

**Dorota Polańska-Fryś, Maria Posłuszna-Owczarz**

Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu  
Warszawa

## **Zmiany w percepcji własnej sytuacji życiowej i samoocenie u ogłuchłych osób dorosłych, po wszczępieniu implantu ślimakowego**

Perception of Changes in Life and Self-esteem  
in Adults with Profound Deafness Provided with Cochlear Implants

**Słowa kluczowe:** głuchota, implanty ślimakowe, psychologia, socjologia  
**Key words:** deafness, cochlear implant, psychology, sociology

### **Streszczenie**

W pracy autorzy prezentują badania psychologiczne oraz analizę dokumentacji medycznej i logopedycznej. Do oceny zmian w percepcji samego siebie użyto Testu Przymiotników Gougha i Helburna w wersji 24 skalowej, natomiast zmiany w sytuacji życiowej badano za pomocą własnych narzędzi: Skali i Ankiety. Grupę badanych stanowiło 18 dorosłych osób z głuchotą nabytą, zaopatrzonych we wszczepy ślimakowe. Z przeprowadzonych badań wynika, że leczenie głębokich niedosłuchów metodą wszczepiania implantów ślimakowych prócz następstw medycznych ma również skutki społeczne i psychologiczne. Po wszczępieniu implantów ślimakowych i co najmniej półrocznej rehabilitacji słuchu, u badanych pacjentów wzrosła samoocena oraz poprawiło się funkcjonowanie społeczne.

### **Summary**

The authors present psychological tests and analysis of medical and logopedic records. The Gougham and Helburn Adjective Test in its 24-scale version was applied for assessment of changes in self-perception. However, the changes in life were evaluated using original tools, developed by the authors: the Scale and the Questionnaire. The examined group consisted of 18 adults with acquired deafness, cochlear implant users. The results prove that the treatment of profound deafness applying cochlear implants has positive effects not only medical but social and psychological as well. After cochlear implantation and at least 6 months of auditory rehabilitation most of the examined patients have shown increased self-esteem and improved social integration capability.

Problematyką osób niepełnosprawnych z powodu uszkodzenia słuchu, zajmuje się od lat wielu specjalistów z różnych dziedzin, m.in. logopedzi, psychologów i socjologów.

W licznych publikacjach dotyczących rehabilitacji i życia osób głuchych koncentrowano się głównie na dzieciach, jak i dorosłych niesłyszących od urodzenia [Hulek 1986, Larkowa 1987].

O problematyce osób dorosłych późno ogłuchłych praktycznie nie ma doniesień w literaturze fachowej. Utrata tak cennej wartości jaką jest słuch niesie za sobą silne przeżycia emocjonalne dla pacjenta i zmusza go do przebudowy całego swojego dotychczasowego życia. Wymusza też zmianę obrazu samego siebie – wpisanie weń swojej ułomności, obniżonych możliwości, większej zależności od innych [Lis-Turlejska 1993, Reykowski 1966].

Co się jednak stanie, gdy po okresie całkowitej niesprawności określonego narządu czy układu uda się przywrócić choćby tylko częściowo jego funkcje? Czy to wielkie wydarzenie w życiu osoby niepełnosprawnej wywoła również zmiany w percepcji własnej sytuacji życiowej i samoocenie? Niewiele jest możliwości badania takich zależności, bo niewiele z długotrwałych, głębokich kalektw daje się cofnąć.

Program implantów ślimakowych zapoczątkowany w Polsce w 1992 r. pozwolił na powrót do świata dźwięków osobom całkowicie niesłyszącym [Skarżyński 1994]. Dzięki temu otworzyły się nowe możliwości badań psychologicznych i społecznych dotyczących tej grupy pacjentów.

Badania miały na celu znalezienie odpowiedzi na pytania: czy po wszczęciu zmienia się ocena własnej sytuacji życiowej i ocena samego siebie, a jeśli tak, to jaki jest kierunek tych zmian i od czego one zależą.

## I. METODY I MATERIAŁ

Materiał stanowiła grupa 18 losowo wybranych osób dorosłych z głuchotą nabytą, którym wszczepiono różne typy implantów ślimakowych. W tab. 1 przedstawiono charakterystykę grupy badanych.

Jako narzędzia do pomiaru samooceny przed- i po- implancie użyto Testu Przymiotników ACL Gougha [Drwal 1993, Ostrowska 1986].

Metoda ta została wybrana ponieważ jest wieloskalowym testem osobowości, który może służyć do wielokrotnego samoopisu w różnych kategoriach np. „jaki byłem”, „jaki jestem”, „jaki chciałbym być”. W badaniach wykorzystano wersję 24 skalową – ze względu na jej dostępność i najpełniejszy opis w literaturze [Siek 1983].

Tab. 1. Zestawienie danych na temat osób badanych

płeć	data ur.	powód	utrata	operacja	zam	wykszt	IQ	implant
K	06.05.57	wypadek	16 rż	36 rż	W	ZSZ	przeciętny	MED-EL SC-6
K	04.02.69	zap. opon	11 rż	25 rż	m	ZSZ	przeciętny	Combi -40
M	18.01.76	grypa	11 rż	18 rż	M	średnie	przeciętny	Nucleus Mini 22
M	08.10.71	świnka	15 rż	23 rż	W	ZSZ	przeciętny	Combi-40
M	09.03.40	leki oto.	49 rż	53 rż	M	wyższe	powyżej	MED-EL SC-6
M	24.07.34	zap. opon	57 rż	61 rż	M	średnie	przeciętny	MED-EL SC-6
M	25.10.52	zap. ucha	28 rż	42 rż	M	ZSZ	przeciętny	MED-EL SC-6
M	02.09.57	wypadek	36 rż	37 rż	M	średnie	przeciętny	MED-EL SC-6
M	14.10.73	leki oto.	10 rż	21 rż	M	student	powyżej	Nucleus Mini 22
M	26.08.57	leki oto.	9 rż	37 rż	W	ZSZ	przeciętny	MED-EL SC-6
M	13.02.36	grypa	56 rż	58 rż	m	ZSZ	przeciętny	MED-EL SC-6
M	26.03.56	wypadek	27 rż	38 rż	W	ZSZ	przeciętny	MED-EL SC-6
M	03.02.33	leki oto.	56 rż	58 rż	M	wyższe	przeciętny	Nucleus Mini 22
K	14.06.57	wypadek	35 rż	37 rż	m	średnie	powyżej	MED-EL SC-6
K	25.12.69	nieznana	14 rż	25 rż	m	ZSZ	przeciętny	Laura
M	08.02.68	wypadek	19 rż	26 rż	m	ZSZ	przeciętny	MED-EL SC-6
K	30.07.76	nieznana	16 rż	18 rż	M	student	wysoki	MED-EL SC-6
K	31.10.73	świnka	11 rż	18 rż	M	student	powyżej	MED-EL SC-6

m. - małe miasto, M. - duże miasto, W - wieś

IQ - poziom intelektualny

Listę wszystkich skal prezentujemy poniżej:

- 1) całkowita liczba zaznaczonych przymiotników (No.Ckd.),
- 2) nastawienie obrotne (Df.),
- 3) liczba zaznaczonych przymiotników pozytywnych (Fav.),
- 4) liczba zaznaczonych przymiotników negatywnych (Unfav.),
- 5) zaufanie do samego siebie (S-Cfd.),
- 6) samokontrola (S-Cn.),
- 7) labilności lub mała siła ego (Lab.),
- 8) przystosowanie osobowościowe (Per.Adj.),
- 9) potrzeba osiągnięć lub wyczynu (Ach.),
- 10) potrzeba dominacji (Dom.),
- 11) potrzeba wytrwałości (End.),
- 12) potrzeba porządku (Ord.),
- 13) potrzeba rozumienia siebie i innych lub intracepcja (Int.),
- 14) potrzeba opieki i żywienia (Nur.),
- 15) potrzeba afiliacji lub stowarzyszania (Aff.),
- 16) potrzeba kontaktów heteroseksualnych (Het.),
- 17) potrzeba pokazania się lub ekshibicjonizmu (Exh.),

- 18) potrzeba autonomii (Aut.),
- 19) potrzebie agresji (Agg.),
- 20) potrzeba zmian (Cha.),
- 21) potrzeba oparcia się lub doznawania opieki (Suc.),
- 22) potrzeba ponizania się lub degradacji (Aba.),
- 23) potrzeba ulegania (Def.),
- 24) gotowość do poradnictwa (zasięgania porady psychologicznej) i zmiany swego zachowania (Crs.)

Do oceny zmian w sytuacji życiowej użyto Skali oraz opisowej Ankiety (opartej na zasadzie wywiadu ustrukturalizowanego) skonstruowanych w Poradni Psychologicznej Instytutu.

Obie metody badawcze obejmują zagadnienia:

- 1) sytuacja rodzinna,
- 2) sposób porozumiewania się z rodziną,
- 3) sposób porozumiewania się z innymi ludźmi,
- 4) kontakty towarzyskie i społeczne,
- 5) sytuacja zawodowa/szkolna,
- 6) aktywność życiową,
- 7) sytuacja materialna/finansowa,
- 8) realizacja zainteresowań,
- 9) oczekiwania co do efektów operacji i rehabilitacji.

Stopień niedosłuchu oceniano na podstawie wyników badań audiologicznych: audiometrii w wolnym polu słuchowym w aparatach słuchowych a po operacji – w implantcie. Oceny poziomu rehabilitacji dokonali logopedzi Instytutu stosując ujednolicone, obiektywne testy – klasyfikując poziom kompetencji słuchowej pacjenta według pięciostopniowej skali [Malesińska 1994].

U pacjentów wykonano również badanie inteligencji Testem Matryc Ravena, jako jedno z psychologicznych badań standardowych przed wszczęciem implantu ślimakowego.

Dane z badań poddano analizie statystycznej z wykorzystaniem takich technik jak: test t-Studenta, korelacje r-Pearsona, analiza wariancji i analiza regresji.

## II. WYNIKI

Porównanie danych medycznych i logopedycznych, z badań przedoperacyjnych i co najmniej 6 miesięcy po operacji wszczęcia implantu ślimakowego wskazuje, że wszyscy pacjenci osiągnęli korzyści słuchowe wyrażone

wynikami audiometrii w wolnym polu słuchowym oraz osiągniętym poziomem rehabilitacji słuchu (co przedstawiają tabele 2 i 3).

Tab. 2. Wyniki badań słuchu przed operacją wszczęcia implantu ślimakowego i po operacji (audiometria wolnego pola – w konwencjonalnym aparacie słuchowym i w implantcie)

Lp	kHz				
	0,25	0,5	1	2	4
1	--- 45	100; 55	100; 55	--- 70	--- 55
2	--- 45	--- 35	--- 35	--- 35	--- 30
3	--- 65	--- 50	--- 45	--- 55	--- 35
4	--- 45	--- 35	--- 30	--- 35	--- 30
5	--- 40	--- 50	--- 40	--- 50	--- 35
6	--- 45	--- 50	--- 45	--- 50	--- 40
7	--- 40	--- 45	--- 45	--- 50	--- 35
8	--- 45	--- 50	--- 45	--- 50	--- 45
9	--- 50	90; 45	--- 40	--- 45	--- 30
10	--- 50	--- 55	--- 50	--- 55	--- 45
11	--- 50	--- 50	--- 40	--- 50	--- 45
12	--- 45	90; 55	--- 40	--- 55	--- 40
13	--- 45	100; 40	--- 40	--- 35	--- 25
14	--- 45	90; 45	--- 40	--- 50	--- 45
15	--- 35	--- 30	--- 30	--- 35	--- 35
16	--- 35	--- 30	--- 30	--- 40	--- 40
17	--- 40	--- 45	--- 40	--- 50	--- 40
18	--- 45	--- 40	--- 40	--- 35	--- 35

Pierwsza cyfra – poziom słyszenia (w dB) przed wszczęciem; druga cyfra – poziom słyszenia po wszczęciu; --- – brak odpowiedzi w granicach wydolności aparatury (powyżej 100dB)

Tab. 3. Poziom sprawności słuchowej osiągnięty przez poszczególnych badanych pacjentów

Lp	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
poziom	2	5	4	5	4/5	3/4	2/3	5	5	3	3/4	3/4	5	5	4	3	5	5

Gdzie:

- poziom 1 – wykrywanie obecności lub braku obecności dźwięku w otoczeniu
- poziom 2 – dyskryminacja
- poziom 3 – identyfikacja
- poziom 4 – rozumienie mowy
- poziom 5 – rozumienie mowy i dźwięków użytecznych w hałasie

Ponieważ w niektórych przypadkach pacjenci opanowali jeden z poziomów sprawności słuchowej i rozpoczęli kolejny oceną ich sprawności jest poziom „pomiędzy”.



Wyniki badań psychologicznych wskazują, że ocena własnej sytuacji życiowej po wszczęciu implantu ślimakowego i co najmniej półrocznej rehabilitacji ulega istotnej zmianie w większości wymiarów uwzględnionych w analizie.

Tab. 4. Zestawienie wyników z Ankiety i Skali

Kategorie	Skala	Ankieta
sytuacja rodzinna	bez zmian	bez zmian
porozumiewanie się – odbiór mowy	nie bada	+
odbior wrażeń dźwiękowych	nie bada	+
kontakty towarzysko-społeczne	+	+
spędzanie wolnego czasu, realizacja zainteresowań	+	+
oczekiwania co do efektów leczenia	+	-
ogólna aktywność życiowa	+	+(ni)
sytuacja zawodowa/szkolna	bez zmian	bez zmian
porozumiewanie się z rodziną	+	nie bada
porozumiewanie się z innymi ludźmi	+	nie bada
sytuacja materialno-finansowa	-(t)	nie bada

+ – zmiany pozytywne, poprawa określonego wymiaru,  
 - – zmiany negatywne, pogorszenie,  
 (ni) – wynik nie istotny statystycznie,  
 (t) – tendencja

Zmiany te mają charakter zdecydowanie progresywny w takich sferach jak: porozumiewanie się z rodziną i innymi ludźmi, kontakty towarzyskie i społeczne, ogólna aktywność życiowa, realizacja zainteresowań i oczekiwania co do efektów operacji. Obniżanie się wyników po wszczęciu zarejestrowaliśmy w sferze materialno-finansowej.

Porównując odpowiedzi w Teście Gougha ACL („Jaki byłeś przed operacją?” oraz „Jaki jesteś teraz?”) wyniki istotne statystycznie otrzymano w następujących skalach:

- 5 – zaufanie do samego siebie S-Cfd. – uległo poprawie,
- 17 – potrzeba pokazania się, ekshibicjonizmu Exh. – wzrosła,
- 22 – potrzeba poniżania się lub degradacji Aba. – zmalała,
- 23 – potrzeba ulegania Def. – zmalała,
- 24 – gotowość do poradnictwa (zasięgnięcia porady psychologicznej) i zmiany swego zachowania Crs. – zmalała.

Na pewne tendencje zmian wskazuje analiza poniższych skal:

- 13 – potrzeba rozumienia siebie i innych lub intracepcji Int. – wzrosła,
- 15 – potrzeba afiliacji lub stowarzyszenia Aff. – wzrosła.

Obraz samego siebie uległ poprawie w wymiarze zaufania do samego siebie, rozumienia siebie i innych, afiliacji, w zaspokojeniu potrzeby uznania.

Po wszczęciu implantu zwiększyła się samodzielność pacjentów i ich niezależność od innych.

Badani po wszczęciu implantu ślimakowego i co najmniej 6 miesięcznej rehabilitacji są bardziej aktywni, pewni siebie, silni, zrównoważeni, energiczni. Stali się bardziej śmiali, spontaniczni, mniej lękliwi, nastawieni optymistycznie do siebie i świata. Na lepsze funkcjonowanie społeczne wskazuje poprawa w zakresie poszukiwania i utrzymywania kontaktów towarzyskich, dążenie do stowarzyszenia się, większa swoboda w sytuacjach społecznych oraz chęć bycia w centrum uwagi. Obniżyła się potrzeba degradacji oraz potrzeba ulegania, mniejsza stała się potrzeba zasięgnięcia pomocy i zmiany swojego zachowania.

Hipoteza o zmianach w ocenie własnej sytuacji życiowej i ocenie samego siebie zależnych od wieku, wykształcenia, długości trwania głuchoty, IQ, typu implantu, osiągniętego poziomu rehabilitacji słuchu, wieku utraty słuchu, wieku w którym została wykonana operacja, uzyskanej korzyści z implantu, została potwierdzona tylko częściowo. Wyżej wymienione zmienne wpływają na 8 z 9 sfer życia poddanych badaniu Skalą oraz na 13 z 24 skal Testu Przymiotników. Na zmiany w wynikach Skali największy wpływ ma osiągnięty poziom rehabilitacji słuchu oraz wiek, w którym przeprowadzono operację (największa ilość kategorii w Skali tłumaczona jest przez te zmienne). Dla różnic między dwoma pomiarami poszczególnych skal Testu Przymiotników największe znaczenie ma wiek utraty słuchu i wiek, w którym przeprowadzono operację.

Przeprowadzono również analizę wariancji w celu ustalenia związku między typem implantu a subiektywnym poczuciem zmian psychospołecznych po wszczęciu implantu (wymiki na Skali i w Teście Przymiotników), obiektywną korzyścią z implantu (wartość „Wolnego Pola”) oraz osiągniętym poziomem rehabilitacji słuchu.

Z powyższej analizy wynika, że typ implantu wpływa na korzyści z implantu oraz na osiągnięty poziom rehabilitacji słuchu. Korzyść słuchowa w zakresie odbioru mowy, wyrażona wynikami audiometrii w wolnym polu dźwiękowym oraz osiągnięcia w rehabilitacji słuchu wydają się być lepsze u osób używających implantów wielokanałowych.

Dowodząc, że osiągnięty poziom rehabilitacji zależy od wykształcenia, długości trwania głuchoty, IQ, typu implantu, uzyskanej korzyści z implantu, przeanalizowano wzajemne korelacje pomiędzy tymi zmiennymi.

Na ich podstawie można stwierdzić, że:

– osiągnięty poziom rehabilitacji słuchowej jest tym wyższy im wyższy jest poziomem inteligencji i wykształcenie oraz im krótszy jest okres trwania głuchoty;

- w grupie badanych osób, czas trwania głuchoty był krótszy u osób niewykształconych i mieszkających na wsi;
  - wykształcenie jest współzależne do inteligencji, miejsca zamieszkania – osoby z wyższym wykształceniem posiadają wyższy IQ i mieszkają w mieście;
- Ciekawe mogłoby być zbadanie związków przyczynowo-skutkowych powyższych zależności, ale nie jest to zadaniem tej pracy.

### III. OMÓWIENIE WYNIKÓW

Przedstawione powyżej wyniki analiz statystycznych wskazują, że po wszczęciu implantu ślimakowego i co najmniej 6 miesięcznej rehabilitacji zmienia się u pacjentów ocena własnej sytuacji życiowej. Zmiany mierzone Ankieta dotyczyły 5 z 8 wymiarów poddanych analizie, a pomiary Skala wskazują na istotne statystycznie różnice w 6 z 9 kategorii (w sumie więc z 17 wymiarów zmianie uległo 11). W większości zaistniałe zmiany miały charakter progresywny. Najsilniejsze zmiany zauważone zarówno w wynikach Ankiety jak i Skali odnoszą się do poprawy komunikacji – odbioru mowy i dźwięków pozajęzykowych, większej łatwości w porozumiewaniu się z rodziną i innymi ludźmi. Odnotowano silną zależność między wysokim poziomem rehabilitacji słuchu a poprawą w porozumiewaniu się, zwłaszcza z innymi ludźmi. Związek ten jest logiczny. Tłumaczy go fakt, że lepszy odbiór słuchowy dźwięków, rozpoznawanie ich i kojarzenie pozwala na mniejsze (lub w ogóle) korzystanie z odbioru wzrokowego, swobodniejsze prowadzenie konwersacji, odbiór mowy w hałasie. To z kolei sprawia, że pacjenci mają poczucie poprawy komunikacji. Na porozumiewanie się z rodziną silniejszy wpływ ma wiek, w którym przeprowadzono operację niż osiągnięty poziom rehabilitacji słuchu – im operowany pacjent młodszy, tym lepsze porozumiewanie się z rodziną. Można założyć, iż młody człowiek ma większą potrzebę komunikowania się z innymi a z drugiej strony młodzi pacjenci więcej rozmawiają z rodziną ze względu na to, że codzienną rehabilitację prowadzą rodzice lub rodzeństwo (u pacjentów starszych rolę tę przejmują znajomi, koledzy z pracy i inne osoby spoza rodziny). Tak więc i sama rodzina osoby ogłuchłej w młodszym wieku czyni wysiłki w celu poprawy komunikacji. W analizie regresji, osiągnięty poziom rehabilitacji słuchu w takim samym stopniu wyjaśnia porozumiewanie się z rodziną i porozumiewanie się z innymi ludźmi. Jest to jedyna zmienna objaśniająca zmiany w porozumiewaniu się.

Równie silną poprawę po operacji i co najmniej 6 miesięcznej rehabilitacji zanotowano w sferze kontaktów towarzysko-społecznych. Zmiany te skorelowane są dodatnio z miejscem zamieszkania i ujemnie z długością trwania głuchoty. Analiza regresji wskazuje jedynie, że poprawa w kontaktach inter-

personalnych jest większa u osób mieszkających w mieście. Można wysnuć więc ostrożny wniosek, że u osób mieszkających w mieście większa poprawa w sferze kontaktów towarzysko-społecznych wiąże się z tym, że po ogłuchnięciu są one bardziej odsunięte poza margines życia społecznego (tracą pracę, przyjaciół, giną w tzw. „anonimowym tłumie”) a po „odzyskaniu” słuchu mają większe możliwości niż mieszkańcy wsi na powrót do aktywności (np. większy rynek pracy). Współzależność czasu trwania głuchoty i kontaktów towarzyskich (im krótszy okres trwania głuchoty, tym lepsze kontakty społeczne po operacji) należy tłumaczyć tym, że znajomi, koledzy i przyjaciele nie utracili obrazu badanego sprzed utraty słuchu. Z drugiej strony, zachowanie, sposób bycia, dźwięczność głosu pacjenta nie zmieniły się na tyle, by znajomi i osoby obce zaczęły patrzeć na badanego przez pryzmat kalectwa, co w konsekwencji mogłoby spowodować odsunięcie się osób znajomych od badanego i rezygnację z kontaktów społecznych przez samego pacjenta.

Taki sam kierunek zmian w Ankiecie i Skali posiadała zmienna dotycząca możliwości realizowania zainteresowań. Pacjenci po operacji i rehabilitacji stwierdzali, że mogą lepiej, pełniej realizować swoje zainteresowania oraz wymieniali większą ilość zainteresowań i form spędzania wolnego czasu.

Zmiany w możliwości realizowania zainteresowań zależą od wieku, w którym przeprowadzono operację, wieku utraty słuchu i osiągniętego poziomu rehabilitacji słuchu. Przy czym, im młodsza osoba w chwili utraty słuchu i operacji, tym możliwości realizacji zainteresowań większe. Powyższą zależność można tłumaczyć tym, że ludzie młodzi mają więcej czasu i mniej obowiązków oraz naturalną potrzebę poznawania i rozwijania siebie. To sprawia, że ich formy spędzania wolnego czasu są bogatsze i poświęcają im więcej uwagi.

Pozytywne zmiany wykazuje ogólna aktywność życiowa w stopniu istotnym w Skali i pewne tendencje w Ankiecie. Różnice te mogą być wytłumaczone formą jawnego porównania sytuacji sprzed operacji do sytuacji obecnej w Skali, oraz chęcią sprostania domniemanym oczekiwaniom badającego (będącego jednocześnie jedną z osób zajmujących się pacjentami implantowanymi w procesie diagnostycznym i terapeutycznym). Zmiany w tej sferze tłumaczą zmiennie: miejsce zamieszkania oraz długość trwania głuchoty. Można przypuszczać, że mieszkanie w dużym mieście sprzyja większej aktywności życiowej po operacji (w mieście istnieje większa presja społeczna do bycia aktywnym, a z drugiej strony w mieście jest większa możliwość bycia aktywnym – więcej formalnych i nieformalnych grup społecznych, większa możliwość uczestnictwa w życiu kulturalnym i społecznym) a im krócej trwa głuchota, tym większa potrzeba powrotu do aktywnego życia. Powyższą korelację można spróbować wyjaśniać w następujący sposób: osoby u których okres od utraty słuchu do operacji jest krótki nie akceptują swojej ułomności,



nie doszło u nich jeszcze do przewartościowań i próby stworzenia nowego obrazu siebie – myślą o sobie jak o osobach pełnosprawnych. Dążą więc do podtrzymania tego obrazu, mają silną potrzebę bycia aktywnymi, zajmowania się tym wszystkim czym zajmowali się przed utratą słuchu.

Rozbieżność wyników Ankiety i Skali w sferze oczekiwań co do efektów podjętego leczenia jest pozorna – wynika ze sposobu stawiania pytań. W Ankiecie przed operacją pyta się o oczekiwania pacjentów co do efektów leczenia, a po operacji – czy oczekiwania te zostały spełnione. Na Skali badani mieli zaznaczyć czy aktualne ich oczekiwania co do efektów operacji są mniejsze – większe – czy takie same jak przed operacją. Wyniki otrzymane z analizy jednej i drugiej metody pozwalają na stwierdzenie, że efekty operacji i rehabilitacji nie spełniły oczekiwań pacjentów (Ankieta) a pooperacyjne oczekiwania są wyższe niż przedoperacyjne (Skala). Tak więc badani są nie w pełni usatysfakcjonowani z możliwości, jakie daje im implant ale wierzą w skuteczność tej metody leczenia i liczą, że ich osiągnięcia słuchowe w miarę trwania rehabilitacji będą zwiększały się (jest to ważny czynnik motywujący do dalszej rehabilitacji słuchowej). Na zmiany w oczekiwaniach co do efektów leczenia wpływa osiągnięty poziom rehabilitacji słuchu oraz w mniejszym stopniu wykształcenie i długość trwania głuchoty. Zależności te mają następujący kierunek:

a) im osiągnięty poziom rehabilitacji wyższy tym wyższe oczekiwania pooperacyjne – co można interpretować w ten sposób, że powodzenie w zakresie rehabilitacji motywuje do dalszej pracy, do stawiania sobie coraz wyższych „poprzeczek”, oczekiwań;

b) im młodszy pacjent w chwili utraty słuchu i operacji, tym większe oczekiwania pooperacyjne niż przedoperacyjne – całe życie jeszcze przed nim, więc „odzyskanie” słuchu wiąże z większymi oczekiwaniami zmian na przyszłość (osiągnięciami słuchowymi ale i zmianami życiowymi).

W sytuacji finansowo-materialnej, badanej Skalą, zauważono pewną tendencję do pogorszenia się po wszczępieniu implantu. Wyjaśnienia tego można szukać w konieczności pokrycia przez pacjenta części kosztów implantu (samego urządzenia) liczonych w dziesiątkach milionów starych złotych oraz dokonywaniu niezbędnych wydatków związanych z użytkowaniem aparatu – baterie, kabelki itp. Nie wykluczony jest również efekt chęci wpłynięcia na badającego, który jednocześnie jest pracownikiem instytucji, postrzeganej przez pacjenta jako wierzyciel (pacjenci często operowani byli nie mając odpowiednich funduszy na implant i mieli go sukcesywnie spłacać po operacji – część z nich nie wywiązuje się z tego zobowiązania).

Brak istotnych statystycznie zmian odnotowano w sytuacji rodzinnej oraz sytuacji zawodowej lub szkolnej zarówno w Skali jak i Ankiecie.

Analiza wyników w Testach Przymiotników wykazała, że pacjenci po wszczępieniu implantu ślimakowego i co najmniej półrocznej rehabilitacji osiągnęli wyższe wyniki w skali zaufania do siebie. Według Sieka [1983] wysoki wynik w tej skali wskazuje na pewność siebie, skłonność do dominacji, aktywność. Cecha „zaufanie do siebie” jest nadrzędna (w jej skład wchodzi) w stosunku do cech „swoboda towarzyska” i „pewność siebie” [Siek 1983]. Osoby uzyskujące wysoki wynik w skali 5 są stanowcze, wytrwałe w działaniu, skłonne do stowarzyszania się, ambitne, niecierpliwe. Zależy im na tym, by wywierać dobre wrażenie na otoczeniu. Przez innych są oceniane jako silne i pewne siebie [Drwal 1993]. Zmiany w tej skali korelują z inteligencją (im wyższe IQ, tym większe zaufanie do siebie) i korzyścią z implantu na poziomie niewerbalnym (im mniejsza korzyść słuchowa po wszczępieniu implantu, tym większa potrzeba zaufania do siebie). Analiza regresji wskazuje, że są one zależne również od miejsca zamieszkania (mieszkańcy wsi mają większe zaufanie do siebie po wszczępieniu, niż osoby mieszkające w mieście). Zależności te próbowano wyjaśniać następująco – człowiek inteligentny ma lepszy wgląd w siebie, racjonalne spojrzenie na siebie stąd i większe zaufanie do siebie. Dwa pozostałe związki są trudne do wyjaśnienia i bez dodatkowych danych nie powinno się ich interpretować.

Pozytywne zmiany w skali 13 mają charakter tendencji. Skala ta wskazuje na dążenie do zrozumienia postępowania własnego i innych. Wzrost wyników w tej skali oznacza, że zwiększyła się rozważałość badanych, refleksyjność i skłonność do zastanawiania się nad sobą, sumiennosc. Osoby uzyskujące wysokie wyniki posiadają wybitne zdolności intelektualne, których wykorzystywanie sprawia im przyjemność [Drwal 1993, Ostrowska 1986]. Różnice między samooceną przed i po operacji w skali 13 korelują z obiektywnymi korzyściami z implantu (audiometria w wolnym polu słuchowym). A więc im lepsza korzyść z implantu, tym większa potrzeba zrozumienia postępowania własnego i innych. W przeprowadzonej analizie wariancji wykazano wpływ rodzaju implantu na potrzebę rozumienia siebie i innych – pacjenci zaopatrzeni w implant wielokanałowy wykazują większą potrzebę zrozumienia postępowania własnego i innych. Z dodatkowo przeprowadzonych analiz wynika, że korzyść z implantu zależy od typu wszczepu – lepsza jest u osób ze wszczepem wielokanałowym. Związek między korzyścią z implantu i typem implantu a potrzebą rozumienia siebie i innych wydaje się więc logiczny – wraz z możliwościami słuchowymi poprawiają się możliwości w komunikacji, wzrasta więc rozumienie innych.

W skali 15 odnotowano tendencję występującą po operacji, do zwiększonego wyboru przymiotników zawartych w tej skali, po operacji. Potrzeba afiliacji lub stowarzyszania się przejawia się w poszukiwaniu i utrzymywaniu przyjaznych stosunków z wieloma ludźmi. Osoby o wysokich wynikach w tej skali łatwo przystosowują się do innych, a nawet naginają się do czyichś

wymagań [Ostrowska 1986]. Zarówno analiza regresji jak i korelacje r-Pearsona nie wykryła żadnych zmiennych wyjaśniających zmiany w skali 15.

Kolejną, istotną statystycznie zmianę w ocenie siebie po operacji i co najmniej 6 miesięcznej rehabilitacji zauważono w skali 17 – potrzeba pokazania się, ekshibicjonizmu. Wzrosła u badanych tendencja do zwracania na siebie uwagi innych osób. Wysokie wyniki w tej skali wskazują na egocentryzm, pewność siebie, rozważę i śmiałość oraz impulsywność [Siek 1983]. Zmiany w potrzebie ekshibicjonizmu są w słabym stopniu współzależne z wiekiem utraty słuchu – im później pacjent utracił słuch, tym potrzeba pokazania się jest większa.

Obniżenie się po wszczęciu implantu ślimakowego potrzeby degradacji i poniżania się (skala 22), rozumianej przez Gougha i Heilbruna jako poczucie niższości nie daje się tłumaczyć przez wykonywane korelacje. Badani przed operacją oceniali siebie jako osoby lękliwe, słabe, pesymistyczne, usuwające się w cień, nie akceptujące siebie, samokrytyczne, nieporadne w sytuacjach społecznych. Po operacji i rehabilitacji ich spojrzenie na siebie i świat zmieniło się na bardziej optymistyczne. W samoocenie pojawiły się przymiotniki świadczące o większej pewności siebie, zdecydowaniu, stanowczości, zrównoważeniu. Pacjenci stali się mniej lękliwi w kontaktach międzyludzkich, bardziej śmiali i skuteczni.

Po leczeniu całkowitej głuchoty metodą wszczęcia implantu ślimakowego zmniejszyła się potrzeba ulegania mierząca skłonność do podejmowania podrzędnych ról w stosunku do innych ludzi. Osoby o wysokich wynikach w skali 23 są sumienne a nawet skrupulatne, wytrwałe, zależne, można na nich polegać. Nie wierzą w siebie, mają poczucie niższej wartości, są skromne w wymaganiach, łatwo poddają się naciskom innych. Unikają sytuacji, które mogłyby narazić je na stresy i konieczność sprostania nowym wymaganiom. Niskie wyniki uzyskują osoby energiczne, spontaniczne, niezależne, ambitne, lubiące być w centrum uwagi [Drwał 1993, Siek 1983]. Obniżenie się potrzeby ulegania koreluje z wiekiem utraty słuchu, wiekiem, w którym przeprowadzono operację, miejscem zamieszkania i długością trwania głuchoty. Ta ostatnia zmienna wydaje się najlepiej tłumaczyć różnice w potrzebie unikania przed i po operacji. Analiza regresji wskazuje dodatkowo na zależność wyników skali 23 od osiągniętego poziomu rehabilitacji słuchu. Kierunek tych związków jest następujący: a) im wcześniej w ontogenezie nastąpiła utrata słuchu i im wcześniej doszło do operacji, tym potrzeba poniżania się jest większa; b) im dłużej trwa głuchota, tym większa potrzeba poniżania się; c) im wyższy osiągnięty poziom rehabilitacji, tym większa potrzeba ulegania. Zależności te można interpretować w ten sposób, że osoby młode jeszcze z niewykształconą osobowością postrzegają siebie przez pryzmat niesprawności – jest ona wdrukowana w trakcie formowania się osobowości – nie wierzą w siebie, mają poczucie niższej wartości, łatwo poddają się naciskom innych, unikają sytuacji, które mogłyby

narazić je na stresy i konieczność sprostania nowym wymaganiom. Tak samo przedstawia się zależność od długości trwania głuchoty. Trzecia zależność jest odwrotna od spodziewanej, zdroworozsądkowej.

Wyniki w ostatniej skali ACL również uległy obniżeniu. Można więc z tego wnioskować, że pacjenci postrzegają siebie po operacji jako osoby bardziej zrównoważone, mające do siebie zaufanie, pewniejsze siebie, szukające towarzystwa innych, aktywniejsze i bardziej optymistycznie nastawione do życia. Na zmniejszenie się gotowości do poradnictwa i zmian swojego zachowania wpływa wykształcenie i miejsce zamieszkania. Osoby z wyższym wykształceniem mają niższe wyniki w tej skali, co może świadczyć o tym, że lepiej potrafią one dać sobie radę z problemami bez pomocy innych – korzystając z własnej wiedzy, książek itp.

Mniejszą gotowość do poradnictwa i zmian zachowania wykazują osoby mieszkające na wsi. Można to zinterpretować w następujący sposób – mają one mniejszy wgląd w siebie, często fatalistyczny stosunek do życia z czego może wynikać pewność i zaufanie do siebie oraz optymistyczne nastawienie.

#### IV. WNIOSKI

Zarysowany wyżej obraz prowokuje do postawienia wniosku, że leczenie głuchoty metodą wszczęcia implantów ślimakowych prócz następstw medycznych ma również skutki społeczne i psychologiczne.

Zmiany w ocenie siebie i percepcji własnej sytuacji życiowej mają wyraźny charakter przystosowawczy – po wszczęciu implantu ślimakowego i co najmniej półrocznej rehabilitacji wzrosła samoocena oraz poprawiło się funkcjonowanie społeczne badanych pacjentów. Badani po wszczęciu implantu ślimakowego i co najmniej 6 miesięcznej rehabilitacji są bardziej aktywni, pewni siebie, silni, zrównoważeni, energiczni, niezależni. Stali się bardziej śmiali, spontaniczni, mniej lękliwi, nastawieni optymistycznie do siebie i świata. Zyskali zaufanie do siebie, chęć bycia w centrum uwagi. Na lepsze funkcjonowanie społeczne wskazuje poprawa w zakresie poszukiwania i utrzymywania kontaktów towarzyskich, dążenie do stowarzyszania się, większa swoboda w sytuacjach społecznych oraz większa łatwość przystosowywania się.

Z przeprowadzonych badań wynika również, że:

– Im wyższe wykształcenie i IQ oraz im krótszy okres czasu upłynął od ogłuchnięcia do przywrócenia sprawności słuchowej, tym lepsza kompetencja słuchowa wyrażona osiągniętym poziomem rehabilitacji.

– Im lepsze możliwości słuchowe pacjenta w procesorze mowy określone wynikami audiometrii w wolnym polu słuchowym, tym wyższy osiąga on poziom rehabilitacji.



– Pacjenci zaopatrzeni w implanty wielokanałowe mają większe obiektywne korzyści z implantu oraz osiągają wyższy poziom rehabilitacji słuchu.

Na podstawie przedstawionych tu badań rysuje się również wizerunek najlepiej rokującego pacjenta. Podczas kwalifikacji pacjentów do wszczepienia implantu ślimakowego powinno się brać pod uwagę następujące zmienne: długość trwania głuchoty, IQ, wykształcenie, miejsce zamieszkania.

### Bibliografia

- Alpin Y., 1994: Psychological assessment of cochlear implants patients: changes in pre- and post- implantation scores. *Advances in Cochlear Implants* edited by I. J. Hochmair-Desoyer and E.S. Hochmair, Manz, Wien
- Drwal R. Ł., Wolińska J.M., 1993: Test przymiotników ACL H. G. Gougha. Techniki kwestionariuszowe w diagnostyce psychologicznej
- Hulek A. (red.), 1986: Człowiek niepełnosprawny w społeczeństwie – PZWL, Warszawa
- Kim H.N., Kim K.M., Shim Y.J., Chang M.S., Lee E.H., 1995: Social performance ability in multichannel cochlear implantees. *International Cochlear Implant, Speech and Hearing Symposium Melbourne 1994*, Supplement 166
- Larkowa H., 1987: Człowiek niepełnosprawny – problemy psychologiczne PWN Warszawa
- Lis-Turlejska M., 1993: Radzenie sobie ze skutkami psychologicznymi skrajnie traumatycznych przeżyć, *Nowiny Psychologiczne* 4
- Muller-Malesińska M., Szuchnik J., Góralówna M., Wojewódzka B., Skarżyński H., Geremek A., 1994: Program rehabilitacji całkowitej utraty słuchu u osób po wszczepieniu implantów ślimakowych, *Otolaryngologia Polska XLVIII*, 92-103
- Ostrowska K., 1986: Test przymiotnikowy H.Gougha i A.Helbruna – opracowanie psychometryczne ATK Warszawa
- Reykowski J., 1966: Funkcjonowanie osobowości w warunkach stresu psychologicznego, roz 7-8, PWN Warszawa
- Siek S., 1983: Wybrane metody badania osobowości, 189-208, 344-411, ATK Warszawa
- Skarżyński H., 1994: Idea implantu ślimakowego (w) *Otolaryngologia Polska XLVIII*

W artykule wykorzystano materiały z pracy magisterskiej pierwszej autorki, napisanej na Wydziale Psychologii UW pod kierunkiem prof. Tadeusza Gałkowskiego.