
Z kraju i ze świata • From the Country and from the World

V Europejska i II Światowa Konferencja Europejskiego Stowarzyszenia Zdrowia Psychicznego i Głuchoty (ESMHD) „Jak zapewnić ludziom głuchym dostęp do opieki w zakresie zdrowia psychicznego w krajach o różnej wielkości i liczebności populacji?” – Kopenhaga, 18-22 października 2000 roku

Konferencję zorganizowało Europejskie Stowarzyszenie Zdrowia Psychicznego i Głuchoty (European Society for Mental Health and Deafness – ESMHD), istniejące już od 1985 r. i zrzeszające kraje Unii Europejskiej. Tegoroczne obrady przebiegały pod kątem poszukiwania rozwiązań zapewniających ludziom głuchym i słabo słyszącym dostęp do usług opieki zdrowotnej, w tym opieki w zakresie zdrowia psychicznego.

Do Kopenhagi przyjechali przedstawiciele 22 krajów świata reprezentujący zawody bezpośrednio związane ze zdrowiem psychicznym i pracujący z osobami głuchymi i słabo słyszącymi w różnym wieku i o różnej etiologii powstania zaburzeń słuchu: psychiatrzy, psychologowie, psychoterapeuci, pielęgniarki psychiatryczne, pracownicy socjalni i inni specjaliści zatrudnieni przy organizacji omawianej formy opieki. Wśród profesjonalistów były osoby głuche, słabo słyszące i słyszące. Dla osób głuchych zapewniono tłumaczenie wystąpień na siedem języków migowych (język migowy duński, norweski, szwedzki, angielski brytyjski i amerykański, holenderski i międzynarodowy) oraz udostępniono we wszystkich salach obrad pętle induktofoniczne, co z kolei pozwalało na aktywne uczestnictwo osobom słabo słyszącym. Tej bardzo życzliwej, pełnej wzajemnego zrozumienia i przyjaznej atmosfery nie da się oddać kilkoma słowami. I miło jest mi napisać, że są takie miejsca, takie chwile, w których osoby głuche, niedosłyszające i słyszące znajdują wspólną przestrzeń sprzyjającą prawdziwej wymianie i ją realizują.

Miejscem spotkania stał się Wydział Humanistyczny Uniwersytetu w Kopenhadze, a obradom przewodniczyli w większości Lars von der Lieth z Danii (prezes ESMHD) i Barbara Brauer, osoba głucha, dyrektor Ośrodka Zdrowia Psychicznego i Głuchoty przy Uniwersytecie Gallaudeta w Waszyngtonie.

Wystąpienia były rozplanowane w blokach tematycznych. W wielu z nich jednak, niezależnie od tego, jaką grupę tematów reprezentowano, pojawiał się jeden, wspólny wątek – wątek izolacji, alienacji, odrzucenia osób głuchych i słabo słyszących we współczesnym świecie... Refleksja, iż relacjonowane spotkanie w Kopenhadze zaliczam do rzadkich wydarzeń pozwalających na przeżycie autentycznej jedności i równości wszystkich uczestników, staje się szczególnie ważna w obliczu częstego, jak się okazuje, wyłączania osób głuchych i słabo słyszących z życia – życia publicznego, towarzyskiego, rodzinnego. Sprawa izolacji i alienacji zajmowała czołowe miejsce w bardzo wielu wystąpieniach i głosach w dyskusji. Tak nadal jest mimo postępu cywilizacji, techniki... A przyczyny takiego stanu rzeczy leżą w istniejących barierach, przede wszystkim w komunikowaniu

się. Lecz nie tylko, gdyż te obecne w komunikowaniu się znajdują często wyjaśnienie w „przeszkodach” natury psychologicznej, socjologicznej, kulturowej.

Przytoczę teraz „odpowiedzi” na kilka istotnych pytań-problemów, które mogły być w jakiejś części udzielone podczas relacjonowanych obrad na kanwie rezultatów programu INCLUDE, realizowanego w ramach ESMHD w latach 1998-2000 i obejmującego kraje Unii Europejskiej; relacjonowali je w swoich wystąpieniach Bob C l o v e s i Niall K e a n e (Wielka Brytania).

1. W jakich miejscach ludzie głusi napotykają trudności w komunikowaniu się z otoczeniem?

W Wielkiej Brytanii – przykładowo – dane uzyskane z przeglądu na ten temat (ACET Survey, 1998)¹ pokazują, że najczęstszymi obszarami, w których ankietowani doświadczają trudności w komunikowaniu się z innymi, są: 1) rodzina – ok. 65%; 2) szpital – ok. 50%; 3) kościół – ok. 45%; sklepy – ok. 43%; przychodnia rejonowa (tzw. GP) – ok. 39%. Autorzy podkreślają, jak zawodne może okazać się liczenie na pomoc rodziny w komunikowaniu się osób głuchych i słabo słyszących z personelem medycznym, skoro dom rodzinny okazuje się najtrudniejszym obszarem w komunikowaniu się dla niesłyszących. Stosunkowo niewielki procent badanych uznaje za miejsce trudne w tym względzie pracę czy też miejsca rekreacji.

2. Co ludzie głusi mówią o swoich przeżyciach i kontaktach z otaczającym światem?

Okazuje się, zarówno w raporcie RNID² jak i HAS³, że w kształceniu i szkoleniach specjalistów pracujących z osobami głuchymi należy położyć większy nacisk na poznanie tych ostatnich, jak i tego, na czym polegają napotymane przez tę grupę ludzi trudności. Omawiane wyniki badań informują, iż w przeżyciach 71% ankietowanych obecna jest izolacja, 39% unika kontaktów z ludźmi, trudności w radzeniu sobie w miejscach publicznych są udziałem aż 91%, a rezygnuje z wyjaśnień w sytuacji komunikowania się z innymi 46% zapytanych. Treścią codziennych doświadczeń większości osób głuchych i słabo słyszących okazują się przeżycia: zawstyżenia i zmieszania, gdy mówią, że są oni ludźmi głuchymi lub słabo słyszącymi; bycia „głupimi”, gdyż wiele razy wymagają powtórzeń jakiegoś stwierdzenia; sprawiania kłopotu ze względu na konieczność, by inni mówili do nich nieco wolniej, umożliwiając im tym samym odczytywanie mowy z ust; bezsilności w sytuacji, gdy opuszczają gabinety lekarskie po odbytych wizytach, nie wiedząc wiele więcej niż przed wizytą; pogwałcenia ich praw, gdy są leczeni bez świadomości, co ma miejsce i dlaczego – dla przykładu – konieczne jest w danym przypadku leczenie szpitalne; bycie wyśmiewanym, ośmieszanym i narażanym na przemoc słowną czy fizyczną w codziennym życiu. To tylko przykłady przybliżające doświadczenia ludzi niesłyszących i niedosłyszących w kontaktach z otoczeniem.

3. Jakie są opinie niesłyszących użytkowników o dostępności usług zdrowotnych?

Wyniki badań wskazują na ograniczony dostęp osób głuchych do świadczeń zdrowotnych oraz istnienie licznych uprzedzeń wśród lekarzy GP⁴. Dla przykładu wśród ankietowanych osób głuchych i słabo słyszących: 23% opuściło gabinety lekarskie bez wiedzy, co im jest; 32% pozostaje w zależności od znajomych i rodziny ze względu na konieczność tłumaczenia na język migowy, a tym samym uczestniczenia podczas wizyty lekarskiej osoby trzeciej; co szósta osoba unika chodzenia do lekarza ze względu na trudności w komunikowaniu się; 68% jest zdania, że powinien ulec poprawie dostęp do szpitali i przychodni rejonowych, a co piąta osoba głucha czy słabo słysząca pada ofiarą zniewagi wyrażanej słownie lub przez gestykulację w sytuacji korzystania ze świadczeń zdrowotnych. Najbardziej powszechne trudności napotymane przez osoby głuche i słabo słyszące w otrzymaniu diagnozy i leczenia wynikają z tego, że lekarze nie są w stanie efektywnie porozumieć się z tą grupą pacjentów, brak jest często możliwości skorzystania z usług tłumaczy języka migowego, a także nawet stanowi często problem dla niesłyszącego pacjenta umówienie się na wizytę lekarską.

¹ Cytowane dane pochodzą z opracowania: B. C l o v e s (ed.), *Include Deaf Europeans*. „European Society for Mental Health and Deafness” X 2000 s. 70.

² RNID – Royal National Institute for the Deaf; zob. tamże s. 77.

³ HAS – Health Advisory Service; zob. tamże s. 77.

⁴ GP – General Practitioners; zob. tamże s. 75 n.

W wielu wystąpieniach uczestnicy Konferencji mogli zapoznać się z aktualnym stanem wiedzy na temat, ogólnie mówiąc, zdrowia psychicznego ludzi głuchych, słabo słyszących i słyszących (Johannes F e l l i n g e r – Austria, Barbara B r a u e r – USA, Alexis K a r a c o s t a s – Francja, Nick K i t s o n – Wielka Brytania, Robert P o l l a r d – USA, Ines S l e e b o o m v a n R a a j, Holandia i in.) W badaniach prowadzonych w latach 1998-2000, także w ramach wspomnianego projektu INCLUDE, który swym zasięgiem obejmował populację osób głuchych i słabo słyszących w krajach Unii Europejskiej, w obszarze zdrowia psychicznego ujawniły się następujące trendy:

- Zachorowanie na schizofrenię jest mniej więcej tak samo prawdopodobne u ludzi głuchych i słabo słyszących, jak i u słyszących.

- W przypadku ludzi głuchych istnieje większe prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń osobowości, zaburzeń zachowania czy problemów w przystosowaniu niż u słyszących.

- Zespoły organiczne i trudności w uczeniu się częściej pojawiają się wśród osób głuchych i słabo słyszących.

- Istnieje większe prawdopodobieństwo wystąpienia depresji i zaburzeń depresyjnych czy zaburzeń nerwicowych u ludzi głuchych i słabo słyszących, co pozostaje w sprzeczności z wcześniejszymi doniesieniami.

- Paranoja może pojawić się z taką samą częstością zarówno u ludzi głuchych i słabo słyszących, jak i słyszących, chociaż głuchota nabyta zalicza się do czynników ryzyka w przypadku wystąpienia zespołów paranoidalnych.

Warto wiedzieć, iż w cytowanych badaniach wskaźniki zachorowań na choroby psychiczne i prawdopodobieństwo diagnozy trudności w uczeniu się są podobne w obydwu porównywanych populacjach. Jednakże wśród skierowanych niesłyszących i niedosłyszących pacjentów do ośrodków zajmujących się świadczeniem usług w zakresie zdrowia psychicznego ze względu na problemy emocjonalne czy problemy w zachowaniu znalazło się 50% badanych wobec odpowiednio 5% w populacji ludzi słyszących.

Wśród innych ważnych tematów obrad znalazły się m.in.:

- problemy psychiatrii dziecięcej (Peter H i n d l e y – Wielka Brytania, Helen R e e d – Wielka Brytania, Catherine W i l t s h i r e – Australia, Kerstin H e i l i n g – Szwecja),

- tendencje w leczeniu i postępowaniu z dorosłymi pacjentami głuchymi i słabo słyszącymi w zakresie zdrowia psychicznego,

- zdrowie psychiczne u ludzi głuchych w wieku podeszłym (Otto F r i t s c h y – Holandia, Anette G r a m s t r u p – Dania, Anne P h i l i p s e n – Dania i in.),

- przemoc ludzi głuchych i wobec ludzi głuchych,

- tożsamość dzieci i dorosłych głuchych (Stein-Erik O h n a – Norwegia, Marina Z a l e w s k a – Polska, Joanna K o b o s k o – Polska i in.),

- ludzie głusi ze sprzężonymi niepełnosprawnościami,

- głusi profesjonaliści (Allen S u s s m a n – USA i in.).

Podsumowując to niezwykle bogate merytorycznie i niezwykle zarazem z wielu względów spotkanie, chcę podkreślić, iż o zdrowiu psychicznym dzieci głuchych i słabo słyszących oraz ich rodzin, jak i późniejszych dorosłych wciąż niewiele się mówi otwarcie. Sprawy te przesłaniane są przez dylematy natury medycznej, lingwistycznej, edukacyjnej, ekonomicznej, wobec których stają rodziny dzieci głuchych i słabo słyszących czy później dorośli już ludzie. Na relacjonowanej Konferencji Polska była jedynym krajem z Europy Wschodniej, który miałam zaszczyt jako przedstawicielka IFPS reprezentować. Myślę, że trzeba zacząć i u nas tworzyć powoli podwaliny opieki psychiatryczno-psychologicznej dla osób głuchych i słabo słyszących w trosce o ich lepsze i bardziej satysfakcjonujące życie.

Joanna Kobosko

Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Warszawa

⁵ Zob. tamże s. 63.