

Przesłano do redakcji:
01.06.2026
Zaakceptowano po recenzji:
23.06.2026
Opublikowano:
31.07.2026

Relacje rodzinne i zachowania słuchowe dzieci z centralnymi zaburzeniami przetwarzania słuchowego (CAPD) a stres rodzicielski

Family relationships and auditory behaviors of children with central auditory processing disorders (CAPD) in relation to parental stress

Wkład autorów:
A Projekt badania
B Gromadzenie danych
C Analiza danych
D Interpretacja danych
E Przygotowanie pracy
F Przegląd literatury
G Gromadzenie funduszy

Joanna Kobosko^{1ABD-F} , Lech Śliwa^{2C} , Małgorzata Ganc^{1BD} ,
Edyta Zielińska^{3AB} , Monika Cinkowska^{3AB} , W. Wiktor Jędrzejczak^{1AD} ,
Henryk Skarżyński^{2G} 

¹ Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Światowe Centrum Słuchu, Zakład Audiologii Eksperymentalnej, Warszawa/Kajetany

² Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Warszawa/Kajetany

³ Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Światowe Centrum Słuchu, Klinika Rehabilitacji, Warszawa/Kajetany

⁴ Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Światowe Centrum Słuchu, Klinika Oto-Ryńko-Laryngochirurgii, Warszawa/Kajetany

Streszczenie

Wprowadzenie: Rodzice dzieci z centralnymi zaburzeniami przetwarzania słuchowego (CAPD) mogą doświadczać podwyższonego poziomu stresu rodzicielskiego związanego m.in. z trudnościami ich dzieci w sferze percepcji słuchowej, komunikowania się, rozwoju mowy i języka czy uczenia się, w porównaniu do rodziców dzieci ze słuchem w normie. Stres rodzicielski jest uwarunkowany funkcjonowaniem systemu rodzinnego, a także zazwyczaj współwystępuje z poziomem trudności dziecka w związku z danym zaburzeniem czy innymi stresogennymi – w percepcji rodzica – cechami dziecka. Do tej pory badania na ten temat są nieliczne.

Cel pracy: Celem badania była ocena funkcjonowania rodzin z dziećmi z CAPD w świetle *Modelu kołowego systemów rodzinnych i małżeńskich D.H. Olsona* oraz trudności dzieci występujących w związku z ośrodkowymi zaburzeniami przetwarzania słuchowego, w opinii rodziców, w aspekcie nasilenia stresu rodzicielskiego, a także poznanie zależności między stresem rodzicielskim a funkcjonowaniem rodzin, poziomem zachowań słuchowych dziecka oraz wybranymi czynnikami socjodemograficznymi.

Materiał i metody: Badaniem objęto 148 rodziców (w tym 9,5% stanowili ojcowie) dzieci z CAPD, którzy zostali podzieleni na trzy grupy: rodziców dzieci wyłącznie z CAPD (CAPD1), rodziców dzieci z CAPD i współwystępującymi zaburzeniami rozwoju mowy i języka lub/i artykulacji (CAPD2) oraz rodziców dzieci z CAPD i innymi zaburzeniami neurorozwojowymi lub poważnymi chorobami somatycznymi (CAPD3). Wykorzystano: *Skalę stresu rodzicielskiego (PSS-PL)*, *Skalę oceny rodziny (SOR)*, *Skalę zachowań słuchowych (SAB)* oraz ankietę informacyjną.

Wyniki: Poziom stresu rodzicielskiego w badanych grupach rodziców dzieci z CAPD był porównywalny, podobnie jak większość wymiarów funkcjonowania rodzin, z wyjątkiem *Niezwiązania* i *Splątania*, które istotnie różnicują badane rodziny. Podwyższone wyniki *Niezwiązania* i *Splątania* uzyskiwały rodziny z grupy CAPD2 względem rodzin CAPD1. Natomiast rodziny z grupy CAPD3 uzyskiwały wyższe wyniki *Niezwiązania* względem rodzin CAPD1. Stwierdzono również, że nasilenie stresu rodzicielskiego pozwala przewidzieć podwyższony poziom *Niezwiązania* i *Chaotyczności* systemów rodzinnych oraz obniżony poziom *Zadowolenia z życia rodzinnego*. Nasilenie trudności związanych z CAPD u dzieci (SAB) koreluje, choć słabo, ze stresem rodzicielskim; jedynie w grupie CAPD2 pozwala przewidzieć jego nasilenie. Wyższe wykształcenie rodziców, większa liczba dzieci oraz młodszy wiek dziecka pozostają w związku z wyższym poziomem stresu rodzicielskiego.

Autor korespondencyjny: Joanna Kobosko, Zakład Audiologii Eksperymentalnej, Światowe Centrum Słuchu, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, ul. Mochackiego 10, 02-042 Warszawa; email: j.kobosko@ifps.org.pl

Wnioski: Rodziny z dzieckiem z CAPD wymagają różnych form wsparcia psychologicznego celem wzmocnienia więzi emocjonalnej i poczucia bliskości oraz zmniejszenia *Chaotyczności* systemów rodzinnych, a także zwiększenia *Zadowolenia z życia rodzinnego*, co będzie sprzyjać obniżeniu stresu rodzicielskiego. Uwagi i wsparcia mogą wymagać rodzice, których dzieci przejawiają trudności w rozwoju mowy i języka i/lub artykulacji, gdyż w ich percepcji stresogenność zachowań słuchowych (trudności związanych z CAPD) dziecka sprzyja doświadczaniu stresu rodzicielskiego. W grupie ryzyka podwyższonego stresu rodzicielskiego znajdują się rodzice dzieci z CAPD posiadający wyższe wykształcenie oraz rodzice młodszych dzieci i wychowujący większą liczbę dzieci.

Słowa kluczowe: stres rodzicielski • funkcjonowanie rodziny • zachowania słuchowe • CAPD

Abstract

Introduction: Parents of children with central auditory processing disorder (CAPD) may experience higher levels of parental stress related, among other things, to their children's difficulties with auditory perception, communication, speech and language development, and learning. Parental stress, in turn, is influenced by the functioning of the family system and usually co-occurs with the severity of the child's difficulties related to the disorder or other characteristics of the child that the parent perceives as stressful. There is very little research on this topic regarding families with a child with CAPD.

Aim: The aim of the study was to assess the functioning of families with a child with CAPD in light of Olson's Circumplex Model, the level of parental stress as well as the difficulties the child experiences due to central auditory processing disorders, as perceived by the parents. The study also sought to examine the relationship between parental stress, family functioning, the child's auditory behaviors, and selected sociodemographic factors.

Material and methods: The study included 148 parents (9.5% of whom were fathers) of children with CAPD, who were divided into three groups: parents of children with CAPD alone (CAPD1), parents of children with CAPD and co-occurring speech and/or articulation disorders (CAPD2), and parents of children with CAPD and other neurodevelopmental disorders or serious somatic illnesses (CAPD3). The *Parental Stress Scale* (PSS-PL), *FACES-IV* (SOR), *Auditory Behavior Scale* (SAB), and an *Information Questionnaire* were used.

Results: Parental stress in the groups of parents of children with CAPD is at a similar level, as are most dimensions of family functioning, with the exception of *Disengagement* and *Enmeshment*, which significantly distinguish the families under study. Families in the CAPD2 group scored higher on *Disengagement* and *Enmeshment* compared to those in the CAPD1 group. In contrast, families in the CAPD3 group scored higher on the *Disengagement* scale than families in the CAPD1 group. Higher levels of parental stress are predicted by increased *Disengagement* and *Chaos* in family systems, as well as reduced *Satisfaction with family life*. The severity of auditory processing difficulties in children with CAPD correlates, albeit weakly, with parental stress; however, only in the CAPD2 group does it predict the severity of parental stressors. Higher parental education, younger child age, and the higher number of children are associated with greater parental stress.

Conclusions: Families with a child diagnosed with CAPD require various forms of psychological support to strengthen emotional bonds and feelings of closeness, reduce *Chaos* within the family system, and increase *Satisfaction with family life*, which will help reduce parental stress. Parents whose children manifest difficulties with speech and language development and/or articulation may be in need of attention and support, particularly because they experience the child's auditory processing difficulties (CAPD) as a source of parental stress. Parents of children with CAPD who have higher education, parents of younger children, and parents with more children are at increased risk for elevated parental stress.

Keywords: parental stress • family functioning • auditory behaviors • CAPD

Skrót	Rozwinięcie skrótu	Odpowiednik w języku polskim
ADHD	attention-deficit hyperactivity disorder	zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi
ASD	autism spectrum disorder	zaburzenia ze spektrum autyzmu
ASHA	American Speech-Language-Hearing Association	Amerykańskie Stowarzyszenie Mowy, Języka i Słuchu
BSA	British Society of Audiology	Brytyjskie Towarzystwo Audiologiczne
CAPD	central auditory processing disorder	centralne zaburzenia przetwarzania słuchowego
DD	developmental delay	opóźnienie rozwoju
DDT	Dichotic Digit Test	test rozdzielnosny cyfrowy
DPT	Duration Pattern Test	test sekwencji długości
FACES-IV	<i>Flexibility and Cohesion Evaluation Scales</i>	zob. SOR
FPT	Frequency Pattern Test	test sekwencji częstotliwości
GRM	general regression model	model regresji ogólnej
IFPS	Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu	–

Skrót	Rozwinięcie skrótu	Odpowiednik w języku polskim
MAPA	Multiple Auditory Processing Assessment	–
PD	<i>Parental Distress</i>	Niezadowolenie rodzicielskie
PS	<i>Parental Stressors</i>	Stresory rodzicielskie
PSI	<i>Parental Stress Inventory</i>	Inwentarz stresu rodzicielskiego
PSS-10	<i>Perceived Stress Scale</i>	Skala odczuwanego stresu
PSS-PL	<i>Parental Stress Scale (Polish version)</i>	Skala stresu rodzicielskiego
PSS-PL-PD	<i>PSS-PL-Parental Dissatisfaction</i>	PSS-PL-Niezadowolenie rodzicielskie
PSS-PL-PS	<i>PSS-PL-Parental Stressors</i>	PSS-PL-Stresory rodzicielskie
SAB	<i>Scale of Auditory Behaviors</i>	Skala zachowań słuchowych
SLI	specific language impairment	specyficzne zaburzenia rozwoju językowego
SOR	<i>Skale oceny rodziny (polska adaptacja FACES-IV)</i>	–

Wprowadzenie

Rodzicielstwo jest źródłem zarówno pozytywnych, jak i negatywnych doświadczeń wynikających z roli matki lub ojca [1], co skutkuje doświadczaniem stresu rodzicielskiego. Stres rodzicielski należy do zjawisk wielowymiarowych i międzykulturowych. Można go zdefiniować jako rezultat dysproporcji między wymaganiami związanymi z rolą rodzicielską a możliwościami rodziców w zakresie radzenia sobie z nimi [2]. Znany badacz tego zagadnienia, Richard Abidin, do oceny stresu rodzicielskiego za pomocą autorskiego kwestionariusza PSI (ang. *Parental Stress Inventory*) zaproponował taki model, w którym przyjęto, że „całkowity stres doświadczany przez rodzica jest funkcją pewnych kluczowych cech dziecka, cech rodziców oraz czynników sytuacyjnych związanych z rolą rodzica” [3, s. 47]. Chroniczny stres rodzicielski powstaje, gdy wymagania rodzicielskie przekraczają posiadane zasoby do poradzenia sobie z nim, co może prowadzić do wypalenia rodzicielskiego, doświadczanego jako poczucie emocjonalnego i fizycznego wyczerpania, poczucie przesytu w roli rodzicielskiej, jak i dystansu w relacji z dzieckiem [4].

Z badań wynika, że podwyższone ryzyko stresu rodzicielskiego pojawia się w rodzinach doświadczających choroby, ubóstwa czy problemów psychicznych i fizycznych, włączając zaburzenia neurorozwojowe u dziecka, jak i inne nieprzewidziane zdarzenia, jak np. *lockdown* w czasie pandemii COVID-19 [3]. Uważa się, że w odniesieniu do stresu rodzicielskiego czynniki socjodemograficzne dotyczące rodziców i ich dzieci odgrywają o wiele mniejszą rolę niż funkcjonowanie rodzin [5].

W populacji ogólnej w większości badań nad stresem rodzicielskim stwierdzono, że jego poziom jest wyższy, gdy rodzice mają niższe wykształcenie [6,7]. Jednakże istnieją badania [8], w których stres rodzicielski był wyższy u rodziców z wyższym wykształceniem, tj. co najmniej magisterskim, i w których stwierdzono, że nasilenie stresu rodzicielskiego malało wraz ze wzrostem liczby dzieci w danej rodzinie.

Stres rodzicielski u rodziców dzieci z zaburzeniami neurorozwojowymi

Wyniki licznych badań pokazują, że u rodziców/opiekunów dzieci z zaburzeniami neurorozwojowymi czy niepełnosprawnością poziom stresu rodzicielskiego jest wyższy w porównaniu do populacji ogólnej [np. 9–12]. Natomiast w badaniach dotyczących matek dzieci z CAPD otrzymano, że stres ogólny u tych matek (oceniany z wykorzystaniem skali PSS-10, ang. *Perceived Stress Scale*), który jest dodatnio i umiarkowanie skorelowany ze stresem rodzicielskim [7], pozostaje na poziomie stresu odnotowanego u matek dzieci typowo się rozwijających, osiągając nasilenie przeciętne według norm polskich [13]. Wyższe wykształcenie rodziców/opiekunów dzieci z niepełnosprawnością wiąże się z niższym poziomem stresu rodzicielskiego [12,14–17]. Wyższy poziom stresu rodzicielskiego koreluje dodatnio z wiekiem opiekunów dzieci z zaburzeniami rozwojowymi, jak i z wiekiem dzieci oraz ich liczbą [12].

Funkcjonowanie rodzin z dziećmi o zaburzonym rozwoju a stres rodzicielski

Sposób funkcjonowania rodziny (systemu rodzinnego), jaką tworzą rodzice i dziecko (dzieci) wraz z innymi jej członkami, należy do psychologicznych determinantów doświadczanego przez rodziców stresu w związku z pełnieniem ról rodzicielskich.

Model kołowy systemów rodzinnych i małżeńskich D.H. Olsona [18,19] (dalej: Model Kołowy Olsona lub model Olsona) pozwala ocenić funkcjonowanie rodziny w 4 wymiarach: *Spójność*, *Elastyczność*, *Komunikacja rodzinna* oraz *Satysfakcja z życia rodzinnego*. W definicji prezentowanego modelu spójność systemu rodzinnego to inaczej „emocjonalna więź, która występuje między członkami rodziny” [18,20, s. 12]. Można ją scharakteryzować na kontinuum od niewielkiej spójności (*Niezwiązanie*) do bardzo wysokiego jej nasilenia (*Spłątanie*). Umiarkowaną spójność rodziny, najbardziej sprzyjającą jej funkcjonowaniu, nazwano *Zrównoważoną spójnością*. Z kolei elastyczność

systemu rodzinnego jest „miarą zmian w przewodnictwie, rolach i zasadach w systemie” [18,20, s. 13], która plasuje się na kontinuum między *Szttywnością* a *Chaotycznością*, podczas gdy *Zrównoważona elastyczność* znajduje się pomiędzy tymi krańcami. Kolejny wymiar funkcjonowania rodziny to *Komunikacja rodzinna*, czyli według Olsona „umiejętność pozytywnego porozumiewania się wykorzystywana przez dany system partnerski lub rodzinny” [20, s. 15,21], a także *Satysfakcja z życia rodzinnego*, tj. „stopień, w jakim członkowie rodziny czują się ze sobą szczęśliwi i spełnieni” [20, s. 15,21]. Według Modelu Kołowego Olsona rodzina o „zdrowym funkcjonowaniu” jest rodziną, w której wymiary zrównoważenia (*Zrównoważona spójność* i *Zrównoważona elastyczność*) przeważają nad wymiarami niezrównoważenia systemu rodzinnego (*Niezwiązanie*, *Splątanie*, *Szttywność*, *Chaotyczność*), a tym samym wskaźnik funkcjonowania ogólnego rodziny jest wyższy (większy niż 1). W badaniach polskich, w których wykorzystano *Skale oceny rodziny* [19,20], służące do oceny poziomu opisanych wymiarów funkcjonowania, wyodrębniono 6 typów rodzin: zrównoważony, spójno-szttywny, elastycznie-niezwiązany, pośredni, szttywno-niezwiązany, niezrównoważony [20].

Wyniki polskich badań, wykorzystujących Model Kołowy Olsona, nad funkcjonowaniem systemów rodzinnych z dziećmi z różnymi zaburzeniami lub niepełnosprawnościami, pokazują, że systemy te charakteryzują się obniżonym poziomem *Zrównoważonej spójności* i *Zrównoważonej elastyczności* oraz podwyższonym poziomem wymiarów niezrównoważenia (*Niezwiązania*, *Splątania*, *Szttywności*, *Chaotyczności*) w porównaniu z wynikami rodzin z populacji ogólnej [22,23]. Badania Kobosko [24] – dotyczące rodziny z dzieckiem z CAPD w percepcji matek – wykazały ogółem przeciętne wyniki we wszystkich wymiarach zrównoważenia i niezrównoważenia, lecz w porównaniu do rodzin o typie zrównoważonym [20] (**rycina 1**) uzyskane wyniki należą do obniżonych w odniesieniu do *Zrównoważonej spójności* i *Zrównoważonej elastyczności*, a podwyższone – w wymiarach *Niezrównoważenia*. *Niezwiązanie* w omawianych rodzinach jest istotnie wyższe, gdy dziecku z CAPD towarzyszą dodatkowe trudności w obszarze rozwoju mowy i języka lub znaczne problemy zdrowotne, w tym zaburzenia neurorozwojowe, takie jak ADHD czy ASD [24].

W badaniach nad rodzicami i dziećmi z różnych grup klinicznych potwierdzono istnienie zależności między funkcjonowaniem rodzin a stresem rodzicielskim. Okazało się, że niższy poziom stresu rodzicielskiego związanego z chorobą onkologiczną dziecka wiąże się z wyższym wskaźnikiem funkcjonowania rodzin według Modelu Kołowego Olsona [25]. Podobne wyniki, dotyczące zależności między stresem rodzicielskim a niższym poziomem funkcjonowania rodzin, uzyskano w przypadku przewlekłych chorób pediatrycznych [26] i zaburzeń ze spektrum autyzmu u dzieci [27–29]. Z badań z wykorzystaniem Modelu Kołowego Olsona nad rodzicami dzieci z ASD wynika, że predyktorem niższego poziomu doświadczanego stresu rodzicielskiego jest zrównoważona spójność rodzinna, lecz tylko u matek, a nie u ojców [30].

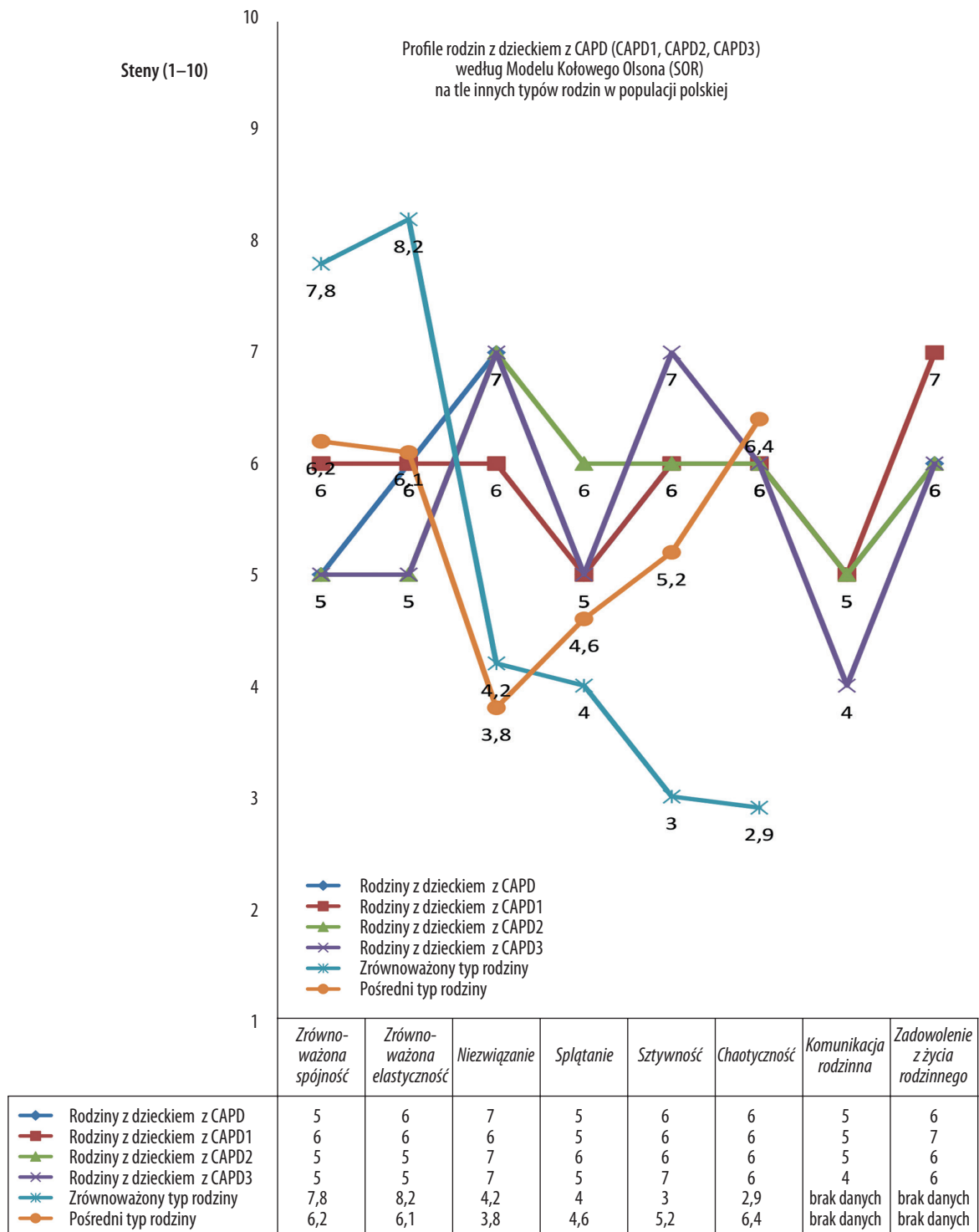
Cechy dziecka, w tym związane z jego zaburzeniami (neurorozwojowymi, psychospołecznymi), a stres rodzicielski

Cechy dziecka określane przez rodziców jako stresogenne można pogrupować w kilka kategorii (Abidin [3]): związane z temperamentem (uwaga/ aktywność, adaptacyjność, wymagania, nastrój), odpowiadające oczekiwaniom rodzica odnośnie pożądaných społecznie właściwości dziecka oraz związane ze wzmacnianiem rodzica – tj. w jakim stopniu interakcje rodzica z dzieckiem stanowią dla niego źródło pozytywnych emocji, co sprzyja budowaniu więzi z dzieckiem. Uważa się, że cechy dziecka odgrywają główną rolę w motywowaniu rodzica zarówno do podtrzymywania zainteresowania dzieckiem, jak i zaspokajania jego potrzeb.

Stres rodzicielski okazał się dodatnio skorelowany z występującymi u dzieci problemami psychospołecznymi, behawioralnymi oraz problemami związanymi z rozwojem: im większe jego nasilenie, tym więcej raportowano problemów występujących u dzieci [31,32]. Wykazano związek między stresem rodzicielskim a zachowaniami internalizacyjnymi i eksternalizacyjnymi dzieci [9,32,33]. W badaniach stwierdza się współwystępowanie nasilenia u dzieci objawów związanych z ASD i stresu rodzicielskiego [27,34]. Badania przeprowadzone w Nowej Zelandii, z zastosowaniem analizy sieciowej wyników, wykazały, że ze stresem rodzicielskim korelowały przede wszystkim umiejętności językowe i komunikacyjne dziecka w spektrum autyzmu, a nie inne symptomy ASD [35]. Podobne wyniki uzyskano odnośnie stresu rodzicielskiego i nasilenia u dzieci objawów ADHD w sferze nadpobudliwości/ impulsywności, lecz nie w sferze nieuwagi [36,37]. Badacze są zdania, że źródłem stresu dla rodziców są trudności dzieci związane z samoregulacją w obszarze funkcjonowania emocjonalnego i poznawczego oraz w sferze behawioralnej, a nie samo nasilenie objawów ADHD [36].

Centralne zaburzenia przetwarzania słuchowego u dzieci

CAPD (ang. *central auditory processing disorder*) pojawia się u ok. 0,2–5% dzieci [38], dość często współwystępuje z innymi zaburzeniami neurorozwojowymi [39]. U 47% dzieci z diagnozą CAPD w wieku 7–12 lat obserwuje się zaburzenia w sferze rozwoju językowego i trudności w nauce czytania [40], a około 25% dzieci z tym zaburzeniem ma stwierdzoną dysleksję rozwojową [41]. CAPD u dzieci może współwystępować z zaburzeniami ze spektrum autyzmu [42] lub ADHD [43]. Diagnoza CAPD oznacza trudności w przetwarzaniu bodźców słuchowych pomimo słuchu obwodowego w normie. Centralne zaburzenia przetwarzania słuchowego stanowią przyczynę problemów z percepcją mowy, zwłaszcza w niesprzyjających warunkach akustycznych, np. hałasie, oraz problemów związanych z koncentracją uwagi i pamięcią słuchową. Dzieci z CAPD charakteryzują się szybką męczliwością ujawniającą się szczególnie w sytuacjach wymagających długotrwałej aktywności słuchowej lub aktywności słuchowej złożonej. U dzieci tych obserwuje się zaburzenia wyższych funkcji słuchowych, obejmujące: lokalizację źródła dźwięku, różnicowanie dźwięków, rozpoznawanie wzorców dźwiękowych, rozumienie mowy zniekształconej czy mowy w obecności sygnałów zagłuszających [44,45].



Rycina 1. Profile rodzin z dzieckiem z CAPD oraz CAPD1, CAPD2, CAPD3 według Modelu Kołowego Olsona (SOR) na tle rodzin typu zrównoważonego i pośredniego w populacji polskiej

Figure 1. Profiles of families with a child with CAPD, and CAPD1, CAPD2, CAPD3 according to Olson's Circumplex Model (FACES-IV/SOR) compared to balanced and midrange families in the Polish population

Należy podkreślić, że wieloletnie obserwacje i badania dotyczące rozwoju psychoruchowego dzieci z CAPD w wieku szkolnym wskazują na deficyty znacznie wykraczające poza sferę funkcjonowania słuchowego, językowego i komunikowania się – obejmują sferę motoryczną, w tym motorykę precyzyjną, oraz sferę emocjonalno-społeczną i behawioralną [46–48].

Cel badań

Badania miały na celu poznanie zależności między stresem rodzicielskim doświadczanym przez rodziców dzieci z CAPD a relacjami rodzinnymi w ich percepcji w wymiarach *Spójności* i *Elastyczności* systemu rodzinnego w świetle Modelu Kołowego Olsona. Postawiono także pytanie, czy w ocenie rodziców istnieje związek między nasileniem stresu rodzicielskiego a zachowaniami słuchowymi dzieci z CAPD. Uwzględniono też rolę czynników socjodemograficznych względem stresu rodzicielskiego, takich jak: wiek i wykształcenie rodziców, status małżeński/partnerski, liczba dzieci w rodzinie oraz wiek i płeć dzieci. Ponadto wzięto pod uwagę, czy z CAPD u dzieci współwystępują dodatkowe trudności, zaburzenia i/lub inne problemy zdrowotne. Według tych kryteriów dokonano podziału rodziców i ich dzieci na trzy grupy: CAPD1, CAPD2 i CAPD3. Sformułowane powyżej cele badawcze realizowano także w odniesieniu do każdej z grup oddzielnie, aby uzyskać odpowiedź na pytanie o istnienie zależności między stresem rodzicielskim a *Spójnością* i *Elastycznością* systemów rodzinnych oraz zachowaniami słuchowymi dzieci z CAPD.

Metody badań

Osoby badane i procedura badania

W badaniach wzięło udział 148 rodziców dzieci z ośrodkowymi zaburzeniami przetwarzania słuchowego o słuchu obwodowym w normie [49], spośród których ojcowie stanowili 9,5%. Badania zrealizowano podczas treningów słuchowych zorganizowanych przez IFPS dla dzieci z CAPD w okresie od lutego 2024 roku do grudnia 2025 roku. Uczestnictwo rodziców w badaniu było dobrowolne i anonimowe. Rodzice otrzymali do wypełnienia kwestionariusze i ankietę informacyjną. Wskaźnik odpowiedzi zwrotnych wyniósł około 50–60%. Wszyscy uczestnicy badania pochodzili z Warszawy lub jej okolic. Zdefiniowano następujące kryteria włączenia: polska narodowość rodziców uczestniczących w badaniu, diagnoza CAPD u dziecka, wiek dziecka od 6 do 17 lat, udział dziecka w treningu słuchowym. Projekt badawczy uzyskał akceptację Komisji Bioetycznej przy IFPS (IFPS/6/2024).

Wiek rodziców mieścił się w przedziale od 28 do 59 lat ($M = 42,0$; $SD = 5,0$). Przeważali pozostający w związku małżeńskim lub partnerskim (88,5%), a także posiadający wyższe wykształcenie, tj. ukończone co najmniej studia magisterskie (58,8%). W badanych rodzinach najczęściej wychowywano dwoje dzieci (52%). Wśród dzieci objętych badaniami dziewczynki stanowiły 41,2%. Wiek dzieci mieścił się w przedziale od 84 do 204 miesięcy ($M = 124,3$; $SD = 30,3$), tj. średnio około 10 lat. Diagnoza CAPD u wszystkich dzieci została postawiona przez lekarza audiologa zgodnie z kryteriami ASHA

(2005) [44] na podstawie m.in. wyników testów psychoakustycznych, takich jak: test rozdzielnouszny cyfrowy (DDT), test sekwencji częstotliwości (FPT) i test sekwencji długości (DPT) [50].

Dokonano podziału dzieci i ich rodziców na trzy grupy: 1) CAPD1 – dzieci wyłącznie z diagnozą CAPD w momencie badania; 2) CAPD2 – dzieci z diagnozą CAPD i współwystępującymi zaburzeniami rozwoju mowy/języka i/lub artykulacji; 3) CAPD3 – dzieci z diagnozą CAPD i współwystępującymi innymi poważnymi problemami zdrowotnymi, m.in. ADHD, ASD, DD, SLI, dysleksją, cukrzycą czy astmą. W **tabeli 1** zamieszczono dane socjodemograficzne dotyczące dzieci z CAPD i ich rodziców oraz wyniki porównań międzygrupowych (ANOVA, test t , test Kruskala–Wallisa, test χ^2). Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic między grupami pod względem: rozkładu płci i wieku dziecka i rodzica, liczby dzieci w rodzinie i statusu małżeńskiego/partnerskiego rodziców. Jedynie rozkład wykształcenia rodziców jest istotnie różny w porównywanych grupach ($\chi^2 = 7,11$; $p = 0,029$) – wykształcenie wyższe posiada 71,9% rodziców dzieci z grupy CAPD3, w grupie CAPD1 stanowią oni 64,4%, a 45,6% w grupie CAPD2.

Narzędzia badawcze

PSS-PL

Skala stresu rodzicielskiego (ang. *Parental Stress Scale*), której autorami są Berry i Jones (1995) [1], w polskiej adaptacji Matuszczak-Świgoń i Bakiery (2023) [2], służy do pomiaru nasilenia stresu rodzicielskiego związanego z pełnieniem roli rodzica. Stres rodzicielski oceniany jest w aspekcie zarówno pozytywnych doświadczeń, stanowiących źródło korzyści emocjonalnych, poczucia wzbogacenia, bliskości i rozwoju osobistego, jak i negatywnych, na które składają się: ograniczenia związane z byciem rodzicem, poczucie utraty kontroli nad własnym życiem, poświęcanie czasu, energii i nakładów finansowych.

W wersji polskojęzycznej PSS-PL składa się z 16 pozycji przyporządkowanych dwóm podskalom (po 8 pozycji): *Niezadowolone rodzicielskie* (ang. *Parental Dissatisfaction*, PSS-PL-PD), np. *Zachowania mojego dziecka (moich dzieci) jest często dla mnie krępujące lub stresujące*, oraz *Stresory rodzicielskie* (ang. *Parental Stressors* – PSS-PL-PS), np. *Czuję się przytłoczona/y odpowiedzialnością związaną z byciem rodzicem*. Odpowiedzi są punktowane od 1 do 5, co oznacza, że wynik globalnego stresu rodzicielskiego (suma wszystkich odpowiedzi) mieści się w zakresie od 16 do 80 punktów, a im wyższy, tym większe jest w ocenie rodzica nasilenie doświadczanego stresu rodzicielskiego. Jak podają autorzy narzędzia, wyższe wyniki uzyskane w skali PSS pozostają w związku z: mniejszą wrażliwością rodzicielską wobec dziecka, większymi trudnościami w zachowaniu ujawnianymi przez dziecko oraz obniżoną jakością relacji między rodzicem a dzieckiem [1].

W artykule opisującym właściwości psychometryczne PSS-PL nie podano norm dla populacji polskiej [2]. Współczynnik rzetelności alfa Cronbacha dla całej skali PSS-PL był wysoki (0,87), podobnie jak w relacjonowanych badaniach, w których wartość tego współczynnika wynosiła 0,94 (**tabela 2**).

Tabela 1. Charakterystyka socjodemograficzna rodziców i ich dzieci z CAPD oraz wyniki porównań między grupami: CAPD1, CAPD2, CAPD3**Table 1.** Sociodemographic characteristics of parents and their children with CAPD. Intergroup comparisons between CAPD1, CAPD2, CAPD3

	Wszyscy badani	CAPD1	CAPD2	CAPD3	Test istotności różnic międzygrupowych CAPD1 – CAPD3
N	148 (100%)	59 (39,9%)	57 (38,5%)	32 (21,6%)	
Płeć dziecka					
dziewczynki	61 (41,2%)	26 (44,1%)	24 (42,1%)	11 (34,4%)	$\chi^2 = 0,83; p = 0,659$
chłopcy	87 (58,8%)	33 (55,9%)	33 (57,9%)	21 (65,6%)	
Wiek dziecka [miesiące] M (SD)	124,3 (30,3)	129,4 (30)	123,9 (27,6)	115,5 (34,1)	$F = 2,22; p = 0,112$
Liczba dzieci M (SD)	2,18 (0,85)	2,25 (0,88)	2,26 (0,86)	1,88 (0,75)	$H(2, N = 148) = 4,68$ $p = 0,096^*$
jedno	28 (18,9%)	9 (15,3%)	8 (14%)	11 (34,4%)	$\chi^2 = 11,99; p = 0,285$
dwoje	77 (52%)	31 (52,5%)	32 (56,1%)	14 (43,8%)	
troje	35 (23,6%)	16 (27,1%)	12 (21,1%)	7 (21,9%)	
czworo	6 (4,1%)	2 (3,4%)	4 (7%)	0 (0%)	
pięcioro	1 (0,7%)	0 (0%)	1 (1,8%)	0 (0%)	
sześćcioro	1 (0,7%)	1 (1,7%)	0 (0%)	0 (0%)	
Płeć rodzica					
matki	134 (90,5%)	54 (91,5%)	50 (87,7%)	30 (93,8%)	$\chi^2 = 0,98; p = 0,612$
ojcowie	14 (9,5%)	5 (8,5%)	7 (12,3%)	2 (6,3%)	
Wiek [lata] M (SD)	42,0 (5,0)	42,5 (4,1)	42,3 (5,8)	40,4 (4,6)	$F = 2,23; p = 0,111$
Wykształcenie					
niższe	61 (41,2%)	21 (35,6%)	31 (54,4%)	9 (28,1%)	$\chi^2 = 7,11; p = 0,029$
wyższe	87 (58,8%)	38 (64,4%)	26 (45,6%)	23 (71,9%)	
Status małżeński/ partnerski					
w związku	131 (88,5%)	52 (88,1%)	50 (87,7%)	29 (90,6%)	$\chi^2 = 0,18; p = 0,912$
samotna/y	17 (11,5%)	7 (11,9%)	7 (12,3%)	3 (9,4%)	

* test Kruskala–Wallisa

SOR

Skale oceny rodziny to polska adaptacja narzędzia FACES-IV (ang. *Flexibility and Cohesion Evaluation Scales*) Davida H. Olsona (2000) [18] autorstwa Margasińskiego (2013) [20]. Skale SOR składają się z 62 pozycji podzielonych na 8 skal, w tym dwóch skal zrównoważenia: *Zrównoważonej spójności* (skala A) i *Zrównoważonej elastyczności* (skala B) oraz czterech skal niezrównoważenia: *Niezwiązanie* (skala C), *Splątanie* (skala D), *Sztynność* (skala E) i *Chaotyczność* (skala F). W skład SOR wchodzi ponadto dwie skale wartościujące: *Komunikacja rodzinna* (skala G) i *Zadowolenie z życia rodzinnego* (skala H). Odpowiedzi na pozycje kwestionariusza SOR mają punktację w zakresie od 1 do 5. W skalach zrównoważenia i niezrównoważenia (skale od A do F) można uzyskać od 7 do 35 punktów, natomiast w skalach wartościujących (skale G i H) od 10

do 50 punktów. SOR posiada normy stenowe obliczone dla rodzin w populacji polskiej. W badaniach normalizacyjnych określono współczynniki zgodności wewnętrznej alfa Cronbacha w przedziale od 0,7 do 0,93 [20]. W przeprowadzonym badaniu rodziców dzieci z CAPD uzyskano wartości alfa Cronbacha od 0,92 dla skali *Komunikacja rodzinna* (skala G) do 0,52 dla skali *Splątanie* (skala D) (tabela 2). Wyniki skal SOR, dla których wartości alfa Cronbacha są mniejsze niż 0,7, należy traktować z dużą ostrożnością.

SAB

Skala zachowań słuchowych (ang. *Scale of Auditory Behaviors*) stanowi część baterii narzędzi do diagnozy CAPD pn. Multiple Auditory Processing Assessment (MAPA), utworzonej przez Domitz i Schow (2000) [51]

Tabela 2. Współczynniki alfa Cronbacha otrzymane w badaniu rodziców dzieci z CAPD, w tym w wyodrębnionych podgrupach: CAPD1, CAPD2, CAPD3 dla wykorzystanych skal: PSS-PL, SAB, SOR (skala A – *Zrównoważona spójność*, skala B – *Zrównoważona elastyczność*, skala C – *Niezwiązanie*, skala D – *Splątanie*, skala E – *Sztwność*, skala F – *Chaotyczność*, skala G – *Komunikacja rodzinna*, skala H – *Satysfakcja z życia rodzinnego*)

Table 2. Cronbach's alpha coefficients obtained in the study of parents of children with CAPD, including the identified subgroups CAPD1, CAPD2, and CAPD3, for the following scales: PSS-PL, SAB, and SOR (Scale A – *Balanced Cohesion*, Scale B – *Balanced Flexibility*, Scale C – *Disengaged*, Scale D – *Enmeshed*, Scale E – *Rigid*, Scale F – *Chaotic*, Scale G – *Family Communication*, Scale H – *Family Satisfaction*)

Alfa Cronbacha	PSS-PL			SAB		SOR (skale)						
	ogółem	PD	PS	ogółem	A	B	C	D	E	F	G	H
CAPD wszyscy badani	0,946	0,874	0,844	0,916	0,809	0,797	0,814	0,522	0,589	0,717	0,926	0,917
CAPD1	0,929	0,877	0,806	0,931	0,802	0,795	0,812	0,417	0,569	0,657	0,882	0,903
CAPD2	0,943	0,850	0,874	0,915	0,683	0,719	0,809	0,597	0,547	0,693	0,935	0,903
CAPD3	0,967	0,902	0,822	0,881	0,912	0,877	0,789	0,380	0,690	0,832	0,952	0,948

w polskiej adaptacji Skarżyńskiego i wsp. [52] i może być wykorzystana jako narzędzie w badaniach przesiewowych. Skala składa się z 12 pozycji, w których osoba wypełniająca – rodzic lub opiekun – ustosunkowuje się do częstości występowania danego zachowania słuchowego u dziecka, zaznaczając odpowiednio: 1 – bardzo często, 2 – często, 3 – czasami, 4 – rzadko, 5 – nigdy. Każdej odpowiedzi przypisana jest więc punktacja od 1 do 5, a całkowita liczba punktów mieści się w przedziale od 12 do 60. Za Nunes i wsp. [53] przyjęto podział otrzymanych wyników na trzy kategorie: wyniki mieszczące się w zakresie od 31 do 45 punktów to wyniki obniżone, wskazujące na ryzyko CAPD; wyniki w przedziale od 12 do 30 punktów oznaczają znaczne nasilenie trudności związanych z przetwarzaniem słuchowym i są podstawą do przeprowadzenia dalszej wielospecjalistycznej diagnozy w kierunku CAPD; wyniki od 46 do 60 punktów, wskazujące na niewielkie trudności (lub ich brak) związane z przetwarzaniem słuchowym, sugerują, że dziecko nie znajduje się w grupie ryzyka CAPD. Należy jednak mieć na uwadze, że wynik w tym zakresie może wystąpić u dzieci ze stwierdzonym CAPD. W polskiej adaptacji skali SAB otrzymano współczynnik zgodności wewnętrznej alfa Cronbacha równy 0,93 [52], a w relacjonowanym badaniu – od 0,93 dla grupy CAPD1 do 0,88 dla grupy CAPD3, w której trudności związane z CAPD współwystępują z innymi poważnymi problemami zdrowotnymi (tabela 2).

Ankieta informacyjna

Narzędzie to służy do zebrania danych socjodemograficznych, zarówno w odniesieniu do dziecka (płeć, wiek), jak i rodziców (wiek, status małżeński/partnerski, wykształcenie, liczba dzieci), a także dotyczących zaburzeń przetwarzania słuchowego u dziecka czy współwystępowania innych problemów zdrowotnych.

Analiza statystyczna

Analizy statystyczne zostały przeprowadzone przy użyciu programu Statistica (wersja 12; StatSoft Inc.). Obliczono statystyki opisowe (średnie, odchylenia standardowe) dla całej grupy, a także dla wyodrębnionych grup: CAPD1, CAPD2, CAPD3. W celu zweryfikowania normalności rozkładów badanych zmiennych zastosowano test Shapiro–Wilk. Do oceny różnic socjodemograficznych między grupami: CAPD1, CAPD2, CAPD3 zastosowano: test ANOVA (F), test chi-kwadrat (χ^2) Pearsona oraz test rang Kruskala–Wallisa. Różnice międzygrupowe w poziomie stresu rodzicielskiego (PSS-PL), w funkcjonowaniu rodzin według Modelu Kołowego Olsona w wymiarach zrównoważenia i niezrównoważenia oraz skal wartościujących (skale SOR), a także względem nasilenia trudności związanych z CAPD u dzieci (SAB) oceniono za pomocą analizy wariancji ANOVA z uwzględnieniem wyników testu Levene'a na jednorodność wariancji. Gdy różnice porównań międzygrupowych okazały się istotne statystycznie ($p < 0,05$), zastosowano testy *post hoc* Tukeya.

W celu zbadania zależności między poziomem stresu rodzicielskiego (PSS-PL) a wymiarami zrównoważenia i niezrównoważenia, jak również wymiarami wartościującymi funkcjonowania rodzin (skale SOR), nasileniem trudności związanych z przetwarzaniem słuchowym (SAB) oraz czynnikami socjodemograficznymi (wiekiem dziecka i rodzica) obliczono współczynniki korelacji r Pearsona. W ostatnim etapie analiz statystycznych przeprowadzono analizę regresji wielokrotnej (GRM), aby odpowiedzieć na pytanie o istotne statystycznie predyktory stresu rodzicielskiego ogółem (PSS-PL), a także jego składowych: *Niezadowolona rodzicielskiego* (PSS-PL-PD) i *Stresorów rodzicielskich* (PSS-PL-PS). Przyjęto poziom istotności statystycznej $p < 0,05$.

W odniesieniu do wyników surowych uzyskanych przez rodziców dzieci z CAPD w kwestionariuszu SOR

Tabela 3. Stres rodzicielski (PSS-PL), funkcjonowanie rodzin według Modelu Kołowego Olsona (SOR) i zachowania słuchowe dzieci (SAB) – porównania między grupami: CAPD1, CAPD2 i CAPD3**Table 3.** Parental Stress (PSS-PL), family functioning according to Olson's Circumplex Model (SOR), and children's auditory behaviors (SAB) – intergroup comparisons between CAPD1, CAPD2, CAPD3

Skale	CAPD wszyscy badani	CAPD1	CAPD2	CAPD3	Test istotności różnic międzygrupowych APD1 – APD3 ANOVA (F, p)
Stres rodzicielski (PSS-PL)					
PSS-PL-PD <i>Niezadowolenie rodzicielskie</i>	13,32 (4,92)	12,56 (4,51)	13,95 (4,94)	13,59 (5,55)	$F = 1,22; p = 0,298$
PSS-PS <i>Stresory rodzicielskie</i>	21,26 (6,49)	20,15 (5,93)	21,18 (7,04)	23,47 (6,1)	$F = 2,78; p = 0,065$
PSS-PL <i>Wynik ogólny</i>	34,58 (9,85)	32,71 (8,98)	35,12 (10,13)	37,06 (10,5)	$F = 2,2; p = 0,114$
Funkcjonowanie rodzin (SOR)					
Skala A <i>Zrównoważona spójność Steny (1–10)</i>	28,82 (5,13) 5	29,68 (4,85) 6	28,6 (4,3) 5	27,63 (6,66) 5	$F = 1,77; p = 0,175$
Skala B <i>Zrównoważona elastyczność Steny (1–10)</i>	25,12 (5,62) 6	25,73 (5,41) 6	24,61 (5,1) 5	24,91 (6,84) 5	$F = 0,60; p = 0,552$
Skala C <i>Niezwiązanie Steny (1–10)</i>	13,5 (5,58) 7	11,92 (4,97) 6	14,54 (5,85) 7	14,56 (5,61) 7	$F = 4,13; p = 0,018$
Skala D <i>Splątanie Steny (1–10)</i>	13,55 (4,24) 5	12,47 (3,74) 5	14,65 (4,79) 6	13,59 (3,63) 5	$F = 3,97; p = 0,021$
Skala E <i>Sztwność Steny (1–10)</i>	18,53 (4,56) 6	17,98 (4,66) 6	18,67 (4,27) 6	19,28 (4,87) 7	$F = 0,88; p = 0,415$
Skala F <i>Chaotyczność Steny (1–10)</i>	15,64 (5,42) 6	14,85 (4,83) 5	16,49 (5,52) 6	15,59 (6,17) 6	$F = 1,34; p = 0,265$
Skala G <i>Komunikacja w rodzinie Steny (1–10)</i>	38,22 (8,57) 5	39,61 (7,11) 5	37,58 (8,83) 5	36,81 (10,31) 4	$F = 1,38; p = 0,256$
Skala H <i>Zadowolenie z życia rodzinnego Steny (1–10)</i>	37,55 (8,05) 6	38,69 (7,54) 6	37,19 (7,71) 6	36,09 (9,43) 6	$F = 1,18; p = 0,311$
Zachowania słuchowe (SAB)	32,89 (9,83)	33,88 (10,11)	33,02 (10,1)	30,84 (8,78)	$F = 0,997; p = 0,371$

Tabela 4. Porównania post hoc między grupami CAPD1, CAPD2 i CAPD3 w odniesieniu do skali *Niezwiązanie* i *Splątanie* (SOR)**Table 4.** Post hoc comparison between APD1, APD2, and APD3 families based on the *Disengaged* and *Enmeshed* scales of SOR

Skala SOR	Porównywane grupy	p
<i>Niezwiązanie</i>	CAPD1 – CAPD2	0,010
	CAPD1 – CAPD3	0,023
	CAPD2 – CAPD3	0,967
<i>Splątanie</i>	CAPD1 – CAPD2	0,007
	CAPD1 – CAPD3	0,171
	CAPD2 – CAPD3	0,279

Tabela 5. Korelacje r Pearsona stresu rodzicielskiego (PSS-PL) z wymiarami funkcjonowania rodzin (SOR), zachowaniami słuchowymi (SAB) i wiekiem dziecka i rodzica w całej grupie badanych (CAPD) oraz grupach CAPD1, CAPD2, CAPD3**Table 5.** Pearson's r correlations between parental stress (PSS-PL) and dimensions of family functioning (SOR), auditory behaviors (SAB), and the age of the child and parent in the total sample (CAPD) and in the CAPD1, CAPD2, and CAPD3 groups

Cała grupa CAPD											
	Wiek dziecka	Wiek rodzica	SAB ogółem	SKALA A Spójność	SKALA B Elastyczność	SKALA C Niezwiązanie	SKALA D Splątanie	SKALA E Sztywność	SKALA F Chaotyczność	SKALA G Komunikacja	SKALA H Zadowolenie z życia rodz.
PSS-PL ogółem	-0,058 $p = 0,481$	0,084 $p = 0,313$	-0,174 $p = 0,034$	-0,498 $p < 0,001$	-0,437 $p < 0,001$	0,553 $p < 0,001$	0,246 $p = 0,003$	0,037 $p = 0,656$	0,496 $p < 0,001$	-0,5 $p < 0,001$	-0,563 $p < 0,001$
PD	-0,021 $p = 0,800$	0,142 $p = 0,086$	-0,073 $p = 0,381$	-0,455 $p < 0,001$	-0,415 $p < 0,001$	0,504 $p < 0,001$	0,228 $p = 0,005$	0,006 $p = 0,941$	0,426 $p < 0,001$	-0,454 $p < 0,001$	-0,519 $p < 0,001$
PS	-0,073 $p = 0,380$	0,02 $p = 0,814$	-0,21 $p = 0,011$	-0,411 $p < 0,001$	-0,349 $p < 0,001$	0,457 $p < 0,001$	0,2 $p = 0,015$	0,051 $p = 0,535$	0,43 $p < 0,001$	-0,414 $p < 0,001$	-0,46 $p < 0,001$
Grupa CAPD1											
	Wiek dziecka	Wiek rodzica	SAB ogółem	SKALA A Spójność	SKALA B Elastyczność	SKALA C Niezwiązanie	SKALA D Splątanie	SKALA E Sztywność	SKALA F Chaotyczność	SKALA G Komunikacja	SKALA H Zadowolenie z życia rodz.
PSS-PL ogółem	0,099 $p = 0,455$	0,210 $p = 0,110$	-0,069 $p = 0,602$	-0,525 $p < 0,001$	-0,594 $p < 0,001$	0,603 $p < 0,001$	0,392 $p = 0,002$	0,094 $p = 0,481$	0,477 $p < 0,001$	-0,610 $p < 0,001$	-0,648 $p < 0,001$
PD	0,178 $p = 0,179$	0,147 $p = 0,267$	-0,025 $p = 0,849$	-0,458 $p < 0,001$	-0,541 $p < 0,001$	0,523 $p < 0,001$	0,356 $p = 0,006$	0,060 $p = 0,654$	0,395 $p = 0,002$	-0,602 $p < 0,001$	-0,606 $p < 0,001$
PS	0,015 $p = 0,910$	0,206 $p = 0,117$	-0,086 $p = 0,519$	-0,447 $p < 0,001$	-0,488 $p < 0,001$	0,515 $p < 0,001$	0,322 $p = 0,013$	0,096 $p = 0,468$	0,422 $p = 0,001$	-0,465 $p < 0,001$	-0,520 $p < 0,001$
Grupa CAPD2											
	Wiek dziecka	Wiek rodzica	SAB ogółem	SKALA A Spójność	SKALA B Elastyczność	SKALA C Niezwiązanie	SKALA D Splątanie	SKALA E Sztywność	SKALA F Chaotyczność	SKALA G Komunikacja	SKALA H Zadowolenie z życia rodz.
PSS-PL ogółem	-0,281 $p = 0,034$	-0,062 $p = 0,648$	-0,316 $p = 0,017$	-0,405 $p = 0,002$	-0,251 $p = 0,060$	0,469 $p < 0,001$	0,222 $p = 0,097$	0,111 $p = 0,410$	0,426 $p = 0,001$	-0,410 $p = 0,002$	-0,468 $p < 0,001$
PD	-0,288 $p = 0,030$	0,022 $p = 0,868$	-0,174 $p = 0,197$	-0,311 $p = 0,018$	-0,163 $p = 0,227$	0,352 $p = 0,007$	0,176 $p = 0,189$	0,098 $p = 0,467$	0,247 $p = 0,064$	-0,318 $p = 0,016$	-0,351 $p = 0,007$
PS	-0,202 $p = 0,132$	-0,105 $p = 0,438$	-0,333 $p = 0,011$	-0,365 $p = 0,005$	-0,247 $p = 0,065$	0,429 $p = 0,001$	0,196 $p = 0,145$	0,091 $p = 0,500$	0,439 $p = 0,001$	-0,367 $p = 0,005$	-0,427 $p = 0,001$
Grupa CAPD3											
	Wiek dziecka	Wiek rodzica	SAB ogółem	SKALA A Spójność	SKALA B Elastyczność	SKALA C Niezwiązanie	SKALA D Splątanie	SKALA E Sztywność	SKALA F Chaotyczność	SKALA G Komunikacja	SKALA H Zadowolenie z życia rodz.
PSS-PL ogółem	0,140 $p = 0,446$	0,356 $p = 0,045$	-0,014 $p = 0,941$	-0,548 $p = 0,001$	-0,475 $p = 0,006$	0,578 $p = 0,001$	-0,012 $p = 0,948$	-0,237 $p = 0,191$	0,623 $p < 0,001$	-0,479 $p = 0,006$	-0,558 $p = 0,001$
PD	0,113 $p = 0,538$	0,430 $p = 0,014$	0,062 $p = 0,735$	-0,593 $p < 0,001$	-0,548 $p = 0,001$	0,690 $p < 0,001$	0,048 $p = 0,796$	-0,244 $p = 0,179$	0,686 $p < 0,001$	-0,464 $p = 0,008$	-0,619 $p < 0,001$
PS	0,138 $p = 0,452$	0,222 $p = 0,223$	-0,080 $p = 0,663$	-0,403 $p = 0,022$	-0,319 $p = 0,075$	0,367 $p = 0,039$	-0,064 $p = 0,728$	-0,187 $p = 0,306$	0,447 $p = 0,010$	-0,402 $p = 0,023$	-0,398 $p = 0,024$

Tabela 6. Ogólny model regresji dla stresu rodzicielskiego ogółem (PSS-PL) względem funkcjonowania rodziny (SOR), zachowań słuchowych dziecka (SAB) oraz cech socjodemograficznych – cała próba osób badanych (CAPD)**Table 6.** General regression model for total parental stress (PSS-PL) in relation to family functioning (SOR), the child's auditory behaviors (SAB), and sociodemographic characteristics—the total sample of participants (CAPD)**Model regresji GRM dla zmiennej PSS-PL ogółem (stres rodzicielski ogółem)**

Test pełnego modelu PSS-PL ogółem	$R = 0,693$	Skoryg. $R^2 = 0,447$	$F = 14,21$	$p < 0,001$
-----------------------------------	-------------	-----------------------	-------------	-------------

Parametry modelu PSS-PL ogółem

Zmienna niezależna	F	p	B	β	Przedział ufności β	
					–95%	+95%
Wyraz wolny	28,7	<0,001	33,451			
Skala C – <i>Niezwiązanie</i>	6,84	0,01	0,416	0,236	0,058	0,414
Skala F – <i>Chaotyczność</i>	13,27	<0,001	0,51	0,281	0,128	0,433
Skala H – <i>Zadowolenie z życia rodzinnego</i>	12,82	<0,001	–0,377	–0,308	–0,479	–0,138
Wykształcenie	7,07	0,009	–1,705	–0,171	–0,298	–0,044
Liczba dzieci	2,74	0,021	{1}	–2,201	–0,09	–0,266
			{2}	1,615	0,084	–0,12
			{3}	3,867	0,172	–0,013
			{4}	2,328	0,051	–0,082

Test *post-hoc* Tukeya. Poziom p istotności różnic PSS-PL ogółem między poziomami zmiennej opisującej „Liczba dzieci”

Liczba dzieci	PSS-PL ogółem M (SD)	{1}	{2}	{3}	{4}	{5}
1	32,21 (9,24)					
2	34,61 (10,36)	0,825				
3	36,26 (9,4)	0,305	0,936			
4	35,17 (10,17)	0,982	>0,999	>0,999		
5	34	>0,999	>0,999	>0,999	>0,999	
6	37	0,997	>0,999	>0,999	>0,999	>0,999

Model regresji GRM dla zmiennej PS (*Stresory rodzicielskie*)

Test pełnego modelu PS	$R = 0,558$	Skoryg. $R^2 = 0,297$	$F = 21,65$	$p < 0,001$
------------------------	-------------	-----------------------	-------------	-------------

Parametry modelu PS

Zmienna niezależna	F	p	B	β	Przedział ufności β	
					–95%	+95%
Wyraz wolny	50,9	<0,001	24,519			
Skala F – <i>Chaotyczność</i>	15,64	<0,001	0,382	0,319	0,159	0,478
Skala H – <i>Zadowolenie z życia rodzinnego</i>	15,63	<0,001	–0,252	–0,313	–0,469	–0,156
Wykształcenie	9,04	0,003	–1,394	–0,212	–0,352	–0,073

Tabela 6 ciąg dalszy. Ogólny model regresji dla stresu rodzicielskiego ogółem (PSS-PL) względem funkcjonowania rodziny (SOR), zachowań słuchowych dziecka (SAB) oraz cech socjodemograficznych – cała próba osób badanych (CAPD)

Table 6 continued. General regression model for total parental stress (PSS-PL) in relation to family functioning (SOR), the child's auditory behaviors (SAB), and sociodemographic characteristics—the total sample of participants (CAPD)

Model regresji GRM dla zmiennej PD (*Niezadowolenie rodzicielskie*)

Test pełnego modelu PD	$R = 0,575$	Skoryg. $R^2 = 0,317$	$F = 23,74$	$p < 0,001$		
Parametry modelu PD						
Zmienna niezależna	F	p	B	β	Przedział ufności β	
					−95%	+95%
Wyraz wolny	22,4	<0,001	15,222			
Skala C – <i>Niezwiązanie</i>	4,56	0,034	0,187	0,211	0,016	0,407
Skala F – <i>Chaotyczność</i>	4	0,047	0,151	0,166	0,002	0,331
Skala H – <i>Zadowolenie z życia rodzinnego</i>	9,87	0,002	−0,181	−0,296	−0,482	−0,11

wykorzystano normy stenowe [20], aby przedstawić otrzymane wyniki na tle polskiej populacji ogólnej.

Wyniki

Stres rodzicielski, funkcjonowanie rodzin według modelu Olsona i zachowania słuchowe dzieci z CAPD

Stres rodzicielski ogółem (PSS-PL), a także jego wymiary: *Niezadowolenie rodzicielskie* (PSS-PL-PD) i *Stresory rodzicielskie* (PSS-PL-PS) pozostają na podobnym poziomie we wszystkich trzech grupach rodziców: CAPD1, CAPD2, CAPD3 (test ANOVA, **tabela 3**). Okazało się, że funkcjonowanie rodzin według Modelu Kołowego Olsona (SOR) istotnie różnicuje porównywane grupy w wymiarach *Niezwiązanie* i *Splątanie* – opisujących nierównowagę systemów rodzinnych (test ANOVA, **tabela 3**). Testy *post hoc* pokazały, że w wymiarze *Niezwiązanie* grupy CAPD2 i CAPD3 uzyskały istotnie wyższe wyniki w porównaniu do grupy CAPD1, a jednocześnie pozostają one w tych dwóch grupach na podobnym poziomie (7 sten) (**tabela 4**). Natomiast wyniki dla wymiaru *Splątanie* istotnie odróżniają jedynie grupy rodziców CAPD1 i CAPD2, osiągając w ocenie rodziców CAPD2 wyższy poziom (testy *post hoc*, **tabela 4**). Należy jednak zwrócić uwagę na fakt niskiej rzetelności skali służącej do oceny *Splątania* w systemach rodzinnych (skala D, **tabela 2**), dla której współczynnik wewnętrznej zgodności alfa Cronbacha wynosi od 0,38 (grupa CAPD3) do 0,52 (cała grupa CAPD), co sugeruje, że wyniki skali D należy traktować z dużą ostrożnością.

Funkcjonowanie rodzin z dzieckiem z CAPD ogółem, a także z uwzględnieniem podziału na trzy grupy, w wymiarach zrównoważenia: *Zrównoważonej spójności* i *Zrównoważonej elastyczności* (SOR) – zgodnie z normami polskimi [20] w przeliczeniu na skalę stenową – pozostaje na poziomie wyników przeciętnych na tle populacji rodzin polskich (**tabela 3**). Podwyższone wyniki (7 sten), lecz nadal mieszczące się w granicach przeciętnych, według norm polskich [20] dla tego kwestionariusza, uzyskano w wymiarze

Niezwiązania dla wszystkich badanych rodzin, a także dla grup CAPD2 i CAPD3 (**rycina 1, tabela 3**). Podwyższone wyniki uzyskano także w wymiarze *Sztwności*, lecz tylko w grupie CAPD3. Z kolei wyłącznie w grupie CAPD3 *Komunikacja rodzinna* w percepcji rodziców pozostaje obniżona (4 sten) według norm polskich. W porównaniu do rodzin o typie zrównoważonym badane rodziny prezentują niższy poziom funkcjonowania w wymiarach zrównoważenia, *Spójności* i *Elastyczności*, a podwyższony – w wymiarach nierównowagi, zwłaszcza *Niezwiązania* (**rycina 1**) [20].

Ocena zachowań słuchowych mierzona za pomocą skali SAB nie wykazała istotnych różnic w nasileniu trudności związanych z przetwarzaniem słuchowym pomiędzy trzema porównywanymi grupami (**tabela 3**). Należy jednak zauważyć, że jedynie średni wynik uzyskany w skali SAB w grupie CAPD3, wynoszący 30,8 punktów (SD = 8,78), odpowiada kategorii wyników wskazujących na znaczne nasilenie trudności związanych z przetwarzaniem słuchowym [52] u dzieci z tej grupy.

Stres rodzicielski a funkcjonowanie rodzin i zachowania słuchowe dzieci z CAPD

W **tabeli 5** zamieszczono wyniki analiz korelacji r Pearsona między stresem rodzicielskim (PSS-PL) a funkcjonowaniem rodziny (SOR) i zachowaniami słuchowymi (SAB) dzieci w percepcji rodziców z uwzględnieniem wszystkich badanych (cała grupa), jak i wyodrębnionych grup rodziców i ich dzieci: CAPD1, CAPD2, CAPD3. W całej grupie rodziców dzieci z CAPD uzyskano istotne korelacje o umiarkowanej sile między stresem rodzicielskim (PSS-PL) i jego wymiarami a funkcjonowaniem rodzin według Modelu Kołowego Olsona (SOR – skale A, B, C, F, G, H) lub o słabej sile (skala D), z wyjątkiem wymiaru *Sztwności* (SOR – skala E).

Zbliżone zależności (korelacje r Pearsona) między stresem rodzicielskim (PSS-PL) a funkcjonowaniem rodziny (SOR) uzyskano w grupie CAPD1 w porównaniu z grupą wszystkich badanych. Natomiast w grupie

Tabela 7. Ogólny model regresji dla stresu rodzicielskiego ogółem (PSS-PL) względem funkcjonowania rodziny (SOR), zachowań słuchowych dziecka (SAB) oraz cech socjodemograficznych – grupa CAPD1**Table 7.** General regression model for total parental stress (PSS-PL) in relation to family functioning (SOR), the child's auditory behaviors (SAB), and sociodemographic characteristics – CAPD1 group**Modele regresji GRM – grupa CAPD1****PSS-PL ogółem (stres rodzicielski ogółem)**

Test pełnego modelu PSS-PL ogółem	$R = 0,686$	Skoryg. $R^2 = 0,452$	$F = 24,89$	$P < 0,001$
-----------------------------------	-------------	-----------------------	-------------	-------------

Parametry modelu PSS-PL ogółem

Zmienna niezależna	F	p	B	β	Przedział ufności β	
					–95%	+95%
Wyraz wolny	31,70	<0,001	46,60			
Skala C – <i>Niezwiązanie</i>	5,37	0,024	0,55	0,305	0,041	0,568
Skala H – <i>Zadowolenie z życia rodzinnego</i>	11,36	0,001	–0,527	–0,443	–0,706	–0,180

PS (Stresory rodzicielskie)

Test pełnego modelu PS	$R = 0,566$	Skoryg. $R^2 = 0,296$	$F = 13,19$	$P < 0,001$
------------------------	-------------	-----------------------	-------------	-------------

Parametry modelu PS

Zmienna niezależna	F	p	B	β	Przedział ufności β	
					–95%	+95%
Wyraz wolny	17,0	<0,001	25,54			
Skala C – <i>Niezwiązanie</i>	4,08	0,048	0,359	0,301	0,003	0,599
Skala H – <i>Zadowolenie z życia rodzinnego</i>	4,55	0,037	–0,25	–0,318	–0,616	–0,019

PD (Niezdowolenie rodzicielskie)

Test pełnego modelu PD	$R = 0,606$	Skoryg. $R^2 = 0,356$	$F = 33,0$	$p < 0,001$
------------------------	-------------	-----------------------	------------	-------------

Parametry modelu PD

Zmienna niezależna	F	p	B	β	Przedział ufności β	
					–95%	+95%
Wyraz wolny	114,40	<0,001	26,577			
Skala H – <i>Zadowolenie z życia rodzinnego</i>	33,00	<0,001	–0,362	–0,606	–0,817	–0,394

CAPD2 nie stwierdzono związku między stresem rodzicielskim ogółem (PSS-PL) a *Zrównoważoną elastycznością* (SOR, skala B), *Splątaniem* (skala D) i *Szttywnością* (skala E). W tej grupie wyższy poziom stresu rodzicielskiego (PSS-PL, PSS-PL-PD) pozostaje w związku z niższym wiekiem dzieci (**tabela 5**). W grupie CAPD3 wyniki uzyskane dla wymiarów *Splątanie* (skala D) i *Szttywność* (skala E) nie korelują istotnie ze stresem rodzicielskim (PSS-PL), a *Zrównoważona elastyczność* nie wykazuje zależności ze stresem rodzicielskim w wymiarze nasilenia *Stresorów rodzicielskich* (PSS-PL-PS). W tej grupie

poziom stresu rodzicielskiego ogółem (PSS-PL) i w wymiarze *Niezadowolenia rodzicielskiego* (PSS-PL-PD) rośnie wraz z wiekiem rodziców (**tabela 5**).

W całej grupie badanych oraz w grupie CAPD2 zaobserwowano istotną, choć słabą korelację wyników uzyskanych w skali SAB z poziomem stresu rodzicielskiego ogółem (PSS-PL) i jego wymiarem *Stresory rodzicielskie* (PSS-PL-PS) – zgodnie z przewidywaniami autorów badań, im większe były trudności z przetwarzaniem słuchowym u dzieci, tym poziom doświadczanego przez rodziców stresu był wyższy (**tabela 5**).

Tabela 8. Ogólny model regresji dla stresu rodzicielskiego ogółem (PSS-PL) względem funkcjonowania rodziny (SOR), zachowań słuchowych dziecka (SAB) oraz cech socjodemograficznych – grupa CAPD2**Table 8.** General regression model for total parental stress (PSS-PL) in relation to family functioning (SOR), the child's auditory behaviors (SAB), and sociodemographic characteristics – CAPD2 group**Modele regresji GRM – grupa CAPD2****PSS-PL ogółem (stres rodzicielski ogółem)**

Test pełnego modelu PSS-PL ogółem	$R = 0,66$	Skoryg. $R^2 = 0,392$	$F = 10,03$	$P < 0,001$
-----------------------------------	------------	-----------------------	-------------	-------------

Parametry modelu PSS-PL ogółem

Zmienna niezależna	F	p	B	β	Przedział ufności β	
					–95%	+95%
Wyraz wolny	31,70	<0,001	46,6			
Skala C – <i>Niezwiązanie</i>	5,37	0,024	0,55	0,305	0,041	0,568
Skala H – <i>Zadowolenie z życia rodzinnego</i>	11,36	0,001	–0,527	–0,443	–0,706	–0,180

PS (Stresory rodzicielskie)

Test pełnego modelu PS	$R = 0,654$	Skoryg. $R^2 = 0,384$	$F = 9,73$	$p < 0,001$
------------------------	-------------	-----------------------	------------	-------------

Parametry modelu PS

Zmienna niezależna	F	p	B	β	Przedział ufności β	
					–95%	+95%
Wyraz wolny	14,3	<0,001	25,326			
SAB ogółem	4,76	0,034	–0,223	–0,223	–0,438	–0,007
Skala C – <i>Niezwiązanie</i>	7,58	0,008	0,661	0,382	0,147	0,616
Skala F – <i>Chaotyczność</i>	6	0,018	0,476	0,259	0,018	0,501
Wykształcenie	9,79	0,003	–3,299	–0,327	–0,54	–0,114

PD (Niezdowolenie rodzicielskie)

Test pełnego modelu PD	$R = 0,447$	Skoryg. $R^2 = 0,17$	$F = 6,75$	$p = 0,002$
------------------------	-------------	----------------------	------------	-------------

Parametry modelu PD

Zmienna niezależna	F	p	B	β	Przedział ufności β	
					–95%	+95%
Wyraz wolny	24,8	<0,001	15,885			
Wiek dziecka	5,16	0,027	–0,05	–0,277	–0,521	–0,033
Skala C – <i>Niezwiązanie</i>	7,91	0,007	0,289	0,342	0,098	0,587

Tabela 9. Ogólny model regresji dla stresu rodzicielskiego ogółem (PSS-PL) względem funkcjonowania rodziny (SOR), zachowań słuchowych dziecka (SAB) oraz cech socjodemograficznych – grupa CAPD3**Table 9.** General regression model for total parental stress (PSS-PL) in relation to family functioning (SOR), the child's auditory behaviors (SAB), and sociodemographic characteristics – CAPD3 group**Modele regresji GRM – grupa CAPD3****PSS-PL ogółem (stres rodzicielski ogółem)**

Test pełnego modelu PSS-PL ogółem	$R = 0,623$	Skoryg. $R^2 = 0,367$	$F = 18,99$	$p < 0,001$
-----------------------------------	-------------	-----------------------	-------------	-------------

Parametry PSS-PL ogółem

Zmienna niezależna	F	p	B	β	Przedział ufności β	
					–95%	+95%
Wyraz wolny	25,5	<0,001	20,542			
Skala F – <i>Chaotyczność</i>	18,99	<0,001	1,059	0,623	0,331	0,914

PS (Stresory rodzicielskie)

Test pełnego modelu PS	$R = 0,447$	Skoryg. $R^2 = 0,173$	$F = 7,49$	$p = 0,01$
------------------------	-------------	-----------------------	------------	------------

Parametry modelu PS

Zmienna niezależna	F	p	B	β	Przedział ufności β	
					–95%	+95%
Wyraz wolny	37,7	<0,0010	16,581			
Skala F – <i>Chaotyczność</i>	7,49	0,01	0,442	0,447	0,113	0,781

PD (Niezadowolenie rodzicielskie)

Test pełnego modelu PD	$R = 0,754$	Skoryg. $R^2 = 0,539$	$F = 19,11$	$p < 0,001$
------------------------	-------------	-----------------------	-------------	-------------

Parametry modelu PD

Zmienna niezależna	F	p	B	β	Przedział ufności β	
					–95%	+95%
Wyraz wolny	0,8	0,369	1,84			
Skala C – <i>Niezwiązanie</i>	6,56	0,016	0,414	0,419	0,084	0,753
Skala F – <i>Chaotyczność</i>	6,22	0,019	0,367	0,408	0,073	0,742

Stres rodzicielski a funkcjonowanie rodzin i zachowania słuchowe dzieci z CAPD – analiza regresji

Analiza regresji (GRM) dla całej grupy rodziców dzieci z CAPD ujawniła, że większe nasilenie *Niezwiązania* i *Chaotyczności*, a mniejsze nasilenie w wymiarze *Zadowolenia z życia rodzinnego* pozwala przewidzieć wyższy poziom stresu rodzicielskiego ogółem (PSS-PL) doświadczanego przez rodziców. Ponadto stwierdzono dodatnią zależność pomiędzy wyższym wykształceniem rodziców i większą liczbą dzieci a stresem rodzicielskim ogółem.

W tabeli 6 przedstawiono wyniki analiz regresji względem stresu rodzicielskiego ogółem i jego wymiarów (PSS-PL-PD, PSS-PL-PS), gdy zmiennymi objaśniającymi są: wymiary funkcjonowania rodzin (SOR), zachowania słuchowe dzieci (SAB) i czynniki socjodemograficzne. Dla całej grupy zmienne niezależne objaśniają 44,7% wariancji ogólnego stresu rodzicielskiego (PSS-PL), 29,7% wariancji nasilenia *Stresorów rodzicielskich* (PSS-PL-PS) oraz 31,7% wariancji nasilenia *Niezadowolenia rodzicielskiego* (PSS-PL-PD).

Tabele 7, 8 i 9 prezentują analogiczne wyniki analiz regresji przeprowadzonych dla grup CAPD1, CAPD2 i CAPD3.

Zwraca uwagę, że wyłącznie w grupie CAPD2 zachowania słuchowe dzieci (SAB) stanowią istotny predyktor doświadczanego przez rodziców stresu w wymiarze *Stresory rodzicielskie* (PSS-PL-PS). Podobnie jedynie w tej grupie predyktorem ujemnym *Niezadowolenia rodzicielskiego* (PSS-PL-PD) jest wiek dziecka z CAPD.

Dyskusja

Prezentowane badania dotyczą stresu rodzicielskiego u rodziców dzieci z CAPD i jego związku z funkcjonowaniem rodzin w świetle Modelu Kołowego Olsona, jak i z nasileniem trudności związanych z przetwarzaniem słuchowym przejawianych przez dzieci w ocenie rodziców. Analizy przeprowadzono dla wszystkich uczestników badań, jak i z podziałem na 3 grupy: CAPD1 – rodzice dzieci wyłącznie z diagnozą CAPD w momencie badania; CAPD2 – rodzice dzieci z CAPD i zaburzeniami rozwoju mowy i języka i/lub artykulacji; CAPD3 – rodzice dzieci z CAPD i współwystępującymi zaburzeniami lub poważnymi problemami zdrowotnymi, jak np. ASD, ADHD, cukrzyca, moczenie nocne i in.

Stres rodzicielski

W badaniu otrzymano, że poziom stresu rodzicielskiego (PSS-PL) w wyodrębnionych grupach rodziców i ich dzieci: CAPD1, CAPD2, CAPD3 jest podobny. Uzyskane wyniki mogą wskazywać na podwyższenie poziomu doświadczanego stresu rodzicielskiego ogółem w badanej grupie rodziców względem próby normalizacyjnej, w której jego poziom w przypadku matek wynosi średnio $M = 31,6$, a ojców $M = 32,2$ [1]. Jednakże autorzy polskiej adaptacji skali PSS-PL nie podali danych umożliwiających porównanie otrzymanych rezultatów za pomocą testu statystycznego. Inne polskie badania nad stresem rodzicielskim z wykorzystaniem *Skali stresu rodzicielskiego*, którymi objęto matki dzieci młodszych (tj. w wieku średnio 5,69 lat) [54] czy matki niemowląt [55], wskazują na podobny poziom nasilenia doświadczanego stresu względem objętych tym badaniem rodziców dzieci z grupy CAPD3. Prowadzić to może do wniosku, że nasilenie stresu rodzicielskiego rodziców dzieci z CAPD i dodatkowymi problemami zdrowotnymi w wieku szkolnym (średnio w wieku 10 lat) jest na poziomie doświadczanego przez matki dzieci młodszych z polskiej populacji ogólnej [54,55].

Funkcjonowanie rodzin z dzieckiem z CAPD według modelu Olsona

Rodziny dzieci z CAPD ogółem uzyskały wyniki przeciętne we wszystkich wymiarach *Spójności i Elastyczności* według Modelu Kołowego Olsona, a także w obszarach *Komunikacja rodzinna* i *Zadowolenie z życia rodzinnego*. Wyniki te w wymiarze *Niezwiązania* systemów rodzinnych (SOR – skala C) różnią się od wyników uzyskanych wyłącznie przez matki dzieci z CAPD [24]. *Niezwiązanie* w percepcji matek w cytowanych badaniach okazało się podwyższone, co sugeruje, że ojcowie uwzględnieni w tym badaniu mogli oceniać odmiennie niż matki ten wymiar funkcjonowania rodzin, co ujawniło się w wyniku uzyskanym dla całej badanej grupy rodziców. Ponadto – w porównaniu z rodzinami o typie zrównoważonym

w populacji polskiej – uzyskane wyniki są niższe w wymiarach zrównoważenia (*Spójności i Elastyczności*), a wyższe w wymiarach niezrównoważenia (*Niezwiązania, Splątania, Sztwywności i Chaotyczności*), co obrazuje **rycina 1**. Podobne profile uzyskały polskie rodziny z dzieckiem z autyzmem [22] lub z dzieckiem głuchym [23].

Zachowania słuchowe dzieci z CAPD w ocenie rodziców

Zachowania słuchowe dzieci z CAPD (SAB) są na podobnym poziomie w 3 wyodrębnionych grupach: CAPD1, CAPD2, CAPD3. Otrzymane rezultaty wskazują na ryzyko wystąpienia trudności związanych z przetwarzaniem słuchowym w grupie CAPD1 i CAPD2, natomiast w grupie CAPD3 ocena trudności w sferze przetwarzania słuchowego u dzieci odpowiada występowaniu CAPD [53]. Pomimo tego, że u wszystkich dzieci zostały zdiagnozowane zaburzenia CAPD przez lekarza audiologa, nasilenie trudności może być w zróżnicowany sposób spostrzegane przez rodziców. Jak wynika z badań [56], rodzice mają tendencję do niedoszacowywania problemów ze słuchem występujących u swoich dzieci – w przypadku lekkiego ubytku słuchu tylko około 20% rodziców zauważyło ten problem u dziecka. Fakt ten może także wyjaśniać istniejącą rozbieżność między zaobserwowanymi przez rodziców zachowaniami słuchowymi u dzieci (SAB) a diagnozą CAPD.

Funkcjonowanie rodzin i nasilenie trudności słuchowych u dzieci z CAPD w ocenie rodziców a stres rodzicielski

Stres rodzicielski pozostaje w związku z funkcjonowaniem rodzin z dzieckiem z CAPD w 7 wymiarach opisujących ich funkcjonowanie w ujęciu systemowym według Modelu Kołowego Olsona z wyjątkiem wymiaru *Sztwywność* (SOR – skala E), co może wiązać się z psychometrycznymi właściwościami tej skali, np. jej niezadowalającą trafnością. Jak pokazują wyniki licznych badań, nie wykazano związku wymiaru *Sztwywność* z psychologicznymi właściwościami osób badanych, do których przykładowo należą lęk jako cecha [24] czy inteligencja emocjonalna [57], w przeciwieństwie do pozostałych wymiarów funkcjonowania rodzin wyodrębnionych w modelu Olsona.

Otrzymane zależności między poziomem stresu rodzicielskiego a *Spójnością i Elastycznością* rodzin pokazują, że ich psychologiczne funkcjonowanie z jednej strony może warunkować intensywność doświadczanego stresu rodzicielskiego, co już zostało dowiedzione w innych badaniach [25–30], z drugiej jednak, stres rodzicielski mający różne źródła, np. we właściwościach funkcjonowania dziecka, może modyfikować relacje między członkami rodzin, w tym komunikację rodzinną, co szczególnie uwidocznione zostało w wynikach grupy CAPD3, w której *Niezwiązanie* jest znacząco wyższe, a jakość komunikowania się w rodzinie (SOR – skala G) niższa niż w pozostałych grupach rodzin z dziećmi z CAPD.

Przeprowadzona analiza pokazuje, że w badanych rodzinach szczególne znaczenie dla poziomu doświadczanego stresu rodzicielskiego mają wyniki uzyskiwane w wymiarach: *Niezwiązanie, Chaotyczność* oraz *Zadowolenie*

z życia rodzinnego, będące jego istotnymi predyktorami. Doświadczane trudności w tworzeniu więzi emocjonalnej i poczucia bliskości (*Niezwiązanie*), *Chaotyczność* systemu rodzinnego, ujawniająca się w niskiej stabilności i niejasności co do podejmowanych w nim ról, wyznaczanych granic i obowiązujących zasad, a także obniżone *Zadowolenie z życia rodzinnego* wiąże się z wyższym poziomem stresu rodzicielskiego (PSS-PL). Zwraca uwagę fakt, że w grupie CAPD3 jedynie wynik w wymiarze *Chaotyczności* systemu rodzinnego pozwala przewidzieć wyższy poziom stresu rodzicielskiego. Zależności takiej nie odnotowano w przypadku wymiarów *Niezwiązanie* i *Zadowolenie z życia rodzinnego*, mimo że w analizach dla całej grupy wykazywały one istotne znaczenie.

Trudności związane z przetwarzaniem słuchowym u dzieci z diagnozą CAPD, oceniane przez rodziców w skali SAB, mogą stanowić źródło stresu rodzicielskiego, czyli pełnić funkcję stresora rodzicielskiego, przyczyniając się do wzrostu poziomu doświadczanego przez nich stresu. Choć korelacje uzyskane w tym badaniu należą do słabych, to jednak potwierdzają one istnienie dodatniej zależności między stresem rodzicielskim a cechami funkcjonowania dziecka, do których należą zachowania słuchowe dziecka z CAPD. Co interesujące, jedynie w grupie CAPD2, w której trudności w zakresie przetwarzania słuchowego współwystępowały z zaburzeniami w rozwoju mowy/języka i/lub artykulacji, okazało się, że większe nasilenie trudności słuchowych pozwala przewidywać wystąpienie podwyższonego stresu rodzicielskiego w obszarze doświadczania stresorów rodzicielskich. Można więc wnioskować, że to trudności związane z rozwojem mowy i języka u dzieci z CAPD, czyli sferą interakcji z dzieckiem, są dla rodziców szczególnie stresogenne. Podobną zależność odnotowano także w grupie rodziców dzieci ze spektrum autyzmu, w przypadku których przede wszystkim niższy poziom umiejętności językowych i komunikacyjnych dziecka sprzyjał większemu nasileniu stresu rodzicielskiego, nie zaś inne objawy ASD [35].

Stres rodzicielski a czynniki socjodemograficzne

Z przeprowadzonych badań wynika, że spośród czynników socjodemograficznych współwystępujących z poziomem doświadczanego stresu rodzicielskiego przez matki i ojców dzieci z CAPD istotną rolę odgrywają głównie takie czynniki jak: wykształcenie rodziców, wiek dziecka i liczba posiadanych dzieci. W całej grupie rodziców dzieci z CAPD wyższe wykształcenie pozwala przewidzieć wyższy poziom stresu rodzicielskiego ogółem, jak i w obszarze *Stresorów rodzicielskich*. W tym ostatnim wymiarze (PSS-PL-PS) wykształcenie wyższe okazało się istotnym predyktorem wyższego poziomu stresu w grupie CAPD2.

Fakt, iż wyższy poziom wykształcenia pozostaje w związku z podwyższonym poziomem stresu rodzicielskiego, oznacza, że rodzic mający większą wiedzę na temat zagrożeń związanych ze zdrowiem i rozwojem dziecka jest bardziej podatny na stres towarzyszący rodzicielstwu. Można postawić hipotezę, że wynik ten pozostaje w związku ze zjawiskiem tzw. intensywnego rodzicielstwa, czyli tendencją rodziców do „inwestowania czasu, energii i pieniędzy w dziecko”. W praktyce takie podejście jest częściej realizowane przez matki i ojców posiadających

wyższe wykształcenie, a więc o większych zasobach [59,60]. Podobnie stawianie nierealistycznych oczekiwań wobec siebie i dziecka może przyczyniać się do nasilenia doświadczanego stresu, a tym samym zwiększać ryzyko wypalenia rodzicielskiego [61].

W relacjonowanym badaniu wyższy poziom stresu rodzicielskiego można przewidywać w związku z większą liczbą dzieci w rodzinie z dzieckiem z CAPD. Z kolei niższy wiek dziecka jedynie w grupie CAPD2 wiąże się z nasileniem stresu w obszarze *Niezadowolenia rodzicielskiego*. Pokazuje to, że im dziecko z CAPD jest młodsze i im więcej przejawia trudności w rozwoju mowy i języka i/lub artykulacji, tym wyższe jest nasilenie stresu rodzicielskiego. W tej grupie stres rodzicielski maleje wraz ze wzrostem wieku dziecka, a także – jak można sądzić – z postęпами w rozwoju mowy/języka i/lub artykulacji.

Ograniczenia badania

Do ograniczeń niniejszego badania można zaliczyć niewielki udział ojców dzieci z CAPD, a także sposób rekrutacji osób badanych – wyłącznie spośród rodziców dzieci z CAPD, które uczestniczyły w treningach słuchowych. Ponadto uczestnicy badania pochodzili jedynie z centralnej Polski – Warszawy i okolic – czyli z rejonu charakteryzującego się zwiększonym w porównaniu do innych rejonów dostępem do specjalistycznych usług ukierunkowanych na potrzeby dzieci z CAPD, co mogło obniżyć poziom stresu rodzicielskiego w tej grupie badanych.

Wnioski

1. Stres rodzicielski pozostaje w związku z psychologicznym funkcjonowaniem rodzin z dzieckiem z CAPD oraz nasileniem przejawianych przez nie zachowań słuchowych (tj. trudności słuchowych wynikających z CAPD).
2. W rodzinach z dziećmi z CAPD szczególne znaczenie dla poziomu doświadczanego stresu rodzicielskiego mają trzy wymiary funkcjonowania systemu rodzinnego według Modelu Kołowego Olsona: *Niezwiązanie*, *Chaotyczność* i *Zadowolenie z życia rodzinnego*.
3. Percepcja trudności dziecka związanych z CAPD odgrywa znaczącą rolę w grupie rodziców dzieci z CAPD ze współwystępującymi zaburzeniami w rozwoju mowy/języka i/lub artykulacji, pozwalając wyjaśnić zwiększone nasilenie stresu rodzicielskiego w obszarze *Stresorów rodzicielskich*.
4. Rodzice dzieci z CAPD z wyższym wykształceniem, wychowujący więcej dzieci, a także dzieci młodszych znajdują się w grupie ryzyka podwyższonego stresu rodzicielskiego.
5. Badania nad psychologicznymi uwarunkowaniami percepcji zachowań słuchowych dziecka z CAPD przez rodzica pozwolą poznać możliwe uwarunkowania nieadekwatnej oceny zachowań słuchowych dzieci z CAPD przez rodziców, a tym samym przyczynić się do proponowania właściwego psychologicznego wsparcia (psychoedukacja, poradnictwo, psychoterapia).

6. Wsparcie psychologiczne ukierunkowane na funkcjonowanie systemu rodzinnego z dzieckiem z zaburzeniami neurorozwojowymi, w tym z CAPD, a także na radzenie sobie ze stresem rodzicielskim w dobie „intensywnego rodzicielstwa” powinno być dostępne dla rodzin/rodziców dzieci z CAPD.

Piśmiennictwo

- Berry JO, Jones WH. The Parental Stress Scale: initial psychometric evidence. *J Soc Pers Relatsh*, 1995; 12(3): 463–72; <https://doi.org/10.1177/0265407595123009>.
- Matuszczak-Świóg J, Bakiera L. Psychometric properties of the Polish version of the parental stress scale. *Roczniki Psychologiczne*, 2023; 26(1): 23–46; <https://doi.org/10.18290/rpsych2023.0002>.
- Abidin RR. PSI-4 Inwentarz Stresu Rodzicielskiego, wyd. 4. Tłum. J Niedziela, E Wrocławska-Warchała. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2021.
- Mikolajczak M, Roskam I. A theoretical and clinical framework for parental burnout: the balance between risks and resources (BR2). *Front Psychol*, 2018; 9: 886; <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00886>.
- Donley T, King DM, Nyathi N, Okafor A, Mbizo J. Socioeconomic status, family functioning and delayed care among children with special needs. *Soc Work Public Health*, 2018; 33: 366–81; <https://doi.org/10.1080/19371918.2018.1504703>.
- Macomber JE, Moore KA. 1997 NSAF benchmarking measures of child and family well-being: Report, 2016; 6; <https://policycommons.net/artifacts/637626/1997-nsaf-benchmarking-measures-of-child-and-family-well-being/1618924/>.
- Niedziela J, Wrocławska-Warchała E. PSI-4. Inwentarz Stresu Rodzicielskiego, wyd. 4. Polska adaptacja i normalizacja. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2021.
- Lavenda O, Hershkovitz-Freudenthal A, Leshem E. A closer look at parenting stress: Parent, child, and contextual characteristics. *Fam Relat*, 2026; 75(1): 323–41; <https://doi.org/10.1111/fare.70079>.
- Barroso NE, Mendez L, Graziano PA, Bagner DM. Parenting stress through the lens of different clinical groups: a systematic review & meta-analysis. *J Abnorm Child Psychol*, 2018; 46(3): 449–46; <https://doi.org/10.1007/s10802-017-0313-6>.
- Pisula E, Barańczuk U. Psychometric properties of a Polish version of the parental stress index iii (PSI III). *J Dev Phys Disabil*, 2020; 32(3): 455–75; <https://doi.org/10.1007/s10882-019-09697-x>.
- Giannotti M, Venuti P, De Falco S. Child attachment representations and parenting stress in mothers and fathers of school-age children with a diagnosis of autism spectrum disorder: a pilot cross-sectional study. *Children*, 2023; 10: 1633; <https://doi.org/10.3390/children10101633>.
- Waqar S, Ali H, Ali E. Prevalence and predictors of stress among caregivers of children with developmental disorders. *J Autism Dev Disord*, 2026; 56: 907–15; <https://doi.org/10.1007/s10803-024-06598-7>.
- Kobosko J, Fludra M, Śliwa L, Ganc M, Jedrzejczak 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. *J Pediatr Nurs*, 2022; 63: e58–e63; <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.10.012>.

Finansowanie

Niniejsze badania i artykuł nie otrzymały żadnej dotacji od agencji działających w sektorze publicznym, komercyjnym lub non-profit.

- Banasiak A. Demografia a poziom doświadczanego stresu rodzicielskiego matek dzieci z zaburzeniami rozwoju. *Pedagogika. Studia i Rozprawy*, 2016; 2(25): 245–64.
- Al-Oran HM, AL-Sagarat AY. Parenting stress of children with autistic disorder. *OALibJ*, 2016; 3(7): 1–10; <https://doi.org/10.4236/oalib.1102791>.
- Continisio GI, D’Errico D, Toscano S, Maldonato NM, De Falco R, Nunziata F i wsp. Parenting stress in mothers of children with permanent hearing impairment. *Children*, 2023; 10(3): 517; <https://doi.org/10.3390/children10030517>.
- Scheibner M, Scheibner C, Hornemann F, Arélin M, Hennig YD, Kiep H i wsp. The impact of demographic characteristics on parenting stress among parents of children with disabilities: a cross-sectional study. *Children*, 2024; 11(2): 239; <https://doi.org/10.3390/children11020239>.
- Olson DH. Circumplex Model of Marital and Family Systems. *J Fam Ther*, 2000; 22: 144–167; <https://doi.org/10.1111/1467-6427.00144>.
- Margasiński A. Teoria i wybrane modele systemów rodzinnych. W: Rodzina w ujęciu systemowym. Teoria i badania. Margasiński A (red.). Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych (PTP); 2015, s. 6–32.
- Margasiński A. Skale Oceny Rodziny – SOR. Polska adaptacja FACES IV – Flexibility and Cohesion Evaluation Scales Davida H. Olsona. Podręcznik. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych; 2013.
- Olson D, Gorall D. FACES IV: Innovations and Applications. Minnesota: Life Innovations; 2004.
- Barłóg K. Sytuacja w systemach rodzinnych z dzieckiem z ASD w świetle Modelu Kołowego Davida H. Olsona. Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego; 2020.
- Kobosko J. Rodzina dziecka głuchego w ujęciu systemowym w świetle Modelu Kołowego D.H. Olsona – badania z perspektywy słyszących matek. *Studia i Badania Naukowe Ateneum*, 2024; 1: 57–79; <https://doi.org/10.36575/2657-4209/1.2024.04>.
- Kobosko J. Family cohesion and flexibility when the child has central auditory processing disorder: mothers’ perceptions. *J Hear Sci*, 2025; 15(4): 46–57; <https://doi.org/10.17430/jhs/215471>.
- Lemos MS, Lima L, Silva C, Fontoura S. Disease-related parenting stress in the post-treatment phase of pediatric cancer. *Compr Child Adolesc Nurs*, 2020; 43(1): 65–79; <https://doi.org/10.1080/24694193.2019.1570393>.
- Yamaguchi C, Ebara T, Hosokawa R, Futamura M, Ohya Y, Asano M. Factors determining parenting stress in mothers of children with atopic dermatitis. *Allergol Int*, 2018; <https://doi.org/10.1016/j.alit.2018.08.006>.
- Ben-Sasson A, Soto TW, Martínez-Pedraza F, Carter AS. Early sensory over-responsivity in toddlers with autism spectrum disorders as a predictor of family impairment and parenting stress. *J Child Psychol Psychiatry*, 2013; 54(8): 846–53; <https://doi.org/10.1111/jcpp.12035>.

28. Pisula E, Porębowicz-Dörsmann A. Family functioning, parenting stress and quality of life in mothers and fathers of Polish children with high functioning autism or Asperger syndrome. *PLoS ONE*, 2017; 12(10): e0186536; <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186536>.
29. Kishimoto T, Liu S, Zhang L, Li S. How do autistic severity and family functioning influence parental stress in caregivers of children with autism spectrum disorder in China? The important role of parental self-efficacy. *Front Psychol*, 2023; 14: 956637; <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.956637>.
30. Di Renzo M, Guerriero V, Petrillo M, Bianchi di Castelbianco F. What is parental stress connected to in families of children with autism spectrum disorder? Implications for parents' interventions. *J Fam Issues*, 2022; 43(9): 2456–79; <https://doi.org/10.1177/0192513X211030735>.
31. Louie AD, Cromer LD, Berry JO. Assessing parenting stress: review of the use and interpretation of the parental stress scale. *IAMFC*, 2017; 25(4): 359–67; <https://doi.org/10.1177/1066480717731347>.
32. Fang Y, Luo J, Boele M, Windhorst D, van Grieken A, Raat H. Parent, child, and situational factors associated with parenting stress: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2024; 33(6): 1687–705; <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02027-1>.
33. Shepherd D, Landon J, Goedeke S. How might comorbid conditions co-occurring with child autism impact parenting stress? *J Autism Dev Disord*, 2026; <https://doi.org/10.1007/s10803-026-07214-6>.
34. Porter N, Loveland KA, Saroukhani S, Posey Y, Morimoto K, Rahbar MH. Severity of child autistic symptoms and parenting stress in mothers of children with autism spectrum disorder in Japan and USA: cross-cultural differences. *Autism Res Treat*, 2022; <https://doi.org/10.1155/2022/7089053>.
35. Buchwald K, Shepherd D, Siegert RJ, Vignes M, Landon J. Factors predicting parenting stress in the autism spectrum disorder context: a network analysis approach. *PLoS One*, 2025; 20(4): e0319036; <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0319036>.
36. Graziano PA, McNamara JP, Geffken GR, Reid A. Severity of children's ADHD symptoms and parenting stress: a multiple mediation model of self-regulation. *J Abnorm Child Psychol*, 2011; 39(7): 1073–83; <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9528-0>.
37. Muñoz-Silva A, Lago-Urbano R, Sanchez-Garcia M, Carmona-Márquez J. Child/adolescent's ADHD and parenting stress: the mediating role of family impact and conduct problems. *Front Psychol*, 2017; 8: 2252; <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02252>.
38. Rouillon I, de Lamaze A, Ribot M, Collet G, de Bollardièr T, Elmir R i wsp. Auditory processing disorder in children: the value of a multidisciplinary assessment. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 2021; 278(12): 4749–56; <https://doi.org/10.1007/s00405-020-06601-8>.
39. Moore DR, Hunter LL. Auditory processing disorder (APD) in children: a marker of neurodevelopmental syndrome. *Hear Balance Commun*, 2013; 11(3): 160–7; <https://doi.org/10.3109/21695717.2013.821756>.
40. Ferguson MA, Moore DR. Auditory processing performance and nonsensory factors in children with specific language impairment or auditory processing disorder. *Semin Hear*, 2014; 35(1): 1–14; <https://doi.org/10.1055/s-0033-1363520>.
41. Serrallach B, Groß C, Bernhofs V, Engelmann D, Benner J, Gündert N i wsp. Neural biomarkers for dyslexia, ADHD, and ADD in the auditory cortex of children. *Front Neurosci*, 2016; 10: 324; <https://doi.org/10.3389/fnins.2016.00324>.
42. Chermak GD, Bamiou DE, Iliadou V, Musiek FE. Practical guidelines to minimise language and cognitive confounds in the diagnosis of CAPD: a brief tutorial. *Int J Audiol*, 2017; 56(7): 499–506; <https://doi.org/10.1080/14992027.2017.1284351>.
43. Bellis TJ, Billiet C, Ross J. The utility of visual analogs of central auditory tests in the differential diagnosis of (central) auditory processing disorder and attention deficit hyperactivity disorder. *J Am Acad Audiol*, 2011; 22(8): 501–14; <https://doi.org/10.3766/jaaa.22.8.3>.
44. American Speech Language-Hearing Association (ASHA). (Central) auditory processing disorders, 2005; http://www.ak-aw.de/sites/default/files/2016-12/ASHA_CAPD_2005.pdf [Dostęp: 19.12.2025].
45. Kurkowski ZM. Centralne zaburzenia przetwarzania słuchowego. W: *Surdologopedia, Muzyka-Furtak E (red.)*. Gdańsk: Harmonia Universalis, 2015; s. 54–7.
46. Rostkowska J, Kobosko J, Kłonica KL. Problemy emocjonalno-społeczne i behawioralne u dzieci z centralnymi zaburzeniami przetwarzania słuchowego (CAPD) w ocenie rodziców. *Now Audiofonol*, 2013; 2(1): 29–35; <https://doi.org/10.17431/883853>.
47. Lawton S, Purdy SC, Kalathottukaren RT. Children diagnosed with auditory processing disorder and their parents: a study about perceptions of living with APD. *J Am Acad Audiol*, 2017; 28(7): 610–24; <https://doi.org/10.3766/jaaa.15130>.
48. Ganc M, Kobosko J, Jędrzejczak WW, Skoczylas A, Skarżyński H. Rozwój psychoruchowy u dzieci w młodszym wieku szkolnym z centralnymi zaburzeniami przetwarzania słuchowego i rozwoju mowy na tle rówieśników rozwijających się typowo. *Now Audiofonol*, 2022; 11(2): 65–73; <https://doi.org/10.17431/11.2.4>.
49. Skarżyński PH, Czajka N, Skarżyński H, Piłka E, Żelazowska-Sobczyk M, Myszel K, Sienkiewicz K. Konsensus Towarzystwa Otorinolaryngologów, Foniatrów i Audiologów Polskich dotyczący postępowania diagnostyczno-terapeutycznego dla populacji pacjentów pediatrycznych z ośrodkowymi zaburzeniami przetwarzania słuchowego (CAPD). *Now Audiofonol*, 2026; 15(1): 9–14; <https://doi.org/10.17431/na/218235>.
50. Włodarczyk EA, Szkielkowska A, Skarżyński H, Miałkiewicz B, Skarżyński PH. Reference values for psychoacoustic tests on Polish school children 7–10 years old. *PLoS One*, 2019; 14: e0221689; <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221689>.
51. Domitz DM, Schow RL. A new CAPD battery – multiple auditory processing assessment: factor analysis and comparisons with SCAN. *Am J Audiol*, 2000; 9: 101–11; [https://doi.org/10.1044/1059-0889\(2000/012\)](https://doi.org/10.1044/1059-0889(2000/012)).
52. Skarżyński H, Bieńkowska K, Gos E, Skarżyński PH, Grudzień D, Czajka N i wsp. Cross-cultural adaptation of the Scale of Auditory Behaviors Questionnaire. *Lang Speech Hear Serv Sch*, 2019; 50(4): 683–92; https://doi.org/10.1044/2019_LSHSS-19-0014.
53. Nunes CL, Pereira LD, Carvalho GS de. Scale of Auditory Behaviors and auditory behavior tests for auditory processing assessment in Portuguese children. *Codas*, 2013; 25(3): 209–15; <https://doi.org/10.1590/s2317-17822013000300004>.
54. Lachowska B, Waluda M. Stresory rodzinne i motywacja do posiadania dziecka a stres rodzicielski matek. *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 2023; 3(55).
55. Niedźwiecka A, Wrzosińska J, Kurowska M, Dragan WŁ. Parental stress predicts self-reported caregiver responsiveness in mothers of infants aged 0–12 months. *PsyArXiv*, 2025; https://doi.org/10.31234/osf.io/zv65s_v2.

56. Swierniak W, Gos E, Skarzynski PH, Czajka N, Skarzynski H. The accuracy of parental suspicion of hearing loss in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 2021; 141: 110552; <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2020.110552>.
57. Szcześniak M, Tułeczka M. Family functioning and life satisfaction: the mediatory role of emotional intelligence. *Psychol Res Behav Manag*, 2020; 13: 223–32; <https://doi.org/10.2147/PRBM.S240898>.
58. Simon-Zámbori P, Martos T, Sallay V. Assessing parental stress and satisfaction: validation of the Hungarian version of the Parental Stress Scale. *Eur J Ment Health*, 2026; 21: e0053, 1–15; <https://doi.org/10.5708/EJMH.21.2026.0053>.
59. Egami S. Impact of “intensive parenting attitude” on children’s social competence via maternal parenting behavior. *Front Psychol*, 2024; 15: 1337531; <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1337531>.
60. Mazurowska A. Zintensyfikowane działania rodziców jako cecha współczesnego rodzicielstwa. *Rozważania teoretyczne. Studia Edukacyjne*, 2023; 71: 107–17; <https://doi.org/10.14746/se.2023.71.7>.
61. Lin G-X, Szczygieł D, Piotrowski K. Child-oriented perfectionism and parental burnout: the moderating role of parents’ emotional intelligence. *Pers Individ Differ*, 2022; 198: 111805; <https://doi.org/10.1016/j.paid.2022.111805>.

Dr hab. n. med. i n. o zdr. Joanna Kobosko, email: j.kobosko@ifps.org.pl •  0000-0001-8939-4381

Dr inż. Lech Śliwa, email: l.sliwa@ifps.org.pl •  0000-0002-8292-0999

Mgr Małgorzata Ganc, email: m.ganc@ifps.org.pl •  0000-0002-4413-8349

Mgr Edyta Zielińska, email: e.zielinska@ifps.org.pl •  0000-0003-1525-5914

Mgr Monika Cinkowska, email: m.cinkowska@ifps.org.pl •  0009-0006-8192-7829

Prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. W. Wiktor Jędrzejczak, email: w.jedrzejczak@ifps.org.pl •  0000-0001-8404-0672

Prof. dr hab. med. dr h.c. multi Henryk Skarżyński, email: h.skarzynski@ifps.org.pl •  0000-0001-7141-9851