

Katarzyna Bieńkowska, Małgorzata Zaborniak-Sobczak

Wsparcie społeczne i jego związek z kształtowaniem się postaw rodzicielskich wobec dzieci z wadą słuchu

Niepełnosprawność nr 13, 139-152

2014

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Katarzyna Bieńkowska, Małgorzata Zaborniak-Sobczak

Uniwersytet Rzeszowski

*„Różne systemy wsparcia działają jako schronienie,
które pozwala na regenerację sił”
(Kmieciak-Baran 1995, s. 201)*

Wsparcie społeczne i jego związek z kształtowaniem się postaw rodzicielskich wobec dzieci z wadą słuchu

Social support and its relation to shaping parental attitudes towards children with hearing impairment

The article presents the results of pilot research conducted among a group of parents of children with hearing impairment in the area of south-eastern Poland and Slovakia. The purpose of the research was to determine the relations between an evaluation of social support obtained from specialists: therapists, speech therapists, and the process of shaping parental attitudes towards children with hearing impairment. Hearing impairment diagnosed, waiting for a hearing aid and the beginning of a long-lasting process of hearing and speech therapy are difficult situations for parents. Parents, who experience stress related to waiting for a successful resolution of a problem, need support provided by specialists: physicians, therapists, speech therapists. The research showed that parents evaluated emotional and informational support the highest and appraisal support and instrumental support was evaluated by them a bit lower. Parents from Slovakia evaluate social support obtained statistically significantly worse in comparison with parents from Poland. Emotional and instrumental support allows differentiates between parents in terms of inconsistencies of their attitudes. It seems that shaping consistent parental attitude towards a child with hearing impairment is dependent on the quality of these types of support.

Słowa kluczowe: wsparcie społeczne, postawy rodzicielskie, rehabilitacja słuchu i mowy dzieci z wadą słuchu

Keywords: social support, parental attitudes, rehabilitation of hearing and speech in children with hearing impairment

Wprowadzenie

Wsparcie społeczne było i jest tematem wielu prac socjologicznych, pedagogicznych i psychologicznych. Jest różnie określane i precyzowane. Analizą tego pojęcia, „terminu – parasolu” zajęła się między innymi Szluz (2006), wskazując na jego

wieloznaczność, a stąd wieloaspektowość w kontekście organizacji, form, jakości, rodzaju, cech biorcy i dawcy, oczekiwanych skutków. W naukach społecznych termin wsparcie oznacza najczęściej: pomoc udzielaną osobie lub grupie osób, celem umożliwienia zaspokajania potrzeb życiowych, proces, w którym „ktoś” udziela wsparcia „komuś” (por. Kmieciak-Baran 1995; Sęk, Cieślak 2004; Szluz 2006). Uwzględniając różne kryteria wskazuje się na różnorodne rodzaje wsparcia społecznego, pochodzące z rozmaitych źródeł. Dla potrzeb celu i procedury badawczej założono, że wsparcie społeczne to szczególna pomoc, którą otrzymują ludzie w sytuacjach kryzysowych, trudnych, bowiem sprzyja ona radzeniu sobie z sytuacjami, będącymi źródłem stresu. Kmieciak-Baran (1995) uwzględniła cztery rodzaje wsparcia społecznego:

- wsparcie emocjonalne, polegające na dawaniu komunikatów wzmacniających poczucie przynależności do grupy społecznej, mogą to być komunikaty typu: *jestes przez nas szanowany, ceniony; jest to dawanie osobie do zrozumienia, że zawsze może liczyć na grupę lub inną osobę, że w każdej chwili udzielona zostanie stosowana pomoc;*
- wsparcie wartościujące to dawanie komunikatów świadczących o wartości drugiego człowieka, jego roli i znaczeniu jakie odgrywa w danej grupie społecznej, że posiada takie możliwości, które są ważne dla prawidłowego funkcjonowania grupy;
- wsparcie instrumentalne to dostarczanie pomocy, świadczenie konkretnych usług;
- wsparcie informacyjne, poznawcze sprzyja zrozumieniu sytuacji, problemu, a polega na udzielaniu rad, przekazywaniu ważnych dla funkcjonowania wiadomości, informacji (Kmieciak-Baran 1995, s. 202). Analizy teoretyczne umożliwiły opracowanie Skali Wsparcia Społecznego (Kmieciak-Baran 1995), służącej określeniu rodzaju i siły wsparcia, jakie otrzymuje osoba od określonych grup społecznych; w badaniach własnych wyżej wymieniona skala posłużyła rozpoznaniu oceny czterech rodzajów wsparcia, jakie otrzymują rodzice dzieci z wadą słuchu od profesjonalistów, głównie terapeutów: surdopedagogów, logopedów. Wsparcie społeczne rodziców dzieci niepełnosprawnych jest ważnym elementem systemowych działań, podejmowanych w obrębie wczesnej interwencji i wczesnego wspomaganie rozwoju.

Niepełnosprawność dziecka zaburza równowagę wewnątrzrodzinną i staje się predyktorem sytuacji trudnej (por. Pisula 1998; Kościelska 2001; Minczakiewicz 2003; Kirenko 2004; Barłóg 2008; Woźniak, Bieńkowska 2011). Z punktu widzenia radzenia sobie z problemami związanymi z niepełnosprawnością ważne wydaje się wsparcie spostrzegane, które jest efektem działania sieci wspierających, a wynika z wiedzy i doświadczeń o tym, gdzie i od kogo można uzyskać pomoc, na kogo można liczyć w trudnej sytuacji oraz wsparcie otrzymywane, rozumiane jako faktycznie otrzymywana pomoc.

Środowisko społeczne pełnić może rolę ważnego źródła oparcia dla rodziny dzieci z niepełnosprawnością. Zaburzona homeostaza życia rodzinnego, przykładowo wynikająca z rezygnacji z pracy któregoś rodzica, powoduje, że rodzina musi korzystać z różnych rodzajów wsparcia. Najczęściej jest to wsparcie ekonomiczne (por. instrumentalne), często także informacyjne, nierzadko emocjonalne. Brak racjonalnego i adekwatnego do potrzeb wsparcia może prowadzić do patologizacji życia rodzinnego (Krause 2004). Podsumowując, wsparcie społeczne odgrywa istotną rolę w procesie normalizacji życia rodzin dzieci z niepełnosprawnością, w konsekwencji także ma znaczenie dla prawidłowego funkcjonowania psychospołecznego dziecka w życiu dorosłym.

Celem badań własnych stała się diagnoza rodzaju wsparcia społecznego otrzymywanego od terapeutów przez rodziców małych dzieci z wadą słuchu oraz próba określenia związku między wsparciem społecznym (spostrzeganym i otrzymywanym) a postawą rodzicielską wobec niepełnosprawnego dziecka. Spośród dostępnych narzędzi badawczych, określających postawy rodzicielskie, wybrano Skalę Postaw Rodzicielskich autorstwa Plopa (2008). Za autorem przyjęto określenie postawy rodzicielskiej i zaproponowaną typologię postaw. Oddziaływanie rodziców na dziecko w znacznej mierze jest uzależnione od manifestowanych wobec niego postaw, tj. odniesień poznawczych (intelektualnych), emocjonalnych i działaniowych. Określając postawę rodzicielską, Plopa powołuje się na definicje Rembowski (1972) i Ziemskiej (1973). Rembowski określa postawę rodzicielską jako „całościową formę ustosunkowania się rodziców (osobno ojca, osobno matki) do dzieci, do zagadnień wychowawczych itp., ukształtowaną podczas pełnienia funkcji rodzicielskich” (Rembowski 1972, s. 55). Podobnie Ziemska przyjmuje, że postawa jest w pewnym stopniu „utrwaloną, nabytą strukturą poznawczo-dążeniowo-afektywną, ukierunkowującą zachowanie się rodziców wobec dziecka” (Ziemska 1973, s. 59). Plopa, na podstawie przeglądu literatury przedmiotu, wyodrębnia 6 typów oddziaływań rodzicielskich, postaw: akceptacji-odrzućenia, autonomii, nadmiernego wymagania, niekonsekwencji i nadmiernego ochraniania (Plopa 2008, 2011). Postawa akceptacji oznacza, że rodzic akceptuje dziecko, takim jakim ono jest, stwarza klimat sprzyjający swobodnej wymianie uczuć, uczy dziecko ufności do ludzi i świata. Dziecko zapamiętuje rodzica jako bezwarunkowo akceptującego i kochającego, obdarzającego wsparciem. Z perspektywy czasu rodzic oceniany jest jako mający autorytet, otwarty na udzielanie wsparcia, ale nienarzucający się (Plopa 2008, 2011). Z kolei postawa odrzućająca oznacza, że rodzic nie odczuwa przyjemności z obcowania z dzieckiem, wzajemne relacje są chłodne, rodzic nie dostrzega potrzeb dziecka, jego problemów. Dorosłe dziecko ma odczucie, że nie było akceptowane przez rodzica, nie zaznało bliskości, ciepła, okazji do zbliżenia emocjonalnego. Odczuwa, że było traktowane instrumentalnie, zabezpieczane były jedynie potrzeby materialne

(Plopa 2008, 2011). O postawie nadmiernie wymagającej świadczy bezwzględne traktowanie dziecka przez jego rodzica, który uważa się za autorytet w sprawach wychowania dziecka, nie rozumie potrzeb dziecka i bezwzględnie egzekwuje wykonywanie swoich poleceń, nakazów, nie przyjmuje krytyki i sprzeciwu. Dziecko pamięta rodzica jako wymagającego posłuszeństwa, nie odbiera jednak rodzica jako niekochającego, ale raczej jako działającego na rzecz dziecka, tylko w sposób konsekwentny, chłodny (Plopa 2008, 2011). Rodzic, który traktuje dziecko jako osobę, która wraz z wiekiem potrzebuje więcej autonomii, samodzielności, zachowanie rodzica jest elastyczne, dostosowane do potrzeb rozwojowych dziecka wyraża postawę autonomii. Dziecko pamięta rodzica jako osobę elastyczną, wyrozumiałą, akceptującą próby samodzielnego podejmowania decyzji, rozwiązywania problemów (Plopa 2008, 2011). Postawa ta przypuszczalnie najbardziej sprzyjać będzie kształtowaniu się także poczucia odpowiedzialności. Natomiast postawa niekonsekwentna oznacza, że stosunek rodzica do dziecka jest zmienny, zależny od nastroju i samopoczucia rodzica. Brak stabilności w postępowaniu rodzica powoduje wycofywanie się z relacji emocjonalnych dziecka, ukrywanie problemów, poszukiwanie wsparcia w pozarodzinnych relacjach społecznych (Plopa 2008, 2011). Ostatnia z wymienionych przez autora postaw – postawa nadmiernie ochraniająca polega na zbytym troszczeniu się o dziecko, trudności rodzica w zaakceptowaniu potrzeb dziecka wynikających z wieku rozwojowego, autonomii, samodzielności dziecka. Dorosły ocenia rodzica jako osobę nadmiernie ingerującą w sprawy osobiste (Plopa 2008, 2011).

Na kształtowanie się powyższych postaw rodzicielskich niewątpliwie wpływa wiele czynników, a do najważniejszych Plopa zalicza: uwarunkowania podmiotowe rodziców (m.in. cechy osobowości, potrzeby rodziców i jakość ich związku małżeńskiego), własne doświadczenia i procesy emocjonalne z nimi związane, co może być związane z dziedzictwem rodziców z rodziny pochodzenia, informacje o przedmiotach postaw (m.in. czynniki tkwiące w dziecku). Nie bez znaczenia pozostaje oddziaływanie środowiska społecznego (Plopa 2011). Autor *Psychologii rodziny* podkreśla, że dla kształtowania postaw rodzicielskich nie bez znaczenia są, obok jakości związku małżeńskiego, także sieci społeczne rodziców i środowisko ich pracy. Czynniki te okazują się cennym źródłem wsparcia w momentach kryzysowych, związanych ze stresem. Wyniki badań wskazują na związek między dostępnością wsparcia od innych (przyjaciół, krewnych, sąsiadów), a efektywnymi relacjami z dziećmi. Wsparcie społeczne wiąże się ze zwiększoną kompetencją rodzicielską, częstszą werbalną i emocjonalną reakcją na potrzeby dziecka, mniejszą jego karalnością, zwiększoną cierpliwością i wrażliwością, wyższym poczuciem własnej wartości, a sieci społeczne rodziców służą jako źródło wsparcia tak instrumentalnego, jak i emocjonalnego (Bieńkowska 2006; Plopa 2011, za: Belsky i in. 1991).

Analizując sytuację rodzin wychowujących dzieci z wadą słuchu Borowicz (2012) zwraca szczególną uwagę na specyfikę tego procesu, wynikającą z zachwianego poczucia tożsamości rodziców dziecka z wadą słuchu oraz problem akceptacji siebie w roli rodzica dziecka z wadą słuchu i samego dziecka, jego niepełnosprawności, wynikającej z trwałego uszkodzenia narządu słuchu. Najpoważniejszą konsekwencją ubytku słuchu dziecka jest konieczność podjęcia decyzji dotyczącej wyboru skutecznego narzędzia komunikacji językowej. Wybór języka jest tak samo istotny zarówno dla dziecka (jego rozwoju poznawczego, emocjonalnego, społecznego, drogi kształcenia itd.), jak i jego rodziców.

Uruchomiony w Polsce (od 2002 roku) system wczesnego diagnozowania i interwencji w przypadku wad słuchu spowodował, że rodzice dowiadują się o możliwości wystąpienia uszkodzenia słuchu dziecka w ciągu pierwszych trzech dni po porodzie, a potwierdzają ten fakt w ciągu pół roku. W tym okresie niemowlę dostaje najczęściej pierwsze aparaty słuchowe i rozpoczyna długotrwały proces rehabilitacji słuchu i mowy, w którym zaangażowanie rodziców pełni zasadniczą rolę. Jednak należy pamiętać, że uszkodzenie słuchu dziecka jest silnym stresem dla członków rodziny i ma istotne znaczenie w budowaniu wzajemnych relacji, stąd dla rodziców, od postaw których zależy powodzenie uruchomionego systemu wsparcia wczesnorozwojowego, jest to okres niezwykle trudny (por. Woźniak, Bieńkowska 2011). Bowiern z reguły oni sami, właśnie w tym czasie brykają się z wieloma czynnikami, zazwyczaj stresogennymi, wymagają także wsparcia ze strony specjalistów. „Efektywne i dostosowane do ich potrzeb wsparcie ze strony profesjonalistów jest istotnym warunkiem przystosowania do obciążeń związanych z niepełnosprawnością dziecka” (Pisula 1998, s. 281). Badani przez Borowicz (2012) rodzice dzieci z wadą słuchu, w swojej ocenie wsparcia najwyżej wskazali współmałżonków i logopedów (dla badanych mężczyzn – ojców dzieci z wadą słuchu wsparcie ze strony logopedów jest nieco lepiej oceniane aniżeli przez badane kobiety – matki).

Wnioski z badań Borowicz (2012), celem których było określenie związków między poziomem i strukturą stresu u rodziców wychowujących dzieci z uszkodzeniami słuchu a doświadczanym przez nich wsparciem społecznym, potwierdzają, że odpowiednie wsparcie otrzymywane ze strony najbliższych (współmałżonków, krewnych), ale także często profesjonalistów (terapeutów dziecka, jego nauczycieli) może okazać się cennym modyfikatorem sytuacji stresowej, kryzysowej: m.in. zmniejsza poczucie izolacji, ograniczenia związanego z pełnieniem ról rodzicielskich, wiąże się z samopoczuciem psychofizycznym, zmniejsza częstotliwość występowania symptomów depresyjnych.

Związek wsparcia społecznego z kształtowaniem się postaw rodzicielskich wobec dzieci z wadą słuchu w badaniach własnych

Przedmiotem badań własnych była ocena wsparcia społecznego otrzymywanego przez rodziców dzieci z wadą słuchu ze strony profesjonalistów: terapeutów i logopedów dziecka oraz postawy rodzicielskie wobec dziecka z niepełnosprawnością, która wynika z uszkodzenia narządu słuchu. Zasadniczym celem badań stało się ustalenie związków między rodzajem wsparcia społecznego (zmienna niezależna) a kształtującymi się postawami rodziców wobec dziecka z wadą słuchu (zmienna zależna). Postawiono następujące pytania sformułowane w postaci problemów badawczych:

1. Czy istnieje związek (zależność) między otrzymywanym wsparciem społecznym a postawami rodzicielskimi wobec dzieci z wadą słuchu, zwłaszcza który rodzaj wsparcia społecznego: informacyjne, instrumentalne, wartościujące czy emocjonalne, różnicuje postawy rodzicielskie w wymiarach: akceptacja-odrzućenie, autonomia, ochranianie, wymagania, niekonsekwencja?
2. Czy zmienna pośrednicząca jaką jest miejsce pochodzenia (Polska-Słowacja) różnicuje poziom wsparcia społecznego oraz postawy rodzicielskie, które jej wymiary?

W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. W celu zgromadzenia danych zostały użyte następujące narzędzia diagnostyczne:

- Skala Wsparcia Społecznego Krystyny Kmiecik-Baran (1995);
- Skala Postaw Rodzicielskich Mieczysława Plopa (2008);
- Karta informacyjna o dziecku i jego rodzinie opracowana przez Małgorzatę Zaborniak-Sobczak.

Skala Wsparcia Społecznego (SWS) autorstwa Kmiecik-Baran to narzędzie służące do określenia rodzaju i siły wsparcia, jakie jednostka otrzymuje od określonych grup społecznych. Zadaniem badanych było ustosunkowanie się, przez zaznaczenie odpowiedniej liczby na pięciostopniowej skali (od 1 „tak” do 5 „nie”), do 24 twierdzeń odnoszących się do oceny wsparcia otrzymywanego ze strony profesjonalistów: terapeutów, logopedów dziecka. Sześć pierwszych twierdzeń odnosi się do wsparcia instrumentalnego, kolejnych sześć do wsparcia informacyjnego, następnie wartościującego i emocjonalnego. Połowa z 24 twierdzeń ma charakter negatywny, co jest istotne podczas obliczania wyników. Wyższy wynik świadczy o mniejszym poziomie otrzymywanego wsparcia społecznego. Psychometryczne właściwości Skali, a także metody obliczania wyników szerzej opisane zostały przez autorkę narzędzia (Kmiecik-Baran 1995).

Postawy rodzicielskie wobec dziecka z wadą słuchu zdiagnozowano wykorzystując Skalę Postaw Rodzicielskich Plopa. Skala zawiera 50 stwierdzeń, do któ-

rych ustosunkowuje się osoba badana przez wybór jednej z pięciu kategorii odpowiedzi od „zdecydowanie taka/taki jestem i tak się zachowuję” do „zdecydowanie taka/taki nie jestem i tak się nie zachowuję”. Przeciętny czas wypełnienia skali wynosi, jak podaje jej autor, około 40 minut. Poszczególnym odpowiedziom przypisuje się wartość liczbowa. Skala wskazuje na postawy rodzicielskie w pięciu wymiarach: akceptacji/odrzućenia, autonomii, ochraniańia, wymagania i niekonsekwencji. W każdej skali opisującej jeden wymiar zawarto 10 stwierdzeń, stąd otrzymany wynik surowy mieści się w granicach od 10 do 50 punktów. Im więcej punktów, tym wyższe wyniki, które świadczą o większym nasileniu postawy w danym wymiarze. Wyniki surowe przelicza się na wynik stenowy, osobno dla kobiet i mężczyzn (Plopa 2008). Steny 1–2 świadczą o bardzo niskich wynikach; steny 3–4 o wynikach niskich; steny 5–6 o wynikach przeciętnych; steny 7–8 o wynikach wysokich, a steny 9–10 świadczą o bardzo wysokich wynikach. Wyniki wyrażone w stenach interpretuje się jako stopień nasilenia danej postawy w kierunku pożądanym bądź niepożądanym (Plopa 2008, 2011). „W interpretacji należy szczególną uwagę kierować na wyniki wykraczające poza granicę 5–6 stena w obu kierunkach. Wyniki każdej ze skal należy traktować odrębnie. (...) Wyniki umiarkowane (5–6 sten) należy traktować jako przeciętne, typowe dla większości polskich rodziców” (Plopa 2008, s. 133).

Zebrany materiał poddano analizom statystycznym, wykorzystując pakiet programu STATISTICA, przede wszystkim statystykę χ^2 , korelację Pearsona.

Badania przeprowadzono w III i IV kwartale 2013 roku. Grupę badanych stanowili rodzice dzieci z wadą słuchu, głównie podopiecznych Stowarzyszenia Rodziców i Przyjaciół Dzieci z Wadą Słuchu z Krosna (Polska, 26 rodziców) oraz Stowarzyszenia Logosłuch z Preszowa (Słowacja, 21 rodziców), (www.wada-sluchu.org).

Celem obu stowarzyszeń jest organizacja rehabilitacji słuchu i mowy dla najmłodszych dzieci z wadą słuchu oraz szeroko rozumiane wsparcie rodziców. Stowarzyszenie krośnieńskie w ramach swojej działalności prowadzi bank aparatów słuchowych, rehabilitację domową, zajęcia indywidualne i grupowe, organizuje turnusy rehabilitacyjne dla dzieci i ich opiekunów. Realizując ciekawe projekty od kilku lat współpracuje w tym zakresie ze stowarzyszeniem słowackim. W ramach projektu *Nasze dziedzictwo pogranicza – kształtowanie tożsamości kulturowej u dzieci z wadą słuchu* oba stowarzyszenia zorganizowały cykl seminariów szkoleniowych dla rodziców, terapeutów i nauczycieli ze Słowacji. Była to okazja do wymiany doświadczeń związanych z organizacją wsparcia i edukacji dzieci z wadą słuchu w obu krajach. Od maja 2006 roku w Słowacji wprowadzono badania przesiewowe (*skrining*) słuchu, prowadzone przez Centrum Implantów Ślimakowych w Bratysławie i Koszycach. Dziecko po badaniu w Centrum Implantów Ślimakowych jest kierowane do poradni laryngologicznej i logopedycznej w miejscu za-

mieszkania. Oczekuje jednak kilka miesięcy na przyznanie aparatu słuchowego, w tym czasie także specjaliści rzadko podejmują współpracę z rodziną dziecka, celem przygotowania jej do długotrwałego i żmudnego procesu rehabilitacji słuchu i mowy. Procesem terapeutycznym zajmują się specjaliści zatrudnieni w przychodniach foniatrycznych, poradniach logopedycznych, centrach edukacji specjalnej. Zakłada się, że każdy logopeda na Słowacji powinien być w stanie prowadzić rehabilitację niedosłyszającego dziecka z aparatem słuchowym lub implantem ślimakowym. Mimo założeń, w rozmowach i dyskusjach podczas spotkań seminaryjnych, terapeuci-logopedzi i nauczyciele pedagogzy specjali, wyrażali znaczne obawy przed rehabilitacją dziecka z wadą słuchu, wskazując na nieefektywność swoich działań, brak współpracy ze strony innych specjalistów, pracujących z dzieckiem i jego rodzicami.

W naszych badaniach uczestniczyło w sumie 47 osób, w tym 38 kobiet – matek dzieci z wadą słuchu i 9 mężczyzn – ojców dzieci z uszkodzonym narządem słuchu, 26 rodziców z Polski i 21 osób – rodziców ze Słowacji. Najwięcej, bo 20 osób zadeklarowało wykształcenie średnie, 19 – wyższe: 13 – wyższe magisterskie i 6 – wyższe zawodowe (licencjackie), 5 osób ma wykształcenie zawodowe i jedna osoba podstawowe.

Struktura wieku dzieci badanych rodziców była zróżnicowana: 5 osób to rodzice najmłodszych dzieci z wadą słuchu w wieku od 0 do 2 r.ż., 10 rodziców ma dziecko w wieku od 3 do 5 lat, 15 – od 6 do 8 lat i 16 osób jest rodzicem dziecka w wieku lat 9 i powyżej, jedna osoba nie wskazała wieku dziecka.

Wśród badanych rodziców 23 osoby ma dzieci z głębokim ubytkiem słuchu (91dB), 13 osób – umiarkowanym ubytkiem słuchu (41–70 dB), 8 osób ze znacznym stopniem uszkodzenia słuchu (71–90 dB), 2 – lekkim w granicach 20–40 dB, jeden rodzic nie potrafił wskazać stopnia ubytku słuchu dziecka.

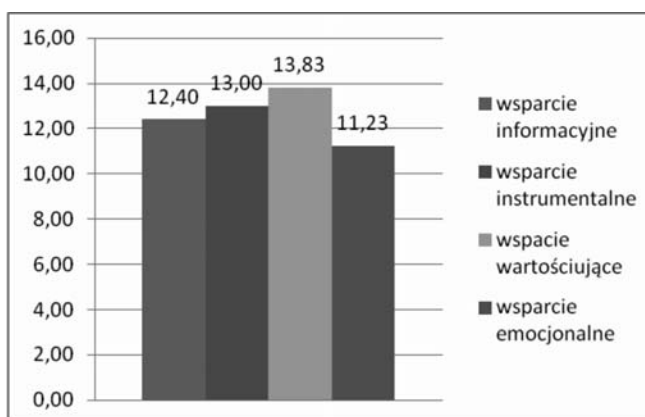
Dzieci badanych rodziców były również protezowane w różnym czasie, 16 rodziców wskazało, że ich potomstwo dostało aparaty w okresie do 3 r.ż., 14 osób, że między 4 a 7 r.ż., 16 osób określiło, że ich dzieci z wadą słuchu zostały „zaaparatowane” w pierwszym roku życia: 7 dzieci w wieku do 6 m.ż. i 9 dzieci między 7 a 12 m.ż.

Badani rodzice, oceniając cztery rodzaje wsparcia otrzymywanego ze strony specjalistów: nauczycieli, terapeutów, logopedów swoich niepełnosprawnych dzieci, wskazali na przeciętny jego poziom (maksymalnie w każdej podskali SWS otrzymać można było 30 punktów – 6 twierdzeń razy ocenę 5, co świadczy o bardzo małym poziomie wsparcia, minimalnie można było uzyskać 6 punktów – 6 twierdzeń razy ocenę 1, co świadczy o bardzo dużym poziomie wsparcia), (Kmieciak-Baran 1995).

Najwyżej ocenione zostało wsparcie emocjonalne ($M=11,23$; $SD=4,49$) (otrzymało średnio najmniej punktów), co świadczyć może o tym, że badani rodzice czują się szanowani przez specjalistów, którzy zajmują się ich niepełnospraw-

nym dzieckiem, terapeuci rozumieją potrzeby rodziców i akceptują ich, nie lekceważą osoby rodzica. Jako najsłabsze zostało ocenione wsparcie wartościujące ($M=13,83$; $SD=3,37$), co oznaczać może, że rodzice, mimo ich czują się cenieni, rzadko otrzymują sygnały świadczące o ich znaczącej roli w procesie rehabilitacji (por. wykres 1, tabela 1).

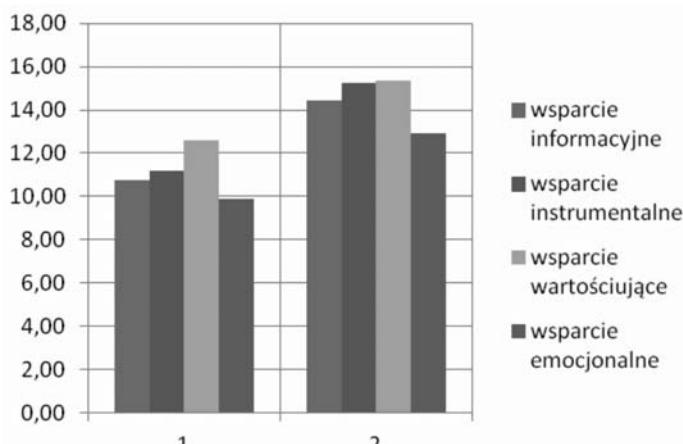
Wyniki te są zbieżne z rezultatami uzyskanymi w badaniach Skalą Wsparcia Społecznego przeprowadzonymi w roku 2009/2010 w grupie 117 rodziców dzieci z wadą słuchu (Zaborniak-Sobczak 2011). Stwierdzono wówczas wysoce istotną ($p < 0,0001$) różnicę wyników oceny w zależności od rodzaju wsparcia. Wsparcie informacyjne uzyskało wysoce istotnie ($p < 0,0001$) niższe wyniki niż wsparcie instrumentalne oraz wartościujące, ale już ocena wsparcia informacyjnego nie różniła się istotnie ($p = 0,0572$) od oceny wsparcia emocjonalnego. Oceny wsparcia emocjonalnego były wysoce istotnie ($p < 0,0001$) niższe niż oceny wsparcia instrumentalnego oraz wartościującego (Zaborniak-Sobczak 2011). Oznacza to, że najgorzej oceniane było wówczas wsparcie wartościujące oraz instrumentalne, a najlepiej informacyjne i emocjonalne.



Wykres 1. Średnie wyniki uzyskane w badaniu Skalą Wsparcia Społecznego (ogół badanych)

Szczegółowe analizy statystyczne wykazały, że miejsce pochodzenia jest czynnikiem różnicującym w sposób istotny statystycznie ocenę poziomu otrzymywanego wsparcia społecznego.

Z analizy uzyskanych rezultatów wynika, że rodzice polscy istotnie statystycznie wyżej oceniają otrzymywane wsparcie we wszystkich jego zakresach (rodzajach), (por. tabela 1).



Wykres 2. Porównanie średnich wyników ocen otrzymywanego wsparcia społecznego w dwóch grupach badanych rodziców: z Polski i Słowacji

Tabela 1. Miejsce pochodzenia badanych rodziców dzieci z wadą słuchu a ocena otrzymywanego wsparcia

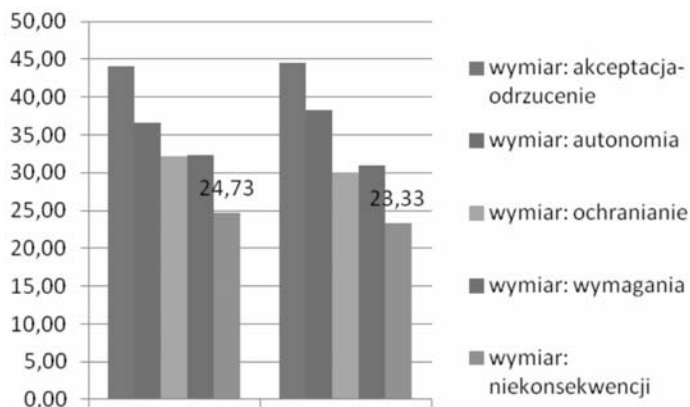
Miejsce zamieszkania	Wsparcie informacyjne		Wsparcie instrumentalne		Wsparcie wartościujące		Wsparcie emocjonalne		N
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
Polska	10,77	3,97	11,19	4,77	12,61	3,07	9,88	3,94	26
Słowacja	14,43	3,65	15,24	2,32	15,33	3,23	12,90	4,66	21
Razem	12,40	4,21	13,00	4,34	13,83	3,37	11,23	4,49	47
Statystyka Chi ²	p=0,055 CPearsona=0,5850		p=0,020 CPearsona=0,6227		p=0,0141 CPearsona=0,5455		p=0,0391 CPearsona=0,4941		

Płeć badanych rodziców, ich wykształcenie, a także wiek dziecka i stopień ubytku jego słuchu okazały się czynnikami (zmiennie pośredniczące) nieróżnicującymi w sposób istotny statystycznie oceny otrzymywanego wsparcia. Jedynie czas protezowania dziecka różnicuje ocenę wsparcia instrumentalnego ($p=0,023$, $CPearsona=0,6274$ – korelacja wysoka): na wyższą ocenę tego rodzaju wsparcia wskazują rodzice dzieci protezowanych najwcześniej, w pierwszym r.ż.. Im dziecko później otrzymało aparat słuchowy bądź implant ślimakowy, tym znaczenie wsparcia instrumentalnego w ocenie rodziców maleje.

Miejsce pochodzenia nie jest czynnikiem różnicującym postawy rodziców wobec dzieci z wadą słuchu.

Jedynie w wymiarze niekonsekwencji wydaje się, że polscy rodzice wykazują częściej mniej pożądane postawy ($M=24,73$; $SD=9,17$) aniżeli rodzice słowaccy

($M=23,33$; $SD=5,73$), (różnica istotna statystycznie, statystyka χ^2 : $p=0,0415$, $C_{Pearsona}=0,5928$, korelacja umiarkowana).



Wykres 3. Miejsce pochodzenia badanych rodziców a postawy rodzicielskie

Analizy statystyczne pozwalają wysunąć ostrożny wniosek, że ci badani rodzice, którzy wykazują postawę bardziej autonomiczną wobec dziecka, są także wobec niego mniej ochraniający i jednocześnie mniej wymagający; rodzice ochraniający są częściej wymagający i niekonsekwentni (i na odwrót: rodzice niekonsekwentni i wymagający częściej także są bardziej ochraniający); wymagający i ochraniający rodzice rzadziej także uznają prawo dziecka do autonomii.

Płeć rodziców, poziom ich wykształcenia nie różnicują postaw rodzicielskich wobec dziecka z wadą słuchu.

Wiek dziecka w sposób istotny statystycznie różnicuje postawę rodziców w wymiarze niekonsekwencji ($p=0,0442$, $C_{Pearsona}=0,6037$ – korelacja wysoka): im starsze dziecko z wadą, tym postawa ich rodziców w wymiarze niekonsekwencji staje się bardziej pożądana (mieszcząca się w granicach stena 1–4).

Stopień ubytku słuchu dziecka różnicuje postawę rodziców w wymiarze akceptacji/odrzućenia ($p=0,0000$, $C_{Pearsona}=1,0471$ – korelacja pełna): badani rodzice akceptują swoje dzieci bez względu na stopień ubytku słuchu.

Trudno o jednoznaczną odpowiedź na pytanie o związek między otrzymywanym wsparciem społecznym a postawami badanych rodziców wobec dzieci z wadą słuchu. Uzyskane rezultaty pozwalają wskazać na następujące zależności istotne statystycznie:

- ocena wsparcia instrumentalnego i emocjonalnego różnicuje postawę w wymiarze niekonsekwencji;
- ocena wsparcia wartościującego różnicuje postawę w wymiarze autonomii.

Ocena wsparcia instrumentalnego różnicuje w sposób istotny statystycznie postawę w wymiarze niekonsekwencji ($p=0,0032$, $CPearsona=0,6787$ – korelacja wysoka): im lepsza ocena wsparcia instrumentalnego, tym postawy rodziców w wymiarze niekonsekwencji kształtują się w kierunku bardziej pożądanym.

Również ocena wsparcia emocjonalnego różnicuje postawę w wymiarze niekonsekwencji ($p=0,0403$, $CPearsona=0,6025$ – korelacja wysoka): lepsza ocena wsparcia emocjonalnego pozwala na kształtowanie się postaw rodzicielskich bardziej poświadanych w omawianym wymiarze.

Ocena wsparcia wartościującego różnicuje postawę badanych rodziców w wymiarze autonomii ($p=0,0297$, $CPearsona=0,6491$ – korelacja wysoka): rodzice, którzy ocenili ten rodzaj wsparcia jako słaby (gorszy), częściej wykazują wobec swoich dzieci postawę właściwą w wymiarze autonomii.

Wnioski i uogólnienia

W badaniach własnych ukazano, że badani rodzice dzieci z wadą słuchu najlepiej oceniają wsparcie emocjonalne i informacyjne, najgorzej – wartościujące i instrumentalne.

Dostarczanie rodzicom konkretnej pomocy, przykładowo w postaci zorganizowania protez słuchowych, uruchomienia sieci kontaktów społecznych (wsparcie instrumentalne) oraz szacunek wobec rodziców, akceptacja i zrozumienie ich niejednokrotnie trudnej sytuacji (wsparcie emocjonalne) powodują, że postawy rodziców wobec dziecka z wadą słuchu stabilizują się, tzn. tak traktowani rodzice częściej wykazują postawy bardziej konsekwentne wobec swoich dzieci. Tego rodzaju wsparcie wydaje się być istotniejsze dla rodziców polskich, których postawy rodzicielskie w tym wymiarze częściej są mniej poświadane.

Rodzice wykazujący postawę autonomii wobec dzieci, uznający ich prawo do rozwoju i samostanowienia o sobie (są to z reguły rodzice dzieci starszych) wydają się być na tyle dojrzały emocjonalnie, że nie potrzebują dodatkowych wzmocnień ze strony specjalistów, w postaci wsparcia wartościującego.

Miejsce pochodzenia jest czynnikiem różnicującym grupę badanych rodziców w zakresie oceny otrzymywanego wsparcia. Badane osoby ze Słowacji, w której program przesiewowych badań słuchu działa stosunkowo krócej, aniżeli w Polsce, w ślad za tym system wsparcia wczesnorozwojowego jest także wciąż w organizacji, wskazują na gorsze wsparcie społeczne ze strony specjalistów. Różnice w ocenie otrzymywanego wsparcia dokonanej przez badanych rodziców z Polski i Słowacji są istotne statystycznie.

Podkreślić należy, że niewielka grupa badanych i skromny materiał badawczy umożliwiają jedynie wykrycie pewnych tendencji i wykazanie niektórych zależności i różnic pomiędzy wsparciem społecznym w obydwóch krajach. Współpraca w ramach projektu oraz badania miały charakter pilotażowy, pozwoliły na nawiązanie kontaktów interpersonalnych i będą kontynuowane w szerszym zakresie.

Podsumowanie

Wstępne obserwacje oraz badania własne postaw rodzicielskich prowadzone podczas tygodniowych spotkań turnusowych grup rodziców dzieci z wadą słuchu z Polski i Słowacji pokazują jak ważne jest wczesne wykrywanie, leczenie i terapia uszkodzeń słuchu. Czynniki zewnętrzne, związane z organizacją systemu opieki i wsparcia bezpośrednio wpływają na zaangażowanie rodziców w proces terapii dzieci, a co za tym idzie na wyniki tej terapii. Wobec zmieniającej się sytuacji dzieci z wadą słuchu (programów przesiewowych, stosunkowo szybkiego protezowania odpowiednimi aparatami słuchowymi lub implantem ślimakowym oraz terapii) główny nacisk położyć należy na wsparcie rodziców, szczególnie w zakresie budowania motywacji do pokonywania trudności w procesie długotrwałej terapii dziecka z wadą słuchu.

Badania ukazały, że wybrane rodzaje wsparcia społecznego: emocjonalne i instrumentalne (choć nienajlepiej oceniane), mają znaczenie dla kształtowania się odpowiednich postaw rodzicielskich, głównie konsekwencji w działaniu rodziców wobec swoich niepełnosprawnych dzieci. Tym samym można stwierdzić, że skuteczna pomoc dzieciom z wadą słuchu polega również na skutecznym i odpowiedzialnym wsparciu ich rodziców w długotrwałym i trudnym procesie rehabilitacji słuchu i mowy.

Bibliografia

- Barłóg K. (2008), *Wspomaganie rozwoju dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim w różnych formach edukacji wczesnoszkolnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów
- Belsky J., Steinberg L., Draper P. (1991), *Childhood Experience, Interpersonal Development, and Reproductive Strategy: An Evolutionary Theory of Socialization*, *Child „Development”*, no. 62, s. 647–670
- Bieńkowska K. (2006), *Ocena czynników wpływających na częstotliwość kontaktów dzieci z wadą słuchu ze specjalistą*, „*Audiofonologia*”, t. XXX
- Borowicz A. (2012), *Stres rodziców wychowujących dzieci z niepełnosprawnością słuchową*, „*Niepełnosprawność – zagadnienia, problem, rozwiązania*”, nr 2(3)

- Hintermair M. (2000), *Hearing Impairment, Social Networks, and Coping: The Need for Families with Hearing-Impaired Children to Relate to Other Parents and to Hearing-Impaired Adults*, „American Annals of the Deaf”, vol. 145, no. 1, s. 41–53
- Kirenko J. (2004), *Dylematy wsparcia społecznego osób z niepełnosprawnością*, [w:] *Wsparcie społeczne w rehabilitacji i resocjalizacji*, red. Z. Palak, Z. Bartkiewicz, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin
- Kmieciak-Baran K. (1995), *Skala wsparcia społecznego. Teoria i właściwości psychometryczne*, „Przegląd Psychologiczny”, t. 38, nr 1/2, s. 201–214
- Kościelska M. (2001), *Jak żyć z dzieckiem niepełnosprawnym – i czy to musi być nieszczęście?*, [w:] *Wspomaganie rozwoju. Psychostymulacja. Psychokorekcja*, red. B. Kaja, Bydgoszcz
- Krause A. (2004), *Ryzyko osłabienia wsparcia społecznego jako podstawowy dylemat współczesnej rehabilitacji*, [w:] *Wsparcie społeczne w rehabilitacji i resocjalizacji*, red.: Z. Palak, Z. Bartkiewicz, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin
- Minczakiewicz E.M. (2003), *Normalizacja życia rodziny nadzieją i szansą na pomysłny rozwój i przyszłość dziecka niepełnosprawnego*, [w:] *Dziecko niepełnosprawne. Rozwój i wychowanie*, red. E.M. Minczakiewicz, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków
- Oríškóvá G., *LOGOPEDIA KLINICZNA. Z niedosłyszającym dzieckiem w praktyce* www.magia-dzwiekow.pl [dostęp: 27.03.2014]
- Pisula E. (1998), *Psychologiczne problemy rodziców dzieci z zaburzeniami rozwoju*, Wydawnictwa UW, Warszawa
- Płopa M. (2008), *Skala Postaw Rodzicielskich. Wersja dla rodziców*, Vizja Press&IT, Warszawa
- Płopa M. (2011), *Psychologia rodziny: teoria i badania*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków
- Sęk H., Cieślak R. (2004), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa
- Szluz B. (2006), *Wokół pojęcia pomocy i wsparcia społecznego*, (w:) *Koncepcje pomocy człowiekowi w teorii i praktyce*, red. Z. Frączek, B. Szluz, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów
- Woźniak A., Bieńkowska K. (2011), *Wpływ wady słuchu dziecka na funkcjonowanie psychospołeczne rodziny*, [w:] *Wokół rodziny. Wychowanie. Kultura. Społeczeństwo*, red. A. Garbarz, G. Grzybek, Wydawnictwo i Drukarnia Diecezji Rzeszowskiej, Rzeszów
- Woźniak A., *Wsparcie dla rodziców w wieloletnim procesie terapii dzieci*, http://www.magia-dzwiekow.pl/uploads/pdf/Agnieszka%20Wo%20C5%BA%20niak_Wsparcie%20dla%20rodzic%20C3%B3w_pl.docx [dostęp: 25.03.2014]
- www.wadasluchu.org [dostęp: 26.03.2014]
- Zaborniak-Sobczak M. (2011), *Social Support for Parents of Children with Disabilities in Different Forms of Special Education* [w:] *Special Pedagogy – Conceptions and Reality. Special pedagogy towards new challenges*, red. T. Żółkowska, D. Szarkowicz, Wydawnictwo Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin