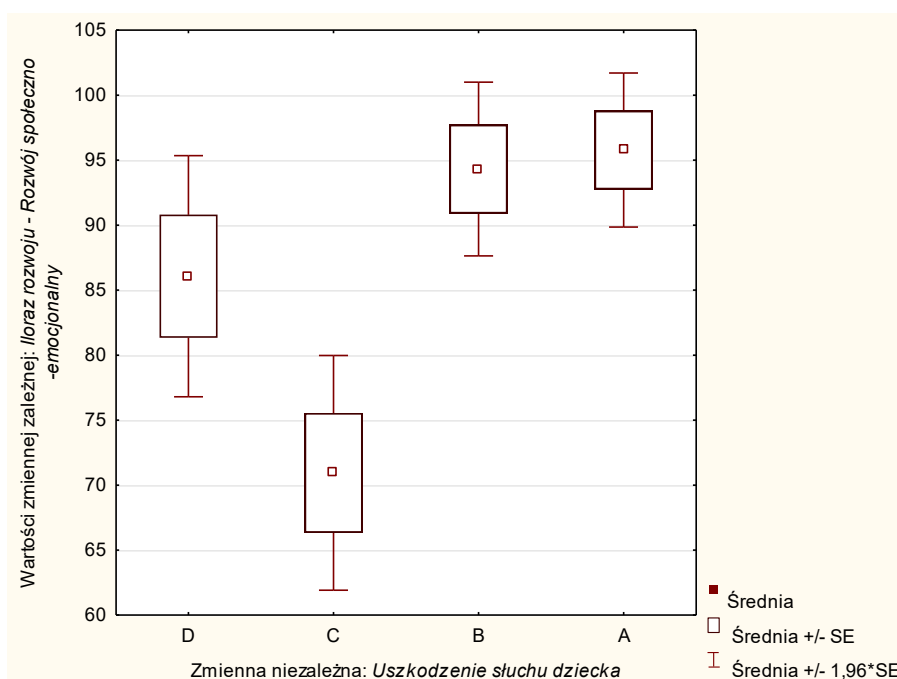
Istotne różnice w zakresie badanej zmiennej na podstawie międzygrupowych porównań *post-hoc*, stwierdzono pomiędzy grupą zmiennych C vs. B ($p=0,0011$) oraz C vs. A ($p=0,0003$) (tab.4.2.). Wynik analizy wykazał, że wśród badanych grup najlepiej rozwijającymi się pod względem rozwoju społeczno-emocjonalnego były dzieci ze słuchem wydolnym oraz z uszkodzonym słuchem w stopniu średnim. Dzieci z niedosłuchem głębokim po wszczęciu implantu ślimakowego (CI) nie różniły się istotnie od żadnej z badanych grup – ich poziom rozwoju społeczno-emocjonalnego znajdował się pomiędzy wynikami grupy ze słuchem wydolnym i niedosłuchem średnim a grupą dzieci z

niedosłuchem głębokim. Najslabiej rozwijającą się pod względem badanej zmiennej rozwojowej była grupa C z niedosłuchem głębokim.

Tab. 4.2. Porównanie międzygrupowe wartości zmiennej *Iloraz rozwoju – Rozwój społeczno-emocjonalny* dla różnych poziomów uszkodzenia słuchu dziecka.

Iloraz rozwoju – Rozwój społeczno- emocjonalny	CI (D)	Niedosłuch głęboki (C)	Niedosłuch (B)	Słuch wydolny (A)
CI (D)		0,0867	0,5619	0,4201
Niedosłuch głęboki (C)	0,0867		0,0011	0,0003
Niedosłuch (B)	0,5619	0,0011		0,9946
Słuch w ydolny (A)	0,4201	0,0003	0,9946	

Wynik badania potwierdza obserwacje i założenia, że większy niedosłuch powoduje słabszy rozwój społeczno-emocjonalny, m.in. z uwagi na ograniczoną zdolność rozumienia komunikatów płynących z otoczenia, a w konsekwencji prawidłowego odczytywania i reagowania na sytuacje społeczne. Zgodnie z założeniami osoby badającej grupa dzieci wyposażona w implant ślimakowy (CI) osiągnęła wyższe wyniki na skali rozwojowej w zakresie badanej zmiennej w porównaniu do dzieci z niedosłuchem głębokim (rys. 4.2.).



Rys. 4.2. Przedziały ufności zmiennej *Iloraz rozwoju – Rozwój społeczno-emocjonalny* w grupie dzieci z CI (D), Niedosłuchem głębokim (C), Niedosłuchem (B) oraz Słuchem wydolnym (A).

4.1.4. Iloraz rozwoju – Komunikacja

Analiza wariancji ANOVA wykazała różnice istotne statystycznie na poziomie $p=0,000$ między rozpatrywanymi średnimi zmiennej *Iloraz rozwoju – Komunikacja* w poszczególnych grupach zmiennej niezależnej *Uszkodzenie słuchu dziecka*. Poziom prawdopodobieństwa testowego pozwolił na odrzucenie hipotezy zerowej o braku różnic między grupami i przyjęcie hipotezy alternatywnej H_1 , co wydaje się oczywiste, gdyż uszkodzenie słuchu wpływa hamująco na rozwój procesów komunikatywnych.

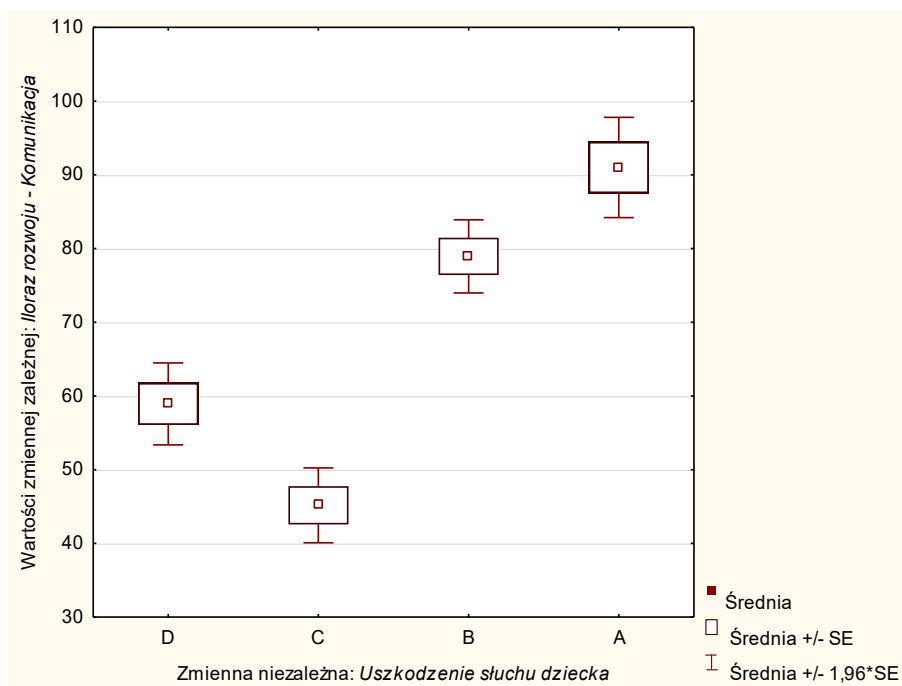
W porównaniach *post-hoc* między badanymi grupami stwierdzono istotne różnice w zakresie zmiennej *Iloraz rozwoju – Komunikacja* pomiędzy następującymi grupami zmiennej niezależnej *Uszkodzenie słuchu dziecka*: B vs. C na poziomie prawdopodobieństwa $p=0,0011$, A vs. C na poziomie prawdopodobieństwa $p=0,0001$, A vs. D na poziomie $p=0,0001$, D vs. B na poziomie $p=0,0015$ oraz D vs. C na poziomie $p=0,0490$. Nie wykazano istotnych różnic pomiędzy grupami B vs. A (tab. 4.3.).

Tab. 4.3. Porównanie międzygrupowe wartości zmiennej *Iloraz rozwoju – Komunikacja* dla różnych poziomów uszkodzenia słuchu dziecka.

Iloraz rozwoju – Komunikacja	CI (D)	Niedosłuch głęboki (C)	Niedosłuch (B)	Słuch wydolny (A)
CI (D)		0,0490	0,0015	0,0001
Niedosłuch głęboki (C)	0,0490		0,0011	0,0001
Niedosłuch (B)	0,0015	0,0011		0,0730
Słuch wydolny (A)	0,0001	0,0001	0,0730	

Najlepiej rozwijającą się grupą pod względem poziomu komunikatywności były dzieci ze słuchem wydolnym, słabiej rozwijały się osoby posiadające uszkodzony słuch w stopniu niedosłuchu średniego. Istotnie niższy od wymienionych grup wynik osiągnęły dzieci z założonym implantem ślimakowym (CI). Osoby będące w tej grupie mimo wyjściowo najslabszego słuchu, dzięki zaimplantowaniu osiągnęły istotnie lepszy poziom komunikowania się od dzieci z niedosłuchem głębokim.

Badanie jednoznacznie potwierdziło, że istnieje związek uszkodzenia słuchu z rozwojem procesu komunikatywnego – większy ubytek słuchu dzieci wpływał na słabszy rozwój mowy czynnej i biernej; założenie implantu ślimakowego poprawiało wskaźniki rozwojowe w zakresie badanej zmiennej.



Rys. 4.3. Przedziały ufności zmiennej *Iloraz rozwoju – Komunikacja* w grupie dzieci z CI (D), Niedosłuchem głębokim (C), Niedosłuchem (B) oraz Słuchem wydolnym (A).

4.1.5. Globalny iloraz rozwoju

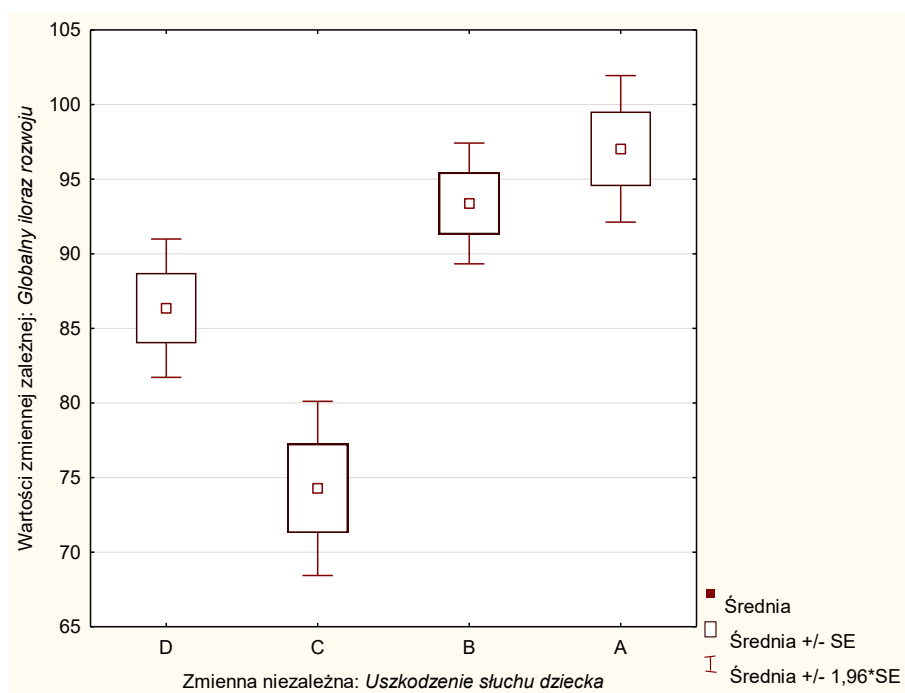
Analiza wariancji ANOVA wykazała różnice istotne statystycznie na poziomie prawdopodobieństwa $p=0,000$ między rozpatrywanymi średnimi zmiennej *Globalny iloraz rozwoju* w poszczególnych grupach zmiennej niezależnej *Uszkodzenie słuchu dziecka*. Poziom prawdopodobieństwa testowego pozwolił na odrzucenie hipotezy zerowej o braku różnic między grupami i przyjęcie hipotezy alternatywnej H_1 .

W międzygrupowych porównaniach *post-hoc* stwierdzono istotne różnice w zakresie zmiennej *Globalny iloraz rozwoju* pomiędzy następującymi grupami zmiennej niezależnej *Uszkodzenie słuchu dziecka*: B vs. C na poziomie $p=0,0002$, A vs. C na poziomie $p=0,0001$ oraz C vs. D na poziomie $p=0,0315$ (tab. 4.4.).

Tab. 4.4. Porównanie międzygrupowe wartości zmiennej *Globalny iloraz rozwoju* dla różnych poziomów uszkodzenia słuchu dziecka.

Globalny iloraz rozwoju	CI (D)	Niedosłuch głęboki (C)	Niedosłuch (B)	Słuch wydolny (A)
CI (D)		<i>0,0315</i>	0,3663	0,0706
Niedosłuch głęboki (C)	<i>0,0315</i>		<i>0,0002</i>	<i>0,0001</i>
Niedosłuch (B)	0,3663	<i>0,0002</i>		0,7987
Słuch wydolny (A)	0,0706	<i>0,0001</i>	0,7987	

Dzieci ze słuchem wydolnym oraz uszkodzeniem słuchu w stopniu niedosłuchu średniego należały do grup prezentujących najlepsze wyniki w rozpatrywanej zmiennej. Najslabszą grupę pod względem globalnego poziomu rozwoju stanowiły dzieci z niedosłuchem głębokim, co było wynikiem niskiej punktacji w takich podskalach jak *Motoryka duża*, *Rozwój społeczno-emocjonalny* oraz *Komunikacja*. Dzieci z implantem ślimakowym osiągnęły wynik istotnie lepszy od grupy z niedosłuchem głębokim, co mogło być spowodowane m.in. faktem uzyskiwanych korzyści z zaimplantowania, wpływając na poziom takich zmiennych jak *Iloraz rozwoju – Komunikacja* oraz *Rozwój społeczno-emocjonalny*. Grupa dzieci z implantem osiągnęła jednak wynik istotnie niższy od grup dzieci ze słuchem wydolnym oraz średnim niedosłuchem (rys. 4.4.).



Rys. 4.4. Przedziały ufności zmiennej *Globalny iloraz rozwoju* w grupie dzieci z CI (D), Niedosłuchem głębokim (C), Niedosłuchem (B) oraz Słuchem wydolnym (A).

Weryfikując postawiony problem badawczy na podstawie analizy wariancji ANOVA, odrzucono hipotezę zerową o braku różnic między grupami i przyjęto hipotezę alternatywną H1. Oznacza to, że w badaniu wykazano związek między uszkodzeniem słuchu dziecka a poziomem rozwoju dziecka w zakresie większości analizowanych sfer rozwojowych oraz globalnego poziomu rozwoju. Większy ubytek słuchu dziecka

powodował słabszy rozwój globalny, na co największy wpływ miały takie obszary rozwojowe jak: komunikacja oraz rozwój społeczno-emocjonalny.

4.2. Problem 2. Czy istnieje związek pomiędzy uszkodzeniem słuchu dziecka, a poziomem i rodzajem odczuwanego przez matkę stresu?

H0: Nie ma związku pomiędzy uszkodzeniem słuchu dziecka, a poziomem i rodzajem odczuwanego przez matkę stresu.

H1: Istnieje związek pomiędzy uszkodzeniem słuchu dziecka, a poziomem i rodzajem odczuwanego przez matkę stresu.

Analiza współzależności zmiennych przeprowadzona za pomocą współczynnika R Spearmana wykazała, że występuje istotna, słaba korelacja pomiędzy poziomem uszkodzenia słuchu dziecka oraz jednej podskali: *Skala kłamstwa* na poziomie $R=0,2539$. Dla pozostałych podskal zmiennej dotyczącej stresu analiza statystyczna nie wykazała istotnych korelacji.

Wprowadzona dodatkowo *Skala kłamstwa* stanowiła jedną z podskal Kwestionariusza Poczucia Stresu i miała na celu wstępną weryfikację wypowiedzi osób badanych i ujawnienie respondentów odpowiadających w sposób tendencyjny bądź ze skłonnościami autoprezentacyjnymi.

4.2.1. Napięcie emocjonalne

Przeprowadzona analiza wariancji ANOVA wykazała różnice istotne statystycznie na poziomie prawdopodobieństwa $p=0,0048$ między rozpatrywanymi średnimi zmiennej *Napięcie emocjonalne* w poszczególnych grupach zmiennej niezależnej *Uszkodzenie słuchu dziecka*.

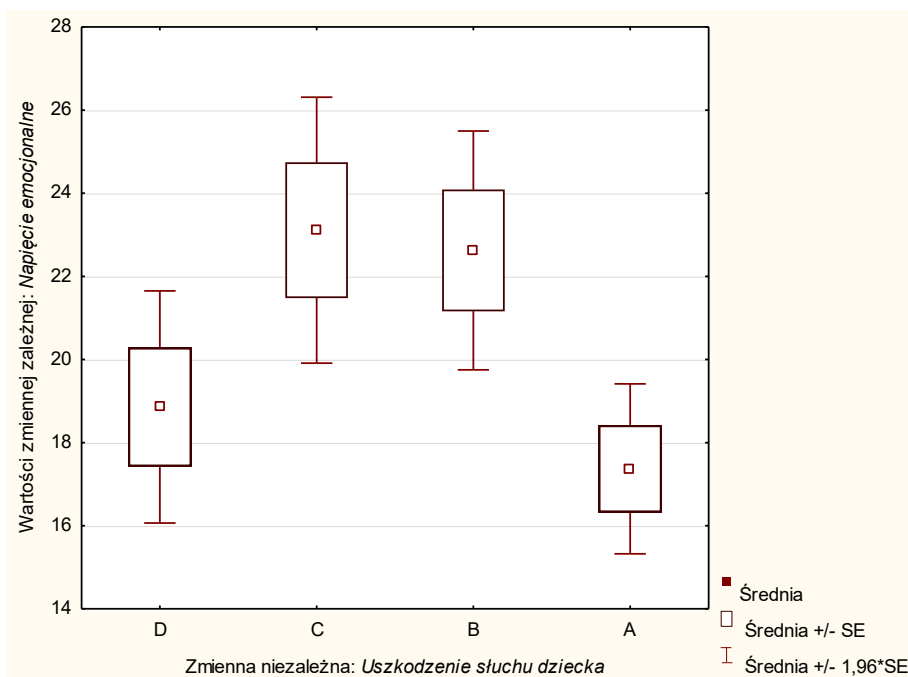
W międzygrupowych porównaniach *post-hoc* stwierdzono istotne różnice w zakresie zmiennej *Napięcie emocjonalne* pomiędzy grupami: A vs. C na poziomie $p=0,0236$ (tab.

4.5.). Porównanie pozostałych grup, tj. C vs. D, C vs. B, D vs. A, B vs. A nie wykazało różnic na poziomie istotności $p < 0,05$.

Tab. 4.5. Porównanie międzygrupowe wartości zmiennej *Napięcie emocjonalne* dla różnych poziomów uszkodzenia słuchu dziecka.

Napięcie emocjonalne	CI (D)	Niedosłuch głęboki (C)	Niedosłuch średni (B)	Słuch wydolny (A)
CI (D)		0,2332	0,3357	0,9090
Niedosłuch głęboki (C)	0,2332		0,9955	0,0236
Niedosłuch (B)	0,3357	0,9955		0,0651
Słuch wydolny (A)	0,9090	0,0236	0,0651	

Uzyskany wynik potwierdza wstępne założenia, że matki dzieci ze słuchem wydolnym w porównaniu do matek dzieci z niedosłuchem głębokim charakteryzował niższy poziom niepokoju i nerwowości. Osoby te mogły m.in. przejawiać więcej energii do działania, rzadziej rezygnować z podejmowania zadań i wyzwań oraz wykazywać mniej drażliwości w relacjach interpersonalnych. Matki dzieci z założonym implantem ślimakowym osiągnęły zbliżony wynik pod względem odczuwanego napięcia emocjonalnego do matek dzieci ze słuchem wydolnym – fakt zaimplantowania dziecka celem umożliwienia mu prawidłowego rozwoju miał związek z obniżeniem omawianego wskaźnika natężenia stresu u ich matek. Zgodnie z założeniami badającego najwyższy poziom napięcia emocjonalnego deklarowały matki dzieci z uszkodzonym słuchem w stopniu niedosłuchu średniego oraz niedosłuchu głębokiego, niższy poziom zmiennej dotyczył matek dzieci z implantem ślimakowym, najmniejsze napięcie emocjonalne deklarowały matki dzieci ze słuchem wydolnym (rys.4.5.).



Rys. 4.5. Przedziały ufności zmiennej *Napięcie emocjonalne* w grupie dzieci z CI (D), Niedosłuchem głębokim (C), Niedosłuchem (B) oraz Słuchem wydolnym (A).

4.2.2. Stres zewnętrzny

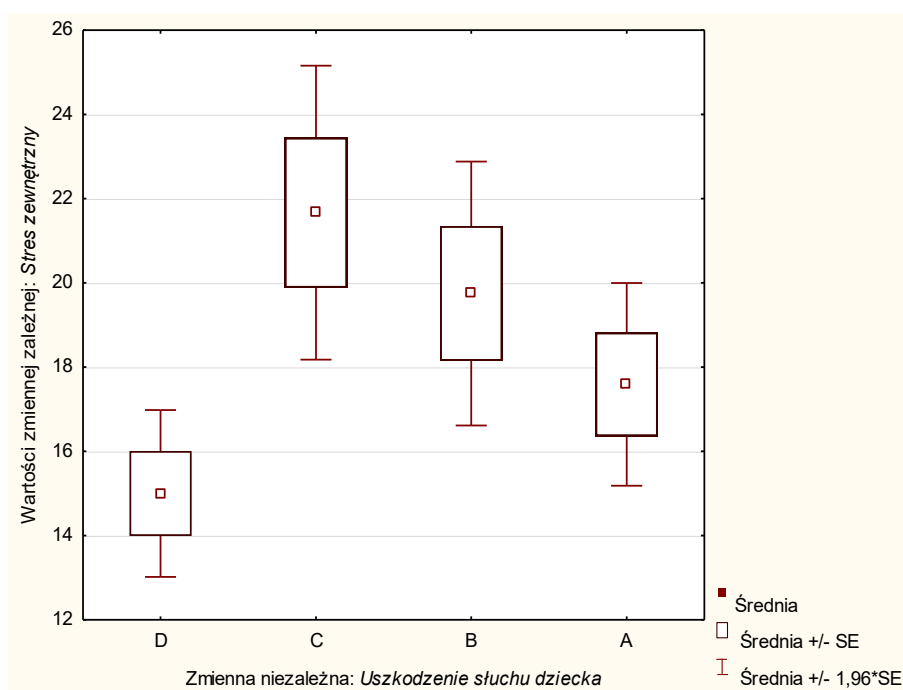
Analiza wariancji ANOVA wykazała różnice istotne statystycznie na poziomie prawdopodobieństwa $p=0,0239$ między rozpatrywanymi średnimi zmiennej *Stres zewnętrzny* w poszczególnych grupach zmiennej niezależnej *Uszkodzenie słuchu dziecka*.

W międzygrupowych porównaniach *post-hoc* stwierdzono istotne różnice w zakresie zmiennej *Stres zewnętrzny* pomiędzy dwiema grupami zmiennej niezależnej *Uszkodzenie słuchu dziecka*: D vs. C na poziomie $p=0,0331$ (tab. 4.6.). Pozostałe grupy nie zostały w istotny sposób zróżnicowane pod względem odczuwanego stresu zewnętrznego.

Tab. 4.6. Porównanie międzygrupowe wartości zmiennej *Stres zewnętrzny* dla różnych poziomów uszkodzenia słuchu dziecka.

Stres zewnętrzny	CI (D)	Niedosłuch Głęboki (C)	Niedosłuch (B)	Słuch wydolny (A)
CI (D)		0,0331	0,2009	0,6986
Niedosłuch głęboki (C)	0,0331		0,8258	0,2222
Niedosłuch (B)	0,2009	0,8258		0,7686
Słuch w ydolny (A)	0,6986	0,2222	0,7686	

Wynik analizy sugeruje, że matki dzieci z niedosłuchem głębokim w porównaniu do matek dzieci z założonym implantem ślimakowym na istotnie wyższym poziomie odczuwały stres zewnętrzny. Może to oznaczać, że matki należące do tej grupy przejawiały większą tendencję do przeżywania frustracji związanej z poczuciem nieradzenia sobie z wymaganiami stawianymi przez otoczenie, poczucia bycia niesprawiedliwie ocenianym przez innych, braku wiary we własne możliwości oraz bezradności wobec czekających na nie zadań i obowiązków.



Rys. 4.6. Przedziały ufności zmiennej *Stres zewnętrzny* w grupie dzieci z CI (D), Niedosłuchem głębokim (C), Niedosłuchem (B) oraz Słuchem wydolnym (A).

4.2.3. Stres intrapsychiczny

Przeprowadzona analiza wariancji ANOVA nie wykazała istotnych statystycznie różnic między rozpatrywanymi średnimi zmiennej *Stres intrapsychiczny* w poszczególnych grupach zmiennej niezależnej *Uszkodzenie słuchu dziecka*. Wynik sugeruje, że wszystkie badane grupy matek na porównywalnym poziomie charakteryzował niepokój związany z myśleniem o własnych problemach, deficytach i posiadanych zasobach. Matki dzieci należących do grup z różnym stopniem uszkodzenia słuchu w podobnym natężeniu

odczuwały osamotnienie oraz niemożność pogodzenia się z trudnym doświadczeniem straty ważnych w ich życiu rzeczy czy osób. Jak wskazało badanie, odczuwanie stresu intrapsychniczego nie miało związku z uszkodzeniem słuchu dziecka. Najprawdopodobniej w poszczególnych grupach badawczych działały dodatkowe czynniki wpływające na stres intrapsychniczny, co ujednoliciło uzyskane wyniki dotyczące poziomu stresu.

4.2.4. Skala kłamstwa

Przeprowadzona analiza wariancji ANOVA nie wykazała istotnych statystycznie różnic między rozpatrywanymi średnimi zmiennej *Skala kłamstwa* w poszczególnych grupach zmiennej niezależnej *Uszkodzenie słuchu dziecka*. Wynik badania może oznaczać, że uszkodzenie słuchu nie jest związane z takimi cechami jak: usiłowanie stawania siebie w korzystnym świetle, przypisywanie sobie pożądanym społecznie zachowań czy celowe wprowadzanie w błąd innych osób.

4.2.5. Ogólny poziom stresu

Przeprowadzona analiza wariancji ANOVA nie wykazała istotnych statystycznie różnic między rozpatrywanymi średnimi zmiennej *Ogólny poziom stresu* w poszczególnych grupach zmiennej niezależnej *Uszkodzenie słuchu dziecka*. Wynik badania nie potwierdza przyjętego założenia, że większy ubytek słuchu dziecka związany jest z odczuwaniem przez matkę większego natężenia stresu ogólnego. Uzależnione jest to m.in. od sposobu obliczania w badaniu poziomu stresu ogólnego. Stanowi on wypadkową poszczególnych podskal tej zmiennej, tj. napięcia emocjonalnego, stresu zewnętrznego oraz stresu intrapsychniczego – biorąc pod uwagę średnią poziomu prawdopodobieństwa wymienionych podskal, w zmiennej *Ogólny poziom stresu* nie wykazano jej związku z uszkodzeniem słuchu dziecka.

Weryfikując postawiony problem badawczy na podstawie analizy wariancji ANOVA odrzucono hipotezę zerową o braku różnic między grupami i przyjęto hipotezę alternatywną H1. Oznacza to, że wykazano związek między uszkodzeniem słuchu dziecka, a odczuwanym przez matkę stresem na części analizowanych podskal, tj. napięcia

emocjonalnego oraz stresu zewnętrznego. Większy ubytek słuchu dziecka związany był z odczuwaniem wyższego natężenia stresu, przy czym fakt założenia dziecku implantu ślimakowego obniżał wskaźniki stresu ich matek do poziomu odczuwanego przez matki dzieci ze słuchem wydolnym.

4.3. Problem 3. Czy istnieje związek pomiędzy uszkodzeniem słuchu dziecka a poziomem odczuwanego przez matkę lęku?

H0: Nie ma związku pomiędzy uszkodzeniem słuchu dziecka a poziomem odczuwanego przez matkę lęku.

H1: Istnieje związek pomiędzy uszkodzeniem słuchu dziecka a poziomem odczuwanego przez matkę lęku.

Analiza współzależności zmiennych przeprowadzona za pomocą współczynnika R Spearmana wykazała, że występuje istotna statystycznie korelacja pomiędzy poziomem uszkodzenia słuchu dziecka a poziomem odczuwanego przez matkę lęku.

Analiza wariancji ANOVA wykazała różnice istotne statystycznie na poziomie $p=0,0000$ między rozpatrywanymi średnimi zmiennej *Poziom lęku* w poszczególnych grupach zmiennej *Uszkodzenie słuchu dziecka*, co pozwala na odrzucenie hipotezy zerowej o braku różnic między grupami i przyjęcie hipotezy alternatywnej H1.

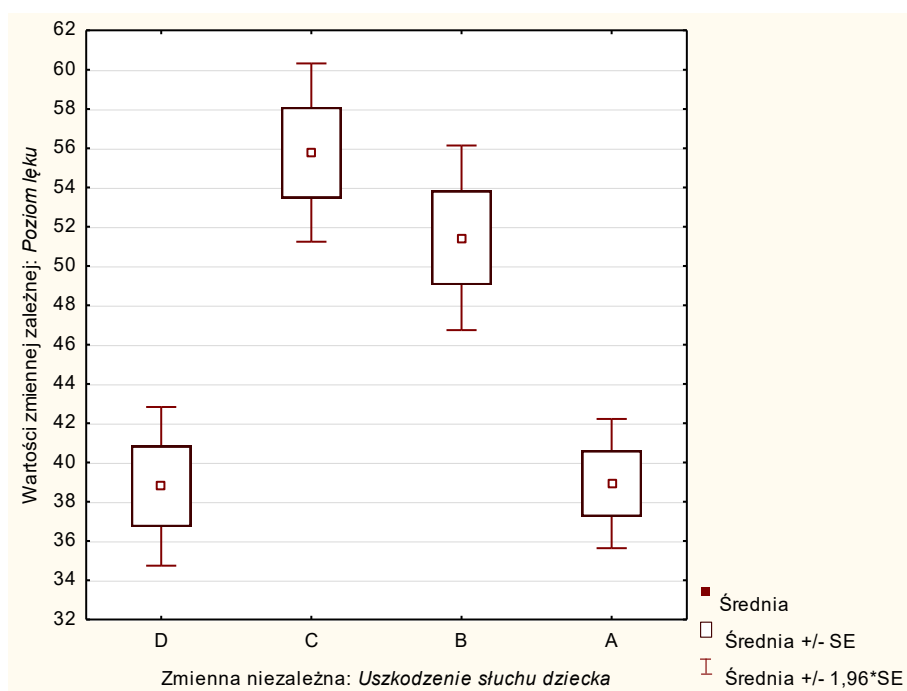
W międzygrupowych porównaniach *post-hoc* stwierdzono istotne różnice w zakresie omawianej zmiennej pomiędzy grupami: D vs. C na poziomie $p=0,0001$, D vs. B na poziomie $p=0,0023$, C vs. A na poziomie $p=0,0001$ oraz B vs. A na poziomie $p=0,0012$ (tab. 4.7.).

Tab. 4.7. Porównanie międzygrupowe wartości zmiennej *Poziom lęku* dla różnych poziomów uszkodzenia słuchu dziecka.

Poziom lęku	CI (D)	Niedosłuch głęboki (C)	Niedosłuch (B)	Słuch wydolny (A)
CI (D)		0,0001	0,0023	0,9999
Niedosłuch głęboki (C)	0,0001		0,5272	0,0001
Niedosłuch (B)	0,0023	0,5272		0,0012
Słuch wydolny (A)	0,9999	0,0001	0,0012	

Wynik przeprowadzonego badania potwierdził założenie o wpływie uszkodzenia słuchu dziecka na poziom lęku matek. Grupa matek dzieci z implantem ślimakowym oraz

słuchem wydolnym wykazała porównywalny, istotnie niższy poziom lęku od grupy matek dzieci z niedosłuchem średnim oraz niedosłuchem głębokim. Matki dzieci z grup B i C charakteryzował porównywalny, istotnie wyższy poziom lęku. Osoby te mogły przejawiać takie zachowania jak traktowanie obiektywnie niegroźnych sytuacji jako zagrażających, częste odczuwanie spadków nastroju, brak poczucia bezpieczeństwa, przemęczenie i brak kompetencji do przetrwania trudności, a także niskie poczucie subiektywnego szczęścia.



Rys. 4.7. Przedziały ufności zmiennej *Poziom lęku* w grupie dzieci z CI (D), Niedosłuchem głębokim (C), Niedosłuchem (B) oraz Słuchem wydolnym (A).

4.4. Problem 4. Czy istnieje związek pomiędzy otrzymywanym przez matkę wsparciem społecznym a odczuwanym przez nią poziomem i rodzajem stresu?

H0: Nie ma związku pomiędzy otrzymywanym przez matkę wsparciem społecznym a odczuwanym przez nią poziomem i rodzajem stresu.

H1: Istnieje związek pomiędzy otrzymywanym przez matkę wsparciem społecznym a odczuwanym przez nią poziomem i rodzajem stresu.

4.4.1. Wsparcie informacyjne

Analiza liniowej współzależności zmiennych przeprowadzona za pomocą współczynnika R Spearmana wykazała, że w większości występują przeciętne i istotne statystycznie korelacje pomiędzy poziomem wsparcia informacyjnego a poszczególnymi podskalami stresu odczuwanego przez matkę. Dla poszczególnych podskal zmiennej *Poziom stresu* ukształtowały się one następująco: *Napięcie emocjonalne*: $R=-0,4698$; *Stres zewnętrzny*: $R=-0,3753$; *Stres intrapsychiczny*: $R=-0,3547$; *Stres ogólny*: $R=-0,3874$. Dla zmiennej *Skala kłamstwa* analiza statystyczna nie wykazała istotnej korelacji ze zmienną *Wsparcie informacyjne*.

Przeprowadzona analiza wariancji ANOVA wykazała istotne statystycznie różnice między rozpatrywanymi średnimi większości podskal zmiennej dotyczącej stresu w poszczególnych grupach zmiennej niezależnej *Wsparcie informacyjne*.

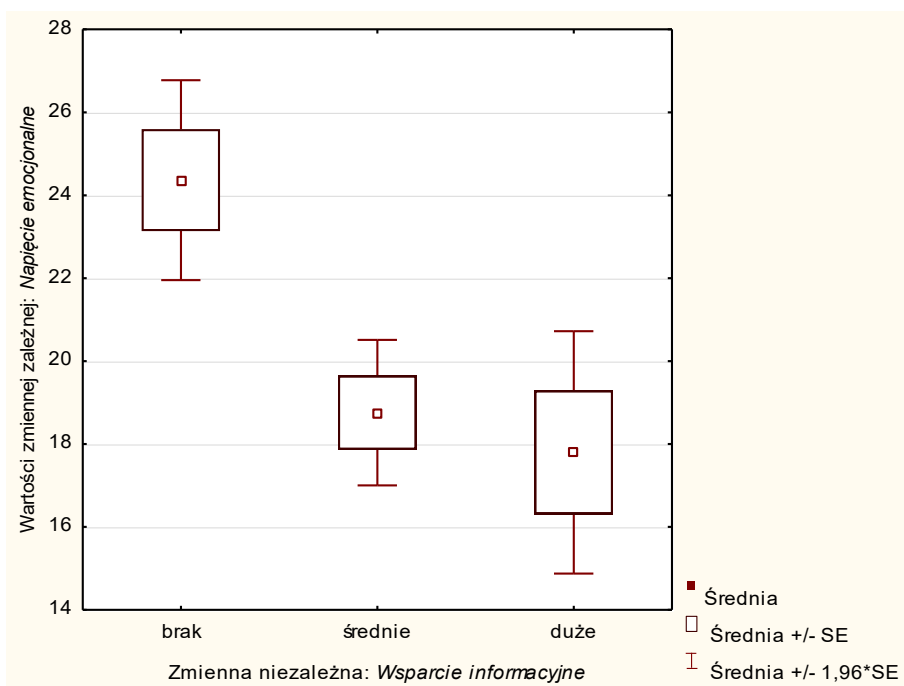
Napięcie emocjonalne

Przeprowadzona analiza wariancji ANOVA wykazała różnice istotne statystycznie na poziomie $p=0,0004$ między rozpatrywanymi średnimi zmiennej *Napięcie emocjonalne* w poszczególnych grupach zmiennej niezależnej *Wsparcie informacyjne*. W międzygrupowych porównaniach *post-hoc* stwierdzono istotne różnice w zakresie zmiennej *Napięcie emocjonalne* pomiędzy następującymi grupami zmiennej niezależnej *Wsparcie informacyjne*: *Brak wsparcia vs. Średnie wsparcie* na poziomie $p=0,0053$ oraz *Brak wsparcia vs. Duże wsparcie* na poziomie $p=0,0017$ (tab. 4.8.).

Tab. 4.8. Porównanie międzygrupowe wartości zmiennej *Napięcie emocjonalne* dla różnych poziomów otrzymywanego wsparcia informacyjnego.

Napięcie emocjonalne	Brak	Średnie	Duże
brak		0,0053	0,0017
średnie	0,0053		0,8590
duże	0,0017	0,8590	

Badanie potwierdziło wpływ uzyskiwanego wsparcia informacyjnego na poziom napięcia emocjonalnego matek. Istotny czynnik stanowiło zatem udzielanie matkom informacji zwrotnych, rad, uzupełniania wiedzy na temat np. radzenia sobie w konkretnej sytuacji. Brak wsparcia wpływał na wysoki wskaźnik omawianej podskali stresu. Wsparcie w stopniu średnim i dużym w porównywalnym stopniu powodowało istotnie niższy poziom napięcia emocjonalnego. Wynik przedstawiono na rys. 4.8.



Rys. 4.8. Przedziały ufności zmiennej *Napięcie emocjonalne* w grupie osób deklarujących różny poziom otrzymywanego wsparcia informacyjnego.

Stres zewnętrzny

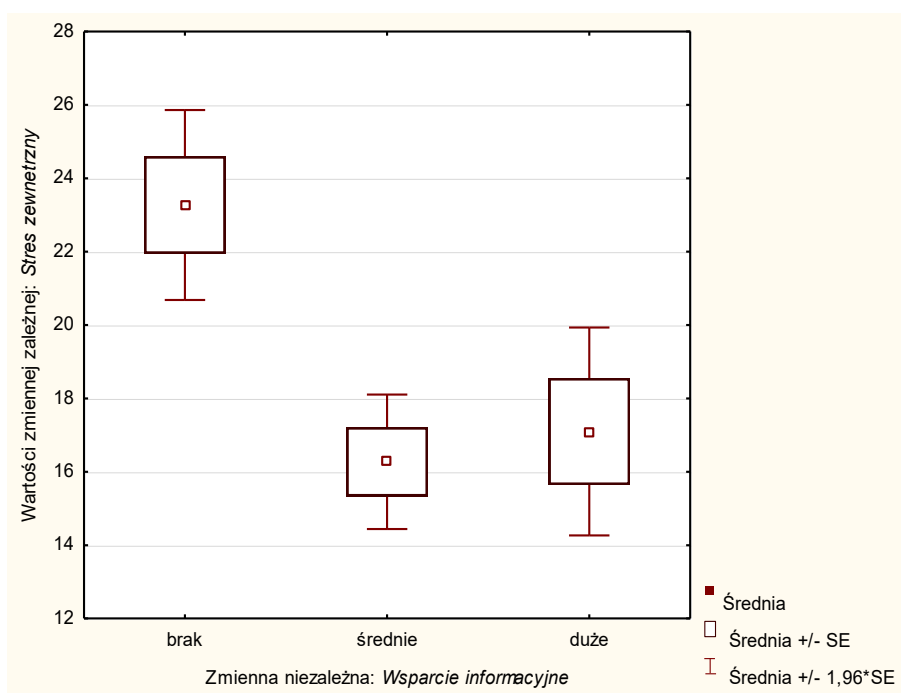
Przeprowadzona analiza wariancji ANOVA wykazała różnice istotne statystycznie na poziomie $p=0,0001$ między rozpatrywanymi średnimi zmiennej *Stres zewnętrzny* w poszczególnych grupach zmiennej niezależnej *Wsparcie informacyjne*. W

międzygrupowych porównaniach *post-hoc* stwierdzono istotne różnice w zakresie zmiennej *Stres zewnętrzny* pomiędzy następującymi grupami zmiennej niezależnej *Wsparcie informacyjne: Brak wsparcia vs. Średnie wsparcie* na poziomie $p=0,0006$ oraz *Brak wsparcia vs. Duże wsparcie* na poziomie $p=0,0043$ (tab. 4.9.).

Analiza statystyczna potwierdziła, że brak uzyskiwanego wsparcia w istotny sposób podnosi wskaźniki odczuwanego stresu zewnętrznego. Średni i duży poziom wsparcia w zbliżonym stopniu wpływał na poziom stresu, który był istotnie niższy od osób, które deklarowały brak wsparcia. Wynik w formie graficznej przedstawiono na rys. 4.9.

Tab. 4.9. Porównanie międzygrupowe wartości zmiennej *Stres zewnętrzny* dla różnych poziomów otrzymywanego wsparcia informacyjnego.

Stres zewnętrzny	Brak	Srednie	Duże
brak		0,0006	0,0043
średnie	0,0006		0,8981
duże	0,0043	0,8981	



Rys. 4.9. Przedziały ufności zmiennej *Stres zewnętrzny* w grupie osób deklaruujących różny poziom otrzymywanego wsparcia informacyjnego.

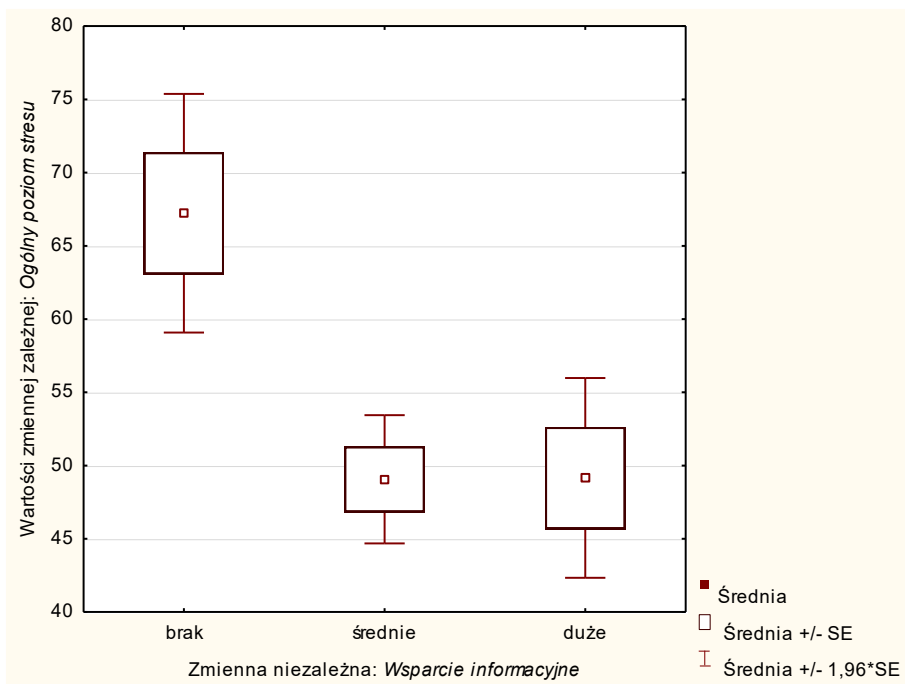
Ogólny poziom stresu

Przeprowadzona analiza wariancji ANOVA wykazała różnice istotne statystycznie na poziomie $p=0,0001$ między rozpatrywanymi średnimi zmiennej *Ogólny poziom stresu* w poszczególnych grupach zmiennej niezależnej *Wsparcie informacyjne*. W międzygrupowych porównaniach *post-hoc* stwierdzono istotne różnice w zakresie zmiennej *Ogólny poziom stresu* pomiędzy następującymi grupami zmiennej niezależnej *Wsparcie informacyjne*: *Brak wsparcia vs. Średnie wsparcie* na poziomie $p=0,0008$ oraz *Brak wsparcia vs. Duże wsparcie* na poziomie $p=0,0016$ (tab. 4.10.).

Tab. 4.10. Porównanie międzygrupowe wartości zmiennej *Ogólny poziom stresu* dla różnych poziomów otrzymywanego wsparcia informacyjnego.

Ogólny poziom stresu	Brak	Średnie	Duże
Brak		0,0008	0,0016
Średnie	0,0008		0,9998
Duże	0,0016	0,9998	

Analiza potwierdziła początkowe założenia o wpływie wsparcia informacyjnego na ogólny poziom stresu badanych osób. Brak uzyskiwanego wsparcia w sposób istotny wpływał na zwiększenie natężenia ogólnego poziomu stresu, natomiast poczucie uzyskiwanego wsparcia – w średnim i wysokim stopniu – znacząco obniżało wskaźniki odczuwanego stresu (rys. 4.10.).



Rys. 4.10. Przedziały ufności zmiennej *Ogólny poziom stresu* w grupie osób deklarujących różny poziom otrzymywanego wsparcia informacyjnego.

Analiza wariancji ANOVA nie wykazała istotnych statystycznie różnic między rozpatrywanymi średnimi zmiennej dotyczącej stresu w następujących podskalach: *Stres intrapsychiczny*, *Skala kłamstwa*. Brak lub otrzymywanie wsparcia informacyjnego nie różnicowało poszczególnych grup wobec poziomu odczuwanego stresu oraz tendencji do wprowadzania innych w błąd.

Weryfikując postawiony problem badawczy na podstawie analizy wariancji ANOVA, odrzucono hipotezę zerową o braku różnic między grupami i przyjęto hipotezę alternatywną H1. Oznacza to, że wykazano związek między otrzymywanym przez matkę wsparciem społecznym w zakresie wsparcia informacyjnego a odczuwanym przez nią stresem na części analizowanych podskal tej zmiennej.

4.4.2. Wsparcie instrumentalne

Analiza liniowej współzależności zmiennych przeprowadzona za pomocą współczynnika R Spearmana wykazała, że dla części zmiennych występują istotne słabe oraz przeciętne korelacje pomiędzy poziomem wsparcia instrumentalnego a poszczególnymi podskalami stresu odczuwanego przez matkę. Dla poszczególnych podskal zmiennej *Poziom stresu* istotne korelacje ukształtowały się następująco: *Napięcie emocjonalne*: $R=-0,3166$; *Stres intrapsychiczny*: $R=-0,2407$; *Stres ogólny*: $R=-0,2873$. Dla zmiennej *Stres zewnętrzny* oraz *Skala kłamstwa* analiza statystyczna nie wykazała istotnej korelacji ze zmienną *Wsparcie instrumentalne*.

Analiza wariancji ANOVA nie wykazała istotnych statystycznie różnic między rozpatrywanymi średnimi zmiennej dotyczącej stresu we wszystkich badanych podskalach. Poziom prawdopodobieństwa ukształtował się następująco dla badanych zmiennych: *Napięcie emocjonalne*: $p=0,0514$; *Stres zewnętrzny*: $p=0,1592$; *Stres intrapsychiczny*: $p=0,1714$; *Skala kłamstwa*: $p=0,062$; *Ogólny poziom stresu*: $p=0,0558$.

Weryfikując postawiony problem badawczy na podstawie analizy wariancji ANOVA, przyjęto hipotezę zerową o braku różnic między grupami i odrzucono hipotezę alternatywną H1. Badanie wykazało, że otrzymywane wsparcie instrumentalne nie wpływało na stres matek i istotnie go nie różnicowało w zakresie wszystkich analizowanych podskal. Nie jest to zgodne z wstępnymi założeniami mówiącymi o zależności otrzymywanej pomocy w postaci wsparcia finansowego i materialnego z

odczuwanym dyskomfortem psychicznym. Może to sugerować znaczenie innych rodzajów wsparcia na badane rodzaje stresu w grupie matek dzieci z uszkodzonym słuchem.

4.4.3. Wsparcie emocjonalne

Analiza liniowej współzależności zmiennych przeprowadzona za pomocą współczynnika R Spearmana wykazała, że w większości występują istotne statystycznie słabe i przeciętne korelacje pomiędzy poziomem wsparcia emocjonalnego, a poszczególnymi podskalami stresu odczuwanego przez matkę. Dla podskal zmiennej *Poziom stresu* ukształtowały się one następująco: *Napięcie emocjonalne*: $R=-0,4771$; *Stres zewnętrzny*: $R=-0,2474$; *Stres intrapsychiczny*: $R=-0,3303$; *Stres ogólny*: $R=-0,3679$. Dla zmiennej *Skala kłamstwa* analiza statystyczna nie wykazała istotnej korelacji ze zmienną *Wsparcie emocjonalne*.

Napięcie emocjonalne

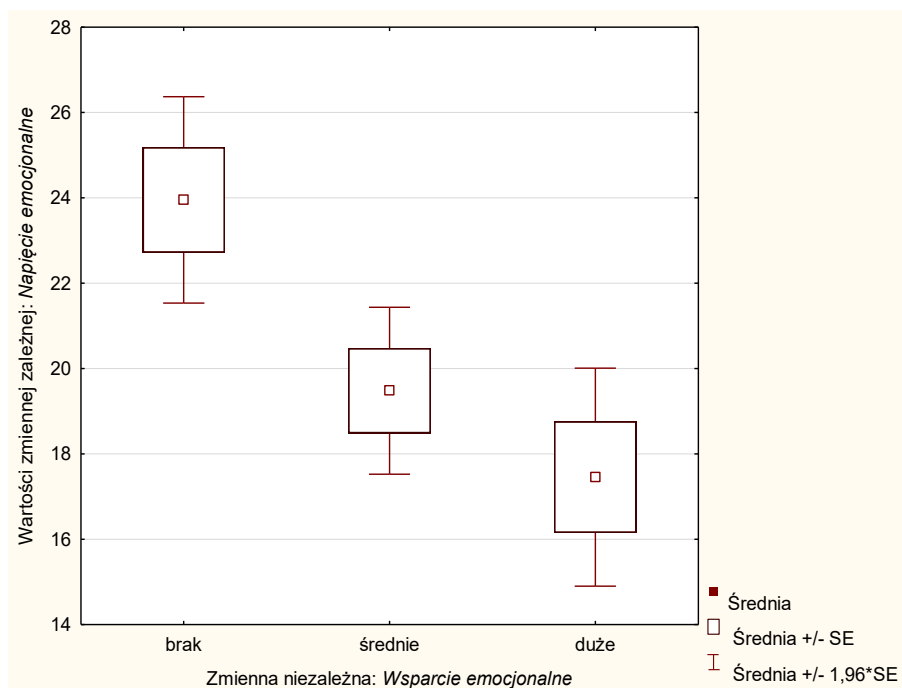
Analiza wariancji ANOVA wykazała różnice istotne statystycznie na poziomie prawdopodobieństwa $p=0,0011$ między rozpatrywanymi średnimi zmiennej *Napięcie emocjonalne* w poszczególnych grupach zmiennej niezależnej *Wsparcie emocjonalne*. W międzygrupowych porównaniach *post-hoc* stwierdzono istotne różnice w zakresie zmiennej *Napięcie emocjonalne* pomiędzy następującymi grupami zmiennej niezależnej *Wsparcie emocjonalne*: *Brak wsparcia vs. Średnie wsparcie* na poziomie $p=0,0347$ oraz *Brak wsparcia vs. Duże wsparcie* na poziomie $p=0,0013$ (tab. 4.11.).

Tab. 4.11. Porównanie międzygrupowe wartości zmiennej *Napięcie emocjonalne* dla różnych poziomów otrzymywanego wsparcia emocjonalnego.

Napięcie emocjonalne	Brak	Srednie	Duże
brak		0,0347	0,0013
średnie	0,0347		0,4555
duże	0,0013	0,4555	

Przeprowadzone badanie potwierdziło wstępne założenia o wpływie wsparcia emocjonalnego na napięcie emocjonalne matek. Brak uzyskiwanego wsparcia w sposób istotny wpływał na zwiększenie natężenia ogólnego poziomu stresu, natomiast poczucie uzyskiwanego wsparcia – w średnim i wysokim stopniu – znacząco obniżało wskaźniki odczuwanego stresu. Graficzny wynik analizy statystycznej wskazuje ponadto, że

najniższy poziom napięcia emocjonalnego deklarowały osoby uzyskujące wsparcie emocjonalne w stopniu dużym (rys. 4.11.).



Rys. 4.11. Przedziały ufności zmiennej *Napięcie emocjonalne* w grupie osób deklarujących różny poziom otrzymywanego wsparcia emocjonalnego.

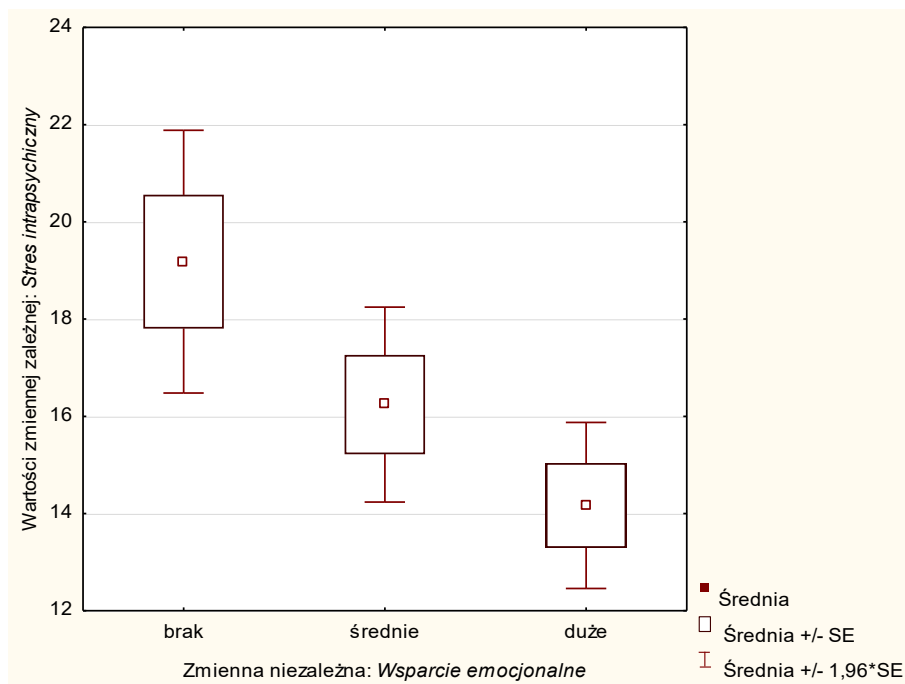
Stres intrapsychiczny

Przeprowadzona analiza wariancji ANOVA wykazała różnice istotne statystycznie na poziomie prawdopodobieństwa $p=0,0103$ między rozpatrywanymi średnimi zmiennej *Stres intrapsychiczny* w poszczególnych grupach zmiennej niezależnej *Wsparcie emocjonalne*. Międzygrupowe porównania *post-hoc* potwierdziły istotne różnice w zakresie zmiennej *Stres intrapsychiczny* pomiędzy grupami zmiennej niezależnej *Wsparcie emocjonalne*: *Brak wsparcia vs. Duże wsparcie* na poziomie $p=0,0090$. Pomędzy grupami *Brak wsparcia vs. Średnie wsparcie* oraz *Średnie wsparcie vs. Duże wsparcie* nie odnotowano istotnych statystycznie różnic (tab. 4.12.).

Tab. 4.12. Porównanie międzygrupowe wartości zmiennej *Stres intrapsychiczny* dla różnych poziomów otrzymywanego wsparcia emocjonalnego.

Stres intrapsychiczny	Brak	Średnie	Duże
brak		0,1814	0,0090
średnie	0,1814		0,3908
duże	0,0090	0,3908	

Badanie potwierdziło wstępne założenia o związku stresu intrapsychnicznego ze wsparciem emocjonalnym: większy stres widoczny był u matek sygnalizujących brak otrzymywanego wsparcia, średni poziom otrzymywanego wsparcia obniżał wskaźniki stresu, natomiast uzyskiwane duże wsparcie związane było z najniższym poziomem stresu wśród wszystkich analizowanych grup (rys. 4.12.).



Rys. 4.12. Przedziały ufności zmiennej *Stres intrapsychniczny* w grupie osób deklarujących różny poziom otrzymywanego wsparcia emocjonalnego.

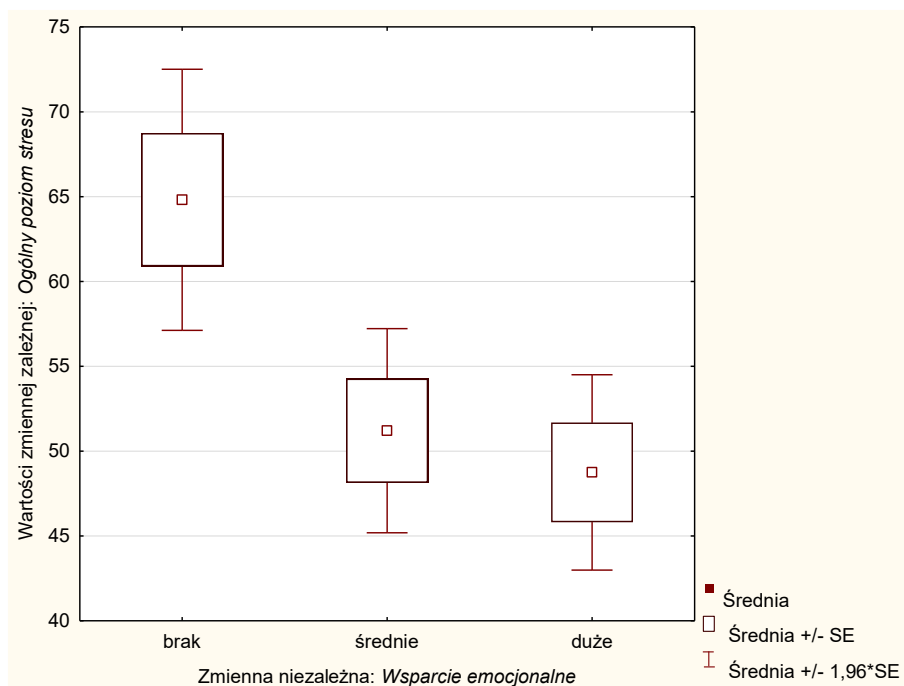
Ogólny poziom stresu

Analiza wariancji ANOVA wykazała różnice istotne statystycznie na poziomie prawdopodobieństwa $p=0,0028$ między rozpatrywanymi średnimi zmiennej *Ogólny poziom stresu* w poszczególnych grupach zmiennej niezależnej *Wsparcie emocjonalne*. Porównania testami *post-hoc* potwierdziły istotne różnice w zakresie zmiennej *Ogólny poziom stresu* pomiędzy większością grup zmiennej niezależnej *Wsparcie emocjonalne*: *Brak wsparcia vs. Średnie wsparcie* na poziomie $p=0,0208$ oraz *Brak wsparcia vs. Duże wsparcie* na poziomie $p=0,0052$ (tab. 4.13.). Wynik badania potwierdził, że uzyskiwane przez matki wsparcie emocjonalne ma wpływ na odczuwany przez nie ogólny poziom stresu: osoby deklarujące brak omawianego wsparcia charakteryzował wysoki stres w porównaniu do osób określających uzyskiwane wsparcie emocjonalne na poziomie średnim

i dużym (rys. 4.13.).

Tab. 4.13. Porównanie międzygrupowe wartości zmiennej *Ogólny poziom stresu* dla różnych poziomów otrzymywanego wsparcia emocjonalnego.

Ogólny poziom stresu	Brak	Srednie	Duże
brak		0,0208	0,0052
średnie	0,0208		0,8634
duże	0,0052	0,8634	



Rys. 4.13. Przedziały ufności zmiennej *Ogólny poziom stresu* w grupie osób deklarujących różny poziom otrzymywanego wsparcia emocjonalnego.

Analiza wariancji ANOVA nie wykazała istotnych statystycznie różnic między rozpatrywanymi średnimi zmiennej dotyczącej stresu w podskalach: *Stres zewnętrzny* oraz *Skala kłamstwa*. Wynik tych badań sugeruje, że uzyskiwanie różnego poziomu wsparcia nie wpływa na poziom odczuwanego stresu zewnętrznego a także tendencję do stawiania siebie w lepszym świetle czy wprowadzania innych osób w błąd.

Weryfikując postawiony problem badawczy na podstawie analizy wariancji ANOVA, odrzucono hipotezę zerową o braku różnic między grupami i przyjęto hipotezę alternatywną H1. Wykazano związek między otrzymywanym przez matkę wsparciem społecznym w zakresie wsparcia emocjonalnego a odczuwanym przez nią stresem na

części analizowanych podskal tej zmiennej. Wynik badania potwierdza, że matki uzyskujące wsparcie emocjonalne, tj. dowody rozumienia i akceptacji ze strony otoczenia, oraz poczucie bezpieczeństwa w towarzystwie osób bliskich i znajomych, charakteryzuje niższy poziom stresu w porównaniu do matek odczuwających brak omawianego wsparcia.

4.4.4. Wsparcie wartościujące

Analiza liniowej współzależności zmiennych przeprowadzona za pomocą współczynnika Spearmana wykazała, że w większości występują istotne statystycznie słabe i przeciętne korelacje pomiędzy poziomem wsparcia wartościującego a poszczególnymi podskalami stresu odczuwanego przez matkę. Dla podskal zmiennej *Poziom stresu* ukształtowały się one następująco: *Napięcie emocjonalne*: $R=-0,4374$; *Stres zewnętrzny*: $R=-0,3388$; *Stres intrapsychoiczny*: $R=-0,2378$; *Stres ogólny*: $R=-0,3441$. Dla zmiennej *Skala kłamstwa* analiza statystyczna nie wykazała istotnej korelacji ze zmienną *Wsparcie wartościujące*.

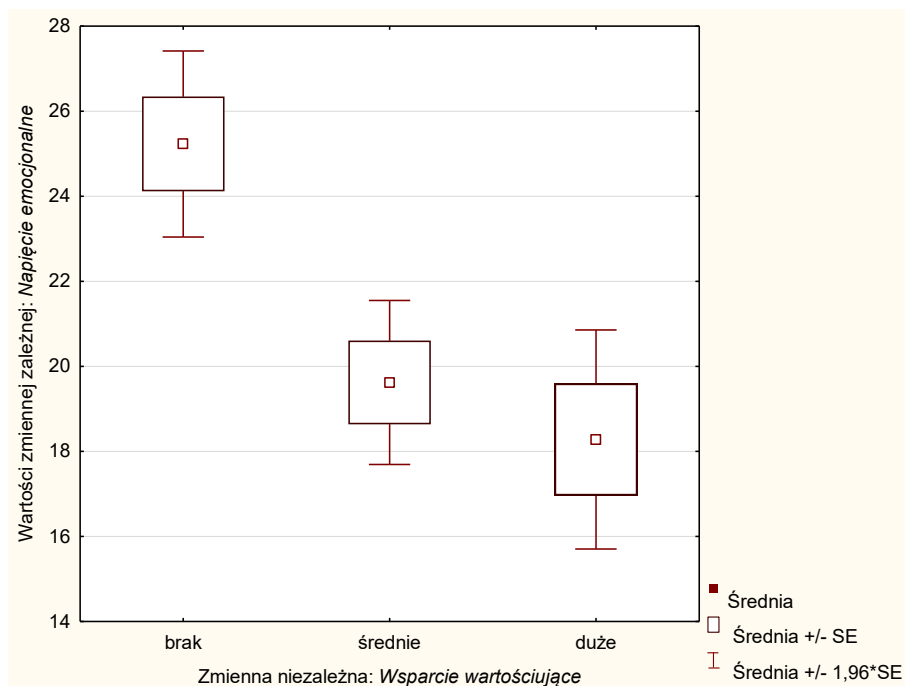
Napięcie emocjonalne

Przeprowadzona analiza wariancji ANOVA wykazała różnice istotne statystycznie na poziomie prawdopodobieństwa $p=0,0033$ między rozpatrywanymi średnimi zmiennej *Napięcie emocjonalne* w poszczególnych grupach zmiennej niezależnej *Wsparcie wartościujące*. Międzygrupowe porównania *post-hoc* potwierdziły istotne różnice w zakresie zmiennej *Napięcie emocjonalne* pomiędzy grupami zmiennej niezależnej *Wsparcie wartościujące*: *Brak wsparcia vs. Duże wsparcie* na poziomie $p=0,0104$ oraz *Brak wsparcia vs. Średnie wsparcie* na poziomie $p=0,0472$. Pomiedzy grupami *Średnie wsparcie vs. Duże wsparcie* nie odnotowano istotnych statystycznie różnic (tab. 4.14.).

Tab. 4.14. Porównanie międzygrupowe wartości zmiennej *Napięcie emocjonalne* dla różnych poziomów otrzymywanego wsparcia wartościującego

Napięcie emocjonalne	Brak	Srednie	Duże
brak		0,0472	0,0104
średnie	0,0472		0,7032
duże	0,0104	0,7032	

Wynik badania oznacza, że większemu wsparciu wartościującemu towarzyszyło niższe napięcie emocjonalne, natomiast matki sygnalizujące brak wsparcia odczuwały istotnie wyższy poziom w badanej podskali zmiennej stresu (rys. 4.14.).



Rys. 4.14. Przedziały ufności zmiennej *Napięcie emocjonalne* w grupie osób deklarujących różny poziom otrzymywanego wsparcia wartościującego.

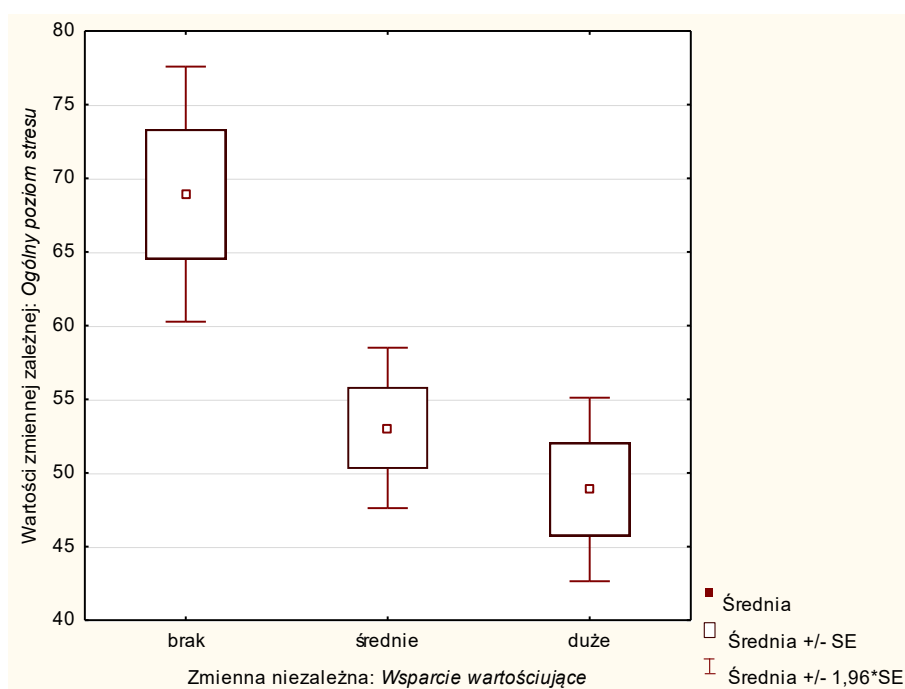
Ogólny poziom stresu

Analiza wariancji ANOVA wykazała różnice istotne statystycznie na poziomie prawdopodobieństwa $p=0,0022$ między rozpatrywanymi średnimi zmiennej *Ogólny poziom stresu* w poszczególnych grupach zmiennej niezależnej *Wsparcie wartościujące*. Porównania testami *post-hoc* potwierdziły istotne różnice w zakresie zmiennej *Ogólny poziom stresu* pomiędzy większością grup zmiennej niezależnej *Wsparcie wartościujące*: *Brak wsparcia* vs. *Średnie wsparcie* na poziomie $p=0,0421$ oraz *Brak wsparcia* vs. *Duże wsparcie* na poziomie $p=0,0075$ (tab. 4.15.).

Tab. 4.15. Porównanie międzygrupowe wartości zmiennej *Ogólny poziom stresu* dla różnych poziomów otrzymywanego wsparcia wartościującego.

Ogólny poziom stresu	Brak	Średnie	Duże
brak		0,0421	0,0075
średnie	0,0421		0,6426
duże	0,0075	0,6426	

Otrzymywane przez matki wsparcie w stopniu średnim i dużym nie różnicowało odczuwanego przez nie poziomu stresu i było istotnie niższe od stresu matek, które deklarowały brak uzyskiwanego wsparcia (rys. 4.15.).



Rys. 4.15. Przedziały ufności zmiennej *Ogólny poziom stresu* w grupie osób deklarujących różny poziom otrzymywanego wsparcia wartościującego.

Analiza wariancji ANOVA nie wykazała istotnych statystycznie różnic między rozpatrywanymi średnimi zmiennej dotyczącej stresu w następujących podskalach: *Stres zewnętrzny*, *Stres intrapsychiczny* oraz *Skala kłamstwa*. Nie potwierdziło to wstępnych założeń badania i mogło oznaczać, że otrzymywane wsparcie wartościujące lub jego brak nie wpływały istotnie na poziom odczuwanego stresu w wymienionych obszarach badanej zmiennej.

Weryfikując postawiony problem badawczy na podstawie analizy wariancji ANOVA, odrzucono hipotezę zerową o braku różnic między grupami i przyjęto hipotezę

alternatywną H1. Wykazano związek między otrzymywanym przez matkę wsparciem społecznym w zakresie wsparcia wartościującego a odczuwanym przez nią stresem na części analizowanych podskal tej zmiennej. Wynik badania oznacza, że zwiększanie wsparcia wartościującego matek, tj. wzmacnianie przekonania o ich właściwym postępowaniu, byciu potrzebnym i ważnym dla innych wpływa na obniżanie poziomu stresu.

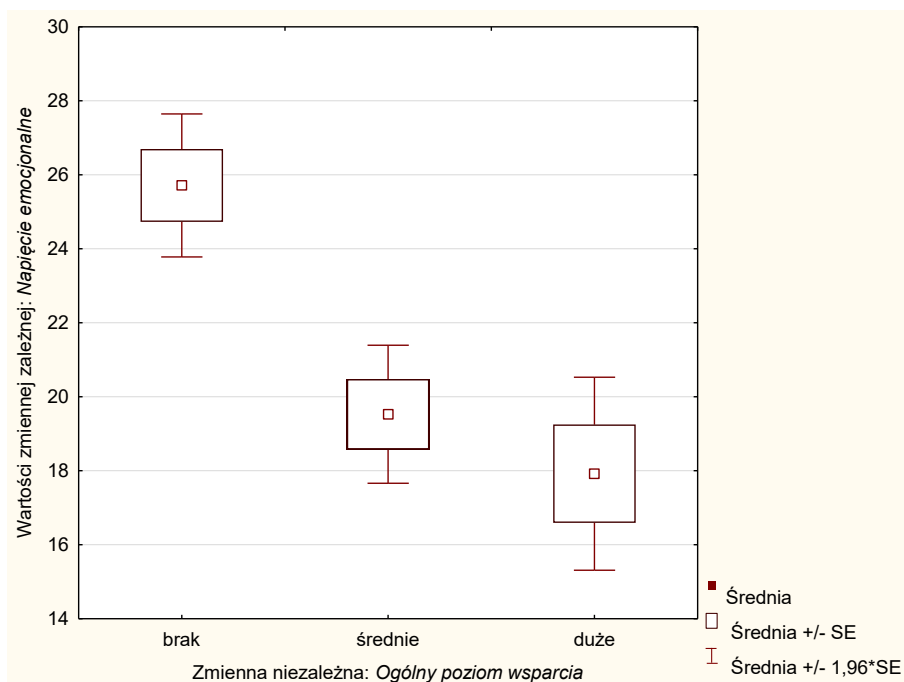
4.4.5. Ogólny poziom wsparcia

Napięcie emocjonalne

Przeprowadzona analiza wariancji ANOVA wykazała różnice istotne statystycznie na poziomie prawdopodobieństwa $p=0,0004$ między rozpatrywanymi średnimi zmiennej *Napięcie emocjonalne* w poszczególnych grupach zmiennej niezależnej *Ogólny poziom wsparcia*. Międzygrupowe porównania *post-hoc* wykazały istotne różnice w zakresie zmiennej *Napięcie emocjonalne* pomiędzy grupami zmiennej niezależnej: *Brak wsparcia vs. Duże wsparcie* na poziomie $p=0,0018$ oraz *Brak wsparcia vs. Średnie wsparcie* na poziomie $p=0,0158$. Pomiedzy grupami *Średnie wsparcie vs. Duże wsparcie* nie odnotowano istotnych statystycznie różnic (tab. 4.16.). Na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić, że średni i duży poziom otrzymywanego wsparcia ogólnego wpływał na obniżenie napięcia emocjonalnego w porównaniu z osobami, które deklarują brak wsparcia. Wsparcie na poziomie średnim i dużym w porównywalny sposób oddziaływało na odczuwany przez matki poziom stresu (rys. 4.16.).

Tab. 4.16. Porównanie międzygrupowe wartości zmiennej *Napięcie emocjonalne* dla różnych poziomów otrzymywanego ogólnego wsparcia.

Napięcie emocjonalne	Brak	Srednie	Duże
brak		<i>0,0158</i>	<i>0,0018</i>
średnie	<i>0,0158</i>		0,5866
duże	<i>0,0018</i>	0,5866	



Rys. 4.16. Przedziały ufności zmiennej *Napięcie emocjonalne* w grupie osób deklarujących różny poziom otrzymywanego ogólnego wsparcia społecznego.

Stres zewnętrzny

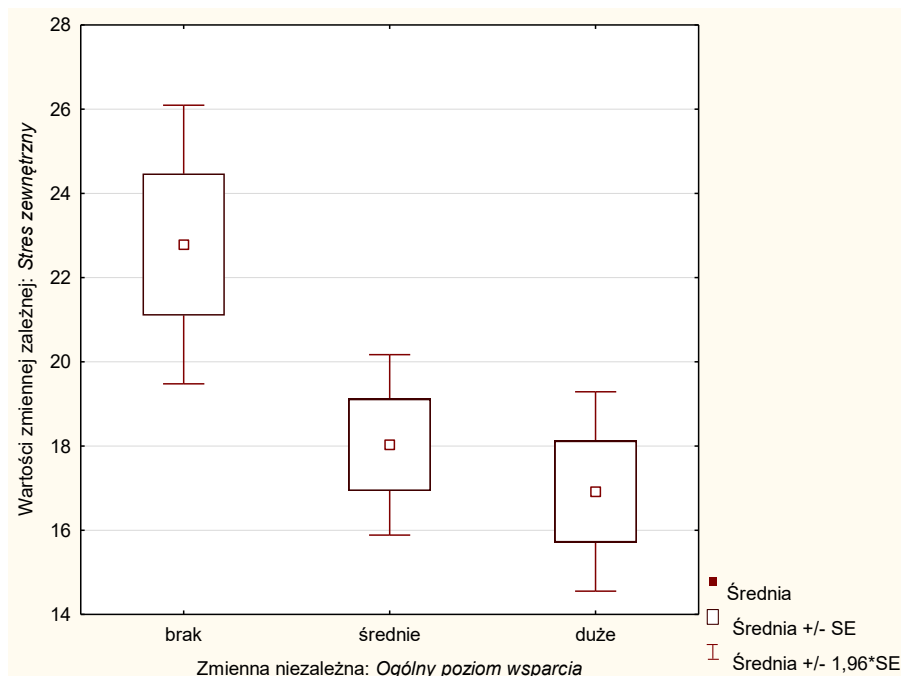
Analiza wariancji ANOVA wykazała różnice istotne statystycznie na poziomie prawdopodobieństwa $p=0,0212$ między rozpatrywanymi średnimi zmiennej *Stres zewnętrzny* w poszczególnych grupach zmiennej niezależnej *Ogólny poziom wsparcia*. Międzygrupowe porównania *post-hoc* potwierdziły istotne różnice w zakresie zmiennej *Stres zewnętrzny* pomiędzy grupami badanej zmiennej niezależnej: *Brak wsparcia vs. Duże wsparcie* na poziomie $p=0,0441$. Pomędzy pozostałymi grupami nie wykazano różnic statystycznych (tab. 4.17.).

Tab. 4.17. Porównanie międzygrupowe wartości zmiennej *Stres zewnętrzny* dla różnych poziomów otrzymywanego ogólnego wsparcia.

Stres zewnętrzny	Brak	Srednie	Duże
Brak		0,1236	0,0441
Srednie	0,1236		0,8112
Duże	0,0441	0,8112	

Badanie potwierdziło wpływ otrzymywanego ogólnego wsparcia na poziom odczuwanego zewnętrznego stresu – osoby uzyskujące duże wsparcie charakteryzował istotnie niższy poziom stresu w porównaniu do osób, które sygnalizowały jego brak.

Średni poziom wsparcia nie różnicował istotnie natężenia stresu, jednak osoby uzyskujące średnie wsparcie deklarowały poziom stresu zbliżony do osób ze wsparciem dużym (rys. 4.17.).



Rys. 4.17. Przedziały ufności zmiennej *Stres zewnętrzny* w grupie osób deklarujących różny poziom otrzymywanego ogólnego wsparcia społecznego.

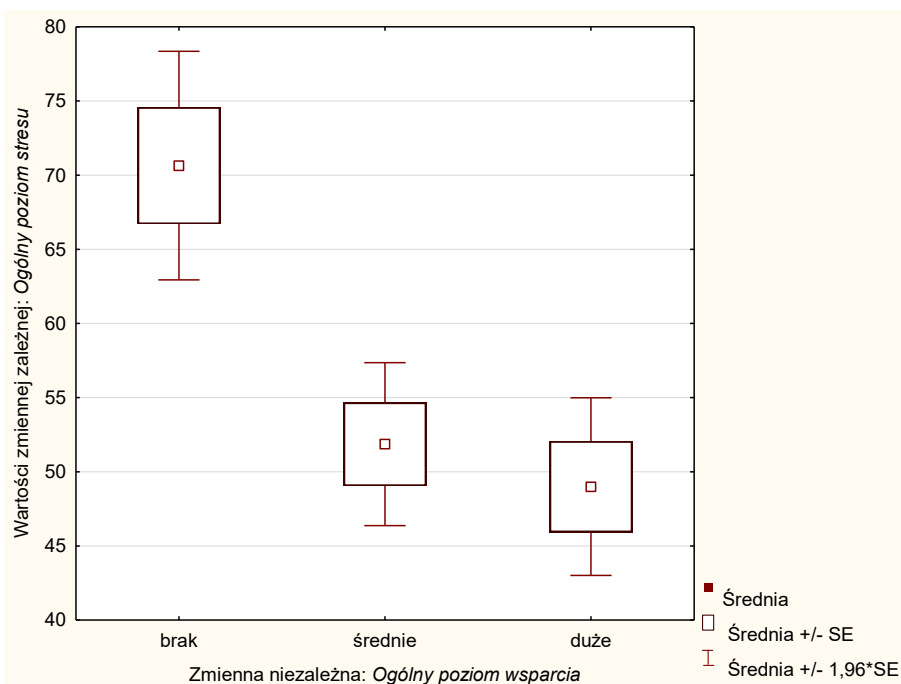
Ogólny poziom stresu

Przeprowadzona analiza wariancji ANOVA wykazała różnice istotne statystycznie na poziomie prawdopodobieństwa $p=0,0002$ między rozpatrywanymi średnimi zmiennej *Ogólny poziom stresu* w poszczególnych grupach zmiennej niezależnej *Ogólny poziom wsparcia*. Porównania *post-hoc* wykazały istotne różnice w zakresie zmiennej *Ogólny poziom stresu* pomiędzy grupami zmiennej niezależnej: *Brak wsparcia vs. Duże wsparcie* na poziomie $p=0,0018$ oraz *Brak wsparcia vs. Średnie wsparcie* na poziomie $p=0,0074$. Pomiedzy grupami *Średnie wsparcie vs. Duże wsparcie* nie odnotowano istotnych statystycznie różnic (tab. 4.18.).

Tab. 4.18. Porównanie międzygrupowe wartości zmiennej *Ogólny poziom stresu* dla różnych poziomów otrzymywanego ogólnego wsparcia.

Ogólny poziom stresu	Brak	Średnie	Duże
Brak		0,0074	0,0018
Średnie	0,0074		0,8018
Duże	0,0018	0,8018	

Badanie potwierdziło wstępne założenia o zależności pomiędzy otrzymywanym przez matki ogólnym wsparciem społecznym, a odczuwanym stresem. Osoby posiadające wsparcie społeczne na poziomie średnim i wysokim na istotnie niższym poziomie odczuwały ogólny stres w porównaniu do osób sygnalizujących całkowity brak wsparcia (rys. 4.18.).



Rys. 4.18. Przedziały ufności zmiennej *Ogólny poziom stresu* w grupie osób deklarujących różny poziom otrzymywanego ogólnego wsparcia społecznego.

Analiza wariancji ANOVA nie wykazała istotnych statystycznie różnic między rozpatrywanymi średnimi zmiennej dotyczącej ogólnego poziomu stresu w następujących podskalach: *Stres intrapsychiczny* oraz *Skala kłamstwa*. Oznacza to, że wsparcie społeczne nie miało istotnego wpływu na natężenie wymienionych zmiennych u matek dzieci z uszkodzonym słuchem.

Weryfikując postawiony problem badawczy na podstawie analizy wariancji ANOVA, odrzucono hipotezę zerową o braku różnic między grupami i przyjęto hipotezę alternatywną H1. Oznacza to, że wykazano związek między otrzymywanym przez matkę wsparciem społecznym a odczuwanym przez nią stresem. Wynik badania potwierdził wstępne założenia mówiące o zależności między badanymi zmiennymi, gdzie większe wsparcie społeczne obniżało wskaźniki stresu, natomiast jego brak powodował

intensyfikację stresu na większości podskal badanej zmiennej.

4.5. Problem 5. Czy istnieje związek pomiędzy otrzymywanym przez matkę wsparciem społecznym a odczuwanym przez nią lękiem?

H0: Nie ma związku pomiędzy otrzymywanym przez matkę wsparciem społecznym a odczuwanym przez nią lękiem.

H1: Istnieje związek pomiędzy otrzymywanym przez matkę wsparciem społecznym a odczuwanym przez nią lękiem.

4.5.1. Wsparcie informacyjne

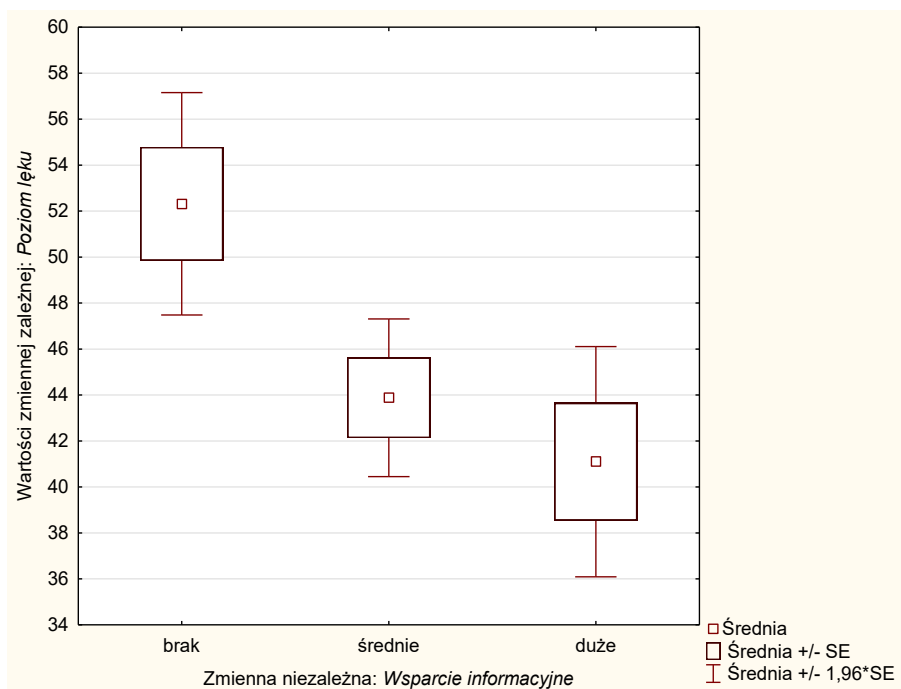
Analiza liniowej współzależności zmiennych przeprowadzona za pomocą współczynnika R Spearmana wykazała, że występują istotne przeciętne korelacje między wszystkimi podskalami zmiennej *Wsparcie społeczne* a poziomem odczuwanego przez matki lęku. Ukształtowały się one następująco: *Wsparcie informacyjne*: $R=-0,4465$; *Wsparcie instrumentalne*: $R=-0,3089$; *Wsparcie emocjonalne*: $R=-0,4011$; *Wsparcie wartościujące*: $R=-0,3580$; *Wsparcie ogólne*: $R=-0,4382$.

Analiza wariancji ANOVA wykazała różnice istotne statystycznie na poziomie prawdopodobieństwa $p=0,0029$ między rozpatrywanymi średnimi zmiennej *Poziom lęku* w poszczególnych grupach zmiennej niezależnej *Wsparcie informacyjne*. Międzygrupowe porównania *post-hoc* potwierdziły istotne różnice w zakresie zmiennej *Lęk* pomiędzy grupami zmiennej niezależnej: *Brak wsparcia vs. Duże wsparcie* na poziomie $p=0,0049$ oraz *Brak wsparcia vs. Średnie wsparcie* na poziomie $p=0,0324$. Pomiedzy grupami *Średnie wsparcie vs. Duże wsparcie* nie wykazano różnic statystycznych (tab. 4.19).

Tab. 4.19. Porównanie międzygrupowe wartości zmiennej *Poziom lęku* dla różnych poziomów otrzymywanego wsparcia informacyjnego.

Poziom lęku	Brak	Srednie	Duże
brak		0,0324	0,0049
średnie	0,0324		0,6999
duże	0,0049	0,6999	

Badanie wykazało, że matki, które sygnalizowały brak wsparcia informacyjnego na istotnie wyższym poziomie odczuwały lęk w porównaniu do matek deklarujących otrzymywane średnie i duże wsparcie. Nie uzyskano potwierdzenia, że istnieje różnica pomiędzy średnim a dużym wsparciem informacyjnym w zakresie istotnego wpływu na lęk (rys. 4.19.)



Rys. 4.19. Przedziały ufności zmiennej *Poziom lęku* w grupie osób deklarujących różny poziom otrzymywanego wsparcia informacyjnego.

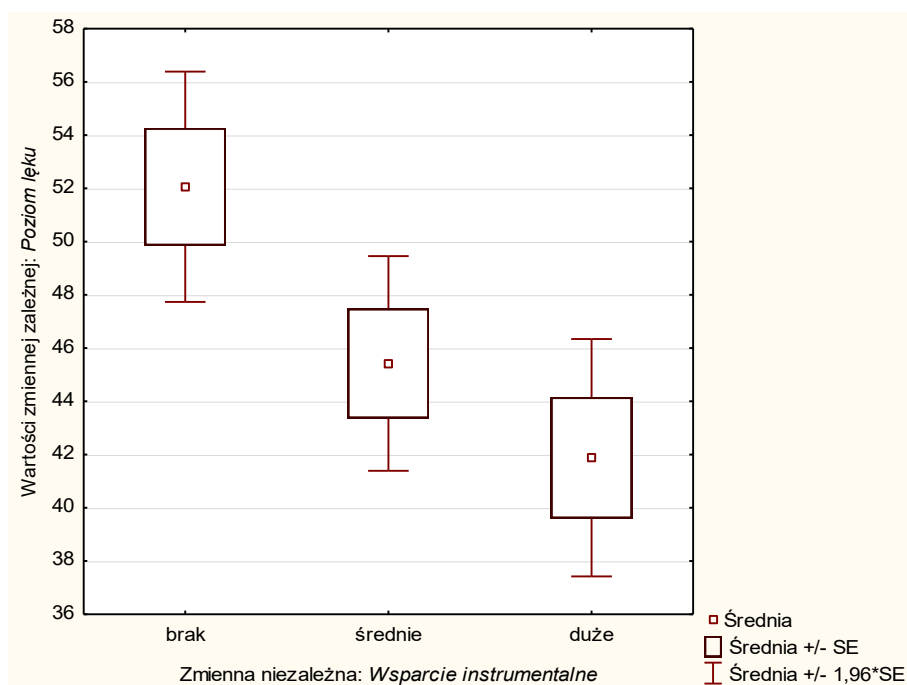
4.5.2. Wsparcie instrumentalne

Przeprowadzona analiza wariancji ANOVA wykazała różnice istotne statystycznie na poziomie prawdopodobieństwa $p=0,0203$ między rozpatrywanymi średnimi zmiennej *Poziom lęku* w poszczególnych grupach zmiennej *Wsparcie instrumentalne*. Porównania *post-hoc* wykazały istotne różnice w zakresie zmiennej *Lęk* pomiędzy grupami zmiennej niezależnej: *Brak wsparcia* vs. *Duże wsparcie* na poziomie $p=0,0321$. Pomędzy pozostałymi grupami nie stwierdzono istotnych różnic statystycznych (tab. 4.20.).

Tab. 4.20. Porównanie międzygrupowe wartości zmiennej *Poziom lęku* dla różnych poziomów otrzymywanego wsparcia instrumentalnego.

Poziom lęku	Brak	Średnie	Duże
brak		0,2202	0,0321
średnie	0,2202		0,4921
duże	0,0321	0,4921	

Na podstawie przeprowadzonego badania można stwierdzić, że najwyższy poziom lęku prezentowały matki sygnalizujące całkowity brak otrzymywanego wsparcia instrumentalnego, na niższym poziomie odnotowano lęk u matek deklarujących średnie wsparcie, najniższy lęk prezentowały osoby uzyskujące od otoczenia duże wsparcie instrumentalne (rys. 4.20.).



Rys. 4.20. Przedziały ufności zmiennej *Poziom lęku* w grupie osób deklarujących różny poziom otrzymywanego wsparcia instrumentalnego.

4.5.3. Wsparcie emocjonalne

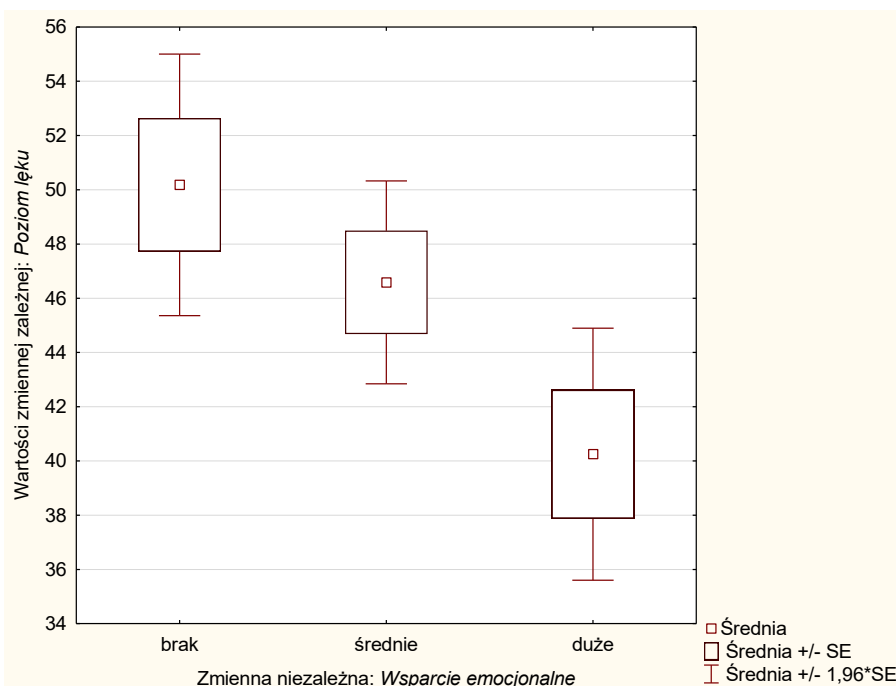
Analiza wariancji ANOVA wykazała różnice istotne statystycznie na poziomie prawdopodobieństwa $p=0,0111$ między rozpatrywanymi średnimi zmiennej *Poziom lęku* w poszczególnych grupach zmiennej niezależnej *Wsparcie emocjonalne*. Międzygrupowe porównania *post-hoc* potwierdziły istotne różnice w zakresie zmiennej *Poziom lęku*

między grupami *Brak wsparcia* vs. *Duże wsparcie* na poziomie $p=0,0112$. Pomędzy pozostałymi grupami nie wykazano różnic statystycznych (tab. 4.21.).

Tab. 4.21. Porównanie międzygrupowe wartości zmiennej *Poziom lęku* dla różnych poziomów otrzymywanego wsparcia emocjonalnego.

Poziom lęku	Brak	Srednie	Duże
brak		0,5324	<i>0,0112</i>
średnie	0,5324		0,1247
duże	<i>0,0112</i>	0,1247	

Przeprowadzone badanie potwierdziło wstępne założenie o wpływie wsparcia emocjonalnego na lęk matek dzieci z uszkodzonym słuchem: osoby uzyskujące duże wsparcie emocjonalne charakteryzowały się istotnie niższym lękiem w porównaniu do matek sygnalizujących jego brak. Jak pokazano na rysunku 4.21 większe wsparcie emocjonalne powodowało obniżenie poziomu lęku w odniesieniu do wszystkich trzech analizowanych grup wsparcia.



Rys. 4.21. Przedziały ufności zmiennej *Poziom lęku* w grupie osób deklaruujących różny poziom otrzymywanego wsparcia emocjonalnego.

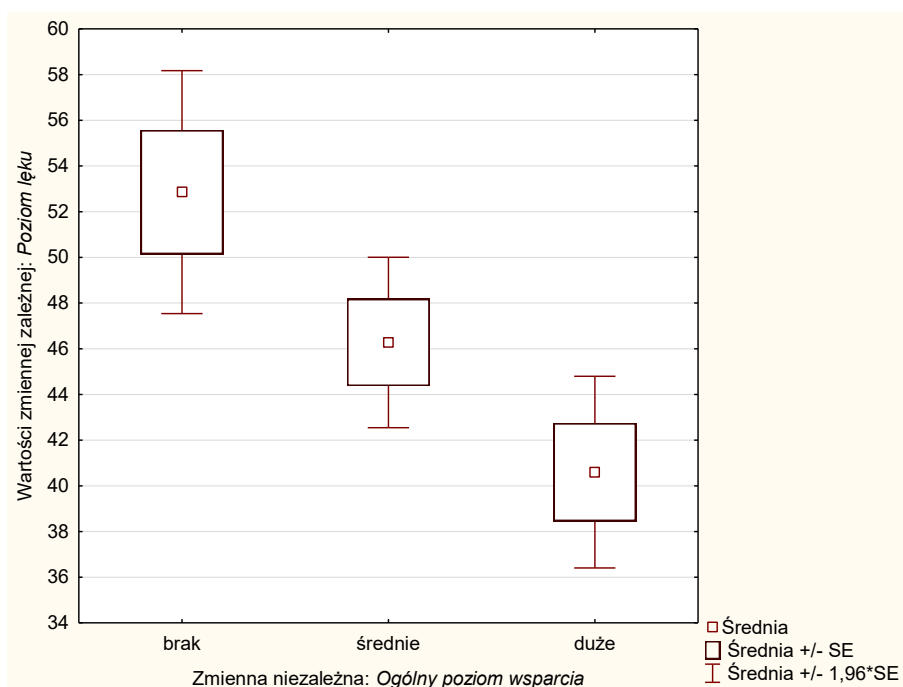
4.5.4. Ogólny poziom wsparcia

Przeprowadzona analiza wariancji ANOVA wykazała różnice istotne statystycznie na poziomie prawdopodobieństwa $p=0,0048$ między rozpatrywanymi średnimi zmiennej *Poziom lęku* w poszczególnych grupach zmiennej niezależnej *Ogólny poziom wsparcia*. Porównania *post-hoc* wykazały istotne różnice w zakresie zmiennej *Lęk* pomiędzy grupami zmiennej niezależnej: *Brak wsparcia vs. Duże wsparcie* na poziomie $p=0,0116$. Pomędzy pozostałymi grupami nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie (tab. 4.22.).

Tab. 4.22. Porównanie międzygrupowe wartości zmiennej *Poziom lęku* dla różnych poziomów otrzymywanego wsparcia ogólnego.

Poziom lęku	Brak	Srednie	Duże
Brak		0,2574	0,0116
Srednie	0,2574		0,1668
Duże	0,0116	0,1668	

Wynik badania wskazuje, że wraz ze wzrostem otrzymywanego ogólnego wsparcia następowało obniżenie poziomu lęku (rys. 4.22.). Matki dzieci, które otrzymywały duże wsparcie społeczne w porównaniu do osób deklarujących jego brak odczuwały słabszy niepokój, rzadziej reagowały nieadekwatnym do sytuacji lękiem, miały mniejsze wahania nastroju oraz tendencję do zamartwiania się.



Rys. 4.22. Przedziały ufności zmiennej *Poziom lęku* w grupie osób deklarujących różny poziom otrzymywanego ogólnego wsparcia społecznego.

Analiza wariancji ANOVA nie wykazała istotnych statystycznie różnic między rozpatrywanymi średnimi zmiennej dotyczącej lęku w poszczególnych grupach zmiennej Wsparcie społeczne w podskali *Wsparcie wartościujące*. Oznacza to, że otrzymywane wsparcie wartościujące lub jego brak wpływało w porównywalnym stopniu na natężenie odczuwanego przez matki lęku.

Przeprowadzona analiza wariancji ANOVA wykazała istotne statystycznie różnice między rozpatrywanymi średnimi zmiennej *Poziom lęku* w poszczególnych grupach zmiennej dotyczącej otrzymywanego przez matkę wsparcia społecznego w większości analizowanych podskal, co pozwala na odrzucenie hipotezy zerowej o braku różnic między grupami i przyjęcie hipotezy alternatywnej H1.

Badanie potwierdziło wstępne założenia, że stopień otrzymywanego przez matki wsparcia społecznego związany jest z natężeniem odczuwanego przez nie lęku. Osoby sygnalizujące brak wsparcia z otoczenia w porównaniu z osobami posiadającymi wsparcie charakteryzował istotnie wyższy poziom lęku. Matki z brakiem wsparcia mogły przejawiać silniejsze wahania nastroju, obniżony nastrój oraz niskie poczucie bezpieczeństwa. Słabiej w porównaniu do matek otrzymujących wsparcie znosiły sytuacje trudne, co mogło być spowodowane wysoką męczliwością oraz pomniejszaniem swoich kompetencji do radzenia sobie z problemami.

4.6. Problem 6. Czy istnieje związek pomiędzy otrzymywanym przez matkę wsparciem społecznym a poziomem rozwoju jej dziecka z niedosłuchem?

H0: Nie ma związku pomiędzy otrzymywanym przez matkę wsparciem społecznym a poziomem rozwoju jej dziecka z niedosłuchem.

H1: Istnieje związek pomiędzy otrzymywanym przez matkę wsparciem społecznym a poziomem rozwoju jej dziecka z niedosłuchem.

4.6.1. Wsparcie informacyjne

Analiza liniowej współzależności zmiennych przeprowadzona za pomocą współczynnika R Spearmana wykazała, że występują istotne słabe korelacje między dwiema zmiennymi dotyczącymi rozwoju dziecka a otrzymywanym przez matkę poziomem wsparcia informacyjnego. Dla zmiennej *Iloraz rozwoju – Motoryka mała* $R=0,2337$, dla zmiennej *Globalny iloraz rozwoju* $R=0,1651$. Dla pozostałych zmiennych, tj. *Iloraz rozwoju – motoryka duża*, *rozwój społeczno-emocjonalny* oraz *komunikacja* nie odnotowano istotnych korelacji.

Przeprowadzona analiza wariancji ANOVA nie wykazała istotnych statystycznie różnic między rozpatrywanymi średnimi zmiennych dotyczących rozwoju dziecka w poszczególnych grupach zmiennej *Wsparcie informacyjne*. Wynik badania oznacza, że dzieci matek uzyskujących różny poziom wsparcia lub jego brak rozwijają się na porównywalnym poziomie w zakresie poszczególnych sfer.

4.6.2. Wsparcie instrumentalne

Analiza liniowej współzależności zmiennych przeprowadzona za pomocą współczynnika R Spearmana wykazała, że występują istotne słabe i przeciętne korelacje między zmiennymi dotyczącymi rozwoju dziecka a zmienną *Wsparcie instrumentalne*: *Iloraz rozwoju – Motoryka duża* $R=0,3145$; *Iloraz rozwoju – Motoryka mała* $R=0,3818$; *Globalny iloraz rozwoju* $R=0,2811$. Dla pozostałych zmiennych, tj. *Iloraz rozwoju – rozwój społeczno-emocjonalny* oraz *Iloraz rozwoju – Komunikacja* nie odnotowano istotnych korelacji.

Iloraz rozwoju – Motoryka duża

Przeprowadzona analiza wariancji ANOVA wykazała różnice istotne statystycznie na poziomie prawdopodobieństwa $p=0,0474$ między rozpatrywanymi średnimi zmiennej *Iloraz rozwoju – Motoryka duża* w poszczególnych grupach zmiennej niezależnej *Wsparcie instrumentalne*.

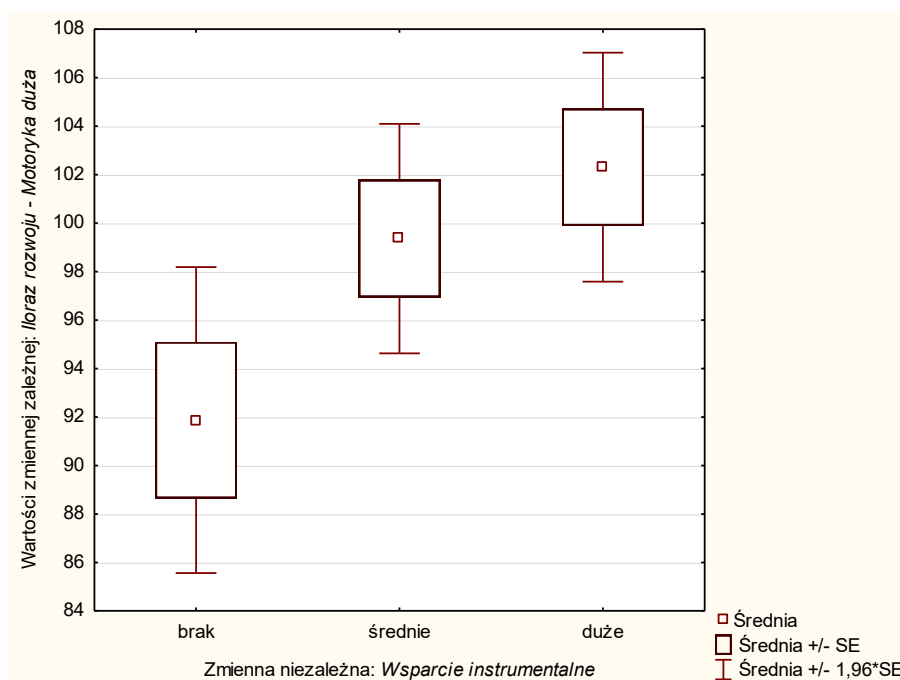
W międzygrupowych porównaniach *post-hoc* nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic testem Tukey'a w zakresie zmiennej *Iloraz rozwoju – Motoryka duża* pomiędzy poszczególnymi grupami zmiennej niezależnej *Wsparcie instrumentalne* (tab.

4.23.). Z uwagi na konserwatywność testu Tukey'a przeprowadzona analiza ANOVA pozwala na odrzucenie hipotezy zerowej o braku różnic między grupami i przyjęcie hipotezy alternatywnej H1.

Tab. 4.23. Porównanie międzygrupowe wartości zmiennej *Iloraz rozwoju – Motoryka duża* dla różnych poziomów otrzymywanego wsparcia instrumentalnego.

Iloraz rozwoju – Motoryka duża	Brak	Średnie	Duże
Brak		0,2469	0,0703
Średnie	0,2469		0,6992
Duże	0,0703	0,6992	

Badanie wykazało związek pomiędzy otrzymywanym wsparciem instrumentalnym a rozwojem dziecka w zakresie motoryki dużej. Dzieci matek sygnalizujących brak otrzymywanego wsparcia rozwijały się słabiej pod względem badanej cechy w porównaniu do dzieci matek otrzymujących średnie i duże wsparcie (rys. 4.23.). Najlepiej rozwijającą się grupą były dzieci, których matki deklarowały duże wsparcie instrumentalne, tj. w sytuacji konieczności uzyskiwały od otoczenia stosowną pomoc finansową, szeroko rozumianą opiekę, brak odmowy na kierowane prośby oraz poświęcanie im adekwatnego do sytuacji czasu.



Rys. 4.23. Przedziały ufności zmiennej *Iloraz rozwoju – Motoryka duża* w grupie osób deklarujących różny poziom otrzymywanego wsparcia instrumentalnego.

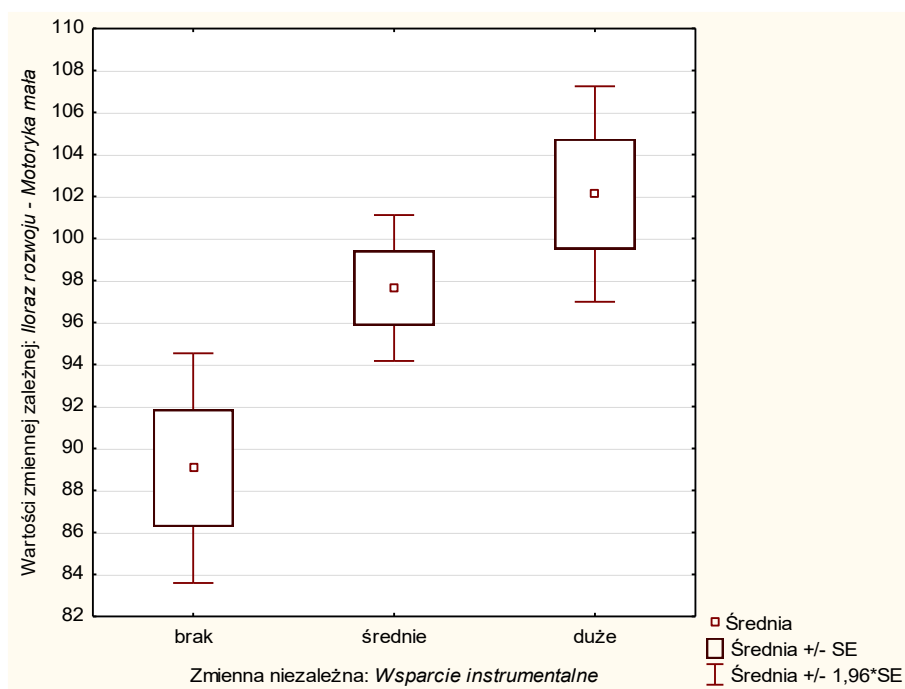
Iloraz rozwoju – Motoryka mała

Analiza wariancji ANOVA wykazała różnice istotne statystycznie na poziomie prawdopodobieństwa $p=0,0029$ między rozpatrywanymi średnimi zmiennej *Iloraz rozwoju – Motoryka mała* w poszczególnych grupach zmiennej niezależnej *Wsparcie instrumentalne*. Międzygrupowe porównania *post-hoc* wykazały istotne różnice w zakresie zmiennej dotyczącej rozwoju dziecka pomiędzy grupami zmiennej niezależnej: *Brak wsparcia vs. Duże wsparcie* na poziomie $p=0,0060$. Pomędzy pozostałymi grupami nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie (tab. 4.24.).

Tab. 4.24. Porównanie międzygrupowe wartości zmiennej *Iloraz rozwoju – Motoryka mała* dla różnych poziomów otrzymywanego wsparcia instrumentalnego.

Iloraz rozwoju – Motoryka mała	Brak	Średnie	Duże
brak		0,0979	<i>0,0060</i>
średnie	0,0979		0,3487
duże	<i>0,0060</i>	0,3487	

Badanie wykazało, że duże wsparcie instrumentalne miało związek z wyższym rozwojem dziecka w zakresie motoryki małej w porównaniu do braku otrzymywanego wsparcia, które związane było z istotnie niższym rozwojem w badanej sferze (rys. 4.24.).



Rys. 4.24. Przedziały ufności zmiennej *Iloraz rozwoju – Motoryka mała* w grupie osób deklarujących różny poziom otrzymywanego wsparcia instrumentalnego.

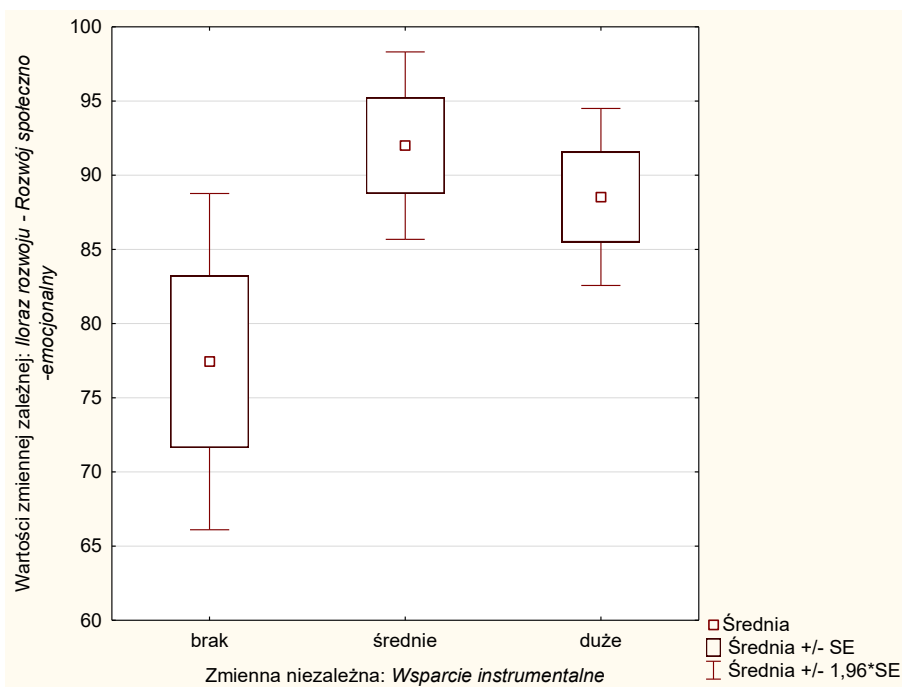
Iloraz rozwoju – Rozwój społeczno-emocjonalny

Przeprowadzona analiza wariancji ANOVA wykazała różnice istotne statystycznie na poziomie prawdopodobieństwa $p=0,0413$ między rozpatrywanymi średnimi zmiennej *Iloraz rozwoju – Rozwój społeczno-emocjonalny* w poszczególnych grupach zmiennej niezależnej *Wsparcie instrumentalne*. Pozwala to na odrzucenie hipotezy zerowej o braku różnic między grupami i przyjęcie hipotezy alternatywnej H1. W międzygrupowych porównaniach *post-hoc* nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w zakresie wsparcia instrumentalnego (tab. 4.25.).

Badanie potwierdziło wstępne założenia o związku wsparcia społecznego matki z rozwojem jej dziecka – dzieci matek sygnalizujących brak wsparcia instrumentalnego charakteryzował słabszy rozwój społeczno-emocjonalny od dzieci, których matki otrzymywały wsparcie na poziomie średnim i dużym (rys. 4.25.).

Tab. 4.25. Porównanie międzygrupowe wartości zmiennej *Iloraz rozwoju – Rozwój społeczno-emocjonalny* dla różnych poziomów otrzymywanego wsparcia instrumentalnego.

Iloraz rozwoju – Rozwój społeczno-emocjonalny	Brak	Średnie	Duże
brak		0,0763	0,2181
średnie	0,0763		0,7818
duże	0,2181	0,7818	



Rys. 4.25. Przedziały ufności zmiennej *Iloraz rozwoju – Rozwój społeczno-emocjonalny* w grupie osób deklarujących różny poziom otrzymywanego wsparcia instrumentalnego.

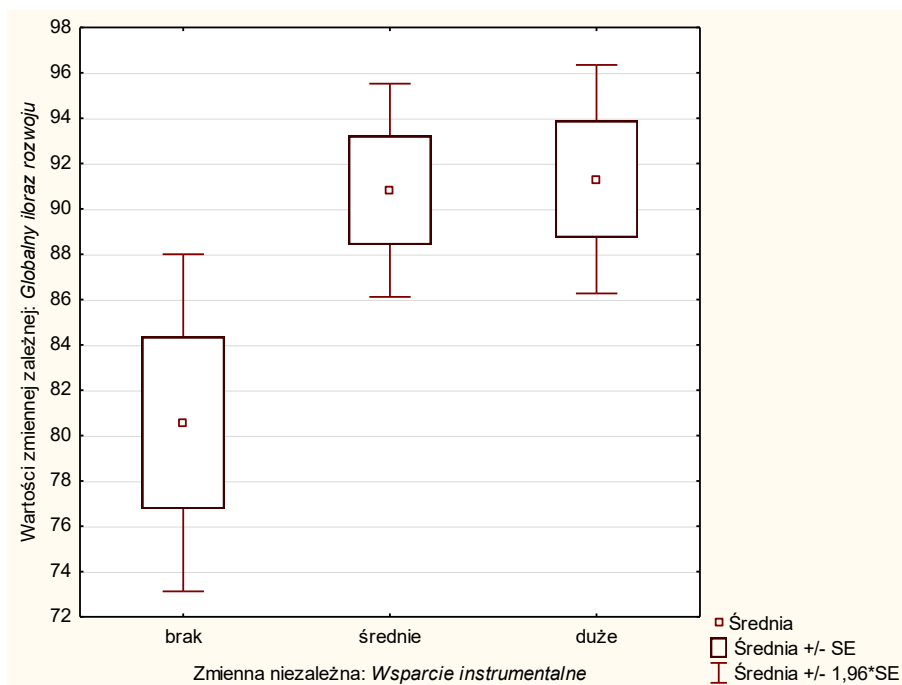
Globalny iloraz rozwoju

Analiza wariancji ANOVA wykazała różnice istotne statystycznie na poziomie prawdopodobieństwa $p=0,0322$ między rozpatrywanymi średnimi zmiennej *Globalny iloraz rozwoju* w poszczególnych grupach zmiennej niezależnej *Wsparcie instrumentalne*. Odrzucono hipotezę zerową o braku różnic między grupami, co umożliwiło przyjęcie hipotezy alternatywnej H_1 .

Tab. 4.26. Porównanie międzygrupowe wartości zmiennej *Globalny iloraz rozwoju* dla różnych poziomów otrzymywanego wsparcia instrumentalnego.

Globalny iloraz rozwoju	Brak	Średnie	Duże
brak		0,0984	0,0792
średnie	0,0984		0,9911
duże	0,0792	0,9911	

Przeprowadzone badanie potwierdziło wpływ wsparcia instrumentalnego, którego doświadczaly matki na globalny rozwój ich dziecka. Brak uzyskiwanej pomocy materialnej, czasu oraz lekceważenie próśb o wsparcie ze strony otoczenia wpływały niekorzystnie na globalny rozwój dziecka. Dzieci matek deklarujących otrzymywane średnie i duże wsparcie prezentowały zbliżony poziom rozwoju (rys. 4.26.).



Rys. 4.26. Przedziały ufności zmiennej *Globalny iloraz rozwoju* w grupie osób deklarujących różny poziom otrzymywanego wsparcia instrumentalnego.

Przeprowadzona analiza wariancji ANOVA nie wykazała różnic istotnych statystycznie między rozpatrywanymi średnimi zmiennej *Iloraz rozwoju – Komunikacja* w poszczególnych grupach zmiennej niezależnej *Wsparcie instrumentalne*. Wynik badania oznacza, że natężenie otrzymywanego przez matki wsparcia lub jego brak nie miało wpływu na rozwój dziecka w zakresie komunikacji.

Analiza liniowej współzależności zmiennych przeprowadzona za pomocą współczynnika R Spearmana nie wykazała istotnych korelacji między zmiennymi dotyczącymi rozwoju dziecka a zmienną *Wsparcie emocjonalne* oraz *Wsparcie wartościujące*. Dla zmiennej *Ogólny poziom wsparcia* analiza liniowej współzależności zmiennych przeprowadzona za pomocą współczynnika R Spearmana wykazała, że występują istotne słabe korelacje między zmienną *Ogólny poziom wsparcia* a następującymi zmiennymi dotyczącymi rozwoju dziecka: *Iloraz rozwoju – Motoryka duża* $R=0,2522$ oraz *Iloraz rozwoju – Motoryka mała* $R=0,2702$. Dla pozostałych zmiennych, tj. *Iloraz rozwoju – rozwój społeczno-emocjonalny*, *Iloraz rozwoju - Komunikacja* oraz *Globalny iloraz rozwoju* nie odnotowano istotnych korelacji.

Analiza wariancji ANOVA nie wykazała różnic istotnych statystycznie pomiędzy rozpatrywanymi średnimi zmiennych dotyczących rozwoju dziecka w poszczególnych grupach zmiennej niezależnej *Wsparcie emocjonalne*, *Wsparcie wartościujące* oraz *Ogólny poziom wsparcia*. Wynik badania oznacza, że nie potwierdzono wpływu wymienionych rodzajów wsparcia społecznego na rozwój dziecka.

Weryfikując postawiony problem badawczy na podstawie analizy wariancji ANOVA odrzucono hipotezę zerową o braku różnic między grupami i przyjęto hipotezę alternatywną H1. Wykazano związek między otrzymywanym przez matkę wsparciem społecznym w zakresie wsparcia instrumentalnego a poziomem rozwoju jej dziecka w części poszczególnych sfer rozwojowych. Dzieci matek sygnalizujących brak wsparcia instrumentalnego rozwijały się na istotnie niższym poziomie w porównaniu do dzieci matek uzyskujących wsparcie na poziomie średnim lub dużym.

4.7. Problem 7. Czy istnieje związek pomiędzy odczuwanym przez matkę stresem a poziomem rozwoju jej dziecka z niedosłuchem?

H0: Nie ma związku pomiędzy stresem odczuwanym przez matkę a poziomem rozwoju jej dziecka z niedosłuchem.

H1: Istnieje związek pomiędzy stresem odczuwanym przez matkę a poziomem rozwoju jej dziecka z niedosłuchem.

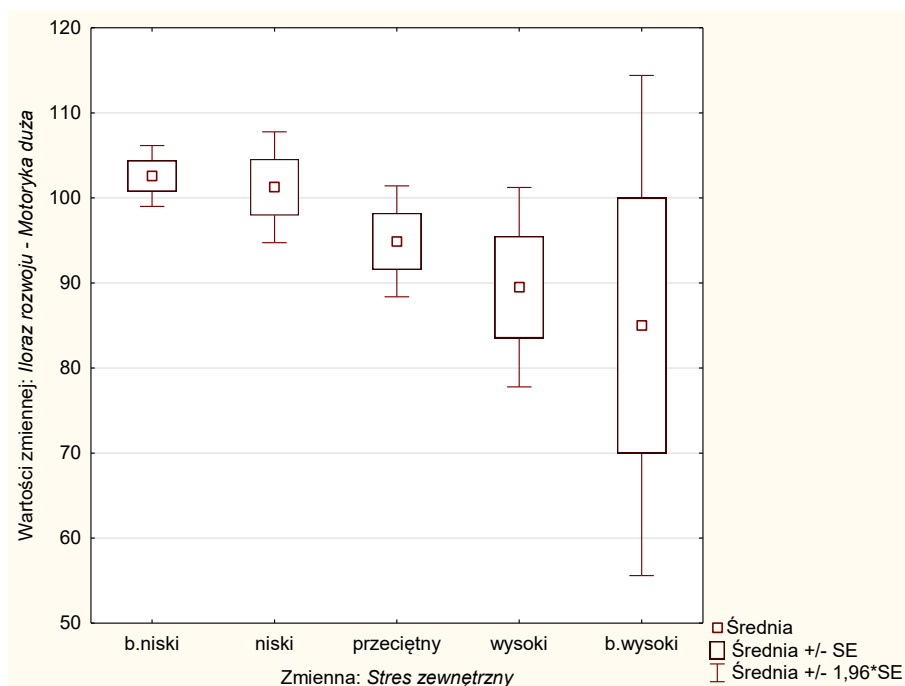
Analiza liniowej współzależności zmiennych przeprowadzona za pomocą współczynnika R Spearmana wykazała, że występuje istotna statystycznie słaba korelacja pomiędzy poziomem odczuwanego przez matkę stresu intrapsychicznego a poziomem rozwoju dziecka w zakresie motoryki dużej ($R = -0,2316$), a także pomiędzy ogólnym poziomem stresu i motoryki małej ($R = -0,2431$). Dla pozostałych zmiennych dotyczących rozwoju dziecka nie odnotowano istotnych zależności.

Przeprowadzona analiza wariancji ANOVA wykazała różnice istotne statystycznie na poziomie prawdopodobieństwa $p = 0,0464$ między rozpatrywanymi średnimi zmiennej *Iloraz rozwoju – Motoryka duża* w poszczególnych grupach zmiennej *Stres zewnętrzny*. W międzygrupowych porównaniach *post-hoc* nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic testem Tukey'a w zakresie zmiennej *Iloraz rozwoju – Motoryka duża* pomiędzy poszczególnymi grupami zmiennej *Stres zewnętrzny* (tab.4.27.).

Tab. 4.27. Porównanie międzygrupowe wartości zmiennej *Iloraz rozwoju – Motoryka duża* dla różnych poziomów stresu zewnętrznego.

Iloraz rozwoju – Motoryka duża	b. niski	niski	przeciętny	wysoki	b. wysoki
b. niski		0,9978	0,3671	0,4131	0,6582
niski	0,9978		0,5583	0,5217	0,7275
przeciętny	0,3671	0,5583		0,9513	0,9405
w wysoki	0,4131	0,5217	0,9513		0,9968
b. wysoki	0,6582	0,7275	0,9405	0,9968	

Badania potwierdziły wstępne założenia o związku odczuwanego stresu zewnętrznego matek z poziomem rozwoju ich dziecka. W większości przypadków słabszy rozwój dziecka w zakresie motoryki dużej wpływał na większe natężenie stresu zewnętrznego matek. Matki dzieci najlepiej rozwijających się w badanej sferze w porównaniu do reszty grupy odczuwały stres na poziomie bardzo niskim i niskim (rys. 4.27.).



Rys. 4.27. Przedziały ufności zmiennej *Iloraz rozwoju – Motoryka duża* w grupie osób deklarujących różny poziom odczuwanego stresu zewnętrznego.

Analiza wariancji ANOVA nie wykazała różnic istotnych statystycznie pomiędzy pozostałymi rozpatrywanymi średnimi zmiennych dotyczących rozwoju dziecka w poszczególnych grupach zmiennej *Stres zewnętrzny* oraz *Napięcie emocjonalne*, *Stres intrapsychiczny*, *Skala kłamstwa*, *Ogólny poziom stresu*. Wynik badania oznacza, że w zakresie wymienionych podskal rozwój dziecka nie wpływał na stres matek.

Na podstawie analizy wariancji ANOVA poziom prawdopodobieństwa testowego nie pozwolił na przyjęcie hipotezy zerowej o braku różnic między grupami i odrzucenie hipotezy alternatywnej H1. W badaniu wykazano związek pomiędzy poziomem i rodzajem odczuwanego przez matkę stresu zewnętrznego a poziomem rozwoju dziecka w zakresie motoryki dużej. Z jednej strony wynik badania oznacza, że niski poziom rozwoju dziecka mógł powodować u matek poczucie bycia niesprawiedliwie ocenianym przez otoczenie, a także frustrację i wysoką męczliwość w kontekście podejmowanych wyzwań czy wymagań stawianych przez otoczenie. Z drugiej strony wysoki stres zewnętrzny np. w postaci niepodejmowania wysiłku z zakresu stymulacji rozwoju, chronicznego zmęczenia mógł skutkować słabszym rozwojem dzieci w porównaniu do grupy matek, które odczuwały stres na poziomie niskim i bardzo niskim.

4.8. Problem 8. Czy istnieje związek pomiędzy poziomem odczuwanego przez matkę lęku a poziomem rozwoju dziecka z niedosłuchem?

H0: Nie ma związku pomiędzy poziomem odczuwanego przez matkę lęku a poziomem rozwoju dziecka z niedosłuchem.

H1: Istnieje związek pomiędzy poziomem odczuwanego przez matkę lęku a poziomem rozwoju dziecka z niedosłuchem.

Analiza liniowej współzależności zmiennych przeprowadzona za pomocą współczynnika R Spearmana wykazała, że występuje istotna statystycznie, przeciętna korelacja pomiędzy poziomem odczuwanego przez matkę lęku a wszystkimi zmiennymi dotyczącymi rozwoju dziecka. Wartości siły korelacji ukształtowały się następująco dla poszczególnych podskal ilorazu rozwoju dziecka: *Motoryka duża*: $R=-0,3010$; *Motoryka mała*: $R=-0,4152$; *Rozwój społeczno-emocjonalny*: $R=-0,3316$; *Komunikacja* $R= -0,3142$; *Rozwój globalny*: $R= -0,3857$.

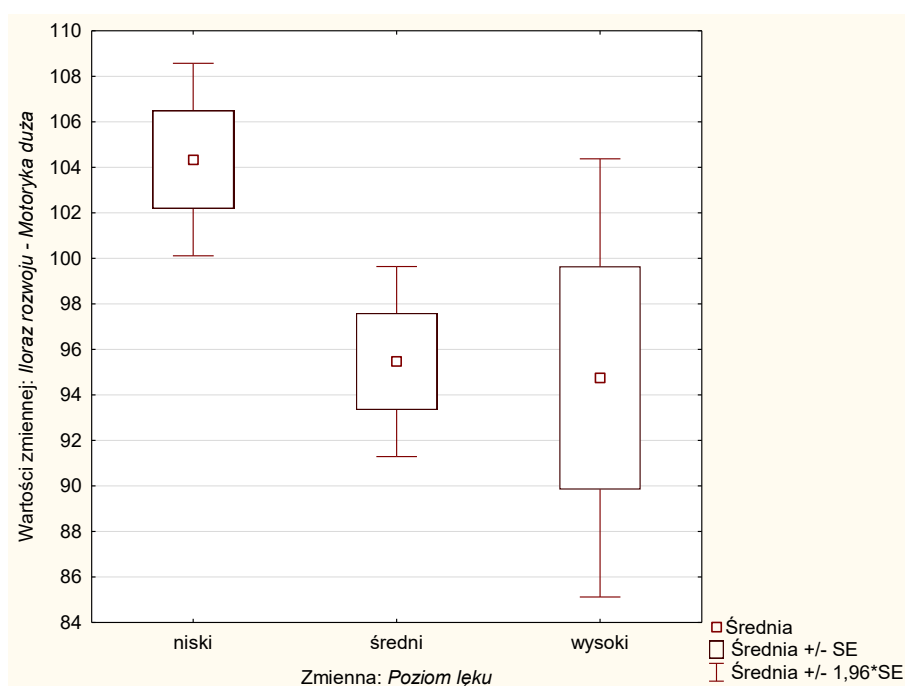
4.8.1. Iloraz rozwoju – Motoryka duża

Przeprowadzona analiza wariancji ANOVA wykazała różnice istotne statystycznie na poziomie prawdopodobieństwa $p=0,0160$ między rozpatrywanymi średnimi zmiennej *Poziom lęku* w poszczególnych grupach zmiennej niezależnej *Iloraz rozwoju – Motoryka duża*. Międzygrupowe porównania *post-hoc* wykazały istotne różnice w zakresie zmiennej *Motoryka duża* pomiędzy grupami zmiennej dotyczącej lęku: *Lęk niski vs. Lęk średni* na poziomie $p=0,0292$. Pomędzy pozostałymi grupami nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie (tab. 4.28.).

Tab. 4.28. Porównanie międzygrupowe wartości zmiennej *Iloraz rozwoju – Motoryka duża* dla różnych poziomów lęku.

Iloraz rozwoju – Motoryka duża	niski	średni	wysoki
niski		0,0292	0,1715
średni	0,0292		0,9898
wysoki	0,1715	0,9898	

Badanie potwierdziło wstępne założenia o związku lęku matek z rozwojem ich dzieci. Matki dzieci najlepiej rozwijających się spośród badanej grupy charakteryzował najniższy lęk w porównaniu z matkami dzieci rozwijających się istotnie słabiej. Dzieci, których matki odczuwały lęk na poziomie średnim rozwijały się istotnie słabiej od dzieci matek z lękiem niskim, natomiast w grupie dzieci matek z lękiem dużym znajdowały się osoby, których rozwój był na najniższym poziomie spośród wszystkich badanych dzieci (rys 4.28.).



Rys. 4.28. Przedziały ufności zmiennej *Iloraz rozwoju – Motoryka duża* w grupie osób deklarujących różny poziom odczuwanego lęku.

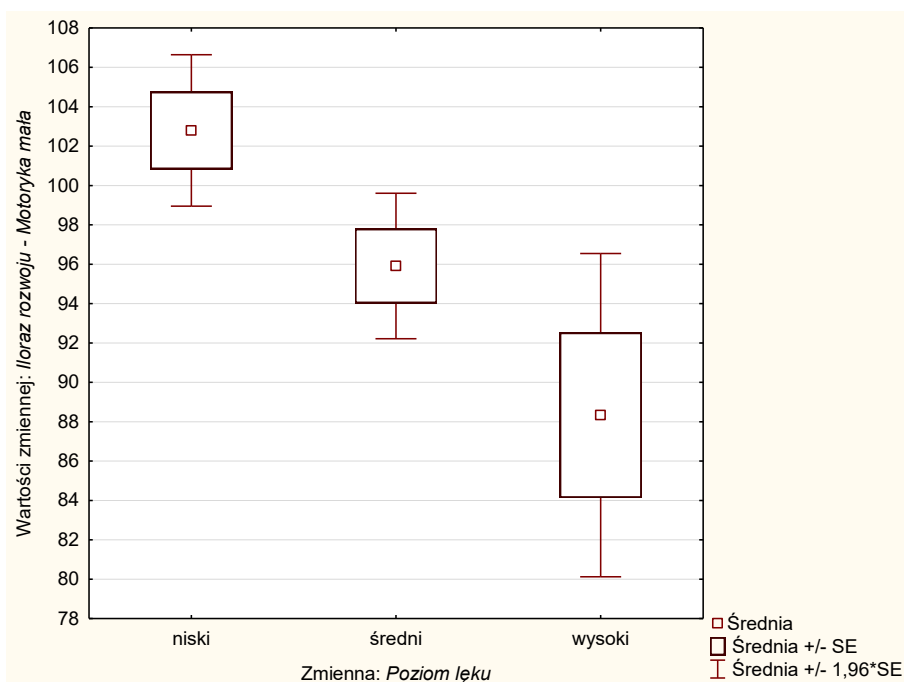
4.8.2. Iloraz rozwoju – Motoryka mała

Przeprowadzona analiza wariancji ANOVA wykazała różnice istotne statystycznie na poziomie $p=0,0013$ między rozpatrywanymi średnimi zmiennej *Poziom lęku* w poszczególnych grupach zmiennej niezależnej *Iloraz rozwoju – Motoryka mała*. Wykonane porównania *post-hoc* wykazały istotne różnice w zakresie zmiennej rozwojowej pomiędzy grupami zmiennej dotyczącej lęku: *Lęk niski vs. Lęk wysoki* na poziomie $p=0,0079$. Pomędzy pozostałymi grupami nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie (tab. 4.29.).

Tab. 4.29. Porównanie międzygrupowe wartości zmiennej *Iloraz rozwoju – Motoryka mała* dla różnych poziomów lęku.

Iloraz rozwoju – Motoryka mała	niski	średni	wysoki
niski		0,0637	0,0079
średni	0,0637		0,2430
wysoki	0,0079	0,2430	

Badania wykazały, że istnieje związek pomiędzy lękiem matek a rozwojem ich dzieci w zakresie motoryki małej – matki dzieci rozwijających się najslabiej spośród całej grupy przejawiały najwyższy poziom lęku. Średni lęk towarzyszył matkom dzieci, których poziom rozwoju ukształtował się pomiędzy matkami odczuwającymi lęk o natężeniu niskim i wysokim (rys. 4.29.).



Rys. 4.29. Przedziały ufności zmiennej *Iloraz rozwoju – Motoryka mała* w grupie osób deklarujących różny poziom odczuwanego lęku.

4.8.3. Iloraz rozwoju – Rozwój społeczno-emocjonalny

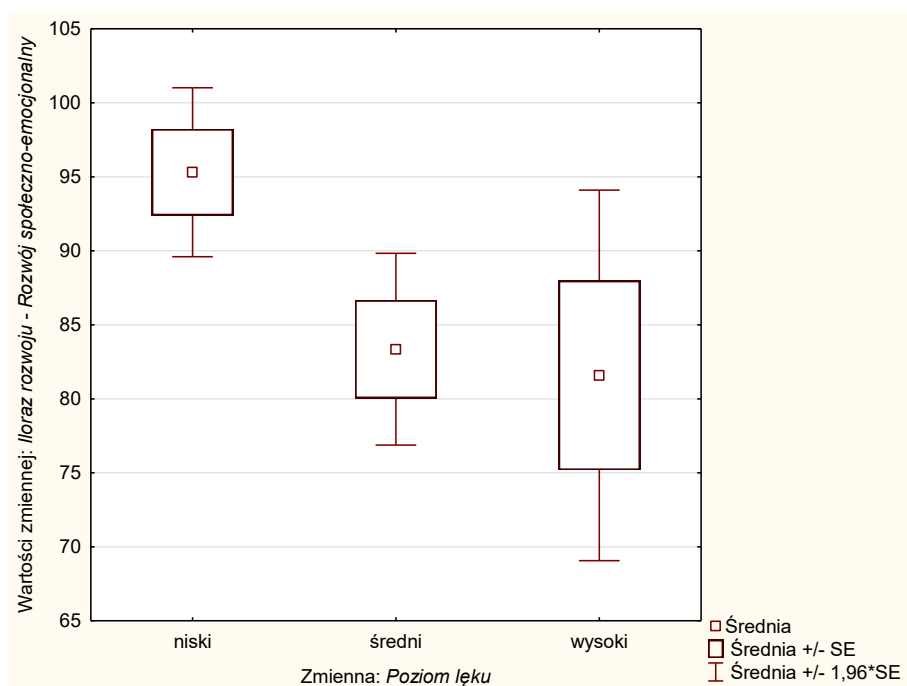
Przeprowadzona analiza wariancji ANOVA wykazała różnice istotne statystycznie na poziomie $p=0,0212$ między rozpatrywanymi średnimi zmiennej *Poziom lęku* w poszczególnych grupach zmiennej niezależnej *Iloraz rozwoju – Rozwój społeczno – emocjonalny*. Międzygrupowe porównania *post-hoc* wykazały istotne różnice w zakresie zmiennej dotyczącej rozwoju dziecka pomiędzy grupami zmiennej dotyczącej lęku: *Lęk*

niski vs. Lęk średni na poziomie $p=0,0420$. Pomędzy pozostałymi grupami nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie (tab.4.30.).

Tab. 4.30. Porównanie międzygrupowe wartości zmiennej *Iloraz rozwoju – Rozwój społeczno-emocjonalny* dla różnych poziomów lęku

Iloraz rozwoju – Rozwój społeczno-emocjonalny	niski	średni	wysoki
niski		<i>0,0420</i>	0,1701
średni	<i>0,0420</i>		0,9701
wysoki	0,1701	0,9701	

Badanie wykazało, że niski poziom lęku był związany z najwyższym wśród analizowanych przypadków poziomem rozwoju społeczno-emocjonalnego, natomiast średni lęk towarzyszył istotnemu w porównaniu do pierwszej grupy obniżeniu wskaźników rozwojowych. Matki dzieci rozwijających się na najniższym poziomie w zakresie badanej zmiennej sygnalizowały odczuwanie wysokiego lęku (rys.4.30.).



Rys. 4.30. Przedziały ufności zmiennej *Iloraz rozwoju – Rozwój społeczno-emocjonalny* w grupie osób deklarujących różny poziom odczuwanego lęku

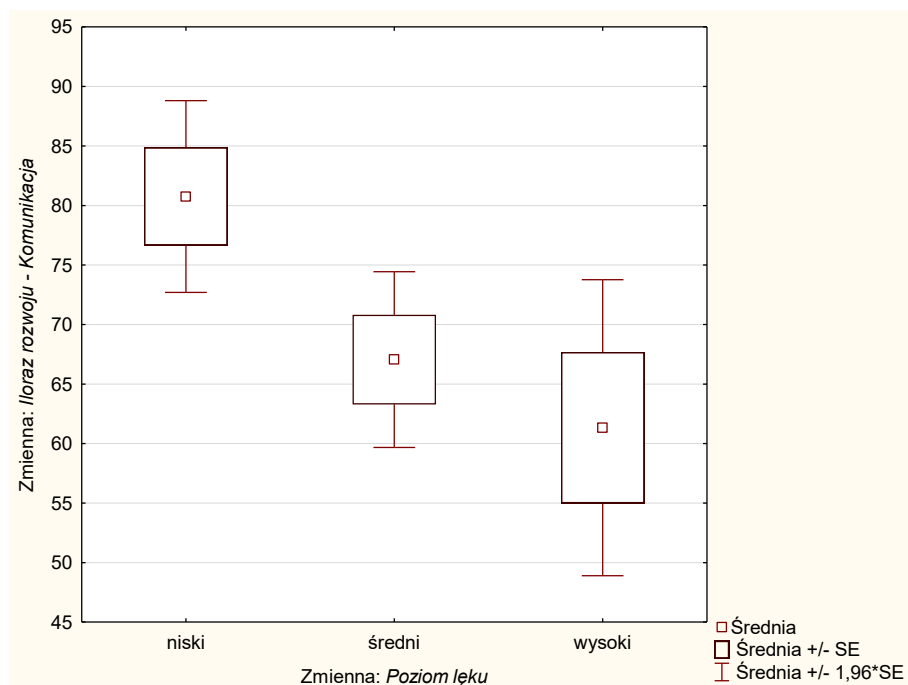
4.8.4. Iloraz rozwoju – Komunikacja

Analiza wariancji ANOVA wykazała różnice istotne statystycznie na poziomie $p=0,0140$ między rozpatrywanymi średnimi zmiennej *Poziom łęku* w poszczególnych grupach zmiennej niezależnej *Iloraz rozwoju – Komunikacja*. W międzygrupowych porównaniach *post-hoc* nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic testem Tukeya w zakresie poziomu łęku pomiędzy poszczególnymi grupami zmiennej w zakresie komunikacji (tab. 4.31.).

Tab. 4.31. Porównanie międzygrupowe wartości zmiennej *Iloraz rozwoju – Komunikacja* dla różnych poziomów łęku.

Iloraz rozwoju – Komunikacja	niski	średni	wysoki
niski		0,0532	0,0853
średni	0,0532		0,8006
wysoki	0,0853	0,8006	

Przeprowadzone badanie potwierdziło wstępne założenia o związku poziomu rozwoju dziecka w zakresie komunikacji z odczuwanym natężeniem łęku przez jego matkę. Niski poziom łęku matek był związany z wyższym w porównaniu do reszty badanej grupy poziomem rozwoju ich dzieci.



Rys. 4.31. Przedziały ufności zmiennej *Iloraz rozwoju – Komunikacja* w grupie osób deklarujących różny poziom odczuwanego łęku.

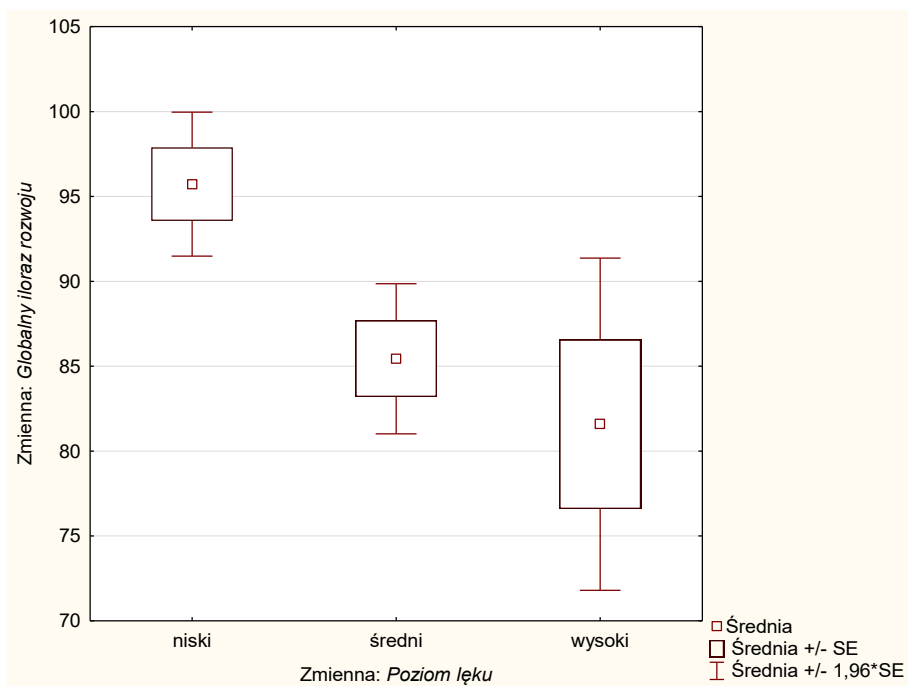
4.8.5. Globalny iloraz rozwoju

Przeprowadzona analiza wariancji ANOVA wykazała różnice istotne statystycznie na poziomie $p=0,0020$ między rozpatrywanymi średnimi zmiennej *Poziom lęku* w poszczególnych grupach zmiennej niezależnej *Globalny iloraz rozwoju*. Wykonane porównania *post-hoc* wykazały istotne różnice w zakresie zmiennej rozwojowej pomiędzy grupami zmiennej dotyczącej lęku: *Lęk niski* vs. *Lęk średni* na poziomie $p=0,0123$ oraz *Lęk niski* vs. *Lęk wysoki* na poziomie $p=0,0303$. Pomędzy grupami *Lęk średni* i *Lęk wysoki* nie odnotowano różnic istotnych statystycznie (tab. 4.32.).

Tab. 4.32. Porównanie międzygrupowe wartości zmiennej *Globalny iloraz rozwoju* dla różnych poziomów lęku.

Globalny iloraz rozwoju	Niski	Średni	Wysoki
Niski		0,0123	0,0303
Średni	0,0123		0,7593
Wysoki	0,0303	0,7593	

Badanie wykazało, że niski poziom lęku matek był związany z najwyższym wśród badanej grupy globalnym rozwojem dzieci i istotnie różnił się od dzieci matek deklarujących odczuwany lęk na poziomie średnim i wysokim. Słabszy globalny rozwój dziecka związany był z wyższymi wskaźnikami lęku.



Rys. 4.32. Przedziały ufności zmiennej *Globalny iloraz rozwoju* w grupie osób deklarujących różny poziom odczuwanego lęku.

Oznacza to, że wykazano związek między poziomem odczuwanego przez matkę lęku a poziomem rozwoju jej dziecka w poszczególnych sferach rozwojowych.

4.9. Problem 9. Czy istnieje związek pomiędzy stylem radzenia sobie ze stresem przez matkę a poziomem rozwoju dziecka z niedosłuchem?

H0: Nie ma związku pomiędzy stylem radzenia sobie ze stresem przez matkę a poziomem rozwoju dziecka z niedosłuchem.

H1: Istnieje związek pomiędzy stylem radzenia sobie ze stresem przez matkę a poziomem rozwoju dziecka z niedosłuchem.

Analiza liniowej współzależności zmiennych przeprowadzona za pomocą współczynnika R Spearmana nie wykazała istotnych korelacji między zmiennymi dotyczącymi rozwoju dziecka a zmienną dotyczącą stylu radzenia sobie ze stresem przez matkę.

Na podstawie analizy wariancji ANOVA poziom prawdopodobieństwa testowego pozwolił na przyjęcie hipotezy zerowej o braku różnic między grupami i odrzucenie hipotezy alternatywnej H1. Nie wykazano związku pomiędzy stylem radzenia sobie ze stresem przez matkę, a poziomem rozwoju dziecka. Badanie nie potwierdziło zatem wstępnych założeń o odmiennym wpływie różnych stylów radzenia sobie ze stresem na poziom rozwoju dziecka. Dzieci matek reagujących w sytuacji stresu zadaniowo, emocjonalnie lub unikowo prezentowały zbliżony rozwój w zakresie poszczególnych sfer rozwojowych.

4.10. Problem 10. Czy istnieje związek pomiędzy wykształceniem matki a poziomem rozwoju jej dziecka z niedosłuchem?

H0: Nie ma związku pomiędzy wykształceniem matki a poziomem rozwoju jej dziecka z niedosłuchem.

H1: Istnieje związek pomiędzy wykształceniem matki a poziomem rozwoju jej dziecka z niedosłuchem.

Analiza liniowej współzależności zmiennych przeprowadzona za pomocą współczynnika R Spearmana wykazała, że występują istotne statystycznie słabe i przeciętne korelacje pomiędzy poziomem wykształcenia matki, a częścią zmiennych dotyczących rozwoju dziecka. Wartości siły korelacji ukształtowały się następująco: *Iloraz rozwoju – Motoryka duża*: $R=0,2487$; *Iloraz rozwoju – Rozwój społeczno-emocjonalny*: $R=0,3249$; *Globalny iloraz rozwoju*: $R=0,2299$. Dla zmiennych rozwojowych dotyczących poziomu komunikacji oraz motoryki małej nie odnotowano istotnych zależności.

Analizując wariancję ANOVA, poziom prawdopodobieństwa testowego pozwolił na przyjęcie hipotezy zerowej o braku różnic między grupami i odrzucenie hipotezy alternatywnej H1. Badanie wykazało, że wykształcenie matek nie ma wpływu na poziom rozwoju ich dzieci. Oznacza to, że dzieci matek z wykształceniem zawodowym, średnim, niepełnym wyższym oraz wyższym prezentowały podobny rozwój zarówno fragmentaryczny jak i globalny.

4.11. Problem 11. Czy istnieje związek pomiędzy wysokością dochodu w rodzinie a rozwojem dziecka z niedosłuchem?

H0: Nie ma związku pomiędzy wysokością dochodu w rodzinie a rozwojem dziecka z niedosłuchem.

H1: Istnieje związek pomiędzy wysokością dochodu w rodzinie a rozwojem dziecka z niedosłuchem.

Analiza liniowej współzależności zmiennych przeprowadzona za pomocą współczynnika R Spearmana nie wykazała istotnych korelacji między zmiennymi dotyczącymi rozwoju dziecka a wysokością dochodu w rodzinie.

Poziom prawdopodobieństwa testowego w analizowanej wariancji ANOVA pozwolił na przyjęcie hipotezy zerowej o braku różnic między grupami i odrzucenie hipotezy alternatywnej H1. Można zatem stwierdzić, że status ekonomiczny rodziny nie wpływał na rozwój dzieci – dzieci należące do różnych grup związanych ze zróżnicowaną wysokością miesięcznego dochodu na członka rodziny rozwijały się podobnie zarówno globalnie jak i w zakresie poszczególnych sfer.

4.12. Problem 12. Czy istnieje związek pomiędzy wykształceniem matki a poziomem odczuwanego przez nią stresu?

H0: Nie ma związku pomiędzy wykształceniem matki a poziomem odczuwanego przez nią stresu.

H1: Istnieje związek pomiędzy wykształceniem matki a poziomem odczuwanego przez nią stresu.

Analiza liniowej współzależności zmiennych przeprowadzona za pomocą współczynnika R Spearmana nie wykazała istotnych korelacji między zmiennymi dotyczącymi wykształcenia matki a poziomem odczuwanego przez nią stresu.

Na podstawie analizy wariancji ANOVA poziom prawdopodobieństwa testowego pozwolił na przyjęcie hipotezy zerowej o braku różnic między grupami i odrzucenie hipotezy alternatywnej H1. W badaniu wykazano, że wykształcenie matek nie wpływało na poziom odczuwanego przez nie stresu.

4.13. Problem 13. Czy istnieje związek pomiędzy miejscem zamieszkania matki a poziomem odczuwanego przez nią stresu?

H0: Nie ma związku pomiędzy miejscem zamieszkania matki a poziomem odczuwanego przez nią stresu.

H1: Istnieje związek pomiędzy miejscem zamieszkania matki a poziomem odczuwanego przez nią stresu.

Analiza liniowej współzależności zmiennych przeprowadzona za pomocą współczynnika R Spearmana nie wykazała istotnych korelacji między zmiennymi dotyczącymi miejsca zamieszkania a poziomem odczuwanego przez matkę stresu.

Poziom prawdopodobieństwa testowego w analizowanej wariancji ANOVA pozwolił na przyjęcie hipotezy zerowej o braku różnic między grupami i odrzucenie hipotezy alternatywnej H1. Oznacza to, że w badaniu nie wykazano związku pomiędzy miejscem zamieszkania matki, a poziomem odczuwanego przez nią stresu.

5. Dyskusja

W niniejszej pracy przedstawiono analizę szeroko pojętych czynników psychospołecznych wpływających na wczesny rozwój dziecka z niedosłuchem oraz wpływu uszkodzenia słuchu na poszczególne sfery rozwojowe dziecka. Badania dotyczyły matek oraz ich dzieci we wczesnym okresie rozwojowym, tj. między 1. a 2. rokiem życia.

Wśród analizowanych zmiennych uwzględniono poziom rozwoju dziecka, poziom uszkodzenia słuchu dziecka, natężenie lęku i stresu matek, spostrzegane przez matki wsparcie społeczne, styl radzenia sobie ze stresem matek, a także miejsce zamieszkania, status materialny, strukturę rodziny oraz poziom wykształcenia matek. Określono proste korelacje ujętych problemów zależnościowych, wykonując porównania wewnątrzgrupowe zmiennej zależnej w zakresie badanych czynników, uwzględniając ich poszczególne podskale. Przeprowadzone analizy potwierdziły część stawianych hipotez, przede wszystkim wpływ uszkodzenia słuchu oraz charakter otrzymywanego wsparcia społecznego na lęk i stres matek, a także dwukierunkową zależność pomiędzy lękiem i stresem matek a poziomem rozwoju ich dziecka.

Wykazano wpływ uszkodzenia słuchu dziecka na jego rozwój w części poszczególnych sfer, zwłaszcza komunikacji oraz rozwoju społeczno-emocjonalnego. Słabszy rozwój dziecka towarzyszył głębszemu ubytkowi słuchu, przy czym, założenie dziecku implantu ślimakowego – poprzez maksymalne zniwelowanie skutków głębokiego ubytku słuchu – powodowało poprawę jego funkcjonowania w analizowanych obszarach. Można zatem stwierdzić, że niedosłuch stanowił istotną składową szerszego aspektu niepełnosprawności dziecka, co powodowało określony odbiór tej sytuacji przez jego rodziców.

W literaturze dotyczącej podjętego tematu można znaleźć wiele informacji potwierdzających, że diagnoza niepełnosprawności – w tym niedosłuchu dziecka – jest dla rodziców szokiem i towarzyszy jej wiele silnych, negatywnych emocji wynikających z doświadczenia straty (19,20,29–31). Doprowadzić to może do poważnego załamania równowagi psychicznej, a tym samym nagłego wzrostu napięcia emocjonalnego i lęku rodzica (21,22,24). Badania Pruszevicza i Sekuli (33) wykazały, że rodzice mogą

wykazywać w omawianej sytuacji różnorodne postawy w stosunku do ich niedosłyszącego dziecka – od odrzucającej lub pasywnej do akceptującej i nadopiekuńczej. Wielu autorów zaznacza, że kondycja psychiczna matek bezpośrednio związana jest z kondycją psychofizyczną ich dzieci. W przypadku dzieci z uszkodzonym słuchem zaburzeniu ulega sfera komunikacji, co może wpływać na niedostrojenie emocjonalne matki do dziecka (35,103). Przyjmuje się, że podstawą prawidłowego funkcjonowania emocjonalnego dziecka, wzbudzaniu w nim poczucia bezpieczeństwa jest prawidłowe rozumienie się z osobami znaczącymi – najczęściej matkami. Zdaniem Sacksa (104) zaburzona komunikacja wpływa negatywnie na globalny rozwój – zarówno intelektualny, jak i społeczny.

Wykonana analiza statystyczna zróznicowała istotnie grupę dzieci z różnym uszkodzeniem słuchu w zakresie poziomu stresu i lęku ich matek. Wykazano, że matki dzieci z niedosłuchem głębokim intensywniej odczuwają lęk i stres w porównaniu do matek dzieci ze słuchem wydolnym. Ponadto, grupa matek dzieci z założonym implantem ślimakowym oraz słuchem wydolnym wykazywała istotnie niższy poziom stresu i lęku od grupy matek dzieci z niedosłuchem średnim oraz niedosłuchem głębokim korzystających ze wspomagania słuchu tradycyjnymi aparatami słuchowymi. Przyjmując założenia koncepcji Lazarusa (48), wykazane napięcie emocjonalne wynika z odpowiedniej relacji pomiędzy wymaganiami sytuacji trudnej a potencjałem jednostki do poradzenia sobie z tą sytuacją. Istotną rolę odgrywa przy tym ocena poznawcza zagrożenia, na podstawie której przypisywane jest znaczenie bieżącemu doświadczeniu. Jeśli mimo podejmowanych prób radzenia sobie ze stresem, zagrożenie nadal istnieje, pojawia się stres chroniczny (48,50).

Niekorzystny wpływ niepełnosprawności słuchowej dzieci na emocje matek związany jest z chronicznym charakterem przeżywanego lęku i stresu. Jak wskazują badania (55,105), osoby będące w stanie przedłużającego się napięcia mogą po jakimś czasie gorzej funkcjonować także na innych płaszczyznach, co jest spowodowane zwiększeniem podatności na stres. Potwierdzają to obserwacje specjalistów pracujących z dziećmi z uszkodzonym słuchem i ich rodzinami (28), gdzie po jakimś czasie od diagnozy niedosłuchu rodzice sygnalizują m.in. pogorszenie relacji małżeńskiej, poczucie osamotnienia, trudności w funkcjonowaniu społecznym i zawodowym. Dotyczy to głównie matek, jako osób najczęściej delegowanych do zajmowania się dzieckiem, prowadzenia rehabilitacji, często kosztem możliwości rozwoju zawodowego. W opinii niektórych

autorów (61), kobiety bardziej intensywnie odczuwają stresory o genezie rodzinnej, z uwagi na ich wyższą ogólną wrażliwość na relacje panujące w rodzinie oraz przejmowanie odpowiedzialności za przepływ emocji wśród najbliższych.

Część badaczy potwierdza, że przedłużający się okres pełnienia nadmiernej ilości obowiązków, przemęczenie i brak wsparcia skutkuje pojawieniem się konfliktów interpersonalnych oraz wzrostem lęku i stresu (41,61). Płopa (41) dodaje, że w sytuacji gdy system psychiczny wypełniony jest konfliktami i napięciem, po pewnym czasie nie jest już wymagane pojawienie się zewnętrznych stresorów aby odczuwać zagrożenie. Związane jest to z obniżeniem zasobów jednostki, rozumianych jako szeroko pojętych właściwości biologicznych (np. funkcjonowania systemu immunologicznego), psychologicznych (funkcjonowania poznawczego, intelektualnego, osobowościowego, radzenia sobie ze stresem, poczucia tożsamości) oraz społeczno-kulturowego kontekstu w którym funkcjonuje dana osoba (np. posiadanych sieci wsparcia).

Na podstawie uzyskanych w niniejszej pracy wyników można stwierdzić, że matki dzieci, u których stwierdzono niedosłuch w stopniu średnim i głębokim mogły przejawiać symptomatyczne zachowania. W szczególności było to traktowanie niegroźnych obiektywnie sytuacji jako zagrażających i reagowanie na nie nieproporcjonalnie silnymi negatywnymi emocjami, częste odczuwanie spadków nastroju oraz brak poczucia bezpieczeństwa, poczucie przemęczenia i braku kompetencji do przezwycięzania trudności, chroniczne zamartwianie się rzeczami błahymi oraz płaczliwość, wahania nastroju, a także niskie poczucie subiektywnego szczęścia. Jednocześnie analiza literatury przedmiotu pokazuje, że niedosłuch dziecka może być czynnikiem znacznie obniżającym jakość funkcjonowania rodziców i stanowiący ryzyko dla ich zdrowia psychicznego (35). W porównaniu do matek dzieci o prawidłowym rozwoju, matki dzieci niesłyszących mogą przejawiać więcej symptomów depresyjnych, w tym nasilonego poziomu lęku (36).

Takie obserwacje korespondują z wynikami uzyskanymi w niniejszej pracy, gdzie wykazano związek pomiędzy uszkodzeniem słuchu dziecka i poziomem jego rozwoju, a odczuwanym przez matki lękiem i stresem. Większe natężenie lęku i stresu dotyczyło matek dzieci z niedosłuchem w porównaniu do matek dzieci ze słuchem wydolnym. Najwyższy poziom negatywnych emocji odnotowano u matek dzieci z niedosłuchem głębokim, które w większości znajdowały się w procesie kwalifikacji do wszczepu

implantu ślimakowego. Co ciekawe, najniższy poziom lęku i stresu – porównywalny do grupy ze słuchem wydolnym – prezentowały matki dzieci już po wykonanej implantacji. Oznacza to, że zaimplantowanie dziecka obniżało wskaźniki lękowo-stresowe. Wyjaśnieniem tego zjawiska może być fakt, że matki dzieci z implantem ślimakowym przebywały na oddziale szpitalnym przynajmniej kilkakrotnie, znały już procedury badań, na odpowiednim poziomie uzyskały wsparcie informacyjne ze strony lekarzy i personelu. Jak wskazują doświadczenia kliniczne, procedura wszczepu implantu ślimakowego stanowi znaczące źródło stresu dla rodziców. W pierwszym etapie rodzice stają przed dylematem wyboru implantu ślimakowego bądź korzystania ich dziecka z aparatów słuchowych (106). Następnie doświadczają znaczącego lęku i strachu podczas przeprowadzanej operacji wszczepu (107), kolejnym źródłem trudnych emocji jest decyzja dotycząca wyboru miejsca rehabilitacji i kształcenia oraz sposobu komunikacji proponowanego przez specjalistów, uzależnionego od postępów rehabilitacji i możliwości rozwojowych dziecka. Dodatkowym czynnikiem obciążającym potencjał rodzica jest konieczność intensywnego zaangażowania się w proces rehabilitacji dziecka.

W niniejszej pracy wykazano również, że matki dzieci, u których dokonano wszczepienia implantu ślimakowego deklarowały niski poziom napięcia emocjonalnego – porównywalny do matek dzieci ze słuchem wydolnym oraz najniższy wśród wszystkich analizowanych grup stres zewnętrzny. Oznacza to, że osoby te przejawiały mniejszą tendencję do przeżywania frustracji związanej z poczuciem nieradzenia sobie z wymaganiami stawianymi przez otoczenie, poczucia bycia niesprawiedliwie ocenianym przez innych, braku wiary we własne możliwości oraz bezradności wobec czekających na nie zadań i obowiązków. W mniejszym stopniu odczuwały także niepokój, potrafiły relaksować się w różnych codziennych sytuacjach, przejawiały mniej drażliwości w relacjach interpersonalnych. Być może obniżony poziom napięcia emocjonalnego u matek był związany z ich pozytywnymi oczekiwaniami. Zdaniem wielu autorów (108–110) oczekiwania rodziców w związku z implantem ślimakowym są wysokie i dotyczą znaczącej poprawy funkcjonowania w sferze komunikacji, co może początkowo wpływać na poprawienie nastroju i wzbudzanie nadziei. Potwierdzają to wyniki badaczy (109,111) opisujących u rodziców intensyfikację lęku, strachu, smutku, złości przed faktem zaimplantowania dziecka oraz spadek natężenia tych emocji po wykonaniu zabiegu implantacji. Jednocześnie uważa się, że wysoki stres matek związany jest z brakiem

spodziewanego rozwoju ich dzieci w zakresie komunikacji w krótkim czasie po operacji. Potwierdzono także, że choć matki dzieci po implantacji wykazują wysokie oczekiwania w obszarach komunikacji, rozwoju społecznego i edukacyjnego, to są świadome wymagającego procesu rehabilitacji słuchu i mowy dzieci (112).

Odmienne wyniki dotyczące kondycji zdrowia psychicznego matek i ojców dzieci z implantem ślimakowym otrzymała Kobosko i współpracownicy (35). Zespół ten wykazał odczuwanie przez matki dzieci głuchych z implantem ślimakowym istotnie wyższego poziomu lęku i innych symptomów depresyjnych w porównaniu do matek dzieci o prawidłowym rozwoju. Obserwacje te nie są spójne z wynikami niniejszej pracy, gdzie grupa matek dzieci implantowanych deklarowała porównywalny do matek dzieci ze słuchem wydolnym poziom lęku i stresu, który był istotnie niższy od lęku i stresu matek dzieci z niedosłuchem średnim i głębokim bez implantu. Rozbieżność ta może wynikać m.in. z faktu, że dzieci z obydwu badań różniły się pod względem wieku, w którym został wszczepiony implant ślimakowy oraz czasu, który upłynął od momentu implantacji. W badaniach omawianych autorów (35) średni wiek dziecka w momencie wszczepu implantu ślimakowego wynosił niecałe 40 miesięcy, a czas korzystania z niego około 34 miesięcy. Oznacza to, że grupa badawcza znacząco różniła się od grupy w niniejszej pracy, gdzie wiek wszystkich dzieci nie przekraczał 24 miesięcy, a czas ich implantacji kształtował się między 12 a 18 miesięcy. Dane te mają najprawdopodobniej decydujące znaczenie w aspekcie emocji, jakie towarzyszą rodzicom implantowanych dzieci. Po pierwsze, szybsza implantacja daje większe szanse prawidłowego rozwoju funkcji komunikatywnych, a tym samym wyższą efektywność prowadzonej rehabilitacji logopedycznej, psychologicznej i pedagogicznej. Po drugie, badanie matek dzieci krótko po wszczepie implantu może wiązać się z ich pozytywnym nastawieniem do efektów terapii, optymistycznymi oczekiwaniami oraz brakiem konfrontacji z trudnymi przeżyciami związanymi z wielomiesięcznym procesem terapii słuchu i mowy. Inne badania (113) wykazały bowiem, że szybka interwencja medyczna w postaci zaopatrzenia w implant dzieci około 1 roku życia oraz wczesna opieka specjalistycznego zespołu rehabilitantów pozwalają w krótkim czasie na wychodzenie rodziców z traumy jaką jest głuchota dziecka, co powoduje obniżanie wskaźników lęku i depresji. Podobne wyniki otrzymali Noohi i in. (114), którzy w badaniu kohortowym analizowali lęk i depresję matek dzieci głuchych po wszczepie ślimakowym. Autorzy ci stwierdzili, że poziom depresji i lęku był znacząco wyższy u matek dzieci będących w procesie kwalifikacyjnym do wszczepu w porównaniu do matek

dzieci po implantacji. Wydaje się, że wszczep ślimakowy prowadził do obniżenia wskaźników lęku matek, jakkolwiek był on nadal wyższy niż w próbie kontrolnej matek dzieci ze słuchem prawidłowym. Zbliżone wnioski sformułowali Gurbuz i in. (115) na podstawie porównań poziomu lęku rodziców przed implantacją i po implantacji. Analizy te niezależnie od wpływu implantacji na stres rodziców miały na celu określenie znaczenia czynników osobowościowych i socjodemograficznych. Autorzy ci stwierdzili wyższy poziom lęku i neurotyzmu matek w porównaniu do ojców, uzasadniając to większym zaangażowaniem w opiekę. Jednocześnie wykazali, że poziom lęku znacząco spada u obojga rodziców po implantacji. Zależności pomiędzy czynnikami socjodemograficznymi a lękiem rodziców nie wykazały istotnych zależności z wyjątkiem dodatniej korelacji pomiędzy zarobkami ojców a poziomem lęku. Inaczej niż zakładano, mimo potencjalnie większych możliwości prowadzenia rehabilitacji swoich dzieci, ojcowie z wyższymi dochodami wykazywali większy stres. Jako wytłumaczenie tej obserwacji autorzy wskazują, że badana grupa lepiej zarabiających ojców była gorzej wykształcona i z tego powodu mniej świadoma możliwych konsekwencji i zagrożeń wynikających z niepełnosprawności ich dzieci. Powyższa konkluzja, dotycząca związku statusu ekonomicznego rodziny na rozwój jej niepełnosprawnego dziecka, nie jest zgodna z wynikami otrzymanymi w niniejszej pracy, gdzie takiej zależności nie udowodniono. Mimo to, jak wskazują liczne analizy przeprowadzone przez innych autorów, trudna sytuacja ekonomiczna w rodzinie trwająca od dłuższego czasu może stanowić istotny czynnik stresogenny, poprzez ujemny wpływ na jakość relacji interpersonalnych panujących w rodzinie, co może niekorzystnie wpływać na poziom rozwoju dziecka (60).

Jak wskazuje piśmiennictwo, stres oraz lęk odczuwany w związku z niepełnosprawnością dziecka mogą być modyfikowane przez inne zmienne, m.in. wsparcie społeczne, wykształcenie jednostki, status materialny i struktura rodziny. Zgodnie ze skalą wydarzeń stresowych Holmesa i Rahe'a (39) rodzina stanowi dla jednostki przestrzeń, w której pojawia się wiele wydarzeń stanowiących podstawę do odczuwania silnych emocji – zarówno pozytywnych jak negatywnych – będących źródłem stresu. Z jednej strony mogą być to dla większości osób pozytywne, przełomowe momenty w postaci ślubu czy urodzenia dziecka, z drugiej wydarzenia traumatyczne, jak na przykład śmierć czy choroba najbliższych osób – w tym diagnoza niepełnosprawności dziecka. Zdaniem Plopy (41) silny czynnik stresogenny stanowią m.in. konflikty małżeńskie oraz brak równości między partnerami w zakresie wypełniania ról i obowiązków. Może to powodować u nadmiernie

obciążonej osoby silną frustrację, niezadowolenie, poczucie niesprawiedliwości czy osamotnienia. Szczególnie narażone na wymienione czynniki są rodziny posiadające dzieci z różnorodnymi problemami – zachowania, deficytami intelektualnymi czy niepełnosprawnością fizyczną (49).

W niniejszej pracy nie poddano analizie związku struktury rodziny z odczuwanym przez matki stresem, gdyż rozkład zmiennej dotyczący posiadania rodziny pełnej lub bycia samotnym rodzicem nie był równomierny. Jedynie niecałe 3% badanej grupy stanowiły matki samotnie wychowujące dziecko, a pozostała część respondentek deklarowała posiadanie rodziny pełnej. Dostępna literatura podaje jednak przykłady, że samotne rodzicielstwo jest czynnikiem podnoszącym poziom lęku i stresu jednostki (116). Porównania przeprowadzone podczas prac normalizacyjnych Kwestionariusza Poczucia Stresu zastosowanego w niniejszej pracy wykazały, że większe napięcie emocjonalne odczuwały kobiety żyjące w nieformalnych związkach w odniesieniu do mężatek, natomiast najwyższy poziom stresu intrapsychnicznego stwierdzono u panien w kontekście pozostałych wymienionych grup. Jak wskazują dotychczasowe badania, posiadanie satysfakcjonującego związku małżeńskiego bądź partnerskiego stanowiło czynnik chroniący przed negatywnymi skutkami stresu. Osoby samotne gorzej radziły sobie ze stresorami i prezentowały słabszą kondycję psychofizyczną (86).

Uzyskane wyniki nie wykazały wpływu poziomu wykształcenia matek oraz ich miejsca zamieszkania na odczuwany przez nie stres. Wyniki te częściowo są zbieżne z wnioskami innych autorów. Kowalska (117) w analizie dotyczącej jakości życia słyszących matek dzieci głuchych również wskazała brak związku tej zmiennej zarówno z wykształceniem, jak miejscem zamieszkania oraz wiekiem respondentek. Z kolei Płopa (41) wykazał zależność stresu ogólnego i wykształcenia, gdzie największe natężenie stresu dotyczyło kobiet z wyższym wykształceniem, w odróżnieniu od osób z wykształceniem podstawowym i zawodowym, które uzyskały niższe wskaźniki w badanym zakresie. W analizie tej również miejsce zamieszkania istotnie zróżnicowało grupę osób deklaruujących różny poziom odczuwanego stresu – większy poziom stresu dotyczył kobiet zamieszkałych w dużym mieście w odróżnieniu od osób pochodzących z małego miasta. Badanie w zakresie omawianej zmiennej nie wykazało różnic pomiędzy osobami pochodzącymi ze wsi oraz średniego miasta. Podobne wyniki osiągnęli Amini i wsp. (118), którzy wykazali związek pomiędzy satysfakcją, niepokojem i lękiem a miejscem zamieszkania rodziców.

Osoby z małych miejscowości wykazywały obniżony poziom satysfakcji i większy poziom lęku, co w tym przypadku było najprawdopodobniej związane z ograniczonym dostępem do opieki zdrowotnej. Badania Pruszewicza i Sekuli (33) wykazały natomiast istotny wpływ miejsca zamieszkania na czas przeprowadzenia diagnozy oraz wdrożenia procesu rehabilitacji dziecka niedosłyszącego. Bardziej oddalone od centrum rehabilitacji miejsce zamieszkania opóźniało podjęcie kroków w kierunku diagnozy i rehabilitacji, co stanowiło czynnik negatywnie wpływający na skuteczność leczenia. Wynik omawianej zależności mógł być spowodowany między innymi mniejszą niż obecnie dostępnością placówek rehabilitujących dzieci (np. w małych miastach), ograniczoną możliwością transportu z uwagi na słabsze połączenia komunikacyjne czy ograniczony dostęp do informacji, co aktualnie większości zapewnia powszechny w użyciu Internet.

Dostępna literatura opisująca aspekt stresu rodziców dzieci z niepełnosprawnością, w tym z uszkodzonym słuchem, podkreśla znaczenie ogólnie przyjętego wsparcia społecznego, jako czynnika będącego moderatorem bądź mediatorem reakcji stresowych (119). Liczne analizy potwierdzają, że szeroko rozumiane zasoby społeczne jednostki mają istotny wpływ na jakość jej funkcjonowania zdrowotnego, w tym psychicznego (45,105). Osoby posiadające i dostrzegające w swoim otoczeniu innych, stanowiących potencjalne źródło wsparcia, w sytuacji doznawania silnego i chronicznego stresu przejawiają niższe wskaźniki lęku, rzadziej skupiają się na negatywnych doznaniach, jedynie przejściowo i nieznacznie sygnalizują spadek jakości życia (55,105). Spostrzegane i otrzymywane wsparcie społeczne przez jednostkę aktywnie poprawia jej proces radzenia sobie w sytuacjach trudnych, a jego brak stanowić może istotne źródło silnego stresu (82). Wsparcie może być dostarczane w różnym czasie i z wielu poziomów funkcjonowania społecznego. Do najczęściej wymienianych w literaturze należą instytucje, organizacje samopomocowe, środowisko miejsca pracy oraz znajomi, przyjaciele i rodzina (25,79,86).

W kontekście dzieci z głębokim ubytkiem słuchu istotny element wsparcia społecznego stanowi wsparcie instrumentalne w postaci zaopatrzenia ich w implanty ślimakowe. Dotychczasowe badania wskazują, że dzieci głuche, zaimplantowane odpowiednio wcześnie mają szansę na rozwój funkcji komunikatywnych, co w konsekwencji warunkuje ich prawidłowe funkcjonowanie psychospołeczne (120). Badania Mocarskiej i zespołu (121) potwierdziły, że w grupie badanych dzieci fakt implantacji sprzyjał rozwojowi ich mowy oralnej, hamował zachowania nieakceptowane społecznie,

umożliwił częstsze nawiązywanie satysfakcjonujących relacji interpersonalnych. Ankiety przeprowadzone wśród rodziców wykazały również pozytywny efekt zabiegu na najbliższą rodzinę – rodzice nie tylko deklarowali wysokie zadowolenie z przeprowadzonej operacji, sygnalizowali przede wszystkim poprawienie własnego stanu emocjonalnego, relacji rodzinnych oraz podniesienia jakości życia rodziny.

Przeprowadzone na potrzeby niniejszej pracy badania potwierdziły istotny związek wsparcia społecznego z lękiem i stresem odczuwanym przez matki. Matki dzieci z uszkodzonym słuchem otrzymujące wsparcie społeczne deklarowały istotnie niższy poziom odczuwanego lęku i stresu w porównaniu do osób sygnalizujących całkowity brak wsparcia. Jednocześnie matki sygnalizujące znaczące deficyty w zakresie analizowanych rodzajów wsparcia charakteryzowały się w większości wysokim poziomem napięcia emocjonalnego, stresu zewnętrznego oraz stresu ogólnego. Niższy poziom stresu ogólnego oraz napięcia emocjonalnego zaobserwowano u osób uzyskujących średni i wysoki poziom wsparcia informacyjnego, emocjonalnego i wartościującego. Osoby pozbawione wsparcia deklarowały wysokie wskaźniki mierzonej cechy. Wnioski te częściowo można porównać z wynikami badań przeprowadzonymi przez Borowicz (119), która analizując ogólne wsparcie płynące od konkretnych grup społecznych wykazała jego pozytywny wpływ na redukcję stresu rodziców dzieci z uszkodzonym słuchem. Wyjątek stanowiły dane dotyczące wsparcia uzyskiwanego od specjalistów zatrudnionych w poradniach psychologiczno-pedagogicznych lub od dorosłych osób słabosłyszących i głuchych – w tym przypadku poziom stresu wzrastał w zakresie gotowości do akceptacji dziecka. Zgodnie z założeniami, także poziom lęku odczuwanego przez matki zbadany w niniejszej pracy uzależniony był od uzyskiwanego przez nie wsparcia społecznego. Prawie wszystkie obszary badanego wsparcia – informacyjnego, instrumentalnego, emocjonalnego oraz ogólnego – uzyskiwanego na poziomie średnim i wysokim obniżały poziom lęku matek. Oznacza to, że dla matek dzieci z niedosłuchem istotne były zarówno takie aspekty jak przekazywanie pozytywnych emocji, troska, zainteresowanie, poczucie opieki, wzmacnianie poczucia własnej wartości oraz udzielanie bardziej konkretnej pomocy w postaci wiedzy, instrukcji działania, czy środków finansowych.

Należy podkreślić, że w niniejszej pracy wpływ wsparcia społecznego na funkcjonowanie matek dzieci z uszkodzonym słuchem badano także w kontekście preferowanych przez nie stylów radzenia sobie ze stresem. Zgodnie z koncepcją Lazarusa

radzenie sobie ze stresem ma związek m.in. z oceną wtórną sytuacji stresowej i jest wypadkową trzech poziomów funkcjonowania jednostki: fizjologicznej, psychologicznej i społecznej. W opinii wielu autorów (50) komponenty fizjologiczne tworzą m.in. czynniki genetyczne i hormonalno-immunologiczne; psychologiczne – osobowość, potrzeby, inteligencja; społeczny aspekt radzenia sobie ze stresem związany jest natomiast z osadzeniem jednostki w danej kulturze, gdzie obowiązują określone normy, określony system wsparcia i grup odniesienia, np. rodziny (41). Na podstawie konstruktów teoretycznych przyjmuje się, że proces radzenia można określić jako zmienne wysiłki behawioralne i poznawcze zmierzające do opanowania zewnętrznych i wewnętrznych wymagań środowiska, ocenianych jako zagrażających dobrostanowi jednostki (40,48). Badanie przeprowadzone na potrzeby niniejszej pracy nie wykazało związku pomiędzy stylem radzenia sobie ze stresem przez matki a poziomem rozwoju ich dzieci. Oznacza to, że dzieci matek reagujących w sytuacji stresu zadaniowo, emocjonalnie lub unikowo prezentowały zbliżony rozwój w zakresie poszczególnych sfer rozwojowych. Wyniki te w części są sprzeczne z wnioskami uzyskanymi przez innych autorów. Margalit z zesp. (122) badając rodziców dzieci z zaburzeniami rozwojowymi wykazali, że w porównaniu do rodziców dzieci o prawidłowym rozwoju preferują oni unikowy styl radzenia sobie ze stresem. Z kolei Dąbrowska i Pisula (123) porównywały styl radzenia sobie ze stresem rodziców dzieci z autyzmem, zespołem Downa i rozwojem prawidłowym. Udowodniły one, że styl skoncentrowany na unikaniu dominuje jedynie u rodziców dzieci z autyzmem i oscyluje wokół zachowań związanych z poszukiwaniem kontaktów towarzyskich. Nie wykazano natomiast różnic w zakresie badanych stylów pomiędzy rodzicami dzieci z porażeniem mózgowym a rodzicami dzieci zdrowych. Jak wskazują badania Kobosko (124), matki dzieci głuchych i słabosłyszących w porównaniu do ojców tych dzieci, w sytuacjach problemowych stosowały styl skoncentrowany na emocjach.

W podsumowaniu wszystkich twierdzeń niniejszej pracy i użytej metodologii należy podkreślić, że jednostki mogą reagować w różnorodny sposób, co uwarunkowane jest zarówno ich cechami indywidualnymi jak i odmiennym kontekstem sytuacyjnym w którym się znalazły (72). Wielu badaczy zwraca uwagę na fakt złożoności procesu radzenia sobie i stosowania określonych strategii w konkretnych sytuacjach trudnych (45,125). Jak zauważa Plopa (41) implikuje to określone konsekwencje w stosowanej metodologii, gdzie zbyt często w badaniach autorzy koncentrują się wyłącznie na

podjętych strategiach obronnych w danej sytuacji. Przeprowadzone badania jednoznacznie wykazały istotny wpływ niedosłuchu dziecka na jego rozwój oraz funkcjonowanie emocjonalne ich matek. W tym aspekcie na szczególną uwagę zasługuje znaczenie możliwości wszczepienia głęboko niesłyszącemu dziecku implantu ślimakowego. Z jednej strony fakt implantacji nie zwalnia z konieczności prowadzenia systematycznej rehabilitacji słuchu i mowy dziecka w specjalistycznych ośrodkach, przy jednoczesnym pełnym zaangażowaniu i współpracy rodziców. Z drugiej strony - jak wskazuje wielu badaczy i co dowiodły analizy niniejszej pracy – dzieci zaopatrzone w implant ślimakowy, w odróżnieniu od ich rówieśników z głębokim niedosłuchem, przejawiają wyższy poziom rozwoju psychofizycznego, korzystniej funkcjonują społecznie. Wszczepienie implantu jako metody chirurgicznego leczenia głuchoty stanowi aktualnie najlepszą możliwość dla dzieci niesłyszących na opanowanie mowy dźwiękowej na drodze słuchowej. W obserwacjach skutkuje to łatwiejszym identyfikowaniem dźwięków z otoczenia, a w konsekwencji rozwojem mowy. Doświadczenia i analizy wskazują, że grupa dzieci poddana implantacji osiąga zdolność konstruowania zdań oraz prawidłowej intonacji i rytmu wypowiedzi, jaka nie jest możliwa do uzyskania przez osoby głęboko niesłyszące, posługujące się wyłącznie aparatem słuchowym (1). Badania dzieci w wieku przedszkolnym potwierdzają, że dzieci z implantem korzystają z możliwości zdobywania pozytywnych doświadczeń w kontaktach ze słyszącą grupą rówieśniczą, co jednoznacznie wpływa na poprawienie jakości ich życia (120); w przyszłości natomiast pozwoli na pełne uczestnictwo w życiu społecznym i kulturalnym otoczenia oraz możliwość funkcjonowania na równi z osobami słyszącymi.

6. Wnioski

Przeprowadzone badania miały na celu znalezienie odpowiedzi na pytania, czy i jakie czynniki psychospołeczne wpływają na rozwój dziecka z niedosłuchem, w jaki sposób uszkodzenie słuchu dziecka modyfikuje jego rozwój, w jakim stopniu niedosłuch wpływa na stres i lęk matek, a także czy poziom stresu i lęku matek uzależniony jest od uzyskiwanego przez nie wsparcia społecznego.

Wśród badanych czynników psychospołecznych uwzględniono: poziom i rodzaj stresu odczuwanego przez matkę, poziom lęku matki, natężenie i rodzaj wsparcia społecznego otrzymywanego przez matkę, styl radzenia sobie ze stresem przez matkę, wykształcenie matki, status ekonomiczny rodziny, wiek matki oraz miejsce zamieszkania rodziny. W badaniu określono i uwzględniono poziom uszkodzenia słuchu dziecka oraz poziom rozwoju dziecka w czterech sferach rozwojowych: *Motoryki dużej*, *Motoryki małej*, *Rozwoju społeczno-emocjonalnego* i *Komunikacji*.

Poddano badaniu zależności pomiędzy zmiennymi, przeprowadzając analizę liniowej współzależności oraz wykonując korelacje poprzez porównania wewnątrzgrupowe zmiennej zależnej (*Rozwój dziecka*, *Poziom stresu*, *Poziom lęku*) uwzględniając poszczególne podskale badanych czynników.

W pracy wykazano:

1. Istnienie przyczynowego związku pomiędzy uszkodzeniem słuchu dziecka a badanymi obszarami jego rozwoju: większy ubytek słuchu powodował słabsze funkcjonowanie dzieci w analizowanych sferach. Jednak dzieci z głębokim niedosłuchem zaopatrzone w implant ślimakowy w części badanych obszarów rozwojowych funkcjonowały lepiej od grupy dzieci z podobnym uszkodzeniem słuchu, zaopatrzonych w aparaty słuchowe.
2. Istnienie związku pomiędzy uszkodzeniem słuchu dziecka a odczuwanym przez matkę stresem i lękiem. Większy poziom stresu i lęku cechował matki dzieci z różnym stopniem niedosłuchu w porównaniu do matek dzieci ze słuchem wydolnym. Fakt zaimplantowania dziecka z głębokim niedosłuchem wszczepem ślimakowym wpływał na obniżenie natężenia stresu i lęku. Istnieje związek pomiędzy stresem i lękiem matki, a uzyskiwanym przez nią wsparciem społecznym. Matki otrzymujące większe wsparcie społeczne w poszczególnych

jego wymiarach charakteryzowały się niższym poziomem odczuwanego stresu i lęku.

3. Istnienie związku pomiędzy otrzymywanym przez matkę wsparciem społecznym w zakresie wsparcia instrumentalnego a poziomem rozwoju dziecka w zakresie większości sfer rozwojowych. Brak wsparcia instrumentalnego wpływa na słabszy rozwój dziecka w porównaniu do grup dzieci, których matki otrzymują wyższy poziom wsparcia.
4. Istnienie związku pomiędzy stresem i lękiem odczuwanym przez matkę a częścią badanych sfer rozwojowych dziecka. W zakresie badanych zmiennych istnieje dwukierunkowa zależność: z jednej strony nastawienie lękowe oraz wysokie wskaźniki stresu matek mogą warunkować słabszy rozwój dziecka, z drugiej – opóźniony rozwój dziecka wpływa zwrótnie na podwyższenie poziomu stresu i lęku matek.
5. Badanie nie wykazało wpływu takich czynników jak: styl radzenia sobie ze stresem, wykształcenie matki, status ekonomiczny rodziny na rozwój dziecka, a także wykształcenia matki oraz miejsca zamieszkania na odczuwany poziom stresu.

Wnioski wynikające z przeprowadzonych analiz wskazują kierunki postępowania dla zespołów terapeutycznych dzieci i ich matek: położenie nacisku na wsparcie społeczne celem redukcji stresu i lęku matek. Jak wykazano, słabszy rozwój dziecka wpływał na podwyższenie lęku i stresu matek, co wtórnie wpływało ujemnie na poszczególne sfery rozwojowe dziecka z wadą słuchu. Fakt posługiwania się dzieckiem z głębokim niedosłuchem implantem ślimakowym wpływał korzystnie zarówno na jego rozwój globalny, jak i na obniżenie wskaźników lęku i stresu matek, co wtórnie mogło przyczynić się do lepszej stymulacji rozwoju dziecka.

7. Streszczenie

Zdiagnozowanie u dziecka wady słuchu jest dla jego rodziców szokiem i w większości wywołuje kryzys emocjonalny, któremu towarzyszy silny stres i lęk. Najczęściej osobami, które biorą na siebie obowiązek zajmowania się dzieckiem są ich matki. Diagnoza niedosłuchu dziecka powoduje pojawienie się nowych wyzwań, m.in. konieczności prowadzenia systematycznych badań słuchu, wykluczenia dodatkowych nieprawidłowości w rozwoju, wizyty u specjalisty w celu dopasowania aparatów słuchowych, podjęcia wieloletniej logopedycznej i psychologicznej rehabilitacji słuchu i mowy dziecka oraz prowadzenia systematycznej pracy w domu z dzieckiem wg wskazań specjalistów. To, w jaki sposób matki poradzą sobie z tymi wyzwaniami zależy w dużej mierze od ich stylu radzenia sobie w sytuacjach trudnych, posiadanych zasobów psychicznych, a także otrzymywanego wsparcia społecznego. Wpływa to na rozwój dziecka nie tylko w postaci podjęcia odpowiednich działań rewalidacyjnych ale również wytworzenia optymalnej dla rozwoju atmosfery emocjonalnej wśród osób dziecku najbliższych. Jak wskazują badania, prezentowana przez matkę postawa wobec dziecka bezpośrednio wpływa na jego rozwój emocjonalny. Wszelkie nieprawidłowości w tym zakresie, m.in. izolowanie się emocjonalne od dziecka, nastawienie lękowe czy unikanie konfrontacji z sytuacją trudną, mogą stanowić czynnik ryzyka pojawienia się u dziecka wtórnych zaburzeń rozwojowych.

Celem pracy było określenie wpływu czynników psychospołecznych matek dzieci z uszkodzonym słuchem na ich rozwój. Ocenie poddano poziom rozwoju dziecka z uwzględnieniem diagnozy poziomu słyszenia, ponadto za pomocą kwestionariuszy zbadano poziom lęku i stresu matek, określono ich dominujący styl radzenia sobie ze stresem oraz natężenie otrzymywanego wsparcia społecznego.

Materiał badań stanowiło 75 dzieci hospitalizowanych w latach 2013-2015 na Oddziale Klinicznym Foniatrii i Audiologii Szpitala Klinicznego im. H. Święcickiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Badaniem objęto 75 dzieci w wieku od 12. do 24. miesiąca życia wraz z matkami. Spośród analizowanej grupy 27 dzieci miało słuch wydolny, 16 dzieci niedosłuch średniego stopnia, 18 niedosłuch głęboki z zaleconym stosowaniem aparatów słuchowych, 14 dzieci z głębokim niedosłuchem miało wszczepiony implant ślimakowy. Metodyka badań obejmowała przeprowadzenie oceny

poziomu rozwoju dziecka za pomocą Skali Rozwojowej INSITE, następnie matka dziecka wypełniała następujące kwestionariusze: Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI, Kwestionariusz Poziomu Stresu, Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS, Skalę Wsparcia Społecznego oraz Ankietę Socjodemograficzną.

Analizie poddano zależności pomiędzy zmiennymi, przeprowadzając analizę liniowej współzależności oraz wykonując korelacje poprzez porównania wewnątrzgrupowe zmiennych, uwzględniając poszczególne podskale badanych czynników.

Przeprowadzone badania wykazały, że istnieje przyczynowy związek pomiędzy uszkodzeniem słuchu dziecka a badanymi obszarami jego rozwoju: większy ubytek słuchu powodował słabsze funkcjonowanie dzieci w analizowanych sferach. Jednak dzieci z głębokim niedosłuchem z wszczepionym implantem ślimakowym, w części badanych obszarów rozwojowych funkcjonowały lepiej od grupy dzieci z podobnym lub mniejszym uszkodzeniem słuchu, zaopatrzonych w aparaty słuchowe. Wykazano również związek pomiędzy uszkodzeniem słuchu dziecka, a odczuwanym przez matkę stresem i lękiem. Większy poziom stresu i lęku cechował matki dzieci z różnym stopniem niedosłuchu w porównaniu do matek dzieci ze słuchem wydolnym. Fakt zaimplantowania dziecka z głębokim niedosłuchem wszczepem ślimakowym wpływał na obniżenie natężenia stresu i lęku. Wykazano związek pomiędzy stresem i lękiem matki, a uzyskiwanym przez nią wsparciem społecznym. Matki otrzymujące większe wsparcie społeczne w poszczególnych jej wymiarach charakteryzowały się niższym poziomem odczuwanego stresu i lęku.

Zaobserwowano zależność między otrzymywanym przez matkę wsparciem społecznym w zakresie wsparcia instrumentalnego a poziomem rozwoju dziecka w zakresie większości sfer rozwojowych. Brak wsparcia instrumentalnego wpływał na słabszy rozwój dziecka w porównaniu do grup dzieci, których matki otrzymują wyższy poziom wsparcia. Przeprowadzona analiza wykazała też odwrotny związek pomiędzy poziomem stresu i lęku odczuwanym przez matkę a częścią badanych sfer rozwojowych dziecka. W zakresie badanych zmiennych istnieje dwukierunkowa zależność: z jednej strony nastawienie lękowe oraz wysokie wskaźniki stresu matek mogą warunkować słabszy rozwój dziecka, z drugiej – opóźniony rozwój dziecka wpływać zwrotnie na podwyższenie poziomu stresu i lęku matek.

Badanie nie wykazało wpływu stylu radzenia sobie ze stresem, wykształcenia matki, statusu ekonomicznego rodziny na rozwój dziecka. Nie wykazano również, by takie czynniki socjoekonomiczne jak wykształcenie matki oraz jej miejsce zamieszkania wpływały na poziom jej stresu we wczesnym okresie rehabilitacji dziecka z zaburzeniami słuchu.

Summary

A hearing impairment diagnosis in a child is a shock for parents and causes an emotional crisis in a majority of them which is accompanied by severe stress and anxiety. It is usually the mother, who assumes the duty of taking care of her child. The hearing impairment diagnosis results in the appearance of new challenges, including the necessity of regular hearing examinations, exclusion of additional developmental irregularities, an appointment with a specialist to choose a hearing aid, undertaking of long-term speech therapy and hearing rehabilitation of the child and regular work with the child at home according to specialists' recommendations. How mothers are able to handle these challenges largely depends on their style of coping with difficult situations, their mental resources and also the social support they receive. It influences the child's development not only in the form of undertaking appropriate revalidation actions, but also by creating an emotional atmosphere among the child's family, which will be optimal for the child's development. As shown by research, the mother's attitude towards the child has a direct influence on the child's emotional development. All irregularities in this area, including emotional isolation from the child, anxiety or avoidance of confrontation with a difficult situation, may constitute a risk factor for the appearance of secondary developmental disorders in the child.

The aim of the study was to determine the influence of psychosocial factors of mothers of children with hearing impairment on their development. The child's level of development was assessed taking into consideration the hearing impairment diagnosis and the mothers' anxiety and stress levels were measured. Also, their dominant style of coping with stress and the intensity of social support received were determined.

Children diagnosed in the years 2013-2015 in Newborn Hearing Screening at the

Clinical Department of Phoniatics and Audiology, Heliodor Świącicki Clinical Hospital of the Poznan University of Medical Sciences took part in the study. The study included 75 children at ages ranging from 12 to 24 months, together with their mothers. In the analysed group, the hearing of 27 children was functional, 16 children suffered from medium hearing loss, 18 from severe hearing loss with recommended use of hearing aids and 14 children with profound hearing loss had a cochlear implant. The research method included an assessment of the child's developmental level using the INSITE Developmental Scale and next the mother filled in the following questionnaires: State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Coping Inventory for Stressful Situations (CISS), Social Support Scale and Socio-Demographic Survey.

The relationship between variables was analysed by performing linear dependence analysis and by performing correlations by intragroup comparisons of variables, taking into account individual sub-scales of analysed factors.

The research showed that there existed a causal link between hearing impairment in a child and the tested areas of their development: more severe hearing loss caused poorer functioning of children in the tested areas. However, children with profound hearing impairment with a cochlear implant in some of the tested developmental areas functioned better than the group of children with similar or lower hearing impairment, who wore hearing aids. Also, a relationship was shown between the hearing impairment in the child and stress and anxiety felt by the mother. Mothers of children with hearing impairment have a higher level of stress and anxiety, as compared to mothers of children with functional hearing. The fact of implanting a cochlear implant in children with profound hearing impairment reduced the intensity of stress and anxiety. A relationship was shown between the mother's stress and anxiety and social support she received. Mothers receiving greater social support in its individual dimensions were characterised by a lower level of stress and anxiety they felt.

A relationship was observed between social support received by the mother as regards instrumental support and the child's developmental level as regards the majority of developmental areas. The lack of instrumental support had an influence on the child's poorer development, as compared to groups of children whose mothers receive a higher level of support. The performed analysis also showed a reverse relationship between the

stress and anxiety level felt by the mother and some of the child's developmental areas. As regards the tested variables, a opposite relationship exists: on the one hand, anxiety and high stress indices in mothers may cause the child's poorer development; on the other hand, the child's delayed development may increase the mother's stress and anxiety levels.

The study did not show the influence of the mother's style of coping with stress, her education, the family's economic status on the child's development. Socioeconomic factors, such as the mother's education or her place of residence, were not shown to influence her stress level in the early period of the rehabilitation of her child with impaired hearing.

8. Piśmiennictwo

1. Pruszewicz A, Szyfter W, Kawczyński M. Zmiany w wyrazistości i zrozumiałości głosek u dzieci posługujących się wszczepem ślimakowym. *Otolaryngol Pol.* 2004;58(5):965–70.
2. Pruszewicz A. *Audiologia Kliniczna. Zarys.* Poznań: Wydawnictwo UM; 2010
3. Yoshinaga-Itano C. Benefits of early intervention for children with hearing loss. *Otolaryngol Clin North Am.* 1999;32(6):1089–102.
4. Mencher GT, Devoe SJ. Universal newborn screening: a dream realized or a nightmare in the making? *Scand Audiol.* 2001;30(2):15–21.
5. Eisenberg RB, Griffin EJ, Coursin DB, Hunter MA. Auditory behavior in the human neonate: A preliminary report. *J Speech Lang Hear Res.* 1964;7(3):245–69.
6. SURG1995 OH, others. Joint Committee on Infant Hearing 1994 Position Statement. *Otolaryngol-Head Neck Surg.* 1995;113(3):191–6.
7. The European consensus development conference on neonatal hearing screening. In Milan: *European Archives of Otorhinolaryngology*; 1998. 521–2.
8. Borkowska-Gertig D, Potyrała B, Rzędowska Z, Sobieszcańska-Radoszewska Ł, Urbańska J. Testy słuchowe dla dzieci do użytku poradni otolaryngologicznej (Krajowy Program Ochrony Słuchu Dziecka). *Otolaryngol Pol.* 1971;25(5):505–12.
9. Pruszewicz A, Obrebowski A. Distinction and discrimination of speech sounds in a 1-syllable test for children. *Otolaryngol Pol* 1970;24(4):447.
10. Pruszewicz A, Obrębowski A, Zgorzalewicz B. Selected problems in the hearing, voice and speech disturbances in the extrapyramidal form of cerebral palsy. *Folia Phoniatri Logop.* 1977;29(4):302–10.
11. Góralówna M, Geremek A, Mueller-Malasińska M. Badania przesiewowe słuchu u noworodków i niemowląt w aglomeracji warszawskiej. Warszawa: Biuletyn Cochlear Center; 1995. 12-18
12. Jackowska J. Ocena słuchu dzieci z czynnikami ryzyka monitorowanych w Programie Powszechnych Przesiewowych Badań Słuchu u Noworodków, u których nie zdiagnozowano niedosłuchu. Poznań: Klinika i Katedra Foniatrii i Audiologii Uniwersytetu Medycznego im. K.Marcinkowskiego w Poznaniu; 2011. 6–18.
13. Obrębowski A. Czynniki ryzyka w etiologii niedosłuchów odbiorczych u dzieci. *Logopedia.* 1993;20:125–30.

14. Obrębowski A, Pruszewicz A. Uwagi do organizacji skryningu słuchowego u dzieci. *Otolaryngol Pol.* 1996;3:34–9.
15. Radziszewska-Konopka M. Program Powszechnych Przesiewowych Badań Słuchu u Noworodków w Polsce organizowany przez Fundację Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy. *Pr Nauk Politech Warsz Elektron.* 2006;(157):65–72.
16. Szyfter W, Wróbel M, Karlik M, Greczka G. Polski program powszechnych przesiewowych badań słuchu noworodków - 10 lat doświadczeń: wczesne interwencje - korzyści oraz wyjaśnienie, dlaczego “wczesne” badania wciąż nie są standardową praktyką. *Audiol Neurotol.* 2013;18(1):3–31.
17. Sekula A, Obrębowski A, Hashimoto A, Jackowska J, Świdziński P. Analysis of the results of auditory universal neonatal hearing screening (UNHS) during 2002-2006 in Phoniatrics and Audiology Department of the Medical University in Poznań. *Arch Perinat Med.* 2007;13(1):53–5.
18. Consensus on auditory implant. In Marseille; 2007.
19. Stengel-Rutkowski S, Anderlik L. Możliwości oraz potrzeby dzieci z zespołami uwarunkowanymi genetycznie. W: Dykcik W. (red). Wspomaganie rozwoju i rehabilitacja dzieci z genetycznie uwarunkowanymi zespołami zaburzeń. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Polskiego Towarzystwa Pedagogicznego; 2004. 67–92.
20. Hoff LA. *People in Crisis: Understanding and Helping.* San Francisco: Jossey-Bass; 1995.
21. Kubacka-Jasiecka D. Kryzys psychologiczny. W: Kubacka-Jasiecka D. (red). *Interwencja kryzysowa Pomoc w kryzysach psychologicznych.* Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne; 2010. 25–40.
22. Caplan G. Emotional Crisis. In: Fishbein H, Deutsch M, editors. *The Encyclopedia of Mental Health.* New York: Basic Books; 1963.
23. Caplan G. *Support system and community mental health.* New York: Behavioral Publications; 1974.
24. Lindemann E. Symptomatology and management of acute grief. *Am J Psychiatry.* 1944;101(2):141–8.
25. Kubacka-Jasiecka D. Wsparcie społeczne jako podstawa oddziaływania interwencyjnego. W: Kubacka-Jasiecka D. (red). *Interwencja kryzysowa Pomoc w kryzysach psychologicznych.* Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne; 2010. 165–87.
26. James R, Gilliland B. *Crisis intervention strategies.* Cengage Learning; 2012.
27. Breslow RE, Klinger BI, Erickson BJ. Crisis hospitalization on a psychiatric emergency service. *Gen Hosp Psychiatry.* 1993;15(5):307–15.

28. Kobosko J, Markowska J. Pomoc psychologiczna - dlaczego warto po nią sięgać? W: Kobosko J. (red). *Moje dziecko nie słyszy Materiały dla rodziców dzieci z wadą słuchu*. Warszawa: Stowarzyszenie Przyjaciół Osób Niesłyszących i Niedosłyszących "Człowiek-Człowiekowi"; 1999. 33–9.
29. Keirse M. Smutek, strata, żałoba. Jak sobie z nimi radzić? Jak pomóc innym? Radom: Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne; 2005. 24-50
30. Kosmałowa J. Do specjalistów w imieniu rodziców dziecka z wadą słuchu. W: Kobosko J. (red). *Moje dziecko nie słyszy Materiały dla rodziców dzieci z wadą słuchu*. Warszawa: Stowarzyszenie Przyjaciół Osób Niesłyszących i Niedosłyszących "Człowiek-Człowiekowi"; 1999. 23–32.
31. Ziemska M. Postawy rodzicielskie. Warszawa: Wiedza Powszechna; 1973. 55-80
32. Góralówna M, Hołyńska B. Rehabilitacja małych dzieci z wadą słuchu. Warszawa: PZWL; 1994.
33. Pruszewicz A, Sekula A. Hard-of-hearing children: Factors negatively influencing rehabilitation. *Folia Phoniatr Logop.* 1996;48(3):122–6.
34. Eichelberger W. Pomoż sobie. Daj światu odetchnąć. Warszawa: Agencja Wydawnicza TU; 1995.
35. Kobosko J, Geremek-Samsonowicz A, Skarżyński H. Problemy zdrowia psychicznego matek i ojców dzieci głuchych z implantem ślimakowym. *Otolaryngol Pol.* 2014;68(3):135–42.
36. Quittner AL, Steck JT, Rouiller RL. Cochlear implants in children: a study of parental stress and adjustment. *Otol Neurotol.* 1991;12:95–104.
37. Selye H. *The stress of life*. New York: McGraw-Hill; 1956.
38. Mason JW. A historical view of the stress field. *J Human Stress.* 1975;1(2):22–36.
39. Holmes TH, Rahe RH. The social readjustment rating scale. *J Psychosom Res.* 1967;11(2):213–8.
40. Lazarus RS. Cognitive and personality factors underlying threat and coping. W: Scyth NA. (red). *Social stress*. Aldine Press Chicago; 1970. 143.
41. Płopa M, Makarowski R. *Kwestionariusz Poczucia Stresu*. Warszawa: Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania; 2010. 14-86
42. Reykowski J. *Funkcjonowanie osobowości w warunkach stresu psychologicznego*. Warszawa: PWN; 1966.
43. Selye H. Forty years of stress research: principal remaining problems and misconceptions. *Can Med Assoc J.* 1976;115(1):53.

44. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull.* 1985;98(2):310–57.
45. Lazarus RS. Coping theory and research: past, present, and future. *Psychosom Med.* 1993;55(3):234–47.
46. Tomaszewski T. Aktywność człowieka. W: Maruszewski M, Tomaszewski T. (red). *Psychologia jako nauka o człowieku.* Warszawa: Książka i Wiedza; 1966. 197–252.
47. Szczepaniak P, Strelau J, Wrześniewski K. Diagnoza stylów radzenia sobie ze stresem za pomocą polskiej wersji kwestionariusza CISS Endlera i Parkera. *Przegląd Psychol.* 1996;39:187–210.
48. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal and Coping.* New York: Springer Publishing; 1984.
49. Heszen-Niejodek I. Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie. W: Strelau J. (red). *Psychologia Podręcznik Akademicki.* Gdańsk: GWP; 2005. 474–90.
50. Folkman S, Lazarus RS. The relationship between coping and emotion: Implications for theory and research. *Soc Sci Med.* 1988;26(3):309–17.
51. Hobfoll SE. Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *Am Psychol.* 1989;44(3):513.
52. Lane C, Hobfoll SE. How loss affects anger and alienates potential supporters. *J Consult Clin Psychol.* 1992;60(6):935.
53. Heszen I, Sęk H. Psychologiczno-społeczny kontekst zdrowia i choroby. W: Heszen I, Sęk H. (red). *Psychologia zdrowia.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2008. 160–76.
54. Hobfoll SE. Traumatic stress: A theory based on rapid loss of resources. *Anxiety Res.* 1991;4(3):187–97.
55. Terelak J. *Stres zawodowy: Charakterystyka psychologiczna wybranych zawodów stresowych.* Warszawa: Wydawnictwo UKSW; 2007. 56-90
56. Lis-Turlejska M. *Stres traumatyczny. Występowanie, następstwa, terapia.* Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak; 2006.
57. Wong PT. Effective management of life stress: The resource–congruence model. *Stress Med.* 1993;9(1):51–60.
58. Antonovsky A. *Health, stress and coping: new perspectives on mental and physical well-being.* San Francisco: Jossey-Bass; 1979.
59. Levi L. Psychosocial stress and disease: A conceptual model. W: Rahe R. (red). *Life stress and illness.* New York: Springfield: Thomas; 1974. 231–87.

60. Pearlin LI, Turner HA. The family as a context of the stress process. W: Cooper CL (red.). *Stress and health: issues in research methodology*. John Wiley & Sons Ltd; 1987. 143–65.
61. Dohrenwend BP, Dohrenwend BS. Perspectives on the past and future of psychiatric epidemiology. The 1981 Rema Lapouse Lecture. *Am J Public Health*. 1982;72(11):1271–9.
62. Vitaliano PP, DeWolfe DJ, Maiuro RD, Russo J, Katon W. Appraised changeability of a stressor as a modifier of the relationship between coping and depression: A test of the hypothesis of fit. *J Pers Soc Psychol*. 1990;59(3):582.
63. Strelau J, Jaworowska A, Wrześniewski K, Szczepaniak P. *Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych*. Podręcznik. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2005.
64. Strelau J. Style jako konstrukty psychologiczne podkreślające istnienie różnic indywidualnych w sposobach funkcjonowania człowieka. W: Strelau J. (red). *Wykłady z psychologii Psychologia różnic indywidualnych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2006. 298–308.
65. Carver CS. Coping. Kazdin AF. (red). *Encyclopedia of Psychology*. New York: Oxford University Press; 2000. 300–5.
66. Terry DJ. Determinants of coping: The role of stable and situational factors. *J Pers Soc Psychol*. 1994;66(5):895.
67. Lazarus RS, Launier R. Stress-related transactions between person and environment. W: Pervin LA. (red). *Perspectives in interactional psychology*. Springer; 1978. 287–327.
68. Terry DJ. Stress, coping and adaptation to new parenthood. *J Soc Pers Relatsh*. 1991;8(4):527–47.
69. Dyląg A. *Radzenie sobie ze stresem*. Warszawa: Fundacja Rozwoju Demokracji Ludowej; 2005.
70. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol*. 1989;56(2):267.
71. Miller SM. Monitoring and blunting: validation of a questionnaire to assess styles of information seeking under threat. *J Pers Soc Psychol*. 1987;52(2):345.
72. Endler NS, Parker JD. Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *J Pers Soc Psychol*. 1990;58(5):844–54.
73. Miller SM. Monitoring and blunting of threatening information: Cognitive interference and facilitation in the coping process. *Cogn Interf Theor Methods Find*. 1996;175–90.

74. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire). Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press; 1970.
75. Heszen-Niejodek I. Polska adaptacja kwestionariusza S.Folkman i R.S.Lazarusa do badania sposobów radzenia sobie ze stresem WCQ. Katowice: Uniwersytet Śląski; 1989.
76. Schwarzer R. Stress, resources, and proactive coping. *Appl Psychol Int Rev.* 2001;(50):400–7.
77. Greenglass E, Schwarzer R, Jakubiec D, Fiksenbaum L, Taubert S. The proactive coping inventory (PCI): A multidimensional research instrument. W: 20th International Conference of the Stress and Anxiety Research Society (STAR), Cracow, Poland. 1999. 14.
78. Pasikowski T, Sęk H, Greenglass E, Taubert S. Proactive Coping Inventory: Polish adaptation. *Pol Psychol Bull.* 2002;33:41–6.
79. Ilczuk G. Reakcja rodziców na wiadomość o wadzie słuchu dziecka. W: moje dziecko nie słyszy. Materiały dla rodziców dzieci z wadą słuchu. Warszawa: Stowarzyszenie Przyjaciół Osób Niesłyszących i Niedosłyszących “Człowiek-Człowiekowi”; 1999.
80. McGrath JE, Beehr TA. Time and the stress process: Some temporal issues in the conceptualization and measurement of stress. *Stress Med.* 1990;6(2):93–104.
81. Sęk H. Rola wsparcia społecznego w sytuacjach stresu życiowego. O dopasowaniu wsparcia do wydarzeń stresowych. W: Sęk H, Cieślak R. (red). Wsparcie społeczne, stres i zdrowie. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2004. 110–123.
82. Beehr TA, King LA, King DW. Social support and occupational stress: Talking to supervisors. *J Vocat Behav.* 1990;36(1):61–81.
83. Helgeson VS. Two Important Distinctions in Social Support: Kind of Support and Perceived Versus Received. *J Appl Soc Psychol.* 1993;23(10):825–45.
84. Tardy CH. Social support measurement. *Am J Community Psychol.* 1985;13(2):187–202.
85. Jacobson DE. Types and timing of social support. *J Health Soc Behav.* 1986;250–64.
86. Pratt L. The social support functions of the family. *Health Promot Res New Epidemiol Cph WHO.* 1991;229–51.
87. Knoll N, Schwarzer R. Wsparcie społeczne, stres, choroba i śmierć. W: Sęk H, Cieślak R. (red). Wsparcie społeczne, stres i zdrowie. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2004. 50–61.
88. Cieślak R, Elias A. Wsparcie społeczne a osobowość. W: Sęk H, Cieślak R. (red). Wsparcie społeczne, stres i zdrowie. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2004. 88.

89. Cieślak R. Wsparcie społeczne - problemy i techniki pomiaru. W: Sęk H, Cieślak R. (red). Wsparcie społeczne, stres i zdrowie. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2004. 120.
90. Wrześniewski K, Włodarczyk D. Rola wsparcia społecznego w leczeniu i rehabilitacji osób po zawale serca. W: Sęk H, Cieślak R. (red). Wsparcie społeczne, stres i zdrowie. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2004.
91. Cieślak R, Klonowicz T. Wsparcie społeczne a stres pracy i bezrobocia. W: Sęk H, Cieślak R. (red). Wsparcie społeczne, stres i zdrowie. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2004. 168.
92. Bartholomew K, Cobb RJ, Poole JA. Adult attachment patterns and social support processes. W: Sarason N. (red). Sourcebook of social support and personality. Springer; 1997. 359–78.
93. Turuk-Nowak T. Ruch samopomocy wśród chorych onkologicznie. W: Kubacka-Jasiecka D, Lipowska-Teutsch A. (red). Oblicza kryzysu i pracy interwencyjnej. Kraków: Wydawnictwo ALL; 1997.
94. Sęk H. Pomoc psychologiczna w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych. W: Sęk H. (red). Psychologia kliniczna. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2005. 246–55.
95. Cohn JF, Tronick EZ. Mother-infant face-to-face interaction: Influence is bidirectional and unrelated to periodic cycles in either partner's behavior. *Dev Psychol.* 1988;24(3):386.
96. Branicka H. Trudności w komunikowaniu się osób z uszkodzonym słuchem. Socjalizacja i rehabilitacja. Wyższa Szkoła Pedagogiczna w Bydgoszczy; 1996.
97. Hindley PA, Hill PD, McGuigan S, Kitson N. Psychiatric disorder in deaf and hearing impaired children and young people: A prevalence study. *J Child Psychol Psychiatry.* 1994;35(5):917–34.
98. Fellingner J, Holzinger D, Pollard R. Mental health of deaf people. *The Lancet.* 2012;379(9820):1037–44.
99. Fellingner J, Holzinger D, Sattel H, Laucht M, Goldberg D. Correlates of mental health disorders among children with hearing impairments. *Dev Med Child Neurol.* 2009;51(8):635–41.
100. Wrześniewski K, Sosnowski T. Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI [State Trait Anxiety Inventory]. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2006.
101. Kmiećnik-Baran K. Skala Wsparcia Społecznego. Teoria i właściwości psychometryczne. *Psychol Rev.* 1995;38:201–14.

102. Morgan E, Watkins S. Skala Rozwojowa Programu INSITE. Skala Rozwojowa dla Niemowląt i Małych Dzieci z Niepełnosprawnością Sensoryczną i Dodatkowymi Uszkodzeniami w wieku 0-6 lat. Łaski: Towarzystwo Opieki nad Ociemniałymi w Łaskach; 2004.
103. Zalewska M. Dziecko w autoportrecie z zamalowaną twarzą. Psychiczne mechanizmy zaburzeń rozwoju tożsamości dziecka głuchego i dziecka z opóźnionym rozwojem mowy. Warszawa: Santorski i CO; 1998. 50-80
104. Sacks O. Zobaczyć głos. Podróż do świata ciszy. Warszawa: Zysk i S-ka; 1990. 20-55
105. Płopa M. Stres w izolacji morskiej. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego; 2005. 192-210
106. Feher-Prout T. Stress and coping in families with deaf children. *J Deaf Stud Deaf Educ.* 1996;1(3):155–66.
107. Chute PM, Nevins ME. The parents' guide to cochlear implants. Gallaudet University Press; 2002.
108. Hyde M, Punch R, Komesaroff L. Coming to a decision about cochlear implantation: Parents making choices for their deaf children. *J Deaf Stud Deaf Educ.* 2010;15(2):162–78.
109. Weisel A, Most T, Michael R. Mothers' stress and expectations as a function of time since child's cochlear implantation. *J Deaf Stud Deaf Educ.* 2007;12(1):55–64.
110. Archbold S, Sach T, Lutman M, Gregory S, others. Deciding to have a cochlear implant and subsequent after-care: Parental perspectives. *Deaf Educ Int.* 2006;8(4):190–206.
111. Anagnostou F, Graham J, Crocker S. A preliminary study looking at parental emotions following cochlear implantation. *Cochlear Implants Int.* 2007;8(2):68–86.
112. Zaidman-Zait A, Most T. Cochlear implants in children with hearing loss: Maternal expectations and impact on the family. *Volta Rev.* 2005;105(2):129.
113. Geremek-Samsonowicz A, Kłonica LK, Rostkowska J, Piełuc M, Skarżyński H. Model postępowania diagnostyczno-terapeutycznego wobec niemowlęcia i jego rodziny przed operacją wszczepienia implantu ślimakowego. *Nowa Audiofonologia.* 2012;1(1):119–25.
114. Noohi S, Radfar S, Tavallai SA, Yousefi J, Alifard MH, Ajallouyeen M. Impact of Implantation on Anxiety and Depression in Mothers of Children under Cochlear Implant. *J Fam Reprod Health.* 2010;4(4):187–90.
115. Gurbuz MK, Kaya E, Incesulu A, Gulec G, Cakli H, Ozudogru E, et al. Parental Anxiety and Influential Factors in the Family with Hearing Impaired Children: Before and After Cochlear Implantation. *J Int Adv Otol.* 2013;9(1):46–54.

116. Dykcik W. Odpowiedzialność rodzicielska matek i ojców samotnie wychowujących dzieci. 1992.
117. Kowalska M. Jakość życia słyszących matek głuchych dzieci. http://www.pzg.lodz.pl/attachments/article/29/TSKG_08_kowalska.pdf
118. Amini SR, Kamali M, Ashayeri H, Jarollahi F. Audiology service satisfaction and level of anxiety in parents with hearing-impaired children. *Audiology*. 2011;20(1):26–35.
119. Borowicz A. Stres rodziców wychowujących dzieci z niepełnosprawnością słuchową. *Niepełnosprawność - Zagadnienia Probl Rozw*. 2012;3(2).
120. Kawczyński M, Szyfter W, Pruszewicz A. Postępy w rozwoju słuchowej percepcji mowy u dzieci zaimplantowanych wszczepem ślimakowym w różnych grupach wiekowych. *Pediatr Pol*. 2002;67(8):669–73.
121. Mocarska D, Kędzia A, Wójcik R, Golusińska B. Wpływ wszczepienia implantu ślimakowego na jakość życia dziecka i jego rodziny. *Now Lek*. 2013;82(3):208–14.
122. Margalit M, Raviv A, Ankonina DB. Coping and coherence among parents with disabled children. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 1992;21(3):202–9.
123. Dąbrowska A, Pisula E. Parenting stress and coping styles in mothers and fathers of pre-school children with autism and Down syndrome. *J Intellect Disabil Res*. 2010;54(3):266–80.
124. Kobosko J. Parenting a Deaf Child—How Hearing Parents Cope with the Stress of Having Deaf Children. *J Hear Sci*. 2011;1(3).
125. Wrześniewski K. Style a strategie radzenia sobie ze stresem. Problemy pomiaru. W: Heszen-Niejodek I, Ratajczak Z. (red). Człowiek w sytuacji stresu Problemy teoretyczne i metodologiczne. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego; 1996. 44–64.

9. Spis tabel i rysunków

Spis tabel

Tabela 3.1. Statystyki opisowe wyników uzyskanych w badaniu dla zmiennej *Wiek dziecka*

Tabela 3.2. Statystyki opisowe wyników uzyskanych w badaniu dla zmiennej *Wiek matki*

Tabela 3.3. Wartości częstości dla zmiennej: *Wykształcenie*

Tabela 3.4. Wartości częstości dla zmiennej: *Zamieszkanie*

Tabela 3.5. Statystyki opisowe wyników uzyskanych w badaniu dla zmiennej *Liczba dzieci w rodzinie*

Tabela 3.6. Wartości częstości dla zmiennej: *Posiadanie pokoju*

Tabela 3.7. Wartości częstości dla zmiennej *Miejsce pobytu dziecka*

Tabela 3.8. Wartości częstości dla zmiennej: *Wysokość dochodu*

Tabela 3.9. Wartości częstości dla zmiennej *Struktura rodziny*

Tabela 3.10. Wartości częstości dla zmiennej *Uszkodzenie słuchu dziecka*

Tabela 3.11. Statystyki opisowe wyników uzyskanych w badaniu dla zmiennej *Poziom lęku*

Tabela 3.12. Wartości częstości dla zmiennej *Poziom stresu* w podskali *Napięcie emocjonalne*

Tabela 3.13. Wartości częstości dla zmiennej *Poziom stresu* w podskali *Stres zewnętrzny*

Tabela 3.14. Wartości częstości dla zmiennej *Poziom stresu* w podskali *Stres intrapsychiczny*

Tabela 3.15. Wartości częstości dla zmiennej *Poziom stresu* w podskali *Skala kłamstwa*

Tabela 3.16. Wartości częstości dla zmiennej *Ogólny poziom stresu*

Tabela 3.17. Wartości częstości dla zmiennej *Styl radzenia sobie ze stresem* w podskali *Styl skoncentrowany na zadaniu*

Tabela 3.18. Wartości częstości dla zmiennej *Styl radzenia sobie ze stresem* w podskali *Styl skoncentrowany na emocjach*

Tabela 3.19. Wartości częstości dla zmiennej *Styl radzenia sobie ze stresem* w podskali *Styl skoncentrowany na unikaniu*

Tabela 3.20. Wartości częstości dla zmiennej *Wsparcie społeczne* w podskali *Wsparcie*

informacyjne

Tabela 3.21. Wartości częstości dla zmiennej *Wsparcie społeczne* w podskali *Wsparcie instrumentalne*

Tabela 3.22. Wartości częstości dla zmiennej *Wsparcie społeczne* w podskali *Wsparcie emocjonalne*

Tabela 3.23. Wartości częstości dla zmiennej *Wsparcie społeczne* w podskali *Wsparcie wartościujące*

Tabela 3.24. Wartości częstości dla zmiennej *Wsparcie społeczne – Wsparcie ogólne*

Tabela 3.25. Statystyki opisowe wyników uzyskanych w badaniu dla zmiennej *Iloraz rozwoju* w poszczególnych podskalach: *Motoryka duża*, *Motoryka mała*, *Rozwój społeczno-emocjonalny*, *Komunikacja* oraz *Globalny iloraz rozwoju*

Tabela 4.1. Porównanie międzygrupowe wartości zmiennej *Iloraz rozwoju – Motoryka duża* dla różnych poziomów uszkodzenia słuchu dziecka

Tabela 4.2. Porównanie międzygrupowe wartości zmiennej *Iloraz rozwoju – Rozwój społeczno-emocjonalny* dla różnych poziomów uszkodzenia słuchu dziecka

Tabela 4.3. Porównanie międzygrupowe wartości zmiennej *Iloraz rozwoju – Komunikacja* dla różnych poziomów uszkodzenia słuchu dziecka

Tabela 4.4. Porównanie międzygrupowe wartości zmiennej *Globalny iloraz rozwoju* dla różnych poziomów uszkodzenia słuchu dziecka

Tabela 4.5. Porównanie międzygrupowe wartości zmiennej *Napięcie emocjonalne* dla różnych poziomów uszkodzenia słuchu dziecka

Tabela 4.6. Porównanie międzygrupowe wartości zmiennej *Stres zewnętrzny* dla różnych poziomów uszkodzenia słuchu dziecka

Tabela 4.7. Porównanie międzygrupowe wartości zmiennej *Poziom lęku* dla różnych poziomów uszkodzenia słuchu dziecka

Tabela 4.8. Porównanie międzygrupowe wartości zmiennej *Napięcie emocjonalne* dla różnych poziomów otrzymywanego wsparcia informacyjnego

Tabela 4.9. Porównanie międzygrupowe wartości zmiennej *Stres zewnętrzny* dla różnych poziomów otrzymywanego wsparcia informacyjnego

Tabela 4.10. Porównanie międzygrupowe wartości zmiennej *Ogólny poziom stresu* dla różnych poziomów otrzymywanego wsparcia informacyjnego

Tabela 4.11. Porównanie międzygrupowe wartości zmiennej *Napięcie emocjonalne* dla różnych poziomów otrzymywanego wsparcia emocjonalnego

Tabela 4.12. Porównanie międzygrupowe wartości zmiennej *Stres intrapsychoiczny* dla różnych poziomów otrzymywanego wsparcia emocjonalnego

Tabela 4.13. Porównanie międzygrupowe wartości zmiennej *Ogólny poziom stresu* dla różnych poziomów otrzymywanego wsparcia emocjonalnego

Tabela 4.14. Porównanie międzygrupowe wartości zmiennej *Napięcie emocjonalne* dla różnych poziomów otrzymywanego wsparcia wartościującego

Tabela 4.15. Porównanie międzygrupowe wartości zmiennej *Ogólny poziom stresu* dla różnych poziomów otrzymywanego wsparcia wartościującego

Tabela 4.16. Porównanie międzygrupowe wartości zmiennej *Napięcie emocjonalne* dla różnych poziomów otrzymywanego ogólnego wsparcia

Tabela 4.17. Porównanie międzygrupowe wartości zmiennej *Stres zewnętrzny* dla różnych poziomów otrzymywanego ogólnego wsparcia

Tabela 4.18. Porównanie międzygrupowe wartości zmiennej *Ogólny poziom stresu* dla różnych poziomów otrzymywanego ogólnego wsparcia

Tabela 4.19. Porównanie międzygrupowe wartości zmiennej *Poziom lęku* dla różnych poziomów otrzymywanego wsparcia informacyjnego

Tabela 4.20. Porównanie międzygrupowe wartości zmiennej *Poziom lęku* dla różnych poziomów otrzymywanego wsparcia instrumentalnego

Tabela 4.21. Porównanie międzygrupowe wartości zmiennej *Poziom lęku* dla różnych poziomów otrzymywanego wsparcia emocjonalnego

Tabela 4.22. Porównanie międzygrupowe wartości zmiennej *Poziom lęku* dla różnych poziomów otrzymywanego wsparcia ogólnego

Tabela 4.23. Porównanie międzygrupowe wartości zmiennej *Iloraz rozwoju-Motoryka duża* dla różnych poziomów otrzymywanego wsparcia instrumentalnego

Tabela 4.24. Porównanie międzygrupowe wartości zmiennej *Iloraz rozwoju-Motoryka mała* dla różnych poziomów otrzymywanego wsparcia instrumentalnego

Tabela 4.25. Porównanie międzygrupowe wartości zmiennej *Iloraz rozwoju-Rozwój społeczno-emocjonalny* dla różnych poziomów otrzymywanego wsparcia instrumentalnego

Tabela 4.26. Porównanie międzygrupowe wartości zmiennej *Globalny iloraz rozwoju* dla różnych poziomów otrzymywanego wsparcia instrumentalnego

Tabela 4.27. Porównanie międzygrupowe wartości zmiennej *Iloraz rozwoju – Motoryka duża* dla różnych poziomów stresu zewnętrznego

Tabela 4.28. Porównanie międzygrupowe wartości zmiennej *Iloraz rozwoju – Motoryka duża* dla różnych poziomów lęku

Tabela 4.29. Porównanie międzygrupowe wartości zmiennej *Iloraz rozwoju – Motoryka mała* dla różnych poziomów lęku

Tabela 4.30. Porównanie międzygrupowe wartości zmiennej *Iloraz rozwoju – Rozwój społeczno-emocjonalny* dla różnych poziomów lęku

Tabela 4.31. Porównanie międzygrupowe wartości zmiennej *Iloraz rozwoju – Komunikacja* dla różnych poziomów lęku

Tabela 4.32. Porównanie międzygrupowe wartości zmiennej *Globalny iloraz rozwoju* dla różnych poziomów lęku

Spis rysunków

Rysunek 2.1. Schemat badań

Rysunek 3.1. Rozkład częstości dla zmiennej: *Wiek dziecka*

Rysunek 3.2. Rozkład częstości dla zmiennej: *Wiek matki*

Rysunek 3.3. Rozkład częstości dla zmiennej *Wykształcenie* z uwzględnieniem poszczególnych podskal

Rysunek 3.4. Rozkład częstości dla zmiennej *Zamieszkanie* z uwzględnieniem poszczególnych podskal

Rysunek 3.5. Rozkład częstości dla zmiennej *Liczba dzieci*

Rysunek 3.6. Rozkład częstości dla zmiennej *Wysokość dochodu*

Rysunek 3.7. Rozkład częstości dla zmiennej *Uszkodzenie słuchu dziecka* z uwzględnieniem poszczególnych podskal

Rysunek 3.8. Rozkład częstości dla zmiennej *Poziom lęku*

Rysunek 3.9. Rozkład częstości dla zmiennej *Poziom stresu* w podskali *Napięcie emocjonalne*

Rysunek 3.10. Rozkład częstości dla zmiennej *Poziom stresu* w podskali *Stres zewnętrzny*

Rysunek 3.11. Rozkład częstości dla zmiennej *Poziom stresu* w podskali *Stres intrapsychiczny*

Rysunek 3.12. Rozkład częstości dla zmiennej *Poziom stresu* w podskali *Skala kłamstwa*

Rysunek 3.13. Rozkład częstości dla zmiennej *Ogólny poziom stresu*

Rysunek 3.14. Rozkład częstości dla zmiennej *Wsparcie społeczne* w podskali *Wsparcie informacyjne*

Rysunek 3.15. Rozkład częstości dla zmiennej *Wsparcie społeczne* w podskali *Wsparcie instrumentalne*

Rysunek 3.16. Rozkład częstości dla zmiennej *Wsparcie społeczne* w podskali *Wsparcie emocjonalne*

Rysunek 3.17. Rozkład częstości dla zmiennej *Wsparcie społeczne* w podskali *Wsparcie wartościujące*

Rysunek 3.18. Rozkład częstości dla zmiennej *Wsparcie społeczne – Wsparcie ogólne*

Rysunek 3.19. Rozkład częstości dla zmiennej *Iloraz rozwoju – Motoryka duża*

Rysunek 3.20. Rozkład częstości dla zmiennej *Iloraz rozwoju – Motoryka mała*

Rysunek 3.21. Rozkład częstości dla zmiennej *Iloraz rozwoju – Rozwój społeczno-emocjonalny*

Rys.3.22. Rozkład częstości dla zmiennej *Iloraz rozwoju – Komunikacja*

Rysunek 3.23. Rozkład częstości dla zmiennej *Iloraz rozwoju – Globalny iloraz rozwoju*

Rysunek 4.1. Przedziały ufności zmiennej *Iloraz rozwoju – Motoryka duża* w grupie dzieci z CI (D), Niedosłuchem głębokim (C), Niedosłuchem (B) oraz Słuchem wydolnym (A)

Rysunek 4.2. Przedziały ufności zmiennej *Iloraz rozwoju – Rozwój społeczno-emocjonalny* w grupie dzieci z CI (D), Niedosłuchem głębokim (C), Niedosłuchem (B) oraz Słuchem wydolnym (A)

Rysunek 4.3. Przedziały ufności zmiennej *Iloraz rozwoju – Komunikacja* w grupie dzieci z CI (D), Niedosłuchem głębokim (C), Niedosłuchem (B) oraz Słuchem wydolnym (A)

Rysunek 4.4. Przedziały ufności zmiennej *Globalny iloraz rozwoju* w grupie dzieci z CI (D), Niedosłuchem głębokim (C), Niedosłuchem (B) oraz Słuchem wydolnym (A)

Rysunek 4.5. Przedziały ufności zmiennej *Napięcie emocjonalne* w grupie dzieci z CI (D), Niedosłuchem głębokim (C), Niedosłuchem (B) oraz Słuchem wydolnym (A)

Rysunek 4.6. Przedziały ufności zmiennej *Stres zewnętrzny* w grupie dzieci z CI (D), Niedosłuchem głębokim (C), Niedosłuchem (B) oraz Słuchem wydolnym (A)

Rysunek 4.7. Przedziały ufności zmiennej *Poziom lęku* w grupie dzieci z CI (D), Niedosłuchem głębokim (C), Niedosłuchem (B) oraz Słuchem wydolnym (A)

Rysunek 4.8. Przedziały ufności zmiennej *Napięcie emocjonalne* w grupie osób deklarujących różny poziom otrzymywanego wsparcia informacyjnego

Rysunek 4.9. Przedziały ufności zmiennej *Stres zewnętrzny* w grupie osób deklarujących różny poziom otrzymywanego wsparcia informacyjnego

Rysunek 4.10. Przedziały ufności zmiennej *Ogólny poziom stresu* w grupie osób deklarujących różny poziom otrzymywanego wsparcia informacyjnego

Rysunek 4.11. Przedziały ufności zmiennej *Napięcie emocjonalne* w grupie osób deklarujących różny poziom otrzymywanego wsparcia emocjonalnego

Rysunek 4.12. Przedziały ufności zmiennej *Stres intrapsychiczny* w grupie osób deklarujących różny poziom otrzymywanego wsparcia emocjonalnego

Rysunek 4.13. Przedziały ufności zmiennej *Ogólny poziom stresu* w grupie osób deklarujących różny poziom otrzymywanego wsparcia emocjonalnego

Rysunek 4.14. Przedziały ufności zmiennej *Napięcie emocjonalne* w grupie osób deklarujących różny poziom otrzymywanego wsparcia wartościującego

Rysunek 4.15. Przedziały ufności zmiennej *Ogólny poziom stresu* w grupie osób deklarujących różny poziom otrzymywanego wsparcia wartościującego

Rysunek 4.16. Przedziały ufności zmiennej *Napięcie emocjonalne* w grupie osób deklarujących różny poziom otrzymywanego ogólnego wsparcia społecznego

Rysunek 4.17. Przedziały ufności zmiennej *Stres zewnętrzny* w grupie osób deklarujących różny poziom otrzymywanego ogólnego wsparcia społecznego

Rysunek 4.18. Przedziały ufności zmiennej *Ogólny poziom stresu* w grupie osób deklarujących różny poziom otrzymywanego ogólnego wsparcia społecznego

Rysunek 4.19. Przedziały ufności zmiennej *Poziom lęku* w grupie osób deklarujących różny poziom otrzymywanego wsparcia informacyjnego

Rysunek 4.20. Przedziały ufności zmiennej *Poziom lęku* w grupie osób deklarujących różny poziom otrzymywanego wsparcia instrumentalnego

Rysunek 4.21. Przedziały ufności zmiennej *Poziom lęku* w grupie osób deklarujących różny poziom otrzymywanego wsparcia emocjonalnego

Rysunek 4.22. Przedziały ufności zmiennej *Poziom lęku* w grupie osób deklarujących różny poziom otrzymywanego ogólnego wsparcia społecznego

Rysunek 4.23. Przedziały ufności zmiennej *Iloraz rozwoju – Motoryka duża* w grupie osób deklarujących różny poziom otrzymywanego wsparcia instrumentalnego

Rysunek 4.24. Przedziały ufności zmiennej *Iloraz rozwoju – Motoryka mała* w grupie osób deklarujących różny poziom otrzymywanego wsparcia instrumentalnego

Rysunek 4.25. Przedziały ufności zmiennej *Iloraz rozwoju – Rozwój społeczno-emocjonalny* w grupie osób deklarujących różny poziom otrzymywanego wsparcia instrumentalnego

Rysunek 4.26. Przedziały ufności zmiennej *Globalny iloraz rozwoju* w grupie osób deklarujących różny poziom otrzymywanego wsparcia instrumentalnego

Rysunek 4.27. Przedziały ufności zmiennej *Iloraz rozwoju – Motoryka duża* w grupie osób deklarujących różny poziom odczuwanego stresu zewnętrznego

Rysunek 4.28. Przedziały ufności zmiennej *Iloraz rozwoju – Motoryka duża* w grupie osób deklarujących różny poziom odczuwanego lęku

Rysunek 4.29. Przedziały ufności zmiennej *Iloraz rozwoju – Motoryka mała* w grupie osób deklarujących różny poziom odczuwanego lęku

Rysunek 4.30. Przedziały ufności zmiennej *Iloraz rozwoju – Rozwój społeczno-emocjonalny* w grupie osób deklarujących różny poziom odczuwanego lęku

Rysunek 4.31. Przedziały ufności zmiennej *Iloraz rozwoju – Komunikacja* w grupie osób deklarujących różny poziom odczuwanego lęku

Rysunek 4.32. Przedziały ufności zmiennej *Globalny iloraz rozwoju* w grupie osób deklarujących różny poziom odczuwanego lęku

ANEKS

ANKIETA SOCJODEMOGRAFICZNA

Uprzejmie proszę o **zaznaczenie krzyżykiem „X” właściwej odpowiedzi lub wpisanie danych** w wyznaczone miejsca.

Podane informacje będą wykorzystane wyłącznie w celach statystycznych na potrzeby niniejszego badania.

1. **Pani wiek:** lat
2. **Stopień pokrewieństwa z dzieckiem:**
 - a) Matka
 - b) Dalsza rodzina
 - c) Brak pokrewieństwa – opiekun prawny
3. **Wykształcenie:**
 - a) Wyższe
 - b) Niepełne wyższe
 - c) Średnie
 - d) Zawodowe
 - e) Podstawowe
4. **Miejsce zamieszkania dziecka:**
 - a) Duże miasto (pow. 200.000 mieszkańców)
 - b) Średnie miasto (50.000 – 200.000 mieszkańców)
 - c) Małe miasto (do 50.000 mieszkańców)
 - d) Wieś
5. **Liczba dzieci w rodzinie:**
 - a) 1
 - b) 2
 - c) 3
 - d) 4 i więcej
6. **Czy dziecko ma swój osobny pokój?**
 - a) Tak
 - b) Nie
7. **W ciągu tygodnia dziecko:**
 - a) Uczęszcza do żłobka / przedszkola
 - b) Przebywa w domu
8. **Hospitalizacje dziecka (kiedy i jak długo):**
 - a)
 - b)
 - c)
9. **Obciążenia chorobami w rodzinie:**
 - a) Matka – brak / choroby:.....
 - b) Ojciec – brak / choroby:.....
 - c) Dalsza rodzina (dziadkowie, rodzeństwo rodziców, rodzeństwo dziecka)
10. **Miesięczny przychód brutto na osobę w rodzinie:**
 - a) do 500 zł

- b) 501 – 1000 zł
- c) 1001 – 2000 zł
- d) Powyżej 2000 zł

KWESTIONARIUSZ SAMOOCENY

STAI, ARKUSZ X-2

Spielberger C.D., Gorsuch R.L., Lushene R.E.

Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire)

INSTRUKCJA: niżej podano szereg twierdzeń, przy pomocy których ludzie zwykle opisują samych siebie. Proszę przeczytać każde z tych twierdzeń, a następnie zaznaczyć krzyżykiem „X” odpowiednią cyfrę na prawo od twierdzenia, aby wskazać jak się Pani zazwyczaj czuje. Nie ma odpowiedzi dobrych i złych.

ODPOWIEDZI: 1 – PRAWIE NIGDY 2 – CZASEM 3 – CZĘSTO 4 - PRAWIE ZAWSZE

21	Jest mi przyjemnie	1 2 3 4
22	Szybko się męczę	1 2 3 4
23	Chce mi się płakać	1 2 3 4
24	Chciałbym być taka szczęśliwa jak inni	1 2 3 4
25	Tracę na tym, że nie umiem się dostatecznie szybko decydować	1 2 3 4
26	Czuję się wypoczęta	1 2 3 4
27	Jestem spokojna i opanowana	1 2 3 4
28	Czuję, że trudności tak się piętrzą, że nie potrafię ich przezwyciężyć	1 2 3 4
29	Za bardzo martwię się czymś, co w gruncie rzeczy nie jest ważne	1 2 3 4
30	Jestem szczęśliwa	1 2 3 4
31	Jestem skłonna brać wszystko zbyt poważnie	1 2 3 4
32	Brak mi pewności siebie	1 2 3 4
33	Czuję się bezpiecznie	1 2 3 4
34	Staram się nie zauważać kryzysów i trudności	1 2 3 4
35	Jest mi smutno	1 2 3 4
36	Jestem zadowolona	1 2 3 4
37	Jakaś nieważna myśl chodzi mi po głowie i dęczy mnie	1 2 3 4
38	Przeżywam rozczarowania tak dotkliwie, że nie mogę przestać o nich myśleć	1 2 3 4
39	Jestem osoba zrównoważoną	1 2 3 4
40	Staję się napięta lub rozdrażniona, gdy myślę o swoich niedawnych kłopotach	1 2 3 4

Kwestionariusz CISS

Coping Inventory for Stressful Situations

N.S. Endler, J.D.A. Parker

Proszę o przeczytanie poniższych stwierdzeń i **zaznaczenie krzyżykiem „X” odpowiedzi**, która najbardziej do Pani pasuje (wybór: 1,2,3,4,5).

ODPOWIEDZI: 1- nigdy, 2 - bardzo rzadko, 3 - czasami, 4 - często, 5 - bardzo często

1	Lepiej planuję swój czas.	1 2 3 4 5
2	Koncentruję się na problemie i zastanawiam się jak mogę go rozwiązać.	1 2 3 4 5
3	Myślę o czasach, gdy było mi lepiej.	1 2 3 4 5
4	Staram się przebywać z innymi ludźmi.	1 2 3 4 5
5	Uskarżam się o zwleknięcie.	1 2 3 4 5
6	Robię to, co uważam za najlepsze.	1 2 3 4 5
7	Jestem skupiona na swoich dolegliwościach fizycznych.	1 2 3 4 5
8	Winię siebie, że wpadłam w taką sytuację.	1 2 3 4 5
9	Włóczę się po sklepach.	1 2 3 4 5
10	Ustalę, co w danej sytuacji jest najważniejsze.	1 2 3 4 5
11	Staram się zasnąć.	1 2 3 4 5
12	Objadam się ulubioną potrawą.	1 2 3 4 5
13	Niepokoję się, że sobie nie poradzę.	1 2 3 4 5
14	Staję się bardzo napięta.	1 2 3 4 5
15	Myślę o tym, jak rozwiązywałam podobne problemy w przeszłości.	1 2 3 4 5
16	Wmawiam sobie, że to w rzeczywistości nie dzieje się mnie.	1 2 3 4 5
17	Winię siebie, że zbyt się tym przejmuję.	1 2 3 4 5
18	Idę coś zjeść na mieście.	1 2 3 4 5
19	Staję się bardzo przygnębiona.	1 2 3 4 5
20	Kupuję sobie coś.	1 2 3 4 5
21	Wyznaczam sobie kierunek działania i postępuję zgodnie z nim.	1 2 3 4 5

22	Obwiniam siebie za to, że nie wiem co robić.	1 2 3 4 5
23	Idę się zabawić.	1 2 3 4 5
24	Staram się zrozumieć sytuację.	1 2 3 4 5
25	"Zastygam w bezruchu" i nie wiem, co zrobić	1 2 3 4 5
26	Podaję natychmiast właściwe działanie.	1 2 3 4 5
27	Analizuję sytuację i uczę się na własnych błędach.	1 2 3 4 5
28	Czuję, że nie mogę zmienić tego, co się stało, lub tego, co odczuwałam w związku z tym.	1 2 3 4 5
29	Odwiedzam przyjaciela.	1 2 3 4 5
30	Martwię się, jak sobie z tym poradzę.	1 2 3 4 5
31	Spędzam czas z bliską osobą.	1 2 3 4 5
32	Wychodzę na spacer.	1 2 3 4 5
33	Wmawiam sobie, że to się nigdy więcej nie powtórzy.	1 2 3 4 5
34	Skupiam się na swoich ogólnych brakach.	1 2 3 4 5
35	Rozmawiam z kimś, kogo rady sobie cenię.	1 2 3 4 5
36	Analizuję problem zanim zacznę działać.	1 2 3 4 5
37	Dzwonię do kolegi lub koleżanki.	1 2 3 4 5
38	Wpadam w złość.	1 2 3 4 5
39	Zmieniam kolejność spraw do załatwienia.	1 2 3 4 5
40	Oglądam film.	1 2 3 4 5
41	Dążę do kontrolowania sytuacji.	1 2 3 4 5
42	Podaję dodatkowy wysiłek, aby załatwić sprawę.	1 2 3 4 5
43	Podchodzę do problemu z różnych stron.	1 2 3 4 5
44	"Robię sobie wolne", aby uciec od problemu.	1 2 3 4 5
45	Wyładowuję się na innych.	1 2 3 4 5
46	Wykorzystuję sytuację, aby udowodnić, że potrafię tego dokonać.	1 2 3 4 5
47	Staram się tak zorganizować sprawy, aby zapanować nad sytuacją.	1 2 3 4 5
48	Oglądam telewizję.	1 2 3 4 5

SKALA WSPARCIA SPOŁECZNEGO

K. Kmieciak-Baran

Proszę przeczytać każde stwierdzenie i zdecydować, czy grupy lub osoby wymienione poniżej zachowywały się w stosunku do Pani w taki sposób jak głosi dane zachowanie. W każdej kratce proszę wpisać odpowiednią odpowiedź (0, 1, 2, 3)

ODPOWIEDZI: TAK – 3; RACZEJ TAK – 2; RACZEJ NIE – 1; NIE, NIE DOTYCZY – 0

Oceniane grupy społeczne	Kolejne stwierdzenia															
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.
Małżonek/Partner																
Rodzeństwo																
Inni krewni																
Znajomi z pracy																
Znajomi																
Sąsiedzi																
Przełożeni w pracy																
Obcy																

1. Cierpliwie tłumaczą (-y) gdy czegoś nie rozumiem
2. Ostrzegają mnie gdy mogę popaść w problemy
3. Przy podejmowaniu ważnych decyzji ich rady okazały się cenne
4. Zdarza się, że celowo wprowadzają mnie w błąd
5. Pożyczają mi pieniądze gdy jestem w potrzebie
6. Mają dla mnie dużo czasu
7. Otaczają mnie opieką, gdy tego potrzebuję
8. Gdy proszę o konkretną pomoc, odmawiając nie ukrywają złości
9. Uważają, że nic nie potrafię dobrze zrobić
10. Na ogół powierzają mi zadania bardzo ważne
11. W ich towarzystwie czuję się kimś
12. Często służę im różnymi radami
13. Rozumieją mnie
14. Akceptują mnie taką jaką jestem
15. Czuję się przez nich lekceważony
16. W ich towarzystwie czuję się bezpiecznie

KPS Kwestionariusz Poczucia Stresu (wersja dla kobiet)

Mieczysław Plopa, Ryszard Makarowski

Nazwisko i imię lub pseudonim wiek.....

INSTRUKCJA: Interesuje nas, co Pani myśli o swoich problemach, sposobach ich przeżywania. Proszę opisać swoje myśli, zachowania, odczucia, obawy, nadzieje, tak jak są przez Panią w ostatnim czasie, jak i obecnie odczuwane. Proszę przeczytać każde stwierdzenie uważnie i zastanowić się, w jakim stopniu dotyczy ono Pani. Pewne stwierdzenia są do siebie podobne, ale są zamieszczone do wykazania nawet nieznaczących różnic w Pani odczuciach.

Proszę pamiętać, że nie ma dobrych odpowiedzi ani złych, liczą się tylko szczerze. Wybraną odpowiedź proszę zaznaczyć krzyżykiem.

		Prawda	Raczej prawda	Trudno powiedzieć	Raczej nieprawda	Nieprawda
1	Odczuwam niepokój, że coraz więcej rzeczy mnie denerwuje.					
2	Myślę, że jestem sprawiedliwie oceniana.					
3	Mam swoje plany ale obawiam się, że ich nie zrealizuję, bo moja psychika jest za słaba.					
4	Zdarzało mi się, że nie dotrzymałam komuś słowa.					
5	Mam trudności z odprężeniem się, chociaż się staram.					
6	Czuję się wyczerpana ciągłym udowadnianiem swoich racji.					
7	Ogarnia mnie złość, że jestem za mało zdolna, aby osiągnąć zamierzone cele.					
8	Zawsze jestem w porządku wobec innych.					
9	Zauważam, że coraz częściej ogarnia mnie jakieś zniechęcenie.					
10	Mam już dosyć ciągłych konfliktów z różnymi osobami.					
11	Myślenie o przyszłości zniechęca mnie prawie do wszystkiego.					
12	Kiedy byłam dzieckiem, robiłam rzeczy których mi zabraniano.					
13	Nie czuję się rozdrażniona z byle powodu.					
14	Męczy mnie to, że inni mnie nie rozumieją, stawiają przede mną zadania, nie licząc się z moimi możliwościami.					
15	Rzadko czuję się osamotniona.					
16	Zawsze byłam posłuszną swoim rodzicom, przełożonym.					
17	Chyba mam coraz mniej energii.					
18	Nie czuję się wykorzystywana przez innych.					
19	To, co spotkało mnie w przeszłości nie daje mi spokoju.					
20	Zdarzało mi się, że kogoś okłamałam.					
21	Czuję się zmęczona nawet jak nic nie robię.					

22	Za często jestem krytykowana.					
23	Myślenie o swoich problemach powoduje, że mam trudności w zasypianiu.					
24	Nigdy nie składałam obietnic bez pokrycia.					
25	Coraz częściej się denerwuję i to z byle powodu.					
26	Odczuwam niepokój, że przerasta mnie to, czego ode mnie się wymaga.					
27	Nie mogę się pogodzić z tak ważną stratą w moim życiu.					

