

**Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu
Światowe Centrum Słuchu
Warszawa/Kajetany**

Dr n. hum. Joanna Kobosko

AUTOREFERAT

**Jakość życia osób dorosłych z postlingwalną utratą słuchu:
częściową głuchotą i głuchotą,
korzystających z implantu ślimakowego**

Opiekun pracy

Prof. dr hab. med. dr h.c. multi Henryk Skarżyński

SPIS TREŚCI

1. Dane osobowe	3
2. Wykształcenie: posiadane dyplomy, stopnie naukowe, kształcenie podyplomowe, wybrane kursy, szkolenia.....	3
3. Informacje o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych	3
4. Wskazanie osiągnięcia wynikającego z art. 16 ust. 2 Ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. 2016 r. poz. 882, ze zm. w Dz. U. z 2016 r. poz. 1311)	4
4.1. Tytuł osiągnięcia naukowego będącego podstawą do wnioskowania o uzyskanie stopnia naukowego doktora habilitowanego	4
4.2. Wykaz publikacji stanowiących osiągnięcie naukowe	4
4.3. Omówienie osiągnięcia naukowego: wprowadzenie, cel i metody badań, uzyskane wyniki, dyskusja i wnioski z badań zaprezentowanych w publikacjach, stanowiących osiągnięcie naukowe do wykorzystania w nauce i praktyce.....	4
4.3.1. Wprowadzenie.....	8
4.3.2. Cel badań.....	10
4.3.3. Metody badań: osoby badane i narzędzia badawcze.....	13
4.3.4. Wyniki badań.....	14
4.3.4.1. Jakość życia ogólna (dobrostan psychiczny) (QoL) osób z postlingwalną utratą słuchu: głuchotą częściową i głuchotą, korzystających z CI.....	14
4.3.4.2. Jakość życia ogólna zależna od zdrowia (HRQoL) a głuchota postlingwalna i implantacja ślimakowa.....	17
4.3.4.3. Jakość życia zależna od zdrowia (HRQoL) w aspekcie głuchoty/słyszenia osób z postlingwalną utratą słuchu: częściową głuchotą i głuchotą, korzystających z implantu ślimakowego – percepcja satysfakcji i korzyści z CI.....	18
4.3.4.4. Jakość życia zależna od zdrowia (HRQoL) w aspekcie głuchoty/słyszenia osób postlingwalną utratą słuchu: częściową głuchotą i głuchotą, korzystających z implantu ślimakowego a czynniki psychologiczne: samoocena globalna, psychologiczny dystres i strategie radzenia sobie ze stresem.....	20
4.3.4.5. Podsumowanie wyników.....	22
4.3.5. Dyskusja wyników.....	24
4.3.6. Wnioski z badań do wykorzystania w nauce i praktyce klinicznej.....	30
4.3.7. Piśmiennictwo.....	33
4.3.8. Stosowane w pracy skróty.....	36
5. Pozostałe osiągnięcia naukowo-badawcze.....	38
6. Informacja o osiągnięciach dydaktycznych, organizacyjnych oraz popularyzujących naukę lub sztukę.....	44
6.1. Działalność dydaktyczna	44
6.2. Działalność zawodowa i kliniczna.....	44
6.3. Działalność edytorska, redakcyjna i recenzyjna w ramach czasopism krajowych i zagranicznych	45
6.4. Współpraca naukowa i organizacyjna w kraju.....	45
6.5. Działalność popularno-naukowa	46
6.6. Działalność w ramach Stowarzyszeń związanych z osobami głuchymi i słabosłyszącymi i ich rodzinami i innych podmiotów.....	46
7. Podsumowanie analizy bibliometrycznej i dorobku naukowego.....	48

AUTOREFERAT

1. Dane osobowe

Imię i nazwisko: Joanna Kobosko

2. Wykształcenie: posiadane dyplomy, stopnie naukowe, kształcenie podyplomowe, wybrane kursy, szkolenia

Stopień magistra

- **1987** – Uniwersytet Warszawski, Wydział Psychologii
specjalizacja: psychologia kliniczna człowieka dorosłego

Temat pracy magisterskiej: „Wybrane osobowościowe determinanty lęku przed wypadkiem u kierowców samochodu”

Promotor: prof. dr hab. Janina Elżbieta Karney

Stopień doktora

- **2008** – Uniwersytet Warszawski, Wydział Psychologii

Stopień doktora nauk humanistycznych w dziedzinie psychologia **z wyróżnieniem**

Temat rozprawy doktorskiej: „Tożsamość macierzyńska słyszących matek młodzieży głuchej i jej znaczenie dla rozwoju osobowej tożsamości tej młodzieży”

Promotor: prof. dr hab. Marina Zalewska

Recenzenci: prof. dr hab. Irena Obuchowska, prof. dr hab. Katarzyna Schier

Kształcenie podyplomowe

2001–2003 – Szkoła trenerów i psychoterapeutów pracujących z dorosłymi, Instytut Terapii Gestalt, Oddział Krakowski Polskiego Stowarzyszenia Psychologów Praktyków

Inne wybrane kursy i szkolenia

Szkolenia i kursy z zakresu diagnozy i pomocy psychologicznej (m.in. szkolenie: „Przeciwdziałanie bólowi i lękwowi”, organizator: PTP w Warszawie; Kontakt służący pomaganiu, organizator: PTP; szkolenia CMP-P MEN, np. „Test Rysunku Rodziny”, „Test Drzewa”, Ruch Rozwijający W. Sherbourne – dwa stopnie); szkolenie Wideotrening Komunikacji, organizator: PTP Oddział w Krakowie; Diagnoza DSM-IV, organizator: Laboratorium Psychoedukacji)

Letnia Szkoła Języka Migowego (organizator: PZG Oddział Główny, Lubliniec)

3. Informacje o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych

1987–1989 – Instytut Wzornictwa Przemysłowego w Warszawie

1994-1995 – Specjalistyczny Ośrodek Diagnostyki i Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży z Wadą Słuchu PZG w Warszawie

Od 1996 do chwili obecnej – Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Światowe Centrum Słuchu, Warszawa/Kajetany, stanowisko adiunkt od 2008 r. Do roku 2019 zatrudnienie w zespole Kliniki Rehabilitacji IFPS; od roku 2020 zatrudnienie w Zakładzie Audiologii Eksperymentalnej IFPS

4. WSKAZANIE OSIĄGNIĘCIA NAUKOWEGO wynikającego z art. 219 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 20 lipca 2018 roku o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. u. poz. 1668)

4.1. Tytuł osiągnięcia naukowego będącego podstawą do wnioskowania o uzyskanie stopnia naukowego doktora habilitowanego

Podstawą do ubiegania się o stopień doktora habilitowanego jest cykl 5 oryginalnych publikacji powiązanych tematycznie i opublikowanych w recenzowanych czasopismach pod tytułem:

„Jakość życia osób dorosłych z postlingwalną utratą słuchu: częściową głuchotą i głuchotą, korzystających z implantu ślimakowego”

Sumaryczny IF dla osiągnięcia naukowego wynosi: 10, 299

(w tym publikacje jako pierwszy autor stanowią: 7,796)

Sumaryczna punktacja MEiN dla osiągnięcia naukowego: 228

(w tym publikacje jako pierwszy autor stanowią: 158)

4.2. Wykaz publikacji stanowiących osiągnięcie naukowe

1. **Kobosko J.**, Jędrzejczak WW, Piłka E, Pankowska A, Skarżynski H. Satisfaction with cochlear implants in postlingually deaf adults and its nonaudiological predictors: psychological distress, coping strategies, and self-esteem Ear Hear, 2015; 36(5):605–18. **IF=2,517; MEiN – 45 (praca A)¹**

¹ Publikacje stanowiące osiągnięcie naukowe zostały oznaczone jako: „praca A”, „praca B”, „praca C”, „praca D” oraz „praca E” według podanego ich przypisania, a następnie oznaczenia te wykorzystano w odwoływaniu się do każdej z nich w dalszych częściach opracowania: Wyniki i Dyskusja wyników.

2. **Kobosko J.** Poczucie niepełnosprawności a percepcja siebie i objawy depresji u osób dorosłych z głuchotą postlingwalną korzystających z implantu ślimakowego. *Nowa Audiofonologia*, 2015; 4(1): 41–54.

IF=0; MEiN – 3 (praca B)

3. **Kobosko J,** Jędrzejczak WW, Gos E, Geremek-Samsonowicz A, Ludwikowski M, Skarżyński H. Self-esteem in the deaf who have become cochlear implant users as adults. *PLoS One*, 2018; 13(9):e0203680.

IF=2,776; MEiN – 40 (praca C)

4. **Kobosko J,** Jędrzejczak WW, Barej A, Pankowska A, Geremek-Samsonowicz A, Skarzynski H. Cochlear implants in adults with partial deafness: subjective benefits but associated psychological distress. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 2021; 278(5):1387–1394.

IF=2,503; MEiN – 70 (praca D)

5. Rostkowska J, Skarzynski PH, **Kobosko J,** Gos E, Skarzynski H. Health-related quality of life in adults with profound postlingual hearing loss before and after cochlear implantation. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 2021; Jun 8.

IF=2,503; MEiN – 70 (praca E)

4.3.Omówienie osiągnięcia naukowego: wprowadzenie, cel i metody badań, uzyskane wyniki, dyskusja i wnioski z badań zaprezentowanych w publikacjach, stanowiących osiągnięcie naukowe do wykorzystania w nauce i praktyce

4.3.1. Wprowadzenie

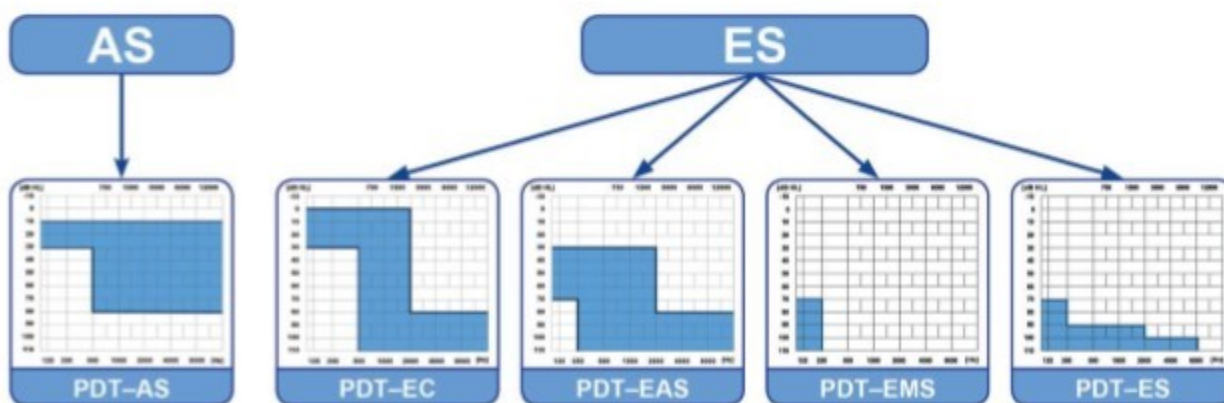
Jakość życia (QoL)² zmienia się wraz z utratą zdrowia także u osób, które miały słuch w normie, lecz w różnym stopniu utraciły zdolność słyszenia wskutek uwarunkowań biologicznych i środowiskowych w okresie po opanowaniu mowy i języka, tj. postlingwalnie. Zastosowanie implantacji ślimakowej (CI) umożliwiającej „powrót do świata dźwięków” u osób z ubytkiem słuchu w stopniu głębokim okazało się przełomem w leczeniu głuchoty, lecz po upływie lat także i częściowej głuchoty. W Polsce pierwsza operacja wszczepienia implantu ślimakowego (CI) u pacjenta, którym był postlingwalnie ogłuchły mężczyzna, została przeprowadzona przez prof. H. Skarżyńskiego w 1992 roku [1]. Z kolei zastosowanie implantu ślimakowego w leczeniu częściowej głuchoty, nowatorskie dokonanie prof. H.

² Objasnienia skrótów występujących w pracy znajdują się na końcu opracowania w części 4.3.8.

Skarżyńskiego, miało miejsce w 2002 roku podczas pierwszej operacji tego typu, tj. wszczęcia CI osobie dorosłej z częściową głuchotą [2-7].

Głuchotę można zdefiniować jako stopień ubytku słuchu powyżej 90 dB określany na podstawie średniej wartości progów słuchowych dla częstotliwości 500, 1000 i 2000 Hz (według WHO są to częstotliwości najważniejsze dla odbioru mowy) [8]. Z kolei **częściowa głuchota** została określona jako niedosłuch charakteryzujący się prawidłową czułością dla niskich częstotliwości (bądź w niewielkim stopniu obniżoną czułością w zakresie do 500 Hz) oraz brakiem czułości dla wysokich częstotliwości [2-7]. W klasyfikacji częściowej głuchoty zaproponowanej przez prof. H. Skarżyńskiego uwzględniono zakresy akustycznej (AS) i elektrycznej (ES) stymulacji w jej leczeniu wyodrębniając: a) PDT-AS – wzmocnienie akustycznego słuchu za pośrednictwem aparatów słuchowych i implantów ucha środkowego; b) PDT-EC – elektryczne dopełnienie istniejącego dobrego słuchu na niskich częstotliwościach; c) PDT-EAS – akustyczne wzmocnienie zachowanych resztek słuchowych w zakresie niskich częstotliwości za pośrednictwem aparatu słuchowego i elektryczna stymulacja pozostałej części tego samego ucha; d) PDT-EMS – zmodyfikowana stymulacja elektryczna w przypadkach utraty przedoperacyjnego słuchu bez konieczności wykonywania reoperacji; e) PDT-ES wyłącznie stosowana stymulacja elektryczna w istniejących niefunkcjonalnych resztkach słuchowych na różnych częstotliwościach (ryc. 1).

Ryc. 1. Klasyfikacja częściowej głuchoty wg H. Skarżyńskiego [4-6] (objaśnienia skrótów w tekście).



Głuchota i częściowa głuchota mogą mieć początek prelingwalny, perilingwalny i postlingwalny, a podział ten uwzględnia moment pojawienia się zaburzeń słuchu w procesie rozwoju mowy i języka. Postlingwalny ubytek słuchu powstaje po okresie rozwoju mowy

(czyli >7 r.ż.) [9]. Jednakże w klasyfikacjach amerykańskich za postlingwalny uznaje się okres nabycia głuchoty po ukończeniu 3,5 lat [10].

Głuchota postlingwalna wiąże się z brakiem rozumienia mowy drogą słuchową, nawet przy pomocy aparatów słuchowych (HA), dominuje odczytywanie mowy z ust, obecne są zniekształcenia dźwięków mowy, zaburzenia głosu i prozodii mowy. Osoby postlingwalnie ogłuchłe stanowią szczególną grupę pacjentów ze względu na zachowaną pamięć doświadczeń słuchowych, a także posiadane kompetencje językowe [11,12]. Z kolei osoby z **częściową głuchotą** słyszą, lecz niejednokrotnie nie rozumieją werbalnych przekazów w różnych sytuacjach codziennego życia – mają poczucie „braku rozumienia mowy” [13–15]. Na trudności ujawniające się „brakiem rozumienia mowy” w tej grupie osób składają się: 1) ograniczone możliwości odbioru, różnicowania i rozpoznawania dźwięków z otoczenia, zarówno w ciszy, jak i na tle dźwięków zakłócających, 2) odbiór mowy ze wsparciem kanału wzrokowego (obserwacja twarzy rozmówcy, odczytywanie mowy z ust), 3) ograniczenia w śledzeniu i rozpoznawaniu treści wypowiedzi słownych w różnych warunkach akustycznych, 4) znaczące ograniczenia w różnicowaniu i rozpoznawaniu słów o podobnym brzmieniu, 5) zaburzenia prozodii i artykulacji przy zachowanej komunikacji werbalnej na poziomie zdań wielowyrazowych, poprawnych gramatycznie [13,16].

Osoby głuche i z częściową głuchotą niejednokrotnie doświadczają trudności w różnych sytuacjach codziennego życia, w relacjach interpersonalnych, rodzinie czy miejscu pracy [17–20]. Bywa, że ukrywają problemy ze słuchem [20], mają niejednokrotnie poczucie życia „na granicy” dwóch światów: „słyszących” i „głuchych” [14,21], wkładają nieustannie wysiłek w codzienne życie (napiecie, stres, niepewność, zmęczenie) [19,22,23]. Kontekst społeczny życia osób głuchych i z częściową głuchotą jest wciąż związany ze zjawiskiem stygmatyzacji, marginalizacji, izolacji i wykluczania [18–24]. Decyzja o wszczęciu wszczepienia ślimakowym, będącym „rodzajem elektronicznej protezy słuchowej, która zastępuje narząd odbiorczy” [25, s. 568] stanowi ważny moment w życiu [13,14,21,22]. Dowiedziono już wysokiej efektywności implantacji ślimakowej wobec osób z głuchotą postlingwalną także w Polsce [6,7,11,26], jak i wobec osób z częściową głuchotą [2–7,27,28]. Warto dodać, że w przebiegu rehabilitacji słuchu i mowy, także po wszczępieniu CI, istotny jest przebieg samego procesu radzenia sobie z *utratą* słuchu [29] i psychospołeczna adaptacja z nią związana [30], co w rezultacie pozostaje w związku z doświadczaną QoL.

Jakość życia (QoL) należy do pojęć o charakterze interdyscyplinarnym i wielowymiarowym, lecz nie posiadających jednej ustalonej definicji. QoL według WHO (1997) to „postrzeganie przez jednostkę swojej pozycji w życiu w kontekście systemów

wartości i kultury, w których żyje oraz w odniesieniu do jej celów, oczekiwań, standardów i zainteresowań” [za: 31, s. 235). W myśl tej definicji w ocenie QoL wyodrębniono następujące jej wymiary: 1) stan fizyczny, 2) stan psychiczny, 3) stopień niezależności, 4) relacje społeczne, 5) środowisko, 6) religia, wierzenia, przekonania, poglądy. QoL uważa się m.in. za subiektywny dobrostan, na który składają się: 1) zadowolenie z życia, 2) szczęście (utrzymujący się dłuższy czas pozytywny stan uczuciowy), 3) pozytywne uczucia (przeważające uczucie radości), 4) negatywne uczucia (przeważające uczucie lęku, depresji, zamartwianie się) [31]. Podejmując problematykę QoL w różnych grupach klinicznych, społecznych czy zawodowych można rozważać: (ogólna) jakość życia (QoL) utożsamianą z ogólnym subiektywnym dobrostanem psychicznym, jakość życia zależną od zdrowia (HRQoL), w tym HRQoL w aspekcie możliwości/ograniczeń związanych z konkretną chorobą czy niepełnosprawnością, np. głuchotą i częściową głuchotą.

W ocenie **ogólnej QoL** uwzględnia się wskaźniki obiektywne (biologiczne wyznaczniki życia i zdrowia fizycznego) i subiektywne, które z perspektywy psychologicznej odgrywają większą rolę w regulacji ludzkiego zachowania i ocen, a wyrażona nimi ocena niejednokrotnie różni się od miar obiektywnych QoL. Wskaźniki QoL są operacjonalizowane z zastosowaniem różnych narzędzi ich pomiaru, jak np. Kwestionariusze Ogólnego Stanu Zdrowia (GHQ-12, GHQ-28) [32], Skala zadowolenia z życia [33], a także badań jakościowych [34]. W nurcie badań nad QoL w latach 70-tych XX wieku wyodrębniono **konceptje jakości życia związanej ze zdrowiem (HRQoL)**, które stały się wyrazem podejścia biopsychospołecznego, zgodnie z którym „zdrowie to nie tylko brak choroby czy kalectwa, ale pełny, dobry stan fizyczny, psychiczny, i społeczny” [31,35,36]. Jakość życia uwarunkowaną stanem zdrowia zdefiniować można jako „funkcjonalny efekt choroby i jej leczenia spostrzegany przez pacjenta”, jak i ogólną satysfakcję życiową [31,35,37]. HRQoL dotyczy 4 podstawowych wymiarów: stan fizyczny i sprawność ruchowa (włączając poziom energii życiowej), stan psychiczny (funkcjonowanie poznawcze i emocjonalne), społeczny (pełnienia ról, wsparcie społeczne) i warunki ekonomiczne oraz doznania somatyczne (objawy choroby, odczuwany ból) [31]. W badaniach nad HRQoL przeważa podejście psychometryczne, co wiąże się z zastosowaniem do jej oceny kwestionariuszy i skal, których przykładem są: WHOQOL-BRIEF, SF-36 (najczęściej stosowany), EQ-5, HUI-3, AQoL-4d, AQoL-6d, AQoL-8d, NHP [38,39]. Przykładem badań nad osobami z utratą słuchu o początku postlingwalnym z wykorzystaniem narzędzi z tej grupy są badania z wykorzystaniem m.in.: WHOQoL-Brief [40–42], SF-36 [43,44], HUI-3 [45,46] czy EQ-5 [27,46,47].

W celu zaakcentowania roli danej choroby/niepełnosprawności w badaniach nad HRQoL zaczęto koncentrować się nad **jakością życia związaną ze specyficzną chorobą czy niepełnosprawnością** w pierwszej kolejności obejmując nimi pacjentów onkologicznych, osoby z chorobami reumatycznymi i kardiologicznymi [31]. Na potrzeby oceny HRQoL stworzono wiele kwestionariuszy i skal specyficznych, jak np. AQLQ, DLQI, OAKHQoL, QoL-CV, gdyż dostępne narzędzia służące do pomiaru ogólnej HRQoL okazywały się niewrażliwe na zmiany, jakich doświadczali pacjenci reprezentujący różne grupy kliniczne [39]. HRQoL w aspekcie głuchoty/słyszenia bada się zazwyczaj w następujących obszarach: 1) percepcji słuchowej dźwięków mowy i otoczenia, 2) rozumienia mowy w różnych warunkach akustycznych, jak i sytuacjach społecznych, 3) psychospołecznego funkcjonowania osób postlingwalnie ogłuchłych, związanego zarówno z samooceną jako osoby głuchej, jak i społecznym funkcjonowaniem w interakcjach z innymi ludźmi oraz uczestnictwem w życiu społecznym (towarzyskim, rodzinnym czy zawodowym) [48,49]. W odniesieniu do osób z głuchotą (i częściową głuchotą) o początku postlingwalnym zastosowanie znajdują takie narzędzia specyficzne, jak np.: HPS, HHIA, APHAB, GBI, NCIQ [48].

Z badań nad osobami z głuchotą nabytą postlingwalnie (w których stosunkowo nieliczni byli użytkownikami CI) wynika, że wykazują **obniżoną ogólną QoL** (dobrostan psychiczny), co ujawnia się m.in. istotnie wyższym nasileniem psychologicznego dystresu [50,51], depresji i lęku [17,52] czy obniżoną samooceną [50]. Podobnie osoby z częściową głuchotą, będące kandydatami do CI doświadczają większego nasilenia lęku i depresji [41]. Jednakże po implantacji CI dobrostan psychiczny użytkowników CI, w tym z głuchotą o początku postlingwalnym, jest porównywalny z populacją ogólną (a także wyższy niż użytkowników HA, jak i obniżony względem osób z głuchotą prelingwalną), jeśli chodzi o psychospołeczne funkcjonowanie, w tym: objawy ogólnego dystresu, lęku, depresji, somatyzacji, poczucie samotności [47,53,54].

Ogólna HRQoL postlingwalnie ogłuchłych użytkowników CI ulega poprawie po implantacji względem okresu przed otrzymaniem CI [42,44,55–59], lecz jest obniżona względem populacji ogólnej, zwłaszcza w sferze zdrowia psychicznego. Badacze stwierdzili stabilność uzyskanych korzyści z CI w obszarze zdrowia psychicznego (SF-36) w przeciągu 2 lat od implantacji [60]. Konkluzja z badań wskazuje, że narzędzia do oceny ogólnej HRQoL nie są wystarczająco czułe na zmiany zachodzące u osób z głuchotą postlingwalną, które stały się użytkownikami CI [59,61,62], gdyż w niewielkim stopniu dotyczą sfer życia związanych bardziej bezpośrednio ze słyszeniem/głuchotą.

Z kolei **HRQoL w aspekcie głuchoty/słyszenia** oceniana z wykorzystaniem narzędzi specyficznych przed i po implantacji CI okazuje się być istotnie wyższa we wszystkich obszarach percepcji słuchowej i komunikowania się, a także w sferach związanych z psychospołecznym funkcjonowaniem użytkowników CI [49,62–68] i raczej wysoka (średnio około 70%), najwyższa okazuje się wypadać w sferze percepcji mowy, najniższa zazwyczaj w samoocenie. Podobnie satysfakcja z CI u osób z głuchotą postlingwalną jest wysoka (około 80%) [63,69,70]. Wymaga podkreślenia, że korelacje rezultatów uzyskanych za pomocą narzędzi z grupy specyficznych, mierzących HRQoL, zawierających subiektywną ocenę korzyści i satysfakcji z CI, z wynikami w zakresie percepcji słuchowej mowy są słabe [41,71,72] lub nie stwierdza się ich obecności [62,73].

O dobrostanie psychicznym u osób z głuchotą postlingwalną, użytkowników CI, nie ma jak dotąd badań polskich, a zrealizowane w innych krajach należą do stosunkowo nielicznych w tym obszarze. W odniesieniu do osób z częściową głuchotą, korzystających z CI, również nie dysponujemy badaniami, które pozwoliłyby na poznanie wybranych aspektów ogólnej QoL tej grupy klinicznej. Podobna sytuacja ma miejsce w odniesieniu do ogólnej, zależnej od zdrowia HRQoL w obu grupach, a także jeśli chodzi o ocenę HRQoL w aspekcie głuchoty/słyszenia u osób z częściową głuchotą, użytkowników CI. Do unikatowych z kolei należy uwzględnienie i empiryczna weryfikacja zależności między HRQoL w aspekcie głuchoty/słyszenia i jej psychologicznymi uwarunkowaniami (składającymi się także na ogólną QoL), które to razem współdecydują o efektywności implantacji ślimakowej jako metody leczenia głuchoty w badanych grupach osób z postlingwalną utratą słuchu.

Efektywność stosowanych w medycynie metod leczenia, w tym także za pomocą implantów ślimakowych, wyrażona m.in. w subiektywnej ocenie pacjenta (QoL, HRQoL) ma ogromne znaczenie dla jego zdrowia fizycznego i psychicznego, jak i stanowi wskaźnik ewaluacyjny podejmowanych działań/metod leczenia. Odnosi się to też do osób z postlingwalną utratą słuchu, głuchotą i częściową głuchotą, korzystających z CI, co uzasadnia podjęte na ten temat badania będące przedmiotem tego opracowania.

4.3.2. Cel badań

Celem podjętych badań była odpowiedź na następujące pytania badawcze:

- Jaka jest ogólna jakość życia (QoL) (utożsamiana z dobrostanem psychicznym) u osób dorosłych z postlingwalną utratą słuchu: częściową głuchotą i głuchotą, korzystających z implantu ślimakowego, gdy w ocenie dobrostanu psychicznego uwzględniono: samoocenę globalną, poczucie niepełnosprawności, psychologiczny

dystres (w tym objawy somatyczne, niepokoju i bezsenności, zaburzeń w społecznym funkcjonowaniu oraz objawy depresyjne), a także strategie radzenia sobie ze stresem?

- Jaka jest ogólna jakość życia zależna od zdrowia (HRQoL) oceniana z wykorzystaniem AQoL-8d u osób dorosłych z głuchotą postlingwalną przed i po zastosowaniu leczenia za pomocą implantu ślimakowego?
- Jaka jest jakość życia zależna od zdrowia (HRQoL) w aspekcie głuchoty/słyszenia (mierzona percepcją korzyści i satysfakcji z CI) u osób dorosłych z postlingwalną utratą słuchu: częściową głuchotą i głuchotą, korzystających z implantu ślimakowego?
- Czy jakość życia zależna od zdrowia (HRQoL) w aspekcie głuchoty/słyszenia pozostaje w zależności z dobrostanem psychicznym (czynniki psychologiczne) u osób dorosłych z postlingwalną utratą słuchu: częściową głuchotą i głuchotą, korzystających z implantu ślimakowego?

Rezultaty zrealizowanych badań pozwolą na: (1) wykazanie, jaka jest efektywność implantacji ślimakowej, zwłaszcza stosowanej jako metody leczenia wobec osób z częściową głuchotą, z perspektywy QoL ocenionej wieloaspektowo, tj. ogólnej QoL, ogólnej HRQoL oraz HRQoL zależnej od zdrowia w aspekcie głuchoty/słyszenia; (2) pokazanie specyfiki psychologicznego funkcjonowania osób dorosłych z postlingwalną utratą słuchu w odniesieniu do każdej z badanych grup klinicznych: osób z częściową głuchotą i głuchotą, korzystających z implantu ślimakowego; (3) wskazanie implikacji klinicznych, jak i teoretycznych z przeprowadzonych badań i ich znaczenia dla nauk medycznych i nauk o zdrowiu.

4.3.3. Metody badań: osoby badane i narzędzia badawcze

Osoby badane. Badaniami objęto osoby z utratą słuchu postlingwalną: głuchotą i częściową głuchotą, które razem stanowią liczebność $n=484$, w tym osoby z częściową głuchotą (zdiagnozowane jako typ PDT-EAS) [2–7] stanowiły $n=131$ (tabela 1). Wśród osób z częściową głuchotą znalazły się też osoby o początku prelingwalnym (**praca D**), jak i osoby o nieznanym początku częściowej głuchoty. Jednakże obserwacje kliniczne pokazują, że nawet jeśli u osób z częściową głuchotą początek ich problemów ze słuchem wystąpił w okresie prelingwalnym, to niejednokrotnie miały one charakter postępujący i głuchota częściowa powstała postlingwalnie. Wszyscy badani korzystali z jednego CI, otrzymanego w okresie dorosłości (po ukończeniu 18 lat), część z nich korzystała także ze wzmocnienia za pomocą klasycznego aparatu słuchowego.

Tabela 1. Charakterystyka osób uczestniczących w badaniach (prace A, B, C, D, E).

Badania	Liczebność (n)	Wiek (lata) M (SD) min-maks	Ubytek słuchu (prelingwalny v. postlingwalny)	Stopień ubytku słuchu (częściowa głuchota v. głuchota)	Wiek w momencie CI (lata) M (SD)	Czas korzystania z CI (lata) M (SD) Zakres (min-maks)
Praca A	98	51,7 (15,3) 19-85	postlingwalny	głuchota	18 lat i powyżej	1-2 lata – 65,3% 5-6 lat – 34,7%
Praca B	94	54,45 (12,57) 23-81	postlingwalny	głuchota	18 lat i powyżej	2,88 (2,73) 0,5 -11
Praca C	120	40,08 (11,5) 22-60	postlingwalny n=60 prelingwalny n=60	głuchota częściowa: Pre n=30 Post n=30 głuchota: Pre n=30 Post n=30	18 lat i powyżej	4,24 (2,31) 1-10
Praca D	71	41,8 (11,9) 22-60	postlingwalny prelingwalny	głuchota częściowa: postlingwalna 54,9% prelingwalna 36,6% brak odpowiedzi 8,5%	38,57 (12,09) 18-57	4,08 (2,51) 1-10
Praca E	104	54,4 (12,4) 28-70	postlingwalny	głuchota	54,4 (12,4) 28-70	1,8 (0,6) 0,7-3

Narzędzia badawcze. W badaniach wykorzystano kwestionariusze i skalę typu VAS poniżej scharakteryzowane:

Skala Samooceny Rosenberga (SES, Self-Esteem Scale) [74] – przeznaczona do pomiaru poziomu samooceny globalnej, składa się z 10 twierdzeń, do których badani ustosunkowują się na czterostopniowej skali od 1 – zdecydowanie zgadzam się do 4 – zdecydowanie nie zgadzam się. Wynik ogólny stanowi sumę punktów, a im jest wyższy, tym wyższy ogólny poziom samooceny ma dana osoba. Współczynniki rzetelności α Cronbacha podano w artykułach (prace A, C).

Kwestionariusz Ja-Inni [75] – służy do opisu percepcji siebie w zakresie wybranych 20 cech człowieka i spostrzegania ich na wymiarze „podobny – niepodobny” do innych. Wśród cech znajduje się 10 cech pozytywnych (np. dobry, wrażliwy, pomysłowy, lubiany) i 10 cech negatywnych (np. głupi, złośliwy, samotny, niepełnosprawny). Osoba badana zaznacza na siedmiopunktowej skali, jaka jest w porównaniu z innymi ludźmi. Gdy zakreśli 4 (środek skali), oznacza to, że spostrzega siebie „tak samo jak inni”; punkty od 1 do 3 oznaczają, iż czuje się odpowiednio dużo mniej (1), mniej (2) czy raczej mniej (3) np. niepełnosprawna niż

inni. Gdy zakreśli punkty 5, 6 lub 7, oznacza że spostrzega siebie jako odpowiednio raczej bardziej (5) niepełnosprawną niż inni, bardziej (6) czy dużo bardziej (7) niepełnosprawną w porównaniu z innymi ludźmi. Współczynniki rzetelności α Cronbacha podano w artykule **(praca B)**.

Kwestionariusz Ogólnego Stanu Zdrowia (GHQ-28, *General Health Questionnaire*) Goldberga [32] służy do oceny stanu zdrowia psychicznego osób dorosłych jako narzędzie do badań przesiewowych. Zawiera 28 pozycji, które odnoszą się do dolegliwości odczuwanych 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. Zastosowano sposób punktacji odpowiedzi metodą Likerta (0-1-2-3), co oznacza, że w każdej ze skal można uzyskać od 0 do 21 punktów. Współczynniki rzetelności α Cronbacha podano w artykułach **(prace A, D)**.

Inwentarz Depresji Becka (BDI, *Beck Depression Inventory*) [76] służy do pomiaru częstości, zróżnicowania i nasilenia objawów depresji. Posiada 21 pozycji wielokrotnego wyboru, punktowanych na skali od 0 do 3, z których każda mierzy określony objaw depresji (np. smutek, bezsenność, wzmożoną męczliwość, poczucie winy, utratę zainteresowań seksualnych czy myśli samobójcze), co daje maksymalną liczbę punktów 63. Badany opisuje swój stan psychiczny i somatyczny, którego doświadcza w okresie ostatniego miesiąca. Współczynnik rzetelności α Cronbacha podano w artykule **(praca B)**.

Inwentarz do Pomiaru Radzenia sobie ze Stresem Mini COPE (*Brief COPE*) Carvera i wsp. [77] składa się z 28 pozycji do pomiaru 14 odrębnych strategii radzenia sobie ze stresem: Aktywne radzenie sobie, Planowanie, Pozytywne przewartościowanie, Akceptacja, Poczucie humoru, Zwrot ku religii, Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego, Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego, Zajmowanie się czymś innym, Zaprzeczanie, Wyładowanie, Zazywanie substancji psychoaktywnych, Zaprzestanie działań, Obwinianie siebie. Odpowiedzi mają punktację od 0 – prawie nigdy tak nie postępuję do 3 – prawie zawsze tak postępuję. Współczynnik rzetelności Guttmana podano w artykule **(praca A)**.

Assessment of Quality of Life (AQoL-8D) autorstwa Hawthorne i wsp. [78] służy do oceny jakości życia zależnej od zdrowia. Pozwala ocenić ogólną jakość życia HRQoL, w tym jakość życia w obszarach: niezależność, zmysły, ból, zdrowie psychiczne, szczęście, poczucie własnej wartości, radzenie sobie, relacje społeczne. Narzędzie umożliwia wyznaczenie indeksu użyteczności UI (*Utility Index*). Współczynnik rzetelności α Cronbacha podano w artykule [78].

Satysfakcja z implantu ślimakowego (sat-VAS) oceniana była za pomocą skali typu VAS (**prace A, C, D**). Osoba badana zaznaczała na skali od 1 do 10, na ile jest zadowolona z implantu ślimakowego, zakreślając stopień zadowolenia w dowolnym punkcie na linii o długości 161 mm opisanej na krańcach jako od „1” („Jestem bardzo niezadowolony”) do 10 („Jestem bardzo zadowolony”). Otrzymane w ten sposób rezultaty przeliczono na skalę procentową (**praca A**).

Nijmegen Cochlear Implant Questionnaire (NCIQ) [49,79] służy do oceny korzyści z CI w 3 sferach: (1) **sfera fizyczna**, obejmująca skale: „podstawowa percepcja słuchowa” (BSP) „zaawansowana percepcja słuchowa” (ASP), a także „produkcja mowy” (SP), (2) **sfera psychologiczna** obejmuje skalę „samooceny” (SE, *self-esteem*) ocenianą w związku z funkcjonowaniem z CI, a także (3) **sfera społeczna**, zawierająca „ograniczenie aktywności” (AL, *activity limitation*) oraz „interakcje społeczne” (SI, *social interaction*). NCIQ składa się ogółem z 60 itemów, z czego na każdą skalę przypada po 10, a wyniki obliczane są wg podanego algorytmu umożliwiającego wyrażenie ich w skali 100 stopniowej. Wielu autorów badań z wykorzystaniem NCIQ posługuje się wynikiem ogólnym, będącym średnią wyników otrzymanych we wszystkich skalach, Autorzy NCIQ w 2017 opublikowali korektę klucza do NCIQ [79], z której wynika, że m.in. omyłkowo zamienione zostały nazwy skal ASP i SP (co uwzględniono w interpretacji cytowanych wyników badań w odniesieniu do NCIQ) .

Ankieta informacyjna własnej konstrukcji zawiera dane dotyczące właściwości socjodemograficznych osób uczestniczących w badaniu, a także informacje związane z głuchotą i korzystaniem z CI.

4.3.4. Wyniki badań

4.3.4.1. Jakość życia ogólna (dobrostan psychiczny) (QoL) osób z postlingwalną utratą słuchu: częściową głuchotą i głuchotą, korzystających z CI

Na ocenę ogólnej jakości życia utożsamianej z psychicznym dobrostanem składają się wyniki przeprowadzonych badań opisujące: samoocenę globalną (**prace A, C**) oraz samoocenę z wyszczególnieniem percepcji siebie w zakresie wybranych cech człowieka, w tym poczucia niepełnosprawności (**praca B**), psychologiczny dystres (**prace A, D**) oraz strategie radzenia sobie ze stresem (**praca A**).

Samoocena globalna. Otrzymano, że poziom samooceny globalnej u osób z głuchotą postlingwalną, korzystających z CI, jest istotnie niższy niż w populacji ogólnej osób słyszących (**prace A, C**), co zostało potwierdzone także w innym badaniu (**praca B**). Niższa samoocena globalna, a także większe poczucie niepełnosprawności charakteryzuje osoby

młodsze (do 60 lat) (**prace A, B, C**), lecz nie wiąże się z czasem korzystania z CI. Osoby starsze (powyżej 60 lat) postlingwalnie ogłuchłe w stopniu głębokim, korzystające z CI, uzyskują samoocenę na poziomie populacji ogólnej (**praca A**), podobnie jak osoby z częściową głuchotą niezależnie od tego, jaki był jej początek: postlingwalny czy prelingwalny (**praca C**).

W odniesieniu do osób z głuchotą i częściową głuchotą z CI (od 18 do 60 lat) o początku zarówno pre- jak i postlingwalnym, wyższej samooceny globalnej, pozostającej na poziomie populacji ogólnej, należy oczekiwać u mężczyzn (u kobiet jest ona istotnie niższa względem kobiet z populacji ogólnej), osób z wyższym wykształceniem, pozostających w związku małżeńskim, a także u osób pracujących lub uczących się. Czynniki socjodemograficzne wyjaśniają ok. 28% wariacji zmiennej, jaką jest samoocena globalna (**praca C**). Stwierdzono, że szczególnie podatne na obniżenie samooceny są osoby z głuchotą postlingwalną (**praca C**). Inne czynniki związane z CI i ubytkiem słuchu (czas trwania głuchoty, początek głuchoty: pre- lub postlingwalny, stopień ubytku słuchu: głuchota v. głuchota częściowa, czas korzystania z CI, typ wzmocnienia: CI lub CI+HA) okazały się nie być predyktorami samooceny (**praca C**). Samoocena globalna, jak pokazują otrzymane wyniki pozostaje w istotnej dodatniej zależności z satysfakcją z CI (**praca A, C**).

Poczucie niepełnosprawności a percepcja siebie. Percepcję siebie w wymiarach, jakimi są cechy człowieka (Kwestionariusz „Ja-Inni”) zbadano u osób z głuchotą postlingwalną z CI o różnym nasileniu poczucia niepełnosprawności: niskim, średnim i wysokim (**praca B**). W badanej grupie klinicznej wysokiego lub średniego poczucia niepełnosprawności doświadcza niemalże 2/3 badanych. Poczucie niepełnosprawności nie koreluje ani z czasem trwania głuchoty, ani z czasem korzystania z CI, a więc potwierdza uzasadnione klinicznie twierdzenie, iż nie zawsze „czas leczy rany”, a więc że osoby z głuchotą postlingwalną będą coraz lepiej radziły sobie z nabytą niepełnosprawnością (głuchotą) wraz z upływem czasu [89]. W świetle uzyskanych rezultatów z większym poczuciem niepełnosprawności należy oczekiwać spostrzegania siebie w porównaniu z innymi ludźmi jako głupszego, słabszego, niesamodzielnego, samotnego i nieśmiałego. Z kolei z mniejszym poczuciem niepełnosprawności wiąże się percepcja siebie jako (lepiej) słyszącego, wesołego, lubianego i atrakcyjnego fizycznie. Osoby postlingwalnie ogłuchłe z CI z większym poczuciem niepełnosprawności spostrzegają siebie ogólnie mniej pozytywnie niż osoby, których poczucie niepełnosprawności jest niskie. Wykazano też związek (większego) poczucia niepełnosprawności z (większym) nasileniem objawów depresyjnych. Zaproponowano istnienie syndromu „poczucia niepełnosprawności” u osób z niepełnosprawnością nabytą,

jaką jest głuchota postlingwalna, który wiąże się ze specyficzną percepcją siebie w porównaniu z innymi ludźmi w zakresie wybranych cech, jak i najprawdopodobniej ma charakter uniwersalny (**praca B**). Poczucie niepełnosprawności może stanowić wyznacznik radzenia sobie z niepełnosprawnością, a tym samym być miarą QoL, co znajduje potwierdzenie w innych badaniach obejmujących osoby z postlingwalną utratą słuchu [80–84].

Psychologiczny dystres. Stan dystresu ogólnego (stres negatywny), na który składają się doświadczane objawy somatyczne, niepokoju i bezsenności, zaburzeń w społecznym funkcjonowaniu i objawy depresyjne okazał się u osób z głuchotą postlingwalną z CI na poziomie populacji ogólnej słyszących, niezależnie od wieku i czasu korzystania z CI. Podobny rezultat uzyskano w odniesieniu do wyodrębnionych objawów somatycznych, niepokoju i bezsenności, zaburzeń w społecznym funkcjonowaniu i depresji (**praca A**). W badaniu innym narzędziem (BDI) (**praca B**) otrzymano poziom nasilenia objawów depresji odpowiadający normie, a wśród badanych osób 26% uzyskało wynik powyżej punktu odciążenia (tj. > 9 punktów) [76], co oznacza, że niektórzy mogą cierpieć na depresyjne zaburzenia nastroju, lecz wymagałoby to diagnozy klinicznej.

U osób z częściową głuchotą okazało się, że psychologiczny dystres ogółem, jak i jego ww. składowe (za wyjątkiem objawów somatycznych) pozostaje o nasileniu znacząco większym niż w populacji ogólnej (**praca D**) – co sugeruje trudności adaptacyjne do częściowej głuchoty w tej grupie użytkowników CI. Stwierdzono istotną rolę płci: kobiety z częściową głuchotą, lecz nie mężczyźni, uzyskały istotnie wyższe wyniki poziomu psychologicznego dystresu ogółem, jak i w odniesieniu do objawów depresyjnych, niepokoju i bezsenności, zaburzeń w codziennym funkcjonowaniu i somatycznych. Psychologiczny dystres ogółem (jak i jego „składowe”) okazał się u mężczyzn z częściową głuchotą o podobnym nasileniu jak w populacji ogólnej. Dowiedziono, że psychologiczny dystres pozostaje w istotnej zależności z satysfakcją z CI u osób z postlingwalną głuchotą (**praca A**), jak i z percepcją korzyści z CI (NCIQ) u użytkowników tego urządzenia z głuchotą częściową (**praca D**).

Strategie radzenia sobie ze stresem. W badaniu otrzymano, że osoby z głuchotą postlingwalną z CI charakteryzuje specyficzny wzorzec stosowanych strategii radzenia sobie ze stresem, w tym własną głuchotą i jej konsekwencjami, w porównaniu z populacją ogólną. Badani istotnie częściej stosują strategię z grupy skoncentrowanych na problemie, jaką jest aktywne radzenie sobie, zwłaszcza osoby młodsze, tj. do 60 lat w porównaniu do będących powyżej tego wieku. Z grupy strategii skoncentrowanych na unikaniu do strategii coping

stosowanych o znacząco większej częstotliwości względem populacji ogólnej należą: zaprzestanie działań, zaprzeczanie, wyładowanie, zajmowanie się czymś innym. Strategie te są częściej stosowane niezależnie od czasu korzystania z CI (okres 1-2 lata v. okres 5-6 lat), a także wieku użytkowników CI z tej grupy, za wyjątkiem dwóch z nich: zaprzeczania i zajmowania się czymś innym, które u osób powyżej 60 lat wykorzystywane są na poziomie populacji ogólnej.

Wykazano, że istnieją istotne zależności między satysfakcją z CI a poszczególnymi strategiami radzenia sobie ze stresem, co zostanie omówione w dalszej części opracowania.

4.3.4.2. Jakość życia ogólna zależna od zdrowia (HRQoL) a głuchota postlingwalna i implantacja ślimakowa

Wyniki badań z udziałem osób z postlingwalnym głębokim obustronnym ubytkiem słuchu (lub głuchotą), z wykorzystaniem kwestionariusza AQoL-8d przed i po wszczępieniu CI, pozwoliły na stwierdzenie istotnej poprawy ogólnej HRQoL, a tym samym dowiedziono wysokiej efektywności leczenia głuchoty postlingwalnej tą metodą (**praca E**). Ogólna HRQoL mierzona przed CI, wyrażona indeksem użyteczności (UI), wyniosła 0,51, co odpowiada wynikowi pacjentów z depresją [84]. Badane osoby postlingwalnie ogłuchłe wykazywały przed implantacją wyższą jakość życia w sferze fizycznej (UI=0,50) niż w sferze psychospołecznej (UI=0,27), co pokazuje, że z powodu głębokiej utraty słuchu zdecydowanie bardziej ucierpiała HRQoL w obszarze psychospołecznego funkcjonowania (**praca E**). Najwyższą HRQoL uzyskano w sferze Niezależność, Ból i Samodzielność, najniższą w sferze Zmysły i Zdrowie psychiczne. Po średnio dwóch latach korzystania z CI wskaźnik UI wynosił 0,66 (podobnie do uzyskanego w grupie polskich pacjentów audiologicznych włączając użytkowników CI) [78]. Nie istnieją jak dotąd normy dla populacji ogólnej w Polsce, co uniemożliwia ocenę uzyskanej HRQoL przez osoby z głęboką postlingwalną utratą słuchu korzystające z CI. Istotną poprawę stwierdzono we wszystkich badanych wymiarach HRQoL, uwzględnionych w zastosowanym narzędziu AQoL-8d, za wyjątkiem sfery o nazwie ból; najwyższą odnotowano w sferze zmysły i poczucie własnej wartości, a najniższa zmiana, która nie osiągnęła poziomu istotności statystycznej przy $p < 0,05$ wiąże się ze sferą ból. Najwyższą jakość życia uzyskano w sferach: niezależność, poczucie własnej wartości i samodzielność, zaś najniższe wyniki w sferze zdrowia psychicznego (**praca E**), co wskazuje kierunek oddziaływań programów rehabilitacji słuchu i mowy, w których powinno uwzględniać się tę sferę życia u osób postlingwalnie ogłuchłych z CI (**praca A, B, C, D**) [22,85]. Nie ma badań nad ogólną HRQoL z wykorzystaniem narzędzi do tego

przeznaczonych w odniesieniu do osób z częściową głuchotą, użytkowników CI, co nie pozwala na jej ocenę. Można sądzić, że ogólna HRQoL będzie u nich nieco inna w sferze np. poczucia własnej wartości czy zdrowia psychicznego na co wskazują wyniki uzyskane w odniesieniu do ogólnej QoL rozumianej jak dobrostan psychiczny (**praca C, D**), a ogólna HRQoL będzie zbliżona do wartości UI uzyskanej w innych badaniach w grupie użytkowników CI (UI=0,71) [78].

4.3.4.3. Jakość życia zależna od zdrowia (HRQoL) w aspekcie głuchoty/słyszenia osób z postlingwalną utratą słuchu: częściową głuchotą i głuchotą, korzystających z implantu ślimakowego – percepcja satysfakcji i korzyści z CI

W ocenie HRQoL w aspekcie głuchoty/słyszenia uwzględniono dwa wskaźniki: subiektywną ocenę korzyści z CI (aspekt poznawczy) (mierzoną kwestionariuszem NCIQ) oraz satysfakcję z CI (aspekt emocjonalny) (mierzoną na skali wizualno-analogowej sat-VAS).

Satysfakcja z CI. Satysfakcję z CI można zdefiniować jako: „subiektywny stan osoby, który odzwierciedla uogólnione poczucie korzyści, audiologicznych i pozaaudiologicznych, przypisywanych CI, włączając jakość życia i ogólny psychologiczny dobrostan” (**praca A**, s. 605). U osób z głuchotą postlingwalną otrzymano, że satysfakcja z CI (sat-VAS) jest wysoka, tj. średnio wynosi 82% (najwyższy wynik 100%, najniższy 2%) (**praca A**). Większość badanych użytkowników CI oceniła satysfakcję z tego urządzenia wysoko, w tym 31% jako stuprocentową, a 47% powyżej 90%. Satysfakcja z CI była nieco wyższa w grupie osób z powyżej 60 lat, lecz różnica ta nie osiągnęła przyjętego poziomu istotności statystycznej ($p < 0,05$), a więc satysfakcja z CI jest podobna niezależnie od wieku i czasu korzystania z CI. Satysfakcja z CI nie pozostaje w związku z czasem trwania głuchoty przed otrzymaniem CI (**praca A**). Z kolei w innym badaniu (**praca C**), którym objęto niezależne grupy użytkowników CI o początku głuchoty pre- i postlingwalnym, a także różnym stopniu ubytku słuchu, tj. głuchotą i częściową głuchotą (**praca C**), okazało się, że satysfakcja z CI wynosząca 83% i 77,4% charakteryzuje użytkowników CI z częściową głuchotą o początku odpowiednio postlingwalnym i prelingwalnym. Średnia satysfakcja z CI dla wszystkich badanych wyniosła w tym badaniu 78,4% (**praca C**), w tym w odniesieniu do osób głuchych oceniona została na 76,84%, a z głuchotą częściową na 80,12% (**praca C**), jednakże różnica ta jest nieistotna statystycznie ($p = 0,3$). Rezultaty prowadzą do konkluzji, że satysfakcja z CI w ocenie użytkowników wynosi średnio około 80% i nie zależy ani od początku głuchoty (pre- v. postlingwalna), ani też od jej stopnia (głuchota v. głuchota częściowa). W **pracy D** satysfakcję z CI (Sat-VAS) osoby z częściową głuchotą oceniły średnio na około 79%. Nie

różni się ona istotnie między kobietami i mężczyznami z częściową głuchotą, choć średnia satysfakcja z CI jest niższa u kobiet (**praca D**). Nie istnieje związek między wiekiem osób z częściową głuchotą, czasem korzystania z CI, wiekiem w momencie wszczęcia CI a satysfakcją z CI niezależnie od płci (**praca D**).

Percepcja korzyści z CI. W badaniach osób z częściową głuchotą korzystających z CI (**praca D** oraz [14,15]) otrzymano, że korzyści z CI (NCIQ) wynoszą średnio 66%, w tym najmniejsze dotyczą obszaru „zaawansowanej percepcji słuchowej” (ASP) i „samooceny” (SE), stanowiąc średnio 60%; z kolei największych korzyści osoby z częściową głuchotą doświadczają w sferze społecznej: „interakcje społeczne” (SI – 71,5%) i „ograniczenie aktywności” (AL. – 70,5%), a także w obszarze „podstawowej percepcji słuchowej” (BSP – 69,2%), podobnie u kobiet i mężczyzn. Okazało się, że płeć odgrywa rolę w ocenie sfery samooceny (SE) i „ograniczenia aktywności” (AL), tj. kobiety doświadczają istotnie mniej korzyści z CI w tych sferach w porównaniu z mężczyznami z częściową głuchotą (**praca D**).

Dokonano też porównania wyników NCIQ u osób z częściową głuchotą z CI uwzględniając początek pre- lub postlingwalny [95]. Otrzymano, że grupy te różnią się istotnie jedynie w zakresie percepcji korzyści z CI w sferze „produkcji mowy” (SP) – osoby o początku prelingwalnym uzyskują wyniki niższe niż osoby z częściową głuchotą o początku postlingwalnym, co jest zgodne z oczekiwaniami. Doświadczenie z CI wyrażone czasem korzystania z tego urządzenia wynosiło w badanej grupie średnio 4 lata, a wiek w momencie wszczęcia CI mieścił się w zakresie od 18 do 57 lat (średnio 38,5 lat) – czynniki te okazały się nie mieć związku z percepcją korzyści z CI (NCIQ) (**praca D**). Nie stwierdzono istnienia zależności subiektywnej oceny korzyści z CI (NCIQ) z wiekiem osób z częściową głuchotą dla całej grupy. Wyłącznie u mężczyzn otrzymano istotną dodatnią umiarkowaną korelację ($r=0.445^*$) między wynikami w skali NCIQ – „samoocena” (SE) a wiekiem, a także wynikami w skali „interakcje społeczne” (SI) a wiekiem ($r=0.421^*$). Wyniki tych samych skal NCIQ okazały się u mężczyzn skorelowane z wiekiem w momencie CI, a współczynniki korelacji odpowiednio wyniosły: $r=0.551^{**}$ oraz $r=0.516^{**}$ (**praca D**).

Satysfakcja z CI a percepcja korzyści z CI. U osób z częściową głuchotą zbadano związek między wynikami satysfakcji z CI (sat-VAS) a percepcją korzyści z CI (NCIQ) z uwzględnieniem płci (**praca D**). Okazało się, że większa satysfakcja z CI wiąże się z percepcją większych korzyści w obszarze „podstawowej percepcji słuchowej” (BSP) ($r=0,266^*$) oraz w sferze „ograniczenia aktywności” (AL) ($r=0,251^*$) dla całej grupy. W ocenie satysfakcji z CI u kobiet ważne są spostrzegane korzyści w „podstawowej percepcji słuchowej” (BSP) ($r=0.315^*$), natomiast u mężczyzn brak jest związku między percepcją

korzyści z CI (NCIQ) a doświadczaną satysfakcją z CI (sat-VAS). Chociaż zależności są słabe, to pokazują, w jakich obszarach percepcja korzyści z CI odgrywa ważną rolę w doświadczaniu satysfakcji z tego urządzenia przez jego użytkowników.

4.3.4.4. Jakość życia zależna od zdrowia (HRQoL) w aspekcie głuchoty/słyszenia osób z postlingwalną utratą słuchu: częściową głuchotą i głuchotą, korzystających z implantu ślimakowego a czynniki psychologiczne: samoocena globalna, psychologiczny dystres i strategie radzenia sobie ze stresem

W przeprowadzonych badaniach stwierdzono istnienie zależności między samooceną globalną (**praca A, C**), psychologicznym dystresem (**praca A, D**) i strategiami radzenia sobie ze stresem a satysfakcją z CI (**praca A**) oraz percepcją korzyści z CI (**praca D**), które są miarą HRQoL w aspekcie głuchoty/słyszenia u badanych osób postlingwalnie ogłuchłych z głuchotą i częściową głuchotą.

Samoocena globalna. Otrzymano, że pozostaje w dodatnim związku z satysfakcją z CI u osób z głęboką postlingwalną utratą słuchu (**praca A**), co oznacza, że w tej grupie klinicznej wraz z wyższą samooceną rośnie szansa na powodzenie implantacji ślimakowej jako metody leczenia głuchoty. Samoocena globalna okazała się także predyktorem satysfakcji z CI w całej grupie, w tym istotnym jej predyktorem u osób z głuchotą postlingwalną o krótkim okresie korzystania z CI, co pokazuje jej znaczącą rolę w początkowym okresie rehabilitacji słuchu i mowy po implantacji (**praca A**). Podobnie jak u osób z postlingwalną głuchotą z CI (**praca A**), u osób zarówno z głuchotą, jak i częściową głuchotą o różnym początku (prelingwalny v. postlingwalny) z CI wykazano dodatnią korelację globalnej samooceny z satysfakcją z CI, a także satysfakcja z CI okazała się istotnym predyktorem samooceny globalnej (**praca C**). W grupie osób z częściową głuchotą korzystających z CI o początku postlingwalnym stwierdzona zależność nie znajduje jednakże potwierdzenia, jak wynika z nieopublikowanych jeszcze badań na ten temat [86]. Powyższe rezultaty badań wskazują, że stopień postlingwalnej utraty słuchu: głuchota v. częściowa głuchota może modyfikować związki między badanymi zmiennymi, tj. satysfakcją z CI i samooceną globalną.

Okazało się, że w percepcji korzyści z CI (NCIQ) u osób z częściową głuchotą, zarówno o początku pre- jak i postlingwalnym, odgrywa rolę globalna samoocena [15]. W przeprowadzonych badaniach (**praca D**), lecz częściowo opublikowanych w innym miejscu w odniesieniu do samooceny [95], u osób z częściową głuchotą postlingwalną rola globalnej samooceny dotyczy wszystkich badanych obszarów percepcji korzyści z CI (NCIQ). Otrzymano umiarkowane dodatnie istotne zależności: od najniższej korelacji samooceny

globalnej z „zaawansowaną percepcją słuchową” (ASP) ($r=0,56^{**}$) do najwyższej korelacji samooceny globalnej z „samoocena” (SE) ($r=0,77^{**}$).

Psychologiczny dystres ogółem, w tym nasilenie objawów depresji, pozostaje w ujemnym związku z satysfakcją z CI, a więc ich mniejsze nasilenie wiąże się z większą satysfakcją z CI, co pokazuje rolę zarówno objawów depresyjnych, jak doświadczanego ogółem psychologicznego dystresu w efektywności rehabilitacji po CI osób z głuchotą postlingwalną przy czym istotnym predyktorem satysfakcji z CI okazały się wyłącznie doświadczane symptomy depresji (**praca A**). W odniesieniu do grupy badanych z częściową głuchotą postlingwalną nie stwierdzono istotnych zależności między satysfakcją z CI a psychologicznym dystresem, jak i wyodrębnionych objawów: somatycznych, niepokoju i bezsenności, zaburzeń w społecznym funkcjonowaniu i depresyjnych (wyniki nieopublikowane [86]).

U osób z częściową głuchotą, użytkowników CI, weryfikowano też istnienie związku między subiektywną oceną korzyści z CI (NCIQ) a psychologicznym dystresem (GHQ-28) (**praca D**). Wykazano, że percepcja korzyści z CI pozostaje w związku z doświadczanym psychologicznym dystresem, zwłaszcza u kobiet (**praca D**). Okazało się, że opisany w ten sposób stan emocjonalny kobiet z częściową głuchotą pozostaje w związku z subiektywną oceną korzyści z CI w sferze psychospołecznej (NCIQ) w obszarach: „samooceny” (SE), „ograniczenia aktywności” (AL) i „interakcji społecznych” (SI), lecz zależność ta nie dotyczy mężczyzn z częściową głuchotą. Także jedynie u kobiet z częściową głuchotą większe nasilenie niepokoju i bezsenności (skala B – GHQ-28) wiąże się z percepcją mniejszych korzyści z CI w sferze „zaawansowanej percepcji słuchowej” (ASP). U osób z częściową głuchotą o początku postlingwalnym z CI ujawniły się istotne związki w odniesieniu do „samooceny” (SE) i nasilenia objawów somatycznych (Skala A – GHQ-28) ($r=-0,38^*$), objawów niepokoju i bezsenności (skala B – GHQ-28) ($r=-0,45^*$) oraz objawów depresyjnych (skala D – GHQ-28) ($r=-0,51^{**}$) (wyniki nieopublikowane [86]), podobnie jak u osób z częściową głuchotą ogółem (**praca D**). W odniesieniu do percepcji korzyści w obszarze „ograniczenia aktywności” (AL) i nasilenia objawów somatycznych (skala A – GHQ-28) otrzymano zależność ujemną ($r=-0,33^*$), a względem nasilenia objawów niepokoju i bezsenności (skala B – GHQ-28) również zależność ujemną ($r=-0,45^*$). Z kolei, im większa depresyjność (skala D – GHQ-28) osób z częściową głuchotą o początku postlingwalnym, tym mniejsze korzyści spostrzegają one w obszarze „ograniczenia aktywności” (AL) ($r=-0,48^{**}$). Podobne zależności ujawniły się między percepcją korzyści w obszarze „interakcji

społecznych” (SI) a nasileniem objawów somatycznych ($r=-0,36^*$), niepokoju i bezsenności, ($r=-0,45^*$), a także depresyjnych ($r=-0,44^*$) [86].

Strategie radzenia sobie ze stresem. Jak pokazują uzyskane wyniki badań, strategie radzenia sobie ze stresem mogą pełnić odmienną rolę względem doświadczania satysfakcji z CI zależnie np. od czasu korzystania z CI u osób z głuchotą postlingwalną (**praca A**). Okazało się, że strategia, jaką jest zajmowanie się czymś innym, należąca do grupy strategii coping ukierunkowanych na unikanie, częściej stosowana nie sprzyja satysfakcji z CI w grupie osób ogłuchłych postlingwalnie z małym doświadczeniem w tym zakresie (1-2 lata korzystania z CI), lecz częste jej stosowanie sprzyja doświadczaniu satysfakcji z CI osób z większym doświadczeniem w korzystaniu z tego urządzenia wzmacniającego słyszenie (**praca A**). W badanej grupie osób z głuchotą postlingwalną z CI istotnie częściej stosowana jest strategia radzenia sobie polegająca na zwracaniu się ku religii – niezależnie od wieku badanych i doświadczenia z CI, jednakże istotnym dodatnim predyktorem satysfakcji z CI okazała się być wyłącznie w grupie osób o dłuższym czasie korzystania z CI.

W badaniach osób z częściową głuchotą, które ubytek słuchu posiadają od okresu prelingwalnego, jednostronnie zaimplantowanych, wykazano, że wybrane strategie radzenia sobie ze stresem (*Mini-COPE*) mają istotne znaczenie w różnych obszarach funkcjonowania z CI (NCIQ). Należą do nich strategie *coping* takie jak: akceptacja, pozytywne przewartościowanie, poszukiwanie wsparcia emocjonalnego oraz zaprzestanie działań [15]. Przykładowo w percepcji korzyści z CI w obszarze „podstawowej percepcji słuchowej” (BSP) (NCIQ) okazała się być predyktorem strategia coping, jaką jest akceptacja; w obszarze „produkcji mowy” strategia *coping*: poszukiwanie wsparcia emocjonalnego, natomiast na podstawie strategii, jaką jest pozytywne przewartościowanie można przewidywać poziom (wyższej) samooceny jako osoby głuchej, użytkownika CI (NCIQ), a także jej niższy poziom, gdy osoby z częściową głuchotą stosują strategię, jaką jest zaprzestanie działań. Nie wiadomo jednak, czy stwierdzone zależności ujawniłyby się u osób z postlingwalną utratą słuchu: głuchotą i częściową głuchotą, co wymaga dalszej empirycznej weryfikacji.

4.3.4.5. Podsumowanie wyników

Przeprowadzone badania są nowatorskie z kilku względów. Po pierwsze pozwalają na odrębną charakterystykę osób z postlingwalną utratą słuchu: częściową głuchotą i głuchotą, korzystających z CI w odniesieniu do ogólnej QoL, HRQoL, w tym HRQoL w aspekcie głuchoty/słyszenia. Po drugie, pozwalają poznać współzależności między HRQoL a dobrostanem psychicznym, a co za tym idzie zaproponować stosowne działania wobec osób z

postlingwalną głuchotą i częściową głuchotą. Po trzecie, wyniki przeprowadzonych badań są jednocześnie ewaluacją metody leczenia osób z głuchotą i częściową głuchotą w wykorzystaniem implantów słuchowych.

Osoby z częściową głuchotą korzystające z CI

1. **QoL (dobrostan psychiczny)** wyrażona samooceną globalną pozostaje na poziomie populacji ogólnej. Jednakże psychologiczny dystres okazuje się być doświadczany w istotnie większym nasileniu względem populacji ogólnej we wszystkich ocenianych wymiarach: objawy somatyczne, niepokoju i bezsenności, zaburzeń w społecznym funkcjonowaniu i objawy depresji. Stwierdzono rolę płci – kobiety z częściową głuchotą doświadczają niższego dobrostanu psychicznego (podwyższony psychologiczny dystres), podczas gdy mężczyźni nie różnią się od populacji ogólnej.
2. **HRQoL w aspekcie głuchoty słyszenia** wyrażona percepcją korzyści z CI jest dość wysoka (66%), a satysfakcji z CI wysoka (79%) i pozostaje na poziomie uzyskiwanej przez osoby z głuchotą postlingwalną z CI z innych badań.
3. **HRQoL w aspekcie głuchoty słyszenia** wyrażona percepcją korzyści i satysfakcji z CI jest **uwarunkowana czynnikami psychologicznymi** (które opisują dobrostan psychiczny), takimi jak samoocena globalna i psychologiczny dystres. Zależność ta dotyczy sfery psychospołecznej korzyści z CI: samooceny jako osoby głuchej, ograniczeń w aktywności i interakcji społecznych.

Osoby z postlingwalną głuchotą korzystające z CI

1. **Ogólna QoL (dobrostan psychiczny)** wyrażona samooceną globalną pozostaje na istotnie niższym poziomie niż w populacji ogólnej, a poczucia niepełnosprawności ("syndrom niepełnosprawności") doświadczają 2/3 osób z głuchotą postlingwalną. Psychologiczny dystres okazał się pozostawać na poziomie populacji ogólnej. Na wzorzec strategii radzenia sobie ze stresem do częściej stosowanych względem populacji ogólnej należą strategie ukierunkowane na unikanie (np. zaprzeczanie czy zaprzestanie działań), aktywne radzenie sobie czy zwrot ku religii.
2. **Ogólna HRQoL** uległa istotnej poprawie po zastosowaniu interwencji medycznej w formie CI niemalże we wszystkich ocenianych obszarach za wyjątkiem sfery bólu. Otrzymany indeks użyteczności jest niższy w obszarze funkcjonowania psychospołecznego niż w sferze fizycznej (samodzielność, zmysły, ból). Na podstawie wyników uzyskanych z zastosowaniem AQoL-8d w populacjach ogólnych innych krajów można sądzić, że ogólna HRQoL badanych jest obniżona.

3. **HRQoL w aspekcie głuchoty słyszenia** wyrażona percepcją satysfakcji z CI jest wysoka (82%)
4. **HRQoL w aspekcie głuchoty słyszenia** wyrażona percepcją satysfakcji z CI jest **uwarunkowana czynnikami psychologicznymi** (które opisują dobrostan psychiczny) jej sprzyjającymi, jak samooceną globalną czy – wobec osób doświadczonych w korzystaniu z CI – strategiami radzenia sobie ze stresem, jakimi są zajmowanie się czymś innym i zwrot ku religii. Nie sprzyjają satysfakcji z CI zaprzeczanie jako strategia *coping* oraz (większe) nasilenie psychologicznego dystresu, w tym objawów depresji.

4.3.5. Dyskusja wyników

W medycynie, jak i naukach o zdrowiu ważne są interdyscyplinarne poszukiwania badawcze ukierunkowane na poznanie uwarunkowań efektywności różnych metod leczenia, której to jedną z miar stanowią ich subiektywne oceny dokonywane przez pacjentów. Zaprezentowane badania dotyczą jednej z takich miar, jaką jest QoL osób dorosłych z postlingwalną utratą słuchu w dwóch wyodrębnionych grupach: osób z częściową głuchotą oraz głuchotą, użytkowników CI od okresu dorosłości. W badaniach uwzględniono ogólną QoL (dobrostan psychiczny) oraz zależną od zdrowia HRQoL, włączając także HRQoL w aspekcie głuchoty/słyszenia oraz związki między nimi. Nie ma jak dotąd prac na ten temat w odniesieniu do osób z częściową głuchotą, które są użytkownikami CI, a także prac poruszających psychologiczne uwarunkowania (składające się na dobrostan psychiczny) jakości życia zależnej od zdrowia (HRQoL) ocenianej narzędziami specyficznymi ze względu na głuchotę/słyszenie. Innymi słowy, nowatorski aspekt badań stanowią także psychologiczne uwarunkowania percepcji korzyści i satysfakcji z CI u osób z nabytą postlingwalnie głuchotą oraz częściową głuchotą.

Ogólna jakość życia utożsamiana z dobrostanem psychicznym jest odmienna u osób z postlingwalną utratą słuchu o charakterze częściowej głuchoty i głuchoty, korzystających z CI w odniesieniu do psychologicznego dystresu (GHQ-28), jak i samooceny globalnej (SES). Otrzymano u osób z częściową głuchotą z CI wyższy **poziom psychologicznego dystresu** w porównaniu do populacji ogólnej, a u osób z głuchotą postlingwalną będących użytkownikami CI pozostaje on na poziomie populacji ogólnej we wszystkich badanych składowych: doświadczanych objawach somatycznych, niepokoju i bezsenności, zaburzeń w społecznym funkcjonowaniu i depresji (**prace A, B, D**). Uznając poziom doświadczanego psychologicznego dystresu za miarę adaptacji do niepełnosprawności, jaką jest nabyta

postlingwalnie głuchota v. częściowa głuchota, można powiedzieć, że osoby z częściową głuchotą korzystające z CI przejawiają trudności adaptacyjne, mimo że implantacja ślimakowa umożliwiła pozytywne zmiany w percepcji słuchowej mowy i dźwięków otoczenia [2–7]. Jednocześnie rezultat ten sugeruje, że wskazane są różne formy interwencji psychologicznej, by podnieść dobrostan psychiczny (QoL) tej grupy osób. Okazało się natomiast, że osoby z postlingwalną utratą słuchu w stopniu głębokim, które zostały zaopatrzone w CI, funkcjonują w omawianym obszarze na poziomie populacji ogólnej, co jest zgodne z innymi rezultatami badań nad zdrowiem psychicznym, którymi objęto użytkowników CI (z różnym typem głuchoty, jednakże w większości o początku postlingwalnym) [47]. W dotychczasowych badaniach dowiedziono, iż nie ma związku między stopniem ubytku słuchu a problemami w sferze zdrowia psychicznego [51,87]. Natomiast otrzymane rezultaty wskazują na lepsze funkcjonowanie w sferze zdrowia psychicznego osób ogłuchłych postlingwalnie w stopniu głębokim niż osób o audiologicznie „mniejszym” ubytku słuchu, jakimi są osoby z częściową głuchotą, w większości nabytą postlingwalnie, z CI, objęte badaniami (**praca D**).

Można sądzić, że osoby z częściową głuchotą mają psychologicznie trudniejszą sytuację: „słyszą, lecz nie rozumieją mowy w różnych środowiskach akustycznych, np. hałas, brak widoczności twarzy rozmówcy”; „czasem słyszą, a czasem nie słyszą”, co dezorientuje najbliższe otoczenie i może stanowić źródło reakcji społecznie stygmatyzujących; „doświadczają nieustannego wysiłku, niepokoju, napięcia”, by jak najlepiej zrozumieć mowę w różnych sytuacjach społecznych [14,20,23,87]; „nie wiedzą, czy są głuche czy słyszące”, co sugeruje doświadczanie trudności w sferze tożsamości jako osoby głuchej/niedosłyszającej/słyszającej [14,15]. Nie bez znaczenia jest audiologiczna specyfika częściowej głuchoty (wcześniej omówiona), będąca przyczyną tego, że w tej grupie osób trudno było wcześniej zaproponować właściwe leczenie takiego typu ubytku słuchu, co niewątpliwie stanowiło jedno ze źródeł negatywnych doświadczeń, a w konsekwencji podwyższonego poziomu psychologicznego dystresu i obniżonej HRQoL także przed wszczęciem CI [13,21,41,28]. Nabyte przez osoby z częściową głuchotą przed implantacją CI negatywne doświadczenia i wzorce reagowania (emocjonalnego i behawioralnego) nie uległy najprawdopodobniej radykalnej zmianie, gdyż taka zmiana nie zachodzi wyłącznie dzięki CI, lecz wymaga niejednokrotnie wsparcia psychologicznego [15,88]. Niewykluczone, że wśród badanych osób z częściową głuchotą z CI są też takie, które miały przed implantacją nieadekwatne, nierealistyczne oczekiwania, które wiązały niemalże wyłącznie z CI, co stanowić może jedno ze źródeł nasilonego psychologicznego dystresu, jak i wymaga dalszych

badania, w tym badań jakościowych. Warto nadmienić, że osoby z częściową głuchotą mogą stanowić grupę niejednorodną, jeśli chodzi o obecność współwystępujących dolegliwości, np. szumy uszne czy choroby somatyczne, częstsze w populacji osób z uszkodzeniami narządu słuchu [18,87], co dodatkowo może sprzyjać nasileniu ogólnego psychologicznego dystresu i także wymaga dalszych badań.

Nieco inny obraz dobrostanu psychicznego w badanych grupach osób z postlingwalną utratą słuchu, użytkowników CI, wyłania się z rezultatów badań nad **samooceną globalną (praca C, B)**. Osoby z częściową głuchotą, także o początku postlingwalnym, mają samoocenę globalną podobną do populacji ogólnej, natomiast osoby postlingwalnie głuche z CI charakteryzuje obniżona samoocena globalna względem populacji ogólnej. Sytuację tę można wiązać z utratą słuchu w stopniu głębokim lub całkowitym, która będąc zdarzeniem życiowym silnie stresującym, bywa że traumatycznym, narusza posiadaną dotychczas samoocenę osoby jej doświadczającej [88,89]. Doświadczenia tego rodzaju, stanowiące utratę zdrowia (nieodwracalną) pozostają niejednokrotnie w związku z negatywnymi zmianami w obrazie siebie, a tym samym z obniżeniem globalnej samooceny [31,89,90]. Otrzymano, że u 2/3 badanych osób z głuchotą nabytą postlingwalnie, korzystających z CI, obecne jest **poczucie niepełnosprawności** w stopniu wysokim lub umiarkowanym (**praca B**). Można zatem mówić o syndromie poczucia niepełnosprawności w odniesieniu do osób z niepełnosprawnością nabytą, najprawdopodobniej nie tylko głuchotą. Syndrom ten ujawnia się istnieniem zależności między poczuciem niepełnosprawności a zbiorem cech występujących w percepcji siebie, tj. osoby z większym poczuciem niepełnosprawności doświadczają siebie jako m.in. bardziej nieśmiałe, samotne czy słabe, a także bardziej depresyjne. Interesującym jest, jak otrzymane zależności w odniesieniu do osób z głuchotą postlingwalną z CI kształtują się u osób z częściową głuchotą z CI. Można sądzić, że również w tej grupie osób występuje „syndrom niepełnosprawności”, co wymaga jednak dalszych badań. Należy zauważyć, że z kolei poczucie wartości (konstrukt zbliżony do samooceny) jako składowa HRQoL (AQoL-8d) (**praca E**) – po implantacji u osób z głuchotą postlingwalną ulega istotnemu podwyższeniu, lecz jak zostało pokazane (**praca A, C**) samoocena globalna nie osiąga poziomu populacji ogólnej.

Okazało się, że samoocena globalna osób z częściową głuchotą korzystających z CI odpowiada poziomowi populacji ogólnej. Można sądzić, że doświadczenie częściowej utraty słuchu nie stanowi źródła jej znaczącego obniżenia jak ma to miejsce u osób, które doświadczyły utraty słuchu w stopniu głębokim lub ogłuchły całkowicie. Z perspektywy psychologicznej jeszcze inny aspekt samooceny mierzy kwestionariusz NCIQ (posiadający

skalę o nazwie SE/Samoocena) [49] w tej grupie osób. Można ją określić **samocena „jako osoby głuchej, użytkownika CI”**. Osoby z częściową głuchotą, niezależnie od początku częściowej głuchoty pre- lub postlingwalnego oceniają korzyści w tym obszarze dość nisko (60%) (**praca D** oraz [15]). Ponadto okazało się, że **kobiety z częściową głuchotą** uzyskały istotnie niższą samoocenę jako osoby z częściową głuchotą niż mężczyźni (**praca D**), co pozostaje w zgodności z rezultatami dotyczącymi samooceny globalnej u osób z różnym rodzajem ubytku słuchu z CI (**praca C**), a także wynikami badań w populacji ogólnej [98]. Badania innych autorów z wykorzystaniem NCIQ wobec osób z postlingwalnym ubytkiem słuchu w stopniu znacznym lub głębokim wskazują na samoocenę niższą [67] lub zbliżoną [62] do tej otrzymanej u osób z częściową głuchotą w niniejszych badaniach (**praca D**).

U osób z głuchotą postlingwalną z CI stwierdzono specyficzny **wzorzec strategii radzenia sobie ze stresem (praca A)**. Zwraca uwagę w tej grupie osób częstsze stosowanie strategii zorientowanych na unikanie w sytuacjach konfrontacji ze stresem, lecz także aktywne radzenie sobie ze stresem i zwrot ku religii. Wykazano, że strategia o szczególnie ważnej roli w radzeniu sobie z chorobą czy niepełnosprawnością, jaką jest zaprzeczanie [31,91] nie sprzyja także satysfakcji z CI u osób z głuchotą nabytą postlingwalnie (**praca A**), a tym samym rehabilitacji słuchu i mowy po wszczępieniu CI. Podobnych zależności można oczekiwać u osób z częściową głuchotą, co wymaga empirycznej weryfikacji.

Rezultaty przeprowadzonych badań pokazały, że ogólna HQoL (AQoL-8d) u osób z postlingwalną utratą słuchu w stopniu głębokim po implantacji uległa istotnej poprawie we wszystkich ocenianych obszarach oprócz bólu, co nie zaskakuje, gdyż sfera doznawania bólu (fizycznego) nie ma bezpośredniego związku z głuchotą. Rezultat istotnej pozytywnej zmiany ogólnej HRQoL u osób z głuchotą nabytą postlingwalnie (**praca E**) potwierdza dużą efektywność leczenia za pomocą wszczępienia CI, jednakże nie wiadomo, czy otrzymany rezultat odpowiada populacji ogólnej, jak to ma miejsce w innych badaniach nad HRQoL [40].

Badacze HRQoL jednoznacznie wskazują na większą adekwatność i informacyjność wyników badań z wykorzystaniem specyficznych ze względu na dany problem zdrowotny narzędzi [39,68,92], do jakich należy wykorzystany w prezentowanych badaniach pomiar satysfakcji z CI skalą sat-VAS (**praca A, C, D**), lecz przede wszystkim kwestionariusz NCIQ (**praca D**).

Satysfakcja z CI, jakiej doświadczają osoby dorosłe z głuchotą i częściową głuchotą nabytą postlingwalnie, pozostaje na podobnym, wysokim poziomie wynoszącym ok. 80%, (**praca A, C, D**). Satysfakcję z CI u osób z postlingwalną utratą słuchu, głuchych, jak i z

częściową głuchotą można traktować jako całościową, „wypadkową” miarę HRQoL w aspekcie głuchoty/słyszania, a także wskaźnik mówiący o efektywności zastosowanej interwencji medycznej w formie wszczęcia CI, podobnie jak ma to miejsce w odniesieniu do innych problemów zdrowotnych i zastosowanych metod leczenia [93]. Doświadczana satysfakcja z CI stanowi także miarę efektywności rehabilitacji słuchu i mowy osób będących użytkownikami tej elektronicznej protezy słuchu [15]. Wskazany wysoki poziom satysfakcji z CI pozostaje w zgodności z innymi wcześniejszymi doniesieniami na ten temat [63,69,70]. Jednakże w Niemczech badacze otrzymali nieco niższą satysfakcję z CI mierzoną podobnie skalą VAS u osób z postlingwalnym ubytkiem słuchu w stopniu znacznym i głębokim [68].

W przeprowadzonych badaniach (**prace A, C, D**) wykazano także, że nie istnieje związek między satysfakcją z CI a wiekiem, płcią, czasem korzystania z CI i wiekiem w momencie zaopatrzenia w CI. Satysfakcja z CI nie pozostaje także w zależności od stopnia ubytku słuchu (głuchota v. głuchota częściowa). U osób z częściową głuchotą satysfakcja z CI wiąże się przede wszystkim doświadczeniem korzyści z tego urządzenia wzmacniającego słyszenia w obszarze „podstawowej percepcji słuchowej” (NCIQ) oraz „ograniczeń w aktywności”, ulegających zmniejszeniu w wyniku korzystania z CI (**praca D**). Natomiast badania pokazują, że satysfakcja z CI nie pozostaje w związku z subiektywną oceną możliwości w zakresie percepcji mowy (audiometria słowna) u osób głuchych postlingwalnie (**praca A**).

Należy zaznaczyć, że rezultaty przeprowadzonych badań rzucają światło na pozaaudiologiczne, tj. psychologiczne uwarunkowania satysfakcji z CI u osób postlingwalnie głuchych, co stanowi nowatorski kierunek badań (**prace A, C, D**). Okazało się, że (większa) satysfakcja z CI jest uwarunkowana (wyższą) samooceną globalną w odniesieniu do osób z głuchotą postlingwalną oraz częściową głuchotą [15], jak i (mniejszym) nasileniem psychologicznego dystresu, w tym objawów depresji, a także wybranymi strategiami radzenia sobie ze stresem, np. zaprzeczaniem u osób z głuchotą postlingwalną. Strategia ta nie sprzyja satysfakcji z CI podobnie jak i efektywności leczenia innych dolegliwości czy chorób [30,91,94,95]. Wykazano też, że **strategie radzenia sobie ze stresem** mogą sprzyjać lub nie sprzyjać satysfakcji z CI **zależnie od czasu korzystania** z tej elektronicznej protezy słuchu, jak ma to miejsce w odniesieniu do strategii zajmowanie się czymś innym (**praca A**). Stwierdzony brak zależności między satysfakcją z CI a psychologicznym dystresem u osób z częściową głuchotą o początku postlingwalnym [86] wskazują na odmienną psychologicznych uwarunkowań satysfakcji z CI zależnych od grupy dobranej według

kryterium audiologicznego, jakim jest stopień i rodzaj ubytku słuchu, tj. głuchota i częściowa głuchota.

U osób z częściową głuchotą **HRQoL w aspekcie głuchoty/słyszenia** mierzona **subiektywną oceną korzyści z CI** wynosi średnio 66% (NCIQ), podobnie jak w innych badaniach użytkowników CI z postlingwalnym znacznym i głębokim ubytkiem słuchu [68,73,92]. W relacjonowanych badaniach wynik ten otrzymano średnio po 4 latach korzystania z CI (**praca D**). Z kolei w koreańskich badaniach [28] osób z częściową głuchotą o początku postlingwalnym korzyści z CI (NCIQ) po roku korzystania wyniosły średnio 76%. Różnice w HRQoL wiązać się mogą z czasem użytkowania z CI i obserwowanym spadkiem percepcji korzyści z CI u osób z postlingwalną utratą słuchu po okresie stabilizacji w zakresie możliwości rozumienia mowy osiąganey między około 1 a 3 rokiem od momentu wszczepienia CI [4-6,13]). Obniżenie poziomu korzyści z CI w subiektywnej ocenie stwierdzili inni badacze po upływie 6 lat od zaimplantowania [96] w odniesieniu do osób z głębokim postlingwalnym ubytkiem słuchu. Ponadto w grupie osób z częściową głuchotą z CI w badaniach koreańskich było jedynie 13 osób, a także nie wiadomo, jakiego typu częściową głuchotę zdiagnozowano w tej grupie, co również może mieć znacznie dla otrzymanego wyniku [28].

Rezultaty badań osób z częściową głuchotą, korzystających z CI pokazują, że uzyskały **najwyższy poziom HRQoL w aspekcie głuchoty/słyszenia (NCIQ) w sferze społecznej**, tj. w obszarze korzyści w obszarze „podejmowania aktywności” (AL) i „interakcji społecznych” (SI), a także „podstawowej percepcji słuchowej” (BSP). Badani z częściową głuchotą z CI z Korei po roku użytkowania otrzymali nieco odmienne wyniki (NCIQ). Największe korzyści w ich subiektywnej ocenie wskazano w sferze fizycznej: podstawowej (BSP) i zaawansowanej percepcji słuchowej (ASP), jak i w produkcji mowy (SP), a w sferze psychospołecznej okazały się na nieco niższym poziomie niż u osób z częściową głuchotą objętych tymi badaniami (**praca D**). Różnice w wynikach HRQoL w aspekcie głuchoty/słyszenia mogą wiązać się także z różnicami międzykulturowymi, tj. odmiennym językiem czy niewykluczone że także odmiennym kontekstem społecznym, w jakim funkcjonują osoby ogłuchłe w tym kraju. Badania koreańskie dowodzą, że implantacja ślimakowa w odniesieniu do osób z diagnozą częściowej głuchoty wpływa na HRQoL w aspekcie głuchoty/słyszenia (NCIQ), gdyż przed otrzymaniem CI ocena korzyści ze słyszenia (NCIQ) wynosiła średnio 50% [61], co pośrednio z kolei potwierdza efektywność CI u osób z częściową głuchotą objętych niniejszymi badaniami (**prace C, D**).

HRQoL w aspekcie głuchoty/słyszenia (NCIQ) u osób z częściową głuchotą korzystających z CI jest **uwarunkowana psychologicznie**, tj. nasileniem psychologicznego dystresu (**praca D**) jednakże przede wszystkim u kobiet, a nie mężczyzn. Dowiedziono istnienia istotnego ujemnego związku między psychologicznym dystresem ogółem, w tym objawami niepokoju i bezsenności oraz depresji a percepcją korzyści z CI w sferze samooceny (SE), jak i ograniczeń w aktywności (AL) i interakcji społecznych (SI). Innymi słowy, HRQoL w aspekcie głuchoty/słyszenia w obszarze psychospołecznym pozostaje w związku z dobrostanem psychicznym (QoL), a więc im jest wyższy jego poziom, tym łatwiej osobom z częściową głuchotą doświadczyć korzyści z CI w omawianym psychospołecznym obszarze (NCIQ). Zależność ta może mieć charakter dwustronny, co wiąże się z tym, że ci, którzy uzyskują większe korzyści z CI w obszarze psychospołecznym uzyskują tym samym wyższy poziom dobrostanu psychicznego. Podobne rezultaty uzyskano w badaniach osób starszych postlingwalnie ogłuchłych z CI [97]. Do psychologicznych uwarunkowań HRQoL w aspekcie głuchoty/słyszenia należą także globalna samoocena [15] czy poczucie niepełnosprawności [92].

Z powyżej zaprezentowanych wyników dotyczących QoL, ogólnej HRQoL, w tym także HRQoL w aspekcie głuchoty/słyszenia wynika **postulat wsparcia psychologicznego** (psychoedukacja, poradnictwo psychologiczne, psychoterapia, grupy wsparcia) w obu badanych grupach osób z postlingwalną utratą słuchu, korzystających z CI **uwzględniając specyfikę psychospołecznego funkcjonowania** ukazaną także opisanymi rezultatami przeprowadzonych badań.

Przeprowadzone badania i ich rezultaty są ważne w zapewnieniu kompleksowej i optymalnej opieki medycznej osób z różnymi problemami ze słuchem, przede wszystkim tych, które w zaproponowanym im leczeniu otrzymują implanty słuchowe i korzystają z rehabilitacji po implantacji. Otrzymane empirycznie zależności dotyczące psychologicznych uwarunkowań efektów rehabilitacji słuchu i mowy stanowią wkład do nauk o zdrowiu, jak i nauk medycznych pokazując kierunki działań wobec pacjentów głuchych i z częściową głuchotą w trosce o ich optymalne zdrowie fizyczne i psychiczne, a więc HRQoL.

4.3.6. Wnioski z badań do wykorzystania nauce i praktyce klinicznej

Implikacje teoretyczne:

1. **Ogólna QoL** (dobrostan psychiczny) w porównywanych aspektach: samoocena globalna i psychologiczny dystres jest **odmienna** u osób z postlingwalną utratą słuchu

o typie częściowej głuchoty i głuchoty, korzystających z CI – prowadzenie dalszych badań pozwoli na jej lepsze poznanie i wykorzystanie w praktyce.

2. **Jakość życia zależną od zdrowia (HRQoL) w aspekcie głuchoty słyszenia** wyrażoną percepcją satysfakcji z CI oceniono jako wysoką w obu grupach badanych, niezależnie od płci, wieku, czasu trwania głuchoty, statusu małżeńskiego/partnerskiego, statusu zatrudnienia i wykształcenia, a także czasu korzystania z CI.
3. **HRQoL w aspekcie głuchoty/słyszenia** wyrażona percepcją korzyści z CI jest dość wysoka u osób z częściową głuchotą – **kobiety uzyskują niższe** wyniki w obszarze samooceny i ograniczeń w aktywności niż mężczyźni – należy zatem w dalszych badaniach uwzględnić rolę płci.
4. **HRQoL w aspekcie głuchoty/słyszenia** wyrażona percepcją korzyści i/lub satysfakcji z CI jest **uwarunkowana psychologicznie**, a czynnikami pozostającymi z nią w związku są: globalna samoocena, dystres psychologiczny i wybrane strategie radzenia sobie ze stresem – dalsze badania powinny uwzględnić inne czynniki psychologiczne, np. zasoby osobiste, w tym poczucie koherencji, orientację pozytywną czy rezyliencję.
5. **Stwierdzono rolę płci** w odniesieniu do **ogólnej QoL** i uwarunkowań percepcji korzyści z CI u osób z częściową głuchotą (kobiety mają niższą samoocenę globalną i wyższe nasilenie psychologicznego dystresu w większości badanych wymiarów w porównaniu do mężczyzn, a także względem populacji ogólnej oraz u kobiet istnieje zależność między **HRQoL** w aspekcie głuchoty/słyszenia i psychologicznym dystresem).
6. Badania nad jakością życia: ogólną QoL, ogólną HRQoL oraz HRQoL w aspekcie głuchoty/słyszenia dowodzą **wysokiej efektywności implantacji ślimakowej jako metody leczenia wobec osób z częściową głuchotą i osób z głuchotą nabytą postlingwalnie** – ukazują związek psychologii z medycyną i jej roli w zapewnieniu usług o wysokim standardzie tej grupie pacjentów.
7. **Poszukiwania psychologicznych uwarunkowań efektywności CI**, którą wyraża osiągnięta QoL przez jego użytkowników, są zasadne **z uwzględnieniem różnych grup osób z zaburzeniami słuchu**, tj. zarówno o początku postlingwalnym i prelingwalnym, jak i z o różnym stopniu ubytku słuchu, włączając osoby z częściową głuchotą, gdyż w pewnych zakresach psychologiczna charakterystyka funkcjonowania osób wchodzących w skład grup – wyodrębnionych według kryteriów audiologicznych (stopień i rodzaj ubytku słuchu) i etapu rozwoju językowego

(początek ubytku słuchu prelingwalny v. postlingwalny) jest odmienna – co należy brać pod uwagę w ofercie pomocy psychologicznej dla pacjentów zgłaszających się do kwalifikacji do wszczepu implantu ślimakowego.

8. Otrzymane **rezultaty są ważne dla nauk o zdrowiu i nauk medycznych**, a ukazane zależności **można odnosić do innych niż głuchota niepełnosprawności czy chorób przewlekłych** w interdyscyplinarnym poszukiwaniu uwarunkowań ogólnych, jak i specyficznych dla danej grupy pacjentów.

Implikacje dla praktyki klinicznej

1. W **programach rehabilitacji słuchu i mowy** zarówno przed, jak i po wszczepieniu implantu ślimakowego przeprowadzona diagnoza psychologiczna powinna obejmować **ocenę psychologicznego stanu pacjenta z postlingwalną utratą słuchu**: głuchotą i częściową głuchotą (jak i z innymi zaburzeniami słuchu osób kwalifikowanych do implantacji) m.in. z uwzględnieniem procesu radzenia sobie z utratą słuchu, a także związanego z nim **nasilenia doświadczanego psychologicznego dystresu i samooceny**.
2. Interwencja psychologiczna wobec osób z głuchotą postlingwalną powinna uwzględniać m.in. **wsparcie w procesie radzenia sobie z utratą słuchu** czy terapię psychologiczną ukierunkowaną na podniesienie samooceny w tej grupie osób.
3. Interwencja psychologiczna wobec osób z częściową głuchotą o początku postlingwalnym (i prelingwalnym) powinna uwzględniać m.in. **redukcję doświadczanego dystresu, którego źródłem są także trudności związane z funkcjonowaniem jako osoby z częściową głuchotą** i radzeniem sobie w codziennych sytuacjach społecznych.
4. **Zastosowanie różnych form interwencji psychologicznej** (poradnictwo, psychoedukacja, psychoterapia, treningi interpersonalne i inne, grupy wsparcia) wobec osób z postlingwalną utratą słuchu: głuchotą częściową i głuchotą będzie **sprzyjać QoL, HRQoL oraz HRQoL w aspekcie głuchoty/słyszenia**, a tym samym podniesieniu **efektywności rehabilitacji po wszczepieniu CI**.
5. Wykorzystanie uzyskanych wyników jest ważne w **całościowej trosce o zdrowie fizyczne i psychiczne osób z różnymi problemami ze słuchem**, w tym z postlingwalną utratą słuchu, głuchotą i częściową głuchotą, korzystających z CI, jak i **optymalną systemową organizację opieki zdrowotnej dla tej grupy pacjentów**.

4.3.7. Piśmiennictwo

- [1] Skarżyński H, Janczewski G, Niemczyk K, Geremek A, Kochanek K, Klasek O. Pierwszy wszczep ślimakowy w Polsce. *Oto-laryngol Pol*, 1993;47:427–34.
- [2] Skarżyński H, Lorens A, Piotrowska A. A new method of partial deafness treatment. *Med Sci Monit*, 2003; 9:CS20–CS24.
- [3] Skarżyński H, Lorens A. Partial deafness treatment. *Cochlear Implants Int*, 2010; (Suppl1): 29–41.
- [4] Skarżyński H. Ten years' experience with a new strategy of Partial Deafness Treatment. *J Hear Sci*, 2012; 2(2): 11–8.
- [5] Skarżyński H. Long-term results of partial deafness treatment. *Cochlear Implants Int*, 2014; (Suppl 1): 21–32.
- [6] Skarżyński H, Skarżyński PH. Nowa strategia leczenia częściowej głuchoty – 18 lat doświadczeń własnych. *Now Audiofonol*, 2014; 3(5):9–16.
- [7] Skarżyński H, Skarżyński PH (red.). *Methods of partial deafness treatment*. Taylor and Francis/ CRC Press; 2021.
- [8] Kuczkowski J, Kochanek K. Metody badania słuchu. W: Muzyka-Furtak E (red.). *Surdologopedia. Teoria i praktyka*. Gdańsk: Harmonia Universalis, 2015; 32–41.
- [9] Lachowska M. Diagnostyka różnicowa zaburzeń słyszenia. *Neurologia po Dyplomie*, 2012; 7:47–53
- [10] Entwisle LK, Warren SE, Messersmith JJ. Cochlear implantation for children and adults with severe-to-profound hearing loss. *Seminars Hear*, 2018; 39(4):390-404.
- [11] Rostkowska J, Wojewódzka B, Kobosko J, Geremek-Samsonowicz A, Skarżyński H. Możliwości słuchowe dorosłych osób ogłuchłych zaopatrzonych w implant ślimakowy. *Now Audiofonol*, 2012; 1(1):46–49.
- [12] Rostkowska J, Pankowska A. Cele rehabilitacji słuchowej przeznaczonej dla dzieci i dorosłych korzystających z implantu ślimakowego. *Now Audiofonol*, 2016; 5(1):58–63.
- [13] Pankowska A., Solnica J., Skarżyński H. Wykorzystanie zmodyfikowanego profilu umiejętności słuchowych w obserwacji efektów rehabilitacji słuchu dorosłych pacjentów z częściową głuchotą korzystających z systemu implantu ślimakowego – doniesienie wstępne. *Now Audiofonol*, 2012; 1(1): 38–45.
- [14] Kobosko J, Pankowska A, Olszewski Ł, Geremek-Samsonowicz A, Skarżyński H. Subiektywna i obiektywna ocena korzyści z implantu ślimakowego u osób dorosłych z częściową głuchotą o początku prelingwalnym. *Now Audiofonol*, 2017; 6(4): 31–42.
- [15] Kobosko J. (2021). Psychologiczne aspekty rehabilitacji słuchu i mowy osób z częściową głuchotą korzystających z implantu ślimakowego od okresu dorosłości, w: *Warsztaty Otochirurgiczne Window Approach Workshop*. Skarżyński H (red.). Warszawa: IFPS; 2020, 147–163.
- [16] Solnica J, Kobosko J, Pankowska A, Zgoda M, Skarżyński H. Efektywność treningu słuchowego osób z częściową głuchotą po wszczępieniu implantu ślimakowego w ocenie pacjentów i logopedów. *Now Audiofonol* 2012; 1(1): 31–37.
- [17] du Feu M, Chovaz C. *Mental health and deafness*. Oxford: Oxford University Press; 2014.
- [18] Stephens D. *Living with hearing difficulties: the process of enablement*. John Wiley & Sons, 2009.
- [19] Williams KC, Falkum E, Martinsen EW. Fear of negative evaluation, avoidance and mental distress among hearing-impaired employees. *Rehabil Psychol*, 2015; 60(1): 51–58.
- [20] Mäki-Torkko EM, Vestergren S, Harder H, Lyxell B. From isolation and dependence to autonomy—expectations before and experiences after cochlear implantation in adult cochlear implant users and their significant others. *Disabil Rehabil*, 2015; 37(6): 541–547.
- [21] Obszańska A. Życie osoby z częściową głuchotą przed wszczępieniem i po wszczępieniu implantu ślimakowego – studium przypadku. *Now Audiofonol*, 2014; 3(3): 39–47.
- [22] Dillon B, Pryce H. What makes someone choose cochlear implantation? An exploration of factors that inform patient decision making. *Int J Audiol*, 2020; 59(1):24–32.
- [23] Carlsson PI, Hjaldaahl J, Magnuson A, Ternevall E, Edén M, Skagerstrand Å, Jönsson R. Severe to profound hearing impairment: quality of life, psychosocial consequences and audiological rehabilitation. *Disabil Rehab*, 2015; 37(20):1849–56.
- [24] Manchaiah V, Stein G, Danermark B, et al. (2015). Positive, neutral, and negative connotations associated with social representation of 'hearing loss' and 'hearing aids'. *J Audiol Otol* 2015; 19(3):132–137.
- [25] Skarżyński H. Wszczępy ślimakowe i pniowe. W: Pruszewicz A, Obrębowski A (red.). *Audiologia kliniczna – zarys*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego; 2010, 567–578.
- [26] Szuchnik J, Skarżyński H, Święcicka A, Wojewódzka B, Michałowska E. Individual auditory skill profile as an original method of demonstrating auditory skill development. W: *Updates in Cochlear Implantation*, vol. 57; Karger Publishers, 298–299.
- [27] Erixon E, Rask-Andersen H. Hearing and patient satisfaction among 19 patients who received implants intended for hybrid hearing: a two-year follow-up. *Ear Hear*, 2015; 36(5):e271.
- [28] Jang SJ, Park SH, Kwon HR, Chun YM. A Study on speech perception and health-related quality of life in adults with partial deafness and severe-profound hearing loss. *언어치료연구*, 2020; 29(1):117–127.

- [29] Wolski P. Utrata sprawności. Radzenie sobie z niepełnosprawnością nabytą a aktywizacja zawodowa. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR; 2010.
- [30] Livneh H, Antonak RF. Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A primer for counselors. *J Couns & Devel*, 2005; 83(1):12–20.
- [31] Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Osobowość, stres a zdrowie. Warszawa: Difin; 2010.
- [32] Makowska Z, Merecz D. Polish adaptation of Goldberg's general health questionnaires GHQ-12 and GHQ-28. W: Makowska Z, Merecz D (red.) *Mental health assessment using Goldberg's questionnaires. Część 2*. Łódź: Oficyna Wydawnicza IMP; 2001.
- [33] Diener E, Suh EM, Lucas RE, Smith HL. Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 1999; 125(2):276.
- [34] Dołęga Z. Wskaźniki jakości życia. W: M. Flanczewska-Wolny (red.) *Jakość życia w niepełnosprawności. Mity a rzeczywistość*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”; 2007, s. 25-40.
- [35] Daszykowska J. Jakość życia w koncepcjach związanych ze zdrowiem. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego*, 2006; 2:122–127.
- [36] Bakas T, McLennon SM, Carpenter JS, Buelow JM, Otte JL, Hanna KM, ... Welch JL. Systematic review of health-related quality of life models. *Health Qual Life Outcomes*, 2012; 10(1):1–12.
- [37] Shipper H. Quality of life: principles of the clinical paradigm. *J Psychosocial Oncol*, 1990; 8: 171-185.
- [38] Kłak A, Mińko M, Siwczyńska D. Metody kwestionariuszowe badania jakości życia. *Probl Hig Epidemiol*, 2012; 93(4): 632-638.
- [39] Cieślak B, Podbielska H. Przegląd wybranych kwestionariuszy oceny jakości życia. *Acta Bio-Optica et Informatica Medica. Inżynieria Biomedyczna*, 2015; 21(2):102–135.
- [40] Angelo TCD, Moret ALM, Costa OAD, Nascimento LT, Alvarenga KDF. Quality of life in adult cochlear implant users. *Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 2016; 28:106–112.
- [41] Cieśla K, Lewandowska M, Skarżyński H. Health-related quality of life and mental distress in patients with partial deafness: preliminary findings. *Eur Arch Oto-Rhino-Laryngol*, 2016; 273(3):767–776.
- [42] Tokat T, Müderris T, Bozkurt EB, Ergun U, Aysel A, Catli T. Quality of life in older adults with cochlear implantation: Can it be equal to that of healthy older adults? *J Audiol Otol*, 2021; 25(3):138.
- [43] Loeffler C, Aschendorff A, Burger T, Kroeger S, Laszig R, Arndt S. Quality of life measurements after cochlear implantation. *The Open Otorhinolaryngology Journal*, 2010; 4(1).
- [44] Arnoldner C, Lin VY, Honeder C, Shipp D, Nedzelski J, Chen J. Ten-year health-related quality of life in cochlear implant recipients: prospective SF-36 data with SF-6D conversion. *The Laryngoscope*. 2014;124(1):278–282.
- [45] Grutters JP, Joore MA, van der Horst F, Verschuure H, Dreschler WA, Anteunis LJ. Choosing between measures: comparison of EQ-5D, HUI2 and HUI3 in persons with hearing complaints. *Qual Life Res*, 2007; 16(8):1439–1449.
- [46] Summerfield AQ, Barton GR. Sensitivity of EQ-5D-3L, HUI2, HUI3, and SF-6D to changes in speech reception and tinnitus associated with cochlear implantation. *Qual Life Res*, 2019; 28(5), 1145–1154.
- [47] Bosdriesz JR, Stam M, Smits C, et al. Psychosocial health of cochlear implant users compared to that of adults with and without hearing aids: Results of a nationwide cohort study. *Clin Otolaryngol*, 2018;43(3):828–834.
- [48] Rostkowska J, Skarżyński PH. Przegląd kwestionariuszy stosowanych do oceny jakości życia u osób dorosłych głuchych (niedosłyszących) korzystających z implantu ślimakowego. *Now Audiofonol*, 2016; 6(4):43–50.
- [49] Hinderink JB, Krabbe PF, Van Den Broek P. Development and application of a health-related quality-of-life instrument for adults with cochlear implants: the Nijmegen cochlear implant questionnaire. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 2000; 123(6):756–765.
- [50] de Graaf R, Bijl RV. Determinants of mental distress in adults with a severe auditory impairment: differences between prelingual and postlingual deafness. *Psychosom Med*, 2002;64:61–70.
- [51] Fellinger J, Holzinger D, Pollard R. Mental health of deaf people. *Lancet*, 2012;379:1037–44.
- [52] Garnefski N, Kraaij V. Cognitive coping and goal adjustment are associated with symptoms of depression and anxiety in people with acquired hearing loss. *Int J Audiol*, 51(7):545–550.
- [53] Rembar SH, Lind O, Romundstad P, Helvik A-S. Psychological well-being among cochlear implant users: A comparison with the general population. *Cochlear Implants Int*, 2012; 13: 41–8
- [54] Shin MS, Song JJ, Han KH, Lee HJ, Do RM, Kim BJ, Oh SH. The effect of psychosocial factors on outcomes of cochlear implantation. *Acta oto-laryngol*, 2015; 135(6):572–577.
- [55] Lee HY, Kim HN, Kim HJ, Choi JY, Park EC. Cost-Utility Analysis of the cochlear implant. *J Prevent Med Public Health*, 2004; 37(4): 353–358.
- [56] Hawthorne G, Hogan A, Giles E, Stewart M, Kethel L, White K, ... Taylor A. Evaluating the health-related quality of life effects of cochlear implants: a prospective study of an adult cochlear implant program. *Int J Audiol*, 2004; 43(4):183–192.

- [57] Chung J, Chueng K, Shipp D, Friesen L, Chen JM, Nedzelski JM, Lin VYW. Unilateral multichannel cochlear implantation results in significant improvement in quality of life. *Otolol Neurotol*, 2012;33:566–571.
- [58] Bergman P, Lyxell B, Harder H, Mäki-Torkko E. The outcome of unilateral cochlear implantation in adults: speech recognition, health-related quality of life and level of anxiety and depression: a one-and three-year follow-up study. *Int Arch Otorhinolaryngol*, 2020; 24:338–346.
- [59] Andries E, Gilles A, Topsakal V, Vanderveken OM, Van de Heyning P, Van Rompaey V, Mertens G. Systematic review of quality of life assessments after cochlear implantation in older adults. *Audiol Neurotol*, 2021; 26(2):61–75.
- [60] Häußler SM, Knopke S, Wiltner P, Ketterer M, Gräbel S, Olze H. Long-term benefit of unilateral cochlear implantation on quality of life and speech perception in bilaterally deafened patients. *Otol Neurotol*, 2019; 40(4): e430-e440.
- [61] Contrera KJ, Betz J, Li L, Blake CR, Sung Y K, Choi JS, Lin FR. Quality of life after intervention with a cochlear implant or hearing aid. *The Laryngoscope*, 2016;126(9):2110–2115.
- [62] Sladen DP, Peterson A, Schmitt M, Olund A, Teece K, Dowling B, ... Driscoll CL. Health-related quality of life outcomes following adult cochlear implantation: a prospective cohort study. *Cochlear Implants Int*, 2017; 18(3):130–135.
- [63] Lassaleta L, Castro A, Bastarrica M i wsp. Quality of life in postlingually deaf patients following cochlear implantation. *Eur Arch of Otorhinolaryngol*, 2006; 263: 267–70.
- [64] Ou H, Dunn CC, Bentler RA, Zhang X. Measuring cochlear implant satisfaction in postlingually deafened adults with the SADL inventory. *J Am Acad Audiol*, 2008; 19(09):721–734.
- [65] Olze H, Szczepek AJ, Haupt H, et al. Cochlear implantation has a positive influence on quality of life, tinnitus, and psychological comorbidity. *Laryngoscope*, 2011; 121:2220–2227.
- [66] Rostkowska J, Kobosko J, Wojewódzka B, Skarżyński H. Percepcja słuchowa mowy pacjentów ogłuchłych postlingwalnie zaopatrzonych w implant ślimakowy po 60. roku życia. *Otarynolaryngologia*, 2014; 13(2):91–99.
- [67] Muigg F, Bliem HR, Holzner B, Kühn H, Zorowka PG, Weichbold VW. Do personality factors assessed before cochlear implantation predict hearing-related quality of life after cochlear implantation in postlingually deafened adults? *Ear Hear*, 2019; 40(2):418–425.
- [68] Plath M, Marienfeld T, Sand M, van de Weyer PS, Praetorius M, Plinkert PK, Zaoui K. Prospective study on health-related quality of life in patients before and after cochlear implantation. *Eur Arch Oto-Rhino-Laryngol*, 2021; 1–11.
- [69] Faber CE, Grøntved AM. Cochlear implantation and change in quality of life. *Acta Otolaryngol Suppl*, 2000; 543:151–153.
- [70] Di Nardo W, Anzivino R, Giannantonio S, et al. The effects of cochlear implantation on quality of life in the elderly. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 2014; 271:65–73.
- [71] McRackan TR, Bauschard M, Hatch JL, Franko-Tobin E, Droghini HR, Nguyen SA, Dubno JR. Meta-analysis of quality-of-life improvement after cochlear implantation and associations with speech recognition abilities. *The Laryngoscope*, 2018;128(4):982–990.
- [72] Vasil KJ, Lewis J, Tamati T, Ray C, Moberly AC. How does quality of life relate to auditory abilities? A subitem analysis of the Nijmegen Cochlear Implant Questionnaire. *J Am Acad Audiol*, 2020; 31(4):292–301.
- [73] Völter C, Götze L, Haubitz I, Dazert S, Thomas JP. Benefits of cochlear implantation in middle-aged and older adults. *Clin Interv Aging*, 2020; 15:1555–1568.
- [74] Dzwonkowska I, Łachowicz-Tabaczek K, Łaguna M. Samoocena i jej pomiar. Polska adaptacja skali SES M. Rosenberga. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych, 2008.
- [75] Kobosko J, Szuchnik J, Wojda P. Kwestionariusz Ja-Inni jako narzędzie służące do opisu tożsamości własnej młodzieży głuchej. *Audiofonologia*, 2004; 26:119–33.
- [76] Parnowski T, Jernajczyk W. Inwentarz Depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne (ocena pilotażowa). *Psychiatria Polska*, 1977; 11: 417–25.
- [77] Carver CS. You want to measure coping but your protocol's too long: consider the Brief COPE. *Int J Behav Med*, 1997; 4:92–100.
- [78] Obrycka A, Padilla JL, Lorens A, Skarzynski PH, Skarzynski H. Validation of AQoL-8D: a health-related quality of life questionnaire for adult patients referred for otolaryngology. *Eur Arch of Oto-Rhino-Laryngol*, 2021;1–10.
- [79] Hinderink JB, Krabbe PF, Van Den Broek P. Corrigendum. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 2017; 156:391.
- [80] Saito H, Nishiwaki Y, Michikawa T, Kikuchi Y, Mizutari K, Takebayashi T i wsp. Hearing handicap predicts the development of depressive symptoms after 3 years in older community-dwelling Japanese. *J Am Geriatr Soc*, 2010; 58: 93–7.
- [81] Veale H, Gill L, Guang NGS, Lind C, Bond MJ. Self-reported hearing handicap and mental health in Australia: Some preliminary findings. *Austral New Zealand J Audiol*, 2010; 32(2): 106–14.

- [82] Gopinath B, Schneider J, Hickson L, McMahon CM, Burlutsky G, Leeder SR i wsp. Hearing handicap, rather than measured hearing impairment, predicts poorer quality of life over 10 years in older adults. *Maturitas*, 2012; 72(2): 146–51.
- [83] Manchaiah VKC, Stephens D. Perspectives on defining “hearing loss” and its consequences. *Hear Balance Commun*, 2013; 11: 6–16.
- [84] Engel L, Chen G, Richardson J, Mihalopoulos C. The impact of depression on health-related quality of life and wellbeing: identifying important dimensions and assessing their inclusion in multi-attribute utility instruments. *Qual Life Res*, 2018; 27:2873–2884.
- [85] Heydebrand G, Mauze E, Tye-Murray N, Binzer S, Skinner M. The efficacy of structured group therapy intervention in improving communication and coping skills for adult cochlear implant recipients. *Int J Audiol*, 2005; 44: 272–80.
- [86] Kobosko J. Osoby z częściową głuchotą korzystające z CI a samoocena i strategie radzenia sobie ze stresem – wyniki badań. Wyniki nieopublikowane; 2018.
- [87] Eriksson-Mangold M, Carlsson SG. Psychological and somatic distress in relation to perceived hearing disability, hearing handicap, and hearing measurements. *J Psychosom Res*, 1991; 35(6):729–740.
- [88] Kobosko J, Jedrzejczak WW, Poremska DB, Geremek-Samsonowicz A, Skarzynski H. Posttraumatic growth in postlingually deaf patients with cochlear implants: The effect of stress-coping strategies, sociodemographics, and deafness-related factors. *Front in Psychol*, 12.
- [89] Briere J, Sott C. Podstawy terapii traumy. Diagnostyka i metody terapeutyczne. Tłum. P. Nowak. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP; 2010.
- [90] Orth U. The family environment in early childhood has a long-term effect on self-esteem: A longitudinal study from birth to age 27 years. *J Pers Soc Psychol*, 2018;114(4):637–655.
- [91] Livneh H. Denial in medical conditions: A synopsis of its components. *Ann Psychiatry Ment Health*, 2016; 4(7):1084.
- [92] Alnıaçık A, Çakmak E, Öz O. Cross-cultural adaptation of the Nijmegen cochlear implant questionnaire into Turkish language: validity, reliability and effects of demographic variables. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 2021:1–8.
- [93] Lloyd H, Jenkinson C, Hadi M, Gibbons E, Fitzpatrick R. Patient reports of the outcomes of treatment: a structured review of approaches. *Health Qual Life Outcomes*, 2014; 12(1): 5.
- [94] Martz E, Livneh H. Psychosocial adaptation to disability within the context of positive psychology: findings from the literature. *J Occup Rehabil*, 2016; 26:4–12.
- [95] Kamen C, Taniguchi S, Student A, Kienitz E, Giles K, Khan C, ... Koopman C. The impact of denial on health-related quality of life in patients with HIV. *Qual Life Res*, 2012; 21(8):1327–1336.
- [96] Damen GW, Beynon AJ, Krabbe PF et al. Cochlear implantation and quality of life in postlingually deaf adults: Long-term follow-up. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 2007; 136:597–604.
- [97] Knopke S, Häussler S, Gräbel S et al. Age-dependent psychological factors influencing the outcome of cochlear implantation in elderly patients. *Otol Neurotol*, 2019; 40:e441–e453.

4.3.8. Stosowane w pracy skróty

AL – Activity Limitation (skala NCIQ) – Ograniczenie aktywności

AS – Acoustic Stimulation – Stymulacja akustyczna

AQLQ – Asthma Quality of Live Questionnaire – Kwestionariusz AQLQ)

AQoL-8d – Assessment of Quality of Life – Kwestionariusz AQoL-8d

ASP – Advanced Speech Perception (skala NCIQ) – Zaawansowana percepcja słuchowa

BDI – Beck Depression Inventory – Skala Depresji Becka

BSP – Basic Speech Perception (skala NCIQ) – Podstawowa percepcja słuchowa

CI – Cochlear implant – Implant ślimakowy

DI – Disability Index – Wskaźnik niepełnosprawności

DLQI – Dermatology Life Quality Index – Wskaźnik jakości życia w dermatologii

EAS – Electro-acoustic stimulation – Stymulacja elektroakustyczna

EQ-5D – Euro-Quality of Life Questionnaire – Kwestionariusz EQ-5D

ERSA – Évaluation du Retentissement de la Surdit  chez l’Adulte /Evaluation of the Impact of Hearing Loss in Adults – Kwestionariusz ERSA

ES – Electric stimulation – Stymulacja elektryczna

GBI – Glasgow Benefit Inventory – Kwestionariusz GBI

GHQ-28 – General Health Questionnaire GHQ-28 – Kwestionariusz Ogólnego Stanu Zdrowia GHQ-28

GHSI – Glasgow Health Status Inventory – Kwestionariusz GHSI

HA – Hearing aid – Aparat słuchowy

HHIA – Hearing Handicap Inventory for Adults – Kwestionariusz HHIA

HL – Hearing Loss – Ubytek słuchu

HP – Hearing Preservation – Zachowanie resztek słuchowych

HPS – Hearing Participation Scale – Kwestionariusz HPS

HRQoL – Health-Related Quality Of Life – Jakość życia zależna od stanu zdrowia

HUI – Health Utility Index – Kwestionariusz HUI

NCIQ – Nijmegen Cochlear Implant Questionnaire – Kwestionariusz NCIQ

NHP – Nottingham Health Profile – Profil Zdrowia – skala Nottingham

Mini COPE – Brief Coping Orientation to Problems Experienced – Inwentarz do Pomiaru Radzenia sobie ze Stresem Mini COPE

OAKHQoL – Osteoarthritis Knee And Hip Quality Of Life Questionnaire – Kwestionariusz Oceny Jakości Życia – Choroba zwyrodnieniowa stawu kolanowego i biodrowego

PD – Partial Deafness – Częściowa głuchota

PDT – Partial Deafness Treatment – Leczenie częściowej głuchoty

PDT-AS – Partial Deafness Treatment – Acoustic Stimulation – Leczenie częściowej głuchoty – stymulacja akustyczna

PDT-EAS – Partial Deafness Treatment – Electric Acoustic Stimulation – Leczenie częściowej głuchoty – stymulacja elektroakustyczna

PDT-EC – Partial Deafness Treatment – Electric Complement – Leczenie częściowej głuchoty – stymulacja z „dopełnieniem” elektrycznym

PDT-ENS – Partial Deafness Treatment – Electro-Natural Stimulation – Leczenie częściowej głuchoty – stymulacja naturalno-elektryczna

PDT-ES – Partial Deafness Treatment – Electric Stimulation – Leczenie częściowej głuchoty – stymulacja elektryczna

QOL – Quality of Life – Jakość życia

QoL-CV – Quality Of Life Index-Cardiac Version – Kwestionariusz oceny jakości życia w kardiologii

QOLIE – Quality of Life in Epilepsy Inventory – Kwestionariusz oceny jakości życia w epilepsji

SADL – Satisfaction with Amplification in Daily Life – Kwestionariusz SADL

Sat-VAS – Skala wizualno-analogowa do pomiaru satysfakcji (z implantu ślimakowego)

SE – Self-Esteem (skala NCIQ) – Samoocena

SES – Self-Esteem Scale – Skala Samooceny (Rosenberga)

SF-36 – 36-Item Short Form Survey – Kwestionariusz SF-36

SI – Social interaction (skala NCIQ) – Interakcje społeczne

SP – Speech production (skala NCIQ) – Mowa

UI – Utility Index – Wskaźnik użyteczności

VAS – Visual Analogue Scale – Skala wizualno-analogowa

WHO – World Health Organization – Światowa Organizacja Zdrowia

WHOQOL-BRIEF – World Health Organization Quality of Life-BREF – Kwestionariusz Światowej Organizacji Zdrowia – wersja skrócona

5. Pozostałe osiągnięcia naukowo-badawcze

Poza zaprezentowanym cyklem 5 powiązanych tematycznie publikacji, będących podstawą do ubiegania się o stopień doktora habilitowanego, mój dorobek obejmuje publikacje (przede wszystkim prace badawcze) o tematyce poświęconej: • psychologicznym uwarunkowaniom funkcjonowania (słyszących) rodziców (rodziny) dzieci głuchych, a także dzieci z centralnymi zaburzeniami przetwarzania słuchowego • psychospołecznemu funkcjonowaniu młodzieży i osób dorosłych o różnym typie głuchoty (prelingwalna v. postlingwalna), włączając użytkowników implantów ślimakowych, a także osoby z częściową głuchotą • osobom dorosłym z szumami usznymi • rozwojowi psychoruchowemu dzieci głuchych i językowemu młodzieży głuchej w kontekście tożsamości macierzyńskiej słyszących matek, a także • pomocy psychologicznej dla rodziców dzieci głuchych. Poniższe publikacje są efektem prowadzonych przez wiele lat badań.

- **Psychologiczne funkcjonowanie rodziców (rodzin) dzieci głuchych, włączając rodziców dzieci głuchych z implantem ślimakowym**

Kobosko J, Sekułowicz M, Śliwa L, Rostkowska J, Jędrzejczak WW, Skarzynski, H. Psychological correlates of parental burnout in hearing mothers of deaf children: personality, satisfaction with life, and posttraumatic growth. *International Journal of Special Education*. 2021;36(1).DOI:10.52291/ijse.2021.36.9.

Kobosko J, Ganc M. Jakość życia rodzin z małym dzieckiem głuchym w obszarze otrzymywanego wsparcia i relacji społecznych z perspektywy matek (FQOLS-2006). *Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo*, 2021; 52(2):75–97.

Kobosko J, Ganc M, Paluch P, Jędrzejczak WW, Geremek-Samsonowicz A, Skarżyński H. Jakość życia rodzin z małym dzieckiem głuchym. *Nowa Audiofonologia*, 2020;9(1):19–32.

Kobosko J. Rozwój mowy i komunikowania się dziecka głuchego jako ważny motyw decyzji słyszących matek o implancie ślimakowym i jego psychologiczne znaczenie, w: *Nie głos, ale słowo...7. Osoba z uszkodzeniem słuchu a współczesne tendencje w edukacji*. Kołodziejczyk R, Borowicz A, Domagała-Zyśk E (red.). Lublin: Wydawnictwo KUL; 2020, s. 47–65.

Kobosko J. Edukacja dziecka głuchego z perspektywy słyszących rodziców – ujęcie psychologiczne, w: *Edukacja niesłyszących – wczoraj, dziś i jutro*. Woźnicka E (red.). Łódź: Wydawnictwo AHE; 2017, s. 267–289.

Kobosko J. Głuchota dziecka z perspektywy potraumatycznego rozwoju słyszących rodziców, w: *Język i wychowanie. Księga jubileuszowa z okazji 45-lecia pracy naukowej Profesor Kazimiery Krakowiak*. Domagała-Zyśk E, Borowicz A, Kołodziejczyk R (red.). Lublin: Wydawnictwo KUL; 2016, s. 345–358.

Kobosko J. Mother-child relationship and language development disorders. Study of deaf adolescents and their hearing mothers, w: *Mental Health Services for Deaf People: Treatment Advances, Opportunities, and Challenges*. Estrada Aranda B, Sleeboom-van Raaij I (red.). Washington D.C.: Gallaudet University Press; 2015,

s. 193–213.

Kobosko J. Stan zdrowia psychicznego rodziców a głuchota dziecka. Implikacje dla programów wczesnej interwencji, rehabilitacji i edukacji szkolnej dzieci głuchych i słabosłyszących. Nie głos, ale słowo... 5 Krakowiak K, Kołodziejczyk R (red.). Lublin: Wydawnictwo KUL; 2015, s. 81–100.

Kobosko J, Kosmalowa J. Psychologiczne problemy dziecka z wadą słuchu i jego rodziny, w: *Surdologopedia. Teoria i praktyka. Podręcznik akademicki.* Muzyka-Furtak E (red.). Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universlis; 2015, s. 428–445.

Kobosko J. Rodzicielstwo dziecka głuchego – perspektywa psychologiczna, w: *Surdologopedia. Teoria i praktyka. Podręcznik akademicki.* Muzyka-Furtak E (red.). Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universlis; 2015, s. 412–427.

Kobosko J. Słyszący rodzice wobec głuchoty dziecka – badania nad tożsamością rodzicielską słyszących matek i ojców dzieci głuchych w Polsce, w: *Deaf Studies w Polsce.* Sak M (red.). Łódź: PZG Oddział w Łodzi; 2014, s. 95–106.

Kobosko J. Psychologiczne implikacje głuchoty dziecka w rodzinie środowisku szkolnym, w: *Edukacja głuchych.* Sak M (red.). Warszawa: Rzecznik Praw Obywatelskich; 2014, s. 44–66.

Kobosko J, Geremek-Samsonowicz A, Skarżyński H. Problemy zdrowia psychicznego matek i ojców dzieci głuchych z implantem ślimakowym. *Otolaryngologia Polska*, 2014; 68(3):135–142.

Kobosko J. Doświadczenie głuchoty dziecka przez słyszące matki dzieci głuchych a style radzenia sobie ze stresem i samoocena. *Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo*, 2013;3:41–59.

Kobosko J. Radzenie sobie ze stresem i samoocena słyszących ojców a głuchota dziecka. *Nowa Audiofonologia*, 2013; 2(1):36–44.

Kobosko J. Depresja matek i ojców a głuchota dziecka. Znaczenie satysfakcji małżeńskiej jako predyktora nasilenia doświadczanych przez rodziców objawów depresji. *Roczniki Pedagogiczne*, 2013; 5(3):123–140.

Kobosko J. Parenting a deaf child – how hearing parents cope with the stress of having deaf children. *Journal of Hearing Science*. 2011;1(3):38–42.

Kobosko J, Zalewska M. Maternal identity of hearing mothers' of deaf adolescents. Empirical studies – an interpersonal approach. *Volta Review*. 2011;111(1):39–59.

Kobosko J. Wybór języka dla dziecka głuchego – język foniczny i/lub język migowy, w: *Dyskursy pedagogiki specjalnej. Uwarunkowania i kierunki rozwoju pedagogiki specjalnej.* Antoszevska B, Kosakowski C (red.). Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek; 2011, s. 111–122.

Kobosko J. Psychological family determinants of successful language development: case study of two deaf adolescents with CI. *Cochlear Implants International Proceedings of the 9th European Symposium on Paediatric Cochlear Implantation*. 2010; 11(Sup1): 323-326.

Kobosko J. O tożsamości macierzyńskiej, czyli jak doświadczają siebie i swojego macierzyństwa matki słyszące młodzieży głuchej, w: *Młodzież głucha i słabosłysząca w rodzinie i otaczającym świecie – dla terapeutów, nauczycieli, wychowawców i rodziców.* Kobosko J (red.). Warszawa: Stowarzyszenie "Usłyszeć Świat"; 2009, s. 102–120.

Kobosko J. „Przyszłość widziana oczami matki” – reprezentacja przyszłości młodzieży głuchej u jej słyszących matek, w: *Młodzież głucha i słabosłysząca w rodzinie i otaczającym świecie – dla terapeutów, nauczycieli, wychowawców i rodziców.* Kobosko J (red.). Warszawa: Stowarzyszenie "Usłyszeć Świat"; 2009, s. 121–136.

Kobosko J. Relacja matka-dziecko a zaburzenia rozwoju językowego u młodzieży głuchej. *Przegląd Psychologiczny*, 2009;52(3):327–342.

Kobosko J. Tożsamość macierzyńska matki a głuchota dziecka. *Studia Psychologiczne*. 2008; 46(4):35–50.

- **Psychospołeczne funkcjonowanie osób dorosłych z głuchotą prelingwalną, korzystających z implantu ślimakowego, włączając problematykę rozwoju tożsamości osobistej i społeczno-kulturowej**

Kobosko J. Tożsamość osobista i jej związek z akceptacją siebie jako osoby głuchej – badania nad dorosłymi użytkownikami implantów ślimakowych z głuchotą prelingwalną. *Roczniki Pedagogiczne*, 2021; 13(3):117–133.

Kobosko J. Tożsamość społeczno-kulturowa a akceptacja siebie jako osoby głuchej użytkowników implantu ślimakowego z głuchotą prelingwalną – badanie wstępne. *Szkoła Specjalna*. 2021;82(3):165–175.

Kobosko J., Geremek-Samsonowicz A., Kochański B., Pankowska A., Skarżyński H. Akceptacja siebie jako osoby głuchej a subiektywna ocena korzyści i satysfakcji z implantu ślimakowego u osób dorosłych z głuchotą prelingwalną. *Nowa Audiofonologia*, 2019; 8(4):22–31.

Kobosko J. Znaczenie nadawane implantowi ślimakowemu a znajomość języka migowego u dorosłych użytkowników z głuchotą prelingwalną. *Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo*. 2019;46(4):39–62.

Kobosko J. Deaf sociocultural identity and experiencing symptoms of depression – a preliminary study of adult CI users with prelingual deafness. *Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej*. 2019;25:275–295.

Kobosko J., Pankowska A., Geremek-Samsonowicz A., Skarżyński H. Implant ślimakowy z perspektywy osób dorosłych z głuchotą prelingwalną – badanie jakościowe. *Nowa Audiofonologia*, 2018; 7(3):27–41.

Kobosko J. Samoocena u osób dorosłych z głuchotą prelingwalną korzystających z implantu ślimakowego, w: *Teoria i praktyka oddziaływań profilaktyczno-wspierających rozwój osób z niepełnosprawnością – wobec pytań i odpowiedzi o dobrostan człowieka*. Parys K., Trojańska M., Ochman A (red.). Kraków: Wydawnictwo Naukowe UP; 2018, s. 46–61.

Kobosko J. Tożsamość społeczno-kulturowa a samoocena osób głuchych z implantem ślimakowym komunikujących się w języku polskim fonicznym – badanie wstępne. *Edukacja*. 2018;4:125–135.

Kobosko J. Spostrzeganie dostępności wsparcia emocjonalnego a jakość relacji z innymi ludźmi u osób dorosłych z głuchotą prelingwalną korzystających z implantu ślimakowego od okresu dorosłości, w: *Teoria i praktyka oddziaływań profilaktyczno-wspierających rozwój osób z niepełnosprawnością. Konteksty indywidualne i środowiskowe*. Parys K., Pasteczka M., Sikorski J (red.). Kraków: Wydawnictwo Naukowe UP; 2017, s. 221–237.

Kobosko J., Piłka E., Pankowska A., Skarżyński H. Strategie radzenia sobie ze stresem u osób z głuchotą prelingwalną, korzystających z implantu ślimakowego od okresu dorosłości. *Annales Academiae Medicae Silesiensis*, 2014; 3:154–163.

Kobosko J. Doświadczenie objawów depresji u osób dorosłych z głuchotą prelingwalną korzystających z implantu ślimakowego a doświadczenie objawów depresji u osób dorosłych z głuchotą prelingwalną korzystających z implantu ślimakowego a strategie radzenia sobie ze stresem i samoocena. *Nowa Audiofonologia*, 2014; 3(1):34–45.

Kobosko J. Gdzie jest moje prawdziwe Ja? Świat emocji młodzieży głuchej ze słyszącymi rodzin, w: *Nie głos, ale słowo... Ku wspólnocie komunikacyjnej niesłyszących i słyszących*. Krakowiak K., Kołodziejczyk R (red.). Lublin: Wydawnictwo KUL; 2011, s. 81–95.

Kobosko J. Doświadczenie siebie jako osoby głuchej - badania nad młodzieżą głuchą i jej słyszącymi matkami z perspektywy interpersonalnej. *Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo*, 2010; 11(1):101–122.

Kobosko J. How do deaf adolescents experience themselves? Deaf identity and oral or sign language communication. *Cochlear Implants International Proceedings of the 9th European Symposium on Paediatric Cochlear Implantation*, 2010; 11(Sup1):319–322.

Kobosko J. Aparat słuchowy – aspekty psychologiczne, społeczne i komunikacyjne, w: *Młodzież głucha i słabosłysząca w rodzinie i otaczającym świecie – dla terapeutów, nauczycieli, wychowawców i rodziców*.

Kobosko J (red). Warszawa: Stowarzyszenie "Usłyszeć Świat"; 2009, s. 237–246.

Kobosko J. Osoba głucha (słabosłysząca), to znaczy kto? – tożsamość osobowa młodzieży głuchej i słabosłyszącej rodziców słyszących, w: *Młdziez głucha i słabosłysząca w rodzinie i otaczającym świecie – dla terapeutów, nauczycieli, wychowawców i rodziców.* Kobosko J (red). Warszawa: Stowarzyszenie "Usłyszeć Świat"; 2009, s. 19–35.

Kobosko J (red). Młdziez głucha i słabosłysząca w rodzinie i otaczającym świecie – dla terapeutów, nauczycieli, wychowawców i rodziców. Warszawa: Stowarzyszenie "Usłyszeć Świat"; 2009.

Kobosko J. Głuchota a zdrowie psychiczne. Z badań nad młodzieżą głuchą i jej słyszącymi matkami, w: *Człowiek chory. Aspekty biopsychospołeczne.* Janowski K, Gierus J (red.). Lublin: CPPP; 2009, s. 151–169.

Kobosko J. Relacja matka-dziecko a zaburzenia rozwoju językowego. Studia nad młodzieżą głuchą ze słyszącymi rodzin, w: *Zaburzenia rozwoju dziecka z perspektywy relacji.* Zalewska M (red.). Warszawa: Wydawnictwo Emu; 2008, s. 52–67.

- **Psychospołeczne funkcjonowanie osób dorosłych z głuchotą postlingwalną, korzystających z implantu ślimakowego**

Kobosko J, Jedrzejczak WW, Poremska DB, Geremek-Samsonowicz A, Skarżyński H. Posttraumatic growth in postlingually deaf patients with cochlear implants: the effect of stress-coping strategies, sociodemographics, and deafness-related factors. *Frontiers in Psychology.* 2021;12:546896

Rostkowska J, **Kobosko J, Wojewódzka B, Skarżyński H.** Percepcja słuchowa mowy pacjentów ogłuchłych postlingwalnie zaopatrzonych w implant ślimakowy po 60. roku życia. *Otarynolaryngologia – Przegląd Kliniczny,* 2014; 13(2):91–99.

Kobosko J, Pankowska A, Skarżyński H. Strategie radzenia sobie ze stresem u osób dorosłych postlingwalnie ogłuchłych korzystających z implantu ślimakowego w porównaniu z populacją ogólną słyszących. *Otolaryngologia Polska,* 2012;66(2):132–137.

Rostkowska J, Wojewódzka B, **Kobosko J, Geremek-Samsonowicz A, Skarżyński H.** Możliwości słuchowe dorosłych osób ogłuchłych zaopatrzonych w implant ślimakowy. *Nowa Audiofonologia,* 2012;1(1):46–49.

- **Psychospołeczne funkcjonowanie osób dorosłych z częściową głuchotą, korzystających z implantu ślimakowego**

Kobosko J. Understanding the partial deafness - different perspectives: subjective, auditory perception and communication, psychological, and social, w: *Methods of Partial Deafness Treatment.* Skarżyński H, Skarżyński PH (red.). Taylor and Francis/ CRC Press; 2021.

Kobosko J. O komunikowaniu się z otoczeniem osób z częściową głuchotą o początku prelingwalnym – percepcja doświadczanych korzyści z implantu ślimakowego i jej związek z radzeniem sobie ze stresem, w: *Nie głos, ale słowo...7. Osoba z uszkodzeniem słuchu a współczesne tendencje w edukacji.* Kołodziejczyk R, Borowicz A, Domagała-Zyśk E (red.). Lublin: Wydawnictwo KUL; 2020, s. 137–151.

Kobosko J. Psychologiczne aspekty rehabilitacji słuchu i mowy osób z częściową głuchotą korzystających z implantu ślimakowego od okresu dorosłości, w: *Warsztaty Otochirurgiczne Window Approach Workshop.* Skarżyński H (red.). Warszawa: IFPS; 2020, s. 147–163.

Kobosko J, Pankowska A, Olszewski Ł, Geremek-Samsonowicz A, Skarżyński H. Subiektywna i obiektywna ocena korzyści z implantu ślimakowego u osób dorosłych z częściową głuchotą o początku prelingwalnym. *Nowa Audiofonologia,* 2017; 6(4):31–42.

Solnica J, **Kobosko J, Pankowska A, Skarżyński PH, Zgoda M, Skarżyński H.** Эффективность слуховой тренировки у лиц с частичной глухотой после кохлеарной имплантации в оценке пациентов и логопедов. *Vestnik Otorinolaringologii,* 2014; 4:25–30.

Solnica J, **Kobosko J**, Pankowska A, Zgoda M, Skarżyński H. Efektywność treningu słuchowego osób z częściową głuchotą po wszczepieniu implantu ślimakowego w ocenie pacjentów i logopedów. *Nowa Audiofonologia*, 2012; 1(1):31–37.

- **Rozwój psychoruchowy dzieci głuchych zaopatrzonych w implant (implanty) ślimakowy i jego środowiskowe uwarunkowania**

Kobosko J, Ganc M, Paluch P, Jędrzejczak WW, Fludra M, Skarzynski H. Developmental outcomes of young deaf children and the self-perceived parental role of their hearing mothers. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. 2021;141:110517.

Ganc M, **Kobosko J**, Kochański B, Lewandowska-Kidoń T, Milner R, Obrycka A, Skałbiana B, Jędrzejczak WW, Skarżyński H. Rozwój psychomotoryczny małych dzieci z obustronnym głębokim niedosłuchem korzystających z implantu ślimakowego – badanie podłużne, w: tytuł. Kulesza EM (red.). Warszawa: Wydawnictwo APS; 2021 (ebook).

Ganc M, **Kobosko J**, Jędrzejczak WW, Gruba J, Skarżyński H. Developmental outcomes of deaf preschool-aged children with cochlear implants. *International Journal of Disability, Development and Education*. 2021.

Ganc M, **Kobosko J**, Jędrzejczak WW, Kochański B, Skarzynski, H. Psychomotor development of 4-year-old deaf children with cochlear implants: Three case studies. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. 2021;141:110570.

Ganc M, **Kobosko J**, Jędrzejczak WW, Skoczylas A, Geremek-Samsonowicz A. Karty Oceny Rozwoju Psychoruchowego (KORP) – opis narzędzia i prezentacja jego wykorzystania na przykładzie trzech studiów przypadku dzieci z zaburzeniami słuchu. *Nowa Audiofonologia*, 2019; 8(3): 58–67.

Kobosko J. Wspieranie rozwoju kompetencji społecznych u dzieci głuchych i słabo słyszających, w: Umiejętności społeczne dzieci. Kształtowanie rozwoju emocjonalno-społecznego dzieci w normie rozwojowej i dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Jegier A, Szurowska B (red.). Warszawa: Difin; 2017, s. 81–103.

Kobosko J, Geremek-Samsonowicz A. Problemy emocjonalno-społeczne dzieci głuchych i słabo słyszających oraz słyszających na różnych etapach rozwoju i edukacji - ocena rodziców z zastosowaniem Kwestionariusza Mocnych Stron i Trudności (SDQ), w: Nie głos, ale słowo... 5. Krakowiak K, Kołodziejczyk R (red.). Lublin: Wydawnictwo KUL; 2015, s. 101–114.

Kobosko J. Problemy zdrowia psychicznego dzieci głuchych i słabosłyszających oraz dzieci słyszających z populacji ogólnej w ocenie rodziców. *Nowa Audiofonologia*, 2012;1(1):56–66.

- **Psychologiczne funkcjonowanie matek (rodzin) oraz dzieci z centralnymi zaburzeniami przetwarzania słuchowego**

Kobosko J, Fludra M, Sliwa L, Ganc M, Jędrzejczak WW, Skoczylas A, Skarzynski H. Self-perceived stress and the personality of mothers of children with central auditory processing disorders – differences from mothers of typically developing children. *Journal of Pediatric Nursing*. 2021. DOI: 10.1016/j.pedn.2021.10.012

Kobosko J, Ganc M, Skoczylas A, Jędrzejczak WW, Skarżyński H. Jakość życia rodzin z dzieckiem z centralnymi zaburzeniami przetwarzania słuchowego. *Nowa Audiofonologia*, 2021;9(1):26-38.

Rostkowska J, **Kobosko J**, Kłonica K. Problemy emocjonalno-społeczne i behawioralne u dzieci z centralnymi zaburzeniami przetwarzania słuchowego (CAPD). *Nowa Audiofonologia*, 2013;2(1):29-35.

- **Wybrane aspekty pomocy i diagnozy psychologicznej dla rodziców dzieci głuchych**

Kobosko J. Surdopedagog i psycholog – o „pograniczu” dyscyplin w nauce i praktyce. Zagrożenia czy korzyści? *Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia Paedagogica*, 2017;8:65–79

Kobosko J. Wsparcie psychiczne dla rodziców dzieci głuchych (lub z inną niepełnosprawnością) a rola terapeuty mowy (nauczyciela) – co to znaczy dobrze wspierać?, w: *Inkluzja - marginalizacja - wykluczenie a jakość życia osób z niepełnosprawnością. Wyzwania współczesności*. Bartnikowska U, Żyta A, Przybyliński S (red.). Olsztyn: Wydawnictwo UWM; 2016, s.127–140.

Kobosko J. Wsparcie emocjonalne dla rodziców dzieci głuchych i słabo słyszących w ramach terapii surdologopedycznej. *Nowa Audiofonologia*, 2016; 5(1):64–73.

Kobosko J. Pomoc psychologiczna słyszącym rodzicom a efektywność rehabilitacji dziecka głuchego. *Otarynolaryngologia – przegląd kliniczny*, 2011; 10(1):8–14.

Kobosko J. Rodzice dziecka głuchego wobec różnych form pomocy psychologicznej – dlaczego trudno po nie sięgać?, w: *Wspomaganie rozwoju małego dziecka z wadą słuchu*. Gałkowski T, Radoszewska-Konopka (red.). Warszawa: Wydawnictwo APS, Fundacja Orange; 2011, s. 142–154.

Kobosko J. Rysunek autoportretu jako element diagnozy klinicznej dzieci i młodzieży głuchej i słabo słyszącej, w: *Diagnoza psychologiczna osób niesłyszących*. Poznań: OSWG; 2008, s. 157–176.

- **Osobowościowe uwarunkowania uciążliwości szumów usznych u osób dorosłych**

Paluchowska J, Fludra M, **Kobosko J**, Gos E, Karendys-Łuszcz K, Skażyński H. Sense of coherence and tinnitus annoyance in adults. *Journal of Hearing Science*. 2021;11(2):52-58.

Fludra M, **Kobosko J**, Gos E, Karendys-Łuszcz K, Skarżyński H. Role of personal resources from the perspective of experiencing tinnitus annoyance in adults. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*. 2020;277(6):1617-1623.

Projekty badawcze

- Projekt badawczy **MNiSW nr 2 PO5E 109 28** pt. „Problemy w kształtowaniu tożsamości macierzyńskiej słyszących matek młodzieży głuchej i ich znaczenie dla rozwoju osobowej tożsamości tej młodzieży” realizowany w latach 2005–2007–byłam **głównym wykonawcą** i koordynatorem tego Projektu. Zakresem tematycznym wykraczał poza badania do pracy doktorskiej pod tym samym tytułem. Do wątków ujętych w Projekcie należało m.in. zagadnienie aleksytymii u matek młodzieży głuchej, nie wchodzące w skład rozprawy doktorskiej.
- Udział w realizacji projektu pn. „Zintegrowany system narzędzi do diagnostyki i telerehabilitacji schorzeń narządów zmysłów (słuchu, wzroku, mowy, równowagi, smaku, powonienia)” **INNOSENSE**, współfinansowanego przez Narodowe Centrum Badań i Rozwoju w ramach Programu **STRATEGMED** - uczestniczyłam w zakresie merytorycznej redakcji powstałych publikacji w ramach tego Projektu.

6. Informacja o osiągnięciach dydaktycznych, organizacyjnych oraz popularyzujących naukę lub sztukę

6.1. Działalność dydaktyczna

- **2018–2021** – Uniwersytet Marie Curie-Skłodowskiej, Logopedia z Audiofonologią – przedmiot: Wybrane zagadnienia z surdopsychologii
- **2021** – Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu, Pedagogika – przedmiot: Podstawy diagnozy surdopsychologicznej
- **1999–2020** – Uniwersytet Marie Curie-Skłodowskiej i IFPS, Podyplomowe Studium Surdologopedii – przedmiot: Wybrane zagadnienia z surdopsychologii
- **2008–2015** – Policealna Szkoła Audiologii (IFPS) – przedmiot: Nawiązywanie i utrzymywanie kontaktów interpersonalnych
- Akademia Profesjonalnego Nauczyciela, Mazowieckie Centrum Doskonalenia Nauczycieli w Warszawie – przedmiot: Psychologia głuchych w ramach kursu z surdopedagogiki (2014)
- Studia podyplomowe APS: Wspomaganie rozwoju małego dziecka z sprzężonymi niepełnosprawnościami – przedmiot: Rodzina dziecka o zaburzonym rozwoju oraz przedmiot: Elementy psychologii klinicznej dziecka głuchego (lata 2008–2012)
- Studia podyplomowe APS: Surdopedagogika – przedmiot: Wybrane zagadnienia z surdopsychologii (lata 2016–2018)
- Ośrodek Rozwoju i Edukacji w Sulejówku – Psychologiczne aspekty funkcjonowania rodzin z dziećmi o zaburzonym rozwoju (wykłady) (2010)
- Centrum Zawodowe Doskonalenia Nauczycieli w Siedlcach i Białymstoku – przedmiot: Surdopsychologia w ramach kursu z surdopedagogiki (2010, 2011)

Promotor pracy licencjackiej Judyty Zębik „Tożsamość osób głuchych z implantem ślimakowym w Polsce”, APS, Warszawa, 2011.

6.2. Działalność zawodowa i kliniczna

Posiadam doświadczenie w pracy psychologicznej (diagnostyczno-terapeutycznej) z rodzicami dzieci głuchych i słabosłyszących, a także dziećmi z różnymi zaburzeniami słuchu, jak i dorosłymi m.in. podczas procesu kwalifikacji do wszczepienia implantu ślimakowego, jak i po operacji wszczepienia CI. Prowadzenie licznych warsztatów psychoedukacyjnych i szkoleń dla rodziców dzieci głuchych na terenie całej Polski, w tym **grupy wsparcia dla**

rodziców dzieci głuchych (wspólnie z dr J. Kosmalową), co było działalnością prekursorską w latach 1999–2003.

Brałam udział w **Programie Opieki nad Osobami z Uszkodzeniami Słuchu w Polsce** (lata 1999–2001) z ramienia IFPS w zakresie opracowywania standardów rehabilitacji dzieci i młodzieży z uszkodzonym narządem słuchu, a także w opracowywaniu materiałów edukacyjnych dla rodziców dzieci z wadami słuchu w ramach projektu **Domowa Klinika Rehabilitacji**.

6.3. Działalność edytorska, redakcyjna i recenzyjna w ramach czasopism krajowych i zagranicznych

- **Nowa Audiofonologia** – uczestniczę we współtworzeniu, pełniąc funkcję sekretarza generalnej od początku powstania tego czasopisma, tj. 2012 roku (prace redakcyjne, edytorskie oraz organizacyjne).
- **Journal of Hearing Science** – pełnię funkcję redaktora/edytora sekcji Psychologia
- **Edukacja** – pełnię funkcję redaktora tematycznego w zakresie psychologii i rehabilitacji od 2018 r.
- **International Journal of Special Education** – członek Rady Naukowej.

Recenzje artykułów w czasopismach krajowych (np. Journal of Hearing Science, Dziecko Krzywdzone, Nowa Audiofonologia), jak i zagranicznych, w tym z IF (np. European Child & Adolescent Psychiatry, Ear & Hearing, Journal of Psychology Research and Behavior Management).

6.4. Współpraca naukowa i organizacyjna w kraju

Podczas realizacji różnych przedsięwzięć, np. opracowywania prac zbiorowych dla rodziców dzieci z wadami słuchu czy organizacją konferencji/warsztatów naukowo-szkoleniowych dla środowisk zaangażowanych we wspieranie w rozwoju dzieci i młodzieży głuchej i ich rodzin (rodzice, nauczyciele, terapeuci) współpracowałam z różnymi ośrodkami akademickimi, jak np. Katedrą Pedagogiki Specjalnej KUL, Akademią Pedagogiki Specjalnej, Uniwersytetem Warszawskim czy szkołami, np. Ośrodek Szkolno-Wychowawczy dla Głuchych im. J. Sierzyńskiego w Warszawie, Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy dla Dzieci Słabosłyszących nr 15 im. Ottona Lipkowskiego w Warszawie.

Od roku 2004 współpracuję z mgr Piotrem Wojdą, tłumaczem, edukatorem i badaczem języka

migowego (Uniwersytet Humanistyczny SWPS) w zakresie metodologicznych zagadnień związanych z tłumaczeniem narzędzi badawczych na język migowy (w tym w zakresie miała miejsce współpraca m.in. w ramach projektu MNiSW nr 2 PO5E 109 28).

Od 2016 roku współpracuję z Profesorem Małgorzatą Sekułowicz (AWF, Wrocław) w zakresie badań naukowych nad wypaleniem rodzicielskim i jego psychologicznymi uwarunkowaniami u rodziców dzieci z różnymi niepełnosprawnościami.

6.5. Działalność popularno-naukowa

W latach 1998–2015 zajmowałam się popularyzacją wiedzy na temat psychologicznych aspektów funkcjonowania dzieci, młodzieży i dorosłych głuchych i słabosłyszących i ich rodzin przede wszystkim na łamach czasopisma „Słyszę” pisząc cyklicznie ukazujące się **Strony dla Rodziców** (około 125 tekstów) czy prowadząc rubrykę „Z perspektywy i doświadczeń protetyków słuchu” (zostały wyszczególnione w Analizie bibliometrycznej dorobku). Pod moją redakcją ukazały **3 publikacje zbiorowe o charakterze interdyscyplinarnym dla rodziców**: „Moje dziecko nie słyszy”, „Bliżej życia”, „Młodzież głucha i słabosłysząca w rodzinie i otaczającym świecie”, co stanowiło nowatorskie przedsięwzięcie zrealizowane na rzecz rodziców i nauczycieli, a także studentów, głównie kierunków pedagogicznych. Napisałam także współautorską publikację (wraz z J. Kosmalową) z serii „One są wśród nas – Dzieci z uszkodzonym słuchem” na potrzeby kształcenia integracyjnego.

6.6. Działalność w ramach Stowarzyszeń związanych z osobami głuchymi i słabosłyszącymi i ich rodzinami i innych podmiotów

Od roku 1999 jestem zaangażowana w działalność **European Society for Mental Health and Deafness**, europejskiego stowarzyszenia zajmującego się sprawami zdrowia psychicznego głuchych, dzieci, dorosłych i ich rodzin. Od 2008 do 2018 reprezentowałam nasz kraj w Radzie ESMHD jako reprezentantka Polski; w 2010 otrzymałam nagrodę od Dr Ines Sleeboom van Raaij, ówczesnej Przewodniczącej ESMHD za pracę i zaangażowanie na rzecz osób z problemami słuchu w Polsce. Uczestniczyłam w organizowanych europejskich i światowych konferencjach kongresach, jak i w pracach SIG (Special Interest Group) w ramach ESMHD. Podczas VI World Congress on Mental Health and Deafness w Belfascie w 2014 roku zostałam zaproszona do Komitetu Naukowego tego Kongresu. Poniżej podaję wykaz wygłoszonych referatów/wykładów, gdyż ze względu na brak większości abstraktów

nie mogły zostać udokumentowane, a tym samym zawarte w Analizie bibliometrycznej dorobku:

Kobosko J. Socio-emotional Functioning of Deaf and Hearing Adolescent Boys: A Comparative Study Based on the Luscher Colour Test. V European and II World Congress Mental Health and Deafness, Kopenhaga, 18-22 października 2000.

Kobosko J. Parental Identity of Hearing Mothers as a Context of Identity Development in Deaf Children and Adolescents. VI European Congress Mental Health and Deafness Health and Well-being, Bad Ischl, Austria, 21-24 maja, 2003.

Kobosko J. Deaf adolescents' identity development in relation to their hearing mothers affect regulation – 3rd Mental Health and Deafness World Congress, Worcester, RPA, 26-30 października 2005.

Kobosko J. Using „Draw your self-portrait” technique with young Deaf adults – Special Interest Groups – European Society of Mental Health and Deafness, La Laguna, Teneryfa, 20-23 września 2006.

Kobosko J. Deaf adolescent children in hearing families – psychological characteristics of emotional exchange”, 7th ESMHD Mental Health and Deafness Congress, Haarlem, Holandia, 11-14 września 2007.

Kobosko J. Are there narcissistic personality disorders (or traits) typical of the deaf? Special Interest Groups ESMHD, 3-6 IX 2008, Dublin, Irlandia.

Kobosko J. Mother's maternal identity and child's deafness. Special Interest Groups - E.S.M.H.D., 15-17 IV 2009, Rome, Italy.

Kobosko J. The nature of maternal involvement in being a hearing mother of a deaf child as an essential predictor of oral and/or sign language developmen.. 8th Congress on Mental Health and Deafness - Healthy Deaf Minds, 2-5 XI 2010, Cambridge.

Kobosko J. Coping with stress in hearing parents of deaf and hard of hearing children. ESMHD SIG MEETING "Celebrating 25 years of ESMHD: achievements and results, targets and challenges" (5-8 October 2011, Tenerife.

Kobosko J. Mental health of the deaf and hearing children rated by their hearing parents and the parents psychological functioning as predictors. 5th World Congress on Mental Health and Deafness, 23-30 V 2012, Meksyk, Monterey.

Kobosko J. Post-traumatic stress, coping and depressiveness in mothers after their child's deafness diagnosis in the long-term perspective. WCMHD World Congress on Mental Health and Deafness 2014, 16-19 IX 2014, Belfast.

Kobosko J. Deaf identity and loneliness – study of adult CI users with prelingual deafness. INTERNATIONAL CONFERENCE SOCIAL PROVISION FOR DEAF SERVICES - Mental Health and Deafness 14-17 XI 2018 Wrexham North Wales, Wielka Brytania.

Współpracowałam przez wiele lat ze **Stowarzyszeniem Rodziców i Przyjaciół Dzieci i Młodzieży z Wadą Słuchu w Warszawie** (do 2010 r.) wydając w ramach tej współpracy publikację zbiorową: „Młodzież głucha i słabosłysząca w rodzinie i otaczającym świecie”, a także prowadząc zajęcia psychoedukacyjne (warsztaty, spotkania) dla rodziców dzieci głuchych.

Uczestniczyłam w różnych inicjatywach na rzecz środowiska osób głuchych i słabosłyszących, jak np.: w pracach nad upowszechnianiem idei i działań na rzecz Deaf Studies w Polsce (organizatorem inicjatywy był **Polski Związek Głuchych**, Oddział w Łodzi), czy zostałam zaproszona do wygłoszenia wykładu podczas obrad w ramach działalności **Rzecznika Praw Obywatelskich** na rzecz różnych środowisk osób głuchych i słabosłyszących (RPO, marzec 2014), a także przedstawienia referatu podczas **seminarium naukowego** zorganizowanego w **Senacie RP** na temat: „Człowiek głuchoniemy – życie, wychowanie, edukacja” (5 VI 2018).

W roku 2016 za działalność zawodową otrzymałam odznaczenie państwowe Brązowy Krzyż Zasługi.

7. Podsumowanie analizy bibliometrycznej i dorobku naukowego

Numeryczne wskaźniki dorobku wynoszą:

Impact Factor – **IF = 23,222**

Punktacja MEiN – **1254,5 punktów** (w tym za prace jako pierwszy autor – **877,5 punktów**)

Liczba cytowań publikacji (bez autocytowań) według bazy:

Web of Science – **25**; indeks Hirscha – **3**

Scopus – **30**; indeks Hirscha – **4**



Podpis wnioskodawcy