

Diana Müller-Siekierska

Style funkcjonowania młodych osób z uszkodzeniami słuchu w bliskich relacjach interpersonalnych

Publikacja dostarcza wiedzy na temat funkcjonowania osób z uszkodzeniami słuchu w relacjach interpersonalnych. Może stanowić podstawę praktycznych rozwiązań ukierunkowanych na wsparcie i pomoc psychologiczną oraz psychoedukację.



WYDAWNICTWO
UNIwersytetu
ŁÓDZKIEGO



AKTYWNI
(NIE)PEŁNOSPRAWNI

**Style
funkcjonowania
młodych osób
z uszkodzeniami
słuchu w bliskich
relacjach
interpersonalnych**



WYDAWNICTWO
UNIWERSYTETU
ŁÓDZKIEGO

Diana Müller-Siekierska

**Style
funkcjonowania
młodych osób
z uszkodzeniami
słuchu w bliskich
relacjach
interpersonalnych**

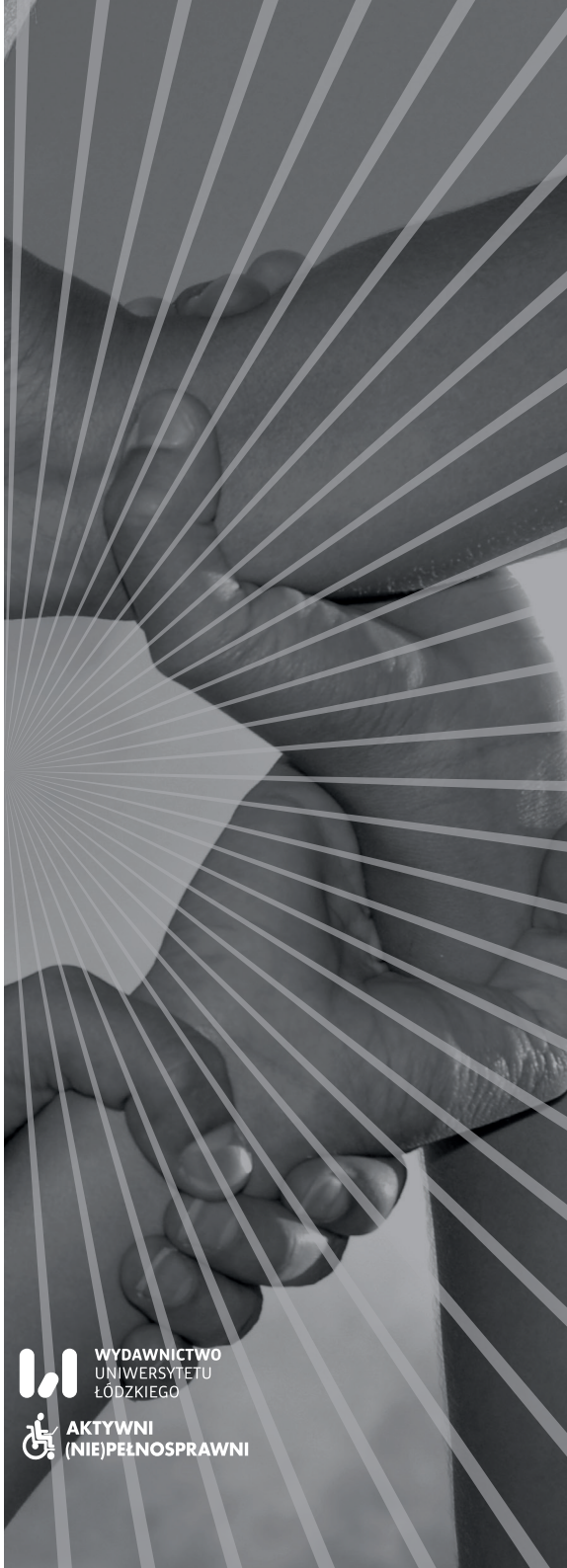
Łódź 2019



WYDAWNICTWO
UNIwersYTETU
ŁÓDZKIEGO



AKTYWNI
(NIE)PEŁNOSPRAWNI



Diana Müller-Siekierska – Uniwersytet Łódzki, Wydział Nauk o Wychowaniu
Pracownia Pedagogiki Specjalnej, 91-408 Łódź, ul. Pomorska 46/48

RADA REDAKCYJNA SERII AKTYWNI (NIE)PEŁNOSPRAWNI

Elżbieta Zakrzewska-Manterys, Antonina Ostrowska

Jakub Niedbalski, Monika Borowczyk

RECENZENT

Dorota Podgórska-Jachnik

REDAKTOR INICJUJĄCY

Urszula Dzieciatkowska

OPRACOWANIE REDAKCYJNE

Bogusława Kwiatkowska

SKŁAD I ŁAMANIE

Munda – Maciej Torz

KOREKTA TECHNICZNA

Leonora Gralka

PROJEKT OKŁADKI

Katarzyna Turkowska

Zdjęcie wykorzystane na okładce: © Depositphotos.com/luslouro

© Copyright by Diana Müller-Siekierska, Łódź 2019

© Copyright for this edition by Uniwersytet Łódzki, Łódź 2019

Publikacja powstała na podstawie pracy doktorskiej wyróżnionej w IX edycji ogólnopolskiego konkursu „Otwarte Drzwi” organizowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na najlepszą pracę magisterską lub doktorską, której tematem badawczym jest zjawisko niepełnosprawności w wymiarze zdrowotnym, zawodowym lub społecznym

Wydane przez Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego

Wydanie I. W.08899.18.0.M

Ark. wyd. 9,2; ark. druk. 14,625

ISBN 978-83-8142-573-5

e-ISBN 978-83-8142-574-2

<https://doi.org/10.18778/8142-573-5>

Spis treści

Podziękowania	9
Przedmowa	11
Rozdział I	
Uszkodzenie słuchu jako zjawisko wieloaspektowe	17
1. Uszkodzenie słuchu jako niepełnosprawność	17
1.1. Wybrane definicje i klasyfikacje uszkodzeń słuchu	17
1.2. Medyczne aspekty uszkodzenia słuchu	27
1.3. Psychologiczne aspekty uszkodzenia słuchu	33
1.4. Społeczne aspekty uszkodzenia słuchu	42
2. Komunikowanie się osób z niepełnosprawnością słuchu z otoczeniem	52
Rozdział II	
Relacje interpersonalne	67
1. Koncepcja przywiązania jako pierwowzór relacji społecznych w okresie dorosłości	68
1.1. Koncepcja Mary Ainsworth	69
1.2. Typologia stylów przywiązaniowych osób dorosłych Cindy Hazan i Philipa Shavera	71
1.3. Typologia stylów przywiązania Kim Bartholomew	75
2. Samotność jako podstawa istnienia relacji interpersonalnych	77

3. Rodzaje relacji interpersonalnych	83
4. Czynniki decydujące o wyborze partnerów relacji interpersonalnych	98
5. Wybrane uwarunkowania funkcjonowania w relacjach interpersonalnych	104
5.1. Cechy osobowości	104
5.2. Poczucie bezpieczeństwa i prężność osobowa	109
5.3. Kompetencje społeczne	112
5.4. Oczekiwania związane z pełnieniem ról rodzinnych	115
5.5. Niepełnosprawność	119

Rozdział III

Metodologiczne założenia badań własnych	129
1. Problem, pytania badawcze i paradygmat badawczy	129
2. Charakterystyka wykorzystanych metod	139
2.1. Inwentarz Osobowości <i>NEO-FFI</i> P.T. Costy i R.R. McCrae	139
2.2. Kwestionariusz Poczucia Bezpieczeństwa i Prężności Osobowej <i>KPB-PO</i> Z. Uchnasta	140
2.3. Kwestionariusz Kompetencji Społecznych <i>KKS</i> A. Matczak	142
2.4. Skala Oczekiwań Rodzinnych <i>SOR</i> D. Müller	143
2.5. Skala do Badania Poczucia Samotności <i>SBS</i> Z. Dołęgi	145
2.6. Kwestionariusz Stylów Przywiązaniowych <i>KSP</i> M. Płopy	146
2.7. Arkusz danych demograficznych D. Müller	147
3. Organizacja i przebieg badań	148
4. Charakterystyka badanych osób	149
5. Zastosowane procedury statystyczne	158

Rozdział IV

Psychologiczna charakterystyka grup studentów z uszkodzeniami słuchu zróżnicowanych ze względu na styl funkcjonowania w relacjach interpersonalnych	161
1. Wyodrębnienie grup o różnych stylach funkcjonowania w relacjach interpersonalnych.	161
2. Charakterystyka psychologiczna wyodrębnionych grup studentów z uszkodzeniami słuchu	166
2.1. Struktura osobowości	166
2.2. Kompetencje społeczne.	168
2.3. Oczekiwania związane z pełnieniem ról rodzinnych.	170
2.4. Poczucie bezpieczeństwa i prężność osobowa	172
3. Przewidywanie przynależności do grup o różnych stylach funkcjonowania w relacjach interpersonalnych na podstawie zmiennych niezależnych.	174
4. Dyskusja wyników.	176
Podsumowanie i wnioski	189
Zakończenie i implikacje praktyczne	197
Bibliografia	203
Aneks 1	225
Aneks 2	227
Arkusz danych demograficznych.	229

Podziękowania

Pragnę wyrazić swoją wdzięczność wszystkim osobom, które przyczyniły się do powstania niniejszej publikacji. W sposób szczególny pragnę podziękować Promotor mojej rozprawy doktorskiej – Pani prof. dr hab. Stanisławie Steuden z Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II za niezliczone sugestie, rady, cenne wskazówki merytoryczne i zaangażowanie, ale również za troskę, wsparcie, życzliwość i ciepło. Swoje podziękowania pragnę skierować do dwóch profesorów z Uniwersytetu Łódzkiego: Pani prof. zw. dr hab. Ninie Ogińskiej-Bulik, promotor mojej pracy magisterskiej, za zmotywowanie do dalszej pracy naukowej oraz Panu prof. dr. hab. Wiesławowi Szymczakowi za poświęcony czas, pomoc i cenne wskazówki.

Wiele zawdzięczam również studentom i studentkom niesłyszącym i słabosłyszącym, którzy zgodzili się wziąć udział w badaniach, gdyż za ich przyczyną powstała ta praca. W szczególności serdecznie dziękuję studentom z Uniwersytetu Łódzkiego oraz z Politechniki Łódzkiej, Akademii Pedagogiki Specjalnej w Warszawie, Akademii Górniczo-Hutniczej w Krakowie, Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego w Siedlcach, Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie, Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, Uniwersytetu Wrocławskiego za okazaną pomoc, zrozumienie, cierpliwość i rzetelność w wypełnianiu

kwestionariuszy. Swoje podziękowania kieruję również do studentów z Wyższej Szkoły Biznesu-NLU w Nowym Sączu oraz z Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Łodzi. W tym miejscu chciałabym również wyrazić moją wdzięczność za okazaną pomoc dla uczniów ze Szkoły Policealnej przy Specjalnym Ośrodku Szkolno-Wychowawczym nr 1 w Łodzi.

Pragnę podziękować również pracownikom uczelnianych biur ds. osób niepełnosprawnych, tłumaczom języka migowego oraz nauczycielom akademickim za umożliwienie przeprowadzenia badań, pomoc, poświęcony czas i wyrozumiałość.

Dziękuję także moim najbliższym: Mamie, Mężowi i jego Mamie oraz moim Przyjaciołom za obecność, cierpliwość, wsparcie i nieocenioną pomoc.

Przedmowa

Bliskie relacje interpersonalne są powszechnie uważane za kluczowy element życia. Wiąże się to z powszechnie panującym przekonaniem, że każdy człowiek w naturalny sposób pragnie bliskości. Carol D. Ryff i Burton Singer (2000) upatrują w bliskich relacjach interpersonalnych źródło szczęścia, zadowolenia i satysfakcji. Nawiązywanie, kształtowanie i utrzymywanie relacji interpersonalnych stanowią ważną umiejętność, dzięki której ludzie mają możliwość zaspokajania swoich potrzeb, osiągania celów i dobrostanu, realizowania się w sferze osobistej i zawodowej oraz wypełniania ról społecznych. Istnieje jednak pewna grupa osób, których „[...] stan fizyczny, psychiczny lub umysłowy trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza bądź uniemożliwia wypełnianie ról społecznych [...]” (Dz.U., nr 123, poz. 776, art. 1). Krótko mówiąc: osoby z niepełnosprawnością.

Niepełnosprawność narusza najcenniejsze wartości człowieka, w szczególności zdrowie, sprawność fizyczną, zdolność do wypełniania podstawowych zadań społecznych oraz może stanowić przeszkodę w realizacji własnych celów. Ten fakt w efekcie powoduje powstanie wielu sytuacji problemowych, kryzysów i prowadzi niejednokrotnie do cierpienia (Block, 1999; Byra, 2014; Flanczewska, 2000; Kowalik, 2007; Larkowa, 1987; Olszak-Krzyżanowska, 2005). Osoby niepełnosprawne często doświadczają trudności

w nawiązywaniu kontaktów osobistych, a w szczególności w zawieraniu związków małżeńskich (Bartnikowska, 2004; Ciupińska, 2016; Kirenko, 2006). Przede wszystkim spowodowane jest to wciąż panującym przekonaniem, że osoby niepełnosprawne mniej czują, a prawo do szczęścia w życiu osobistym jest im odbierane.

Szczególną i dość specyficzną grupę osób z niepełnosprawnością stanowią osoby z uszkodzonym słuchem¹. Jak zauważa Olga Romanowska (2009, s. 303), gdyby ktoś zapytał głuchego, czy jest chory lub niepełnosprawny, jego odpowiedź byłaby przecząca. Głuchy nie czuje się w żaden sposób osobą niepełnosprawną, tak jak jest to w przypadku osób poruszających się na wózku inwalidzkim czy osób niewidzących. Ludzie ci traktują siebie jako mniejszość kulturową i językową, i to właśnie bariera językowa stanowi dla nich największy problem w funkcjonowaniu w relacjach międzyludzkich. Zdaniem badaczy (Dryżałowska, 2015; Hintermair, 2011; Kramer i in., 2002; Loy i in., 2010; Parchomiuk, Byra, 2006; Umansky i in. 2011; Witczak i in., 2016) osoby z niepełnosprawnością słuchu stanowią jedną z grup niepełnosprawności, u której jakość życia jest najniższa. Uszkodzenie narządu słuchu ogranicza bowiem wrażliwość człowieka na bodźce akustyczne i wpływa na jego zdolność do gromadzenia wiedzy drogą słuchową (Krakowiak, 2006a, s. 7), nie ma jednak bezpośredniego wpływu na jego sprawność intelektualną i psychiczną. Uszkodzenie **słuchu jest** również przyczyną izolacji społecznej, utrudnia komunikację, nawiązywanie i utrzymywanie relacji społecznych i powoduje przeżywanie ciągłych obaw przed odzuceniem ze strony innych (Czajkowska-Kisil, 2012; Dryżałowska, 2015; Kirenko, 2006; Olempska-Wysocka, 2012;

1 W niniejszej publikacji zamiennie stosowane będą terminy: „osoba (student) z niepełnosprawnością słuchu”, „osoba (student) z uszkodzonym słuchem”, „osoba (student) z wadą słuchu”, „niesłyszący”/„głuchy” oraz „słabosłyszący”/„niedosłyszący”.

Witczak i in., 2016). Kolejny problem pojawia się w momencie, gdy osoby z uszkodzonym słuchem stają przed trudnym wyborem: związek z osobą słyszącą lub niesłyszącą. Ten pierwszy wybór oznacza opuszczenie świata, w którym czuli się bezpiecznie, czuli się „jedną rodziną”, ten drugi – naznaczony potencjalną możliwością obciążenia dzieci wadą słuchu. Niektórzy niesłyszący świadomie wybierają partnerów również z uszkodzonym słuchem. Są przekonani, że dzięki temu będą lepiej rozumiani i będą lepiej wiedzieli, jak budować swój związek.

Inspiracją do podjęcia takiej tematyki było doświadczenie pracy w poradnictwie psychologicznym dla studentów z niepełnosprawnością i osobiste zapoznanie się z problemami młodych ludzi z niepełnosprawnościami. Studenci słabosłyszący i niesłyszący jako swój największy problem, stawiany często ponad zdrowie i znalezienie pracy, wskazują funkcjonowanie w relacjach z innymi ludźmi. W opinii studentów jednym z powodów, dla jakich podejmują studia, jest „znalezienie drugiej połówki”. Pod wpływem doświadczeń zarówno na polu psychologii praktycznej, jak i literatury przedmiotu narodziła się myśl zbadania specyfiki funkcjonowania studentów z niepełnosprawnością słuchu w bliskich relacjach interpersonalnych oraz chęć sprawdzenia, czy można wyodrębnić pewne style funkcjonowania w bliskich relacjach, jak również chęć sprawdzenia, czy to funkcjonowanie ma związek z takimi zmiennymi, jak: kompetencje społeczne, cechy osobowości, poczucie bezpieczeństwa i prężności osobowej oraz oczekiwania związane z pełnieniem ról rodzinnych.

Potrzeba podjęcia psychologicznej refleksji nad funkcjonowaniem w bliskich relacjach interpersonalnych osób z niepełnosprawnością słuchu jest szczególnie wyraźna w ostatnich latach w Polsce. W głównej mierze z uwagi na fakt, że na gruncie polskim brakuje konkretnych badań, a co za tym idzie szczegółowych danych w tym zakresie, dotyczących tej grupy osób z niepełnosprawnością. Zatem zasadniczym

celem niniejszej pracy będzie próba wyodrębnienia *stylów funkcjonowania w bliskich relacjach studentów z uszkodzeniami słuchu* oraz uzyskanie odpowiedzi na pytanie: *Czy i w jaki sposób studenci z uszkodzeniami słuchu zróżnicowani ze względu na styl funkcjonowania w relacjach będą się różnili w zakresie analizowanych zmiennych psychologicznych?*

Realizacja celu znajduje odzwierciedlenie w strukturze niniejszej monografii, w której dwa pierwsze rozdziały stanowią teoretyczne tło dla przeprowadzonych badań.

Rozdział pierwszy dotyczy problematyki uszkodzeń słuchu. Zostały w nim zaprezentowane definicje i klasyfikacje uszkodzeń słuchu oraz dokonano szczegółowego opisu trzech głównych wymiarów uszkodzenia słuchu: medycznego, psychologicznego oraz społecznego. Zaprezentowano również zagadnienia związane ze sposobami porozumiewania się osób niesłyszących i słabosłyszących z otoczeniem, wskazując na atuty i ograniczenia każdego z tych sposobów.

Dla zrozumienia funkcjonowania w relacjach interpersonalnych istotne jest zapoznanie się z podstawowymi pojęciami związanymi z problematyką relacji interpersonalnych, co zostało przedstawione w rozdziale drugim. W rozdziale tym skoncentrowano się na charakterystyce koncepcji przywiązania jako pierwowzoru relacji społecznych w okresie dorosłości, w sposób szczególnie wyodrębniono typologię stylów przywiazaniowych osób dorosłych Cindy Hazan i Philipa Shavera, ze względu na wybór właśnie tej koncepcji jako teoretycznej podstawy badań. Wskazano również na rolę samotności jako fundamentu istnienia związków z ludźmi. W dalszej kolejności rozdział zawiera wyjaśnienie podstawowych rodzajów relacji interpersonalnych. Następnie dokonano opisu czynników decydujących o wyborze partnerów relacji interpersonalnych. Omówiono również wybrane uwarunkowania funkcjonowania w relacjach interpersonalnych, w tym wyjaśniono także znaczenie niepełnosprawności.

Rozważania teoretyczne uzupełniają opis metodologicznych podstaw przeprowadzonych badań zawarty w rozdziale trzecim niniejszej monografii. Na początku zaprezentowano problem pracy, wyjaśniono motywy wyboru właśnie tego tematu oraz przedstawiono pytania badawcze i metody zastosowane w badaniach, opis procedury badawczej, charakterystykę badanych osób i zastosowanych procedur statystycznych.

Szczegółowa analiza, interpretacja i dyskusja uzyskanych wyników badań 62 studentów z uszkodzonym słuchem została zamieszczona w rozdziale czwartym. Rozdział ten koncentruje się przede wszystkim na stworzeniu swoistej typologii studentów z uszkodzonym narządem słuchu ze względu na styl funkcjonowania w relacjach interpersonalnych.

Pracę zamykają najważniejsze wnioski, wynikające z badań w odniesieniu do przedstawionych w rozdziale trzecim problemów badawczych łącznie z aplikacjami praktycznymi wynikającymi z uzyskanych rezultatów badań.

W dalszej kolejności zamieszczono bibliografię wykorzystywaną w toku pisania monografii oraz aneksy zawierające kwestionariusze zastosowanych metod badawczych.

Mam nadzieję, że monografia ta będzie stanowiła swobodną platformę do interdyscyplinarnej dyskusji nad funkcjonowaniem w bliskich relacjach interpersonalnych nie tylko osób z uszkodzonym słuchem, ale również przedstawicieli innych rodzajów niepełnosprawności oraz wpłynie na zmianę nieadekwatnych przekonań, stereotypów myślowych oraz zapobiegnie uprzedzeniom i marginalizacji osób z niepełnosprawnościami. Żywię zatem głęboką nadzieję, że przyczyni się również do zmiany wciąż negatywnych postaw społecznych wobec osób z uszkodzonym słuchem, i ukáže te osoby jako pełnoprawnych uczestników społeczeństwa, jako jednostki niezależne i autonomiczne, godne szacunku, przyjaźni i miłości.

Rozdział I

Uszkodzenie słuchu jako zjawisko wieloaspektowe

1. USZKODZENIE SŁUCHU JAKO NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ

1.1. Wybrane definicje i klasyfikacje uszkodzeń słuchu

W miarę rozwoju studiów nad głuchotą zmieniał się zakres znaczeniowy stosowanych pojęć. Możemy się spotkać z terminologią dotyczącą zarówno samego uszkodzenia (defektu), jak i osoby dotkniętej wadą słuchu. W pierwszej grupie znajdują się określenia, takie jak: „głuchota”, „głuchoniemota”, „inwalidztwo słuchu”, „niedosłuch”, „upośledzenie słuchu” i stosowane zamiennie „uszkodzenie” i „wada słuchu”. Termin „głuchota” jest wypierany z nazewnictwa naukowego ze względu na skojarzenia o negatywnym zabarwieniu. Pojawiły się pojęcia, takie jak „niesłyszący”, „niedosłyszający”, „słabosłyszający”, człowiek (osoba) „z resztkami słuchu”, „z wadą słuchu”, „z uszkodzeniem słuchu” (Bartnikowska, 2010; Hoffmann, 2001; Kosowska, 2011a; Krakowiak, 2012; Trębicka-Postrzygacz,

Antas, 2012; Wójcik, 2008; Zaborniak-Sobczak, 2009). Zgodnie z treścią Zarządzenia nr 29 Ministra Edukacji Narodowej z dnia 4 października 1993 r. w sprawie zasad organizowania opieki nad uczniami niepełnosprawnymi, ich kształcenia w ogólnodostępnych i integracyjnych publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach oraz organizacji kształcenia specjalnego (Dz. Urz. MEN nr 9, poz. 36)¹ powinno się używać określeń „niesłyszący” i „słabosłyszący” w zamian za „głuchy” i „niedosłyszący”. Podobnie obecnie obowiązujące Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 26 lipca 2018 r. zmieniające rozporządzenie² w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym (Dz.U. z 2018 r., poz. 1485) zakłada stosowanie określeń dla dzieci i młodzieży posiadających orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego, niepełnosprawnych: „niesłyszących” i „słabosłyszących”.

Określenie „głuchoniemy” jest również błędne, ponieważ brak słuchu nie jest jedynym czynnikiem warunkującym niemotę człowieka (Bartnikowska, 2010). Określenie to jest terminem historycznie najstarszym, dotyczyło wszystkich osób dotkniętych uszkodzeniem słuchu (Trębicka-Postrzygacz, Antas, 2012). Zmiany w terminologii dotyczącej uszkodzeń słuchu są odpowiedzią na przemiany, jakie zachodzą w stosunku do ludzi z wadą słuchu, dostrzegania ich

1 Zarządzenie to utraciło moc z dniem 22 października 2002 r. na podstawie art. 30 ustawy z dnia 23 sierpnia 2001 r. o zmianie ustawy o systemie oświaty, ustawy – Przepisy wprowadzające reformę ustroju szkolnego, ustawy – Karta Nauczyciela oraz niektórych innych ustaw (Dz.U., nr 111, poz.1194 oraz z 2002 r., nr 41, poz. 362).

2 Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym (Dz.U. z 2017 r., poz. 1578).

wartości i zdolności, a nie tylko ograniczeń. Jednakże osoby, które żyją w środowisku niesłyszących i na co dzień posługują się językiem migowym, używają określenia „Głuchy”, i nie ma to dla nich negatywnego zabarwienia, a jedynie podkreśla przynależność do społeczności Głuchych i dlatego też przymiotnik głuchy pisany jest przez osoby głuche dużą literą. Międzynarodowe Biuro Audiofonologii (BIAP) sugeruje używanie określeń wskazujących na uszkodzenie określonej funkcji, a nie człowieka. Zatem promowane są pojęcia „osoba z uszkodzeniem słuchu” lub „osoba z wadą słuchu” (Perier, 1992). Nazwy „niesłyszący” czy „słabosłyszący” powinny być stosowane z przekonaniem, że człowiek, którego dotyczą, jest przede wszystkim osobą, a dopiero potem kimś z wadą słuchu (Bartnikowska, 2004).

Z uwagi na różnorodność czynników wpływających na uszkodzenie słuchu oraz zróżnicowanie jego konsekwencji istnieje trudność z przytoczeniem jednej definicji uszkodzenia słuchu. Jak podkreśla Grażyna Dryżałowska (2015, s. 108), uszkodzenie słuchu jest tego rodzaju niepełnosprawnością, która przenika całe życie osoby i przekształca jej rozwój we wszystkich sferach funkcjonowania. Uszkodzenie słuchu rozumiane jako „każde uszkodzenie narządu słuchu lub indywidualnej zdolności przetwarzania wrażeń słuchowych na sensowne informacje” może wystąpić w różnych okresach życia człowieka. A zatem „osoba z uszkodzonym słuchem to pojęcie bardzo obszerne, obejmujące zarówno osoby z lekkim, średnim i ciężkim niedosłuchem, osoby z resztkami słuchu oraz niesłyszące, względnie głuche” (Müller, 1997, s. 22). Jak wynika z powyższej definicji, stopień ubytku może być różnoraki. Najczęściej określany jest za pomocą audiogramu progowego i przeliczany na podstawie Klasyfikacji Międzynarodowego Biura Audiofonologii (BIAP). Klasyfikacja ta uwzględnia następujące uszkodzenia słuchu:

- słuch normalny lub powyżej normy – próg wrażliwości niższy niż 20 dB, nie występują żadne ograniczenia w percepcji mowy;

- uszkodzenie słuchu lekkie (osoby słabosłyszące) – ubytek słuchu zawarty w przedziale między 20 a 40 dB, elementy mowy potocznej nie są do końca poprawnie identyfikowane;
- umiarkowane uszkodzenie słuchu (osoby słabosłyszące) – próg ubytku słuchu zawarty pomiędzy 40 a 70 dB, natomiast próg dla głosu wykracza poza sferę natężenia potocznej mowy, znaczna część dźwięków mowy potocznej nie jest słyszana;
- znaczny ubytek słuchu (osoby niesłyszące) – próg zawarty pomiędzy 70 a 90 dB. Osoby te spostrzegają mowę jedynie o dużym natężeniu, np. głośny krzyk;
- uszkodzenie słuchu w stopniu głębokim (osoby niesłyszące) – próg równy lub wyższy od 90 dB. U tych osób występuje brak umiejętności odróżniania jakichkolwiek cech dźwięków mowy w warunkach sprzyjających słuchaniu (Bartnikowska, 2004; Dryżałowska, 2007; Krakowiak, 2012; Perier, 1992; Szczepankowski, 1999; Zaborniak-Sobczak, 2009).

Podstawę powyższej klasyfikacji stanowi krzywa audiometryczna tonalna, która mierzy dwie wielkości: wysokość tonu, który dana osoba jest w stanie jeszcze usłyszeć, oraz natężenie tonu, który jest w stanie spowodować reakcję. Wysokość tonu (częstotliwość) podawana jest w Herzach (Hz), natomiast głośność (natężenie dźwięku) w decybelach (dB) (Müller, 1997).

Do wyżej opisanej klasyfikacji BIAP odwołał się Bogdan Szczepankowski (1997, s. 42), formułując własną definicję uszkodzenia słuchu wyjaśniającą, że: „osoba z uszkodzonym słuchem w stopniu lekkim, umiarkowanym, znacznym lub głębokim jest to osoba, której uszkodzenie słuchu, określone audiogramem progowym i przeliczone według tabeli Międzynarodowego Biura Audiofonologii, przekracza 20 dB i kwalifikuje ją do jednego ze stopni uszkodzeń”.

W przypadku gdy ubytek wrażliwości słuchowej jest większy niż 90 dB, oblicza się drugą średnią na podsta-

wie wartości progowych dla częstotliwości 250, 500, 1000 i 2000 Hz (sumę dzieli się przez 4). Wyróżniamy wtedy trzy grupy głębokich uszkodzeń słuchu:

- pierwsza grupa („złota”) – ubytek mniejszy lub równy 90 dB,
- druga grupa („srebrna”) – ubytek mieszczący się w przedziale między 90 a 100 dB,
- trzecia grupa („brązowa”) – ubytek słuchu większy niż 100 dB (Krakowiak, 2012, s. 86–87).

Kolejnym istotnym aspektem jest wpływ uszkodzenia słuchu na rozwój mowy dziecka. Wiek, w którym nastąpiło obniżenie słyszalności, ma znaczący wpływ na powstawanie zaburzeń mowy. Im wcześniej nastąpiło uszkodzenie słuchu, tym większym zahamowaniem ulega rozwój mowy, ponieważ na skutek obniżonej słyszalności dziecko odbiera słowa zniekształcone i w takiej formie przyswaja je sobie i odtwarza. Może to prowadzić do wytworzenia się mowy zniekształconej, agramatycznej i z ubogim słownictwem. U osób z uszkodzonym słuchem problemy wynikające z ograniczenia wrażliwości słuchowej współwystępują z trudnościami spowodowanymi brakiem bądź zubożeniem doświadczenia językowego (Krakowiak, 2015a).

Definicję odnoszącą się do komunikacji za pomocą mowy dźwiękowej zaproponował Tadeusz Gałkowski (1976, s. 3–4), wyjaśniając, że „za osobę głuchą uważa się taką, u której ubytki słuchu nie pozwalają na normalny rozwój mowy ustnej. Osoba głuchoniema to osoba, która wskutek głuchoty nie opanowała mowy, nie posługuje się nią i nie rozumie jej na drodze odczytywania z ust. Osoba niedosłysząca to ta, u której ubytki słuchu pozwalają opanować mowę w sposób naturalny”.

Biorąc pod uwagę moment uszkodzenia lub utraty słuchu w stosunku do rozwoju mowy, możemy dokonać podziału uszkodzeń słuchu w aspekcie psycholingwistycznym i w związku z tym wyróżnić niesłyszenie:

- a) prelingwalne, powstałe przed opanowaniem mowy ustnej do 2–3 roku życia;
- b) perylingwalne (interlingwalne), powstałe w trakcie opanowywania języka, ale jeszcze niecałego systemu symboli słownych i związków międzywyrazowych, a więc w wieku około 3–6 lat;
- c) postlingwalne, powstałe po szóstym roku życia, kiedy język był już ukształtowany (Löwe, 1995).

Kazimiera Krakowiak (2012, s. 98) zaproponowała bardziej precyzyjne ujęcie powyższego podziału uszkodzeń słuchu. Autorka podkreśla, że proces przyswojenia języka i uczenia się mowy ma charakter stadialny i podział uszkodzeń słuchu na trzy grupy: prelingwalne, perylingwalne i postlingwalne należy uznać za niewystarczający. Zauważyła również pewną prawidłowość, że podatność na zaburzenia mowy u danego dziecka jest tym większa, im krótsze jest jego doświadczenie językowe. Kazimiera Krakowiak (2012, s. 99–100) wyróżniła zatem uszkodzenia słuchu:

- a) prelingwalne – występujące u dzieci, które urodziły się z uszkodzonym słuchem bądź utraciły umiejętność słyszenia w pierwszym roku życia, czyli przed ukształtowaniem się podstawowych funkcji słuchowych. W tej grupie dzieci występuje największe zagrożenie dla rozwoju mowy;
- b) perylingwalne wczesne – występujące u dzieci, które utraciły słuch po ukształtowaniu się podstawowych funkcji słuchowych i opanowaniu umiejętności posługiwania się sygnałami językowymi w postaci wyrazodania (inaczej holofrazy), jednak przed osiągnięciem umiejętności rozumienia i budowania zdań (czyli przed uformowaniem się podstaw systemu językowego) (w drugim lub na początku trzeciego roku życia). Dzieci z tej grupy mają nieco większe szanse niż dzieci z grupy pierwszej na uformowanie się mowy;
- c) perylingwalne późne – cechuje dzieci, u których utrata słuchu wystąpiła po osiągnięciu umiejętno-

ści rozumienia i budowania zdań (po przyswojeniu podstaw języka), ale przed zakończeniem rozwoju systemu fonologicznego i opanowaniem wymowy zgodnej z normą (pomiędzy czwartym a siódmym rokiem życia). Dzieci z tej grupy nie tracą osiągniętej kompetencji mówienia, jednak konieczne jest, aby miały możliwość stałego jej wykorzystywania. Natomiast dalszy rozwój mowy jest utrudniony i ulega zahamowaniu;

- d) postlingwalne wczesne – występuje u dzieci, które utraciły słuch, podczas gdy funkcje językowo-słuchowe jeszcze się rozwijają i dojrzewają, natomiast warstwa leksykalno-semantyczna języka znajduje się w stadium szczególnie dynamicznego wzbogacania (dzieci w wieku od 6–7 do około 12 lat). Utrata słuchu w tym czasie nie powoduje niemoty, ale może przyczynić się do ograniczenia kontaktów społecznych i możliwości poznawczych jednostki;
- e) postlingwalne późne – występuje u dzieci, u których funkcje mowy i opanowania języka w pełni się wykształciły.

Na uwagę zasługują rozważania terminologiczne opracowane na Konferencji Dyrektorów Amerykańskich Szkół dla Głuchych. Kierując się względami pedagogicznymi, za kryterium przyjęto zdolność rozróżnienia i rozumienia dźwięków składających się na mowę ustną i zaproponowano przyjęcie następujących definicji:

- „osobą głuchą jest ta, u której słuch jest uszkodzony w takim stopniu (zwykle 70 dB ISO lub więcej), że nie może zrozumieć mowy drogą słuchową nawet z użyciem protezy;
- osobą niedosłyszającą jest ta, u której słuch jest uszkodzony w takim stopniu (zwykle 35 do 69 dB ISO), że rozumienie przez nią mowy drogą słuchową bez protezy lub z nią sprawia jej trudność, lecz jest możliwe” (Perier, 1992, s. 20).

Na gruncie polskim podziału według podobnego kryterium dokonał Kazimierz Kirejczyk (1967) i wyodrębnił:

- dzieci niedosłyszające, które pomimo występujących u nich uszkodzeń słuchu słyszą i rozumieją mowę;
- dzieci z resztkami słuchu, które potrzebują aparatów słuchowych, aby usłyszeć i zrozumieć mowę;
- dzieci praktycznie głuche, które nie słyszą ani nie rozumieją mowy nawet przy zastosowaniu jakichkolwiek aparatów.

Warto bliżej się przyjrzeć jeszcze jednej koncepcji, która za punkt odniesienia przyjmuje zdolność jednostki do odróżniania w szybko płynącym strumieniu fonicznym segmentów o różnych natężeniach, częstotliwościach i czasie trwania oraz składowych fali akustycznej. Autorka klasyfikacji, Kazimiera Krakowiak (1996), zauważyła, że zdolność ta jest niejednakowa u różnych osób z wadą słuchu, nawet jeśli wykres ich audiogramów jest podobny. Wśród przyczyn, które wpływają na różnicowanie się możliwości osób w zakresie słuchowego odbioru wypowiedzi, możemy wyróżnić:

- wewnątrzpochodne (czas utraty słuchu, lokalizacja i przyczyny uszkodzenia słuchu, stopień jego ubytku oraz czynniki związane z rozwojem psychosomatycznym);
- zewnątrzpochodne (środowiskowe, związane z rodziną i społecznością, do której dana osoba należy, czas wykrycia wady słuchu, odpowiedni dobór aparatów słuchowych, skuteczność wychowania słuchowego).

Biorąc pod uwagę wymienione wyżej kryteria, Kazimiera Krakowiak (2006a, s. 26–39; 2012, s. 104–116) podzieliła osoby z wadą słuchu, przyporządkowując je do jednej z czterech niżej wymienionych grup. W ramach pierwszej grupy osób funkcjonalnie słyszających znajdują się:

- osoby z nieznacznym obniżeniem sprawności słyszenia. Charakterystyczne dla tych osób są trudności w dokładnym słyszeniu dźwięków mowy w naturalnych warunkach, natomiast w warunkach sprzyjających (w ciszy,

z bliska, przy zwiększonej głośności sygnału) zdolność ta zostaje zachowana. Nieznaczne obniżenie sprawności słyszenia nie zakłóca mowy ani jej rozwoju, dlatego osoby te można uznać za funkcjonalnie słyszące.

- osoby z lekkim obniżeniem sprawności słyszenia. W warunkach sprzyjających słuchaniu prezentują ograniczone doświadczanie niektórych cech dźwięków mowy, zwłaszcza głosek dystynktywnych (np. bar : par, nam : dam). Rozwój mowy przebiega prawidłowo, jednak mogą pojawić się wady wymowy w postaci substytucji w zakresie głosek szczelinowych i zwarto-szczelinowych oraz dłużej utrzymująca się wymowa typu dziecięcego. Autorka uznaje te osoby za funkcjonalnie słyszące, jednak zwraca uwagę na potrzebę rehabilitacji logopedycznej, okresowych badań słuchu i dbania o niepogłębianie się wady.

Druga grupa osób to niedosłyszący, czyli osoby z umiarkowanym obniżeniem sprawności słyszenia. Charakterystyczny jest dla nich brak umiejętności dostrzegania licznych dźwięków mowy, ale w warunkach sprzyjających potrafią dostrzec akcenty, liczby sylab czy intonację. Mowa dziecka rozwija się spontanicznie, ale ze znacznym opóźnieniem. Występujące wady wymowy mają postać substytucji i deformacji głosek. Dla tej grupy osób wskazana jest wczesna interwencja logopedyczna zarówno usprawniająca, jak i korekcyjna, która umożliwi kształcenie w integracji ze słyszącymi rówieśnikami. Kazimiera Krakowiak podkreśla, że wykorzystanie jedynie języka migowego może utrudniać rozwój mowy dźwiękowej i uczenie się poprawnej wymowy.

Do trzeciej grupy zaliczamy osoby słabosłyszące, czyli ze znacznym obniżeniem sprawności słyszenia. Niepełnosprawność ta utrudnia umiejętność odróżniania wielu cech dźwięków mowy oraz rozróżniania segmentacji strumienia mowy w warunkach sprzyjających odbieraniu mowy. Osoby te wymagają interwencji logopedycznej i pedagogicznej. Celem kształcenia jest wypracowanie sobie przez dziecko

własnej strategii odbioru sygnałów mowy i bazy percepcyjnej języka. Zadaniem osób prowadzących rehabilitację – zaproponowanie takich środków pomocniczych zintegrowanych z mową, aby w jak najszerszym zakresie nauczyć dziecko języka fonicznego, w celu skutecznej integracji ze środowiskiem ludzi słyszących. Można zatem zastosować pismo, alfabet palcowy, system językowo-migowy lub fonogesty. Komunikacja w wykorzystaniem fonogestów jako jedyna z tych metod umożliwia synchronizację mówienia i stosowanie środków wizualizujących mowę. Fonogesty uwzględniają strukturę samogłoskowo-spółgłoskową języka fonicznego oraz podział ciągu mowy na sylaby, zatem przebieg czynności językowych i rytm mowy pozostają zachowane (bardziej szczegółowe informacje dotyczące metody fonogestów Czytelnik odnajdzie w podrozdziale 2. *Komunikowanie się osób z niepełnosprawnością słuchu z otoczeniem*).

Czwartą grupę stanowią osoby niesłyszące, czyli niekorzystające ze słuchu w komunikowaniu się językowym (funkcjonalnie głuche). Występuje tu afonemia, czyli brak umiejętności odróżniania wszelkich dźwięków mowy nawet w warunkach sprzyjających słuchaniu. Pomimo że osoby te spostrzegają, iż ktoś coś mówi, nie są jednak w stanie zrozumieć, co ta osoba mówi. Rozwój mowy u tych osób jest zablokowany mimo zastosowania protez słuchowych. Kształcenie dzieci funkcjonalnie głuchych musi być specjalnie zorganizowane i wymaga zastosowania specjalistycznej metodyki. Niezbędne jest zastosowanie naturalnego języka migowego, ponieważ nie jest możliwe opanowanie umiejętności identyfikowania słów i przypisywania dźwiękom mowy znaczeń (Krakowiak, 2006a, 2012).

Podział ten, jak akcentuje jego autorka (Krakowiak, 2012, s. 102), może mieć dużą wartość jako podstawa diagnozy i typologii dotyczącej małych dzieci, których zdolność słyszenia dźwięków mowy podlega dynamicznym zmianom rozwojowym.

1.2. Medyczne aspekty uszkodzenia słuchu

Z klinicznego punktu widzenia uszkodzenia słuchu mogą mieć przyczyny dwojakiej natury: mogą być spowodowane zaburzeniami transmisji dźwięków w uchu zewnętrznym lub wewnętrznym (co nazywamy głuchotą przewodzeniową) oraz mogą być spowodowane uszkodzeniem komórek włosowatych lub dróg nerwowych (co nazywamy głuchotą odbiorczą, inaczej nerwową) (Ganong, 2007).

Głuchota przewodzeniowa powstaje, gdy kosteczki w uchu środkowym przestają przewodzić fale dźwiękowe do ślimaka (Kalat, 2016). Do najczęstszych przyczyn głuchoty przewodzeniowej zaliczamy: choroby, powtarzające się zakażenia ucha środkowego lub nowotworowy rozrost kości w pobliżu ucha środkowego, jak również zatkanie zewnętrznego przewodu słuchowego woskowniną lub ciałem obcym, zniszczenie kosteczek słuchowych czy nadmierna sztywność połączenia między strzemiączkiem a okienkiem przedsionka (Ganong, 2007; Kalat, 2016).

Podstawową cechą uszkodzenia typu przewodzeniowego jest niedosłuch, rzadziej głębsza wada słuchu. Uszkodzeniu ulegają zwykle niskie tony, wysokie natomiast zachowują słyszalność. Zdarzają się jednak przypadki, w których uszkodzenie dotyczy w równym stopniu tonów niskich i wysokich. Uszkodzenia te obejmują ucho zewnętrzne i środkowe, dlatego też fala dźwiękowa nie dochodzi w sposób normalny do ślimaka, mimo że jego funkcjonowanie neurosensoryczne pozostaje nie naruszone. Ubytek słuchu nie przekracza zwykle 60 dB, a słyszenie kostne pozostaje w normie. Ten typ uszkodzenia występuje częściej jako zjawisko nabyte, a nie uwarunkowane genetycznie. Przewodzeniowa wada słuchu nie zmienia jakości docierających dźwięków, są one jedynie ciszej słyszane. Słyszenie i rozumienie mowy jest z reguły zachowane i rozwój mowy nie jest zaburzony. Wynika to stąd, że jednostka słyszy swoją mowę wyraźnie

za pośrednictwem przewodnictwa kostnego, dzięki czemu może ją korygować i naśladować. Zdarza się, że głuchota przewodzeniowa zanika samoistnie. Jeśli ma charakter trwały, leczy się ją operacyjnie bądź poprzez zastosowanie aparatów słuchowych. Głośne mówienie lub zastosowanie aparatu słuchowego mogą znacznie poprawić warunki rozwoju mowy i uchronić przed jej zaburzeniami (Bartnikowska, 2004; Dryżałowska, 2007; Kalat, 2016).

Głuchota odbiorcza (nerwowa) powstaje w wyniku uszkodzenia ślimaka, komórek włoskowatych lub nerwu słuchowego. Głuchota nerwowa bywa schorzeniem dziedzicznym (Wang i in., 1998, za: Kalat, 2016, s. 192). Odbiorcze uszkodzenie słuchu powoduje głębszy ubytek słuchu dla tonów wysokich w porównaniu z niskimi, co wpływa na gorsze rozumienie mowy i gorszą słyszalność. W przypadku tego uszkodzenia przewodzenie mechaniczne fali dźwiękowej jest normalne, natomiast zaburzone jest przekształcenie bodźca akustycznego w impuls nerwowy. W przypadku uszkodzenia w obrębie ucha wewnętrznego mogą pojawić się zmiany w funkcjonowaniu narządu równowagi. Konsekwencją zniszczenia komórek nerwowo-zmysłowych jest odbiór dźwięków zniekształconych, co prowadzi zarówno do zmian ilościowych (zmniejszenie głośności słyszanych dźwięków), jak i jakościowych (zróznicowanie ubytku słuchu dla różnych częstotliwości). Osoby te mają problem tak z odbieraniem dźwięków z otoczenia, jak i z kontrolą własnej artykulacji. Zastosowanie aparatów słuchowych zazwyczaj nie jest w stanie pomóc osobom z głuchotą nerwową. Obecnie ten rodzaj głuchoty leczy się za pomocą zastosowania implantów ślimakowych i pniowych. Fale dźwiękowe rejestrowane są przez mikrofon, a następnie przekazywane bezpośrednio do zakończeń nerwu słuchowego w ślimaku. W sytuacji gdy nerw słuchowy nie funkcjonuje prawidłowo, przekazywane są do jąder słuchowych w pniu mózgu (Bartnikowska, 2010; Dryżałowska, 2007; Kalat, 2016; Wójcik, 2008).

Poprzez połączenie dwóch wyżej opisanych rodzajów uszkodzeń słuchu wyróżnić możemy typ mieszany (głuchotę mieszaną). Występuje wtedy jednocześnie uszkodzenie części przewodzących i odbiorczych. Zaburzenie przewodnictwa powietrznego obejmuje wszystkie częstotliwości – z wyraźnym obniżeniem dla tonów wysokich, choć może być podwyższone dla tonów niskich. Stąd słyszalność dźwięków mowy jest tu znacznie ograniczona (Krakowiak, 2012).

Opisane wyżej uszkodzenia słuchu (przewodzeniowe, odbiorcze (nerwowe) oraz mieszane) stanowią zaburzenia typu obwodowego. Klasyfikacja medyczna wyróżnia ponadto zaburzenia słuchu typu centralnego.

W przypadku zaburzeń zlokalizowanych w ośrodkach centralnych często współwystępują z nimi inne dysfunkcje powstałe w wyniku działania czynnika szkodliwego na układ nerwowy, np. upośledzenie umysłowe, uszkodzenia wzroku czy zaburzeń zachowania. Jednak to nie wada słuchu jest przyczyną ich występowania. Wśród zmian organicznych występujących u osób z uszkodzonym narządem słuchu znajdują się: aplazje duże (zrośnięcie i niedorozwój wrodzony przewodu słuchowego zewnętrznego), aplazje małe (wrodzony niedorozwój kosteczek słuchowych i jamy bębenkowej, czyli zeszywnienie i unieruchomienie kosteczek słuchowych), niedrożność trąbki słuchowej, ubytki w błonie bębenkowej, starcze zgrubienie błony bębenkowej, któremu może towarzyszyć osteoporoza kosteczek słuchowych, zwyrodnienia stawów i sklerotyzacja więzadeł, zanik mięśni wewnątrzusznych, zwyrodnienie włókien nerwowych i komórek ślimaka. Wyżej opisane zmiany można leczyć operacyjnie i/lub farmakologicznie. Natomiast zmniejszenie skutków niektórych zmian w uchu wewnętrznym możliwe jest za pomocą aparatu słuchowego (Bartnikowska, 2010; Dryżałowska, 2007). Ewa Kwaśniok i Magdalena Ławecka (2016) oraz Zdzisław M. Kurkowski (2015) wskazują również na konieczność zastosowania innych form stymulacji funkcji słuchowych w zaburzeniach

centralnych procesów przetwarzania, takich jak: SAPL za pomocą metody Alfreda Tomatisa, Indywidualna Stymulacja Słuchu Kjelda Johansena, metoda Auricula TM, metoda Samonas Ingo Steinbacha, Interaktywny Metronom, SPPS (stymulacja polimodalnej percepcji sensorycznej), metoda Freda Warnkego oraz logopedyczne treningi słuchowe. Autorzy podkreślają również, że efektywność terapii w szczególności zależy od systematyczności wykonywanych ćwiczeń oraz od poziomu zaburzenia, a także od ewentualnie współistniejących zaburzeń.

Uszkodzenie narządu słuchu może być wywołane przez liczne czynniki. W etiologii uszkodzeń słuchu wyróżnia się trzy podstawowe grupy uszkodzeń: wrodzone, okołoporodowe oraz nabyte w późniejszych okresach życia (Góralówna, Hołyńska, 1993; Krakowiak, 2012).

Uszkodzenia wrodzone mogą być powodowane poprzez:

- a) czynniki dziedziczne powodujące głuchotę dziedziczną, którą dzielimy w zależności od sposobu jej dziedziczenia na: dominującą i recesywną.

Najczęściej występującą formą dziedziczonej głuchoty jest tzw. głuchota recesywna. Jeżeli jedno z rodziców jest nią dotknięte, to dzieci są słyszące, lecz niektóre z nich są nosicielami utajonej cechy głuchoty. W przypadku gdy dwoje takich osób zdecyduje się na potomstwo, to część dzieci urodzonych ze związku tych osób dotknięta będzie głuchotą dziedziczną. Dzieje się tak tylko wówczas, gdy oboje rodzice są nosicielami takiego samego genu głuchoty (sprzężonego z tym samym chromosomem). Głuchota recesywna jest trudna do rozpoznania, zwłaszcza gdy rodziny są nieliczne lub dziecko głuche jest pierwszym w danej rodzinie, a ponadto brak jest informacji o występowaniu głuchoty w dalszej rodzinie. W takich sytuacjach głuchotę przypisuje się innym przyczynom i dopiero, gdy któreś z następnych dzieci jest głuche, możemy mówić o głuchocie recesywnej.

Głuchota dziedziczna przenoszona w sposób dominujący znacznie rzadziej występuje. Mówimy o niej, gdy jedno

z głuchych rodziców przekazuje cechę głuchoty bezpośrednio swemu dziecku. W takiej rodzinie zwykle połowa dzieci rodzi się z wadą słuchu. Nie u wszystkich dzieci wada słuchu bywa jednakowo silnie wyrażona, zdarzają się również przypadki jednostronnej głuchoty, co jest trudniejsze do zauważenia. Niektóre wady słuchu przekazywane w sposób dominujący, a więc z pokolenia na pokolenie mają charakter postępujący i ujawniają się najczęściej dopiero w wieku szkolnym.

b) czynniki genetyczne – powodujące zespoły kilku wad dziedzicznych, w których uszkodzenie słuchu stanowi jedną z charakterystycznych cech. Zespoły te mogą być przenoszone zarówno w sposób dominujący, jak i recesywny. Głuchota może współwystępować m.in. z wadą wzroku (tzw. zespół Ushera) lub z postępującą niewydolnością nerek (zespół Alporta). Zespół Ushera stanowi najczęstszą przyczynę współistnienia zaburzeń wzroku i słuchu uwarunkowanych genetycznie (Jamróz i in., 2016). Kolejnym przykładem są zespoły wad dziedzicznych, w których uszkodzenie słuchu wiąże się z nieprawidłowościami w budowie aparatu przewodzącego dźwięki.

c) inne czynniki uszkadzające słuch w okresie płodowym:

- choroby, które przeszła matka szczególnie w trzech pierwszych miesiącach ciąży (różyczka, toksoplazmoza, cytomegalia, choroby weneryczne);
- leki, które przyjmowała matka w czasie ciąży (przeciwbólowe, psychotropowe, antybiotyki, np. chinina, streptomycyna, neomycyna, gentamycyna);
- promienie rentgena w okolicy miednicy;
- awitaminoza (brak witamin, wadliwe odżywianie);
- urazy mechaniczne.

Uszkodzenia okołoporodowe są skutkiem niedotlenienia tkanki nerwowej (anoksja) lub urazów doznanych w wyniku powikłanego przebiegu porodu (zbyt szybki lub

zbyt powolny poród powodujący niedokrwienie lub zamar-twicę). Ponadto wyróżnić możemy:

- nieudaną interwencję lekarza – poród kleszczowy, który wywołał krwiaki pajęczynowe;
- wcześniactwo i niską wagę urodzeniową (to czynniki sprzyjające powstawaniu wady, a nie bezpośrednio je powodujące);
- długi pobyt dziecka w inkubatorze (tzw. samoogłuszenie), podłączenie do respiratora;
- u noworodków z długo utrzymującą się nasiloną żółtaczką, której podłożem jest konflikt serologiczny czynnika Rh, barwnik żółciowy (bilirubina), powstający z rozpadu krwinek przenika z łożyska nie tylko do skóry, ale i do tkanek mózgu, uszkadzając jądra nerwu słuchowego.

Uszkodzenia nabyte w późniejszym okresie życia są następstwem chorób uszu lub innych chorób, które atakują również narząd słuchu. Do grupy tej zaliczamy:

- zapalenie opon mózgowych i mózgu (zwłaszcza w dwóch pierwszych latach życia);
- choroby i infekcje wirusowe, zakaźne przebiegające z wysoką temperaturą, nietypowo, z powikłaniami, np. błonica, dur brzuszny, świnka;
- szczególnie niebezpieczne są stany zapalne ucha środkowego, ponieważ trąbka słuchowa (integralna część ucha środkowego) łączy jamę bębenkową z górnymi drogami oddechowymi;
- urazy: mechaniczne głowy (upadek, uderzenie, manipulowanie w uchu ostrym przedmiotem itp.), akustyczne (nadmiernie silny bodziec akustyczny, przekraczający granice wytrzymałości komórek zmysłowych ślimaka lub działanie bodźca słabszego, ale długotrwałego);
- czynniki toksyczne – leki np. ototoksyczne antybiotyki (gentamycyna, neomycyna, streptomycyna) oraz inne substancje toksyczne (Góralówna, Hołyńska 1993; Krakowiak, 2012).

1.3. Psychologiczne aspekty uszkodzenia słuchu

Wymiar psychologiczny niepełnosprawności słuchu dotyczy następstw tego uszkodzenia dla psychicznego i psychologicznego funkcjonowania człowieka. Warto zaznaczyć, że osoby z niepełnosprawnością mają takie same potrzeby jak każdy inny człowiek, jednak znacznie częściej doświadczają frustracji na skutek niemożności lub niepełnego ich zaspokojenia. Pomijając codzienne problemy, które dotyczą wszystkich ludzi, zmagają się z „barierami również subiektywnymi, czyli wartościowaniem stanu uszkodzenia i siebie z tą przypadłością” (Kosakowski, 2003, s. 27).

Rozwój psychiczny dziecka z uszkodzonym słuchem, podobnie jak dziecka słyszącego, zależy od wielu czynników, które wpływają na ten rozwój (Kosowska, 2011b). Przez wiele lat osobom z uszkodzeniami słuchu przypisywano duże ograniczenia w rozwoju. Dotyczyły one nie tylko zmniejszenia lub braku wrażliwości na bodźce akustyczne, lecz również zaburzeń w sferze komunikowania się, niskiego ilorazu inteligencji oraz pewnych określonych cech osobowości. Dzięki postępowi m.in. w medycynie, pedagogice, psychologii czy technice zmienił się psychiczny wymiar tego uszkodzenia (Bartnikowska, 2010; Teper-Solarz, 2016).

Osoba ze znacznym uszkodzeniem słuchu, pozbawiona jednego z najważniejszych kanałów przepływu informacji, doświadcza poważnej deprivacji językowej, która odzwierciedla się w jej rozwoju poznawczym, emocjonalnym i społecznym. Bez odpowiedniego postępowania rehabilitacyjnego nie jest ona w stanie opanować podstawowych nawyków językowych i nie może porozumiewać się z najbliższymi. Zaburzenia rozwoju mowy i komunikacji językowej wpływają niekorzystnie przede wszystkim na procesy spostrzegania i myślenia, a także wpływają ujemnie na rozwój osobowości oraz na funkcjonowanie społeczne – identyfikację z osobami znaczącymi, proces przyswajania norm moralnych

i reguł współżycia społecznego. Brak mowy może przyczynić się do poczucia izolacji, osamotnienia i alienacji w grupie społecznej (Ciupińska, 2016; Czajkowska-Kisil, 2012; Kosowska, 2011b; Dryżałowska, 2015; Olempska-Wysocka, 2016; Ostrowski, 2018; Zaborniak-Sobczak, 2009).

Konsekwencje utraty słuchu zależą od wielu czynników. Za Magdaleną Olempska-Wysocką (2016, s. 117–118) oraz Bogdanem Szczepankowskim (1999, s. 77–81) można wyróżnić:

- czas, w którym nastąpiło uszkodzenie słuchu – czy jest to wada wrodzona czy nabyta, w jakim okresie rozwojowym wystąpiła, szczególnie istotny jest moment uszkodzenia słuchu w stosunku do rozwoju mowy;
- czas zdiagnozowania uszkodzenia słuchu – im wcześniej zostanie postawiona diagnoza, tym lepsze rokowania i szanse rozwoju wrażliwości słuchowej;
- rodzaj i stopień utraty słuchu – w jakim zakresie odbiór poszczególnych częstotliwości został uszkodzony;
- przyczyny uszkodzenia słuchu – wrodzone, okołoporodowe, nabyte w późniejszym okresie życia;
- liczbę występujących deficytów rozwojowych – czy uszkodzenie słuchu stanowi jedyną dysfunkcję, czy też występują inne zaburzenia powodujące niepełnosprawność sprzężoną;
- korzystanie z aparatów słuchowych i/lub implantów ślimakowych – czy miało miejsce w przeszłości i jak długo, czy obecnie osoba niesłysząca korzysta z aparatów słuchowych;
- umiejętność wykorzystania posiadanych resztek słuchu – jakie bodźce akustyczne osoba z uszkodzonym słuchem jest w stanie odebrać i zidentyfikować zarówno bez pomocy, jak i z pomocą aparatów słuchowych i innych urządzeń wspomagających słyszenie;
- czas rozpoczęcia kompleksowej rehabilitacji – terapii logopedycznej, surdopedagogicznej, psychologicznej wykorzystujących plastyczność mózgu dziecka;

- czynniki środowiskowe okresu dzieciństwa – czy rodzice są (byli) słyszący, czy niesłyszący, czy wówczas prowadzona była efektywna praca rehabilitacyjna i rewalidacyjna z dzieckiem niesłyszącym przez rodziców, czy poradnię logopedyczną;
- czynniki środowiskowe wieku szkolnego – czy nauka odbywała się w szkole dla słyszących, czy w specjalnych ośrodkach szkolno-wychowawczych dla osób słabosłyszących i/lub niesłyszących; czy dziecko mieszkało z rodzicami, czy w internacie, z kim spędzało czas wolny i wakacje – z dziećmi słyszącymi czy niesłyszącymi;
- aktualne warunki rodzinne osoby niesłyszącej – czy współmałżonek jest słyszący, słabosłyszący, czy niesłyszący i jak się porozumiewają, czy dzieci są słyszące, czy niesłyszące, jakie są kontakty z bliższą rodziną, przyjaciółmi itp.;
- podstawowy sposób porozumiewania się z otoczeniem – czy jest to mowa dźwiękowa z odczytywaniem z ruchu warg i odbiorem akustycznym, język migowy, gestykulacja, pismo, czy też połączenie tych elementów;
- cechy osobowości osoby niesłyszącej – w tym ogólny poziom inteligencji, zdolności kompensacyjne ustroju, motywacje i możliwości w zakresie integracji z osobami słyszącymi itd.

Konsekwencje uszkodzenia słuchu są tym poważniejsze im wcześniej w rozwoju wystąpiło uszkodzenie słuchu oraz im głębszy jest jego poziom. Znaczne bądź głębokie uszkodzenie słuchu o charakterze prelingwalnym lub perylingwalnym, zatem istniejące od urodzenia lub wczesnego dzieciństwa, wywiera istotny wpływ na możliwości rozwojowe dziecka z taką niepełnosprawnością, szczególnie na opanowanie kompetencji komunikacyjnych (Dryżałowska, 2015; Krakowiak, 2012; Olempska-Wysocka, 2016). Odcięcie lub znaczne ograniczenie dopływu bodźców dźwiękowych w zasadniczy sposób wpływa na prawidłowość reakcji człowieka w określonych warunkach, powodując

jednocześnie powstawanie zmian i odchyłeń w psychice (Szczepankowski, 1999, s. 78). Zahamowanie naturalnego rozwoju mowy pociąga za sobą konsekwencje w zakresie zubożenia słownictwa, prawidłowego rozwoju procesów poznawczych, w tym myślenia słowno-pojęciowego, a niepełne odzwierciedlenie się otoczenia w świadomości dziecka warunkuje powstawanie wtórnych następstw w sferze kontaktów społecznych, opierających się przede wszystkim na języku (Krakowiak, 2012; Olempska-Wysocka, 2016).

Osobowość głuchych jest mniej dojrzała i gorzej zintegrowana niż osób słyszących. Ograniczenia te powodują trudności w rozumieniu stosunków interpersonalnych i wynikający stąd niski rozwój kontaktów grupowych, egocentryczne perspektywy i plany życiowe, łatwowierność i zarazem nieufność, łatwe uleganie sugestiom, konformizm, niedojrzałość emocjonalną, mały krytycyzm, sztywne trzymanie się wyuczonych norm, wrogie nastawienie do autorytetów. W wyniku niezrozumienia otoczenia społecznego pojawić się może poczucie lęku, niepokój, bezradność, częste doświadczanie frustracji, nadpobudliwość, impulsywność, agresywność, tendencje neurotyczne, poczucie mniejszej wartości, nieśmiałość, niska samoakceptacja oraz tendencje do zamykania się w sobie i wycofywania się z kontaktów z otoczeniem, zaburzenia w zachowaniu, predyspozycje nerwicowe, labilność emocjonalna, co niejednokrotnie prowadzi do zaburzeń komunikacji interpersonalnej (Dryżałowska, 2015; Eckert, 2005; Hoffmann, 2001; Olempska-Wysocka, 2012; Ostrowski, 2018; Rostkowska i in., 2013; Szczepankowski, 1999; Wójcik, 2008).

Wskazane cechy rozwoju psychicznego osób z uszkodzeniem słuchu wynikają nie tylko z faktu samego uszkodzenia słuchu, ale bardzo często są konsekwencją nieprawidłowości w procesie socjalizacji i edukacji, jak również nieprawidłowości występujących w ich bliższym i dalszym środowisku, które może zarówno stymulować,

jak i hamować ich rozwój w różnych zakresach. Najbliższe otoczenie stanowi głównie rodzina. Istotną rolę odgrywa tutaj wykształcenie rodziców, ich świadomość, akceptacja dziecka i warunki materialne. Warto zwrócić uwagę na przeżycia emocjonalne i specyficzne trudności, które towarzyszą rodzicom, gdy dowiadują się o wadzie słuchu u swojego dziecka. Jak podają badaczki, między innymi Joanna Kobosko (2013) oraz Marina Zalewska (1998), zdiagnozowanie u dziecka głuchoty stanowi doświadczenie traumatyczne dla jego rodziców. W wyniku otrzymanej diagnozy uszkodzenia słuchu u dziecka matka, doświadczając traumy, staje się dla niego niedostępna psychicznie, co może prowadzić do „patologicznego rozwoju osobowości” dziecka. Natomiast ojcowie mają tendencję do spostrzegania swojego dziecka z uszkodzonym słuchem jako „okaleczonego, nieposiadającego wyposażenia psychicznego” (Zalewska, 1998, s. 49). Katarzyna Plutecka (2013) na podstawie przeprowadzonych wywiadów z ojcami córek z uszkodzonym słuchem podaje, że reakcje ojców na uzyskaną diagnozę były bardzo silne i doświadczali oni wielu negatywnych emocji, takich jak: żal, przerażenie, beznadzieję, lęk o przyszłość dziecka czy poczucie winy. W pierwszej chwili pojawia się u nich „żałoba” po „utracie” w pełni sprawnego dziecka. Naturalną reakcją jest szok, który sprawia, że rodzice nie są w stanie realistycznie zinterpretować sytuacji, w której się znaleźli. W kolejnej fazie następuje negowanie i powątpiewanie w trafność diagnozy, szukanie innych specjalistów, liczenie, że to tylko stan przejściowy. Kolejnym etapem jest zazwyczaj akceptacja, ale jest ona poprzedzona odczuwaniem złości na siebie, współmałżonka, lekarzy, świat, Boga... Występują tu tendencje do poszukiwania kogoś, kto jest winny pojawienia się wady u dziecka. Możemy mówić wówczas o akceptacji biernej, która dopiero po pewnym czasie przechodzi w akceptację czynną, kiedy to rodzice próbują dowiedzieć się czegoś więcej o uszkodzeniach słuchu i ich następstwach

oraz dbają o zaspokajanie potrzeb dziecka (Bartnikowska, 2004; Krakowiak, 2012; Löwe, 1999).

Wyżej opisane fazy są prawidłową reakcją rodziców, jednak należy pamiętać, że sytuacji tej doświadcza również dziecko, dla którego przeżycia rodziców mogą stać się traumatycznym doświadczeniem i w efekcie prowadzić do zachwiania poczucia bezpieczeństwa i zaburzeń w sferze emocjonalnej. Jeśli dziecko niesłyszące nie doświadcza od rodziców miłości i wsparcia w rozwoju tylko odrzucenia, może powodować to niewytworzenie się pierwszych więzi społecznych, które mogą skutkować późniejszymi zaburzeniami emocjonalnymi, mającymi istotny wpływ na przebieg procesów psychicznych (Bartnikowska, 2004; Ciupińska, 2016; Eckert, 2002; Olempska-Wysocka, 2012; Wójcik, 2008). Niebezpieczeństwem jest również nadmierne ochranianie dziecka przez rodziców, chęć zrekompensowania dziecku „strat” związanych z faktem głuchoty i pobłażliwość w stosunku do niego. Może się to przyczynić do tworzenia „ja” na bardzo wysokim poziomie i tendencji do przypisywania sobie większych od innych zdolności i iluzorycznego wyobrażenia o sposobie spostrzegania ich przez innych, co tak naprawdę prowadzi do braku dobrego samopoczucia w grupie społecznej (Gunia, 2006). Warto zwrócić uwagę na fakt, że zaburzenia zachowania i niższy poziom dojrzałości społecznej występują dwukrotnie częściej u dzieci głuchych mających słyszających rodziców w porównaniu z dziećmi mającymi rodziców niesłyszących (Szczepankowski, 1999, s. 79).

Zdaniem Piotra Tomaszewskiego (2007) więzi emocjonalne między głuchymi dziećmi a ich słyszącymi rodzicami, którzy nie znają języka migowego, mogą ulegać stopniowemu osłabieniu, co prowadzi do trudności w zachowaniu u tych dzieci. Z kolei Joanna Kobosko (2009, s. 338) podkreśla, że głuchota dziecka jest podzielana przez ich matki w relacji z jego ojcem, ale nie z dzieckiem. Można zatem przypuszczać, że dzieci z uszkodzonym słuchem doświad-

czają samotności w relacji ze swoimi słyszącymi rodzicami. Taka postawa rodziców może stać się przyczyną trudności dzieci niesłyszących w doświadczaniu siebie jako osoby głuchej.

Istotnym wydarzeniem w życiu rodziny z dzieckiem z uszkodzonym słuchem jest rozpoczęcie przez nie edukacji szkolnej. Stanowi to dość złożony problem dla rodziców, szczególnie w sytuacji gdy zaprzeczają oni trudnościom dziecka i nie godzą się na jego pobyt w szkole dla dzieci z zaburzeniami słuchu. Natomiast dziecko niesłyszące czy słabosłyszące umieszczone w klasie z dziećmi słyszącymi, bez odpowiednich pomocy, np. w postaci tłumacza języka migowego, doświadcza wielu trudności i ograniczeń. Jak podaje Agnieszka Wzorek (2009), znacznie łatwiej jest podjąć rodzicom taką decyzję w przypadku ewidentnej głuchoty dziecka, gdyż wtedy jego sytuacja jest jednoznaczna. Autorka (2009, s. 57) podkreśla, że niezwykle trudnym momentem dla najbliższej rodziny jest umieszczenie dziecka w szkole z internatem. Dziecko to, przebywając często z dala od swojego miejsca zamieszkania, nawet w weekendy, wracając do domu jedynie na święta czy wakacje, może doświadczać większych trudności w utrzymywaniu prawidłowych więzi rodzinnych. Natomiast Joanna Kobosko (2017, s. 283–284), poszukując psychologicznych warunkowań percepcji edukacji dziecka głuchego przez słyszących rodziców, wskazuje na pewne zadania, jakie stoją przed rodzicami: adaptacja rodziców do głuchoty dziecka i jej konsekwencji (m.in. przepracowanie procesu żałoby po utracie zdrowego, słyszącego dziecka), propagowanie rzetelnej wiedzy i proponowanie różnych form aktywności, które umożliwią przybliżanie się do osób Głuchych i języka migowego; propagowanie edukacji dwujęzycznej; komunikacja z innymi rodzicami dzieci głuchych; kontakt z innymi osobami g/Głuchymi. Można zatem stwierdzić, że realizacja tych zadań stanowi istotny czynnik chroniący, sprzyjający prawidłowemu funkcjonowaniu dzieci z uszko-

dzonym słuchem i wzmacniający relację niesłyszące dziecko – słyszący rodzice.

Uszkodzenie słuchu ma również wpływ na prawidłowy rozwój sfery motorycznej i poznawczej dziecka:

- w zakresie sprawności motorycznej – dzieci z dysfunkcją słuchu przejawiają wybiórcze zaburzenia pewnych sfer ruchowych, głównie w zakresie statyki i szybkości wykonywania ruchów. Można u nich zaobserwować zbyt silne i gwałtowne ruchy, trzaskanie przedmiotami, tupanie itp. Często obserwuje się u nich nieprawidłową lateralizację;
- dzieci niesłyszące spostrzegają wolniej i mniej dokładnie niż ich słyszący rówieśnicy. Trudności dotyczą głównie procesów analizy i syntezy wzrokowej. Spostrzeganie świata poprzez dzieci z głębokim uszkodzeniem słuchu opiera się przede wszystkim na doznaniach wzrokowych, a także dotykowych, wibracyjnych i smakowych. Zmysły smaku i węchu są lepiej rozwinięte niż u osób słyszących;
- proces zapamiętywania, czyli magazynowania obrazów, zdarzeń, myśli, oraz ich przypominania u dzieci z wadą słuchu jest również zaburzony. Dominującym rodzajem pamięci jest pamięć wzrokowa. Rozwój pamięci obrazowej u osób niesłyszących przebiega tak samo jak u słyszących. Dziecko głuche zapamięta często więcej szczegółów niż słyszące, ale na ogół uchwyci i zapamięta mniej związków między cechami czy przedmiotami. Mają trudności przy odtwarzaniu odroczonego. Rodzajem pamięci, która zdecydowanie gorzej funkcjonuje, jest pamięć słowno-logiczna (ze względu na zahamowanie rozwoju mowy). Sprawność pamięci dzieci z uszkodzonym słuchem zależy od ich zasobu leksykalnego, wiedzy oraz doświadczeń;
- braki w doświadczeniu percepcyjnym oraz niedostatki języka determinują odmienny przebieg rozwoju myślenia u dzieci z głębokimi wadami słuchu. Choć można

w nim wyodrębnić te same fazy co u dzieci słyszących (myślenie sensoryczno-motoryczne, konkretno-wyobrażeniowe i abstrakcyjne), to jednak w każdej z nich ujawniają się różnice między niesłyszącymi, niedosłyszącymi, które w miarę upływu czasu pogłębiają się, osiągając największe nasilenie w sferze myślenia abstrakcyjnego. Ze względu na ograniczenie dostępu bodźców dźwiękowych u osób niesłyszących pojawić się mogą trudności w prawidłowym rozwoju operacji myślowych: wyższej analizy i syntezy słuchowej, trudniejsze jest również budowanie pojęć. W następstwie pojawiają się trudności w abstrahowaniu i wiązaniu logicznych całości, jak również w tworzeniu uogólnień, które jeśli powstają, są ubogie i nieściśle. Dzieci z uszkodzonym narządem słuchu cechuje również sztywność i stereotypowość myślenia, która manifestuje się w wykonywanych zadaniach – w ten sam wyuczony sposób, niejednokrotnie nieadekwatny do sytuacji;

- uszkodzenia słuchu najbardziej niekorzystnie wpływają na rozwój mowy dziecka. Przyswojenie mowy jest dla dziecka zadaniem bardzo trudnym, musi ono opanować dwie złożone umiejętności, jakimi jest odczytywanie mowy z ust osób zwracających się do niego oraz artykułowanie (bez możliwości słuchowej kontroli własnej wymowy). Jeżeli we wczesnych stadiach wychowania i rewalidacji logopedycznej nie wykształcamy u dziecka głuchego potrzeby i nawyku posługiwania się językiem dźwiękowym, będzie ono sięgało do łatwiejszych form porozumiewania się, takich jak: mimika, gesty, migi czy mowa palcowa (daktylna), które nie gwarantują prawidłowego rozwoju intelektualnego i właściwych kontaktów społecznych jednostki (Góralówna, Hołyńska, 1993; Kosowska, 2011b; Szczepankowski, 1999).

Należy jednak pamiętać, że osoby z uszkodzonym słuchem są tak samo zróżnicowane pod względem posiadanych cech, jak osoby, których wszystkie zmysły w pełni

funkcjonują. Nie powinno się przypisywać im z góry określonego typu osobowości, gdyż wiąże się to ze stygmatyzowaniem osób głuchych, z dalszym budowaniem stereotypów i uprzedzeń wobec tej grupy osób. Wada słuchu sprawia jedynie, że człowiek musi stawić czoła wielu trudnościom, związanym przede wszystkim z możliwością sprawnego porozumiewania się (Bartnikowska, 2004; Hoffmann, 2001; Lane, 1996; Wójcik, 2008).

1.4. Społeczne aspekty uszkodzenia słuchu

Wymiar społeczny określa miejsce i rolę osoby z niepełnosprawnością w społeczeństwie. Jest on niezwykle istotnym obszarem, na który ma wpływ niepoprawne funkcjonowanie narządu słuchu. W sferze społecznej ważną rolę odgrywają reakcje na stres związany z uszkodzeniem słuchu. Mają one dwa źródła: wewnątrzpochodne (braki w odbiorze informacji) oraz zewnątrzpochodne (reakcje środowiska) (Bartnikowska, 2004; Janiszewska i in., 2016; Kosakowski, 2003; Wójcik, 2008).

Każdy człowiek jest istotą społeczną i pełni określone role społeczne w grupach, w których się znajduje. „Wypełnianie roli to realizowanie zadań określonych przez różne czynniki oraz udział człowieka w określonych sytuacjach społecznych” (Bartnikowska, 2004, s. 22). Wymiar społeczny niepełnosprawności słuchu wiąże się ściśle z definicją upośledzenia w ujęciu Światowej Organizacji Zdrowia. Oznacza ono „mniej uprzywilejowaną lub mniej korzystną sytuację danej osoby, wynikającą z uszkodzenia i niepełnosprawności funkcjonalnej, która ogranicza lub uniemożliwia jej wypełnianie ról związanych z jej wiekiem, płcią oraz sytuacją społeczną i kulturową” (Majewski, 1994, s. 35–36). W świadomości społecznej istnieje przekonanie, że samo uszkodzenie warunkuje funkcjonowanie człowieka w społeczeństwie, jednakże ograniczenie lub uniemożliwienie

wypełniania ról społecznych może być spowodowane nie niepełnosprawnością, a poglądami innych ludzi, z którymi żyje dany człowiek (Bartnikowska, 2004). Poważne uszkodzenie słuchu powoduje, że osoby nim dotknięte są „niewidoczne”. Nikt nie wie, że nie słyszą, dopóki nie zaczną porozumiewać się w języku migowym. Natomiast używanie przez nich języka migowego często spotyka się z brakiem tolerancji ze strony społeczeństwa (Czajkowska-Kisil, 2012). Jak zauważyła Kazimiera Krakowiak (2009, s. 194), uszkodzenie słuchu w przeciwieństwie do pozostałych niepełnosprawności powoduje „*inność niewidzialną* trudną do uchwycenia poznawczego, której cech i stopnia nie można określić na podstawie bezpośrednich kontaktów, ponieważ niełatwo wyobrazić sobie, co i jak słyszy oraz, co i jak rozumie osoba z uszkodzeniem słuchu”.

Funkcjonowanie społeczne młodszych dzieci z niepełnosprawnością słuchu często cechuje negatywizm, upór i unikanie kontaktów. Głusi osiągają niski poziom dojrzałości społecznej, a braki w tej dziedzinie wzrastają wraz z wiekiem życia. Dziecko głuche ma stosunkowo małe trudności z osiągnięciem pierwszych stopni sprawności społecznej polegających na zdobyciu pewnego poziomu samodzielności w troszczeniu się o własne sprawy. Na poziomie wyższym, wymagającym kierowania własnym postępowaniem, czy zaspokojeniem potrzeb innych ludzi, głucha młodzież uzyskuje znacznie gorsze rezultaty niż słyszący rówieśnicy. Jej zachowanie częściej motywuje orientacja egocentryczna niż prospołeczna. Uszkodzenie narządu słuchu utrudnia, negatywnie wpływa i ogranicza kontakty społeczne, sprawia, że osoba z wadą słuchu zostaje wyizolowana ze środowiska, a proces przyswajania norm moralnych i reguł współżycia między ludźmi zostaje zaburzony (Bartnikowska, 2004; Szczepankowski, 1999; Zaborniak-Sobczak, 2009).

Jak słusznie zauważyli Mariusz Sak i Anna Grzebino-ga (2007, s. 225), osoby niesłyszące są „dobrym materiałem do tworzenia stereotypu, podobnie jak każda odmienna

grupa społeczna”. Odmienność spowodowana jest przede wszystkim utrudnionym i/lub innym sposobem komunikacji z innymi ludźmi. Wyobrażenia społeczne dotyczące osób z uszkodzonym słuchem wpływają na postawy wobec nich, a zwłaszcza na sposób komunikowania (Krakowiak, 2012). Wynikają one przede wszystkim z niedostatecznego upowszechnienia wiedzy o trudnościach doświadczanych przez osoby z uszkodzonym słuchem i silnego zakorzenienia się w wyobrażeniach społecznych stereotypowych wizerunków ludzi głuchych. Trzy najbardziej popularne stereotypy dotyczące osób niesłyszących wskazała Kazimiera Krakowiak (1998, 2012):

- pierwszy to niesprawny kaleka, osoba ciężko poszkodowana przez los, której nie należy stawiać wymagań, uczyć jej, a jedynie ochraniać, litować się nad nią i pozwolić spokojnie żyć. Osoba z uszkodzonym słuchem odbierana jest jako ograniczona psychicznie, skoro nie potrafi mówić, wobec czego także myśleć, nie zna nazw przedmiotów, ma problemy z pamięcią. Stereotyp ten jest pokłosiem okresu, w którym znaczna liczba osób niesłyszących nie była objęta rehabilitacją ani edukacją na poziomie średnim i wyższym, albo była wychowywana w systemie segregacyjnym. Przyjęcie tego stereotypu jest szczególnie niekorzystne dla rozwoju dziecka, powoduje zaprzestanie podejmowania działań rehabilitacyjnych (również przez rodziców) i może doprowadzić do ograniczeń rozwojowych, pomimo że osoba dotknięta wadą słuchu charakteryzuje się normalnym potencjałem intelektualnym;
- drugi – pełnosprawny z „tylko” uszkodzonym słuchem. Osobę taką należy traktować tak, jakby słyszała. Osoba ta ma „tylko wadę słuchu”, ale używając protezy słuchowej doskonale słyszy i rozumie wypowiedzi, może bez trudu nauczyć się mówić, w związku z tym powinna być traktowana tak samo jak ludzie słyszący, bez specjalnych udogodnień i pomocy. Według tego sposobu myślenia,

w przypadku gdy osoba z „wadą słuchu” nie rozumie wypowiedzi, mimo stosowania aparatu słuchowego, i nie mówi, jest ona upośledzona umysłowo bądź skrajnie zaniedbana wychowawczo. Taki sposób postrzegania ludzi z niepełnosprawnością słuchu wyrasta ze spotkań z wybitnymi pisarzami czy poetami i ludźmi ze świata mediów. Prowadzi to do tezy, że dzięki nauce i technice każde dziecko może się nauczyć mówić i odczytywać mowę z ruchu warg. Podejście to może powodować przywiązywanie zbyt dużej uwagi do rozwoju czysto mechanicznej mowy i zaniedbanie pracy nad rozwojem zdolności komunikacyjnych i szeroko rozumianej osobowości niesłyszącego. Podejście to neguje język migowy i wiąże się z mitem, że jeśli dziecko zacznie migać, to nigdy nie będzie mówiło. W rzeczywistości to dzięki językowi migowemu dzieci z uszkodzonym słuchem zaczynają mówić;

- trzecim stereotypem jest odbieranie niesłyszącej osoby jako „sprawnej inaczej”, tzn. nie słyszy i nie mówi lub mówi w sposób niezrozumiały, ale dzięki posługiwaniu się pozostałymi zmysłami, czytaniu z ruchu warg oraz posługiwaniu się pismem, a zwłaszcza językiem migowym jest w stanie w pełni poznawać świat bez żadnych utrudnień czy ograniczeń. Osoba, która może się rozwijać tylko dzięki manualnym formom komunikacji. Przyjęcie tego stereotypu może prowadzić do zaniedbań w nauczaniu bądź też rezygnacji z wczesnego nauczania języka ojczystego (ogólnonarodowego) i zmniejszenia możliwości integracji z ludźmi słyszącymi.

Wspomniane wyżej stereotypy odsłaniają również błędne postrzeganie znaczenia języka migowego. Odbierany jest on jako agramatyczny, zagrożenie dla rozwoju mowy werbalnej, uproszczona forma gestykulacji oraz jako zagrożenie integracji osób niesłyszących ze słyszącym otoczeniem, natomiast słownik języka migowego jako ograniczony i niezawierający wielu niezbędnych pojęć (Czajkowska-Kisil, 2012). (Językowi migowemu będzie poświęcony

kolejny podrozdział, gdzie Czytelnik odnajdzie bardziej szczegółowe informacje).

Stereotypy opisane przez Kazimierę Krakowiak (1998, 2012) są jak najbardziej adekwatne, jednak według Mariusza Saka i Anny Grzebinogi (2007) ograniczają się do uogólnionego obrazu osób niesłyszących. Autorzy przeprowadzili zatem badania wśród studentów dotyczące wybranych elementów stereotypu osoby niesłyszącej. Osoby badane postrzegały niesłyszących w kategoriach pozytywnych cech osobowości jako wrażliwe, spokojne, łagodne, miłe i pracowite. Wśród cech o bardziej negatywnym zabarwieniu wskazano zdystansowanie, nieśmiałość, nerwowość, część osób niesłyszących została nazwana „odludkami”. Wyniki badania wskazują również na przeciętny dystans badanych osób do niesłyszących, który można określić jako akceptujący, ale nie angażujący.

Kolejnym niebezpieczeństwem jest stereotypowe postrzeganie dziecka z niepełnosprawnością słuchu jako zamkniętego w świecie ciszy i pozbawionego doznań dźwiękowych (Krakowiak, 2012). Pomimo tego, że w ostatnich latach wzrasta świadomość społeczna w zakresie możliwości korygowania uszkodzeń słuchu, jak również wiedza o różnych typach urządzeń wzmacniających dźwięki i skuteczność ingerencji chirurgicznych, określenie „osoba z wadą słuchu” wiąże się przede wszystkim z osobami o ograniczonych możliwościach rozwoju, komunikowania się z szerszym otoczeniem, z osobami, które gestykulują w niezrozumiały dla otoczenia sposób, a ponadto przejawiają problemy z sygnalizowaniem w sposób jednoznaczny swoich wrażeń, odczuć, spostrzeżeń i potrzeb, mają trudności w kontaktach społecznych i relacjach interpersonalnych (Ciupińska, 2016; Czajkowska-Kisil, 2012; Bartnikowska, 2004; Eckert, 2005; Skalny, 2017; Teper-Solarz, 2016). Należy pamiętać, aby nie obniżać dziecku wymagań, nie zwalniać z obowiązków, które są typowe dla danego wieku rozwojowego, nie traktować jako kogoś, kto ma słabszą pamięć, szybciej się męczy, nie

potrafi myśleć abstrakcyjnie. Takie traktowanie może stać się przyczyną powstawania roszczeniowej postawy wobec innych, egocentryzmu, sztywności w zachowaniu, pobudliwości oraz w trudnościach w przystosowaniu się do życia w społeczeństwie (Prillwitz, 1996).

Osoby z uszkodzonym słuchem posługujące się językiem migowym tworzą dość hermetyczną grupę społeczną, z silną tożsamością środowiskową i językową. Jak podkreślają Piotr Tomaszewski, Katarzyna Kotowska oraz Piotr Krzysztofiak (2017, s. 114), „tożsamość społeczna odnosi się do definiowania samego siebie w kontekście przynależności do konkretnych grup [...] natomiast tożsamość kulturowa stanowi jedną z odmian tożsamości społecznej”. Do kluczowych cech tożsamości kulturowej Autorzy (2017, s. 114) zaliczają: „względnie trwałe identyfikowanie się nie tylko z innymi członkami danej grupy społecznej, ale przede wszystkim z określonym układem kulturowym, a zwłaszcza z zespołem idei, poglądów i przekonań dzielonych przez członków danej grupy”.

Język migowy jest również źródłem kultury Głuchych, spoiwem ich społeczności, a zarazem warunkiem przynależności do niej. Jak podkreślają Sylwia Pieniążek i Malwina Dankiewicz (2018), to, czy dana osoba będzie traktowana jak pełnoprawny członek środowiska niesłyszących, zależy od przyczyny i czasu wystąpienia utraty słuchu. Zdaniem Auterek (2018, s. 432) największe szanse na przynależność do kultury głuchych mają osoby niesłyszące od urodzenia. Natomiast osoby, które ogłuchły w ciągu życia, na przykład w wyniku procesów starzenia się czy wypadku, mają znikome szanse na przyjęcie do tej społeczności. Społeczność niesłyszących uważa się za mniejszość kulturową i językową, nie zaś za osoby chore czy niepełnosprawne (Bartnikowska, 2010; Krakowiak, 2006a, 2012; Lane, 1996; Irasiak, 2014; Podgórska-Jachnik, 2013; Romanowska, 2009; Sacks, 1998; Szczepankowski, 1999; Teper-Solarz, 2016). Jak podkreśla Piotr Tomaszewski (2015, s. 22),

„Głusi wcale nie muszą czuć się niepełnosprawni, a swą głuchotę mogą traktować nie jako złe doświadczenie bądź ułomność, lecz jako unikatową przypadłość, która stanowi dla nich klucz do własnej tożsamości i jest powodem do dumy”. Termin „społeczność Głuchych” (*deaf community*) został zastosowany po raz pierwszy w 1976 r. przez Carla Cronenberga we wstępie do pierwszego słownika amerykańskiego języka migowego (Irasiak, 2014). Społeczność Głuchych oferuje osobie niesłyszącej, szczególnie zaś niesłyszącemu dziecku, „możliwość swobodnego i nieskrępowanego nawiązywania kontaktów społecznych, wspólnotę doświadczenia, oparcie w społeczności ludzi jej podobnych” (Wawrzyniak-Chrzanowska 2007, s. 193). Kazimiera Krakowiak (2006a, s. 97) wskazuje na odmienne postrzeganie społeczności Głuchych, twierdząc, że niesłyszący żyją w swoistym „getcie”, którego niewidzialnych murów nie dostrzegają ani oni sami, ani życzliwe im osoby z najbliższego otoczenia (rodzice, nauczyciele, logopedzi). Skutkuje to małą znajomością dla ogółu społeczeństwa i sprawia, że są oni niewidzialni dla innych. Ich dolegliwości i problemy czy cierpienie trudno dostrzec i zrozumieć przede wszystkim przez to, że nie mogą o nich opowiedzieć w sposób zrozumiały dla wszystkich. Konsekwencją tworzenia społeczności osób z uszkodzonym słuchem było wytworzenie się kultury Głuchych (*deaf culture*) będącej pewną alternatywą wobec ogółu społeczności zwanej społecznością osób słyszących. Termin „kultura Głuchych” odnosi się do określenia zbioru przekonań, praktyk i wspólnego języka, którym posługuje się grupa osób niesłyszących (Padden, Claire, 1993, za: Pieniążek, Dankiewicz, 2018, s. 431). Należą do niej m.in. odrębne zachowania i przekonania, literatura i sztuka, których przedmiotem są treści związane z uszkodzeniem słuchu, własne tradycje i historie, wartości, normy oraz instytucje działające na rzecz tej społeczności (Irasiak, 2014; Podgórska-Jachnik, 2013; Szczepankowski, 1999). Dorota Podgórska-Jachnik (2017, s. 93)

ukształtowanie fenomenu tożsamości społeczno-kulturowej Głuchych upatruje jako przejaw emancypacji tej społeczności. Choć, jak Autorka sama podkreśla (2013, s. 416), „nie ma takiego schematu, nie ma algorytmu, który określiłby sekwencję działań skutecznie wiodących do indywidualnych emancypacji”. Jednakże w rozwoju tożsamości społeczno-kulturowej Głuchych Autorka upatruje wiele możliwości dla osób z uszkodzonym słuchem: możliwość poczucia się wartościowym (pełnowartościowym) i sprawczym; posiadanie grupy odniesienia (co gwarantuje możliwość identyfikacji i bezpieczeństwa oraz stanowi punkt wyjścia do kształtowania się tożsamości indywidualnej), możliwość posiadania wzorców dojrzałych osobowości dorosłych niesłyszących, które pełnią istotną rolę modeli zarówno w wychowaniu, jak i planowaniu ścieżki własnego rozwoju (Podgórska-Jachnik 2007, s. 20).

Specyfika społeczności Głuchych polega przede wszystkim na tym, że większość jej członków nie jest w stanie opanować w pełni języka polskiego. Ogranicza to możliwość wymiany informacji i myśli pomiędzy osobami niesłyszącymi i słyszącymi. „Osoby niesłyszące kulturowo są niepełnosprawne tylko relatywnie, w otoczeniu ludzi słyszących. W równej mierze można by traktować jako niepełnosprawne te osoby słyszące, które nie znają języka migowego. Taka *niepełnosprawność* jest doskonale widoczna, gdy osoba słyszająca, nieznająca języka migowego, znajdzie się sama wśród niesłyszących i to właśnie ona nie będzie umiała się z nikim porozumieć” (Szczepankowski, 1999, s. 13–14). Dla osób niesłyszących jednym z największych problemów nie jest słuch, a bariera językowa powodująca trudności w zrozumieniu przez osoby słyszące. Ludzie słyszący, którzy nie znają natury języka migowego, błędnie postrzegają go jako dosłowne przełożenie języka polskiego fonicznego na znaki migowe. Cały czas w szkołach dla osób głuchych nacisk kładziony jest na mówienie, a nie na rozumienie. Natomiast nie bierze

się pod uwagę faktu, że aby dziecko nauczyło się języka polskiego, powinno sprawnie poruszać się we własnym języku (Czajkowska-Kisil, 2012). W efekcie wygląda to tak, że uczy się nieznanego przez nieznanego. Olga Romanowska (2009) tłumaczy to na przykładzie próby nauczania Niemca języka polskiego w języku mu nieznanym, np. rosyjskim. Rozwiązaniem takiej sytuacji byłoby zatrudnienie w szkołach osób głuchych, które nauczałyby języka polskiego tak jak się uczy języka obcego słyszających obcokrajowców. Kolejnym problemem jest stosowanie systemu językowo-migowego (SJM) zamiast polskiego języka migowego (PJM). System językowo-migowy nie jest językiem tylko sztucznie stworzonym kodem, zaś Polski Język Migowy uważany jest za prymitywny, który nie stwarza możliwości nauczania się poprawnej polszczyzny. W najbardziej komfortowej sytuacji znajdują się głuche dzieci, mające głuchych rodziców. W takiej rodzinie dziecko poznaje świat tak samo jak dziecko słyszące, wychowywane przez słyszących rodziców. W gorszej sytuacji są głuche dzieci urodzone w rodzinach słyszących, ponieważ ze swoim naturalnym językiem, czyli PJM, mają kontakt dopiero w szkole, ucząc się go od swoich niesłyszących koleżanek i kolegów (Romanowska, 2009) (więcej na temat sposobów komunikowania się osób głuchych znajduje się w podrozdziale 2).

Osoby z uszkodzeniem słuchu żyją w różnych środowiskach. W jednych są bardziej akceptowane, w innych mniej. Zależy to w głównej mierze od sposobu komunikowania się z otoczeniem. „Brak możliwości posługiwania się językiem jest jednym z najbardziej tragicznych upośledzeń, jeśli weźmiemy pod uwagę fakt, że to właśnie dzięki językowi możemy w pełni uczestniczyć w życiu społecznym, we wszystkich jego aspektach, korzystać z całego dziedzictwa kulturowego, zdobywać i wymieniać informacje” (Sacks, 1998, s. 27). Osoby porozumiewające się tylko za pomocą języka migowego nie są mile widziane i akceptowane w środowisku ludzi sły-

szących porozumiewających się mową werbalną. Wobec tego osoby niesłyszące porozumiewające się językiem migowym ustanawiają własne i dość hermetyczne kręgi, gdzie funkcjonują jako osoby w pełni sprawne, swobodnie przekazują sobie i odbierają informacje, pełnią różne role społeczne i tworzą własną kulturę. Natomiast osoby z wadą słuchu, które opanowały częściowo mowę dźwiękową, odczytywanie mowy z ruchu warg i inne strategie komunikacyjne, przy dobrej woli i otwartości ze strony osób słyszących są w stanie bez większych problemów funkcjonować w społeczeństwie (Bartnikowska, 2004; Irasiak, 2014; Podgórska-Jachnik, 2013; Sacks, 1998; Teper-Solarz, 2016; Wójcik, 2008).

Opisując społeczny kontekst uszkodzenia słuchu, należy jeszcze wspomnieć o dwóch postawach wobec osób głuchych, prezentowanych przez osoby słyszące. Pierwsza z nich, paternalizm, ma swoje źródło w niewłaściwej percepcji osób głuchych, w „nakładaniu” znanego obrazu świata słyszących na nieznaną świat osób głuchych. Paternaliści uważają, że ich zadaniem jest ucywilizować osoby głuche, przywrócić je społeczeństwu, niestety jednocześnie nie rozumieją i nie znają struktury i wartości społeczności Głuchych (Czajkowska-Kisil, 2012; Teper-Solarz, 2016). Kolejna postawa, czyli audyzm, wiąże się z wszechobecnością słyszących specjalistów oraz dominacją osób słyszących, z dokonywaniem przez nich restrukturyzacji i sprawowaniem władzy nad społecznością Głuchych. Jest to przekonanie, że osoba Głucha jest nieszczęśliwa z powodu braku słuchu i pragnie być „wyleczona” z głuchoty; przekonanie, że osoba Głucha nie może wykonywać określonych zawodów, ponieważ sobie nie poradzi, np. dopuszczanie tylko do zawodu sprzątaczkę; przekonanie, że powinna uczyć się tylko w specjalnych placówkach; zalecanie bezwzględnej rehabilitacji słuchu poprzez zastosowanie implantów ślimakowych oraz przyjmowanie postawy nadmiernie chroniącej wobec osób Głuchych (Bartnikowska, 2013; Czajkowska-Kisil, 2012; Lane, 1996).

Niezależnie od poczucia przynależności osób z uszkodzonym słuchem, powinny one być traktowane w sposób równy, jako jednostki potrzebne, które mają prawo do samostanowienia, niezależności, podejmowania i wypełniania ról społecznych oraz zaspokajania potrzeb przede wszystkim wyższego rzędu. Osoby z uszkodzonym słuchem potrzebują od otoczenia zrozumienia, cierpliwości i wsparcia (Czyż, 2015; Janiszewska i in., 2016).

2. KOMUNIKOWANIE SIĘ OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ SŁUCHU Z OTOCZENIEM

Skuteczne komunikowanie się z otoczeniem zapewnia przestrzeganie trzech zasad: jasności komunikatu (używanie prostego, zrozumiałego słownictwa), jego zwięzłości (skracanie zbędnych, długich wypowiedzi) i empatii (umiejętność wczucia się w rolę naszego rozmówcy, jego nastawienia i oczekiwań co do formy i zawartości wysyłanych wzajemnie komunikatów). Komunikowanie się zapewnia uczestnictwo w międzyludzkich interakcjach językowych, wiąże się z zaspokajaniem potrzeb fizycznych, jest niezbędne, aby utrzymać dobry stan zdrowia fizycznego. Ma również wpływ na zdrowie psychiczne, przeciwdziałając izolacji społecznej, wzmacniając poczucie tożsamości i własnej podmiotowości. Zaspokajają również potrzeby społeczne, takie jak potrzeba afiliacji, potrzeba posiadania poczucia przynależności do określonych relacji społecznych, potrzeba posiadania kontroli nad otoczeniem czy wywierania wpływu (Krakowiak, 2006b; Stuart, 2000; Zaborniak-Sobczak, 2009). Jak podkreśla Magdalena Olempska-Wysocka (2012, s. 116), „w przypadku dziecka z uszkodzonym słuchem, uczęszczającego do szkoły ogólnodostępnej, mowa stanowi silny predyktor społecznego funkcjonowania”. Uszkodzenie narządu słuchu ogranicza, utrudnia lub nawet uniemożli-

wia percepcję bodźców akustycznych, co w konsekwencji utrudnia recepcję sygnałów mowy nadawanych przez inne osoby i rozumienie treści ich wypowiedzi, a w następstwie minimalizuje możliwość bezpośredniego komunikowania się z otoczeniem społecznym za pomocą dźwięków mowy. Ponadto uszkodzenie narządu słuchu ogranicza, utrudnia lub uniemożliwia percepcję dźwięków wytwarzanych przez samego siebie, co w następstwie ogranicza bądź uniemożliwia samokontrolę wytwarzania dźwięków mowy (natężenia i modulacji głosu, intonacji i akcentu oraz artykulacji) (Krakowiak, 2015a, s. 114). Dokonując analizy możliwości komunikacyjnych dzieci z uszkodzeniami słuchu, należy podkreślić, że słuchowa droga nabywania i posługiwania się językiem jest zaburzona i uzależniona od wielu czynników (Olempska-Wysocka, 2016).

Porozumiewanie się z osobami z uszkodzonym narządem słuchu wymaga dużego zaangażowania ze strony osób słyszących i posługujących się językiem mówionym na co dzień. Kazimiera Krakowiak (1998) proces ten nazywa „sztuką porozumiewania się z osobą z uszkodzonym słuchem”. A zatem jest to sztuka mówienia oraz wykorzystywania pomocniczych środków oraz sztuka wnikliwego słuchania i rozumienia intencji partnera rozmowy. Przez długi okres nie zajmowano się ludźmi niesłyszącymi, ponieważ „sztuka” porozumiewania się z nimi nie była znana. Aktualnie coraz częściej podejmowane są działania na rzecz integracji osób z uszkodzonym słuchem z otoczeniem, jak również poznania i poszerzenia możliwości komunikowania się z tą grupą ludzi (Bartnikowska, 2004).

W zależności od stopnia opanowania mowy oraz możliwości słuchowych osoby z uszkodzonym słuchem wyróżnić możemy wiele sposobów porozumiewania się. Wśród środków, jakimi posługują się osoby z uszkodzonym narządem słuchu w celu nadania i odebrania informacji, możemy wskazać: język mówiony, język migowy (naturalny, klasyczny), system językowo-migowy, język migany, fonogesty,

czytanie z ruchu warg, pismo oraz komunikację totalną. Aby móc się skutecznie komunikować, używają oni zarówno zmysłów słuchu, dotyku, jak i wzroku.

Polski język migowy

Klasyczny język migowy jest językiem naturalnym, charakteryzującym się użyciem kanału wzrokowego, a nie słuchowego. Przez wiele lat polski język migowy był nazywany językiem „głuchoniemskim”, co ma wyjątkowo pejoratywne konotacje (Wojda, 2015a). Języki migowe są to te języki wizualno-przestrzenne, które zostają nabyte drogą naturalnego nabywania przez niesłyszące dzieci od niesłyszących rodziców lub opiekunów czy grupę ludzi z wadą słuchu. Język migowy naturalny powstaje w naturalny sposób w komunikacji dziecka z wadą słuchu z opiekunami (bez ingerencji osób trzecich) (Krakowiak, 1998).

Języki migowe zaczęły się dynamicznie rozwijać w pierwszych szkołach dla dzieci z uszkodzonym słuchem. Dotychczasowe formy manualnego porozumiewania się osób niesłyszących urozmaiciły się dzięki społecznościom ludzi, którzy nie potrafili porozumieć się za pomocą mowy dźwiękowej. Języki migowe powstawały w małych społecznościach, gdzie były niezbędne do komunikowania się, stąd powstało mnóstwo odmian lokalnych. Przez bardzo długi czas istniało przekonanie, że polski język migowy jest migową formą języka polskiego. Taki sposób myślenia spowodował degradację polskiego języka migowego i postrzegania go jako ułomnego w stosunku do mówionego języka polskiego. Języki foniczne zawsze uważano za nadrzędne, zaś każda inna forma porozumiewania się była mało wartościowa. W konsekwencji wpłynęło to na fałszywą ocenę możliwości poznawczych i komunikacyjnych osób niesłyszących (Bartnikowska, 2004; Kozłowska, 2009).

Jak wskazuje Piotr Tomaszewski (2015), struktura języka migowego zasadza się na modalności wizualno-gestowej w przeciwieństwie do języka fonicznego opartego na modalności słuchowo-głosowej. Warto w tym miejscu podkreślić, że polski język migowy stanowi system dwuklasowy, ponieważ można wyróżnić w nim: znaki pierwszej klasy, stanowiące zbiór znaków migowych, które posiadają znaczenia i odpowiadają poszczególnym elementom rzeczywistości, oraz znaki klasy drugiej, czyli wypowiedzi migowe powstające z elementów klasy pierwszej za pomocą specyficznych dla tego języka reguł łączenia tych znaków (gramatyki) w większe „wypowiedzi” migowe (Wojda, 2015a). Język migowy jest językiem żywym, rozwijającym się tak samo jak jego użytkownicy i nie jest przyczyną izolacji głuchych od słyszących (Czajkowska-Kisil, 2012).

Bogdan Szczepankowski (1999) wymienia wiele właściwości wspólnych dla języka migowego i języków dźwiękowych, takich jak:

- otwartość – można w nim tworzyć nowe komunikaty językowe;
- autonomiczność – za pomocą języka można mówić o rzeczach odległych w czasie i przestrzeni; język wychodzi poza „tu i teraz”, czyli teraźniejszość;
- dystynktywność – komunikaty każdego języka są zasobem elementów wyraźnie różnych od siebie;
- przemienność – zmienność ról nadawcy i odbiorcy informacji;
- sprzężenie zwrotne – każdy nadawca otrzymuje od odbiorcy swojego komunikatu informację zwrotną, tak więc nadawca również odbiera swój komunikat;
- szybkie zanikanie – komunikat można odebrać jedynie w chwili, gdy jest on nadawany.

Natomiast to, co dzieli język mówiony od języka migowego, to inne kanały przekazu. Język migowy jest językiem gestowo-wzrokowym, a język foniczny – głosowo-słuchowym (Wojda, 2015a, s. 377). Dlatego też w języku migowym

ograniczona jest wielokierunkowość transmisji, gdyż gest nie może rozchodzić się w tak wielu kierunkach jak dźwięk. Znaki migowe są ikoniczne – dany gest przypomina określony przedmiot lub czynność. Najważniejsza różnica polega na tym, że język migowy nie ma struktury dwustopniowej, czyli systemu fonologicznego. Zdania w języku polskim mają strukturę linearną i fleksyjną (formy wyrazowe odmieniają się np. przez przypadki). Natomiast wyrażenia w języku migowym składają się z form raczej bezfleksyjnych (w tradycyjnym rozumieniu tego słowa – bo czasownik może się odmieniać na przykład przez obiekt czy ruch), uporządkowanych zgodnie z szykiem przestrzenno-czasowym. Komunikat wizualno-przestrzenny przypomina nieco teatr lalek. Opowiadając o tym, że chłopiec spaceruje po plaży, pokazuje się go idącego po plaży, jak również przesuwające się chmury na niebie. Zatem język migowy to nie tylko znaki migowe i daktylograficzne, ale również mimika, pantomimika, wszelkie gesty wtrącone, które uzupełniają wypowiedź, zachowania kinetyczne, elementy artykulacji oraz mowy dźwiękowej (Bartnikowska, 2004; Kozłowska, 2009; Socha, 2010; Wojda, 2015a).

Jak podkreśla Piotr Wojda (2015a), język migowy cechuje szczególnie organizacja wypowiedzi migowej polegająca na:

- symultanicznej realizacji jednostek języka migowego;
- występowaniu komponentów nieposiadających znaczenia, tak zwanych parametrów układu ręki, lokalizacji, ruchu i orientacji;
- zastosowaniu znaków migowych manualnych, niemanualnych i wielomodalnych;
- tworzeniu systemu odniesień i kierowaniu wzrokiem w przestrzeni trójwymiarowej znajdującej się przed migającą osobą;
- możliwości korzystania z nielinearnych (symultanicznych) i linearnych sposobów przekazywania znaków i wypowiedzi migowych oraz możliwości dokonywania kompresji informacji, czego wyrazem są utworzone znaki migowe o dużej dawce informacji.

Komunikowanie się w języku migowym wymaga stosowania się do pewnych reguł, takich jak: utrzymywanie kontaktu wzrokowego, nieprzeszkadzanie rozmawiającym przez wchodzenie między nich, nieprzyglądanie się innym rozmowom. Natomiast dozwolone są pewne zachowania, które nie są akceptowane przez osoby słyszące, takie jak pokazywanie palcami, dotykanie ubrania czy klepanie po ramieniu (Sacks, 1998). Język migowy wymaga większej koncentracji uwagi niż język mówiony. Osoby stosujące język migowy mogą się wyłączyć z konwersacji poprzez zamknięcie oczu lub odwrócenie głowy, natomiast słuchowego odbioru wypowiedzi nie można tak łatwo przerwać. Język migowy nie rozchodzi się tak w przestrzeni jak język mówiony, jest on odbierany jedynie przez tę osobę, do której jest kierowana informacja. Umożliwia to prowadzenie wielu rozmów jednocześnie w tym samym miejscu, nie przeszkadzając sobie nawzajem. Język migowy pozwala również komunikować się na odległość, przy znacznie mniejszych zakłóceniach niż przy mowie głosowej. Język migowy umożliwia przestrzenne obrazowanie sytuacji, pozwala na precyzyjne przekazanie informacji dotyczących wzajemnego rozmieszczenia przedmiotów i osób w przestrzeni, i dzięki temu znacznie przewyższa wszystkie języki dźwiękowe (Bartnikowska, 2004; Kozłowska, 2009; Lane, 1996; Sacks, 1998; Wojda, 2015a).

Wbrew popularnym poglądom nie istnieje jeden ogólnosięwiatowy język migowy, ale wiele w pełni wykształconych języków, których zasięgi nie zawsze pokrywają się z zasięgami języków mówionych. Przykładowo, brytyjski język migowy (BSL) jest zupełnie różny od amerykańskiego języka migowego (ASL), który jest z kolei używany zarówno w USA, jak i w Kanadzie oraz Meksyku (Kozłowska, 2009; Lane, 1996; Wójcik, 2008).

Na zakończenie warto dodać, że z dniem 1 kwietnia 2012 r. weszła w życie ustawa z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz.U. z 2011 r., nr 209, poz. 1243). Niestety, jak podkreśla

Grażyna Gunia (2013, s. 49), fakt ten nie zmienił nastawienia do języka migowego oraz konieczności zapewnienia tłumacza języka migowego.

System językowo-migowy

W przeciwieństwie do polskiego języka migowego system językowo-migowy językiem nie jest. System jest zapisem polszczyzny fonicznej za pomocą znaków manualnych. Powstał w latach sześćdziesiątych XX w. z inicjatywy Bogdana Szczepankowskiego (1997, 1999). System ten wykorzystuje znaki migowe, czyli „kombinację przestrzennego ułożenia ramion, rąk i palców oraz wykonywanego nimi ruchu w określonym kierunku o ustalonej prędkości i wielkości” (Szczepankowski, 1999, s. 114), jako ilustrację wypowiedzi słownej w języku ojczystym. W ten sposób powstaje migana odmiana ojczystego języka mówionego, nazywana językiem miganym. Znaki migowe, zapożyczone z polskiego języka migowego, stosowane są w szyku gramatycznym języka ojczystego, poprzez dodawanie fakultatywnie bądź obowiązkowo końcówek fleksyjnych za pomocą alfabetu palcowego. Język migany zawsze używany jest w połączeniu z językiem mówionym, połączenie to tworzy system językowo-migowy (Bartnikowska, 2004; Zaborniak-Sobczak, 2009; Wójcik, 2008).

W systemie językowo-migowym wyróżnić można trzy zasadnicze elementy:

- język mówiony w postaci głośnej i wyraźnej mowy (dopuszczalne jest także stosowanie samej artykulacji jedynie w przypadku bieżącego tłumaczenia na język migowy tekstu równocześnie mówionego przez inną osobę);
- język migany – odmiana języka narodowego – znaki migowe o tej samej treści co mowa i przekazywane równoległe z nią (język migany wykorzystuje znaki ideograficzne i daktylograficzne z polskiego języka migowego, natomiast zasady gramatyczne z języka polskiego);

- elementy prozodyczne wypowiedzi – środki współuczestniczące w komunikacji językowej, takie jak mimika twarzy, gesty wtrącone, zachowania kinetyczne, przestrzenna organizacja wypowiedzi, pantomimika i tempo wypowiedzi (Szczepankowski, 1999);
- istnieją dwie odmiany systemu językowo-migowego. Pełny wariant polega na bardzo dokładnym przekazywaniu wypowiedzi mówionej wraz z końcówkami fleksyjnymi. Z uwagi na znacznie wolniejsze tempo nadawania informacji opracowany został wariant uproszczony, tzw. użytkowy. Jest on również dokładnym tłumaczeniem języka fonicznego na migany, lecz z pominięciem końcówek fleksyjnych (Szczepankowski, 1999).

Głównym celem wprowadzenia systemu językowo-migowego do szkół dla niesłyszących, szkoleń dla nauczycieli i zainteresowanych było ułatwienie dziecku z głęboką wadą słuchu osiągnięcia kompetencji językowej w języku polskim. Tymczasem nauczyciele i wychowawcy przy wykorzystaniu SJM zniekształcają zwroty kierowane do uczniów, które przypominają niektóre właściwości naturalnego języka migowego – lokalizację znaków, jego symultaniczność, kolejność wykonywania znaków. Powoduje to niebezpieczną sytuację, w której zniekształcona synchronizacja języka fonicznego ze znakami migowymi nie przypomina ani poprawności języka mówionego, ani nie jest polskim językiem migowym (Zaborniak-Sobczak, 2009).

Daktylografia

Daktylografia to inaczej mowa palcowa, jest to forma porozumiewania się oparta na odpowiednich układach palców jednej lub obydwu dłoni. Każdej literze lub liczbie odpowiada określony znak daktylograficzny. Termin „daktylografia” pochodzi od greckich słów *dáktylos* – palec i *graphien* – rysować, pisać. Oznacza więc „pisanie palcami” (Bartnikowska, 2004, s. 35).

Metoda ta została wprowadzona do nauczania osób głuchych przez mnicha hiszpańskiego Pedra de Ponce w XIV w. Przejął on prawdopodobnie tę formę porozumiewania się z klasztorów o zaostrzonym rygorze, zakazującym zakonnikom ustnej konwersacji. Znaki migowe daktylograficzne, w tym głównie alfabet palcowy, stały się integralną częścią języka migowego dopiero w XX w. Polski alfabet palcowy został opracowany w 1805 r. przez księdza Anzelma Zygmunta (Wojda, 2015b). Metoda ta służy przede wszystkim do celów specjalnych, takich jak przekazywanie nazw własnych i wyrazów, dla których brak znaków ideograficznych, oraz do przekazywania końcówek wyrazów w systemie językowo-migowym pełnym. Alfabet palcowy ma również zastosowanie przy przekazywaniu imion, synonimów i wyrazów bliskoznacznych, a także przy wprowadzaniu nowych pojęć wraz z ich znakami migowymi. Dużym mankamentem tej metody jest to, że jej znaki odpowiadają literom, a nie głoskom. Jest więc bardziej zbliżona do zapisu języka fonicznego, a nie do samej mowy (Perier, 1992). Jest natomiast metodą bardzo pomocną w nauce ortografii i pisowni, ponieważ zapis daktylograficzny jest taki sam jak zapis danego wyrazu (Bartnikowska, 2004; Wójcik, 2008).

Fonogesty

Fonogesty zostały opracowane, aby pomóc dzieciom z głębokim lub znacznym uszkodzeniem słuchu, które urodziły się w rodzinie słyszących rodziców. Pierwowzorem tej metody jest Cued Speech autorstwa Roberta O. Cornetta, profesora Uniwersytetu Gallaudeta w Waszyngtonie. W 1964 r. opracował on własny system gestów umożliwiających osobom niesłyszącym dokładne odczytywanie z ust wypowiedzi w języku angielskim. Cued Speech jest ulepszoną metodą porozumiewania się oralnego. Jej celem jest wykształcenie umiejętności wzrokowo-słuchowej recepcji wypowiedzi ustnych i formowanie języka fonicznego

(Krakowiak, 2015b, s. 287–288). Adaptacja Cued Speech do języka polskiego powstała w 1984 r. z inicjatywy profesora Tadeusza Gałkowskiego. Polska wersja metody została opracowana przez profesor Kazimierę Krakowiak – matkę dwóch niesłyszących synów. System fonogestów odpowiada ściśle systemowi fonetycznemu języka polskiego. Jest on złożony z pięciu lokacji, które odzwierciedlają samogłoski, oraz z ośmiu układów palców wskazujących spółgłoski (Krakowiak, 2015b). Fonogesty umożliwiają dokładne uwidocznienie (pokazanie) struktury fonemowej słów, mogą być stosowane przez osoby z głęboko uszkodzonym słuchem. Zapewniają dostęp do wszystkich form wyrazów, umożliwiają również zobaczenie wszystkich końcówek i wszystkich zmian wewnątrz wyrazów. Opierają się na zdolnościach umysłowych i umiejętnościach oraz nakładzie pracy logopedów, nauczycieli i rodziców. System polski oparty jest na fonetyce i fonologii oraz na prozodii języka polskiego (różnica między innymi wersjami). Są zharmonizowane z mówieniem w sposób eurytmiczny. Uwidaczniają rytmiczną segmentację strumienia mowy i ułatwiają rozpoznawanie wszystkich głosek w wymawianych sylabach. Jednoczesna obserwacja ruchów artykulacyjnych i towarzyszących im ruchów ręki umożliwia dokładną percepcję wszystkich elementów formy językowej wypowiedzi słownych w języku polskim. Fonogesty nie przeszkadzają w słuchaniu wypowiedzi. Uwaga osoby odbierającej komunikaty skoncentrowana jest na obserwowaniu ust osoby mówiącej oraz ruchów jej ręki (Krakowiak, Sękowska, 1996, s. 58–59). Celem posługiwania się metodą fonogestów jest nauka biegłego odczytywania wypowiedzi z ruchu warg, czyli nauka „słuchania wizualnego” (Krakowiak, 2015b). Podstawową zasadą fonogestów jest „podobnemu na ustach towarzyszy inne na dłoni” (Krakowiak, 1998, s. 82). Fonogesty nie są w niczym podobne do języka migowego ani do alfabetu palcowego (Krakowiak, 2015b).

Dzięki fonogestom można mówić płynnie, akcentując ważniejsze sylaby i słowa oraz przestrzegając wszystkich

zasad poprawnej polszczyzny. Po drugie, dzięki fonogestom znacznie poprawia się komunikacja z osobami słyszącymi dzięki usprawnieniu umiejętności czytania z ust. Dzięki fonogestom dziecko może odkryć budowę fonemową słów i „złamać szyfr językowy”, a dzięki temu opanować podstawy języka, tj. poznać podstawowe słowa i nauczyć się ich używać celowo, zgodnie z ich znaczeniem i w odpowiednich związkach z innymi słowami (Krakowiak, Sękowska, 1996, s. 60). Z psychopedagogicznego punktu widzenia za najistotniejszą zaletę metody fonogestów należy uznać możliwość jej wykorzystania w toku naturalnej działalności życiowej dziecka, we wszystkich codziennych sytuacjach, zarówno w domu, jak i w przedszkolu czy szkole. Ponadto metoda fonogestów pomaga wyrównać szanse edukacyjne dzieci i młodzieży z uszkodzonym słuchem. Dzięki tej metodzie osoby niesłyszące mogą wykorzystywać wypowiedzi ustne w stopniu zbliżonym do tego, w jakim tekst mówiony jest dostrzegalny dla człowieka słyszącego (Krakowiak, 2015b).

Odczytywanie mowy z ruchu warg

Odczytywanie mowy z ruchu ust definiowane jest jako rozumienie informacji na podstawie widocznych ruchów twarzy, w szczególności narządów mowy (Eckert, Stacewicz, 1998). Umiejętność biegłego odczytywania mowy z ust ma ogromne znaczenie dla rozwoju niesłyszących, uczy myślenia, rozszerza horyzonty. Pomaga w tworzeniu się pojęć abstrakcyjnych. Odczytywanie z ust pozwala niesłyszącemu włączyć się w życie ludzi słyszących. Opanowanie tej umiejętności jest niezbędne, aby umożliwić dziecku z uszkodzonym słuchem jak najlepsze i jak najpełniejsze uczestnictwo w środowisku słyszących. Dzięki odczytywaniu mowy z ust osoby z wadą słuchu pogłębiają swą wiedzę o otaczającym ich świecie i rozszerzają swoje horyzonty. Przede wszystkim jednak umiejętność odczytywania mowy z ust przeciwdziała izolacji społecznej i umożliwia

osobom z uszkodzonym narządem słuchu udział w życiu otaczającego ich społeczeństwa: rozumieć jego troski, zainteresowania i wysiłki, czuć to, co czują inni ludzie, żyć życiem ludzkim, być człowiekiem. Jest to szczególnie istotne dla dzieci uczących się w szkołach ogólnodostępnych bądź integracyjnych, gdzie jednym z warunków pobytu dziecka w takiej placówce jest umiejętność porozumiewania się słownego. Dlatego niesłyszący przede wszystkim tak bardzo uwypuklają znaczenie opanowania odczytywania mowy z ust w ich życiu (Bartnikowska, 2004; Kosowska, 2011a; Wójcik, 2008).

Umiejętność odczytywania mowy z ruchu ust jest trudna do opanowania, szczególnie z uwagi na fakt, że w języku polskim tylko 30% głosek ma artykulację widoczną na ustach, a wiele różnych głosek ma identyczne układy artykulacyjne (np. p, b, m). Jest to dość skomplikowany proces, który wymaga specyficznych warunków zewnętrznych oraz biegłej znajomości języka (polskiego lub innego, w którym toczy się rozmowa). Umiejętność ta jest łatwiejsza do opanowania dla osób, które ogłuchły w pierwszych latach życia i mimo utraty słuchu przebywają raczej między słyszącymi i muszą się z nimi porozumiewać za pomocą mowy. Dla wielu z nich biegłe opanowanie umiejętności odczytywania mowy z ust „przychodzi samo”, bez najmniejszego czasu i trudu, jest tym, czym dla niemowlęcia jest odróżnianie i poznawanie świata dźwięków.

W gorszej sytuacji są osoby, które ogłuchły później (całkowicie i w poważnym stopniu). Dla nich opanowanie umiejętności odczytywania z ust przychodzi z reguły z większym trudem. Najczęściej musi im w tym ktoś długo pomagać i mimo to uzyskane wyniki są najczęściej gorsze niż u wcześniej ogłuchłych (Czajkowska-Kisil, 2012; Bartnikowska, 2004; Eckert, Stacewicz, 1998; Wójcik, 2008).

Podczas odczytywania mowy z ruchu warg istotnym czynnikiem są właściwości środowiska, w którym przebiega akt komunikacyjny, oraz właściwości nadawcy i odbior-

cy komunikatu. W przypadku odbiorcy komunikatu ważne są: koncentracja uwagi, sprawność postrzegania wzrokowego, znajomość słownictwa i prawidłowej artykulacji, doświadczenie językowe, trafne kojarzenie odebranych informacji oraz umiejętność odróżnienia rzeczy istotnych od tła. Natomiast z punktu widzenia nadawcy informacji istotna jest naturalność, a nie sztuczne spowalnianie mowy czy też przesadna artykulacja. Właściwości środowiska wpływające na odczytywanie mowy z ust to odpowiednia odległość rozmówców (1–1,5 m), dobre oświetlenie twarzy mówiącego, liczba rozmówców oraz brak czynników rozpraszcających (Bartnikowska, 2004, s. 40; Wójcik, 2008).

Pismo

Na tle opisanych wyżej sposobów komunikacji pismo stanowi jedną z najuboższych metod porozumiewania się, na co wskazuje między innymi Urszula Bartnikowska (2004, s. 38), wyjaśniając, że pismo pozbawione jest całej gamy informacji, jakie niesie ze sobą mimika, pantomimika i inne środki niewerbalne. Nie możemy jednak zapominać o wartości tkwiącej w tej metodzie przekazu. Pismo stosowane jest przez osoby z uszkodzonym słuchem w przekazywaniu informacji na odległość, np. drogą listowną, Internetem (e-mail, komunikatory, portale społecznościowe), faksem czy przez SMS. Rozwój nowych technologii na pewno przyczynił się do rozwoju możliwości komunikacyjnych osób niesłyszących. Pismo jest również stosowane w załatwianiu spraw życia codziennego, w kontakcie z ludźmi słyszącymi, którzy nie znają języka migowego (Bartnikowska, 2004). Należy w tym miejscu również podkreślić, że osoby z dysfunkcją narządu słuchu mają duże trudności z nabywaniem umiejętności pisania, co jest konsekwencją braku możliwości wykorzystania obrazów akustycznych i kinestetycznych, zaburzonej artykulacji, ubogości słownika oraz niskiego poziomu kompetencji językowych (Skibska, 2014).

Komunikacja totalna

Koncepcja totalnej komunikacji została stworzona przez Roya K. Holcomba i pojawiła się w Stanach Zjednoczonych w latach sześćdziesiątych XX w. Metoda ta jest zdolnością do porozumiewania się za pomocą wszystkich dostępnych środków, jakimi są: ekspresja słowna, wzrokowa percepcja wypowiedzi, słuchowa percepcja mowy, systemy językowo-migowe, fonogesty, mimika i pantomima – systemy ustno-manualne, daktylofajza, daktylografia, pismo, rysunek, piktogramy i inne systemy graficzne (Kosowska, 2011a; Szczepankowski, 1999; Wójcik, 2008).

Celem totalnej komunikacji jest danie dziecku prawa wypowiedzenia się w sposób spontaniczny, prawa swobodnego wyboru ulubionego sposobu porozumiewania się w jakiegokolwiek sytuacji, stworzenie wspólnego języka na podstawie języka mówionego i języka migowego oraz zapewnienie dziecku z wadą słuchu samozadowolenia poprzez skuteczne porozumiewanie się. Metoda ta jest pewnego rodzaju filozofią kształtującą nowe postawy wobec ludzi niesłyszących i języka migowego (Wójcik, 2008). Natomiast Aniela Korzon i Marzena Klaczak (1993) zwracają uwagę, że odrzucenie języka migowego ogranicza możliwości rozwojowe dziecka niesłyszącego, poprzez kształtowanie negatywnych cech osobowości, np. niskiej samooceny, która wynika z zaburzeń w komunikacji z otoczeniem.

PODSUMOWANIE

W niniejszym rozdziale przedstawiono podstawowe zagadnienia dotyczące problematyki niepełnosprawności słuchowej, uwzględniając stan współczesnej wiedzy na ten temat. Pierwszy podrozdział zawiera przegląd definicji i klasyfikacji uszkodzeń słuchu, jak również przemian, jakie nastąpiły w rozumieniu i definiowaniu uszkodzeń słuchu,

oraz w postrzeganiu osób z niepełnosprawnością słuchu. W dalszej części tego podrozdziału zwrócono uwagę na trzy wymiary uszkodzenia słuchu (medyczny, psychologiczny i społeczny). Poza tym zaprezentowano również sposoby komunikowania się osób z niepełnosprawnością słuchu z otoczeniem. Wskazano na istotną rolę polskiego języka migowego (naturalnego języka ludzi niesłyszących), jak również przedstawiono charakterystykę innych sposobów: systemu językowo-migowego, fonogestów, daktylografii, komunikacji totalnej, odczytywania mowy z ruchu warg i pisma.

Rozdział II

Relacje interpersonalne

Relacje interpersonalne, jakie zawieramy z innymi, są podstawą naszego funkcjonowania w społeczeństwie i nadają naszemu życiu znaczenie. Satysfakcja z życia rodzinnego, z pracy, z nauki, z zabawy w dużej mierze zależy od jakości interakcji z innymi. Spowodowane jest to przede wszystkim faktem, iż ludzie są istotami społecznymi. W opinii Artura Łaciny-Łanowskiego (2016) interakcja, jaka zachodzi pomiędzy poszczególnymi podmiotami (jednostką, grupą, zbiorowością i społecznością), stanowi centralny element modelu w klasycznym ujęciu paradygmatu życia społecznego.

Relacje interpersonalne charakteryzują się określonym sposobem wyrażania emocji, uczuć i myśli oraz zachowań wyrażających całą gamę różnorodnych postaw między co najmniej dwiema osobami (Jankowska, 2015). Jak podkreśla Maria Jarosz (2003, s. 80), relacje interpersonalne „powstają na skutek wymiany interakcji partnerów, przy udziale czynników poznawczych i emocjonalnych. Odnoszą się do pozytywnych bądź negatywnych powiązań między partnerami, których wyrazem mogą być: agresja, wrogość, atrakcyjność interpersonalna czy pomaganie innym”. Relacje interpersonalne towarzyszą każdemu człowiekowi od pierwszego dnia jego życia. Przywiązanie dziecka do

podstawowego opiekuna w okresie wczesnego dzieciństwa stanowi prototyp jego późniejszych relacji, szczególnie tych najbliższych z partnerem czy współmałżonkiem, przyjaciółmi bądź innymi osobami z bliskiego otoczenia społecznego (Malina, 2011; Senator, 2010).

1. KONCEPCJA PRZYWIĄZANIA JAKO PIERWOWZÓR RELACJI SPOŁECZNYCH W OKRESIE DOROSŁOŚCI

W ostatnich latach możemy zaobserwować istotny wzrost zainteresowania polskich badaczy znaczeniem bliskich więzi w relacjach interpersonalnych w różnych okresach życia człowieka (Gózdź, Charzyńska, 2014; Jankowska, 2015; Kornaszewska-Polak, 2015; Malina, 2011; Marchwicki, 2009; Mierzejewska-Orzechowska, 2008; Płopa, 2005; Płopa, 2008a; Rodek, 2014; Senator, 2010; Szczepańska, 2014; Szymczak, 2006; Tryjarska, 2010; Wałęcka-Matyja, 2018; Zalewska, 2010; Żywcok, 2014). Świadczy o tym wiele publikacji koncentrujących się nie tylko na wczesnym dzieciństwie, ale również na poszukiwaniu mechanizmów wyjaśniających tworzenie się bliskich więzi w okresie dorosłości.

W niniejszym paragrafie zostaną przedstawione koncepcje i typologie relacji interpersonalnych, które powstały na podstawie teorii przywiązania. Twórcą teorii przywiązania jest brytyjski psychiatra i psychoanalityk John Bowlby. Autor ten zauważył, iż skłonność ludzi do tworzenia w pierwszych latach życia silnych więzi emocjonalnych z opiekunami jest głęboko zakorzeniona biologicznie. W opinii Johna Bowlby'ego (2007) każdy człowiek posiada wrodzoną, podstawową potrzebę utrzymywania bliskości z wybraną osobą, która wynika z funkcjonowania behawioralno-motywacyjnego systemu przywiązania. John Bowlby uważał również, że wczesne relacje dziecka z opiekunami warunkują jego relacje w związkach w późniejszym życiu

– jak również wpływają ogólnie na sposób funkcjonowania (1980, za: Bowlby, 2007). Szczególnie w sytuacjach stresogennych dzieci instynktownie poszukują bliskości i bezpieczeństwa u matki jako pierwszorzędnej postaci przywiązania oraz innych opiekunów: ojca, babci czy dziadka. Podobny mechanizm można zaobserwować w okresie życia dorosłego, gdy więź przywiązania rozwija się między dwiema dorosłymi osobami. Zachowania związane z przywiązaniem ujawniają się wówczas w sytuacjach zagrożenia, zwiększonych trudności lub choroby. Świadomość dostępności partnera, jego obecności i gotowości do udzielenia pomocy i wsparcia jest źródłem poczucia bezpieczeństwa. W związkach uczuciowych nawiązywanych przez młodych dorosłych ujawniają się wszystkie osiowe cechy przywiązania: poszukiwanie bliskości, bezpieczna baza, bezpieczna przystań i dystres separacyjny (Hazan, Zeifman, 1994). Według Johna Bowlby'ego każdy człowiek ma własny styl przywiązania. Style te ściśle wiążą się z wewnętrznym obrazem samego siebie i świata, otoczenia (Bartholomew, Horowitz, 1991; Bowlby, 2007; Płopa, 2005; Płopa, 2008a, Senator, 2010).

1.1. Koncepcja Mary Ainsworth

Mary Ainsworth (1977, 1989), na podstawie koncepcji Bowlby'ego oraz na podstawie własnych wieloletnich badań i obserwacji relacji matka – dziecko, wyodrębniła trzy style przywiązania. Za kryterium przyjęła jakość relacji, wrażliwość i dostępność matki w sytuacji sygnalizowania potrzeb przez dziecko. Wyróżniła zatem:

- bezpieczny (pewny) styl przywiązania – charakteryzuje się zaufaniem dziecka do obiektu przywiązania. Bazuje na doświadczeniu jego dostępności oraz okazywaniu wrażliwości, ciepła i bliskości w sytuacjach zagrażających poczuciu komfortu;

- unikający styl przywiązania – powstaje w toku doświadczania przez dziecko niedostępności obiektu przywiązania zwłaszcza w sytuacjach zagrożenia, wzbudzonej potrzeby bądź braku wrażliwości na nie. Styl ten znamionuje ludzi, którzy pamiętają rodziców jako zmiennych emocjonalnie i mało przewidywalnych, matkę – jako zimną i odrzucającą. Konsekwencją tego stylu może być unikanie bliskiego kontaktu, aby ochronić się przed zranieniem;
- ambiwalentno-lękowy styl przywiązania – powstaje w toku doświadczania niepewności co do dostępności obiektu przywiązania. Osoby z takim stylem wspominają okres dzieciństwa jako całkowitą nieumiejętność przewidzenia zachowania opiekuna. Wiąże się to z tym, że naprzemiennie mogli czuć się kochani i odrzuceni. Styl ten wywołuje u dziecka „wzmogoną czujność”, obniżone poczucie bezpieczeństwa i ciągle odczuwanie lęku przed rozstaniem (również w sytuacjach, gdy matka jest dostępna). Warto podkreślić, że pojawienie się obiektu przywiązania w polu percepcyjnym dziecka nie zawsze wywołuje ukojenie, ale często złość.

Teoria przywiązania zakłada, że wzór przywiązania jako wewnętrzny aktywny model kreuje wczesne doświadczenie, od którego zależy późniejsza jakość funkcjonowania jednostki w różnych relacjach interpersonalnych. Doświadczenie dzielone z obiektem przywiązania jest jednocześnie jednym z ważnych predyktorów przyszłego emocjonalnego funkcjonowania (Tarabulsy i in., 1996). Zatem przywiązanie może być traktowane jako prototyp relacji społecznych również w okresie dorosłości i istotnie wpływa na zdolność do budowania zadowolających bliskich związków (Plopa, 2005; Wojciszke, 2002). Ponadto badania pokazują, iż prezentowane style przywiązania w dorosłości są podobne do stylów przywiązania w dzieciństwie (Belsky, Casisdy, 1994; Thompson, 1999; Goldberg, 2000).

1.2. Typologia stylów przywiązaniowych osób dorosłych Cindy Hazan i Philipa Shavera

Cindy Hazan i Philip Shaver (1987) na podstawie badań dotyczących specyfiki romantycznych związków osób dorosłych zauważyli, że osobista historia relacji przywiązaniowych z dzieciństwa wpływa na głębokość i formę osamotnienia dorosłych. Wiele dorosłych osób samotnych wspomina swoje dzieciństwo jako trudne czy zaburzone ze względu na dystansujące zachowania jednego lub obojga rodziców.

Cindy Hazan i Philip Shaver (1994) przedstawili interesującą teorię miłości romantycznej czy więzi między partnerami jako procesu przywiązania, w którym występują podobne rodzaje indywidualnych zróżnicowań jak w przywiązaniu między niemowlęciem a podstawowym opiekunem. Co więcej, w miłości romantycznej dorosłych występuje komponent seksualny. Zatem miłość osób dorosłych według poglądów Cindy Hazan i Philipa Shavera składa się z trzech elementów: przywiązania, opieki oraz seksualności.

Większość wzorów przywiązania opisanych przez Mary Ainsworth przypomina „style miłości” obserwowane u dorosłych (Fraley, Shaver, 2000). Jak można zauważyć jest to wyraźna adaptacja trójelementowej kategoryzacji jako podstawy badania indywidualnych różnic w myśleniu, odczuwaniu i zachowaniu w romantycznych relacjach. Cindy Hazan i Philip Shaver (1987, s. 511–524) na podstawie badań osób dorosłych wyróżnili trzy style przywiązania: ufny (*secure*), lękowo-ambiwalentny (*anxious-ambivalent*) i unikający (*avoidant*). Omawiana tu koncepcja stanowi punkt odniesienia dla badań własnych i poniżej zostanie opisany każdy ze stylów przywiązaniowych.

Styl unikający

Osoby reprezentujące unikający styl przywiązania w okresie dorosłości odczuwają brak komfortu z racji bycia w bliskości z partnerem, boją się intymności, uważając, że

bliskość zagraża im w jakiś sposób, że wytworzy w nich swego rodzaju niebezpieczną zależność, uciekają więc od kontaktów bardzo intymnych, choć tak naprawdę bardzo ich potrzebują. Wolą unikać bliskich relacji, wyrażając przekonanie, iż nie potrzebują obecności innych ludzi, aby osiągnąć szczęście. Na poziomie świadomym siebie samych opisują jako jednostki silne, kompetentne i dobre, innych natomiast jako niegodnych zaufania, nieprzystosowanych oraz nadmiernie zależnych. Natomiast na poziomie nieświadomym są bezradni, zależni, nadmiernie wrażliwi, a inni ludzie odrzucający, karzący lub kontrolujący. Styl unikający ma za zadanie minimalizować sygnały wewnętrzne i zewnętrzne łączące się z przywiązaniem. Według tych osób miłość jest zjawiskiem rzadko spotykanym. Osoby te charakteryzuje lęk przed intymnością i niska akceptacja partnera bliskiej relacji, a swoje własne związki opisują jako mało pozytywne. Natomiast w roli rodziców również nie czują się zbyt dobrze, gdyż utrzymują dystans wobec siebie i własnych dzieci. Z uwagi na fakt, iż nie potrafią dostrzec sygnałów własnych dzieci świadczących o potrzebie kontaktu fizycznego i emocjonalnego, nie potrafią odpowiedzieć na nie. Są również mało świadomi uczuć związanych z więzią.

W okresie dzieciństwa obiekt przywiązania był dla nich niedostępny, szczególnie gdy go najbardziej potrzebowali, czyli w sytuacjach zagrożenia oraz potrzeby bliskiego kontaktu. Pod wpływem takich doświadczeń ich system przywiązania był ciągle w stanie aktywności, czego następstwem było uruchamianie mechanizmów obronnych takich jak izolacja i zaprzeczanie.

Osoby dorosłe przejawiające unikowy styl przywiązania albo idealizują swoich rodziców, albo nie mogą przypomnieć sobie wspomnień z dzieciństwa i nie doceniają znaczenia więzi. Pomimo że nie potrafią wskazać żadnych konkretnych przykładów świadczących o dobroci swoich rodziców, przedstawiają ich jako troskliwych, kochają-

cych i wspierających, natomiast ich zachowania odrzucające definiują jako „dobrą, twardą szkołę życia”. Osoby te nie potrafią nawiązać satysfakcjonujących pozytywnych relacji z drugą osobą. Są stale emocjonalnie rozdarci.

Styl lękowo-ambiwalentny

Osoby o lękowo-ambiwalentnym stylu przywiązania cechuje silne pragnienie dużej bliskości w związku połączone z jednoczesną obawą odrzucenia i zerwania związku przez partnera. Osoby te są nadmiernie czujne na potencjalne sygnały rozstania, poszukują i potrzebują ciągłych zapewnień i dowodów miłości ze strony partnera. Osoba taka w związkach międzyludzkich zachowuje się jak zagubiony podróżnik niewiedzący, w którym kierunku podążać, i lękający się, że każda ścieżka może okazać się błędną. Z uwagi na fakt, iż przeżywają permanentny lęk przed porzuceniem i utratą miłości, nie czują się bezpiecznie w związku. W sytuacjach trudnych reagują napięciem, lękiem, złością i nie potrafią kontrolować tych uczuć. Osoby prezentujące lękowo-ambiwalentny styl przywiązania odczuwają wiele wątpliwości dotyczących swojej osoby, nie są również pewni, czy zasługują na miłość partnera. Inne osoby, chociaż pożądaną jako obiekt przywiązania, spostrzegane są jako mało skłonne do głębokiego zaangażowania. Ich relacje z romantycznymi partnerami cechuje bardzo duża labilność uczuć, obsesyjne uwikłanie, silne pragnienie wzajemności i całkowitego zjednoczenia się z partnerem. Relacje te są pełne zazdrości, zaborczości, wątpliwości i silnego przyciągania seksualnego. Aktywność seksualną traktują jak sposób zaspokojenia potrzeby intymności. Dlatego też często podejmują niedojrzałe i niewłaściwe próby zdobycia intymności, angażując się w przypadkowe lub przygodne kontakty seksualne. Jako rodzice są nieprzewidywalni i mało wrażliwi na potrzeby dzieci, szczególnie z uwagi na fakt, iż wiele czasu poświęcają swojemu własnemu napięciu i problemom

z przywiązaniem. Rodzice tacy, obawiając się opuszczenia przez dzieci, nie wspierają u nich autonomii i niezależności.

Dzieciństwo tych osób cechuje niepewność co do dostępności obiektu przywiązania. Natomiast na ukształtowanie tego stylu przywiązania znaczący wpływ ma nieprawidłowa postawa ojca.

Styl ufny (bezpieczny)

Cechuje osoby, które nie obawiają się bliskich relacji i zależności w późniejszych związkach, wiedzą co znaczy intymność i poczucie zaufania, odczuwają satysfakcję i radość z bliskich relacji, akceptują zachowania partnera zmierzające do większej bliskości, nie boją się również trwałych związków. Charakteryzuje ich otwartość, elastyczność, refleksyjność. Doceniają przyjemność płynącą z kontaktów fizycznych. Są wrażliwe i empatyczne w stosunku do innych ludzi. Dzięki tym cechom sprawdzają się w roli rodziców, potrafią okazać dzieciom należytą troskę i zrozumienie. Dzieci rodziców o ufnej strategii przywiązania w swoich późniejszych związkach będą reprezentować również tę strategię. Osoby te są przekonane o trwałości miłości. Własny związek z partnerem opisują jako szczęśliwy, przyjacielski, dostarczający wsparcia i charakteryzujący się wzajemnym zaufaniem. Kobiety o bezpiecznym stylu w sytuacjach stresowych szukają wsparcia u partnerów – mężów, opowiadając o swoich odczuciach, natomiast mężczyźni „bezpieczni” starają się okazywać im wsparcie.

Osoby o ufnym stylu własne dzieciństwo oceniają jako szczęśliwe, a relacje z rodzicami jako pełne ciepła. Rodziców wspominają jako dostępnych emocjonalnie i wrażliwych na potrzeby dziecka. W podobny sposób wspominają związek między swoimi rodzicami. Jeśli wspominają trudne doświadczenia z rodzicami, to starają się wykazać zrozumieniem i wybaczyć im.

Osoby reprezentujące bezpieczny styl przywiązania są najbardziej pożądane przez inne osoby jako potencjalni partnerzy.

1.3. Typologia stylów przywiązania Kim Bartholomew

Typologia stylów przywiązania opracowana przez Kim Bartholomew i Leonarda Horowitz (1991) stanowi rozszerzenie i modyfikację koncepcji Johna Bowlby'ego. Punktem wyjścia dla tej typologii były dwa wymiary dwubiegunowe, tj. pozytywny i negatywny wymiar samooceny oraz pozytywny i negatywny wymiar interpersonalnego zaufania. Według Kim Bartholomew te dwa wymiary leżą u podłoża interakcji realizowanych przez dorosłych, zaś w ujęciu teoretycznym stanowią dwie kategorie zmiennych względem siebie niezależnych; wobec tego dostarczają podstaw do utworzenia modelu czterech stylów przywiązania dorosłych. Model Kim Bartholomew zakłada istnienie przywiązania: bezpiecznego (pewnego), ambiwalentnego, bojaźliwo-unikowego oraz oddalająco-unikowego. Dwa ostatnie style odróżniają tę koncepcję od wcześniej opisanej koncepcji Cindy Hazan i Philipa Shavera. Kim Bartholomew uważa, że osoby, które charakteryzuje bojaźliwe unikanie, przyjmują unikową orientację w relacjach przywiązaniowych, aby ochronić się przed zranieniem lub odrzuceniem przez partnera. Z kolei oddalające unikanie stosowane jest przez osoby broniące swojej niezależności i samodzielności.

W świetle tej koncepcji jednostka o pewnym stylu przywiązania charakteryzuje się pozytywnym, czyli wysokim poziomem wymiaru samooceny i zaufania interpersonalnego. Poszukuje interpersonalnej bliskości i dobrze się czuje w tego typu związkach. Jednostki te starają się utrzymywać ciepłe związki ze swoimi rodzicami, zaś w dorosłości z partnerem związku małżeńskiego oraz z dziećmi. Osoby prezentujące ten styl przywiązania nie są skłonne

do gniewu i zachowań agresywnych i charakteryzują się zdolnością do tworzenia długotrwałych, zaangażowanych i satysfakcjonujących związków interpersonalnych (Bartholomew, 1990; Bartholomew, Horowitz, 1991).

Przeciwstawnym stylem jest bojaźliwo-unikowy (lękowo-unikowy), w przypadku którego wymiary samooceny oraz interpersonalnego zaufania znajdują się na niskim poziomie. Osoby reprezentujące ten styl minimalizują częstotliwość nawiązywania związków interpersonalnych oraz unikają sytuacji wiążących się z bliskością. Jednostki te charakteryzuje wysoki poziom gniewu, wrogości, zazdrości oraz impulsywności, których występowania nie zawsze są świadomi. Kontakty z przedstawicielami płci przeciwnej nie sprawiają im większej przyjemności i nie prowadzą do intymności. W ich opinii rodzice przedstawiani są jako karzący i złośliwi (Bartholomew, 1990; Bartholomew, Horowitz, 1991).

Natomiast jednostki z niskim poziomem samooceny i wysokim poziomem interpersonalnego zaufania tworzą tzw. zatroskany styl przywiązania (ambiwalentny). Osoby te pomimo że mają niską samoocenę, są przekonane o tym, że mogą być akceptowane i kochane przez innych, gdyż posiadają wysokie zaufanie interpersonalne. W związku z tym nadmiernie zabiegają o nawiązanie i/lub utrzymanie bliskich relacji z innymi, łatwo się zakochują, są zbyt otwarte, dużo mówią o sobie i przejawiają nadmiernie podniecenie w relacjach interpersonalnych. Jednocześnie przeżywają lęk wynikający z przeświadczenia, że mogą być traktowane jako mało wartościowe w oczach innych. Obawiają się również odrzucenia ze strony tych, na których bliskości i intymności tak bardzo im zależy (Bartholomew, 1990; Bartholomew, Horowitz, 1991).

Ostatni styl przywiązania – pomniejszający (oddalająco-unikowy) – cechuje wysoki poziom samooceny i niski poziom zaufania interpersonalnego. Przedstawiciele tego stylu mają bardzo wysokie, często zawyżone i nierealne mnie-

manie o własnej wartości, jednocześnie przesadną potrzebę niezależności. Osoby te są głęboko przekonane o tym, że zasługują na bliski oraz intymny związek, jednak ze względu na brak zaufania interpersonalnego unikają i nie dopuszczają do nawiązania tego typu relacji, gdyż obawiają się wszystkiego najgorszego, najbardziej zaś odrzucenia. Dlatego też wolą same odrzucać innych niż być odrzuconymi przez innych. Bliskie związki oceniają negatywnie, unikają bezpośrednich interakcji na korzyść bezosobowych, np. zawieranych obecnie za pomocą Internetu (Bartholomew, 1990; Bartholomew, Horowitz, 1991).

2. SAMOTNOŚĆ JAKO PODSTAWA ISTNIENIA RELACJI INTERPERSONALNYCH

Samotność jest zjawiskiem powszechnie występującym, dotyczącym i doświadczanym przez większość ludzi bez względu na wiek. Zazwyczaj samotność rozumiana jest w negatywny sposób i utożsamiana jest z cierpieniem, lękiem, smutkiem, przygnębieniem, poczuciem nieszczęścia, wewnętrznej pustki i zadumaniem. Takie rozumienie samotności wynika z lęku przed samotnością, ponieważ człowiek jest stworzony do życia w grupie.

Zdaniem Janusza Kirenko (2006) z powodu samotności najbardziej cierpią dzieci, gdyż nie potrafią ani określić, ani zrozumieć przyczyn takiego stanu. Alienacja doświadczana w okresie adolescencji może sprzyjać kształtowaniu się tożsamości jednostki i osiągnięciu przez nią autonomii (Tomaszek, Tucholska, 2012). Odmierna forma samotności dotyka ludzi starych, którzy wraz z upływem lat stają coraz bardziej bezradni wobec pojawiających się chorób i utraty sprawności fizycznej. Głównymi przyczynami samotności ludzi starszych są: śmierć małżonka, przyjaciół, brak kontaktu z dorosłymi dziećmi, zerwanie kontaktów z dotychczasowym miejscem pracy oraz trudności we włączeniu

się do nowej społeczności, np. klubu seniora, uniwersytetu trzeciego wieku oraz towarzystw naukowych i społecznych (Kirenko, 2006; Rembowski, 1992).

Pojęcie samotności definiowane jest jako brak więzi z innymi, zarówno emocjonalnej, jak i fizycznej. Można je również traktować jako zbiór uczuć odrzucenia, braku akceptacji ze strony innych oraz przykrych doświadczeń silnie zabarwionych uczuciowo (Rembowski, 1992). Samotność możemy określić również jako nieprzyjemny stan psychiczny spowodowany niezadowolającą ilością oraz jakością kontaktów społecznych (Peplau, Perlman, 1982). Samotność jest subiektywnym przeżyciem psychicznym, może być następstwem utraty kogoś bliskiego i oczekiwania na kogoś, kto zapełni powstałą pustkę (Januszewski, 2000). Samotność określana jest również mianem złożonego fenomenu psychologicznego, związanego z deprywacją społeczną, z niezaspokojeniem bliskich relacji z innymi oraz potrzeby przywiązania, któremu towarzyszy ból psychiczny i cierpienie (Rokach, 1988; Weiss, 1973). Janusz Reykowski (1976) traktuje samotność jako wyraźną i znaczącą cechę ludzkiej egzystencji, którą należy analizować z perspektywy relacji społecznych podmiotu z otoczeniem oraz z samym sobą. Warren H. Jones (1988) definiuje samotność jako efekt „niepowodzenia interpersonalnego”. Podobne stanowisko przedstawił Józef Koziński (1998). Według niego samotność rozpoczyna się w momencie, w którym jednostka uświadomi sobie fakt zerwania lub osłabienia więzi uczuciowych, które łączą ją z otoczeniem. Towarzyszy temu zazwyczaj uczucie wyobcowania, bezradności, odizolowania, brak poczucia bezpieczeństwa i niepewność jutra. Poczucie samotności powoduje bezradność, bezczynność, bierność wobec rzeczywistości, sprawia, że ludzie nie potrafią wykorzystać swoich możliwości. Staje się źródłem silnego niepokoju, skutkuje poczuciem winy i wstydu (Dołęga, 2003).

Poczucie samotności to wielowymiarowe psychospołeczne doświadczenie człowieka, niejednokrotnie będące

nieprzyjemnym stanem emocjonalnym, pojawiającym się na skutek dysonansu pomiędzy oczekiwaniami jednostki a jej realnymi możliwościami (Dołęga, 2003). Podobne ujęcie samotności zaprezentowała Bożena Krupa (2013), wyjaśniając, że samotność jest jednym z podstawowym doświadczeń człowieka, a o jej odczuwaniu decyduje odległość pomiędzy oczekiwaniami jednostki a tym czego aktualnie ona doświadcza.

Pozytywne rozumienie samotności przedstawił Paul Tillich (1980). Jego zdaniem samotność sprzyja rozwijaniu siebie i wyobraźni oraz realizacji własnych możliwości. Chwile samotności dają schronienie, oparcie i odpoczynek. Podobne stanowisko zaprezentowali Clark E. Moustakas (1961, za: Rembowski, 1992) oraz Daniel Perlman i Letitia A. Peplau (1982), twierdząc, że samotność może prowadzić do rozwoju osobistego, kreatywności i twórczości osobowości. Również Katarzyna Tomaszek i Stanisława Tucholska (2012) podają, że młody człowiek, aby uzyskać odpowiedź na nurtujące go pytania i zaplanować własną ścieżkę życia, potrzebuje bliskich relacji z rodziną i rówieśnikami, ale również czasu na przemyślenia i refleksję intelektualną, co wiąże się z pewnym odosobnieniem.

Należy jednak pamiętać, że odpowiednie wsparcie społeczne i świadomość obecności innych ludzi zapewnia prawidłowe funkcjonowanie i wzrost osobowy. Z uwagi na fakt, że człowiek jest istotą społeczną brak związków z innymi ludźmi może wywołać subiektywne odczucie samotności (Januszewski, 2000). Podobne stanowisko zaprezentował Robert Weiss (1973), prekursor badań nad zjawiskiem samotności, dowodząc, że samotność wynika z braku jednego lub więcej typów relacji partnerskich, które mogą się układać jako:

- stosunki, w których jednostka ma zapewnione poczucie bezpieczeństwa;
- integracja społeczna zaspokajająca potrzeby poprzez rozbudowaną sieć kontaktów międzyludzkich;

- stosunki, w których jedna osoba czuje się odpowiedzialna za dobro drugiej;
- stosunki, w których umiejętności i zdolności jednostki są doceniane przez innych ludzi;
- stosunki, w których jedna osoba może liczyć na pomoc drugiej.

Zdaniem Jana Rostowskiego (1989) poczucie samotności w relacjach małżeńskich stanowi czynnik znacznie osłabiający zaangażowanie w związek oraz postawy wzajemnego wsparcia partnerów.

Jak podkreślają Monika Kornaszewska-Polak (2015) oraz Marta Karbowa (2012), doświadczanie samotności ma wyjątkowo zindywidualizowany charakter, co wiąże się z dużą różnorodnością reakcji w sytuacji podobnych bodźców awersyjnych. Z tego też względu w odmienny sposób mogą być przeżywane sytuacje osamotnienia powodowane różnymi sytuacjami życiowymi, takimi jak: śmierć bliskiej osoby, małżonka bądź partnera, wykonywaniem zawodu z dala od miejsca zamieszkania (marynarze, żołnierze, kierowcy tirów), migracjami zarobkowymi czy pracą w korporacjach.

Warto wziąć pod uwagę koncepcję samotności według Zofii Dołęgi (2003). Autorka wyodrębniła trzy aspekty poczucia samotności: emocjonalny, społeczny i egzystencjalny, a za główne kryterium przyjęła relacyjność odniesień, zawartość treściową oraz orientację czasową.

Poczucie samotności emocjonalnej

Wiąże się z negatywną oceną siebie jako partnera interakcji społecznych, przekonaniem o własnych niskich kompetencjach społecznych i odczuwanym dystresem polegającym na obniżonym nastroju i innych negatywnych emocjach i odczuciach. Wiesław Łukaszewski (1984, s. 330–331) utożsamia poczucie samotności emocjonalnej z uczuciem samotności, samotnością subiektywną wiążącą się z brakiem

pozytywnych uczuć w relacjach z ważnymi dla jednostki osobami, z którymi łączy ją relacja intymności. Lars Anderson, Larry C. Mullins, Doyle P. Johnson (1989, za: Dołęga, 2003) zaobserwowali, że osoby samotne emocjonalnie mają głębokie przeświadczenie o braku bliskich, znaczących więzi emocjonalnych. Józef Rembowski (1992) rozwinął tę myśl, twierdząc, że samotność emocjonalna stanowi najbardziej bolesną formę izolacji. Wśród cech charakterystycznych samotności emocjonalnej możemy wymienić również: negatywną ocenę własnych kompetencji społecznych, brak akceptacji i zaufania do siebie oraz innych ludzi, a także odczuwanie negatywnych emocji i nastrojów. Na podstawie badań u osób przeżywających osamotnienie zaobserwowano negatywne stany emocjonalne, takie jak: niepokój, zmęczenie, spadek wigoru, żal, smutek, przygnębienie, złość ukierunkowaną wewnątrz oraz odczuwanie dyskomfortu psychicznego (Vaux, 1988; Vincenzi, Grabosky, 1989, za: Dołęga, 2003). Ten rodzaj samotności najczęściej doświadczany jest przez osoby, które niedawno zakończyły jakąś ważną dla siebie relację, zostały porzucone lub przeżywają śmierć małżonka (Rembowski, 1992).

Poczucie samotności społecznej

Polega na przeżywaniu izolacji i marginalizacji. Przejawia się nieumiejętnością zidentyfikowania swojej roli w określonym układzie społecznym oraz brakiem pewności swojego znaczenia dla partnerów relacji społecznych. W przeciwieństwie do samotności emocjonalnej, nazywanej subiektywną, samotność społeczna określana jest mianem obiektywnej lub fizycznej (Gajda, 1997). Określenie to nie jest do końca słuszne, jak zauważa Wiesław Łukaszewski (1984), gdyż nie ma ludzi obiektywnie samotnych, ponieważ każdy człowiek utrzymuje relacje międzyludzkie na jakimś poziomie. Zdecydowanie bardziej trafnym określeniem samotności społecznej, wskazanym przez Ami Rokach (1988), jest percepcja

izolacji interpersonalnej, która polega na postrzeganiu oddalenia od lub odrzucenia przez innych ludzi. Zatem poczucie samotności społecznej dotyczy podmiotowej oceny poziomu relacji z osobami z otoczenia społecznego, np. rodzeństwem, mężem czy żoną, rodzicami, współpracownikami czy nauczycielami lub sąsiadami. Im bardziej relacje te oceniane są jako niesatysfakcjonujące, tym większe poczucie samotności społecznej (Dołęga, 2003). Zdaniem Michaela Argyle'a (2002) i Warrena H. Jonesa (1988) na jego nasilenie wpływają również niskie kompetencje społeczne i interpersonalne. Osoby o niskich kompetencjach społecznych mogą doświadczać częstych i/lub długotrwałych niepowodzeń w relacjach społecznych.

Osoby przeżywające samotność społeczną deklarują brak satysfakcjonujących kontaktów społecznych czy też, jak zauważa Iwona Niewiadomska (1997), brak dostatecznej bliskości z innymi ludźmi. Często jednak wśród osób samotnych społecznie to zewnętrzne atrybucje przyczyn poczucia samotności są podstawą przekonania o niezadowalającym stanie ich relacji społecznych.

Poczucie samotności egzystencjalnej

Osoba przeżywająca samotność egzystencjalną doświadcza poczucia braku identyfikacji z wartościami, normami i celami życiowymi. Przeżywa brak integracji z innymi ludźmi oraz brak zakotwiczenia w świecie oraz w szerszym kontekście społecznym. Poczucie samotności egzystencjalnej jest zatem związane z ogólnym dobrostanem psychicznym i poczuciem jakości życia osoby ją przeżywającej (Dołęga, 2003; Popielski, 1994). Do podobnych wniosków w swoich badaniach doszły Ellen Berscheid i Letitia Peplau (1983, 1985, za: Dołęga, 2003), zauważając, że dobrostan psychiczny był związany z utrzymywaniem przyjaźni oraz pozostawaniem w pozytywnych relacjach z innymi ludźmi. Ludzie, którzy oceniali swoje związki interpersonalne jako satys-

fakcjonujące, czuli się również szczęśliwi. Natomiast ludzie niedoświadczający satysfakcjonujących związków personalnych podkreślali ten fakt i zarazem prezentowali skłonność do uogólnionej, negatywnej i pesymistycznej oceny świata. Można zatem wysnuć wniosek, że samotność, która wynika z poczucia braku znaczących więzi emocjonalno-społecznych, sprawia, że ludzie doświadczają zarówno poczucia niezaspokojenia ważnych dla nich potrzeb, jak i czują się bezwartościowi, bezsilni i wyalienowani (Weiss, 1989; Gerstein, Tesser, 1987, za: Dołęga, 2003; Peplau, Perlman, 1982).

Część badaczy (Kmieciak-Baran, 1995; Korzeniowski, 1990; Rokach, 1988) łączy samotność z alienacją, zwłaszcza egzystencjalny aspekt tego zjawiska. Czynniki samoalienacji opisywany jest jako wewnętrzna pustka i nicość, beznadziejność, brak poczucia sensu życia, niezdolność do rozumienia siebie i świata, poczucie bezbronności wobec okoliczności oraz utraty kontroli nad własnym losem.

3. RODZAJE RELACJI INTERPERSONALNYCH

W naszym życiu nawiązujemy i tworzymy liczne więzi z innymi ludźmi. Dla większości ludzi pierwsze znaczące związki łączą się z rodzicami oraz z innymi bliskimi członkami rodziny. W miarę jak dojrzewamy coraz większego znaczenia zaczynają nabierać inne relacje: poznajemy kolegów i koleżanki w szkole, w pracy, zyskujemy przyjaciół, zawieramy związki romantyczne.

Przyjaźń

Przyjaźń można opisać jako pewien rodzaj interakcji, który opiera się na wzajemności w różnych obszarach życia codziennego (Szczepańska, 2014). Niektórzy autorzy utożsamiają przyjaźń z odmianą miłości (Gózdź, Charzyńska, 2014). W relację przyjacielską podobnie jak w miłosną

wpleciony jest komponent intymności i zaangażowania. Natomiast jedynym czynnikiem różnicującym jest występowanie bądź niewystępowanie namiętności (seksualnej). Mianem przyjaciół określamy ludzi, których lubimy, którym wierzymy, a przebywanie z nimi i wspólne wykonywanie różnych czynności sprawia nam radość. Przyjaciele bezinteresownie pomagają sobie w potrzebie, szanują się nawzajem, ufają sobie i dzielą się swoimi sekretami, okazują sobie wsparcie emocjonalne, jednocześnie nienaruszając prywatności drugiej osoby (Argyle, Henderson, 1985). Przyjaźń jest zjawiskiem uniwersalnym – w każdym wieku, we wszystkich klasach społecznych i kulturach ludzie tworzą przyjaźnie. Już starożytni filozofowie przypisywali ogromną wartość przyjaźni. Epikur podkreślał, że jest ona największym dobrem, jakim mądrość nas obdarza. Arystoteles uważał, że bez przyjaźni człowiek nie może żyć, gdyż młodym ludziom pomaga unikać błędów, ludzi w „kwiecie wieku” pobudza do pięknych czynów, natomiast ludzi starszych otacza opieką (Korzon, 2007).

Mara B. Adelman, Malcolm R. Parks i Terrance L. Albrecht (2014) wymieniają następujące cechy przyjaźni:

1. Dobrowolność – przyjaźń w przeciwieństwie do relacji rodzinnych jest całkowicie dobrowolna. Przyjaciele nie należą do naszej rodziny, jednakże mamy z nimi wiele wspólnego i jesteśmy do nich przyciągani dzięki cechom, które posiadają.
2. Równość pozycji społecznej. Przyjaciele na ogół są równi pod względem pozycji społecznej.
3. Pomoc. Wyniki licznych badań nad przyjaźnią dowodzą, że przyjaciele to ludzie, którzy pomagają sobie nawzajem (np. Argyle, Henderson, 1985; Korzon, 2007). Przyjaciele troszczą się o siebie nawzajem i dostarczają sobie pomocy, w szczególności doraźnej. Są osobami, którym można zaufać i liczyć na ich pomoc w przewycięzaniu problemów (Korzon, 2007).

4. Wspólna aktywność. Michael Argyle i Monika Henderson (1985, s. 84) zauważyli, że przyjaciele są nam potrzebni, aby wspólnie spędzać wolny czas, wychodzić z domu i bawić się. Wspólne spędzanie wolnego czasu z przyjaciółmi pozwala w większym stopniu cieszyć się daną aktywnością. Z przyjaciółmi możemy realizować te zainteresowania, które nie są podzielane przez męża, żonę czy innych członków rodziny.
5. Zwierzanie się i wsparcie emocjonalne. Przyjaciele przekazują sobie emocje podtrzymujące, uspokajające, będące przejawem troski i pozytywnego ustosunkowania. Zachowania wspierające sprzyjają stworzeniu poczucia przynależności, opieki i podwyższeniu samooceny. Odpowiednie zachowanie osoby wspierającej wyzwala także poczucie nadziei. Takie wsparcie upewnia nas, że jesteśmy lubiani i że komuś na nas zależy. Przyjaźnie są głównym źródłem wsparcia przede wszystkim dla osób, którym małżonkowie nie dają wystarczającego wsparcia oraz dla nastolatków i ludzi starszych (Argyle, Henderson, 1985). Każdy człowiek potrzebuje osoby, której będzie mógł powierzyć swoje tajemnice, jak również zwierzyć się z problemów występujących w pracy, szkole czy rodzinie (Korzon, 2007).

Jak podkreśla Mariola Szczepańska (2014, s. 232), „w przeciwieństwie do innych relacji w życiu człowieka przyjaźń nie wynika z więzi pokrewieństwa i nie podlega prawnym czy społecznym regulacjom”. Przyjaźnie charakteryzują się różną trwałością oraz poziomem intymności. Wśród dzieci zmieniają się dość szybko, natomiast te zawierane w okresie dorastania i wczesnej dorosłości okazują się najbardziej stabilne i najbliższe. Mary B. Harris (2000) zaobserwowała, iż przyjaźnie z rówieśnikami odgrywają niezwykle istotną i szczególną rolę w rozwoju dzieci – pomagają im przejść od dziecięcej zależności do niezależności typowej dla młodego

dorosłego człowieka. Przyjaźnie w zależności od etapu życia służą innym celom i przybierają różne formy. Dla dzieci w wieku przedszkolnym przyjaciele to przede wszystkim towarzysze zabaw. Dopiero w wieku mniej więcej ośmiu lat dzieci zaczynają postrzegać przyjaciół jako ludzi, na których można liczyć, którzy są mili i lojalni, wrażliwi na potrzeby innych oraz skłonni do współpracy (Pataki i in., 1994, za: Dwyer, 2005). Dla nastolatków istotny jest fakt, że przyjaciele rozumieją ich mocne i słabe strony i chcą dzielić się najskrytszymi uczuciami (Hartup, 1992, za: Dwyer, 2005). Przyjaźnie z osobami tej samej płci są najbardziej intensywne w okresie dojrzewania. W tym czasie ze względu na pogorszenie relacji adolescentów z dorosłymi przyjaźnie osiągają najwyższy poziom intensywności (Góźdz, Charzyńska, 2014). W miarę jak nastolatki dorastają i zakładają rodziny przyjaźnie stają się mniej ważne i nie są już tak bliskie. W okresie wczesnej starości przyjaźń znów zyskuje na wartości, gdyż to właśnie przyjaciele zapewniają sobie towarzystwo i bliskość. Również w tym okresie przyjaźń ma specjalne znaczenie dla kobiet, gdyż to one częściej niż mężczyźni zostają wdowami.

Relacje rodzinne

Dla większości ludzi relacje z członkami rodziny, w szczególności z rodzicami i dziećmi, są niezwykle ważną częścią otoczenia społecznego od momentu narodzin aż do śmierci. Pomimo że niektórzy krewni irytują nas, to jednak rodzina pełni bardzo istotną funkcję w naszym życiu – zapewnia nam wspólną tożsamość i jest dla nas ostoją (Dwyer, 2005).

Trudno jest wyobrazić sobie życie bez kontekstu rodzinnego. Jeśli nawet ktoś nie planuje zawarcia związku małżeńskiego czy posiadania dzieci, to i tak nosi w sobie „doświadczenie wielu interakcji” z rodziny pochodzenia. Nasze życie jest częścią szerszego kontekstu życia rodzinnego (Plopa, 2008a). Relacja między matką a ojcem stanowi pierwszy

i najważniejszy wzór relacji interpersonalnych. Zaś jakość związku między rodzicami wpisuje się w osobowość dzieci poprzez tworzenie względnie stałych schematów emocjonalnych i poznawczych. Relacje między rodzicami oraz postawy rodzicielskie determinują postawy wobec przyszłego, własnego małżeństwa (Kuncewicz, 2010; Steuden, 1999).

W porównaniu ze związkami przyjacielskimi więzy pokrewieństwa odznaczają się większą trwałością i mniejszą dobrowolnością. Krewni również różnią się pod względem sposobów spędzania wolnego czasu. Spotykają się najczęściej podczas posiłków lub wizyt, świąt, urodzin, wesel czy pogrzebów. Pokrewieństwo w przeciwieństwie do przyjaźni nie musi być podtrzymywane przez częste spotkania. Odczuwamy pewnego rodzaju zobowiązanie, aby utrzymywać kontakty z członkami najbliższej rodziny, w szczególności z rodzicami. Jednak podtrzymujemy te więzi także z powodu obopólnego zadowolenia – kontaktujemy się nie tylko dlatego, że musimy, ale również dlatego, że chcemy. Więzy pokrewieństwa są długotrwałe, lecz ich natura zmienia się wraz z czasem ich trwania. Rodzice opiekują się swoimi dziećmi, które następnie żyją poza domem rodzinnym i mogą potem wrócić, by zająć się rodzicami, kiedy oni będą potrzebować wsparcia i opieki (Argyle, 2002; Dwyer, 2005).

Relacje pomiędzy rodzeństwem są niejednokrotnie najbardziej trwałymi relacjami, jakie zawieramy w naszym życiu. Bliska i życzliwa więź z bratem czy siostrą to jedna z najcenniejszych rzeczy, jakich możemy w życiu doświadczyć (Wałęcka-Matyja, 2018). Wyjątkowość relacji pomiędzy rodzeństwem spowodowana jest wielością wspólnych doświadczeń. Pomimo że intensywność kontaktów może być różna, to większość ludzi deklaruje poczucie bliskości ze swoim rodzeństwem. Wszystkie relacje łączące rodzeństwo dostarczają ciepła i wsparcia emocjonalnego, choć może w nich występować rywalizacja i zazdrość (Argyle, 2002; Bank, 1992, za: Dwyer, 2005). Kobiety charakteryzują się wyższą aktywnością w podtrzymywaniu relacji – co

można zaobserwować między siostrami oraz między matkami i córkami. Również więź między siostrami uważana jest za najbardziej trwałą i silną (Argyle, 2002). W przypadku krewnych pochodzących z dalszej rodziny, wysoką zażyłością cechują się relacje babć i dziadków z wnuczętami. Zarówno dziadkowie, jak i babcie nie muszą odpowiadać za utrzymywanie dyscypliny i dzięki temu ich relacja z wnuczętami może być bardzo bliska. Natomiast dla wnucząt dziadek i babcia to osoby, do których można się zwrócić o pomoc, szczególnie w przypadku konfliktów czy nieporozumień z rodzicami (Dwyer, 2005).

Pierwszą i najbardziej podstawową relacją w życiu każdego człowieka jest relacja pomiędzy rodzicami i dziećmi. Jest również relacją, która ma największy wpływ na nasze późniejsze związki. Relacje między rodzicami i dzieckiem oraz między samymi rodzicami pozostają również pod wpływem innych relacji w rodzinie. Mogą być one źródłem wsparcia zarówno dla rodziców, jak i dziecka. Związek pomiędzy rodzicem i dzieckiem zakłada się w momencie narodzin dziecka i trwa zazwyczaj do chwili śmierci rodzica. Przez kilka pierwszych lat życia dzieci są całkowicie uzależnione od rodziców pod względem opieki, ochrony i pożywienia. W miarę dorastania dzieci stają się coraz bardziej niezależne, a w okresie „buntu młodzieńczego” oddalają się od rodziców lub zrywają z nimi więź. Następnie ich wzajemne relacje znów stają się bliskie, choć już bardziej równe, natomiast w okresie starości rodziców to oni stają się zależni od swoich dzieci (Argyle, 2002; Iniewicz, 2008).

Podstawową aktywnością rodziców i dzieci jest ich karmienie, nadzorowanie zabaw, rozmawianie (we wczesnych latach życia dziecka dość prymitywne, służące nauczaniu mowy), okazywanie miłości i czułości oraz cieszenie się z przebywania w swoim towarzystwie. Między rodzicami a dziećmi rozwija się silna więź. Jej siła jest spowodowana faktem, że rodzice i dzieci posiadają 50 procent wspólnych genów. Przywiązanie jest fundamentalną częścią

bliskich relacji. Oznacza to, że dla związanych ze sobą ludzi przyszłość jest ich wspólnym dobrem i chcą pozostać w tej relacji nawet w czasach kryzysu lub konfliktu (Corey, Schneider-Corey, 2014). Przywiązanie zależy również od charakteru relacji matka – dziecko i jest najsilniejsze, gdy matka karmi dziecko, bawi się z nim, przytula, uśmiecha się i utrzymuje kontakt wzrokowy (Argyle, 2002; Dwyer, 2005). (Więcej informacji na temat teorii przywiązania Czytelnik odnajdzie w podrozdziale 2).

Miłość i związki romantyczne

Jak podkreślają Marianne Corey i Gerald Schneider-Corey (2014), miłość oznacza, że znamy osobę, którą kochamy; że troszczymy się o jej dobro; że mamy szacunek dla jej godności; że czujemy się odpowiedzialni za osobę, którą kochamy; miłość oznacza również rozwój dla nas, jak i dla osoby, którą kochamy; miłość oznacza uwolnienie od lęku o przyszłość naszej miłosnej relacji; miłość oznacza również przywiązanie i zaufanie do osoby, którą kochamy; miłość toleruje niedoskonałości, wywala, dąży do rozprzestrzeniania się, miłość oznacza, że chcę osoby, którą kocham i że się z nią identyfikuję. Występowanie wszystkich wyżej wymienionych cech autorzy opisują jako miłość autentyczną.

Najwcześniejsze etapy związku miłosnego mają znamienne i wyjątkowe aspekty poznawcze, behawioralne i emocjonalne. Kiedy się zakochujemy, obiekt naszej namiętności całkowicie zaprzęta nam umysł, przeżywamy intensywne uczucia pozytywne (zachwyt, tkliwość, pożądanie, radość) lub negatywne (ból, niepokój, zazdrość, tęsknota) połączone z motywacją do maksymalnego połączenia się z kochaną osobą. Jeżeli wszystko toczy się zgodnie z naszymi oczekiwaniami i pragnieniami, czujemy się szczęśliwi, natomiast gdy nasza miłość pozostaje nieodwzajemniona, przeżywamy głęboki smutek i pograżamy się w rozpacz. W początkowych etapach związku

partnerzy, których uczucia są wzajemne, chcą spędzać ze sobą każdą chwilę i często zajęci sobą nie mają już czasu dla nikogo innego (Dwyer, 2005; Wojciszke, 2004). Miłość rodzi się gwałtownie, a potem powoli gaśnie. Jest to wielkie pożądanie tej drugiej osoby, troska o nią oraz wysoki poziom intymności i uzewnętrzniania siebie (Argyle, 2002).

Wybór partnera to ważny proces również z perspektywy biologicznej. Biologicznym fundamentem miłości jest przyciągnięcie i utrzymanie partnera, posiadanie z nim dzieci. Dla kobiety istotne jest również znalezienie partnera, który będzie dbał o nią i potomstwo (Aronson i in., 2006; Buss, 2003; Clark, Reis, 1988, za: Argyle, 2002).

Trójskładnikowa koncepcja miłości

Robert Sternberg (1986, 1987, 1988) opracował trójskładnikową teorię miłości, definiując zjawisko miłości za pomocą następujących składników: intymności (*intimacy*), namiętności (*passion*) i zaangażowania (*commitment*).

Intymność rozumiana jest jako łagodne, pozytywne uczucia i towarzyszące im działania, które wyrażają przywiązanie, bliskość, ciepło i wzajemną zależność partnerów od siebie. Podstawą dla tych uczuć jest umiejętność komunikowania się, wzajemnego zrozumienia i wspierania. Rodzą się one w trakcie wzajemnego poznawania się partnerów, dlatego też intymność powoli rośnie w miarę trwania związku. Robert Sternberg (1986, s. 119) określa intymność jako składnik „spajający i odpowiedzialny za tworzenie emocjonalnej więzi między partnerami bliskiego związku”.

Namiętność jest konfiguracją silnych emocji o zabarwieniu zarówno pozytywnym (zachwyty, tkliwość, pożądanie, radość), jak i negatywnym (ból, niepokój, zazdrość, tęsknota). Opiera się na pociągu seksualnym, pożądaniu seksualnym oraz stanie zakochania. Emocjom tym towarzyszy silna motywacja do maksymalnego połączenia się

z partnerem i seksualnego spełnienia (Sternberg, 1986, s. 119). Główne przejawy namiętności, takie jak: pragnienie i poszukiwanie fizycznej bliskości, poczucie rozpięrającej energii, uczucie podniecenia, przyspieszony oddech i bicie serca, dotykanie, pieszczenie, całowanie, kontakty seksualne, obsesja na punkcie partnera, marzenia na jawie (Hazan, Shaver, 1987) wymieniane są zwykle przez ludzi jako przejawy miłości. Dominującym elementem namiętności osób dorosłych są zwykle pragnienia erotyczne. W przeciwieństwie do intymności dynamika namiętności jest dramatyczna. Namiętność bardzo intensywnie rośnie, szybko osiągając swoje szczytowe natężenie i niemal równie szybko spada (mniej więcej w okresie od czterech do dziesięciu lat) (Wojciszke, 2009, 2011).

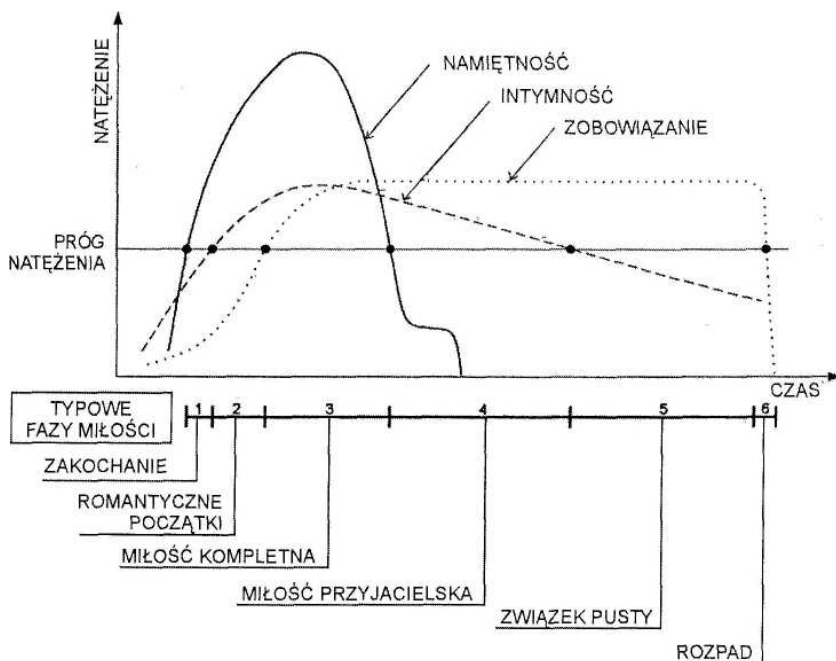
Zaangażowanie (zobowiązanie) jest wyrazem decyzji i działań ukierunkowanych na przekształcenie relacji miłosnej w stabilny związek oraz na jego utrzymanie pomimo pojawiających się przeszkód. „Podczas gdy namiętność pozostaje niemal całkowicie poza wolicjonalną kontrolą, a intymność poddaje się jej tylko do pewnego stopnia, zobowiązanie jest wysoce podatne na kontrolę ze strony kochających się ludzi. Stanowi to zarówno o sile, jak i o słabości tego składnika miłości” (Wojciszke, 2004, s. 299). W niektórych relacjach to właśnie zaangażowanie może być skutecznym i jedynym czynnikiem podtrzymującym związek. Należy jednak pamiętać, że zobowiązanie jest na ogół wynikiem świadomej decyzji, a ta może zostać zmieniona czy odwołana, w związku z czym cały ten składnik miłości może przestać istnieć niemalże z dnia na dzień. W sytuacji gdy zobowiązanie jest już jedynym czynnikiem podtrzymującym trwanie związku, jego zanik prowadzi do rozpadu związku. Natomiast we właściwym związku, w którym jest również intymność i namiętność, to zobowiązanie jest najbardziej trwałym składnikiem miłości. Po początkowym wzroście krzywa zobowiązania osiąga maksymalny poziom, nieulegający już większym zmianom do końca trwania danego

związku (por. rys. 1). Sześciofazowa koncepcja dynamiki całego bliskiego związku powstała na podstawie zróżnicowania przemian intymności, namiętności i zobowiązania oraz założenia, iż wszystkie elementy miłości zaczynają się w tym samym momencie.

Dynamika bliskiego związku

Koncepcja ta przyjmuje istnienie pewnego progowego, krytycznego natężenia każdego ze składników miłości, który decyduje o tym, w jaką fazę miłości wchodzi dany związek. Bogdan Wojciszke (2002) wyróżnił następujące fazy miłości:

- **faza zakochania** – pierwszym pojawiającym się składnikiem miłości jest namiętność. Oznacza ona pragnienie możliwie najczęstszych i najbliższych kontaktów z ukochaną osobą. Jeśli więc zakochanie jest odwzajemniane, a przynajmniej nie zostaje odrzucone przez partnera, naturalną konsekwencją coraz częstszych kontaktów jest rozwój intymności (której natężenie wykracza ponad kreskę, por. rys. 1) – w takim przypadku związek wchodzi w kolejną fazę;
- **faza romantycznych początków** – fundamentem rozwoju intymności w tej fazie jest budowa zaufania – jest to uogólnione oczekiwanie, że partner będzie się starał troszczyć o nasze dobro i zaspokajać nasze potrzeby teraz i w przyszłości. Nieodzownym warunkiem zaufania jest przekonanie o przewidywalności zachowań partnera, a następnie ustalenie pewnych cech partnera, które czynią go godnym zaufania. Proces budowy zaufania wieńczy pojawienie się wiary w przywiązanie partnera. Jeśli ufamy partnerowi, stosujemy zasadę domniemania dobrych intencji w stosunku do tego, co on mówi i robi – jest to interpretowanie zachowań partnera (wieloznacznych, które nie są ani wyraźnie dobre, ani wyraźnie złe) w sposób niepodważający podstawowego założenia, że mu na nas zależy;



Rysunek 1. Zróżnicowanie dynamiki trzech podstawowych składników miłości i wynikające z niego typowe następstwo faz związku miłosnego rozpoczynającego się miłością od pierwszego wejrzenia

Źródło: Wojciszke 2004, s. 303.

- faza związku kompletnego** – aby zaistniała, konieczna jest decyzja partnerów o zaangażowaniu w utrwalenie związku. Kluczową cechą związku kompletnego jest współzależność partnerów, która oznacza, że to, co czuje, myśli, robi i uzyskuje w wyniku swoich działań jedno z partnerów, zależy od tego, co czuje, myśli i robi drugi. O istocie współzależności przemawia fakt, iż w trakcie długotrwałego pożycia twarze małżonków upodabniają się do siebie (Zajonc i in., 1987). Związek kompletny nie jest trwałą fazą bliskiego związku, gdyż kończy się wraz z zanikaniem namiętności;

- **faza miłości przyjacielskiej** – pojawia się, gdy pozostają już tylko intymność i zobowiązanie. Faza ta jest najdłuższa spośród zadowolających etapów udanego związku. Długość jej trwania zależy od chęci i umiejętności obojga partnerów. Caryl Rusbult i in. (1982, za: Wojciszke, 2002; Dwyer, 2005) wyróżniła cztery strategie reagowania na niezadowolenie, od których zależy, czy dany związek ulegnie rozpadowi:
 - 1) **wyjście ze związku** (reakcja aktywna i destruktywna) – polega na aktywnym niszczeniu związku poprzez wycofanie się z kontaktów, izolowanie się lub atakowanie partnera, jak również rozwód;
 - 2) **dialog** (reakcja aktywna i konstruktywna) – polega na podejmowaniu prób usunięcia problemu i utrzymania związku w dobrym stanie poprzez dyskusje nad problemem, proponowanie jego rozwiązań, poszukiwanie kompromisu oraz pomocy na zewnątrz (np. podejmowanie terapii);
 - 3) **lojalność** (reakcja bierna i konstruktywna) – łączy się z cierpliwym przeczekaniem problemu, trwaniem przy partnerze i ignorowaniem jego wad;
 - 4) **zaniedbanie** (reakcja bierna i destruktywna) – znamionuje ignorowanie partnera, ograniczanie czasu z nim spędzanego, odmowa dyskusji oraz chłodne lub nawet nieprzyjemne traktowanie.

Wyniki badań Caryl Rusbult podkreślają, iż rodzaj reakcji na niezadowolenie zależy przede wszystkim od stanu związku łączącego partnerów. Wysoka satysfakcja ze związku i silne zaangażowanie prowadzi do reagowania strategiami konstruktywnymi (Dialogiem i Lojalnością), natomiast osłabia strategie destruktywne (Zaniedbanie i Wyjście). Dorota Kuncewicz (2010) przeprowadziła badania dotyczące związku między strategiami rozwiązywania konfliktów przez pary narzeczeńskie a wzorami relacyjnymi w rodzinie pochodzenia. Wyniki badań wykazały, że dla konstruktywności strategii rozwiązywania

konfliktów największe znaczenie mają następujące wzory relacyjne: silniejsza intergeneracyjna i partnerska bliskość, niższy poziom triangulacji intergeneracyjnej, wyższy poziom autorytetu osobistego w systemie rodzinnym kobiet, większa osobista odpowiedzialność u członków rodzin pochodzenia partnerów, akceptacja separacji i straty, szersza gama uczuć, którą członkowie rodziny mogą wyrażać, oraz przyjazna atmosfera w rodzinie pochodzenia kobiet.

- **faza związku pustego** – pojawia się w momencie zaniku intymności. Poziom satysfakcji w tej fazie jest znikomy. Jednakże wiele związków znajdujących się w tym etapie potrafi przetrwać wiele lat, najczęściej ze względu na wyznawane normy, wiarę, poczucie odpowiedzialności za dzieci czy bariery prawne. Jedynym znaczącym składnikiem takiego związku jest zobowiązanie;
- **faza rozpadu** – związek wchodzi w tę fazę, gdy wygasa zobowiązanie.

Opisane etapy związku stanowią jedynie pewien teoretyczny model dynamiki bliskiego związku. Koncepcja ta ukazuje, że przemiany miłości są wpisane w jej istotę. Miłość zmienia się ze względu na zróżnicowanie jej składników (Wojciszke, 2002, 2009, 2011).

Relacje małżeńskie

Małżeństwo jest „świętym misterium, w trakcie którego mężczyzna i kobieta stają się jednym ciałem. Mąż i żona mogą podnosić się na duchu i pomagać sobie, mogą mieć dzieci i rozpoczynać nowe życie w tej społeczności” (Alternative Service Book, 1980, za: Argyle, 2002, s. 165). Wiele badań dowodzi, że ludzie pozostający w związku małżeńskim cieszą się lepszym zdrowiem od osób rozwiedzionych. W rodzinie to małżeństwo jest relacją najważniejszą i wymagającą największej troski, również z uwagi na dzieci, dla których wzajemna i wierna miłość rodziców stwarza najkorzystniejszą sytuację do prawidłowego

rozwoju i funkcjonowania (Praszkier, 1992). Jest również relacją, dzięki której zaspokajane są podstawowe potrzeby psychofizyczne i społeczne człowieka. Poczucie bezpieczeństwa, przynależności i bezwarunkowej miłości są niezbędne dla każdego człowieka, niezależnie od wieku. „Dorosły człowiek opuszczając rodzinę podstawową poszukuje kontynuacji zaspokajania potrzeb w nowych, dojrzałych relacjach interpersonalnych. Poszukuje drugiej osoby, która będzie go kochała, rozumiała, akceptowała, przy której będzie się czuł potrzebny i bezpieczny” (Janicka, 2003, s. 68). Jedną z głównych cech małżeństwa jest jego trwałość i fakt, że zawierane jest raz na całe życie. Jakość relacji między mężem i żoną ma znaczenie dla całej rodziny. „Od tego czy ich miłość rozwija się, przeobraża i rośnie, czy też zamiera, zależy nie tylko los małżeństwa, lecz także całej rodziny. Wiąż między małżonkami jest solą «ziemi» leżącą u podstaw rodziny i determinującą jej losy. Od niej zależy, czy rodzina będzie dobrze wypełniać swoje zadania” (Braun-Gałkowska, 2008, s. 21).

Relację małżeńską cechuje współzależność, ponieważ przez długi czas wsparcie otrzymywane ze strony jednej osoby ma duży wpływ na działania drugiej osoby w wielu dziedzinach ich wspólnego życia. Myśli, uczucia i zachowania partnerów silnie oddziałują na siebie nawzajem, jednocześnie przyczyniając się do tworzenia wspólnoty małżeńskiej, która wyraża się przede wszystkim w trosce, czułości i wzajemnym otaczaniu się opieką (Rostowska, 2008).

Na przestrzeni ostatnich lat relacje małżeńskie uległy przeobrażeniu. W tradycyjnej rodzinie istniał określony podział ról: głównym zadaniem męża było zapewnienie bytu, zaś rola żony ograniczała się do opieki nad domem i dziećmi. Mężczyzna był zorientowany zadaniowo, kobieta natomiast emocjonalnie. Obecnie w niektórych małżeństwach to żony pracują, a mężczyźni zostają z dziećmi w domu. Niejednokrotnie nawet, gdy oboje partnerzy pracują, to kobieta zarabia więcej. Kobiety dążą do tego, aby

mieć jednakowy z mężami wpływ na podejmowanie decyzji, możliwość zrobienia kariery zawodowej i aby mężczyźni przejmowali obowiązki domowe. Istotny wpływ na jakość, trwałość i zadowolenie w relacji małżeńskiej mają: częste wspólne spędzanie wolnego czasu, kierowanie się świadomymi wyborami, wysoki stopień empatii, elastyczność myślenia, inteligencja emocjonalna i społeczna, częste współżycie seksualne, pozytywne, werbalne i niewerbalne zachowania partnera takie jak komplementy i pocałunki (Argyle, 2002; Braun-Gałkowska, 1992; Juul, Jensen, 2018; Rostowska, 2008).

Warto zwrócić uwagę na kolejną zmianę. Obecnie coraz częściej możemy spotkać się z kohabitacją. Jednak to małżeństwo, w odróżnieniu od kohabitacji, jest relacją prezentującą konstruktywną komunikację, wyższy poziom intymności, w której występuje mniej konfliktów i kłótni (Janicka, 2008). Badania prowadzone przez Katedrę Psychologii Wychowawczej KUL wykazały, że pary małżeńskie i kohabitujące różni również poziom religijności, który jest niższy u osób kohabitujących, zatem mniejsza jest mobilizacja do trwałości związku i poczucia odpowiedzialności za partnera (Braun-Gałkowska, 2008, s. 96). Przysięga małżeńska złożona w kościele czy akt małżeński podpisany w urzędzie podkreśla wagę podjętej decyzji. Umożliwia długoterminowe planowanie przyszłości, ojcostwa i macierzyństwa. Małżonkowie zakładają, że bez względu na problemy czy trudności będą ze sobą. Natomiast partnerzy w związkach nieformalnych zakładają, że będą ze sobą tak długo, jak długo będą się kochali, lub jak długo będzie im ze sobą dobrze (Janicka, 2003).

Relacje w pracy

Większość osób dorosłych pomiędzy dwudziestym a sześćdziesiątym piątym rokiem życia osiem godzin dziennie spędza w pracy. Zawierają oni określone relacje

z przełożonymi, podwładnymi, innymi współpracownikami oraz z klientami czy interesantami. Relacje w pracy są wynikiem tego, że ludzie gromadzeni są wspólnie przez pracę, na przykład we wspólnych biurach, jako członkowie zespołów lub jako współpracownicy przy linii produkcyjnej.

Praca jest ważnym elementem kształtowania się więzi społecznych (Jakimiuk, 2016). Więzi w pracy charakteryzują się najmniejszą trwałością w porównaniu do opisanych w poprzednich akapitach. Absorbują jednak wiele godzin każdego dnia, są ważnym źródłem satysfakcji z pracy i pomagają radzić sobie ze stresem w pracy (Argyle, 2002; Cieślak, Klonowicz, 2004). Można wyróżnić wiele rodzajów stosunków pracowniczych: są osoby, które są naszymi przyjaciółmi; osoby, które spotykamy na przerwie śniadaniowej lub kawowej w pracy, ale nigdy poza nią; osoby, które dość lubimy, lecz nie spotykamy się z nimi w ten sposób; oraz osoby, których nie lubimy, jednak ze względu na współpracę musimy istnieć w relacji z nimi. Relacje w pracy służą realizacji pewnych celów. Wszyscy uczestnicy relacji oddziałują wzajemnie na siebie, realizując własne, indywidualne wartości oraz wspólne wartości (Jakimiuk, 2016, s. 47).

4. CZYNNIKI DECYDUJĄCE O WYBORZE PARTNERÓW RELACJI INTERPERSONALNYCH

Jak podkreślają Ronald B. Adler, Lawrence B. Rosenfeld i Russel F. Proctor II (2014) fakt bycia w relacji z inną osobą nie za każdym razem jest kwestią naszego wyboru. Dzieci nie mogą sobie wybrać rodziców, pracownicy przełożonych czy nawet innych współpracowników. W innych sytuacjach, dotyczących miłości czy przyjaźni, poszukujemy konkretnych osób, nie pozwalając równocześnie na zacieśnianie kontaktu z innymi. Istnieje szereg czynników, które mają wpływ na wybór partnerów relacji:

Afiliacja jako podstawowa potrzeba obecności innych ludzi

Afiliacja jest jedną z podstawowych potrzeb psychicznych człowieka, oznaczającą dążenie do bycia razem z innymi ludźmi i poszukiwania ich akceptacji. Już w czasach starożytnych większość uczonych uważało samotne życie za największą karę (Korzon, 2007). Potrzeba przebywania z innymi ludźmi jest instynktowna, gdyż członkowie większości społeczeństw poszukują towarzystwa. Motywacja do przebywania z innymi wyraża się w fakcie, że zarówno w pracy, jak i w domu wolimy przebywać w towarzystwie niż samotnie. Kontaktujemy się z innymi ludźmi po to, żeby spędzić miło czas, bawić się czy zyskać akceptację. Afiliacja jest szczególnie silna w przypadku zagrożenia oraz w przyjemnych okolicznościach. Czynnikiem istotnie zwiększającym potrzebę afilacji jest lęk, zaś jego redukcja jest głównym motywem afilacji (Dwyer, 2005). Ponadto potrzeba afilacji stanowi istotny mechanizm motywujący, skłaniający ludzi do nawiązywania i podtrzymywania relacji (Kornaszewska-Polak, 2014).

Wygląd i atrakcyjność fizyczna

Większość ludzi twierdzi, że nie należy oceniać innych przez pryzmat ich wyglądu czy zachowania. W rzeczywistości jest inaczej, ponieważ to wygląd jest najważniejszy, szczególnie w pierwszej fazie tworzenia się związku. Nawet małe dzieci preferują wizerunki atrakcyjnych twarzy (Rubenstein i in., 1999, za: Adler i in., 2014) oraz wolą atrakcyjnych fizycznie rówieśników, przypisując nieładnym dzieciom nieprzyjemność i agresywność w zachowaniu (Dion, Berscheid, 1974, za: Dwyer, 2005). Nawet nauczyciele wyżej oceniają inteligencję ładnych dzieci niż ich mniej urodziwych kolegów. Pomimo iż atrakcyjni ludzie zazwyczaj cieszą się większą popularnością, to uroda może mieć też pewne ujemne strony. Zazwyczaj osoby wyjątkowo piękne uważane są za próżne,

skoncentrowane na sobie, przewrażliwione na punkcie swojej atrakcyjności, niewierne w stosunku do swoich partnerów i nierozumiejące innych (Dwyer, 2005; Dermer, Thiel, 1975, za: Wojciszke, 2002). Z drugiej strony badacze (m.in. Dion i in., 1972, za: Adler i in., 2014) dowodzą, że urodziwi ludzie są bardziej pewni siebie, wrażliwi, interesujący, towarzyscy, otwarci, opanowani i pociągający niż osoby oceniane jako mniej atrakcyjne. Wpływ samego wyglądu maleje wraz ze wzrostem innych, dodatkowych informacji o danej osobie, szczególnie w przypadku gdy dana relacja została już nawiązana, to dla jej podtrzymania większe znaczenie ma inteligencja i trafność spostrzegania (Adler i in., 2014; Wojciszke, 2002).

Podobieństwo

Podobieństwo innych osób do nas samych jest jednym z najważniejszych powodów, dla których ich lubimy. Podobieństwo ułatwia współpracę, podczas gdy różnice interesów, wartości i charakterów prowadzić mogą do napięć i konfliktów. Podobieństwo poglądów, postaw, oczekiwań, wyznawanych wartości, poziomu inteligencji oraz przynależność do tych samych grup społecznych (rasowych, etnicznych, religijnych) najbardziej sprzyja sympatii (Argyle, 2002; Buss, 2003). Spowodowane jest to trzema wyznacznikami. Po pierwsze, zazwyczaj lubimy własne cechy i cenimy własne poglądy, zatem gdy odkryjemy je u innego człowieka, to większość jego poglądów będziemy uważać za rozsądne i słuszne (Wojciszke, 2002). Natomiast, jak podkreślają Ronald B. Adler i in. (2014, s. 259), „z całą pewnością nie polubimy tych, którzy w opinii innych są «zupełnie tacy sami jak my», ale mają odpychające cechy: zbyt wiele mówią, stale narzekają lub jeszcze inne”. Istnieje tendencja do silniejszego braku sympatii wobec osób odpychających, ale podobnych do nas, niż osób odpychających, ale niepodobnych do nas.

Po drugie, podobieństwo samo w sobie jest nagradzające, ponieważ jest potwierdzeniem naszych własnych racji. Z reguły lubimy mieć rację w wielu kwestiach, zatem lubimy podobnych do nas ludzi, którzy nam tej przyjemności dostarczają przez potwierdzanie naszych poglądów. Stąd też podobieństwo w sferze wartości i/lub upodobań budzi większą sympatię do partnera niż podobieństwo jego poglądów dotyczących sprawdzalnych faktów (Byrne, Nelson, Reeves, 1966, za: Wojciszke, 2002).

Po trzecie, podobieństwo budzi sympatię, ponieważ wiąże się z naszym oczekiwaniem, że ludzie podobni do nas będą nas lubili. Z uwagi na fakt, że sympatie i antypatie w dużym stopniu rządzą się regułą wzajemności, oczekiwanie, że ktoś (podobny) będzie nas lubić samo w sobie skutkuje sympatią do niego (Wojciszke, 2002).

Natomiast Russell L. Leonard (1975, za: Dwyer, 2005) zauważył, że osoby charakteryzujące się niską samoocena, które nie lubią samych siebie, nie będą również lubiły osób, które uważają za podobne do siebie. W sytuacjach, w których nie czujemy się pewnie i kompetentnie, wolimy szukać ludzi różnych od nas w nadziei, że dostarczą nam nowych informacji i skutecznie rozwiążą dany problem.

Komplementarność

Różnice pogłębiają daną relację, jeśli są komplementarne, co oznacza, że partnerzy mają przeciwne potrzeby, lecz dopasowane w taki sposób, że realizacja potrzeb jednego partnera prowadzi do zaspokojenia potrzeb drugiego. Wzajemne uzupełnianie się cech partnerów jest jednym z czynników warunkujących ich dopasowanie w związku (Buss, 2003). Na przykład, para będzie atrakcyjna dla siebie nawzajem, gdy jeden z partnerów będzie dominujący, a drugi podporządkowujący się. Jednak nawiązując do badań Edwarda Nęcki (1975), układ dominacja-uległość, gdzie kobieta jest stroną dominującą, jest mało satysfakcjonujący, gdyż towarzyszy temu agre-

sywność, impulsywność i tolerancja. Dobrym rozwiązaniem jest ustalenie, kto i w jakim obszarze będzie sprawował kontrolę w związku. Konflikty powstają zazwyczaj w sytuacji, gdy nie ma porozumienia co do tej kwestii (Adler i in., 2014).

Korzyści

Podłożem części relacji, które zawieramy, jest teoria wymiany (Homans, 1961; Thibaut i Kelley, 1959, za: Adler i in., 2014). Koncepcja ta zakłada, że często nawiązujemy kontakt z osobami, które mogą nam dostarczyć korzyści przynajmniej równych kosztom, jakie ponosimy w relacji z nimi. Korzyści te określane są mianem pożądaných skutków. Mogą one być materialne, np. wysoka pensja, lub niematerialne, np. wsparcie emocjonalne, prestiż. Koszty to wszelkie efekty niepożądane, np. nieprzyjemna praca. Aby opisać wymianę społeczną, wystarczy od korzyści odjąć koszty i otrzymujemy wtedy wynik. Nierzadko korzystamy z tego równania, aby ocenić, czy nasza relacja „kalkuluje nam się”, czy nie.

Podejście to wydaje się dość wyrafinowane, aczkolwiek jest stosowane do różnego rodzaju relacji. Najpopularniejszą są relacje zawodowe, również niektóre przyjaźnie i bliskie związki. Przyjaciele są tolerancyjni wobec swoich dziwactw, ponieważ pomoc, którą sobie nawzajem niosą, sprawia, że są w stanie zaakceptować te „gorsze” momenty (Adler i in., 2014).

Bliskość (częstość kontaktów)

Bliskość, jaką dzielimy z inną osobą i jaką odczuwamy w stosunku do niej, może mieć wymiar emocjonalny, intelektualny, fizyczny, duchowy bądź też stanowić połączenie tych elementów (Corey, Schneider-Corey, 2014).

Bliskość odgrywa największą rolę przy zawiązywaniu się nowych przyjaźni. Najbardziej bliskie relacje nawiązujemy z tymi osobami, z którymi często wchodzimy w interakcje.

Najczęściej są to koledzy ze szkolnej ławki czy wspólnego pokoju w pracy, czy akademiku oraz sąsiedzi z tego samego piętra w bloku. Istnieje również duże prawdopodobieństwo, że na współmałżonka wybierzemy sobie osobę, z którą często się spotykamy (Argyle, 2002). Duża częstość kontaktów budzi sympatię, zgodnie z efektem czystej ekspozycji, opisanym przez Roberta Zajonca w 1968 r., polegającym na tym, że im częściej eksponowany jest nam jakiś obiekt czy bodziec, tym bardziej go lubimy.

Warto zaznaczyć, iż nie sama fizyczna odległość jest decydującym czynnikiem przy zawieraniu znajomości. Istotna jest odległość funkcjonalna, czyli prawdopodobieństwo, że dani ludzie skontaktują się ze sobą. Leon Festinger i in. (1950, za: Dwyer 2005) przeprowadzili eksperyment, w którym obserwowali małżeństwa studenckie zamieszkujące na wspólnym osiedlu w siedemnastu różnych blokach. Wśród osób mieszkających w tym samym bloku nawiązało się aż dziesięć razy więcej przyjaźni niż wśród studentów z różnych bloków. Faktem potwierdzającym istnienie odległości funkcjonalnej była największa popularność osób mieszkających przy schodach i skrzyżkach na listy.

Bliskość nie zawsze jest gwarantem nawiązania pozytywnych relacji. Zdarza się, że sprzeczki i awantury nawet ze skutkiem śmiertelnym mają miejsce w rodzinach i wśród najbliższych sąsiadów. Tłumaczone jest to faktem, że wobec osób często spotykanych żywimy uczucia o zarówno pozytywnym, jak i negatywnym zabarwieniu (Adler i in., 2014).

Ujawnianie siebie

Łatwiej jest wzbudzić sympatię innych osób, jeśli przekazujemy im ważne informacje o nas samych (Derlega i in., 1993; Dindia, 2002, za: Adler i in., 2014). Fakt przeżycia podobnych doświadczeń (np. „Ja też kiedyś uczyłem się hiszpańskiego”) lub prezentowania podobnych postaw (np. „Ja też odczuwam

radość, gdy uda mi się komuś pomóc”) jest istotą wzajemnej atrakcyjności. Dzielenie się osobistymi doświadczeniami i informacjami intymnymi jest formą okazania zaufania drugiej osobie, które przyczynia się do wzrostu atrakcyjności. Zaufanie jest kluczowym budulcem bliskich relacji. Kiedy mamy zaufanie do drugiej osoby, mamy również pewność, że informacje, które jej powierzamy nie zostaną przekazane osobom trzecim i nie zostaną wykorzystane przeciwko nam (Adler i in., 2014; Argyle, 2002).

Istotnym elementem ujawniania siebie jest wzajemność, dlatego też powinniśmy udzielać tej samej ilości i jakości informacji, jakie uzyskaliśmy. Jeśli proporcja ta zostanie zachwiana, ujawnianie siebie nie wzbudza sympatii. Kolejnym istotnym komponentem ujawniania siebie jest stosowny czas. Nie powinniśmy nowo poznanych osób pytać o ich wyznanie czy opowiadać im o swoich problemach małżeńskich. Najważniejsze to, aby pamiętać, że informacje, które ujawniamy, powinny być dostosowane do okoliczności i stopnia zażyłości danej relacji (Adler i in., 2014).

5. WYBRANE UWARUNKOWANIA FUNKCJONOWANIA W RELACJACH INTERPERSONALNYCH

5.1. Cechy osobowości

Cechy osobowości partnerów relacji mają znaczący wpływ na trwałość i jakość związku między nimi. Maria Braun-Gałkowska (1976, s. 235) jako główne uwarunkowanie powodzenia małżeństwa wskazała typ osobowości. Z kolei Mieczysław Płopa (2008a, s. 183–184) zwrócił uwagę na liczne cechy mające wpływ na funkcjonowanie w relacjach małżeńskich. Wśród najważniejszych cech u żon wskazał: podwyższony poziom optymizmu życiowego, tendencję do prezentowania

pogodnego nastroju, towarzyskość, otwartość na oczekiwania innych, skłonność do udzielania pomocy i jednocześnie emocjonalną stabilność oraz zadaniowe nastawienie w sytuacjach stresowych. Nieco odmienny układ cech występuje u mężczyzn. Największe znaczenie ma sumienność, co oznacza, że mężczyźni obowiązkowi, skrupulatni i rzetelni mają większe szanse na odczuwanie satysfakcji w relacji małżeńskiej. Istotne są również takie cechy osobowości, jak: ugodowość w relacjach społecznych, pogodny nastrój, stabilność emocjonalna, życiowy optymizm, ekstrawertywne nastawienie do otoczenia oraz zadaniowe nastawienie do problemów życiowych. Opisane wyżej cechy osobowości mierzone były kwestionariuszem NEO-FFI autorstwa Paula Costy i Roberta McCrae.

Cechy osobowości, zdaniem Paula Costy i Roberta McCrae (2005), opisują style emocjonalne, interpersonalne, motywacyjne, doświadczeniowe i postawy. Struktura osobowości składa się z pięciu głównych wymiarów, tj. neurotyczności, ekstrawersji, otwartości na doświadczenie, ugodowości i sumienności. Koncepcja ta została nazwana Pięciodzynnikiem Modelem Osobowości – Wielką Piątką. Philip Shaver i Kelly Brennan (1995) zauważyli, że u ludzi dorosłych istnieje związek pomiędzy wynikami w zakresie pięciu czynników a rodzajem więzi miłosnej. Ludzie nawiązujący trwałe, bezpieczne więzi charakteryzują się niskim nasileniem neurotyzmu i wysokim nasileniem ekstrawersji.

Neurotyczność oznacza podatność na doświadczanie negatywnych emocji (strachu, gniewu, poczucia winy) oraz podatność na stres psychologiczny. Osoby neurotyczne charakteryzuje wysoki poziom lęku, agresywna wrogość, depresyjność, impulsywność, nadwrażliwość, nadmierny samokrytycyzm oraz brak poczucia bezpieczeństwa (Pervin, John, 2002). Osoby o wysokim poziomie lęku są bardzo nerwowe i spięte, zwłaszcza w kontaktach z innymi ludźmi (McCrae, Costa, 2005). Z kolei Marta Makara-Studzińska

(1999, s. 240) zauważyła, że neurotyczne cechy osobowości wnoszą do relacji między małżonkami sztywność strategii, deformację obrazu partnera oraz brak zdolności tworzenia więzi opartych na akceptacji swojego prawdziwego ja, i przyczyniają się do powstawania inter- i intrapersonalnych konfliktów. Natomiast osoby cechujące się niskim nasileniem neurotyczności określane są jako stabilne emocjonalnie, zrelaksowane, spokojne i zdolne do zmagania się ze stresem (Zawadzki i in., 1995; Oleś, 2003).

Ekstrawersja dotyczy społecznego funkcjonowania człowieka. Określa jakość i intensywność interakcji społecznych, poziom aktywności, potrzebę stymulacji i zdolność do odczuwania pozytywnych emocji. Zdaniem Roberta McCrae i Paula Costy (2005) składniki ekstrawersji można podzielić na trzy cechy interpersonalne, tj.: towarzyskość, serdeczność i asertywność oraz na trzy cechy temperamentalne, tj.: aktywność, poszukiwanie doznań i pozytywna emocjonalność. Towarzyskość odnosi się do zakresu i ilości utrzymywanych kontaktów z innymi ludźmi. Serdeczność (przywiązanie) znamionuje zdolność do utrzymywania bliskich związków z innymi ludźmi i przyjacielskość. Z kolei asertywność oznacza tendencje nominatywne, przywódcze i łatwość podejmowania decyzji. Osoby asertywne chętnie wyrażają swoje pragnienia i uczucia. Osoby ekstrawertywne cechuje aktywność – tempo, zapał, werwa, energia, potrzeba bycia zajęтым i zaangażowanym. Preferują środowiska, które stymulują ich do działania, cechuje ich poszukiwanie doznań – poszukiwanie bodźców i stymulacji. Ostatnim podwymiarem jest emocjonalność w zakresie reagowania pozytywnymi emocjami – np. radością, poczuciem szczęścia, przejawiająca się pogodnym nastrojem i optymizmem życiowym (McCrae, Costa, 2005; Pervin, John, 2002; Płopa, 2008a; Zawadzki i in., 1998).

Osoby o wysokim natężeniu tej cechy charakteryzują się wysokim poziomem aktywności, optymizmem, rozmownością, towarzyskością i są otwarci na innych ludzi. Niskie

natężenie tej cechy znamionuje wstrzemięźliwość, nieśmiałość, zamykanie się w sobie, preferencje do przebywania w samotności (Pervin, John, 2002; Plopa, 2008a).

Robert McCrae i Paul Costa (2005) zwracają uwagę na synergistyczny charakter dyspozycji składających się na ekstrawersję. Aktywność prowadzi do doznań, te następnie do emocji pozytywnych i poczucia szczęścia, a osobie szczęśliwej łatwiej układają się relacje z innymi.

Otwartość na doświadczenia opisuje tendencje jednostki do poszukiwania i pozytywnego wartościowania doświadczeń życiowych, tolerancję wobec nowości i ciekawość poznawczą. Na otwartość na doświadczenie składają się podwymiary: wyobraźnia (fantazja i żywa, twórcza wyobraźnia), estetyka (wrażliwość estetyczna, zainteresowanie sztuką), uczucia (otwartość na stany emocjonalne innych ludzi), działania (aktywne poszukiwanie nowych bodźców), idee (intelektualna ciekawość, zainteresowania filozoficzne) i wartości (gotowość do analizy wartości społecznych, politycznych i religijnych). Jednostki o wysokim natężeniu tej cechy charakteryzują tolerancyjność, ciekawość poznawcza oraz życie pełne doświadczeń i ciekawych przeżyć. Na przeciwnym biegunie znajdują się osoby konwencjonalne i konserwatywne w poglądach (McCrae, Costa, 2005; Pervin, John, 2002; Zawadzki i in., 1998).

Badania Mieczysława Plopy (2008) nie wykazały istotnego powiązania otwartości na doświadczenia z żadnym z wymiarów składających się na jakość małżeńską (miłość i szczęście, więź emocjonalna, intymność, podobieństwo zachowań, satysfakcja seksualna i posiadanie dziecka).

Ugodowość jest wymiarem opisującym pozytywne *versus* negatywne nastawienie do ludzi, orientację interpersonalną przejawiającą się w altruizmie *versus* antagonizmie, doświadczanych w uczuciach, myślach i działaniu. Na ugodowość składają się następujące wymiary: zaufanie, prostolinijność, altruizm, ustępliwość, skrom-

ność i skłonność do rozczulania się (McCrae, Costa, 2005; Zawadzki i in., 1998).

Wysokie natężenie tej cechy znamionuje życzliwość i serdeczność oraz chęć współpracy. Z tym też biegunem koreluje skromność, delikatność postępowania, postawa altruistyczna i empatyczna, szczerść, uprzejmość, gotowość do udzielania wsparcia innym i obdarzania ich zaufaniem (Pervin, John, 2002, s. 265–285; Plopa, 2005, s. 304). Ponadto badania Mieczysława Plopy (2005) potwierdzają, że ugodowość istotnie ujemnie koreluje z lękowo-ambiwalentnym stylem przywiązaniowym (obawa o utratę partnera, wzmożona czujność, zamartwianie się). Z kolei niska ugodowość wiąże się z egocentryzmem, sceptycyzmem i przejawianiem nastawienia rywalizacyjnego (Zawadzki i in., 1998).

Sumiennść charakteryzuje stopień zorganizowania, wytrwałości i motywacji jednostki w działaniach zorientowanych na cel (opisuje stosunek człowieka do pracy). Czynniki ten określa się czasem mianem „woli dążenia do osiągnięć”. Sumiennść obejmuje jako podwymiary: kompetencję, skłonność do utrzymywania porządku, obowiązkowość, dążenie do osiągnięć, samodyscyplinę oraz rozważę. Osoby o dużej sumiennści wykazują silną wolę, motywację do działania oraz wytrwałość w realizacji własnych celów. Osoby o małej sumiennści charakteryzują się niskim natężeniem cech wymienionych powyżej, a więc mniejszą skrupulatnością i mniejszą motywacją do osiągnięć, nie zaś jej brakiem (McCrae, Costa, 2005; Oleś, 2003; Pervin, John, 2002; Plopa, 2008a; Zawadzki i in., 1998). Mieczysław Plopa (2008a) wskazał sumiennść jako tę cechę osobowości, która ma największe znaczenie i w najbardziej istotny sposób (najwyższy współczynnik korelacji) wpływa na satysfakcję z małżeństwa u mężczyzn. Oznacza to, że mężczyźni obowiązkowi, skrupulatni i rzetelni mają większe szanse na odczuwanie satysfakcji w relacji małżeńskiej.

Opisany powyżej Model Wielkiej Piątki wskazuje na istotne powiązania cech osobowości (oprócz otwartości na doświadczenia) z funkcjonowaniem w relacjach interpersonalnych.

5.2. Poczucie bezpieczeństwa i prężność osobowa

Poczucie bezpieczeństwa jest jedną z najbardziej podstawowych potrzeb każdego człowieka. Zdaniem Abrahama Masłowa (1964), autora teorii hierarchii potrzeb, poczucie bezpieczeństwa jest pierwotną potrzebą psychiczną, warunkującą normalne funkcjonowanie i rozwój psychiczny. W sytuacji niezaspokojenia tej potrzeby w odpowiedni sposób w okresie dzieciństwa istnieje ryzyko pojawienia się syndromu zaburzonej potrzeby poczucia bezpieczeństwa z jednoczesnym zablokowaniem możliwości rozwojowych danej osoby. Niezaspokojenie tej potrzeby skutkuje również trudnością z rozwijaniem potrzeb wyższych. Wówczas człowiek całe życie podporządkowuje trosce o zapewnienie sobie poczucia bezpieczeństwa, przeżywa lęk przed jakimkolwiek ryzykiem, ciągle obawy przed niezależnością i wolnością. Jednostka taka prezentuje postawę obronną i zachowawczą. Indywidualny poziom bezpieczeństwa jest kształtowany przez poczucie więzi z innymi (Kornaszewska-Polak, 2014). Zdaniem Abrahama Masłowa (1990, s. 387–426) osoby cechujące się poczuciem bezpieczeństwa są optymistycznie i życzliwie nastawione do innych ludzi i do świata, serdeczne i spontaniczne w zachowaniu, przejawiają zaufanie, tolerancję, przyjaźń i sympatię w stosunku do innych oraz gotowość do współpracy. Na podstawie tych cech Abraham Masłow wyróżnił trzy podstawowe czynniki poczucia bezpieczeństwa: bliskość, stabilność i zaufanie do siebie. Zenon Uchnast (1997) zauważył zbieżność teorii Abrahama Masłowa do koncepcji „prężności ego” Jacka Blocka.

Prężność ego (*resilence*) sprawia, że jednostka potrafi uwolnić się od przykrych, negatywnych doświadczeń życiowych i w elastyczny sposób przystosować się do ciągle zmieniających się wymagań życiowych (Block, Block, 1980). Osoby z prężnym ego w sytuacjach nowych i stresujących potrafią zachowywać się w sposób adekwatny, spójny i wytrwały. Osoby te charakteryzuje zdolność do kontroli impulsów, pomysłowość i zaradność. Przeciwnie, zdaniem Jacka Blocka, prezentują się osoby z brakiem „prężności ego” – struktura ich osobowości jest „krucha”, a próg frustracji raczej niski. Toteż osoby o niskiej prężności reagują na nowe i stresujące sytuacje przeważnie w sposób sztywny i chaotyczny z poczuciem narastającego „rozlanego” niepokoju (Uchnast, 1997, s. 28). Natomiast osoby charakteryzujące się prężnością ego cechuje zdolność do adekwatnego wykorzystywania osobistych i dostępnych w danej sytuacji zasobów, stosowania właściwych strategii radzenia sobie z napotykanymi trudnościami społecznymi, osobistymi czy poznawczymi (*coping resourcefully*). Jednostka taka po ustaniu czynników stresujących potrafi zregenerować własne zasoby osobowościowe, powrócić do właściwego sobie sposobu funkcjonowania i wewnętrznej równowagi.

Zenon Uchnast (1997, s. 41) opisuje „prężność ego” jako zdolność do nawiązywania bliskich relacji, znajomość motywów własnego postępowania, poczucie pewności siebie, produktywność, talent społeczny, umiejętność dostrzegania istoty danej sytuacji i tego, co ważne w relacjach międzyludzkich. To również „gotowość do odpowiedzialnego angażowania się w sytuacje nowe, podejmowanie ryzyka i skłonność do zachowań autonomicznych”.

Ukazując podobieństwo koncepcji Abrahama Masłowa do koncepcji prężności Jacka Blocka, Zenon Uchnast ustalił specyficzny dla prężności ego układ trzech czynników poczucia bezpieczeństwa. Aby zaakcentować specyficzny układ charakterologicznych właściwości, zaproponował zastąpienie terminu „prężność ego” – „prężnością osobową”.

Wyniki badań przeprowadzonych przez Autora potwierdzają, że prężność osobowa związania jest z poczuciem bliskości i zaufania do siebie i innych, otwartością i odpowiedzialnym zaangażowaniem w sprawy bieżące. Prężność osobowa wiąże się również z poczuciem zadowolenia z życia, śmiałością, odwagą i poczuciem kompetencji. Opisywana jest jako zdolność do zachowania spokoju i przytomności umysłu oraz szybkiego odzyskiwania równowagi emocjonalnej w sytuacjach nowych i trudnych, poczucie siły i gotowość do podejmowania ryzyka. Niska prężność osobowa wskazuje na nadmierną troskę o zapewnienie sobie poczucia bezpieczeństwa i stabilizacji. W sytuacjach nowych i nieoczekiwanych znamionuje szybką utratę przytomności umysłu i kontroli nad własną impulsywnością i nastrojowością. Jednostki o niskiej prężności cechują się drażliwością, niskim progiem frustracji, małą swobodą bycia i małą spontanicznością, a w stosunku do nieznanym zachowują dystans i ostrożność (Uchnast, 1997, s. 42). Z perspektywy funkcjonowania w relacjach można powiedzieć, że osoby o niskiej prężności osobowej „koncentrują się głównie na skutkach bezpośredniego kontaktu. Ich funkcjonowanie ujmuje się wówczas najlepiej w terminach zachowania reaktywnego, proaktywnego lub transakcyjnego” [...] „Tymczasem, jednostki o wysokiej prężności osobowej przejawiają raczej tendencję do współuczestniczenia z obiektem relacji we właściwych dla siebie wymiarach «ugruntowania» oraz «horyzontu» odniesień i orientacji. Wymiary te umożliwiają adekwatną ocenę zmienności biegu zdarzeń, ich różnicowanie i selekcjonowanie oraz wartościowanie możliwości każdego z uczestników relacji. Tym samym w znaczący sposób zwiększają stabilność przebiegu relacji i warunkują zrównoważone i synergistyczne współdziałanie” (Uchnast, 1997, s. 50).

W innych badaniach prowadzonych przez Zenona Uchnasta (1998) poczucie bezpieczeństwa i prężność osobowa okazały się znaczącymi czynnikami w psychospo-

łecznym funkcjonowaniu jednostki – w tym również w relacjach interpersonalnych.

Z badań przeprowadzonych przez Iwonę Janicką i Karolinę Janicką (2014) wynika, że poczucie bezpieczeństwa oraz trzy jego podstawowe wymiary: poziom bliskości, stabilności i zaufania są istotnie wyższe u kobiet przejawiających pełne zaangażowanie w relacje z innymi.

W badaniach przeprowadzonych przez Stanisławę Steuden i Iwonę Borczon (2002), dotyczących związku między poczuciem bezpieczeństwa (rozumianym jako poczucie bliskości z innymi, stabilności życiowej, zaufania do siebie, zdolności przystosowania i angażowania się) a koncepcją małżeństwa własnego i obrazem małżeństwa rodziców wykazano, że osoby o niskim poczuciu bezpieczeństwa nie wyniosły z własnych domów rodzinnych pozytywnych i efektywnych wzorców zachowań w relacjach małżeńskich i interpersonalnych, dlatego też prezentują skłonność do tworzenia wyidealizowanych koncepcji własnego przyszłego małżeństwa, które są skazane na niepowodzenie.

Wyniki zaprezentowanych powyżej badań potwierdzają, że wysokie poczucie bezpieczeństwa i prężność osobowa skutkują umiejętnością tworzenia i utrzymywania satysfakcjonujących więzi interpersonalnych.

5.3. Kompetencje społeczne

Mianem kompetencji społecznych określamy złożone umiejętności warunkujące efektywność funkcjonowania w różnego typu sytuacjach życiowych i społecznych, które są nabywane przez jednostkę w toku treningu społecznego (Matczak, 2001, s. 5–7). Różni autorzy używają wielu pojęć dla opisu tych specyficznych umiejętności: umiejętności interpersonalne, zdolności interpersonalne, kompetencje emocjonalne, umiejętności społeczne, umiejętności komunikacyjne, umiejętności interakcyjne, umiejętności relacyjne (Jakubowska,

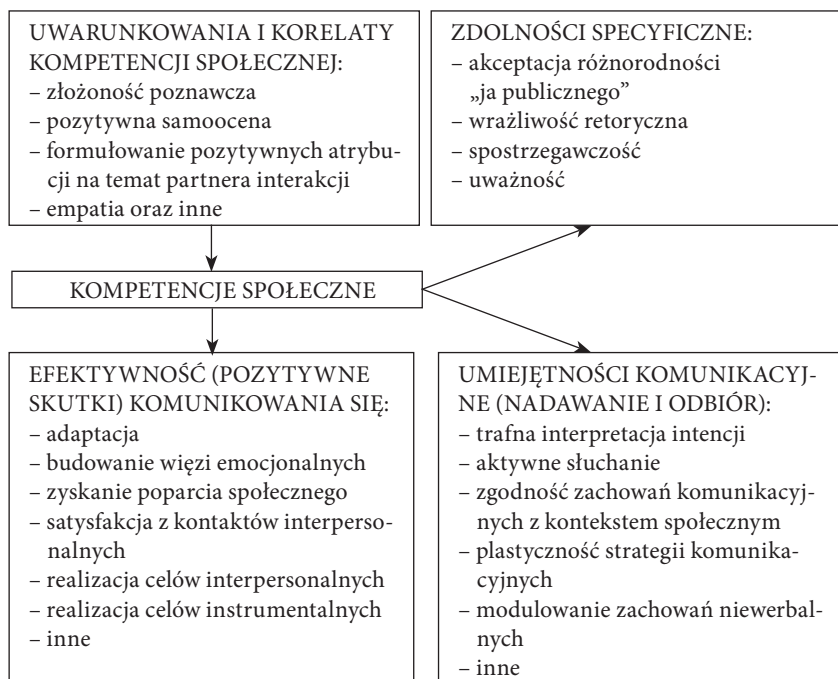
1996; Matczak, 2001; Spitzberg i Cupach, 2002). Wszystkie wyżej wymienione określenia odnoszą się do skutecznego, efektywnego funkcjonowania w kontaktach z innymi i bywają używane zamiennie. Większość definicji kompetencji społecznych podkreśla, że są one specyficznymi, behawioralnymi komponentami efektywnej interakcji społecznej (Frost, 2004). Z kolei Brian Spitzberg i William Cupach (2002) akcentują ich intencjonalność, czyli ukierunkowanie na cel, i definiują je jako środki, dzięki którym ludzie inicjują, budują, negocjują, utrzymują, zmieniają i rozwiązują (kończą) więzi emocjonalne i relacje interpersonalne. Kompetencje społeczne są jedną z miar uspołecznienia jednostki. Stanowią one jeden z czynników zdrowia, szczęścia i efektywności w pracy.

Zdaniem Anny Matczak (2001, s. 5) kompetencje społeczne odnoszą się do efektywności w sytuacjach społecznych. Wskaźnikami tej efektywności jest osiąganie przez jednostkę własnych celów oraz zgodność z oczekiwaniami otoczenia społecznego. Interpersonalne zdolności i umiejętności człowieka mają charakter niespecyficzny. Ujawniają się w relacjach formalnych, intymnych, towarzyskich, które można określić jako zróżnicowane pod względem formy oraz celu w kontaktach społecznych. Treść oraz cel interpersonalnej aktywności narzuca swoim charakterem odmienność norm je wyznaczających.

Pojęcie kompetencji zostało wprowadzone do psychologii w 1959 r. przez Ryena White'a (za: Sęk, 1988). Pod pojęciem kompetencji rozumiał on każdą taką umiejętność człowieka, która przyczynia się do skutecznej interakcji z otoczeniem. Poczucie kompetencji wzrasta wraz z ilością doświadczanych sukcesów w aktywnych spotkaniach z otoczeniem, nastawionych na realizowanie celów. Zdaniem Heleny Sęk (1988) pojęcie kompetencji przyjęło się szczególnie łatwo w psychologii społecznej, gdzie mówi się o kompetencji społecznej i interpersonalnej. Według Krystyny Skarżyńskiej (1981) kompetencje społeczne i interperso-

nalne są umiejętnościami, dzięki którym człowiek osiąga cele społeczne i jednostkowe z jednoczesnym zachowaniem dobrych relacji z partnerami interakcji. Jednoznaczne zdefiniowanie tego pojęcia powoduje jednak trudności.

Aby poprawnie scharakteryzować pojęcie kompetencji społecznych, istotne jest uwzględnienie kontekstu ich determinant i korelatów. Urszula Jakubowska (1996) proponuje schemat zależności przedstawiony na rysunku 2.



Rysunek 2. Pojęcie kompetencji społecznej

Źródło: Jakubowska, 1996, s. 38.

Zdaniem Argyle’a (2002, s. 133–139) kompetencje społeczne (*social skills*) są wzorcami zachowań społecznych, zdolności i niezbędnych umiejętności, które sprawiają, że jednostki są społecznie kompetentne, czyli zdolne, aby wy-

wrząc pożądanym przez siebie wpływem na innych w sytuacjach społecznych. Kompetencje społeczne stanowią behawioralny aspekt zdolności społecznych (*social competence*), do których zaliczamy także wiedzę, zrozumienie, brak niepokojów, prowadzących do wzrostu osiągnięć społecznych.

Na uwagę zasługuje również koncepcja wsparcia społecznego Irwina G. Sarasona i in. (1983), zgodnie z którą osoby o niskich kompetencjach społecznych trudniej wchodzi w związki zapewniające im odpowiedni poziom wsparcia społecznego i wobec tego są bardziej podatne na stres. Podobną zależność zaobserwowali Helena Sęk i Roman Cieślak (2004) – bliskie relacje osób z dobrze rozwiniętymi kompetencjami społecznymi cechują się wyższą trwałością niż osób o niskim poziomie kompetencji społecznych. Natomiast zdaniem Briana Spitzberga i Williama Cupacha (2002) kompetencje społeczne są niezbędne do tworzenia satysfakcjonujących, bliskich relacji interpersonalnych, a także przyczyniają się do trwałości związków małżeńskich.

5.4. Oczekiwania związane z pełnieniem ról rodzinnych

Oczekiwania wynikające z roli społecznej stanowią kategoryjne techniki odnoszenia się do innych osób, zarówno obcych, jak i tych, których dobrze znamy (na przykład naszych małżonków), ludzi posiadających większą lub mniejszą władzę czy też ludzi młodszych bądź starszych od nas (Grove, 2014).

Rola społeczna jest zbiorem oczekiwań ze strony otoczenia (rodziny, grupy społecznej, instytucji itd.) wyznaczających człowiekowi określony status społeczny, czyli jego miejsce w danej grupie społecznej. Każda rola zawiera pewien zestaw praw, ale też obowiązków, których człowiek powinien przestrzegać. Człowiek jako istota społeczna należy do wielu grup społecznych, w których zajmuje określone pozycje, wynikające z wewnętrznej struktury grupy,

czyli całokształtu relacji wiążących jej członków. Jednym z kluczowych czynników wpływających na jakość życia jednostki jest układ ról, jakie ona pełni w ciągu swojego życia (Wołonciej, 2009). Dla dorosłej jednostki najważniejsze są role związane z życiem małżeńskim, rodzinnym i zawodowym (Rostowska, 2008). Wypełnianie tych ról możliwe jest w relacji z innymi, w określonym kontekście społecznym, przede wszystkim w nawiązaniu do struktur i reguł obowiązujących w systemie, do którego dana osoba należy. Rola społeczna kształtuje się pod wpływem grupy i nie jest jedynie odwzorowaniem zajmowanej pozycji, czasem również i tej, do której jednostka dąży. Oczekiwania społeczne związane ze sposobem pełnienia roli przekazywane są w sposób pośredni bądź bezpośredni (Rostowska, 2008; Rostowski, 2002). Rola społeczna jest więc tym, co dana jednostka czyni, i tym, czego inni ludzie od niej oczekują w konkretnej sytuacji społecznej (Wołonciej, 2009).

Człowiek na przestrzeni swojego życia realizuje wiele ról, niektóre z nich podejmuje jednocześnie, np. rolę męża, pracownika, rodzica, małżonka, dziecka, dziadka, babci. Melissa Milkie i Pia Peltola (1999) zauważyły, że dla jakości życia człowieka dorosłego, dla jego poczucia szczęścia i zadowolenia najważniejsza jest jakość ról partnera, rodzica, przyjaciela, sąsiada, krewnego, członka społeczności lokalnej oraz jakość ról związanych z aktywnością zawodową (przełożonego, współpracownika). Autorki (1999) podkreśliły również, że role w znacznym stopniu zależą od pozycji społecznej, jaką dana jednostka zajmuje w określonym systemie rodzinnym i/lub zawodowym. Natomiast zdolność do pełnienia przez człowieka kilku ról jednocześnie chroni go przed negatywnymi konsekwencjami przeciążeniem rolą i konfliktami ról.

Rodzina dla każdego człowieka stanowi grupę oparcia i wsparcia psychicznego, gdzie uczy się pełnienia wielu ról społecznych:

- syna/córki i/lub brata/siostry – poprzez uczestniczenie w roli członka rodziny generacyjnej;

- matki/ojca i/lub męża/żony – poprzez uczestniczenie w roli członka rodziny prokreacyjnej;
- członka grupy zawodowej, grupy życia obywatelskiego, kulturalnego itp. – poprzez uczestniczenie w różnych grupach społecznych (Ossowski, 2004).

Role nadane i przyjęte w rodzinie charakteryzują się mniejszym uświadomieniem, większą trwałością i mniejszą podatnością na zmiany niż role pełnione poza systemem rodzinnym. Role rodzinne dotyczą wszystkich członków systemu rodzinnego i istotnie wpływają na kształtowanie się obrazu siebie i poczucia własnej wartości poszczególnych członków rodziny (Rostowska, 2008). Fritz Simon i Helm Stierlin (1998, s. 274–277) role rodzinne definiują jako zespół oczekiwań i norm sformułowanych przez rodzinę, „dotyczących pozycji i zachowania jednostki w tej grupie”. Zatem, opisując role rodzinne, warto się bliżej przyjrzeć kategoriom roli małżeńskiej i roli rodzicielskiej.

Role małżeńskie kształtują się poprzez obserwację i identyfikację z rodzicem tej samej płci w rodzinie generacyjnej, nabywaniem wzorów ról małżeńskich i więzi małżeńskiej oraz wzorów zachowań i postaw charakterystycznych, a zarazem właściwych dla męża i żony. Na kształtowanie się ról małżeńskich ma wpływ także: uczenie się odpowiedzialnej i dojrzałej miłości oraz ról związanych z własną płcią, jak również kształtowanie orientacji seksualnej (Bańka, 2005). Role małżeńskie odnoszą się do pozycji męża i żony w związku małżeńskim. Oczekiwania w bliskich relacjach kształtują się w wyniku niepowtarzalnej dla każdej jednostki historii wcześniejszych interakcji (Grove, 2014). Oczekiwania małżonków wobec siebie nawzajem zależą od typu małżeństwa, jaki tworzą, obrazu roli małżeńskiej wyniesionej z rodziny generacyjnej, zespołu cech psychologicznych samych partnerów oraz od czynników społeczno-kulturowych wpływających na relację w czasie jej trwania (Plopa, 2005; Rostowska, 2008).

Role rodzicielskie odnoszą się do relacji rodzic – dziecko i można w nich wyodrębnić elementy i zachowania wspólne dla obojga rodziców, jak również charakterystyczne wyłącznie dla roli matki i wyłącznie dla roli ojca. W tradycyjnym rozumieniu małżeństwa rola matki polegała na trosce o dom i rodzinę, dbaniu o prawidłowy rozwój dziecka, obdarowywaniu ciepłem, serdecznością, wyrozumiałością i miłością. Kobieta pełniła rolę integrującą oraz wypełniała zadania społeczno-emocjonalne. W stosunku do męża kobieta miała okazywać szacunek i miłość, dotrzymywać mu towarzystwa w kontaktach społecznych, życiu kulturalnym i spędzaniu wolnego czasu. W związku z upowszechnianiem się pracy zawodowej kobiet załamał się tradycyjny model małżeństwa i rodziny, w rodzinach zaczął panować nowy podział ról i obowiązków, nakładający na mężczyznę uczestniczenie w pracach domowych i zajmowanie się dziećmi. Niemniej jednak większość funkcji opiekuńczo-wychowawczych wciąż pełnią kobiety (Braun-Gałkowska, 1992, 2008; Płopa, 2005; Rostowska, 2008; Simon, Stierlin, 1998; Wiśniewska-Roszkowska, 1990; Wołonciej, 2009).

Pozycja ojca w tradycyjnej rodzinie (patriarchalnej) była silnie ugruntowana. Jego główna rola polegała na zajmowaniu się pracą, utrzymywaniu rodziny i reprezentowaniu jej na zewnątrz. Miał za zadanie uczenie dzieci stanowczości, wartości oraz zapewnienie żonie i dzieciom poczucia bezpieczeństwa, stabilności ekonomicznej, opieki i pomocy (Braun-Gałkowska, 2008; Rostowska, 2008; Simon, Stierlin, 1998). Pomimo że granice między rolami matki i ojca coraz bardziej zaczęły się zacierać, a ich postawy wobec dzieci coraz bardziej uzupełniać, to, jak wykazały wyniki badań Mieczysława Płopy (2010), część mężczyzn w dalszym ciągu jest zwolennikami patriarchalnego modelu rodziny. Może być to spowodowane samodzielnością i emancypacją kobiet, które rodzą opór u płci męskiej.

Otwartość, empatia i bezpośredni charakter relacji interpersonalnych w dobrze funkcjonującej rodzinie sprawia-

ją, że ze strony małżonka lub też innych członków rodziny oczekuje się wsparcia w sytuacjach trudnych. Podłożem wsparcia wewnątrzrodzinnego jest miłość wspierająca poparta zaangażowaniem i ofiarą na rzecz osoby wspieranej. Istota tego uczucia sprowadza się do przyjęcia partnera takim, jaki jest i jaki może być w przyszłości. Sens tak rozumianej miłości wspierającej polega na „przebywaniu w obecności partnera po to, by mu służyć i pomagać w jego rozwoju, samorealizacji i samodoskonaleniu, dostrzegając w tej właśnie roli możliwość samorealizacji” (Rostowska, 2008, s. 63).

Aby małżonkowie mogli rzetelnie, dojrzałe i zgodnie z oczekiwaniami społecznymi wywiązywać się ze społecznie nadanej im roli i aby tworzona przez nich relacja była dla nich źródłem szczęścia, radości i satysfakcji, powinni szanować partnera, dostrzegać jego potrzeby i wspierać go w ich zaspokajaniu, ustalić ważniejsze kwestie dotyczące życia partnerskiego i rodzinnego, komunikować się za pomocą partnerskiego stylu komunikacji, przejawiać zdolność i chęć pójścia na kompromis. Małżonkowie powinni charakteryzować się zdolnością do empatii, przebaczenia, okazywania miłości, kontrolowania swoich uczuć i emocji, poczuciem odpowiedzialności za swój rozwój i partnera, adekwatną samooceną i spójnym systemem wartości (Juul, Jensen, 2018; Rostowski, 2003).

5.5. Niepełnosprawność

Funkcjonowanie osób z niepełnosprawnością w rodzinie i innych relacjach powinno przebiegać w sposób naturalny poprzez internalizację sposobów pełnienia ról dziecka, matki, ojca, dziadków. Struktura i układ relacji rodzinnych stanowią prototyp zachowań grup społecznych. „Niepełnosprawność nie może zburzyć dotychczasowego życia rodzinnego, ale i rodzina nie może zachwiać wybranej przez

osobę niepełnosprawną koncepcji realizowania siebie” (Ossowski, 2004, s. 28–29). Osoby z niepełnosprawnością powinny być jak najbardziej samodzielne nie tylko w zakresie samoobsługi, ale również pomocy innym i współdziałania z innymi.

Małgorzata Kościelska (1995) podkreśla liczne błędy popełnianie przez rodziców dzieci z niepełnosprawnościami – koncentrację na defekcie, nadmierną opiekę, wymuszanie adaptacji do otoczenia, przeładowanie relacji z dzieckiem emocjami, brak stabilnych warunków życia. Przytoczone błędy pokazują, jak trudną umiejętnością jest zachowanie równowagi między wymaganiami i rozsądną swobodą a niebezpiecznym dystansem do dziecka (Ossowski, 2004). Na istotną rolę rodziców dzieci głuchych i słabosłyszących wskazała Diana Müller (2013), mianowicie przejawianie przez nich bardziej ufego przywiązania, a zatem wrażliwości na potrzeby emocjonalne swoich dzieci, responsywności, dostępności emocjonalnej dla nich, okazywanie im troski i zrozumienia ma bezpośrednie znaczenie dla ich przyszłych relacji interpersonalnych.

W świadomości społecznej niepełnosprawność trudno pogodzić z miłością, małżeństwem, potrzebami seksualnymi, macierzyństwem. Zetknięcie tych pojęć wywołuje niekiedy, szczególnie u osób pełnosprawnych, lęk, niepewność, zażenowanie i niechęć. Problem ten więc z jednej strony pozostawia się na uboczu, wychodząc z założenia, że osoby z niepełnosprawnością przejawiają i tak wiele trudności związanych z brakiem pełnej sprawności, a zatem wszystko, co dotyczy sfery intymnych przeżyć, powinno zejść na plan dalszy lub nie mieć dla nich większego znaczenia. Jak podkreśla Monika Skura (2016), obecność osoby z niepełnosprawnością stanowi poważny problem dla społeczności ludzi pełnosprawnych; problem, któremu trudno sprostać. Taka postawa w efekcie prowadzi do niechęci wobec angażowania się w bliższe relacje z osobą z niepełnosprawnością. Warto w tym miejscu zwrócić

uwagę na fakt, że osoby z niepełnosprawnością nie podejmują relacji interpersonalnych, a niejednokrotnie ich jedynym partnerem są ich matki czy inni opiekunowie. Natomiast zawarcie związku małżeńskiego przez osoby z niepełnosprawnością wyzwała i odradza w nich potrzebę życia. Ślub jest bardzo ważnym wydarzeniem w życiu wszystkich ludzi, a dla osób z niepełnosprawnością może być momentem zwrotnym (Mądry, 1988). Z badań Marii Chodkowskiej (1991) wynika, że duże znaczenie dla kobiet z niepełnosprawnością ma macierzyństwo, które stanowi podstawową wartość w życiu większości kobiet. Natomiast dla kobiety dotkniętej niepełnosprawnością bycie matką ma jeszcze większe znaczenie i spełnia dodatkową rolę. Przede wszystkim zaspokaja potrzebę miłości, ale pozwala również przenieść uwagę z własnych problemów na inne cele, chroni przed konsekwencjami załamania psychicznego, apatią i utrwalaniem postawy rezygnacji. Do podobnych wniosków doszły Urszula Bartnikowska i Agnieszka Żyta (2007). Badania, które prowadziły wśród studentów z niepełnosprawnością, wykazały, że osoby te miłość nierozzerwalnie kojarzą z rodziną. Marzą o stworzeniu kochającej rodziny. Wierzą w siłę miłości i traktują ją jako gwarancję pokonania często odczuwanej samotności. Miłość do osoby płci przeciwnej kojarzyła się badanym studentom z wielką niezrealizowaną potrzebą, niejednokrotnie z powodu niepełnosprawności, która wpływa na mniejszą atrakcyjność i mniejszą pewność siebie. Niepełnosprawność jest również przyczyną mniejszej ilości kontaktów z rówieśnikami. Autorki zwróciły również uwagę na jeden bardzo ważny mit, mówiący o tym, że osoby z niepełnosprawnością mają szansę na bliskie związki, miłość i małżeństwo tylko z innymi osobami z niepełnosprawnością. Taka postawa pogłębia obecny wciąż stereotyp, że osoby z niepełnosprawnością nie mogą być atrakcyjne dla osób zdrowych. Z kolei badania Aleksandry Zawiślak (2000) dowodzą, iż wsparcie społeczne

osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim w postaci pomocy udzielanej im przez osoby, instytucje i organizacje społeczne w pełnieniu ról rodzinnych oraz subiektywnie odczuwana przez te osoby akceptacja otoczenia pośrednio podwyższają poziom ich funkcjonowania w rolach rodzinnych.

Młodzi ludzie z niepełnosprawnością słuchu znajdują się w znacznie trudniejszej sytuacji niż ich słyszący rówieśnicy. Nie dość, że borykają się z trudem okresu adolescencji i wczesnej dorosłości, to jeszcze ze swoją specyficzną niepełnosprawnością. Jak podkreślają Magdalena Kosowska (2011b), Małgorzata Czajkowska-Kisil (2012) oraz Magdalena Olempska-Wysocka (2012), pozycja społeczna dziecka z wadą słuchu w szkolnictwie ogólnodostępnym i integracyjnym nie jest korzystna, co w bezpośredni sposób ma również wpływ na ich relacje interpersonalne. Z kolei Beata Ciupińska (2016) zaznacza, że osoby z uszkodzonym słuchem nie zawsze mają szansę na wyrażanie swoich potrzeb, uczuć i czują się zagubione nawet pośród swoich bliskich. Osoby te doświadczają również problemów i ograniczeń związanych z podejmowaniem kontaktów społecznych i relacji interpersonalnych. Również Zuzanna Teper-Solarz (2016) podkreśla, że uszkodzenie słuchu jest przyczyną doświadczania przez osoby nim dotknięte trudności w budowaniu relacji z innymi, szczególnie z osobami słyszącymi. Natomiast, jak zauważyła Mariola Janiszewska i in. (2016), stopień uszkodzenia słuchu determinuje poziom doznawanego stresu, co przyczynia się do demotywacji w stosunku do podejmowanych działań i wzrost negatywnych form rozładowywania napięć. Autorzy podkreślają, że stres generuje pogarszającą się sytuację rodzinną, społeczną i zawodową osób z uszkodzonym słuchem. Jednym z trudnych tematów jest temat seksu, a dokładniej rozmawianie na jego temat. Dla osób słyszących dostęp do zgłębiania tajników intymnego życia jest coraz łatwiejszy ze względu na to, że

czasopisma, radio, telewizja i szkoła poświęcają temu coraz więcej uwagi. Zdaniem Aleksandry Fronczek (2004) młodzież z uszkodzonym słuchem ma ograniczone możliwości, a jej potrzeby i pragnienia pozostają takie same jak u osób w pełni słyszących. Brak dostatecznej wiedzy o życiu seksualnym sprawia, że osoby niesłyszące są niemal „skazane” na niepowodzenia w relacjach międzyludzkich. Badania Aleksandry Fronczek (2004) wykazały, że również dom rodzinny nie jest miejscem, gdzie młode osoby z niepełnosprawnością słuchu mogą dowiedzieć się o sprawach dotyczących intymnej sfery życia. Rodzice 31% dziewczynek i 29% chłopców nigdy nie rozmawiali z nimi na ten temat.

Warto również przyjrzeć się bliżej poczuciu samotności w niepełnosprawności. Badania nad problematyką samotności i osamotnienia oraz ich wpływem na funkcjonowanie jednostki prowadzone były zazwyczaj w odniesieniu do populacji dorosłych znajdującej się w trudnej sytuacji życiowej, zwłaszcza osób w wieku senioralnym. W polskiej literaturze istnieje niewiele prac badających poczucie samotności osób z niepełnosprawnością. Problematyką samotności wśród młodzieży z niepełnosprawnością, zwłaszcza dzieci z niepełnosprawnością intelektualną, zajmowali się Andrzej Giryński (1998, 2004), Ryszard Kościelak (1995), Jarosław Rola (2004, 2005). Andrzej Giryński (1998) zauważył, że osoby z niepełnosprawnością intelektualną w znacznie większym stopniu niż pełnosprawne intelektualnie odczuwają samotność w kontaktach interpersonalnych. Kolejne badania autora (2004) wykazały, że dzieci upośledzone umysłowo w stopniu lekkim odczuwają stan samotności znacznie częściej i intensywniej niż ich pełnosprawni rówieśnicy. Zaś fundamentem funkcjonowania interpersonalnego młodych osób z niepełnosprawnością jest odczuwanie przez te osoby stanów psychicznych, które mają wpływ na kształtowanie własnej tożsamości i autonomii, oraz relacje z otoczeniem. Rezultaty badań Jarosława

Roli (2004, 2005) wskazują, że dzieci z niepełnosprawnością znaczenie częściej niż dzieci pełnosprawne doświadczają poczucia osamotnienia w kontakcie z najbliższymi, zarówno rówieśnikami, jak i osobami znaczącymi. Bernadeta Szczupał (2003, 2005a, 2005b) prowadziła badania dotyczące uwarunkowań oraz wymiarów poczucia samotności i jakości życia młodzieży z niepełnosprawnością ruchową. Autorka zaobserwowała, że zarówno młodzież pełnosprawną, jak i młodzież z niepełnosprawnością łączy samotność z izolacją od osób bliskich, brakiem zaufania i intymnych więzi, natomiast przyczyn samotności dopatruje się w swoich cechach fizycznych, nieśmiałości, małomówności i niskim poczuciu własnej wartości. Ponadto osoby z niepełnosprawnością ruchową zauważają przyczyny własnej samotności w relacjach z rówieśnikami i postawach społecznych. Natomiast Diana Müller (2012) prowadziła badania dotyczące nasilenia poczucia samotności wśród studentów z niepełnosprawnością słuchu. Okazało się, że badani studenci wykazywali większe nasilenie globalnego poczucia samotności, jak również jego wymiarów: emocjonalnego, społecznego i egzystencjalnego niż ich słyszący rówieśnicy. Ponadto korzystanie z aparatu słuchowego (szczególnie podczas zajęć akademickich, gdzie znaczną większość stanowią osoby słyszące) wiązało się z większym poczuciem samotności. Związek pomiędzy poczuciem samotności, stanem zdrowia i jakością relacji interpersonalnych akcentuje również Zofia Dołęga (2003). Autorka zauważyła, że poczucie samotności jest niższe u osób o dobrym lub przeciętnym stanie zdrowia, pozostających w dobrej lub zadowolającej sytuacji społecznej oraz wyższe u osób chorych, które mają przekonanie o braku kontroli nad własnym losem i niskiej integracji społecznej. Jak podkreśla Tony Lake (1993), wielu osobom z niepełnosprawnością życie upływa w samotności lub izolacji i odseparowaniu od innych. Jedynym wyjściem z tej sytuacji jest oparcie, jakie mogą zapewnić bliscy w trudnych sytuacjach.

Przedstawione wyniki badań poczucia samotności młodzieży z niepełnosprawnością wskazują, że osoby te w znacznie większym stopniu niż ich pełnosprawni rówieśnicy odczuwają samotność w kontaktach międzyludzkich. Poczucie samotności powstaje w wyniku braku możliwości zaspokojenia potrzeby więzi emocjonalnych o specjalnym znaczeniu (Szczupał, 2005c), co wiąże się również z doświadczaniem trudności w nawiązywaniu i utrzymywaniu relacji interpersonalnych młodzieży z niepełnosprawnością (Szczupał, 2016). Niejednokrotnie brak akceptacji społecznej i tolerancji dla odmienności osób z niepełnosprawnością sprawia, że doświadczają one ciągłego lęku przed odrzuceniem, co prowadzi do zerwania wcześniej nawiązanych kontaktów i zamknięcia się na zawieranie nowych relacji (Kirenko, 2006). Osoby niesłyszące i słabosłyszące bardzo dotkliwie odczuwają problemy wynikające z wady słuchu utrudniającej im swobodny kontakt z otoczeniem. Ich częste wyobcowanie z życia społecznego jest przyczyną stresu i braku poczucia bezpieczeństwa (Eckert, 2005).

PODSUMOWANIE

Niniejszy rozdział składał się z pięciu podrozdziałów, w których dokonano opisu problematyki związanej z zagadnieniem relacji interpersonalnych. W pierwszym podrozdziale ukazano koncepcję przywiązania jako prototyp relacji człowieka dorosłego, nawiązując do myśli, że „posiadane przez nas wzory przywiązania można potraktować jako rodzaj skryptu, według którego tworzymy relacje” (Iniewicz, 2008, s. 129). Przedstawiono koncepcję Mary Ainsworth, która zakłada, że wzór przywiązania występujący między matką a niemowlęciem jako wewnętrzny aktywny model kreuje wczesne doświadczenie, od którego zależy późniejsza jakość funkcjonowania jednostki

w różnych relacjach interpersonalnych (Tarabulsy i in., 1996). Następnie przedstawiono typologię stylów przywiązaniowych osób dorosłych Cindy Hazan i Philipa Shavera, która stanowi podstawę teoretyczną niniejszej pracy. Cindy Hazan i Philip Shaver (1987, s. 511–524) na podstawie badań osób dorosłych wyróżnili trzy style przywiązania: ufny (*secure*), lękowo-ambiwalentny (*anxious-ambivalent*) i unikający (*avoidant*). Zakończenie tego podrozdziału stanowi charakterystyka typologii stylów przywiązania opracowanej przez Kim Bartholomew i Leonarda Horowitz (1991) stanowiąca rozszerzenie wyżej opisanej koncepcji Cindy Hazan i Philipa Shavera. Punktem wyjścia dla tej typologii były dwa wymiary dwubiegunowe, tj. pozytywny i negatywny wymiar samooceny oraz pozytywny i negatywny wymiar interpersonalnego zaufania. Model Kim Bartholomew zakłada istnienie przywiązania: bezpiecznego (pewnego), ambiwalentnego, bojaźliwo-unikowego oraz oddalająco-unikowego. Drugi podrozdział zawiera charakterystykę samotności i poczucia samotności, co stanowi podstawę istnienia związków między ludźmi. W trzecim podrozdziale ukazano charakterystykę podstawowych rodzajów relacji interpersonalnych: przyjaźni, miłości i związków romantycznych, relacji rodzinnych, małżeńskich oraz relacji zawieranych w pracy. Przy opisie miłości i związków romantycznych przedstawiono charakterystykę trójskładowej teorii miłości według Roberta Sternberga (1986, 1987, 1988), w myśl której zjawisko miłości można opisać za pomocą następujących składników: intymności (*intimacy*), namiętności (*passion*) i zaangażowania (*commitment*). Przedstawiono również sześciofazową koncepcję dynamiki bliskiego związku według Bogdana Wojciszke (2002), która powstała na podstawie zróżnicowania przemian intymności, namiętności i zobowiązania oraz założenia, iż wszystkie elementy miłości zaczynają się w tym samym momencie.

W kolejnym podrozdziale przedstawiono czynniki decydujące o tworzeniu się relacji interpersonalnych. Ponad-

to dokonano opisu takich czynników, jak: afiliacja, wygląd i atrakcyjność fizyczna, podobieństwo i komplementarność, korzyści, bliskość (częstość kontaktów) oraz ujawnianie siebie.

Zakończenie rozdziału II zawiera charakterystykę wybranych uwarunkowań funkcjonowania w relacjach interpersonalnych, w tym cech osobowości, poczucia bezpieczeństwa i prężności osobowej, kompetencji społecznych, oczekiwań związanych z pełnieniem ról rodzinnych oraz niepełnosprawności (opis akurat tych uwarunkowań poddyktowany został wyborem ich jako zmiennych wyjaśniających w modelu niniejszej pracy).

Rozdział III

Metodologiczne założenia badań własnych

1. PROBLEM, PYTANIA BADAWCZE I PARADYGMAT BADAWCZY

Referowany w niniejszej monografii problem badawczy skoncentrowany jest na wyodrębnieniu stylów funkcjonowania młodych osób (studentów) z uszkodzeniami słuchu w bliskich relacjach interpersonalnych.

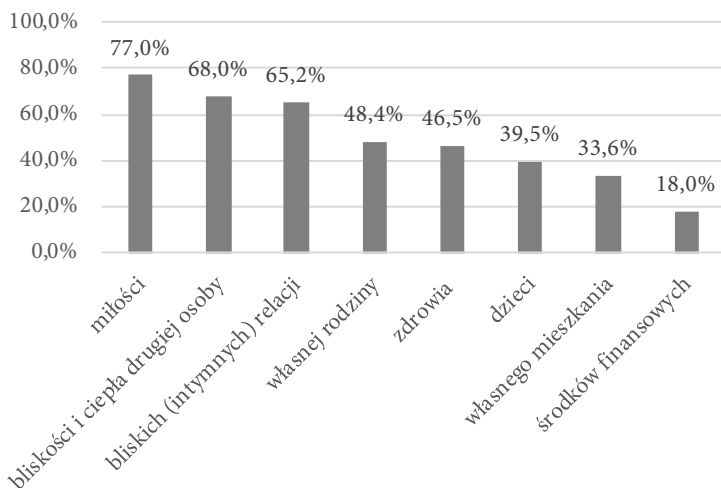
Uzasadnienie ważności problemu

Osoby z niepełnosprawnością uważają małżeństwo i rodzicielstwo za najważniejszy problem, stawiany często ponad niepełnosprawność i wszystkie przejawy aktywności życiowej (Bartnikowska, 2004; Bartnikowska, Żyta, 2007; Chodkowska 1991; Mądry, 1988; Zawiaślak, 2000). Zasadność tej tezy potwierdzają również obserwacje i doświadczenia autorki niniejszej monografii związane z kilkunastoletnią pracą ze studentami z niepełnosprawnością na jednej z łódzkich uczelni. Stały się one głównym motywem wyboru problematyki badawczej. Dla potwierdzenia obserwacji płynących z rozmów i terapii autorka postanowiła przeprowadzić ankietę

wśród studentów z niepełnosprawnością. W badaniu wzięło udział 256 osób w przedziale wiekowym między 19. a 35. r.ż. Osoby badane zostały poproszone o udzielenie odpowiedzi na kilka pytań otwartych. W jednym z nich poproszono studentów o wskazanie, czego w życiu brakuje im najbardziej. Najwięcej osób, bo 77% powiedziało, że miłości (N = 197), 68% (N = 174) bliskości i ciepła drugiej osoby. Kolejne odpowiedzi to: bliskich (intymnych) relacji 65,2% (N = 167), własnej rodziny 48,4% (N = 124), zdrowia 46,5% (N = 119), dzieci 39,5% (N = 101), własnego mieszkania 33,6% (N = 86), środków finansowych 18% (N = 47) (odpowiedzi nie sumują się do 100%, gdyż respondenci mieli możliwość wskazania kilku odpowiedzi). Graficzną ilustrację uzyskanych wyników przedstawiono na wykresie 1.

Na podstawie zaprezentowanych danych można zauważyć, że najważniejsza w życiu osób z niepełnosprawnością jest potrzeba miłości, przynależności i w związku z tym małżeństwa i założenia rodziny. Znalezienie odpowiedniego partnera, zwłaszcza w przypadku ciężkiej niepełnosprawności, jest sprawą ważną, a zarazem bardzo skomplikowaną. W bliskim związku istotna jest nie tylko atrakcyjność fizyczna, ale również dopasowanie pod względem psychicznym i osobowościowym. Pod tym względem nie ma istotnej różnicy pomiędzy osobami zdrowymi i osobami z niepełnosprawnością. W bliskiej relacji zawsze istotne jest wzajemne zaspokojenie potrzeby emocjonalnej, seksualnej, wzajemnego porozumienia się. Jak wynika z badania Zbigniewa Izdebskiego (2004), większość Polaków (69%) jest zdania, iż dla osób z niepełnosprawnością narządu ruchu życie seksualne i rodzinne odgrywa taką samą rolę jak dla osób pełnosprawnych. Gwarantem pełnego porozumienia oraz satysfakcji emocjonalnej i seksualnej jest wzajemna akceptacja siebie jako jednostki ludzkiej ze wszystkimi zaletami i niedostatkami. Na drugim planie znajduje się niepełnosprawność. Ważne jest, czy i jakie wartości, które reprezentuje osoba z niepełnosprawnością,

odpowiadają drugiej osobie, czy braki lub defekty są akceptowane nie tylko intelektualnie, lecz emocjonalnie, bez deprecjacji wartości drugiego człowieka. Dla partnera osoby z niepełnosprawnością istotne staje się uświadomienie sobie, czego oczekują i co w niej cenią. Zatem istotną kwestią jest stworzenie osobom z niepełnosprawnością odpowiednich sytuacji oraz wyrobienie umiejętności nawiązywania i utrzymywania głębszych relacji międzyludzkich, na bazie których rozwija się wartościowy związek uczuciowy.

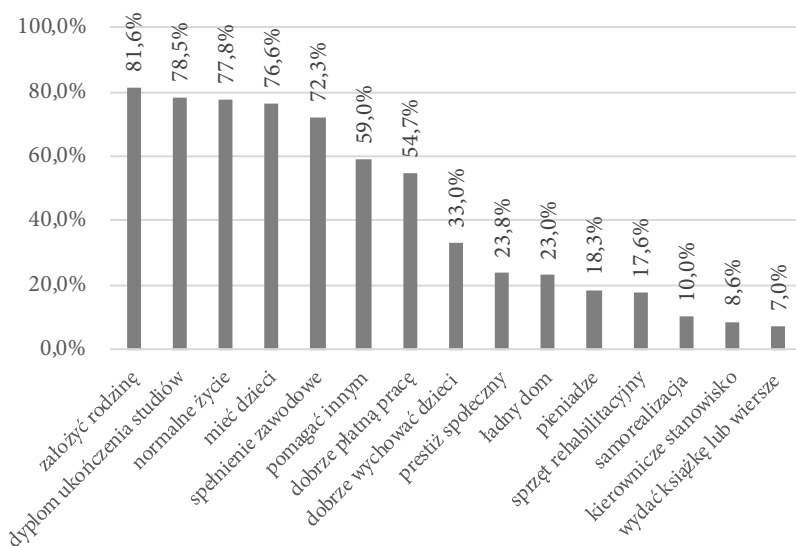


Wykres 1. Wartości, których najbardziej brakuje osobom z niepełnosprawnością

Źródło: badanie własne.

Na kolejne pytanie: Co chciał(a)byś w życiu osiągnąć? Najwięcej osób udzieliło odpowiedzi „założyć rodzinę” – 81,6% (N = 209), na drugim miejscu znalazła się odpowiedź „dyplom ukończenia studiów” – 78,5% (N = 201), kolejne miejsca to: normalne życie – 77,8% (N = 199), mieć dzieci – 76,6% (N = 196), spełnienie zawodowe – 72,3%

(N = 185), pomagać innym – 59% (N = 151), dobrze płatną pracę – 54,7% (N = 140), dobrze wychować dzieci – 33% (N = 84), prestiż społeczny – 23,8% (N = 61), ładny dom – 23,00% (N = 59), pieniądze – 18,3% (N = 47), sprzęt rehabilitacyjny – 17,6% (N = 45), samorealizacja – 10,00% (N = 26), kierownicze stanowisko – 8,6% (N = 22), wydać książkę lub wiersze – 7,0% (N = 18) (odpowiedzi nie sumują się do 100%, gdyż respondenci mieli możliwość wskazania kilku odpowiedzi). Graficzną ilustrację opisanych wyników przedstawiono na wykresie 2.



Wykres 2. „Co chciałbyś w życiu osiągnąć?”

Źródło: badanie własne.

Podobne wyniki uzyskała Bożena Olszak-Krzyżanowska (2005) na podstawie badań studentów z niepełnosprawnością z Uniwersytetu Zielonogórskiego, które dotyczyły wyboru wartości, celów i planów życiowych oraz marzeń. Jako najważniejsze wartości respondenci wybierali „mi-

łość”, „rodzinę” i „zdrowie” (70–80% wskazań). Marzenia osób badanych dotyczyły założenia rodziny (33,8% wskazań), pracy (32,3% wskazań) oraz własnego domu (25,3%).

Na uwagę zasługują również badania Grażyny Miłkowskiej (2005) dotyczące aspiracji życiowych studentów z niepełnosprawnością. Wyniki tych badań wskazują, że zdecydowana większość badanych studentów (ponad 90%) chciałaby założyć rodzinę; badani preferowali związki partnerskie oparte na miłości i współdziałaniu, a wśród głównych motywów założenia rodziny wymieniali: miłość, więź, pragnienie posiadania najbliższej osoby i dzieci. Miłość jest również najważniejszą wartością, na podstawie której badani studenci formułowali swoje aspiracje (wybór na poziomie 85,9%).

Z kolei badania Urszuli Bartnikowskiej i Agnieszki Żyty (2007) wykazały, że studenci z niepełnosprawnością miłość kojarzą nierozzerwalnie z rodziną. Marzą o stworzeniu kochającej rodziny. Wierzą w siłę miłości i traktują ją jako gwarancję pokonania często odczuwanej samotności. Miłość do osoby płci przeciwnej kojarzyła się badanym studentom z wielką niezrealizowaną potrzebą, niejednokrotnie z powodu niepełnosprawności, która wpływa na mniejszą atrakcyjność i mniejszą pewność siebie. Niepełnosprawność jest również przyczyną mniejszej ilości kontaktów z rówieśnikami. Autorki zwróciły także uwagę na jeden bardzo ważny mit, mówiący o tym, że osoby z niepełnosprawnością mają szansę na bliskie związki, miłość i małżeństwo tylko z innymi osobami z niepełnosprawnościami. Taka postawa pogłębia obecny wciąż stereotyp, że osoby z niepełnosprawnością nie mogą być atrakcyjne dla osób pełnosprawnych.

Na istotną rolę rodziny w prawidłowym funkcjonowaniu psychospołecznym osób z niepełnosprawnością wskazuje również Anna Brzezińska i in. (2008). Badacze stwierdzili, że okazywanie przez rodzinę wsparcia oraz pomocy (ale nie wyręczanie) w obowiązkach i radzeniu sobie z pro-

blemami podnosi u osób z niepełnosprawnością poczucie satysfakcji z życia.

W przypadku poczucia jakości życia osób z niepełnosprawnością nie bez znaczenia jest rodzaj niepełnosprawności. Jak pokazały wyniki badań Moniki Parchomiuk i Stanisławy Byry (2006), rodzaj niepełnosprawności różnicuje poszczególne grupy pod względem jakości życia. Najwyższe wyniki w zakresie jakości życia uzyskały osoby z uszkodzonym wzrokiem – wiąże się to z wysokim poczuciem integracji ze społeczeństwem, niezależności, samodzielności oraz możliwości decydowania. Na drugim miejscu w ocenie jakości swojego życia znalazły się osoby z lekką niepełnosprawnością intelektualną. Na miejscu trzecim znalazły się osoby z uszkodzeniem narządu słuchu (najistotniejszą kwestią była tu potrzeba niezależności działania oraz samostanowienia). Najniższy wynik w skali jakości życia uzyskały osoby z niepełnosprawnością ruchową (najistotniejszą rolę spełnia tu potrzeba niezależności oraz samodzielność w działaniu i decydowaniu).

Na podstawie wyżej opisanych badań można domniemywać, że właśnie osoby z uszkodzonym narządem słuchu będą doświadczały znacznych trudności w budowaniu trwałych relacji interpersonalnych i prawidłowym funkcjonowaniu w tychże relacjach. Osoby te spotykają się z wieloma przeszkodami związanymi ze sposobem przekazywania i odbierania informacji. Niemożność swobodnego słyszenia nadawanych komunikatów, kłopoty w posługiwaniu się naturalnym dla większości ludzi sposobem porozumiewania się, jakim jest język mówiony, stwarzają wiele trudnych sytuacji (Bartnikowska, 2004).

Do tej pory, na gruncie polskim, najwięcej badań poświęconych było funkcjonowaniu zawodowemu osób z niepełnosprawnością (m.in. Brzezińska i in., 2008; Korzon, Klaczak, 1993; Otrębski, 1997, 2007, 2008), postawom osób pełnosprawnych wobec osób z niepełnosprawnością i ich integracji społecznej (Błęszyńska, 1997; Chrzanowska,

1993; Nowicka, 2005; Ochronczenko, 2005; Osik-Chudowska, 2010; Sękowski, 1991, 1992, 1994; Zasepa, 1998; Zaborniak-Sobczak, 2009). Dotychczas przeprowadzone badania w grupie osób z uszkodzeniem słuchu dotyczyły przede wszystkim: wpływu uszkodzenia słuchu na postawy społeczne młodzieży niesłyszącej (Dryżałowska, 1990) i integrację społeczną (Czyż, 2015; Dryżałowska, 2015); stosunku osób niesłyszących do ludzi słyszących (Korzon, 1984; Dryżałowska 1987), częstości kontaktów osób z wadą słuchu ze światem ludzi słyszących (Hoffmann, 1967), sposobu spędzania czasu wolnego i umiejętności porozumiewania się niesłyszących ze słyszącymi (Korzon, Klaczak, 1993), stresu i radzenia sobie z nim (Janiszewska i in., 2016), funkcjonowania społecznego osób z wadą słuchu (Wójcik, 2008), funkcjonowania małżeństw mieszanych (osoba z niepełnosprawnością słuchową – osoba pełnosprawna) (Bartnikowska, 2004), funkcjonowania osób niesłyszących w związkach małżeńskich (Bartnikowska, Mickiewicz, 2009), sytuacji społecznej i rodzinnej słyszących dzieci niesłyszących rodziców (Bartnikowska, 2010), badania przeprowadzone wśród studentów z niepełnosprawnością słuchową dotyczące poczucia samotności (Müller, 2012), a także stylów przywiązania (Müller, 2013). Na uwagę zasługują również badania przeprowadzone przez Marię Chodkowską (1991). Autorka badała codzienne funkcjonowanie kobiet z niepełnosprawnością słuchową, wzrokową i ruchową na podstawie prowadzonych przez nich pamiętników.

Badania dotyczące funkcjonowania osób z niepełnosprawnością narządu słuchu, zarówno kobiet, jak i mężczyzn, w bliskich relacjach interpersonalnych, są niestety rzadko prowadzone. Natomiast weryfikacja problemów osób z niepełnosprawnością słuchu w takich dziedzinach życia, jak relacje międzyludzkie, rodzicielstwo i seksualność umożliwi skonstruowanie i wdrożenie programów edukacyjnych dla tej grupy osób. Takie ujęcie tematu pozwoli w przyszłości – poprzez wzmacnianie odpowiednich

kompetencji społecznych oraz innych zasobów psychologicznych – lepiej i skuteczniej pomagać osobom z niepełnosprawnością słuchu w pełnieniu ról społecznych, szczególnie w małżeństwie i rodzinie.

Punkt odniesienia dla projektu badań własnych stanowi teoria Cindy Hazan i Philipa Shavera (1994), która zakłada istnienie trzech stylów przywiązaniowych: bezpiecznego, ambiwalentno-lękowego i unikowego. Powstała ona na podstawie teorii przywiązania Johna Bowlby'ego. Autor ten uznał, że wczesne relacje dziecka z opiekunami warunkują relacje w związkach w późniejszym życiu – jak również wpływają ogólnie na sposób funkcjonowania. John Bowlby uważał, że każdy człowiek ma własny styl przywiązania. Style te ściśle wiążą się z wewnętrznym obrazem samego siebie i świata, otoczenia (Bowlby, 2007; Plopa, 2005; Plopa, 2008a). Cindy Hazan i Philip Shaver (1994) przedstawili teorię określającą romantyczną miłość i więź między partnerami jako proces przywiązaniowy, w którym występują podobne rodzaje indywidualnych zróżnicowań jak w przywiązaniu między niemowlęciem a podstawowym opiekunem. Teoria przywiązania zakłada, że wzór przywiązania jako wewnętrzny aktywny model kreuje wczesne doświadczenie, od którego zależy późniejsza jakość funkcjonowania jednostki w różnych relacjach interpersonalnych. Doświadczenie dzielone z obiektem przywiązania jest jednocześnie jednym z ważnych predyktorów przyszłego emocjonalnego funkcjonowania (Tarabulsy i in., 1996). Zatem przywiązanie może być traktowane jako prototyp relacji społecznych również w okresie dorosłości (Plopa, 2005). Ponadto badania pokazują, iż prezentowane style przywiązania w dorosłości są podobne do stylów przywiązania w dzieciństwie (Belsky, Cassidy, 1994; Thompson, 1999; Goldberg, 2000). Cindy Hazan i Philip Shaver (1987) zauważyli, że osobista historia relacji przywiązaniowych w dzieciństwie wpływa na głębokość i formę osamotnienia dorosłych. Wiele dorosłych osób

samotnych wspomina swoje dzieciństwo jako trudne czy zaburzone ze względu na dystansujące zachowania jednego lub obojga rodziców. Funkcjonowanie ludzi w bliskich związkach ujawnia się różnorodnie, zależnie od indywidualnych różnic, mających bogate uwarunkowania. Stąd też styl przywiązaniowy, jaki prezentują poszczególne osoby, może mieć różne źródła (Plopa, 2008a).

Tabela 1. Operacjonalizacja zmiennych

Badana zmienna	Wymiary	Operacjonalizacja
Cechy osobowości	neurotyczność, ekstrawersja, ugodowość, sumienność, otwartość na doświadczenia	Inwentarz Osobowości <i>NEO-FFI</i> P.T. Costa i R.R. McCrae, w polskiej adaptacji: B. Zawadzkiego, J. Strelau, P. Szczepanika i M. Śliwińskiej (1998)
Poczucie bezpieczeństwa i prężność osobowa	czynnik bliskości, czynnik stabilności, czynnik zaufania do siebie, uśredniony wskaźnik poczucia bezpieczeństwa, prężność osobowa	Kwestionariusz Poczucia Bezpieczeństwa i Prężności Osobowej <i>KPB-PO</i> Z. Uchnast (2004)
Oczekiwania związane z pełnieniem ról rodzinnych	oczekiwania partnerskie, wywiązywanie się z ról rodzinnych, prognoza niepowodzenia, oczekiwania rodzicielskie	Skala Oczekiwań Rodzinnych (<i>SOR</i>) D. Müller (2010)
Kompetencje społeczne	kompetencje społeczne – wynik ogólny oraz trzy wyniki cząstkowe – ekspozycja społeczna, intymność, asertywność	Kwestionariusz Kompetencji Społecznych (<i>KKS</i>) A. Matczak (2001)
Funkcjonowanie w relacjach interpersonalnych	trzy style przywiązania: styl bezpieczny, styl ambiwalentno-lękowy, styl unikający	Kwestionariusz Stylów Przywiązaniowych (<i>KSP</i>) M. Plopa (2005)
	poczucie samotności: wynik ogólny oraz trzy aspekty poczucia samotności: społecznej, emocjonalnej i egzystencjalnej	Skala do Badania Samotności (<i>SBS</i>) – Z. Dołęga (2003)

Przedmiotem analiz w niniejszej monografii będzie empiryczna weryfikacja związków pomiędzy następującymi zmiennymi (Operacjonalizacja zmiennych została zawarta w tabeli 1):

- **Zmienne wyjaśniające:** cechy osobowości, poczucie bezpieczeństwa i prężność osobowa, oczekiwania związane z pełnieniem ról rodzinnych, kompetencje społeczne;
- **Zmienne wyjaśniane:** funkcjonowanie w relacjach interpersonalnych (style przywiązania, poczucie samotności);
- **Dodatkowe zmienne kontrolowane:** wiek i płeć badanych, czas trwania związku (poprzedniego i obecnego), niepełnosprawność słuchu (stopień uszkodzenia słuchu, korzystanie z aparatu słuchowego, sposób porozumiewania się z innymi ludźmi, moment uszkodzenia narządu słuchu w stosunku do rozwoju mowy oraz przyczyny uszkodzenia słuchu).

Studenci z niepełnosprawnością słuchu nie stanowią jednolitej grupy pod względem sposobu funkcjonowania w relacjach interpersonalnych. Specyficzność osób z uszkodzeniami słuchu polega przede wszystkim na trudnościach w porozumiewaniu się z innymi ludźmi (porozumiewanie jest możliwe za pomocą Polskiego Języka Migowego lub Systemu Językowo-Migowego), niemożności odróżniania i rozpoznawania słów, czytanie z ruchu warg, wadliwa wymowa (czasami niezrozumiała dla innych słyszących), u nadawcy (słyszącego) staranne wypowiadanie poszczególnych wyrazów. Bariera językowa jest pierwszym i kluczowym ograniczeniem, jakie napotykają te osoby, szczególnie w budowaniu relacji interpersonalnych.

W związku z tym postawiono następujące pytania badawcze:

Jakie style funkcjonowania w bliskich relacjach można wyróżnić w badanej grupie młodych osób z uszkodzeniami słuchu?

Czy i w jaki sposób studenci z uszkodzeniami słuchu zróżnicowani ze względu na styl funkcjonowania w bliższych relacjach będą się różnili w zakresie analizowanych zmiennych psychologicznych?

Do pytań badawczych hipotez nie postawiono ze względu na ich eksploracyjny charakter.

2. CHARAKTERYSTYKA WYKORZYSTANYCH METOD

2.1. Inwentarz osobowości NEO-FFI P.T. Costy i R.R. McCrae

Kwestionariusz służy do diagnozy cech osobowości uwzględnionych w pięcioczynnikowym modelu osobowości tzw. Wielkiej Piątce (*NEO-FFI*) Paula T. Costy i Roberta R. McCrae. Autorami polskiej adaptacji *NEO-FFI* są Zawadzki, Strelau i in. (1998; Zawadzki, Strelau, Szczepaniak, 1995).

Kwestionariusz składa się z 60 twierdzeń o charakterze samoopisowym, których prawdziwość w stosunku do własnej osoby badany ocenia na skali pięciostopniowej. Pozycje te stanowią pięć skal mierzących: neurotyczność, ekstrawersję, otwartość na doświadczenie, ugodowość i sumienność.

Neurotyczność (*NEU*) bada przystosowanie emocjonalne vs. emocjonalne niezrównoważenie – podatność na doświadczanie negatywnych emocji, takich jak strach, zmieszanie, niezadowolenie, gniew, poczucie winy oraz wrażliwość na stres psychologiczny.

Ekstrawersja (*EKS*) mierzy jakość i ilość interakcji społecznych oraz poziom aktywności, energii i zdolności do odczuwania pozytywnych emocji.

Otwartość na doświadczenia (*OTW*) – bada tendencje jednostki do poszukiwania i pozytywnego wartościowania

doświadczeń życiowych, tolerancję wobec nowości i ciekawość poznawczą.

Ugodowość (UGO) – skala badająca pozytywne *vs.* negatywne nastawienie do innych ludzi, orientację interpersonalną przejawiającą się w altruizmie *vs.* antagonizmie, doświadczanych w uczuciach, myślach i działaniu.

Sumienność (SUM) – mierzy cechę osobowości charakteryzującą stopień zorganizowania, wytrwałości i motywacji jednostki w działaniach zorientowanych na cel.

Każda z wyżej opisanych skal składa się z 12 itemów. Osoba badana zaznacza swoją odpowiedź na skali 5-stopniowej (Zawadzki, Strelau i in., 1998).

Rzetelność testu w adaptacji polskiej mierzona alfa Cronbacha wynosi: dla neurotyczności – 0,80, 0,77 dla ekstrawersji, 0,68 dla otwartości, 0,68 dla ugodowości oraz 0,82 dla sumienności.

Trafność *NEO-FFI* wykazano na podstawie badań nad związkiem między wynikami kwestionariusza a ocenami osób badanych dokonywanymi przez obserwatorów, odziedziczalnością mierzonych cech oraz ich korelowaniem z innymi wymiarami osobowości i temperamentu; sprawdzano też trafność czynnikową.

2.2. Kwestionariusz Poczucia Bezpieczeństwa i Prężności Osobowej *KPB-PO* Z. Uchnasta

Kwestionariusz Poczucia Bezpieczeństwa i Prężności Osobowej *KPB-PO* Zenona Uchnasta służy do pomiaru syndromu poczucia bezpieczeństwa i prężności osobowej. Kwestionariusz ten powstał na podstawie Czynnikowego Kwestionariusza Poczucia Bezpieczeństwa – *KPB* (Uchnast, 1990) służącego do pomiaru syndromu poczucia bezpieczeństwa oraz na podstawie teorii motywacji Masłowa i teorii „prężności ego” Blocka. Kwestionariusz składa się z 30 twierdzeń. Za pomocą kwestionariusza obliczyć można pięć wskaźników:

(1) *Bl* – *czynnik bliskości* (10 itemów) mierzy zaspokojenie potrzeby przynależności i osobistej więzi z najbliższym otoczeniem; poczucie bliskości i otwartości na bezpośrednie kontakty z otoczeniem.

(2) *St* – *czynnik stabilności* (10 itemów) mierzy zaspokojenie potrzeby bezpiecznego funkcjonowania w codziennym życiu; zdolność do zapewnienia sobie możliwie uporządkowanego funkcjonowania, możliwości przewidywania i wpływu na bieg zdarzeń i spraw, w których się uczestniczy.

(3) *Zs* – *czynnik zaufania do siebie* (10 itemów) mierzy zaspokojenie potrzeby szacunku do siebie; poczucie kompetencji, wewnętrznej spójności, afirmacji własnej indywidualności, osobistych preferencji i zaufania do umiejętności radzenia sobie w życiu we właściwy dla siebie sposób.

(4) *PB* – *uśredniony wskaźnik poczucia bezpieczeństwa* mierzy zaspokojenie podstawowych potrzeb psychicznych i motywacyjne predyspozycje do spontanicznej samoaktualizacji; dbałość o dobre samopoczucie, odpowiednią pozycję w otoczeniu i efektywne wykorzystanie własnych sprawności i uzdolnień do skutecznego radzenia sobie z realizacją ważnych dla siebie zadań życiowych.

(5) *PO* – *prężność osobowa* mierzy poczucie bliskości i zaufania w stosunku do innych, otwartość na sprawy bieżące i odpowiedzialne angażowanie się w nich; poczucie zadowolenia z życia, śmiałość, odwaga i poczucie kompetencji, ponadto zdolność do zachowania spokoju i przytomności umysłu oraz szybkiego odzyskiwania równowagi emocjonalnej w sytuacjach nowych i trudnych, poczucie siły i gotowość do podejmowania ryzyka.

Kwestionariusz *KPB-PO* posiada satysfakcjonujące właściwości psychometryczne. Współczynniki rzetelności-stałości (r Spearmana) wynoszą odpowiednio: *Bl* $r_{tt} = 0,90$; *St* $r_{tt} = 0,84$; *Zs* $r_{tt} = 0,87$; *PB* $r_{tt} = 0,92$; *PO* $r_{tt} = 0,84$ (Uchnast, 1997, 1998).

2.3. Kwestionariusz Kompetencji Społecznych KKS

A. Matczak

Kwestionariusz Kompetencji Społecznych KKS w opracowaniu Anny Matczak służy do oceny kompetencji społecznych rozumianych jako nabyte umiejętności, warunkujące efektywność funkcjonowania człowieka w różnych sytuacjach społecznych. Kwestionariusz składa się z 90 twierdzeń (w tym 60 diagnostycznych i 30 buforowych).

W skład kwestionariusza wchodzi trzy skale:

- I – intymność, mierzy kompetencje warunkujące efektywność zachowań w sytuacjach bliskiego kontaktu interpersonalnego, związane z „ujawnianiem się partnerów np. zwieranie się z osobistych problemów czy wysłuchiwanie tego rodzaju zwierzeń” (Matczak, 2001, s. 11); 15 pozycji;
- ES – ekspozycja społeczna, mierzy kompetencje warunkujące efektywność zachowań w sytuacjach ekspozycji społecznej, np. „bycie obiektem uwagi i potencjalnej oceny ze strony wielu osób” (Matczak, 2001, s. 11); 18 pozycji;
- A – mierzy kompetencje warunkujące efektywność zachowań w sytuacjach wymagających asertywności, tj. „realizowanie własnych celów czy potrzeb przez wywieranie wpływu na innych lub opieranie się wpływowi innych” (Matczak, 2001, s. 11); 17 pozycji.

Rezultaty badania można ujmować zarówno w formie wyniku ogólnego, jak i pod postacią trzech wyników częściowych informujących o poszczególnym rodzaju kompetencjach.

Test posiada satysfakcjonujące właściwości psychometryczne, które zostały obliczone dla trzech grup: osobno dla kobiet i mężczyzn – uczniów szkół średnich, studentów oraz osób dorosłych niebędących studentami. Zgodność wewnętrzna poszczególnych skal jest wysoka i wynosi od 0,74 do 0,84 dla intymności, od 0,88 do 0,91

dla ekspozycji społecznej, od 0,83 do 0,87 dla asertywności. Zgodność wewnętrzną wyniku łącznego w trzech badanych grupach jest również wysoka i wynosi od 0,93 do 0,95. Trafność kwestionariusza została potwierdzona głównie na drodze analizy czynnikowej oraz porównań międzygrupowych.

2.4. Skala Oczekiwań Rodzinnych *SOR* D. Müller

Skala Oczekiwań Rodzinnych jest metodą przeznaczoną do badania oczekiwań związanych z pełnieniem ról rodzinnych (partnerskich, małżeńskich i rodzicielskich) oraz ich nasilenia. Została opracowana przez autorkę pracy Dianę Müller i jest oparta na wynikach badań empirycznych przeprowadzonych na grupie 207 studentów Uniwersytetu Łódzkiego, w okresie od czerwca do października 2010 r. Badania miały charakter anonimowy i dobrowolny, zostały przeprowadzone grupowo w trakcie zajęć akademickich oraz indywidualnych spotkań. Wśród osób badanych 64,25% stanowiły kobiety ($N = 133$), a 35,75% – mężczyźni ($N = 74$). Zróżnicowanie wieku w badanej grupie mieściło się w przedziale od 19 do 29 lat. Średnia wieku w badanej grupie wynosiła 22,58. Zdecydowaną większość respondentów stanowiły osoby pełnosprawne – 70,00% ($N = 143$), natomiast osoby z niepełnosprawnością – 30,00% ($N = 64$).

Pierwotna wersja skali składała się z 52 itemów. Analiza czynnikowa wyników badań metodą głównych składowych (metoda rotacji – Varimax z normalizacją Kaisera) pozwoliła na wyodrębnienie czterech czynników. Jako kryterium włączenia danego twierdzenia do określonego czynnika przyjęto wartość ładunku co najmniej 0,50 przy jednoczesnych ujemnych lub niskich ładunkach w pozostałych czynnikach.

Wersja ostateczna skali składa się z 32 itemów. Mają one postać zdań twierdzących i opisują różne aspekty pełnienia

ról rodzinnych i małżeńskich. Pełny tekst skali załączono w aneksie 1.

Zadaniem osoby badanej jest ocena na skali siedmio-stopniowej, w jakim stopniu okoliczności wymienione w twierdzeniu dotyczą jej osoby (od 1 – „jestem pewien, że tak nie będzie” do 7 – „jestem pewien, że tak będzie”).

Skala ujmuje następujące czynniki:

Oczekiwania partnerskie (relacyjne) – OP (10 itemów) mierzy nasilenie pozytywnych oczekiwań związanych z pełnieniem ról partnerskich (męża/żony), takich jak otrzymywanie wsparcia, lojalność, uczciwość, zaufanie, rozumienie potrzeb, wspólne tematy do rozmów, intymność, przyjaźń.

Wywiązywanie się z ról rodzinnych – W (9 itemów) mierzy nasilenie pozytywnych oczekiwań związanych z wywiązywaniem się z ról rodzinnych, tj. zapewnienie rodzinie poczucia bezpieczeństwa, zabezpieczenia materialnego i życia na dostatecznie dobrym poziomie oraz umiejętność zaspokojenia potrzeb dzieci.

Prognoza niepowodzenia – PN (8 itemów) mierzy nasilenie oczekiwań związanych z sytuacjami konfliktowymi, występowaniem agresji oraz obawami o trwałość i powodzenie relacji.

Oczekiwania rodzicielskie – OR (5 itemów) mierzy nasilenie pozytywnych oczekiwań związanych z pełnieniem roli matki/ojca, tj. założenie rodziny i posiadanie dzieci, sprostanie wychowaniu dzieci.

Narzędzie to posiada umiarkowane i wysokie wskaźniki zgodności wewnętrznej. Współczynnik zgodności wewnętrznej alfa Cronbacha w badaniu 207 studentów wyniósł $\alpha = 0,92$ dla skali oczekiwania partnerskie (*OP*) $\alpha = 0,90$, wywiązywanie się z ról rodzinnych (*WR*) $\alpha = 0,54$, prognoza niepowodzenia (*PN*) $\alpha = 0,85$, oczekiwania rodzicielskie (*OR*) $\alpha = 0,74$. Tabela 2. zawiera statystyki opisowe i współczynniki rzetelności dla poszczególnych podskal *SOR*.

Tabela 2. Statystyki opisowe i współczynniki rzetelności dla poszczególnych podskal SOR

Podskala	Liczba itemów	M	SD	MIN	MAX	α -Cronbacha
Oczekiwania partnerskie	10	53,40	7,75	33	65	0,90
Wywiązanie się z ról rodzinnych	9	49,55	8,77	19	63	0,54
Prognoza Niepowodzenia	8	18,61	7,95	8	49	0,85
Oczekiwania Rodzicielskie	5	26,32	5,72	11	35	0,74

Objaśnienia: M – średnia; SD – odchylenie standardowe; MIN – wartość minimalna; MAX – wartość maksymalna

Źródło: badania własne.

2.5. Skala do Badania Poczucia Samotności SBS

Z. Dołęgi

Skala do Badania Poczucia Samotności autorstwa Zofii Dołęgi (2003) składa się z 60 itemów, podzielonych na trzy zestawy po 20 twierdzeń, odnoszących się do wyróżnionych kategorii wypowiedzi, wskazujących samotność społeczną (*Sp*), emocjonalną (*Se*) i egzystencjalną (*Seg*). Rezultaty badania można ujmować również w formie wyniku ogólnego, który jest prostą sumą trzech wyróżnionych wymiarów poczucia samotności.

Samotność społeczna (*Sp*) – mierzy podmiotową ocenę poziomu relacji z osobami z otoczenia społecznego, np. rodziną, mężem czy żoną, rodzicami, współpracownikami czy nauczycielami lub sąsiadami jak również nasilenie przeżywania poczucia izolacji i marginalizacji.

Samotność emocjonalna (*Se*) – mierzy negatywną ocenę siebie jako partnera interakcji społecznych, przekonanie o własnych niskich kompetencjach społecznych i pozytywn-

nych uczuciach w relacjach z ważnymi dla jednostki osobami, z którymi łączy ją relacja intymności.

Samotność egzystencjalna (*Seg*) – mierzy doświadczanie poczucia braku identyfikacji z wartościami, normami i celami życiowymi, brak integracji z innymi ludźmi oraz brak zakotwiczenia w świecie oraz w szerszym kontekście społecznym.

Osoba badana ustosunkowuje się do każdego z itemów na czterostopniowej skali z zastosowaniem wariantów odpowiedzi od „całkowicie nie zgadzam się” do „całkowicie zgadzam się”. Metoda ta posiada wysokie wskaźniki zgodności wewnętrznej: dla *Sp* α -Cronbacha wynosi 0,904, dla *Se* α = 0,865, dla *Seg* α = 0,799 oraz dla globalnego poczucia samotności α = 0,941 (Dołęga, 2003). Pełny tekst metody podano w aneksie 1.

2.6. Kwestionariusz Stylów Przywiązaniowych KSP

M. Plopy

Kwestionariusz Stylów Przywiązaniowych autorstwa Mieczysława Plopy (2005) przeznaczony jest do badania stylów przywiązaniowych w relacjach partnerskich (romantycznych). W skład kwestionariusza wchodzi 24 stwierdzenia, po osiem dla każdej z trzech skal pozwalających na diagnozowanie różnych stylów przywiązaniowych: stylu bezpiecznego, stylu lękowo-ambiwalentnego oraz stylu unikowego. Osoba badana ustosunkowuje się do każdego ze stwierdzeń na siedmiostopniowej skali.

Bezpieczny styl przywiązania (*SB*) – cechuje się odczuwaniem wysokiego poziomu satysfakcji w relacji z partnerem. Oparty jest na przeświadczeniu o dostępności partnera w sytuacjach trudnych, ważnych, kryzysowych. Często występuje wzajemne okazywanie sobie bliskości i czułości. Nie występuje opór przed zachowaniem partnera zmierzającym do większej bliskości.

Ambiwalentno-lękowy styl przywiązania (*SAL*) – cechuje się często występującym niepokojem o trwałość związku z partnerem. Występuje obawa przed utratą partnera, wzmożona czujność, zamartwianie się, że związek może nie być dla partnera atrakcyjny, że może on poszukiwać alternatywnych relacji. Stany niepokoju nasilają się, gdy partner nie zachowuje się zgodnie z oczekiwaniami, na przykład nie jest wystarczająco opiekuńczy, czuły i wspierający. Obawy te nie muszą mieć obiektywnego uzasadnienia, wynikają najczęściej z obniżonego poczucia bezpieczeństwa, przewrażliwienia na punkcie relacji ja – partner.

Unikowy styl przywiązania (*SU*) – cechuje się brakiem tendencji do nawiązywania z partnerem bliskich, otwartych relacji. Osoba odczuwa zażenowanie, zdenerwowanie, gdy partner daje jej do zrozumienia, że oczekuje bliskości bądź też przejawia wyraźne zachowania w tym kierunku.

Narzędzie to posiada umiarkowane i wysokie wskaźniki zgodności wewnętrznej: 0,91 – dla bezpiecznego stylu przywiązania, 0,78 – dla lękowo-ambiwalentnego stylu przywiązania oraz 0,80 dla unikowego stylu przywiązania. Trafność: badana trafność kryterialna (jako kryteria m.in.: satysfakcja z małżeństwa, staż małżeński, jakość komunikacji w małżeństwie); korelacje z kwestionariuszami osobowości (*NEO-FFI*, 16 PF), także z Kwestionariuszem Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych *CISS* (Plopa, 2008b).

2.7. Arkusz danych demograficznych D. Müller

Arkusz danych demograficznych, opracowany przez autorkę pracy Dianę Müller (2010), składa się z 24 pytań zarówno otwartych, jak i zamkniętych, podzielonych na trzy części. Pierwsza część (13 itemów) zawierała pytania o płeć, wiek badanych, miejsce zamieszkania, kierunek, tryb i rok studiów, nazwę uczelni, czas trwania związku aktualnego i poprzed-

niego. Druga część (4 itemy) dotyczyła stopnia, rodzaju i przyczyny niepełnosprawności. Natomiast trzecia część (7 itemów) dotyczyła niepełnosprawności słuchu, w tym stopnia uszkodzenia słuchu, korzystania z aparatu słuchowego, urządzeń przybliżających dźwięk i pomocy tłumacza języka migowego w trakcie zajęć akademickich, sposobu porozumiewania się z innymi ludźmi, momentu uszkodzenia narządu słuchu w stosunku do rozwoju mowy oraz przyczyny uszkodzenia słuchu (pełen tekst metody zamieszczono w aneksie 1).

3. ORGANIZACJA I PRZEBIEG BADAŃ

Zastosowano celowy dobór próby badawczej – kontaktowano się osobiście z przedstawicielami uczelnianych biur ds. osób niepełnosprawnych z prośbą o rozpowszechnienie informacji o prowadzonych badaniach i pomoc w pozyskaniu osób chętnych, aby wziąć w nich udział. Badania miały charakter anonimowy. Prowadzone były osobiście przez autorkę niniejszej monografii w trakcie trwania zajęć akademickich i indywidualnych spotkań ze studentami, podczas których obecny był również tłumacz języka migowego. Niejednokrotnie należało studentom (z niepełnosprawnością słuchu) tłumaczyć treść stwierdzeń z poszczególnych metod, szczególnie tych, które wymagały myślenia abstrakcyjnego. Uświadomiło to autorce niniejszej monografii, że dostępne narzędzia i testy psychologiczne nie są odpowiednio dostosowane do potrzeb i ograniczeń osób z uszkodzeniami słuchu. Jest to pewnego rodzaju wyzwanie dla badaczy, aby stworzyć takie metody diagnostyczne, które osoby z wadą słuchu byłyby w stanie w pełni samodzielnie wypełnić.

Badania prowadzono wśród studentów z niepełnosprawnością słuchu¹, w następujących uczelniach wyższych:

1 Ogółem przebadano 247 osób, z czego odrzucono 139 protokołów – ze względu na niekompletność badań lub niespełnienie warunków ba-

- Akademia Górniczo-Hutnicza w Krakowie,
- Akademia Pedagogiki Specjalnej w Warszawie,
- Politechnika Łódzka,
- Uniwersytet Łódzki,
- Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie,
- Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach,
- Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie,
- Uniwersytet Wrocławski,
- Wyższa Szkoła Biznesu – NLU w Nowym Sączu,
- Wyższa Szkoła Pedagogiczna w Łodzi.

Badani otrzymali ogólną informację o naukowym celu i przeznaczeniu wyników badań. Do każdej z metod dołączono oddzielną instrukcję, dotyczącą sposobu wypełniania testów. Załączono również arkusz danych demograficznych, który został opisany w poprzednim paragrafie. Testy wypełniane były anonimowo z uwagi na fakt, że wiele twierdzeń znajdujących się w poszczególnych skalach i kwestionariuszach dotyczyło spraw osobistych.

4. CHARAKTERYSTYKA BADANYCH OSÓB

Badaniami zostało objętych 62 studentów z niepełnością słuchu. Badania wykonano w Krakowie, Lublinie, Łodzi, Nowym Sączu, Siedlcach, Warszawie i Wrocławiu.

dania (kryterium wieku 19–30 lat, doświadczenie bycia w bliskim związku, student/absolwent). Tak więc zakwalifikowano 128 osób. Na potrzeby niniejszej monografii wykorzystano jedynie wyniki analiz z udziałem osób z uszkodzeniami słuchu (N = 62). Pierwotnie w badaniach uczestniczyli również studenci pełnosprawni (N = 66), z uwagi na fakt, że problematyka rozprawy doktorskiej dotyczyła specyfiki funkcjonowania w relacjach interpersonalnych. Studenci pełnosprawni stanowiący grupę kontrolną cechowali się podobieństwem do grupy klinicznej pod względem wieku i doświadczenia bycia w bliskim związku.

Tabela 3. Rozkład częstości – płeć osób badanych

Płeć	N	%
Kobiety	42	67,7
Mężczyźni	20	32,3
Ogółem	62	100,0

Objaśnienia: N – liczba osób badanych; % – procent próby.

W grupie studentów z niepełnosprawnością słuchu kobiety stanowiły 67,7% (N = 42), mężczyźni zaś 32,3% (N = 20).

Tabela 4. Rozkład częstości – liczebność grup wiekowych

Grupa wiekowa	N	%
19–21	24	38,7
22–24	30	48,4
25–30	8	12,9
Ogółem	62	100,0

Objaśnienia: N – liczba osób badanych; % – procent próby.

Najliczniej reprezentowane były osoby znajdujące się w grupie wiekowej 22–24 lata (46,8%). Wśród studentów z niepełnosprawnością słuchu najmniej licznie reprezentowaną grupą wiekową jest 25–30 lat (12,9%).

Tabela 5. Rozkład częstości – Tryb studiów

Tryb studiów	N	%
Stacjonarne	50	80,6
Niestacjonarne	12	19,4
Ogółem	62	100,0

Objaśnienia: N – liczba osób badanych; % – procent próby.

Znaczna większość badanych osób studiuje w systemie stacjonarnym (80,6%).

Tabela 6. Rozkład częstości – Kierunek studiów w badanej grupie

Kierunek studiów	N	%
Pedagogika	24	38,7
Psychologia	1	1,6
Informatyka	12	19,4
Zarządzanie	5	8,1
Historia	3	4,8
Finanse i Rachunkowość	2	3,2
Telekomunikacja	2	3,2
Prawo	1	1,6
Stosunki Gospodarcze	1	1,6
Geografia	1	1,6
Automatyka i Robotyka	1	1,6
Stosunki Międzynarodowe	1	1,6
Bibliotekoznawstwo	1	1,6
Administracja	1	1,6
Matematyka	1	1,6
Fizyka	1	1,6
Budownictwo	1	1,6
Wzornictwo	1	1,6
Socjologia	1	1,6
Filologia Polska	1	1,6
Ogółem	62	100,0

Objaśnienia: N – liczba osób badanych; % – procent próby.

Najliczniej reprezentowane były osoby studiujące pedagogikę (38,7%) oraz informatykę (19,4%).

Tabela 7. Rozkład częstości – Miejsce studiowania

Nazwa uczelni	N	%
Wyższa Szkoła Pedagogiczna w Łodzi	1	1,6
Wyższa Szkoła Biznesu-NLU w Nowym Sączu	1	1,6
Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach	23	37,1
Uniwersytet Łódzki	22	35,5
Politechnika Łódzka	4	6,5
Akademia Górniczo-Hutnicza w Krakowie	3	4,8
Akademia Pedagogiki Specjalnej w Warszawie	3	4,8
Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej	2	3,2
Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie	2	3,2
Uniwersytet Wrocławski	1	1,6
Ogółem	62	100,0

Objaśnienia: N – liczba osób badanych; % – procent próby.

Najliczniejszą grupę wśród studentów z niepełnością słuchu stanowiły osoby studiujące w Uniwersytecie Przyrodniczo-Humanistycznym w Siedlcach (18%) oraz na Uniwersytecie Łódzkim (17,2%). Najmniej liczną grupę wśród osób z niepełnosprawnością słuchu stanowili studenci Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Łodzi, Wyższej Szkoły Biznesu-NLU w Nowym Sączu oraz z Uniwersytetu Wrocławskiego.

Tabela 8. Rozkład częstości – Rok i stopień studiów w badanych grupach

Rok studiów		Grupa	
		N	%
Studia licencjackie	1	23	37,1
	2	15	24,2
	3	7	11,3
Razem		45	72,6
Studia inżynierskie	2	3	4,8

Rok studiów		Grupa	
		N	%
Studia uzupełniające magisterskie	1	5	8,1
	2	1	1,6
Razem		6	9,7
Jednolite studia magisterskie		2	8
Ogółem		62	100,0

Objaśnienia: N – liczba osób badanych; % – procent próby.

Większość badanych osób kształci się na studiach licencjackich (72,6%). Wśród studentów z niepełnosprawnością słuchu najmniej liczna okazała się grupa osób studiujących na studiach inżynierskich.

Tabela 9. Rozkład częstości – Czas trwania związku obecnego i poprzedniego w badanych grupach

Dane		Poprzedni związek		Obecny związek	
		N	%	N	%
NIE		19	30,6	22	35,5
T A K	do 6 miesięcy	15	24,2	11	17,7
	7–12 miesięcy	6	9,7	8	12,9
	1–3 lata	17	27,4	10	16,1
	3–5 lat	4	6,5	6	9,7
	powyżej 5 lat	1	1,6	5	8,1
OGÓLEM		62	100,0	62	100,0

Objaśnienia: N – liczba osób badanych; % – procent próby.

Staż związku „obecnego” wśród studentów z niepełnosprawnością słuchu najczęściej wynosi do 6 miesięcy. Staż związku „poprzedniego” najczęściej wynosił powyżej roku, ale mniej niż 3 lata. 35,5% studentów z niepełnosprawnością słuchu nie jest obecnie w żadnym związku. Dla 30,6% studentów z niepełnosprawnością słuchu obecny związek jest pierwszym i jedynym w ich życiu.

Tabela 10. Rozkład częstości – Niepełnosprawność partnera w poprzednim i obecnym związku wśród studentów z niepełnosprawnością słuchu

Niepełnosprawność partnera	Poprzedni związek		Obecny związek	
	N	%	N	%
Tak	15	24,2	19	30,6
Nie	47	75,8	43	69,4
Ogółem	62	100,0	62	100,0

Objaśnienia: N – liczba osób badanych; % – procent próby.

24,2% (N = 15) studentów z niepełnosprawnością słuchu uprzednio tworzyło związek również z osobą z niepełnosprawnością. Obecnie 30,6% (N = 19) studentów z niepełnosprawnością słuchu związanych jest również z osobą z niepełnosprawnością. W obydwu przypadkach było to również uszkodzenie narządu słuchu.

Tabela 11. Rozkład częstości – Stopień niepełnosprawności badanych studentów

Stopień niepełnosprawności	Liczebność	
	N	%
Lekki	6	4,7
Umiarkowany	49	38,3
Znaczny	7	5,5
Ogółem	62	100,0

Objaśnienia: N – liczba osób badanych; % – procent próby.

Większość studentów z niepełnosprawnością słuchu posiada umiarkowany stopień niepełnosprawności (38,3%). Druga co do liczebności grupa posiada stopień znaczny – 5,5% respondentów, natomiast stopień lekki – 4,7% studentów.

Tabela 12. Rozkład częstości – Moment uszkodzenia słuchu względem stopnia rozwoju mowy wśród studentów z niepełnosprawnością słuchu

Uszkodzenie słuchu	Liczebność	
	N	%
Prelingwalne (do 2–3 roku życia)	30	48,4
Perylingwalne (3–6 rok życia)	31	50,0
Postlingwalne (po 6 roku życia)	1	1,6
Ogółem	62	100,0

Objaśnienia: N – liczba osób badanych; % – procent próby.

Najliczniej reprezentowane były osoby z perylingwalnym uszkodzeniem słuchu (50,0%), co oznacza, że utraciły słuch w trakcie rozwoju mowy, oraz osoby z prelingwalnym uszkodzeniem słuchu (48,4%), czyli powstałym przed opanowaniem mowy ustnej. Tylko jedna osoba (1,6%) utraciła słuch w momencie, gdy mowa była u niej rozwinięta.

Tabela 13. Rozkład częstości – Rodzaj niepełnosprawności w badanej grupie

Rodzaj niepełnosprawności	Liczebność	
	N	%
Słuchu	58	93,5
Słuchu i wzroku	1	1,6
Słuchu i mowy	3	4,8
Ogółem	62	100,0

Objaśnienia: N – liczba osób badanych; % – procent próby.

Znaczna większość badanych studentów (93,5%) ma uszkodzenie tylko narządu słuchu. 4,8% studentów deklaruje uszkodzenie dotyczące zarówno słuchu, jak i mowy. Jeden student (1,6%) ma uszkodzony narząd słuchu i wzroku.

Tabela 14. Rozkład częstości – Stopień uszkodzenia słuchu w badanej grupie

Stopień uszkodzenia słuchu	Liczebność	
	N	%
20–40 dB	4	6,5
40–70 dB	17	27,4
70–90 dB	19	30,6
Powyżej 90 dB	22	35,5
Ogółem	62	100,0

Objaśnienia: N – liczba osób badanych; % – procent próby.

Najwięcej studentów (35,5%) ma uszkodzony słuch na poziomie powyżej 90 dB, co oznacza, że u tych osób występuje brak umiejętności odróżniania jakichkolwiek cech dźwięków mowy w warunkach sprzyjających słuchaniu. Druga co do liczebności (30,6%) jest grupa studentów, u których stopień uszkodzenia słuchu zawiera się w przedziale od 70 do 90 dB – osoby te spostrzegają mowę jedynie o dużym natężeniu, np. głośny krzyk. Studenci z uszkodzeniem słuchu w przedziale od 40 do 70 dB (znaczna część mowy nie jest słyszana) stanowią 27,4%. Najmniej liczna (6,5%) jest grupa studentów z uszkodzeniem na poziomie od 20 do 40 dB, są to osoby, które nie do końca poprawnie identyfikują niektóre elementy mowy potocznej.

Tabela 15. Rozkład częstości – Sposoby porozumiewania się studentów z niepełnosprawnością słuchu

Sposoby porozumiewania się	Liczebność	
	N	%
Język werbalny	37	59,7
Polski język migowy	30	48,4
System językowo-migowy	9	14,5
Fonogesty	2	3,2
Czytanie z ruchu warg	36	58,1
Pismo	6	9,7

Objaśnienia: N – liczba osób badanych; % – procent próby.

Spośród sposobów porozumiewania się najczęściej studentów wskazało język werbalny (59,7%) i czytanie z ruchu warg (58,1%). Z polskiego języka migowego korzysta 48,4% respondentów. Pozostałe sposoby to system językowo-migowy (14,5%), pismo (9,7%) oraz fonogesty (3,2%). Wyżej wymienione liczebności nie sumują się do 100,0%, ponieważ osoby badane miały możliwość wskazania więcej niż jednej odpowiedzi.

Większość studentów (85,5%) korzysta z aparatu słuchowego. Ponad połowa badanych (54,8%) korzysta z pomocy tłumacza języka migowego. Korzystanie z pętli induktofonicznych i systemów FM wspomagających słyszenie zadeklarowało 37,1% studentów. Jedynie pięć osób (8,1%) zadeklarowało, że przeszło operację wszczepienia implantu ślimakowego. Wyżej wymienione liczebności nie sumują się do 100,0%, ponieważ osoby badane miały możliwość wskazania więcej niż jednej odpowiedzi.

Tabela 16. Rozkład częstości – Środki pomocnicze ułatwiające porozumiewanie się w badanej grupie

Środek pomocniczy	Liczebność	
	N	%
Tłumacz języka migowego	34	54,8
Aparat słuchowy	53	85,5
Pętla induktofoniczne	23	37,1
Systemy FM	23	37,1
Implant ślimakowy	5	8,1

Objaśnienia: N – liczba osób badanych; % – procent próby.

Spośród przyczyn uszkodzenia słuchu najczęściej studentów (35,5%) wskazało powikłania po przyjmowaniu leków (w tym najczęściej antybiotyków takich jak np. gentamycyna). Kolejną przyczyną, która dotyczyła 19,4% respondentów, były uwarunkowania genetyczne. Choroby i czynniki okołoporodowe wskazało po 17,7% studentów.

Około 10,0% studentów utraciło słuch w wyniku wypadku i innych wad nabytych.

Tabela 17. Rozkład częstości – Przyczyna uszkodzenia słuchu studentów

Przyczyna uszkodzenia słuchu	Liczebność	
	N	%
Choroba	11	17,7
Powikłania po przyjmowaniu leków	22	35,5
Wypadek	1	1,61
Uwarunkowania genetyczne	12	19,4
Czynniki okołoporodowe	11	17,7
Inne wady nabyte	5	8,09
Ogółem	62	100,0

Objaśnienia: N – liczba osób badanych; % – procent próby.

5. ZASTOSOWANE PROCEDURY STATYSTYCZNE

Wyniki badań uzyskane przez 62 studentów z niepełnością słuchu zostały poddane analizom statystycznym w pakietach komputerowych *Statistica 10* oraz *SPSS 19* oraz *25*.

Aby wyodrębnić grupy różniące się stylem funkcjonowania w relacjach interpersonalnych, zastosowano analizę skupień do grupowania przypadków metodą *k*-średnich. W celu wykrycia grup istotnie różniących się między sobą wykonano porównania średnich post-hoc z zastosowaniem testu Najmniejszej Istotnej Różnicy (NIR) (w przypadku założenia o równości wariancji). Natomiast w przypadku braku założenia o równości wariancji wykonano porównania średnich post-hoc z zastosowaniem testu T3 Dunnetta. W celu określenia stopnia poprawnego przewidywania przynależności do grup różniących się stylem funkcyjono-

wania w relacjach interpersonalnych zastosowano model analizy dyskryminacyjnej.

Przy skalach testów Inwentarza Osobowości *NEO-FFI*, Kwestionariusza Kompetencji Społecznych *KKS*, Skali do badania Poczucia Samotności *SBS* i Kwestionariusza Stylów Przywiązaniowych *KSP* dokonano przeliczenia wyników surowych na skale standaryzowane – stenowe oraz w przypadku Kwestionariusza Poczucia Bezpieczeństwa i Prężności Osobowej *KPB-PO* na skalę T – zgodnie z normami umieszczonymi w podręcznikach do tych testów. Natomiast przy Skali Oczekiwań Rodzinnych *SOR* zastosowano wyniki uśrednione.

Rozdział IV

Psychologiczna charakterystyka grup studentów z uszkodzeniami słuchu zróżnicowanych ze względu na styl funkcjonowania w relacjach interpersonalnych

1. WYODRĘBNIENIE GRUP O RÓŻNYCH STYLACH FUNKCJONOWANIA W RELACJACH INTERPERSONALNYCH

W niniejszym rozdziale zostanie przeanalizowane zagadnienie efektywności funkcjonowania studentów z uszkodzonym narządem słuchu w relacjach interpersonalnych. Za wskaźniki efektywności funkcjonowania w relacjach interpersonalnych przyjęto trzy wymiary poczucia samotności: społeczny, emocjonalny i egzystencjalny zoperacjonalizowane w Skali do badania Poczucia Samotności (SBS) oraz trzy style przywiązania: bezpieczny, ambiwalentno-lękowy i unikowy mierzone Kwestionariuszem Stylów Przywiązań (KSP).

Skala do badania Poczucia Samotności (SBS) pozwala na ocenę prototypowych więzi społecznych, zwłaszcza rodzinnych, tworzących wewnętrzne wzorce interakcji

społecznych (Dołęga, 2003). Niepełnosprawność słuchu jest przyczyną izolacji społecznej, utrudnia komunikację, nawiązywanie bliskich więzi i powoduje przeżywanie ciągłych obaw przed odrzuceniem ze strony innych (Czajkowska-Kisil, 2012; Kirenko, 2006; Müller, 2012).

Kwestionariusz Stylów Przywiązaniowych (*KSP*) pozwala na ocenę stylów przywiązania definiowanych jako sposoby wchodzenia w relacje z innymi w kontekście intymnych związków (Plopa, 2008a, s. 106). Bezpieczne przywiązanie wiąże się z odpowiednimi zachowaniami w relacjach małżeńskich (partnerskich), tj. kooperatywnością, wrażliwością, otwartością, konstruktywną komunikacją, odwzajemnieniem uczuć oraz odczuwaniem dobrostanu w sytuacji wzajemnej zależności z drugą osobą (Dwyer, 2005). Natomiast zachowanie osób prezentujących unikowy styl przywiązania jest przyczyną złych relacji interpersonalnych i problemów w kontaktach z innymi. Osoby te są mniej skłonne do nawiązywania i budowania przywiązaniowych relacji z partnerami (Fraley, Waller, 1998; Plopa, 2008a). Na nieefektywne funkcjonowanie w relacjach intymnych z innymi wskazuje również ambiwalentno-lękowy styl przywiązania. Osoby takie jednocześnie odczuwają obawy, że partner ich nie kocha oraz pragnienie „stopienia” się z nim (Dwyer, 2005).

Na podstawie wyników otrzymanych w trzech podskalach *KSP* oraz w trzech podskalach *SBS* dokonano klasyfikacji osób badanych do trzech grup różniących się profilem wyników w tych wymiarach. Do klasyfikacji nie zastosowano globalnego wskaźnika poczucia samotności z uwagi na fakt, że jego wartość stanowi prosta suma wartości poszczególnych wymiarów poczucia samotności. Klasyfikację przeprowadzono za pomocą analizy skupień metodą *k*-średnich do grupowania przypadków. Algorytm *k*-średnich polega na przenoszeniu obiektów ze skupienia do skupienia w celu zminimalizowania zmienności wewnątrz skupień i zmaksymalizowania

zmienności między skupieniami (Internetowy Podręcznik StatSoft). W ten sposób wyróżniono grupy studentów z niepełnosprawnością słuchu o różnej efektywności funkcjonowania w relacjach interpersonalnych. Wyodrębnione grupy wykazują względnie porównywalną liczebność badanych. Rozkład liczebności z uwzględnieniem częstości oraz procentu osób badanych zamieszczono w tabeli 18.

Tabela 18. Rozkład liczebności badanych w wyodrębnionych grupach z podziałem na płeć

Grupa	Liczebność		Kobiety		Mężczyźni	
	N	%	N	%	N	%
Grupa 1	25	40,3	14	33,3	11	55,0
Grupa 2	22	35,5	17	40,5	5	25,0
Grupa 3	15	24,2	11	26,2	4	20,0
Razem	62	100,0	42	100,0	20	100,0

Objaśnienia: N – liczba osób badanych; % – procent próby.

W celu określenia istotności różnic między wyodrębnionymi grupami w zakresie wyników Kwestionariusza Stylów Przywiązaniowych KSP i Skali do Badania Poczucia Samotności SBS przeprowadzono jednoczynnikową analizę wariancji. Rezultaty uzyskane tym sposobem zamieszczono w tabeli 19.

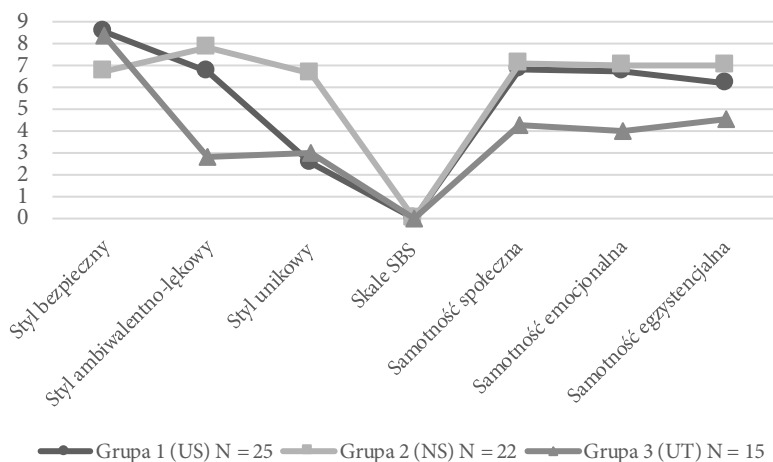
Graficzna ilustracja wyników uzyskanych w wyodrębnionych grupach została przedstawiona na wykresie 3.

W wyniku przeprowadzonej analizy wariancji i testów post-hoc wykazano, że zdecydowana większość różnic między porównywanymi grupami jest istotna statystycznie. Wyjątek stanowią podskale: poczucie samotności społecznej i poczucie samotności emocjonalnej, które różnicują zarówno Grupę 1, jak i 2 od Grupy 3. Potwierdza to trafność przeprowadzonej klasyfikacji osób badanych.

Tabela 19. Istotności różnic w wynikach w kwestionariuszu KSP i skali SBS między trzema wyodrębnionymi grupami

Skale KSP i SBS	Typy							
	Grupa 1 (US) N = 25		Grupa 2 (NS) N = 22		Grupa 3 (UT) N = 15		ANOVA	
	M	SD	M	SD	M	SD	F	p
Skale KSP								
Styl bezpieczny	8,56	1,29	6,73	1,90	8,40	2,23	7,10	0,002 a,b,c
Styl ambiwalentno-lękowy	6,72	1,83	7,82	1,29	2,80	1,61	45,91	0,000 a,b,c
Styl unikowy	2,52	1,26	6,68	1,67	3,00	2,90	31,17	0,000 a,b,c
Skale SBS								
Samotność społeczna	6,80	1,47	7,09	1,02	4,33	1,11	25,25	0,000 b,c
Samotność emocjonalna	6,76	1,64	7,05	1,33	4,00	1,64	20,33	0,000 b,c
Samotność egzystencjalna	6,20	1,22	7,00	1,51	4,60	1,40	13,69	0,000 a,b,c

Objaśnienia: różnice między grupami: a: 1-2; b: 1-3; c: 2-3; N – liczba osób badanych; M – średnia; SD – odchylenie standardowe; F – wartość testu; p – istotność statystyczna.



Wykres 3. Średnie wyniki (w stenach) w kwestionariuszu KSP i skali SBS w trzech wyodrębnionych grupach

Na podstawie przeprowadzonych do tej pory analiz statystycznych można dokonać psychologicznej charakterystyki trzech wyodrębnionych grup studentów z niepełnosprawnością słuchu, różniących się efektywnością funkcjonowania w relacjach interpersonalnych.

Grupa 1 – *ufno-samotny styl funkcjonowania (US)*

Grupa ta liczy 25 osób, w tym 14 kobiet i 11 mężczyzn – co stanowi 40,3% wszystkich badanych studentów z niepełnosprawnością słuchu. Są to osoby, które mają silne poczucie samotności (górną granicę wyników przeciętnych we wszystkich trzech wymiarach) i charakteryzuje je wysoki poziom bezpiecznego stylu przywiązania, przeciętny poziom ambiwalentno-lękowego stylu przywiązania (górną granicę wyników przeciętnych) oraz niski wynik w zakresie przywiązania unikowego. Ten styl funkcjonowania w relacjach interpersonalnych można określić jako *ufno-samotny*.

Grupa 2 – *nieufno-samotny styl funkcjonowania (NS)*

Grupa ta liczy 22 osoby, w tym 17 kobiet i 5 mężczyzn – co stanowi 32,5% wszystkich badanych studentów z niepełnosprawnością słuchu. Są to osoby, które mają silne poczucie samotności (społecznej, emocjonalnej i egzystencjalnej) i charakteryzuje je wysoki poziom ambiwalentno-lękowego stylu przywiązania oraz przeciętny poziom zarówno unikowego, jak i bezpiecznego stylu przywiązania. Ten styl funkcjonowania w relacjach interpersonalnych można określić jako *nieufno-samotny*.

Grupa 3 – *ufno-towarzyski styl funkcjonowania (UT)*

Grupa ta liczy 15 osób, w tym 11 kobiet i 4 mężczyzn – co stanowi 24,2% wszystkich badanych studentów z niepełnosprawnością słuchu. Są to osoby, które cechuje niski poziom

poczucia samotności (społecznej, emocjonalnej i egzystencjalnej), wysoki poziom bezpiecznego stylu przywiązania oraz bardzo niskie wyniki w zakresie unikowego i ambiwalentno-lękowego stylu przywiązania. Ten styl funkcjonowania w relacjach interpersonalnych można określić jako ufnio-towarzyski.

W następnych podrozdziałach zostaną zaprezentowane wyniki porównań grup studentów z uszkodzonym narządem słuchu o różnej efektywności funkcjonowania w relacjach interpersonalnych ze względu na cechy osobowości, kompetencje społeczne, oczekiwania związane z pełnieniem ról rodzinnych oraz poczucie bezpieczeństwa i przężność osobową.

2. CHARAKTERYSTYKA PSYCHOLOGICZNA WYODRĘBNIONYCH GRUP STUDENTÓW Z USZKODZENIAMI SŁUCHU

2.1. Struktura osobowości

Jednym z etapów zmierzających w kierunku ustalenia charakterystyki grup studentów z wadą słuchu różniących się w zakresie sposobów funkcjonowania jest porównanie badanych osób pod względem struktury osobowości ujmowanej w *NEO-FFI*. Otrzymane rezultaty przedstawia tabela 20.

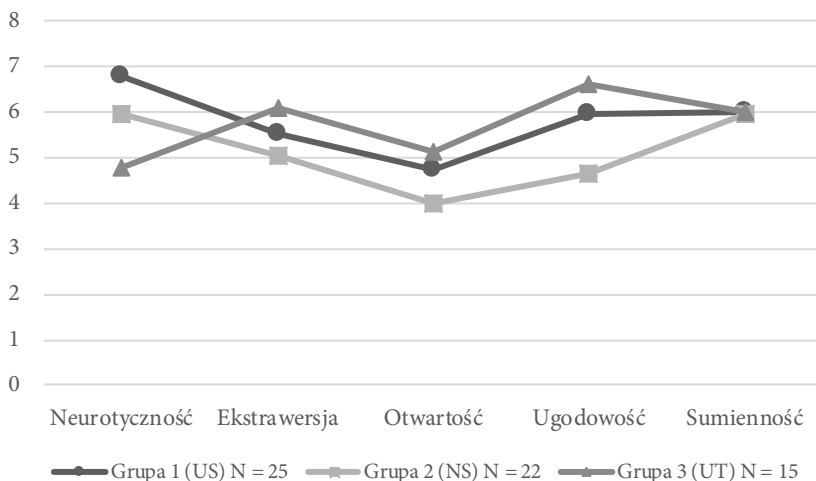
Jak wynika z danych zamieszczonych w tabeli 20., istotne statystycznie różnice między porównywanymi grupami stwierdzono w zakresie wyników w podskalach neurotyczność i ugodowość. Różnice wyników w podskalach ekstrawersja, otwartość na doświadczenia oraz sumienność nie osiągnęły poziomu istotności statystycznej.

Analizując uzyskany profil wyników (wykres 4), można przedstawić następującą charakterystykę osobowości studentów z niepełnosprawnością słuchu o różnych stylach funkcjonowania w relacjach interpersonalnych.

Tabela 20. Istotności różnic w wynikach *NEO-FFI* między grupami o różnej efektywności funkcjonowania w relacjach interpersonalnych

Skale <i>NEO-FFI</i>	Typy							
	Grupa 1 (US) N = 25		Grupa 2 (NS) N = 22		Grupa 3 (UT) N = 15		ANOVA	
	M	SD	M	SD	M	SD	F	p
Neurotyczność	6,80	1,73	5,95	1,09	4,80	2,11	6,96	0,002^{bc}
Ekstrawersja	5,52	2,40	5,05	1,55	6,07	1,62	1,22	0,302
Otwartość	4,72	2,05	4,00	1,31	5,13	2,06	1,87	0,163
Ugodowość	5,96	2,28	4,64	1,81	6,60	2,13	4,41	0,016^{ac}
Sumienność	6,00	2,08	5,95	1,70	6,00	2,00	0,004	0,996

Objaśnienia: różnice między grupami: a: 1–2; b: 1–3; c: 2–3; N – liczba osób badanych; M – średnia; SD – odchylenie standardowe; F – wartość testu, p – istotność statystyczna; Grupa 1 – *ufno-samotny styl funkcjonowania (US)*; Grupa 2 – *nieufno-samotny styl funkcjonowania (NS)*; Grupa 3 – *ufno-towarzyski styl funkcjonowania (UT)*.

Wykres 4. Średnie wyniki stenowe w skalach *NEO-FFI* w grupach (typach) studentów z niepełnosprawnością słuchu różniących się stylem funkcjonowania w relacjach interpersonalnych

Grupa 1 – Osoby ufno-samotne (US) – wykazują najwyższe nasilenie cechy neurotyczności, istotnie niższe niż u osób ufno-towarzyskich (UT). Cechuje je przeciętne nasilenie ekstrawersji, ugodowości i sumienności oraz niskie nasilenie otwartości. Wynik w zakresie ugodowości jest istotnie wyższy niż u osób nieufno-samotnych (NS).

Grupa 2 – Osoby nieufno-samotne (NS) – wykazują przeciętne nasilenie neurotyczności, istotnie wyższe niż u osób ufno-towarzyskich (UT). Cechuje je również przeciętne nasilenie ekstrawersji i sumienności. Wyniki w zakresie otwartości i ugodowości plasują się w przedziale wyników niskich, dodatkowo wynik w podskali ugodowości jest istotnie niższy od wyniku osób ufno-samotnych i ufno-towarzyskich.

Grupa 3 – Osoby ufno-towarzyskie (UT) – charakteryzują się niższym nasileniem neurotyczności od osób ufno-samotnych (US) i nieufno-samotnych (NS). Wykazują one wyższą od grupy nieufno-samotnych (NS) cechę ugodowości (wynik znajduje się w górnej granicy wyników przeciętnych). W zakresie otwartości ufno-towarzyscy uzyskali wyniki przeciętne, natomiast w sumienności i ekstrawersji przeciętne wyniki z tendencją do wysokich.

2.2. Kompetencje społeczne

W celu zidentyfikowania kompetencji społecznych, które istotnie różnicują wyodrębnione grupy, porównano średnie wyniki podskal KKS uzyskane w trzech grupach o różnej efektywności funkcjonowania w relacjach interpersonalnych. Otrzymane rezultaty zamieszczono w tabeli 21.

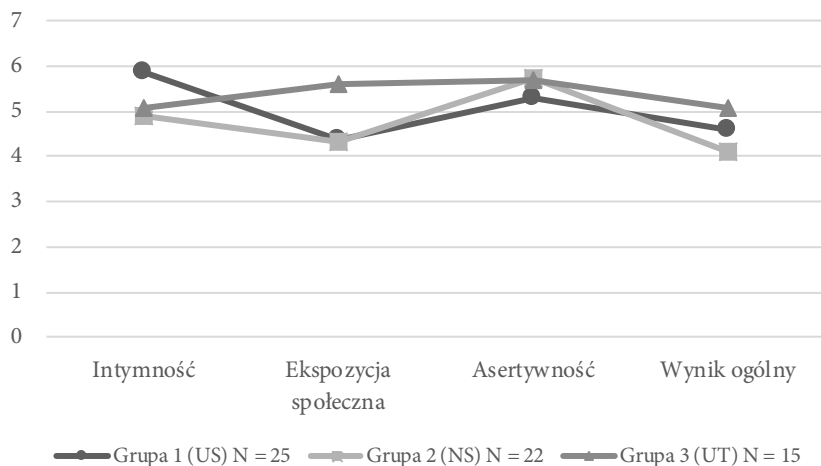
Jak wynika z danych zamieszczonych w tabeli 21, nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic między porównywanymi grupami w żadnym z wymiarów KKS. Uzyskane wyniki wskazują na duży stopień podobieństwa w zakresie kompetencji społecznych w badanej grupie studentów

z uszkodzonym narządem słuchu. Graficzną ilustrację wyników zamieszczono na wykresie 5.

Tabela 21. Istotności różnic w wynikach *NEO-FFI* między grupami o różnej efektywności funkcjonowania w relacjach interpersonalnych

Skale KKS	Typy							
	Grupa 1 (US) N = 25		Grupa 2 (NS) N = 22		Grupa 3 (UT) N = 15		ANOVA	
	M	SD	M	SD	M	SD	F	p
Intymność	5,88	2,00	4,91	2,20	5,07	2,52	1,28	0,285
Ekspozycja społeczna	4,36	2,28	4,32	1,64	5,60	2,06	2,20	0,120
Asertywność	5,28	2,54	5,73	2,18	5,67	2,49	0,23	0,793
Wynik ogólny	4,60	2,16	4,09	1,92	5,07	2,34	0,96	0,389

Objaśnienia: N – liczba osób badanych; M – średnia; SD – odchylenie standardowe; F – wartość testu; p – istotność statystyczna; Grupa 1 – *ufno-samotny styl funkcjonowania (US)*; Grupa 2 – *nieufno-samotny styl funkcjonowania (NS)*; Grupa 3 – *ufno-towarzyski styl funkcjonowania (UT)*.



Wykres 5. Średnie wyniki stenowe w skalach KKS w grupach (typach) studentów z niepełnosprawnością słuchu różniących się stylem funkcjonowania w relacjach interpersonalnych

Analizując uzyskany profil wyników (wykres 5), pomimo braku istotnych różnic między grupami warto zauważyć, że **osoby ufno-towarzyskie (UT) – Grupa 3** – charakteryzują się przeciętnym nasileniem wszystkich wymiarów kompetencji społecznych: intymności, ekspozycji społecznej, asertywności i wyniku ogólnego.

2.3. Oczekiwania związane z pełnieniem ról rodzinnych

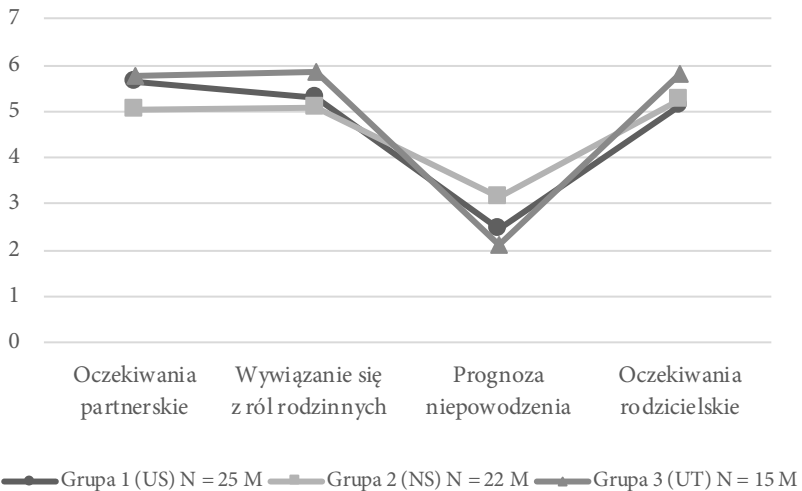
Grupy o różnej efektywności funkcjonowania w relacjach interpersonalnych porównano pod względem oczekiwań związanych z pełnieniem ról rodzinnych. Wartości średnich, odchyłeń standardowych i istotności różnic przedstawiono w tabeli 22.

Tabela 22. Istotności różnic w wynikach SOR między grupami o różnej efektywności funkcjonowania w relacjach interpersonalnych

Skale SOR	Typy							
	Grupa 1 (US) N = 25		Grupa 2 (NS) N = 22		Grupa 3 (UT) N = 15		ANOVA	
	M	SD	M	SD	M	SD	F	p
Oczekiwania partnerskie	5,64	0,88	5,04	0,89	5,76	0,90	4,01	0,023^{a,c}
Wywiązanie się z ról rodzinnych	5,27	0,82	5,06	0,64	5,83	0,59	5,32	0,008^{b,c}
Prognoza niepowodzenia	2,45	0,77	3,13	0,91	2,09	0,85	7,49	0,001^{a,c}
Oczekiwania rodzicielskie	5,13	0,96	5,24	0,83	5,81	0,89	2,81	0,068

Objaśnienia: różnice między grupami: a: 1–2; b: 1–3; c: 2–3; N – liczba osób badanych; M – średnia; SD – odchylenie standardowe; F – wartość testu; p – istotność statystyczna; Grupa 1 – *ufno-samotny styl funkcjonowania (US)*; Grupa 2 – *nieufno-samotny styl funkcjonowania (NS)*; Grupa 3 – *ufno-towarzyski styl funkcjonowania (UT)*.

Jak wynika z danych zamieszczonych w tabeli 22, istotne statystycznie różnice między porównywanymi grupami stwierdzono w zakresie wyników w podskalach oczekiwania partnerskie, wywiązanie się z ról rodzinnych oraz prognoza niepowodzenia. Różnice wyników w podskali oczekiwania rodzicielskie nie osiągnęły poziomu istotności statystycznej, lecz można tu mówić o różnicy na poziomie tendencji statystycznej. Graficzną prezentację uzyskanych rezultatów zawiera wykres 6.



Wykres 6. Średnie wyniki (uśrednione) w skalach SOR w grupach (typach) studentów z niepełnosprawnością słuchu różniących się stylem funkcjonowania w relacjach interpersonalnych

Analizując uzyskany profil wyników (wykres 6), można przedstawić następującą charakterystykę oczekiwań związanych z pełnieniem ról rodzinnych studentów z niepełnosprawnością słuchu o różnych stylach funkcjonowania w relacjach interpersonalnych.

Grupa 1 – Osoby ufno-samotne (US) – wykazują przeciętne nasilenie oczekiwań partnerskich (istotnie wyższe

niż u osób nieufno-samotnych), przeciętne wyniki w zakresie wywiązania się z ról rodzicielskich (istotnie niższe niż u ufno-towarzyskich) oraz bardzo niskie nasilenie wyników w zakresie prognozy niepowodzenia (wynik jest istotnie niższy niż w grupie osób nieufno-samotnych). Osoby ufno-samotne charakteryzują się również przeciętnym nasileniem oczekiwań rodzicielskich.

Grupa 2 – Osoby nieufno-samotne (NS) – wykazują przeciętne nasilenie wyników w podskalach: oczekiwania partnerskie (istotnie niższe niż ufno-samotni i ufno-towarzyscy) i wywiązanie się z ról rodzinnych (istotnie niższe niż ufno-samotni). Nieufno-samotni uzyskali najwyższe nasilenie (na tle pozostałych grup) prognozy niepowodzenia oraz przeciętne nasilenie oczekiwań rodzicielskich. Wynik ten jest istotnie wyższy niż u ufno-samotnych i ufno-towarzyskich.

Grupa 3 – Osoby ufno-towarzyskie (UT) – charakteryzują się najwyższym (na tle pozostałych grup) nasileniem cech związanych z oczekiwaniami partnerskimi, wywiązaniem się z ról rodzinnych oraz oczekiwaniami rodzicielskimi. Wynik w zakresie oczekiwań partnerskich jest istotnie wyższy niż w grupie nieufno-samotnych, wynik w zakresie wywiązania się z ról rodzinnych jest istotnie wyższy niż w dwóch pozostałych grupach (ufno-samotnych i nieufno-samotnych). Natomiast wynik w podskali prognoza niepowodzenia jest istotnie niższy niż w grupie nieufno-samotnych. Wynik w podskali oczekiwań rodzicielskich osiągnął przeciętne nasilenie.

2.4. Poczucie bezpieczeństwa i prężność osobowa

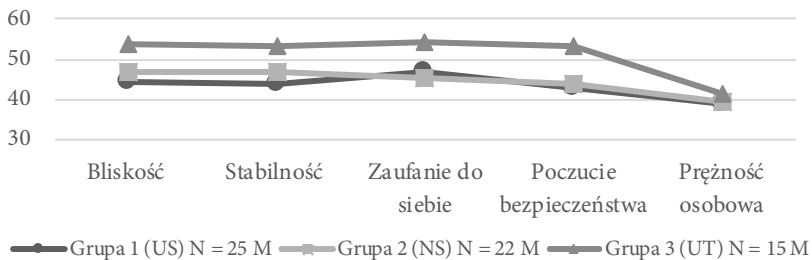
Grupy o różnej efektywności funkcjonowania w relacjach interpersonalnych porównano pod względem poczucia bezpieczeństwa i prężności osobowej. Wartości średnich, odchyłek standardowych i istotności różnic przedstawiono w tabeli 23. Graficzną prezentację uzyskanych wyników zamieszczono na wykresie 7.

Jak wynika z danych prezentowanych w tabeli 23, istotne statystycznie różnice między porównywanymi grupami stwierdzono w zakresie wyników w skalach: stabilność, zaufanie do siebie oraz poczucie bezpieczeństwa. Różnice wyników w skalach: bliskość oraz prężność osobowa nie osiągnęły poziomu istotności statystycznej.

Tabela 23. Istotności różnic w wynikach KPB-PO między grupami o różnej efektywności funkcjonowania w relacjach interpersonalnych

Skale KPB-PO	Typy							
	Grupa 1 (US) N = 25		Grupa 2 (NS) N = 22		Grupa 3 (UT) N = 15		ANOVA	
	M	SD	M	SD	M	SD	F	p
Bliskość	44,24	15,70	46,73	10,39	53,93	8,98	2,84	0,066
Stabilność	43,76	9,75	46,68	9,78	53,07	9,97	4,23	0,019^b
Zaufanie do siebie	46,92	10,30	45,14	7,10	54,20	9,04	4,87	0,011^{b,c}
Poczucie bezpieczeństwa	43,00	12,39	43,82	9,27	53,40	9,53	5,01	0,010^{b,c}
Prężność osobowa	38,88	8,46	39,23	6,51	41,20	5,82	0,51	0,598

Objaśnienia: Różnice między grupami: a: 1–2; b: 1–3; c: 2–3; N – liczba osób badanych; M – średnia; SD – odchylenie standardowe; F – wartość testu; p – istotność statystyczna; Grupa 1 – *ufno-samotny styl funkcjonowania (US)*; Grupa 2 – *nieufno-samotny styl funkcjonowania (NS)*; Grupa 3 – *ufno-towarzyski styl funkcjonowania (UT)*.



Wykres 7. Średnie wyniki tenowe w skalach KPB-PO w grupach (typach) studentów z niepełnosprawnością słuchu różniących się stylem funkcjonowania w relacjach interpersonalnych

Na podstawie konfiguracji wyników (wykres 7), jakie uzyskały poszczególne grupy w skalach *KPB-PO*, należy stwierdzić, że:

Grupa 1 – Osoby ufno-samotne (US) – charakteryzują się obniżonym nasileniem w zakresie bliskości, stabilności (wynik istotnie niższy niż w grupie ufno-towarzyskich), zaufania do siebie (wynik istotnie niższy niż w grupie ufno-towarzyskich) oraz poczucia bezpieczeństwa (najniższy wynik na tle pozostałych grup; istotnie niższy niż w grupie ufno-towarzyskich) i prężności osobowej.

Grupa 2 – Osoby nieufno-samotne (NS) – charakteryzują się obniżonym nasileniem w zakresie bliskości, stabilności, zaufania do siebie (wynik istotnie niższy niż w grupie ufno-towarzyskich) oraz poczucia bezpieczeństwa (wynik istotnie niższy niż w grupie ufno-towarzyskich) i obniżonym nasileniem prężności osobowej.

Grupa 3 – Osoby ufno-towarzyskie (UT) – charakteryzują się najwyższymi wynikami w zakresie wszystkich skal składających się na *KPB-PO*. Cechują się podwyższonym nasileniem w zakresie bliskości, stabilności, zaufania do siebie (wynik istotnie wyższy niż w grupie ufno-samotnych), poczucia bezpieczeństwa (wynik istotnie wyższy niż w grupie ufno-samotnych oraz nieufno-samotnych) i podwyższonym nasileniem prężności osobowej. Cechują się poczuciem przynależności i więzi z najbliższym otoczeniem i innymi ludźmi.

3. PRZEWIDYWANIE PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUP O RÓŻNYCH STYLACH FUNKCJONOWANIA W RELACJACH INTERPERSONALNYCH NA PODSTAWIE ZMIENNYCH NIEZALEŻNYCH

Analiza funkcji dyskryminacyjnej stosowana jest do rozstrzygnięcia, które zmienne pozwalają w najlepszy sposób dzielić dany zbiór przypadków na występujące w naturalny spo-

sób grupy. Dzięki analizie funkcji dyskryminacyjnej można zidentyfikować te zmienne niezależne, które z największym stopniem prawdopodobieństwa umożliwiają przewidywanie przynależności do grupy (np. nowych przypadków) (Interne-towy Podręcznik StatSoft).

Wyniki badań własnych poddano analizie dyskryminacyjnej, aby sprawdzić, które zmienne pozwalają najtrafniej przewidywać przynależność studentów z uszkodzonym słuchem do trzech wyodrębnionych grup różniących się stylami funkcjonowania w relacjach interpersonalnych. W tabeli 24. przedstawiono wyniki krokowej analizy dyskryminacyjnej.

Tabela 24. Zmienne istotne dla przewidywania przynależności do grup o różnych stylach funkcjonowania w relacjach interpersonalnych, wyodrębnione w krokowej analizie dyskryminacyjnej

Podsumowanie krokowej analizy dyskryminacyjnej Lambda Wilksa = 0,64, F = 6,98, $p \leq 0,000$			
Zmienne niezależne	Liczba zmiennych wprowadzonych do modelu	F wprowadzenia	p
Prognoza niepowodzenia	1	7,12	0,001
Neurotyczność	2	6,60	0,002

Objaśnienia: F – wartość testu; p – istotność statystyczna.

Do modelu zostały włączone dwie zmienne, które pozwalają w najbardziej trafny sposób przewidzieć przynależność badanych studentów do grup o różnych stylach funkcjonowania w relacjach interpersonalnych. Zmienne te to: jedna z kategorii oczekiwań związanych z pełnieniem ról rodzinnych – prognoza niepowodzenia oraz jeden z czynników osobowości – neurotyczność. Powyższe zmienne po wprowadzeniu do modelu osiągnęły poziom istotności statystycznej.

Następnym etapem analizy dyskryminacyjnej było stworzenie macierzy klasyfikacyjnej, w której przyna-

ležność do konkretnej grupy przewidziano na podstawie dwóch wyodrębnionych zmiennych. Tabela 25. przedstawia wyniki tej macierzy.

Tabela 25. Macierz klasyfikacji osób badanych do grup o różnej efektywności funkcjonowania w relacjach interpersonalnych na podstawie trzech wyodrębnionych zmiennych

Grupa	Grupa 1 (US)	Grupa 2 (NS)	Grupa 3 (UT)	% poprawnych zaklasyfikowań
Grupa 1	17	4	4	68,0
Grupa 2	6	15	1	68,2
Grupa 3	3	3	9	60,0
Razem	26	22	14	66,1

Objaśnienia: Grupa 1 – *ufno-samotny styl funkcjonowania (US)*; Grupa 2 – *nieufno-samotny styl funkcjonowania (NS)*; Grupa 3 – *ufno-towarzyski styl funkcjonowania (UT)*.

Jak wynika z danych przedstawionych w tabeli 25. % poprawnych zaklasyfikowań na podstawie wartości dwóch zmiennych oscyluje między 60,0% przy przewidywaniu dla Grupy 3 (*osób o ufno-towarzyskim stylu funkcjonowania*) a 68,2% przy przewidywaniu dla Grupy 2 (*osoby o nieufno-samotnym stylu funkcjonowania*). Łącznie odsetek poprawnych zaklasyfikowań wyniósł 66,1%.

4. Dyskusja wyników

Style funkcjonowania studentów z uszkodzeniami słuchu w relacjach interpersonalnych nie były dotąd przedmiotem zainteresowania badaczy na gruncie polskim. Wada słuchu stanowi poważną barierę w interakcjach społecznych, która czasami jest niemożliwa do pokonania, przede wszystkim z uwagi na fakt utrudnionej możliwości komunikacji (Kirenko, 2006; Krakowiak, 2015a; Lipińska, 2001; Olempska-Wysocka, 2012, 2016). Szczególnie dla osób z uszkodzonym

słuchem ważna jest komunikacja interpersonalna, bez której trudno jest nawiązywać wzajemne relacje (Kosowska, 2011a, s. 11–12). Z badań Parchomiuk i Byry (2006) wynika, że to rodzaj niepełnosprawności różnicuje poszczególne grupy osób pod względem jakości życia. Osoby z uszkodzeniem narządu słuchu znalazły się na przedostatnim miejscu (najistotniejszą kwestią była tu potrzeba niezależności działania oraz samostanowienia). Osoby te spotykają się z wieloma przeszkodami już na początku zawierania jakiegokolwiek relacji, związanymi przede wszystkim ze sposobem przekazywania i odbierania informacji. Brak możliwości swobodnego słyszenia nadawanych komunikatów, kłopoty w posługiwaniu się naturalnym dla większości ludzi sposobem porozumiewania się, jakim jest język mówiony, stwarzają wiele trudnych sytuacji (Bartnikowska, 2004).

W niniejszej pracy efektywność funkcjonowania w relacjach interpersonalnych mierzono za pomocą następujących wskaźników: trzech wymiarów poczucia samotności: społecznego, emocjonalnego i egzystencjalnego, ujętych za pomocą Skali do badania Poczucia Samotności (SBS) oraz trzech stylów przywiązania: bezpiecznego, ambiwalentno-lękowego i unikowego, które zostały zoperacjonalizowane za pomocą Kwestionariusza Stylów Przywiązań (KSP).

Wyodrębnienie grup studentów różniących się efektywnością funkcjonowania w relacjach interpersonalnych jest istotne z klinicznego punktu widzenia, stwarza możliwość uzyskania psychologicznych charakterystyk specyficznych dla tych grup, dzięki czemu będzie można opracować dostosowane programy terapeutyczne dla tej grupy osób z niepełnosprawnością i tym samym polepszyć jakość funkcjonowania osób z uszkodzonym słuchem w życiu społecznym.

W niniejszej pracy wyodrębniono trzy grupy studentów z niepełnosprawnością słuchu różniących się efektywnością funkcjonowania w relacjach międzyludzkich.

Za kryterium klasyfikacji przyjęto trzy wymiary poczucia samotności: społeczny, emocjonalny i egzystencjalny (Skala do badania Poczucia Samotności [SBS]) oraz trzy style przywiązania: bezpieczny, ambiwalentno-lękowy i unikowy, mierzone za pomocą Kwestionariusza Stylów Przywiązaniowych (KSP).

Do wyodrębnienia grup zastosowano analizę skupień metodą *k*-średnich. Trzy wyodrębnione grupy różniły się zarówno w zakresie poczucia samotności, jak i prezentowanego stylu przywiązania. Analiza wariancji (tabela 19) wykazała istotne statystycznie różnice pomiędzy wszystkimi grupami, co potwierdza, że grupy te rzeczywiście różnią się między sobą. Wyodrębniono następujące grupy:

Grupa 1 – osoby o dominującym wysokim bezpiecznym stylu przywiązania i nasilonym poczuciu samotności (osoby ufno-samotne – US);

Grupa 2 – osoby o dominującym wysokim ambiwalentno-lękowym stylu przywiązania i nasilonym poczuciu samotności (osoby nieufno-samotne – NS);

Grupa 3 – osoby o dominującym wysokim bezpiecznym stylu przywiązania i niskim nasileniu poczucia samotności (osoby ufno-towarzyskie – UT).

Cechy osobowości

Wyodrębnione grupy studentów o różnej efektywności funkcjonowania w relacjach porównano w zakresie cech osobowości. Przeprowadzona analiza istotności pomiędzy grupami pozwala stwierdzić, że neurotyczność i ugodowość pozostają w zależności z efektywnością funkcjonowania w relacjach interpersonalnych (tabela 20).

Osoby ufno-samotne (US) – wykazują najwyższe nasilenie cechy neurotyczności (wynik pozostaje w górnej granicy wyników przeciętnych), istotnie wyższe niż u osób ufno-towarzyskich (UT). Cechuje je również przeciętne nasilenie ugodowości. Wynik w zakresie ugo-

dowości jest istotnie wyższy niż u osób nieufno-samotnych (NS). Taka konfiguracja wyników sugeruje, że są to osoby wrażliwe na stres psychologiczny, impulsywne, konwencjonalne w swoich poglądach, często ujawniające poczucie winy i reagujące lękiem w sytuacjach społecznych. Osoby te ogólnie przejawiają miłe i przyjazne nastawienie do innych, choć czasami bywają nastawione rywalizacyjnie. Kontakty międzyludzkie tych osób bywają ograniczone.

Osoby nieufno-samotne (NS) – wykazują przeciętne nasilenie neurotyczności, istotnie wyższe niż u osób ufno-towarzyskich (UT). Wynik w zakresie ugodowości znajduje się w przedziale wyników niskich i jest istotnie niższy od wyniku osób ufno-samotnych i ufno-towarzyskich. Taka konfiguracja wyników sugeruje, że są to również osoby wrażliwe na stres psychologiczny, doświadczające gniewu, smutku i poczucia winy, egocentryczne, agresywne i oschłe w kontaktach społecznych, niechętnie do współpracy, konwencjonalne, o wąskich horyzontach, co powoduje trudności w nawiązywaniu i podtrzymywaniu relacji międzyludzkich.

Osoby ufno-towarzyskie (UT) – charakteryzują się najniższym nasileniem neurotyczności, istotnie niższym od osób ufno-samotnych (US) i nieufno-samotnych (NS). Wykazują one wyższą od grupy nieufno-samotnych (NS) cechę ugodowości (wynik znajduje się w górnej granicy wyników przeciętnych). Na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić, że są to osoby zrównoważone emocjonalnie, spokojne, zdolne do zmagania się ze stresem, bez doświadczania obaw, napięć i rozdrażnienia, są sympatyczni, skłonni do udzielania pomocy, ufni i zorientowani na innych ludzi. Charakteryzuje ich optymizm życiowy, pogodny nastrój oraz skłonność do aktywności. Taka konfiguracja wyników sugeruje, że są to osoby skłonne do poszukiwania kontaktów społecznych, a ich relacje interpersonalne cechują się wysoką jakością.

Wyniki te wskazują, że efektywność funkcjonowania w relacjach interpersonalnych jest znacznie wyższa u osób, które osiągają niskie wyniki w zakresie neurotyczności i wysokie w zakresie ugodowości. Rezultaty te są w zgodzie z wynikami badań innych autorów. Makara-Studzińska stwierdziła, że w miarę wzrostu nasilenia tendencji neurotycznych nasilają się inter- i intrapersonalne konflikty. Z kolei Pervin i John (2002) stwierdzili, że nasilenie ugodowości sprzyja lepszej jakości relacji interpersonalnych. Rezultaty badań Plopy (2008a) również potwierdzają, że wysokie natężenie ugodowości i stabilności emocjonalnej wiąże się z lepszym funkcjonowaniem w relacjach małżeńskich. Natomiast Shaver i Brennan (1995) utożsamiają trwałe, bezpieczne więzi z niskim nasileniem neurotyzmu i wysokim nasileniem ekstrawersji.

Kompetencje społeczne

Wyznacznikiem efektywnego funkcjonowania ludzi w rzeczywistych sytuacjach życiowych są kompetencje społeczne (Matczak, 2001). Stanowią również zdolność do budowania więzi emocjonalnych z innymi (Spitzberg, Cupach, 2002). W wyniku przeprowadzonej analizy wariancji i testów post-hoc (tabela 21) nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy poszczególnymi grupami studentów z uszkodzonym słuchem. Pomimo braku różnic można zauważyć, że **osoby ufno-towarzyskie (UT) – Grupa 3** – charakteryzują się przeciętnym nasileniem wszystkich wymiarów kompetencji społecznych: intymności, ekspozycji społecznej, asertywności i wyniku ogólnego, co oznacza, że zazwyczaj potrafią bronić swoich praw, komunikować swoje potrzeby i opinie, wierzą w swoje możliwości, nie mają również większych trudności w sytuacjach wymagających autoprezentacji i ekspozycji społecznej, jak również w sytuacjach intymnych oraz wymagających kontaktu z wieloma osobami. Taka konfiguracja cech sprawia, że osoby te naj-

lepiej (na tle dwóch pozostałych grup nieufno-samotnych i ufno-samotnych) radzą sobie z nawiązywaniem i podtrzymywaniem relacji interpersonalnych. Wyniki te potwierdzają rezultaty obserwacji innych badaczy (m.in. Argyle, 2002; Jones, 1988; Sarason i in., 1983). Ludzie o niskich umiejętnościach społecznych cechują się małą zdolnością do tworzenia bliskich, podtrzymujących więzi i częściej doświadczają samotności.

Oczekiwania związane z pełnieniem ról rodzinnych

Wyodrębnione grupy studentów o różnej efektywności funkcjonowania w relacjach porównano również w zakresie oczekiwań związanych z pełnieniem ról rodzinnych (tabela 22). Przeprowadzona analiza istotności pomiędzy grupami pozwala stwierdzić, że oczekiwania partnerskie, wywiązanie się z ról rodzinnych, prognoza niepowodzenia pozostają w zależności z efektywnością funkcjonowania w relacjach interpersonalnych. Jedynie oczekiwania rodzicielskie nie różnicują grup w zakresie efektywności funkcjonowania w relacjach. Poniżej przedstawiono charakterystykę każdej z grup.

Osoby ufno-samotne (US) – wykazują przeciętne nasilenie oczekiwań partnerskich (istotnie wyższe niż u osób nieufno-samotnych), przeciętne wyniki w zakresie wywiązania się z ról rodzicielskich (istotnie niższe niż u ufno-towarzyskich) oraz bardzo niskie nasilenie wyników w zakresie prognozy niepowodzenia (wynik jest istotnie niższy niż w grupie osób nieufno-samotnych). Osoby ufno-samotne charakteryzują się również przeciętnym nasileniem oczekiwań rodzicielskich. Taki układ wyników oznacza, że osoby te charakteryzuje przeciętne nasilenie pozytywnych oczekiwań, związanych z pełnieniem ról partnerskich, takich jak: otrzymywanie wsparcia, lojalność, uczciwość, zaufanie i rozumienie potrzeb. W przeciętnym stopniu podają w wątpliwość założenie rodziny i umiejętność wywiązania

się z podjętych ról rodzinnych. Osoby te w małym stopniu przewidują, że będą miały trudności z zapewnieniem partnerowi i dzieciom poczucia bezpieczeństwa i życia na dostatecznie dobrym poziomie.

Osoby nieufno-samotne (NS) – wykazują przeciętne nasilenie wyników w podskalach: oczekiwania partnerskie (istotnie niższe niż ufno-samotni i ufno-towarzyscy) i wywiązanie się z ról rodzinnych (istotnie niższe niż ufno-samotni). Nieufno-samotni uzyskali najwyższe nasilenie (na tle pozostałych grup) w zakresie prognozy niepowodzenia oraz przeciętne nasilenie oczekiwań rodzicielskich. Wynik ten jest istotnie wyższy niż u ufno-samotnych i ufno-towarzyskich. Taki układ cech oznacza, że osoby nieufno-samotne przejawiają trudności w prawidłowym wypełnianiu ról rodzinnych, prognozują niepowodzenia w swoich obecnych i przyszłych relacjach, obawiają się, że nie otrzymają od swoich bliskich wystarczającego wsparcia i że ich potrzeby nie zawsze będą zrozumiane.

Osoby ufno-towarzyskie (UT) – charakteryzują się najwyższym (na tle pozostałych grup) nasileniem cech związanych z oczekiwaniami partnerskimi, wywiązaniem się z ról rodzinnych oraz oczekiwaniami rodzicielskimi. Wynik w zakresie oczekiwań partnerskich jest istotnie wyższy niż w grupie nieufno-samotnych, wynik w zakresie wywiązania się z ról rodzinnych jest istotnie wyższy niż w dwóch pozostałych grupach (ufno-samotnych i nieufno-samotnych). Natomiast wynik w podskali prognoza niepowodzenia jest istotnie niższy niż w grupie nieufno-samotnych. Wynik w podskali oczekiwań rodzicielskich osiągnął przeciętne nasilenie. Powyższa konfiguracja cech pozwala stwierdzić, że osoby ufno-towarzyskie, na tle pozostałych grup, nie przejawiają trudności w prawidłowym wypełnianiu ról partnerskich, małżeńskich i rodzicielskich, w małym stopniu prognozują niepowodzenia w swoich obecnych i przyszłych relacjach, nie

przejawiają również obaw związanych z wypełnianiem ról rodzinnych i zaspokojeniem potrzeb własnych oraz swoich bliskich.

Rezultaty badań własnych pozostają w zgodzie z obserwacjami Miłkowskiej (2005) dotyczącymi aspiracji życiowych studentów z niepełnosprawnością. Zdecydowana większość badanych studentów (ponad 90%) chciałaby założyć rodzinę; badani preferowali związki partnerskie oparte na miłości i współdziałaniu, a wśród głównych motywów założenia rodziny wymieniali: miłość, więź, pragnienie posiadania najbliższej osoby i dzieci. Miłość wskazali jako najważniejszą wartość, na podstawie której formułują swoje aspiracje (wybór na poziomie 85,9%).

Poczucie bezpieczeństwa i prężności osobowej

Związek z efektywnością funkcjonowania w relacjach interpersonalnych wykryto również w przypadku poczucia bezpieczeństwa i prężności osobowej (tabela 23). Przeprowadzona analiza istotności pomiędzy grupami pozwala stwierdzić, że stabilność, zaufanie do siebie oraz poczucie bezpieczeństwa pozostają w zależności z efektywnością funkcjonowania w relacjach interpersonalnych. Nieco zaskakujący jest fakt, że bliskość oraz prężność osobowa nie różnicują grup w zakresie efektywności funkcjonowania w relacjach międzyludzkich. Wprawdzie ich nasilenie jest najniższe w grupach ufno-samotnej i nieufno-samotnej, a najwyższe u osób ufno-towarzyskich, jednak analiza testów post-hoc nie wykazała istotnych statystycznie różnic. Wysokie wyniki w tych podskalach wiążą się z zaspokojeniem potrzeby przynależności i osobistej więzi z najbliższym otoczeniem; poczuciem bliskości, zaufania i otwartości na bezpośrednie kontakty z otoczeniem (Uchnast, 1997). Charakterystyka poszczególnych grup została zamieszczona poniżej.

Grupa 1 – Osoby ufno-samotne (US) – charakteryzują się obniżonym nasileniem w zakresie bliskości, stabilności

(wynik istotnie niższy niż w grupie ufno-towarzyskich), zaufania do siebie (wynik istotnie niższy niż w grupie ufno-towarzyskich) oraz poczucia bezpieczeństwa (najniższy na tle pozostałych grup; istotnie niższy niż w grupie ufno-towarzyskich) i prężności osobowej. Taki układ cech pozwala na stwierdzenie, że osoby ufno-samotne charakteryzują się silnym poczuciem wyobcowania i małej użyteczności w świecie. Osoby te cechuje również poczucie napięcia, chwiejności, przypadkowości, chaotyczności i uogólnionego niepokoju. W kontaktach z innymi ludźmi są ostrożni, niepewni, mają poczucie niższości. Cechują się nasileniem tendencji neurotycznych, przejawiają zaburzenia w zakresie dobrego samopoczucia oraz trudności w przystosowaniu się.

Grupa 2 – Osoby nieufno-samotne (NS) – charakteryzują się obniżonym nasileniem w zakresie bliskości, stabilności, zaufania do siebie (wynik istotnie niższy niż w grupie ufno-towarzyskich) oraz poczucia bezpieczeństwa (wynik istotnie niższy niż w grupie ufno-towarzyskich) i obniżonym nasileniem prężności osobowej. Powyższa konfiguracja cech pozwala sądzić, że osoby nieufno-samotne wykazują poczucie niepewności, onieśmienia, zniechęcenia oraz poczucie niższości w kontaktach z innymi ludźmi. Przejawiają również tendencje neurotyczne oraz tendencje do kompulsywnego analizowania własnych przeżyć. Ich potrzeba szacunku do siebie i poczucie kompetencji nie są zaspokojone. Osoby te wątpią w swoje umiejętności radzenia sobie w życiu we właściwy sposób. Ich potrzeby psychiczne bywają często niezaspokojone. Przejawiają również trudności w skutecznym realizowaniu ważnych dla siebie zadań życiowych.

Grupa 3 – Osoby ufno-towarzyskie (UT) – charakteryzują się najwyższymi wynikami w zakresie wszystkich skal składających się na *KPB-PO*. Cechują się podwyższonym nasileniem w zakresie bliskości, stabilności, zaufania do siebie (wynik istotnie wyższy niż w grupie

ufno-samotnych), poczucia bezpieczeństwa (wynik istotnie wyższy niż w grupie ufno-samotnych oraz nie-ufno-samotnych) i podwyższonym nasileniem prężności osobowej. Cechują się poczuciem przynależności i więzi z najbliższym otoczeniem i innymi ludźmi. Swoje relacje z innymi oceniają pozytywnie, są otwarte na kontakty z otoczeniem. Czują się bezpieczni w codziennym życiu, w sposób efektywny potrafią wykorzystać własne możliwości i zdolności, aby zrealizować ważne dla siebie zadania życiowe.

Podsumowując powyższe rezultaty, można stwierdzić, że wysokie nasilenie poszczególnych cech poczucia bezpieczeństwa wiąże się z istotnie lepszą jakością funkcjonowania w relacjach interpersonalnych. Wyniki badań własnych częściowo pozostają w zgodzie z rezultatami badań Uchnasta (1998), który stwierdził, że poczucie bezpieczeństwa i prężność osobowa są znaczącymi czynnikami w psychospołecznym funkcjonowaniu jednostki – w tym również w relacjach interpersonalnych.

W formie podsumowania zaprezentowanych rezultatów w tabeli 26 przedstawiono szczegółowe zestawienie cech i właściwości przedstawicieli wyodrębnionych trzech stylów funkcjonowania w relacjach międzyludzkich, aby ukazać charakterystyki studentów z niepełnosprawnością słuchu przynależących do wyodrębnionych grup.

W celu podsumowania analiz dotyczących funkcjonowania studentów z uszkodzonym słuchem wykonano analizę dyskryminacyjną, dzięki której możliwe było określenie stopnia poprawności przewidywania przynależności do poszczególnych grup. Spośród wszystkich zmiennych niezależnych tylko dwie okazały się istotne statystycznie w przewidywaniu przynależności do wyodrębnionych grup. Były to: neurotyczność – jeden z wielkich czynników osobowości oraz jedna z kategorii oczekiwań związanych z pełnieniem ról rodzinnych – Prognoza niepowodzenia (tabela 24).

Tabela 26. Cechy charakteryzujące badanych studentów z niepełnosprawnością słuchu, reprezentujących wyodrębnione grupy

Badane cechy	Grupa		
	Osoby ufno-samotne (US) (N = 25)	Osoby nieufno-samotne (NS) (N = 22)	Osoby ufno-towarzyskie (UT) (N = 15)
Struktura osobowości	najwyższe nasilenie cechy neurotyczności i przeciętne nasilenie ugodowości	średnie nasilenie neurotyzmu i niskie nasilenie ugodowości	niskie nasilenie neurotyzmu (najniższe na tle innych grup) i przeciętne nasilenie ugodowości (najwyższe na tle innych grup)
Kompetencje społeczne	podobny wzorzec kompetencji – nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic między grupami		
	niewiele wyższe niż w pozostałych grupach nasilenie intymności, niskie nasilenie ekspozycji społecznej i ogólnego nasilenia kompetencji oraz przeciętne nasilenie asertywności	niskie nasilenie intymności, ekspozycji społecznej i ogólnego nasilenia kompetencji (najniższe na tle innych grup) oraz przeciętne nasilenie asertywności (najwyższe na tle innych grup)	przeciętne nasilenie wszystkich wymiarów kompetencji: intymności ekspozycji społecznej i ogólnego nasilenia kompetencji (najwyższe na tle innych grup) oraz przeciętne nasilenie asertywności
Oczekiwania związane z pełnieniem ról rodzinnych	podwyższone nasilenie oczekiwań partnerskich, wywiązania się z ról rodzinnych i oczekiwań rodzicielskich oraz niskie nasilenie prognozy niepowodzenia	obniżone nasilenie oczekiwań partnerskich, wywiązania się z ról rodzinnych, podwyższone nasilenie oczekiwań rodzicielskich oraz średnie nasilenie prognozy niepowodzenia (najwyższe na tle pozostałych grup)	podwyższone nasilenie oczekiwań partnerskich, wywiązania się z ról rodzinnych i oczekiwań rodzicielskich (wszystkie trzy wyniki są najwyższe na tle innych grup) oraz niskie nasilenie prognozy niepowodzenia (najniższe na tle pozostałych grup)

Badane cechy	Grupa		
	Osoby ufno-samotne (US) (N = 25)	Osoby nieufno-samotne (NS) (N = 22)	Osoby ufno-towarzyskie (UT) (N = 15)
Poczucie bezpieczeństwa i prężność osobowa	obniżone nasilenie stabilności (najniższe na tle pozostałych grup), zaufania do siebie oraz poczucia bezpieczeństwa	obniżone nasilenie stabilności, zaufania do siebie oraz poczucia bezpieczeństwa (dwa ostatnie wyniki są istotnie niższe niż u ufno-towarzyskich)	podwyższone nasilenie stabilności (istotnie wyższe niż u ufno-samotnych), zaufania do siebie oraz poczucia bezpieczeństwa (istotnie wyższe niż u ufno-samotnych i nieufno-samotnych); wszystkie trzy wyniki są najwyższe na tle pozostałych grup

Nasilenie tych dwóch zmiennych pozwala na poprawne przewidywanie przynależności do grup w 66% przypadków (tabela 25), czyli w umiarkowanym stopniu. Wśród istotnych predyktorów efektywności funkcjonowania w relacjach interpersonalnych nie znalazła się żadna z kompetencji społecznych ani wymiary poczucia bezpieczeństwa i prężności osobowej, co wskazuje na pośredni charakter związku tych cech z wspomnianą efektywnością.

Podsumowanie i wnioski

Zawieranie i utrzymywanie relacji interpersonalnych przez osoby z uszkodzeniami słuchu jest dużo trudniejsze niż w przypadku innych niepełnosprawności. W zależności od typu i stopnia uszkodzenia słuchu wada ta ma wpływ nie tylko na rozwój umiejętności językowych i sposób porozumiewania, ale również uczestnictwo w interakcjach społecznych oraz możliwości edukacyjne i zawodowe.

Zasadniczym celem niniejszej monografii była próba wyodrębnienia stylów funkcjonowania osób z niepełnosprawnością słuchu w relacjach interpersonalnych wraz z określeniem charakterystycznych wzorów zachowań w tychże relacjach.

Za podstawę teoretyczną przeprowadzonych badań przyjęto teorię Cindy Hazan i Philipa Shavera (1994) zakładającą istnienie trzech stylów przywiązaniowych: bezpiecznego, ambiwalentno-lękowego i unikowego. Teoria ta wywodzi się z teorii przywiązania Bowlby'ego traktującej wczesne relacje dziecka z opiekunami jako prototyp przyszłych relacji w późniejszych związkach. Wzór przywiązania można traktować jako wewnętrzny skrypt, od którego zależy późniejsza jakość funkcjonowania jednostki w różnych relacjach interpersonalnych (Iniewicz, 2008). Liczni badacze (Belsky, Cassisdy, 1994; Thompson, 1999; Goldberg, 2000) wskazują, iż prezentowane przez daną osobę

style przywiązania w dorosłości są podobne do tych, które prezentowali w dzieciństwie.

W oparciu o dane z literatury oraz obserwacje kliniczne wyróżniono następujące zmienne, mające wpływ na funkcjonowanie w relacjach interpersonalnych; są to: cechy osobowości, poczucie bezpieczeństwa i prężność osobowa, kompetencje społeczne oraz oczekiwania związane z pełnieniem ról rodzinnych. Zmienna zależna – funkcjonowanie w relacjach interpersonalnych – ujmowana jest w kontekście poczucia samotności oraz stylów przywiązaniowych.

W celu znalezienia odpowiedzi na pytania problemowe przeprowadzono badania empiryczne, którymi objęto około 100 osób z niepełnosprawnością słuchu. Ostatecznie do dalszych analiz i statystyk dopuszczono wyniki badań 62 studentów z niepełnosprawnością słuchu – w tym 42 kobiet i 20 mężczyzn.

W badaniach zastosowano następujące metody: Inwentarz Osobowości *NEO-FFI* P.T. Costy i R.M. McCrae, Kwestionariusz Poczucia Bezpieczeństwa i Prężności Osobowej *KPB-PO* Z. Uchnasta, Kwestionariusz Kompetencji Społecznych *KKS* A. Matczak, Skalę Oczekiwań Rodzinnych *SOR* D. Müller, Skalę do Badania Poczucia Samotności *SBS* Z. Dołęgi oraz Kwestionariusz Stylów Przywiązaniowych *KSP* M. Płopy.

Rozważania na temat psychologicznych aspektów funkcjonowania osób z uszkodzonym narządem słuchu w relacjach interpersonalnych, podjęte w części teoretycznej, jak również osobiste doświadczenia kliniczne autorki niniejszej rozprawy pozwoliły na określenie obszarów poszukiwań badawczych zawartych w pytaniach badawczych (por. Rozdział III, podrozdział 1).

Najistotniejsze z punktu widzenia celu pracy wyniki badań własnych omówione zostaną w porządku poddyktowanym kolejnością sformułowanych pytań problemowych. Celem niniejszej prezentacji jest ich weryfikacja.

W pierwszym pytaniu problemowym poszukiwano odpowiedzi na pytanie: **Jakie style funkcjonowania w bliskich relacjach można wyróżnić w badanej grupie młodych osób z uszkodzeniami słuchu?** Wyróżniono zatem trzy następujące style funkcjonowania w bliskich relacjach interpersonalnych:

- 1) ufno-samotny,
- 2) nieufno-samotny,
- 3) ufno-towarzyski.

W kolejnym pytaniu badawczym poszukiwano odpowiedzi na pytanie: **Czy i w jaki sposób studenci z uszkodzeniami słuchu zróżnicowani ze względu na styl funkcjonowania w bliskich relacjach będą się różnili w zakresie analizowanych zmiennych psychologicznych?**

Wyróżnione trzy grupy osób scharakteryzować można najkrócej następująco:

Osoby o ufno-samotnym stylu funkcjonowania w relacjach interpersonalnych charakteryzują się silnym poczuciem samotności, wysokim poziomem bezpiecznego stylu przywiązania, przeciętnym poziomem ambiwalentno-lękowego stylu przywiązania oraz niskim wynikiem w zakresie przywiązania unikowego. Ten styl funkcjonowania w relacjach interpersonalnych można określić jako ufno-samotny.

Struktura osobowości – to co ich wyróżnia względem innych grup, to najwyższe nasilenie cechy neurotyczności (górną granicą wyników przeciętnych) i przeciętne nasilenie ugodowości.

Kompetencje społeczne – wszystkie trzy grupy ujawniają podobny wzorzec kompetencji. Nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic. W grupie tej można zauważyć nieco wyższe niż w pozostałych grupach nasilenie intymności, niskie nasilenie ekspozycji społecznej i ogólnego nasilenia kompetencji oraz średnie nasilenie asertywności.

Oczekiwania związane z pełnieniem ról rodzinnych – osoby te wykazują podwyższone nasilenie oczekiwań

partnerskich, wywiązania się z ról rodzinnych i oczekiwań rodzicielskich oraz niskie nasilenie prognozy niepowodzenia (choć nieco wyższe niż osoby ufnio-towarzyskie).

Poczucie bezpieczeństwa i prężność osobowa – charakteryzuje je obniżone nasilenie stabilności (najniższe na tle pozostałych grup), zaufania do siebie oraz poczucia bezpieczeństwa. Wszystkie trzy wyniki są istotnie niższe niż u osób ufnio-towarzyskich.

Osoby o nieufno-samotnym stylu funkcjonowania w relacjach interpersonalnych mają silne poczucie samotności (społecznej, emocjonalnej i egzystencjalnej) i charakteryzuje je wysoki poziom ambiwalentno-lękowego stylu przywiązania oraz przeciętny poziom zarówno unikowego, jak i bezpiecznego stylu przywiązania. Ten styl funkcjonowania w relacjach interpersonalnych można określić jako nieufno-samotny.

Struktura osobowości – osoby te charakteryzują się średnim nasileniem neurotyzmu i niskim nasileniem ugodowości.

Kompetencje społeczne – wszystkie trzy grupy ujawniają podobny wzorzec kompetencji. Nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic. W tej grupie można zauważyć niskie nasilenie intymności (wynik w górnej granicy wyników niskich), niskie nasilenie ekspozycji społecznej i ogólnego nasilenia kompetencji (najniższe na tle innych grup) oraz średnie nasilenie asertywności (najwyższe na tle innych grup).

Oczekiwania związane z pełnieniem ról rodzinnych – charakteryzują się obniżonym nasileniem oczekiwań partnerskich, wywiązania się z ról rodzinnych, podwyższonym nasileniem oczekiwań rodzicielskich oraz średnim nasileniem prognozy niepowodzenia (najwyższym na tle pozostałych grup).

Poczucie bezpieczeństwa i prężność osobowa – wykazują obniżone nasilenie stabilności, zaufania do siebie oraz poczucia bezpieczeństwa (dwa ostatnie wyniki są istotnie niższe niż u osób ufnio-towarzyskich).

Osoby o ufno-towarzyskim stylu funkcjonowania w relacjach interpersonalnych charakteryzują się niskim poziomem poczucia samotności (społecznej, emocjonalnej i egzystencjalnej), wysokim poziomem bezpiecznego stylu przywiązania oraz bardzo niskim nasileniem unikowego i ambiwalentno-lękowego stylu przywiązania. Ten styl funkcjonowania w relacjach interpersonalnych można określić jako ufno-towarzyski.

Struktura osobowości – wykazują niskie nasilenie neurotyzmu (najniższe na tle innych grup) i przeciętne nasilenie ugodowości (wynik w górnej granicy wyników przeciętnych, najwyższy na tle innych grup).

Kompetencje społeczne – wszystkie trzy grupy ujawniają podobny wzorzec kompetencji. Nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic. W grupie tej można zauważyć przeciętne nasilenie wszystkich wymiarów kompetencji: intymności ekspozycji społecznej (najwyższe na tle innych grup), asertywności i ogólnego nasilenia kompetencji (najwyższe na tle innych grup).

Oczekiwania związane z pełnieniem ról rodzinnych – charakteryzują się podwyższonym nasileniem oczekiwań partnerskich, wywiązania się z ról rodzinnych i oczekiwań rodzicielskich (wszystkie trzy wyniki są najwyższe na tle innych grup) oraz niskim nasileniem prognozy niepowodzenia (najniższe na tle pozostałych grup).

Poczucie bezpieczeństwa i prężność osobowa – wykazują podwyższone nasilenie stabilności (istotnie wyższe niż u ufno-samotnych), zaufania do siebie oraz poczucia bezpieczeństwa (istotnie wyższe niż u ufno-samotnych i nieufno-samotnych). Wszystkie trzy wyniki są najwyższe na tle pozostałych grup.

Oprócz wyników odnoszących się bezpośrednio do postawionych pytań w wyniku analizy i interpretacji uzyskanych rezultatów wykazano także wiele innych szczegółowych zależności między zmiennymi związanymi z niepełnosprawnością słuchu, zmiennymi socjodemograficznymi

a zmiennymi psychologicznymi. Poszukiwano między innymi związków między stylami psychologicznego funkcjonowania a stopniem ubytku wrażliwości słuchowej, sposobami komunikowania się i innymi danymi, jednak z uwagi na to, iż są to dane jakościowe zastosowano test chi-kwadrat, który wymaga dużych liczebności. Przy wykonywaniu analiz wiele razy w komórkach było mniej niż pięć obserwacji. Mając na uwadze ograniczenia dotyczące chi-kwadrat, uzyskano jedynie kilka wyników istotnych statystycznie. Uzyskano następujące związki pomiędzy stylami psychologicznego funkcjonowania a:

- stopniem niepełnosprawności – im głębszy stopień niepełnosprawności, tym bardziej nieufno-samotny styl funkcjonowania (wartość χ^2 z poprawką Yatesa – 12,621, $p = 0,013$, współczynnik Phi = 0,412), czyli związek ma charakter umiarkowany,
- porozumiewaniem się za pomocą języka werbalnego – osoby z niepełnosprawnością słuchu, które porozumiewają się za pomocą języka werbalnego w większym stopniu prezentują nieufno-samotny styl funkcjonowania (wartość χ^2 – 7,561, $p = 0,023$, współczynnik Phi = 0,349), czyli związek ma charakter umiarkowany,
- porozumiewaniem się za pomocą języka migowego – studenci z niepełnosprawnością słuchu, którzy porozumiewają się za pomocą języka migowego, w większym stopniu prezentują ufno-towarzyski styl funkcjonowania (wartość χ^2 – 10,701, $p = 0,005$, współczynnik Phi = 0,415), czyli związek ma charakter umiarkowany,
- byciem w romantycznym związku – studenci, którzy w czasie badania byli w romantycznym związku, w większym stopniu prezentowali ufno-towarzyski styl funkcjonowania (wartość χ^2 z poprawką Yatesa – 38,132, $p = 0,000$, współczynnik Phi = 0,748), czyli związek ma charakter wysoki,
- osoby, które w przeszłości związane były również z osobą z wadą słuchu częściej prezentowały nieufno-samot-

ny oraz ufno-samotny styl funkcjonowania (wartość χ^2 z poprawką Yatesa – 6,580, $p = 0,037$, współczynnik Phi = 0,324), czyli ma charakter umiarkowany.

WNIOSKI Z BADAŃ

W oparciu o rezultaty badań własnych sformułowano następujące wnioski. **Studenci z niepełnosprawnością słuchu pod względem funkcjonowania w relacjach interpersonalnych nie stanowią jednolitej grupy, wśród nich wyróżniono trzy grupy:**

- a) Osoby o **ufno-samotnym stylu funkcjonowania** (o dominującym bezpiecznym stylu przywiązania i silnym poczuciu samotności) – są niestabilne emocjonalnie, cechuje je podwyższone nasilenie oczekiwań partnerskich, wywiązania się z ról rodzinnych i oczekiwań rodzicielskich oraz niskie nasilenie prognozy niepowodzenia, obniżone nasilenie zaufania do siebie i poczucia bezpieczeństwa oraz najniższe na tle pozostałych grup nasilenie stabilności. Są to również osoby, które w przeszłości były w związku uczuciowym jedynie z osobą z wadą słuchu.
- b) Osoby o **nieufno-samotnym stylu funkcjonowania** (o dominującym ambiwalentno-lękowym i unikowym stylu przywiązania oraz silnym poczuciu samotności) cechuje średnie nasilenie neurotyzmu i niskie nasilenie ugodowości, obniżone nasilenie oczekiwań partnerskich, wywiązania się z ról rodzinnych, podwyższone nasilenie oczekiwań rodzicielskich oraz najwyższe na tle pozostałych grup nasilenie prognozy niepowodzenia, obniżone nasilenie stabilności, zaufania do siebie oraz poczucia bezpieczeństwa (dwa ostatnie wyniki są istotnie niższe niż u ufno-towarzyskich). Są to osoby, które w przeszłości związane były również z osobą z wadą słuchu oraz

które aktualnie porozumiewają się za pomocą języka werbalnego. Im głębszy stopień niepełnosprawności słuchu je cechuje, tym bardziej nieufno-samotny styl funkcjonowania prezentują.

- c) Osoby o ufno-towarzyskim stylu funkcjonowania (o dominującym bezpiecznym stylu przywiązania i bardzo słabym poczuciu samotności) cechują się (najniższym na tle innych grup) niskim nasileniem neurotyzmu i prognozy niepowodzenia oraz najwyższym na tle innych grup nasileniem ugodowości, podwyższonym nasileniem oczekiwań partnerskich, wywiązania się z ról rodzinnych i oczekiwań rodzicielskich, stabilności (istotnie wyższe niż u ufno-samotnych), zaufania do siebie oraz poczucia bezpieczeństwa (istotnie wyższe niż u ufno-samotnych i nieufno-samotnych). Osoby te porozumiewają się za pomocą języka migowego i tworzą aktualnie romantyczny związek z drugą osobą (pełnosprawną lub z osobą z niepełnosprawnością).

Zakończenie i implikacje praktyczne

Z roku na rok wzrasta liczba osób z uszkodzonym słuchem podejmujących naukę na studiach wyższych w polskich uczelniach. Z danych opublikowanych przez Główny Urząd Statystyczny wynika, że w roku 2007 było ich 1491 osób, w 2008 – 1723 osób, w 2009 – 1891 osób, w 2010 – 1990 osób, 2011 – 2017 osób, 2012 – 2047 osób. Natomiast w kolejnych latach ich liczba nieco spadła, ale może być to spowodowane ogólnym spadkiem liczby studentów i przedstawia się to w następujący sposób: w roku 2013 studiowało 1994 osób z niepełnosprawnością słuchu, w 2014 – 1959 osób, w 2015 – 1900 osób, natomiast w roku 2016 – 1898 osób. Dane te nastroją pozytywnie – osoby z wadą słuchu uważane do niedawna za upośledzone umysłowo lub przynajmniej ograniczone intelektualnie łamią stereotyp i udowadniają, że nie są skazane tylko na kształcenie specjalne, są w stanie studiować i w ten sposób realizować swoje marzenia. Zdobywając wyższe wykształcenie, mają szansę na lepszą pracę i zaistnienie na otwartym rynku pracy, a tym samym niezależność i samostanowienie o sobie. Aktywność zawodowa zaspokaja aspiracje, sytuuje społecznie, jest niezwykle istotna w życiu osób z niepełnosprawnością i stanowi jedno z zadań rozwojowych charakterystycznych dla okresu wczesnej dorosłości. Studia są również szansą na poznawanie nowych ludzi, zawiązywanie się przyjaźni oraz

związków romantycznych, a kolejne zadania rozwojowe okresu wczesnej dorosłości dotyczą między innymi wyboru współmałżonka, założenia rodziny i wychowywania dzieci.

Jak wskazują Bartnikowska i Żyta (2007), miłości nie można podzielić na uczucie osób pełnosprawnych czy nie w pełni sprawnych, gdyż dotyczy ona stanu ducha, a nie funkcjonowania psychofizycznego. Fakt, czy i kiedy się pojawi, czy będzie uczuciem odwzajemnionym i szczęśliwym, czy nie, zależy od otwartości na kontakt z drugim człowiekiem oraz zaakceptowania swoich wad niż od atrakcyjności fizycznej i stanu zdrowotnego.

Osoby z niepełnosprawnością narządu słuchu mają takie same pragnienia, marzenia, potrzeby, aspiracje i możliwości jak wszyscy inni. Chcą kochać i być kochani. Jeśli się kocha, wówczas to, czego się oczekuje, nie zależy od sprawnego słuchu. Warto zauważyć, że to właśnie znalezienie właściwego partnera życiowego i założenie rodziny uważane jest przez osoby z niepełnosprawnością za najważniejszy problem, stawiany często ponad niepełnosprawność i wszystkie przejawy aktywności życiowej (por. Bartnikowska, 2004; Bartnikowska, Żyta, 2007; Chodkowska, 1991; Miłkowska, 2005; Mądry, 1988).

Niepełnosprawność narządu słuchu jest niewidoczna dla innych osób. Jedyne aparat słuchowy i korzystanie z pomocy tłumaczy języka migowego sprawiają, że staje się zauważalna dla innych. Również rezultaty badań własnych wskazują te dwa czynniki jako nasilające poczucie samotności (Müller, 2012) i unikowy styl przywiązania (Müller, 2013). Osoby z uszkodzonym słuchem nie przejawiają chęci wyróżniania się tym, że nie słyszą, ale swoimi umiejętnościami – co powoduje, że osoby te są zawieszane pomiędzy dwoma światami – osób głuchych i słyszących, decydują się na zostanie wśród niesłyszących – czują się lepiej rozumiani, bo bariera językowa stanowi dla nich trudną do pokonania przeszkodę w obcowaniu z osobami słyszącymi. Uszkodzenie słuchu osłabia także wystąpienie komunikacji

z innymi, przyczyniając się do izolacji społecznej i poznawczej. Dlatego też w należyty sposób należałoby zainwestować w odpowiednie szkolenia i działania pomocowe dla tej grupy osób z niepełnosprawnością.

Wskazane jest również prowadzenie psychoedukacji mającej na celu ujmowanie problemów i potrzeb osób niesłyszących i słabo słyszących całościowo i wieloaspektowo (gdyż człowiek stanowi jedność biopsychospołeczna), odejście od jedynie medycznego pojmowania następstw tej niepełnosprawności.

Kolejnym wskazaniem jest, aby w uczelnianych biurach ds. osób z niepełnosprawnością zatrudniani byli surdopedagodzy i psychologowie, którzy poprzez diagnozę studentów z niepełnosprawnością słuchu opracowywaliby programy profilaktyczne i interwencyjne (w formie warsztatów, treningów, terapii indywidualnej i grupowej) dla tej grupy osób, które miałyby na celu zwiększanie poczucia jakości ich życia poprzez: rozwijanie osobowości, dojrzałości psychicznej, społecznej i duchowej, wzmacnianie pozytywnych oczekiwań partnerskich, małżeńskich i rodzicielskich, wzmacnianie poczucia bezpieczeństwa, wzmacnianie kompetencji i umiejętności społecznych niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania w roli męża/żony oraz ojca/matki, kształtowanie postawy asertywnej.

Efektywność postępowania rewalidacyjnego zależy w dużej mierze od stałego, wspólnego działania specjalistów (pedagogów, psychologów, logopedów i lekarzy) oraz od aktywnego uczestnictwa rodziców w procesie rewalidacji ich dziecka z uszkodzeniem słuchu. Jak zauważył Ossowski (2004), to rodzina jest podstawową grupą wsparcia i oparcia, gdzie każdy człowiek uczy się pełnienia ról społecznych (rodzinnych, małżeńskich i rodzicielskich). Dlatego też rodzice dzieci głuchych i słabosłyszących powinni mieć zapewnioną odpowiednią opiekę psychologiczną i pedagogiczną, tak aby prezentowali bardziej bezpieczne przywiązanie – byli wrażliwi na potrzeby dzieci

i dostępni emocjonalnie dla swoich dzieci, potrafili okazać im należyłą troskę i zrozumienie. Rola rodzica dziecka z niepełnosprawnością polega również na zaakceptowaniu i zachęcaniu dziecka do tworzenia i podtrzymywania bliskich relacji interpersonalnych. Zbyt często zdarza się, że to rodzic, matka dziecka z niepełnosprawnością jest jego jedynym partnerem.

Dawniej praca rewalidacyjna miała miejsce jedynie w specjalnych placówkach leczniczych i oświatowych, zaś obecnie coraz większą wagę przywiązuje się do oddziaływań środowiska najbliższego dziecku, czyli rodziny. Dlatego powinno się przygotować rodziców do niespodziewanej, nieznannej i trudnej sytuacji. Należy uwzględnić szok i niedowierzanie występujące w rodzinie, jakie towarzyszą informacji o wadze słuchu dziecka. Rodzice powinni mieć czas, aby oswoić się z niepełnosprawnością, zaakceptować dziecko i nową sytuację. Takie działania mogą zapobiec również coraz częściej pojawiającemu się zespołowi wypalenia sił u opiekunów dzieci z niepełnosprawnością (por. Sekułowicz, Kwiatkowski, 2013). Dopiero wówczas można rozpocząć edukację rodziców w kierunku współpracy przy rewalidacji dziecka. W wielu krajach organizuje się grupy wsparcia dla rodziców dzieci z wadą słuchu, tzw. kluby rodziców, poradnie rodziców czy też towarzystwa rodziców. Wszystkie te organizacje mają na celu podkreślanie roli rodziców we wczesnej interwencji, w przebiegu wychowania i rozwoju dziecka z wadą słuchu. Jak powszechnie wiadomo, rola wczesnej interwencji jest nieoceniona, przede wszystkim ze względu na plastyczność mózgu, która jest największa w pierwszych latach życia dziecka (por. Wójcik, Kowalewicz, 2009). Rodzice powinni dobrze znać istotę uszkodzeń słuchu, a także być poinformowani o formach i zasadach usprawniania. Należy pamiętać, że niekorzystna jest sytuacja, w której rodzice sami starają się kierować usprawnianiem, każąc wykonywać dziecku zadania przekraczające jego możliwości. Niekiedy zdarza się, że poprawiając każdy

wypowiedziany wyraz, opóźniają ogólny rozwój mowy lub pośrednio zniechęcają dziecko do jej używania.

Prawidłowa więź emocjonalna z rodzicami kształtuje się, gdy dziecko jest w pełni akceptowane, a stawiane mu wymagania nie przekraczają jego możliwości. Dziecko, które nie jest w stanie spełnić stawianych mu oczekiwań, rezygnuje z wszelkich prób porozumiewania się, staje się agresywne lub zamyka się w sobie. Konsekwencją nieprawidłowych postaw rodzicielskich wynikających z nadmiernej opiekuńczości są zaburzenia emocjonalne przejawiające się niedojrzałością uczuciową, zależnością emocjonalną i brakiem poczucia realizmu.

Dzieci z internatów przejawiają większą stabilność emocjonalną, silniejszą identyfikację i wyraźniejszą akceptację dla siebie, ale niechętnie nawiązują kontakty ze słyszącymi. W internatach kształtuje się w sposób naturalny specyficzne środowisko niesłyszących z własnym sposobem porozumiewania się. Konsekwencją tego jest dążenie do przebywania w tej społeczności, ale jednocześnie nieumiejętność odnalezienia się w środowisku osób słyszących i odtrącanie ich. Jak zauważył Lane (1996, s. 38), więzi powstałe w szkole z internatem dla głuchych są wyjątkowo silne i osoby te zapytane, skąd pochodzą, zazwyczaj podają nazwę szkoły z internatem. Dlatego uważam, że warto byłoby sprawdzić, czy osoby mieszkające i większość swojego czasu spędzające w internatach dla osób z wadami słuchu różnią się od osób zamieszkujących w domach rodzinnych pod względem funkcjonowania w bliskich relacjach. Być może brak możliwości obserwowania i naśladowania zachowań rodziców wobec siebie wiąże się u dzieci głuchych i słabosłyszących z gorszym funkcjonowaniem w bliskich relacjach interpersonalnych.

Rezultaty uzyskane w przeprowadzonych badaniach własnych mogą być wykorzystane przez psychologów, pedagogów i terapeutów zajmujących się osobami z niepełnosprawnością słuchu, mogą być wykorzystane przy programowaniu

postępowania zaradczego, terapeutycznego i profilaktycznego i mogą mieć zastosowanie w:

- psychoedukacji mającej na celu zminimalizowanie obaw osób z niepełnosprawnością słuchu oraz z innymi niepełnosprawnościami związanych z funkcjonowaniem w rolach rodzicielskich i małżeńskich oraz umożliwieniu doświadczania własnej seksualności i rodzicielstwa;
- prowadzeniu poradnictwa rodzinnego dla osób z niepełnosprawnością słuchu sprzyjającego ich pełnemu uczestnictwu w życiu rodzinnym oraz zwiększaniu ich prawa do całkowitego wypełniania ról w małżeństwie i rodzicielstwie (mając na względzie trudności, jakie osoby z niepełnosprawnościami mogą napotkać w zawieraniu związków małżeńskich i zakładaniu rodziny);
- promowaniu działań zmierzających do zmiany wciąż dominującego w społeczeństwie negatywnego stosunku do małżeństwa, życia seksualnego i rodzicielstwa osób z niepełnosprawnością, zwłaszcza kobiet.

Bibliografia

- Adelman, M.B., Parks, M.R., Albrecht, T.L. (2014). *Natura przyjaźni i jej rozwój*. W: J. Stewart (red.), *Mosty zamiast murów. Podręcznik komunikacji interpersonalnej* (s. 361–369). Tłum. J. Suhecki. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Adler, R.B., Rosenfeld, L.B., Proctor II, R.F. (2014). *Relacje interpersonalne. Proces porozumiewania się*. Tłum. G. Skoczylas. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Ainsworth, M.D.S. (1977). *Infant Development and Mother – infant Interaction among Ganda and American Families*. W: P.H. Leiderman, R. Tulkin, A. Rosenfield (red.), *Culture and Infancy* (s. 119–150). New York: Academic Press.
- Ainsworth, M.D.S. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44, 709–716.
- Argyle, M. (2002). *Psychologia stosunków międzyludzkich*. Tłum. W. Domachowski. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Argyle, M., Henderson, M. (1985). *The anatomy of Relationships*. London: Heinemann.
- Aronson, E., Akert, R.M., Wilson, T.D. (2006). *Psychologia społeczna*. Tłum. J. Gilewicz. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Belsky, J., Cassidy, J. (1994). *Attachment: Theory and Evidence*. W: M. Rutter, D. Hay (red.), *Development Through Life* (s. 337–402). London: Blackwell Science.
- Bańka, A. (2005). *Jakość życia a jakość rozwoju. Społeczny kontekst płci, aktywności i rodziny*. W: A. Bańka (red.), *Psychologia jakości życia* (s. 11–78). Poznań: Stowarzyszenie Psychologia i Architektura.

- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7(2), 147–178.
- Bartholomew, K., Horowitz, L.M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226–244.
- Bartnikowska, U. (2004). *Małżeństwa mieszane (osoba z uszkodzonym słuchem – osoba słyszająca)*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Bartnikowska, U. (2010). *Sytuacja społeczna i rodzinna słyszących dzieci niesłyszących rodziców*. Toruń: Wydawnictwo Edukacyjne Akapit.
- Bartnikowska, U. (2013). *Sposób porozumiewania się a miejsce osoby z uszkodzonym słuchem w zarezerwowanej przestrzeni publicznej*. W: Z. Gajdzica (red.), *Człowiek z niepełnosprawnością w rezerwacji przestrzeni publicznej* (s. 271–283). Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Bartnikowska, U., Mickiewicz, M. (2009). *Osoby niesłyszące w związkach małżeńskich*. W: Cz. Kosakowski, A. Krause, M. Wójcik (red.), *Relacje i doświadczenia społeczne osób z niepełnosprawnością* (s. 232–237). Toruń–Olsztyn: Wydawnictwo Edukacyjne Akapit.
- Bartnikowska, U., Żyta, A. (2007). *Żyjąc z niepełnosprawnością. Przeszłość, teraźniejszość, przyszłość*. Toruń: Wydawnictwo Edukacyjne Akapit.
- Block, B.L. (1999). *Osobowościowe uwarunkowania nasilenia problemów psychospołecznych u osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego*. Lublin: Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Block, J.H., Block, J. (1980). *The role of ego – control and ego – resiliency in the origination of behavior*. W: W.A. Collings (red.), *The Minnesota Symposia on Child Psychology* (s. 39–101). NJ: Hillsdale, Erlbaum.
- Błęszyńska, K. (1997). Społeczna percepcja osób niepełnosprawnych. *Psychologia Wychowawcza*, 5, 420–428.
- Bowlby, J. (2007). *Przywiązanie*. Tłum. M. Polaszewska-Nicke. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Braun-Gałkowska, M. (1992). *Psychologiczna analiza systemów rodzinnych osób zadowolonych i niezadowolonych z małżeństwa*. Lublin: TN KUL.

- Braun-Gałkowska, M. (2008). *Psychologia domowa*. Lublin: TN KUL.
- Brennan, K.A., Shaver, P.R. (1995). Dimensions of Adult Attachment, Affect Regulation and Romantic Relationship Functioning, *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21, 267–283.
- Brzezińska, A., Kaczan, R., Piotrowski, K., Rycielski, P. (2008). Uwarunkowania aktywności zawodowej osób z ograniczeniami sprawności: kapitał osobisty i społeczny. *Nauka*, 2, 129–156.
- Buss, D.M. (2003). *Ewolucja pożądania. Jak ludzie dobierają się w pary?* Tłum. B. Wojciszke, A. Nowak. Gdańsk: GWP.
- Byra, S. (2014). Paradoks niepełnosprawności: w kręgu tezy i antytezy. *Niepełnosprawność*, 15, 11–28.
- Chodkowska, M. (1991). Więź małżeńska w rodzinach kobiet niepełnosprawnych. *Problemy Rodziny*, 5, 20–26.
- Chrzanowska, I. (1993). Preferencje postaw społecznych w stosunku do osób niepełnosprawnych. Wyniki badań pilotażowych grupy studentów. *Roczniki Pedagogiki Specjalnej*, 4, 191–196.
- Cieślak, R., Klonowicz, T. (2004). *Wsparcie społeczne a stres pracy i bezrobocie*. W: H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie* (s. 152–169). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Ciupińska, B. (2016). Dziecko z wadą słuchu w roli ucznia. *Konteksty Pedagogiczne*, 2(7), 139–150.
- Coltrane, S. (2004). *Fathering: Paradoxes, Contradictions and Dilemmas*. W: M. Coleman, L. Ganong (red.), *Handbook of Contemporary Families. Considering the Past, Contemplating the Future* (s. 224–243). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Corey, G., Schneider-Corey, M. (2014). *Bliskie związki i miłość*. W: J. Stuart (red.), *Mosty zamiast murów. O komunikowaniu się między ludźmi* (s. 411–427). Tłum. J. Suchecki. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Czajkowska-Kisil, M. (2012). *Niepełnosprawność słuchowa jako przesłanka dyskryminacji*. Tekst opracowany na V seminarium specjalistycznym pt. Niepełnosprawność wzrokowa, wzorkowo-słuchowa i niepełnosprawność słuchowa jako przesłanki dyskryminacji. Warszawa: Towarzystwo Edukacji Antydyskryminacyjnej.

- Czechowska-Bieluga, M., Tychmanowicz, A. (2008). *Kompetencje społeczne studentów niepełnosprawnych. Możliwości wspomagania i rozwoju*. W: Z. Palak, A. Bujnowska (red.), *Kompetencje pedagoga specjalnego. Aktualne wyzwania teorii i praktyki* (s. 247–255). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Czyż, A. (2015). *Inkluzja edukacyjna osób z uszkodzonym narządem słuchu – potrzeby i rzeczywistość*. W: I. Ocetkiewicz, J. Wnęk-Gozdek, N. Wrzeszcz (red.), *Szkoła. Współczesne konteksty interpretacyjne* (s. 144–158). Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.
- Davis, C. (2001). Automatic speech recognition and Access: 20 years, 20 months, Or tomorrow? *Hearing Loss*, 11–14.
- Dołęga, Z. (2003). *Samotność młodzieży: analiza teoretyczna i studia empiryczne*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Dryżałowska, G. (1990). *Postawy społeczne młodzieży niesłyszącej*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Dryżałowska, G. (2007). *Rozwój językowe dziecka z uszkodzonym słuchem a integracja edukacyjna*. Warszawa: Wydawnictwo UW.
- Dryżałowska, G. (2015). *Integracja edukacyjna a integracja społeczna. Satysfakcja z życia osób niedosłyszących*. Warszawa: Wydawnictwo UW.
- Dwyer, D. (2005). *Bliskie relacje interpersonalne*. Tłum. M. Trzebiatowska. Gdańsk: GWP.
- Dykcik, W. (red.) (2001). *Pedagogika specjalna*. Poznań: Wydawnictwo Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza.
- Eckert, U. (2002). *Trudności koegzystencji osób niepełno- i pełnosprawnych*. W: E. Górniewicz, A. Krause (red.), *Od tradycjonalizmu do ponowoczesności. Dyskursy pedagogiki specjalnej*. Olsztyn: UWM.
- Eckert, U. (2005). O osobach z wadą słuchu – inaczej. *Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo*, 2, 63–72.
- Eckert, U., Stacewicz, A. (1998). *Wczesna opieka nad dzieckiem z wadą słuchu*. Szczecin: PZG Specjalistyczny Ośrodek Diagnostyki i Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży z Wadą Słuchu.
- Flanczewska, M. (2000). *Problemy społecznego odbioru osób z upośledzeniem umysłowym*. W: B. Kosek-Nita, D. Raś (red.), *Kontakty z ludźmi „Innymi” jako problem wychowania, opieki i resocjalizacji* (s. 116–122). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

- Fraley, R.C., Shaver, P.R. (2000). Adult romantic attachment: theoretical developments, emerging controversies, and unanswered questions. *Review of General Psychology*, 4(2), 132–154.
- Fraley, R.C., Waller, N.G. (1998). *Adult Attachment Patterns: A Test of the Typological Model*. W: Relationships J.A. Simpson, W.S. Rholes (red.), *Attachment Theory and Close* (s. 77–114). New York: Guilford Press.
- Fronczek, A. (2004). *Wiedza o życiu seksualnym młodzieży z uszkodzonym narządem słuchu – badania własne*. W: M. Kościelska, A. Bassam (red.), *Człowiek niepełnosprawny. Rodzina i praca* (s. 177–191). Bydgoszcz: Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej im. Kazimierza Wielkiego.
- Frost, A. (2004). *The psychological assessment of emotional intelligence*. W: J.C. Thomas, M. Hersen (red.), *Comprehensive handbook of psychological assessment*, Vol. 4. *Industrial and organizational assessment* (s. 203–215). New Jersey: John Wiley and Sons.
- Gajda, J. (1997). *Wartości w życiu człowieka. Prawda – Miłość – Samotność*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Gałkowski, T., Kunicka-Kaiser, I., Smoleńska, J. (1976). *Psychologia dziecka głuchego*. Warszawa: PWN.
- Ganong, W. (2007). *Fizjologia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Giryński, A. (1998). *Poczucie samotności osób z upośledzeniem umysłowym a ich funkcjonowanie interpersonalne*. W: J. Pańczyk (red.), *Tożsamość polskiej pedagogiki specjalnej u progu XXI wieku* (s. 194–203). Warszawa: Wydawnictwo WSPS.
- Giryński, A. (2004). *Poczucie samotności dzieci niepełnosprawnych intelektualnie w zależności od postaw rodzicielskich*. *Szkoła Specjalna*, 1, 3–18.
- Goldberg, S. (2000). *Attachment and Development*. London: Arnold, a Member of the Hodder Headline Group.
- Góralówna, M., Hołyńska, B. (1993). *Rehabilitacja małych dzieci z wadą słuchu*. Warszawa: PZWL.
- Gózdź, J., Charzyńska, E. (2014). *Zjawisko przyjaźni „na odległość” w okresie wczesnej dorosłości*. W: A. Żywczok (red.), *Znajomość, koleżeństwo, przyjaźń. Dynamizm ewoluowania więzi emocjonalnej* (s. 272–286). Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.

- Grove, T.G. (2014). *Porządkowanie rozmowy: relacje społeczne*. W: J. Stewart (red.), *Mosty zamiast murów. Podręcznik komunikacji interpersonalnej* (s. 331–347). Tłum. J. Suchecki. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Gunia, G. (2006). *Samocena jako mechanizm sterujący jakością życia i zachowanie przystosowawcze osób niesłyszących*. W: Z. Palak, A. Lewicka, A. Bujnowska (red.), *Jakość życia a niepełnosprawność. Konteksty psychopedagogiczne* (s. 313–321). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Gunia, G. (2013). *Ustawa o języku migowym – implikacje dla surdopedagogiki*. W: K. Ćwirynkało, C. Kosakowski, A. Żywanowska (red.), *Kierunki rozwoju pedagogiki specjalnej* (s. 41–51). Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- GUS (2008). *Szkoły wyższe i ich finanse 2007*. Warszawa: GUS.
- GUS (2009). *Szkoły wyższe i ich finanse 2008*. Warszawa: GUS.
- GUS (2010). *Szkoły wyższe i ich finanse 2009*. Warszawa: GUS.
- GUS (2011). *Szkoły wyższe i ich finanse 2010*. Warszawa: GUS.
- GUS (2012). *Szkoły wyższe i ich finanse 2011*. Warszawa: GUS.
- GUS (2013). *Szkoły wyższe i ich finanse 2012*. Warszawa: GUS.
- GUS (2014). *Szkoły wyższe i ich finanse 2013*. Warszawa: GUS.
- GUS (2015). *Szkoły wyższe i ich finanse 2014*. Warszawa: GUS.
- GUS (2016). *Szkoły wyższe i ich finanse 2015*. Warszawa: GUS.
- GUS (2017). *Szkoły wyższe i ich finanse 2016*. Warszawa: GUS.
- Harris, J.R. (2000). *Geny czy wychowanie? Co wyrośnie z naszych dzieci i dlaczego*. Tłum. A. Polkowski. Warszawa: Jacek Santorski i Co.
- Hazan, C., Shaver, P.R. (1987). Romantic Love Conceptualized as an Attachment Process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511–524.
- Hazan, C., Shaver, P.R. (1994). Attachment as an Organizational Framework for Research on Close Relationships. *Psychological Inquiry*, 5(3), 747–758.
- Hazan, C., Zeifman, D. (1994). *Sex and the psychological tether*. W: K. Bartholomew, D. Perlman (red.), *Advances in personal relationships*, vol. 5, *Attachment process in adulthood* (s. 151–178). London, England: Jessica Kingsley Publishers.
- Hintermair, M. (2011). Health-Related Quality of Life and Classroom Participation of Deaf and Hard-Of-Hearing Students in General Schools. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 16(2), 254–271.

- Hoffmann, B. (2001). *Surdopedagogika w teorii i praktyce*. Warszawa: Wyższa Szkoła Pedagogiczna Towarzystwa Wiedzy Powszechnej.
- Iniewicz, G. (2008). *Więzi rodzinne z perspektywy teorii przywiązania*. W: B. Józefik (red.), *Koncepcja przywiązania. Od teorii do praktyki klinicznej* (s. 129–148). Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Irasiak, A. (2014). Społeczne i kulturowe aspekty funkcjonowania osób z niepełnosprawnością narządu słuchu. *Podstawy Edukacji*, 7, 305–315.
- Izdebski, Z. (2004). *Życie rodzinne i intymne osób niepełnosprawnych*. Badanie Z. Izdebskiego zrealizowane przez TNS OBOP.
- Jakimiuk, B. (2016). Środowisko pracy jako obszar budowania poczucia własnej wartości i relacji z innymi. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska*, vol. XXIX, 4, sectio J, 43–54.
- Jakubowska, U. (1996). Wokół pojęcia „kompetencja społeczna” – ujęcie komunikacyjne. *Przegląd Psychologiczny*, 39, 29–40.
- Jamróz, B., Pabian, M., Lachowska, M., Niemczyk, K. (2016). Zespół Ushera jako najczęstsza przyczyna współistnienia zaburzeń wzroku i słuchu uwarunkowanych genetycznie. *Polski Przegląd Otorynolaryngologiczny*, 5(1), 41–46.
- Janicka, I. (2003). *Małżeństwo czy związek niezalegalizowany*. W: I. Janicka, T. Rostowska (red.), *Psychologia w służbie rodziny* (s. 68–77). Łódź: Wydawnictwo UŁ.
- Janicka, I. (2008). Stosunki partnerskie w związkach niemałżeńskich. *Przegląd Psychologiczny*, 1, 37–54.
- Janicka, I., Janicka, K. (2014). Poczucie bezpieczeństwa i zaangażowanie w relacje interpersonalne młodych kobiet. *Polskie Forum Psychologiczne*, 19(2), 209–228.
- Janiszewska, M., Kulik, T.B., Sztorc, E., Firlej, E., Barańska, A. (2016). Stres i sposoby radzenia sobie z nim na przykładzie osób z niedosłuchem. *Pielęgniarstwo Polskie*, 1(59), 43–48.
- Janiszewska-Nieścioruk, Z. (2013). *Respektowanie i egzekwowanie praw seksualnych osób z niepełnosprawnością – palący, nierozwiązany problem*. W: Z. Gajdzica (red.), *Człowiek z niepełnosprawnością w rezerwacie przestrzeni publicznej* (s. 248–270). Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.

- Jankowska, M. (2015). Przywiązanie w okresie wczesnego dzieciństwa jako prototyp relacji człowieka dorosłego. *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 3(23), 33–46.
- Januszewski, A. (2000). Doświadczenie osamotnienia u młodzieży a postawy rodzicielskie. W: D. Kornas-Biela (red.), *Rodzina – źródło życia i szkoła miłości* (s. 285–312). Lublin: TN KUL.
- Jarosz, M. (2003). *Interpersonalne uwarunkowania religijności*. Lublin: TN KUL.
- Jegier, A., Kosowska, M. (2011). *Relacje społeczne dziecka z wadą słuchu w klasie integracyjnej w świetle literatury*. W: A. Jegier, M. Kosowska (red.), *Relacje dziecka z wadą słuchu w szkole* (s. 82–103). Warszawa: Difin.
- Jones, W.H. (1988). Samotność a zachowania społeczne. *Nowiny Psychologiczne*, 4, 38–58.
- Juul, J., Jensen, H. (2018). *Empatia wzmacnia dzieci trzymając cały świat razem*. Tłum. D. Syska. Podkowa Leśna: MiND.
- Kalat, J.W. (2016). *Biologiczne podstawy psychologii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Karbowska, M. (2012). Samotność w świetle teorii przywiązania. *Studia Psychologiczne*, 50(1), 27–38.
- Kirejczyk, K. (1967). *Ewolucja kształcenia dzieci głuchych*. Warszawa: Nasza Księgarnia.
- Kirenko, J. (2006). *Oblicza niepełnosprawności*. Lublin: Wydawnictwo Akademickie Wyższej Szkoły Społeczno-Przyrodniczej w Lublinie.
- Kirenko, J. (2007). *Indywidualna i społeczna percepcja niepełnosprawności*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Kirenko, J., Korczyński, M. (2008). *Wobec niepełnosprawności*. Lublin: Wyższa Szkoła Społeczno-Przyrodnicza w Lublinie.
- Kmieciak-Baran, K. (1995). *Poczucie alienacji*. Gdańsk: Uniwersytet Gdański.
- Kobosko, J. (2009). Relacje matka dziecko a zaburzenia rozwoju językowego u młodzieży głuchej. *Przegląd Psychologiczny*, 52(3), 327–342.
- Kobosko, J. (2013). Doświadczenie głuchoty przez słyszące matki dzieci głuchych style a radzenia sobie ze stresem i samoocena. *Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo*, 21(3), 41–59.

- Kobosko, J. (2017). *Edukacja dziecka głuchego z perspektywy słyszących rodziców – co jej sprzyja, a co ją ogranicza? Ujęcie psychologiczne*. W: E. Woźnicka (red.), *Edukacja niesłyszących – wczoraj, dziś i jutro* (s. 267–289). Łódź: Wydawnictwo Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej.
- Kornaszewska-Polak, M. (2014). Kompetencje społeczne i lęk w relacjach interpersonalnych. *Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanitas. Pedagogika*, 9, 147–158.
- Kornaszewska-Polak, M. (2015). Przywiązanie i osamotnienie w bliskich relacjach. *Roczniki Pedagogiczne*, 7(43), 3, 25–43.
- Korzeniowski, K. (1990). O dwóch psychologicznych podejściach do problematyki alienacji. Próba syntezy. *Przegląd Psychologiczny*, 33, 121–145.
- Korzon, A. (2007). *Przyjaźń jako wartość w relacjach interpersonalnych młodzieży niepełnosprawnej*. W: M. Flanczewska-Wolny (red.), *Jakość życia w niepełnosprawności. Mity a rzeczywistość* (s. 71–80). Gliwice–Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Korzon, A., Klaczak, M. (1993). Integracja w opinii głuchych. *Świat Ciszy*, 12, s. 5–8.
- Kosakowski, Cz. (2003). *Węzłowe problemy pedagogiki specjalnej*. Toruń: Wydawnictwo Edukacyjne Akapit.
- Kosowska, M. (2011a). *W kręgu wad słuchu*. W: A. Jegier, M. Kosowska (red.), *Relacje dziecka z wadą słuchu w szkole* (s. 11–25). Warszawa: Difin.
- Kosowska, M. (2011b). *Specyfika rozwoju psychospołecznego dziecka z wadą słuchu*. W: A. Jegier, M. Kosowska (red.), *Relacje dziecka z wadą słuchu w szkole* (s. 53–60). Warszawa: Difin.
- Kościelak, R. (1995). *Integracja społeczna niepełnosprawnych umysłowo*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Kościelska, M. (1995). *Oblicza upośledzenia*. Warszawa: PWN.
- Kowalik, S. (2007). *Psychologia rehabilitacji*. Warszawa: WAIp.
- Kozielecki, J. (1998). *Człowiek wielowymiarowy*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Kozłowska, M. (2009). *Niesłyszący w społeczeństwie. Refleksje tłumacza języka migowego jako pośrednika i rzecznika osoby z uszkodzonym słuchem*. W: D. Podgórska-Jachnik (red.), *Problemy rzecznictwa i reprezentacji osób niepełnosprawnych* (s. 307–318). Łódź: Wyższa Szkoła Pedagogiczna w Łodzi.

- Krakowiak, K. (1996). *Fonogesty jako narzędzie formowania języka dzieci z uszkodzonym słuchem*. Lublin: UMCS.
- Krakowiak, K. (1998). *W sprawie kształcenia języka dzieci i młodzieży z uszkodzonym słuchem*. Lublin: UMCS.
- Krakowiak, K. (2006a). *Studia i szkice o wychowaniu dzieci z uszkodzeniami słuchu*. Lublin: KUL.
- Krakowiak, K. (2006b). *Pedagogiczna typologia uszkodzeń słuchu i osób nimi dotkniętych*. W: K. Krakowiak, A. Dziurda-Multan (red.), *Nie głos a słowo... Przekraczanie barier w wychowaniu osób z uszkodzeniami słuchu*. Lublin: KUL.
- Krakowiak, K. (2009). *Ucieczki do i ze „świata ciszy” – w poszukiwaniu wspólnoty*. W: J. Kobosko (red.), *Młodzież głucha i słabo słyszająca w rodzinie i otaczającym świecie* (s. 181–198). Warszawa: Stowarzyszenie „Usłyszeć Świat”.
- Krakowiak, K. (2012). *Dar języka. Podręcznik metodyki wychowania językowego dzieci i młodzieży z uszkodzeniami narządu słuchu*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Krakowiak, K. (2015a). *Typologia zaburzeń mowy u osób z uszkodzonym słuchem*. W: E. Muzyka-Furtak (red.), *Surdologopedia. Teoria i praktyka* (s. 114–133). Gdańsk: Harmonia Uniwersalis.
- Krakowiak, K. (2015b). *Wizualizacja mówienia i wychowanie językowe z zastosowaniem fonogestów*. W: E. Muzyka-Furtak (red.), *Surdologopedia. Teoria i praktyka* (s. 284–297). Gdańsk: Harmonia Uniwersalis.
- Krakowiak, K., Sękowska, J. (1996). *Mówimy z fonogestami: przewodnik dla rodziców i przyjaciół dzieci i młodzieży z uszkodzonym słuchem*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Kramer, S.E., Kapteyn, T.S., Kuik, D.J., Deeg, D.J.H. (2002). The Association of Hearing Impairment and Chronic Diseases with Psychosocial Health Status In Older Age, *Journal of Aging and Health*, 14(1), 122–137.
- Krupa, B. (2013). *Samotność – znak czasu*. W: Z. Gaś (red.), *Człowiek na rozdrożu. Zrozumieć, aby pomóc* (s. 95–112). Lublin: Innovatio Press Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji w Lublinie.
- Kuncewicz, D. (2010). *Rozwiązywanie konfliktów z partnerem a wzory relacji z rodzicami*. W: T. Rostowska, A. Peplińska (red.), *Psychospołeczne aspekty życia rodzinnego* (s. 125–139). Warszawa: Difin.

- Kurkowski, Z.M. (2015). *Centralne zaburzenia przetwarzania słuchowego*. W: E. Muzyka-Furtak (red.), *Surdologopedia. Teoria i praktyka* (s. 54–64). Gdańsk: Harmonia Uniwersalis.
- Kwaśniok, E., Ławecka, M. (2016). Stymulacja funkcji słuchowych w zaburzeniach centralnych procesów przetwarzania. *Forum Logopedyczne*, 24, 171–179.
- Lake, T. (1993). *Samotność, jak sobie z nią radzić*. Warszawa: Książka i Wiedza.
- Lane, H. (1996). *Maska dobroczynności – deprecjacja społeczności głuchych*. Tłum. T. Gałkowski, J. Kobosko. Warszawa: WSiP.
- Larkowa, H. (1987). *Człowiek niepełnosprawny : problemy psychologiczne*. Warszawa: PWN.
- Lipińska, J. (2001). *Kompetencje społeczne dzieci niepełnosprawnych w klasach integracyjnych*. W: A. Maciarz (red.), *Człowiek niepełnosprawny w rodzinie i w środowisku lokalnym* (s. 415–425). Zielona Góra: Lubuskie Towarzystwo Naukowe.
- Loy, B., Warner-Czyz, A.D., Tong, L., Tobey, E.A., Roland, P.S. (2010). The Children Speak: An Examination of the Quality of Life of Pediatric Cochlear Implant Users, *Otolaryngology – Head and Neck Surgery*, 142, 247–253.
- Löwe, A. (1995). *Wychowanie słuchowe. Historia – metody – możliwości*. Tłum. D. Lewandowska. Warszawa: PWN.
- Löwe, A. (1999). *Każde dziecko może nauczyć się słyszeć i mówić*. Tłum. H. Ferens. Poznań: Media Rodzina of Poznań.
- Łacina-Łanowski, A. (2016). Relacje interpersonalne w dobie ponowoczesności. Interakcje społeczne (komunikacja społeczna) źródłem destabilizacji poczucia tożsamości podmiotu. *Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie*, XXV, 423–433.
- Łukaszewski, W. (1984). *Szanse rozwoju osobowości*. Warszawa: KiW.
- Majewski, T. (1994). W sprawie definicji osoby niepełnosprawnej. *Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej*, 1, 33–37.
- Makara-Studzińska, M. (1999). Diada małżeńska a zaburzenia nerwicowe. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Lublin – Polonia*, XXIV, 17, 239–250.
- Malina, A. (2011). Styl przywiązania młodych kobiet a ich satysfakcja z życia w różnych fazach rozwoju rodziny. *Psychologia Rozwojowa*, 16(1), 41–55.

- Marchwicki, P. (2009). *Style przywiązania a właściwości tożsamości osobistej młodzieży*. Warszawa: Wydawnictwo UKSW.
- Maslow, A. (1964). *Teoria hierarchii potrzeb*. W: J. Reykowski (red.), *Problemy osobowości i motywacji w psychologii amerykańskiej* (s. 134–163). Warszawa: PWN.
- Maslow, A. (1990). *Motywacja i osobowość*. Tłum. P. Sawicka. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.
- Matczak, A. (2001). *Kwestionariusz Kompetencji Społecznych KKS. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Mądry, I. (1988). Małżeństwo a akceptacja inwalidztwa. *Szkoła Specjalna*, 5, 331–338.
- McCrae, R.R., Costa, P.T. (2005). *Osobowość dorosłego człowieka: perspektywa teorii pięcioczynnikowej*. Tłum. B. Majczyna. Kraków: Wydawnictwo WAM.
- Milkie, M., Peltola, P. (1999). Playing All the Roles: Gender and the Work – Family Balancing Act. *Journal of Marriage and the Family*, 61, 476–490.
- Miłkowska, G. (2005). *Aspiracje życiowe studentów niepełnosprawnych*. W: H. Ochonczyński, G. Miłkowska (red.), *Osoba niepełnosprawna w społeczności akademickiej* (s. 65–88). Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Müller, D. (2012). *Poczucie samotności studentów z niepełnosprawnością słuchu*. W: A. Sobczak (red.), *Niezależne życie i pełne uczestnictwo osób niepełnosprawnych w życiu społecznym* (s. 45–63). Łódź: Wydawnictwo UŁ.
- Müller, D. (2013). *Style przywiązania studentów z niepełnosprawnością słuchu*. W: D. Müller, A. Sobczak (red.), *Rozwój i jego wspieranie w perspektywie rehabilitacji i resocjalizacji* (s. 23–45). Łódź: Wydawnictwo UŁ.
- Müller, J.R. (1997). *Słyszę – ale nie wszystko*. Warszawa: WSiP.
- Nęcki, Z. (1975). *Psychologiczne uwarunkowania wzajemnej atrakcyjności*. Warszawa: PAN.
- Niewiadomska, I. (1997). *Analiza osobowościowych przyczyn osamotnienia w świetle teorii atrybucji B. Weinerja*. W: P. Oleś (red.), *Wybrane zagadnienia z psychologii osobowości* (s. 190–200). Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Ochonczyński, H. (2005). *Problemy i potrzeby niepełnosprawnych studentów Uniwersytetu Zielonogórskiego*. W: H. Ochonczyński, G. Miłkowska (red.), *Osoba niepełnosprawna w spo-*

- teczności akademickiej* (s. 101–118). Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Olempska-Wysocka, M. (2012). Funkcjonowanie społeczne dziecka z wadą słuchu. *Niepełnosprawność*, 7, 109–123.
- Olempska-Wysocka, M. (2016). Rozwój mowy i komunikacji dziecka z uszkodzonym słuchem. *Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej*, 14, 115–135.
- Oleś, P.K. (2003). *Wprowadzenie do psychologii osobowości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Olszak-Krzyżanowska, B. (2005). Świat wartości i sens życia niepełnosprawnych studentów zielonogórskich. W: H. Ochonczenko, G. Miłkowska (red.), *Osoba niepełnosprawna w społeczności akademickiej* (s. 49–64). Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Ossowski, R. (2004). Jakość życia – efektywne pełnienie ról rodzinnych i zawodowych jako wskaźnik udanej rehabilitacji. W: M. Kościelska, A. Bassam (red.), *Człowiek niepełnosprawny. Rodzina i praca* (s. 21–35). Bydgoszcz: Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej im. Kazimierza Wielkiego.
- Ostrowski, M. (2018). Uwarunkowania autonomii osób dorosłych z uszkodzonym słuchem. *Seminare*, 39(2), 83–94.
- Otrębski, W. (1997). *Szansa na społeczną akceptację*. Lublin: RW KUL.
- Otrębski, W. (2007). *Interakcyjny model rehabilitacji zawodowej osób z upośledzeniem umysłowym*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Otrębski, W. (2008). *Sytuacja psychologiczna osób z niepełnosprawnością na rynku pracy*. Lublin: Instytut Rynku Pracy.
- Parchomiuk, M., Byra, S. (2006). Rodzaj niepełnosprawności a poczucie jakości życia. W: Z. Palak (red.), *Jakość życia a niepełnosprawność. Konteksty psychopedagogiczne* (s. 25–34). Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Peplau, L., Perlman, D. (1982). *Blueprint for a social psychological theory of loneliness*. W: M. Cook, G. Wilson (red.), *Love and Attraction* (s. 48–62). New York: Wiley – Interscience.
- Perier, O. (1992). *Dziecko z uszkodzonym narządem słuchu*. Tłum. T. Gałkowski. Warszawa: WSiP.
- Pervin, L.A., John O.P. (2002). *Osobowość teoria i badania*. Tłum. B. Majczyzna. Kraków: Wydawnictwo UJ.

- Pieniążek, S., Dankiewicz, M. (2018). Analiza tożsamości kulturowej Głuchych, *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 2(34), 429–448.
- Plopa, M. (2005). *Więzi w małżeństwie i rodzinie. Metody badań*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Plopa, M. (2008a). *Psychologia rodziny: teoria i badania*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Plopa, M. (2008b). *Kwestionariusz Stylów Przywiązaniowych. Podręcznik*. Warszawa: Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania w Warszawie. Pracownia Testów Psychologicznych.
- Plopa, M. (2010). *Małżeństwo w percepcji młodych Polaków*. W: T. Rostowska, A. Peplińska (red.), *Psychospołeczne aspekty życia rodzinnego* (s. 64–93). Warszawa: Difin.
- Podgórska-Jachnik, D. (2007). *Głusi wśród słyszących – głusi wśród Głuchych. Problemy integracji społecznej osób z uszkodzonym słuchem w aspekcie tożsamościowym*. W: E. Woźnicka (red.), *Tożsamość społeczno-kulturowa Głuchych* (s. 11–21). Łódź: Wydawnictwo Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej.
- Podgórska-Jachnik, D. (2013). *Głusi. Emancypacje*. Łódź: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Łodzi.
- Podgórska-Jachnik, D. (2017). *Głusi – edukacja a emancypacja*. W: E. Woźnicka (red.), *Edukacja niesłyszących – wczoraj, dziś i jutro* (s. 83–110). Łódź: Wydawnictwo Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej.
- Popielski, K. (1994). *Neotypyczny wymiar osobowości. Psychologiczna analiza poczucia sensu życia*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Praszkie, R. (1992). *Zmieniać nie zmieniając – ekologia problemów rodzinnych*. Warszawa: „Nasza Księgarnia”.
- Prillwitz, S. (1996). *Język, komunikacja i zdolności poznawcze niesłyszących*. Tłum. T. Duliński, Warszawa: WSiP.
- Rembowski, J. (1992). *Samotność*. Gdańsk: Uniwersytet Gdański.
- Reykowski, J. (1976). O rozwoju osobowości. *Psychologia Wychowawcza*, 19(3), 323–338.
- Rodek, V. (2014). *Przyjaźń jako czynnik konstytuujący poczucie sensu życia współczesnej młodzieży*. W: A. Żywczok (red.), *Znajomość, koleżeństwo, przyjaźń. Dynamizm ewoluowania więzi emocjonalnej* (s. 251–271). Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.

- Rokach, A. (1988). The experience of loneliness: A tri-level model. *Journal of Psychology*, 122, 531–544.
- Rola, J. (2004). *Melancholia rodzinna. Psychologiczne uwarunkowania zaburzeń depresyjnych dzieci z niepełnosprawnością intelektualną*. Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej.
- Rola, J. (2005). *Poczucie osamotnienia a depresja dziecka z niepełnosprawnością intelektualną*. W: A. Klinik, J. Rottermund, Z. Gajdzica (red.), *Edukacja – socjalizacja – autonomia w życiu osoby niepełnosprawnej* (s. 137–146). Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Romanowska, O. (2009). *Mój głos w sprawie Głuchych*. W: D. Podgórska-Jachnik (red.), *Problemy rzecznictwa i reprezentacji osób niepełnosprawnych* (s. 303–305). Łódź: Wyższa Szkoła Pedagogiczna w Łodzi.
- Rostkowska, J., Kobosko, J., Kłonica, K.L. (2013). Problemy emocjonalno-społeczne i behawioralne u dzieci z centralnymi zaburzeniami przetwarzania słuchowego (CAPD) w ocenie rodziców, *Nowa Audiofonologia*, 2(1), s. 29–35.
- Rostowska, T. (2008). *Małżeństwo, rodzina, praca a jakość życia*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Rostowski, J. (1989). Dezintegracja więzi rodzinnej oraz innych związków interpersonalnych a poczucie osamotnienia jednostki. *Roczniki Socjologii Rodziny*, 1, 191–207.
- Rostowski, J. (2002). *Rozwojowe i osobowościowe uwarunkowania kariery zawodowej człowieka*. W: T. Rostowska, J. Rostowski (red.), *Rodzina – rozwój – praca* (s. 159–168). Łódź: Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Informatyki.
- Rostowski, J. (2003). *Style przywiązania a kształtowanie się związków interpersonalnych w rodzinie*. W: I. Janicka, T. Rostowska, (red.), *Psychologia w służbie rodziny* (s. 19–31). Łódź: UŁ.
- Ryff, C.D., Singer, B. (2000). Interpersonal Flourishing: A Positive Health Agenda for the New Millennium. *Personality and Social Psychology Review*, 4(1), s. 30–44.
- Sacks, O. (1998). *Zobaczyć głos*. Poznań: Zysk i S-ka.
- Sak, M., Grzebinoga, A. (2007). *Osoby z uszkodzonym słuchem w oczach studentów – elementy stereotypu i mitów społecznych*. W: M. Flanczewska-Wolny (red.), *Jakość życia w niepełnosprawności. Mity a rzeczywistość* (s. 223–242). Gliwice–Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.

- Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B. i in. (1983). Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127–138.
- Sekułowicz, M., Kwiatkowski, P. (2013). Wypalenie się sił u rodziców dzieci z niepełnosprawnością – konstrukcja nowego narzędzia badawczego. *Studia Edukacyjne*, 25, 29–50.
- Senator, D. (2010). *Teoria więzi Johna Bowlby’ego*. W: B. Tryjarska (red.), *Bliskość w rodzinie. Więzy w dzieciństwie a zaburzenia w dorosłości* (s. 18–39). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Sęk, H. (1988). Rola asertywności w kształtowaniu zdrowia psychicznego. Ustalenia teoretyczne i metodologiczne. *Przegląd Psychologiczny*, 3, 787–808.
- Sęk, H., Cieślak, R. (2004). *Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne*. W: H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie* (s. 11–28). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sękowski, A. (1991). *Osobowościowe uwarunkowania postaw wobec ludzi niepełnosprawnych*. Lublin: RW KUL.
- Sękowski, A. (1992). *Postawy społeczne wobec inwalidów*. W: A. Biela, Cz. Walesa (red.), *Problemy współczesnej psychologii* (s. 135–142). Lublin: Wydawnictwo PTP.
- Sękowski, A. (1994). *Psychospołeczne determinanty postaw wobec inwalidów*. Lublin: UMCS.
- Simon, F.B., Stierlin, H. (1998). *Słownik terapii rodzin*. Tłum. M. Przyłipiak. Gdańsk: GWP.
- Skalny, M. (2017). Stereotypy myślowe i uprzedzenia dotyczące osób niesłyszących. *Rocznik Komisji Nauk Pedagogicznych*, LXX, 127–140.
- Skibska, J. (2014). *Uczeń z wadą słuchu w młodszym wieku szkolnym w szkole ogólnodostępnej – problemy i ich rozwiązania*. W: J. Skibska (red.), *Dziecko z wadą słuchu oraz Centralnymi Zaburzeniami Przetwarzania Słuchowego (CAPD). Wybrane problemy* (s. 27–43). Kraków: LIBRON.
- Skura, M. (2016). *Ja-inny. Relacje społeczne osób z niepełnosprawnościami*. Warszawa: Wydawnictwo UW.
- Socha, A. (2010). *Uczenie się języka migowego przez osoby słyszące – szansa na przyjazne środowisko komunikacyjne wokół osób z uszkodzonym słuchem*. W: D. Podgórska-Jachnik (red.),

- Ruch na rzecz lepszej przyszłości osób niepełnosprawnych* (s. 267–295). Łódź: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Łodzi.
- Spitzberg, B.H., Cupach, W.R. (2002). *Interpersonal skills*. W: H.L. Knapp, J.A. Daly (eds.), *Handbook of interpersonal communication* (s. 564–611). Thousand Oaks: Sage.
- Sternberg, R.J. (1986). A triangular theory of love. *Psychological Review*, 93, 119–135.
- Sternberg, R.J. (1987). Liking versus loving: A comparative evaluation of theories. *Psychological Bulletin*, 102, 331–345.
- Sternberg, R.J. (1988). *Triangulating love*. W: R.J. Sternberg, M.L. Barnes (red.), *The psychology of love* (s. 119–138). New Haven, CT: Yale University Press.
- Studen, S. (1999). *Trudności i zagrożenia w diagnozowaniu osobowości zaburzonej w sprawach o nieważność małżeństwa*. W: A. Dziega, K. Graczyk, S. Dubiel, Z. Podlecki (red.), *Kościelne prawo procesowe. Materiały i studia* (s. 83–96). Lublin: TN KUL.
- Studen, S., Borczon, I. (2002). *Koncepcja małżeństwa własnego i obraz małżeństwa rodziców u młodzieży o różnym poziomie poczucia bezpieczeństwa*. W: T. Rostowska, J. Rostowski (red.), *Rodzina – rozwój – praca* (s. 37–55). Łódź: Wyższa Szkoła Informatyki.
- Stuart, J. (red.) (2014). *Mosty zamiast murów. O komunikowaniu się między ludźmi*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Szczepankowski, B. (1997). W obronie głuchoniemego – rozważania nad terminologią. *Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej*, 1(151), s. 102–115.
- Szczepankowski, B. (1999). *Niesłyszący – głusi – głuchoniemi. Wyrównywanie szans*. Warszawa: WSiP.
- Szczańska, M. (2014). *Przyjaźń jako specyficzna forma więzi międzyludzkiej – ujęcie kontekstualne*. W: A. Żywczoł (red.), *Znajomość, koleżeństwo, przyjaźń. Dynamizm ewoluowania więzi emocjonalnej* (s. 231–250). Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Szczupał, B. (2003). *Poziom samoakceptacji i poczucie sensu życia u młodzieży niepełnosprawnej ruchowo (aspekt teoretyczny)*. W: E. Górniewicz, A. Krause (red.), *Dyskursy pedagogiki specjalnej – konteksty teoretyczne*. Olsztyn: Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego.

- Szczupał, B. (2005a). Young motorically handicapped people in relation to feeling of loneliness and quality of life. W: *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio D. Medicina*. vol. LX, suppl. XVI, 5 (s. 345–349). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Szczupał, B. (2005b). *Poczucie samotności dziecka przewlekle chorego jako problem pedagogiczny*. W: A. Klinik, J. Rottermund, Z. Gajdzica (red.), *Edukacja – socjalizacja – autonomia w życiu osoby niepełnosprawnej*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Szczupał, B. (2005c). Wybrane aspekty poczucia samotności młodzieży niepełnosprawnej. *Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo*, 2, 47–62.
- Szczupał, B. (2016). Samotność młodzieży z niepełnosprawnością jako problem pedagogiczny. *Studia Socialia Cracoviensia*, 8, 2(15), 167–177.
- Szymczak, J.D. (2006). Bliskie relacje w rodzinie a dystres psychologiczny u chorych na raka płuca oczekujących na leczenie chirurgiczne oraz u zdrowych. *Wiadomości Lekarskie*, LIX, 9–10.
- Szymczak, W. (2008). *Podstawy statystyki dla psychologów. Podręcznik akademicki*. Warszawa: Difin.
- Tarabulsky, G.M., Tessier, R., Gagnon, J., Pieche, C. (1996). Attachment Classification and Infant Responsiveness During Interactions. *Infant Behavior and Development*, 19, 131–143.
- Teper-Solarz, Z. (2016). Głusi – na marginesie „świata słyszących”. *Uniwersyteckie Czasopismo Socjologiczne*, 14(1), Wydawnictwo Naukowe UKSW, 37–45.
- Thompson, R.A. (1999). *Early Attachment and Later Development*. W: J. Cassidy, P. Shaver (red.), *The Handbook and Attachment* (s. 265–286). New York: Guilford Press.
- Tilich, P. (1980). *Loneliness and solitude*. W: J. Harttrog, J.R. Audy, Y.A. Cohen (red.), *The anatomy of loneliness* (s. 124–136). New York: International Universities.
- Tomaszek, K., Tucholska, S. (2012). Psychospołeczne następstwa poczucia alienacji u młodzieży. *Pedagogia Christiana*, 2(30), 163–178.
- Tomaszewski, P. (2007). *Głuchota a zaburzenia zachowania dziecka: wyzwanie dla rodziców słyszących*. W: E. Pisula, D. Danielewicz (red.), *Rodzina z dzieckiem z niepełnosprawnością* (s. 7–30). Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.

- Tomaszewski, P. (2015). *Kształtowanie kompetencji socjokulturowej w nauczaniu polskiego języka migowego*. W: P. Tomaszewski, K. Bargiel-Matusiewicz, E. Pisula (red.), *Kulturowe i społeczne aspekty niepełnosprawności* (s. 21–40). Warszawa: Wydawnictwo UW.
- Tomaszewski, P., Kotowska, K., Krzysztofiak, P. (2017). *Paradygmaty tożsamości u g/Głuchych: przegląd wybranych koncepcji*. W: E. Woźnicka (red.), *Edukacja niesłyszących – wczoraj, dziś i jutro* (s. 111–155). Łódź: Wydawnictwo Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej.
- Trębicka-Postrzygacz, B., Antas, A. (2012). Wokół zagadnień terminologicznych w surdopedagogice. *Rozprawy Społeczne, 1(VI)*, 31–36.
- Tryjarska, B. (2010). *Style przywiązania partnerów a tworzenie bliskich związków w dorosłości*. W: B. Tryjarska (red.), *Bliskość w rodzinie. Więzy w dzieciństwie a zaburzenia w dorosłości* (s. 185–217). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Uchnast, Z. (1990). *Metoda pomiaru poczucia bezpieczeństwa*. W: A. Januszewski, Z. Uchnast, T. Witkowski (red.), *Wykłady z psychologii w KUL, 5*, 95–108. Lublin: RW KUL.
- Uchnast, Z. (1997). Prężność osobowa. Empiryczna typologia i metoda pomiaru. *Roczniki Filozoficzne, 45(4)*, 27–51.
- Uchnast, Z. (1998). Prężność osobowa a egzystencjalne wymiary wartościowania. *Roczniki Psychologiczne, 1*, 7–27.
- Umansky, A.M., Jeffe, D.B., Lieu, J.E.C. (2011). The HEAR-QL: Quality of Life Questionnaire for Children with Hearing Loss. *Journal of the American Academy of Audiology, 22(10)*, 644–653.
- Walęcka-Matyja, K. (2018). *Relacje interpersonalne dorosłych rodziców w aspekcie funkcjonowania psychospołecznego i krytycznych wydarzeń życiowych*. Łódź: Wydawnictwo UŁ.
- Wawrzyniak-Chrzanowska, B. (2007). *Świat pełen znaczeń – osoby niesłyszące jako twórcy i odbiorcy przekazów kulturowych*. W: E. Woźnicka (red.), *Tożsamość społeczno-kulturowa Głuchych* (s. 190–200). Łódź: Wydawnictwo Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej.
- Weiss, R.S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Wiśniewska-Roszkowska, K. (1990). *Druga i trzecia młodość kobiety*. Warszawa: PZWL.

- Witczak, P., Olejniczak, D., Skonieczna, J. (2016). Ocena jakości życia przed i po protezowaniu narządu słuchu = The impact of hearing aids on the quality of life. *Journal of Education, Health and Sport*, 6(9), 712–723.
- Wojciszke, B. (2002). From the first sight to the last breath: A six-stage model of love. *Polish Psychological Bulletin*, 33, 215–234.
- Wojciszke, B. (2004). *Człowiek wśród ludzi. Zarys psychologii społecznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Wojciszke, B. (2009). *Psychologia miłości*. Gdańsk: GWP.
- Wojciszke, B. (2011). *Psychologia społeczna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Wojda, P. (2015a). *Naturalne języki migowe a polski język migowy*. W: E. Muzyka-Furtak (red.), *Surdologopedia. Teoria i praktyka* (s. 372–391). Gdańsk: Harmonia Uniwersalis.
- Wojda, P. (2015b). *Sztuczne i mieszane języki migowe*. W: E. Muzyka-Furtak (red.), *Surdologopedia. Teoria i praktyka* (s. 392–410). Gdańsk: Harmonia Uniwersalis.
- Wołonciej, M. (2009). *Homo faber czy homo familiaris? Wpływ bezrobocia na realizację ról małżeńskich*. W: T. Rostowska (red.), *Psychologia rodziny. Małżeństwo i rodzina wobec współczesnych wyzwań* (s. 81–100). Warszawa: Difin.
- Wójcik, M. (2008). *Wybrane aspekty społecznego funkcjonowania młodzieży niesłyszącej i słabo słyszącej*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Wójcik, M., Kowalewicz, E. (2009). *Wczesna interwencja w życiu dziecka i jego rodziny*. W: Cz. Kosakowski, A. Krause, M. Wójcik (red.), *Relacje i doświadczenia społeczne osób z niepełnosprawnością* (s. 81–86). Toruń–Olsztyn: Wydawnictwo Edukacyjne Akapit.
- Wzorek, A. (2009). Rodzina z dzieckiem z zaburzeniami słuchu – spojrzenie systemowe. *Psychoterapia*, 4(151), 53–64.
- Zaborniak-Sobczak, M. (2009). *Osoby z wadą słuchu wobec wybranych problemów integracji psychospołecznej*. Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego.
- Zajonc, R.B., Adelman, P.K., Murphy, S.T., Niedenthal, P.M. (1987). Convergence in the physical appearance of spouses. *Motivation and Emotion*, 4, 335–346.
- Zalewska, M. (1998). *Dziecko w autoportrecie z zamalowaną twarzą. Psychiczne mechanizmy zaburzeń rozwoju tożsamości*

- dziecka głuche i dziecka z opóźnionym rozwojem mowy.* Warszawa: Wydawnictwo Jacek Santorski & CO.
- Zalewska, M. (2010). *Style więzi małżeńskiej a spostrzeganie bliskości w triadzie matka – ojciec – dziecko.* W: B. Tryjarska (red.), *Bliiskość w rodzinie. Więzy w dzieciństwie a zaburzenia w dorosłości* (s. 171–184). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Zasępa, E. (1998). Postawy społeczne wobec osób niepełnosprawnych. *Roczniki Pedagogiki Specjalnej*, 9, 278–286.
- Zawadzki, B., Strelau, J., Szczepaniak, P. (1995). Diagnoza psychometryczna Pięciu Wielkich Czynników Osobowości: adaptacja Kwestionariusza NEO – FFI Costy i McCrae do warunków polskich. *Studia Psychologiczne*, 33, 189–225.
- Zawadzki, B., Strelau, J., Szczepaniak, P., Śliwińska, M. (1998). *Inwentarz Osobowości NEO – FFI Costy i McCrae. Adaptacja polska. Podręcznik.* Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Zawiślak, A. (2000). *Spoleczne funkcjonowanie osób upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim w rolach rodzinnych.* W: M. Chymuk, D. Topa (red.), *Edukacja prorodzinna* (s. 284–297). Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej.
- Żywczok, A. (2014). *Styczność, znajomość, koleżeństwo – komparatystyka ludzkiego obcowania.* W: A. Żywczok (red.), *Znajomość, koleżeństwo, przyjaźń. Dynamizm ewoluowania więzi emocjonalnej* (s. 169–185). Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.

AKTY PRAWNE

- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 26 lipca 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym (Dz.U. z 2018 r., poz. 1485) (dostęp: 25.03.2019).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U., nr 123, poz. 776), <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU19971230776> (dostęp: 10.03.2019).

- Ustawa z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz.U. z 2011 r., nr 209, poz. 1243), <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20112091243> (dostęp: 10.03.2019).
- Zarządzenie nr 29 Ministra Edukacji Narodowej z dnia 4 października 1993 r. w sprawie zasad organizowania opieki nad uczniami niepełnosprawnymi, ich kształcenia w ogólnodostępnych i integracyjnych publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach oraz organizacji kształcenia specjalnego (Dz. Urz. MEN nr 9, poz. 36) (dostęp: 10.03.2019).

NETOGRAFIA

- http://www.statsoft.pl/textbook/stathome_stat.html?http%3A-%2F%2Fwww.statsoft.pl%2Ftextbook%2Fstdiscan.html (dostęp: 17.07.2018).

Aneks 1

Skala Oczekiwań Rodzinnych

(Opracowanie Diana Müller, Łódź 2010)

Pseudonim..... Wiek Płeć K M

Instrukcja: Poniżej znajduje się szereg twierdzeń opisujących Twoje oczekiwania dotyczące przyszłego funkcjonowania w roli męża/żony oraz ojca/matki. Przeczytaj uważnie każde z nich i odpowiedz na ile dotyczą one Ciebie.

Swoją odpowiedź zaznacz, otaczając kółkiem odpowiednią cyfrę, na 7-stopniowej skali zgodnie z kluczem:

Jestem pewien, że tak nie będzie 1 2 3 4 5 6 7 Jestem pewien, że tak będzie

1.	Partner/partnerka będzie mnie wspierał/a	1	2	3	4	5	6	7
2.	Zapewnię mojej rodzinie odpowiednie zabezpieczenie materialne	1	2	3	4	5	6	7
3.	Będę się często kłócić z partnerem/partnerką	1	2	3	4	5	6	7
4.	Będę mieć dzieci	1	2	3	4	5	6	7
5.	Partner/partnerka będzie w stosunku do mnie uczciwy/a	1	2	3	4	5	6	7
6.	Pokazywanie partnerowi/partnerce mojego nagiego ciała nie sprawi mi kłopotu	1	2	3	4	5	6	7
7.	Partner/partnerka będzie mnie wyzywał/a i używał/a obraźliwych słów pod moim adresem	1	2	3	4	5	6	7
8.	Będę potrafił/a porozumieć się z dziećmi	1	2	3	4	5	6	7

9.	Partner/partnerka będzie rozumiał/a moje potrzeby	1	2	3	4	5	6	7
10.	Zapewnię poczucie bezpieczeństwa moim bliskim	1	2	3	4	5	6	7
11.	Partner/partnerka będzie stosował agresję i przemoc wobec mnie	1	2	3	4	5	6	7
12.	Wychowam dzieci na dobrych ludzi	1	2	3	4	5	6	7
13.	Partner/partnerka sprostą roli męża/zony	1	2	3	4	5	6	7
14.	Zapewnię moim dzieciom życie na dostatecznie dobrym poziomie	1	2	3	4	5	6	7
15.	Partner /partnerka przestanie mnie kochać, uczucie wygaśnie	1	2	3	4	5	6	7
16.	Ciąża i poród wyzwala u mnie lęk	1	2	3	4	5	6	7
17.	Partner/partnerka sprostą roli ojca/matki	1	2	3	4	5	6	7
18.	W moim życiu osobistym poniosę porażkę	1	2	3	4	5	6	7
19.	Partner/partnerka będzie mieć nieuczciwe intencje wobec mnie (miłość czy litość)	1	2	3	4	5	6	7
20.	Założę rodzinę	1	2	3	4	5	6	7
21.	Partner/partnerka będzie dla mnie przyjacielem	1	2	3	4	5	6	7
22.	Poradzę sobie z opieką nad dziećmi, będę umiał/a zająć się nimi w odpowiedni sposób	1	2	3	4	5	6	7
23.	Będę cierpieć przez partnera/partnerkę	1	2	3	4	5	6	7
24.	Bez problemu zaufam partnerce/partnerowi	1	2	3	4	5	6	7
25.	Będę ciężarem dla partnera/partnerki	1	2	3	4	5	6	7
26.	Moje małżeństwo zakończy się rozwodem	1	2	3	4	5	6	7
27.	Otrzymam odpowiednie wsparcie ze strony partnera/partnerki	1	2	3	4	5	6	7
28.	Zaspokoję potrzeby moich dzieci	1	2	3	4	5	6	7
29.	Partner/moja partnerka będzie mieć problem z nałogami	1	2	3	4	5	6	7
30.	Razem z partnerem/partnerką zawsze będziemy mieć tematy do rozmów	1	2	3	4	5	6	7
31.	Rozczaruje partnera/moją partnerkę	1	2	3	4	5	6	7
32.	Partner/partnerka będzie w stosunku do mnie lojalny	1	2	3	4	5	6	7

Sprawdź, czy ustosunkowałeś /aś się do każdego stwierdzenia. Dziękuję za współpracę!

Aneks 2

- 1) Tabele z wynikami badań dotyczącymi zależności między pomiarami Skali Oczekiwań Rodziny

Tab. A-1. Macierz korelacji między skalami SOR

	OP	WR	PN	OR
OP	1,000	0,806**	-0,644**	0,619**
WR	0,806**	1,000	-0,681**	0,725**
PN	-0,644**	-0,681**	1,000	-0,406**
OR	0,619**	0,725**	-0,406**	1,000

OP – oczekiwania partnerskie; WR – wywiązanie się z roli;
PN – prognoza niepowodzenia; OR – oczekiwania rodzicielskie

** Istotność ≤ 0.01

Tab. A-2. Macierz kowariancji między pozycjami SOR

	OP	WR	PN	OR
OP	97,164	63,685	-51,545	31,178
WR	63,685	64,321	-44,409	29,713
PN	-51,545	-44,409	66,028	-16,880
OR	31,178	29,713	-16,880	26,133

OP – oczekiwania partnerskie; WR – wywiązanie się z roli;
PN – prognoza niepowodzenia; OR – oczekiwania rodzicielskie

Arkusz danych demograficznych

(Opracowanie Diana Müller, Łódź 2010)

Odpowiedz proszę na poniższe pytania, wpisując odpowiedź lub zaznaczając ją znakiem **X**

Imię lub pseudonim

1. Płeć:
 - a) kobieta
 - b) mężczyzna
2. Wiek
3. Twoje miejsce zamieszkania to:
 - a) duże miasto (powyżej 100 tys. mieszkańców)
 - b) małe miasto (poniżej 100 tys. mieszkańców)
 - c) wieś
4. Studiujesz:
 - a) stacjonarnie
 - b) niestacjonarnie
 - c) eksternistycznie
 - d) wieczorowo
 - e) indywidualnym tokiem studiów

5. Rok studiów
6. Stopień studiów:
 - a) licencjackie
 - b) inżynierskie
 - c) jednolite studia magisterskie
 - d) uzupełniające studia magisterskie
 - e) doktoranckie
7. Kierunek studiów
8. Nazwa uczelni
9. Czy w przeszłości byłeś/byłaś w związku z kobietą/mężczyzną?
 - a) tak, wpisz jak długo
 - b) nie (jeśli nie, przejdź do pytania 11)
10. Czy Twój partner/partnerka był/a osobą niepełnosprawną?
 - a) tak, wpisz rodzaj niepełnosprawności
 - b) nie
11. Czy obecnie jesteś w związku z kobietą/mężczyzną?
 - a) tak, wpisz jak długo
 - b) nie (jeśli nie, przejdź do pytania 13)
12. Czy Twój partner/partnerka jest osobą niepełnosprawną?
 - a) tak, wpisz rodzaj niepełnosprawności
 - b) nie
13. Jak długo jesteś singlem
14. Czy jesteś osobą niepełnosprawną?
 - a) tak
 - b) nie (jeśli nie, nie odpowiadaj na resztę pytań)
15. Stopień Twojej niepełnosprawności jest:
 - a) lekki
 - b) umiarkowany
 - c) znaczny

16. Jesteś osobą niepełnosprawną:
- a) od urodzenia
 - b) na skutek choroby
 - c) w wyniku wypadku
17. Rodzaj niepełnosprawności:
- a) słuchu
 - b) wzroku
 - c) słuchu i wzroku (głuchoniewidomy)
 - d) ruchu
 - e) inny, wpisz jaki

Jeśli Twoja niepełnosprawność nie dotyczy słuchu, nie odpowiadaj na resztę pytań

18. Stopień uszkodzenia słuchu:
- a) 20–40 dB stopień lekki
 - b) 40–70 dB stopień średni – umiarkowany
 - c) 70–90 dB stopień poważny, ciężki, znaczny
 - d) 90–120 dB stopień głęboki
 - e) Powyżej 120 dB – całkowita głuchota
19. Czy nosisz aparat słuchowy?
- a) tak
 - b) nie
20. Czy korzystasz z urządzeń przybliżających dźwięk?
- a) tak
 - b) nie
21. W jaki sposób porozumiewasz się z innymi?
- a) posługuję się językiem werbalnym (dźwiękowym)
 - b) posługuję się językiem migowym
 - c) system językowo-migowy
 - d) fonogesty
 - e) czytanie z ruchu warg
 - f) inne metody, wpisz jakie

22. Czy korzystasz z pomocy tłumacza języka migowego, np. na uczelni
- tak
 - nie
23. Moment uszkodzenia słuchu w stosunku do rozwoju mowy:
- głuchota prelingwalna, powstała przed opanowaniem mowy do 2–3 roku życia
 - głuchota perylingwalna, powstała w trakcie opanowywania języka, a więc w wieku około 3–6 lat
 - głuchota postlingwalna, powstała po szóstym roku życia, kiedy język był już ukształtowany
24. Przyczyna uszkodzenia słuchu:
- choroba (np. ucha wewnętrznego, błony bębenkowej, stany zapalne)
 - powikłania po chorobach, np. zapaleniu opon mózgowych lub po lekach
 - wypadek
 - uwarunkowania genetyczne
 - czynniki okołoporodowe oraz choroby matki w trakcie ciąży
 - inne wady nabyte

Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego

90-131 Łódź, ul. Lindleya 8

www.wydawnictwo.uni.lodz.pl

e-mail: ksiegarnia@uni.lodz.pl

tel. (42) 665 58 63