

KATARZYNA MAKOWIECKA\*

## **NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ CZY BARIERA JĘZYKOWA? POSTAWY SŁYSZĄCYCH RODZICÓW DZIECI NIESŁYSZĄCYCH WOBEC GŁUCHOTY**

### **Wprowadzenie**

Każdego roku w Polsce rodzi się ponad 300 dzieci, u których diagnozowana jest głuchota (Biuro Prasowe Kongresu Kobiet, 2011). Jedynie około 10% spośród nich dorastać będzie w sprzyjających warunkach, mając u boku opiekunów, którzy sami doświadczając głuchoty będą w pełni rozumieć ich problemy (Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, 2014). Dla pozostałych 90% rodziców moment narodzin dziecka ze znacznym lub całkowitym uszkodzeniem słuchu, staje się początkiem drogi pełnej wyzwań i wątpliwości. Jednym z podstawowych pytań, na które odpowiedzieć musi każdy rodzic, jest to, jak diagnoza wpłynie na życie dziecka. Czy niemożność słyszenia to niepełnosprawność? Czy stanowi ona dużą przeszkodę w rozwoju, a jeśli tak – jak można zminimalizować konsekwencje? Na każdym etapie poznawania specyfiki uszkodzenia słuchu rodzice zmuszeni są integrować wiedzę, którą już mają, z tą napływającą od specjalistów – m.in. lekarzy, pielęgniarek, psychologów. Bezpośrednim efektem zgromadzenia (lub braku) informacji o konkretnym zjawisku będzie wytworzenie się systemu przekonań, który ukierunkuje zachowania rodziców.

### **Mechanizmy powstawania i rola postaw**

Przekonania (postawy) to konstrukty poznawcze, umożliwiające sprawne przetwarzanie informacji i automatyczne generowanie zachowań w odpowiedzi na bodźce płynące z otoczenia związane z obiektem ustosunkowania (Green-

---

\* Katarzyna Makowiecka (<https://orcid.org/0000-0003-1385-0234>); Uniwersytet Warszawski, ul. Stawki 5/7, 00-183 Warszawa; tel. +48 22 5549708; e-mail: [katarzyna.makowiecka@psych.uw.edu.pl](mailto:katarzyna.makowiecka@psych.uw.edu.pl)

wald, Banaji, 1995; Richardson, 1996). Ponieważ podstawowym komponentem postaw jest ocena na wymiarach dobry–zły, bezpieczny–szkodliwy, wywołają one reakcje dążenia lub unikania, lubienia-nielubienia, akceptowania-nieakceptowania (Ajzen, 2001). Fakt posiadania postawy negatywnej (tu: wobec uszkodzenia słuchu, jak i osób z uszkodzeniem słuchu) nie jest kwestią niemodyfikowalną, ponieważ na postawy można oddziaływać. Skuteczność tychże działań wiąże się ze znajomością mechanizmów powstawania przekonań. Postawy formują się w procesie uczenia, a suma doświadczeń pozytywnych i negatywnych w historii tego procesu decyduje o ich znaku (+/-). Potencjalnie, jeśli w toku życia jednostka ekspozowana jest na przekaz o uszkodzeniu słuchu jako stygmacie (-), a o osobach niesłyszących jako niepełnosprawnych (-), nie ma możliwości przyjęcia postawy pozytywnej (+) wobec możliwości tychże osób. Podobny skutek przynosi brak wiedzy o psychospołecznych aspektach uszkodzenia słuchu i brak kontaktu z osobami doświadczającymi go.

Istnieje wiele potrzeb psychologicznych, których subiektywna interpretacja przez daną osobę skutkować może wytworzeniem odmiennych postaw (Crisp, Turner, 2009). Pierwszą potrzebą jest użyteczność. Jest to pragmatyzm myślenia społecznego: nastawienie na otrzymywanie korzyści interpersonalnych, jakie niesie ze sobą podobieństwo ludzi pod względem postaw i przekonań. Człowiek, który uzna zysk posiadania pozytywnej postawy wobec uszkodzenia słuchu, tak będzie oceniać swój stosunek do tej cechy. Analogiczny wpływ ma potrzeba manifestowania wartości. Jeśli dana osoba chce widzieć tolerancyjność jako swój atrybut, przejawianie pozytywnych postaw wobec osób z uszkodzeniem słuchu stanie się elementem autoafirmacji.

Potrzeba wiedzy sprzyjać będzie także pozytywnym postawom, ponieważ wpływ gromadzenia informacji o danej grupie na redukcję stereotypów jest powszechnie uznawanym zjawiskiem. Człowiek, który czuje potrzebę wiedzieć więcej o osobach z uszkodzeniem słuchu i ich doświadczaniu świata, będzie lepiej rozumieć ich problemy i dostrzegać ich zasoby. Wiedzę warto uznać za kluczową dla zróżnicowania postaw wobec osób z uszkodzeniem słuchu.

Oprócz wiedzy, drugim elementem kluczowym dla formowania się postaw wobec osób z uszkodzeniem słuchu jest kontakt międzygrupowy, który poprzez powtarzalne interakcje promuje możliwość wytworzenia pozytywnej postawy. Taki tok zdarzeń można przyjąć za zapośredniczony przez efekt czystej ekspozycji (Zajonc, 1968). Efekt ten nie jest jednak pozbawiony ograniczeń zależnych od specyfiki sytuacji. Jak wskazują doniesienia badaczy, jego wystąpienie może zależeć np. od różnic w statusie socjo-ekonomicznym pomiędzy partnerami tych interakcji (Cooper, Rose, Mason, 2003). Innym mechanizmem, odpowiedzialnym za kształtowanie postaw w sytuacji kontaktu jest autopercepcja (Bem, 1972), czyli samowiedza powstała na podstawie obserwacji własnych zachowań. W kontakcie z osobą z uszkodzeniem słuchu, odczuwanie dezorientacji, niepewności i bariery komunikacyjnej sprzyja interpretacji interakcji jako stresującej

i nieprzyjemnej, co może przyczynić się do wytworzenia trwałej negatywnej postawy wobec osób z tej grupy. Taki potencjalny scenariusz stanowi kolejny argument na rzecz potrzeby posiadania wiedzy o specyfice sytuacji osoby niesłyszącej, ponieważ rozeznanie zredukowałoby odczuwaną nieprzewidywalność interakcji po stronie osoby słyszącej.

Badania prowadzone w obszarze problematyki przekonań o osobach niesłyszących potwierdzają istnienie jakościowo różnych wzorców postaw wobec uszkodzenia słuchu. W tej pracy przedmiotem eksploracji jest odzwierciedlenie w realnych postawach paradygmatu opisującego dwa przeciwstawne wzorce rozumienia głuchoty: model medyczny *versus* model socjokulturowy (Monaghan, Senghas, 2002; Tomaszewski, Sak, 2014). Pochodny od klasyfikacji nozologicznej model medyczny opisuje głuchotę jako formę niepełnosprawności. Podstawowym założeniem jest konieczność wdrażania działań terapeutycznych – leczenia i rehabilitacji, w celu przywrócenia dziecka (lub chociaż przybliżenia) do grupy osób słyszących, m.in. poprzez protezy słuchu i rehabilitację mowy. W swoich badaniach Brightman zrównuje model medyczny z posiadaniem negatywnej postawy wobec uszkodzenia słuchu. Wyniki owych poszukiwań prowadzonych na studentach uczących się amerykańskiego języka migowego potwierdzają związek walencji postawy i przychylenia się do twierdzeń modelu medycznego *versus* socjokulturowego. Im bardziej pozytywne nastawienie wobec osób z uszkodzeniem słuchu i ich możliwości, tym bliżej osobie do rozumienia głuchoty w modelu socjokulturowym i przeciwnie, jeśli osoba przejawia negatywne nastawienie wobec tychże osób, to uważa również, że konieczne jest rozumienie głuchoty jako patologii i niepełnosprawności (Brightman, 2013). Inni autorzy, przyjmujący za punkt podobne rozróżnienie, wzbogacają wiedzę na temat postaw wobec uszkodzenia słuchu o zaobserwowane prawidłowości. Emily Enns, Patrick Boudreault i Christina Palmer (2010) wskazują na fakt, że osoby z uszkodzeniem słuchu, niezależnie od wieku mają ograniczony dostęp do specjalistów, potrafiących wyjść poza postrzeganie uszkodzenia jako niepełnosprawności, a więc przejawiających postawę negatywną.

Autorzy literatury przedmiotu podejmują próby odpowiedzi na pytania, w jakim wzajemnym stosunku pozostają oba konstrukty: model medyczny i model socjokulturowy głuchoty, oraz jaka jest ich wspólna i rozłączna użyteczność w wyjaśnianiu współczesnej sytuacji osób niesłyszących. Dorota Podgórska-Jachnik (2013, s. 113) podsumowuje dyskusje toczące się w sferze akademickiej stwierdzając, że oba modele różnią się od siebie siłą akcentowania jednych kwestii, kosztem mniejszego skupienia na innych: „Nie oznaczają one jednak wyeliminowania pewnych dyskursów i zastąpienia ich innymi, lecz odmienne zhierarchizowanie różnych aspektów głuchoty. To właśnie usytuowanie różnych aspektów i wymiarów odróżnia w praktyce jej model medyczny od społeczno-kulturowego”. Innego zdania są badacze podkreślający, że model medyczny w ogóle pomija takie kwestie, jak wspólnotowość czy aspekty mniejszości językowej (Tomaszewski, Moroń, 2018). Ponadto, w literaturze dziedziny pojawiają

się postulaty całkowitego odrzucenia modelu medycznego i wykluczenia jego perspektywy w analizowaniu zjawiska głuchoty (Williams, 2001, s. 124), np. ze względu na to, że paradygmat medyczny nie ujmuje aspektów tożsamościowo-kulturowych (Woodward, 1993). Wobec takich rozdziwów w rozumieniu relacji między obydwoma modelami, badacze stawiają pytania dotyczące poszukiwań nowego, użytecznego i zintegrowanego podejścia do potrzeb społecznej populacji osób z uszkodzeniem słuchu (Tomaszewski, Moroń, 2018), który stałby się swoistą „drogą pomiędzy” obydwoma modelami.

Wnioski płynące z analizy przedmiotu wskazują, że w pewnych grupach społecznych jeden z modeli rozumienia głuchoty może dominować nad drugim. Agnieszka Kossowska (2017) w swoim artykule, prezentującym własne doświadczenia ze specjalistami zajmującymi się jej synem z uszkodzeniem słuchu, przytacza ich zalecenia: „[...] lekarze i większość logopedów, z którymi rozmawialiśmy, odradzali nam wprowadzenie języka migowego, gdy o tym wspominaliśmy. Uzasadnienie było następujące – dziecko nigdy nie nauczy się mówić. I to mimo tak wielu badań przeczących tej tezie” (tamże, s. 210). Autorzy raportu, dotyczącego sytuacji osób niesłyszących w Polsce (Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, 2014), przedstawiają zbliżony wzorec postaw u specjalistów wczesnej interwencji. Podobne wnioski płyną z badań nad postawami osób związanych z systemem edukacji. Opiekunowie często doświadczają negatywnych konsekwencji braku wiedzy wśród nauczycieli i administracji o potrzebach osób niesłyszących – zarówno tych, dotyczących rozwiązań audiologicznych, jak i aspektów kulturowych (także o znaczeniu języka migowego w rozwoju dziecka) (Curle i in., 2016). Shelley Bartlett (2017) zwraca uwagę na nieusystematyzowanie i niekonkretność wiedzy specjalistów – część z nich zdaje się posiadać pewne informacje, lecz nie rozumieć istoty problemu. Brak wiedzy o specyfice uszkodzenia słuchu nie tylko sprzyja utrwalaniu negatywnych postaw, lecz także, jak pokazują badania z udziałem 200 pielęgniarek, wiąże się z oceną własnej skuteczności (Velonaki i in., 2015), co potencjalnie obniżyć może jakość świadczonej przez nie obsługi pacjenta. Jeśli tak znaczące w procesie rozwoju osoby, jak personel medyczny i pracownicy oświaty uważają głuchotę za niepełnosprawność, to mogą ograniczać ekspresję dziecka, traktując je jako słabe i gorzej rokujące. Zgodnie z efektem Golema (za: Babad, Inbar, Rosenthal, 1982; Rowe, O'Brien, 2002) będą przypisywać dziecku także inne negatywne, bliskoznaczne atrybuty z tej sieci etykiet, oczekiwać ich wystąpienia i traktować dziecko tak, by w zachowaniu znaleźć potwierdzenie swoich przewidywań. Najbardziej zagrożone stereotypem są jednostki wysoko funkcjonujące w danej dziedzinie, której dotyczy stereotyp (Croizet, Claire 1998; Schmader, Johns, Forbes, 2008; Spencer, Steele, Quinn, 1998). Można więc spodziewać się, że te osoby, które pierwotnie nie uznają swojej niezdolności słyszenia za barierę, będą podatne na przejawianie wobec nich negatywnego stereotypu i mogą nieświadomie dostosowywać swoje zachowanie do jego treści oraz obniżać swoje możliwości. Inni autorzy zwracają uwagę na wpływ tego rodzaju stygmatyzacji osób

z uszkodzeniem słuchu na doświadczane przez nie trudności w sferze emocjonalnej (np. symptomy depresji, lęki) (Mousley, Chaudoir, 2018). Stygmatyzacja niezdolności odbioru dźwięków jako ułomności dotyka nie tylko niesłyszące dzieci, lecz także ich matki. Badania z udziałem irańskich matek stanowią argument na rzecz rozumienia stygmatyzacji jako efektu niewiedzy i posiadania negatywnej postawy wobec uszkodzenia słuchu. Matki nieznające innych perspektyw rozumienia głuchoty, same niejako naznaczają niepełnosprawnością siebie i swoje dzieci, co wprowadza w dzieciństwo atmosferę dystresu emocjonalnego (Ebrahimi i in., 2015).

Odmienne spojrzenie wprowadza drugi komponent przywołanego wcześniej konceptu – model socjokulturowy głuchoty (Monaghan, Senghas, 2002; Tomaszewski, Sak, 2014). W tym ujęciu głuchota w połączeniu z byciem aktywnym użytkownikiem języka wizualno-przestrzennego, jest podstawą tożsamości członków mniejszości językowej, nie zaś niepełnosprawnością. Kwestionowana jest obligatoryjność rehabilitacji w celu przywrócenia słuchu, ponieważ jego brak jest rozumiany jako neutralna cecha społeczności, tak jak zdolność słyszenia jest neutralną cechą przyjmowaną bez głębszej refleksji przez osoby słyszące. Zinternalizowanie tych przekonań przez osoby z uszkodzeniem słuchu ma korzystny wpływ na ich samoocenę (Bat-Chava, 2000), podczas gdy wnioski z badań nad 629 osobami z uszkodzeniem słuchu wskazują na związek braku poczucia tożsamości kulturowej i obniżonej samooceny (Hintermair, 2008). Jeden z najbardziej znaczących ośrodków naukowych na świecie, będący kolebką kulturowego podejścia do uszkodzenia słuchu – Uniwersytet Gallaudeta, podjął się stworzenia programu, mającego na celu propagowanie pozytywnej postawy wobec uszkodzenia słuchu wśród profesjonalistów, a także uczenie ich umacniania takiej postawy u dzieci z uszkodzeniem słuchu (Mitchiner, Lytle, 2018). Patrick J. Brice i Gillie Strauss (2016) uzupełniają dyskurs dotyczący tożsamościowotwórczej roli uszkodzenia słuchu o szczególne jej znaczenie w okresie adolescencji, kiedy to dzieci wkraczające w dorosłość stają samodzielnie w obliczu dylematu, czy należą bardziej do świata słyszących, niesłyszących, czy też do obydwu jednocześnie.

Przybliżone rozważania na temat roli i odcieni postaw nieuchronnie prowadzą do wniosku o ich szczególnym znaczeniu dla rozwoju dziecka. Najważniejsze w kształtowaniu człowieka są przekonania najbliższego otoczenia oraz opiekunów. To właśnie w kontekście postaw rodziców, wiedza o uszkodzeniu słuchu jest tak istotna, nawet przed narodzinami dziecka. Rozwijająca się gałąź diagnostyki prenatalnej oferuje kobietom w ciąży wykrycie głuchoty u płodu. Jeśli więc rozumienie głuchoty jako znacznej niepełnosprawności spotkałoby się z brakiem kompleksowej wiedzy ze strony lekarzy, można przypuszczać, że część rodziców rozważałaby przedwczesne zakończenie ciąży jako opcję. Wnioski płynące z badań wskazują jednak, że głuchota nie stanowi dla słyszących rodziców powodu do tak dramatycznych decyzji (Brunger i in., 2000). W późniejszym okresie nastawienie rodziców do uszkodzenia słuchu ujawnia się w ich relacjach z dzieckiem. Im bardziej pozytywną postawą wobec głucho-

ty cechują się rodzice, tym wyższe wyniki na skali przywiązania uzyskuje ich dziecko (Hadadin, Rose, 1991). Z kolei trudności komunikacyjne doświadczane przez rodziców wynikające z braku wiedzy i możliwości, prowadzą do zaburzeń w relacji z dzieckiem (Kobosko, 2009), bardziej negatywnego samopostzegania dziecka (Mekonnen i in., 2016) oraz ryzyka wystąpienia objawów depresyjnych u dziecka w późniejszym okresie (Kushalnagar i in., 2011).

Decyzje odnośnie do wyboru metody komunikacji są najważniejszym krokiem dla rodziców, nierozzerwalnie połączonym z ich postawą względem uszkodzenia. W odróżnieniu od niesłyszących dzieci niesłyszących rodziców, które od najmłodszych lat eksponowane są na bogate, wspólne językowo środowisko komunikacyjne, niesłyszące dzieci słyszących rodziców ujawniają opóźnienia w zakresie umiejętności społecznych (rozwijanych na bazie teorii umysłu), spowodowane brakiem kompleksowego doświadczenia językowego odpowiadającego ich potrzebom i mniejszą praktykę konwersacyjną w środowisku rodzinnym (Slaughter, Peterson, 2011; Rosnay i in., 2014). Słyszący rodzice wierzą, że protezy słuchowe to jedyna droga do przywrócenia sprawności komunikacyjnej. Według R. Grega Emertona (1996), uczenie dziecka mowy, czytania z ust lub używanie technologii wspierającej narząd słuchu (np. implantów ślimakowych) wynika wprost z rozumienia głuchoty jako niepełnosprawności i woli przywrócenia głuchego dziecka do głównego nurtu komunikacyjnego społeczeństwa (tzw. *mainstream'u*). Jest to zdaniem wielu autorów postawa negatywna. Jednakże liczne publikacje wskazują na różnorodne zalety implantacji deklarowane przez specjalistów i opiekunów. Rezygnacja ze stosowania protez słuchowych w dobie rozwoju technologicznego wydaje się decyzją skrajną i niekoniecznie słuszną. Wczesna implantacja może ułatwić nabycie mowy i sprawności odbierania dźwięków (Miyamoto i in., 1999). Przez wzgląd na różnice indywidualne nie stanie się tak jednakże u wszystkich dzieci, które otrzymają implant. Potencjalną (i oczywistą) korzyścią jest poprawa funkcjonowania w środowisku słyszących rówieśników, poprzez łatwość nawiązywania kontaktu z osobami słyszącymi, która odzwierciedla się także w łatwiej osiągalnych sukcesach zawodowych i akademickich (Chmiel, Soutton, Jenkins, 2000; Schorr, Roth, Fox, 2009). Jednakże dopiero zaspokajanie potrzeb komunikacyjnych dziecka i zapewnianie mu możliwie najpełniejszego doświadczenia świata jest rozwiązaniem optymalnym. Warunkiem tego jest uwzględnienie języka wizualno-przestrzennego i korzystanie z jego pozytywnego wpływu na rozwój psychospołeczny. Według badań Yuelin Li, Lisy Bain i Annie Steinberg (2004) pomijanie języka migowego w rozwoju dziecka jest szczególnie charakterystyczne wśród rodziców dzieci o niższym stopniu uszkodzenia słuchu. Deprywacja języka migowego we wczesnym dzieciństwie może zadecydować o tym, że dziecko nigdy nie będzie biegłym użytkownikiem żadnego języka, co skutkuje deficytami w sferze poznawczej (Humphries i in., 2017). Naturalność i dostępność języka wizualno-przestrzennego dla dziecka niesłyszącego pozwala osiągać ekwiwalentne

osiągnięcia rozwojowe względem dzieci słyszących korzystających z języka mówionego. Specjaliści uwzględniający wnioski płynące z badań nad językiem migowym sugerują włączanie go w jak najwcześniejszym stadium rozwoju (Mellon i in., 2015; Hall, 2017), jednakże są oni wciąż w mniejszości w środowisku medycznym (Humphries i in., 2017), nawet pomimo zaleceń międzynarodowych organizacji naukowych (Hall, 2017). Obecnie większość naukowców zajmujących się problematyką komunikacji osób niesłyszących wskazuje dwujęzyczność (język migowy oraz mówiony/pisany) jako optymalne rozwiązanie dla ich rozwoju psychospołecznego i poznawczego.

### **Badania własne**

Istotą eksploracji postaw rodziców wobec uszkodzenia słuchu jest możliwość oceny posiadanej przez nich wiedzy na temat różnych aspektów uszkodzenia. Ocena ta stanowi podstawę do wyznaczenia obszarów wymagających działań edukacyjnych i wspierających. Idea ta przyczyniła się do realizacji opisywanych w tym artykule badań, przeprowadzonych w ramach seminarium empirycznego na Wydziale Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego w 2017 roku. Przed zebraniem danych sformułowano następujące pytania badawcze:

1. Czy słyszący rodzice niesłyszących dzieci różnią się między sobą postawami wobec zjawiska głuchoty? Jeśli tak, czy jeden z dwóch modeli okaże się dominujący względem drugiego w częstości występowania?
2. Czy przychylenie się do któregoś ze sposobów rozumienia głuchoty powiązane jest z zaproponowanymi czynnikami społecznymi i decyzjami podejmowanymi w stosunku do dziecka?
3. Czy doświadczenie kontaktu z innymi osobami niesłyszącymi przed narodzinami dziecka z uszkodzeniem słuchu ma związek z przychyleniem się do modelu socjokulturowego?
4. Czy fakt współwystępowania innych zaburzeń sprzyja postrzeganiu głuchoty w sposób właściwy modelowi medycznemu?

W badaniu wzięło udział 75 uczestników, wśród których znalazło się 60 kobiet i 15 mężczyzn. Zastosowano dwie metody rozpowszechniania ankiet. Część odpowiedzi (38) uzyskano dzięki ogłoszeniom umieszczonym w sieci (na forach o tematyce rodzicielskiej, a także na grupach zrzeszających rodziców dzieci z uszkodzeniem słuchu). Część rodziców (37) otrzymała ankietę od konsultantów w ośrodkach rehabilitacji. Uczestnicy zostali poinformowani w instrukcji o anonimowym, badawczym charakterze ankiety, mającej na celu pozyskanie danych, dotyczących ich postaw względem kulturowych i komunikacyjnych aspektów uszkodzenia słuchu. Nie zastosowano celowego doboru (intencją otrzymania reprezentatywnej próby ogółu populacji rodziców, pod względem płci, wieku, wykształcenia, zamieszkania), w związku z czym istnieją ograniczenia w zakresie odnoszenia uzyskanych wyników dla całej populacji.

Pytania w pierwszej części dotyczyły danych demograficznych, specyfiki uszkodzenia słuchu oraz doświadczeń z protezami słuchu. Jako ostatnie pytanie wstępnej ankiety umieszczono pytanie, dotyczące liczby znanych osób głuchych przed narodzinami dziecka.

Pozycje w drugiej części ankiety dobierane były w celu dopasowania ich do jednego bądź drugiego modelu według założeń dualistycznej teorii postaw:

- Model medyczny – Pozycje, w których wysoki wynik oznacza przychylenie się do modelu medycznego dotyczyły: pomijania aspektu językowo-kulturowego, postrzegania głuchoty jako niepełnosprawności, przymusu czytania z ust, nacisku na naukę języka mówionego, potrzeby leczenia głuchoty, traktowania protez słuchowych jako konieczności, dewaluacji osób głuchych jako pełnoprawnych członków społeczności słyszących oraz tendencji do podporządkowywania ich światu słyszących.
- Model socjokulturowy – Zgadanie się z deklaracjami przypisanymi do tego modelu wiązało się z: chęcią nawiązywania kontaktów z osobami głuchymi, pełną akceptacją języka migowego i dostrzeganiem zalet nauki języka migowego, skłanianiem się ku dwujęzyczności (język migowy + język foniczny), chęcią dostosowania siebie i otoczenia do potrzeb osób głuchych, wiedzą o kulturze osób Głuchych.

Ponadto niskie wyniki uzyskane w pozycji dotyczącej jednego modelu traktowane były jako wysokie wyniki na wskaźniku drugiego modelu. Ze względu na wartość merytoryczną część pozycji zaczerpnięto (za zgodą autora polskich wersji obydwu testów – dr. hab. Piotra Tomaszewskiego) z Kwestionariusza oceny sytuacji w rodzinie dziecka głuchego lub słabosłyszącego (Meadow-Orlans, Mertens, Sass-Lehrer, 2003) oraz Skali Postaw wobec Głuchoty (Hadadian, Rose, 1991). Pozostałe pozycje inspirowane są wnioskami z badań prowadzonych w tym obszarze (m.in. Hadadian, Rose, 1991; Berkay, Gardner, Smith, 1995; Lang i in., 1996; Gale, 2010; Brightman, 2013; Davies, 2015). Instrukcja do części mierzącej postawę rodziców zawierała prośbę o odniesienie się do pozycji na podstawie 5-stopniowej skali Likerta. Poszczególnym liczbom na skali przypisane były następujące etykiety: 1 – *Zdecydowanie się nie zgadzam*, 2 – *Raczej się nie zgadzam*, 3 – *Nie mam zdania*, 4 – *Raczej się zgadzam*, 5 – *Zdecydowanie się zgadzam*. W celu sprawdzenia, czy skonstruowana skala pomiaru postaw jest rzetelnym narzędziem, wykonano analizę metodą Cronbacha i otrzymano zadowalającą wartość ( $\alpha = 0,77$ ). Z pojedynczych odpowiedzi na skali utworzono globalny wskaźnik postawy, uprzednio rekodując wartości połowy pozycji. Niskie wartości wskaźnika postawy świadczą o przychyleniu się osoby badanej do modelu medycznego (postawie negatywnej), wysokie wartości – zgodanie się z rozumieniem uszkodzenia w ujęciu socjokulturowym (postawa pozytywna). Wartość 3 została przyjęta jako graniczna, w celu wyodrębnienia dwóch grup wyników – bliższych modelowi medycznemu lub bliższych modelowi socjokulturowemu.



## Wyniki

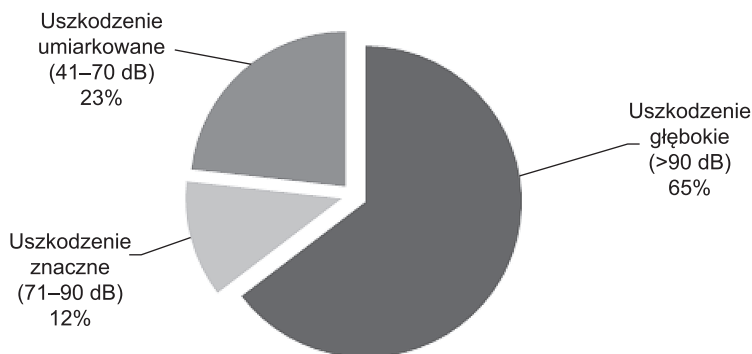
Tabela 1 zawiera dane demograficzne dotyczące dzieci osób badanych. Najmłodsze dziecko, którego rodzic wziął udział w badaniu miało cztery miesiące, natomiast najstarsze – 19 lat.

**Tabela 1.** Liczebność grupy z uwzględnieniem płci

	Wiek w miesiącach			
	M	SD	Min.	Max.
Chłopcy $N = 42$	91,1	64,6	6	228
Dziewczynki $N = 32$	72,3	58,1	4	228
Ogółem $N = 74$	87,1	62,7	4	228

Źródło: opracowanie własne.

W próbie przeważali rodzice dzieci z doświadczeniem ciężkiego niedosłuchu (pow. 90 dB), natomiast nie znaleźli się w niej rodzice dzieci z organicznym uszkodzeniem w stopniu lekkim, wobec czego w dalszych analizach przyjęto podział na dwie kategorie: dzieci słabosłyszące (od 41 do 90 dB, czyli uszkodzenia od umiarkowanych do znacznych) oraz dzieci głuche (uszkodzenie głębokie – pow. 90 dB). Dane te prezentuje wykres 1.

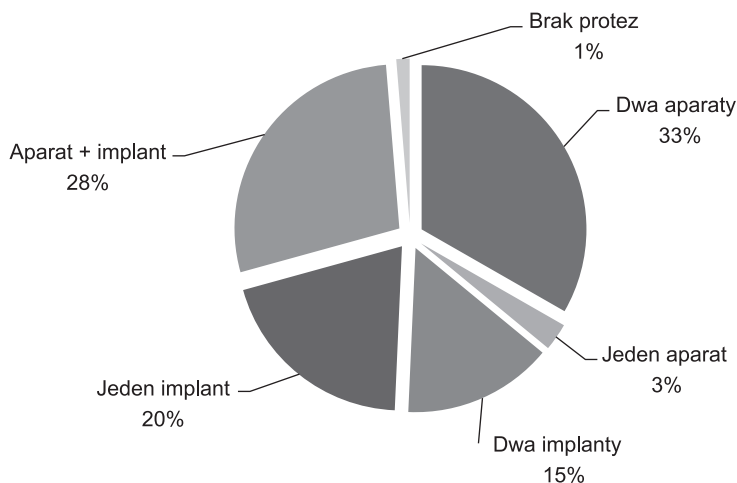


**Wykres 1.** Stopień uszkodzenia słuchu w grupie

Źródło: opracowanie własne.

Zaledwie 1,3% dzieci ankietowanych rodziców nie posiada żadnych protez słuchu. Spośród dzieci korzystających z aparatów słuchowych 69,3% nosi je codziennie (ze względu na specyfikę, implanty ślimakowe są noszone stale). Dzięki użytkowaniu protez słuchowych, liczba dzieci z głębokim uszkodzeniem słuchu zmniejszyła się z 64% próby do 13,3%.

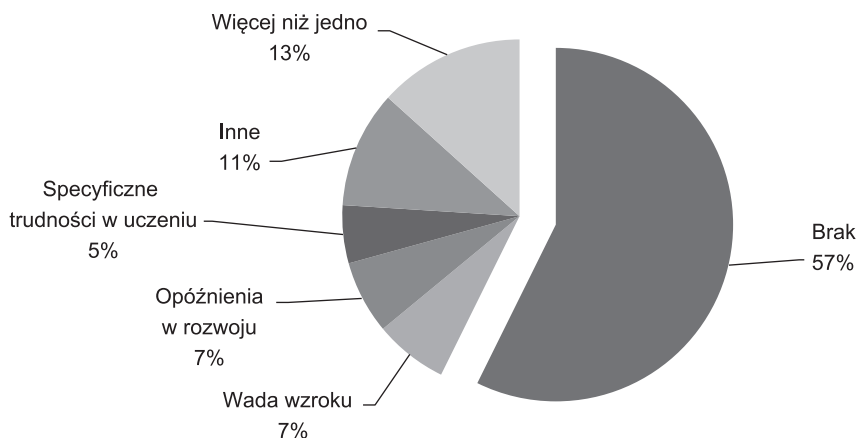
Liczba dzieci z niedosłuchem umiarkowanym lub znacznym zmniejszyła się z 36% do 20%. Przytoczone liczebności zaprezentowano na wykresie 2.



**Wykres 2.** Protezy słuchu

Źródło: opracowanie własne.

Ponad połowa (57%) dzieci rodziców z próby badawczej nie ma zdiagnozowanych innych od głuchoty ograniczeń w pełnej sprawności. Proporcje pozostałych występujących u dzieci zaburzeń lub niepełnosprawności prezentuje wykres 3.



**Wykres 3.** Zaburzenia i niepełnosprawności współwystępujące z głuchotą w badanej grupie

Źródło: opracowanie własne.

### *Model medyczny versus model socjokulturowy*

Wśród badanych rodziców żaden z modeli nie dominował w sposób istotny statystycznie  $\chi^2(1; N = 74) = 1,94$ ; ni. Spośród uczestników, 41,9% badanych przychyliło się rozumieniu głuchoty w aspekcie medycznym, a 58,1% preferowało stwierdzenia wywodzące się z modelu socjokulturowego.

### *Wiek rodziców a postawa wobec głuchoty*

Próba została podzielona na trzy kategorie wiekowe. W grupie badanych nie było osób powyżej 50. roku życia. Niezależnie od grupy wiekowej postawy rodziców nie różniły się między sobą w sposób istotny (zob. tabela 2).

### *Płeć a postawa wobec głuchoty*

Ze względu na znaczącą nadreprezentację kobiet w próbie nie przeprowadzono porównania średnich postaw pomiędzy płciami. W grupie kobiet domino wało (64%) przychylenie się do socjokulturowego modelu rozumienia głuchoty  $\chi^2(1; N = 59) = 4,89$ ;  $p < 0,05$ . Wśród mężczyzn nie dominował żaden z modeli  $\chi^2(1; N = 15) = 1,66$ ; ni.

### *Wykształcenie rodziców a postawa wobec głuchoty*

Spośród poziomów wykształcenia możliwych do wyboru oraz na podstawie odpowiedzi badanych wyodrębniono dwie kategorie główne: osoby posiadające wykształcenie średnie bądź zawodowe (47%) oraz osoby posiadające wykształcenie wyższe (53%). Z obserwacji wyłączono jedną osobę posiadającą wykształcenie podstawowe ze względu na trudności interpretacyjne tak znikomej reprezentacji tego poziomu wykształcenia w próbie. Wśród osób z wykształceniem średnim/zasadniczym/policealnym, żaden z modeli nie okazał się dominujący  $\chi^2(1; N = 35) = 2,3$ ; ni. W grupie osób z wykształceniem wyższym, żaden z modeli nie dominował istotnie  $\chi^2(1; N = 38) = 0,1$ ; ni. Obie grupy nie różniły się między sobą postawą wobec głuchoty w sposób istotny  $t(71) = 0,65$ ; ni.

### *Miejsce zamieszkania a postawa wobec głuchoty*

Wśród osób zamieszkałych na obszarach wiejskich i w małych miejscowościach do 10 tys. mieszkańców (36% badanych), dominuje model socjokulturowy postrzegania głuchoty  $\chi^2(1; N = 27) = 4,4$ ;  $p < 0,05$ . Wśród rodziców z miast średniej wielkości, od 10 do 100 tysięcy mieszkańców, nie dominuje żaden z modeli  $\chi^2(1; N = 23) = 0,18$ ; ni. Podobne wyniki uzyskano w przypadku rodziców z miejscowości dużych i największych – żaden z modeli nie okazał się dominujący  $\chi^2(1; N = 25) = 0,36$ ; ni. Analizą testem t-Studenta przy założeniu homogeniczności wariancji, wykazała, że mieszkańcy wsi i małych miast, wykazują istotnie bardziej pozytywną postawę wobec głuchoty  $t(47) = 2,8$ ;  $p < 0,05$  niż mieszkańcy miast średnich, natomiast nie różnią się od rodziców z miast dużych  $t(50) = 0,84$ ; ni.

Tabela 2. Różnice postaw pomiędzy rodzicami w zależności od wieku

Wiek rodziców	Wartość globalnego wskaźnika postawy							Porównanie średnich	
	M	SD	Skośność	Kurtoza	Min.	Max.	Chi <sup>2</sup>		Shapiro-Wilk
20-30	3,1	0,26	0,1	-0,7	2,69	3,63	$\chi^2(1; N = 54) = 9,6;$ $p < 0,05$	$W(16) = 0,96; ni.$	$F(52) = 3,4; ni.$ $t(52) = 1; ni.$ $U = 252; ni.$
31-40	3	0,4	-0,17	-0,4	2,16	3,91		$W(38) = 0,98; ni.$	
20-30	3,1	0,26	0,1	-0,7	2,69	3,63	$\chi^2(1; N = 35) = 2; ni.$	$W(16) = 0,96; ni.$	$F(33) = 0,5; ni.$ $t(33) = 0,94; ni.$ $U = 112; ni.$
41-50	3	0,39	1,2	3,3	2,38	4,2		$W(19) = 0,91; ni.$	
31-40	3	0,4	-0,17	-0,4	2,16	3,91	$\chi^2(1; N = 57) = 6,9;$ $p < 0,05$	$W(38) = 0,9; ni.$	$F(55) = 0,88; ni.$ $t(55) = -0,8; ni.$ $U = 342; ni.$
41-50	3	0,39	1,2	3,3	2,38	4,2		$W(19) = 0,9; ni.$	

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 3. Różnice postaw pomiędzy rodzicami w zakresie postaw w zależności od posiadanego wykształcenia

Wykształcenie	Wartość globalnego wskaźnika postawy							Porównanie średnich	
	M	SD	Skośność	Kurtoza	Min.	Max.	Chi <sup>2</sup>		Shapiro-Wilk
Średnie Zawodowe Policealne	3	0,3	-0,66	0,74	2,19	3,69	$\chi^2(1; N = 73) = 0,21; ni.$	$W(35) = 0,96; ni.$	$F(71) = 1,5; ni.$ $T(71) = 0,65; ni.$
Wyższe	3	0,4	0,53	0,8	2,16	4,22		$W(38) = 0,98; ni.$	

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 4. Różnice postaw pomiędzy rodzicami w zależności od miejsca zamieszkania

Wartość globalnego wskaźnika postawy									
Miejsca zamieszkania	M	SD	Skośność	Kurtoza	Min.	Max.	Chi <sup>2</sup>	Shapiro-Wilk	Porównanie średnich
Wsie i małe miasteczka	3,1	0,3	0,12	-0,48	2,38	3,69	$\chi^2(1; N = 50) = 0,32; ni.$	W(27) = 0,97; ni.	F(48) = 0,29; ni. t(48) = 2,8; p < 0,05
Średniej wielkości miasta	2,9	0,27	-0,33	-0,8	2,41	3,41		W(23) = 0,96; ni.	
Wsie i małe miasteczka	3,1	0,3	0,1	-0,48	2,38	3,69	$\chi^2(1; N = 52) = 0,32; ni.$	W(27) = 0,97; ni.	F(50) = 3,2; ni. t(50) = 0,84; ni.
Duże i największe miasta	3	0,49	0,2	0,35	2,16	4,22		W(25) = 0,97; ni.	
Średniej wielkości miasta	2,9	0,27	-0,33	-0,8	2,41	3,41	$\chi^2(1; N = 48) = 0,32; ni.$	W(23) = 0,96; ni.	F(46) = 4,2; p < 0,05 t(46) = 1,26; ni.
Duże i największe miasta	3	0,49	0,2	0,35	2,16	4,22		W(25) = 0,97; ni.	

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 5. Różnice postaw pomiędzy rodzicami w zależności od płci dziecka

Wartość globalnego wskaźnika postawy									
	M	SD	Skośność	Kurtoza	Min.	Max.	Chi <sup>2</sup>	Shapiro-Wilk	Porównanie średnich
Rodzice chłopców	3	0,35	0,45	1,6	2,38	4,22	$\chi^2(1; N = 74) = 1,6; ni.$	W(42) = 0,96; ni.	F(72) = 2,6; ni.
Rodzice dziewczynek	3	0,42	-0,19	-0,25	2,16	3,91		W(32) = 0,97; ni.	t(72) = 0,25; ni.

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6. Różnice postaw pomiędzy rodzicami w zależności od stopnia uszkodzenia słuchu dziecka

Wartość globalnego wskaźnika postawy									
	M	SD	Skośność	Kurtoza	Min.	Max.	Chi <sup>2</sup>	Shapiro-Wilk	Porównanie średnich
Uszkodzenie umiarkowane/ znaczne	3,1	0,31	-0,3	-0,8	2,53	3,69	$\chi^2(1; N = 74) = 5,8;$ $p < 0,05$	W(26) = 0,97; ni.	F(72) = 0,92; ni.
Uszkodzenie głębokie	3	0,41	0,26	0,8	2,16	4,22		W(48) = 0,98; ni.	t(72) = 1,4; ni. U = 487; ni.

Źródło: opracowanie własne.

Nieparametryczny test korelacji  $\rho$  Spearmana potwierdził, że istnieje ujemny istotny, słaby związek pomiędzy wielkością miasta a postawą wobec głuchoty,  $\rho = -0,28$ ;  $p < 0,05$ .

#### *Wiek dziecka a postawa rodziców wobec głuchoty*

W badaniu nie określono granic dla wieku dziecka. Analiza korelacji  $r$ -Pearsona wykazała, że nie występuje związek pomiędzy wiekiem dziecka a postawą rodzica wobec głuchoty,  $r = -0,07$ ; ni.

#### *Płeć dziecka a postawa rodziców wobec głuchoty*

Wśród rodziców chłopców tendencję do istotności statystycznej ujawniła przewaga modelu socjokulturowego  $\chi^2(1; N = 42) = 3,4$ ;  $p = 0,064$ . Wśród rodziców dziewczynek tyle samo osób skłaniało się ku modelowi socjokulturowemu, co medycznemu  $\chi^2(1; N = 32) = 0$ ; ni. Rodzice dziewczynek i chłopców nie różnili się między sobą (zob. tabela 5) w zakresie postaw,  $t(72) = 0,25$ ; ni.

#### *Stopień uszkodzenia słuchu dziecka a postawa rodziców wobec głuchoty*

Zarówno wśród rodziców dzieci z uszkodzeniem słuchu od umiarkowanego do znacznego  $\chi^2(1; N = 26) = 2,4$ ; ni, jak i wśród rodziców dzieci z głęboką głuchotą  $\chi^2(1; N = 48) = 0,33$ ; ni, nie dominuje żaden z dwóch modeli rozumienia głuchoty. Rodzice z obu grup nie różnią się postawą wobec głuchoty,  $U = 487$ ; ni.

#### *Postawa rodziców wobec głuchoty a wiek implantacji/założenia aparatu słuchowego u dziecka*

Analiza korelacji  $r$ -Pearsona wykazała, że nie istnieje związek pomiędzy postawą rodzica a szybkością podjęcia decyzji o zastosowaniu protez słuchowych  $r = 0$ ; ni.

**Tabela 7.** Szczegółowe informacje dotyczące wieku, w którym zastosowano protezy słuchowych w rozwoju dziecka

<b>Wiek w którym dziecko rozpoczęło korzystanie z protez słuchowych (w miesiącach)</b>				
	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>
<b>Chłopcy <math>N = 42</math></b>	26	23,2	1	86
<b>Dziewczynki <math>N = 32</math></b>	22,7	19,6	2	96
<b>Ogółem <math>N = 74</math></b>	24	21,6	1	96

Źródło: opracowanie własne.

#### *Dodatkowe zaburzenia a postawa rodziców wobec głuchoty*

Żaden z modeli rozumienia głuchoty nie dominował wśród rodziców dzieci bez zaburzeń towarzyszących  $\chi^2(1; N = 42) = 0,38$ ; ni., ani wśród rodziców

**Tabela 8.** Różnice postaw pomiędzy rodzicami w zależności od posiadania przez dziecko zaburzeń lub niepełnosprawności towarzyszących

Wartość globalnego wskaźnika postawy									
	M	SD	Skośność	Kurtoza	Min.	Max.	Chi <sup>2</sup>	Shapiro-Wilk	Porównanie średnich
Wyłącznie głuchota	3	0,41	-0,17	-0,34	2,16	3,91	$\chi^2(1; N = 74) = 1,6; ni.$	W(42) = 0,95; ni.	F(72) = 2,6; ni.
Zaburzenia choroby niepełnosprawności towarzyszące	3,1	0,34	0,86	2,3	2,5	4,22		W(32) = 0,94; ni.	t(72) = -0,86; ni.

Źródło: opracowanie własne.



dzieci z pojedynczymi zaburzeniami lub niepełnosprawnościami towarzyszącymi  $\chi^2(1; N = 22) = 1,6$ ; ni, ani wśród rodziców z kilkoma współwystępującymi zaburzeniami, chorobami bądź niepełnosprawnościami  $\chi^2(1; N = 10) = 0,4$ ; ni. Rodzice dzieci z współwystępującymi trudnościami nie różnili się względem postawy od rodziców dzieci bez trudności towarzyszących,  $t(72) = -0,86$ ; ni.

#### *Wczesne doświadczenie w kontaktach z głuchymi a postawa rodziców wobec głuchoty*

Siedemdziesiąt procent badanych rodziców nie знаło żadnej głuchej osoby przed narodzinami dziecka. Zaledwie 12% znało jedną osobę, a 16% więcej niż jedną. Otrzymany wynik analizy korelacji *r*-Pearsona nie pozwala na potwierdzenie hipotezy o związku walencji postawy z liczbą znanych głuchych osób przed narodzinami dziecka  $r = 0,07$ ; ni.

#### *Analiza odpowiedzi na wybrane pozycje*

Tabela 9 zawiera skrót najważniejszych, zdaniem autorki, informacji uzyskanych z odpowiedzi badanych w kontekście ich wiedzy na temat uszkodzenia słuchu.

**Tabela 9.** Skumulowany procent odpowiedzi *Zdecydowanie tak + Raczej tak*

Uczenie tylko mowy	50,7
Potrzeba nauki języka migowego	54,7
Język migowy opóźnia mowę	41,3
Konieczność nauki czytania z ust	68
Do dziecka należy więcej mówić niż migać	88
W domu używamy więcej mowy niż gestów	94,7
Powinno się zalecać wszczepianie implantów ślimakowych	76
Komunikacja jest najważniejsza, niezależnie od modalności	90,4
Konieczne jest znalezienie lekarstwa na głuchotę	73,4
Specjaliści powinni być specjalnie przygotowani do pracy z dziećmi z uszkodzeniem słuchu	88
Osoby z uszkodzeniem słuchu nie powinny być postrzegane jako słabe	90,7
Komunikacja w okresie rozwoju jest ważna	94,7

Źródło: opracowanie własne.

## Wnioski

Przedstawione badanie posiada ograniczenia związane ze strukturą demograficzną próby badanych. Dalszej eksploracji wymagają zjawiska związane z nadreprezentacją kobiet w grupie. Zarówno w ośrodku rehabilitacji, jak i w Internecie, ciężar pozyskiwania informacji o uszkodzeniu słuchu częściej spoczywa na matkach. Zebranie próby mężczyzn umożliwiłoby dokonanie porównań międzypłciowych oraz przyjrzenie się postawom ojców wobec dzieci z uszkodzeniem słuchu. Nie ujawnił się także bezpośredni związek między poziomem wykształcenia a przychylaniem się do modelu medycznego *versus* socjokulturowego, pomimo tego, że wyniki innych autorów wskazują na taką zależność (Kumar, Rao, 2008). Uzyskane informacje umożliwiają jednak wgląd w postawy prezentowane przez otoczenie dziecka.

Uzyskane wyniki nie stanowią potwierdzenia dla hipotezy o dominacji jednego z dwóch modeli. Prawie wszystkie dzieci (98,7%) korzystają z protez słuchu. Doświadczenia rodziców związane ze skutecznością protez uznać można za zdecydowanie pozytywne, o czym świadczą dane procentowe, dotyczące zakresu uszkodzenia słuchu dzieci podczas noszenia protez – dominująca część dzieci dzięki protezom słuchu zyskuje możliwość słyszenia zakresu dźwięków właściwego dla lżejszego uszkodzenia, co szczególnie wyraźnie widać po spadku liczby dzieci z głębokim uszkodzeniem słuchu – zmniejszyła się z 64% próby do 13,3%. Analiza korelacji wykazała, że nie istnieje związek między postawą rodzica a szybkością podjęcia decyzji o zastosowaniu protez słuchowych. Można przypuszczać, że decyzja o wieku, w jakim protezy zostaną zastosowane determinowana jest raczej przez możliwość otrzymania dofinansowań (oraz związane z tym terminy), wskazania lekarskie i podobne okoliczności, aniżeli preferencje rodzica. Pytanie o zaburzenia towarzyszące miało na celu sprawdzenie, czy wśród rodziców dzieci, borykających się z dodatkowymi trudnościami dominować będzie model medyczny rozumienia głuchoty. W takim wypadku potencjalnie ciężiej jest odróżnić „czysty” wpływ głuchoty na funkcjonowanie dziecka od wpływu czynników wynikających z innych ograniczeń i schorzeń, co może zaburzać obraz rzeczywistych trudności i zasobów osób głuchych w umyśle rodzica. Jednakże, taka hipoteza nie znalazła potwierdzenia w wynikach.

Przeważająca część rodziców nie miała żadnego kontaktu z osobą niesłyszącą przed narodzinami dziecka, nie gwarantuje im tego także proces wczesnej interwencji. Nie mają szansy skonfrontowania swoich obaw z doświadczeniem osoby, mającej historię podobną do tej, która czeka ich dziecko. W swoich poglądach rodzice mogą oprzeć się tylko na wiedzy zaczerpniętej od lekarzy i specjalistów, która ma głównie charakter medyczny. Profesjonaliści najczęściej nie są przygotowani do uwzględnienia perspektywy socjokulturowej i ograniczają swoją perspektywę do spojrzenia medycznego (Humphries, Kushalnagar, Ma-

thur i in., 2017). Autorzy Raportu dotyczącego sytuacji osób z uszkodzeniem słuchu w Polsce (Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, 2014) także podkreślają medyczny charakter postrzegania głuchoty w środowisku specjalistycznym skupionym w procesie wczesnej interwencji. Podobne wnioski płyną z badań nad postawami osób związanych z systemem edukacji. Opiekunowie często doświadczają negatywnych konsekwencji braku wiedzy wśród nauczycieli i administracji o potrzebach osób niesłyszących – zarówno tych, dotyczących rozwiązań audiologicznych, jak i aspektów kulturowych (także o znaczeniu języka migowego w rozwoju dziecka; Curle, Jamieson, Buchanan, Poon, Zaidman-Zait, Norman, 2016). Bartlett (2017) zwraca uwagę na nieusystematyzowanie i niekonkretność wiedzy specjalistów – część z nich zdaje się posiadać pewne informacje, lecz nie rozumieć istoty problemu. Brak wiedzy o specyfice uszkodzenia słuchu nie tylko sprzyja utrwalaniu negatywnych postaw, lecz także, jak pokazują badania z udziałem 200 pielęgniarek, wiąże się z oceną własnej skuteczności (Velonaki i in., 2015), co potencjalnie obniżać może jakość świadczonej przez nie obsługi pacjenta.

Dlaczego tak niewielu rodziców włącza język migowy w komunikację z dzieckiem, pomimo tego, że chcieliby się go uczyć (68% badanych) oraz deklarują, że język migowy jest podstawowym prawem osoby z uszkodzeniem słuchu (64%)? Rodzice przyznają, że komunikacja jest dla nich najważniejsza niezależnie od modalności (90,6%), co w połączeniu z innymi wynikami świadczy o tym, że nie są informowani o zaletach języka migowego (66,6% nie wie o stymulującej rozwój wartości migania) i błędnie postrzegają mowę jako jedyne rozwiązanie. Wielu rodziców (66,7%) dostrzega zalety dwujęzyczności, ale jednocześnie 50,7% posiada nieprawdziwe przekonanie, że język migowy zakłóca skuteczność implantów.

W swoim artykule Agnieszka Kossowska (2017, s. 212) przytacza własne rodzicielskie doświadczenia w tej materii: „[...] albowiem na rynku brakuje pomocy dla rodzin takich jak nasza. Jedna z moich znajomych, słysząca, migająca mama użyła podczas jednej z naszych rozmów na temat materiałów dla dzieci sformułowania *podziemie migowe*”. W tym samym tekście Kossowska zawiera także swoje przejmujące wspomnienie, że nieraz w myślach prosiła syna, by zaczął mówić, ponieważ ciężar negatywnych ocen specjalistów na temat nauczania syna języka migowego był trudny do zniesienia. Pozostałe refleksje, płynące z przytoczonego artykułu są także ważnym świadectwem samotności rodzica spośród braku kompleksowej wiedzy i wsparcia specjalistów.

Wola podporządkowywania komunikacyjnego jest wyraźnie widoczna, choć przyczyny tego należy upatrywać bardziej w braku wiedzy, aniżeli w złych intencjach. Prawdopodobnie słyszącym rodzicom ciężiej jest zasymilować poglądy o własnościach języka migowego jako wystarczającego i preferowanego, gdyż jest to dla nich odleglejsze doświadczenie niż dla niesłyszących rodziców niesłyszących dzieci. Konieczne jest tworzenie kampanii informacyjnych skier-

rowanych do społeczeństwa (ze szczególnym naciskiem na grupę rodziców) w celu wytworzenia normy postrzegania osób z uszkodzeniem słuchu z perspektywy kulturowej i tożsamościowej, a więc z uwzględnieniem komfortowej dla nich modalności komunikacyjnej. Oddziaływania edukacyjne powinny zawierać także elementy demitologizacji języka migowego jako mniej wartościowej alternatywy dla języka mówionego. Wiedza o komunikacji wizualno-prze-strzennej i jej korzystnym wpływie na rozwój językowy i psychiczny dziecka powinna być przekazywana rodzicom równoległe z edukowaniem o protezach. Połączenie tych dwóch dróg wydaje się być obecnie największym kompromisem pomiędzy wolą umożliwienia dziecku niesłyszącemu kontaktów ze słyszącym środowiskiem a poszanowaniem dla jego potrzeb psychospołecznych i rozwojowych. Dostarczanie rodzicom informacji w tym zakresie pozwoli na najpełniejszy rozwój potencjału ich dziecka.

## Bibliografia

- Ajzen, I. (2001). Nature and operation of attitudes. *Annual Review of Psychology*, 52, 27–58. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.27>.
- Babad, E., Inbar, J., Rosenthal, R. (1982). Pygmalion, Galatea, and the Golem: Investigations of biased and unbiased teachers. *Journal of Educational Psychology*, 74, 459–474.
- Bartlett, S. (2017). Disabled or Deaf? Investigating mental health clinicians' knowledge of and attitude towards Deafness as a culture. *International Journal of Culture and Mental Health*, 1–10. <https://doi.org/10.1080/17542863.2017.1409779>.
- Bat-Chava, Y. (2000). Diversity of deaf identities. *American Annals of the Deaf*, 145(5), 420–428. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1353/aad.2012.0176>.
- Bem, D. (1972). Self-perception theory. *Advances in Experimental Social Psychology*, 6, 2–57.
- Berkay, P., Gardner, J., Smith, P. (1995). The development of the opinions about deaf people scale: A scale to measure hearing adults' beliefs about the capabilities of deaf adults. *Educational and Psychological Measurement*, 55, 105–114.
- Biuro Prasowe Kongresu Kobiet. (2011). *Raport o osobach niepełnosprawnych w Polsce*. Warszawa: Rzecznik Praw Obywatelskich.
- Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich. (2014). *Sytuacja osób głuchych w Polsce*. Warszawa: Rzecznik Praw Obywatelskich.
- Brice, P.J., Strauss, G. (2016). Deaf adolescents in a hearing world: a review of factors affecting psychosocial adaptation. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 7, 67–76. <https://doi.org/10.2147/AHMT.S60261>.
- Brightman, B. (2013). *The Relationship Between Attitudes and Perspectives of American Sign Language University Students Towards Deaf People*. University of South Florida Scholar Commons, Graduate Theses and Dissertations. <http://scholarcommons.usf.edu/etd/>.
- Brunger, J., Murray, G., O'Riordan, M., Matthews, A., Smith, R., Robin, N. (2000). Parental Attitudes toward Genetic Testing for Pediatric Deafness. *American Journal of Human Genetics*, 67(6), 1621–1625. <https://dx.doi.org/10.1086%2F316901>.
- Chmiel, R., Soutton, L., Jenkins, H. (2000). Quality of Life in Children with Cochlear Implants. *Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology*, 109(12), 103–105.
- Cooper, A., Rose, J., Mason, O. (2003). Short Paper Mental Health Professionals' Attitudes Towards People Who Are Deaf. *Community & Applied Social Psychology*, 13, 314–319.
- Crisp, R., Turner, R. (2009). *Psychologia Społeczna*. Warszawa: WN PWN.

- Croizet, J.-C., Claire, T. (1998). Extending the concept of stereotype threat to social class: the intellectual underperformance of students from low socioeconomic background. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 588–594. <https://doi.org/10.1177/0146167298246003>.
- Curle, D., Jamieson, J., Buchanan, M., Poon, B.T., Zaidman-Zait, A., Norman, N. (2016). The transition from early intervention to school for children who are deaf or hard of hearing: Administrator perspectives. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 22, 1, 131–140. <https://doi.org/10.1093/deafed/enw067>.
- Davies, C.E. (2015). *Parenting attitudes and stress levels among parents of children who are deaf* (Doctoral dissertation).
- Ebrahimi, H., Mohammadi, E., Mohammadi, M.A., Pirzadeh, A., Mahmoudi, H., Ansari, I. (2015). Stigma in mothers of deaf children. *Iranian Journal of Otorhinolaryngology*, 27(79), 109–118.
- Emerton, R.G. (1996). Marginality, biculturalism, and social identity of deaf people. W: Parsinis L. (red.), *Cultural and language diversity and the deaf experience* (s. 136–144). New York, NY: Cambridge University Press.
- Enns, E., Boudreault, P., Palmer, C. (2010). Examining the Relationship Between Genetic Counselors' Attitudes Toward Deaf People and the Genetic Counseling Session. *Journal of Genetic Counseling*, 19(2), 161–173.
- Gale, E. (2011). Exploring perspectives on cochlear implants and language acquisition within the deaf community. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 16(1), 121–139.
- Greenwald, A., Banaji, M. (1995). Implicit social cognition: attitudes, self-esteem, and stereotypes. *Psychological Review*, 102(1), 4–27.
- Hadadian, A., Rose, S. (1991). An investigation of parents' attitudes and the communication skills of their deaf children. *American Annals of the Deaf*, 136(3), 273–277.
- Hall, W.C. (2017). What you don't know can hurt you: The risk of language deprivation by impairing sign language development in deaf children. *Maternal and Child Health Journal*, 21(5), 961–965.
- Hintermair, M. (2007). Self-esteem and satisfaction with life of deaf and hard-of-hearing people – A resource – oriented approach to identity work. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 13(2), 278–300.
- Humphries, T., Kushalnagar, P., Mathur, G., Napoli, D.J., Padden, C., Rathmann, C., Smith, S. (2017). Language choices for deaf infants: Advice for parents regarding sign languages. *Clinical Pediatrics*, 55(6), 513–517.
- Kobosko, J. (2009). Relacja matka-dziecko a zaburzenia rozwoju językowego u młodzieży głuchej. *Przegląd Psychologiczny*, 52(3), 327–342.
- Kossowska, A. (2017). Język migowy w rodzinie słyszącej – z doświadczeń własnych. *Forum Oświatowe*, 30, 2(58), 209–214.
- Kumar, S., Rao, G. (2008). Parental attitudes towards children with hearing impairment. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, 19(2), 111–117.
- Kushalnagar, P., Topolski, T.D., Schick, B., Edwards, T.C., Skalicky, A.M., Patrick, D.L. (2011). Mode of communication, perceived level of understanding, and perceived quality of life in youth who are deaf or hard of hearing. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 16(4), 512–523. <https://doi.org/10.1093/deafed/enr015>.
- Lang, H., Foster, S., Gustina, D., Mowl, G., Liu, Y. (1996). Motivational and attitudinal orientations in learning American Sign Language. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 1(2), 137–144.
- Li, Y., Bain, L., Steinberg, A. (2004). Parental decision-making in considering cochlear implant technology for a deaf child. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 68(8), 1027–1038.
- Meadow-Orlans, K., Mertens, D.M., Sass-Lehrer, M.A. (2003). *Parents and their deaf children*. Washington, D.D.: Gallaudet University Press.
- Mekonnen, M., Hannu, S., Elina, L., Matti, K. (2016). The self-concept of deaf/hard-of-hearing and hearing students. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 21(4), 345–351.

- Mitchiner, J., Lytle, L.R. (2018). A Positive Perspective: Preparing Professionals to Work with Deaf and Hard of Hearing Infants, Toddlers, and Their Families. *Odyssey: New Directions in Deaf Education*, 19, 10–14.
- Miyamoto, R., Kirk, K., Svirsky, M., Segha, S. (1999). Communication Skills in Pediatric Cochlear Implant Recipients. *Journal Acta Oto-Laryngologica*, 119(2), 219–224.
- Monaghan, L., Senghas, R.J. (2002). Signs of their times: Deaf communities and the culture of language. *Annual Review of Anthropology*, 31, 69–97.
- Mousley, V.L., Chaudoir, S.R. (2018). Deaf Stigma: Links Between Stigma and Well-Being Among Deaf Emerging Adults. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 1, 23(4), 341–350. <https://doi.org/10.1093/deafed/eny018>.
- Napoli, D.J., Mellon, N.K., Niparko, J.K., Rathmann, C., Mathur, G., Humphries, T., Handley, T., Scambler, S., Lantos, J.D. (2015). Should all deaf children learn sign language?. *Pediatrics*, 136, 1, 170–176. doi: 10.1542/peds.2014-1632.
- Podgórska-Jachnik, D. (2013). *Glusi. Emancypacje*. Łódź: WN WSP.
- Richardson, V. (1996). The role of attitudes and beliefs in learning to teach. W: J. Sikula (red.), *Handbook of research on teacher education* (s. 102–119). New York: Macmillan.
- Rosnay, M., Fink, E., Berger, S., Slaughter, V. (2014). Talking theory of mind talk: young school-aged children's everyday conversation and understanding of mind and emotion. *Journal of Child Language*, 41(5), 1179–1193.
- Rowe, W., O'Brien, J. (2002). The role of Golem, Pygmalion, and Galatea effects on opportunistic behavior in the classroom. *Journal of Management Education*, 26(6), 612–628.
- Schmader, T., Johns, M., Forbes, Ch. (2008). An Integrated Process Model of Stereotype Threat Effects on Performance. *Psychological Review*, 15(2), 336–356.
- Schorr, E., Roth, F., Fox, N. (2009). Quality of life for children with cochlear implants: Perceived benefits and problems and the perception of single words and emotional sounds. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 52, 141–152.
- Slaughter, V., Peterson, C. (2011). How conversational input shapes theory of mind development in infancy and early childhood. W: M. Siegal, L. Surian (red.), *Access to language and cognitive development* (s. 3–22). New York: Oxford University Press.
- Spencer, S., Steele, C., Quinn, D. (1998). Stereotype threat and women's math performance. *Journal of Experimental Social Psychology*, 35, 4–28.
- Tomaszewski, P., Moroń, E. (2018). Quo vadimus? Dynamika paradygmatów głuchoty we współczesnym świecie.
- Tomaszewski, P., Sak, M. (2014). Is it possible to educate deaf children bilingually in Poland? W: M. Olpińska-Szkiełko, L. Bertelle (red.), *Zweisprachigkeit und bilingualer Unterricht* (s. 129–149). Frankfurt: Peter Lang Edition.
- Velonaki, V.S., Kampourglou, G., Velonaki, M., Dimakopoulou, K., Sourtzi, P., Kalokerinou, A. (2015). Nurses' knowledge, attitudes and behavior toward Deaf patients. *Disability and Health Journal*, 8(1), 109–117. doi: 10.1016/j.dhjo.2014.08.005.
- Williams, G. (2001). Theorizing disability. *Handbook of Disability Studies*, 123, 144.
- Woodward, J., Allen, T. (1993). Models of deafness compared: A sociolinguistic study of deaf & hard of hearing teachers. *Sign Language Studies*, 79(1), 113–126.
- Zajonc, R. (1968). Attitudinal effects of mere exposure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 9(2), 1–27.

Załącznik 1. Ankieta skonstruowana do pomiaru postaw rodziców względem głuchoty

	Zdecydowanie się zgadzam	Raczej się zgadzam	Nie mam zdania	Raczej się nie zgadzam	Zdecydowanie się nie zgadzam
1. Dzieci glucho/słabosłyszące powinny uczyć się tylko mowy, żeby mogły komunikować się ze słyszącymi rodzicami	Zdecydowanie się zgadzam	Raczej się zgadzam	Nie mam zdania	Raczej się nie zgadzam	Zdecydowanie się nie zgadzam
2. Chciałbym/abym mieć więcej głuchych/słabosłyszących przyjaciół	Zdecydowanie się zgadzam	Raczej się zgadzam	Nie mam zdania	Raczej się nie zgadzam	Zdecydowanie się nie zgadzam
3. Chciałbym/abym mieć więcej głuchych/słabosłyszących znajomych, np. w pracy	Zdecydowanie się zgadzam	Raczej się zgadzam	Nie mam zdania	Raczej się nie zgadzam	Zdecydowanie się nie zgadzam
4. Głusi są niepełnosprawni	Zdecydowanie się zgadzam	Raczej się zgadzam	Nie mam zdania	Raczej się nie zgadzam	Zdecydowanie się nie zgadzam
5. Powinno przeprowadzić się więcej badań, aby znaleźć lekarstwo na głuchotę	Zdecydowanie się zgadzam	Raczej się zgadzam	Nie mam zdania	Raczej się nie zgadzam	Zdecydowanie się nie zgadzam
6. Głuche dzieci powinny uczyć się języka migowego	Zdecydowanie się zgadzam	Raczej się zgadzam	Nie mam zdania	Raczej się nie zgadzam	Zdecydowanie się nie zgadzam
7. U głuchych dzieci może wystąpić ryzyko opóźnienia językowego, jeśli będą używać języka migowego	Zdecydowanie się zgadzam	Raczej się zgadzam	Nie mam zdania	Raczej się nie zgadzam	Zdecydowanie się nie zgadzam
8. Głusi powinni uczyć się czytać z ust	Zdecydowanie się zgadzam	Raczej się zgadzam	Nie mam zdania	Raczej się nie zgadzam	Zdecydowanie się nie zgadzam
9. Tłumacze języka migowego powinni być dostępni dla osób głuchych/słabosłyszących w pracy	Zdecydowanie się zgadzam	Raczej się zgadzam	Nie mam zdania	Raczej się nie zgadzam	Zdecydowanie się nie zgadzam
10. Niesłyszący powinni automatycznie otrzymywać pomoc w ich domowym środowisku	Zdecydowanie się zgadzam	Raczej się zgadzam	Nie mam zdania	Raczej się nie zgadzam	Zdecydowanie się nie zgadzam
11. Wszczępienie dziecku głuchemu implantu ślimakowego powinno być zalecane	Zdecydowanie się zgadzam	Raczej się zgadzam	Nie mam zdania	Raczej się nie zgadzam	Zdecydowanie się nie zgadzam
12. Szkolenie profesjonalistów do pracy z niesłyszącymi klientami byłoby stratą czasu	Zdecydowanie się zgadzam	Raczej się zgadzam	Nie mam zdania	Raczej się nie zgadzam	Zdecydowanie się nie zgadzam

	Zdecydowanie się zgadzam	Raczej się zgadzam	Nie mam zdania	Raczej się nie zgadzam	Zdecydowanie się nie zgadzam
13. Posiadanie głuchego współpracownika powodowałoby problemy w miejscu pracy	Zdecydowanie się zgadzam	Raczej się zgadzam	Nie mam zdania	Raczej się nie zgadzam	Zdecydowanie się nie zgadzam
14. Głusi są fizjologicznie słabi	Zdecydowanie się zgadzam	Raczej się zgadzam	Nie mam zdania	Raczej się nie zgadzam	Zdecydowanie się nie zgadzam
15. Chciałbym/labym widzieć więcej głuchych/słabosłyszących tam, gdzie bywam	Zdecydowanie się zgadzam	Raczej się zgadzam	Nie mam zdania	Raczej się nie zgadzam	Zdecydowanie się nie zgadzam
16. Posiadanie głuchego/słabosłyszącego przyjaciela byłoby trudne	Zdecydowanie się zgadzam	Raczej się zgadzam	Nie mam zdania	Raczej się nie zgadzam	Zdecydowanie się nie zgadzam
17. Głusi mają swoją kulturę	Zdecydowanie się zgadzam	Raczej się zgadzam	Nie mam zdania	Raczej się nie zgadzam	Zdecydowanie się nie zgadzam
18. Chciałbym/labym uczyć się języka migowego	Zdecydowanie się zgadzam	Raczej się zgadzam	Nie mam zdania	Raczej się nie zgadzam	Zdecydowanie się nie zgadzam
19. Chciałbym/labym dobrze komunikować się z moim dzieckiem, bez względu na to, czy to będzie język mówiony czy migowy	Zdecydowanie się zgadzam	Raczej się zgadzam	Nie mam zdania	Raczej się nie zgadzam	Zdecydowanie się nie zgadzam
20. Myślę, że do mojego dziecka należy więcej mówić niż migać	Zdecydowanie się zgadzam	Raczej się zgadzam	Nie mam zdania	Raczej się nie zgadzam	Zdecydowanie się nie zgadzam
21. W komunikacji z moim dzieckiem używam częściej mowy niż migów/gestów	Zdecydowanie się zgadzam	Raczej się zgadzam	Nie mam zdania	Raczej się nie zgadzam	Zdecydowanie się nie zgadzam
22. Głusi nie powinni być postrzegani jako „słabi”	Zdecydowanie się zgadzam	Raczej się zgadzam	Nie mam zdania	Raczej się nie zgadzam	Zdecydowanie się nie zgadzam
23. Myślę, że moje dziecko zawsze rozumie, co do niego mówię	Zdecydowanie się zgadzam	Raczej się zgadzam	Nie mam zdania	Raczej się nie zgadzam	Zdecydowanie się nie zgadzam
24. Myślę, że komunikacja w wieku mojego dziecka jest ważna	Zdecydowanie się zgadzam	Raczej się zgadzam	Nie mam zdania	Raczej się nie zgadzam	Zdecydowanie się nie zgadzam



	Zdecydowanie się zgadzam	Raczej się zgadzam	Nie mam zdania	Raczej się nie zgadzam	Zdecydowanie się nie zgadzam
25. Język migowy nie jest kwestią wyboru, lecz podstawowym prawem każdej osoby głuchej/słabosłyszącej	Zdecydowanie się zgadzam	Raczej się zgadzam	Nie mam zdania	Raczej się nie zgadzam	Zdecydowanie się nie zgadzam
26. Łatwiej będzie uczyć języka mówionego dzieci głuche, które znają podstawy języka migowego	Zdecydowanie się zgadzam	Raczej się zgadzam	Nie mam zdania	Raczej się nie zgadzam	Zdecydowanie się nie zgadzam
27. Użytkownicy implantów ślimakowych powinni posługiwać się tylko językiem mówionym, aby móc się go lepiej nauczyć	Zdecydowanie się zgadzam	Raczej się zgadzam	Nie mam zdania	Raczej się nie zgadzam	Zdecydowanie się nie zgadzam
28. Dzieci dwujęzyczne rozwijają się lepiej niż dzieci jednojęzyczne	Zdecydowanie się zgadzam	Raczej się zgadzam	Nie mam zdania	Raczej się nie zgadzam	Zdecydowanie się nie zgadzam
29. Protezy słuchowe (implanty ślimakowe lub aparaty słuchowe) zwiększają potencjał dziecka poprzez umożliwienie mu szerszych kontaktów ze światem	Zdecydowanie się zgadzam	Raczej się zgadzam	Nie mam zdania	Raczej się nie zgadzam	Zdecydowanie się nie zgadzam
30. Dziecko z niedawno wszczepionym implantem ślimakowym powinno używać języka migowego i języka polskiego jednocześnie	Zdecydowanie się zgadzam	Raczej się zgadzam	Nie mam zdania	Raczej się nie zgadzam	Zdecydowanie się nie zgadzam
31. Dziecko z niedawno wszczepionym implantem ślimakowym powinno używać języka migowego	Zdecydowanie się zgadzam	Raczej się zgadzam	Nie mam zdania	Raczej się nie zgadzam	Zdecydowanie się nie zgadzam
32. Dzieki dwujęzyczności (język mówiony i migowy) dziecko głuche/słabosłyszące może rozwijać swoją samodzielność	Zdecydowanie się zgadzam	Raczej się zgadzam	Nie mam zdania	Raczej się nie zgadzam	Zdecydowanie się nie zgadzam

## NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ CZY BARIERA JĘZYKOWA? POSTAWY SŁYSZĄCYCH RODZICÓW DZIECI NIESŁYSZĄCYCH WOBEĆ GŁUCHOTY

### *Abstrakt*

Celem artykułu była eksploracja postaw słyszących rodziców dzieci z uszkodzeniem słuchu względem różnych aspektów głuchoty. Postawiono hipotezy dotyczące związku znaku postawy z różnymi czynnikami, m.in. wykształceniem, wiekiem dziecka, liczbą znanych osób z uszkodzeniem słuchu. Na podstawie teorii dwóch modeli rozumienia głuchoty skonstruowano skalę złożoną z 32 pozycji, mierzącą postawę wobec głuchoty. Wedle przyjętych założeń postawa pozytywna świadczy o przychylniu się do modelu socjokulturowego głuchoty, uwzględniającego poszanowanie dla komunikacyjnych preferencji dziecka oraz akceptację języka migowego. Model medyczny opisuje przeciwległy kraniec kontinuum – postawy negatywne, odpowiedzialne za postrzeganie głuchoty jako niepełnosprawności oraz preferowanie stosowania protez słuchowych. Żaden z modeli nie okazał się dominujący. Dalszej analizie poddane zostały pozyskane dane dotyczące przekonań i wiedzy rodziców na temat aspektów głuchoty.

*Słowa kluczowe:* głuchota, postawy, model medyczny, model socjokulturowy, niepełnosprawność

## DISABILITY OR LANGUAGE BARRIER? ATTITUDES TOWARDS DEAFNESS AMONG HEARING PARENTS OF CHILDREN WITH HEARING IMPAIRMENT

### *Abstract*

The aim of the following article was to investigate the attitudes towards different aspects of deafness among hearing parents of children with hearing impairment. It was hypothesized that the valence of the attitude correlates with various factors, for instance: parents' level of education, child's age and number of other people with hearing loss known by the parents. For the purpose of this research, a 32-item scale, based on the theory of dualistic models of attitudes was created. Positive attitudes were associated with preference for sociocultural perspective on deafness, including respect for child's preferred communication method, acceptance for sign language, perceiving people with hearing loss as able-bodied. Contrarily, negative perspective was related to the medical perspective on deafness, which includes insisting on curing deafness and treating it as a disability which requires supportive solutions e.g. hearing aids or cochlear implants. Neither of the two models appeared dominant. Further analyses were addressed to explore parents' knowledge and beliefs about hearing impairment.

*Keywords:* deafness, attitudes, medical perspective, sociocultural perspective, disability