

JOANNA KOBOSKO

DEPRESJA MATEK I OJCÓW A GŁUCHOTA DZIECKA  
ZNACZENIE SATYSFAKCJI MAŁŻEŃSKIEJ  
JAKO PREDYKTORA NASILENIA  
DOŚWIADCZANYCH PRZEZ RODZICÓW OBJAWÓW DEPRESJI

Głuchota dziecka stanowi czynnik ryzyka dla zdrowia psychicznego jego słyszących rodziców przede wszystkim w związku z doświadczeniem przez nich traumy wskutek stwierdzenia głuchoty dziecka, a także jej różnych konsekwencji dla życia samego dziecka, jak i całej rodziny. Innym aspektem przeżyć rodziców jako reakcji na tę diagnozę jest doświadczenie utraty. W swoim poczuciu, dowiadując się, że ich dziecko jest głuche, rodzice ci tracą dziecko zdrowe, normalne, słyszące, a także wyobrażenia związane z jego i ich przyszłością, organizacją życia rodzinnego i pracą, gdyż zburzeniu ulega dotychczasowy porządek, jaki stworzyli (Kurtzer-White, Luter-  
man, 2003; Zalewska, 1998a, 1998b). Nie wiedzą, czym jest sama głuchota, a niejednokrotnie, jak być matką czy ojcem dziecka z głuchotą.

Depresja jest opisywaną w literaturze reakcją na utratę (Seligman, Walker, Rosenhan, 2003; Walewska, Pawlik, 1992; Zalewska, 1998a, 1998b). Dla depresji charakterystyczne są symptomy emocjonalne (obniżony nastrój, smutek, zanik odczuwania radości życia), poznawcze (niska samoocena, negatywne widzenie przyszłości), motywacyjne (bierność, brak inicjatywy i chęci do podejmowania działań) oraz somatyczne (zaburzenia snu i apetytu, zmęczenie) (Seligman, Walker, Rosenhan, 2003). Z perspektywy procesu żałoby, jaki uruchamiają rodzice dziecka głuchego wskutek doświadczonej utraty (utrata), depresja stanowi jeden z jej etapów, nieuchronnych, by żałoba ta została

przepracowana, a rodzice potrafili osiągnąć stan akomodacji do głuchoty dziecka. Czas trwania etapu depresji jest bardzo zróżnicowany, zależny od indywidualnych zasobów rodziców sprzyjających poradzeniu sobie z traumą i utratą, w tym jakości relacji małżeńskiej (Michelsen, 1999, za: Zalewska, 2000). W relację z dzieckiem matka (ojciec) doświadczająca depresji wnosi m.in. smutek, bierność, negatywny stosunek do siebie i do dziecka, a co najważniejsze – matka ta staje się ograniczona w dostępie do emocji własnych, jak i we wrażliwości na emocje i komunikaty dziecka. Niedostępność psychiczna matki zaburza relację z dzieckiem, ograniczając dostrojenie się matki do dziecka (Kobosko, 2009; Zalewska, 1998a, 1999).

Rezultaty z badań słyszących matek dzieci z głuchotą dotyczące nasilenia przejawianej przez te matki depresyjności wskazują, że w porównaniu do matek dzieci słyszących o typowym rozwoju jest ona istotnie wyższa (Domańska, 1996; Kobosko, Kosmalowa, 2000; Kushalnagar i in., 2007) oraz że wzrasta ona wraz z wiekiem dziecka (Kobosko, Kosmalowa, 2000). W badaniach tych posłużono się kwestionariuszami mierzącymi doświadczanie objawów depresji w ocenie samych matek (BDI – *Beck Depression Inventory*, PSI – *Parental Stress Inventory*), nie zaś diagnozą kliniczną, co oznacza, że nie wiadomo, jaka część spośród badanych cierpi na depresję kliniczną. Z badań matek małych dzieci głuchych od 4 do 6 lat K. Domańskiej (1996) wynika, że szczególnie ważne w obrazie ich depresyjnego przeżywania są następujące wymiary: negatywne oczekiwania wobec przyszłości, poczucie utraty własnej atrakcyjności fizycznej i utrata zainteresowania seksem. W odniesieniu do relacji z ojcem dziecka można powiedzieć, że w związku z głuchotą dziecka matka zarówno wobec dziecka, jak i jego ojca przyjmuje postawę zadaniową, ukierunkowaną na rehabilitację dziecka, a od męża oczekuje zapewnienia warunków, by mogła realizować postawione przed nią zadania związane z nauczaniem dziecka mowy i języka. Aspekt emocjonalny i seksualny relacji z ojcem dziecka głuchego schodzi na plan dalszy (Ciborowska, 1995; Domańska, 1996; Zalewska, 1998a). W związku z powyższymi wynikami otrzymanymi w badaniu K. Domańskiej można powiedzieć, że matka dziecka głuchego traci też pewne właściwości obrazu siebie (Domańska, 1996), co – jak można sądzić – znajduje dalsze odzwierciedlenie w jakości relacji małżeńskiej matki dziecka głuchego z jego ojcem.

Znacznie mniej informacji pojawia się w literaturze przedmiotu na temat nasilenia objawów depresji doświadczanych przez ojców dzieci głuchych. Z badań K.P. Meadow-Orlans (1995) wynika, że ojcowie małych dzieci głuchych są istotnie mniej depresyjni od matek. Z kolei ojcowie dzieci głuchych

w badaniach M. Zaczyńskiej (1999, 2001) nie różnili się od ojców dzieci słyszących w sferze nasilenia objawów depresji (BDI). Różnica między ojcami dzieci głuchych okazała się istotna, gdy podzielono ich ze względu na sposób komunikowania się z dzieckiem: manualny (język migowy) v. oralny (język foniczny). Ojcowie komunikujący się ze swoim dzieckiem językiem fonicznym doświadczali objawów depresji o większym nasileniu niż ci, którzy wybrali język migowy.

Celem badań jest porównanie matek i ojców dzieci głuchych i słabosłyszących w sferze doświadczanych objawów depresyjnych z matkami i ojcami dzieci słyszących o typowym rozwoju z uwzględnieniem płci rodzica, a także odpowiedź na pytanie, czy zmienne socjodemograficzne, takie jak płeć, wiek, wykształcenie i status małżeński rodzica, oraz zmienna psychologiczna, jaką jest satysfakcja małżeńska, są predyktorami nasilenia doświadczanych objawów depresji. Postawiono pytanie, czy upływ czasu od momentu zdiagnozowania głuchoty (niedosłuchu) u dziecka modyfikuje nasilenie objawów depresji u matek i ojców, a także, czy zmienne związane z głuchotą dziecka, jak: wiek dziecka w momencie zdiagnozowania głuchoty, czas upływający od momentu zdiagnozowania głuchoty u dziecka, stopień ubytku słuchu (umiarkowany lub większy niż umiarkowany), korzystanie z konwencjonalnych aparatów słuchowych v. implantów ślimakowych, satysfakcja z rehabilitacji, są predyktorami doświadczanych przez matki i ojców objawów depresji.

## METODY BADAŃ

### **Przebieg badań**

Badania (słyszących) rodziców przeprowadzono anonimowo przy współpracy wielu ośrodków rehabilitacji dzieci głuchych i słabosłyszących w całej Polsce, a także w trakcie turnusów rehabilitacyjnych i hospitalizacji realizowanych przez Klinikę Rehabilitacji IFPS w latach 2010-2012. Rodzice otrzymywali pakiet kwestionariuszy do wypełnienia wraz listem przewodnim, wyjaśniającym cel badań i informującym o ich anonimowym charakterze, a następnie zwracali je w zaklejonej kopercie osobie przeprowadzającej badania. Orientacyjnie około 50% rodziców dzieci głuchych i słabosłyszących nie zwróciło kwestionariuszy, a wśród oddanych jako wypełnione 10% stanowiły kwestionariusze wypełnione niekompletnie bądź niewypełnione wcale. Badania rodziców dzieci o typowym rozwoju realizowano w żłobkach, przedszkolach i szkołach w Warszawie i województwie mazowieckim. W tej grupie

wskaźnik kwestionariuszy niezwróconych lub zwróconych lecz niewypełnionych był jeszcze wyższy niż w grupie właściwej.

### **Osoby badane**

Badaniami objęto 185 słyszących matek dzieci głuchych i słabosłyszących w wieku od 20 do 58 lat ( $M=33,96$ ;  $SD=6,05$ ) oraz 55 ojców w wieku od 27 do 61 lat ( $M=38,0$ ;  $SD=6,45$ ). W grupie badanych rodziców znalazło się 31 par – matek i ojców tego samego dziecka. Grupę kontrolną rodziców dzieci słyszących o typowym rozwoju stanowiło 150 matek w wieku od 24 do 51 lat ( $M=34,96$ ;  $SD=5,19$ ) oraz 50 ojców będących w wieku od 27 do 53 lat ( $M=36,05$ ;  $SD=5,32$ ). W grupie tej znalazło się 13 par – matek i ojców tego samego dziecka. Nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie w odniesieniu do wieku i płci rodziców w obu grupach.

W grupie badanych dzieci głuchych i słabosłyszących były 253 osoby w wieku od 3 miesięcy do 15 lat (wiek w miesiącach –  $M=69,76$ ;  $SD=44,69$ ), w tym 113 dziewczynek i 136 chłopców (czworo rodziców nie podało, jakiej płci jest ich dziecko). Wśród dzieci głuchych i niedosłyszących (wg klasyfikacji BIAP) niedosłuch umiarkowany ma 38, znaczny 37, a głęboki niedosłuch 178. Dzieci głuche i słabosłyszące nie mają dodatkowych niepełnosprawności czy poważnych chorób. Wiek dziecka w momencie diagnozy głuchoty (niedosłuchu) wynosił w badanej grupie średnio 13, 13 miesięcy ( $SD=18,27$ ) i pozostawał w zakresie od 0,1 do 102 miesięcy. Z implantów ślimakowych korzysta 180 badanych dzieci (w tym 11 dzieci zostało obuszenie zaimplantowanych).

Na grupę kontrolną o typowym rozwoju składało się 200 dzieci w wieku od 8 miesięcy do 14 lat (wiek w miesiącach –  $M=84,74$ ;  $SD=47,81$ ) – 95 dziewczynek i 92 chłopców (trzynastu rodziców nie podało, jakiej płci jest dziecko).

### **Narzędzia badawcze**

**Kwestionariusz Ogólnego Stanu Zdrowia GHQ-28** (*General Health Questionnaire* – Goldberg 1975, za: Goldberg, Williams, 2001; Makowska, Merez, 2001) służy do oceny stanu zdrowia psychicznego osób dorosłych jako narzędzie do badań przesiewowych. Kwestionariusz GHQ-28 zawiera 28 pozycji, które odnoszą się do odczuwanych dolegliwości w ciągu ostatnich kilku tygodni. Wyodrębniono w nim 4 skale: Skala A – objawy somatyczne, Skala B – objawy niepokoju i bezsenności, Skala C – objawy zaburzeń funkcjonowania w codziennym życiu, Skala D – objawy depresyjne. W artykule

wykorzystano wyniki uzyskane przez rodziców w Skali D. Zastosowano sposób punktacji odpowiedzi metodą Likerta (0-1-2-3), co oznacza, że w każdej skali uzyskuje się od 0 do 21 punktów. Dla Skali D otrzymano współczynnik zgodności wewnętrznej  $\alpha$  Cronbacha równy dla matek dzieci głuchych  $\alpha=0,856$ , dla ojców dzieci głuchych  $\alpha=0,91$ , natomiast dla matek dzieci słyszących  $\alpha=0,855$ , dla ojców dzieci słyszących  $\alpha=0,836$ .

**Skala Przystosowania w Diadzie DAS** (*Dyadic Adjustment Scale*) – autorstwa G. Spaniera – powstała do oceny jakości małżeństwa (*marital quality*) i składa się z 32 pozycji formujących 4 podskale: Zgodność w diadzie, Satysfakcja, Spójność, Ekspresja emocji. Osoba badana udziela odpowiedzi na skali w większości pozycji od 0 do 5 punktów. Wynik ogólny zawiera się w przedziale od 0 do 151 punktów. Im wyższy wynik ogólny w DAS, tym wyższy poziom przystosowania w związku (satysfakcji małżeńskiej).

**Ankieta informacyjna** zawiera pytania odnoszące się do danych socjodemograficznych rodziców i dzieci, a także w odniesieniu do dzieci głuchych i słabosłyszących dotyczy informacji na temat głuchoty dziecka: wiek dziecka w momencie zdiagnozowania u niego głuchoty (niedosłuchu), stopień ubytku słuchu, rodzaj protezy wzmacniającej słyszenie: klasyczny aparat słuchowy v. implant ślimakowy, posiadanie dodatkowych niepełnosprawności i problemów zdrowotnych.

#### WYNIKI. DOŚWIADCZANIE OBJAWÓW DEPRESJI PRZEZ SŁYSZĄCE MATKI I OJCÓW DZIECI GŁUCHYCH I SŁABOSŁYSZĄCYCH ORAZ MATKI I OJCÓW DZIECI SŁYSZĄCYCH

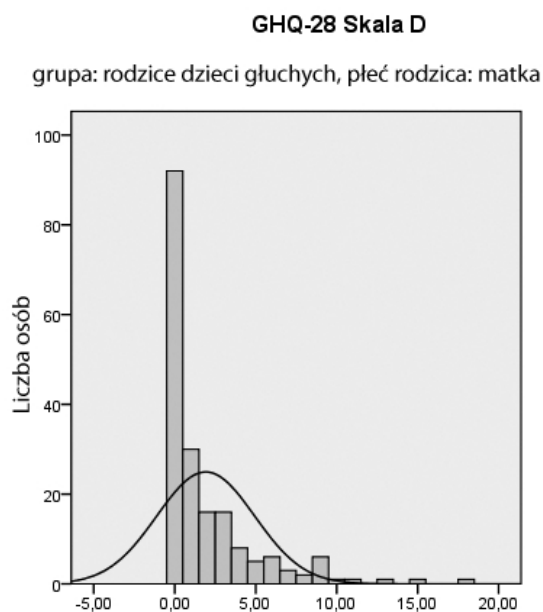
##### 1) Objawy depresji (GHQ-28 – Skala D) u słyszących matek a głuchota dziecka

Matki dzieci głuchych i słabosłyszących doświadczają w istotnie większym nasileniu objawów depresji (Skala D – test t-Studenta –  $t=2,29$ ;  $p=0,023$ ) niż matki dzieci słyszących o typowym rozwoju – wykres 2. Dokonano także porównania odpowiedzi udzielanych przez matki z obu grup na każdą z 7 pozycji kwestionariusza GHQ-28 wchodzących w skład Skali D (objawy depresji). Okazało się, że istnieją różnice istotne statystycznie w odpowiedziach na pytanie D5 (test Manna-Whitneya –  $U=12510$ ;  $p=0,026$ ) i D6 (test Manna-Whitneya –  $U=13140$ ;  $p=0,038$ ) – rycina 1, wykresy 1a i 1b oraz wykres 2. Oznacza to, że matki dzieci głuchych i słabosłyszących, spośród objawów

zaliczanych do depresji, zdecydowanie częściej mają poczucie niemocy w podejmowaniu działań spowodowane „złym stanem nerwów”, jak i częściej doświadczają „pragnienia śmierci i bycia z dala od wszystkiego”, niż ma to miejsce u matek dzieci słyszących o typowym rozwoju.

<b>Kwestionariusz GHQ-28 Skala D</b>	
Ostatnio:	
D1	– myślałeś(aś) o sobie, że jesteś osobą bezwartościową?
D2	– uważałeś(aś), że życie jest zupełnie beznadziejne?
D3	– uważałeś(aś), że nie warto żyć?
D4	– myślałeś(aś) o możliwości odebrania sobie życia?
D5	– stwierdzałeś(aś) czasem, że nie potrafisz nic zrobić z powodu złego stanu swoich nerwów?
D6	– pragnąłeś(aś) własnej śmierci, bycia z dala od wszystkiego?
D7	– stwierdzałeś(aś), że myśl o odebraniu sobie życia wciąż przychodzi Ci do głowy?

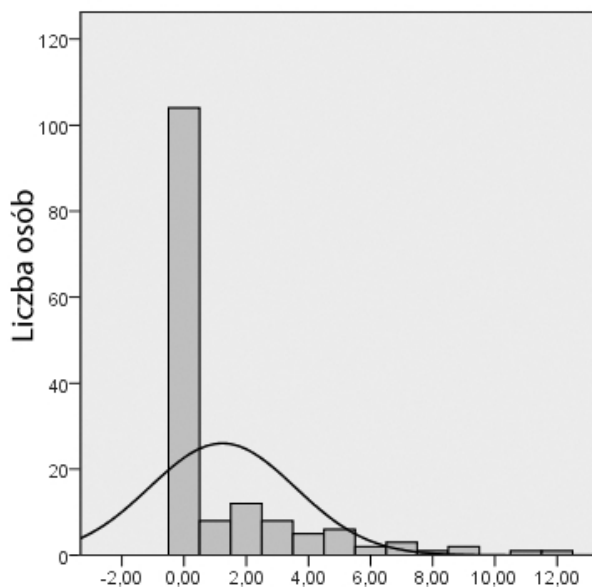
Rycina 1. Zawartość Skali D w kwestionariuszu GHQ-28 (poszczególne pozycje od D1 do D7)



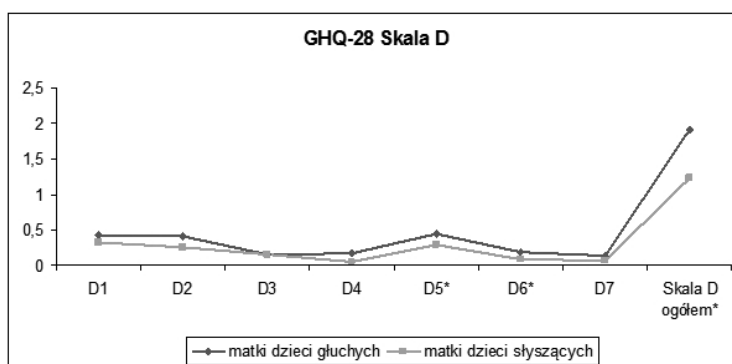
Wykres 1a. Kwestionariusz GHQ-28 – Skala D (objawy depresji)  
– rozkład wyników uzyskanych przez słyszące matki dzieci głuchych i słabosłyszących

## GHQ-28 Skala D

grupa: rodzice dzieci słyszących, płeć rodzica: matka



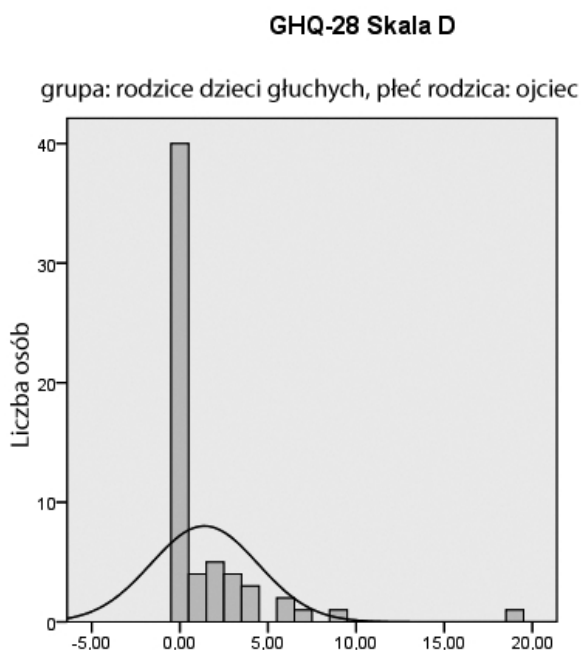
Wykres 1b. Kwestionariusz GHQ-28 – Skala D (objawy depresji)  
– rozkład wyników uzyskanych przez słyszące matki dzieci słyszących



Wykres 2. Objawy depresji u słyszących matek dzieci głuchych i słabosłyszących oraz dzieci słyszących – wyniki kwestionariusza GHQ-28 – Skala D (średnie) i wyniki uzyskane w poszczególnych 7 pozycjach tej skali (średnie); \* $p < 0,05$

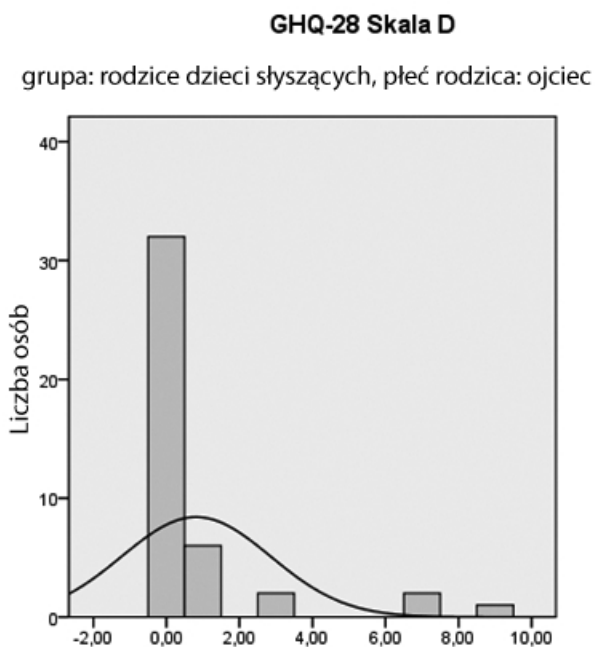
## 2) Objawy depresji (GHQ-28 – Skala D) u słyszących ojców a głuchota dziecka

Ojcowie dzieci głuchych i słabosłyszących oraz dzieci słyszących o typowym rozwoju doświadczają w podobnym nasileniu objawów depresyjnych – wykres 3a i 3b. W obrazie przeżyć ojców dzieci głuchych i słabosłyszących częściej, na poziomie tendencji statystycznej, pojawia się doświadczanie tego, że „nie potrafią nic zrobić z powodu złego stanu swoich nerwów” (D5) (test Manna-Whitneya –  $U=1057$ ;  $p=0,059$ ) – wykres 4.

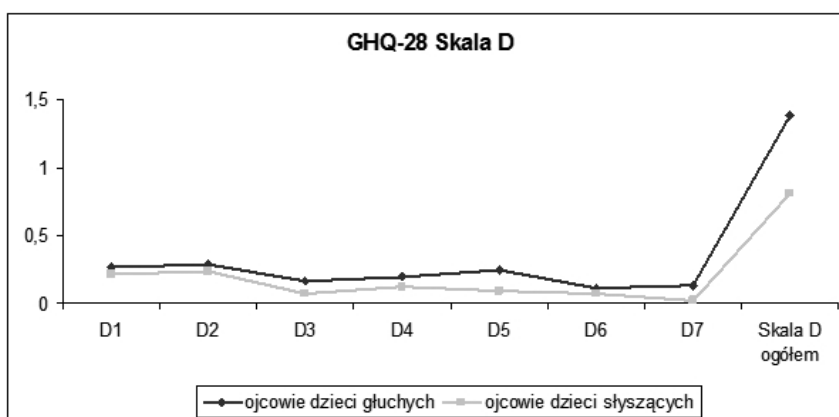


Wykres 3a. Kwestionariusz GHQ-28 – Skala D (objawy depresji)  
– rozkład wyników uzyskanych przez słyszących ojców dzieci głuchych i słabosłyszących





Wykres 3b. Kwestionariusz GHQ-28 – Skala D (objawy depresji)  
– rozkład wyników uzyskanych przez słyszących ojców dzieci słyszących

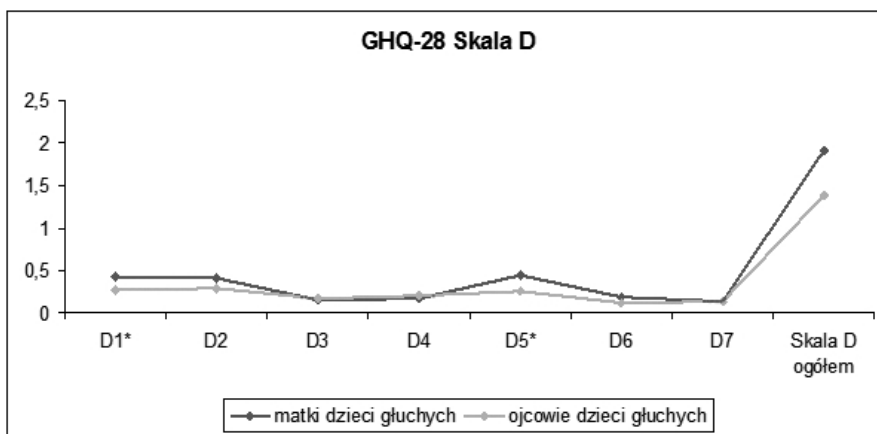


Wykres 4. Objawy depresji u słyszących ojców dzieci głuchych i słabosłyszących oraz słyszących – wyniki kwestionariusza GHQ-28 – Skala D (średnie) i wyniki uzyskane w poszczególnych 7 pozycjach tej skali (średnie)

- 3) Objawy depresji (GHQ-28 – Skala D) u słyszących matek i ojców dzieci głuchych i słabosłyszących (porównanie) oraz matek i ojców dzieci słyszących (porównanie)

### Matki a ojcowie dzieci głuchych i słabosłyszących

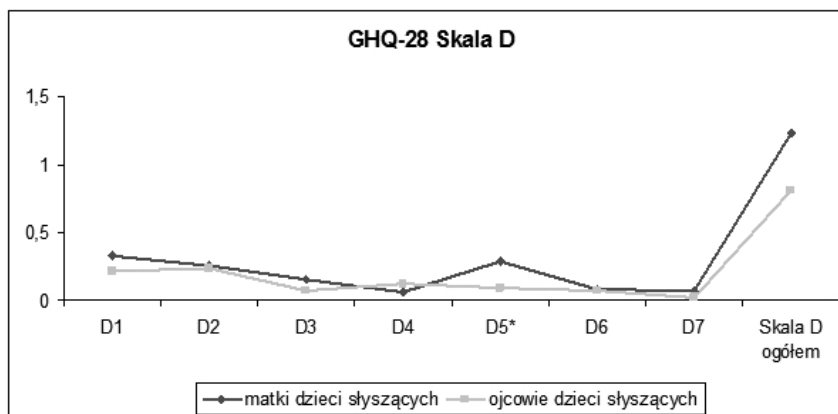
Matki dzieci głuchych i słabosłyszących – w porównaniu z ojcami – doświadczają objawów depresji o podobnym nasileniu – wykres 5. Jednakże różnią się istotnie w odpowiedziach na poszczególne pozycje Skali D kwestionariusza GHQ-28, tj. pozycję D1 (test Manna-Whitneya –  $U=4784$ ;  $p=0,044$ ) i D5 (test Manna-Whitneya –  $U=4811$ ;  $p=0,043$ ) – wykres 5. Matkom dzieci głuchych i słabosłyszących towarzyszy znacząco częstsze „myślenie o sobie jako o osobie bezwartościowej” w porównaniu z ojcami (D1), a także istotnie częściej niż ojcowie matki te relacjonują, że „nie potrafią nic zrobić z powodu złego stanu swoich nerwów” (D5).



Wykres 5. Objawy depresji u słyszących matek i ojców dzieci głuchych i słabosłyszących (porównanie) – wyniki kwestionariusza GHQ-28 – Skala D (średnie) oraz wyniki uzyskane w poszczególnych 7 pozycjach tej skali (średnie); \* $p<0,05$

### Matki a ojcowie dzieci słyszących o typowym rozwoju

Matki dzieci słyszących – w porównaniu z ojcami – doświadczają objawów depresji o podobnym nasileniu, jednakże różnią się istotnie większym nasileniem doświadczania tego, że „nie potrafią nic zrobić z powodu złego stanu swoich nerwów” (D5) (test Manna-Whitneya –  $U=2572$ ;  $p=0,019$ ) – wykres 6.



Wykres 6. Objawy depresji u matek i ojców dzieci słyszących (porównanie) – wyniki kwestionariusza GHQ-28 – Skala D (średnie) oraz wyniki uzyskane w poszczególnych 7 pozycjach tej skali (średnie) \* $p < 0,05$

- 4) Objawy depresji (GHQ-28 – Skala D) u słyszących matek i ojców dzieci głuchych i słabosłyszących a czas upływający od momentu zdiagnozowania głuchoty u dziecka

### Matki

Ze względu na czas upływający od momentu stwierdzenia głuchoty u dziecka, wyodrębniono 8 grup do porównań wyników uzyskanych przez matki w Skali D kwestionariusza GHQ-28, zawierających się w następujących przedziałach czasowych: 1 rok – grupa 1; 2 lata – grupa 2; 3 lata – grupa 3; 4 lata – grupa 4; 5 lat – grupa 5; 6 lat – grupa 6; 7 lat – grupa 7 i powyżej 7 lat – grupa 8. Okazało się, że wyniki w Skali D różnicują istotnie wyniki matek z wyodrębnionych grup nasileniem występowania objawów depresyjnych (Skala D – test Kruskalla-Wallisa –  $\chi^2(7)=15,6$ ;  $p=0,029$ ). Różnice między grupami 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 zbadano testem U Manna-Whitneya. Najwyższe nasilenie objawów depresyjnych przypada na pierwszy i drugi rok upływający od zdiagnozowania głuchoty u dziecka (brak różnic istotnych statystycznie między grupą 1 i 2). Jedynie w grupie 2 matki uzyskały w Skali D wyniki istotnie wyższe niż w pozostałych grupach, z wyjątkiem grupy 6, tj. 6-7 lat od momentu diagnozy głuchoty u dziecka (wyniki testu U Manna-Whitneya: grupa 1 i 2 – brak różnic; grupa 2 i 3 ( $U=300,5$ ;  $p=0,021$ ); grupa 2 i 4 ( $U=225,5$ ;  $p=0,003$ ); grupa 2 i 5 ( $U=114,5$ ;  $p=0,018$ ); grupa 2 i 6

( $U=122,0$ ;  $p=0,065$ ); grupa 2 i 7 – brak różnic; grupa 2 i 8 ( $U=275,5$ ;  $p=0,003$ ).

### Ojcowie

U ojców dzieci głuchych nasilenie doświadczanych objawów depresji (GHQ-28 – Skala D) jest podobne, niezależnie od tego, ile czasu upłynęło od momentu postawienia diagnozy głuchoty u dziecka (brak różnic istotnych statystycznie).

#### 5) Objawy depresji (GHQ-28 – Skala D) a zmienne socjodemograficzne dotyczące rodziców oraz satysfakcja małżeńska jako ich predyktory

Chcąc stwierdzić, czy zmienne socjodemograficzne, takie jak: płeć rodzica, wiek rodzica, wykształcenie rodzica (podstawowe i średnie v. powyższe i wyższe), status małżeński (pozostaje w związku z ojcem/matką dziecka v. nie pozostaje w związku z ojcem/matką dziecka), a ponadto zmienna psychologiczna, jaką jest satysfakcja małżeńska, mogą być predyktorami nasilenia objawów depresji rodziców dzieci głuchych i słabosłyszących, przeprowadzono analizę regresji metodą wprowadzania. Otrzymano model regresji istotny statystycznie:  $R^2=0,298$ ;  $F(5,191)=3,718$ ;  $p=0,003$ . Z uwzględnionych predyktorów istotna okazała się satysfakcja małżeńska ( $\beta=-0,252$ ;  $p=0,000$ ), tj. im jest ona wyższa u rodziców dzieci głuchych i słabosłyszących, tym mniejsze jest u nich nasilenie objawów depresji. Podobny rezultat, a więc istotny model regresji:  $R^2=0,41$ ;  $F(5,169)=6,82$ ;  $p=0,000$ , przy jednym istotnym predyktorze objawów depresji u rodziców, jakim jest satysfakcja małżeńska, otrzymano w grupie rodziców dzieci słyszących o typowym rozwoju ( $\beta=-0,358$ ;  $p=0,000$ ).

#### 6) Objawy depresji (GHQ-28 – Skala D) u matek i ojców a zmienne związane z głuchotą dziecka jako ich predyktory

### Matki

W celu odpowiedzi na pytanie, czy zmienne związane z głuchotą dziecka, takie jak: wiek dziecka w momencie zdiagnozowania głuchoty, czas upływający od momentu diagnozy, stopień ubytku słuchu (umiarkowany lub większy niż umiarkowany), korzystanie z konwencjonalnych aparatów słuchowych v. implantów ślimakowych, satysfakcja z rehabilitacji – są predyktorami nasilenia występowania objawów depresji u matek dzieci głuchych i słabosły-

szących, zastosowano analizę regresji metodą wprowadzania i otrzymano model regresji istotny statystycznie:  $R^2=0,353$ ;  $F(5,107)=3,04$ ;  $p=0,013$ . Jednakże żaden z uwzględnionych predyktorów oddzielnie nie osiągnął poziomu istotności statystycznej.

### Ojcowie

Aby odpowiedzieć na podobne pytanie w odniesieniu do ojców dzieci głuchych i słabosłyszących, tj. czy zmienne związane z głuchotą dziecka są u nich predyktorami nasilenia występowania objawów depresji, zastosowano analizę regresji metodą wprowadzania i otrzymano model regresji istotny statystycznie:  $R^2=0,535$ ;  $F(5,32)=2,56$ ;  $p=0,046$ . Uwzględnione zmienne związane z głuchotą dziecka objaśniają aż 53,5% wariacji zmiennej zależnej, tj. nasilenia objawów depresji. Istotność statystyczną otrzymano dla jednego predyktora – wieku dziecka w momencie postawienia diagnozy głuchoty ( $\beta=1,186$ ;  $p=0,016$ ), a otrzymany rezultat wskazuje, że im starsze dziecko w chwili zdiagnozowania u niego głuchoty, tym większe nasilenie doświadczanych przez ojców objawów depresji.

## OMÓWIENIE WYNIKÓW

W przeprowadzonych badaniach matki dzieci głuchych i słabosłyszących w porównaniu z matkami dzieci o typowym rozwoju doświadczają większego nasilenia objawów depresyjnych, co jest zgodne z wcześniejszymi doniesieniami na ten temat, także w odniesieniu do dzieci z innymi niepełnosprawnościami, jaką jest niepełnosprawność intelektualna (Rola, 2004). W obrazie ich przeżyć dominuje poczucie niemożności podejmowania różnych aktywności w związku ze złym stanem psychicznym („stanem nerwów”). Znacząco częściej matki te doznają chęci ucieczki (od miejsca, w którym się znajdują) czy pragnienia śmierci, co wskazuje na stosowanie unikania także w sytuacji konfrontacji z głuchotą dziecka i trudnościami z nią związanymi, jak i na agresję kierowaną na siebie. Ze względu na fakt, że w badaniach posłużono się narzędziem przeznaczonym do badań przesiewowych (GHQ-28), otrzymane właściwości depresyjnego przeżywania matek dzieci głuchych dopełniają wyniki uzyskane przez matki małych dzieci głuchych uzyskane przed wieloma laty przez K. Domańską (1996) z zastosowaniem kwestionariusza BDI. Zgodnie z nimi matki dzieci głuchych cechuje większe nasilenie doświadczania objawów w zakresie takich wymiarów depresji, jak negatywne spojrzenie

w przyszłość, utrata atrakcyjności fizycznej i utrata zainteresowania seksem. Należy zwrócić uwagę, że gdy porównania matek dzieci głuchych i dzieci słyszących w sferze nasilenia objawów depresji ograniczono do matek dzieci głuchych z jednym implantem ślimakowym i kontrolowano wiek i płeć dzieci słyszących z grupy porównawczej, okazało się, że nasilenie doświadczanych objawów depresji pozostaje na podobnym poziomie w obu grupach matek (Kobosko, Geremek-Samsonowicz, Skarżyński, 2013, w druku).

Gdy uwzględniono czas upływający od stwierdzenia u dziecka głuchoty (niedosłuchu), okazało się, że u matek nasilenie objawów depresji jest najwyższe w pierwszym, drugim i siódmym roku od tej diagnozy, choć istotnie wyższe od wszystkich pozostałych wyodrębnionych okresów jest jedynie w drugim roku od zdiagnozowania u dziecka głuchoty (niedosłuchu). Można zatem sądzić, że pewna część matek konfrontuje się z doświadczeniem depresji wskutek utraty dziecka głuchego i innych utrat z nią związanych dopiero wówczas, gdy następuje zetknięcie z rzeczywistością wymagań edukacyjnych i społecznych. Natomiast badani ojcowie dzieci głuchych nie różnią się nasileniem objawów depresji ze względu na upływ czasu od momentu zdiagnozowania głuchoty (niedosłuchu) dziecka.

Nasilenie objawów depresji relacjonowanych przez matki i ojców dzieci głuchych w ich samoocenie jest podobne, lecz matki doznają w większym stopniu poczucia swojej bezwartościowości. Być może ma ono miejsce w związku z utratą pewnych właściwości obrazu siebie matek dzieci głuchych, związanych z atrakcyjnością fizyczną, co uzyskano w badaniu K. Domańskiej (1996), czy poczuciem zranionej kobiecości obecnej u matek małych dzieci głuchych z opóźnionym rozwojem mowy, co uzyskano w studiach klinicznych M. Zalewskiej (1998a), a co może pozostawać w związku z relacją małżeńską matek ulegającą pogorszeniu (Michelsen, 1999, za: Zalewska, 2000). Satysfakcja małżeńska jest istotnym predyktorem nasilenia objawów depresji zarówno rodziców dzieci głuchych i słabosłyszących, jak i dzieci o typowym rozwoju. Podobną zależność między zadowoleniem małżeńskim matek dzieci z niepełnosprawnością intelektualną i nasileniem objawów depresyjnych stwierdzono w badaniach J. Roli (2004).

Z uwzględnionych zmiennych socjodemograficznych, takich jak płeć, wiek, wykształcenie i status małżeński rodzica, żadna nie objaśnia nasilenia objawów depresyjnych matek i ojców dzieci głuchych i słabosłyszących (oraz dzieci słyszących). Jeśli chodzi o zmienne związane z głuchotą (niedosłuchem) dziecka, jedynie istotnym predyktorem objawów depresji okazał się w grupie ojców wiek dziecka w momencie zdiagnozowania głuchoty, wskazu-

jąc, że im starsze jest dziecko w chwili stwierdzenia głuchoty, tym większego nasilenia objawów depresji należy oczekiwać u ojców.

W badaniu na temat problemów zdrowia psychicznego rodziców dzieci głuchych z jednym implantem ślimakowym, o którym wcześniej wspomniano (Kobosko, Geremek-Samsonowicz, Skarżyński, 2013, w druku), ojcowie wykazują tendencję do większego nasilenia objawów depresji w porównaniu z ojcami dzieci o typowym rozwoju. Jednakże w prezentowanym badaniu ojcowie dzieci głuchych i słabosłyszących nie różnią się istotnie nasileniem przeżywanych objawów depresji.

Stosunkowo wysoka jakość życia rodziny z dzieckiem głuchym (słabosłyszącym) i wysokie zadowolenie z życia (Jackson, Wegner, Turnbull, 2010) sugeruje, że rodziny dzieci głuchych w wieku do 6 lat, wcześniej zdiagnozowanych i objętych wczesną interwencją, otrzymują wsparcie, które sprzyja radzeniu sobie z traumą diagnozy głuchoty (niedosłuchu) u dziecka i jej konsekwencjami. Z drugiej strony można sądzić, że część rodziców nie skonfrontowała się jeszcze z emocjami (depresja) związanymi ze zdiagnozowaniem u dziecka głuchoty, gdyż konfrontacji tej sprzyja zetknięcie się rodziców z wymaganiami związanymi z rozwojem dziecka, edukacyjnymi, językowymi czy społecznymi, co ma miejsce w świetle uzyskanych wyników w 7. roku od momentu stwierdzenia u dziecka głuchoty (niedosłuchu).

Rodzice dzieci głuchych i słabosłyszących potrzebują stałej dostępności różnych form interwencji psychologicznej i psychoterapii (Kobosko, 2011; Zalewska, 2000), także małżeńskiej, gdyż ich psychiczne funkcjonowanie jako rodzica dziecka głuchego (depresja), w tym osiągnięcie tożsamości rodzicielskiej, pozostaje w silnym związku z satysfakcją małżeńską.

## BIBLIOGRAFIA

- C i b o r o w s k a A. (1995): Spozrzeganie swojego małżeństwa przez matki dzieci niesłyszących, nieopublikowana praca magisterska, Warszawa, Uniwersytet Warszawski, Wydział Psychologii.
- D o m a ń s k a K. (1996): Głuchota dziecka a depresja matki, nieopublikowana praca magisterska, Warszawa, Uniwersytet Warszawski, Wydział Psychologii.
- G o l d b e r g D., W i l l i a m s P. (2001): Podręcznik dla użytkowników Kwestionariusza Ogólnego Stanu Zdrowia, tłum. D. Merez. W: Ocena zdrowia

- psychicznego na podstawie badań kwestionariuszami Davida Goldberga, część I. Łódź: Oficyna Wydawnicza IMP.
- J a c k s o n C.W., W e g n e r J.R., T u r n b u l l A.P. (2010): Family quality of life following early identification of deafness. „Language, Speech, and Hearing Services in Schools” 41, s. 194-205.
- K o b o s k o J. (2009): Relacja matka–dziecko a zaburzenia rozwoju językowego u młodzieży głuchej. „Przegląd Psychologiczny” 52(3), s. 327-342.
- K o b o s k o J. (2011): Pomoc psychologiczna słyszącym rodzicom a efektywność rehabilitacji dziecka głuchego. „Otolaryngologia” – przegląd kliniczny 10(1), s. 8-14.
- K o b o s k o J., G e r e m e k - S a m s o n o w i c z A., S k a r ż y Ń - s k i H. (2014): Problemy zdrowia psychicznego matek i ojców dzieci głuchych z implantem ślimakowym. „Otolaryngologia Polska” 68(3), s. 135-142.
- K o b o s k o J., K o s m a l o w a J. (2000): Depression and the implanted child family. W: V European Symposium on Pediatric Cochlear Implantation. Abstract Book. Amsterdam.
- K u r t z e r - W h i t e E., L u t e r m a n D. (2003): Families and children with hearing loss. Grief and coping. „Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews” 9, s. 232-235.
- K u s h a l n a g a r P., M e h t a P., K r u l l K., C a u d l e S., H a n - n a y J., O g h a l a i J. (2007): Intelligence, parental depression, and behavior adaptability in deaf children being considered for cochlear implantation. „Journal of Deaf Studies and Deaf Education” 12, s. 335-349.
- M a k o w s k a Z., M e r e c z D. (2001): Polska adaptacja Kwestionariuszy Ogólnego Stanu Zdrowia Davida Goldberga GHQ-12 i GHQ-28. W: Ocena zdrowia psychicznego na podstawie badań kwestionariuszami Davida Goldberga. Część II. Łódź: Oficyna Wydawnicza IMP.
- M e a d o w - O r l a n s K.P. (1995): Sources of stress for mothers and fathers of deaf and hard of hearing children. „American Annals of the Deaf” 140, s. 352-357.
- R o l a J. (2004): Melancholia rodzinna. Psychologiczne uwarunkowania zaburzeń depresyjnych dzieci z niepełnosprawnością intelektualną. Warszawa: Wydawnictwo APS.
- S e l i g m a n M.E.P., W a l k e r E.F., R o s e n h a n D.L. (2003): Psychopatologia, tłum. J. Gilewicz, A. Wojciechowski. Warszawa: Zysk i S-ka Wydawnictwo.
- W a l e w s k a K., P a w l i k J. (red.) (1992): Depresja. Ujęcie psychoanalityczne. Warszawa: PWN.
- Z a c z y Ń s k a M. (1999): Tożsamość ojcowska ojców dzieci głuchych, nieopublikowana praca magisterska. Warszawa: Uniwersytet Warszawski, Wydział Psychologii.
- Z a c z y Ń s k a M. (2001): Być ojcem dziecka głuchego. W: J. Kobosko (red.), *Bliżej życia. Materiały dla rodziców dzieci i młodzieży z wadą słuchu* (s. 30-32). Warszawa: Stowarzyszenie Przyjaciół Osób Niestyszających i Niedosłyszających „Człowiek – Człowiekowi”.



- Z a l e w s k a M. (1998a): Dziecko w autoportrecie z zamalowaną twarzą. Psychiczne mechanizmy zaburzeń rozwoju tożsamości dziecka głuchego i dziecka z opóźnionym rozwojem mowy. Warszawa: J. Santorski i CO Wydawnictwo.
- Z a l e w s k a M. (1998b): Psychologiczne aspekty stwierdzenia głuchoty u dziecka. W: J. Rola (red.), Wybrane problemy psychologicznej diagnozy zaburzeń rozwoju dzieci (s. 177-186). Warszawa: Wydawnictwo WSPS.
- Z a l e w s k a M. (1999): Trudne macierzyństwo. W: D. Kornas-Biela (red.), Oblicza macierzyństwa (s. 297-302). Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Z a l e w s k a M. (2000): Pomoc psychologiczna słyszącym rodzicom dziecka głuchego. W: H. Siedlecka, E. Kulczycka (red.), Współczesne kierunki wczesnej diagnozy i wczesnej rewalidacji dziecka z wadą słuchu (s. 33-36). Warszawa: Wydawnictwo APS.

MOTHERS' AND FATHERS' DEPRESSION AND CHILD'S DEAFNESS  
THE IMPORTANCE OF MARITAL SATISFACTION  
AS A PREDICTOR OF INTENSITY  
OF DEPRESSION SYMPTOMS EXPERIENCED BY PARENTS

S u m m a r y

Experiencing depression symptoms (depression) is an important problem concerning parents of handicapped children, including also parents of deaf and hard of hearing children. Studies show that these symptoms are more intensive in mothers of small children than in fathers, and also in mothers of hearing, typically developing children.

The present study poses the question if there are differences of intensity of depression symptoms experienced by mothers and fathers of deaf children aged between 3 months and 15 years as compared to parents of hearing children. The study takes into consideration the relation between the intensity of depression symptoms and the time elapsed from the child's diagnosis of deafness. The question posed was whether socio-demographic variables, such as: sex, age, education, parent's marital status and marital satisfaction, as well as variables related to the child's deafness that is: the child's age at the moment of diagnosis of deafness, the time elapsed from that moment, the degree of hearing loss, the type of prosthesis used (conventional hearing aid versus cochlear implant) and satisfaction with rehabilitation may be predictors of the intensity of depression symptoms experienced by parents.

The study included 185 mothers and 55 fathers and parents of hearing children as a control group. The intensity of depression symptoms was measured using the D Scale of GHQ-28 questionnaire.

The results indicate that mothers of deaf children experience significantly more intensive depression symptoms compared to mothers of hearing, typically developing children. Depression symptoms are most intense in the first, second and seventh year from the diagnosis of deafness. In fathers no relationship between time elapsed from the diagnosis of deafness and intensity of depression symptoms was found. An important predictor of the intensity of depression symptoms in parents of deaf children and in parents of typically developing children was found to be the marital satisfaction, and not the socio-demographic variables including marital status. A higher intensity of depression symptoms in fathers of deaf children may be predicted only when the child at the moment of diagnosis of deafness is older.

Constant availability of various forms of psychological intervention and psychotherapy, including marital psychotherapy, in the offer of centers responsible for rehabilitation and education of children is crucial for parents of deaf children, because their mental functioning as parents (depression) is in strong relation with their marital satisfaction.

**Key words:** depression, mother, father, deaf child, marital satisfaction.

DEPRESJA MATEK I OJCÓW A GŁUCHOTA DZIECKA  
ZNACZENIE SATYSFAKCJI MAŁŻEŃSKIEJ  
JAKO PREDYKTORA NASILENIA  
DOŚWIADCZANYCH PRZEZ RODZICÓW OBJAWÓW DEPRESJI

S t r e s z c z e n i e

Doświadczanie objawów depresyjnych (depresji) jest ważnym problemem w odniesieniu do rodziców dzieci niepełnosprawnych, także rodziców dzieci głuchych i słabosłyszących. W badaniach stwierdza się większe ich nasilenie u matek małych dzieci w porównaniu z ojcami, a także matkami dzieci słyszących o typowym rozwoju.

W prezentowanych badaniach postawiono pytanie, czy istnieją różnice w nasileniu objawów depresji u matek i ojców dzieci głuchych w wieku od 3. miesięcy do 15. lat w porównaniu z rodzicami dzieci słyszących. Uwzględniono związek nasilenia objawów depresji z czasem wpływającym od momentu zdiagnozowania głuchoty (niedosłuchu) dziecka. Postawiono pytanie, czy zmienne socjodemograficzne, takie jak płeć, wiek, wykształcenie, status małżeński rodzica, satysfakcja małżeńska, a także zmienne związane z głuchotą dziecka, do których zaliczono: wiek dziecka w momencie zdiagnozowania głuchoty i czas wpływający od tego momentu, stopień ubytku słuchu, typ protezy wzmacniającej słyszenie (konwencjonalne aparaty słuchowe v. implanty ślimakowe) i zadowolenie z rehabilitacji są predyktorami nasilenia objawów depresji u rodziców.

Badaniami objęto 185 matek i 55 ojców dzieci głuchych i słabosłyszących oraz rodziców dzieci słyszących stanowiących grupę kontrolną. Do pomiaru nasilenia objawów depresji wykorzystano Skalę D kwestionariusza GHQ-28.

Rezultaty badań wskazują, że matki dzieci głuchych doświadczają w istotnie większym nasileniu objawów depresji w porównaniu z matkami dzieci słyszących o typowym rozwoju. Objawy depresji przyjmują największe nasilenie w pierwszym, drugim i siódmym roku od momentu zdiagnozowania głuchoty u dziecka. U ojców stwierdzono brak związku między czasem wpływającym od momentu postawienia tej diagnozy a nasileniem objawów depresji. Istotnym predyktorem nasilenia objawów depresji rodziców dzieci głuchych i dzieci o typowym rozwoju okazała się satysfakcja małżeńska, nie zaś zmienne socjodemograficzne, w tym status małżeński. Większe nasilenie doświadczanych objawów depresji u ojców dzieci głuchych pozwala przewidywać jedynie starszy wiek dziecka w momencie zdiagnozowania u niego głuchoty.

W ofercie ośrodków zajmujących się rehabilitacją i edukacją dzieci głuchych i słabosłyszących, ich rodzice potrzebują stałej dostępności różnych form interwencji psychologicznej i psychoterapii, także małżeńskiej, gdyż ich psychiczne funkcjonowanie jako rodzica (depresja) pozostaje w silnym związku z satysfakcją małżeńską.

**Słowa kluczowe:** depresja, matka, ojciec, dziecko głuche, satysfakcja małżeńska.