

PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM BÖLCSESZET- ÉS TÁRSADALOMTUDOMÁNYI

KAR

PSZICHOLÓGIA DOKTORI ISKOLA

FEJLŐDÉS- ÉS KLINIKAI PSZICHOLÓGIAI DOKTORI PROGRAM

„Ami igazán lényeges, az a szemnek láthatatlan.”¹

**Látássérült anyaság - a társadalmi reprezentáció, az egyéni tapasztalat és az
anya-gyermek interakciók szemszögéből**

Doktori (PhD) értekezés

Hankó Csilla

Témavezetők:

Dr. Pohárnok Melinda

Dr. Lénárd Katalin



¹ Idézet Antoine de Saint-Exupéry A kis herceg c. regényéből

1 Tartalomjegyzék

1	Tartalomjegyzék.....	2
2	Absztrakt	7
3	Bevezetés.....	8
4	Elméleti háttér	9
4.1	A fogyatékoság fogalma a különböző modellek alapján	10
4.1.1	Jogi értelmezés	10
4.1.2	Medikális értelmezés	11
4.1.3	Társadalmi értelmezés	12
4.1.4	Bio-pszicho-szociális modell.....	12
4.1.5	Gyógypedagógiai modell.....	12
4.1.6	Általános következtetések	13
4.1.7	A fogyatékoságtudomány, mint kritikai társadalomtudomány	13
4.2	A fogyatékoság fajtái	14
4.2.1	A látássérültség fogalma.....	14
4.2.2	A látássérülés mint fogyatékoság specifikumai, kihívásai.....	17
4.3	A látássérültség fejlődépszichopatológiai megközelítése	18
4.3.1	A fejlődési pszichopatológia fogalma	18
4.3.2	Protektív- és rizikófaktorok.....	20
4.3.3	Vulnerabilitás és reziliencia	20
4.3.4	Módszertani korlátok és kutatási nehézségek.....	23
4.3.5	A látássérültség szerepe az anyává váló nő életében.....	25
4.3.6	Szülői látássérültség mint rizikó/protektív faktor a fejlődő utód életében	31
4.4	Látássérültség szerepe a látássérült anyák gyermekvállalásában, szülői szerepében.....	33
5	1. vizsgálat: A testi/érzékszervi fogyatékoság szociális reprezentációjának vizsgálata ..	38
5.1	Elméleti háttér	38
5.1.1	A fogyatékoság szociális reprezentációjának alakulása a történelem során	40
5.1.2	A különböző fogyatékosági típusok szociális reprezentációja.....	42

5.2	Kutatási kérdések	43
5.3	Minta	44
5.4	Módszer	44
5.4.1	Asszociációs háló	44
5.4.2	Iramuteq.....	47
5.5	Eredmények.....	47
5.5.1	A „fogyatékoság” szociális reprezentációja.....	48
5.5.2	A „látássérült ember” szociális reprezentációja	49
5.5.3	A „siket ember” szociális reprezentációja	51
5.5.4	A „mozgássérült ember” szociális reprezentációja.....	52
5.5.5	A „mozgássérült családtaggal rendelkező család” szociális reprezentációja.....	53
5.5.6	Az „ép család” szociális reprezentációja	55
5.6	Diszkusszió.....	56
5.7	Limitációk, kitekintés.....	59
5.7.1	Társadalmi vélekedések a látássérült szülőségről	59
6	2. vizsgálat: Látó és lássérült nők gyermekvállalással kapcsolatos elképzelései, anyaságélményei Magyarországon: a narratív identitás tematikus elemzése	63
6.1	Bevezetés.....	63
6.2	A gyermekvállalást befolyásoló tényezők.....	64
6.2.1	Egyéni/pszichológiai tényezők	64
6.2.2	Kapcsolati tényezők.....	65
6.2.3	Társadalmi tényezők.....	66
6.3	Gyermekvállalási magatartást befolyásoló tényezők	66
6.4	A gyermekvállalási magatartást befolyásoló tényezők fogyatékkal élő nők körében	67
6.5	Anyává válás	69
6.6	Az anyává válás fogyatékkal élő nőként	70
6.6.1	Az „elég jó anyaság” fogyatékkal élő nőként.....	72
6.6.2	Anyaság fogyatékkal élőként a társadalom tükrében	74
6.7	Hazánkban végzett korábbi kutatások a témában.....	75

6.8	Kvalitatív módszertan választásának indoklása	77
6.9.1.	kvalitatív vizsgálat: látó és látássült fiatal nők gyermekvállalással kapcsolatos elképzelései, anyaság-értelmezései	77
6.9.1	Kutatási kérdés	78
6.9.2	Módszer	78
6.9.3	Eredmények.....	81
6.9.4	Diszkusszió.....	91
6.10	2. kvalitatív vizsgálat: Látó és látássérült anyák anyaság-értelmezései	96
6.10.1	Kutatási kérdés	96
6.10.2	Módszer	96
6.10.3	Eredmények.....	102
6.10.4	Diszkusszió.....	110
6.11	Kvalitatív vizsgálataink erősségei és korlátjai, kitekintés	115
7	3. vizsgálat: Látó és látássérült anyák gyermekükkel való interakcióinak vizsgálata	116
7.1	Bevezetés.....	116
7.2	Elméleti háttér	117
7.2.1	Szülő-gyermek interakció.....	117
7.2.2	Szülő-gyermek interakciók természetesen megváltozott környezetben	118
7.2.3	A szemkontaktus szerepe a társas kommunikációban	118
7.2.4	Korábbi tanulmányok, kutatások.....	121
7.2.5	A korábbi interakcióvizsgálatok összefoglalása, konklúziója	128
7.3	Hipotézisek, kutatási kérdések	128
7.4	Vizsgálati személyek.....	131
7.5	Vizsgálati eljárás	136
7.5.1	Helyszíni elrendezés.....	136
7.5.2	Vizsgálati protokoll	137
7.5.3	Noldus Observer XT.....	139
7.6	Adatelemzés módszertanának indoklása	143
7.7	Eredmények.....	144

7.7.1	1. hipotézis.....	144
7.7.2	2. hipotézis.....	145
7.7.3	2.1. hipotézis.....	146
7.7.4	3. hipotézis.....	148
7.7.5	3.1. hipotézis.....	150
7.7.6	4. hipotézis.....	150
7.7.7	5. hipotézis.....	151
7.7.8	Kontingens válaszreakció-párok	152
7.7.9	Hipotéziseink esetszintű vizsgálata	155
7.8	Diszkusszió, kitekintés	161
7.9	Általános diszkusszió, kitekintés.....	166
8	Köszönetnyilvánítás	170
9	Ábrajegyzék.....	171
10	Táblázatjegyzék.....	172
11	Irodalomjegyzék.....	174
12	Mellékletek.....	188
12.1	Etikai engedély az első vizsgálatához	188
12.2	Etikai engedély az első kvalitatív vizsgálatához	189
12.3	Etikai engedély a második kvalitatív vizsgálatához.....	190
12.4	Etikai engedély a harmadik vizsgálatához	191
12.5	A fogyatékoság szociális reprezentációját vizsgáló kérdőívcsomag	192
12.6	Fogyatékoság - prototipikusság elemzés ábrája.....	199
12.7	Fogyatékoság - gondolati háló	200
12.8	Látássérült ember- prototipikusság elemzés ábrája	201
12.9	Látássérült ember - gondolati háló	202
12.10	Siket ember- prototipikusság elemzés ábrája	203
12.11	Siket ember - gondolati háló.....	204
12.12	Mozgássérült ember- prototipikusság elemzés ábrája	205
12.13	Mozgássérült ember - gondolati háló	206

12.14	Mozgássérült családtaggal rendelkező család - prototipikusság elemzés ábrája.....	207
12.15	Mozgássérült családtaggal rendelkező család - gondolati háló	208
12.16	Ép család - prototipikusság elemzés ábrája	209
12.17	Ép család - gondolati háló	210
12.18	Látó és látássérült fiatal felnőtt nőekkel készült interjúk kérdései.....	211
12.19	Látó és látássérült anyákkal készült interjú kérdései.....	212
12.20	Az interakcióvizsgálat során használt eszközök.....	213
12.21	Google Forms űrlap látó és látássérült édesanyák részére	214
12.22	Példa az interakcióvizsgálatok elemzésének vizualizációjára	222
12.24	Statisztikai elemzések táblázatai	223
12.25	Saját publikációk jegyzéke	242
12.25.1	A disszertáció témájához kötődő – írott és szóbeli – publikációk.....	242
12.25.2	A disszertáció témájához nem kötődő – írott és szóbeli – publikációk.....	245

2 Absztrakt

Kutatásunk a látássérült emberekről alkotott szociális reprezentáció sajátosságait, illetve a gyermekvállalásról, szülői szerepről való gondolkodást vizsgálja látássérült gyermekvállalás előtt álló nőkkel és édesanyákkal, és látássérült anya-gyermek párosok interakcióját vizsgálja azzal a céllal, hogy feltárjuk azokat az interakciós sajátosságokat, melyek a látássérült anyák gyermekükkel folytatott szabad játék interakciója során figyelhetők meg. Kutatásunk három részre osztható, melynek első részében egy, a különböző fogyatékosági típusokkal kapcsolatos szociális reprezentáció vizsgálatot készítettünk. Második vizsgálatunk során félig strukturált interjúkat készítettünk látó és látássérült nőkkel. Kutatásunk harmadik részében interakció vizsgálatokat készítettünk látó és látássérült édesanyákkal és 12-18 hónapos látó gyermekükkel. Vizsgálataink során mindvégig fontosnak tartottuk a fejlődési pszichopatológiai és az interaktív specializáció elméleti keretekben való gondolkodást. A vizsgálataink eredményei közötti összefüggések, kapcsolatok megállapításával és következtetéseinkkel egy integratív szemléletet kívántunk képviselni ezen a területen.

3 Bevezetés

A pszichológia tudományterületének talán egy kevésbé kutatott, több tudományos határterülettel rendelkező témáját választottam doktori disszertációm megírásának alapjául. A mesterképzés második évében kezdtem el érdeklődni a fogyatékossgal élő emberek élményvilága, személyisége iránt. Fejlődéslélektani műhelymunkám során egy pécsi látássérült édesapával készítettem interjút arról, hogy milyen látássérültként gyermeket vállalni, gyermeket nevelni. Az akkori témavezetőm, oktatóm, Dr. Lénárd Katalin kérdezte meg tőlem a dolgozat leadását követően, hogy lenne-e kedvem ezt a témát doktori tanulmányok során részletesebben vizsgálni. Ezt követően nagy lelkesedéssel és elszántsággal vettem bele magam a fogyatékossgtudomány és a pszichológia határán elhelyezhető témába. Legelső kutatási kérdésünk a látássérült szülőséggel volt kapcsolatos. Ezt követően újabbnál újabb érdeklődési területek, témák és kérdések merültek fel, melyek tovább alakították kutatásunkat, ami vizsgálataink sokszínűségében is jól tükröződik.

Dolgozatomban a látássérült nők gyermekvállalással kapcsolatos elképzeléseit, a látássérült anyák szülői élményvilágát és az abban tükröződő uralkodó társadalmi nézeteket, attitűdöket szerettem volna feltárni. Az anyai élményvilág egyéni megéléseinek megismerésén túl a látássérült anyák csecsemőjükkel folytatott közös interakciónak sajátosságai is érdeklődésem középpontjába került. Doktori tanulmányaim végére három különböző módszertani eljárással (szociális reprezentáció tartalmának elemzése, tematikus tartalomelemzés és interakcióvizsgálat) készült kutatás eredményeinek összefoglalása volt a következő kihívás, melyet jelen dolgozatban kívánok bemutatni.

4 Elméleti háttér

A fogyatékossgal élő populációval végzett pszichológiai kutatások nagyobb része az érintett gyermekekkel foglalkozik, míg a fogyatékossgal élő szülők helyzete, megküzdésük, megéléseik kevesebb teret kapnak a tudományos kutatások területén (pl. Kirshbaum és Olkin, 2002). Nemzetközi szinten az elmúlt években több tanulmány és segédanyag is megjelent, mely látássérült szülők mindennapi kihívásait, szülőség-élményét tárja fel, illetve szolgál gyakorlati tanácsokkal, útmutatókkal, személyes beszámolókkal, mely a sorstárs közösség és közvetlen környezetük számára is rendkívül hasznos lehet. Hazánkban először Honyek Katalin (1982) vizsgálta 12 felnőtt látássérült ember családi életét (pl. gyermekvállalási megfontolások, csecsemőgondozási nehézségek, a szülő látássérültségének a gyermek általi érzékelése, tudatosodása). Ezt követően Dax Viktória (1994) 9 hónapon keresztül követte nyomon egy látássérült édesanya csecsemőjének fejlődését, illetve a gyermekgondozás főbb tevékenységeit. A következő hazai kutatást Seben Viktória (2010) végezte, aki mozgás- és érzékszervi fogyatékossgal élő szülők gyermeknevelés során megmutatkozó nehézségeit három csoportba kategorizálta:

1. Fogyatékossga közvetlenül visszavezethető nehézségek (pl. mozgáskorlátozott szülők esetében a gyermek mozgatása, szállítása; érzékszervi fogyatékossgal élő szülők esetében a gyermekkel való kommunikációs nehézségek)
2. Fogyatékossga közvetetten visszavezethető problémák (pl. a szülő fogyatékossga következményeként kialakuló csökkentértékűség érzés, és az ehhez kapcsolódó önértékelési válságok)
3. Fogyatékossga vissza nem vezethető problémák (pl. testvérféltékenység okozta nehézségek).

Ezen magyar kutatásokra is igaz lehet az a megállapítás, ami a nemzetközi szakirodalomban is megfigyelhető: a fogyatékossgából adódó nehézségekre, hiányosságokra, kihívásokra fókuszálnak, ami által az érintettek szülői szerepét patologizálják (Kirshbaum és Olkin, 2002). Mi ezzel ellentétben vizsgálataink során a fejlődési pszichopatológia és az interaktív specializáció elméleti keretein belül gondolkodva a fogyatékossgal élő szülőség sajátosságait az erősségek és a gyengeségek, az előnyök és a kockázatok fényében szeretnénk fel tárni.

4.1 A fogyatékoság fogalma a különböző modellek alapján

A fogyatékoság meghatározása rendkívül dinamikusan változott az elmúlt évtizedekben (Könczei és Kálmán, 2002). Magyarországon a definíció viszonylag tág értelmezéssel bír, ami legfőképp attól függ, hogy mely tudományágban vagy szakterületen foglalkozunk vele (pl. orvostudomány, fogyatékoságtudomány, gyógypedagógia, pszichológia, nyelvtudomány, filozófia, antropológia). A fogyatékoság fogalmát többféle perspektívából lehet definiálni (Byrnes és Hickey, 2016). Meghatározása történhet orvosi, jogi, szociális/társadalmi és gyógypedagógiai modell alapján is.

Magyarországon a Központi Statisztikai Hivatal által 2011-ben végzett népszámlálás során a fogyatékosággal élő emberek helyzete és szociális ellátása is felmérésre került. A fogyatékoságot, mint definíciót a következő módon határozták meg: „fogyatékoságnak tekintjük azt a maradandó állapotot vagy sajátosságot, amikor a személy testi, értelmi, érzékszervi, mozgásszervi vagy kommunikációs képességét számottevően vagy egyáltalán nem birtokolja, és ez jelentős mértékben gátolja a társadalmi életben való részvételében, a megszokott, hagyományosan elvárható életvitel gyakorlásában.” (KSH, 2011, 17. o).

A fogyatékoság elméleti keretrendszerét legrészletesebben magyarázó és leggyakrabban alkalmazott modellek a medikális, a szociális és a bio-pszicho-szociális modellek, melyeket a fogyatékoság jogi értelmezésével és a gyógypedagógiai modellel kiegészítve kívánunk a következő fejezetben bemutatni (Petasis, 2019).

4.1.1 Jogi értelmezés

Jogi értelemben a fogyatékoság egy fizikai vagy mentális károsodás, mely lényegesen korlátozza a személyt egy vagy több főbb élettevékenységében. Ebben az értelmezésben az az egyén számít fogyatékosággal élő személynek, akinek állapota nyilvántartásba van véve, illetve, aki ilyen károsodásokkal rendelkező személynek tekinthető (Americans with Disabilities Act, 1990). A jogi perspektívából megközelített fogalom a fogyatékosággal élő amerikaiak egyezményében magába foglalja azt is, hogy ezeknek a személyeknek biztosítani kell a megfelelő elhelyezkedést a munkaerőpiacon, illetve azt, hogy ugyanazok a jogok illessék meg őket az oktatás, a foglalkoztatás, a lakhatás, a közlekedés és egészségügyi szolgáltatások területén, mint ép társaikat.

Az Egyesült Nemzetek Szervezete (ENSZ) 1993. évi 48/96 számú határozatában a fogyatékoságot „különböző funkcionális korlátozottságként” említi, aminek oka lehet fizikai,

értelmi vagy érzékszervi károsodás, de lelki betegség és egészségi állapot is (Chikán, 2001, in Laki, 2014). A 2013. évi LXII. törvény § (1) meghatározza a fogyatékos személy fogalmát, ami alapján fogyatékosnak tekinthető minden olyan tartós vagy végleges – veleszületett vagy szerzett – érzékszervi, kommunikációs, fizikai, értelmi vagy pszichoszociális károsodás, illetve ezek bármilyen halmozódása, amely a környezeti, társadalmi és egyéb jelentős akadályokkal kölcsönhatásban a hatékony és másokkal egyenlő társadalmi részvételt korlátozza vagy gátolja (fszk.hu, 2022).

Magyarországon a fogyatékossgal élő embereket érintő jogszabály szerint „fogyatékossgal élő minden olyan személy, aki hosszan tartó fizikai, értelmi, szellemi vagy érzékszervi károsodással él, amely számos akadállyal együtt korlátozhatja az adott személy teljes, hatékony és másokkal egyenlő társadalmi szerepvállalását.” (1998/XXVI. törvény).

4.1.2 Medikális értelmezés

Orvosi értelemben a fogyatékossg egy állapot, mely akadályozza az aktivitást és a mindennapi tevékenységekben való részvételre való képességet. A betegség, sérülés vagy fejlődési rendellenesség által okozott állapot orvosi beavatkozás következtében kedvező irányba befolyásolja az érintett személy állapotát. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) szerint orvosi szempontból a fogyatékossg egy komplex jelenség, amely magába foglalja a károsodásokat, az aktivitásbeli korlátozottságot és akadályozottságot a mindennapi tevékenységekben való részvételében. Ugyanakkor, mivel „az egészség a teljes testi, lelki és szociális jólét állapota, és nem csupán a betegség hiánya”, ebből következhet, hogy a fogyatékossg nem zárja ki az egészséget, tehát nem betegség, hanem állapot (fszk.hu, 2022). A WHO 2004-es definíciója szerint a fogyatékossg a normális emberi léthez szükséges tevékenységek végrehajtásának akadályozottsága vagy képtelensége, tehát az alapvető tevékenységek korlátozottsága (Torda, Székelyné Kovács, Szabó, 2009).

Ezen modell szerint a fogyatékossg a személy problémájának tekinthető, mely közvetlenül betegség, baleset vagy kóros egészségi állapot következtében alakult ki, és amely egészségügyi ellátást igényel, szakember által nyújtott, egyéni kezelés formájában (FNO², 2001). A fogyatékossg orvosi szempontból való megközelítése szerint beszélhetünk fizikai, érzékszervi, neurológiai és fejlődési fogyatékossgáról (Byrnes és Hickey, 2016).

² Eredetileg a „Funkcionális állapotok Nemzetközi Osztályozása” rövidítése, melyet a WHO (Egészségügyi Világszervezet) dolgozott ki a funkcióképesség, fogyatékossg és egészség nemzetközi osztályozása céljából (WHO, 2004).

4.1.3 Társadalmi értelmezés

Mivel a fogyatékoság értelmezése kontextusfüggő, fontos szerepe van a társadalomnak a definíció meghatározásában, abban, hogy kit tekint fogyatékkal élőnek, éppen ezért a szociális modell a fogyatékoságot társadalmi problémának tekinti (FNO, 2001). A fogyatékoság nem egyéni tulajdonság, hanem legfőképp állapotok összessége, melyek nagy részét a társadalom idézi elő, ezért társadalompolitikai kérdésként és feladatként is értelmezhető. A társadalmi modell az orvosi modellel ellentétben a fogyatékosággal élést a különbözőség, a másság, a kirekesztés és az emberi jogok kérdéseként tekinti. A fogyatékoság ebben a modellben inkább egyfajta társadalmilag konstruált identitásként, illetve reprezentációs rendszerként jelenik meg, így a fogyatékosággal élő személyt szociológiai megközelítésből a közösség, a társadalom részeként tekinti. Így a fókusz többek között a diszkriminációra, a társadalom felelősségére helyeződik (Kálmán és Könczei, 2002). Ez a meghatározás megfordítja az eddigi értelmezéseket, és azt tételezi, hogy a fogyatékoság fogalma aszerint alakul és formálódik, ahogyan a társadalomban az ép emberek tekintenek a fogyatékkal élőkre.

4.1.4 Bio-pszicho-szociális modell

A medikális modell meghaladása céljából jött létre a bio-pszicho-szociális modell, melynek térhódítása leginkább a pszichiátria területén jellemző az utóbbi évtizedekben. Ez a megközelítés a fogyatékkal élő személyt egy sokdimenziós rendszerben helyezi el, ami figyelembe veszi a testi (biológiai), lelki (pszichológiai) és társas (szociális) tényezőket is, sőt mi több, ezek egymásra való hatását, interakcióját is elismeri. A bio-pszicho-szociális modell a betegségközpontú, problémacentrikus medikális modellel ellentétben a pozitívumokra, erőforrásokra helyezi a hangsúlyt (Túry, 2003).

4.1.5 Gyógypedagógiai modell

A fogyatékoság gyógypedagógiai meghatározását az ökológiai, azaz az ember és környezete kapcsolatát előtérbe helyező szemléletmód jellemzi. Az orvosi modellhez hasonlóan ez az értelmezés is az egyén oldaláról közelíti meg az ember és környezete kapcsolatát. Ugyanakkor a „fogyatékos” megnevezés helyett az „akadályozott” kifejezést használja (Zászkaliczky és Verdes, 2004). A gyógypedagógiai modellen belül gondolkodva fogyatékos személyeknek tekintjük azokat, „akiknek támogatásra van szükségük képességeik fejlesztéséhez, gyakorlásához, szükségleteik kielégítéséhez, gondolataik kifejezéséhez ahhoz,

hogy részt vehessenek egy adott társadalom életében” (Hernádi, 2009 in Könczei és Maróthy, 2009, 51. o).

4.1.6 Általános következtetések

A különböző meghatározásokban közös, hogy magukba foglalják a „maradandóságot” és a „korlátozottságot”. Szintén jól kirajzolódik, hogy nemzetközi szinten sem létezik a fogyatékoság egységes fogalmi meghatározása. Az Egyesült Nemzetek Szövetsége (ENSZ) Nemzetközi Egészségügyi Szervezete forradalmi szemléletváltáshoz, paradigmaváltáshoz jutott el akkor, amikor a funkcióképesség motívuma, illetve a személyes tényezők mellett a kontextuális elemek is szerepet kaptak a fogyatékosággal élő személyek élethelyzetének értelmezésében. Mind a funkcióképesség, mind a fogyatékoság gyűjtőfogalmak. Az előbbi magába foglal minden testi funkciót, tevékenységet és részvételt. Az utóbbi lefed minden károsodást, tevékenység-akadályozottságot vagy részvételi korlátozottságot.

4.1.7 A fogyatékoságtudomány, mint kritikai társadalomtudomány

Kutatásunk során különösen fontosnak tartottuk, hogy vizsgálatainkban a látássérült nők szubjektív tapasztalatait, megéléseit saját beszámolóik alapján ismerjük meg. Ezen tapasztalatokat a fogyatékoságtudomány, mint kritikai társadalomtudomány elméleti keretén belül is értelmezhetjük. A fogyatékoságtudomány multi-, inter- és transzdiszciplináris tudományterületként működik, azaz több tudományterület tudásából merít, melyeknek határait átlépi, a tudásokat ötvözi és ezáltal új tudást, keretet hoz létre (Könczei, 2017). A kutatásokban fontosnak tartja a „semmit rólunk, nélkülünk” elvet, mely magába foglalja a fogyatékosággal élő emberekkel való együttes, kölcsönös reflektív munkát. Ez kiterjedhet akár egy kutatási design közös megtervezésére, kidolgozására és a kutatási eredmények közös elemzésére, értelmezésére is. Az egyéni megélések, narratívák mind kvalitatív, mind kvantitatív elemzési módszerekkel való vizsgálatát is elismeri. Célja többek között a társadalmi változás, az inkluzív, befogadó társadalom kialakításában való részvétel, az esélyegyenlőség, az érdekérvényesítés, az *empowerment* (hatalommal való felruházás), az egyéni tapasztalatok megosztása. A fogyatékoságtudomány lehetővé teszi, hogy újragondolható legyen a test, mint entitás, megkérdőjelezhető legyen az emberkép hagyományos és normatív értelmezése. Továbbá felülvizsgálja a normalitást és túllép a dualista gondolkodáson (pl. természet/technológia, normális/abnormális, ember/gép) (Könczei, 2017). A

fogyatékoságtudomány szerint „a test bio-társadalmi entitásként mechanikai, diszkurzív és fizikai is egyszerre” (Könczei, 2017, 28.o.).

Foucault domináns diskurzus fogalmát felhasználva a fogyatékosággal élő személyekkel kapcsolatos uralkodó részelemek Könczei szerint a következők: személyükben, létükben problémát jelentenek, tehetetlenek, elesettek, gondozásra szorulnak, terhei a társadalomnak, másoktól függnék, gyengék, nem képviselnek értéket és a többségi társadalomhoz kevésbé értékesek (Könczei, 2017). A fogyatékoságtudomány ezen nézettel szembeni kritikai álláspontját saját kutatásunkban is próbáltuk érvényesíteni, habár nem osztozunk teljes mértékben a szociális-konstruktivista nézőpontban.

4.2 A fogyatékoság fajtái

A fogyatékoság típusai meghatározhatók az akadályozott tevékenység alapján, azaz beszélhetünk látás-, hallás-, mozgás-, és értelmi fogyatékoságról. Kategorizálható azonban mennyiségi és minőségi szempontok szerint is, azaz megkülönböztethetünk enyhe, mérsékelt, közepes és súlyos fogyatékoságot. Az Egységes Fogyatékoságügyi Információs Portál alapján 8-féle fogyatékoságtípust különböztethetünk meg, melyek a következők (efiportal.hu, 2022):

1. Autizmus spektrum zavar
2. Beszéd fogyatékoság
3. Értelmi fogyatékoság
4. Hallássérülés
5. Látássérülés
6. Mozgáskorlátozottság
7. Pszichoszociális fogyatékoság
8. Halmazott fogyatékoság

4.2.1 A látássérültség fogalma

A WHO statisztikái alapján 2.2 milliárd ember él valamilyen mértékű látássérüléssel világszerte, amiből 1 milliárd ember látássérülése megelőzhető lenne (WHO, 2019). A látássérülésnek - a fogyatékoságéhoz hasonlóan - több definíciója létezik világszerte, hiszen különböző szempontok szerint történhet a meghatározása. Ha tágra értelmezzük a látássérülést, az a személy tekinthető látássérültnek, akinek látásképesége az ép látáshoz képest csökkent.

Az orvosi értelmezést tekintve minden személy látássérült, akinek a szemészeti állapota súlyosságtól függetlenül tartós eltérést mutat. Walthes (2003) funkcionista megközelítése szerint az tekinthető látássérült személynek, akinek látásképessége miatt az alábbi funkciók csak korlátozottan kivitelezhetők: információszerzés, tanulás, munkavégzés, közlekedés (mozgás és/vagy tájékozódás), önellátás.

A WHO meghatározása szerint „látássérültnek tekinthető az a személy, akinek jobbik szemén maximális korrekcióval mérhető látásélessége az ép látás 30%-a ($V=0,3$)³, vagy ennél kevesebb, illetve látótérszűkülete nem több 20°-nál.”

A 141/2000. (VIII. 9.) Kormányrendelet 1. számú melléklete alapján látási fogyatékosnak tekinthető az a személy, „akinek látóélessége megfelelő korrekcióval” (1) „mindkét szemén 5/70, (2) az egyik szemén 5/50, a másik szemén három méterről olvas ujjakat” vagy (3) „az egyik szemén 5/40, a másik szemén fényérzékelés nincs, vagy a másik szeme hiányzik...” (net.jogtár.hu, 2022).

Látásélesség alapján három csoportba sorolhatók a látássérült személyek: gyengénlátók, aliglátók és vakok. A vakság a fényérzékelés hiányát jelenti, azonban a vak emberek érzékelhetnek fény vagy árnyék módosulásokat. Az aliglátó személyekre az ép látás max. 10%-a jellemző, és három csoportját különböztethetjük meg: fényérzékelők, nagytárgylátók és ujjolvasók. A gyengénlátó emberekre a 67 és 90% közötti látásélesség jellemző.

A látássérülés hátterében állhat örökletes betegség, a szem veleszületett rendellenessége és szerzett megbetegedés is. Kialakulásának számos rizikótényezője is lehet, mint például az egészségtelen életmód (pl. alkohol, cigaretta, helytelen táplálkozás), a szem túlterhelése (nem megfelelő fényviszonyok melletti olvasás). A veleszületett állapotok lehetnek örökletes (genetikai) vagy intrauterin eredetűek. A betegségeket illetően, látássérülést okozhat krónikus, akut lefolyású, fertőző és nem fertőző megbetegedés is (pl. diabétesz, magas vérnyomás, elhízás, fertőzések, balesetek, veleszületett vagy genetikai betegségek). Maradandó látáskárosodást okozó szemészeti betegségek az alábbiak lehetnek (Izsák, 2016):

- **Szürkehályog** (*cataracta*): A szemlencse részleges vagy teljes elszürkülése, mely nem engedi átjutni a fényt, ezáltal látásromlást okoz.
- **Zöldhályog** (*glaucoma*): Sokféle kórkép együttes elnevezése. Megkülönböztethető veleszületett, nyílt zugú, zárt zugú és másodlagos zöldhályog. A retinális idegelemek megsemmisülnek, melynek következtében progresszív látótér-károsodás alakul ki.

V=visus: látásélesség, ami a retina felbontóképességét kifejező mérőszám. A látássérülés fokát a teljes látás százalékában vagy tört formájában határozza meg.

- **Retinopathia diabetica:** cukorbetegség szövődményeként kialakuló szemfenéki elváltozás.
- **Retinopathia praematurorum (ROP):** a leggyakoribb gyermekkori látáskárosodás, a szem ideghártyájának ereződési rendellenessége. Öt stádiumát különböztetik meg, a legsúlyosabb stádiumában az ideghártya leválásához és következményes vaksághoz vezet.
- **Retinaleválás (ablatio retinae):** leggyakrabban a retinaszakadás következtében alakul ki. Szürkehályog műtétet követően vagy a retina alatti daganatok esetében is előfordulhat, de gyulladásos folyadék is okozhatja a leválást.
- **Degeneratio pigmentosa retinae:** a leggyakoribb örökletes szembetegség, mely gyermekkorban farkasvaksággal kezdődhet, ami a látótér beszűküléséhez, majd vaksághoz vezethet.
- **Retinoblastoma:** a retina rosszindulatú daganata. A leggyakoribb gyermekkori tumorok közé tartozik. Születést követően rövid időn belül vakság alakul ki, kancsalság, pupillatágulás és sárgásfehér színű, szemgolyót kitöltő tumorszövet következtében.
- **Látóideg sorvadás (atrophia nervi optici):** A retina és a magasabb rendű látóközpontok közötti kapcsolat megszakadását foglalja magába.

A Központi Statisztikai Hivatal legutóbbi, 2016-os adatai szerint több mint 70.000 ember él Magyarországon valamilyen típusú látássérüléssel. A pontos adatokat az alábbi táblázat szemlélteti (ld. 1. táblázat).

Fogyatékoság típusa	- 14	15-29	30-44	45-59	60-74	75-	Összesen
	éves						
Vak	335	680	1 084	1 357	2 293	2 179	7 928
Gyengénlátó	1 802	3 744	5 993	11 053	17 770	21 457	61 819
Siketvak	75	85	155	294	737	789	2 135
Látássérült	2212	4509	7232	12704	20800	24425	71882

1. táblázat: A látássérült személyek aránya a Központi Statisztikai Hivatal 2016-ban végzett felmérése alapján (Forrás: ksh.hu, saját szerkesztés)

A 2016-os népszámlálás során a látássérült személyek nemi eloszlásával kapcsolatban nem találtunk statisztikai adatokat, azonban a 2001-es adatok szerint a közel 83.000 látássérült személyből majdnem 50.000 fő nő, melyek közül kb. 8.000 nemzöképes életkorú (15-49 éves) (Hodozsó et al., 2013).

4.2.2 A látássérülés mint fogyatékoság specifikumai, kihívásai

A WHO szerint minden látássérült személynek három társadalmi kihívással kell szembenéznie: elérhetőség (*availability*), hozzáférhetőség (*accessability*) és elfogadás (*acceptability*). A gyermekkorban kialakuló látássérültség egyéni szinten számos nehézséget okozhat. A korán kezdődő súlyos látáskárosodásban szenvedő kisgyermekes esetében a motoros, a nyelvi, az érzelmi, a társas és a kognitív képességek megkésett fejlődése fordulhat elő, aminek élethosszig tartó következményei lehetnek (WHO, 2022).

Látássérültként a serdülőkor érzelmileg (is) különösen sok kihívást tartogathat. Egy korábbi indiai tanulmány kimutatta, hogy a megkérdezett látássérült fiatalok 58%-a tapasztalt elutasítást, míg 32% kisebb mértékű elfogadást, és mindössze 20% érzékelt társadalmi szintű elfogadást (Nishanthi, 2017).

A látássérült személyek a munkavállalás területén számos kihívással, nehézséggel nézhetnek szembe. Egy, az érintett személyek önbeszámolóin alapuló kutatás alapján a látássérült személyek kevésbé elégedettek munkájukkal, úgy érzik kevesebb döntési szabadsággal rendelkeznek, kevesebb lehetőségük van új készségek fejlesztésére, kevesebb támogatást kapnak nehéz helyzetekben, kevesebb elismerést kapnak munkavégzésük során és nem utolsósorban a fizetésük sem megfelelő a látó munkatársaikhoz képest (Mojon Azzi et al., 2010). A látássérült szülők többszörösen nehezebb helyzetben lehetnek ezügyben, hiszen ezen kihívások mellett különösen nehéz lehet családjukról gondoskodni. A fogyatékosággal élő szülők, így a látássérült szülők nehézségeit és az azokkal való megküzdést nagyban befolyásolja az, hogy a partner/házastárs szintén fogyatékosággal élő-e.

A már korábban említett indiai másik tanulmány azt is kimutatta, hogy a látássérült személyeknek kevesebb oktatási és pszichoszociális lehetőséghez van hozzáférésük egy integrált intézményben (Nishanthi, 2017). Már a köznevelési intézményekben megélt és tapasztalt korlátozások és kihívások is erősen befolyásolhatják a látássérült személyek munkaerőpiaci lehetőségeit, kevesebb lehetőséget biztosítanak a pályaválasztás során, ami meghatározhatja a társadalomban betöltött szerepüket, és befolyásolhatja énhatékonyság érzésüket, identitásuk fejlődését is.

4.2.2.1 Női szerepből adódó speciális kihívások, problémák

A fogyatékkal élő nők életében a női szerepből adódóan egyéb terhek, kihívások is keletkezhetnek, melyekkel meg kell küzdeniük (Hernádi és Könczei, 2002). A

fogyatékossgal élő lányokat hajlamosak a szülők túlféltetni, ami korlátozhatja, befolyásolhatja a gyermek, és később a fiatal nő identitásfejlődését, kortárs kapcsolatait, családalapítási szándékait. Már gyermekként gyakran azzal kell szembesülniük, hogy szüleik a szexuális életre, gyermekszülésre, családalapításra alkalmatlannak tekintik őket. A túlövő szülői attitűdből adódóan féltik gyermeküket attól, hogy a terhesség, az anyasággal járó nehézségek veszélybe sodorják gyermekük testi és/vagy lelki egészségét. Ezt a hozzáállást megerősítheti az egészségügy, hiszen gyakran találják magukat abban a helyzetben, hogy a szakemberek megpróbálják lebeszélni őket a gyermekvállalásról, megkérdőjelezzik szülői kompetenciájukat. Fogamzásgátlással kapcsolatban gyakran javasolnak végleges megoldást (pl. sterilizálás, teljes petefészkek-eltávolítás), amennyiben pedig már várandóssággal néznek szembe, rendszerint gyakrabban ajánlják fel az abortuszt az érintett nők gyermekvállalási szándékától függetlenül (Hernádi és Könczei, 2002).

A szépséggel, vonzalommal kapcsolatos sztereotípiák, sémák szintén kihívás elé állíthatják a fogyatékossgal élő nőket. Hernádi és Könczei (2002, 259.o.) megfogalmazásában „ha a társadalomban szexuális alany csak a sémáknak megfelelő külsejű nő lehet, akkor nőként, anyaként, férfiak számára potenciális partnerként semmiképpen sem jöhetnek szóba azok, akik messze esnek a társadalmi ideáltól”.

4.3 A látássérültség fejlődépszichopatológiai megközelítése

4.3.1 A fejlődési pszichopatológia fogalma

Kutatási témánk és vizsgálataink másik átfogó elméleti keretét - a fogyatékossgatudomány mellett - mind szemléleti, konceptuális és módszertani szempontból is a fejlődési pszichopatológia modellje adja. Sroufe és Rutter (1984) szerint a „fejlődési pszichopatológia a viselkedéses maladaptáció egyéni mintázatai eredetének és menetének tanulmányozása – függetlenül az életkortól, amikor a patológia kezdődik, az okoktól, a viselkedésben bekövetkező változásoktól és attól, hogy milyen összetett a fejlődési mintázat” (Lewis, 2000, 3.o.). A fejlődési pszichopatológia evolúciós szemléletű elméleti keretként értelmezhető, amelynek fő célkitűzése, hogy egy olyan interdiszciplináris tudományos területet hozzon létre, amely a biológiai, pszichológiai és szociális-kontextuális tényezők és szintek közötti kölcsönhatást vizsgálja, és állapotok helyett, folyamatokra fókuszál (Péley, 2013).

A pszichopatológia fejlődési szemlélete magában rejtja a lehetséges fejlődési útvonalakat, a komplex fejlődési kölcsönhatások modelljeit, az utóbbi évtizedekben pedig a protektív és rizikófaktorok, az adaptáció, a vulnerabilitás és a reziliencia különböző

kórképekben való megismerése nyert teret ezen a területen (Masten és Obradovic, 2006; Péley, 2010, in Hámori, 2013). Vizsgálataink során a szülői látássérültséget, mint lehetséges rizikó és/vagy protektív tényezőt kezeltük a szülői szerep szubjektív értelmezése és a szülő-gyermek kapcsolat sajátosságai tekintetében. Hazai és nemzetközi kutatások eredményeit vetettük össze aszerint, hogy mennyire tekinthető a látássérültség sérülékenységi faktornak, kockázati és protektív tényezőnek szülőként. Kutatásunk során olyan jelenségeket vizsgáltunk, mint például az anyaság szubjektív értelmezése vagy a szülő-gyermek interakció sajátosságai, melyek elemzése és értelmezése során különösen fontos szerepe van a rizikó és protektív tényezőként funkcionáló kontextuális hatásoknak is. A fejlődési pszichopatológia elméleti keretében való gondolkodás lehetővé teszi, hogy dinamikusan változó, több tényező által befolyásolt folyamatokként tekintsünk ezen jelenségekre. 20 kontextuális tényezőt különböztethetünk meg, melyek rizikó és protektív faktorokként is szerepet játszhatnak a fejlődés során (Sameroff, Gutman és Peck, 2003) (2. táblázat).

Szülő-gyermek interakciók	Autonómia támogatása
	Viselkedéskontroll
	A család érzelmi klímája
A szülő tulajdonságai	Iskolai végzettség
	Énhatékonyság
	Problémamegoldó képesség
	Mentális egészség
Családstruktúra	Családi állapot
	Zsúfolt lakáskörülmények
	Jövedelem mértéke
	Jóléti állapot
Családi működés	Gyermeknevelésbe való befektetés
	Közösségi részvétel
	Társas támogatás elérhetősége
	Stresszteli életesemények
Kortársak	Proszociális kortársakkal való kapcsolat
	Antiszociális kortársakkal való kapcsolat
Közösség	Szomszédság erőforrásai
	Szomszédság problémái
	Oktatási intézmény minősége

2. táblázat: Rizikó és protektív faktorként szolgáló kontextuális tényezők Sameroff és munkatársai (2003) nyomán

4.3.2 Protéktív- és rizikófaktorok

A fejlődési pszichopatológia szemléletében **rizikófaktor**nak számít egy specifikus változó és egy pszichopatológia együttjárása (Cicchetti és Cohen, 2006). A rizikótényezők statisztikai előrejelzői lehetnek későbbi maladaptációknak, végső soron a pszichés zavarok kialakulásának (Böttcher és Dammeyer, 2013). Jelen esetben az anyai látássérültséget, mint specifikus változót vizsgáljuk meg a későbbi viselkedéses maladaptációk fényében.

A **protéktív faktorok** olyan tényezők és folyamatok, melyek védelmet nyújtanak a rizikófaktorokkal szemben és hozzájárulnak a kiegyensúlyozott fejlődéshez (Cicchetti és Cohen, 2006).

4.3.3 Vulnerabilitás és reziliencia

A **vulnerabilitás** meghatározására jelenleg számos definíció szolgál. Ami biztosan helytálló, hogy egy stabil vonást foglal magába, mely lehet veleszületett vagy tanult (Cicchetti és Cohen, 2006). McCarthy (2001) szerint a vulnerabilitás a sérülésre való fogékonyságra utal. Bizonyos pszichopatológiák kialakulására való fogékonysághoz különböző stresszfaktorok járulhatnak hozzá. Önmagában azonban sem a stressz, sem a vulnerabilitás nem vált ki pszichopatológiát. A sérülékenység vagy vulnerabilitás okai lehetnek genetikai, biológiai, környezeti és pszichoszociális tényezők is (Sroufe és Rutter, 1984).

A fejlődési pszichopatológia szemlélete alapján a **reziliencia** „az egyén képessége arra, hogy sikeresen alkalmazkodjon (adaptáció) és kompetensen működjön (kompetencia) a *kedvezőtlen – külső vagy belső – hatások* ellenére, illetve a tartós vagy súlyos traumatizációt követően” (Cicchetti és Cohen, 2006, 14. o.). Masten (2001) szerint a veszély vagy kockázat szükséges ahhoz, hogy az egyén rezilienciája fejlődhessen. A kockázatnak vagy fenyegetésnek való kitettség vagy ennek hiánya kulcsfontosságú szerepet tölt be a fogyatékossgal élő emberek rezilienciájának megértésében. A fogyatékossgot, látássérültséget a reziliencia vonatkozásában a fejlődési pszichopatológia és az interaktív specializáció szemléletén keresztül kívánom bemutatni.

Az elmúlt évtizedekben a reziliencia fogalmi meghatározásaiban kevésbé kapott szerepet a társas/társadalmi és a környezeti tényezők befolyása. Az utóbbi években azonban szép számmal jelennel meg olyan tanulmányok, melyek a reziliencia szocio-ökológiai modelljét tárgyalják, ami azt erősíti, hogy a társas/társadalmi és környezeti hatásoknak legalább annyira fontos szerepük van a reziliencia meghatározásában, mint az individuális tényezőknek (Donnellan, Bennett, és Soulsby, 2015; Ungar, 2012; Young et al., 2011; in Thetford, Bennett,

Hodge, Knox és Robinson, 2015). Ez különösen fontos számunkra, hiszen a fogyatékosra, azon belül pedig a látássérültségre a társadalmi értelmezés alapján inkább egy **szociális konstrukcióként tekintünk, mintsem a medikális vagy a jogi értelmezést vennénk alapul.** A látássérült szülő és gyermeke kapcsolatát tekintve vizsgálhatjuk a **rezilienciát a gyermek és a szülő szemszögéből** is.

Runswick-Cole és Goodley, (2013) szerint a reziliencia fogalma a fogyatékossgal élő emberekkel kapcsolatosan inkább egy szociokonstruktivista elméleti keretbe ágyazható. Ez azt jelenti, hogy a rezilienciát a rendelkezésre álló források tükrében magyarázza, melyek elérhetősége nagyban befolyásolja és meghatározza a fogyatékkal élő emberek reziliens viselkedésre való képességét. Ezen források az alábbiak lehetnek:

1. **Materiális javak hozzáférhetősége:** anyagi, oktatási, egészségügyi és munkaerőpiaci lehetőségek, élelmiszerhez, ruházódáshoz, lakhatáshoz szükséges alapvető igényekhez való hozzáférhetőség mértéke
Kérdés például: Hogyan befolyásolja a munkalehetőségekhez és a kapcsolódó erőforrásokhoz való hozzáférés a rezilienciát?
2. **Kapcsolatok:** Jelentős másokkal, kortársakkal, felnőttekkel és gyermekkel való kapcsolatok az egyén családjában, közösségében
Kérdés például: A család és a barátok támogatása milyen módon teszi lehetővé a remény érzését?
3. **Identitás:** Egyéni és kollektív (én)tudat és cél, erősségek, gyengeségek, törekvések, hiedelmek és értékek önértékelése, beleértve a spirituális és vallási azonosulásokat is.
Kérdés például: Hogyan jelenik meg a pozitív (én)tudat?
4. **Testek és elmék:** Testünk és elménk hatása – beleértve a fogyatékossgot is – a másokkal való kapcsolatokban.
Kérdés például: Hogyan befolyásolja a mobilitás a társadalmi és kulturális javakban való „részesedés” esélyét?
5. **Erő és kontroll:** önmagáról és másokról való gondoskodás és az egyén társas és fizikai környezetében való változás elérésének megtapasztalása annak érdekében, hogy egészségügyi, oktatási és közösségi források hozzáférhetővé váljanak.
Kérdés például: Mennyiben maximalizálja az életesélyeket az, ha a fogyatékkal élő személy átveszi az irányítást az ellátás módja felett?
6. **Közösségi részvétel:** Számos tevékenységben való részvételen és szerepvállaláson keresztül részt venni a helyi közösség életében.

Kérdés például: Milyen tevékenységek segítik elő a helyi közösséggel való érdemi elköteleződést?

7. Társas igazságszolgáltatás: jelentőségteljes közösségi szerep és társas egyenlőség megtapasztalásának lehetősége

Kérdés például: Milyen mértékben kapcsolódik a reziliencia a fogyatékosághoz kapcsolódó diszkrimináció csökkentése érdekében tett erőfeszítésekhez a mindennapsok során?

8. Közösségi kohézió: A személyes érdekek egyensúlyba hozása a közösség hasznáért vagy előnyéért érzett felelősségtudattal; társadalmilag és spirituálisan valami nagyobb részének érezni magát, mint önmaga.

Kérdés például: Milyen közösségi eszközök (*community asset*) maximalizálják a közösségükben rejlő lehetőségeket?

A felsorolt erőforrás kategóriák, melyek a reziliencia kialakításában játszhatnak szerepet, egymással szorosan összekapcsolódnak (ld. 1. ábra). Jogosan merülhetnek fel azonban a kategóriák hierarchikus rendszerben való elhelyezkedésével kapcsolatos kérdések, azaz egyes kategóriák magasabb rendűnek számítanak-e a többihez képest. Például szükségesek-e materiális erőforrások ahhoz, hogy hatalmat és irányítást szerezhessünk az életében? A fájdalom befolyásolja-e az ember identitásfejlődését? A közösségi részvétel és a közösségi kohézió kulcsfontosságú szerepet játszik-e a stabil identitás fejlődésében?



1. ábra: A reziliencia hálózata Runswick-Cole és Goodley (2013) nyomán

4.3.4 Módszertani korlátok és kutatási nehézségek

A fogyatékossgal élő emberekkel végzett kutatások nagy része nem helyezi előtérbe a fejlődési pszichopatológiai szemléletet. Ezzel ellentétben, a vizsgálataink során mi megpróbáltunk a fejlődési pszichopatológia magyarázó elméleti keretén belül gondolkodni. Véleményünk szerint ugyanis a szakirodalomban megfogalmazott eddigi módszertani korlátok nagy része elkerülhető, amennyiben ezt a tudományos szemléletet tartjuk vizsgálataink fókuszában. A fogyatékossgal élő emberekkel végzett empirikus kutatások az alábbi módszertani korlátokat, nehézségeket fogalmazzák meg:

1. A legtöbb korábbi kutatás, melynek alanyai fogyatékossgal élő emberek, **nem tesznek különbséget a különböző fogyatékossgai típusok között**. Amikor fogyatékossgal élő szülők csoportjáról beszélünk, fontos figyelembe venni ennek a populációnak a diverzitását. A különböző fogyatékossgai típusú élő szülőket különböző szükségletek, képességek és limitációk jellemezhetik. Gyakori, hogy a funkciószintekben való különbségek jelentőségét nemhogy az eltérő fogyatékossgal élő szülőket vizsgáló kutatások, de még az egy fogyatékossgai típusba (pl. látássérült vagy mozgáskorlátozott) tartozó szülők csoportjával végzett kutatások sem veszik figyelembe, differenciálják (Kirshbaum és Olkin, 2002).
2. A fogyatékossgai típusok megkülönböztetésének figyelmen kívül hagyása mellett egy szintén nagyon gyakran előforduló probléma a szakirodalomban a **probléma-fókuszú**,

patologizáló uralkodó szemlélet. Azon kutatások legtöbbször, melyek patologizáló hipotézisek igazolását tűzték ki célul, „sikeresen” bizonyítják is feltételezéseiket. Így ezen kutatási eredmények segítik fenntartani a fogyatékossgal élő szülőkről alkotott negatív feltételezések körforgását (Kirshbaum és Olkin, 2002), és megerősíthetik a fogyatékossgal élőkről alkotott előítéleteket és sztereotípiákat.

3. Számos kutatás foglalkozik a fogyatékossgal élő gyermekek kognitív, mentális és pszichés fejlődésével, viszont ezen gyermekek felnőtté válását és felnőtt életét nem igazán követik nyomon vizsgálatok, ami egy „**tudás-rést**” eredményez a szakirodalomban és a szakemberekben.
4. Végül meg kell említeni, hogy a fogyatékossgal élő szülőket vizsgáló szakirodalomban gyakran előfordul a **korreláció ok-okozati kapcsolattal való felcserélése, összekeverése**. Ez legtöbbször annak a téves következtetésnek a levonását jelenti, hogy a szülő fogyatékossga és a gyermekkel kapcsolatos problémák nem csupán egyidejűleg vannak jelen, hanem oksági kapcsolat van közöttük. Az egyéb fontos kontextuális hatásokat, rizikó faktorokat, mint például az alacsony szocio-ökonómiai státusz, szerhasználat, megfelelő támogatás, segítség hiánya nem veszik számításba az eredmények értelmezésében (Kirshbaum és Olkin, 2002). Kutatásunkban ezért is fontosnak tartottuk a fejlődési pszichopatológia modellben való gondolkodást, ami figyelembe veszi a kontextuális hatásokat is és lehetőséget nyújt a látássérültség mellett megjelenő egyéb rizikó és protektív tényezők értelmezésére is.

A látássérült nőekkel végzett kutatások eredményeit a fejlődési pszichopatológia elméleti keretén belül gondolkodva két nagyobb részre bontottuk. Egyrészt fontosnak tartottuk összefoglalni a látássérültként való felnőtté válás folyamatának esetleges sajátosságait (pl. szülővel való kapcsolat, én-, testkép alakulás, ami hatással lehet az identitásfejlődésre, a partnerkapcsolatok alakulására és a családalapítási, gyermekvállalási törekvésekre is (ld. 4.3.5 fejezet). Másrészt a látássérültséggel járó megváltozott élethelyzet, speciális körülmények az érintett szülő gyermekének fejlődésére, szocializációjára kifejtett hatásait is szeretnénk volna górcső alá venni. (ld. 4.3.6. fejezet).

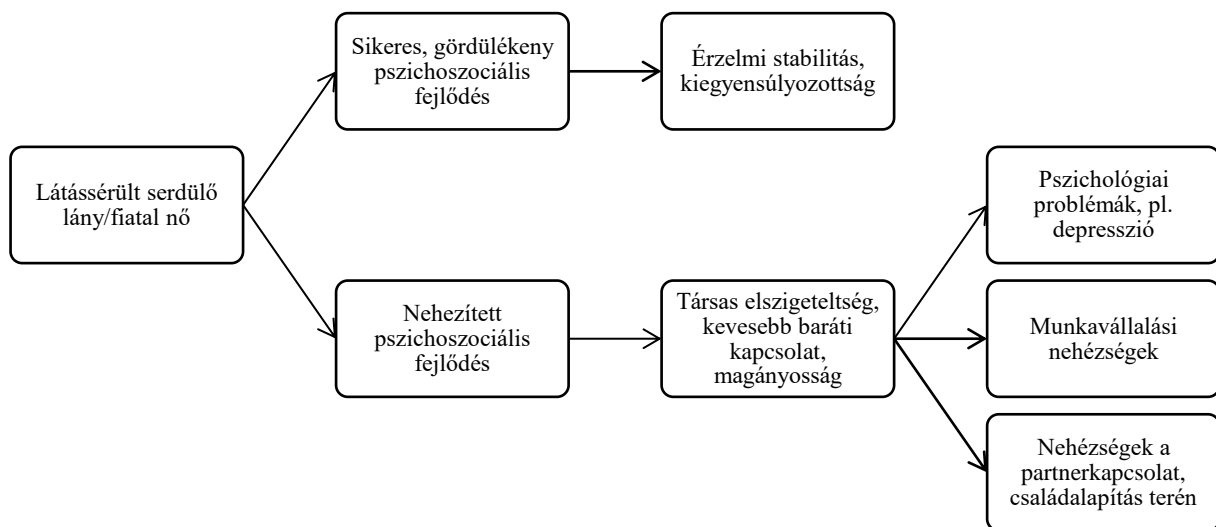
4.3.5 A látássérültség szerepe az anyává váló nő életében

A látássérült személyek pszichoszociális fejlődése, felnőtté válása során számos sajátosság megfigyelhető. A következőkben felsorolt összefüggések között nem feltételezünk ok-okozati kapcsolatokat, tehát nem tekintjük az érzékszervi fogyatékoságot bármilyen megfigyelt jelenség okának, eredőjének. A fejlődési pszichopatológiának megfelelően inkább a rizikó- és protektív faktorok szintjén gondolkozunk az együttjárásokról. Az alábbi alfejezetben a pszichoszociális fejlődésben, szülőkké váló kapcsolatban és az én- és testkép alakulásában megjelenő sajátosságokat, és azok összefüggéseit vizsgáljuk a látássérült nők felnőtté válásának folyamatában.

4.3.5.1 Pszichoszociális fejlődés

Korábbi kutatások úgy találták, hogy a szomatikus betegségek mellett a fogyatékoság is kockázati tényező lehet a **pszichoszociális fejlődésben** (pl. Gortmaker et al., 1990; Sacks és Gaylord-Ross, 1989). Tekintve ezen kutatások megjelenési idejét, ez a feltételezés megfelel a korábban kifejtett módszertani elfogultságnak, miszerint a fogyatékosággal élő személyekkel foglalkozó kutatások nagyrésze patologizáló. A serdülőkor valóban különösen nagy szorongással járhat egy látássérült fiatal számára is, aki nem csak a normatív fejlődési krízissel és annak kihívásaival szembesül, hanem a fogyatékoságából adódó nehézségekkel, többletfeladatokkal is meg kell küzdenie. Az, hogy a látássérülés és általában a fogyatékoság pszichoszociális rizikótényező lehet a fejlődés során, nem jelenti azt, hogy szükségszerűen problémát okoz a társas működésben vagy az önértékelésben. Egy sikeres fejlődési folyamat következtében a látássérült személyek is képesek érzelmileg stabil és kiegyensúlyozott emberré válni (Huurre és Aro, 1998, in Huurre, Komulainen és Aro., 2001) (ld. 2. ábra). Az empirikus kutatások ezzel kapcsolatosan azonban vitatottak, mivel egy részük azt vallja, hogy a fogyatékkal élő serdülők számára problémás a pszichoszociális fejlődés, míg más tanulmányok ezt a megállapítást cáfolják (pl. Wolman et al., 1994; Bussing és Aro, 1996). Több tanulmány is kimutatta, hogy a látássérült serdülők számára azért is lehet megnehezített ez a normatív fejlődési krízis, mert az életszakasz egyik legfontosabb feladata, a kortárskapcsolatok felé fordulás gyakran problémás. Gyakran számolnak be látássérült serdülők társas elszigeteltségről, kevesebb baráti kapcsolatról és szűkebb társas hálóról, mint látó társaik (pl. Eaglestein, 1975). A látássérült gyermekek és serdülők körében magasabb a társas izoláció, kevesebb kortárs kapcsolatuk és kevésbé kiterjedt társas hálójuk van, ami leginkább a családtagokra, rokonokra és más fogyatékkal élő személyekre korlátozódik. Ezek a

szocializációs nehézségek és az észlelt kortárs elfogadás és támogatás összefügghet különböző pszichológiai problémákkal, mint például a depresszió (Blum, 1992, in Huurre et al, 2001). A társas elszigeteltség, magányosság érzése később felnőttként, majd szülőként is rizikótényező lehet az élet számos területén, mint például munkavállalás, családalapítás, partnerkapcsolat kialakítása. Huurre és munkatársai (1998) azt is megállapították, hogy a látássérült fiatal nők és férfiak körében jelentősen alacsonyabb a párkapcsolati tapasztalatok mértéke, mint a látó kortársak körében. (ld: 2. ábra).



2. ábra: A sikeres és a nehezített pszichoszociális fejlődés esetleges következményei a látássérült személyek körében a szakirodalom szerint (saját szerkesztés)

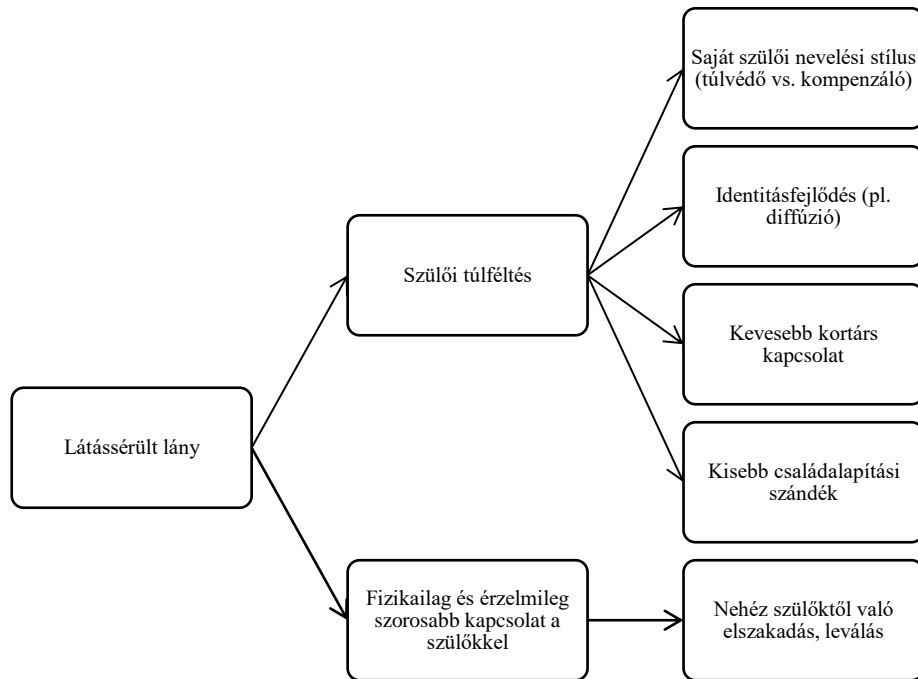
Huurre és munkatársai (2001) látássérült serdülők depresszióra való hajlamosságát, önbecsülését, mint a társas kapcsolatok és depresszió közötti közvetítő tényező szerepét vizsgálta. Megállapításaik szerint a látássérült serdülő lányok körében kifejezetten magas a depresszió kialakulásának kockázata a nem látássérült társaikhoz képest. A szülőkkel való kapcsolat azonban nem volt előrejelzője a depresszió kialakulásának a látássérült serdülők körében. Huurre és munkatársai (1998) szerint a pszichoszociális fejlődésben megmutatkozó nehézségek megnövekedett mértéke nem függött a látássérültség mértékétől. Huurre és munkatársai a szülőkkel és barátokkal való kapcsolat önértékelésben való jelentőségét is vizsgálta látó és látássérült serdülők körében. Arra a következtetésre jutottak, hogy mindkét csoport számára különösen fontos szerepet töltenek be a kapcsolatok az önértékelésben, és egyfajta protektív tényezőként is tekinthetők a depresszió kialakulásával szemben (Huurre et al., 1998).

A látássérültséggel funkcionális kihívások és nehézségek is társulhatnak, főleg a mobilitást és a tájékozódást illetően. A látássérült személyeknek nagyobb kihívással járhat részt venni társas eseményeken és kapcsolatot tartani más emberekkel. Egy személy, aki másnak érzi magát és kevesebb kortárs kapcsolata van, nehezebben tud részt venni kortásakkal való közös tevékenységekben. Ezen eredmények hatására Finnországban például nagyobb figyelem összpontosul a látássérült személyek énképének és társas készségeinek fejlesztésére, ami fontos részét képezi a társadalmi integrációnak. Rendszeresen kerül megrendezésre nyári tábor látó és látássérült serdülők számára a két csoport társas kapcsolatainak létrehozásának megkönnyítése céljából (Huurre, 1998).

4.3.5.2 Szülőkkal való kapcsolat

A látássérült fiatalok leggyakrabban már csecsemőkoruk óta fizikailag és érzelmileg is szoros(abb) kapcsolatot ápolnak szüleikkel, mint látó kortársaik. A látássérült gyermek szüleivel való kapcsolata könnyen válhat diffúzzá, azaz a határok túlzottan egybemosódhatnak, meghatározhatatlanná válnak, ami a családtagok egymás életébe való betolakodását eredményezheti. Ez az intruzív viszonyulási minta megakadályozhatja a gyermek önállóvá válását, függetlenedési törekvéseit és hátráltathatja a családon kívüli kapcsolatok formálásához szükséges készségek elsajátítását (Pintér, 2018). A látássérült gyermek fejlődésében az elsődleges és másodlagos szocializációs folyamatot is erősen képesek befolyásolni a látássérült gyerekekről alkotott szerepelvárások. Egy látássérült gyermek érzékszervi fogyatékosságából és életkorából adódóan is gyakran kerül az önálló, kiszolgáltatott, segítségre szoruló fogyatékos és/vagy beteg szerepbe.

Serdülőkorban a szülőktől való eltávolodás különösen nehéz lehet, főleg, ha a fiatal egy bentlakásos vagy másik városban lévő oktatási intézményben kezdi végezni tanulmányait. Több tanulmány is megállapította, hogy a látássérült fiatalok szülei körében nagyobb arányban van jelen a túlvédő szülői attitűd, mint a látó fiatalok szülei körében (Pinquart és Pfeiffer, 2019; Huurre et al., 2001; Kálmán és Könczei, 2002). A túlvédő szülői hozzáállással összefüggésbe hozható a kortárskapcsolatok kisebb száma, a diffúz identitásfejlődés és a későbbiek során megfigyelhető bizonytalanabb családalapítási szándék (Huurre és Aro, 1998, Huurre, Komulainen és Aro, 2001).



3. ábra: A szülőkkel való kapcsolat sajátosságainak és a szülői túlvédő attitűddel összefüggésben megfigyelt jelenségek látássérültek körében Huurre és munkatársai vizsgálatai alapján (1998, 2001) (saját szerkesztés)

Gyakran a látássérült nők közvetlen környezetéből érkeznek olyan reakciók a nők várandósságát, gyermekvállalási szándékát illetően, ami nagy mértékben képes befolyásolni énhatékonyaság érzésüket, szülői kompetenciájukba vetett hitüket. Több nemzetközi kutatás is arról számol be, hogy gyakori az a jelenség, hogy a látássérült nők saját szülei vonják kétségbe lányuk szülőségre való alkalmasságát, kifejezik félelmüket, aggodalmukat azzal kapcsolatban, hogy lányuk látássérültsége nem teszi lehetővé, hogy megfelelően tudjon gondoskodni gyermekéről (pl. Commodari, La Rosa, Nania, 2022; Lappeteläinen et al., 2017).

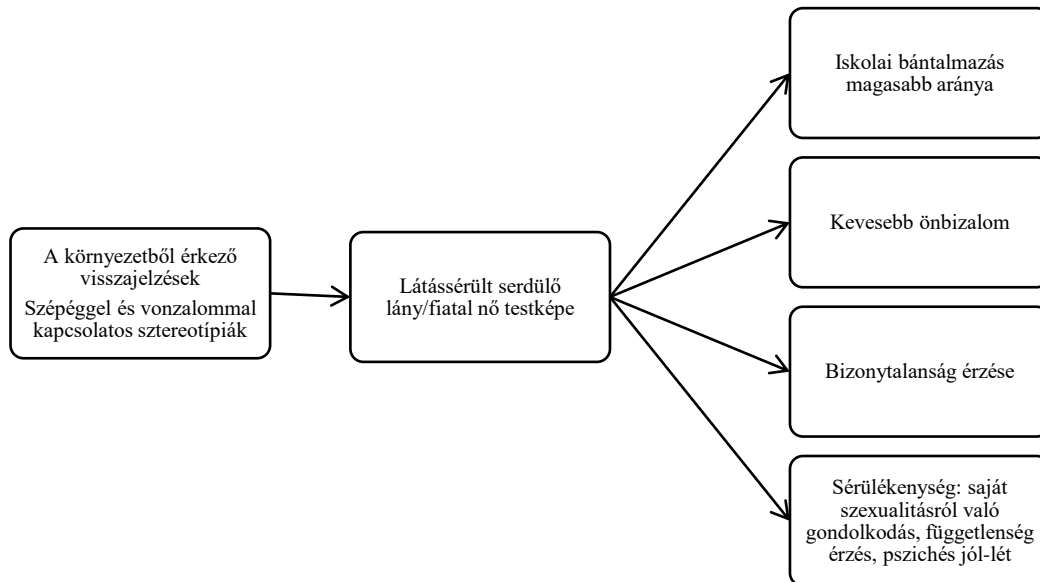
4.3.5.3 Énkép, testkép, identitás

Az egyén és környezetének kölcsönhatásai, mintázatai különösen érdekes lehet a fogyatékkal élő gyermekek fejlődésének nyomon követése során is. A fejlődépszichopatológiai elméleti keretén belül a kontextuális hatásokat Bronfenbrenner ökológiai modelljén keresztül jól értelmezhető. A pszichológián belül az ökológia fogalma azokra a helyzetekre, kihívásokra, következményekre és szerepekre vonatkozik, amelyekkel az egyén szembesül (Bronfenbrenner és Morris, 1998, in Cole és Cole, 2006). Bronfenbrenner kulturális megközelítése szerint a különböző kontextusok, melyeknek négy szintjét különbözteti meg, kölcsönös kapcsolatban vannak egymással. Ezt a megközelítést azért tartom indokoltnak dolgozatomban, mert a fogyatékkal élők életében különösen fontos szerepet

töltenek be a különböző környezeti színterek. A fogyatékkal élő gyermekek és szüleik más-más kihívásokkal, nehézségekkel nézhetnek szembe például az oktatási intézményekben (bölcsőde, óvoda, iskola), majd később felnőttként a lakókörnyezetükben vagy a munkahelyükön, ami befolyásolhatja személyes identitásuk fejlődését. A következőkben a látássérült személyek (identitás)fejlődésére gyakorolt kontextuális hatásokat szeretném bemutatni. Alapvetésként tekinthetjük, hogy az identitás - az, ahogyan meghatározzuk önmagunkat – egy személyes és szociális konstrukció. Dale (2010) látássérült személyek narratíváin keresztül vizsgálta meg a „látássérült lét” identitásfejlődésre való hatásait. Eredményeiből jól látszik, hogy az identitásfejlődést erőteljesen befolyásolják a környezeti hatások, mint például a negatív társadalmi attitűdök, ami magába foglalja a látó emberek által dominált világban való létezést, a látó emberekkel való kapcsolatokat, az oktatáshoz, iskoláztatáshoz és foglalkoztatáshoz való viszonyulásokat, és a látássérült személyek támogatása céljából létrejött szervezeteket.

Több tanulmány is kimutatta, hogy a látássérült személyek számára különösen stresszteli időszak a gyermek- és serdülőkor (pl. Ammerman et al., 1986; Pierce és Wardle, 1996). A látássérült és más fogyatékossgal, mint vulnerabilitással élő serdülők számára is kihívás lehet a pozitív testkép kialakítása és fenntartása. A testkép idővel változik, amit számos fizikai, érzelmi és környezeti változó befolyásolhat (Carty és Conine, 1988). Látássérültként az ember nem kaphat a tükörből vizuális információt a megjelenéséről, nem képes önmagát a körülötte lévő emberekkel összehasonlítani, ami bizonytalanság érzését eredményezheti. A sminkelést és öltözködést illetően szintén hiányzik a vizuális kontroll. Ezek a hiányosságok arra készítetik a látássérült serdülő lányokat, hogy a közvetlen környezetükből érkező, fizikai megjelenésükkel kapcsolatos visszajelzésektől és értékelésektől függenek (Pinquart és Pfeiffer, 2012). Nem meglepő ezek alapján, hogy Pinquart és Pfeiffer (2012) kutatása szerint a látássérült serdülő lányok kevésbé elégedettek testükkel látó kortársaikhoz (fiúk és lányok) képest. A vizsgálatvezetők szerint ez arra utal, hogy a látássérült lányok vulnerábilisabbak a testtel kapcsolatos elégedetlenségre, mint a serdülő fiúk, abban az esetben, ha nem tudnak megfelelni a „tökéletes” test társadalom által elvárt képének. A negatívabb testkép összefüggött a látássérült serdülő lányokat érő iskolai bántalmazás magasabb arányával is. A látássérült serdülő lányok a kortársak általi viktimizációra (áldozattá válásra) is érzékenyebbek lehetnek, mint látó kortársaik (fiúk és lányok). Pinquart és Pfeiffer (2012) arra is rámutatott, hogy a testkép és a pszichés jól-lét erősen összefügg, amiből arra következtethetünk, hogy a látássérült serdülő lányok és nők sérülékenyebbek a pszichés jól-létüket illetően is. Egy következő nehezített életszakasz a várandósság, amikor különösen sérülékeny lehet a látássérült nők testképe, főleg, ha szembesülniük kell a környezetükből érkező előítéletekkel, sztereotípiákkal.

Carty és Conine (1988) szerint a fogyatékoság és a várandósság kétszeresen hátrányos helyzetbe kényszerítheti a nőt, ami sérülékennyé teheti önbecsülésüket, testképüket, szexualitásukat és függetlenség érzésüket (ld. 4. ábra).

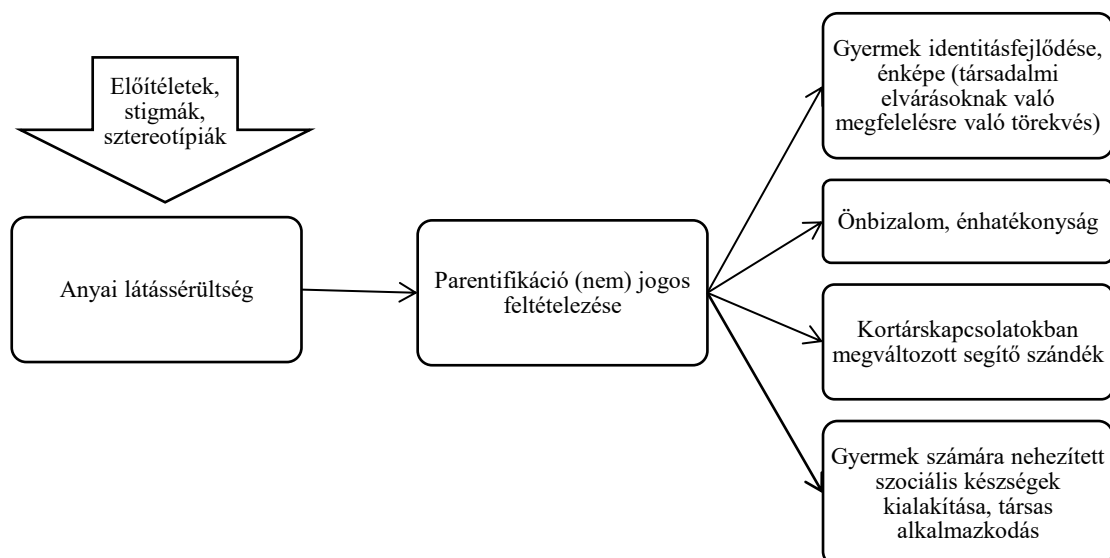


4. ábra: A látássérült serdülő lányok és fiatal nők testképének alakulása a kontextuális tényezők fényében és azok esetleges összefüggései bizonyos pszichológiai tényezőkkel (saját szerkesztés)

Ugyanakkor a várandósság módot adhat arra is, hogy megvédje, újra-építse a korábban elbizonytalanodó szexuális identitásukat is, így egyszerre lehet kockázati és protektív tényező is. Ezt alátámasztja több tanulmány is, amelyek megerősítették, hogy a fogyatékkal élő nő várandósságának ténye lehetővé teszi, hogy a nőre a társadalom ezentúl elsődlegesen ne „fogyatékkal élő”, hanem „gyermeket váró” nőként tekintsen (pl. Kent, 2002, Lendvai és Nguyen Luu Lan, 2019). Ha egy látássérült nő szelf-reprezentációjában a környezetéből érkező visszajelzések, attitűdök lehetővé teszik ezt a fókuszváltást, a **várandósság és később a szülői szerep** protektív tényezőként hathat az érintett nők identitás stabilitás megőrzését, önbizalmát, kompetencia-érzését illetően.

4.3.6 Szülői látássérültség mint rizikó/protektív faktor a fejlődő utód életében

A szülők fogyatékosága, így a látássérültség is alapját képezheti különböző előítéleteknek, stigmáknak, sztereotípiáknak. Ezeknek a negatív feltételezéseknek a belsővé tétele, identitásba való beépítése rizikó tényezőként funkcionálhat a látássérült személyek gyermekvállalási törekvéseiben és a gyermekükkel való kapcsolatában is. Az egyik nagyon gyakori előítélet a **parentifikáció** feltételezése, mely kétféleképpen vezethet maladaptációhoz. Egyrészt amennyiben a parentifikáció valóban fennáll, a parentifikált gyermek számára a jövőben nehezített lehet a szociális készségek kialakítása és a társas alkalmazkodás. Másrészt számos következménnyel járhat az is, ha a környezet parentifikáltként tekint egy gyermekre (akár valóban fennáll, akár nem igazolható). Kutatásunk szempontjából ez utóbbi tűnhet relevánsnak, hiszen mind a látássérült szülők, mind gyermekeik arról számolnak be, hogy a környezet gyakran tekinti a gyermekeket „szüleik szemének”, segítőjének (pl. Prillelensky, 2014). Ezek a feltételezések befolyásolhatják a gyermek identitásfejlődését, énképét, hiszen akár a társadalmi elvárásnak való megfelelés áldozataivá is válhatnak, még abban az esetben is, ha a mindennapok során nem felelnek meg a „parentifikált gyermek” képének. Amennyiben a parentifikáció egy feltételezés és a szülői feladatokat a szülő végzi el, a gyermek szembesülhet azzal, hogy a környezet esetleg számonkéri a segítőkézségének mértékét, ami büntudatkeltő lehet a gyermek számára. Ez befolyásolhatja önbizalmát, énhatékonyság-érzését és akár a kortárs kapcsolatokban is megváltozhat a segítő szándékra való motivációja. (ld. 5. ábra).



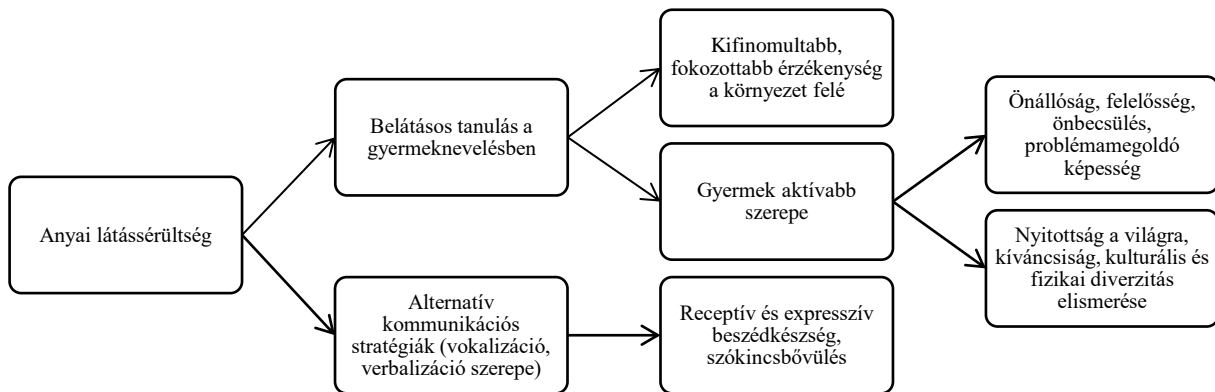
5. ábra: A látássérült anyaság és parentifikáció jelenségének összefüggése a korábbi szakirodalmak alapján (Prillelensky, 2014; Olkin, 2000; Cureton, 2015, saját szerkesztés)

A fogyatékkal élő szülők gyermekeiről a társadalom nagyobb arányban tartja valószínűnek, hogy parentifikáció áldozatai, mint az ép szülők gyermekeiről. Olkin (2000) szerint ezzel a feltételezéssel négy probléma is van. Egyrészt ez a meggyőződés előítéletből ered, a fogyatékoságot patologizálja. Másrészt nem áll rendelkezésre normatív adat arról, hogy hogyan és milyen tevékenységben segítenek otthon a fogyatékkal élő szülők gyermekei, így ezt a feltételezést e tekintetben sem lehet megerősíteni. Harmadrészt rendkívül nagy kulturális és szocio-ökonómiai különbségek vannak a gyermek segítő viselkedésével szembeni elvárásokat illetően. Negyedrészt pedig a szakirodalom semmilyen módon nem támasztja alá ezeket a feltételezéseket.

Az előzőleg említett hatásokat ugyanakkor tekinthetjük úgy is, mint a **látássérült szülő gyermekének reziliencia-fejlődésére** ható tényezőket. A szülő fogyatékosági típusa befolyásolhatja, hogy a gyermeknek milyen jellemvonásai alakulnak ki (pl. segítőkészség, önállóság mértéke) (Cureton, 2015). A fogyatékkal élő szülők gyermekei különböző személyiségjegyek, tulajdonságok elsajátításában kifejezetten jeleskednek. A fogyatékkal élő szülők gyakran alkalmazzák a belátásos tanulás módszerét a gyermekük tanításában, ami Cureton szerint türelmességet, rugalmasságot alakít ki a gyermekben (Cureton, 2015)⁴. Gyakran ezek a gyerekek kifinomultabban és fokozottabb érzékenységgel képesek észlelni a körülöttük történő eseményeket, ami hozzájárul kognitív képességeik fejlődéséhez is. Továbbá a fogyatékkal élő emberek szülői stratégiái, nevelésmódja általában egy aktívabb szerepet igényelnek a gyermek részéről az alapvető szükségletek kielégítésével kapcsolatban. Ez az aktivitás, az önállóság, a felelősség, az önbecsülés, a problémamegoldó képesség és függetlenség kialakulásához nagyban hozzájárul (Cureton, 2015). A fogyatékkal élő szülők gyermekei általában nyitottabbak a világra, kíváncsiság és a kulturális és fizikai diverzitás elismerése jellemzi őket. Ezen személyiségjegyekben, képességekben, tulajdonságokban megmutatkozó sajátosságok azonban nem magyarázhatók a parentifikáció jelenségével, mert nem biztos, hogy mindezzel szülői szerepet vesznek át. Csak annyi bizonyos, hogy egy speciális tanulási környezetben nőnek fel. Hazai és nemzetközi kutatások (interjú- és interakcióelemzések is) kimutatták, hogy a látássérült szülők és gyermekük kapcsolatában rendkívül fontos szerepet tölt be a vokalizáció, a verbalizáció, mint alternatív kommunikációs stratégia (pl. Szilágyi, 2017; Senju et al., 2013). Ha a szülő többet beszél gyermekéhez, több

⁴ Megjegyzendő azonban, hogy Olkin (2000) korábban nem tudta megerősíteni ezt az állítást, miszerint a szülő látássérültsége és a próba-hiba tanulás között kapcsolat lenne.

verbális visszajelzést intéz hozzá, jobban fejlődhet a gyermek receptív és expresszív beszéd-készsége és bővíülhet szókincse is (ld. 6. ábra)



6. ábra: Az anyai látássérültséggel összefüggésbe hozható kompenzatorikus stratégiák (saját szerkesztés)

A pozitív hatásokat emelte ki Duvdevany és munkatársai (2007) vizsgálata is, ahol látó és látássérült szülők serdülő korú gyermekeinek szociális életét, érzelmi állapotát és a szüleikkel való kapcsolatát vizsgálta. Kutatásuk rámutatott arra, hogy a látássérült szülők gyermekeinél az életkor előrehaladtával sem mutatható ki markáns különbség a látó szülők gyermekeihez képest. Sőt, mi több, megállapították, hogy a látássérült szülők gyermekeinek néhány emocionalitást érintő mutatója pozitívabb volt, mint a másik csoportban. A baráti kapcsolatok minőségéről és a szülők felé táplált érzésekről pozitívabban számoltak be a látássérült szülők serdülő gyermekei (Duvdevany, Moin és Yahav, 2007).

4.4 Látássérültség szerepe a látássérült anyák gyermekvállalásában, szülői szerepében

A látássérült szülők szülői kompetenciáját, gyermekgondozással és -neveléssel kapcsolatos megoldási stratégiáit számos társas, környezeti és individuális tényező befolyásolhatja. Gyakran a fogyatékkal kapcsolatos **explicit vagy implicit előítéletek** a szülői szerepekkel kapcsolatos nézeteket is befolyásolják. Sokan a fogyatékkal élő szülő fogyatéka alapján következtetnek az illető szülői szerepben való alkalmasságára, alkalmatlanságára (Cureton, 2015). Ezek a környezeti hatások erősen befolyásolhatják egy fogyatékkal élő szülő kompetenciaérzését. Fogyatékkal élni nem egyenlő az ember képességeiben való korlátozottsággal, sőt a gondoskodás és a gyermeknevelés minőségéhez pozitívan járulhat hozzá a szülői szerep gyakorlása (Cureton, 2015). A gyermek alapvető

szükségeik kielégítésére való érzékenység, az éberség, a kifinomult figyelmeség együtt jár azzal, hogy a szülő gyakrabban van gyermeke közvetlen közelében, ami egy szorosabb kötelék kialakulásához vezethet, és lehetővé teszi a szülőnek, hogy gyermeke szokásait, gondolkodásának módját jobban megismerje, ezáltal nagyobb bizalom és jobb kommunikáció alakulhasson ki közöttük (Cureton, 2015, Olkin, 2001).

Több látássérült szülővel végzett kutatás eredménye is azt igazolja, hogy a **segítségnyújtás hiányosságait**, nem megfelelő módját igen gyakran tapasztalják az érintettek környezetükben (pl. Malacrida, 2009; Mitra et al., 2016; Commodari et al., 2022; Lipson, 2010). Ezek a tapasztalatok leggyakrabban az egészségügyi ellátás során fordulnak elő. Amikor a látássérült nő várandóssága, a szülés során, majd a gyermekágyi időszakban szakemberekkel (orvosok, ápolók, védőnők) találkozik, gyakran tapasztalja a megkérdőjelezés, elutasítás, empátiahiány mellett a segítségnyújtás hiányát vagy nem megfelelő módját (pl. O'Connor-Terry és Harris, 2021, Lappeteläinen et al., 2017). Ezek a hiányosságok szintén rizikótényezőként kezelhetők a látássérült nők és gyermekük kapcsolatát illetően, hiszen nemcsak az érintett szülő énhatékonyság érzését, megküzdési stratégiáit befolyásolhatják, de a gyermek fejlődésére is hatással lehetnek (ld. 7. ábra).

A fogyatékból adódóan az **egészségügyi ellátás során tapasztalt akadályok, előítéletek**, nehézségek stresszorokként lehetnek jelen, amik aktiválhatnak egy sérülékeny állapotot a fogyatékból élő nők esetében. További stresszorok lehetnek a szülészeti, nőgyógyászati vizsgálatok során tapasztalt negatív élmények a gyermekvállalást megelőzően és a várandósság során is, amik sokkal magasabb arányban vannak jelen a fogyatékból élő nők körében (pl. Mitra, Long-Bellil és Iezzoni, 2016; Smeltzer, Mitra, Iezzoni, Long-Bellil és Smith, 2016) (ld. 7. ábra).

A fogyatékkal élő, így a látássérült anyákat érő előítéletek, negatív attitűdök, diszkriminációs helyzetek, melyek a gyermekükkel való kapcsolatukat kérdőjelezzik meg, erőteljesen képesek negatív irányba befolyásolni az érintett szülők és gyermekeik pszichés jólétét, lelki ellenállóképességét (rezilienciáját) (Prilleltensky, 2004; Wates és Jade, 1999). A látássérült nők **kettős diszkrimináció** áldozatai lehetnek, egyrészt nemük, másrészt fogyatékbóluk miatt, mely nagyban hozzájárulhat a különböző szociális szintereken való marginalizálódáshoz (pl. egészségügyi ellátás, oktatás, munkavállalás) (Kumar és Nishanthi, 2017; Molden, 2014) (ld. 7. ábra).

A fogyatékkal élő nők körében nemcsak a külső támadásoknak való kitettség aránya, hanem a **családon belüli erőszak** mértéke is jelentősen magasabb (Breckenridge et al., 2014; Mitra, Manning és Lu, 2011; Kálmán és Könczei, 2002). A nők ellen elkövetett családon belüli

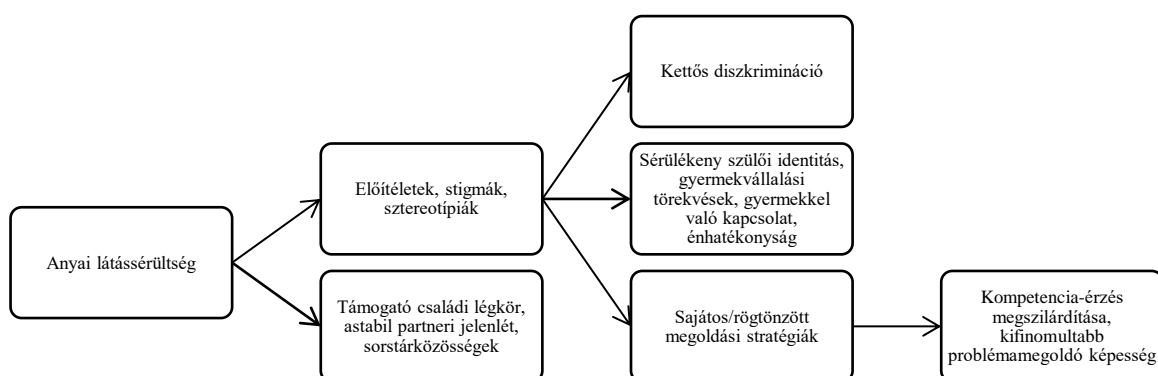
erőszak 30%-a a nők várandóssága alatt kezdődik. A fogyatékossgal élő nők kétszer nagyobb valószínűséggel szenvednek el fizikai bántalmazást partnerük által, mint a nem fogyatékossgal élő nőtársaik (Slayter, 2009). Éppen ezért a fogyatékossgal élő nők kifejezetten vulnérabilisak a várandósság során elszenvedett bántalmazásra (Breckenridge et al., 2014). Sumilo és munkatársai (2012) kimutatták, hogy ezen negatív környezeti hatások következtében, hogy a fogyatékossgal élő nők sérülékenyebbek a várandósság során kialakult komplikációkra is a nem fogyatékossgal élő nőtársaikhoz képest. A fogyatékossgal és a várandósság során megélt családon belüli erőszak befolyásolhatja a nők szülészeti, nőgyógyászati ellátáshoz való hozzáférést és azok igénybevételét, aminek következtében fokozottan veszélyeztetett helyzetbe kerülnek a fel nem ismert terhességi komplikációkat illetően (Breckenridge et al., 2014).

A látássérült nők számára a környezeti veszélyforrások kiszámíthatatlansága és az azoktól való félelem, szorongás szülőként még összetettebb formát ölthet. Ha egy látássérült nő gyermekével közlekedik, nemcsak önmagát, de gyermekét is féltheti az esetleges veszélyt keltő helyzetektől, ami okozhat egyfajta túlvédő szülői bánásmódot. A látássérült anyák gyermekkel való közlekedésével kapcsolatos kételyeiről, félelmeiről, melyet a tudatos tervezés és felkészülés tud a leginkább enyhíteni, több tanulmány is beszámolt (pl. Conley-Jung és Olkin, 2001).

A látássérült szülőket érő negatív attitűdök, diszkriminációs helyzetek olykor **sajátos megküzdési stratégiák** kialakítására ösztönzi az érintetteket (ld. 7. ábra). A korábbi tanulmányokból ismeretes ezek közül az, hogy a szülők gyakran maguk informálják környezetüket a megfelelő segítségnyújtás mikéntjéről, átkeretezik a körülöttük zajló eseményeket, azaz vagy a pozitívumokra fókuszálnak inkább és/vagy figyelmen kívül hagyják a negatív visszajelzéseket, megjegyzéseket) (pl. Conley-Jung és Olkin, 2001). Ezen megküzdési stratégiák sikeres alkalmazása szintén fejlesztheti a látássérült szülők rezilienciáját. A látássérült szülők több kvalitatív kutatás során arról számoltak be, hogy a gyermekgondozás során többször kellett alkalmazniuk **rögtönzött megoldási stratégiákat** bizonyos helyzetekben, aminek sikeres kivitelezése nagyban erősítette, növelte kompetencia-érzésüket (ld. 7. ábra). Például több látássérült anya arról számolt be, hogy mesekönyv olvasás helyett saját mesét talál ki gyermekének, vagy Braille-feliratozta a könyveket (pl. Kálmán, 2010; Szilágyi, 2017). Ezen helyzetek sikeres improvizatív megoldása a kompetencia-érzés megszilárdítása, kifinomultabb problémamegoldó képesség révén reziliensebbé teheti a látássérülteket az őket ért negatív attitűdökkel (pl. alkalmasság megkérdőjelezése, kétségbevonása, elítélés) szemben.

Crittenden és munkatársai (1984) az **anyai szenzitivitás** és a különböző kockázati státuszok közötti kapcsolatot vizsgálták. A résztvevők között szerepelt elhanyagoló, bántalmazó, értelmi fogyatékkal élő, alacsony szocio-ökonómiai státuszú és siket szülő. Vizsgálataink szempontjából az érzékszervi fogyatékból adódóan a siket anyák szenzitivitásával kapcsolatos eredmények tekinthetők relevánsnak. Crittenden és munkatársai megállapították, hogy a siket szülők magas értéket értek el a gyermekükkel folytatott interakciójuk során a kezdeményezések érthetőségében és következetességében, melyből a vizsgálatvezetők arra következtettek, hogy az érzékszervi fogyatékból élő szülők a kommunikációs formák szabályozásával „kompenzálják” hallássérülésüket. Az eredmények alapján az alacsony szocio-ökonómiai státuszú és a hallássérült szülők szenzitivitásában volt megfigyelhető a legkisebb csökkenés a kontroll csoporttal (nem rizikó státuszú szülők) összehasonlítva. A látássérült szülők esetében is hasonló kompenzatórikus kommunikációs stratégiák figyelhetők meg gyermekükkel folytatott interakcióik során, ami a látássérülés, mint rizikótényező kiegyenlítése végett alkalmazhatnak. Ilyen megváltozott kommunikációs stratégia az érintés általi testhelyzet megállapítása, a gyakoribb és részletesebb, kifejezőbb vokalizáció a gyermekkel és a szorosabb testkontaktus (pl. Senju et al., 2013, Chiesa, Galati és Schmidt, 2015).

A látássérült, de csakúgy, mint a legtöbb fogyatékból élő anya számára is a **támogató családi légkör**, a megbízható, **stabil partneri jelenlét** és a **sorstárközösségek** megléte protektív tényezőként tarthatók számon a szülői kompetencia, énhatékonyság megélését illetően (pl. Conley-Jung és Olkin, 2001) (ld. 7. ábra).



7. ábra: Pozitív és negatív hatások a látássérült anyák gyermekvállalásában, szülői szerepében

4.4.1.1 Interaktív specializáció

Kutatásunk során a fejlődési pszichopatológia mellett egy másik elméleti keretet is meghatározónak gondoltunk, az interaktív specializációt, melyet az interakcióvizsgálataink

elemzése során tekintettünk egy fontos magyarázó szemléletnek. Ez az elméleti irányzat azt vallja, hogy társas, érzelmi és kognitív képességeink a környezettel történő interakció során, azzal kölcsönhatásban fejlődnek.

A társas ingerek feldolgozásának képességével kapcsolatban több ellentétes uralkodó szemlélet is jelen van. Azt biztosan kijelenthetjük, hogy az emberi agy egyik legkiemelkedőbb és legegységülállóbb tulajdonsága a társas környezetből érkező ingerek feldolgozásának képessége (Adolphs, 1999; Brothers és Ring, 1992, in Johnson, Grossmann és Kadosh, 2009). Johnson háromféle perspektívából vizsgálta az agy neuroanatómiai fejlődését, mely a csecsemőkori és gyermekkori motoros, perceptuális és kognitív képességekben megmutatkozó változásokért lehetnek felelősek. Az első az érési perspektíva (*maturational perspective*), a második a készség tanulási perspektíva (*skill-learning viewpoint*), a harmadik pedig az interaktív specializáció (*interactive specialization*) elmélete. Kutatásunk során az interaktív specializáció elméleti keretén belül gondolkodtunk, így ezt a perspektívát kívánjuk részletesebben bemutatni.

Az interaktív specializáció nézete szerint a fejlődés során az agyi régiók közötti tevékenységfüggő interakciók alakítják és határozzák a régiók funkcióit. Ez azt jelenti, hogy az egyes régiók aktivitása bizonyos körülmények szűkebb körére korlátozódhat (pl. egy régió, amit eredetileg sokféle vizuális objektum aktivál, választ egyenes emberi arcokra korlátozhatja). Az interaktív specializáció elmélete azt feltételezi, hogy a kognitív funkciók a különböző agyi régiók, valamint az egész agy és a környezet közötti interakciók következtében kialakult termékei (Johnson et al., 2009). Az egyes agyi régiók tulajdonképpen „versenyeznek” egymással az egyes funkciók ellátásáért, így kölcsönösen hatnak egymásra, míg végül mindegyik terület a neki leginkább megfelelő funkcióra nem specializálódik (Tóth és Csépe, 2009).

Kutatásunk utolsó fázisában, mely a szülő-gyermek interakciókra terjedt ki, nem neuropszichológiai szinten történtek az elemzések, hanem viselkedéses jegyeket vizsgáltunk (pl. vokalizáció, tekintet iránya, érintés) abból a feltételezésből kiindulva, hogy a látó és látássérült anyák gyermekükkel folytatott interakcióinak eltéréseiben, illetve a látássérült anyával és látó idegennel folytatott gyermeki interakciók megnyilvánulásaiban az interaktív specializáció jegyeit tudjuk tetten érni.

5 1. vizsgálat: A testi/érzékszervi fogyatékoság szociális reprezentációjának vizsgálata

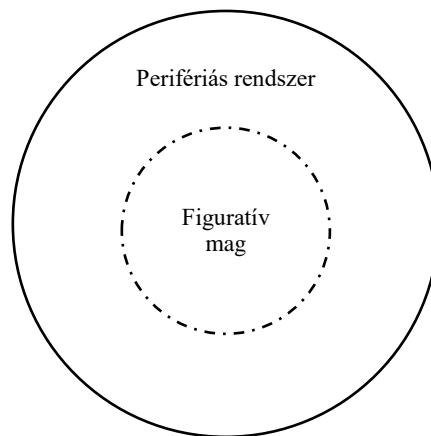
Jelen fejezetben bemutatott vizsgálat során a nem fogyatékkal élő emberek fogyatékosággal kapcsolatos szociális reprezentációit vizsgáltuk. Érdeklődésünk középpontjában az állt, hogy hogyan gondolkodnak az emberek általánosságban a fogyatékoságról, mi jut eszükbe a látássérült, a hallássérült és a mozgáskorlátozott emberekről és mire asszociálnak egy fogyatékosággal élő családtaggal rendelkező és egy ép család kapcsán.

5.1 Elméleti háttér

Mindenfajta társas tudás, szociális reprezentáció, így a fogyatékoságról alkotott szociális reprezentációk is állandó változásban vannak, amik dinamikus, dialektikus és fejlődő fogalmak, gondolatok és képek formájában jelenhetnek meg az adott társadalomban. A társadalmi valóság megalkotásáról szóló szociálpszichológiai elmélet a szociális reprezentáció elmélet, mely Serge Moscovici nevéhez fűződik, aki 1962-ben publikálta *La Psychoanalyse, son image et son public* című monográfiáját, melyben a francia társadalom pszichoanalízisről alkotott társas tudásának elemzésén keresztül mutatja be szociális reprezentáció elméletét (László, 1999). A konstruktivista elmélet alapvetőként kezeli, hogy a kultúrák, csoportok és egyének számára a társadalmi valóságot a szociális reprezentációk képviselik. Ebből következik tehát, hogy a szociális reprezentációk alapvető funkciója a társadalmi valóság konstrukciója, mely a kommunikációs és a szociális interakció folyamataiban zajlik. A korábban ismeretlen, jelentés nélküli cselekedetek, tárgyak, események vagy fogalmak a csoporttagok kommunikációjában, társas interakcióiban ismerőssé, jelentésteli reprezentációkká válnak, így a csoport társadalmi valóságának részévé válnak (László, 1999). A szociális reprezentáció két folyamatát, a **lehorgonyzást** és a **tárgyasítást** különböztetjük meg. A lehorgonyzás az ismeretlen, zavaró képzetek ismerős kategóriákba való beillesztését foglalja magába, melynek célja az ismeretlentől való félelem érzet csökkentése. A lehorgonyzás két eljárásból, az **osztályozásból** és a **megnevezésből** áll, melyek egymástól elválaszthatatlanok. Az osztályozás során az ismeretlen képzetet, dolgot egy adott kategória prototípusaival vetjük össze, ami generalizálás (reprezentálandó dolog hasonlóságának hangsúlyozása a kategóriaprototípusokban megnyilvánuló különbségektől való elvonatkoztatás által) vagy partikularizálás (a dolog, képzet különlegességének kiemelése a létező prototípusok közötti különbségek hangsúlyozása) útján történhet. A lehorgonyzás másik eljárása a megnevezés,

mely nem csupán egy címke, ami a megnevezett dolog beazonosítására szolgál, hanem lehetővé teszi, hogy megadja a reprezentált dolog helyét más események és dolgok viszonyrendszerében. A szociális reprezentáció másik folyamata, a tárgyiasítás az **absztrakt fogalmakat alakítja ismerőssé**, konkrét tapasztalatokká, azaz „materializálja” őket. Az ismeretlen fogalom átfordul képpé, ikonikus szimbólummá, konkrét élményekké, melyek egy figuratív magba integrálódnak, így válik az „elgondolt észleltté, a láthatatlan láthatóvá” (Farr, 1984, 386. o. in László, 1999., 20.o.).

A szociális reprezentáció két, egymást kiegészítő alkotóeleme **a figuratív mag és a perifériás rendszer** (ld. 8. ábra). A figuratív magot a történelmi, szociológiai és ideológiai körülmények közvetlenül határozzák meg, és erősen tükrözi a csoport kollektív emlékezetét és a normarendszert, amire vonatkozik. A perifériás rendszer egy nélkülözhetetlen kiegészítője a figuratív magnak. A perifériás rendszer sokkal szenzitívebb az aktuális kontextuális elemekre, érintkezési felületet biztosít a konkrét valóság és a figuratív mag között (Abric, 1993).



8. ábra: A szociális reprezentációk egységei

A reprezentációk figuratív magjának és perifériás rendszerének jellemzőit a 3. táblázat szemlélteti:

Figuratív mag/rendszer	Perifériás rendszer
<ul style="list-style-type: none"> – A csoport kollektív emlékezetéhez és történelméhez kapcsolódik – Konszenzuális – meghatározza a csoport homogenitását – Stabil – Koherens – Merev – Nem túl érzékeny az aktuális kontextusra – Funkciói: <ul style="list-style-type: none"> ○ a reprezentációk jelentését generálja ○ meghatározza a szerveződést 	<ul style="list-style-type: none"> – Lehetővé teszi az egyéni tapasztalatok és múltbéli események integrációját – A csoport heterogenitását támogatja – Rugalmas – Elviseli az ellentmondásokat – Érzékeny az aktuális kontextusra – Funkciói: <ul style="list-style-type: none"> ○ lehetővé teszi a konkrét valósághoz való adaptációt ○ lehetővé teszi a tartalmi megkülönböztetést ○ megvédi a figuratív magot

3. táblázat: A szociális reprezentációk figuratív magjának és perifériás rendszerének jellemzői Abric (1993) nyomán, Saját szerkesztés

A szociális reprezentációk egységei, a figuratív mag és a perifériás rendszer előfordulása, megállapíthatósága vitatott, ugyanis nem minden esetben határozható meg egy stabil figuratív mag vagy perifériás rendszer (Devenney, 2004). Devenney (2004) azonban úgy véli, hogy a fogyatékos szociális reprezentációjának jól meghatározható figuratív magja és perifériás rendszere van.

5.1.1 A fogyatékos szociális reprezentációjának alakulása a történelem során

Devenney (2004) tanulmánya átfogó történelmi áttekintést nyújt a fogyatékos szociális reprezentáció hosszmetzeti alakulásáról. A fogyatékos szociális reprezentációjának dinamikus változását érdemes történelmi keretek között tárgyalni. A modern kapitalizmus megjelenéséig megingathatatlanul negatív olvasata volt a fogyatékosnak, sérültségnek a társadalom szemében. Érdemes egészen a kezdetekig, az ókori görögökig visszatekinteni, ugyanis a görög kultúrában jelent meg először a fizikai és intellektuális tökéletesség, épség, mint érték. A görög mitológiában csupán egy sérült isten, Héphaisztosz, a kovácmesterség istene ismert, aki Zeusz és Héra gyermekeként „csúnyán” és „sántán” jött a világra, aminek következtében apja kitiltotta, majd anyja lehajította őt az Olümposzról. Afrodité, a szerelem és szépség istennője azonban megsajnálta, feleségül ment hozzá, de idővel megcsalta férjét Árésszal, melyben közrejátszhatott férje fizikai akadályozottsága. Devenney (2004) szerint ez a mitológiai történet erősen befolyásolta a fogyatékos szociális reprezentációját, miszerint a sérültség egyet jelent a **kirekesztéssel** és

impotenciával/alkalmatlansággal. Emellett a görög mitológiában megjelent a fogyatékos, mint **büntetés** vagy **bűn** jelensége is: Szophoklész történetében Oidipusz Rex anyjával való incestuózus viszonya után önbüntetésként megvakítja magát.

Az ókori rómaiak a görögökhöz hasonlóan kíméletlenül bántak a fogyatékosokkal élőkkal (pl. sérült csecsemők Tiberis folyóba dobása). A fogyatékosági modellek alakulásával kapcsolatban is fontos az ókori társadalmakat tárgyalni, hiszen innen eredeztethető a medikális modell, ugyanis mind a rómaiak, mind a görögök különböző gyógymódokat, eljárásokat kezdtek kifejleszteni a szerzett fogyatékosok, betegségek tanulmányozása, kezelése érdekében (pl. Arisztotelész a hallássérülést, Hippokratész és Galénosz az epilepsziát tanulmányozta) (Devenney, 2004).

A korai kereszténység és judaizmus korában a fogyatékosokat valamilyen **büntett következményeként** értelmezték. A 15. században jellemző a boszorkánysághoz, az ördöghöz kötni a fogyatékosokat. A darwinizmus és az eugenetika megjelenésével a fogyatékos, mint a társadalom számára „**veszélyeztető, fenyegető**” jelenségként jelent meg. A viktoránius korban megjelent filantróp „emberszeretet” magával hozta a jótékonyági kezdeményezéseket, a betegek, gyengélkedők ápolására szolgáló intézményeket, aminek következtében a fogyatékosokkal élők szociális reprezentációjának középpontjában a **kiszolgáltatottság, az ápolásra, gondoskodásra szorulás** volt. Ennek köszönhetően a medikális modellt felváltva a fogyatékosok szociálpolitikai (társadalmi) modellje került előtérbe egészen az első világháborúig. A két világháború között a fogyatékosok állami ügyévé vált. A fogyatékosokkal élő emberekre, mint a **segítség, támogatás passzív recipienseként**, fogadójaként tekintettek, aki nem tekinthető a közösség aktív tagjának. Az 1970-es, 1980-as években a fogyatékosügyi mozgalmak egyre nagyobb teret nyertek, melynek eredményeképp 1995-ben megszületett a fogyatékoságon alapuló hátrányos megkülönböztetésről szóló törvény (Disability Discrimination Act), amiben kimondják, hogy egyenlő polgári jogok illetik meg a fogyatékosokkal élő embereket is többek között az oktatás, a munkavállalás és más szolgáltatások terén is.

Devenney (2004) szerint a fogyatékosokkal élő emberekről alkotott szociális reprezentációk a történelem során egy politikailag korrektebb társadalomhoz illeszkedne, azonban még mindig észlelhető a **kényelmetlenség, a félelem** érzése az ép emberekben a fogyatékosokkal élő embertársaikkal szemben.

5.1.2 A különböző fogyatékosági típusok szociális reprezentációja

A fogyatékosággal élő emberek csoportja alkotja az egyik legnagyobb számú kisebbséget a világon (Riley, 2005, in Gulya és Fehérvári, 2020). A többségi társadalom fogyatékoságról való vélekedése, gondolkodása állandóan, dinamikusan változik. A kultúra melyben felnövünk, nagymértékben befolyásolja a kisebbségi csoportokkal, így a fogyatékosággal élő emberekkel kapcsolatos vélekedéseinket, hozzáállásunkat. Fontos megemlíteni, hogy sokan már azelőtt találkoznak a fogyatékosággal kapcsolatos negatív sztereotípiákkal, mielőtt találkoztak volna egy fogyatékosággal élő személlyel. Bogden és Biklen (1977) például gyermekeknek szóló könyvekben megjelenő fogyatékosággal élő szereplők sztereotipikus ábrázolását csoportosította, melyeket tíz kategóriába sorolta. A fogyatékosággal élő személy gyakran jelenik meg, mint „szánalomra méltó”, mint „gonosz”, mint „bámulatra méltó képességgel felruházott”, mint „nevetség tárgya” vagy mint „teher a társadalom számára”. Ezek a megjelenítések már gyermekkorban nagyban hozzájárulnak a fogyatékosággal kapcsolatos szociális reprezentáció alakításához.

Nagy és Kármán (2021) egy vezető magyar kereskedelmi televíziós csatorna reklámblokkjait elemezte, melynek során arra a következtetésre jutottak, hogy leggyakrabban a mozgáskorlátozott (kerekeszékes) személyek jelentek meg, akiket segítségre és gondoskodásra szoruló személyekként szerepeltettek. A médiában egyébként felülreprezentáltak a hallás-, látássérült és mozgáskorlátozott személyek a többi sérüléstípushoz képest (pl. értelmi fogyatékosággal élők) (pl. Fraser, 2018; in Nagy és Kármán, 2021).

Az „*ableism*” jelensége nagymértékben alakíthatja a fogyatékosággal kapcsolatos szociális reprezentációt. A magyarul „épségizmusnak” nevezett elgondolás a nem fogyatékos embert és testet tartja normálisnak, az attól való eltérés már nem tekintendő normálisnak. Ez a tudatos és tudattalan előítéletes attitűdöket és diszkriminatív viselkedéseket magába foglaló kifejezés az „ép” emberek felől a fogyatékosággal élő emberek ellen irányul (Nagy és Kármán, 2021).

Garland-Thomson (2000) szerint a fogyatékosággal élő személyek megjelenítését négy ún. retorikai csoportba sorolhatjuk, melyek alakítják az egyes társadalmi berendezésekben, kulturális közegekben a fogyatékoságról alkotott szociális reprezentációt. Az egyik retorika a „csodálatos”, mely a test különlegességét helyezi előtérbe és csodálatot vált ki a befogadóból, azáltal, hogy úgy tekint az érintett személyre, mint aki fogyatékosághoz társuló nehézségek ellenére lenyűgöző teljesítményre képes. A „szentimentális” retorikai ábrázolás a fogyatékoságot, mint megoldandó probléma, vagy mint kihívás kezeli. Az „egzotikus”

ábrázolás fő jellemzője, hogy távolságot tart a befogadó és a fogyatékossgal élő személy között. A befogadó biztonságos távolságból szemléli az „idegen testet”. A negyedik megjelenítési mód a realista, ami az előbbivel ellentétben lecsökkenti a távolságot a befogadó és a fogyatékossgal élő személy között, megmutatja a hasonlóságokat kettejük között.

Oláh (2013) látássérült személyekkel szembeni attitűdöket vizsgálta az Osgood-féle szemantikus differenciálskála⁵ módszerével köztisztviselőköl, közalkalmazottaköl és nagykorú középiskolai diákoköl álló csoportban. A leggyakoribb látássérült személyekhez társított tulajdonságok a következők volt, mint például: fegyelmezett (85%), körültekintő, tapintatos (77,5%), figyelmes (75%), humoros (70%). Többségében intenzív pozitív és neutrális tulajdonságok voltak jellemzők a vizsgálati személyek eredményeit illetően.

A többségi társadalom részéről megfigyelhető a fogyatékossgal élő emberek észlelésével kapcsolatban egyfajta „explorációs típusú késztetés”. Ez azt jelenti, hogy egy fogyatékossgal élő emberrel való találkozás során az emberek nagyrésze a fogyatékossgal következőben megfigyelhető különbözősége, másságra fókuszál (Illyés és Erdösi, 1986, in Lendvai és Nguyen Luu Lan, 2022).

A fogyatékossgal élők és családtagjaik körében a szociális modell keretein belüli gondolkodás a jellemző a fogyatékossgal illetően. A fogyatékossgal típusól függően eltérően konceptualizálják maguk között, így nehezen vethetők össze az egyes szociális reprezentációk (Stamou, Alevriadou és Soufla, 2014).

5.2 Kutatási kérdések

Vizsgálatunk során az alábbi kutatási kérdéseket fogalmaztuk meg:

1. Milyen asszociációkat társítanak az ép (nem fogyatékossgal élő) felnőtt emberek a különböző fogyatékossgal típusokhoz?
2. Mi jellemzi a különböző fogyatékossgal típusokról alkotott szociális reprezentációk polaritását és neutralitását?
3. Mit tartalmaz az egyes szociális reprezentációk figuratív magja és perifériás elemei?

⁵ Osgood és munktarásai (1957) fejlesztették ki az Osgood-féle szemantikus differenciál-skálát a fogalmak konnotatív jelentésének mérése céljából. A többdimenziós attitűdskálán a fogalmakat általában egy 5 vagy 7 fokozatú, bipoláris melléknévi jelzőkkel ellátott alszálakon kell értékelnük a válaszadóknak

4. Milyen kategóriák szerint csoportosíthatók a leggyakrabban előforduló fogyatékosági típusokkal kapcsolatos asszociációk? Ezen kérdés megválaszolására a hasonlósági elemzését módszerét alkalmaztuk.

5.3 Minta

Kutatásunkban 309 fő vett részt, 126 férfi és 183 nő. Mivel a vizsgálatunkban való részvételt nem szeretnénk volna a demográfiai adatok mentén korlátozni, ezért 18 éves kor felett bárki kitölthette kérdőívünket. Az átlagéletkor 25,5 év volt, a legfiatalabb kitöltő 18 éves, a legidősebb 71 éves volt. A vizsgálati személyek lakóhelyét tekintve 50 fő él faluban vagy községben, 140-en városban, 58-an megyeszékhelyen és 41-en a fővárosban. A legmagasabb iskolai végzettséget tekintve a legtöbben középiskolai végzettséggel rendelkeznek (167 fő), egyetemi vagy főiskola végzettséggel 93 fő, általános iskolai végzettséggel pedig 47 fő. A vizsgálati személyek közül senki nem él fogyatékosággal, viszont 85 főnek van fogyatékkal élő személy a környezetében (családtag, rokon, közeli ismerős, barát).

5.4 Módszer

Kutatásunkat elektronikus úton, illetve papíralapú kérdőívcsomag formájában végeztük. Mérőeszközünk online verzióját a Google Forms segítségével hoztuk létre, mely hólabda módszerrel jutott el a vizsgálati személyekhez (ld. 12.5. melléklet). Kérdőívünk linkjét a Facebook közösségi média felület több csoportjában is megosztottuk. A beérkező adatokat az Iramuteq szoftver segítségével elemeztük. A vizsgálat kutatási engedélye az 12.1. sz. melléklet tartalmazza.

5.4.1 Asszociációs háló

A fogyatékosági típusokkal, ép és fogyatékkal élő családtaggal rendelkező családokról alkotott szociális reprezentációk vizsgálatához De Rosa (2002) „asszociációs háló” módszerét vettük alapul. A mérőeszköz nyílt és strukturálatlan természete lehetővé teszi, hogy jobban felkeltse a vizsgálati személyek érdeklődését és a kitöltésre való hajlandóságát. A résztvevőknek kulcsszavakra, képekre kell szabadon asszociálniuk, majd asszociációjukat polaritásuk és fontosságuk szerint értékelni, rangsorolni.

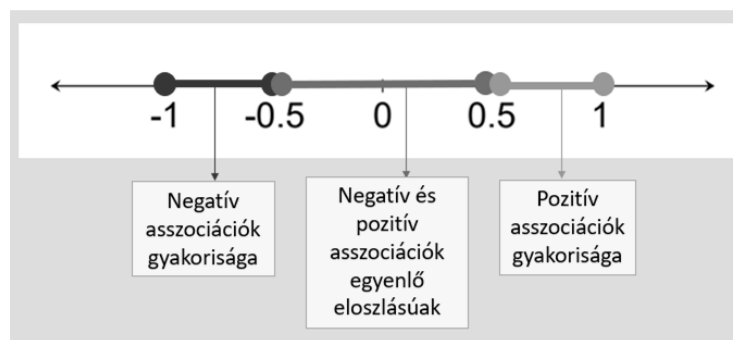
A vizsgálati személyeket először arra kértük, hogy készítsenek egy asszociációs hálót a megadott kulcsszavakhoz és képekhez, melyeket a papíralapú kérdőívcsomagokban külön-

külön jelöltünk a lapok közepén (1. instrukció). Asszociáció lehet minden olyan szó vagy kifejezés (főnév vagy melléknév), mely a résztvevő eszébe jut. A mérőeszköz Google Űrlap változatában szintén külön oldalon jelöltük a hívóingereket. Ezek az ingerek a következők voltak: „fogyatékoság”, „látássérült ember”, „siket ember”, mozgássérült ember”, egy mozgáskorlátozott nőt és családját ábrázoló kép és egy ép családot ábrázoló kép (ld. 12.5. sz. melléklet). A vizsgálati személyeknek a papír-ceruza kérdőívben számmal kellett jelölniük az asszociációkat fontosságuk alapján, az elektronikus űrlapon a szavak sorrendjét a sorban való elhelyezkedésük adta (2. instrukció). Ezt követően arra kértük a vizsgálati személyeket, hogy az asszociációkat a szubjektív jelentésük alapján jelöljék pozitívnak (+), negatívnak (-) vagy semlegesnek (S) (3. instrukció). A hívóingerek sorrendje minden esetben ugyanaz volt: 1. „fogyatékoság”, 2. „látássérült ember”, 3. „siket ember”, 4. „mozgássérült ember”, 5. egy mozgáskorlátozott nőt és családját ábrázoló kép és 6. egy ép családot ábrázoló kép.

A polaritás és a neutralitás indexek kiszámítása lehetővé teszi az implicit értékelések és attitűdök mérését a reprezentációs mezőben (deRosa, 2002). A polaritás index megmutatja, hogy a reprezentációhoz kapcsolódó szavak érzelmi szempontból pozitív vagy negatív jelentéssel bírnak-e. A polaritás index (P) kiszámítása a következő egyenlet alapján történik:

$$Polaritás (P) = \frac{(+ asszociációk) - (-asszociációk)}{\text{összes asszociáció}}$$

A polaritás index (P) két szélső értéke -1 és +1 közötti. A -1 azt jelenti, hogy a reprezentációhoz érzelmileg kizárólag negatív szavak kapcsolódnak, míg az 1 arra utal, hogy a reprezentációhoz kizárólag pozitív szavak kapcsolódnak érzelmi töltet szempontjából. Amennyiben P értéke -1 és -0.05 között alakul (a későbbiekben 1-gyel vagy -1-gyel jelölendő), a szavak negatívnak tekintendők. Ha P értéke -0.04 és +0.04 között helyezkedik el (a későbbiekben ez az érték 2-vel vagy 0-val kódolandó), a pozitív és negatív szavak aránya kiegyenlített. Abban az esetben, ha P +0.04 és +1 között helyezkedik el (a későbbiekben ez az érték 3-mal vagy +1-gyel jelölendő), a legtöbb szó pozitív jelentésű a vizsgálati személyek számára. (ld. 9. ábra).

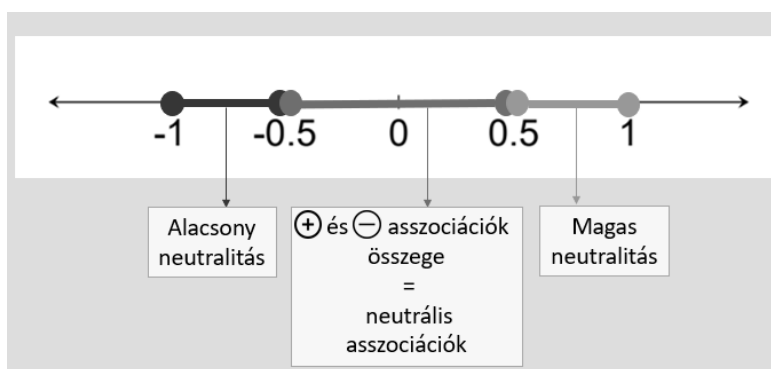


9. ábra: A Neutralitás Index (N) tartományai

A neutralitás index (N) kiszámítását az alábbi egyenlet szemlélteti:

$$\text{Neutralitás (N)} = \frac{[(S \text{ asszociációk}) - (+\text{asszociációk})] + (-\text{asszociációk})}{\text{összes asszociáció}}$$

A neutralitás index abból az alapfeltevésből indul ki, hogy a pozitív vagy negatív szavak magas száma esetén kevés érzelmileg semleges szó kapcsolódik a reprezentációhoz, és ez az összefüggés fordítva is igaz, tehát amennyiben alacsony a pozitív vagy negatív szavak száma, így elmondható, hogy sok érzelmileg semleges szó kapcsolódik a reprezentációhoz. A neutralitás index (N) értéke a polaritáshoz hasonlóan szintén -1 és +1 között helyezkedik el. A két szélsőérték jelentése a következő: a -1 azt jelenti, hogy a reprezentációhoz érzelmi töltet tekintetében semleges szavak nem tartoznak, míg az 1 arra utal, hogy a reprezentációhoz érzelmi szempontból kizárólag semleges szavak kapcsolódnak. Amennyiben N értéke -1 és -0.05 közötti, kevés szó bír semleges jelentéssel (= alacsony neutralitás). Amennyiben N értéke -0.04 és +0.04 közötti, a pozitív és negatív szavak összege kiegyenlített. Abban az esetben, ha N értéke +0.04 és +1 közötti, a legtöbb szó semleges jelentéssel bír (= magas neutralitás) (ld. 10. ábra).



10. ábra: A Polaritás Index (P) tartományai

5.4.2 Iramuteq

A fogyatékossgal kapcsolatos szociális reprezentációkat a francia fejlesztésű Iramuteq (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* / R felület többdimenziós szöveg- és kérdőívelemzéshez) tartalomelemző szoftver 0.7 alpha 2 verziójának segítségével elemeztük (Ratinaud, 2009). A szoftver ingyenes, nyílt felhasználású, az R statisztikai szoftverre és a Python programnyelvre épül és szövegek multidimenzionális elemzésére szolgál. A program különböző nyelvi szótárakat használ, amelyek segítik az indexációt, szótövesítést és a nyelvtani beazonosítást. A szoftver jelenleg a magyar nyelvű szövegek (szövegkorpuszok) elemzésére még nem képes, így az elemezni kívánt szavak manuálisan történő szótövesítése szükséges. A statisztikai elemzés során a HAPAX szám jelöli az egyszeri előfordulással rendelkező szavakat, amelyek kiesnek az elemzésekből. Az azonos szótóval rendelkező szavak, szinonimák összevonása szükséges a megfelelő elemzéshez. A HAPAX számot érdemes 50% alá érdemes csökkenteni. Az Iramuteq szoftver segítségével lehetőség van a reprezentációk képi megjelenítésére, a szavak előfordulási gyakoriságának, együttjárásának megállapítására. A szövegkorpuszok statisztikai elemzése mellett hasonlósági elemzés, sajátossági elemzés, illetve szófelhők alkotása is végezhető a szoftverrel.

Prototipikusság elemzést alkalmaztunk az egyes hívószavak és hívóképek szociális reprezentációjának minőségi és mennyiségi mutatók mentén való feltárására. A minőségi mutató az asszociációk sorrendjét, a mennyiségi mutató az asszociációk frekvenciáját foglalja magába. E két adat által hozható létre az egyes reprezentációk figuratív magja és perifériája (Camargo és Justo, 2016).

Hasonlósági elemzést végeztünk az egyes szavak együttjárásának vizsgálata céljából. A szoftver ezen funkciója lehetővé teszi, hogy gondolati/asszociációs hálókkal szemléltetve úgynevezett „szóközösségeket” tárjunk fel a program gráfelmélet algoritmusainak segítségével (Camargo és Justo, 2016).

5.5 Eredmények

Összesen 3859 asszociáció érkezett a hívóingerekre a vizsgálati személyektől. A következőkben egyenként kívánjuk bemutatni a hívóingerekre adott leggyakoribb asszociációkat, illetve az egyes reprezentációk polaritására és neutralitására is kitérünk. Továbbá értelmezni kívánjuk az egyes szociális reprezentációk figuratív magját és perifériás elemeit (prototipikusság elemzés) és az egyes hívóingerekre adott asszociációk együttjárásait (hasonlósági elemzés) is bemutatjuk.

5.5.1 A „fogyatékoság” szociális reprezentációja

A „fogyatékoság” kifejezésre összesen 656 aktív szóforma érkezett. A vizsgálati személyek átlagosan 3,91 szót asszociáltak erre a hívószóra. A HAPAX szám igen magas volt (67,21%), mely az egyedi, tovább nem szótövesíthető szavak, kifejezések magas aránya magyaráz (pl. „pozitív hozzáállás”, „parkolóhely”, „megaláztatás”, „másodosztályú ember”). A leggyakoribb asszociációk az alábbiak voltak:

Rangsor	Asszociációk	Előfordulási gyakoriság
1.	Hátrányosság	34
2.	Segítség	24
3.	Betegség	22
4.	Nehézségek	21
5.	Vakság	19
6.	Kerekesszék	17

4. táblázat: A leggyakrabban előforduló aktív szóformák/asszociációk a „fogyatékoság” hívóingerre

A „fogyatékoság” hívóingerre adott asszociációk Polaritás Indexe alapján ($M = -0,298$) megállapítható, hogy az adott inger szociális reprezentációja inkább negatív volt a vizsgálati személyek számára, mivel a negatív asszociációk túlsúlya volt a jellemző a pozitívval és semlegessel ellentétben. A Neutralitás Index ($M = 0,506$) szerint magas neutralitás jellemezte a „fogyatékoság” szociális reprezentációját.

A prototipikusság elemzés alapján a „fogyatékoság” szociális reprezentációjának figuratív magját olyan kifejezések alkotják, mint például „hátrányosság”, „betegség”, „nehézségek”. A perifériás elemek közül néhány a teljesség igénye nélkül: „támogatás”, „diszkrimináció”, „segítségnyújtás”, „kitartás” (ld. 12.6. sz. melléklet). A perifériás elemekkel kapcsolatban megfigyelhető volt, több érzelmmel kapcsolatos asszociáció is megjelent (pl. „együttérzés”, „fájdalom”, „szomorúság”, „szeretet”, „aggodalom”). A fogyatékosághoz tartozó asszociációk szófelhőjét a 11. ábra szemlélteti.



11. ábra: A fogyatékhossághoz fűződő asszociációk szófelhője

Az asszociációs háló alapján 3 főbb csoport jelent meg (hasonlósági elemzés):

1. **Hátrányosság:** ehhez a kategóriához kapcsolódott még a „betegség” és a „kiszolgáltatottság” érzése.
2. **Segítség:** ehhez a kategóriához a társadalom különböző hozzáállásával kapcsolatos asszociációk tartoztak (pl. „elfogadás”, „kirekesztettség”, „támogatás”). Ugyanakkor megjelentek egyes sztereotipikus, stigmatizáló asszociációk is: „furcsa”, „mások”.
3. **Fogyatékhossági típusok:** ebbe a kategóriába tartoztak a különböző fogyatékhossági típusokkal kapcsolatos asszociációk (pl. „szellemi”, „testi”, „értelmi”).

A fogyatékhosság szociális reprezentációjának hasonlósági elemzését az 12.7. sz. melléklet szemlélteti.

5.5.2 A „látássérült ember” szociális reprezentációja

A „látássérült ember” hívóingerre összesen 679 aktív szóforma érkezett, melyek közül a leggyakoribb asszociációkat az 5. táblázat szemlélteti. A vizsgálati személyek átlagosan 3,42 szót asszociáltak erre a hívószóra. A HAPAX szám ez esetben is magas volt, 72,60%, mely a fogyatékhosság hívószóhoz hasonlóan, az egyedi válaszok magas aránya miatt lehetséges (pl. „szürkehályog”, „sötét világ”, „kreatív képzelőerő”, „a valóság hiányos ismerete”).

Rangsor	Asszociációk	Előfordulási gyakoriság
1.	Vakvezető kutya	81
2.	Fehér bot	62
3.	Sötétség	27
4.	Braille-írás	18
5.	Napszemüveg	17

5. táblázat: A leggyakrabban előforduló aktív szóformák/asszociációk a „látássérült ember” hívóingerre

A „látássérült ember” reprezentációjának Polaritás Indexe pozitív volt ($M = 0,107$), ami azt jelenti, hogy a legtöbb asszociáció pozitív érzelmi töltéssel bírt a vizsgálati személyek számára. A Neutralitás Index alapján magas neutralitás jellemezte ezt a reprezentációt is ($M = 0,121$).

A prototipikusság elemzés alapján a „látássérült ember” szociális reprezentációjának figuratív magját olyan kifejezések alkotják, mint a „vakvezető kutya”, a „fehér bot” vagy a „sötétség”. A perifériás elemek közé tartoznak például a „türelem”, a „korlátozottság”, a „bizonytalanság” vagy a tapintás” szavak (ld. 12.8. sz. melléklet). A látássérült emberhez fűződő szavak szófelhőjét a 12. ábra szemlélteti.



12. ábra: A látássérült emberrel kapcsolatos asszociációk szófelhője

A hasonlósági elemzés alapján 4 csoportot különböztethetünk meg a szociális reprezentáción belül:

- 1. Vakvezető kutya:** ebbe a csoportba tartoznak az érzékszervekkel kapcsolatos asszociációk, mint pl. „kifinomult érzékszervek”, „sötétség”, ugyanakkor ide tartozik a „Braille-írás” és a „kiszolgáltatottság”, „hiányosság” is.
- 2. Fehér bot:** ebbe a csoportba a közlekedés során megkülönböztethető tulajdonságok tartoztak („napszemüveg”, „közlekedés”).
- 3. Nehézségek:** a nehézségek a „tájékozódással” kapcsolatban jelentek meg.

4. Sajnálát: ebbe a csoportba a „sajnálát” mellett a „segítségnyújtás” sorolható.

Úgy gondoljuk, hogy a látássérült emberrel kapcsolatos asszociációk nagyrésze a perceptuális észlelhető tulajdonságokra vonatkoznak, ami alapján megkülönböztethetők a látássérült személyek (pl. vakvezető kutya, fehér bot, napszemüveg). A látássérült ember szociális reprezentációjának hasonlósági elemzését az 12.9. sz. melléklet szemlélteti.

5.5.3 A „siket ember” szociális reprezentációja

A „siket ember” hívóingerre összesen 565 aktív szóforma érkezett. A vizsgálati személyek átlagosan 3 szót asszociáltak erre a hívószóra. A HAPAX érték 73,76% volt, ami azt jelenti, hogy az asszociációk közel 74%-a csak egyszer szerepelt. Az egyszeri szóformák között szerepelt például a „rosszabb szociális élet”, a „hangos beszéd”, a „feliratozás” vagy a „siket közösség”. A leggyakoribb asszociációkat a 6. táblázat szemlélteti.

Rangsor	Asszociációk	Előfordulási gyakoriság
1.	Jelnyelv	89
2.	Hallókészülék	38
3.	Szájról olvasás	11
4.	Hátrányosság	10
5.	Zene Csend Segítség	8

6. táblázat: A leggyakrabban előforduló aktív szóformák/asszociációk a „siket ember” hívóingerre

A „siket ember” reprezentációjának Polaritás Indexe pozitív volt ($M = 0,107$). A Neutralitás Index pedig magas neutralitást mutatott ($M = 0,116$).

A prototipikusság elemzés megállapítható volt, hogy a „siket ember” szociális reprezentációjának figuratív magját olyan kifejezések alkotják, mint a „jelnyelv” vagy a „hallókészülék”. A perifériás elemek között szerepel például a „mimika”, a „kommunikációs problémák”, a „tolmács” vagy „Beethoven”. A siket emberhez kapcsolódó asszociációk szófelhőjét a 13. ábra szemlélteti.



13. ábra: A siket emberrel kapcsolatos asszociációk szófelhője

A hasonlósági elemzés alapján két fő kategória emelkedik ki:

1. **Jelnyelv:** ebben a kategóriában a non-verbális kommunikációval kapcsolatos kifejezések jelentek meg, mint az „artikuláció” vagy a „mutogatás”. A média hatását a „Weisz Fanni” asszociációk mutatják.
2. **Nehézség:** a „nehézség” mellett a „kommunikáció” jelent meg ebben a kategóriában.

5.5.4 A „mozgássérült ember” szociális reprezentációja

A „mozgássérült ember” hívóingerre összesen 656 aktív szóforma érkezett be a vizsgálati személyektől. A leggyakoribb asszociációkat a 7. táblázat szemlélteti. A vizsgálati személyek átlagosan 3,35 szót asszociáltak erre a hívóingerre. A HAPAX érték 67,35% volt, ami azt jelenti, hogy az asszociációk 67,35% csupán egy alkalommal szerepelt (pl. „szabad parkolóhelyek”, „megkülönböztetés”, „alkalmazkodás”).

Rangsor	Asszociációk	Előfordulási gyakoriság
1.	Kerekesszék	117
2.	Nehézségek Mankó	21
3.	Baleset	20
4.	Korlátozottság	18
5.	Akadálymentesítés Segítség	15
6.	Segítségnyújtás	13

7. táblázat: A leggyakrabban előforduló aktív szóformák/asszociációk a „mozgássérült ember” hívóingerre

A „mozgássérült ember” reprezentációját tekintve a Polaritás Index alapján a negatív asszociációk aránya volt túlsúlyban ($M = -0,234$), a Neutralitás Index alapján pedig magas neutralitás volt jellemző ($M = 0.454$).

A prototipikusság elemzés alapján a „mozgássérült ember” szociális reprezentációjának figuratív magját olyan kifejezések alkotják, mint a „kerekesszék”, „nehézség”, „korlátozottság”, míg például a „sport”, „közlekedési nehézségek”, „autóbalesetek”, „megkülönböztetés” kifejezések a perifériás elemeket alkotják. A „mozgássérült ember” szófelhőjét a 14. ábra szemlélteti.



14. ábra: A mozgássérült emberhez fűződő asszociációk szófelhője

A hasonlósági elemzés három főbb gondolati hálót határozott meg:

1. **Nehézség:** A nehézség kategóriába olyan kifejezések tartoztak, mint a „közlekedés”, „akadályozottság”. Emellett megjelent a „szajnalat”, a „kitartás” és a „segítségnyújtás” is.
2. **Kerekesszék:** ebbe a kategóriába olyan kifejezések tartoztak, mint az „akadálymentesítés”, „korlátozottság”, „teljes élet lehetetlensége”.
3. **Segítség:** a segítség kategóriába a „hátrányosság”, „kiszolgáltatottság” és „empátia” kifejezések kerültek.

A mozgássérült emberhez kapcsolódó asszociációs háló az 12.15. sz. mellékletben található.

5.5.5 A „mozgássérült családtaggal rendelkező család” szociális reprezentációja

A mozgássérült családtaggal rendelkező családot szimbolizáló hívóképre összesen 751 aktív szóforma érkezett. A vizsgálati személyek átlagosan 7,08 szót asszociáltak erre a szóra. A HAPAX érték 68,9% volt, ami ebben az esetben is az egyszeri előfordulások (195 szó) magas

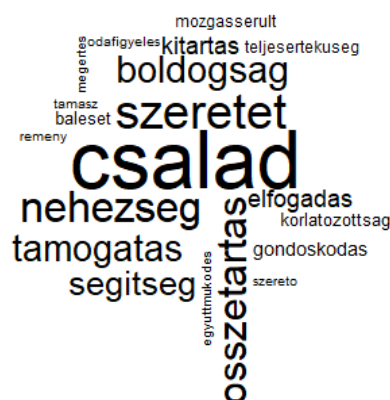
arányát jelenti. Az erre a hívóképre érkező leggyakoribb asszociációkat az alábbi táblázat szemlélteti:

Rangsor	Asszociációk	Előfordulási gyakoriság
1.	Család	91
2.	Szeretet	47
3.	Összetartás	32
4.	Támogatás	18
5.	Elfogadás	17
6.	Segítség	15

8. táblázat: A leggyakrabban előforduló aktív szóformák/asszociációk a „mozgáskorlátzott családdal rendelkező család” hívóingerre

A mozgássérült családtaggal rendelkező család hívóképre beérkező asszociációk alapján megállapítottuk, hogy a reprezentáció Polaritás Indexe pozitív volt ($M = 0,541$), a Neutralitás Index pedig alacsony neutralitást mutatott ($M = -0,474$).

A vizsgálati személyek közel fele valamilyen jelzővel együtt a „család” szót asszociálta erre a képre. A leggyakoribb jelzők a „szuper (család)”, „szerető (család)” és a „boldog (család)” voltak. A prototipikusság elemzés alapján egyértelműen megállapítható, hogy a szociális reprezentáció figuratív magja a „család”, míg a perifériás elemek között olyan kifejezések vannak, mint a „probléma”, „kihívás”, „hűség”, „gondoskodás” vagy „boldogság”. A mozgássérült családtaggal rendelkező családtaggal rendelkező család képére adott asszociációk szófelhőjét a 15. ábra mutatja:



15. ábra: A mozgássérült családtaggal rendelkező családdal kapcsolatos kifejezések szófelhője

A hasonlósági elemzés alapján 4 gondolati háló különíthető el:

- 1. Hátrányosság:** ebbe a kategóriába a különböző fogyatékosági típusok tartoztak („fizikai”, „vakság”, „értelmi”, „szellemi”, „testi”). Emellett megjelent a „kiszolgáltatottság” is.
- 2. Segítség:** ebbe a kategóriában a „segítség” mellett olyan kifejezések tartoztak, mint például a „kirekesztettség”, „hiányosság”, „betegség”.
- 3. Nehézség:** ebben a kategóriában a „nehézség” mellett a „támogatás”, a „boldogság” és a „korlátozottság” asszociációk együttjárása volt a leggyakoribb.
- 4. Család:** a családdal kapcsolatos kategóriába többnyire pozitív asszociációk együttjárása volt tapasztalható: „együttműködés”, „összetartás”, „erő”, „szeretet”.

A mozgássérült családtaggal rendelkező család asszociációs hálóját az x. számú mellékletben található.

5.5.6 Az „ép család” szociális reprezentációja

Az ép családot ábrázoló hívóképre összesen 536 aktív szóforma érkezett. A vizsgálati személyek átlagosan 2,96 szót asszociáltak erre a képre. A HAPAX érték 75,22% volt, ami az egyszeri előfordulások igen magas arányát mutatja. A leggyakoribb asszociációkat a 9. táblázat tartalmazza.

Rangsor	Asszociációk	Előfordulási gyakoriság
1.	Család	95
2.	Szeretet	37
3.	Boldogság	33
4.	Egészség	32
5.	Összetartás	18
6.	Egészséges család	8

9. táblázat: A leggyakrabban előforduló aktív szóformák/asszociációk a „ép család” hívóingerre

Az ép családdal kapcsolatos reprezentáció Polaritás Indexe pozitív volt ($M = 0,716$). A Neutralitás Index alapján alacsony neutralitás jellemző erre a reprezentációra ($M = -0,617$). A vizsgálati személyek a mozgássérült családtaggal rendelkező család képére adott asszociációihoz hasonlóan ez esetben is a „család” szót asszociálták leggyakrabban, általában valamilyen jelzővel kiegészítve (pl. „boldog”, „egészséges”, „átlagos”, „normális”, „ideális”, „egész”). Az ép család szociális reprezentációjának figuratív magját ez esetben is a „család” szó alkotja. A perifériás elemek közé tartozik például az „egészséges élet”, „biztonság”, „öröm”,

„kötődés”, „felelősség” szavak. A prototipikusság elemzés eredményeit a 12.16. sz. melléklet tartalmazza. Az ép család asszociációinak szófelhőjét a 16. ábra szemlélteti.



16. ábra: Az ép családdal kapcsolatos asszociációk szófelhője

A hasonlósági elemzés során 3 gondolati háló emelkedett ki:

1. **Család:** ebbe a kategóriába többnyire olyan pozitív szavak tartoztak, mint az „összetartás”, „egység”, „egészséges”, „tökéletesség”, „biztonság”.
2. **Boldogság:** a boldogság mellett a „teljesértékűség” volt megfigyelhető.
3. **Átlagos:** ebben a kategóriában az „átlagos” szó fordult elő együttjárásban.

A hasonlósági elemzés eredményét a 12.17. sz. mellékelt szemlélteti.

5.6 Diszkusszió

A hívóingerekre adott asszociációkból jól látszik, hogy a különböző fogyatékosági típusokkal kapcsolatban legfőképp a vizuálisan észlelhető attribútumokat említették a leggyakrabban (pl. látássérült ember: „vakvezető kutya”, „fehér bot”; siket ember: „jelnyelv”; mozgássérült ember: „kerekeszék”). Ez a jelenség a szociális reprezentáció két folyamatával, a lehorgonyzással és a tárgyiasítással magyarázható. Ez a megállapítás összefüggésben lehet a többségi társadalom „explorációs típusú készítésével”, ami a különbözőségekre, másságra való fókuszálás elsődlegességét foglalja magába a fogyatékosággal élő emberek észlelésekor (Illyés és Erdősi, 1986, in Lendvai és Nguyen Luu Lan, 2022).

A „fogyatékoság” szociális reprezentációját illetően a vizsgálati személyektől kapott leggyakoribb asszociációkból arra tudunk következtetni, hogy az emberek hajlamosak a fogyatékoságot a betegség mentén lehorgonyozni, és a „kerekeszék”, mint konkrét képen tárgyiasítani. A látássérült ember szociális reprezentációjának figuratív magját olyan kifejezések adják, mint a „vakvezető kutya” vagy a „fehér bot”, mely a látássérült emberek perceptuális úton való beazonosításának képi, tárgyiasult formáját tükrözi. A látássérültség az

asszociációk frekvenciájából következtetve a sötétség mentén volt lehorgonyozható. A siket ember szociális reprezentációját tekintve a jelnyelv és a hallókészülék mentén való tárgyiasítás állapítható meg. A csenddel és a zenével való lehorgonyozása a siketségnek szintén megjelent.

A mozgássérült ember figuratív magját leginkább a korlátozottságot szimbolizáló kerekesszék és a mankó képi, tárgyiasult formája tartalmazza. Ez párhuzamba vonható Nagy és Kármán (2021) kutatási eredményének, miszerint a médiában felülreprezentáltak a mozgáskorlátozott emberek, akiket nagy arányban a segítségre szorultság, kiszolgáltatottság kerekesszékekkel való képi, tárgyiasult formájában ábrázolnak.

A mozgássérült családtaggal rendelkező család és az ép család szociális reprezentációja nagyon hasonló volt a vizsgálati személyek körében. A család mindkét esetben a szociális reprezentációk figuratív magját alkotja különböző pozitív jelzőkkel kiegészítve (pl. összetartó, boldog, szerető). A mozgássérült családtaggal rendelkező családot a vizsgálati személyek a „támogatás”, „segítség”, „elfogadás” mentén horgonyozták le, mely pozitív interperszonális viszonyulásokat, attitűdöket sejtetnek. Az ép család esetében viszont az „egészség” mentén való lehorgonyozás volt megfigyelhető, ami jelentheti az egészség-betegség dichotómia mentén való gondolkodást, csakúgy, mint a „fogyatékoság” szociális reprezentációja esetében is. A mozgássérült családtaggal rendelkező család szociális reprezentációjában tetten érhető a többségi társadalom fogyatékoság „csodálatos” retorikai csoportja (Garland-Thomson, 2000).

A „fogyatékoság”, „látássérült ember”, „siket ember” és „mozgássérült ember” reprezentációit magas neutralitás jellemezte. Ez azt jelenti, hogy a fogyatékosággal és a különböző testi/érzékszervi fogyatékosági típusokkal kapcsolatban a vizsgálati személyek nagy arányban asszociáltak semleges szavakat, kifejezéseket. A fogyatékosággal és a mozgássérült emberrel kapcsolatos szociális reprezentációk Polaritás Indexe negatív volt, azaz nagy arányban asszociáltak ezekre a szavakra a vizsgálati személyek számukra negatív szavakat, kifejezéseket. A negatívnak értékelt szavak összességében tükrözheti a társadalmi előítéleteket, sztereotípiákat (pl. „korlátozottság”, „hátrányosság”). Papadimitriou (2001) szerint a társadalomban több ép test irányába való elfogultság (*able-bodied bias*) képes árnyalni és hatással lenni a fogyatékoságról való gondolkodásra. Az egyik ilyen elfogult nézet szerint a fogyatékoság egy katasztrófális, tragikus esemény egy ember életében, a fogyatékkal élő személyek szerencsétlen körülmények áldozatai. Egy másik elfogult nézet a fogyatékoságot egy biológiai jelenségnek tekinti, ami egy személyes/egyéni probléma. Végül egy harmadik uralkodó elfogult társadalmi vélemény szerint a fogyatékosággal élő személy függő, kiszolgáltatott, segítségre és pszichológiai támogatásra szorul. Vizsgálatunk során a fogyatékosággal kapcsolatos asszociációk között meg-megjelentek ezek az egyes elfogult,

sztereotip nézetek, amiket javarészt negatívan értékelték a résztvevők. Véleményünk szerint a mozgássérült ember szociális reprezentációja – a látássérült és siket emberével ellentétben – azért lehetett inkább negatív polaritású, mert a szociális reprezentáció figuratív magja, a „kerekesszék” jobban szimbolizálja a negatívan értékelt kiszolgáltatottságot, segítségre szorultságot, mint a látássérült ember esetében a vakvezető kutya vagy a fehér bot, illetve a siket ember esetében a hallókészülék vagy a jelnyelv. Utóbbi kettő esetében a szociális reprezentációk figuratív magja nagyobb aktivitást, kompetenciát, megküzdést tükrözhet, sugallhat, mint a mozgássérült ember esetében a kerekesszék.

A látássérült és a siket ember szociális reprezentációit pozitív Polaritás Index jellemezte, azaz a pozitív asszociációk aránya magas volt mindkét esetben. Negatív Polaritás Indexe volt azonban a fogyatékosággal és a mozgáskorlátozott emberrel kapcsolatos szociális reprezentációknak, ami arra utal, hogy ezen esetekben a negatív asszociációk voltak túlsúlyban a pozitívakkal ellentétben.

Mind az ép, mind a mozgássérült családtaggal rendelkező családdal kapcsolatos reprezentáció Polaritás Indexe pozitív volt, míg a Neutralitás Index alapján alacsony neutralitás jellemezte ezeket a reprezentációkat. Saraceno és Naldini (2013) szerint ugyan a család fogalmára jellemző egyfajta dinamikus változás, melyben nagy szerepet játszik az adott kulturális, gazdasági berendezkedés, azonban egy általánosnak tekinthető jellemzője a családnak a „szeretet kultúrája”, miszerint a szeretet a legfőbb motiváló faktor a házastársi kapcsolat létesítésében. Maura és munkatársai (2022) vizsgálatuk során azt találták, hogy az általuk megkérdezett vizsgálati személyek körében a család szociális reprezentációjának figuratív magját a „szeretet” (love) alkotta, míg a perifériás rendszert olyan asszociációk alkották, mint az „otthon” (*home*), „egység” (*union*), „támogatás” (*support*), „kötelék” (*bond*), „tisztelet” (*respect*), „gyerekek” (*children*) vagy „boldogság” (*happiness*). Saraceno és Naldini (2013) nem vizsgálta a család szociális reprezentációjának polaritását és neutralitását, azonban eredményeikből ők is arra következtettek, hogy többségében pozitív asszociációk jellemezték a válaszadást. A prototipikusság elemzésük eredményei a mi vizsgálatunk eredményeivel is több esetben megegyezik, hiszen a „boldogság”, „szeretet”, „egység” asszociációk az általunk megkérdezett vizsgálati személyek között is magas arányban megjelent.

A hívóingerek sorrendje befolyásolhatta a vizsgálati személyek asszociációit. A két különböző családot szimbolizáló hívóingerre adott asszociációkban vélhetően megjelenik ez a kölcsönhatás, az első, mozgássérült családtagot ábrázoló képhez viszonyítva, azzal összehasonlítva adhattak asszociációkat az azt követő, ép családot ábrázoló képre. Ez a hatás

azonban vizsgálatunk során nem volt kontrollálható, hiszen nem randomizáltuk a sorrendet, ami szintén kutatásunk korlátjának tekinthető.

5.7 Limitációk, kitekintés

Szociális reprezentáció vizsgálatunk során több kutatási kérdést is megfogalmaztunk, melyek inkább feltáró jellegűek voltak. Érdeklődésünk középpontjában az egyes szociális reprezentációk polaritása, neutralitása, a figuratív magok és perifériás elemek összetevői és a különböző asszociációs hálók vizsgálata állt.

Vizsgálatunk korlátjának tekinthető, hogy a HAPAX értéket a szavak, szinonímák összevonását követően sem sikerült 50% alá csökkentenünk. Azonban úgy gondoljuk, hogy az elemzésben szereplő asszociációk tovább nem voltak „sűrítethetők”, számos egyedi asszociáció érkezett be a vizsgálati személyektől, melyekre nem tudtunk szinonímát találni, hiszen azzal elveszítették volna unikalitásukat.

További korlátnak tekinthető az ép és a mozgássérült családtaggal rendelkező családokat szimbolizáló képek sztereotipikus jellege. Mindkét képen egy háromfős család látható egy-egy gyermekkel, a szülőket egy-egy férfi és egy-egy női figura képviseli. A család ebben a formában való megjelenítése mindenképp korlátozhatta a válaszadók asszociációit, hiszen a többi család-konstellációval kapcsolatos asszociációkat kevésbé hívhatta elő a vizsgálati személyekből (pl. egyszülős, több gyermekes, azonos nemű családok).

5.7.1 Társadalmi vélekedések a látássérült szülőségről

A szociális reprezentáció vizsgálatunk kiegészítése céljából dolgozatomban ezen fejezetemben kívánom bemutatni és elemezni a látássérült anyák azon interjúrészeit, melyek arra fókuszáltak, hogy mit gondolnak ők arról, hogyan látja őket az ép társadalom, milyen szülőnek látják ők magukat a társadalom tükrében. A látássérült anyákkal folytatott interjúk végén megkérdeztük őket, mit gondolnak arról, hogyan vélekednek a látássérült szülőkkel kapcsolatban a látó emberek (ld. 26. kérdést a 12.19. sz. mellékletben). A vizsgálati személyek (N = 18) válaszainak az anyaságélménnyel kapcsolatos szövegegységek vizsgálatához hasonlóan tematikus tartalomelemzést végeztünk az Atlas.ti szoftver segítségével (Braun és Clarke, 2006; Friese, 2019). Az elemzés tematikus kategóriáit (fő- és altémák) a 10. táblázat szemlélteti.

Főtéma	Altémák
1. Pozitív tapasztalatok	Érdeklődés, nyitottság, elfogadás
	Partnerség
2. Negatív tapasztalatok	Sajnálát
	Megkérdőjelezés, számonkérés
	Információhiány
	Félelem
	Természetesség hiánya - Csodálat
3. Változások	Természetesség hiánya - Elítélés, felelőtlenség
	Pozitív irányú változások
	Negatív irányú változások

A látássérült anyák beszámolóí alapján három fő témát határoztunk meg: 1. Pozitív tapasztalatok, 2. Negatív tapasztalatok és 3. Változások.

Pozitív tapasztalatok

A pozitív tapasztalatokról beszámoló anyák körében megjelent a társadalom, a közvetlen és/vagy tágabb környezet részéről érzékelt nyitottság, elfogadás és érdeklődés:

„Van egy csoport és vannak olyan emberek is, akik így nem gondolnak semmit szerencsére. Vagy, hát, hogy így nincsenek előítéleteik, viszont érdekli őket ez a dolog, tehát, hogy nyitottak, lehet velük beszélgetni.” (LS 2)

A partnerséget, mint pozitív attitűdöt, általában a közneveléshez tartozó szakemberek részéről tapasztalták a látássérült anyák:

„Ugyanez volt az oviban (...) És hogy ebben tökre partnerek voltak, és azon kívül azt mondták, hogy ha bármiben kérünk segítséget, szóljunk.” (LS 4)

Negatív tapasztalatok

A látássérült anyák társadalmi vélekedéseivel kapcsolatban több negatív, mint pozitív tapasztalatot fogalmaztak meg. A legtöbb esetben megkérdőjelezésről, számonkérésről számoltak be:

„Előfordul nyilván, hogy az emberek megkérdőjelezzik ezt, hogy mivel fogyatékos valaki, látássérült, hogy el tudod-e látni a gyereket egyáltalán.” (LS 2)

„És kaptam olyan visszajelzést is, hogy minek szültem gyereket, amikor az öreg neveli.” (LS 22)

Szintén nagyobb számban fogalmazták meg a látássérült anyák, hogy gyakran találkoznak a szülői szerepük természetesként való kezelésének hiányával, aminek következtében csodálatra méltónak, hősnek tekintik őket:

„Van a másik véglet, az meg a istenné avatás. Hogy hű, meg ha, meg azta. Tehát, hogy így ez az akkora nagy csodálat, hogy... Akkor is ugyanúgy tudatlanok, hogy mit hogy oldunk meg, csak pozitívan. Tehát így felnéznek, pont emiatt, hogy ők biztos nem lennének rá képesek.” (LS 7)

„Mert maga az, hogy gyermekvállalás látássérülteknek, ez mindenkinek olyan, mintha UFÓ jönne le a Földre körülbelül.” (LS 10)

A szülői szerep természetesként való kezelésének hiánya olykor elítélés vagy felelőtlenség feltételezésének formájában is megmutatkozhat a látássérült anyák beszámolóai alapján:

„És akkor, hát az egészségesen gondolkodás, az nyilván a legritkább, hogy vajon, hogy természetesen kezelni ezt is, hogy vannak plusz nehézségek, de mégis milyen jó, hogy ő is vállalhatja és satöbbi.” (LS 7)

„Nagyon ritka az az ember, aki ezt természetesen tudja kezelni, aki nem néz rád furán, vagy nem tenne föl két olyan kérdést, ami mondjuk bántó lenne. (...) Sokan azt hiszik, hogy nem lehet így is teljes életet élni, hogy ez a gyerek kárára válik, hogy nem lesz teljes élete, nem lesz boldog élete, nem fog tudni mindent megadni neki a szülő. Rengeteg előítélet, stigma, sztereotípiá, diszkrimináció, amivel én igazából találkozok.” (LS 10)

„Sok esetben, hogy felelőtlenség. Ajaj, én is kaptam ilyet annak idején. Az orvostól kaptam ilyet, meg mástól.” (LS 13)

Többen számoltak be arról, hogy az információhiánynak köszönhetően a társadalom nagy része nem tudja megfelelően kezelni az ő helyzetüket:

„Hát sajnós, vagy hála Isten, tehát az emberek nem ismerik, szóval azért is jó, hogy nem ismerik, mert aki ismeri, az általában azért ismeri, mert sajnós van a környezetében olyan, aki nem lát” (LS 12)

A gyermek, vagy az anya érzékszervi fogyatékosága iránti sajnálat szintén igen gyakori tapasztalat a látássérült anyák körében:

„De, amikor beállítottunk babakocsival, akkor olyan, olyan nem is tudom, olyan kicsit, olyan hitetlenkedő meg lesajnáló, nem is tudom, milyen hangnemben beszélt velünk. Minthogyha sajnálni kellene azért, hogy nekem most van egy gyerekem, minthogyha plusz egy betegség került volna a nyakamba nagyjából.” (LS 14)

„Tehát vannak szerintem olyan emberek, akik egyértelműen sajnálják a gyermeket, azért, mert én vagyok az anyja. Hát, így nem miattam, hanem mert a vakságom miatt.” (LS 2)

A társas környezet által tanúsított félelem, távolságtartás a látássérült szülők irányába szintén megjelent a vizsgálati személyek beszámolóiban:

„Én azt gondolom egyébként, hogy a társadalom jó szándékú, de hihetetlenül tudatlan, és van egyfajta távolságtartás a sérültekkel szemben, ez a nehogy már rám ragadjon.” (LS 17)

„Na, ahogy terhes lettem, és mert ez látszott és nőtt a hasam, az emberek egyszerűen nem tudtak ezzel mit kezdeni. (...) Szóval, ez valahogy, valahogy nem, egyszerűen nem fért az emberek fejébe, hogy nem elég, hogy vak még terhes is, vagy fordítva.” (LS 19)

„Sokan vannak azért, akik így megijednek ettől a kombinációtól először, nem mernek kérdezni, vagy nem mernek odajönni hozzánk.” (LS 2)

Változások

A látássérült vizsgálati személyek körében megfogalmazódott pozitív és negatív irányú változás is a feljük irányuló társadalmi attitűdöket illetően. A negatív irányú változással kapcsolatban többen is csalódás érzését fejezték ki:

„De szerintem elfogadóbbak talán az emberek így a mai nap (...). Én azt gondolom, hogy igen, megengedőbbek az emberek. Tehát, hogy nem annyira stigmatizáltak a látássérültek ma már.” (LS 18)

„És lehet, hogy nagyon keserűen beszélek erről, nem lenne szabad így ítélkezni, de én most az utóbb időben annyit csalódtam a látókban, amikor csak egy picit segítséget kértem és inkább elfordítja a fejét, csak köszönni ne kelljen, hogy én így nem...” (LS 2)

6 2. vizsgálat: Látó és lássérült nők gyermekvállalással kapcsolatos elképzelései, anyaságélményei Magyarországon: a narratív identitás tematikus elemzése⁶

6.1 Bevezetés

A szülő–gyermek kapcsolatot vizsgáló kutatásokban javarészt a kapcsolatnak a gyermek fejlődésére való hatásával foglalkoznak. A szülők esetében a szülői szerep saját érzelmi fejlődésre, pszichés jóllétre gyakorolt hatására kevesebb figyelem irányul (Gutman, 2005). Az elmúlt években megnövekedett ugyan azon tanulmányok száma, amelyek a szülői szerep alakulását vizsgálják, azonban ezek a kutatások rendszerint fogyatékosággal nem rendelkező személyek élményeinek, tapasztalatainak elemzésén alapulnak, kevés azon kutatások száma, amelyekben a fogyatékkal élő emberek szülővé válásának jelenségkörét vizsgálják (Lawler, Begley, és Lalor, 2015).

A speciális populációk kapcsán az egyedülálló, a kisebbségi etnikai csoporthoz tartozó szülők vagy a kiskorú anyák szülői tapasztalatainak vizsgálata van inkább túlsúlyban. A fogyatékkal élők szülőségével foglalkozó kutatások igen korlátozottak. Ennek oka lehet a demográfiai adatok hiányossága és a különböző fogyatékosággal élők csoportjain belüli magas heterogenitás (pl. funkció- és szociális képességekben megmutatkozó különbségek, a fogyatékoság foka, illetve kialakulásának ideje; Meadow-Orlans, 2002). A vizsgálatokban gyakori, hogy a különböző fogyatékosági típussal élő személyek rendelkezésre álló demográfiai adatai nem egységesek, ami módszertani szempontból nehézséget okoz a szülői tapasztalatok vizsgálatában (is). Például egyes fogyatékoságtípusok esetén rendelkezésre állhat a kialakulás ideje, viszont a funkcióképesség foka nem (pl. Choi, Henshaw, Baker, és Tree, 2005; Grue és Laerum, 2002). Emellett azok a kutatások, amelyekben a fogyatékkal élő szülők tapasztalatait vizsgálják, rendszerint nem különböztetik meg a különböző fogyatékoságtípussal (fizikai és érzékszervi) élő szülőket, miközben a szülői szerephez való instrumentális és funkcionális alkalmazkodás rendkívül eltérő lehet a körükben (Meadow-Orlans, 2002). Érdeemes még kiemelni, hogy a fogyatékkal élő emberek gyermekvállalási motivációit, szülői tapasztalatait vizsgáló kutatások többnyire a fogyatékoságtudomány és a feminista szemlélet keresztmetszetében keletkeznek. Az anyaság jelenségének vizsgálata az egyik olyan terület, ahol a két elméleti megközelítés – a feminista látásmód és a

⁶ Jelen fejezet 6.10. alfejezete kb. 65%-ban megegyezik a Hankó C., Lénárd K., Bíró B., & Pohárnok M. (2022). Látássérült nők anyaságélményei Magyarországon: a narratív identitás tematikus elemzése. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 23(4), 359-399.c. tanulmánnyal.

fogyatékoságtudományi szemlélet – ötvöződhet. A feminista diskurzus alapján a mai napig hangsúlyos a normatív testiség, mely szerint az anyává váló nők képesek, cselekvők, asszertívak, önállóak és függetlenek. Ahhoz, hogy a fogyatékkal élő nők illeszkedni tudjanak ehhez az uralkodó nézethez, az anyasághoz rendelt fenti tulajdonságok újrafogalmazást igényelnek. A fogyatékoságtudomány régóta foglalkozik azzal a kérdéssel, hogy mik a megfelelő anyaság ismérvei, mi az, amitől jó anyává válik valaki. E nézet szerint a fizikai képesség túlhangsúlyozása negatívan befolyásolhatja a fogyatékkal élő nők szubjektív anyaság élményüket. Az anyaság jelenségét ennél egy sokkal összetettebb perspektívából kívánja tárgyalni (Könczei, 2017).

Jelen fejezetben két vizsgálatot kívánunk bemutatni. Az első vizsgálat során látó és látássérült fiatal felnőtt nők gyermekvállalással kapcsolatos elképzeléseit, egyéni anyaság-értelmezéseit elemeztük. Érdeklődésünk arra is kiterjedt, vajon befolyással van-e a látássérült fiatal nők látássérültsége a családalapítással kapcsolatos döntésekre, tervekre. A második vizsgálatban látó és látássérült anyák szubjektív anyaságélményét vizsgáltuk. Mindkét vizsgálat során pszichológiai nézőpontból tekintettünk az egyes témákra.

Az anyaság témakörét a fogyatékosággal kapcsolatban az eddigi kutatások két perspektívából közelítik meg. Az egyik egy szubjektív, az egyéni kiteljesedés szempontjából való megközelítés, amely a nőiség, a szexualitás és az anyaság hármasságán belül tárgyalja a gyermekvállalást. A másik, egy társadalmi nézeteket előnyben részesítő perspektíva, amely az emberi jogok oldaláról vizsgálja meg a gyermekvállalás témáját a fogyatékkal élő nők körében (Kálmán, 2010). Kutatásunkban az egyéni identitás jellemzőit kívánjuk feltárni az anyaságról alkotott egyéni reprezentációk szintjén látássérült fiatal nők és anyák körében, fókuszálva a társadalmi hatások egyéni reprezentációkban való leképeződésére.

6.2 A gyermekvállalást befolyásoló tényezők

A nők gyermekvállalásával kapcsolatos gondolatait, döntéseit befolyásoló tényezők több szempont szerint csoportosíthatók. Megkülönböztetünk egyéni/pszichológiai, kapcsolati és társadalmi tényezőket.

6.2.1 Egyéni/pszichológiai tényezők

A gyermekvállalással kapcsolatos megfontolásokat, a családalapítás mellett vagy ellen való döntést számos egyéni, pszichológiai tényező képes befolyásolni. Ebben a részben néhány fontosabb ilyen tényezőt kívánunk bemutatni a teljesség igénye nélkül.

Az **iskolai végzettség** tekintetében az alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkező nők esetében magasabb a gyermekvállalási szándék, mint a magasabb iskolai végzettséggel rendelkező nők esetében. Ennek egy lehetséges oka az lehet, hogy azok a nők, akik magasabb iskolai végzettséggel rendelkeznek, nagyobb az előrelépési, karrierépítési lehetőségük, nagyobb arányban teljesednek ki munkájukban, így a gyermekvállalás viszonylag nagyobb pszichológiai veszteségélménnyel járna számukra (Szalma és Takács, 2012, in Sinkovics, 2023). A **szociális értékek megváltozása** szintén hatással lehet a nők gyermekvállalással kapcsolatos döntéseire, gondoljunk akár csak a feminizmus megjelenésére (Mollen, 2006, in Sinkovics, 2023). Érdekes, hogy szignifikáns ellenkező irányú kapcsolat van mind a nők, mind a férfiak esetében a gyermekvállalás és az **életminőség** és az **egészségi állapot önbecslése** között (Kopp és Skrabski, 2003). A **vallás fontossága** és a gyermekek száma között pozitív korreláció volt kimutatható. A munkahelyi bizonytalanság, az otthon és a munkahely elvárásai között megmutatkozó diszkrepancia is hatással van a magyar nők gyermekvállalási szándékára. A család és a hivatás szerepkonfliktusa a magyar nők esetében jelentősen megmutatkozik a családalapításról való gondolkodásban (Kopp és Skrabski, 2003).

Az egyre **választékosabb fogamzásgátlási lehetőségek** megjelenése ugyancsak hatással van a nők gyermekvállalási döntéseire, hiszen sokkal nagyobb beleszólásuk lehet ezáltal saját reprodukivitásukba (Gillespie, 2000, in Sinkovics, 2023).

Miller (1992) pszichológiai és korábbi fejlődési tapasztalatok mentén három csoportba sorolta azokat a tényezőket, melyek közvetlenül hatással lehetnek a nők gyermekvállalással kapcsolatos motivációra. Az első csoportba tartoznak a **gyermekkor** és **serdülőkor** **tapasztalatok**, a másodikba a **felnőttkori tapasztalatok**, és a harmadikba a **felnőttkori személyiségjellemzők**. A gyermek- és serdülőkor tapasztalatok a családi kapcsolatok minőségét, illetve a gyermekgondozással és az iskolával kapcsolatos tapasztalatokat tartalmazzák. A felnőttkori tapasztalatok a kapcsolatok jelentőségére és a társadalmi intézmények szerepére utalnak. Szintén ebbe a csoportba tartoznak a gondoskodási és affiliációs szükségletek, az autonómia igény, illetve a teljesítménymotiváció mértéke is. Előbbiek a gyermekvállalással, utóbbiak inkább a gyermektelenség pozitív megítélésével kapcsolhatóak össze. (Miller, 1992, in Sinkovics, 2023).

6.2.2 Kapcsolati tényezők

A 2002-es Hungarostudy országos reprezentatív felmérése alapján a nők számára a gyermekszámot leginkább befolyásoló tényező az, hogy mennyire számíthatnak partnerükre a

nehéz élethelyzetekben. A **partner szerepe** tehát erőteljes hatással bír a nők gyermekvállalással kapcsolatos elképzeléseire. Egy érdekes különbség, hogy az élettársi kapcsolatban élő nők számára a partnertől várható társas támogatás mértéke fontosabb előrejelzőnek bizonyul, mint a házasságban élőknek. A partner **társas támogatása** mellett a **szomszédsági támogatás** is különösen fontos a nők számára. A kívánt gyermekszám a nők esetében erősen összefügg a partnertől, házastárstól kapott támogatással. A partnerkapcsolat minőségét illetően a bizalomnak, a megbízhatóságnak döntő szerepe van a felelős gyermekvállalásban (Kopp és Skrabski, 2003).

6.2.3 Társadalmi tényezők

Több hazai kutatás is rámutatott arra, hogy a gyermekvállalási szándékok megvalósítását erősen befolyásolják a **családtámogatási eszközök és a foglalkoztatási helyzet**. (R. Fedor, 2016). A nők családalapítási szándékuk megfontolásakor számolnak a lehetséges munkaerő-piaci következményekkel, és 71%-uk gondolja úgy, hogy a családalapítás rontja a munkahelyi esélyeiket, kilátásaikat (R. Fedor, 2016). A jó munkahelyi körülmények megléte negatív korrelációt mutat a gyermekvállalási szándékkal, mivel kockázatosnak éreznék, hogyha gyermekvállalás miatt munkahelyüket fel kellene adniuk (Kopp és Skrabski, 2003).

A gyermekvállalás időzítésére a rendszerváltást követően a párkapcsolatok átrendeződése mellett (élettársi kapcsolatok terjedése) egy halasztó stratégia jellemző, mind az első, mind a második gyermek vállalása esetében is (Spéder és Kapitány 2007). Spéder és Kapitány (2007) szerint a munkaerőpiac jelenlegi mechanizmusai a gyermekvállalási tervek megvalósítását nem igen támogatják, ami legfőképp az átlagos és alacsony iskolázottságú nők második és harmadik gyermekük vállalására vonatkozó terveit befolyásolja.

6.3 Gyermekvállalási magatartást befolyásoló tényezők

Amikor a demográfiai tanulmányok a gyermekvállalási magatartást vizsgálják, elsősorban „a gyermeket vállaló nő modelljével” dolgoznak, amely homogén csoportnak tekinti az érintett társadalmi réteget (Hakim, 2003, in Spéder és Kapitány, 2007). Fontos azonban megjegyezni, hogy a társadalmi, gazdasági berendezkedések változása következtében megjelentek a gyermekvállalással versengő életcélok is (Spéder és Kapitány, 2007), ráadásul azok a nők (és férfiak), akik a gyermekvállalás mellett döntenek, eltérő körülmények között, más-más élethelyzetben és motivációs környezetben hozzák meg ezt a döntésüket. Ez szintén

arra enged következtetni, hogy ez a társadalmi réteg nem tekinthető homogén csoportnak. Ahogy a korábbiakban áttekintettük, egyéni szinten a gyermekvállalást számos tényező befolyásolhatja, mint amilyen például az életkor, az iskolai végzettség, a szocio-ökonómiai státusz, a partnerkapcsolat típusa és minősége vagy az egészségi állapot.

6.4 A gyermekvállalási magatartást befolyásoló tényezők fogyatékkal élő nők körében

A fogyatékkal élő, családalapítást tervező nők körében a fent említett tényezők természetesen szintén szerepet játszanak a gyermekvállalásra vonatkozó döntésben. Esetükben azonban összetettebb a helyzet, ezért számos egyéb tényező is befolyással lehet a döntésükre, és maga a döntés is alaposabb megfontolást, felkészülést, illetve tervezést igényelhet. A szülővé válás folyamatát fogyatékkal élőként számos társadalmi attitűd (pl. előítélet, stigmák, megkérdőjelezés) beárnyékolhatja (pl. Kirshbaum és Olkin, 2002; Könczei, 2017; Prilleltensky, 2004). Ahhoz, hogy családalapítási szándékaikat érvényesíteni tudják, elsősorban nőként, mintsem fogyatékkal élő nőként kell magukra tekinteniük. Ez egyet jelent azzal, hogy szembe kell helyezkedniük, és érzelmileg el kell távolodniuk az őket ért esetleges stigmatizációtól. Az egyik ilyen általánosnak vélt kulturális sztereotípiá szerint például a fogyatékkal élő nők nem rendelkeznek a hagyományosnak vélt nőiség attribútumaival, testük aszexuális, reprodukcióra képtelen (Lendvai és Nguyen Luu Lan, 2019; Kent, 2002; Wendell, 2010; Wołowicz-Ruszkowska, 2016).

LaPierre, Zimmerman és Hall (2017) kutatása arra derített fényt, hogy a fogyatékkal élő nők várandóssággal és gyermekvállalással kapcsolatos döntését három csoportba sorolható tényezők befolyásolják, amelyek egymással kölcsönhatásban is állnak. E tényezőket az 11. táblázatban foglaljuk össze.

Biomedikális tényezők	Szociális tényezők	Személyes tényezők
<ul style="list-style-type: none"> - Genetikai átvitel öröklődés útján - Aktuális és jövőbeli egészségi állapot - Terhességspecifikus kockázatok az anyára vagy a gyermekekre nézve - Funkcionális korlátok (mobilitás, állóképesség/fáradtság, fájdalom) - Gyógyszerhasználat (terápiás előnyök, mellékhatások, teratogén kockázatok) 	<ul style="list-style-type: none"> - Szociokulturális tényezők: <ul style="list-style-type: none"> 1. kulturális normák (betegszerepek, családi szerepek) 2. kulturális értékek/stigma (anyaság, egészség/fogyatékoság) - Társadalmi interakciók és támogatás (egészségügyi szolgáltatók, házas- vagy élettárs, másik család, barátok, példaképek) 	<ul style="list-style-type: none"> - A várandósság/anyaság iránti vágy - Anyagi helyzet - A várandósság/anyaság alternatíváinak lehetősége (pl. béranyaság, örökbefogadás, lombikprogram)

11. táblázat: A gyermekvállalással kapcsolatos döntéshozatal befolyásoló tényezők LaPierre és munkatársainak (2017) kutatása nyomán

Lappeteläinen, Sevón és Vehkakoski (2017) Greimas aktáns modelljén⁷ (Schleifer, 2016) keresztül vizsgálták a gyermekvállalási döntésben szerepet játszó *jelentős mások* funkcióját a fogyatékkal élő nők körében. A mód, ahogy jelentős személyeket bizonyos szerepekben jelenítenek meg és funkciókkal ruháznak fel, meghatározza a nők anyává válásról, gyermekvállalási motivációkról alkotott egyéni narratíváit, amelyek végül háromféle aktanciális struktúrába szerveződnek. Vannak, akik egyfajta „*kompensációként*” tekintenek a gyermekvállalásra. A gyermek érkezését követően érzik úgy, hogy értelmet nyert az életük. A gyermek születése egy olyan fordulópontot jelent a számukra, amely után ők is a társadalom teljes értékű tagjainak tekintik magukat. Ezen narratívák alanya „az élet értelmét kereső nő”. A „*tiltott opció*” a testi fogyatékossgal élő nők egy másik csoportjának vélekedését tükrözi. Ezek a nők arról számoltak be, hogy gyermekkoruk óta tiltás, elnyomás alá került a jövőbeli családtervezés, gyermekvállalás iránti vágyuk még a gondolata is, amelyet legtöbb esetben a szűkebb család közvetített a fogyatékkal élő lány, nő felé. A fogyatékkal élő nők családja nem várta el tőlük a családalapítást, sőt, egyes esetekben büntetéssel, vagy akár kitagadással is fenyegették őket, ha mégis a gyermekvállalás mellett döntenének. Ezekben a történetekben az anyák, mint a „*körülmények áldozatai*” jelennek meg, és a várandósságuk során gyakran éltek

⁷ Greimas aktáns modelljének célja, hogy megvizsgálja a narratívák szereplőit és a közöttük megjelenő kapcsolatot, viszonyt. A modell szerint hat szereplő van jelen minden narratívában: az „alany” (a narratívum központi szereplője), a „tárgy” (az alany cselekvésének célja), a „küldő” (aki a tárgy megszerzésére motiválja az alanyt), a „fogadó” (a narratíva vagy folyamat célpontja), a „segítő” (aki támogatja az alanyt a cél elérésében) és az „ellenfél” (aki megakadályozza az alany céljának megvalósítását) (Greimas, 1990).

át ambivalenciát (gyermek iránti vágy vs. környezet elutasítása). A harmadik csoportba pedig azok tartoztak, akik egyfajta „*megtervezett választásként*” tekintettek a gyermekvállalásra. Ez az értelmezés általában az örökletes fogyatékkal élő nők esetében volt a leggyakoribb. A gyermek iránti vágy mindig is magától értetődő volt, viszont testi fogyatékkal élő nőként maga a családtervezés hosszabb, időigényesebb tervezést igényelt. Azok a nők, akik ebbe a csoportba tartoztak, szintén átélhettek bizonytalanságot és ambivalenciát, azonban a reprodukzív döntéseikkel kapcsolatban magasabb ágensia, illetve kontroll jellemezte őket. Mindhárom csoport tagjai más-más utat bejárva, különböző döntéshozatali folyamat révén, de a személyes integritást, az identitás kiteljesedését élhették meg a gyermekvállalásuk következtében.

6.5 Anyává válás

Az anyává válás jelenségkörét, az anyaság interpretációját számos elméleti megközelítésből, tudományos perspektívából lehet szemlélni. Például az anyaság lehet egy olyan, társadalmilag előírt állapot, amelynek biológiai, pszichológiai, társas, környezeti és politikai vetületei is vannak, és amely lehetőséget nyújt a fejlődésre és átalakulásra, az egyensúly vagy éppen az egyensúlyhiány megteremtésére a nők életében (Burley, 2003; Chodorow, 1978, in Lawler és mtsai, 2015). A gyermek iránti vágyat tradicionálisan az anyai ösztön meglétének tulajdonítják, így az anyaság a női identitás természetes részét képezi (Lappeteläinen et al., 2017). Az ideális anya a nyugati kultúrában az a nő, aki természetes úton hozza világra gyermekét; aki mindig, azonnal a gyermek rendelkezésére áll; aki aktívan részt vesz gondozásában; és aki mindezt önfeláldozóan és zökkenőmentesen képes kivitelezni (Malacrida, 2009).

Pszichodinamikus szempontból az anyaság állapota egy olyan új pszichés szervezőerő a nők életében, amely az érzékelés, a vágyak, a fantáziák és a cselekvési irányok egy új egységét hozza létre (Stern, 2004). Amikor egy nő anyává válik, Stern (2004) érvelése szerint négy, gondolatokat, emlékképeket, félelmeket és vágyakat meghatározó téma merül fel benne, befolyásolva a nő érzelmeit, adaptív viselkedését, valamint cselekvéseit és személyközi viszonyait. *Az élet és fejlődés témája* azokat az anyai képességekkel kapcsolatos gondolatokat, illetve félelmeket foglalja magába, amely a gyermek életben tartására és fejlődésének biztosítására irányulnak. *Az elsődleges kapcsolódás témája* a gyermek érzelmi állapotára való ráhangolódásra, a vele való kommunikációra való képességre, és az igényeinek észlelésével kapcsolatos félelmekre vonatkozik. *A támogató mátrix témája* az anya azon igényére utal, hogy legyen körülötte egy társas háló, amely biztosítja az ő támogatását, segíti őt, hogy képes legyen az első két téma mentén megfogalmazódott feladatok végrehajtására, a gyermek életben

tartására és lelki–érzelmi biztonságának biztosítására. Végül az *identitás újraszervezésének témája* az anya azon szükségletére vonatkozik, hogy önazonosságát újraszervezze, hogy nőből anyává, feleségből pedig szülővé váljon (Stern, 2004).

Az anyai identitás alakulása különböző szakaszokra osztható, amelyek egymással átfedésben lehetnek (Mercer, 2004). Az első szakasz az elköteleződés, kötődés és felkészülés (a várandósság időszaka), a második szakasz az ismerkedés, tanulás és fizikai helyreállítás (a születést követő első 2–6 hét), a harmadik az anyaság, mint egy új „természetes” működésmód felé való haladás (2 hét–4 hónap), és a negyedik az anyai identitás elérése (körülbelül 4 hónap). Az anyai identitás kialakítása során az anya gyermekéről alkotott képe stabilizálódik. Az anyai identitás kialakulását számos tényező facilitálhatja, mint például a gyermekkel folytatott interakció, az anyai szerephez tartozó külső elvárások és kötelezettségek, a más felnőttek vagy a gyermek válaszai által közvetített anyaság érvényesítése, a gyermek iránti szeretet érzése vagy a védelmezés, törődés (Mercer, 2004).

Az anyává válás folyamatát számos egyéb tényező befolyásolhatja. Ilyen tényezők lehetnek a nő személyes körülményei, kulturális hiedelmei, attitűdjei, a szocio-ökonómiai státusza, a felkészültsége, tudása és a közösségi, társadalmi feltételek (Meleis et al, 2000, in Mercer, 2004). Továbbá a szülés élménye, a korai anya–csecsemő szeparáció, a csecsemő tulajdonságai (pl. temperamentum, válaszkészség, megjelenés), a társas stressz, a társas támogatás, az énkép, a személyiség (pl. temperamentum, empátia, reziliencia), sőt, az anya saját anyjával való kapcsolata is hatással van a folyamatra. Továbbá az önbecsülés és a kontrollérezet is előrejelzője lehet az anyai kompetenciaérzésnek (Mercer, 2004). Mercer (2004) érvelése szerint e tényezők sokfélesége és kölcsönös egymásra hatása indokolttá teszi, hogy az *anyai szerep elérése (maternal role attainment, MRA)* kifejezés helyett az *anyává válás (becoming a mother, BAM)* definícióját használjuk, amely a korábbival ellentétben nem a statikusságot, hanem a folyamat dinamikusságát, változékonyságát tükrözi.

6.6 Az anyává válás fogyatékkal élő nőként

A fogyatékkal élő nőként való szülővé válás jelenségének egyik lehetséges értelmezési keretként szolgál a szimbolikus interakcionalizmus. E szociológiai elmélet szerint az egyén viselkedése dinamikusan változik aszerint, hogy a környezet hogyan reagál az egyén környezete felé irányuló viselkedésére, megnyilvánulásaira (Charon, 2010). A fogyatékkal kapcsolatban számos társadalmi szinten képződött sztereotípa, előítélet, és stigma létezik, amelyek erőteljes hatással lehetnek egy fogyatékkal élő ember mindennapi

életére, tevékenységeire. A társadalmi szinten képződött stigmák képesek „beszennyezni” az egyén identitását (*spoiled identity*, Goffman, 1963) és egyfajta stigmatizált identitást eredményezni (Lappeteläinen, Sevón, és Vehkakoski, 2018).

A fogyatékkal élő nők esetében gyakorta tetten érhető a *stigmatizált identitás*, azaz a fizikai és pszichoszociális korlátok mentén való önjellemzés, önértékelés. A fizikai korlátokkal kapcsolatos stigmák a fogyatékoság medikális modelljéből indulnak ki, amely szerint a fogyatékoság egy olyan probléma, amelyet gyógyítani kell. A fizikai korlátokkal kapcsolatos stigmák más típusai a fogyatékoság öröklődési lehetőségére, ezáltal a gyermek veszélyeztetésére és a gyermek ellátásával kapcsolatos fizikai korlátozottságra vonatkoznak. A pszichoszociális korlátokat érintő stigmák is sokfélék lehetnek. Például a fogyatékkal élő nőkről nagyobb arányban feltételezik, hogy nem tervezett módon estek teherbe. A fogyatékkal élő nők többször érzik úgy, hogy nem kapnak megfelelő segítségnyújtást és megbecsülést az egészségügyi ellátórendszerben dolgozó szakemberektől, vagy éppen túlzott óvatosságot és túl gyakori orvosi kontrollt tapasztalnak. Ennek következtében gyakran válnak szenzitívebbé és az önhibáztatás is előfordulhat (Malacrida, 2009; Morrison et al., 2014; Redshaw, 2013). E különböző megbélyegzések képesek olyannyira meghatározni a fogyatékkal élő anyák identitását, hogy az anyaságélményüket e stigmák mentén határozzák meg. Éppen ezért egyfajta *kompensatórikus anyaság* jellemezheti őket, amely a stigmatizált identitásnak való ellenállást jelentheti (Malacrida, 2009). Az anyaságról alkotott értelmezéseiket *ellennarratíva* formájában fogalmazzák meg, amely a személyes élmények és a környezet attitűdje közötti feszültség eredményezte zavartság következtében jöhet létre (Hernádi, 2014). Ezekben az ellennarratívákban a stigmák érvénytelenítése érdekében fogyatékoságuk elrejtésére törekedve, az anyai szerepben való alkalmasságukat próbálják érvényre juttatni (Lappeteläinen et al., 2018).

Az ideális anyaság koncepciója olyan szociális konstrukciónak is tekinthető, amely nyomást gyakorol a nőkre, a normatív előírások „teljesíthetetlenségével fenyeget”, és amivel szemben a nők arra vannak ítélve, hogy kudarcot valljanak, hibázzanak (Malacrida, 2009). A fogyatékkal élő nők tudatában vannak az ideális anyaság ideológiájának és annak is, hogy anyaként fogyatékoságuk diszkvalifikálja őket az ideális anya koncepciójának való megfelelési törekvésből, legalábbis a közösség szemében (Lappeteläinen et al., 2017; Malacrida, 2009). A fogyatékkal élő anyák szülői tapasztalataiban visszatükröződik az a feszültség, amely az ideális anyaságért folytatott küzdelmük következtében alakul ki (Malacrida, 2009), hiszen sokszor olyan mindennapi kihívásokkal kell szembenéznük, amelyek megnehezítik a számukra, hogy eleget tegyenek a társadalom által konstruált „ideális

anyaság” képzetének. A mozgásukban korlátozott anyák például gyermekük minden részletre kiterjedő, azonnali ellátásával kapcsolatban, míg az értelmi akadályozottsággal, agysérüléssel élő anyák gyermekük szándékainak megértésében nézhetnek szembe kihívásokkal. A gondozói szerepükkel kapcsolatos extra kihívások, a saját szülői autonómiájukért folytatott küzdelem és a megfelelő kontroll megtalálása – amelyet sokszor a tágabb és szűkebb környezett is próbál megakadályozni – erősen befolyásolhatja, hogyan vélekednek az anyai szerepükről.

Lawler és munkatársai (2015) fogyatékkal élő nők körében vizsgálták az anyává válás folyamatát, amely a megállapításuk szerint három szakaszra osztható. Az első, a szelférettség kialakulása (*Having a sense of self*), amely a várandósság időszaka alatti, interperszonális kapcsolatok tükrében létrejövő szelférettséget foglalja magába. Ebben a szakaszban a jelentős másokkal – mint például az anya saját anyjával – való kapcsolatát jellemző biztonságérzet, védelmezés, elfogadás és a valahová való tartozás érzése az uralkodó. A második szakasz az anyának, mint szelfnek való jelentésadás (*Making meaning of the self as a mother*). Ebben a szakaszban a fogyatékkal élő nők azon megküzdési stratégiái érvényesülnek a leghangúlyosabban, amelyek lehetővé teszik a számukra a szelfjük másfelé való orientálódását, felülbírálatát, rekonstruálását és a fejlődést, amely az anyaság szelfbe való integrálását ösztönzi. Lawler és munkatársai (2015) kutatásában ezt az időszakot még egy azonnali, az anyaság felé való ontológiai elmozdulás is jellemezte. Voltak azonban, akiknél ez az elmozdulás fokozatosan alakult ki. Ezt a lassabb fokozatosságot az egészségügyi dolgozók negatív attitűdjével indokolták, amelyet a posztnatális időszakban éltek meg a fogyatékkal élő anyák. A fogyatékkal élő nők anyává válásának harmadik szakasza a szelf, mint anya megújítása (*Reforming the self as a mother*). Ebben az időszakban az anya rekonstruálja és újraszervezi a szelfjét, amely folyamat összetett fizikai, kognitív, viselkedéses és emocionális változásokat foglal magába. Megváltoznak a társas interakciók, az interperszonális kapcsolatok, a fizikai megjelenés, továbbá az életcélok és az egyéni célkitűzések is új fontossági sorrendbe rendeződnek. A fogyatékkal élő nők ebben a szakaszban egyfajta elengedéssel is beszámoltak, amely a társadalomnak való megfelelésre való törekvés felhagyását foglalja magába. Anyává válásuk során a fogyatékkal élő nők egyfajta büszkeségérzésről, pozitívabb önértékelésről és a valahová való tartozás érzésének megerősödéséről számoltak be. Az anyaság élménye megerősítette a fogyatékkal élő nők nőiességérzetét, továbbá egyfajta érettséget és önbizalmat adott a számukra (Lawler et al., 2015).

6.6.1 Az „elég jó anyaság” fogyatékkal élő nőként

A csecsemőgondozás, gyermeknevelés egy fogyatékkal élő szülő számára is kiteljesedést, illetve magasabb önbecsülést eredményezhet (Cureton, 2015). Önmeghatározásukat azonban gyakran ellentétesség jellemzi, egyszerre ugyanolyanok és mások, mint a többi anya, és ennek az ellentétnek az összeegyeztetése többletfeladat (Farber, 2000). Jó anyának lenni egy fogyatékkal élő nő esetében sokkal komplexebb „feladat”, mint a nem fogyatékkal élő nők körében (Kálmán, 2010). A fogyatékkal élő anyák is a kulturálisan kialakított *anyaideálhoz* szeretnének hasonlítani, aki szerető, törődő, gondoskodó, csakúgy, mint az ebben a tekintetben ép társaik, de ezt a viselkedés szintjén eltérő stratégiákkal valósítják meg.

A látássérült anyák esetében például gyakori a gyermekkel való fizikai közelség biztosításának előnyben részesítése („*close-nurturing*”), ami lehetővé teszi a gyermekkel kapcsolatos szorongások csökkentését (Moghadam, Ghiyasvandian, Shahbazzadegan, és Shamshiri, 2017). A fizikai közelség biztosításának része, hogy a látássérült anya más modalitásokat használ a gyermekével való interakcióban. Az elsődleges alternatív érzékelés a tapintás és az érintés (Moghadam et al., 2017). A gyermekek gyakoribb szólítása, visszajelzések kérése az aktuális tevékenységgel kapcsolatban szintén jellemzőbb a látássérült szülők életében, amelyet gyakran a fokozott éberség is kiegészít. A látássérült anyák gyermekükkel való kapcsolatukban egy egyedülálló kapcsolódási módot, kognitív folyamatot is megemlítenek, miszerint ők nem a „szemükkel látják” gyermeküket, hanem a képzeletük segítségével. Kendrick (1983, in Conley-Jung és Olkin, 2001) véleménye szerint az anyaságban látássérültként nem a vakság és nem is az anyaság a nehéz, hanem mások hozzáállása: azok a láthatatlan korlátok, amelyek elválasztják őket más anyáktól és a gyermeküket más gyerekektől. Ugyanakkor a fogyatékkal élő nőként való gyermekvállalás egyúttal össze is köthet más anyákkal (Meadow-Orlans, 2002).

A fogyatékkal élő nők körében is gyakran számolnak be arról, hogy anyává válásuk következtében teljesedtek ki, ezt követően érezték magukat teljesnek, mint nő, mint partner, és mint anya (Walsh-Gallagher, 2012). Egy kutatás eredményei szerint egy fogyatékkal élő anya életében vannak olyan tényezők, amelyek megerősíthetik a saját anyai kompetenciáit. Ilyen lehet például a partner, illetve házastárs elismerése, vagy a szülővé válást követő teljesség érzése is. Továbbá ide sorolható a gyermekkel való kapcsolat során átélt megnyugtató intimitás, és maga a szoptatás élménye is. Egy fogyatékkal élő nő szülővé válása megerősítheti önbizalmát, magabiztosságát is, ami szintén pozitívan járul hozzá a saját énhatékonyssággal kapcsolatos vélekedéséhez. Végül a család és a barátok támogatása szintén kompetenciaérzést növelő tényező lehet (Walsh-Gallagher, 2012).

Több kutatás eredménye is alátámasztja, hogy fogyatékkal élő szülő vagy szülőpár gyermekének személyiségében pozitív jellemvonások figyelhetők meg, amelyek a szülők fogyatékoságához kapcsolhatók, és amelyek szintén megerősíthetik a fogyatékosággal élő egyént a szülői sikerességében. Jellemzően nagyobb türelmet tanulnak, emellett rugalmasság, reziliencia, önállóság, nagyobb éberség, és a környezetére való fokozott tudatosság jellemzi őket. Korábban fejlődik ki a felelősségérzetük, a probléma-megoldó készségeik, a függetlenségük, emellett érdeklődőbbek és elfogadóbbak a kulturális és a testi sokféleség területén is (Cureton, 2015). A társadalmi előítéletekkel ellentétben a fogyatékkal élő szülő(k) által nevelt gyermekek fejlődése minden területen normális ütemben halad, sőt problémaérzékenysége, feladattudata és kötelezettségérzete fejlettebb lehet kortársainál (Kálmán és Könczei, 2002), ami semmiképp nem összetévesztendő a parentifikáció fogalmával.

6.6.2 Anyaság fogyatékkal élőként a társadalom tükrében

A fogyatékoságtudományi kutatásokban az anyaság értelmezése három fő téma köré csoportosítható: (1) anyaság mint „mitikus magasságokba emelt társadalmi termék”, (2) a fejlett társadalmak által a tökéletességet sugalló ideál és (3) az egészségügy elutasító attitűdje (Kálmán, 2010). Schildberger és munkatársai (2017) mozgás- és érzékszervi fogyatékosággal élő anyák a várandósság és a gyermekágyi időszakban megélt tapasztalatait, a környezet részéről érkező észlelt attitűdöket vizsgálta. A megkérdezettek nők a környezet elfogadó hozzáállása mellett, a gyermekvállalásuk tabuként kezeléséről számoltak be. Többen tapasztalták a szülői kompetenciájuk mások általi kétségbevonását, megkérdőjelezését. Hasonló eredményekről számolt be Iezzoni és munkatársai is (2015), miszerint a fogyatékosággal élő nők gyermekvállalására adott leggyakoribb társadalmi reakciók a pozitív hozzáállás mellett a kíváncsiság, azon belül is az intruzív kíváncsiság, de rendszerint előfordul még az ellenséges hozzáállás, a kompetencia megkérdőjelezése és a hanyagság feltételezése.

Ezek a társadalmi nézetek erősen visszatükröződnek a fogyatékkal élő nők anyaság-értelmezésében, és erőteljesen formálhatják egyéni identitásukat, valamint az anyai szerepben való alkalmasságról alkotott véleményüket. Könczeit (2017, 16. o.) idézve „...azok a nők, akik a társadalmi előítéletekkel, egyéni és kollektív félelmekkel dacolva mégis vállalkoznak a pozitív önazonosságuk megteremtését segítő anyaságra, a társadalom potenciális normaszegőivé válnak.” A fogyatékkal élő nők internalizálhatják az őket érintő negatív társadalmi attitűdöket, ami kedvezőtlenül befolyásolhatja az önbecsülésüket és alakíthatja az identitásukat (Conley-

Jung és Olkin, 2001; Lendvai és Nguyen Luu Lan, 2019). Egy fogyatékkal élő anya saját szülői énhatékonyság-érzéséről alkotott vélekedéseit nagyban befolyásolhatja az, hogy a társas környezete hogyan tükrözi vissza az ő anyaságát. A társadalom általában két ellentétes pólusú anyaságkonceptiót tart számon a fogyatékkal élő anyákról: az egyik az „idealizált anyaság”, amely az érintettek felmagasztalását, csodálatra méltóságát foglalja magába, a másik pedig az elítélésen, negatív diszkrimináción, és a gyermek veszélyeztetésének feltételezésén alapuló „(anya-) hibáztatás” (*mother-blame*) (Malacrida, 2009).

A fogyatékkal élő nők a társadalmi stigmatizációt tekintve egyszerre több sebezhető, magas kockázatú csoport tagjai. Egyszerre nők, fogyatékkal élő nők és anyák (Palombi, 2012, in Lendvai és Nguyen Luu Lan, 2019). A többszörös csoporttagság többszörös stigmatizációval járhat együtt. Éppen ezért a fogyatékkal élő nőknek sajátos, egyedi megküzdési stratégiákat kell alkalmazniuk, hogy anyaként kivívják a láthatóságukat és az érdekképviselőtük a társadalomban (Lendvai és Nguyen Luu Lan, 2019). Paradox módon a fogyatékkal élő nők egyik stratégiája az anyaságuk társadalmi szinten való láthatóvá tételére és érvényesítésére a fogyatékoságuk elrejtése, illetve a „menekülés az elutasított testtől”⁸ (Wendell, 2010). Ez a megküzdési stratégia a társadalmi előírásoknak való megfelelést, átlagosnak mutatkozást foglalja magába (Wendell, 2010).

Az anyaság élménye ugyanolyan felemelő, örömmel teli érzés lehet egy fogyatékkal élő anya számára is, mint egy ép anyának (Walsh-Gallagher, 2012). Fontos azonban megjegyezni, hogy az anyaság élményével kapcsolatos különbségek feltételezése, és az, hogy sok érintett nőnek bizonyítania kell anyai kompetenciáját, már a fogyatékosággal kapcsolatos sztereotípiák következménye (Kálmán, 2010; Walsh-Gallagher, 2012).

6.7 Hazánkban végzett korábbi kutatások a témában

Szécsényi Anikó (2012) vizsgálatai tértek ki először hazánkban a látássérült szülők attitűdjére, és az azt befolyásoló társas környezet részéről érkező pozitív és negatív attitűdökre. Pozitív attitűdként jelent meg a jószándékú segítségnyújtás, a szülői kompetenciába vetett hit és bizalom, a megfelelő információnyújtás, tájékoztatás és az egyenlő bánásmódban való

⁸ Susan Wendell (2010) a fogyatékoságot feminista filozófiai szempontból tárgyalja. A „menekülés az elutasított testtől” megfogalmazása arra a stratégiára utal, amit a fogyatékosággal élő emberek – jelen esetben nők – kényszerülnek alkalmazni. Azok a nők, akik nem tudnak megfelelni a nőiség társadalmi előírásainak, követelményeinek, azoknak nőiségüket el kell rejtjenük. A menekülés tehát a rejtőzködés (Hernádi., 2014). Például a látássérült személyek gyakran hordanak napszemüveget.

részesítés. Ezzel ellentétben a szülői kompetencia, alkalmasság kétségbevonásáról és a segítségnyújtás elmaradásáról, mint negatív attitűdről számoltak be az érintett anyák.

Az említett írásokon kívül Dr. Kálmán Zsófia (2010) tanulmánya és Dr. Ozvári-Lukács Réka (2013) interjúkötete is rendkívül hasznos és részletgazdag információkkal szolgál és valóság-hű képet nyújt a látássérült szülők megéléseiről, tapasztalatairól. Kálmán tanulmányának legfőbb célkitűzése az volt, hogy betekintést nyújtson a mozgás- és érzékszervi fogyatékkal élő anyák mindennapjaiba, feltérképezze kihívásaikat, nehézségeiket és lehetséges megoldásokra tegyen javaslatot. Az anyák beszámolóiban említésre került az egészségügyi ellátás során megélt tapasztalatok a gyermekvállalásukra gyakorolt hatása, az önrendelkezési igény fontossága, a fogyatékos befolyása a szülő-gyermek kapcsolatra, és a környezet (család, sorstársak) szerepe is. A kutatásunk szempontjából egy nagyon fontos megállapításra jut a szerző a fogyatékkal élő szülők beszámolóinak elemzése során. Eszerint az érintett szülők anyaság élményét a fogyatékosuk nem befolyásolja, sőt a várandóssággal, szüléssel és csecsemőgondozással kapcsolatos tapasztalatok megélésére sincs hatással. A megjelenő nehézségek, kihívások inkább az akadálymentesség és az információnyújtás, tájékoztatás hiányosságaiból, mintsem a fogyatékosukból eredeztethetők.

Szilágyi Krisztina (2017) 11 magyar látássérült anyával folytatott félig strukturált interjúkat, melyek során a gyermekvállalás, várandósság körülményeiről, a környezet viszonyulásáról, a megélt nehézségekről, kihívásokról, a gyermek látássérültséghez való viszonyulásáról és az anyai kompetencia-érzésről kérdezte őket.

Ezen korábbi kutatások hazánkban támpontokat nyújtottak vizsgálataink főbb szempontjainak kialakításához. Interjúkérdéseink kialakításakor figyelembe vettük a korábbi interjú technikát alkalmazó kutatások kérdéseinek összetételét, kidolgozását és fókuszpontjait. A korábbi kutatásokból ismert interjú lehetővé tették számunkra, hogy összegyűjthessük és kategorizáljuk azokat a témákat, melyeket mi is érinteni kívántunk interjúink során. A korábbi kutatások alapján megerősítést nyert az a megállapítás, mely szerint a látássérült emberek szülői szerepük megélését kifejezetten befolyásolja a társadalom róluk alkotott vélekedése. Éppen ezért mi is elengedhetetlennek gondoltuk, hogy ezt a szempontot is beépítsük kutatásunkba. Kutatásunk annyiban nyújthat részletgazdagabb képet a hazánkban élő látássérült nők anyaság-élményével kapcsolatban, hogy a vizsgálati személyekkel folytatott interjúk mellett látó potenciálisan gyermekvállalás előtt álló fiatal nőkkel és látó anyákkal is beszélgettünk. Így ezek az interjúk egyfajta referencia pontként is szolgálnak, hiszen lehetővé teszik, hogy megvizsgáljuk az élmények, megélések, tapasztalatok közötti azonosságokat és eltéréseket. Továbbá erőssége lehet kutatásunknak, hogy hazai viszonylatban magas elemszámú

csoporthal dolgoztunk, hiszen első kvalitatív vizsgálatunk során 13 látássérült és 12 látó fiatal nővel, a második vizsgálatunk során pedig 20 látássérült és 21 látó anyával készítettünk interjúkat, ami eddig egyedülállónak tekinthető Magyarországon.

6.8 Kvalitatív módszertan választásának indoklása

Vizsgálataink során javarészt kvalitatív módszertani eljárásokat használtunk, aminek választását ezúton kívánjuk megindokolni. Míg a kvantitatív kutatásokban az ok-okozati kapcsolatok, a megbízhatóság, kiszámíthatóság és az általánosítás felismerése van fókuszban, addig a kvalitatív kutatás a megértést, a hasonló élethelyzetekben, élettörténetekben fellelhető analógiák feltárására összpontosít. Általában abban az esetben érdemes kvalitatív módszert választani, ha az emberi viszonylatok mit és hogyan típusú kérdéseire szeretnénk választ kapni: Mit és hogyan élnek meg az érintettek, milyen megoldási, megküzdési stratégiák vannak. Tehát a kvalitatív jellemző alkalmazási területei közé tartozik egy adott csoport szokásainak, céljainak, nehézségeinek, kihívásainak tanulmányozása. Továbbá alkalmazható a kvalitatív módszertan abban az esetben is, ha egy kvantitatív kutatás adatai mögött meghúzódó magyarázatokat, kapcsolatokat szeretnénk feltérképezni (Kálmán, 2010).

Két vizsgálatunk során is az interjúkészítés módszerét választottuk, mely lehetővé teszi „az emberi jelenségekkel kapcsolatos tudásunk elmélyítését, a kutatási kérdés által irányított céltudatos adatszerzést” (Szokolszky, 2004, 453. o.). Az interjú erőssége, hogy hitelesen, részletgazdagon és kontextusba ágyazottan mutatják be a megélt valóságot (Szilágyi, 2017). A fiatal nőkkel és az anyákkal készített félig strukturált interjúink egy részét személyesen, illetve telefonos úton készítettük el. A telefonon keresztül készített interjúk mellett szól számos érv, mint például az, hogy ez az eljárás lehetővé teszi, hogy olyan embereket is elérhessünk, akik egyébként nem biztos, hogy személyesen részt vennének egy kutatásban. Továbbá a telefonos interjúk alkalmasak arra, hogy vulnerábilis, marginalizált csoportokat szenzitívebb kérdésekkel kapcsolatosan érthessünk el (Block, 2012).

6.9 1. kvalitatív vizsgálat: látó és látássült fiatal nők gyermekvállalással kapcsolatos elképzelései, anyaság-értelmezései

A következő fejezetben a látó és látássérült fiatal nőkkel készített félig strukturált interjúk elemzését kívánjuk bemutatni. A beszélgetések a gyermekvállalással kapcsolatos

döntések, elképzelések, az anyaság szubjektív értelmezése, a szülői szerepek témakörében zajlottak. Az interjúkérdések az 12.18. sz. mellékletben található.

6.9.1 Kutatási kérdés

A fiatal látó és látássérült nőkkel készített interjúink célja volt, hogy feltérképezzük, hogyan vélekednek a gyermekvállalásról, anyaságról. Kutatási kérdéseinket két irányba határoztuk meg.

Első kutatási kérdésünk a látássérült fiatal nőkre vonatkozik. Szerettük volna megismerni a **látássérültség, mint esetleges gyermekvállalást befolyásoló tényezőről** való vélekedéseiket.

Második kutatási kérdésünk a **látó és látássérült fiatal nők anyaságról alkotott elképzeléseit** foglalja magába. Érdeklődésünk fókuszában az állt, hogy milyen jelenségek mentén határozzák meg az anyaságot a két csoportban, mi jut eszükbe az anyaság szó hallatán. Milyen jelenség-kategóriák mentén egyezik meg és különbözik a két csoport?

6.9.2 Módszer

6.9.2.1 Vizsgálati személyek és eljárás

Kutatásunkban 13 látássérült és 12 látó fiatal nő vett részt. A vizsgálati személyeket kényelmi mintavétellel, illetve hólabda módszerrel toboroztuk. A látó vizsgálati személyek átlagéletkora 23,16 év, míg a látássérült fiatal nőké 23,23 év volt. A legtöbb vizsgálati személy lakóhely tekintetében megyeszékhelyen vagy városban él (látássérült: 7 fő, látó: 6 fő). Iskolai végzettséget illetően a két csoport eltér egymástól, mivel a látássérült fiatal nők körében a legtöbben középiskolai végzettséggel (8 fő), míg a látó csoportban egyetemi végzettséggel (7 fő) rendelkeznek. Mind a látó, mind a látássérült csoportban a vizsgálati személyek partnerkapcsolatban éltek (látássérült: 7 fő, látó: 5 fő), illetve egyedülállóak (látássérült: 6 fő, látó: 6 fő) voltak. A látássérültek körében egy vizsgálati személy házasságban élt. A látássérültség típusát tekintve minden vizsgálati személy veleszületett látássérültséggel él. A vizsgálatban részt vevő személyek demográfiai adatait a 12. táblázat szemlélteti.

Vizsgált demográfiai adatok		Látássérült fiatal nők (13 fő)	Látó fiatal nők (12 fő)
Életkor	Átlagéletkor (SD)	23,16 év	23,16 év
	Terjedelem	21-36 év	20-29 év
	Életkori sáv (<i>n</i>)		
	20–25 év közötti	7 fő	5 fő

	26–30 év közötti	5 fő	7 fő
	31–36 év közötti	1 fő	0 fő
Lakóhely (n)	Főáros	6 fő	5 fő
	Megyeszékhely, város	7 fő	6 fő
	Falu	0 fő	1 fő
Iskolai végzettség (n)	8 általános	1 fő	0 fő
	Középiskola	8 fő	2 fő
	Szakmunkás	0 fő	0 fő
	Főiskola	0 fő	3 fő
	Egyetem	4 fő	7 fő
Családi állapot (n)	Házasság	0 fő	1 fő
	Partnerkapcsolat	7 fő	5 fő
	Egyedülálló	6 fő	6 fő
Látássérültség típusa (n)	Veleszületett	13 fő	
	Szerzett	0 fő	

12. táblázat: A látó és látássérült fiatal nők csoportszintű demográfiai adatai

Hennink és Kaiser (2022) javaslata a kvalitatív kutatások elemszámát illetően az, hogy 9-17 interjú általában megfelelő adatmennyiséget szolgáltat a szaturáció eléréséig. Vizsgálatunk ebben a tekintetben megfelelő elemszámmal rendelkezik. Vizsgálatunkat az Egyesített Pszichológiai Etikai Bizottság 2018-100-es számú engedélye hagyta jóvá (ld. 12.2. sz. melléklet). Az interjúkat 2018 októbere és 2020 januárja között készítettük.

6.9.2.2 Félig strukturált interjúk

Kutatási kérdésünk implikálta az alkalmazni kívánt módszert, hiszen vizsgálatunk fókuszában a gyermekvállalással kapcsolatos elképzeléseknek, döntéseknek, az anyasággal kapcsolatos szubjektív értelmezéseknek és a látássérültség gyermekvállalásra való esetleges befolyásának elemzése állt. A kvalitatív módszertani paradigmákhoz igazodva előtérbe helyeztük a fegyelmezett szubjektivitást, mint egyfajta objektivitásra való törekvést. A megbízhatóságot a részletes dokumentálás és a reflektív kutatói szemlélet alkalmazása útján kívántuk biztosítani. A külső megbízhatóságot az „objektív” vagy semleges megismerési pozícióra való törekvés azonosításával és figyelembevételével, az elméleti háttér kidolgozásával, a minta és módszertan kritikus szemmel való összeállításával teremtettük meg. A belső megbízhatóság azonban kifogásolható, mivel ezeket az interjúkat egyedüli adatgyűjtőként én vettem fel, és egyedüli kódolóként elemeztem. A kutatás érvényességéhez és megbízhatóságához a szubjektivitás folyamatos ellenőrzése, a trianguláció technikája (több

helyről, telefonos és személyes interjú módszerével, különböző időpontokban gyűjtött adat, a demográfiai jellemzők mentén heterogén csoportok) járul hozzá (Sántha, 2007).

Félig strukturált interjúkat készítettem, amelyeket személyesen és telefonon keresztül vettem. Az interjúkat minden esetben én vettem fel. Az elmúlt években több fogyatékkal élő, látássérült személyekkel foglalkozó érdekvédelmi egyesülettel is megismerkedtem, 3 éve az egyik ilyen megyei szervezetben önkéntes tevékenységet is végeztem. A doktori tanulmányaim alatt egy látássérüléssel élő pszichológushallgatóval közös kutatási tevékenységet végeztem.

A személyes interjúkat a Huawei P9 Lite okostelefon hangrögzítő applikációja segítségével rögzítettem, amelyet a résztvevők elé, általában egy asztalra helyeztem. A telefonos interjúk során pedig a *Call Recorder* – Hívásrögzítő alkalmazást kapcsoltam be a beszélgetés erejéig. A személyes interjúk során a kérdéssort nyomtatott verzióban vittem magammal az interjú helyszínére, jegyzeteket a beszélgetés során minimális mennyiségben készítettem. Az interjúk hanganyagát és az átírt szöveget minden esetben a személyes laptopomon, jelszóval védett mappákban csoportosítottam tároltam.

A félig strukturált interjúk lehetővé tették, hogy bizonyos mértékig irányított helyzetben, mégis szabad beszélgetés valósulhasson meg a két fél között. A beszélgetések során hangfelvételt készítettünk, amelyhez előzetesen szóbeli beleegyezést kértünk a vizsgálati személyektől. A látássérült fiatal nőkkel készített interjúk terjedelme átlagosan 2741 szó (terjedelem: 637–3591 szó), míg a látó fiatal nőkkel készített interjúké átlagosan 1984 szó volt (terjedelem: 1285–2953 szó). A vizsgálatban résztvevő személyeket minden esetben egyedi kóddal anonimizáltuk. A látássérült fiatal nők esetében „LS(sorszám)”, a látó fiatal nők esetében pedig L(sorszám)” kódot használtunk. A hangfelvételek átírását az első szerző készítette az *Alrite* (Régens Zrt., n.d.) mesterséges intelligencia alapú, automatikus beszéd felismerő program segítségével, amely képes korábban rögzített hangfájlból szövegleíratot készíteni. A leíratok automatikus elkészítését követően manuálisan ellenőriztük.

Első kérdésünk az volt az interjúalanyok felé, hogy röviden mutassák be magukat, melyet a rapport megteremtése és az interjúhelyzetre való ráhangolódás céljából tartottunk fontosnak. Látássérült interjúalanyainkat az interjú első szakaszában (demográfiai adatok egyeztetése közben) megkértük, hogy mutassák be érzékszervi akadályozottságukat (megnevezés, eredet, jelenlegi állapot, látásképesség). Ezt követően rátértünk az interjú témájára, így több gyermekvállalással, szülői szereppel kapcsolatos nyílt kérdést is feltettünk, melyek közül az alábbiak kerültek elemzésre: *Mit jelent számodra az anyaság?* (a látó és látássérült vizsgálati személyektől is kérdeztük); *Befolyásol-e a látássérültség (a gyermekvállalásban)?* (kizárólag

látássérült vizsgálati személyektől kérdeztük). Az interjú kérdéssorát az 12.18. sz. melléklet tartalmazza.

6.9.2.3 Tematikus elemzés

A látássérült és látó fiatal nőkkel végzett interjúk szövegein tematikus elemzést végeztünk (Braun és Clarke, 2006). Mindkét csoportban elemeztük az anyasággal kapcsolatos elképzeléseket, a látássérült személyek körében ezen felül még kitértünk a látássérültség, mint esetleges gyermekvállalást befolyásoló tényezőről alkotott elgondolások elemzésére is. A tematikus elemzés során kiemelkedő, ismétlődő jelenségeket, témákat kerestünk a szövegekben, amelyek az interjúkérdések mentén (deduktív, elmélet- és hipotézis-vezérelt módon), illetve azoktól függetlenül (induktív módon) jelentek meg az interjúkban (Braun és Clarke, 2006).

A tematikus elemzés elvégzésében egyedül vettem részt. A tematikus elemzés már az első interjúbeszélgetés szöveges formátumba való átírását követően elkezdődött, és a további interjúk készítésével és átírásával párhuzamosan folytatódott. A visszatérő jelenségeket először manuálisan kódoltam, majd szelektív kódolást követően az ismétlődő jelenségeket az ATLAS.ti 8 kvalitatív adatelemző szoftver segítségével kategorizáltam, illetve rendszereztem (Frieze, 2019). A manuális és szelektív kódolás során a vizsgált szövegegységeket először egy-egy Word dokumentumba gyűjtöttem ki. Így készült egy-egy táblázat, amely az összes látássérült és az összes látó fiatal nő válaszát tartalmazta.

Az egyes szövegrészek mellett kódokat generáltunk a felmerülő jelenségek alapján, melyeket az ATLAS.ti 8 angol nyelvű szoftver segítségével kategorizáltam és csoportosítottam. Az elemzés során felfedezett ismétlődően megjelenő kódokból fő témákat konstruáltam, majd ezeket további csoportokra (altémák) bontottam. A fő- és altémák nem tekinthetők exkluzív kategóriáknak, azaz egymással kapcsolatban állhatnak, átfedésben lehetnek.

6.9.3 Eredmények

Először a látássérült fiatal nők körében vizsgált látássérültség, mint esetleges befolyásoló tényező a gyermekvállalásban témát kívánjuk bemutatni az interjúrészletek tematikus elemzése által (ld. 6.9.3.1. alfejezet). Ezt követően az anyaságról alkotott elképzelések, megfogalmazások elemzését mutatjuk be, melyet a látó fiatal nők interjúinak elemzésével egészítettünk ki (ld. 6.9.3.2. alfejezet).

6.9.3.1 Látássérültség szerepe a gyermekvállalásban

A látássérült fiatal nők körében a látássérültség szerepét, befolyását illetően 7 főtéma mentén kategorizáltuk az elemzett szövegegységeket: 1. csecsemőgondozás, 2. örökletesség, 3. kompetencia, 4. környezetből érkező tapasztalatok, 5. partner, 6. alkalmazkodás és 7. érzelmek. A szavak, kifejezések mögötti számok az előfordulási gyakoriságot szemléltetik. A főtémák és altémák a 13. táblázatban találhatóak:

Főtémák	Altémák
1. Csecsemőgondozás	Kérdések, kihívások
	Tapasztalat fontossága
2. Örökletesség	Örökletesség, mint befolyásoló tényező
	Örökletesség, mint nem befolyásoló tényező
3. Kompetencia	Saját kompetencia megkérdőjelezése
	Saját önállóság, függetlenség függvénye
4. Környezetből érkező tapasztalatok	Saját anya szerepe
	Sorstárs példa
5. Partner	Megfelelő partner
	Partner látásképesége
6. Alkalmazkodás	Sajátos szülő-gyermek kapcsolat
7. Érzelmek	Félelem

13. táblázat: A látássérültség mint esetleg gyermekvállalást befolyásoló tényező főtémák és altémák szerint

1. Csecsemőgondozás

A csecsemőgondozást három látássérült interjúalany fogalmazta meg. Ezzel kapcsolatban az egyikük a felmerülő kérdéseket, kihívásokat említette, míg a másik személy a tapasztalatok fontosságát hangsúlyozta.

Kérdések, kihívások:

„Én egyébként ilyeneken gondolkodtam, hogy mondjuk viszem a gyerkőcöt a fürdőkádhoz, vannak ezek az állványos kádak, vagy nem tudom ilyen akármi, és akkor hogy nem megyek neki semminek? Hogy fogom úgy fogni, hogy ne ejtsem el? (...) Vagy nem tudom én, pelenkázás, öltöztetés...” (LS 5)

Tapasztalat fontossága:

„...vagy annak egyébként ilyen tanfolyamok is, ahol ezt tanítják, hogy látássérülten hogyan lehet... Meg egyébként egy táborban, nagyon random, nekünk egyszer tartottak is egy ilyen csecsemőgondozási tanfolyamot. Úgyhogy már volt dolgom ezzel és rájöttem, hogy ja, hát amúgy meg lehet csinálni így mindent, csak rá kell jönni, hogy hogyan.” (LS 4)

„Nyilván főleg, ha született látássérült valaki, akkor ugye meg kell tanulni az alaptechnikákat, hogy pelenkázás, hogy hogy fogd meg a babát, hogy lásd el mindenfélét,

*„hogy csináld vele. De erre most már vannak nagyon jó szakemberek, gyógypedagógusok.”
(LS 12)*

2. Örökletesség

Az örökletesség témája 5 látássérült vizsgálati személy válaszában volt tetten érhető. Ezt a főtémát aszerint csoportosítottuk, hogy ki az, aki befolyásoló tényezőnek gondolja, és ki az, aki nem. Többen voltak azok, akik úgy vélik, hogy a látássérültség örökletességének lehetősége befolyással lehet a gyermekvállalásra. Utóbbi vizsgálati személyek a gyermek megóvását, a genetikai vizsgálatok szükségességét és az örökbefogadás lehetőségét említették meg.

„Hát, igen. Igazából genetikai lefolyású, de én pont ettől is félek, hogy mi van, hogyha... tehát nem akarom, hogy ő is ezeket a dolgokat, tehát, tehát, hogy mondjam neked? Vagy hogy fejezzem ki? Hogy végig szenvedje... „Tehát így igazából gondolkodtam azon, hogy örökbefogadás egy nagyobb, mondjuk szintén látássérült gyereket, akinek tudnék abban segíteni, hogy azért látja, hogy én nagyjából meg tudom oldani a dolgokat és mondjuk úgy felnézni rám, hogy ha én meg tudom csinálni, akkor ő is meg tudja...” (LS 8)

„Hát, figyelj, ez nem örökletes, az én betegségem, mivel koraszülött voltam. De, ha örökletes lenne, akkor, hát nem tudom. Genetikai vizsgálatokat kérnék, az biztos. Én nem akarnám továbbörökíteni, hogyha ilyen fajta, tehát, ha olyan fajta betegsége van, ami... akkor biztos, hogy nem vállalnék gyereket. Azért ez senki nem, nem lenne könnyű... vagy, hát nem hoznám ilyen helyzetbe a gyerekeimet, az biztos. Hogyha örökletes lenne, akkor biztosan nem vállalnék...” (LS 6)

„...meg az a másik, hogy nem tudom, mit adnék át a gyerekeimnek. 50% rá az esély, hogy örökli vagy sem.” (LS 7)

*„Hát, az, hogy a látásom miatt, hogy nem akarom azt, hogy a kicsinek is olyan legyen.”
(LS 2)*

Egy látássérült vizsgálati személy fejezte ki azt, hogy őt a látássérültsége nem befolyásolja a gyermekvállalásban, mert nem öröklődik érzékszervi fogyatékosága.

„Igazából azért nem különösebben befolyásol, mert hála Istennek ez nálam nem öröklődik.” (LS 9)

3. Kompetencia

A saját kompetencia, autonómia kérdése is ismételten megjelent a látássérült fiatal nők körében. Három vizsgálati személy a látó kortársaihoz hasonlította önmagát és megkérdőjelezte gyermekvállalással, neveléssel kapcsolatos kompetenciáit a látássérültség mentén.

„Kicsit úgy tartok tőlük, hogy nem tudom, de... hát biztos, hogy sokszor az lenne bennem, hogy én meg tudom-e adni azt a gyerekeimnek, amit egy látó anya megadna neki. Vagy

mondjuk elég vizuális inger éri-e a gyereket, ugye annak ellenére, hogy engem nem ér semmilyen vizuális inger (nevet).” (LS 1)

„Igen, óhatatlanul ugye felmerül a kérdés, hogy jó anya tudok-e lenni, de...” (LS 7)

„Hogy tényleg jól csináljam ezeket a dolgokat és az tényleg... nem azt mondom, hogy... biztos, hogy meg lehet csinálni, és ahogy ismerem magam, biztos, hogy utána fogok ennek nézni...” (LS 5)

Egy látássérült vizsgálati személy kifejezte, hogy az önállóságra való képesség függvénye az, hogy valaki tud-e megfelelően gondoskodni gyermekéről látássérültként.

„Meg abban is, hogy tudok-e majd önálló lenni, de majd... Mert ugye ezt előtte én kipróbálhatom, és akkor még nem vagyok felelős egy életért, hanem magamon. Ugye önálló életet élek, elköltözöm itthonról. Mindent ugyanúgy, mint egy rendes látó ember elvégzek, és akkor majd utána meglátom, hogy akkor belefér-e az életembe egy gyerek. Tudok-e róla megfelelően gondoskodni vagy sem.” (LS 3)

4. Környezetből érkező tapasztalatok

Összefoglalóan a „környezetből érkező tapasztalatok” főtémának neveztük el azokat a jelenségeket, mely a saját szülő vagy a sorstársak hatásával foglalkozik.

Saját anya szerepe: *„És, hát azért, mondjuk, ha az anyámnak sikerült, akkor több, mint valószínű, hogy nekem is sikerülni fog majd őt felnevelni.” (LS 7)*

Sorstárs példa: *„Én láttam már példákat is, tehát ismerek olyat, aki látássérültként gyermekeket nevel, olyat is, ahol a házaspár mindkét tagja látássérült.” (LS 12)*

5. Partner

A partnerkapcsolatot illetően a megfelelő partner jelentősége mellett a partner látásképessége is fontos lehet a látássérült fiatal nők számára a gyermekvállalás kérdésében. Egy látássérült vizsgálati személy a stabil párkapcsolat szükségességét tartotta fontosnak a gyermekvállalás mellett való döntésben.

„És azt mondta nekem, hogy ha esetleg lenne családunk, akkor semmi gond nem lenne. És mindent megadna, amit tudna, hiszen neki van egy unokatestvére, aki nem lát szintén, és ezért ő ebben nőtt föl, ugye. Tehát ebben a nem látásban, és nem okoz neki semmi gondot. Szóval, hogyha nekem van egy stabil párom, lenne, meg egy, úgyhogy jól hozzááll a dolgokhoz, akkor azt mondom, hogy jó, akkor vágjunk bele.” (LS 13)

A partner látásképességét többen is meghatározónak vélték a gyermekvállalásban. Volt olyan vizsgálati személy, aki úgy gondolta, hogy neki látássérültként másfajta megoldási stratégiákat, gyermeknevelési technikákat kell majd alkalmaznia, mint látó párjának. Egyik

vizsgálati személy sem gondolta úgy, hogy látássérült partner mellett nem vállalna gyermeket, viszont kifejeződött, hogy amennyiben két látássérült ember családalapítás mellett dönt, több segítségre van szüksége, mint látó partner mellett.

„Mert ugye attól is függ, hogy a párom látássérült lenne-e vagy nem. Bár nekem még eddig látássérült barátaim voltak csak. Mert úgy alapvetően minden barátom látássérült, nem csak az aktuális párom. Mert velük jobban meg tudom találni a hangot, mint a látókkal egy ilyen mélyebb baráti kapcsolathoz. De ez is már így sokkal jobban működik nálam, mint korábban. Ezen is igyekszem változtatni. De attól is függ, mert hogyha ő lát, akkor ő is úgy gondolom, hogy igenis vállaljon, meg ha nem lát, akkor is igenis vállaljon annyit a gyerekevelésből, mint én, mert az ő gyereke is.” (LS 1)

„Addig, olyan szempontból befolyásolja, hogy a párom se lát, úgyhogy, ha lesz gyerek, akkor nyilván több segítségre lesz szükségünk.” (LS 9)

„Eltekintve gondolkodunk, de biztos, hogy fog minket befolyásolni, mert én teljesen máshogy fogok tudni rá vigyázni akár, mint ő. Ő jól lát. Szemüveges, de jól lát. És például nekem utána kell másznom, hogyha ő mászik, akkor nekem folyamatosan menni kell, hogy ő hol van. Tehát ő nézi a fotelből és, és tudja, hogy nincsen baj, tehát nekem mindenképpen máshogyan kellene ezt kezelni, de engem ez nem zavarja.” (LS 10)

„Nem, mert volt látássérült párom. Vele vége szakadt a kapcsolatnak, de hogyha működött volna, akkor sem éreztem volna ezt kizárólagosnak. Valamilyen szinten biztos, hogy könnyebb, hogyha az illető lát, mert ki tudják egymást egyenlíteni, de én akkor is bevállalnám, hogyha nem látna.” (LS 11)

6. Alkalmazkodás

Egy vizsgálati személy fejtette ki, hogy a látássérült személyek számára elérhetőek ugyan csecsemőgondozással kapcsolatos tanfolyam, ami nagyon hasznos lehet, de ettől függetlenül a szülő és gyermeke között kialakulhat egy olyan sajátos, egyedi kapcsolat, ami biztosítja közöttük a gördülékeny kommunikációt, interakciót.

„És rájöttem, hogy ja, hát amúgy meg lehet csinálni így mindent, csak rá kell jönni, hogy hogyan. És aztán nem is biztos, hogy az embernek az fog bevalni, mert lehet, hogy kialakul neki a gyerkőccel egy saját módszer vagy kommunikációs rendszer, vagy akár egy szokásrendszert, ami náluk jól működik és azt élhetőnek tartják, és valószínű, én egyébként ezt tartanám a normálisnak.” (LS 5)

7. Érzelmek

Nem igazán jelentek meg az interjúalanyok e kérdésre adott válaszaiban érzelmek. Az Alkalmazkodás főtéma mellett az Érzelmek főtémája is csupán egyszer fordult elő, mégis fontosnak tartjuk megemlíteni, hogy ezen belül a félelem, mint altéma volt megfigyelhető egy esetben. Egy látássérült fiatal nő félelmét, aggodalmát fejezte ki a látássérültség továbbörökítésének lehetőségével kapcsolatban. Fontos azonban megjegyezni, hogy ennél a

vizsgálati személynél a látássérültségen kívül egyéb egészségi problémája is volt, mely szintén hatással lehetett válaszára.

„És én igazából kicsit félek, hogy mi van, hogyha az én gyerekem is ugyanúgy megszenvedi, hogy most a veséjével gond lesz meg a szemével. Tehát én ettől kicsit félek.” (LS 8)

6.9.3.2 Anyaság

A következőkben az anyaság szubjektív értelmezésével kapcsolatos tematikus elemzést kívánjuk bemutatni a látó és látássérült fiatal nők körében. Az alábbi fő- és altémák jelentek meg az anyaság fogalmának szubjektív értelmezésével kapcsolatban a két csoportban (ld. 14. táblázat).

Főtémák	Altémák	
	Látó fiatal nők	Látássérült fiatal nők
1. Fontos feladatok	Felelősség Védelem Rendelkezésre állás	
	Elköteleződés Tudatosság fontossága	Autonómia támogatás Érettség Fizikai kontaktus fontossága Gondoskodás Otthon teremtés
2. Érzelmek	(Feltétel nélküli) szeretet	
	-	Büszkeség Nyugalom
3. Kapcsolat, kötődés		
4. Saját családi kapcsolatok		
5. Folyamatosság	Élet teremtése	Életforma
6. Identitás	Kiteljesedés	Különlegesség

14. táblázat: Az anyaság szubjektív értelmezésével kapcsolatos fő- és altémák látó és látássérült fiatal nők körében

1. Fontos feladatok

Mind a látó, mind a látássérült nők körében megjelent a „felelősség”, a „védelem” és a „megbízhatóság, rendelkezésre állás” jelensége az anyasággal kapcsolatos szubjektíve vélt kötelezettségekkel, feladatokkal kapcsolatban. A felelősséggel kapcsolatban az alábbi módon fogalmaztak a nők a két csoportban:

„Úgyhogy nagy felelősség. De olyan felelősség, talán úgy tudnám ezt megfogalmazni, hogy ilyen örömteli felelősségnek képzelem.” (LS 9)

„Hát, a legelső szó, ami eszembe jutott, az a felelősség a nap 24 órájában és minden körülmények között.” (LS 11)

„...egy örökös felelősségvállalás.” (L 7)

„...és nagy felelősség, mert, mert nem egy példa van a családban, akiknél azt látom, hogy hát igazából így megvan a gyerek, de utána így nem foglalkoznak vele.” (L 1)

A „védelem” jelenségét a következőképpen fogalmazták meg a vizsgálati személyek:

„Biztonságot nyújtó közeget teremteni nemcsak fizikailag, hanem lelkileg is.” (LS 6)

„...hogy azért alapvetően egy nyugodt meleg otthont igyekezzon megteremteni”. (LS 11)

„...Óvást, védést [jelent].” (L 9)

A rendelkezésre állás jelensége az alábbi módon jelent meg a látó és látássérült vizsgálati személyek anyasággal kapcsolatos szubjektív értelmezésében:

„...és azt, hogy mindent meg tudjak adni a gyerekeknek lelkileg is.” (LS 1)

„...tényleg minden körülmények között kiállni a gyermeke mellett, meg segíteni őt támogatni. Mindenképpen az anyának egy nagy feladata szerintem.” (LS 11)

„Én szeretnék mindig ott lenni számára, nem úgy, hogy mindig a sarkában vagyok, de szerintem az a legfontosabb, hogyha valamire szüksége van, akkor mindig számíthasson rám.” (L 2)

„Én is majd azt szeretném, hogy így érezze a gyerekem, hogy mindig tud rám számítani mindenben.” (L 8)

A látássérült nők közül egy személy a saját édesanyjának rendelkezésre állásának fontosságát fogalmazta meg.

„Én csak a saját példámat tudom mondani, hogy én nem tudom elképzelni azt, hogy majd egyszer nekem anya nélkül kell élni. Mert mindenben... az a fontos, hogy ugye mindenben számíthatok rá. Mindig ott van, ha kell. Mindig őt hívhatom fel, ha szükségem van rá. Bármilyen bajom van. És akkor ő meg azonnal ugrik és segít mindenben. Ha fizikai problémám van, akkor abban. Szóval ő az első ember.” (LS 3)

A látó fiatal nők körében egy-egy vizsgálati személy esetében fogalmazódott meg az „elköteleződés” és a „tudatosság fontossága”

Elköteleződés: *„Szerintem egy nagy elköteleződés, nagyon sok időráfordítás”. (L 1)*

Tudatosság: *„Viszont én azt gondolom, hogy ahhoz, hogy egy ember egy jó anya legyen, ahhoz nagyon tudatosan ott kell lenni fejen is, szóval nem gondolom, hogy ez csak az ösztön, ösztön alapján történik. Hanem ahhoz, hogy egy gyermeknek teljes élete legyen, ahhoz nagyon tudatosan is kell hozzáállni a gyerekneveléshez.” (L 10)*

A látássérült vizsgálati személyek körében az anyaság szubjektív értelmezésével kapcsolatban az alábbi fontosnak tartott feladatok jelentek meg: „autonómia támogatás”, „érettség”, „fizikai kontaktus fontossága”, „gondoskodás” és „otthonteremtés”.

Autonómia támogatás: *„én ebben értem, meg tényleg, menjen világot látni. És hogyha majd lesz lehetőség, akkor menjen ki külföldre dolgozni. Mert itt Magyarországon az embereknek most már nagyon-nagyon nehéz megélni. És a helyzet az egy jobban romlik, romlik, romlik. És én nem szeretném majd ennek kitenni.” (LS 13)*

Érettség: *„És tényleg nagyon fontos az is, hogy az anyuka szeresse a gyereket és tényleg kész legyen arra gyereket vállaljon.” (LS 1)*

Fizikai kontaktus fontossága: *„Szeretet, ölelés, nyugodtság, biztonság, nevetés.” (LS 4)*

Gondoskodás: *„De, hát anyaság, hát gondoskodás, gondoskodni valakiről, fölnevelni valakit.” (LS 6)*

2. Érzelmek

A második főtéma, ami megjelent mindkét csoportnál, az „érzelmek” voltak. A „feltétel nélküli szeretet” fontosságát mindkét csoportban megfogalmazták, azonban a látássérült fiatal nők körében emellett a „büszkeség” és a „nyugalom” érzése is megjelent.

A „(feltétel nélküli) szeretet” az alábbi módon jelent meg az értelmezésekben:

„És tényleg nagyon fontos az is, hogy az anyuka szeresse a gyereket és tényleg kész legyen arra gyereket vállaljon.” (LS 1)

„Meg egy olyan mértékű szeretetet, amit el sem tudok képzelni.” (L 9)

A látássérült nők csoportjában a büszkeség és a nyugalom érzése egy-egy nő esetében jelent meg:

„Számomra mindenképpen jelent egy a nőiségnek egy olyan fokát, ami hát nálam ez egyszerre ilyen melegséget sugároz meg büszkeséget.” (LS 9)

„De maga ez a nyugodt, jó kis környezet.” (LS 4)

3. Kapcsolat, kötődés

Mindkét csoportban megjelent valamilyen megfogalmazásban a minőségi anya-gyermek kapcsolat jelentősége az anyasággal kapcsolatban. Ezt a főkategóriát nem bontottuk alkategóriákra. A látássérült személyek közül hárman említették meg, míg a látó csoportban hat nő utalt a gyermekkel való kapcsolat jelentőségére.

„Egy nagyon szoros kötődést, ami pótolhatatlan.” (LS 1)

„Hát, az anya-gyerek kapcsolat szerintem az a legelső köteleke a gyerekeknek. És az nagyon fontos ugye a számára.” (LS 3)

„Hát, egy nagyon meghatározó kapcsolat, ami az egész életet meghatározza, szerintem.” (LS 10)

„Tényleg az anya-gyerek kapcsolat azért egy nagyon erős kötelék.” (L 5)

„Ez egyik ilyen legőszintébb kapcsolat, ami két ember között kialakulhat, és egy nagyon-nagyon érzékeny viszony és nagyon kell rá vigyázni szerintem.” (L 6)

4. Saját családi kapcsolatok

Mindkét csoportban jellemző volt az anyaság értelmezésével kapcsolatban a saját család, legtöbbször az anya megemlítése. A látássérült nők körében a legkiemelkedőbb, leggyakrabban megjelenő főtéma volt ez, legfőképp az anyával való kapcsolat jelentősége tükröződött az interjúkban. A látássérült csoportban a 10 vizsgálati személyből hét fő, a látó nők esetében pedig háromszor jelent ez a főtéma, melyet szintén nem bontottunk altémákra. Mindkét csoport részéről két-két idézettel kívánjuk bemutatni ezt a főtémát.

„Ez elsősorban a saját anyámat juttatja eszembe, illetve azt, amit ő megtett értünk.” (LS 7)

„Meg nekem az anyasággal kapcsolatban alapvetően itthonról pozitív élményeim vannak. Édesanyámmal nagyon jó kapcsolatom van.” (LS 9)

„Tehát, ha valami nem jó, akár szakmámban, akár így magánéleti szempontból, akkor tudom, hogy mindig vissza tudok húzódni a családba, és főleg anyu az, akiben meg tudok bízni, és ő az egyetlen ember, akinek bármit el tudok mondani.” (L 4)

„De ha így a másik irányba gondolkozok, akkor nem tudom, amit kaptam tőle, az az, hogy tényleg így (...) hogy ha arról volt szó, akkor így ott volt nekem, hogy tényleg mindig-mindig lehetett rá számítani.” (L 8)

5. Folyamatosság

Összefoglalóan „folyamatosság” fő témának neveztük el azokat a jelenségeket, amelyek valamilyen mértékben az anyaság hosszabbtávú értelmezésével kapcsolatosak és a folyamatosságot hangsúlyozzák. E fő téma esetén nem találtunk olyan altémát, ami közös lett volna a két csoportban, azonban a válaszok korlátozott terjedelme miatt nem vetjük el, hogy a vizsgálati személyek értelmezései között átfedés, hasonlóság lehet, melyet hosszabb, árnyaltabban válaszok esetén pontosabban vizsgálhattunk volna.

A látó fiatal nők esetében az „élet teremtése” altémát határoztuk meg, mely egy vizsgálati személy esetében volt jelen:

„De talán az élet teremtése, egy örökös felelősségvállalás.” (L 7)

A látássérült fiatal nők csoportjában az „életforma” altémát különítettük el e fő témán belül, ami két esetben fordult elő.

„Mert így nem mondanám azt, hogy, hogy ez egy szerep, ez egy állapot vagy ez egy akármilyen. Igazából majdnem azt is mondhatnám, hogy ez egy életforma. (...) De most akármilyen is az anyaság, mondjuk azt, hogy az életnek egy szakasza, vagy egy teljesen új fejezete, mert az anyaság tényleg egy életre szól. (LS 5)”

„Hát, egy nagyon meghatározó kapcsolat, ami az egész életet meghatározza, szerintem.” (LS 10)

6. Identitás

Mind a látó, mind a látássérült fiatal nők körében megfogalmazódott az anyaság női identitással való összekapcsolása. Egy látó nő az anyaságot a kiteljesedés egy részeként fogalmazta meg, míg három látássérült vizsgálati személy a nőiség és anyává válás különlegessége mentén értelmezte az anyaságot. Egy látássérült fiatal nő anyaság megélésének

különlegessége, egyedisége mentén a társadalom gyermekvállalással kapcsolatos elvárásait is megemlíttette, mellyel szemben a vizsgálati személy a saját megélés fontosságát hangsúlyozza.

„És akkor vannak a társadalmi elvárások ezzel szemben (...) Szóval, hogy hiába van az, hogy van egy külső nyomás ezzel kapcsolatban és és van egy sztenderd, kialakult dolog, hogy milyennek kéne lennie egy anyának vagy valami hasonló. Tényleg ez egy olyan dolog, amiben mindenkinek magának kell, mondhatnám, hogy beletanulnia, akkor is, ha ez nem hangzik olyan szépen ezzel kapcsolatban, de, hogy, ezt, ezt magának kell mindenkinek ezt, hogy ő hogy tud ebben a szerepben helytállni, mert valahogy muszáj.” (LS 5)

„De az anyának is, mert előtte csak nő volt és utána anya lett.” (LS 3)

„Számomra mindenképpen jelent egy a nőiségnek egy olyan fokát, ami hát nálam ez egyszerre ilyen melegséget sugároz meg büszkeséget.” (LS 9)

„Hát, talán használnám ezt a szót, hogy ajándék, aztán... nem is tudom, csoda.” (LS 12)

„Igen, a kiteljesedés egy része.” (L 7)

6.9.4 Diszkusszió

Kutatásunk második részében látó és látássérült nőkkel készítettünk félig strukturált interjúkat a gyermekvállalás témakörében. Legfőbb motivációnk az volt, hogy megismerjük azokat a vissza-visszatérő jelenségeket, melyek a látássérültség gyermekvállalásban való esetleges befolyásával, illetve az anyaság értelmezésével kapcsolatosan megjelennek a gyermekvállalás előtt álló látássérült nők körében. Vizsgálatunkat azért is fontosnak tartottuk, mert az anyaság szubjektív értelmezését látó és látássérült anyák körében is vizsgáltuk. A fiatal nőkkel folytatott interjúk így lehetővé tették, hogy megfigyeljük azokat a jelenségeket, melyek a gyermekvállalás előtt álló és a gyermeket nevelő nők beszámolóiban is mind tetten érhetők.

6.9.4.1 Látássérültség szerepe a gyermekvállalásban

A látássérült fiatal nők esetében a látássérültség, mint gyermekvállalást esetlegesen befolyásoló tényezővel kapcsolatos kérdés volt az egyik, melynek válaszait elemeztük. A tematikus elemzés során számos jelenség megjelent, mely a szakirodalomban is említésre kerül. A látássérült fiatal nők az örökletesség témája mellett a partner szerepét hangsúlyozták legjobban a gyermekvállalásban. A megfelelő partner jelenléte elengedhetetlen a családalapítás mellett való döntésben, illetve a partner látásképesége is mérvadó e kérdésben (Walsh-Gallagher, 2012). Az örökletességgel kapcsolatban a legtöbb érintett fiatal nő úgy nyilatkozott, hogy befolyásolja látássérültségük örökölhetőségének lehetősége a későbbi gyermekvállalási terveket, míg egy látássérült személy úgy vélte, hogy esetében az örökletességnek nincs hatása

a családalapítási szándékára. Lappeteläinen és munkatársai (2017) kutatásukban megerősítették, hogy fizikai fogyatékossgal élő nők körében a „megtervezett választás” jelensége igen markáns a gyermekvállalással kapcsolatban. A családalapítást megelőzően nagy részük genetikai vizsgálatokon vesz részt, annak érdekében, hogy tudomást szerezzen arról, mennyi az esélye annak, hogy gyermeke örökölheti fogyatékossgát. A kutatók szerint így az érintett nők esetében a szubjektív vágyak és a racionális tettek, döntések között éles konfliktus, ellentét tud kialakulni, mely erőteljesen képes befolyásolni a gyermekvállalási szándékot. Lapierre és munkatársai (2017) biomedikális tényezők közé sorolták a genetikai átvitel útján való öröklődést, mely befolyásolhatja a fogyatékossgal élő nők gyermekvállalással kapcsolatos elhatározásait, döntéseit.

Visszatérő jelenség volt a csecsemőgondozás, melyen belül a kérdések, kihívást jelentő helyzetek, illetve a tapasztalatok fontossága jelent meg. Jellemző módon ez a főtéma inkább gyakorlati megfontolásokat vetett fel, mint pl. pelenkázás látássérültként, csecsemőgondozási tanfolyamon való részvétel szerepe. Malacrida (2009) hangsúlyozza, hogy nagyon fontos szem előtt tartanunk, hogy egyéni, sajátos kihívásokkal és tapasztalatokkal rendelkeznek a fogyatékossgal élő anyák. A csecsemőgondozással kapcsolatos kérdések mögött a társadalmi elvárások miatt okozott kisebbségérzés, kompetencia megkérdőjelezése is szerepet játszhat, míg a tapasztalatok fontosságának megemlítése utalhat a fogyatékossgal élő nők gondosan tervezett gyermekvállalására is (pl. Lappeteläinen et al., 2017).

A kompetenciával kapcsolatos jelenségek is ismétlődően megjelentek a látássérült fiatal nők válaszaiban. Voltak, akik a saját kompetenciájukkal kapcsolatos bizonytalanságukat, kétségeiket fogalmazták meg a gyermekvállalással kapcsolatban. Egy látássérült fiatal nő pedig azt fejezte ki, hogy a gyermekről való gondoskodás képessége önállóság és függetlenség függvényé. Ezen eredmények Lappeteläinen és munkatársai (2017) által végzett kutatás során is megjelentek a fogyatékossgal élő nők körében, ugyanis szintén voltak, akik bizonytalanságról és ambivalenciáról számoltak be a gyermekvállalással kapcsolatban. A kompetenciával kapcsolatos kétségek, bizonytalanság, az önállóság és függetlenség kérdése kapcsolatban lehet a fogyatékossgal élő emberekkel kapcsolatos uralkodó társadalmi attitűdökkel (stigmák, előítéletek, megkérdőjelezés) is (pl. Kirshbaum és Olkin, 2002; Könczei, 2017; Prilleltensky, 2004). Az önállóság és függetlenség jelensége szolgálhat egyfajta ellen-narratívaként is, melynek célja lehet a kiszolgáltatottsággal, segítségre szorultsággal kapcsolatos előítéletek megcáfolása is.

A vizsgálati személyek közül egy nő említette meg a saját édesanyját, míg egy másik a sorstárs példa szerepét hangsúlyozta. A fogyatékossgal élő nők körében marginális szociális

tényezők a gyermekvállalással kapcsolatos döntéshozatalban a társadalmi interakciók és a támogatás, mely a kiterjed az egészségügyi szakemberekkel, partnerrel, saját családdal, barátokkal, példaképekkel való kapcsolat minőségére is (LaPierre et al., 2017). Vizsgálatunk során a környezeti tapasztalatok mentén a saját édesanyával és a sorstárssal való kapcsolat jelentősége mutatkozott meg egy-egy látássérült fiatal nő válaszában.

A látássérültség, mint a gyermekvállalást esetlegesen befolyásoló tényező kérdésével kapcsolatban a kölcsönös alkalmazkodás, azon belül is a szülő és gyermeke között kialakult sajátos kapcsolat fontosságát hangsúlyozta egy látássérült nő. Még, ha befolyással is van a látássérültség a családalapításra, gyermekkel való kapcsolatra, a látássérült szülők képesek gyermekükkel egy olyan sajátos, egyedi kapcsolatot kialakítani, mely képes biztosítani kettejük interakciójának, kommunikációjának gördülékenységét. Ezt a megállapítást több empirikus tanulmány is igazolta, melyben látássérült szülők gyermekükkel folytatott interakcióját és azok sajátosságait vizsgálták (pl. Senju et al., 2013). A gyermekgondozás során spontán kialakult rögtönzött megoldási stratégiák, adaptív megküzdések protektív tényezőként lehetnek jelen egy látássérült nő énhatékonyság érzését illetően (Kálmán, 2010; Szilágyi, 2017). Emellett a kölcsönös alkalmazkodásra a gyermekkel való együttlét során a fizikai kontaktust előtérbe helyezése (*close-nurturing*) is egy jó példa lehet (Moghadam et al., 2017).

A vizsgált kérdéssel kapcsolatos egyéni válaszokban nem igazán jelentek meg érzelmek. Egy esetben fogalmazódott meg a félelem az örökletesség lehetőségével kapcsolatban. A szakirodalomban a félelem, szorongás érzése a környezeti veszélyforrásokkal kapcsolatban jelent meg korábban látássérült nők körében (pl. gyermekkel való közlekedés) (Conley-Jung és Olkin, 2001). Véleményünk szerint a látássérült fiatal nők, akik esetlegesen a gyermekvállalást fontolgatják, a félelem, szorongás leküzdése érdekében vesznek részt alapos szűrővizsgálatokon, illetve hajlamosak részletesen megtervezni gyermekvállalásukat (Lappeteläinen et al., 2017).

6.9.4.2 Az anyaság értelmezése látó és látássérült fiatal nők körében

A fiatal nőkkel folytatott interjúk során hasonló jelenségek mutatkoztak meg az anyaság szubjektív értelmezésével kapcsolatban, mint az anyákkal készített beszélgetések során (pl. „érmek”; „kapcsolat, kötődés”; „folyamatosság”, „identitás”), amit a következő fejezetben kívánunk bemutatni (ld. 6.10.2. fejezet).

A látó és a látássérült vizsgálati személyek körében is egyaránt megjelent a „fontos feladatok” fő témába csoportosított „felelősség”, „védelem” és „rendelkezésre állás” motívuma.

A „fontos feladatok” főtémán belül kizárólag a látássérült fiatal nők körében megjelenő altémák a következők voltak: „autonómia támogatás”, „érettség”, „fizikai kontaktus fontossága”, „gondoskodás”, „otthon teremtés”. A látó fiatal nők körében az „elköteleződés” és a „tudatosság fontossága” emelkedett ki. Úgy gondoljuk, hogy a látássérült nők interjúiban megjelenő jelenségek nagyobb érzelmi belemerülést, és ezzel együtt idealisztikusabb/elvontabb, a jövőbe tekintő képet tükröznek a látó fiatal nők válaszaiban található jelenségekhez képest (vö. tudatosság vs. nevetés, ölelés).

Az „érmek” főtémán belül a „(feltétel nélküli) szeretet mindkét csoportban előfordult. A látó fiatal nők körében ezen kívül nem jelent meg más érzelm az anyasággal kapcsolatban, azonban a látássérült fiatal nők „büszkeség” és a „nyugalom” érzését említették még, ami kapcsolatban állhat a látássérült nők bizonytalanabb női identitásával, amit az anyaság megélése erősíthet, hiszen a szülői kompetencia megélése, az anyai szerep pozitív hatással lehet a látássérült nők saját magukról alkotott képére (Walsh-Gallagher, 2012).

A „kapcsolat, kötődés”, mint főtéma mindkét csoportban megjelent. Ezen belül altémákat nem határoztunk meg, azonban mind a „fontos feladatok” főtémán belül található „védelemhez” és „rendelkezésre álláshoz” kapcsolódhat ez a főtéma, csakúgy, mint az „érmek” főtémán belül található „feltétel nélküli” szeretethez.

A „saját családi kapcsolatok” főtémát szintén önmagában, altémák nélkül határoztuk meg, mely mindkét csoportban megjelent. Leggyakrabban a fiatal nők saját édesanyjukkal való kapcsolatuk jelentőségét fogalmazták meg a szubjektív anyaság-értelmezéseik során. A látássérült nők körében majdnem minden esetben megjelent ez a főtéma (7 fő), míg a látók esetében ez kevésbé volt gyakori (3 fő). Ez a jelenség összhangban van Lawler és munkatársainak (2015) megállapításával, miszerint a fogyatékkal élő várandós nők körében az anyává válás folyamatának első szakaszában, melyet a szelféret kialakulásának (*Having a sense of self*) neveztek el, a jelentős másokkal – mint például az anya saját anyjával – való kapcsolatának van különösen fontos szerepe, a biztonságérzet, védelmezés, elfogadás és a valahová való tartozás érzése mentén. Eredményünk arra utal, hogy már a gyermekvállalás előtt álló látássérült (és látó) nők körében is megfogalmazódik a szülőséggel kapcsolatban a saját anyával való kapcsolat kitüntetett szerepe. Ugyanakkor a látássérült fiatal nők körében ez a kifejezetten magas arányban megjelent altéma összefüggésben lehet a fogyatékkal élő fiatalok szüleinek körében megfigyelhető túlvédő attitűddel is (Pinquart és Pfeiffer, 2019; Huurre et al., 2001; Kálmán és Könczei, 2002). A túlvédő szülői magatartásból következhet, hogy a látássérült fiatal interperszonális kapcsolatait kevésbé határozzák meg a saját családon kívüli személyek, ugyanakkor a saját szülőkkel való kapcsolat meghatározóbb, jelentősebb.

A „folyamatosság” főtémán belül a látó fiatal nők körében az „élet teremtése”, a látássérült fiatal nők esetében pedig az „életforma” altémákat különítettük el. A két csoportban megfigyelhető jelenséget talán az alapján lehet megkülönböztetni, hogy a látó fiatal nők a az élet teremtésével a gyermek oldaláról, míg a látássérült fiatal nők az életforma említésével a saját szerepüket emelték ki az anyasággal kapcsolatban. A látássérült fiatal nők körében az egyik vizsgálati személy „új szerepként” határozta meg az anyaságot, ami szintén gyakran megjelenik a látássérült nők beszámolóiban. Az anyai szerepben való kiteljesedés lehetővé teszi a látássérült anyák számára az önérvényesítést és a „fogyatékossgal élő nő” szerepét felváltja az „anyaság szerepe” (Lappeteläinen és mtsai, 2017).

Az „identitás” főtéma a látó fiatal nők esetében a „kiteljesedés” altémát, a látássérült fiatal nők körében pedig a „különlegesség” altémákat tartalmazta. A kiteljesedés jelenségét – amennyiben a szakirodalomra kívánunk hivatkozni – inkább a látássérült fiatal nők körében vártuk volna inkább felbukkanni. A látássérült fiatal nők körében azonban a „különlegesség” altéma az anyaság kiváltságosságát hangsúlyozza inkább (pl. anyaság mint „csoda”, „ajándék”, „a nőiség egy foka”. Egy látássérült nő kifejezte az anyaság megélésével kapcsolatban a külső környezet viszonyulásának, a „társadalmi elvárásoknak” a befolyását is. Talán e témával kapcsolatban tükröződnek a leglátványosabban a látássérült fiatal nők válaszaiban az uralkodó társadalmi attitűdök, vélemények a látássérült szülőséggel kapcsolatban. A szülőség „csodaként” vagy „ajándékként” való értelmezésében akár a Kálmán (2010) által meghatározott anyaság mint „mitikus magasságokba emelt társadalmi termék” meghatározását is tetten érhetjük, ami igen gyakran előfordul a fogyatékossgal élők szülőségével kapcsolatban. Első vizsgálatunk kiegészítésében (ld. 5.7.1. alfejezet) az általunk megkérdezett látássérült anyák szintén beszámoltak arról, hogy a társadalom szemében „csoda”, ha egy látássérült ember gyermeket nevel, amit az érintettek pozitív diszkriminációnak éltek meg.

6.10 2. kvalitatív vizsgálat: Látó és látássérült anyák anyaság-értelmezései

A második kvalitatív vizsgálatunk során félig strukturált interjúkat készítettünk látó és látássérült anyákkal. A beszélgetések során a szubjektív anyaság-értelmezésekre terjedt ki érdeklődésünk, melynek tematikus elemzését az alábbi fejezet tartalmazza.

6.10.1 Kutatási kérdés

Jelen vizsgálat két elméleti perspektívát – a narratív pszichológiát és a fogyatékoságtudományt – ötvözve vizsgálja az anyaság szubjektív értelmezését látássérült és látó nők körében. A narratív pszichológia alapvetése szerint az elbeszélések lehetővé teszik, hogy az élet különböző élményeinek értelmet adjunk (László, 1999).

Kutatásunk vezető módszertani-elméleti paradigmája megfelel a kvalitatív pszichológia empirikus (*experiential*) (Reicher, 2000) vagy realista (Joffe, 2011) hagyományának: a célunk az volt, hogy megragadjuk a résztvevők nézőpontját és élményeit, ahogy az elbeszéléseikben tükröződik, és eredményeinket az elbeszélésekben kibontakozó témák kategóriáiban fogalmazzuk meg. Ennek megfelelően a nyelvi anyagot inkább a belső kategóriák és megértés leképeződéseként kezeltük (Reicher, 2000), amelyből a résztvevők gondolatai, érzései, gyakorlatai közvetlenül kiolvashatók, és ezekben értelmezhetők a társadalmi hatások egyéni lenyomatai is. Elfogadva Braun és Clarke (2006) érvelését, a tematikus elemzés (*thematic analysis*) elméletileg rugalmasabb módszerét találtuk alkalmasnak arra, hogy ebben a megközelítésben elemezzük résztvevőink beszámolóit.

Kutatásunk fő célja az volt, hogy megvizsgáljuk, hogyan jelenik meg a látássérült anyák anyaságnarratíváiban a társas környezetük velük szembeni attitűdje. Vizsgálatunkban nem célunk a látó és látássérült anyákat két, társadalmi szinten eltérő csoportként kezelni. A látó csoport bevonása annak felmérését szolgálja, hogy a látó anyák körében is kimutathatók-e az anyaságuk értelmezésében a társadalmi nézetek befolyása, vagy ez kifejezetten csak a látássérült anyák körében jellemző. Kutatási kérdésünk tehát arra terjedt ki, hogy hogyan értelmezik ma magukat szülőként a Magyarországon élő látássérült és nem látássérült anyák.

6.10.2 Módszer

6.10.2.1 A vizsgálati személyek és eljárás

Vizsgálatunkban 20 látássérült és 21 látó anya vett részt. Beválasztási kritérium volt a gyermekek ép látása. Kizárási kritériumként kezeltük az anyák aktuális várandósságát, ami

egyetlen esetben fordult elő. Fontosnak tartottuk a minta heterogenitását, mert egy ilyen viszonylag alacsony elemszámú, nehezen hozzáférhető vizsgálati csoport esetében a demográfiai változóknak megmutatkozó heterogenitás a vizsgált téma mélyebb megismerését eredményezheti (belső megbízhatóság). Ugyanakkor a látássérült és a látó csoport tagjait igyekeztünk az egyes demográfiai adatok (az anya és a gyermek életkora, az anya iskolai végzettsége és családi állapota, lakóhely) mentén illeszteni, hogy az általunk kontrollálható és az anyaság megélését feltehetően befolyásoló tényezőkben ne térjen el jelentősen a látó és a látássérült csoport.

Az interjúalanyokat hólabda módszerrel, és céltudatos, illetve kényelmi mintavétellel vontuk be kutatásunkba (O'Brien et al., 2014). A céltudatos mintavételt a látássérült anyák toborzása során alkalmaztuk a kutatási kérdésünk relevanciája miatt, a kényelmi mintavételt pedig a vizsgálatban való részvétel fent részletezett minimális feltételeinek meghatározásával önkéntes részvétel útján a látó anyák esetében alkalmaztuk. A hólabda módszer mind a látó, mind a látássérült anyák körében előfordult. A toborzást egy látássérüléssel élő pszichológushallgatóval együtt végeztem. A kutatásban részt vevő személyeket írásban (e-mailben), telefonon vagy személyesen kerestem fel. A toborzás kezdetétől egy táblázatban vezettem a jelentkezők adatait (demográfiai adatok, elérhetőségek, az interjú időpontja, hosszúsága), amelyet folyamatosan bővítettem. Az interjúbeszélgetések lefolytatását megelőzően szemléletformálás céljából több fogyatékoságtudományi tanulmányt is elolvastunk (pl. Dunn és Burcaw, 2013; Engel és Munger, 2007), illetve néhány látássérüléssel élő emberrel is beszélgettünk azokról a szempontokról, attitűdökről, amelyeket az érintett személyekkel folytatott interjúk során érdemes figyelembe venni (pl. szóhasználat, a társadalomban megjelenő sztereotípiák, előítéletek befolyása).

A mintaelemszám meghatározásánál rugalmas mintavételi stratégiát alkalmaztunk. Mind a látó, mind a látássérült anyák csoportjának nagyságát a szaturáció szintje, vagyis az az interjúmennyiség határozta meg, amely felett a további interjúk már nem szolgáltatnak új információt a vizsgált jelenségről (O'Brien, 2014; Willig, 2013). A látássérült anyák esetében 20, a látó anyák esetében pedig 21 résztvevőszámnál értük el ezt az értéket, hogy a további interjúk során ismétlődő jelenségekre már nem bukkantunk.). Így kis mértékben felülmúlta Hennink és Kaiser (2022) ajánlását, amely szerint kvalitatív kutatások esetében 9-17 interjú általában megfelelő adatmennyiséget szolgáltat a szaturáció eléréséig.

Mivel egy társadalmilag marginalizált csoporttal készítettük a kutatást, különösen fontosnak tartottuk és ügyeltünk minden kutatás-etikai feltételnek eleget tenni (adatvédelem, önkéntes részvétel, anonimitás, válaszadás megtagadásának lehetősége, testi-lelki integritás

védelme (Kálmán és Könczei, 2002). Vizsgálatunkat az Egyesített Pszichológiai Etikai Bizottság 2019-34-es számú engedélye hagyta jóvá (ld. 12.3. sz. melléklet). Az interjúkat 2018 decembere és 2020 februárja között készítettük.

A látássérüléssel élő csoportot tekintve elsősorban veleszületett vaksággal élő anyákkal készítettünk interjúkat, de szerepeltek a kutatásban olyan anyák is, akik gyermekkorukban vagy fiatal felnőttkorukban veszítették el a látásukat. Az érzékszervi akadályozottság leggyakoribb okai között szerepelt a koraszülöttségből adódó retinaleválás, látóideg-károsodás, illetve festékes szemideghártya-gyulladás (*retinitis pigmentosa*).

A látássérült anyák átlagéletkora 35,8 év (SD = 7,24 év, terjedelem: 24–52 év), a látó anyáké 33,0 év (SD = 4,35 év, terjedelem: 28–42 év) volt. A legtöbb édesanya 1 vagy 2 gyermeket nevel. A gyermekszám átlaga 1,6 (SD = 1,69) gyermek. Két (látó) várandós anya is szerepelt a vizsgálatban. A látássérült anyák gyermekei között a legfiatalabb 5 hónapos, a legidősebb 20 éves volt, míg a látó csoport gyermekei életkori megoszlása 6 hónapos és 11 éves kor között mozgott. Mindkét csoport esetében az 1–6 éves kor közötti gyermekek voltak a legtöbben. Lakóhely tekintetében a legtöbb résztvevő a fővárosban (látássérült: 9 fő, látó: 4 fő) és városban (látássérült: 9 fő, látó: 15 fő) élt. Mindkét csoportban a legmagasabb iskolai végzettség az egyetem (látássérült: 9 fő, látó: 10 fő) volt. A látó és a látássérült anyák közül is a legtöbben házasságban éltek (látássérült: 8 fő, látó: 16 fő), de gyakori volt az élettársi kapcsolat is (látássérült: 6 fő, látó: 5 fő). 6 látássérült anya egyedülálló vagy elvált volt, míg a látó anyák körében ez senkire sem volt igaz. Az elvált/egyedülálló anyák arányában megmutatkozó különbség véleményünk szerint két tényezővel magyarázható. Egyrészt visszatükrözi a Központi Statisztikai Hivatal (KSH) felmérését, amely eredményei szerint a 2001-es és a 2011-es népszámlálás közötti időszakban nőtt az elváltak, és ezzel együtt az egyedülállók aránya is a legtöbb fogyatékosági típussal élő, így a látássérült emberek körében is (Tausz et al., 2015). Emellett a látássérült személyek körében nemzetközi és hazai szinten is magasabb arányú az egyedülálló, mint a házas családi állapot (pl. Balogh, 2005; Cedrone et al., 2006). Másrészt a látássérült anyákat személyesen, célzottan kerestük fel, és a részvételi hajlandóságuk is magasabb volt. A megkeresett látássérült anyák 95%-a beleegyezett a kutatási részvételbe. Ezzel szemben a látó anyákat szociális média felületeken, kényelmi mintavétellel toboroztuk, így feltehető az is, hogy az egyedülálló/elvált látó anyák körében alacsonyabb volt a motiváció a kutatásban való részvételre. A vizsgálati mintát tekintve 16 anya veleszületett, 4 nő pedig szerzett látássérültséggel élt. A látássérült nők partnereinek látásképeségét tekintve 12 főnek látó, 8 főnek látássérült férje/partnere volt. A partnerek közül egy fő egyéb érzékszervi akadályozottsággal, hallássérüléssel él, és két látássérült partner gyengénlátó. A látássérült

anyak közül 4 fő esetében más egészségügyi probléma is fennállt (vízfejűség [*hydrocephalus*], törpenövés, Crouzon-szindróma). A demográfiai adatok részletes megoszlását az 15. táblázat foglalja össze.

Vizsgált demográfiai adatok		Látássérült anyák (20 fő)	Látó anyák (21 fő)
Életkor	Átlagéletkor (SD)	35,8 (7,24) év	33,0 (4,35) év
	Terjedelem	24–52 év	28–42 év
	Életkori sáv (<i>n</i>)		
	24–30 év közötti	5	7
	31–40 év közötti	12	12
	41–50 év közötti	2	2
	50 év felett	1	0
A gyermekek száma (<i>n</i>)	1 gyermek	15	8
	2 gyermek	3 (1 ikerpár)	9 (2 fő várandós)
	3 gyermek	1	3
	4 gyermek	1	0
	6 gyermek	0	1
A gyermekek életkora	Átlagéletkor (SD)	5,77 (5,68) év	3,9 (10,46) év
	Terjedelem	5 hónapos – 20 éves	6 hónapos – 11 éves
	Életkori sáv (<i>n</i>)		
	1 év alatti	4	2
	1–6 éves	14	30
	7–12 éves	5	9
	12–18 éves	4	0
	18 év feletti	1	0
Lakóhely (<i>n</i>)	Főváros	9	4
	Megyeszékhely, város	9	15
	Falu	2	2
Iskolai végzettség (<i>n</i>)	8 általános	1	0
	Középiskola	6	4
	Szakmunkás	1	0
	Főiskola	3	7
	Egyetem	9	10
Családi állapot (<i>n</i>)	Házasság	8	16
	Élettársi kapcsolat	6	5
	Elvált/egyedülálló	6	0
Látássérültség típusa (<i>n</i>)	Veszélyeztetett	16	
	Szerzett	4	
Partner látásképessége (<i>n</i>)	Látó	12	
	Látássérült	8	

15. táblázat: A minta főbb demográfiai adatai

6.10.2.2 Félig strukturált interjúk

Kutatási kérdésünk implikálta az alkalmazni kívánt módszert, hiszen vizsgálatunk fókuszában az anyasággal kapcsolatos élmények és azok elbeszélése álltak, és azok minél

hitelesebb, megbízhatóbb elemzése. Második, jelen vizsgálatunk során is fontosnak tartottuk a kvalitatív módszertani paradigmákhoz való igazodást, melyet bővebben az előző fejezet 6.9.2.2. alfejezetében tárgyaltunk (pl. fegyelmezett szubjektivitást, „objektív” vagy semleges megismerési pozícióra, trianguláció technikája).

A félig strukturált interjúk előkészületeit illetően módszertani megfontolásaink, és a beszélgetések kivitelezésének körülményeivel kapcsolatos szempontok megegyeznek az előző vizsgálatunkban leírtakkal, melyet a 6.9.2.2. alfejezet tartalmaz (pl. hangrögzítő alkalmazása, szóbeli beleegyezés kérése, jegyzetek készítése).

Az interjúk hanganyagát és az átírt szöveget minden esetben a személyes célra használt laptopom (Lenovo YOGA 530) jelszóval védett mappájába csoportosítottam és tároltam. Az interjúelemzésben részt vevő személyekkel az anonimizált szövegrészleteket a *Google Drive* felhőalkalmazás segítségével osztottuk meg egymás között, amelyek kizárólag hozzáférés elküldését követően voltak elérhetők.

A látássérült anyákkal készített interjúk terjedelme átlagosan 6.154 szó (terjedelem: 1.609–13.647 szó), míg a látó anyákkal készített interjúké átlagosan 3.569 szó volt (terjedelem: 1252–6325 szó). A hangfelvételek tárolása, anonimizálása, szöveges formává való átkonvertálásának menete megegyezett az első vizsgálatban leírtakkal (ld 6.9.2.2. alfejezet).

A rapport megteremtése és az interjúhelyzetre való ráhangolódás céljából első kérésünk az interjúalany felé ebben a vizsgálatunkban is az volt, hogy röviden mutassa be önmagát. Látássérült interjúalanyainkat az interjú első szakaszában megkértük, hogy mutassák be érzékszervi akadályozottságukat (megnevezés, eredet, jelenlegi állapot, látásképeség). Ezt követően kérdéseinket részben a Stern-i klinikai ablakok elmélete⁹ mentén (Stern, 2004), részben a gyermekneveléssel kapcsolatos szakirodalmi forrásokra (pl. Lappeteläinen et al., 2017; Ozvári-Lukács, 2013) hivatkozva alkottuk meg. Kérdéseink között szerepelt többek között egy-egy olyan történet felidézése, amely egy anya és gyermeke közötti harmonikus együttlétet, közös játék helyzetet jelenít meg. Az anyaság, a szülői szerep értelmezésével kapcsolatos elemzésünket a következő kérdésre adott válaszokon végeztük: „*Az Ön számára mit jelent az anyaság? Mi jut róla az eszébe?*”. (A teljes interjúvázlat a 12.19. sz. mellékletben olvasható.)

⁹ Daniel Stern (2004) „klinikai ablakoknak” tekint minden olyan csomópontot a csecsemő fejlődésében, amikor a gyermek működésének majdnem minden vetülete változik (mozgásos, affektív, kognitív, társas stb.) és a szülővel való kapcsolat is újrászerveződik, így az időszak rálátást ad a fejlődés és a kapcsolat minőségének vizsgálatára. Például az első 2 hónap során „klinikai ablaknyitogatásnak” tekinthető a táplálás és/vagy altatás, a sírás és a vigasztalás eseményei (pl. szoptatás, szülői és csecsemői szenzitivitás mértéke), míg az 5. és 9. hónap közötti időszak a tárggyal való közös játék (pl. szem–kéz-koordináció, irányvezérlés) „klinikai ablaka”.

6.10.2.3 Tematikus elemzés

Mivel a kutatási kérdésünk a látássérült és látó anyák szülőséggel kapcsolatos élményeinek elemzésére irányult, ezért második vizsgálatunk során is tematikus elemzést (Braun és Clarke, 2006) végeztünk az interjúszövegeken. A tematikus elemzés során kiemelkedő, ismétlődő jelenségeket, témákat kerestünk a szövegekben, amelyek az interjúkérdések mentén (deduktív, elmélet- és hipotézis-vezérelt módon), illetve azoktól függetlenül (induktív módon) jelentek meg az interjúkban (Braun és Clarke, 2006).

A tematikus elemzés kivitelezésében összesen 7 személy vett részt. Az elemzés első szintjén a jelentős, ismétlődő szövegelemek beazonosítását három MA pszichológia szakos hallgató független kódolóként, csoportosan végezte, egy látássérüléssel élő BA pszichológia szakos hallgató pedig érintett személyként vett részt a kutatás ezen szakaszában. Az ő bevonását azért tartottuk fontosnak, mert szerettünk volna az inkluzív (participatív) kutatási módszertannal eleget tenni a „*Semmit rólunk nélkülünk!*” elvnek, mely a fogyatékoság létélményét vizsgáló fogyatékoságtudományi kutatásokban különösen fontos (Könczei, 2017). A tematikus elemzés már az első interjúbeszélgetés szöveges formátumba való átírását követően elkezdődött, és a további interjúk készítésével és átírásával párhuzamosan folytatódott. A visszatérő jelenségeket az első szerző először manuálisan kódolta, majd szelektív kódolást követően az ismétlődő jelenségeket az ATLAS.ti 8 kvalitatív adatelemző szoftver segítségével kategorizáltuk, illetve rendszereztük (Frieze, 2019). A manuális és szelektív kódolás során a vizsgált szövegegységeket először egy-egy Word dokumentumba gyűjtöttük ki. Így készült egy-egy táblázat, amely az összes látássérült és az összes látó anya vizsgált kérdésekre („*Az Ön számára mit jelent az anyaság? Mi jut róla az eszébe?*”) adott teljes válaszát tartalmazta. Az egyes szövegrészek melletti oszlopban generáltuk a kódokat a felmerülő jelenségek alapján. Az ATLAS.ti 8 angol nyelvű szoftver segítségével kategorizáltuk és csoportosítottuk a kódokat. Az elemzés során felfedezett ismétlődően megjelenő kódokból fő témákat konstruáltunk, majd ezeket további csoportokra (altémák) bontottuk, amelyek nem exkluzív kategóriák, azaz egymással kapcsolatban állhatnak, átfedésben lehetnek. A csoportosítást először az első szerző, majd a második szerző végezte el. Egyet nem értés esetén, a konszenzuális kvalitatív módszernek megfelelően a szerzők egyeztettek a végleges kategóriákról, amely a jelenségek, fő- és altémák újradefiniálásával valósult meg (Hill és Knox, 2021). A szerzők heti rendszerességgel találkoztak egymással és vitatták meg az elemzés részleteit.

6.10.3 Eredmények

A vizsgálatban szereplő anyák beszámolóiban 9 főtéma emelkedett ki az anyaság szubjektív értelmezésével kapcsolatban, amelyeket az 16. táblázatban foglaltunk össze.

Főtéma	Altémák	
	Látássérült anyák	Látó anyák
1. Érzelmek	Boldogság	
	Szeretet	
	Ambivalencia (önfeladás/teher vs. öröm/pozitív megélés)	
	Alkotásöröm	
		Negatív érzelmek (pl. fáradtság, kiszámíthatatlanság, aggodás)
2. Folyamatosság	Az anyaságélmény kibontakozása	
	A gyermek fejlődésének nyomon követése	Az anyaság érzésének kibontakozása
	A gyermekvállalás által a reprodukciós folyamatba való bekapcsolódás	
3. Identitás, személyiség, szelf-formálás	Önfeladás, önfeláldozás, alárendelődés	
	Kiteljesedés	
	Anyaság, mint új életcél	
		A szülői szerepben megélt pozitív énkép
4. Kapcsolat, kapcsolódás	Kölcsönös függés, ragaszkodás, szimbiotikus kapcsolat	
5. Nehézségek	Tervezés, felkészülés	Jövőbeli kihívások (pl. gyermek oktatási rendszerbe való kerülése, nevelés következményének kiszámíthatatlansága)
6. Partner	Megfelelő partner szerepe a gyermekvállalásban és nevelésben	
	Hasonló értékrend	
	Közös szerepvállalás	
7. Szerepek	Családösszetartó szerep (gyermeknek és szülőknek is tulajdonított)	Női kiváltság
	Elkülönült szülői és gyermek szerepek	Női szerepek
	Az anya, mint a biztonság nyújtója	Gyermek mint tükör
		Gyermek mint tanító
8. Fontos szülői elvek	Gondoskodás	
	Felelősségvállalás	
	Rendelkezésre állás, jelenlét	
	A rendelkezésre állás a gyermek igényeitől függ	
	A tanítás és tanulás kölcsönössége	Egyirányú tanítás, nevelés
9. Hivatás, karrier	Anyaság, mint hivatás, munka	Az anyai szerep és a karrier, munkavállalás összeegyeztetése
	Küzdelem, harc, energiabefektetés	A munka feladása az anyaság javára

16. táblázat: A látó és látássérült anyák anyaság-értelmezésain végzett tematikus elemzés eredményeinek összefoglalása főtémák mentén

A következőkben a 9 főtéma mentén kívánjuk bemutatni a leggyakrabban megjelenő altémákat mind a látó, mind a látássérült nők anyaságélményét illetően.

1. Érzelmek

Az érzelmeket tekintve a látó anyák esetében a boldogság, a látássérült anyák körében pedig a szeretet jelent meg a leggyakrabban az anyasággal kapcsolatban. Voltak, akik a pozitív érzelmek, mint a szeretet vagy boldogság mellett a nehézségeket is kiemelték. Ugyanakkor mindkét csoportban jelen volt az ambivalencia, amely az önfeladás, teher és az öröm, illetve pozitív megélés között mutatkozott meg:

„De mégis az anyaság, az a legcsodálatosabb dolog a világon. És a legnemesebb feladat is egyben. De talán a legnehezebb is, hogyha valaki ezt tényleg jól szeretné csinálni.” (LS 10)

„Hát, most ez ilyen közhelyes, de tényleg a világ legnehezebb dolga, szerintem, de a legszebb is.” (L 14)

„Tehát leginkább ez az önfeladás. Jó, persze rengeteg öröm is van benne.” (L 17)

„Hát, egy állandó jelenlét, mondhatom, hogy felelősséget, álmatlan éjszakákat, de, de főként az örömet.” (L 3)

Közös volt az alkotásöröm megjelenése is. Általánosságban megfigyelhető volt azonban, hogy a látó anyák értelmezéseiben összességében egy szélesebb érzelmi dimenzió jelent meg, több negatív érzelmet jelenítettek meg beszámolóikban (fáradtság, kiszámíthatatlanság, aggodás), mint a látássérült anyák.

„A legnagyobb csoda a világon, amit az ember létre tud hozni, meg tud alkotni. Hisz magamból van, a páromból van, akit a világon szintén a legjobban szeretek, kedvelek, együtt élem vele minden napomat és a kettőnk eggye lesz az a kisgyerkőc, akit mi létrehozunk, akit úgy tudunk formálni, ahogy mi szeretnénk, minden erőnkkel, odaadásunkkal.” (LS 10)

„De hát, ugye az ember először aggódik, vagy nem is az, hogy aggódik, hanem hogy nehéz. Nekem nagyon nehéz volt az a sok kialvatlanság.” (LS 20)

„Kezdetben aggodást, félelmet, gyötrelmet, mindent, ami csak negatív. És ahogy elkezdek így szépen lassan rájönni, hogy, hogy itt semmi váratlan nem fog történni. És kiszámíthatóak úgy az események és, és kezelhetőek.” (L 7)

„Hát, meg a nehezebbik része, a nevelés, amikor már nagyobb a gyerek és nem csak az van, hogy játszunk együtt, meg ilyen fejlesztő játékok, meg olyan, hanem amikor már tényleg nevelni kell, és az van, hogy... hát, hogy mivel teszek jót, és mivel nem. És így nem tudja az ember, szóval, hogy ez így lutri. (L 19)

2. Folyamatosság

Mind a látó, mind a látássérült anyák utaltak egyfajta kontinuitásra az anyaságélménnyel kapcsolatban. A látó anyák inkább az anyaság érzésének kibontakozásával kapcsolatosan, míg

a látássérült anyák a gyermekük fejlődésének nyomon követésével, és a gyermekvállalás által a reprodukciós folyamatba való bekapcsolódással jelenítették meg ezt a kontinuitást:

„Bár tudom, hogy ez így nagyon általános, de nem tudom, hogy hogy lehet erre jól válaszolni. Tehát az, hogy egyébként, tehát ami benne van az emberekben meg az állatvilágban is, ez az utódlás... A reprodukciós folyamat, tehát, hogy nyilván ez is benne van.” (LS 18)

„De a gondoskodás, tehát az, hogy egy, egy, egy tényleg egy ilyen kicsi babát a fogantatás pillanatától kezdve végig követni addig, ameddig az élet engedi. Vagy Isten. Az szerintem egy hihetetlen felemelő dolog. Tehát, hogy más minőséget ad az embernek.” (LS 18)

„Ez hülyén hangzik, de én annyira nem vágytam az anyaságra korábban, tehát ez nekem a terhességgel és a szülés után következett be ez a változás.” (L 16)

3. Identitás, személyiség, szelfformálás

Az anyaság értelmezésével kapcsolatban gyakori volt az identitásfejlődés, a személyiségalakulás szempontjából való megközelítés.

„Tehát én azt gondolom, hogy én így vagyok, aki vagyok, hogy nekem van egy gyerkőcöm. Tehát még akár így a személyiség, vagy a, tehát az identitásom része is mindenképp, hát, nyilván. Tehát az anyaság ilyen szerep, ami fontos, hogy az identitásba is beépüljön, de nem is tudnám elképzelni másképp.” (LS 18)

„Tehát, úgy gondolom, hogy ez a dolog egy abszolút pozitív személyiségfejlődés is lehet (nevet). (L 10)

„Szerintem egy fantasztikus lehetőség a fejlődésre. (L 8)

Mindkét csoportban az önfeladással, önfeláldozással, alárendelődéssel azonosították leggyakrabban az anyaságot:

„Azt lehet mondani, hogyha valaki teljes, teljesen átadja magát az anyaságnak, akkor se éjjele, se nappala. Éjszaka azért nem alszik jól, mert, mert bármikor ébredhet a gyerek. Én, én, én, én teljes önfeladás, én azt mondom.” (LS 5)

„Rengeteg, rengeteg energiabefektetés, rengeteg odaadás, rengeteg lemondás.” (LS 10)

„Ő az első, ő mindig az első, akármilyen történik.” (LS 13)

„És mindig nálam első a gyerek. Aztán én.” (L 9)

„Hát, első, első szó, ami eszembe jut, az az, hogy odaadás, hogy teljesen az ember innentől kezdve a gyermekéért él.” (L 16)

Az anyává válás következtében átélt kiteljesedés szintén közös jelenség volt a két csoportban, ami arra utal, hogy a gyermek megérkezése, jelenléte teszi teljessé az anya életét azáltal, hogy az anyaság iránti vágy végre beteljesült.

„Meg tényleg az, szóval valahogy így kerek az élet, hogy van egy, van egy gyerekem.” (LS 4)

„Hát, nekem a kiteljesedést úgymond, mert én megmondom őszintén, mindig tudtam, hogy szeretnék anya lenni.” (L 4)

„Meg boldogságot, megy egy ilyen beteljesedést, hogy ugye ők itt vannak, és hogy ez tök jó.” (L 3)

A látó és a látássérült anyák körében is megjelent az anyaság egy új életcéllal való azonosítása, azonban a látássérült anyák körében ezt az értelmezést kiegészítve megjelent a valahová való tartozás érzése is.

„De emellett, tehát ugye most ez, tehát ez nem a szó negatív kicsengésében, hanem inkább az, hogy, hogy valahogy ilyen új célt kap az élete az embernek.” (L 16)

És, hogy a gyerek nem fárasztó, hanem, hanem tényleg ilyen... a nőnek a miértje az életének. (L 6)

„Én azt mondom, hogy, ha nem születtek volna meg a lányok, akkor igazából nem is lett volna az én létezésemnek értelme.” (LS 5)

„Én szerintem a biztonság, a tartozom valahova érzés.” (LS 11)

A látó anyák körében megjelent az énkép pozitívként való feltüntetése az anyaságot illetően. Körükben többen voltak, akik explicit kifejezték, hogy szeretnek anyák lenni, pozitívan látják önmagukat ebben a szülői szerepben.

„Tehát nagyon örülök, nagyon szeretem a gyereket, szeretek anya lenni.” (L 1)

„Nagyon jó érzés. Tehát én szeretek anya lenni.” (L 10)

4. Kapcsolat, kapcsolódás

A következő közös téma a kapcsolat, az anya és gyermeke közötti kapcsolódás volt. Kutatásunkban a látó anyák is utaltak a gyermekükkel való kötődésre, különleges kapcsolatra, de a látássérült anyák esetében az anyaság kapcsolat mentén való jellemzése hangsúlyosabb, kidolgozottabb volt. Ebben a főtémában megjelent a kölcsönös függés, ragaszkodás, a szimbiotikus kapcsolat.

„Mindenhova vele megyek, legalábbis igyekszem. Minél többet együtt lenni kell, amennyit csak lehet. Ő még nem akar leválni, én meg hagyom, hogy ne váljon le. Együtt alszunk.” (LS 13)

„Hát, anyának lenni az a legszebb dolog, és, hát az a, az a... Eggyé válni a gyermekkel, szóval...” (LS1)

„A másik pedig, hogy, hogy hozzám, tehát érzem azt, hogy ő hozzám tartozik, hogy ő az enyém. Hogy, hogy, hogy tehát kötődési része, tehát, hogy ilyen szoros kötődésem, hogy valaki bennem fejlődött és végül kijött és itt van velem, én ennyire szoros kötődést nem éreztem még az életemben.” (L 10)

Egy látássérült anya az egymás működéséhez való alkalmazkodás jelentőségét is kiemelte, ami látássérült anyaként valóban nagyon fontos. E kölcsönös alkalmazkodás természetessége, folyamatos elsajátítása szintén fontos szerepet játszott ebben a csoportban az anyaság élmény értelmezését illetően.

„Ugye az, hogy együtt dolgoztunk azon, hogy tudjon szopizni, hogy ő is kitartó volt ebben, meg én is. Tehát hogy elkezdünk valamit közösen csinálni már akkor.” (LS 19)

5. Nehézségek

Az anyasággal kapcsolatban mindkét csoportban említésre kerültek a nehézségek is. A látássérült anyák esetében a nehézségekkel kapcsolatban megjelent a tervezés és a felkészülés fontossága, mert ezzel tudják kiküszöbölni a problémás helyzeteket, nehézségeket.

„Szóval azt mondanám a leendő anyukáknak, főleg a látássérülteknek, hogy iszonyúan fel kell rá készülni.” (LS 5)

A látó anyák esetében a nehézségek inkább a jövővel kapcsolatosan nyilvánultak meg (a gyermek oktatási rendszerbe való kerülése, a nevelés következményeinek kiszámíthatatlansága), míg a látássérült anyák aggodalmai inkább a jelenre, a mindennapokra, az *itt és most*-ra vonatkoztak.

„Viszont az ember fél is attól, hogy a gyereket legkésőbb hatévesen így államosítják, tehát hogy akkor így tudod, eljár iskolába, és így nem látod (nevet).” (L 1)

„Hát, meg a nehezebbik része, a nevelés, amikor már nagyobb a gyerek és nem csak az van, hogy játszunk együtt, meg ilyen fejlesztő játék, meg olyan, hanem amikor már tényleg nevelni kell, és az van, hogy... hát, hogy mivel teszek jót, és mivel nem. És így nem tudja az ember, szóval, hogy ez így lutri. És hogy nehéz dolog. Tehát nagyon nehéz dolog.” (L 19)

„Tehát nekem, egy mint anyának, annál nagyobb fájdalom, mint, hogy a gyermekem beteg, vagy neki valami fáj, annál rosszabb nincs.” (LS 10)

„Nekem nagyon nehéz volt az a sok kialvatlanság. Tehát ott nekem az nagyon. Meg ez a folyamatosan föl kell kelni, meg mit tudom én micsoda. Szóval nekem az [ti. az alvás] úgy nagyon-nagyon hiányzott. Nekem az nagyon nehéz volt az első félév, ilyen formában.” (LS 20)

6. Partner

Mindkét csoportban megjelent a megfelelő partner szerepe a gyermekvállalásban és nevelésben, valamint a hasonló értékrend és a közös szerepvállalás fontossága.

„De, de gyakorlatilag igyekszem a... hát, ha nem is nagybetűs otthonnak a feltételeit, de a szeretettel teli légkört megadni neki, párommal együtt, mert én nyilván ugyanúgy egyenrangúnak tekintem, mert az apának is ugyanolyan nagy feladata van ebben szerintem. Tehát, hogy muszáj, hogy mind a két szülő ott legyen, mert az anya is, meg az apa is egyformán fontos. Kell, kell, kell a, kell a családba mind a kettő. Ha csak, jó persze mondjuk, ha valamelyikük meghal, akkor nyilván más a helyzet, de, de ha nincs olyan akadálya, akkor, akkor szerintem feltétlenül szükséges. Úgy, hogy mind a kettő részt vegyen a nevelésben. Tehát van olyan, amit az apa nem tud, van, amit az anya, de szerintem tudják tanítani egymást. És én ehhez, hogy mondjam, nagyon jó párt választottam, vagy ő nagyon jó párt választott, hogy engem, vagy nem tudom, hogy mondjam (nevet). Én, én nagyon szerencsés vagyok.” (LS 11)

„Természetesen kell hozzá egy jó társ is (nevet). Ha nem lenne olyan társam, akkor nem tudtam volna, hogy mikor jöjjenek a babucik. De hát ő teljesértékű szinten, a gyereknevelés összes fázisában kiveszi a részét. Vannak köztünk leosztott szerepek.” (L 6)

„Én mindig is akartam gyereket, csak később találkoztam a férjemmel, vagy hogy mondjam, tehát kb. az átlagon szültem. Azt hiszem, ilyen 27-28 körül van. És, hogy én akartam volna korábban, csak nem volt hozzá megfelelő pasi.” (L 1)

7. Szerepek

Az anyaság értelmezésében egy igen gyakori jellemzési szempont volt a szerepek mentén való leírás. Voltak olyan anyák, akik a gyermek, és voltak, akik a szülői szerepek mentén határozták meg az anyaságot. A látássérült anyák körében elkülöníthető volt az anyai szerep és a gyermek szerepe, és az anyai szerep elsősorban a gyermek fejlődésének, jóllétének szempontjából került kifejtésre (az anya, mint biztonság nyújtója; az anya, mint biztos pont a gyermek életében). Egy látássérült anya (LS 11) az anyaságot magával a biztonsággal azonosította: az anyai szerep nyújt számára biztonságot. A biztonság és a közelség témái a látó csoportból hiányoznak, és csak a látássérült csoportban vannak jelen.

„Egy valami vár, ahova biztosan bebújhat mindenki a vastag falak közé, vagy nem tudom. (LS 7)

„Én szerintem a biztonság, a tartozom valahova érzés.” (LS 11)

A látó anyák esetében a gyermek szerepe kevésbé volt hangsúlyos, egy-egy helyen tükörként, illetve tanítóként jelent meg.

„Tehát egy olyanfajta visszajelzés a személyiségről, olyan, mintha egy tükört raktam volna magam elé (...). Látom magam, hogy ú, én ilyen vagyok.” (L 10)

Nemcsak a gyermekem kialakuló személyiségét látom percről-percre változásában, de vele együtt én is rengeteget tanulok a világról, az emberről, mint olyan, meg önmagamról is.” (L 8)

A látássérült anyák esetében a családösszetartó szerepet mind a gyermeknek, mint az anyának is tulajdonították.

„Végül is, hogy mondjam Önnek, kicsit úgy össze... összébb hozta a családot, mióta ő megvan.” (LS 8)

„És, hogy igazából ez egy ilyen családösszefogó szerep is, tehát ugyanúgy, hát egy ilyen háttér szerep valamilyen szinten.” (LS 6)

Az anya szerepét illetően a látó nők körében az anyaság, mint női kiváltság jelent meg, illetve a női szerepek közötti egyensúly megtalálásának fontossága fogalmazódott meg.

„Hát, ha rangsorolnom kellene, akkor azt mondom, hogy az életem legnagyobb feladata meg célja, hogy ezt jól csináljam és egyensúlyban csináljam mindennel... Valahogy meg kell találnom azt is, hogy anya és feleség vagyok.” (L 15)

8. Fontos szülői elvek, feladatok

Az anyaság szubjektív megélésével kapcsolatosan jellemző volt mindkét csoportban a szülői elvek, feladatok mentén való értelmezés, amelyek közül a gondoskodás és a felelősségvállalás emelkedett ki a leggyakrabban a látó és a látássérült anyák esetében is.

„Nem tudom, egy ilyen gondoskodás a gyermek körül. Felelősségvállalás, odaadás.” (LS 15)

„Egy életem át tartó felelősség.” (L 21)

„Hát, igazából nagyon szárazon véve, egyszerre feladat is, de olyan, tehát olyan dolog is, ami teljesen természetes.” (LS 14)

Mindkét csoportban megjelent az anya és gyermeke közötti tanulás és tanítás kölcsönössége, folyamatossága. A látássérült anyák esetében ez a kölcsönösség az egymás működésmódjához való alkalmazkodására utalt, arra, hogy együtt alakították ki a mindennapi közös interakciókhoz szükséges működésmódokat, felváltva adaptálódtak egymáshoz, tanultak egymástól. A látó anyák esetében a tanítás, nevelés inkább egyirányú, amelyben a szülő a tanító,

nevelő és a gyermek a tanított, azonban az ő esetükben is megmutatkozott egyfajta kölcsönösség. A látó anyák azt fejezték ki, hogy a szülői szerep tanít számukra számos olyan dolgot, amit kifejezetten az anyaság tesz lehetővé.

„Hát, majd együtt tanulunk (nevet). Ilyenkor a gyerek is tanul engem, meg én is őt, aztán majd valahogy lesz.” (LS 21)

„Az, hogy valakinek átadhatom azt, amit vagy kaptam és továbbadnám, vagy nem kaptam, de én szeretném továbbadni úgy, ahogy azt én elképzelem.” (LS 11)

„De, hogy én azt gondolom, hogy ehhez, ehhez ugyanúgy kell az embernek képeznie magát, ugyanúgy kell tanulni.” (LS 6)

„Én azt gondolom, hogy egy nagyon nagy feladat, de hogy rengeteg mindenre megtanítja az embert.” (L 15)

A rendelkezésre állás, jelenlét elengedhetetlen szerepe az anyaságban szintén mindkét csoportban megmutatkozott. A látássérült anyák körében azonban megjelent, hogy ez a rendelkezésre állás a gyermek igényeitől függ, amennyiben a szülő úgy észleli, hogy gyermekének szüksége van rá, akkor rendelkezésre áll, egyébként fontosnak tartja, hogy kellő önállóságot és függetlenséget biztosítson gyermekének. Ez a közelítés–távolítás dinamika a védelmezés mértékének és a gyermek önállóságának, függetlenségének bátorításának arányában ragadható meg leginkább. Az ebben fellelhető különbség a két csoport esetében visszatérő jelenség volt a többi témát tekintve is (pl. közös játék interakciók, közlekedés, megnyugtatás). A látássérült anyák sokkal több helyzettel kapcsolatban említették meg, hogy szoros fizikai kontaktusban vannak gyermekükkel (pl. játszótér, tömegközlekedés, hordozás), mint a látó anyák. A túlvédés, a gyermek érzelmi állapotaiba való túlzott bevonódás elkerülését és a gyermek autonómiájának biztosítását viszont több látássérült anya is elengedhetetlennek tartotta.

„Ha képileg, akkor tulajdonképpen egy meleg, melegséget érzek, egy, egy, aki mindig jelen van, ha szükség van rá. De, de nem akaszkodik a gyereke nyakába, tehát, hogy ez a, az a típus vagyok, aki, ha kellek, ott vagyok, de nem, de sose volt amúgy, hogy most nekem most játszanom kell a gyerekekkel, mert most ott kell mellette ülnöm és izé, hanem tettem-vettem, gyerekek mindig játszottak körülöttem, ha egyedül volt, egyedül.” (LS 7)

És én igyekszek belőlük olyan embert nevelni, aki tényleg ember. (...) És hát meg kell tanítsam őket arra, hogy mindenért meg kell dolgozni, semmi nincs csak úgy.” (L 9)

9. Hivatás, karrier

Hivatás kategóriába soroltuk azokat a jelenségeket, amelyek az anyasággal kapcsolatos feladatokra, kötelezettségekre vonatkoztak. Érdekes különbségnek bizonyult, hogy míg a látó

anyák esetében az anyai szerep és a karrier, munkavállalás összeegyeztetése, egyes esetekben az anyaság hivatásként való elismerése iránti vágy fejeződött ki, addig a látássérült anyák az anyaságot önmagában hivatásként, munkaként azonosították. Több látássérült anyja is egyfajta karrierként, munkaként jellemezte az anyaságot. Ide csoportosítottuk azokat az értelmezéseket is, amelyek az anyaságnak azon részét emelték ki, ami küzdelemmel, harccal és energiabefektetéssel jár.

„Hát, én azt gondolom, hogy ez egy... egy hivatásnak gondolom. Tehát, hogy azt gondolom róla, hogy, hogy ennek egy ugyanolyan hivatásnak, idézőjelben szakmának, nem tudom, állásnak kellene lennie, mint mondjuk, nem tudom, bármi másnak. Tehát én azt gondolom, hogyha ezt az ember tényleg több gyerekkel csinálja, akkor az felér azzal. És azt gondolom, hogy ez egy olyan ilyen végül is hivatás, vagy akár mondhatjuk idézőjelben karriernek is, ami ugye szintén nagyon sok feladatot ad. Csak éppenséggel más feladatot ad, mint mondjuk, én nem tudom egy szakma, vagy egy, vagy ugye egy olyan munka.” (LS 6)

„És persze...mmm...nagyon sok munka is kell hozzá, hogy az ember anyja, de hát ez megéri.” (LS 4)

„Mindenképpen a melegség meg a gondoskodás, meg harcolni a gyerekekért, odafigyelni rájuk, meg ilyesmi.” (LS 7)

És valahogy így is érzem, amikor megkérdezik, hogy várod már, hogy visszamenj? Mondom nem, a legkisebb kisujjam sem akar visszamenni dolgozni. Hát mondom, azért szültem őket, hogy velük lehessenek. Mondom, minden álmom, hogy végre szülessen egy olyan kormányjavaslat, ahol az anyuka otthon maradhat tényleg, és még fizetést is érte, hogy meg tudjanak élni. És, és ne kelljen dolgoznia, hanem csak gyereket nevelni kelljen. (L 2)

„...hát én nagyon-nagyon szeretek a kislánnyal lenni, itthon lenni, úgyhogy én abszolút nem is tervezem igazából, hogy a közeljövőben visszamennék dolgozni, mert hogy ez így nekem nagyon tetszik ez a szituáció.” (L 20)

6.10.4 Diszkuszió

A fogyatékossgal élő személyek szubjektív szülői tapasztalatait vizsgáló hazai és nemzetközi tanulmányokhoz (pl. Lapierre et al., 2017; Lappeteläinen et al., 2017; Lendvai és Nguyen Luu Lan, 2019) illeszkedve, és az empirikus kvalitatív pszichológia hagyományát követve az anyává válás és az anyaság pszichológia jelenségének egyéni reprezentációit szeretnénk volna megvizsgálni látássérüléssel élő és e tekintetben ép anyák körében – ahogyan azok a beszámolóikból kibontakoznak. Eredményeink alapján az anyasággal kapcsolatos szubjektív értelmezések 9 főtema mentén kategorizálhatók: (1) érzelmek, (2) folyamatosság, (3) identitás, személyiség, szelfformálás, (4) kapcsolat, kapcsolódás, (5) nehézségek, (6) partner, (7) szerepek, (8) fontos szülői elvek, valamint (9) hivatás, karrier. A fő témák közül több is megjelent előző, a látó és látássérült fiatal nőkkel készített interjúk tematikus elemzése során (ld 6.9.3.2. alfejezet).

A vizsgálat résztvevői számos érzelmet megjelenítettek a beszámolóikban, azonban megfigyelhető volt, hogy a látó anyák interpretációiban megjelenő érzelmek szélesebb skálán mozogtak, illetve többen fogalmaztak meg nehézségeket, negatív érzelmi állapotokat az anyasággal kapcsolatban. Ez nem azt jelenti, hogy a látó anyák emocionális szinten negatívabban értelmezik szülői szerepüket. Azt feltételezzük inkább, hogy a fogyatékkal élő személyek hajlamosak az élményeikről, tapasztalataikról egyfajta ellennarratíva formájában beszámolni, amelyet a környezet negatív, megkülönböztető attitűdje, esetleges stigmatizáló hatása indokolhat (Lappeteläinen et al, 2018). Interjú témánk, kérdésfeltevésünk előhuzalozhatta, befolyásolhatta a látássérült anyák anyaságértelmezését. Elképzelhető, hogy a látássérüléssel élő résztvevők a társadalmi stigmatizációra önkéntelenül is reagálva, szülői szerepük megerősítése, érvényesítése céljából nagyobb hangsúlyt fektettek az anyaság megélésének pozitív jellemzőire.

A folyamatosság kategóriájába tartozó jelenségek nem voltak ugyan hangsúlyosak a beszámolóikban, azonban mégis kétféle olyan kontinuitás mutatkozott meg az anyák értelmezéseiben, amelyeket a további kutatás szempontjából is érdemes átgondolni. A látássérült anyák körében megfigyelhető volt a gyermek fejlődésének nyomon követése, a saját élet gyermekvállalás általi bővítése, folytatása, ami elégedettséggel, büszkeséggel töltötte el az anyákat. A látó anyák csoportjában a folyamatosság jelensége kevésbé volt jellemző. Ugyan csak egy esetben, de az anyaság érzésének kibontakozásának megemlékezésében nyilvánult meg ez a folyamatosság ebben a csoportban. Folyamatosság az interjúkban megfeleltethető a Mercer (2004) által alkotott „anyává válás” kifejezéssel, amely az anyaság kibontakozásának dinamikusságát, változékonyságát érzékelteti, szemben az „anyai szerep elérése” meghatározással, amely inkább az állapot statikusságát tükrözi. A látó anyák esetében individuális szinten, a látássérült anyák esetében pedig a generációkon átívelő öröklési folyamatban nyilvánult meg ez a kontinuitás.

Az anyaság a női identitás egy természetes részét képezheti (Lappeteläinen et al., 2017). A várandósság kezdetétől a női identitás újraszerveződik, és az anyává válás folyamata az identitás alakulása szempontjából különböző szakaszokra bontható (Mercer, 2004; Stern, 2004). A kutatásunkban részt vevő anyák beszámolóiban is megjelent az identitás újszerveződése, a személyiség átalakulása az életcélok, a családban elfoglalt szerep megváltozásának formájában. A gyermeknek való alárendelődés, önfeladás mindkét csoportban megmutatkozott. A látó és a látássérült anyák körében is megjelent az anyasággal járó új életcél megfogalmazása. A gyermek, mint az élet értelme az egzisztenciális pszichológiai perspektívából az anyaság egyik jellemzője (Prinds, Hvidt, Mogensen, és Buus,

2014). A látássérült anyák körében a valahová való tartozás érzése is megfogalmazódott. Több, a fogyatékkal élő anyák szülői tapasztalatait vizsgáló tanulmány is kimutatta, hogy az anyává válást követően a nők teljességélményről számolnak be, amely a szülői kompetencia megerősödéséhez is hozzájárulhat (Cureton, 2015; Lappeteläinen et al, 2017; Walsh-Gallagher, 2012). A látó anyák körében többen explicit módon kifejezték, hogy élvezik az anyai szerepet. A szülői szerepben való kiteljesedés lehetővé teszi a látássérült anyák számára is az önérvényesítést és az egyéni társadalmi szerepek – mint nő és mint anya – megerősítését (*self-empowerment*) (Lappeteläinen et al., 2017). A kutatásunkban részt vevő látássérült anyák körében is kimutatható volt, amit Lawler és munkatársai (2015) is megállapítottak, miszerint a fogyatékkal élő nők büszkeségről, pozitívabb önértékelésről és a valahová való tartozás érzésének megerősödéséről számoltak be az anyává válásukkal kapcsolatban. Az anyaság élménye tehát a fogyatékkal élő nők körében különösen hozzájárulhat a nőiesség érzetének megerősítéséhez, emellett nagyobb önbizalmat eredményezhet (Lawler et al., 2015; Walsh-Gallagher, 2012).

A kötődés, a gyermekkel való szoros kapcsolódás és ennek a különleges kapcsolatnak az intimitása szintén kiemelkedő jelenség volt az anyák beszámolójában. Ahogy azt Stern (2004) anyaság állapotáról alkotott elmélete is alátámasztja, az anyák számára fontos szerepet kap az elsődleges kapcsolódás témája, amely a gyermek érzelmi és fizikai állapotára való ráhangolódást, kettejük kommunikációs képességeit és a gyermek igényeinek megfelelő észlelését foglalja magába: az anya a gyermek igényeinek és érzéseinek jelzésére kongruens és kontingens módon válaszol. Ez a jelenség nemzetközi szinten is megmutatkozott a fogyatékkal élő nők anyaságról alkotott beszámolóiban (Walsh-Gallagher, 2012). A látássérült szülők körében ez az érzelmi és fizikai összekapcsolódás gyakran kiegészül a gyermekkel való közeli testkontaktus létrehozásával és megtartásával (*close-nurturing*), növelve a szülő kontrollérzetét a gyermekről való gondoskodásban (Moghadam et al., 2017). A fogyatékkal élő szülők és gyermekeik kapcsolatában fontos szerepe van az egymáshoz való alkalmazkodásnak, a kölcsönösségnek, ami a kapcsolódás egy különleges minőségét eredményezheti. Az általunk megkérdezett látássérült anyák körében is megfogalmazódott, hogy anya és gyermeke kölcsönösen ragaszkodnak egymáshoz, a kapcsolatukat egyfajta függés jellemzi.

Mindkét csoportban említésre kerültek az anyai szereppel kapcsolatos nehézségek, azonban a látó anyák körében általában részletesebben kerültek kifejtésre ezek a mindennapi helyzetek, kihívások. Ahogy az Lappeteläinen és munkatársai (2017) kutatásából is kiderült, a fogyatékkal élő nők családtervezési szándékait hosszú, idő- és energiaigényes tervezés, mérlegelés előzheti meg. Ez a jelenség az általunk megkérdezett látássérült anyák

beszámolóiban is megjelent. Az ő körükben inkább a mindennapi helyzetek tervezésével és az akut problémák megoldásával kapcsolatos nehézségek jelentek meg (pl. közlekedés a gyermekkel), míg a látó anyák a gyermek jövőjével kapcsolatosan fejezték ki aggodalmaikat (pl. a gyermek oktatási rendszerbe való kerülése, a nevelés kiszámíthatatlan következményei).

A családtervezés során fontos tényezőnek számít a stabil partnerkapcsolat, amely a partner részéről érkező érzelmi támogatást is biztosítja (Engler, 2014). Mindkét csoportban megjelent a megfelelő partner fontossága a gyermekvállalásban. A látó és látássérült anyák körében is kifejezésre került a partnerrel való hasonló értékrend és a közös szerepvállalás fontossága. Általános érvényű, hogy anyává válást követően a nők életében a szűkebb és tágabb környezet támogatása erősen hozzájárulhat az énhatékonyság- és szülői kompetenciaérzés megnövekedéséhez. Ez különösen igaz lehet a fogyatékkal élő nőkre, hiszen amennyiben egy támogató mátrix veszi körül őket, akkor könnyebben nézhetnek szembe a mindennapi kihívásokkal, emellett a védelmező társas háló lehetővé teszi az anya érzelmi támogatását és pszichés jóllétének megőrzését (Walsh-Gallagher, 2012; Stern, 2004).

Az anyaság szerepek mentén való jellemzése nagyon gyakori volt mind a látó, mind a látássérült nők körében. A látó nők körében a női szerepek (feleség, nő, anya) összeegyeztetése volt a hangsúlyosabb. A látássérült nők beszámolóiban gyakori volt az anya, mint aki a biztonságot nyújtja és fizikailag, illetve érzelmileg támogatja a gyermeket. Ezt a hangsúlyos kategóriát szintén lehet értelmezni a fogyatékkal élő személyek körében megjelenő ellennarratívák használatával (Lappeteläinen et al., 2018). Társadalmunkban ugyanis erős, negatív stigmaként van jelen a fogyatékkal élő szülők alkalmatlanságának és a gyermekük veszélyeztetésének feltételezése (Malacrida, 2009; Prilleltensky, 2004). Az általunk megkérdezett látássérült anyák anyaságértelmezésében meghatározó szerepet kapott a biztonságnyújtás, támogatás, ami ezzel a társadalmi stigmával való szembehelyezkedést, annak megcáfolását is jelentheti.

A látó és a látássérült anyák körében is a gondoskodás és a felelősségvállalás jelent meg, mint legfontosabb anyai szereppel kapcsolatos feladat. A látássérült vizsgálati személyek körében gyakori volt a tanítás és tanulás kölcsönösségének, egymáshoz való adaptálódásának hangsúlyozása, míg a látó anyák inkább egyfajta egyirányú tanító, nevelő szerepet tulajdonítottak maguknak. A látássérült szülők és gyermekük interakciója során megfigyelhető egyfajta kölcsönös szenzitivitás és adaptáció egymás kommunikációs jegyeit illetően, amely az emberi kommunikáció fejlődésének flexibilitását támasztja alá (Ganea et al., 2018). A szülő–gyermek interakció viselkedéses szintjén is megfigyelhető ez a kölcsönösség, amely lehetővé teszi a gyermeknek a szülő látássérültségéhez való természetes adaptációt (Senju et al., 2013).

A rendelkezésre állás jelensége szintén közös volt a látó és a látássérült anyák körében. A látássérült szülők azonban hangsúlyozták, hogy ez az elérhetőség a gyermek igényeihez mérten történik. Ez a jelenség szintén tekinthető egyfajta ellennarratívának, hiszen gyakori az a társadalmi sztereotípiája, miszerint a fogyatékkal élő szülők túlféltik a gyermeküket és túlzottan bevonódnak a gyermekük életébe. Ezt a megállapítást jelenleg nem támasztja alá a szakirodalom, hiszen épp, hogy a látássérült szülő a gyermekkorában esetlegesen tapasztalt túlféltést nem kívánja alkalmazni a saját nevelési stílusát illetően (Kálmán és Könczei, 2002). Az állandó jelenlét és a gyermek tevékenységének folyamatos monitorozása a látássérült anyák beszámolójában szintén értelmezhető a társadalmi stigmáknak való egyfajta ellenállásként. Több nemzetközi tanulmányban is kimutatták, hogy a fogyatékkal élő szülővel kapcsolatban erősen él az a téves – és kifejezetten bántó – meggyőződés a társadalom részéről, hogy ők azért vállalnak gyermeket, hogy legyen valaki, aki gondoskodik róluk, illetve megoldja a fogyatékoságukból adódó mindennapi nehézségeiket (Cureton, 2015; Olkin, 2000).

Az anyai szerep feladatként való jellemzése visszatérő jelenség a látássérült nők körében (Lendvai és Nguyen Luu Lan, 2019). Az anyaság munkával, karrierrel való összeegyeztetésével kapcsolatban interjúalanyaink beszámolóját illetően figyelemreméltó különbség mutatkozott meg. A látássérült anyák hajlamosabbak voltak az anyaságot a munkával, hivatással egyenértékűnek tekinteni, míg a látó anyák körében az anyai szerep munkával való összeegyeztetése került kifejezésre.

A látássérült anyákkal készült interjúk utolsó, záró kérdése arra vonatkozott, hogy milyen tapasztalataik vannak arról, hogyan gondolkodnak általában a társadalmunkban a látássérült szülőkről. Többben is arról számoltak be, hogy általában szélsőséges – túl pozitív (pl. csodálat) vagy túl negatív (pl. felelőtlenség feltételezése) – tapasztalataik vannak a társadalmi attitűdökkel kapcsolatban. A pozitív és negatív diszkrimináció jelenségével kapcsolatos utalások is megjelentek a beszámolóikban. A megkérdőjelezés, a csodálat, a sajnálat és az elítélés volt a leggyakrabban megjelenő, a társadalom részéről érkező látássérült anyák szülőiségéhez viszonyuló attitűdök. Visszatérően megjelent a látássérült anyák beszámolóiban az az igény, hogy a társadalom „átlagosan működő” anyaként és ne a normatív természetes tartományon túliként (akár negatív akár pozitív irányban) tekintsen rájuk. Ezek az eredmények összhangban vannak Iezzoni és munkatársai által végzett kutatás eredményeivel, miszerint a fogyatékosággal élő nők gyermekvállalására adott társadalmi reakciók a kíváncsiság, melynek egy fajtája lehet az intruzív kíváncsiság, de gyakori még az ellenséges hozzáállás, a kompetencia megkérdőjelezése, a hanyagság feltételezése és a pozitív hozzáállás is rendszerint megjelent (Iezzoni et al., 2015).

6.11 Kvalitatív vizsgálataink erősségei és korlátjai, kitekintés

Kvalitatív kutatásunk eredményeinek értelmezése során különösen fontosnak tartottuk, hogy az inkluzív (participatív) kutatási módszertannak megfelelően a „*Semmit rólunk nélkülünk!*” elvet is figyelembe vegyük, amely a vizsgálati személyek aktív részvételét foglalja magába. Az *insider* perspektívát, azaz az érintett személyek bevonását a kutatás megtervezése, kivitelezése, az eredmények elemzése és a következtetések kialakítása során is fontosnak tartottuk. A kutatás interpretatív paradigmája így kiegészült az érintett személyek értelmezéseivel, amely lehetőséget teremtett a jelenségek közelebbi megismerésére (French és Swain, 2004; in Kálmán és Könczei, 2002). Kutatásunk egyedülállónak számíthat abból a szempontból, hogy elemző attitűdünk kiterjedt az érintett személyek tapasztalatainak, élményeinek saját szemszögből való tanulmányozására is, hiszen egy látássérüléssel élő pszichológushallgató is részt vett az interjúk elemzésében.

Kutatásunk erősségének tekintjük a feminista paradigma alkalmazását, hiszen ez az az elméleti keret, amely a nőt úgy helyezi az elemzés fókuszába, hogy alárendelt szemszögből mutatja be az uralkodó társadalmi viszonyokat, kulturális berendezkedést. A feminista szemléletnek köszönhetően a fogyatékkal élő nők megélt tapasztalatainak, kihívásainak társadalomra vonatkoztatott hatásai válnak vizsgálhatóvá, elemezhetővé (Kálmán és Könczei, 2002).

A személyes és telefonos interjúfelvétel együttes alkalmazása erősíthette kutatásunk autentikusságát is. A személyes beszélgetések során verbális és non-verbális információkhoz is hozzájuthatunk, általában gördülékenyebb a rapport kialakítása és az interjúalany involváltságát is könnyebb fenntartani, azonban a telefonos interjúknak is megvannak a maga előnyei. Többek között a telefonon keresztül folytatott beszélgetések megbízhatóbb anonimitást nyújtanak az interjúalany számára, ami nagyobb nyitottságot eredményezhet. Az „interjúkészítő-effektus” veszélye is sokkal elhanyagolhatóbb, hiszen a megjelenés, a viselkedés és a reakció kevésbé befolyásolja, a jegyzetelés pedig kevesebb eséllyel zavarja meg az interjúalany válaszadását (Knox és Burkard, 2009). Az interjúalanyok elérhetősége, a toborzás lefedettsége is könnyebben biztosított telefonos interjúk során, illetve gazdaságossági (idő, távolság, költségek) szempontból is kedvezőbb. A válaszadási torzítással kapcsolatban eltérő vélemények fogalmazódnak meg. Vannak olyan tanulmányok, amelyekben a személyesen folytatott interjúk esetében a szemtől szembeni helyzetnek, a telefonos

beszélgetések során pedig a szociális kívánatosság magasabb arányának tulajdonítják a jelenséget (Knox és Burkard, 2009).

A kutatás megbízhatóságát növelhette a következetes kérdezőtechnika, amely egy állandó interjúkészítő jelenlétét és változatlan interjúkérdéseket foglalt magába. Az interjút követő személyes reflexiók mind a kutató, mind a vizsgálati alany részéről rögzítésre kerültek a hangfelvételen és részét képezték az elemzési folyamatnak.

Kutatásunk korlátjának tekinthető, hogy a kvantitatív vizsgálatokkal ellentétben a kvalitatív kutatások megbízhatóságának biztosítása gyengébbnek tekinthető, hiszen a szubjektivitás befolyásoló hatása nem zárható ki. A kutató előzetes tudása, személyes véleménye hatással lehet az eredmények alakulására és a következtetések levonására. Vizsgálataink során ezt a befolyásoló hatást mi azzal kívántuk enyhíteni, hogy egy látássérülésben érintett személyt is bevontunk az eredmények elemzésébe és következtetéseink megállapításába. További limitációnak tekinthető, hogy a látássérült anyák csoportjában három személy esetében egyéb egészségi problémák is társultak a látássérültség mellé, így anyaságélményükre többszörös sérülékenységük is hatással lehetett.

Kutatásunkkal a fogyatékkal élő nők társadalmi szerepének megerősítéséhez (*empowerment*) kívánunk hozzájárulni (pl. Könczei et al., 2015). A látássérült anyákkal készült interjúk végén megkérdeztük, mi a véleményük, tapasztalatuk arról, hogyan gondolkodnak általában a társadalmunkban a fogyatékkal élő, ez esetben a látássérült szülőkről. Vizsgálatunk célja a látássérült és nem látássérült anyák tapasztalatainak összevetésére terjedt ki. Kutatásunk nem terjedt ki más fogyatékosági típusal élő anyák anyaságélményeinek vizsgálatára. Így arra nem tud választ adni, hogy eltérő fogyatékosággal élő anyák anyaságtapasztalatai, miben térhetnek el egymástól. A szakirodalom szerint ugyanakkor a szülői szerepek értelmezésében, megélésében nem mutatható ki jelentős különbség a csoportok között (pl. Lapierre et al, 2017; Lappeteläinen et al, 2017; Walsh-Gallagher et al, 2012). Ez magyarázhatja az eddigi tanulmányokban a fogyatékosági típusok megkülönböztetésének hiányát is.

7 3. vizsgálat: Látó és látássérült anyák gyermekükkel való interakcióinak vizsgálata

7.1 Bevezetés

A látó és látássérült anyák egyéni tapasztalatainak megismerésén túl a gyermekükkel való kapcsolatukat is szeretnénk feltérképezni az eddigi vizsgálatainktól eltérő módszertani keretben. Az anya-gyermek diádok mikrotörténeisének interakcióvizsgálattal történő feltérképezése során több, a szakirodalomban megfogalmazott meglátást, eredményt szeretnénk

volna igazolni vagy cáfolni. Kíváncsiak voltunk például arra, hogy a látássérült anyák körében tapasztalt „*close nurturing*”, vagyis a gyermekkel való szoros fizikai kontaktus előnyben részesítése tetten érhető-e körükben az interakciók során megfigyelhető érintés nagyobb arányával és hosszabb időtartamával (Moghadam et al., 2017).

7.2 Elméleti háttér

Pszichoanalitikus elméleti keretben gondolkodva a gyermeknek az anya arca jelenti a tüköröt. „A tükör feladata a megerősítés, a dolgok észrevétele és jóváhagyása” (Winnicott, 1999, 114. o., in Kende, 2005). Míg a látó anyák elsődlegesen vizuális ingerek, mint arckifejezések útján értik meg és értelmezik gyermekük igényeit, szándékait, szükségleteit, addig a látássérült anyák gyermekükkel folytatott interakcióikban különböző alternatív stratégiák útján értelmezik gyermekük jelzéseit, amire szenzitíven válaszolnak (Commodari, La Rosa, Nania, 2022).

7.2.1 Szülő-gyermek interakció

Az újszülöttek már néhány napos koruktól kezdve különösen szenzitívek a felnőttek kommunikációs jelzéseire (Farroni et al., 2002, Senju et al., 2013). A korai szülő-csecsemő kommunikáció fő modalitásai az arckifejezések, a tekintet és a vokalizáció. Csibra és Gergely (2006) szerint a tekintet a társas interakció és kommunikáció legfontosabb platformja. Az első életév során a szemkontaktusok jelentősen alakítják a gyermek arcérzékelését, tekintetkövető képességét és az ezekért felelős kortikális aktivitás mértékét (Farroni et al., 2007; Senju és Csibra, 2008). Az első év második felében a gyerekek és gondozóik között triadikus interakciók alakulnak ki, ami azt jelenti, hogy a figyelmüket a partnerrel közösen képesek egy harmadik tárgyra vagy személyre összpontosítani. A közös figyelem sikeres végrehajtása érdekében a gondozóknak érzékenyeknek kell lenniük a kommunikációban, és kontingens módon kell reagálniuk a csecsemők kommunikációs jelzéseire. Az első év végére a csecsemők képesek a közös figyelem kezdeményezésére és összehangolására, valamint szükségleteiket és szándékaikat képesek gesztusok, pillantások és arckifejezések segítségével kifejezni és továbbítani. A hatékony és sikeres kommunikációban való részvételhez a partnereknek nemcsak kommunikatív magatartást kell kiváltaniuk, hanem ezeket a viselkedéseket kommunikációs aktusként kell felismerniük és értelmezniük.

A szülő-gyermek interakció vizsgálatok kivitelezésében a technológiai fejlődésnek köszönhetően hatalmas változások mentek végbe az elmúlt néhány évtizedben. Míg kezdetben

a szakemberek a családok otthonában megfigyelés útján feljegyzéseket készítettek a jellemző viselkedéses mintázatokról, addig mára komplex mikroanalitikus viselkedésemelő szoftverek állnak a kutatók rendelkezésére. Számos kutatás vizsgálja különböző mikroanalitikus eljárásokkal a szülő-gyermek interakciók apró mozzanatait, melyek magukba foglalják az érintések, mozgások, vokalizációk arányát, minőségét, a szemtől szembeni interakciók sajátosságait (pl. tekintetek iránya, gesztusok, szemkontaktus) (pl. Senju et al., 2013, 2015; Ganea et al., 2018; Chiesa et al., 2015).

Kifejezett szenzitivitás figyelhető meg a csecsemők körében a motoros válaszaikat követő ingerek közötti kapcsolatok észlelését illetően (pl. Watson, 1994, in Koós, 2010). A csecsemőkre 3 hónapos koruk előtt a tökéletesen kontingens válasz-inger preferencia jellemző, Ezt követően azonban megfigyelhető, hogy a nem tökéletes kontingencia-preferencia a jellemzőbb (Gergely és Watson, 1999). 12-24 hónapos gyermekek számára a 3 másodpercen belül történő interakciós jegyek tekinthetők kontingens anyai válaszreakciónak, melyek érzelmeregulatív reflektivitást biztosítanak a gyermek számára (Koós, 2010).

7.2.2 Szülő-gyermek interakciók természetesen megváltozott környezetben

Brazelton és munkatársai (1975) a szülő-gyermek interakciók egy természetesen előforduló szokatlan változatának tekinti a látássérült szülő látó gyermekével folytatott interakcióját. A szülő látássérültsége egy olyan tartósan fennálló állapot, ami megváltoztatja a szemtől szembeni kommunikáció hagyományos formáját (Olkin, 2000). Az érzékszervi fogyatékossgal élő szülők és látó gyermekeik bevonásával végzett interakciós vizsgálatok több okból is érdekes kutatási területnek tekinthetők. A látássérült szülők esetében az egyik érzékszervi csatorna, a látás, amely általában interaktív megfigyelésre, monitorozásra szolgál, nem elérhető. A látássérült szülőkkel és látó gyermekekkel végzett interakciós vizsgálatok így lehetőséget adnak a különböző szenzoros modalitások változása következtében megjelenő alternatív adaptív kommunikációs és interakciós stratégiák megismerésére. Ezeknek a stratégiáknak az a funkciója, hogy lehetővé tegyék a résztvevők közötti zökkenőmentes interakciót és kommunikációt az érzékszervi modalitások (pl. látás, hallás) változásai következtében. A látássérült szülők látó gyermekeinek fejlődésének megfigyelése lehetővé teszi számunkra, hogy jobban megértsük a megváltozott szemkontaktus és tekintetkövetés hatását a társas kommunikáció fejlődésére.

7.2.3 A szemkontaktus szerepe a társas kommunikációban

Mivel kutatásunk során a látás és annak hiánya mentén gondolkodunk a szülő-gyermek interakciók sajátosságaiban, különösen fontosnak tartjuk a szemkontaktus szerepének tárgyalását. A látást és a tekintet viselkedést gyakran tekintik elsődleges közvetítőnek a korai szülő-csecsemő interakciókban. A kommunikációs szándék detekciós modellje szerint a szemkontaktus közvetlenül aktiválja a mentalizációs képességet, hiszen a kommunikáció szándékát közvetíti a fogadó fél felé. Ez összhangban áll azzal a megállapítással, miszerint az autizmus spektrum zavarral élőknel megfigyelt atipikus szemkontaktus azon alapszik, hogy nehezen tudják mások mentális állapotait azok szeméi alapján olvasni (Baron-Cohen, 1995, in Senju és Johnson, 2009).

A látássérült szülők és gyermekük interakciójának elemzésére több elméleti megközelítés is lehetséges. Az elméletek különböző alternatívákat javasolnak a tekintet-feldolgozás fejlődésére. A **nativista** megközelítés szerint létezik egy veleszületett modul, a szemirány-detektor (*eye direction detector*). E perspektíva szerint a szülői látásképesség nincs befolyással a gyermek társas kommunikációs és tekintet-feldolgozó készségeinek fejlődésére, mert a szülő látásképességének és tekintetének hiányában is képes a gyermek más modalitásokból érkező ingerek alapján beazonosítani a szülői tekintet irányát (pl. Baron-Cohen, 1995).

Az **interaktív specializáció** elmélete szerint a környezeti hatásoktól függően eltérő speciális hálózatok épülhetnek ki az agyban a tekintet feldolgozására (ld. 4.4.1.1. alfejezet). A látássérült szülők és gyermekük kapcsolatát tekintve a szülő látáshiánya olyan megváltozott környezeti hatás lehet, amely befolyásolja a gyermek tekintet-figyelő képességének fejlődését. Erre példaként szolgál egy longitudinális vizsgálat eredménye, mely 6 hónapos kortól 4 éves korukig követte nyomon a látássérült szülők gyermekeinek tekintetkövető viselkedését (Senju et al., 2013). Az eredmények azt mutatták, hogy a látássérült szülők gyermekeinek tekintetkövetése nem változik látó személlyel való interakció során, viszont látássérült szüleik felé kevésbé gyakran tekintenek.

Az **affektív tanuláselmélet** a szemkontaktus megerősítő szerepét hangsúlyozza, ami, ha nem áll rendelkezésre egy interakció során, ha nincs kölcsönös szemkontaktus, tekintetváltás a szülő és gyermeke között, akkor a tekintetek iránt átlagtól eltérő érdeklődés mutatkozik meg a gyermek részéről (Hood et al., 2003). Ezen elmélet szerint a látássérült szülők látó gyermekei nem képesek kifejleszteni a szükséges készséget és érdeklődést a felnőttek tekintete iránt, hiszen a szemkontaktust és a tekintetkövetést a látássérült szülők nem viszonyozzák, ezért nem válik érdemessé alkalmazásuk a gyermek számára. Ez az elmélet magyarázhatja a látássérült szülők gyermekeinek csökkent tekintetkövetését a látássérült szüleikkel folytatott interakciójuk

során, azonban a látó felnőttekkel való tipikus szemkontaktust nem (Senju et al., 2013). Így az interaktív specializáció jobb magyarázó elméleti keretnek bizonyul a látássérült szülők látó gyermekeik látó és látássérült felnőttekkel folytatott interakciójának sajátosságait illetően.

Amennyiben a fejlődési pszichopatológia elméletével vetjük össze a nativista, az interaktív specializáció és az affektív tanulás elméletét, azt mondhatjuk, hogy a nativista szemlélet szerint a szülő látássérültsége nincs befolyással a látó gyermek szemkontaktus és tekintetkövető viselkedésére (se nem protektív, se nem rizikó faktor), az affektív tanuláselmélet szerint azonban a szülő látássérültsége rizikófaktort képez a látó gyermek tekintetkövető viselkedésének fejlődésében. Az interaktív specializáció ezzel ellentétben a látássérült szülő látó gyermekének sikeres alkalmazkodását és kompetens működését hangsúlyozza egy megváltozott természetes környezetben, így akár úgy is értelmezhetjük, hogy a szülői látássérültség a gyermek reziliens társas-érzelmi fejlődéséhez járulhat hozzá azáltal, hogy a felnőttek látáskéességétől függően más-más tekintetkövető viselkedést tud alkalmazni.

A következő fejezet célja, hogy összefoglaljuk azon kvalitatív és kvantitatív kutatások eredményeit, melyek látássérült szülők és gyermekük interakcióját vizsgálják. A fejezetben nyolc tanulmányt mutatunk be, amelyek a látássérült szülők és gyermekeik korai kommunikációs sajátosságai vizsgálja. A módszertani megfontolások alapján (kvalitatív vs. kvantitatív) való csoportosításon kívül a kutatásokat időrendben kívánjuk bemutatni, mely reményeink szerint az interakcióvizsgálatok módszertani fejlődésébe is bepillantást enged.

7.2.4 Korábbi tanulmányok, kutatások

7.2.4.1 Kvalitatív kutatások/esettanulmányok

Az első látássérült szülőkkel és látó gyermekeikkel folytatott interakció vizsgálatok az 1970-1980-as években keletkeztek. Az egyik ilyen tanulmányban **Brazelton és munkatársai (1975)** a szülő-csecsemő interakciót elemezték a csecsemőkor első 5 hónapjában. Részletes mikro-viselkedéses leíró rendszert alkalmaztak, amelyben a csecsemő viselkedését tíz, míg az anya viselkedését hat kategória mentén elemezték. A kölcsönös mikro-viselkedéses kategóriák az 17. táblázatban láthatók.

A gyermeki viselkedés mikro-történéseinek kategóriái	Az anyai viselkedés mikro-történéseinek kategóriái
1. Vokalizáció	1. Vokalizáció
2. Tekintet iránya	2. Fej elhelyezkedése
3. Fejfordítás iránya	3. Testhelyzet
4. Fej elhelyezkedése	4. A csecsemővel való speciális bánásmód
5. Arc kifejezés	5. Tekintet iránya
6. Mozgás mennyisége	6. Arc kifejezés
7. Pislogás	
8. Specifikus kézmozdulat	
9. Specifikus lábmozdulat	
10. Nyelv elhelyezkedése	

17. táblázat: A gyermeki és anyai viselkedés mikrotörténéseinek kategorizációja (Brazelton et al., 1975)

Az egyik interakció egy vak anya és négyhetes lánya között zajlott. Az interakciók során az anya és a gyermek 3 percig egymással szemben ültek egy asztalnál. Az első 3 perces szakasz után az anya 30 másodpercre elhagyta a helyszínt, majd visszatért egy második 3 perces szakaszra. A látássérült anya és gyermeke közötti interakció során megfigyelhető volt, hogy a gyermek kevesebbet nézett anyja arcára, gyakrabban utasította el vele a szemkontaktust, mint a látó apával való interakció során. Megfigyelték, hogy az anya ezt a különbséget különös érzékenységgel vette észre, amit gyermeke légzésirányának érzékelésével monitorozott. Kommunikációjukban hangsúlyosabbá vált a vokális és auditoros csatornák szerepe (pl. az anya gyakrabban és hosszabb ideig szólt gyermekéhez, és többször érintette meg az arcát, mint a látó apa.). Nyolc hetes korára a csecsemő már hosszabb ideig kereste anyja tekintetét, és hosszabb ideig nézte anyja mozdulatlan tekintetét, mielőtt elfordította volna a fejét. Brazelton és munkatársai arra a következtetésre jutottak, hogy a látássérült anya és gyermeke a gyermek 8 hetes korára alakított ki egy olyan alternatív kommunikációs stratégiát, melynek köszönhetően

a kezdeti interakciós akadályok elhárultak, és a látás helyett más érzékszervi modalitások, mint a hallás kapott nagyobb szerepet (Brazelton et al., 1975).

A második látássérült szülővel készült esettanulmány **Adamson és munkatársai** nevéhez fűződik (Adamson et al., 1977). Az esettanulmány két látássérült szülő és gyermekük közötti kapcsolatot, annak kommunikációs jellegzetességeit tárja fel. A gyermekek első évében 15 otthoni látogatásra került sor a szülő-szülő-csecsemő affektív reciprocitás mértékének megfigyelésére. Adamson és munkatársai spontán anya-csecsemő és apa-csecsemő interakciókat rögzítettek a család otthonában. Az első interakciót a látássérült anyával a csecsemő 5 napos korában, kórházi körülmények között rögzítették. Megfigyelték, hogy az anya a vizuális információszerzést érintéssel, fizikai kontaktussal helyettesíti, ami lehetővé teszi a gyermek érzelmi és fizikai állapotának nyomon követését. Észrevehető volt, hogy nem sok szemtől szembeni interakciót folytatott gyermekével, mivel általában az ölébe vette vagy a vállára helyezte a csecsemőt. Adamson és munkatársai megfigyelték, hogy az anya arca kifejezéstelen és változatlan maradt a gyermekkel való kommunikáció során. Hangja feszültnek tűnt, magas volt, és hiányzott belőle a dajkanyelvre jellemző magas hangszín, ami a látó pároknál már a kezdetektől megfigyelhető. A dajkanyelv először a gyermek 3 hetes korában jelent meg. Az első hónapban az érintéssel történő megfigyelés, a szemkontaktus kerülése, az arckifejezés hiánya volt jellemző az anyára. A gyermek aktívan részt vett a felnőttekkel való interakciókban, aktívan háritva (elfordulva, lehunyva a szemét) a látássérült anyával való interakció során, miközben aktívan kereste a szemkontaktust a látó felnőttekkel való interakció során. A látó kísérletvezetőkkel folytatott interakciók során (pl. gyermek cumisüvegből etetése) a gyermek a vizuális modalitást részesítette előnyben. Az anya az érintés mellett a vokalizációra fektetett nagyobb hangsúlyt. Annak érdekében, hogy felhívja gyermeke figyelmét, gyakran tapsolt. Az első néhány hétben a gyermek nem érdeklődött ezek iránt az ingerek iránt. Az első hónapban a szülő-gyerek diád egyik sikere egy olyan interakciós szituáció kialakítása volt, amely nem igényelt szemtől szembeni interakciót. A gyermeket az anya ölébe tették, aki onnan kifelé tekintett, de az anya érintés által kapcsolatot tartott vele, miközben vokalizált gyermekének, várva, hogy ezekre a hangingerekre választ kapjon.

Az apával való interakció során megfigyelhető volt, hogy a gyermek ritkábban kerül a szemkontaktust vele, ami azzal magyarázható, hogy az apa arckifejezése kevésbé volt semleges, merev, mozdulatlan, mint az anyáé. Amint azt a Still Face Paradigma is jól mutatja, a gyermek elkerüli az érzelemmentes tekintetet a szemtől szembeni interakciók során. Ebben az esetben a látássérült anya tekintete hasonlított a Still Face Paradigmában is alkalmazott érzelemmentes arckifejezéshez. A tekintetaverzió intenzitása azonban idővel egyre jobban

csökkent. 7 hetes korban megfigyelhető volt, hogy a gyermek egyre gyakrabban néz az anyja felé. A gyermek 20 hetes korában mosolygott először édesanyjára.

Adamson és munkatársai arra a következtetésre jutottak, hogy a gyermek és látássérült szülei képesek voltak érzelmileg pozitív kölcsönös interakciós mintákat kialakítani. Már korábban is hangsúlyozták a gyermek aktív szerepét és a szülői szenzitivitás jelentős mértékét e folyamat kölcsönösségének elérésében. Olkin (2010) szerint okafogyottá válhatnak azok a fejlődéslélektani modellek, melyek szülő-gyermek interakciójával kapcsolatban egy-egy modalitás (pl. látás) vagy viselkedéses minta (pl. szemtől szembeni interakció) kizárólagos jelentőségét hangsúlyozzák a kommunikációt illetően. Ez a tanulmány is erre a megállapításra erősít rá, miszerint azok a kutatások, amelyek kizárólag egyetlen modalitás (pl. vizuális csatorna) fontosságát hangsúlyozzák az interakciókban, megkérdőjelezhetők.

Collis és munkatársai (1981) tanulmánya négy olyan család megfigyeléseit foglalja össze, ahol látássérült szülőknek volt látó gyermeke (9-től 33 hónapos korig). Két kísérletvezető kétórás látogatásokat tett a családoknál, melyek során havonta 4-5 alkalommal készített jegyzeteket. Azt találták, hogy a szülő érzékszervi károsodása csekély hatással van a szülő-gyermek kapcsolatra. Az interakciók számos verbális és non-verbális tényezője képes adaptálódni a látássérülés következtében megváltozott körülményekhez.

A mobilitás mértékétől függően a szülők interakciót kezdeményeztek gyermekeikkel. Így a szülő-gyermek interakciót befolyásoló egyik fontos tényező a szülői mobilitás mértéke. Például az egyik szülő elég jól tudott tájékozódni az otthoni környezetben (rendkívül jó volt a mobilitás képessége), míg egy másik apának hiányzott a mozgásképessége. A mozgáshiányos szülő megkérte gyermekét, hogy helyezzen el vagy hozzon neki egy bizonyos tárgyat. Ezek az interakciók gyakran közös játéktevékenységet vagy párbeszédet indíthatnak el a szülők és gyermekeik között. Voltak azonban olyan szülők, akik kifejezték, hogy nem akarják, hogy gyermekük „az ő szemük” legyen, ezért kevesebb interakciót kezdeményeztek gyermekeikkel.

A gyermek helyének meghatározása és monitorozása volt a második megfigyelési szempont. Általánosságban elmondható, hogy a szülőknek néha nehéz volt megállapítani a gyermek helyzetét, de a hangok által nyújtott információk sokat segítettek az orientációban. A szülőkkel való játék során megfigyelhető volt, hogy a „vizuális játékok”, mint például a kukucskálás vagy a bújócska, nagyobb arányban voltak jelen. Az „ablakos játék” is népszerű tevékenység volt egy családban, ami azt jelentette, hogy a szülő kérdezte az ablakban álló gyermekét a járművek beszűrődő hangjairól („*Hallod a motort?*”, „*Hol van?*”). A kutatás egyik legfontosabb megállapítása, hogy a szülők nemcsak a biztonság és védelem érdekében

figyelték gyermeküket, hanem azért is, hogy kommunikációjukat a gyermek aktuális érdeklődéséhez, tevékenységeihez és hangulatához igazítsák.

7.2.4.2 Kvantitatív kutatások

Az egyik első kvantitatív tanulmány, amely a látássérült szülő – látó gyermek diádok korai kommunikációját vizsgálta, transzkripciós kódolási módszert használt, az egyik kutató látássérültsége miatt (**Rattray és Zeedyk, 2005**). Ez azt jelenti, hogy az interakciók részleteit részletről részletre átírták.

A kutatók öt anya-csecsemő diáddal végeztek vizsgálatokat a család otthonában egy éven keresztül két hónapos időközönként a csecsemő 6 és 18 hónapos kora között. Az anyák és a csecsemők látásképesége változó volt (mindketten látássérültek, egyikük sem, vagy csak az egyikük). A kutatók arra kérték a szülőket, hogy a megszokott módon játsszanak gyermekeikkel. A 30 perces szabad játék interakciót videóra vették, amelyből 10 perces szakaszokat kódoltak kétféle fókusszal: a kommunikációs módok és a közös figyelem viselkedések álltak a megfigyelés középpontjában.

Három kommunikációs módot különböztettek meg: érintést (aktív vagy passzív), vokalizációt és tekintetorientációt. A változókat az interakciók 5 másodperces szegmenseiben kódolták. Az aktív érintés arra utal, hogy az anya vagy a csecsemő fizikailag manipulálja az érdeklődés tárgyát. Az érdeklődés tárgya lehetett egy fizikai tárgy vagy a partner. Példa az aktív érintésre, amikor az anya labdát helyezett a csecsemő kezébe. A passzív érintés egy tárggyal vagy a partnerrel való taktilis érintkezésre utalt, de minden manipuláció nélkül. Passzív érintés volt például, amikor valaki megfogott egy tárgyat, de a csecsemő ülő helyzetének a szülő kezével való megtámasztása is passzív érintés volt. Az interakciók során előforduló egyes szavakat, hangokat és mondatokat vokalizációként kódolták. Az anyák és a csecsemők vokalizációs mintáit külön kódolták. A tekintetorientáció az arcnak egy tárgy vagy a partner, mint a figyelem fókusz felé történő orientálását jelentette. Az arc orientációja megegyezik a tekintet irányával, azonban az utóbbi nem megfelelő a látássérült résztvevők mintájában.

Az interakciók második fókusz a **közös figyelem** volt. Azt állapították meg, hogy az alternatív modalitásoknak alapvetően fontos kommunikatív szerepe van a közös figyelem létrejöttében a látássérült diádok esetében. Ami az eredményeket illeti, minden diádban anyai **aktív érintés** volt megfigyelhető. A látó csecsemők mindkét édesanyja (egy látássérült, egy látó) viszonylag magasabb szintű aktív érintést alkalmazott, ami a csecsemők 10 hónapos koráig fokozatosan csökkent. A két látássérült anya látássérült csecsemőivel folyamatosan

magas szintű aktív érintést mutatott az interakciók során. A két látássérült anya-látássérült csecsemő diád mellett valamennyi anya növelte a **passzív érintés** mennyiségét a vizsgálat során. Ami a csecsemők érintését illeti, az eredmények azt mutatták, hogy az összes csecsemő aktív érintést mutatott a szabad játék interakciók során. Az aktív érintés időbeli növekedése jellemző volt a látássérült anya-látó csecsemő és a látó anya-látássérült csecsemő-diádok esetében is. A csecsemők passzív érintésének mértéke az idő múlásával minden diádban fokozatosan csökkent.

A látássérült anyák csecsemőinek **vokalizációinak** száma 14 hónapos korig csökkent, függetlenül a gyermek látáskéességétől. Megállapítható, hogy bár a látássérülés befolyásolta a csecsemők és az anyák vokalizációjának általános arányát, de nem befolyásolta a kommunikációs eszközként való használatát.

A **tekintetorientáció** a látássérült anyák esetében kevésbé volt megfigyelhető. A csecsemők tekintetorientációja általános növekedést mutatott a diádokban a látó csecsemők esetében. A tanulmány arra a következtetésre jutott, hogy alapvető különbségek vannak az anyák és a csecsemők kölcsönös interakcióinak természetében, ahol az egyik vagy mindkét szülő látássérült. Ezek a különbségek azonban inkább a kommunikatív interakciók rugalmasságát jelentik, semmint a csecsemő fejlődésének késleltetését.

Senju és munkatársai (2013) öt látássérült szülő és látó gyermekeik interakcióját vizsgálták. A kontrollcsoportot 51 látó szülő és csecsemője alkotta. Ez a kutatás mérföldkőnek számít a látássérült szülők és látó gyermekeik interakcióinak vizsgálatában, mivel korábban nem végeztek olyan kísérleti elemzéseket ezen a területen, amely a csecsemők különböző fejlődési területeit (kognitív, motoros, nyelvi) is vizsgálta volna. A longitudinális vizsgálat során háromszor vizsgálták kísérletes módszerrel a gyermek tekintetkövetését és arcészlelését (arc-letapogatását), először 6-10, majd 12-15, végül 24-47 hónapos korban. Felmérték a gyermek kognitív, motoros és nyelvi fejlődését is. A gyermekek verbális és non-verbális képességeit a *Mullen Scales of Early Learning* (MSEL) alapján négy területen mérték fel: vizuális befogadás, finommotoros mozgás, receptív nyelv és expresszív nyelv. A szülő-gyerek szabad játék interakcióit laboratóriumi körülmények között videóra is vették. A csecsemők kommunikációs viselkedését kódolták a vokalizáció, a cselekvés és az arckifejezés mentén. Emellett a mutatók, az egyéb gesztusok, a tekintetkövetés, a tárgyra mutató vagy tárgyadás is kódolásra került. A vizsgálati csoport eredményeit látó szülőkből és látó gyermekekből álló kontrollcsoporttal hasonlították össze. A kutatás eredményei cáfolják Adamson és munkatársai (1977) megfigyeléseit, miszerint a látó gyerekek aktívan és tartós ideig/kitartóan elfordultak a látássérült szülő tekintetétől (tekintet averzió). Senju és munkatársai azt találták, hogy a

gyerekeknél nem volt kimutatható csökkenés a szülőkkel való szemkontaktusban, ráadásul a szem megfigyelések arányában sem a látó szülők és látó gyermekeik interakcióihoz képest. Azt találták, hogy amikor dinamikus arcokat néznek, a látássérült szülők látó csecsemői gyakrabban tekintenek a szemekre, mint a szájra. Az öt látó csecsemő-látássérült szülő diád közül két csecsemőnél megnövekedett eltérő megkülönböztető nézési idő (DLS – *differential looking score*) fordult elő, ami nagyobb mértékű tekintetet jelez a nézett tárgy felé. A szülő-csecsemő interakciók során ugyanakkor a látássérült szülők csecsemői kisebb arányban tekintettek a szüleik felé, viszont gyakoribb volt a vokalizáció. A kognitív képességek tekintetében a látássérült szülők gyermekei jobb teljesítményt nyújtottak a vizuális memória és a figyelem terén. Később **Senju és munkatársai (2015)** 14 látó csecsemővel és vak szüleikkel végezték el ugyanezt a vizsgálatot, és megerősítették ezeket az eredményeket. Ebből a kutatásból a kísérletvezetők arra a következtetésre jutottak, hogy a gyerekek képesek megváltoztatni kommunikációs stratégiáikat a látássérült és látó emberekkel való interakciók során. A jobb kognitív, motoros és nyelvi fejlődés a társas kommunikációs interakciók vizuális és auditív csatornáik közötti váltás képességével magyarázható. Ezen kutatási eredmény a szülői látássérültség pozitív befolyását hangsúlyozza a látó gyermekek fejlődésében. Így megdönteni látszik azt az elgondolást, miszerint a szülői látássérültség rizikó faktorként van jelen a látó gyermek társas-érzelmi fejlődésében.

Chiesa és munkatársai (2015) hét látássérült anya 6 hónapos és 3 éves kor közötti gyermekeik szabad játék interakcióját vizsgálta otthoni látogatások során. Az anyák és gyermekeik egymással szemben játszottak egy asztal két oldalán. Életkornak megfelelő játékokat biztosítottak (pl. csörgők, építőkockák). Négy modalitást figyeltek meg: tekintet, fizikai kontaktus, verbalitás és arckifejezések. A tekintet, a fizikai kontaktus és a verbalitás időtartamát és gyakoriságát kódolták. Sikeresen megerősítették Senju és kollégái (2015) vizsgálatának eredményeit, azaz a látássérült szülők gyermekei képesek megkülönböztetni a kommunikációs szükségleteket interakciós partnereik között azok látásképesége szerint. A látássérült anyával való interakcióban meghatározó szerepe van a fizikai érintkezésnek és a verbalitásnak. Az anyák látássérültsége nem akadályozza a gyermekeikkel való interakció harmóniáját és gördülékenységét. Az eredményekből kitűnik, hogy a látó anyák és gyermekeik között sokkal gyakrabban változott a tekintet iránya, gyakrabban változtatták tekintetüket a partner és a tárgy között. Elmondható, hogy szignifikánsan több volt a kölcsönös tekintetek aránya a látó anyák és látó gyermekeik interakciói során. Mind a látássérült, mind látó anyukák a 6 hónapos csecsemőjük felé irányították tekintetüket, míg az idősebb gyermekek édesanyja (látássérült és látó is) gyakrabban nézett a tárgy felé. A fizikai kontaktus hosszabb időtartama

és gyakorisága a látássérült anyák és gyermekeik diádjaira volt jellemző. A verbalitás gyakorisága nem különbözött a két diád csoportjában, azonban az időtartamot tekintve a látássérült anyák gyermekei többet beszéltek.

Ganea és kollégái (2018) 14 látó csecsemő és vak szülei diádikus interakcióit elemezték. A vizsgálati csoporthoz látó anyák és látó csecsemők kontrollcsoportját illesztettek. A kutatók a következő vizsgálati elrendezést alkalmazták: 2 csoport x 2 időpont x 2 kommunikációs kontextus. Kétféle interakciót (kommunikációs kontextust) figyeltek meg, az egyik a szülő és a csecsemő közötti természetes társas környezetben, a másik pedig a csecsemő és egy ismeretlen látó felnőtt között. A szabad játék interakcióit két otthoni látogatás során figyelték meg a gyermekek 6-10 és 12-16 hónapos korában. A longitudinális vizsgálati terv lehetővé tette a látó csecsemők és látássérült szülei társas interakciójának alakulásának megfigyelését. A kommunikációs interakció funkciója (kezdeményezés vagy válasz) és formája (tekintet (*face gaze*), vokalizáció vagy cselekvés) került kódolásra. A kommunikatív funkciókódok kiszámításához a kezdeményezés-válasz indexet (*Initiation-Response Index = IRI*) alkalmazták, amely a válaszok számának az egyes csecsemők kezdeményezéseinek számából való kivonásával, és az összes kommunikációs aktus összegével való elosztásával egyenlő.

Azt találták, hogy a látássérült szülők látó csecsemői több kommunikatív választ, mint kezdeményezést, több arcra tekintést és kevesebb cselekvést alkalmaztak. Miközben a kezdeményezés-válasz index a kontroll csecsemők esetében közel nulla volt, ami azt jelenti, hogy a kezdeményezések és válaszok aránya viszonylag egyenlő volt a szülő-csecsemő interakciókban. A látó felnőttekkel való interakció során a csecsemők kommunikációs viselkedése nem különbözött, csupán egyetlen eltérést lehetett kimutatni. A vak szülők csecsemői több kezdeményezést használtak, mint a kontroll csoport gyermekei. A vokalizációk gyakoriságát és időtartamát tekintve nem voltak csoportközi különbségek, de a kommunikációs kontextus befolyásolta a vokalizációt. Ez azt jelentette, hogy a szülő-csecsemő interakciókban viszonylag több vokalizációt lehetett kimutatni, mint a látó felnőtt-csecsemő interakciókban. Ez a különbség az egyes időpontok között is igaz volt, a csecsemők a második látogatás alkalmával többet vokalizáltak (12-16 hónapos korban), mint az elsőnél (6-10 hónapos korban). A vak szülők látó csecsemői nagyobb arányban néztek szülei felé, mint a kontroll csoport csecsemői, de ez a csoportközi különbség megszűnt a látó felnőttekkel való interakció során. A vak szülők gyakoribb kezdeményezése a látó csecsemőkkel folytatott interakció során egy lehetséges adaptív kommunikációs stratégiaként értelmezhető, mivel a több kezdeményezés több választ igényel a gyermek részéről. Ganea és munkatársai arra a következtetésre jutottak,

hogy a vak szülők látó csecsemői rugalmasan és adaptívan tudják használni a kommunikációs csatornákat, és váltani közöttük az interakcióban részt vevő partnerüktől függően.

7.2.5 A korábbi interakcióvizsgálatok összefoglalása, konklúziója

A látássérült szülők látó gyermekükkel folytatott interakciójukat vizsgáló tanulmányok nagyrésze hangsúlyozza az érintés, a hangok és a vokális kommunikáció rugalmasságának meglétét a szülők részéről (Senju et al., 2013). A csecsemők szenzitíven tudnak alkalmazkodni a látássérült felnőttekkel való interakciókhoz. Ahogyan Senju és munkatársai (2013) kimutatták, a látássérült szülők gyermekei kifinomultabb kognitív fejlődéssel, rugalmasabb szocio-emocionális készségekkel rendelkezhetnek a társas környezetben, mivel képesek váltani a látó és a látássérült felnőttekkel való interakciók között.

Az első kvalitatív vizsgálatokkal ellentétben Senju (2013) azt találta, hogy a látássérült szülők látó csecsemői gyakrabban néznek a felvételen szereplő női tekintet szemébe, mint szájára, amikor dinamikus arcokat (női arcokat ábrázoló videók) néznek. A látássérült szülők csecsemői tehát tipikus társas-kommunikációs készségfejlődést mutatnak. Amint azt a közelmúltbeli kutatások is mutatják ezen a területen, a szülők látássérülése nem korlátozza a szülők és gyermekeik közötti gördülékeny kommunikációt, csupán a különböző modalitások (vokalizáció, fizikai kontaktus, tekintet) szerepe változik. Ezek az eredmények azt mutatják, hogy a non-verbális kommunikációnak döntő szerepe van a szülők és gyermekeik közötti korai kommunikációs interakciókban, és hogy a nem-vizuális modalitások jobban artikulálódnak a látássérült szülők és gyermekeik diádjaiban a korai interakciók során.

A látássérültség szülő-gyermek interakcióra való befolyását ugyan korlátozott számú és kis mintaelemszámú kutatás vizsgálta eddig, de a néhány kutatás közös következtetése, hogy a szülő és gyermeke képesek egy rugalmasan működő, adaptív interakciós rendszert kialakítani (Adamson, Als, Tronick és Brazelton, 1997, Collis és Bryant, 1980, Rattray és Zeedyk, 2005, Senju et al, 2013, Chiesa et al., 2015, Ganea et al, 2018, Senju et al., 2015).

7.3 Hipotézisek, kutatási kérdések

Mivel vizsgálatunk feltáró jellegű volt, ezért a korábbi szakirodalomban előforduló tudományos eredmények inspirálták kutatási kérdéseinket, hipotéziseinket. A látó és látássérült anyák és gyermekük közötti interakciók elemzésével több kérdést szeretnénk volna vizsgálni. Egyrészt az interaktív specializáció szerinti megközelítést szeretnénk volna megerősíteni,

miszerint a látássérült szülők látó gyermekei a tekintetkövetés speciális formáit képesek kialakítani a látássérült szülő sajátos, egyedi interakciós tulajdonságaitól függően, amely eltér a látó idegennel működtetett tekintetkövetés mintázataitól.

Másrészt szerettünk volna választ kapni arra, hogy milyen erősségei és gyengeségei vannak a látássérült szülők és gyermekük interakcióinak, amelyek feltételezésünk szerint elsősorban a kommunikációs modalitások látó párosoktól eltérő alkalmazásában nyilvánulnak meg.

Kérdéseinket két irány mentén lehet csoportosítani. Egyrészt érdeklődésünk középpontjában az állt, hogy milyen azonosságok és különbségek fedezhetők fel a látó anyák és a látássérült anyák gyermekükkel folytatott interakciói során. Másrészt arra is kíváncsiak voltunk, hogy milyen sajátosságai vannak a látássérült anyák és gyermekük interakciónak a gyermek egy látó idegennel folytatott interakciójához képest.

A látó és látássérült anyák 12-18 hónapos gyermekükkel folytatott interakcióval (1. és 2. epizód) kapcsolatos kutatási kérdéseinket, hipotéziseinket a szakirodalomban található megfigyelések, eredmények alapján dolgoztuk ki.

Az első életév második felére kialakuló közös figyelem képességének kitüntetett szerepe van a gyermekek egy másik személlyel folytatott interakciójában. Rattray és Zeedyk (2005) szerint látássérült szülők látó gyermekükkel folytatott interakciója során az alternatív modalitásoknak alapvetően fontos kommunikatív szerepe van a közös figyelem létrejöttében. Feltételezéseink szerint az alternatív modalitások kompenzatórikus jelleggel játszanak szerepet az anya-gyermek diádokban a közös figyelmi helyzetek során, így nem vártunk különbséget a közös figyelmi helyzeteket illetően a két csoport között:

1. hipotézis: A közös figyelmi helyzet (tekintetirány egy 3. tárgyra) tekintetében nem várunk különbséget azzal kapcsolatban, hogy milyen időtartamban tekintenek a látó és látássérült anyák és gyermekük a 3. tárgyra az interakciók során.

Hipotézisalkotásunk során különválasztottuk az anyák és a gyermekek által kezdeményezett interakciós jegyekre vonatkozó feltételezéseket. A gyermekek kapcsolatkezdeményezésével és -fenntartásával kapcsolatban a 2.hipotézist fogalmazzuk meg, míg a látó és látássérült anyák kapcsolatkezdeményezésével és -fenntartásával kapcsolatban a 3.hipotézist fogalmazzuk meg.

Adamson és munkatársai (1977) azt állapították meg, hogy a látó gyerekek aktívan és kitartóan elfordultak a látássérült szüleik tekintetétől (tekintet averzió). Senju és munkatársai

(2013) viszont megcáfolták ezt az eredményt, mivel arra a következtetésre jutottak, hogy a látássérült szülők gyerekei esetében nem mutatható ki csökkenés a szülőkkal való szemkontaktusban arányában. Interakcióvizsgálatunk során szerettünk volna állást foglalni amellett, hogyha a tekintetaverziót nem is, viszont az anyára való tekintések alacsonyabb számát és rövidebb időtartamát tetten érhetjük a látássérült anyák gyermekei körében. Ugyanakkor a gyermekek anyára irányuló érintése és vokalizációja, mint alternatív kompenzatórikus interakciós sajátosság magasabb arányban lesz jelen a látássérült anyák gyermekei esetében:

2. hipotézis: Feltételezzük, hogy a látó anyák gyermekei több alkalommal, és hosszabb időtartamban tekintenek anyjukra, mint a látássérült anyák gyermekei.

2.1. alhipotézis: Ugyanakkor az anyára irányuló érintés és vokalizáció tekintetében a látássérült anyák gyermekei esetében nagyobb előfordulási gyakoriságot és hosszabb időtartamot várunk.

A korábbi szakirodalom szerint a szülői vokalizáció magasabb aránya egyfajta kompenzatórikus interakciós stratégiaként is tud szolgálni a látássérült szülők gyermekükkel folytatott interakciójában (pl. Brazelton, 1975; Rattray és Zeedyk, 2005). Az anyák által kezdeményezett interakciós jegyekkel kapcsolatban a vokalizáció mértékében és a gyermek felé irányuló tekintetorientációban vártunk különbségeket.

3. hipotézis: A látássérült anyák több alkalommal és hosszabb időtartamban vokalizálnak gyermekükkel és több alkalommal és hosszabb időtartamban érintik gyermeküket, mint a látó anyák.

3.1. hipotézis: Ugyanakkor azt feltételezzük, hogy a látássérült anyák kevesebb alkalommal és rövidebb időtartamban fordítják fejüket, tekintetüket gyermekük irányába, mint a látó anyák.

A látássérült anyák gyermekeinek anya-gyermek interakcióinak a látó idegennel folytatott interakciókkal való összevetésével kapcsolatban az alábbi hipotéziseket fogalmaztuk meg (1. és 3. epizód).

4. hipotézis: Feltételezzük, hogy a látássérült anyák gyermekei több alkalommal és hosszabb időtartamban fognak a látó idegenre tekinteni, mint látássérült édesanyjukra.

5. hipotézis: Feltételezzük, hogy a látássérült anyák gyermekei több alkalommal fogják anyjuk kezébe helyezni a tárgyat az anya-gyermek epizódok során, mint a látó idegennel folytatott interakció során.

Egy további kutatási kérdést megfogalmaztunk a kontingens válaszreakciókkal kapcsolatban. Kontingens válaszreakció-pároknak tekintettük az alábbiakat Beebe és munkatársai (2016) nyomán:

Modalitás-specifikus párok		
Anyai változók		Gyermeki változók
1.	figyelem	- figyelem
2.	arckifejezés	- arckifejezés
3.	arckifejezés	- hangadás
4.	anyai tekintet-vizualitás preferencia (<i>mother facial-visual engagement</i>)	- gyermeki tekintet-vizualitás preferencia (<i>infant facial-visual engagement</i>)
5.	érintés	- facial-visual engagement
6.	érintés	- hangadás
7.	érintés	- érintés
8.	térbeli tájékozódás	- fejfördítés

18. táblázat: Az anya-gyermek interakciók során megfigyelt modalitás-specifikus párok Beebe és munkatársai (2016) vizsgálatában

7.4 Vizsgálati személyek

Interakcióvizsgálatainkat 5 látássérült és 5 látó anyával és 12-18 hónapos látó gyermekükkel végeztük. A vizsgálati személyeket igyekeztünk egymáshoz illeszteni a két csoport tekintetében (ld. 19. táblázat).

Illesztés sorszáma	Vizsgálati személyek		Kontroll csoport	
	Cecília – Áron		Anna – Zsombor	
1.	Anya életkora:	29 éves	Anya életkora:	28 éves
	Anya iskolai végzettsége:	egyetem	Anya iskolai végzettsége:	egyetem
	Anya lakóhelye:	város	Anya lakóhelye:	város
	Anya családi állapota:	élettársi kapcsolat	Anya családi állapota:	házas
	Gyermek neme:	fiú	Gyermek neme:	fiú
	Interakció dátuma:	2020. 01. 05.	Interakció dátuma:	2021. 07. 15.
	Gyermek életkora az interakció idején:	17 hónapos	Gyermek életkora az interakció idején:	15 hónapos
2.	Piroska – Sándor		Edit – Norbert	
	Anya életkora:	32 éves	Anya életkora:	33 éves
	Anya iskolai végzettsége:	gimnáziumi érettségi	Anya iskolai végzettsége:	gimnázium
	Anya lakóhelye:	város	Anya lakóhelye:	megyeszékhely
	Anya családi állapota:	kapcsolatban	Anya családi állapota:	házas
	Gyermek neme:	fiú	Gyermek neme:	fiú
	Interakció dátuma:	2020. 01. 16.	Interakció dátuma:	2021. 04. 15.
Gyermek életkora az interakció idején:	16 hónapos	Gyermek életkora az interakció idején:	16 hónapos	
3.	Laura – Eszter		Ágnes – Dániel	
	Anya életkora:	28 éves	Anya életkora:	33 éves
	Anya iskolai végzettsége:	egyetem	Anya iskolai végzettsége:	gimnáziumi érettségi
	Anya lakóhelye:	főváros	Anya lakóhelye:	megyeszékhely
	Anya családi állapota:	házas	Anya családi állapota:	házas
	Gyermek neme:	lány	Gyermek neme:	fiú
	Interakció dátuma:	2019. 11. 29.	Interakció dátuma:	2022. 08. 31.
Gyermek életkora az interakció idején:	18 hónapos	Gyermek életkora az interakció idején:	18 hónapos	
4.	Beáta – Bálint		Sára – Simon	
	Anya életkora:	24 éves	Anya életkora:	32 éves
	Anya iskolai végzettsége:	egyetem	Anya iskolai végzettsége:	egyetem
	Anya lakóhelye:	város	Anya lakóhelye:	megyeszékhely
	Anya családi állapota:	házas	Anya családi állapota:	házas
	Gyermek neme:	fiú	Gyermek neme:	fiú
	Interakció dátuma:	2020. 10. 23.	Interakció dátuma:	2022. 09. 14.
Gyermek életkora az interakció idején:	17 hónapos	Gyermek életkora az interakció idején:	12 hónap	

5.	Kinga – Zoé		Zsófia – Barnabás	
	Anya életkora:	31 éves	Anya életkora:	28 éves
	Anya iskolai végzettsége:	gimnázium	Anya iskolai végzettsége:	egyetem
	Anya lakóhelye:	főváros	Anya lakóhelye:	város
	Anya családi állapota:	egyedülálló	Anya családi állapota:	házas
	Gyermek neme:	lány	Gyermek neme:	fiú
	Interakció dátuma:	2019. 11. 29.	Interakció dátuma:	2021. 08. 18.
	Gyermek életkora az interakció idején:	18 hónapos	Gyermek életkora az interakció idején:	18 hónapos

19. táblázat: Az interakcióvizsgálatban részt vevő anya-gyermek párok demográfiai adatai

Az anya-gyerek interakciót potenciálisan befolyásoló pszichológiai tényezőket is igyekeztünk kontrollálni, így az interakció vizsgálatot követő egy hétben egy online kérdőívcsomag kitöltésére kértük az anyákat (ld. 12.21. melléklet). A különböző kérdőívek kitöltésével az volt a célunk, hogy megvizsgáljuk, van-e olyan pszichológiai tényező, mely mentén eltérnek a látó és látássérült anyák egymástól. Azt feltételeztük, hogy nincs a két csoport között különbség. Amennyiben ez beigazolódni látszik, az interakcióelemzések során megállapított csoportok közötti különbségek elsősorban nem a pszichológiai tényezők mentén való eltéréssel magyarázhatók. A kérdőíveket 1 látó és egy látássérült anya nem töltötte ki, így eredményeink csak 4-4 látó és látássérült anyára vonatkoznak. A kérdőívcsomagban 6 kérdőív szerepelt, melyeket a következőkben az általuk mért pszichológiai jelenségek mentén kívánunk bemutatni.

1. Hangulati állapot

A 20 tételt tartalmazó Depresszió Szűrő Kérdőív (*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*, CESD) (Radloff, 1977) a normál populáció körében képes a depresszió mértékét felbecsülni. Az önjellemzésen alapuló mérőeszköz állításait négyfokú Likert-skálán

(0 = ritkán vagy soha, 3 = nagyon gyakran vagy mindig) kell értékelnie a válaszadónak aszerint, hogy mennyire volt rá jellemző az elmúlt egy hétben. Ez a mérőeszköz aktuális állapotot mér. A magyar adaptációját Novák és munkatársai (2010) dolgozták ki.

2. Élettel Való Elégedettség

A szubjektív jóllét (*subjective well-being*) és a pozitív életminőség egyik legfontosabb összetevője az élettel való elégedettség. Martos és munkatársai (2014) dolgozták az Élettel való elégedettség (*Satisfaction With Life Scale*, SWLS-H) 5 tételből álló mérőeszköz magyar adaptációját. A válaszadónak egy hétfokú Likert-skálán kell értékelnie azt, hogy milyen mértékben ért egyet az állításokkal (1 = egyáltalán nem értek egyet, 7 = teljes mértékben).

3. Gyermeki temperamentum

A gyermekek anyák által észlelt temperamentumát a Gyermeki Viselkedés Kérdőív legrövidebb változatával (*Early Childhood Behavior Questionnaire Very Short Form*, ECBQ VSF) kívántuk felmérni (Putnam, Gartstein, és Rothbart, 2006; Molnár és Kovács, 2019). A mérőeszköz 36 itemet tartalmaz. A magyar adaptáció során 3 skála volt elkülöníthető: 1. Erőfeszítés alapú kontroll, 2. Extraverzió, 3. Negatív érzelmi viszonyulás.

4. Gyermekgondozás, gyermeknevelés

A gyermekgondozással, gyermekneveléssel kapcsolatos tapasztalatokat két kérdőívvel kívántuk mérni. Az egyik a Gyermekgondozási Kérdőív (*Baby Mother Bonding Instrument*) (BMBI) a 12 itemből álló **túlvédés** skálája volt (Danis, Oates és Gervai, 2005).

A második mérőeszköz a Danis és munkatársai (2019) által kidolgozott Átfogó kora gyermekkori nevelési kérdőív (*Comprehensive Early Childhood Parenting Questionnaire*, CECPAQ; Verhoeven, Dekovic, Bodden és van Baar, 2017) volt, melynek az **anyai támogatást** és **stimulációt** mérő skáláit használtuk. A két skála összesen 26 itemet tartalmaz. Az anyai támogatás skála további 3 alskálára bontható: szenzitivitás (*sensitivity*), affektivitás (*affection*) és válaszkészség (*responsivity*). A stimuláció skála a tevékenységek (*activities*), expozíció (*exposition*) és játékok (*toys*) alskálákat tartalmazza.

5. Szülői kompetencia

A Gray és Sanson (2005) által kidolgozott *Longitudinal Study of Australian Children* (LSAC) mérőeszköz 4 tételét használtuk fel kérdőívcsomagunkban a **szülői kompetencia** mérésére.

6. Fejlődési lépcsőfokok

A gyermekek anyjuk által észlelt képességeinek, fejlődési szintjeinek a 12 itemes Szülői kérdőív a gyermek fejlődéséről c. kérdőívvel mértük, melyet 18 hónapos gyermekek fejlődési szűrésére fejlesztettek ki, és többek között a mozgáskoordinációt, a beszédfejlődést és a kortárskapcsolatok alakulását vizsgálja. A magyar fejlesztésű kérdőív a fejlődési zavarok korai felismeréséhez járulhat hozzá, azonban nem tekinthető a szűrővizsgálatokat helyettesítő módszernek. A mérőeszközt elsősorban a védőnők és a házi orvosok a szülő-védőnő-orvos kommunikációt segítő eszközként használják (Berkes, 2013).

A különböző pszichológiai tényezők csoportszintű összehasonlítása

A látó és látássérült csoport között a pszichológiai tényezők mentén való különbségek megállapítására független mintás T-próbát alkalmaztunk, melyet a Jamovi statisztikai elemző szoftverrel futtattunk le. A két csoport között nem találtunk szignifikáns különbséget az egyes pszichológiai tényezők mentén. A két csoport kérdőív eredményeinek átlagértékeit a 20. táblázat szemlélteti.

Kérdőívek skálái	Látó anyák	Látássérült anyák	T-érték (df)	Cohen's d
	Átlagértékek (szórás)			
Depresszió (CESD)	30,25 (7,5)	28,75 (3,5)	-0,362 (6)	-0,256
Élettel való elégedettség (SWLSH)	25,5 (8,59)	29,5 (3,69)	0,856 (6)	0,605
Támogatás – összes (CECPAQ)	59 (0,82)	59,25 (0,96)	0,397 (6)	0,281
Stimuláció – összes (CECPAQ)	68,75 (4)	63,25 (10,17)	-1,005 (6)	-0,711
Extraverzió (ECBQ)	43 (7,02)	40,5 (5,26)	-0,570 (6)	-0,403
Erőfeszítés alapú kontroll (ECBQ)	51,75 (12,53)	55 (15,12)	0,331 (6)	0,234
Negatív érzelmi viszonyulás (ECBQ)	27,5 (3,11)	23,75 (2,06)	-2,010 (6)	-1,422
Fejlődési lépcsőfokok (Védőnő 18)	29,25 (5,12)	31,5 (3,11)	0,751 (6)	0,531
Szülői énhatékonyság (LSAC)	9,25 (0,5)	9,25 (1,26)	0,000 (6)	0,000
Túlvédés (BMBI)	9 (4,24)	10,25 (5,5)	0,360 (6)	0,254

20. táblázat: A látó és látássérült anyák által kitöltött kérdőívek eredményének átlagértékei és a csoportok közötti különbség mértéke

A hatásnagyság mutató alapján egyedül a negatív érzelmi viszonyulás (ECBQ) tekintetében volt jelentős különbség a két csoport átlagértékei között. A látó anyák negatívabb affektivitást tulajdonítottak gyermeküknek a látássérült anyákhoz képest. Kíváncsiak voltunk arra, hogy vajon találunk-e összefüggést a negatív affektivitás és az egyes gyermeki interakciós jegyek között, ezért korrelációs együtthatókat számítottunk. Mivel változóink nem voltak normál eloszlásúak, ezért Spearman-féle rangkorrelációkat futtatunk. Az első epizód során pozitív korrelációt találtunk a gyermekek esetében a földön lévő tárgyra való tekintések időtartamában és a negatív érzelmi viszonyulás között [$r(8) = 0,723$; $p = 0,043$]. Negatív korrelációt találtunk a gyermekek helyzetből való kitekintésének időtartama és a negatív érzelmi viszonyulás között is [$r(5) = -0,975$; $p = 0,005$]. A második epizódban megjelenő interakciós jegyek és a negatív érzelmi viszonyulás között egy esetben sem volt szignifikáns korreláció, azonban a harmadik epizód alkalmával a gyermekek anyja felé irányuló tekintetorientációjának időtartama és a negatív affektivitás között szignifikáns pozitív korrelációt találtunk [$r(8) = 0,735$; $p = 0,038$].

7.5 Vizsgálati eljárás

Vizsgálatainkat több helyszínen készítettük (Pécs, Budapest, Debrecen, Eger, Sásd). A vizsgálatokat minden esetben a családok otthonában készítettük. A toborzást a látó anyák esetében hólabda módszerrel végeztük, a látássérült anyák pedig már korábban részt vettek kutatásunkban (második kvalitatív vizsgálat). Az interakciók felvételére 2019. novemberre és 2022. októberre között került sor. Vizsgálatunkat az Egyesített Pszichológiai Etikai Bizottság 2022-95-ös számú engedélye hagyta jóvá (ld. 12.4. sz. melléklet).

7.5.1 Helyszíni elrendezés

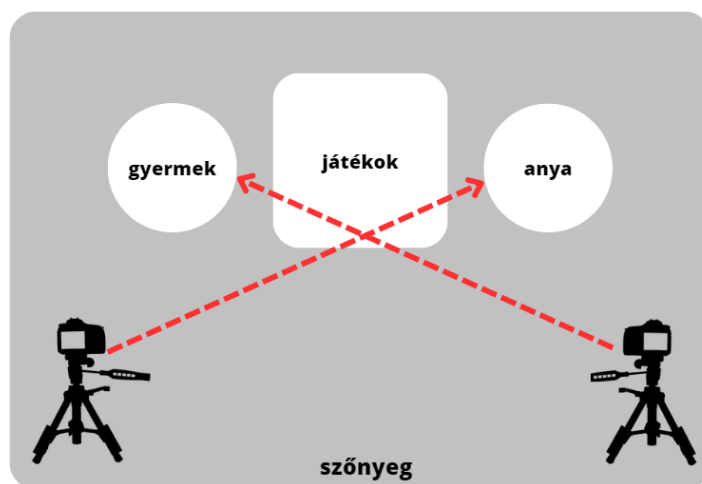
Az interakcióvizsgálatokra a kutatásban részt vevő családok otthonában került sor előzetes egyeztetést követően. Módszertani megfontolásokat illetően azért döntöttünk a családok otthonában való felvételkészítésről, mert ez az a környezet, ami biztosítja a szülő és gyermeke számára a szabad mozgásteret, lehetőséget biztosít az ismerős, rutinszerű, mindennapos tevékenység végrehajtására - különösen látássérült személyek számára - ami elősegíti a spontán viselkedéses megnyilvánulásokat, ellentétben a laboratóriumi vizsgálati helyszínnel (Connors és Glenn, 1996). Mivel vizsgálatunk egyik célja a különböző modalitásokban megnyilvánuló kontingens válaszok és a természetesen megjelenő interaktív

viselkedés mintázatok megfigyelése volt anya és gyermeke között, ezért különösen fontosnak tartottuk ezt a szempontot, érvet az otthoni környezetben való videófelvételt készítés mellett. Ettől függetlenül fontos megjegyeznünk, hogy a vizsgálatvezető jelenléte és a videókamerák elhelyezése befolyásolhatja az interakcióvizsgálatban szereplő személyek viselkedését (Connors és Glenn, 1996).

Az otthonokba való megérkezés előtt tájékoztattam az anyákat a vizsgálat menetéről, elrendezéséről. Megkértem őket, hogy amennyiben lehetséges a gyermek saját játékeit pakolják össze és vegyék ki a vizsgálat helyszínéül szolgáló térből, mely leggyakrabban a gyermek saját szobája volt. Figyeltünk arra is, hogy az érkezéskor magammal hozott egyéb tárgyak, eszközök (pl. bőrönd, táska, kamera doboza stb.) ne legyenek a szobában, ahol az interakció vizsgálat készül.

7.5.2 Vizsgálati protokoll

Figyeltünk arra is, hogy a gyermek ne lássa meg a játékokat a felvétel előtt, ezért az előkészítés alatt azt kértem az anyáktól, hogy próbálják meg elterelni gyermekük figyelmét vagy amennyiben erre lehetőség volt, menjenek át egy másik szobába. Ezalatt az idő alatt elhelyeztem két kamerállványon egy-egy kamerát (ld. 12.20. sz. melléklet 1. és 2. kép) a padlón/szőnyegen. Ezt követően megkértem az anya-gyermek párt, hogy helyezkedjenek el a szőnyegen egymással szemben úgy kettejük között kb. 50-60 cm üres hely legyen. Az egyik kamera az anya felé fordult, az ő testtartását és tekintetét vette, a másik pedig a gyermek irányába (ld. 17. ábra). A 3 x 3 perces szabad játékkinterakció során két különböző játékot használtunk, egy 6 db műanyag színes tojást tartalmazó tojástartót és egy zenélő, villogó műanyag labdát (ld. 12.20. melléklet).



17. ábra: Az interakcióvizsgálatok során alkalmazott helyszíni elrendezés (saját szerkesztés)

Elindítottam mindkét kamerát, majd kimentem a szobából és behoztam az első játékot, ami egy műanyag tojástartó volt, mely 6 darab szétnyitható tojást tartalmazott. Lehelyeztem a szőnyegre az anya és a gyermek közé és jól hallhatóan verbálisan jeleztem a vizsgálat kezdetét a „Kezdünk!” felszólítással. Kiléptem a vizsgálati térből, elhagytam a szobát és egy csendes helyen mértem az interakció első szakaszának idejét. Az anya-gyermek páros szabad játéinterakcióban játszott ezzel a játékkal 3 percen keresztül. Ezt követően beléptem a térbe és egy másik játékot hoztam, egy zenélő-villogó labdát, amit lehelyeztem az anya és a gyermek közé, a tojásokat pedig visszatettem a tartójába és kivettem a játéktérből, újra elhagytam a szobát. Az interakció második szakaszában 3 percig az új, még ismeretlen labdát fedezte fel az anya-gyermek páros. Ezt követően beléptem a vizsgálati térbe, visszahoztam magammal a tojásokat és amint az anya elhagyta a szőnyeget, én helyezkedtem el a gyermekkel szemben az anya helyén, az anya pedig magával vitte a második játékot, a zenélő-villogó labdát. A vizsgálati helyzet harmadik 3 perces szakaszában én játszottam a gyermekkel. A kamera folyamatosan veszi az egymást követő 3 epizódot. A vizsgálati eljárás rövid áttekintéséül a 21. táblázat szolgál.

Epizód száma	Résztevők	Időtartam	Használt játékeszközök
1. epizód	anya és gyermeke	3 perc	Tojástartó 6 db tojással
2. epizód	anya és gyermeke	3 perc	Zenélő-villogó labda
3. epizód	vizsgálatvezető és gyermek	3 perc	Tojástartó 6 db tojással

21. táblázat: az interakcióvizsgálat epizódjainak bemutatása

Az epizódok közötti átmeneti időszáv, miközben a játékok kicserélése, térből való kihelyezése történt, nem képezte az elemzés részét. Minden epizód kezdetét verbálisan

jelezttem, ami elősegítette az elemzendő videórészlet megvágását. Minden epizód esetében fontos volt a kétszemélyes helyzet. Az első epizód kezdete a vizsgálatvezető, a harmadik epizód kezdete pedig az anya a vizsgálat helyszínéül szolgáló szobából való kilépésétől számított.

7.5.3 Noldus Observer XT

Az interakcióvizsgálatokról készített videófelveleket a Noldus Observer XT viselkedéselemző szoftver segítségével elemeztük (Noldus, 1991). A szoftver lehetővé teszi élő és előre rögzített videófelvelek szisztematikus kódolását is. A vizsgálati elrendezés alapján különböző elemzési kategóriákat határoztunk meg mind az anyai, mind a gyermeki viselkedéses megnyilvánulások (pl. tekintet iránya, vokalizáció, érintés) elemzése céljából. A kategóriákat egyrészt a Beebe és munkatársai (2016) által kidolgozott és alkalmazott szemtől szembeni kommunikációs modalitások (ld. 18. táblázat a 131. oldalon) alapján határoztuk meg, másrészt a táblázatba foglalt modalitás-specifikus párokon kívül az interakciók során megjelenő egyénileg meghatározott viselkedéses jegyeket kódoltuk. A Beebe és munkatársai (2016) által kidolgozott modalitás-specifikus párokat legfőképp kiindulópontként alkalmaztuk. Elemzésünk során nem kifejezetten a Beebe és munkatársai által meghatározott párokat kerestük, hanem feltáró jelleggel a leggyakrabban előforduló szekvenciákat kerestük (pl. gyermek érintésére adott anyai reakció; anyai hangadásra adott gyermeki reakció).

Folyamatos mintavételt (*continuous sampling*) alkalmaztunk, ami mindkét vizsgálati személy esetében lehetővé teszi az összes viselkedéses jegy kódolását. A folyamatos mintavétel vizsgálati személyek folyamatos nyomonkövetését foglalja magába és figyelembe veszi a viselkedéses jegyek (pl. tevékenység, testhelyzet, arckifejezés, mozdulat) időtartamát is. Az interakcióvizsgálatok adatainak elemzésére során többféle elemzési módszer létezik, ezek közül talán a két leggyakoribb az időalapú és az eseményalapú kódolás. Az időalapú kódolás során egy meghatározott időegységen (pl. 1 mp) belül megjelenő, különböző modalitásbeli kommunikációs jegyek elemzése történik. Az eseményalapú kódolás a különböző kommunikációs modalitások időbeli szekvencialitására fókuszál és megengedi az egyes interakciós aktusok időbeli átfedését. Interakció vizsgálatunk során időegység alapú kódolást végeztünk, 3 mp percen belül megjelenő viselkedéses jegyeket tekintettünk válaszreakcióknak.

Az Observer XT szoftver képes párhuzamosan jelenlévő viselkedéses jegyek kódolására és egymást kölcsönösen kizáró viselkedéses jegyek kódolására is. Az adatelemzési folyamat három részre bontható:

1. **Kódséma létrehozása** (*Setup*): az interakció során megfigyelhető viselkedéses jegyek meghatározása és azok csoportosítása (pl. érintés: tárgy érintése, másik személy érintése, stb.)
2. **Felvételek kódolása** (*Observe*): az egyes viselkedéses jegyek kódolása a videófelvételek lejátszása közben. A kódolás során készült vizualizációt egy példa szemlélteti a 12.22. sz. mellékletben.
3. **Adatok statisztikai elemzés** (*Analysis*): adatbázisok készítése az összes viselkedéses jegy kódolását követően, melyek a statisztikai próbák alkalmazásához szükségesek (pl. szekvencialitás elemzés, frekvenciamutatók, csoportok közötti különbségek)

A manuálisan meghatározott viselkedéses jegyek között kezdetben az arckifejezések minősége (pozitív vs. negatív) is szerepelt, azonban sajnálatos módon az egyes videófelvételek minősége és a vizsgálati személyek elhelyezkedése, mozgása (nem minden esetben volt jól látható folyamatosan az egyik vagy mindkettő vizsgálati személy tekintete) miatt kénytelenek voltunk eltekinteni ezen jegyek kódolásától. Minden viselkedéses jegy tekintetében azok előfordulási gyakoriságát (alkalom) és időtartamát (abszolút idő) vizsgáltuk. Kutatásunkban különböző, manuálisan meghatározott interakciós jegyeket kódoltuk az alábbi kategóriák szerint (ld. 22. táblázat):

Interakciós kategória	Viselkedéses jegyek
Tekintet:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tekintet a talajra 2. Tekintet a talajon lévő tárgyon 3. Tekintet a másik személy kezében lévő tárgyra 4. Tekintet a saját kézben való tárgyra 5. Tekintet a másik személyre 6. Helyzetből való kitekintés
Vokalizáció:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nevetés 2. Hangutánzás 3. Kérdés 4. Instrukció 5. Kommentálás 6. Dicséret 7. Gyermeki hangadás
Érintés:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Egymás érintése 2. Saját test érintése 3. Tárgy érintése
Mutatás:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Másik személyre való mutatás 2. Tárgyra való mutatás 3. Helyzetből kifelé való mutatás
Manipuláció:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tárgyért való nyúlás 2. Tárgy elhelyezése a másik személy kezébe

- 3. Tárgy elvétele a másik személy kezéből
- 4. Játék a tárggyal (pl. rázás, gombnyomás)
- 5. Tárgy talajra való helyezése
- 6. Tárgy felvétele a talajról

22. táblázat: Manuálisan meghatározott interakciós kategóriák

Tekintet

A tekintet kategóriába sorolt viselkedéses jegyeket általában a tekintet iránya határozta meg. Megkülönböztettük a (1) talajra, (2) a talajon lévő tárgyra, (3) a másik személy kezében lévő tárgyra, (4) a saját kézben való tárgyra, (5) a másik személyre való tekintést, és külön kódoltuk a helyzetből való kitekintést (6). A tekintet irányának meghatározásában a fej orientációjának iránya volt meghatározó. A tekintet kategóriába sorolt viselkedéses jegyeket egymást kizáró állapotokként kezeltünk, azaz a tekintet kategóriába sorolt viselkedéses nem lehettek átfedésben (pl. egyszerre nem tekinthet az anya a talajra és a gyermek kezében lévő tárgyra). Figyeltünk arra azonban, hogy a tekintet folytatólagosan legyen kódolva, azaz az egyik tekintet állapot után megszakítás nélkül kódoltuk a következő állapotot. (pl. 0:34-0:40: tekintet a talajra, 0:40-0:49: tekintet a másik személy kezében lévő tárgyra).

Vokalizáció

A hangadást, vokalizációt illetően 7 kategóriát határoztunk meg. Az anyai vokalizációkat illetően 6-féle csoportosítást alkalmaztunk: (1) nevetés, (2) hangutánzás, (3) kérdés, (4) instrukció, (5) kommentálás, (6) dicséret. A gyermeki hangadást (7) külön kódoltuk. Néhány esetben a nevetés viselkedéses jegyet a gyermekek esetében is kódoltuk.

A hangutánzás kódot az anyai vokalizáció esetében akkor adtuk, amikor az anya hangadása a gyermek viselkedéses aktusának dinamikus-akusztikus mintázatát képezte le, arra hasonlított. Erre példa lehet, amikor a gyermek kiejti kezéből a játékot, és az anya „*Hoppá!*” kifejezéssel reagál. Ide soroltuk a hangot kiadó, zenélő játék hangjának utánzását (pl. „*Csipp-csipp!*”) is. Kérdés esetén a jól meghatározható kérdő mondatokat kódoltuk (pl. „*Ezt hogy csináltad?*”). Instrukciók esetében az anya által adott utasításokat, javaslatokat kódoltuk (pl. „*Gyere ide anyához!*”). Előfordult azonban, hogy egy anyai vokalizáció során egymás után különböző jegyeket kódoltunk (pl. „*Hol van a tojás? Gyere csak ide, nézz oda!*” = kérdés, majd instrukció). Kommentálásként kódoltuk azokat az anyai hangadásokat, melyek állító kijelentéseket tartalmaztak (pl. „*Csipog a kiscsibe.*”). Dicséretként értékeltük azt, amikor az anya pozitív megerősítéssel értékelté gyermeke viselkedését (pl. „*Nagyon ügyes vagy!*”). A gyermeki hangadásokat nem különböztettük meg. A vizsgálatban szereplő 12-18 hónapos gyermekek

nagyrésze gagyogott vagy beszéde egy-két szóra terjedt ki, de volt olyan gyermek is, aki a felvételek során egyáltalán nem vokalizált. Az anyai vokalizáció-típusokat az adatelemzés során összesítve vizsgáltuk, azaz „anyai vokalizáció”-ként neveztük el a különböző típusú hangadások összesített értékét.

Érintés

Az érintés kategórián belül 3 viselkedéses jegyet kódoltunk. Külön értékeltük (1) a tárgy érintését, (2) a másik személy érintését és (3) a saját test érintését, mely közül utóbbi a gyermekek esetében volt megfigyelhető (pl. hajtekergetés).

Mutatás

A mutató kategórián belül is 3 külön kódot határoztunk meg. Értékeltük a (1) tárgyra mutatót, (2) a másik személyre való mutatót és (3) a helyzetből való kifelé mutatót. Elsősorban a mutatók előfordulási gyakoriságát vettük számításba, de az időtartama is részét képezte vizsgálatunknak. Mutatósnak számított, ha a vizsgálati személy egyik vagy mindkét kezével, mutatóujjával egy bizonyos irányba mutatót és a kezében nem volt tárgy. A mutató kódolásnak nem volt feltétele, hogy az adott v.sz. a mutató irányába is tekintsen.

Manipuláció

A manipuláció kategóriába tartozó viselkedéses jegy mindegyikét az elemzés során határoztuk meg azon interakciós jegyek mentén, melyek vizsgálati személyeink esetében előfordultak.

Manipuláció tekintetében 7 viselkedéses jegyet kódoltunk:

1. A tárgy a másik kezébe való helyezése
2. A tárgy elvétele a másik kezéből
3. Nyúlás a tárgyért
4. A tárgy megmutatása a másik személynek
5. Játék a tárggyal (pl. rázogató, gombnyomogató)
6. A tárgy letétele a földre
7. A tárgy felvétele a földről

Ezen viselkedéses jegyek átfedésben lehettek egymással (pl. a gyermek játszik a tárggyal (5.) és közben megmutatja azt a másik személynek (4.)).

Az epizódok hosszúsága tervezetten minden esetben 3-3 percesek volt, azonban néhány alkalommal rövidebb epizódokat (min. 90 mp) sikerült kiviteleznünk. Ez általában azért fordult elő, mert a gyermekek egy bizonyos idő után kiléptek a szabad játékhelyzetből és a kamerák iránt érdeklődtek. Minden epizódot lekódoltunk azok eredeti, változó hosszúságában, azonban mivel az epizódok hosszúsága eltérő volt, nem tudtunk volna megbízható abszolút gyakoriságokat számolni, így egységesen az első 90 másodperc elemzését tekintettük mérvadónak a hipotézisek ellenőrzésekor.

7.6 Adatelemzés módszertanának indoklása

Jelen vizsgálatunk adatainak statisztikai elemzése kérdéseket vethet fel az alacsony elemszám miatt. Vizsgálatunk során G Power szoftver a priori teljesítményelemzését (*a priori power analysis*) használtuk (Faul, Erdfelder, Lang és Buchner, 2007). A statisztikai próbák elvégzését követően a hatásnagyság megadásával a program képes kiszámítani az elvégzett próba megbízhatóságához szükséges elemszámot. Az egyes hipotézisek tárgyalása során az eredmény statisztikai megbízhatóságát biztosító elemszámot is feltüntettük. Mind az 5 hipotézisünket és a kontingens válaszreakció-párokra vonatkozó kutatási kérdésünket is a Jamovi szoftver (Version 2.3.) segítségével elemeztük (The jamovi project, 2023).

Mivel a kutatásban részt vevő 5-5 anya-gyermek pár egyik hipotézisünk tesztelése esetében sem tekinthető elegendőnek a statisztikai megbízhatóság szempontjából, így eredményeink fenntartással kezelendők. A G Power szoftver elemzéstől függően 10 (legalacsonyabb) – 1554 (legmagasabb) elemszám tudott volna megbízható eredményeket adni, az volt olyan statisztikai elemzés, melyhez 5-5, míg egy másikhoz 777-777 anya-gyermek párra lett volna szükségünk. Azonban ettől függetlenül fontosnak tartjuk az eredmények bemutatását és megvitatását, mely jó kiindulópontja lehet az egyes jelenségek, interakciós jellegzetességek további, részletesebb, pontosabb vizsgálatához. Az alacsony elemszám miatt az eredmények értelmezésénél elsősorban a p érték mellett a hatásnagyságmutatókat vettük nagyobb súllyal figyelembe. Amennyiben a Cohen's d érték 0,8 felett volt, akkor létező hatásként tekintettük az eredményre.

Az első három hipotézis tesztelése céljából független mintás t-próbákat készítettünk, mivel az egyes epizódok során a két csoport (látó és látássérült) közötti különbségek álltak érdeklődésünk középpontjában. Ezen próbák során átlagértékekkel és szórásokkal történtek meg a statisztikai számítások. A 4. és 5. hipotézis ellenőrzése céljából kevert mintás

varianciaanalízist futtattunk, mivel az egyes epizódok és a csoportok, és azok összefüggéseinek főhatásait vizsgáltuk.

7.7 Eredmények

7.7.1 1. hipotézis

A közös figyelmi helyzet (tekintetirány egy 3. tárgyra) időtartama és előfordulása között nem vártunk különbséget látó és látássérült anyák és gyermekük interakciója során (1. és 2. epizód). A hipotézis vizsgálata céljából független mintás T-próbát alkalmaztunk.

Az első epizód során az anyák és gyermekük egy 6 db szétnyitható, színes játékojást tartalmazó tojástartóval játszottak. A látó és látássérült anyák gyermekükkel folytatott közös figyelmi helyzet időtartamai és előfordulási gyakoriságai között nem volt különbség a két csoport között. A látó anyák és gyermekük átlagosan 6,75-ször ($SD = 3,5$) tekintettek azonos időben a tárgyra, míg a látássérült anyák és gyermekük 2,33-szor ($SD = 1,53$) ($t(5) = 2,01$; $p = 0,101$; Cohen's $d = 1,53$). Annak ellenére, hogy az eltérés nem szignifikáns $p < 0,05$ szinten, megjegyzendő, hogy a Cohen's d érték, amely a két átlag közötti standardizált különbségre, a hatás nagyságának jelzésére szolgál, az első epizód során a közös figyelmi helyzetek tekintetében a két csoport között kifejezetten magas volt, ami azt jelenti, hogy a két átlag közötti különbség nagyobb volt, mint egy szórás. Az időtartam tekintetében a látó anyák és gyermekük 17270 ms-ot ($SD = 11919,47$), a látássérült anyák és gyermekük 4693,33 ms-ot ($SD = 6519,4$) töltöttek közös figyelmi helyzetben az első epizód során ($t(5) = 1,68$; $p = 0,154$; Cohen's $d = 1,28$). A hatásnagyság mutató ez esetben is magas volt (ld. 23. táblázat).

A második epizód során a látó és látássérült anyák 3-3 percen keresztül játszottak egy zenélő-villogó műanyag labdával. A látó és látássérült anyák és gyermekük közös figyelmi helyzetének időtartamában és előfordulási gyakoriságában a második epizód során sem találtunk szignifikáns különbséget. A látó anyák és gyermekük átlagosan 9-szer ($SD = 8$) nézték azonos időben a játékot, míg a látássérült anyák és gyermekük 3,8-szor ($SD = 2$) ($t(8) = 1,52$; $p = 0,168$; Cohen's $d = 0,96$). A Cohen-féle d érték ugyanakkor itt is erős hatásnagyságot mutatott. A látó anyák és gyermekük közös figyelmi helyzetének átlagos időtartama 29781,4 ms ($SD = 18468,63$) volt, míg a látássérült anyák és gyermeküké 6040 ms ($SD = 18586$) ($t(8) = 1,11$; $p = 0,298$; Cohen's $d = 0,705$). A hatásnagyság mutató ez esetben is enyhén magas volt (ld. 23. táblázat).

	1. epizód	2. epizód
--	-----------	-----------

		Látó	Látássérült	Látó	Látássérült
Közös figyelmi helyzet	Előfordulási gyakoriság (alkalom)	6,75 (3,5)	2,33 (1,53)	9 (8)	3,8 (2)
	Időtartam (ezredmásodperc)	17270 (11919,47)	4693,33 (6519,4)	29781,4 (18468,63)	6040 (18586)

23. táblázat: A közös figyelmi helyzet előfordulási gyakoriságában és időtartamában megmutatkozó különbségek a látó és a látássérült csoportban

7.7.2 2. hipotézis

Második hipotézisünkkel azt feltételeztük, hogy a látó anyák gyermekei több alkalommal, és hosszabb időtartamban tekintenek anyjukra, mint a látássérült anyák gyermekei (1. és 2. epizód). A hipotézis vizsgálata céljából független mintás T-próbát alkalmaztunk.

Az első epizód során a látó ($M = 1,67$; $SD = 0,577$) és a látássérült ($M = 1,5$; $SD = 0,707$) anyák gyermekei között nem volt szignifikáns eltérés az anyára való tekintés előfordulási gyakoriságát illetően ($t(3) = 0,293$; $p = 0,789$; Cohen's $d = 0,267$). A hatásnagyság mutató alapján gyenge hatáserősség állapítható meg. Az anyára való tekintés időtartamában szintén nem volt szignifikáns különbség a látó ($M=923,33$; $SD=333,217$) és a látássérült ($M = 1210$; $SD = 296,985$) anyák gyermekei között ($t(3) = -0,976$; $p = 0,401$; Cohen's $d = -0,891$). A hatásnagyság mutató ugyanakkor itt erős hatáserősséget mutatott.

A második epizódban nem tudtuk összehasonlítani a két csoportot az anyára való tekintés mentén, mivel nem állt rendelkezésre elegendő adat a statisztikai próba lefuttatásához. A látó anyák gyermekei esetében 4 pár esetben lehetett az anyára való tekintés időtartamát és előfordulási gyakoriságát megállapítani, azonban a látássérült anyák gyermekei esetében nem volt ilyen adat, ezért ezt úgy is lehet értelmezni, hogy a látássérült anyák gyermekei a második epizód során nem tekintettek édesanyjukra (ld. 24. táblázat).

		1. epizód		2. epizód	
		Látó	Látássérült	Látó	Látássérült
Anyára való tekintés	Előfordulási gyakoriság (alkalom)	1,67 (0,577)	1,5 (0,707)	3 (1,63)	n.a. (0)
	Időtartam (ms)	923,33 (333,217)	1210 (296,985)	1260 (330,86)	n.a. (0)

24. táblázat: Az anyára való tekintés előfordulási gyakoriságában és időtartamában megmutatkozó különbségek a látó és a látássérült csoportban

7.7.3 2.1. hipotézis

A második hipotézis alhipotéziseként ugyanakkor azt is feltételeztük, hogy az anyára irányuló **vokalizáció és érintés** gyakoriságában és időtartamában különbség lesz a látó és látássérült anyák gyermekei között, a látássérült anyák gyermekei javára. Ezt az alhipotézist szintén független mintás T-próbával elemeztük.

A gyermeki vokalizáció előfordulási gyakorisága tekintetében nem találtunk különbséget a látó ($M=8$; $SD=8,04$) és látássérült ($M = 5,25$; $SD = 4,99$) anyák gyermekei között ($t(6) = 0,581$; $p = 0,582$; Cohen's $d = 0,411$) az első epizód során. A hatásnagyság mutató gyenge erősséget mutatott. A gyermeki vokalizáció időtartamát tekintve szintén nem volt szignifikáns különbség a látó ($M = 1285,5$; $SD = 408,03$) és látássérült ($M = 925$; $SD = 229,86$) anyák gyermekei között ($t(6) = 1,527$; $p = 0,178$; Cohen's $d = 1,08$). A hatásnagyságmutató ugyanakkor itt is igen jelentős mértékűnek bizonyult (ld. 25. táblázat).

A második epizódot tekintve hasonló eredményeket kaptunk. A látó és látássérült anyák gyermekeinek anyára irányuló vokalizációjának időtartamában és előfordulási gyakoriságában szintén nem találtunk szignifikáns különbséget a két csoport között. A látó anyák gyermekei átlagosan 1655 ezredmásodpercet ($SD = 254,36$) vokalizáltak, míg a látássérült anyák gyermekei 1253,33 ezredmásodpercet ($SD = 571,78$), a két csoport között nem volt szignifikáns a különbség ($t(5) = 1,277$; $p = 0,258$; Cohen's $d = 0,975$). A hatásnagyság mutatója jelentős mértékűnek bizonyult. A látó anyák gyermekei előfordulási gyakoriság tekintetében átlagosan 4,5 alkalommal ($SD = 2,89$), míg a látássérült anyák gyermekei 2,33 alkalommal ($SD = 1,53$) vokalizált, a két csoport között nem volt szignifikáns különbség ($t(5) = 1,165$; $p = 0,297$; Cohen's $d = 0,889$). A hatásnagyságmutató ugyanakkor ez esetben is erősnek bizonyult (ld. 25. táblázat).

		1. epizód		2. epizód	
		Látó	Látássérült	Látó	Látássérült
Gyermek vokalizáció	Előfordulási gyakoriság (alkalom)	8 (8,04)	5,25 (4,99)	4,5 (2,89)	2,33 (1,53)
	Időtartam (ms)	1285,5 (408,03)	925 (229,86)	1655 (254,36)	1253,33 (571,78)

25. táblázat: A gyermeki vokalizáció előfordulási gyakoriságában és időtartamában megmutatkozó különbségek a látó és a látássérült csoportban

Az érintés tekintetében az első epizód során az anyára irányuló érintés gyakoriságában szintén nem találtunk szignifikáns különbséget a látó ($M = 1,75$; $SD = 0,957$) és látássérült (M

= 2; SD = 1,41) anyák gyermekei között ($t(4) = -0,265$; $p = 0,804$; Cohen's $d = -0,229$). A hatásnagyság mutató gyenge mértékű volt. Az időtartam tekintetében szintén nem találtunk szignifikáns különbséget a látó ($M=5960$; $SD=8845,398$) és látássérült ($M = 14120$; $SD = 15952,33$) anyák gyermekeinek anyára irányuló érintése között ($t(4) = -0,852$; $p = 0,442$; Cohen's $d = -0,738$). Ez esetben a hatásnagyságmutató mérsékelten erősnek bizonyult (ld. 26. táblázat).

A második epizód során nem tudtuk elvégezni a csoportok közötti összehasonlítást, mert elegendő adat hiányában nem tudtuk lefuttatni a megfelelő statisztikai elemzést. A látó anyák gyermekei esetében egy pár esetében jelent meg az anya érintése a második epizód során. A látássérült anyák gyermekei esetében viszont egy párnál sem volt megfigyelhető az anya érintése (ld. 26. táblázat).

		1. epizód		2. epizód	
		Látó	Látássérült	Látó	Látássérült
Anyára irányuló érintés	Előfordulási gyakoriság (alkalom)	1,75 (0,957)	2 (1,41)	n.a. (0)	n.a. (0)
	Időtartam (ms)	5960 (8845,398)	14120 (15952,33)	n.a. (0)	n.a. (0)

26. táblázat: Az anyára irányuló érintés előfordulási gyakoriságában és időtartamában megmutatkozó különbségek a látó és a látássérült csoportban

7.7.4 3. hipotézis

Harmadik hipotézisünkkel azt feltételeztük, hogy a látássérült anyák **több alkalommal és hosszabb időtartamban vokalizálnak** gyermekükkel és **több alkalommal és hosszabb időtartamban** érintik gyermeküket, mint a látó anyák.

Az első epizód során az anyai **vokalizáció** tekintetében nem találtunk szignifikáns különbséget a látó ($M = 18,8$; $SD = 14,2$) és látássérült ($M = 27,8$; $SD = 8,93$) anyák gyermekükkel való vokalizációjának előfordulási gyakorisága között ($t(8) = -1,201$; $p = 0,264$; Cohen's $d = -0,759$). A hatásnagyság mutató erős mértékűnek bizonyult. A vokalizációk időtartamában szintén nem találtunk szignifikáns különbséget a látó ($M = 4790$; $SD = 2864,3$) és látássérült ($M = 5636$; $SD = 1279,89$) anyák között ($t(8) = -0,603$; $p = 0,563$; Cohen's $d = -0,381$). A hatásnagyságmutató alapján gyenge hatáserősség volt megállapítható (ld. 27. táblázat).

A második epizód során szintén nem találtunk szignifikáns különbséget az anyai vokalizáció előfordulási gyakoriságában és időtartamában. Az előfordulási gyakoriság tekintetében a látó anyák átlagosan 17,4 alkalommal ($SD = 10,3$) vokalizáltak, míg a látássérült anyák 15,8 alkalommal ($SD = 8,7$), a két csoport között nem volt szignifikáns ez a különbség ($t(8) = 0,2652$; $p = 0,798$; Cohen's $d = 0,167$). A hatásnagyság mutatója alapján gyenge hatáserősség volt megállapítható. Az időtartam alapján a látó anyák átlagosan 5586 ezredmásodpercen keresztül ($SD = 1429,2$), míg a látássérült anyák 7058 ezredmásodpercen keresztül ($SD = 4188,08$) vokalizáltak gyermekükkel. E két adat között sem találtunk szignifikáns különbséget ($t(8) = -0,7438$; $p = 0,478$; Cohen's $d = -0,4704$). A hatásnagyság mutató alapján mérsékelten közepes hatáserősség volt megállapítható (ld. 27. táblázat).

		1. epizód		2. epizód	
		Látó	Látássérült	Látó	Látássérült
Anyai vokalizáció	Előfordulási gyakoriság (alkalom)	18,8 (14,2)	27,8 (8,93)	17,4 (10,3)	15,8 (8,7)
	Időtartam (ms)	4790 (2864,3)	5636 (1279,89)	5586 (1429,2)	7058 (4188,08)

27. táblázat: Az anyai vokalizáció előfordulási gyakoriságában és időtartamában megmutatkozó különbségek a látó és a látássérült csoportban

Az anyai **érintés** időtartamában és előfordulási gyakoriságában nem találtunk szignifikáns különbséget a látó és a látássérült anyák között az első epizód során.

Az első epizódban az előfordulási gyakoriságot tekintve a látó anyák átlagosan 2 alkalommal (SD = 1,41) érintették gyermeküket, míg a látássérült anyák 2,75 alkalommal (SD = 2,06), e két adat között nem volt szignifikáns a különbség ($t(4) = -0,451$; $p = 0,675$; Cohen's $d = -0,391$). A hatásnagyság mutató alapján gyenge hatáserősség volt jelen. Időtartam tekintetében a látó anyák átlagosan 1220 ezredmásodpercen keresztül (SD = 777,82), a látássérült anyák pedig 9350 ezredmásodpercen keresztül (SD = 11247,23) érintették gyermeküket. A két csoport között időtartam tekintetében nem volt szignifikáns ez a különbség ($t(4) = -0,963$; $p = 0,390$; Cohen's $d = -0,834$). A hatásnagyságmutató jelentős mértékűnek bizonyult. (ld. 28. táblázat).

A második epizód során a látó és látássérült anyák között szintén nem találtunk szignifikáns különbséget gyermekük érintésének időtartamában és előfordulási gyakoriságában. A látó anyák átlagosan 1,67 alkalommal (SD = 0,577) érintették gyermeküket, míg a látássérült anyák átlagosan 3,25 alkalommal (SD = 1,71) ($t(5) = -1,51$; $p = 0,191$; Cohen's $d = -1,154$). A hatásnagyság mutató ezesetben jelentősen erős volt. Az időtartamot tekintve a látó anyák átlagosan 1996,67 ms (SD = 663,05) a látássérült anyák pedig átlagosan 5115 ms (SD = 5227,98) keresztül érintették gyermeküket ($t(5) = -1,00$; $p = 0,362$; Cohen's $d = -0,766$). Ebben az esetben közepesen erősnek bizonyult a hatásnagyság mutató (ld. 28. táblázat).

		1. epizód		2. epizód	
		Látó	Látássérült	Látó	Látássérült
Gyermekre irányuló érintés	Előfordulási gyakoriság (alkalom)	2 (1,41)	2,75 (2,06)	1,67 (0,577)	3,25 (1,71)
	Időtartam (ms)	1220 (777,82),	9350 (11247,23)	1996,67 (663,05)	5115 (5227,98)

28. táblázat: A gyermekekre irányuló érintés előfordulási gyakoriságában és időtartamában megmutatkozó különbségek a látó és a látássérült csoportban

7.7.5 3.1. hipotézis

Ugyanakkor azt feltételezzük, hogy a látássérült anyák **kevesebb alkalommal és rövidebb időtartamban fordítják fejüket, tekintetüket gyermekük irányába**, mint a látó anyák.

Az első epizód során a látó és látássérült anyák gyermekük irányába való tekintésében az időtartamban ugyan nem, de az előfordulási gyakoriságok között szignifikáns különbséget találtunk. A látó anyák átlagosan 2375,5 ms keresztül (SD = 1724,85), a látássérült anyák pedig 5312,5 ms keresztül (SD = 6334,49) tekintettek gyermekük irányába ($t(6) = -0,896$; $p = 0,405$; Cohen's $d = -0,633$). A látó anyák átlagosan 9,5 alkalommal (SD = 2,65), a látássérült anyák átlagosan 3,73 alkalommal (SD = 1,71) tekintettek gyermekük irányába, a két csoport közötti különbség statisztikailag szignifikáns volt ($t(6) = 3,652$; $p = 0,011$; Cohen's $d = 2,582$) (ld. 29. táblázat).

A második epizód során azonban nem találtunk sem az előfordulási gyakoriság, sem az időtartam tekintetében különbséget a két csoport között. A látó anyák átlagosan 1384 ms (SD = 403,65) tekintettek gyermekük irányába, míg a látássérült anyák 7540 ms (SD = 10130,12) keresztül ($t(8) = -1,358$; $p = 0,212$; Cohen's $d = -0,859$). A látó anyák átlagosan 10 alkalommal (SD = 5,96), a látássérült anyák pedig átlagosan 5,2 alkalommal (SD = 3,35) tekintettek gyermekük irányába ($t(8) = 1,571$; $p = 0,155$; Cohen's $d = 0,993$) (ld. 29. táblázat).

		1. epizód		2. epizód	
		Látó	Látássérült	Látó	Látássérült
Anyákra irányuló tekintete	Előfordulási gyakoriság (alkalom)	9,5 (2,65)	3,73 (1,71)	10 (5,96)	5,2 (3,35)
	Időtartam (ms)	2375,5 (1724,85)	5312,5 (6334,49)	1384 (403,65)	7540 (10130,12)

29. táblázat: A gyermekekre irányuló tekintet előfordulási gyakoriságában és időtartamában megmutatkozó különbségek a látó és a látássérült csoportban

7.7.6 4. hipotézis

Feltételezzük, hogy a látássérült anyák gyermekei **több alkalommal fognak a látó idegenre tekinteni, mint látássérült édesanyjukra**. Annak érdekében, hogy a gyermekek a másik személyre (anya vs. idegen) való tekintésének előfordulási gyakoriságában megmutatkozó különbségét ellenőrizzük a két csoport (látó és látássérült anyák gyermekei) kevert mintás ANOVA statisztikai próbát alkalmaztunk. Az epizódok (1. és 3. epizód) jelentették a független változókat (*Repeated Measures Factors*), a másik személyre való tekintés előfordulási gyakorisága pedig a függő változók (*Repeated Measures Cells*) voltak, a csoportok (látó vagy látássérült szintén egy külön faktort (*Between Subject Factors*) jelentett. A varianciák szóráshomogenitásának ellenőrzése céljából Levene-próbát alkalmaztunk, mely alapján a varianciák homogének, így nincs akadálya az ANOVA vizsgálat elvégzésének. Az epizódok számának főhatása szignifikánsnak bizonyult [$F(1,3) = 93,34$; $p = 0,002$], azaz az epizódok között szignifikáns különbség volt megállapítható. A csoportok főhatása azonban nem volt szignifikáns [$F(1,3) = 2,94$; $p = 0,185$]. A két faktor, az epizódok és a csoportok interakciójának főhatása szintén nem volt szignifikáns [$F(1,3) = 2,14$; $p = 0,239$]. A statisztikai elemzés adatai a 30. táblázatban találhatóak. A post hoc elemzés során a páronkénti átlagok különbségének vizsgálatára alkalmas Bonferroni-tesztet vettük figyelembe.

	1. epizód (anyára való tekintés)		3. epizód (idegenre való tekintés)	
	Látó	Látássérült	Látó	Látássérült
A másik személyre való tekintés (alkalom)	3 (0,577)	2 (0,707)	5 (2,39)	5 (6,98)

30. táblázat: A látó és látássérült anyák gyermekeinek a másik személyre való tekintésének előfordulási gyakorisága az 1. és a 3. epizód során: átlag (szórás)

7.7.7 5. hipotézis

Feltételezzük, hogy **a látássérült anyák gyermekei több alkalommal fogják a másik személy kezébe helyezni a tárgyat** az anya-gyermek epizódok során, mint a látó idegennel folytatott interakció során. Ennek megállapításához kevert mintás varianciaanalízist (ANOVA) szerettünk volna lefuttatni, azonban az adatok alacsony száma miatt erre nem volt lehetőségünk, így csupán az előfordulási gyakoriságokat tudjuk bemutatni. A látó anyák gyermekei közül az első epizód során hárman helyezték anyjuk kezébe a tárgyat az interakció során. Két gyermek 3 alkalommal, egy gyermek pedig 2 alkalommal. A látássérült anyák gyermekei esetében ez mindössze egy gyermeknél fordult elő, aki 3 alkalommal helyezte a tárgyat anyja kezébe az

interakció során. A harmadik epizódban, amikor a gyermek velem, mint idegen vizsgálatvezetővel vett részt az interakcióban, egy esetben sem volt megfigyelhető a tárgy a másik kezébe helyezése, mint viselkedéses jegy (ld. 31. táblázat).

	1. epizód		3. epizód	
	Látó	Látássérült	Látó	Látássérült
A gyermek a másik kezébe helyezi a tárgyat (előfordulási gyakoriság)	3 (2x3 alkalom, 1x2 alkalom)	1 (1x3 alkalom)	n.a. (0)	n.a. (0)

31. táblázat: A gyermek által a tárgy a másik személy kezébe való helyezésének előfordulási gyakorisága és időtartama a látó és látássérült csoportban

7.7.8 Kontingens válaszreakció-párok

Egy további kutatási kérdést is megfogalmaztunk a kontingens válaszreakciókkal kapcsolatban. Érdeklődésünk itt arra irányult, hogy felfedezzük, melyek azok a leggyakrabban előforduló kontingens modalitásspecifikus válaszreakció-párok, melyek kifejezetten a látássérült anyák gyermekükkel folytatott interakció során figyelhetők meg. Milyen különbségeket és azonosságokat találhatunk e téren a látó anyák gyermekükkel folytatott interakcióhoz viszonyítva?

Ezen kutatási kérdés vizsgálatához az első és a második epizódot elemeztük. Az elemzés során megkülönböztettük a gyermek által és az anya által kezdeményezett viselkedéses jegyekre adott, másik személytől érkező válaszreakciók előfordulási gyakoriságát. Mivel igen csekély volt a válaszreakció-párok száma az első és a második epizód során, ezért az azonos válaszreakciópárokat előfordulási gyakoriságát összeadtuk a két epizódban.

A válaszreakciópárok előfordulási gyakoriságában a két csoport – a látó és látássérült anyák és gyermekük – között nem találtunk szignifikáns különbséget. Azonban a mennyiségi különbségek szemléltetése céljából az 32. és 33. táblázat kívánjuk bemutatni a két csoportban előforduló kontingens válaszreakciópárokat. Az anyák által kezdeményezett viselkedéses jegyek közül a vokalizációra érkező gyermeki válaszreakciók előfordulási gyakoriságát tudtuk statisztikailag elemezni. Ennek az volt az oka, hogy a többi esetben vagy a gyermek, vagy az anya részéről hiányzott az adott viselkedéses jegy, így statisztikai próbát nem tudtunk ezekben az esetekben lefuttatni.

Az anya által kezdeményezett vokalizációra a gyermekek mindkét csoportjában megfigyelhető volt, hogy a másik kezében lévő tárgyra tekintéssel válaszoltak. A látó anyák és gyermekük interakciói ($M = 5,33$; $SD = 2,082$) során ez gyakoribb volt, mint a látássérült anyák

és gyermekük interakciója ($M = 4,33$; $SD = 2,309$) során, azonban ez a különbség nem volt szignifikáns ($t(4) = 0,557$, $p = 0,607$; Cohen's $d = 0,455$). A hatásnagyság mutató közepes hatáserősséget jelzett.

Hasonlóképp, mindkét csoportban előfordult, hogy az anyai vokalizációra a gyermekek a tárgy érintésével reagáltak. A látássérült anyák és gyermekük interakciója ($M = 7,5$; $SD = 6,364$) esetében ez gyakrabban előfordult, mint a látó anyák és gyermekük interakciója ($M = 3,5$; $SD = 1$) során, azonban ez a különbség sem volt statisztikailag szignifikáns ($t(4) = -1,401$, $p = 0,234$; Cohen's $d = -1,213$). A hatásnagyságmutató igen magas értéket jelzett, ami arra enged következtetni, hogy a két csoport átlaga közötti különbség nagyobb volt, mint egy szórás.

Mindkét csoportban előforduló anyai vokalizációra jellemző gyermeki válaszreakció volt továbbá a saját kezben lévő tárgy tekintés. A látó anyák gyermekükkel folytatott szabad játéka során ($M = 6,5$; $SD = 3,536$) ez több alkalommal jelent meg, mint a látássérült anyák és gyermekük interakciója során ($M = 3,67$; $SD = 0,577$). Ez a különbség ugyancsak nem volt szignifikáns ($t(3) = 1,482$, $p = 0,235$; Cohen's $d = 1,352$). A hatásnagyság mutatója ebben az esetben is jelentős mértékű hatáserősséget jelzett.

Végül, mindkét csoportban megfigyelhető gyermeki válaszreakció volt az anyai vokalizációra a gyermeki hangadás. A látássérült anyák gyermekei között ($M = 8,5$; $SD = 3,536$) ez többször volt megfigyelhető, mint a látó anyák gyermekei esetében ($M = 6,5$; $SD = 0,707$), azonban ez a különbség sem tekinthető szignifikánsnak ($t(2) = -0,784$, $p = 0,515$; Cohen's $d = -0,784$).

Anya kezdeményezése	Gyermek válaszreakciója	Csoport		p	Cohen's d
		Látó	Látássérült		
Vokalizáció	A másik kezében lévő tárgyra tekint	5,33 (2,082)	4,33 (2,309)	0,607	0,455
Vokalizáció	Tárgy érintése	3,5 (1)	7,5 (6,364)	0,234	-1,213
Vokalizáció	Saját kezben lévő tárgyra tekintés	6,5 (3,536)	3,67 (0,577)	0,235	1,352
Vokalizáció	Gyermeki hangadás	6,5 (0,707)	8,5 (3,536)	0,515	-0,784

32. táblázat: Az anyák által kezdeményezett viselkedéses jegyekre adott gyermeki válaszreakció párok előfordulási gyakorisága

A gyermekek által kezdeményezett viselkedéses jegyekre érkező anyai válaszreakciókat szintén megvizsgáltuk. Az előfordulási gyakoriságok csekély száma miatt három válaszreakciópár esetében tudtunk statisztikai próbát végezni. A látó és a látássérült anyák és gyermekük csoportja közötti különbség vizsgálatához független mintás t-próbát alkalmaztunk.

Mindkét csoportban előfordult, hogy a gyermeki hangadásra adott anyai válaszreakció a másik, azaz a gyermek arca felé való tekintés volt. A látó anyák és gyermekük szabad játéka során ($M = 7,5$; $SD = 4,95$) ez több alkalommal megfigyelhető volt, mint a látássérült anyák és gyermekük interakciójában ($M = 3$; $SD = n.a.$ ¹⁰). Ez a különbség azonban nem volt szignifikáns ($t(1) = 0,742$, $p = 0,593$; Cohen's $d = n.a.$). A látássérült anyák csoportjában mindössze egy pár esetben volt megfigyelhető ez a válaszreakció pár, ezért a szóráshoz szükséges adatmennyiség hiányzik, ami miatt a hatásnagyság mutató sem állapítható meg.

Mindkét csoport esetében előfordult, hogy a gyermekek a saját kezükben lévő tárgyakra tekintettek, amit követően az anyák vokalizáltak. A látó anyák és gyermekük interakciója ($M = 4,33$; $SD = 1,528$) során ez kissé gyakrabban fordult elő, mint a látássérült anyák és gyermekük interakciója ($M = 3,75$; $SD = n.a.$) esetében. A két csoport közötti különbség ez esetben sem volt szignifikáns ($t(5) = 0,505$; $p = 0,635$; Cohen's $d = 0,386$). A hatásnagyság mutató alapján gyenge közepes hatáserősség állapítható meg.

Egy másik válaszreakció pár volt még a gyermek által kezdeményezett földön lévő tárgyra tekintés, amire az anyák vokalizációval reagáltak. A látó anyák és gyermekük csoportjában ($M = 4$; $SD = 1,732$) ez gyakrabban jelent meg, mint a látássérült anyák és gyermekük szabad játéka ($M = 3$; $SD = (n.a.)$) során, azonban ez a különbség sem volt szignifikáns ($t(2) = 0,5$; $p = 0,667$; Cohen's $d = n.a.$). A látássérült csoportban csak egy pár esetben fordult elő ez a válaszreakció pár, ezért szórás nem volt kiszámolható, így a hatásnagyság mutató értéke sem. Az válaszreakció párok csoportok mentén való előfordulási gyakoriságát a 33. táblázat tartalmazza.

¹⁰ n.a.: nem állt rendelkezésre elegendő adat

Gyermek kezdeményezése	Anya válaszreakciója	Csoport		p	Cohen's d
		Látó	Látássérült		
Gyermeki hangadás	Másik arca felé tekintés	7,5 (4,95)	3 (n.a.)	0,593	n.a.
A saját kézben lévő tárgyra tekintés	Vokalizáció	4,33 (1,528)	3,75 (1,5)	0,635	0,386
A földön lévő tárgyra tekintés	Vokalizáció	4 (1,732)	3 (n.a.)	0,667	n.a.

33. táblázat: A gyermekek által kezdeményezett viselkedéses jegyekre adott anyai válaszreakció párok előfordulási gyakorisága

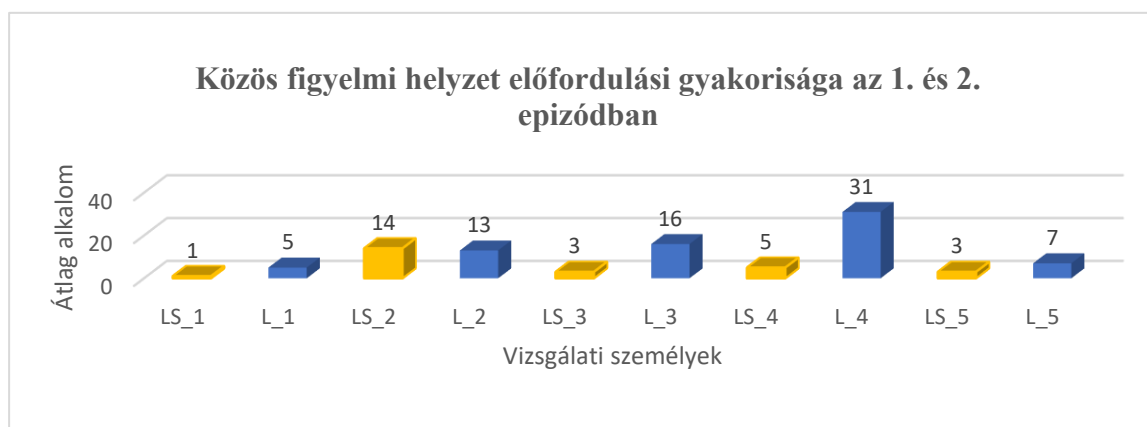
7.7.9 Hipotéziseink esetszintű vizsgálata

Azon eredményeink tekintetében, ahol a hatásnagyság mutató értéke jelentős hatáserősséget mutatott (Cohen-féle $d > 0,8$), esetszintű vizsgálatokat végeztünk, azaz megnéztük az egyes illesztett párok átlagértékeit.

7.7.9.1 1. hipotézis

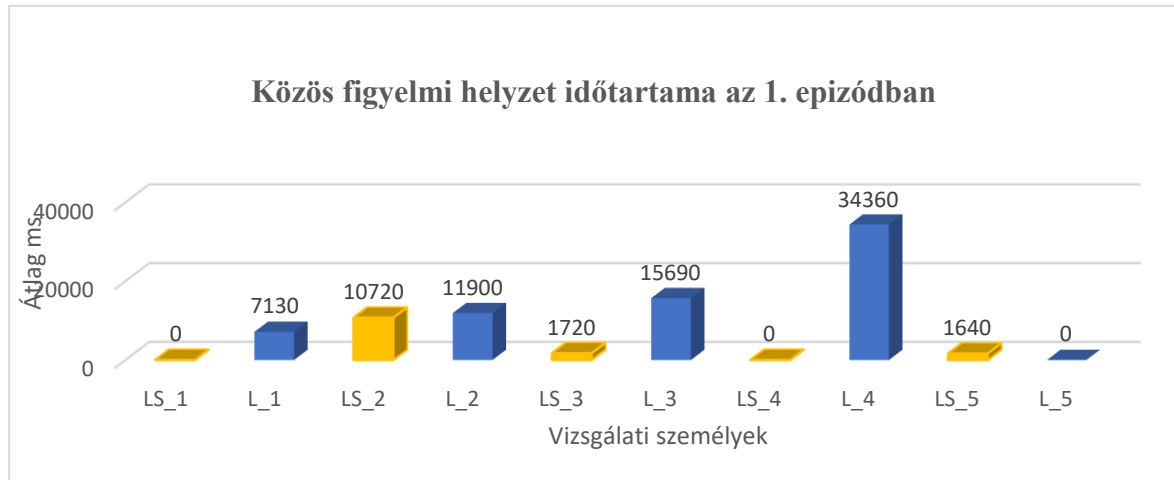
A látó és látássérült anyák gyermekükkel folytatott közös figyelmi helyzet előfordulási gyakoriságai között nem volt különbség a két csoport között.

A közös figyelmi helyzet előfordulási gyakorisága az első és a második epizód összesített adatait tekintve a látó anyák és gyermekük körében volt több egy pár kivételével (ld. 18. ábra).



18. ábra: Közös figyelmi helyzet előfordulási gyakorisága az 1. és 2. epizódban

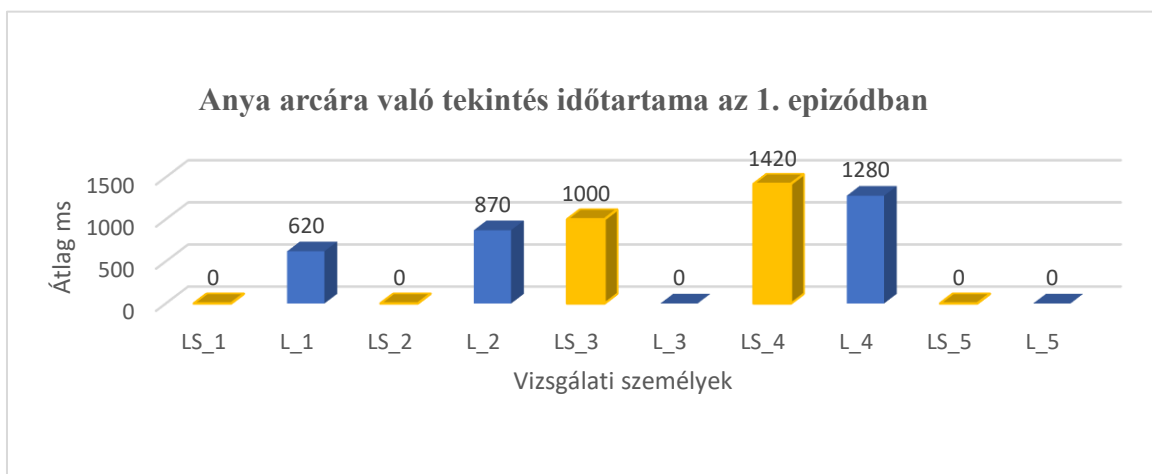
A közös figyelmi helyzet időtartama az első epizód során az 5. párt kivéve minden esetben a látó párok esetében volt hosszabb (ld. 19. ábra).



19. ábra: Közös figyelmi helyzet időtartama az 1. epizódban

7.7.9.2 2. hipotézis

Második hipotézisünkkel a gyermekek anyjuk arcára való tekintésének arányát vizsgáltuk. A hatásnagyság mutató az első epizód során az időtartam tekintetében erős hatásnagyságot jelzett. Az illesztett párok esetében két látássérült anya gyermeke esetében volt megfigyelhető hosszabb anya arcára való tekintés a látó párjukhoz képest, míg 3 látássérült és 2 látó anya gyermeke esetében egyáltalán nem volt megfigyelhető az anya arcára való tekintés (ld. 20. ábra).

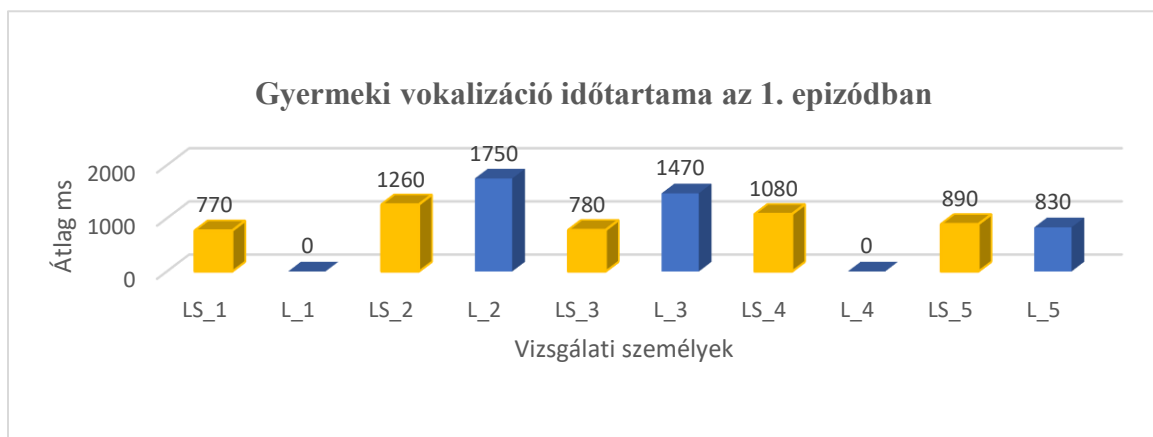


20. ábra: Anyja arcára való tekintés időtartama az 1. epizódban

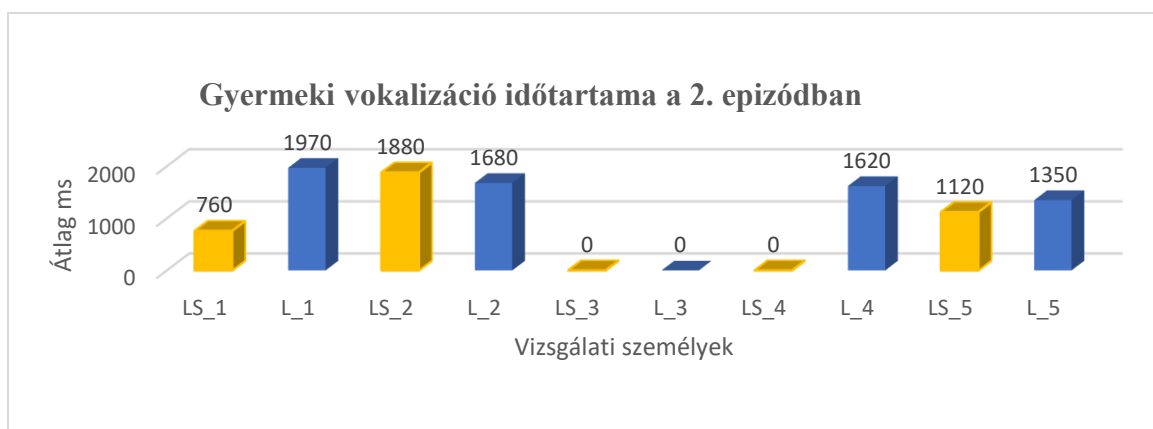
7.7.9.3 2.1. hipotézis

A 2.1. alhipotézis a gyermekek anyára irányuló vokalizációját és érintését vizsgálta. Az első epizód során a gyermeki vokalizáció időtartamát tekintve erős hatásmagyság mutatkozott a csoportok között. A látó anyák gyermekei átlagosan hosszabb ideig vokalizáltak anyjukkal, azonban esetszinten megfigyelhető, hogy ez a tendencia csupán 2 látó anya gyermekénél volt megfigyelhető, 2 másik látó anya gyermeke esetében egyáltalán nem fordult elő vokalizáció, míg a látássérült anyák gyermekeit illetően minden esetben (ld. 21. ábra).

21. ábra: Gyermeki vokalizáció időtartama az 1. epizódban



A második epizód alkalmával a látó anyák gyermekei átlagosan szintén hosszabban vokalizáltak, ez a tendencia 3 látó anya gyermeke esetében volt megfigyelhető. Egy pár esetében ez a tendencia fordított volt a látássérült anyák gyermeke javára, két látássérült és egy látó anya gyermeke esetében pedig egyáltalán nem volt vokalizáció megfigyelhető (ld. 22. ábra).



22. ábra: Gyermeki vokalizáció időtartama a 2. epizódban

Előfordulási gyakoriság tekintetében a látó anyák gyermekei átlagosan többször vokalizáltak, azonban ez a tendencia csak 3 esetben volt megfigyelhető, nagy különbséggel a látássérült párujukhoz képest. Egy látássérült anya gyermeke esetében fordított tendencia volt

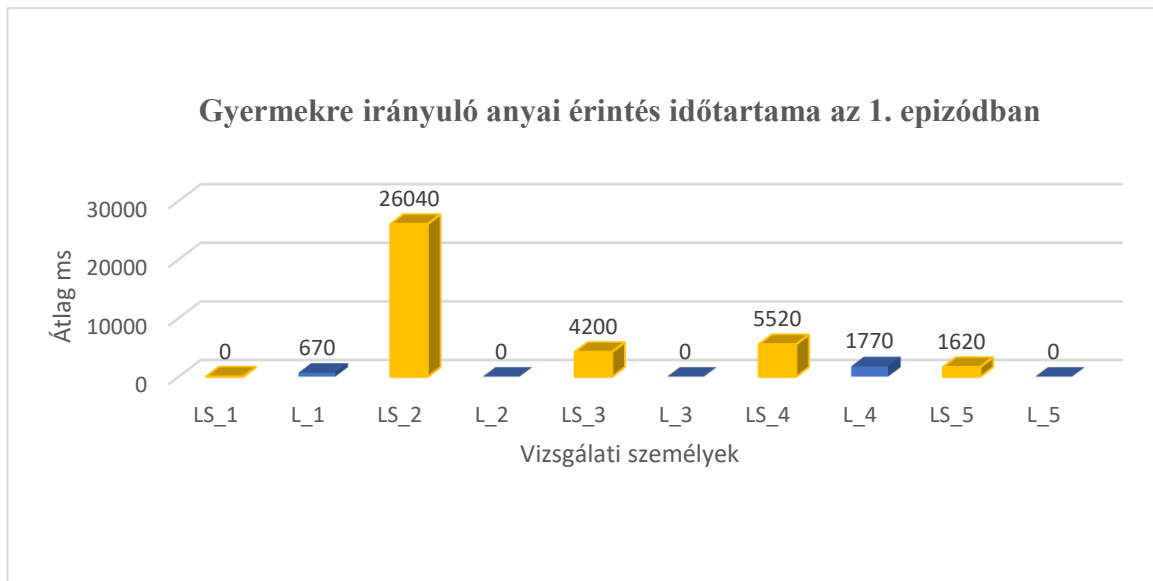
megfigyelhető, míg 2 látássérült és egy látó anya gyermeke esetében egy alkalommal sem jelent meg vokalizáció (ld. 23. ábra).



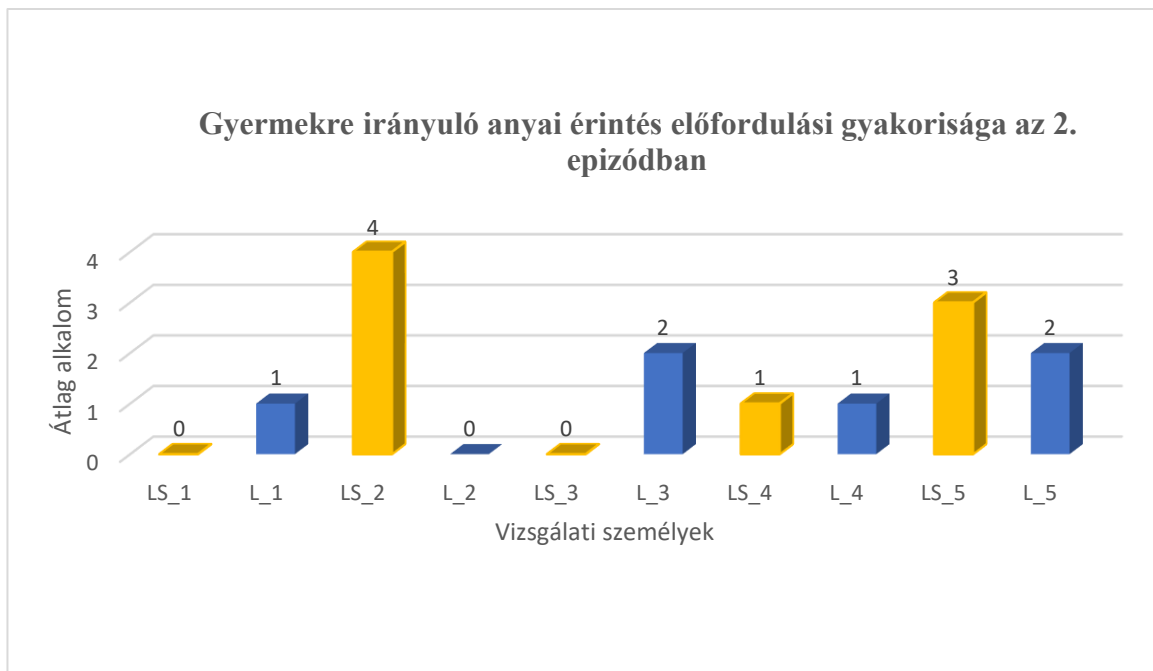
23. ábra: Gyermekei vokalizáció előfordulási gyakorisága a 2. epizódban

7.7.9.4 3. hipotézis

Harmadik hipotézisünkkel az anyák gyermekük felé irányuló érintését és vokalizációját vizsgáltuk. Vokalizáció tekintetében nem voltak erős hatásnagyságmutatók a csoportok összehasonlítását illetően, azonban az érintés tekintetében az első epizód során az időtartamban, az előfordulási gyakoriságban pedig a második epizód során volt inkább erős a hatásnagyság mutató. Az első epizód során a látássérült anyák átlagosan hosszabb ideig érintették gyermeküket, mint a látó anyák. Az időtartam tekintetében ez a tendencia egy látássérült anya kivételével minden esetben megfigyelhető volt (ld. 24. ábra). Az előfordulási gyakoriságokat illetően a második epizód során két látássérült anya esetében volt ez a tendencia megfigyelhető (ld. 25. ábra).



24. ábra: Gyermekre irányuló anyai érintés időtartama az 1. epizódban

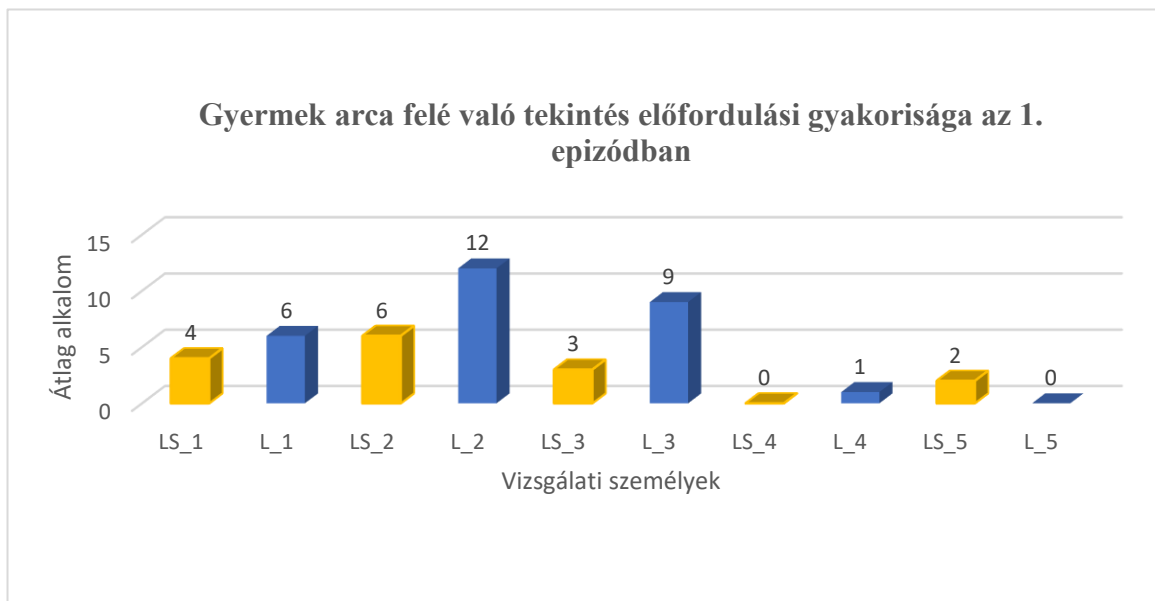


25. ábra: Gyermekre irányuló anyai érintés előfordulási gyakorisága az 2. epizódban

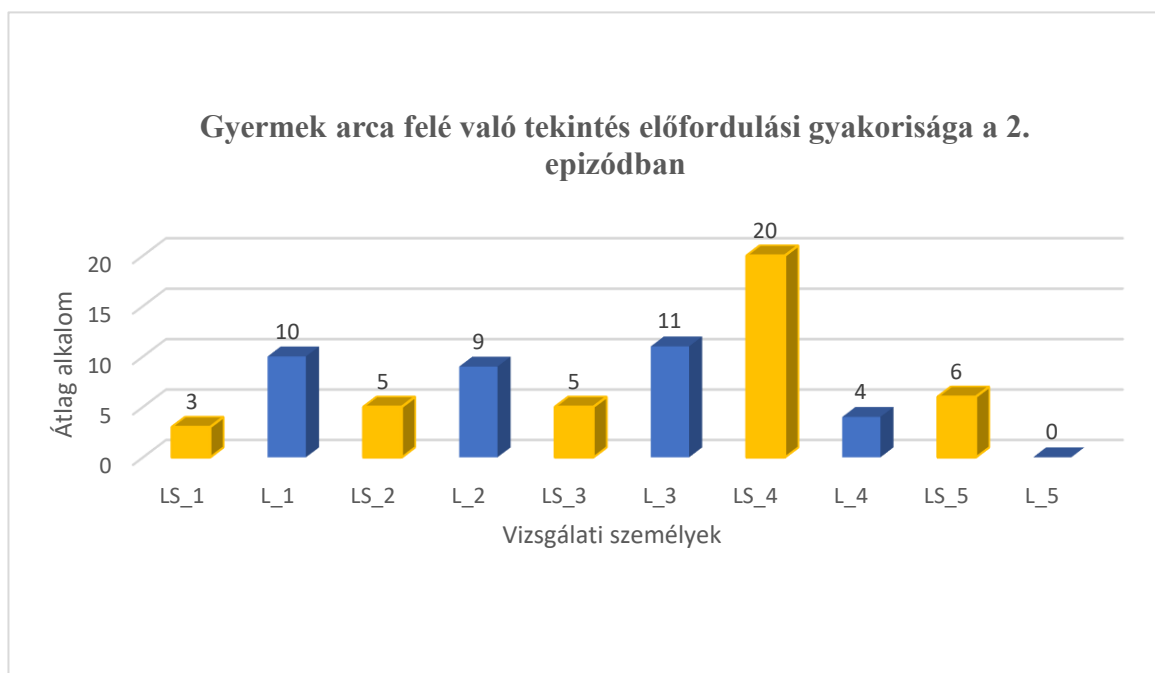
7.7.9.5 3.1. hipotézis

A 3.1. hipotézisünkkel az anyák gyermekük irányába való tekintését vizsgáltuk. A hatásnagyság mutató az előfordulási gyakoriságokat illetően az első és a második epizód során jelzett erős hatásnagyságot, míg időtartam tekintetében csak a második epizód során. Mindkét epizódra jellemző volt, hogy a látó anyák több alkalommal tekintettek gyermekük felé, míg a látássérült anyák hosszabb ideig. Az előfordulási gyakoriságot illetően ez a tendencia az első epizódban 4, a második epizódban csak 3 látó anyánál volt megfigyelhető. A második

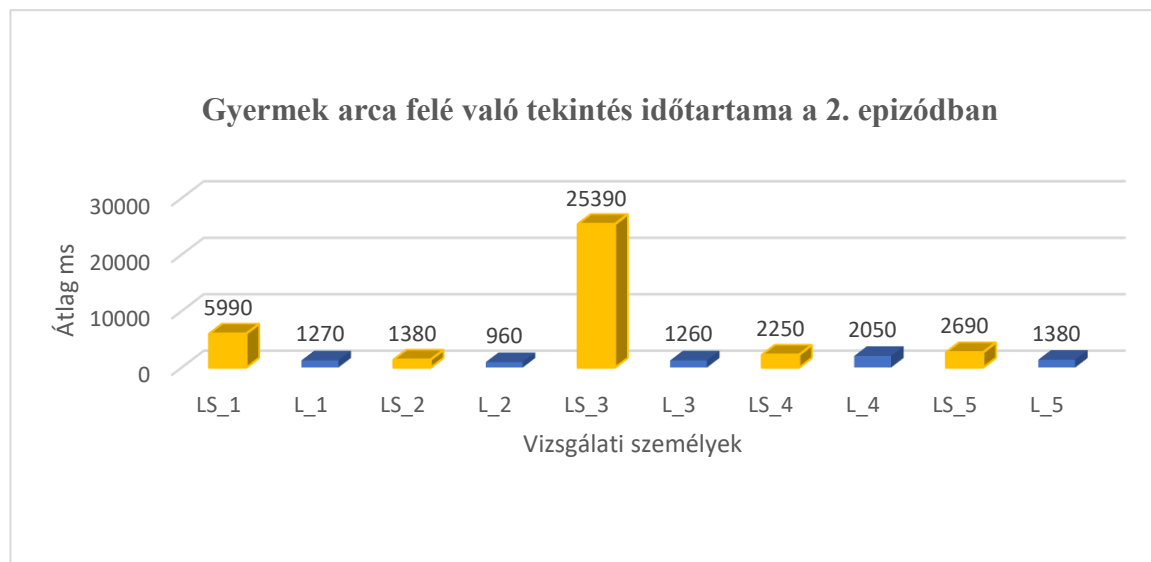
epizódban 2 esetben fordított volt a tendencia, 2 látássérült anya esetében volt megfigyelhető a több alkalommal való gyermek felé való tekintés (ld. 26., 27. és 28. ábra).



27. ábra: Gyermek arca felé tekintés előfordulási gyakorisága az 1. epizódban



26. ábra: Gyermek arca felé való tekintés előfordulási gyakorisága a 2. epizódban



28. ábra: Gyermek arca felé való tekintés időtartama a 2. epizódban

7.8 Diszkusszió, kitekintés

Interakcióvizsgálatunk során a látó és látássérült anyák 12-18 hónapos gyermekükkel folytatott szabad játék interakciónak sajátosságait kívántuk feltárni.

Első hipotézisünkkel azt feltételeztük, hogy a két csoport között nem lesz különbség a közös figyelmi helyzet időtartamában és előfordulási gyakoriságában. Hipotézisünket az első és a második epizód tekintetében is igazoltnak tekinthetjük abban az értelemben, hogy nem találtunk szignifikáns különbséget a két csoport között a közös figyelem időtartamában sem, és előfordulási gyakoriságában sem. A hatásnagyság mutatók mindkét esetben, az előfordulási gyakoriság és az időtartam tekintetében is nagyon jelentős mértékűek voltak, ami arra utal, hogy a csoportátlagok közötti standardizált különbség kifejezetten nagy volt. A látó csoportban az első és a második epizód során is több alkalommal és hosszabb időtartamban fordult elő közös figyelmi helyzet. Amennyiben tehát a közös figyelmi helyzet a vizuális modalitáson keresztül valósul meg, a látó szülő-gyermek párok előnye jelenik meg, ahogy ezt Rattray és Zeedyk (2005) látássérült szülőkkel végzett vizsgálatuk során korábban megállapították: a közös figyelmi helyzeteknek a látássérült szülők gyermekükkel folytatott interakciójában is jelentős szerepe van, azonban ezt nem a vizuális csatornán, hanem olyan alternatív modalitásokon keresztül igyekeznek biztosítani, mint az aktív érintés és a vokalizáció. Ezt részben vizsgálatunk során is meg tudtuk erősíteni, hiszen az anyai érintés az első és a második epizód során is hangsúlyosabb volt a látássérült anyák csoportjában mind az előfordulási gyakoriság, mind az időtartam tekintetében. Szignifikáns különbséget ugyan egyik esetben sem találtunk, de a hatásnagyság mutatók erős hatáserősséget mutattak az első epizód időtartamát és a második

epizód előfordulási gyakoriságát illetően. Az anyai vokalizáció tekintetében szintén nem találtunk szignifikáns különbséget, azonban a mennyiségi adatok alapján elmondható, hogy az első epizódban az előfordulási gyakoriságot illetően a látássérült anyák vokalizáltak többet gyermekükkel. Ez a tendencia az időtartam tekintetében mindkét epizód során megmutatkozott. Összegezve tehát azt mondhatjuk, hogy a közös figyelmi helyzet ugyan nem volt annyira hangsúlyos a látássérült anyák és gyermekük interakciója során, ugyanakkor feltételezhetően az anyai érintés és vokalizáció, mint alternatív modalitások, kompenzatórikus funkciót töltenek be ezekben az interakciókban.

Második hipotézisünkkel azt feltételeztük, hogy a látó anyák gyermekei több alkalommal, és hosszabb időtartamban tekintenek anyjukra, mint a látássérült anyák gyermekei. Ezt a hipotézist nem sikerült igazolnunk sem az első, sem a második epizód során. Az első epizód során a látó anyák gyermekei átlagosan egy kissé többször tekintettek anyjukra, mint a látássérült anyák gyermekei. Időtartam tekintetében viszont a látássérült anyák gyermekei egy kissé hosszabb ideig tekintettek anyjukra, mint a látó anyák gyermekei. A második epizód során a rendelkezésre álló adatok hiányossága miatt nem tudtuk megvizsgálni a csoportok közötti különbséget, mivel a látássérült csoport esetében egy alkalommal sem fordult elő, hogy a gyermekek anyjukra tekintettek volna. Néhány évtizede Adamson és munkatársai (1977) leírták a tekintet averzió jelenséget, melyet látássérült szülők gyermekeinél állapítottak meg. Ugyanakkor ezt már Senju és munkatársai (2013) is megcáfolták, és a mi interakcióvizsgálatunk során sem nyert bizonyítást. Sőt, a látássérült szülők látó gyermekei esetében Ganea és kollégái (2018) kutatásában – Senju és munkatársai (2013) vizsgálatával ellentétben - az anyára való tekintések gyakorisága jelentősebb volt, mint a látó szülők és gyermekük interakciója során. Első epizódunk során az előfordulási gyakoriság tekintetében ezt a tendenciát nem tudtuk megerősíteni, azonban időtartamot illetően igen.

Második hipotézisünk alhipotézisével az anyára irányuló gyermeki érintések és vokalizációk arányát vizsgáltuk. Azt feltételeztük, hogy az anyára irányuló vokalizáció és érintés gyakoriságában és időtartamában különbség lesz a látó és látássérült anyák gyermekei között. A vokalizáció és az érintés tekintetében is nagyobb előfordulási gyakoriságot és hosszabb időtartamot vártunk a látássérült anyák gyermekei körében. Ezt a feltételezést azonban sem az első, sem a második epizód nem tudta igazolni, a csoportok között nem volt szignifikáns különbség. Az anyára irányuló érintést a második epizód során nem tudtuk vizsgálni, mivel nem állt rendelkezésünkre elegendő adat. Ebben az epizódban az anyagyermek pár egy új játékkal játszott, a színes, zenélő labdával, ami valószínűsíthetően újszerűségéből adódóan elvonhatta a gyermekek figyelmét, olyannyira, hogy az anyára irányuló

érintés sem a látó, sem a látássérült csoportban nem fordult elő egy alkalommal sem a vizsgált 90 mp-es időszámban. Az első epizód során azonban az volt megfigyelhető, hogy a látássérült anyák gyermekei átlagosan többször és hosszabb időtartamban érintették anyjukat. A gyermeki passzív érintések jelentőségét az anyákkal folytatott közös interakció során, már Rattray és Zeedyk (2005) is megállapította. Chiesa és munkatársai (2015) pedig az első epizód során látott tendenciához hasonlóan a gyermekek anyára irányuló érintésének gyakoriságát és hosszabb időtartamát figyelték meg. A gyermeki vokalizáció tekintetében ugyan nem volt szignifikáns különbség a két csoport között, azonban az átlagértékek azt mutatták, hogy mind előfordulási gyakoriságában, mind időtartamában a látó anyák gyermekei többször és hosszabb időtartamban vokalizáltak mindkét epizód során. A szakirodalommal ellentétes ez a tendencia, mivel a látássérült szülők gyermekei esetében gyakoribb vokalizáció volt megfigyelhető a látó szülő-gyermek párokhoz viszonyítva (Senju, et al., 2013).

Harmadik hipotézisünkkel azt feltételeztük, hogy a látássérült anyák több alkalommal és hosszabb időtartamban érintik gyermeküket és vokalizálnak gyermekükkel, mint a látó anyák. Ezt a hipotézisünket sem az első, sem a második epizód során sem sikerült igazolnunk. A hatásmegmutató szinte minden esetben, az előfordulási gyakoriság és az időtartam tekintetében is gyenge vagy közepes volt. Az anyai érintés tekintetében ugyan nem volt szignifikáns különbség a csoportok között, azonban a hatásmegmutatók az első epizód során az időtartam tekintetében, a második epizód során pedig mind az időtartam, mind az előfordulási gyakoriság mentén jelentős mértékűek voltak. Átlagértékek tekintetében az első és a második epizód során is a látássérült anyák érintették többször és hosszabb időtartamban gyermeküket a látó anyákhoz képest. Hasonló interakciós sajátosságot szintén kimutatható volt Brazelton és munkatársai (1975) vizsgálata során, ahol azt figyelték meg, hogy a látássérült anya többször érinti gyermeke arcát, mint a látó apa. Egy későbbi kutatásban Rattray és Zeedyk (2005) szintén megállapította a látássérült szülők körében a gyermek érintésének jelentős szerepét, megfigyelhetően hosszabb időtartamát a látó szülő-gyermek interakciókhoz képest.

Harmadik hipotézisünk alhipotézisével azt feltételezzük, hogy a látássérült anyák kevesebb alkalommal és rövidebb időtartamban fordítják fejüket, tekintetüket gyermekük irányába, mint a látó anyák. Ez a feltételezés sem az első, sem a második epizód során nem igazolódott be. Az első epizód során a látó anyák szignifikánsan több alkalommal tekintettek gyermekük irányába, mint a látássérült anyák. Ez a különbség a második epizód során is megmutatkozott, azonban ez esetben nem volt szignifikáns a különbség a két csoport között. A látássérült anyák mind az első, mind a második epizód során hosszabb ideig tekintettek gyermekük irányába, mint a látó anyák, azonban ez a különbség sem volt szignifikáns egyik

epizód során sem. A hatásnagyság mutatók az első epizód során a gyermek irányába való tekintés előfordulási gyakoriságát illetően ugyanakkor rendkívül magas volt. A második epizód során mind az előfordulási gyakoriság, mind az időtartam tekintetében magas hatásnagyság mutatókat kaptunk. A gyermek irányába való tekintet orientációban megmutatkozó különbségek értelmezhetők úgy is, hogy ellentmondanak Rattray és Zeedyk (2005) megfigyelésének, miszerint az anyai tekintetorientációnak kevésbé van jelentősége a látássérült anyák gyermekükkel folytatott interakciójában, hiszen vizsgálataink során egyértelműen kimutatható volt, hogy a látássérült anyák is tekintettek gyermekük irányába, sőt mind az első, mind a második epizód során hosszabb időtartamban, mint a látó anyák. Összefoglalva azt mondhatjuk, hogy a látó anyák mintha többször, rövid időre tekintettek volna a gyermekük felé, míg a látássérült anyák kevesebb alkalommal fordították oda a tekintetüket, de hosszabban orientáltak a gyermekük felé. Az anyai érintés magasabb előfordulási gyakorisága és hosszabb időtartama mellett a gyermek irányába való tekintés lehet egy olyan alternatív interakciós stratégia, melynek funkciója a rendelkezésre állás biztosítása, jelenlét megerősítése a látássérült anyák által.

Negyedik hipotézisünkkel azt vizsgáltuk, hogy vajon a látássérült anyák gyermekei több alkalommal tekintenek-e anyjukra, mint a látó idegenre. Ezt a feltételezést Adamson és munkatársai (1977) eredménye alapján fogalmaztuk meg, miszerint a látássérült szülők gyermekei előnyben részesítik a szemkontaktust a látó idegennel való interakció során a szülőkkel folytatott interakcióhoz viszonyítva. Ezt az eredményt mi azonban nem tudtuk megerősíteni. Az előző hipotézisekkel ellentétben ez esetben az első és a harmadik epizódokat vettük figyelembe. A csoportok között nem találtunk szignifikáns különbséget, azonban az epizódok között szignifikáns különbség mutatkozott. A harmadik epizódban szignifikánsan több alkalommal tekintettek a gyermekek a látó idegenre mindkét csoportban, mint az első epizód során az anyjukra a gyermekek.

Ötödik hipotézisünkkel azt feltételeztük, hogy a látássérült anyák gyermekei több alkalommal helyezik a másik személy kezébe a tárgyat az anya-gyermek epizódok során, mint a látó idegennel folytatott interakció során. Ezt a hipotézisünket nem sikerült igazolnunk, mivel nem állt rendelkezésünkre elegendő adat. Az első epizód során a látó anyák gyermekei esetében többször fordult elő, hogy anyjuk kezébe helyezték a tárgyat, mint a látássérült anyák gyermekei esetében. A harmadik epizód során azonban egy alkalommal sem volt megfigyelhető, hogy a gyermekek a látó idegen kezébe helyezték volna a tárgyat.

Elemzéseink során kontingens válaszreakció-párokat is vizsgáltunk. Eredményeink arra engednek következtetni, hogy az anyák által kezdeményezett válaszreakció-párok közül

minden esetben az anyai vokalizáció tekintetében találtunk erős hatásnagyságú csoportok közötti különbséget. Az anyai vokalizációra a látássérült anyák gyermekei gyakrabban válaszoltak a tárgy érintésével, mint a látó anyák gyermekei. Mindemellett a látó anyák gyermekei esetében a saját kézben való tárgyra tekintés volt egy gyakoribb válaszreakció. A gyermekek által kezdeményezett válaszreakció párok közül egy esetben sem mutatkozott szignifikáns különbség és erős hatásnagyság sem.

Az Adamson és munkatársai (1977) által végzett esettanulmány egyik interakciós sajátosságát is felismerni véltük a szabad játékepipódok során. Instrukciónk az volt, hogy az anyák játsszanak úgy gyermekükkel, ahogy egyébként is szoktak. Ennek megfelelően több látássérült anya is az ölébe ültette gyermekét, szoros fizikai kontaktust teremtve ezzel. Volt olyan látássérült anya, aki gyermeke mögött helyezkedett el. Így a tekintetük iránya ugyan megegyezett, azonban kevesebb arányban fordult elő esetükben szemkontaktus vagy egymás tekintete irányába való tekintés.

Vizsgálatunk korlátjának tekinthető az alacsony elemszám mellett az elemzett felvételek időtartama (90 mp). Ahogy azt a módszer tárgyalásánál is említettük, azért volt szükség a 1,5 perces időszáv meghatározására, mert néhány anya-gyermek pár esetében megszakadt az interakció a 3. perc előtt, így a 90 mp-es időintervallumot tudtuk egységesen minden pár esetében vizsgálni.

Interakcióvizsgálatunk módszerének, eljárásának kialakítása során több alkalommal felmerült az interakciók helyszínének kérdése. Végül arra a döntésre jutottunk, hogy otthoni környezetben végezzük el a vizsgálatokat. Ebben az elhatározásban az is nagy szerepet játszott, hogy Senju és munkatársainak (2013, 2015) két kutatásán kívül, eddig minden interakcióvizsgálat a családok otthonában valósult meg (pl. Adamson et al., 1977; Rattray és Zeedyk, 2005; Chiesa et al., 2015; Ganea et al., 2018).

7.9 Általános diszkusszió, kitekintés

Dolgozatom végén az elmúlt évek során készített vizsgálatok eredményeit és azok összefüggéseit kívánom összefoglalni. Az egyes vizsgálatok eredményeinek megvitatására már nem térek ki, hiszen azokat a korábbi fejezetek – reményeim szerint – kellő részletességgel tartalmazzák. Jelen fejezetben inkább különböző vizsgálataink eredményeinek együttes összevetése a célunk. Amint azt az alcím is sugallja, fő célkitűzésünk a látássérült szülőség több szempontból való vizsgálata volt. A fogyatékossgal kapcsolatok társadalmi reprezentációk, azok visszatükröződése az egyéni reprezentációkban, megélésekben, továbbá a látássérült szülők körében megfigyelhető anya-gyermek interakciók sajátosságainak feltérképezésére vállalkoztunk.

Kutatásunk kezdeti szakaszában elsősorban a látássérült szülők gyermekvállalással kapcsolatos nézeteit, gyermeknevelési sajátosságait szeretnénk volna vizsgálni. A kutatási témát érintő szakirodalom áttekintését követően azonban ismétlődően megjelentek az egyéni reprezentációkban visszatükröződő stigmák, előítéletek. Ezért arra az elhatározásra jutottunk, hogy megvizsgáljuk, mik azok a többségi társadalom által képviselt vélemények, nézetek, melyek valóban tetten érhetők a különböző fogyatékossgai típusokkal kapcsolatos szociális reprezentációkban. A szociális reprezentáció vizsgálatunk eredményei ugyan nem tekinthetők reprezentatívnak a magyar társadalmat tekintve, azonban jó kiindulópontja lehet egy nagyobb minta bevonásával készülő szociális reprezentáció vizsgálatnak. Hazánkban Oláh (2013) vizsgálta a látássérült személyekkel kapcsolatos attitűdöket, ugyanakkor arra is kíváncsi volt, milyen előítéletek, sztereotípiák uralkodnak a látó emberek körében a látássérült személyekkel kapcsolatban. Míg Oláh (2013) kutatásában a vizsgálatvezető által meghatározott jellemvonásokat kellett értékelni aszerint, mennyire tulajdonítják azokat látássérült személyeknek, az általunk végzett kutatás során szabad asszociáció módszerét alkalmaztuk a „látássérült ember” szóra. A látássérült emberekkel kapcsolatos szociális reprezentáció alapvetően pozitív polaritással rendelkező kutatásunkban, azaz a pozitívról értékelt asszociációk voltak túlsúlyban a negatív és semleges szavakhoz képest, azonban a perifériás elemek között megjelent a rendszerint negatívról értékelt „korlátozottság” és „bizonytalanság”. A második kutatási szakaszunkban, mely során látássérült fiatal nőkkel készítettünk interjúkat a gyermekvállalás témájában, ugyancsak megjelent a bizonytalanság, legfőképp a szülői szereppel járó feladatok, kötelezettségek megfelelő ellátásával és a gyermekről való gondoskodás minőségével kapcsolatban. A saját kompetenciában, autonómiában megjelenő bizonytalanság, kételkedés így visszatükröződött a fiatal látássérült nők családalapítással

kapcsolatos gondolkodásában (például: „...*...hát biztos, hogy sokszor az lenne bennem, hogy én meg tudom-e adni azt a gyerekeknek, amit egy látó anya megadna neki. Vagy mondjuk elég vizuális inger éri-e a gyereket...*” (LS 1) vagy „...*felmerül a kérdés, hogy jó anya tudok-e lenni...*” (LS 7). Ezek a kérdések, bizonytalanságok természetesen egy látó nő gondolkodásában is megjelenhet, azonban talán az „elegendő vizuális inger” érzékelteti a legjobban, hogy ez inkább egy látássérült-specifikus bizonytalanságként ragadható meg inkább. A megkérdezett látássérült anyák őket érintő társadalmi vélekedésekkel kapcsolatos beszámolóiban megjelent a megkérdőjelezés, számonkérés. (például: „*Előfordul nyilván, hogy az emberek megkérdőjelezzik ezt, hogy mivel fogyatékos valaki, látássérült, hogy el tud-e látni a gyereket egyáltalán.*” (LS 2)). Az érintett anyák effajta, szülői kompetenciákat érintő kétségbevonása, megkérdőjelezése tükrözheti a látássérült emberekkel kapcsolatos szociális reprezentáció perifériás elemei között található korlátozottság feltételezését. Azaz a többségi társadalom által feltételezett korlátozottság – ami vonatkozhat a gyermek ellátásban való korlátozottságra is - a látássérült anyák olvasataiban a gyermek megfelelő ellátásának kétségbevonásában mint attitűdben jelenik meg. Ez értelmezhető a fenyegetett (stigmatizált) identitással való azonosulásként, ugyanakkor reális félelmet is tükrözhet, ami a fizikai korlátokhoz köthető (Lappeteläinen, Sevón, és Vehkakoski, 2018; Malacrida, 2009).

A látássérült nők körében végzett interjú vizsgálatunk során megjelent az anyaság-értelmezéssel kapcsolatban a szerepek főtémában az anya mint a biztonság nyújtója vagy mint biztos pont a gyermek életében. Volt olyan érintett anya, aki az anyaságot magával a biztonsággal azonosította: az anyai szerep nyújt számára biztonságot. Ezen szerep-értelmezésekből arra következtethetünk, hogy a látássérült anyák szerint jelentős aktív jelenlétet, felelősségvállalást igényel és kifejezett kompetencia-érzést eredményez az anyaság. Ezen értelmezésekben megjelenhet a szakirodalomban és a kutatásunk során is előforduló, fogyatékossgal élő embereket érintő kiszolgáltatottság, korlátozottság mint előítéleteknek való ellenszegülés – ellennarratíva – és azok kompenzációjára tett törekvés az érintettek részéről (Malacrida, 2009; Lappeteläinen et al., 2018),.

A szociális reprezentáció vizsgálat során hasonlósági elemzés is végeztünk, mely az egyes szavak együttjárása alapján gondolati/asszociációs hálók létrehozását teszi lehetővé. Ezen elemzés alapján a látássérült emberekkel kapcsolatban megjelenik a sajnálat és a segítségnyújtás szükségessége is a többségi társadalom részéről. Az általunk megkérdezett látássérült anyák szintén beszámoltak arról, hogy a többségi társadalom részéről megjelenik a sajnálat, méghozzá a vagy a gyermek iránt, vagy az anya érzékszervi fogyatékossga iránt (például: „*Minthogyha sajnálni kellene azért, hogy nekem most van egy gyeregem...*” (LS 14)

vagy „...vannak szerintem olyan emberek, akik egyértelműen sajnálják a gyereket, azért, mert én vagyok az anyja. Hát, így nem miattam, hanem mert a vakságom miatt.” (LS 2)).

Összefoglalva azt állíthatjuk, hogy a látássérült anyák hajlamosak azonosulni az őket érő bizonytalanság és korlátozottság naiv vélekedéseivel, mely egy vulnerabilitási tényezőnek tekinthető a gyermekgondozásban és az anya-gyermek kapcsolatban.

Az anyákkal készített interjúk elemzésének és az interakcióvizsgálatok eredményeit is összevetettük egymással. Az anyaság-értelmezéseken végzett tematikus elemzés egyik főtémája volt a kapcsolat, kapcsolódás. Ezen belül mindkét csoportban megjelent a szimbiotikus kapcsolat altémája. Az interakcióvizsgálatok során a szimbiotikusság jelensége az intenzívebb fizikai kontaktus iránti igényként tűnt megjelenni, és a gyakori és hosszabb ideig tartó érintésekben nyilvánult meg (ld. 7.7.4. fejezet az 152. oldalon). Volt olyan édesanya, aki mindkét epizód során az ölébe ültette gyermekét, ezzel biztosítva a folyamatos testi kontaktust gyermekével. A látássérült szülők körében gyakori a gyermekkel való közeli testkontaktus létrehozása és megtartása (*close-nurturing*), ami megerősíti a szülő kontrollérzetét a gyermekről való gondoskodásban (Moghadam et al., 2017). A kontingens válaszreakció-párok esetében is hangsúlyos volt az anyai vokalizáció, mely a reakciópárok tekintetében a kezdeményezések és a válaszreakciók között is megjelent (ld. 7.7.8 fejezet a 155. oldaltól). Ezen eredmények szintén a látássérült anyák kontrollérzetével állhatnak kapcsolatban. Runswick-Cole és Goodley, (2013) elmélete szerint a fogyatékossgal élő személyek reziliens működésének egyik forrása a kontroll-gyakorlás. Ebből arra következtethetünk, hogy a látássérült anyák gyermekükkel folytatott interakciója során a vokalizációnak jelentős szerepe van az anyák kontrollérzetében, ami a gyermekkel folytatott interakció során rezilienciát biztosít az anyák számára, lehetővé téve a sikeres adaptációt és a kompetens működést gyermekével. A látássérült szülők és gyermekük kapcsolatában a vokalizáció, mint alternatív kommunikációs stratégia protektív tényezőként is értelmezhető. Ha a szülő többet beszél gyermekéhez, több verbális visszajelzést intéz hozzá, jobban fejlődhet a gyermek receptív és expresszív beszédkézsége és bővíthet szókincse is (pl. Szilágyi, 2017; Senju et al., 2013).

A szülői elvek, feladatok főtémán belül mind a látó, mind a látássérült anyák körében megfogalmazódott a rendelkezésre állás és a kölcsönös tanulás, tanítás jelensége. Utóbbi a látássérült anyák körében az egymás működésmódjához való adaptálódásra vonatkozott inkább, ami szintén tetten érhető volt az interakcióvizsgálatok során. Az anyák gyermekükre irányuló érintése jelentősebb volt a látássérült anyák körében, mind az előfordulási gyakoriságukat, mind az időtartamukat tekintve. A szimbiotikusság mellett, a rendszeres, ismétlődő fizikai kontaktus kezdeményezése az anyák által, ezt a rendelkezésre állást, jelenlét megerősítését is jelentheti.

Összefoglalva eredményeink összevetését, azt mondhatjuk, hogy az anyai látássérültség a fejlődépszichopatológia modelljében való gondolkodás alapján nem tekinthető rizikó tényezőnek a szülő-gyermek interakció adaptivitása szempontjából. Feltételezhetően utánkövetéses vagy longitudinális vizsgálatok által a látássérült anyák gyermekeinek társas-érzelmi fejlődését nyomon követve lehetőség nyílna arra is, hogy amellet is érvelhessünk, hogy az anyai látássérültség a gyermek fejlődése szempontjából nem vulnerabilitási tényező.

8 Köszönetnyilvánítás

Disszertációm elkészülése egy hosszú és nem mindig zökkenőmentes folyamat volt. Az érintett szülők korlátozott száma és hozzáférhetősége, majd a koronavírus-járvány olykor akadályokat állított a kutatási folyamatok gördülékeny elvégzése elé, azonban témavezetőmnek köszönhetően, ezek az akadályok mindig kihívásokká alakultak át, melyek végig motiváltak az évek során. Éppen ezért elsősorban **Dr. Pohárnok Melindának** szeretnék köszönetet mondani, aki precíz témavezetésével, türelmével, biztatásával nemcsak szakmailag, de érzelmileg is segített, támogatott doktori tanulmányaim során.

Hálával tartozom **Dr. Lénárd Katalinnak** is, aki sajnos már nem lehet közöttünk. Társtémavetőként rengeteget segített a kutatási téma és a módszertan kialakításában. Nem jöhetett volna létre ez a dolgozat, ha ő nem ösztönöz és inspirál engem 6 évvel ezelőtt a kutatás elkezdésére.

Szintén köszönettel tartozom a Fejlődés- és Klinikai Pszichológia Doktori Program programvezetőjének, **Prof. Dr. Péley Bernadette-nek**, aki a kutatászemináriumok mellett, személyes és online konzultációk alkalmával is szakmai iránymutatásokkal, elméleti megfontolásokkal látott el.

Hálás köszönet illeti **Dr. habil. Láng Andrást** és **Dr. habil. Kocsor Ferencet** is a statisztikai elemzések során nyújtott iránymutatásaikért, segítségükért.

Kutatási témám az érintett vizsgálati személyekre vonatkozóan különös érzékenységgel jellemezhető. Éppen ezért hálás vagyok azoknak a **családoknak**, akik egy-egy interjúfelvétel vagy interakcióvizsgálat erejéig az otthonukba fogadtak és megosztották velem a gyermekvállalással, vagy éppen a gyermekükkel kapcsolatos élményeiket, pillanataikat.

Külön köszönet illeti **Bíró Boglárkát**, aki látássérült hallgatóként csatlakozott vizsgálataink kivitelezéséhez. Érintett személyként nagy segítséget nyújtott a toborzásban és az interjúk elemzésében.

Köszönettel tartozom **barátaimnak** is, akik mindvégig lelkesítettek, támogattak vizsgálataim elvégzésében.

Hálával tartozom a **páromnak**, amiért türelemmel és megértéssel fordult felém doktori tanulmányaim során.

Végül, de nem utolsó sorban a **családom** támogatása nélkül szintén nem jöhetett volna létre ez a dolgozat. Ők voltak azok, akik mindvégig mellettem álltak, és érzelmi támaszt nyújtottak nekem az elmúlt évek során.

9 Ábrajegyzék

1. ÁBRA: A REZILIENCIA HÁLÓZATA RUNSWICK-COLE ÉS GOODLEY (2013) NYOMÁN	23
2. ÁBRA: A SIKERES ÉS A NEHEZÍTETT PSZICHOSZOCIÁLIS FEJLŐDÉS ESETLEGES KÖVETKEZMÉNYEI A LÁTÁSSÉRÜLT SZEMÉLYEK KÖRÉBEN A SZAKIRODALOM SZERINT (SAJÁT SZERKESZTÉS)	26
3. ÁBRA: A SZÜLŐKKEL VALÓ KAPCSOLAT SAJÁTOSságAINAK ÉS A SZÜLŐI TÚLVÉDŐ ATTITÚDDEL ÖSSZEFÜGGÉSben MEGFIGYELT JELENSÉGEK LÁTÁSSÉRÜLTEK KÖRÉBEN HUURRE ÉS MUNKATÁRSAI VIZSGÁLATAI ALAPJÁN (1998, 2001) (SAJÁT SZERKESZTÉS)	28
4. ÁBRA: A LÁTÁSSÉRÜLT SERDÜLŐ LÁNYOK ÉS FIATAL NŐK TESTKÉPÉNEK ALAKULÁSA A KONTEXTUÁLIS TÉNYEZŐK FÉNYÉBEN ÉS AZOK ESETLEGES ÖSSZEFÜGGÉSEI BIZONYOS PSZICHOLÓGIAI TÉNYEZŐKKEL (SAJÁT SZERKESZTÉS)	30
5. ÁBRA: A LÁTÁSSÉRÜLT ANYASÁG ÉS PARENTIFIKÁCIÓ JELENSÉGÉNEK ÖSSZEFÜGGÉSE A KORÁBBI SZAKIRODALMAK ALAPJÁN (PRILLELTENSKY, 2014; OLKIN, 2000; CURETON, 2015, SAJÁT SZERKESZTÉS)	31
6. ÁBRA: AZ ANYAI LÁTÁSSÉRÜLTséGGEL ÖSSZEFÜGGÉSBE HOZHATÓ KOMPENZATÓRIKUS STRATÉGIÁK (SAJÁT SZERKESZTÉS)	33
7. ÁBRA: POZITÍV ÉS NEGATÍV HATÁSOK A LÁTÁSSÉRÜLT ANYÁK GYERMEKVÁLLALÁSÁBAN, SZÜLŐI SZEREPÉBEN	36
8. ÁBRA: A SZOCIÁLIS REPREZENTÁCIÓK EGYSÉGEI	39
9. ÁBRA: A NEUTRALITÁS INDEX (N) TARTOMÁNYAI	46
10. ÁBRA: A POLARITÁS INDEX (P) TARTOMÁNYAI	46
11. ÁBRA: A FOGYATÉKOSSÁGHOZ FÜZŐDŐ ASSZOCIÁCIÓK SZÓFELHŐJE	49
12. ÁBRA: A LÁTÁSSÉRÜLT EMBERREL KAPCSOLATOS ASSZOCIÁCIÓK SZÓFELHŐJE	50
13. ÁBRA: A SIKET EMBERREL KAPCSOLATOS ASSZOCIÁCIÓK SZÓFELHŐJE	52
14. ÁBRA: A MOZGÁSSÉRÜLT EMBERHEZ FÜZŐDŐ ASSZOCIÁCIÓK SZÓFELNŐJE	53
15. ÁBRA: A MOZGÁSSÉRÜLT CSALÁDTAGGAL RENDELKEZŐ CSALÁDDAL KAPCSOLATOS KIFEJEZÉSEK SZÓFELHŐJE	54
16. ÁBRA: AZ ÉP CSALÁDDAL KAPCSOLATOS ASSZOCIÁCIÓK SZÓFELHŐJE	56
17. ÁBRA: AZ INTERAKCIÓVIZSGÁLATOK SORÁN ALKALMAZOTT HELYSZÍNI ELRENDEZÉS (SAJÁT SZERKESZTÉS)	138
18. ÁBRA: KÖZÖS FIGYELMI HELYZET ELŐFORDULÁSI GYAKORISÁGA AZ 1. ÉS 2. EPIZÓDBAN	155
19. ÁBRA: KÖZÖS FIGYELMI HELYZET IDŐTARTAMA AZ 1. EPIZÓDBAN	156
20. ÁBRA: ANYA ARCÁRA VALÓ TEKINTÉS IDŐTARTAMA AZ 1. EPIZÓDBAN	156
21. ÁBRA: GYERMEKI VOKALIZÁCIÓ IDŐTARTAMA AZ 1. EPIZÓDBAN	157
22. ÁBRA: GYERMEKI VOKALIZÁCIÓ IDŐTARTAMA A 2. EPIZÓDBAN	157
23. ÁBRA: GYERMEKI VOKALIZÁCIÓ ELŐFORDULÁSI GYAKORISÁGA A 2. EPIZÓDBAN	158
24. ÁBRA: GYERMEKRE IRÁNYULÓ ANYAI ÉRINTÉS IDŐTARTAMA AZ 1. EPIZÓDBAN	159
25. ÁBRA: GYERMEKRE IRÁNYULÓ ANYAI ÉRINTÉS ELŐFORDULÁSI GYAKORISÁGA AZ 2. EPIZÓDBAN	159
27. ÁBRA: GYERMEK ARCA FELÉ VALÓ TEKINTÉS ELŐFORDULÁSI GYAKORISÁGA A 2. EPIZÓDBAN	160
26. ÁBRA: GYERMEK ARCA FELÉ TEKINTÉS ELŐFORDULÁSI GYAKORISÁGA AZ 1. EPIZÓDBAN	160
28. ÁBRA: GYERMEK ARCA FELÉ VALÓ TEKINTÉS IDŐTARTAMA A 2. EPIZÓDBAN	161

10 Táblázatjegyzék

1. TÁBLÁZAT: A LÁTÁSSÉRÜLT SZEMÉLYEK ARÁNYA A KÖZPONTI STATISZTIKAI HIVATAL 2016-BAN VÉGZETT FELMÉRÉSE ALAPJÁN (FORRÁS: KSH.HU, SAJÁT SZERKESZTÉS)	16
2. TÁBLÁZAT: RIZIKÓ ÉS PROTEKTÍV FAKTORKÉNT SZOLGÁLÓ KONTEXTUÁLIS TÉNYEZŐK SAMEROFF ÉS MUNKATÁRSAI (2003) NYOMÁN	19
3. TÁBLÁZAT: A SZOCIÁLIS REPREZENTÁCIÓK FIGURATÍV MAGJÁNAK ÉS PERIFÉRIÁS RENDSZERÉNEK JELLEMZŐI ABRIC (1993) NYOMÁN, SAJÁT SZERKESZTÉS	40
4. TÁBLÁZAT: A LEGGYAKRABBAN ELŐFORDULÓ AKTÍV SZÓFORMÁK/ASSZOCIÁCIÓK A „FOGYATÉKOSSÁG” HÍVÓINGERRE	48
5. TÁBLÁZAT: A LEGGYAKRABBAN ELŐFORDULÓ AKTÍV SZÓFORMÁK/ASSZOCIÁCIÓK A „LÁTÁSSÉRÜLT EMBER” HÍVÓINGERRE	50
6. TÁBLÁZAT: A LEGGYAKRABBAN ELŐFORDULÓ AKTÍV SZÓFORMÁK/ASSZOCIÁCIÓK A „SIKET EMBER” HÍVÓINGERRE	51
7. TÁBLÁZAT: A LEGGYAKRABBAN ELŐFORDULÓ AKTÍV SZÓFORMÁK/ASSZOCIÁCIÓK A „MOZGÁSSÉRÜLT EMBER” HÍVÓINGERRE	52
8. TÁBLÁZAT: A LEGGYAKRABBAN ELŐFORDULÓ AKTÍV SZÓFORMÁK/ASSZOCIÁCIÓK A „MOZGÁSKORLÁTÁZOTT CSALÁDTAGGAL RENDELKEZŐ CSALÁD” HÍVÓINGERRE	54
9. TÁBLÁZAT: A LEGGYAKRABBAN ELŐFORDULÓ AKTÍV SZÓFORMÁK/ASSZOCIÁCIÓK A „ÉP CSALÁD” HÍVÓINGERRE	55
10. TÁBLÁZAT: TÁRSADALMI VÉLEKEDÉSEK A LÁTÁSSÉRÜLT SZÜLŐSÉGRŐL A LÁTÁSSÉRÜLT VIZSGÁLATI SZEMÉLYEK BESZÁMOLÓI ALAPJÁN	59
11. TÁBLÁZAT: A GYERMEKVÁLLALÁSSAL KAPCSOLATOS DÖNTÉSHOZATALT BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK LAPIERRE ÉS MUNKATÁRSAINAK (2017) KUTATÁSA NYOMÁN	68
12. TÁBLÁZAT: A LÁTÓ ÉS LÁTÁSSÉRÜLT FIATAL NŐK CSOPORTSZINTŰ DEMOGRÁFIAI ADATAI	79
13. TÁBLÁZAT: A LÁTÁSSÉRÜLTSG MINT ESETLEG GYERMEKVÁLLALÁST BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐ FŐTÉMÁK ÉS ALTÉMÁK SZERINT	82
14. TÁBLÁZAT: AZ ANYASÁG SZUBJEKTÍV ÉRTELMEZÉSÉVEL KAPCSOLATOS FŐ- ÉS ALTÉMÁK LÁTÓ ÉS LÁTÁSSÉRÜLT FIATAL NŐK KÖRÉBEN	87
15. TÁBLÁZAT: A MINTA FŐBB DEMOGRÁFIAI ADATAI	99
16. TÁBLÁZAT: A LÁTÓ ÉS LÁTÁSSÉRÜLT ANYÁK ANYASÁG-ÉRTELMEZÉSEIN VÉGZETT TEMATIKUS ELEMZÉS EREDMÉNYEINEK ÖSSZEFOGLALÁSA FŐTÉMÁK MENTÉN	102
17. TÁBLÁZAT: A GYERMEKI ÉS ANYAI VISELKEDÉS MIKROTÖRTÉNESEINEK KATEGORIZÁCIÓJA (BRAZELTON ET AL., 1975)	121
18. TÁBLÁZAT: AZ ANYA-GYERMEK INTERAKCIÓK SORÁN MEGFIGYELT MODALITÁS-SPECIFIKUS PÁROK BEEBE ÉS MUNKATÁRSAI (2016) VIZSGÁLATÁBAN	131
19. TÁBLÁZAT: AZ INTERAKCIÓVIZSGÁLATBAN RÉSZT VEVŐ ANYA-GYERMEK PÁROK DEMOGRÁFIAI ADATAI	133
20. TÁBLÁZAT: A LÁTÓ ÉS LÁTÁSSÉRÜLT ANYÁK ÁLTAL KITÖLTÖTT KÉRDŐÍVEK EREDMÉNYÉNEK ÁTLAGÉRTÉKEI ÉS A CSOPORTOK KÖZÖTTI KÜLÖNBSÉG MÉRTÉKE	135
21. TÁBLÁZAT: AZ INTERAKCIÓVIZSGÁLAT EPIZÓDJAINAK BEMUTATÁSA	138
22. TÁBLÁZAT: MANUÁLISAN MEGHATÁROZOTT INTERAKCIÓS KATEGÓRIÁK	141
23. TÁBLÁZAT: A KÖZÖS FIGYELMI HELYZET ELŐFORDULÁSI GYAKORISÁGÁBAN ÉS IDŐTARTAMÁBAN MEGMUTATKOZÓ KÜLÖNBSÉGEK A LÁTÓ ÉS A LÁTÁSSÉRÜLT CSOPORTBAN	145

24. TÁBLÁZAT: AZ ANYÁRA VALÓ TEKINTÉS ELŐFORDULÁSI GYAKORISÁGÁBAN ÉS IDŐTARTAMÁBAN MEGMUTATKOZÓ KÜLÖNBSÉGEK A LÁTÓ ÉS A LÁTÁSSÉRÜLT CSOPORTBAN	145
25. TÁBLÁZAT: A GYERMEKI VOKALIZÁCIÓ ELŐFORDULÁSI GYAKORISÁGÁBAN ÉS IDŐTARTAMÁBAN MEGMUTATKOZÓ KÜLÖNBSÉGEK A LÁTÓ ÉS A LÁTÁSSÉRÜLT CSOPORTBAN	146
26. TÁBLÁZAT: AZ ANYÁRA IRÁNYULÓ ÉRINTÉS ELŐFORDULÁSI GYAKORISÁGÁBAN ÉS IDŐTARTAMÁBAN MEGMUTATKOZÓ KÜLÖNBSÉGEK A LÁTÓ ÉS A LÁTÁSSÉRÜLT CSOPORTBAN	148
27. TÁBLÁZAT: AZ ANYAI VOKALIZÁCIÓ ELŐFORDULÁSI GYAKORISÁGÁBAN ÉS IDŐTARTAMÁBAN MEGMUTATKOZÓ KÜLÖNBSÉGEK A LÁTÓ ÉS A LÁTÁSSÉRÜLT CSOPORTBAN	149
28. TÁBLÁZAT: A GYERMEKRE IRÁNYULÓ ÉRINTÉS ELŐFORDULÁSI GYAKORISÁGÁBAN ÉS IDŐTARTAMÁBAN MEGMUTATKOZÓ KÜLÖNBSÉGEK A LÁTÓ ÉS A LÁTÁSSÉRÜLT CSOPORTBAN	150
29. TÁBLÁZAT: A GYERMEKRE IRÁNYULÓ TEKINTET ELŐFORDULÁSI GYAKORISÁGÁBAN ÉS IDŐTARTAMÁBAN MEGMUTATKOZÓ KÜLÖNBSÉGEK A LÁTÓ ÉS A LÁTÁSSÉRÜLT CSOPORTBAN	150
30. TÁBLÁZAT: A LÁTÓ ÉS LÁTÁSSÉRÜLT ANYÁK GYERMEKEINEK A MÁSIK SZEMÉLYRE VALÓ TEKINTÉSÉNEK ELŐFORDULÁSI GYAKORISÁGA AZ 1. ÉS A 3. EPIZÓD SORÁN: ÁTLAG (SZÓRÁS)	151
31. TÁBLÁZAT: A GYERMEK ÁLTAL A TÁRGY A MÁSIK SZEMÉLY KEZÉBE VALÓ HELYEZÉSÉNEK ELŐFORDULÁSI GYAKORISÁGA ÉS IDŐTARTAMA A LÁTÓ ÉS LÁTÁSSÉRÜLT CSOPORTBAN	152
32. TÁBLÁZAT: AZ ANYÁK ÁLTAL KEZDEMÉNYEZETT VISELKEDÉSES JEGYEKRE ADOTT GYERMEKI VÁLASZREAKCIÓ PÁROK ELŐFORDULÁSI GYAKORISÁGA	153
33. TÁBLÁZAT: A GYERMEKEK ÁLTAL KEZDEMÉNYEZETT VISELKEDÉSES JEGYEKRE ADOTT ANYAI VÁLASZREAKCIÓ PÁROK ELŐFORDULÁSI GYAKORISÁGA	155

11 Irodalomjegyzék

- Abric, J. C. (1993). Central system, peripheral system: their functions and roles in the dynamics of social representations. *Papers on social representations*, 2, 75-78.
- Adamson, L., Als, H., Tronick, E., & Brazelton, T. B. (1977). The development of social reciprocity between a sighted infant and her blind parents: a case study. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 16(2), 194-207.
- Adolphs, R. (1999). Social cognition and the human brain. *Trends in Cognitive Sciences*, 3, 469-479. [https://doi.org/10.1016/S1364-6613\(99\)01399-6](https://doi.org/10.1016/S1364-6613(99)01399-6)
- Ammerman R. T., Van Hasselt V.B., Hersen, M. (1986). Psychological adjustment of visually handicapped children and youth. *Clinical Psychology Review*, 6, 67-85.
- Balogh, Á. (2015). „Hogy együtt tisztábban lássunk...!” Vak fiatalok és felnőttek többszemponútú pszichológiai vizsgálata. *Különleges Bánásmód*, 1(4), 21-45. <https://doi.org/10.18458/KB.2015.4.21>
- Baron-Cohen, S. (1995). *Mindblindness: an essay on autism and theory of mind*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Beebe, B., Messinger, D., Bahrick, L. E., Margolis, A., Buck, K. A., & Chen, H. (2016). A systems view of mother-infant face-to-face communication. *Developmental Psychology*, 52(4), 556-571. <https://doi.org/10.1037/a0040085>
- Berkes A. (2013). *Összegző tanulmány a "Szülői kérdőív a gyermek fejlődéséről" mérőmódszer validálási folyamatáról*. OTH, Budapest.
- Block, E. S., & Erskine, L. (2012). Interviewing by telephone: Specific considerations, opportunities, and challenges. *International journal of qualitative methods*, 11(4), 428-445. <https://doi.org/10.1177/160940691201100409>
- Blum R.W. (1992). Chronic illness and disability in adolescence. *Journal of Adolescent Health* 13, 364-368. [https://doi.org/10.1016/1054-139X\(92\)90029-B](https://doi.org/10.1016/1054-139X(92)90029-B)
- Bogden, R., & Biklen, D. (1977). *Handicapism*. Mimeographed paper. Social Policy Corporation, New York.
- Böttcher, L., & Dammeyer, J. (2013). Disability as a risk factor? Development of psychopathology in children with disabilities. *Research in developmental disabilities*, 34(10), 3607-3617. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.07.022>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brazelton, T. B., Tronick, E., Adamson, L., Als, H., & Wise, S. (1975). Early mother-infant reciprocity. *Parent-infant interaction*, 33(137-154), 122.
- Breckenridge, J. P., Devaney, J., Kroll, T., Lazenbatt, A., Taylor, J., & Bradbury-Jones, C. (2014). Access and utilisation of maternity care for disabled women who experience domestic abuse: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-234>
- Brothers, L., & Ring, B. (1992). A neuroethological framework for the representation of minds. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 4, 107-118. <https://doi.org/10.1162/jocn.1992.4.2.107>

- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (1998). *The ecology of developmental processes*. In R. M. Lerner (Szerk.), *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development* (5th ed). 993-1028. New York: Wiley.
- Bussing, R., Aro, H. (1996). Youth with chronic conditions and their transition to adulthood. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 150, 181-186. <https://doi.org/10.1001/archpedi.1996.02170270063009>
- Byrnes, L., & Hickey, M. (2016). Perinatal care for women with disabilities: clinical considerations. *The Journal for Nurse Practitioners*, 12(8), 503-509. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2016.06.005>
- Camargo, B. V., & Justo, A. M. (2016). *Iramuteq (R INTERFACE for multidimensional analysis of texts and questionnaires; trans. Teresa Forte)*. Federal University of Santa Catarina. <https://doi.org/10.1002/j.2048-7940.1988.tb01063.x>
- Carty, E. A., & Conine, T. A. (1988). Disability and pregnancy: A double dose of disequilibrium. *Rehabilitation Nursing*, 13(2), 85-87.
- Cedrone, C., Nucci, C., Scuderi, G., Ricci, F., Cerulli, A., & Culasso, F. (2006). Prevalence of blindness and low vision in an Italian population: a comparison with other European studies. *Eye*, 20(6), 661-667. <https://doi.org/10.1038/sj.eye.6701934>
- Charon, J.M. (2010). *Symbolic interactionism: An introduction, an interpretation, an integration*. New York: Pearson College Division.
- Cicchetti, D., & Cohen, D. J. (2006). *Developmental psychopathology, volume 1: theory and method (Vol. 1)*. John Wiley & Sons.
- Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (1996). Equifinality and multifinality in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8(4), 597-600. <https://doi.org/10.1017/S0954579400007318>
- Chiesa, S., Galati, D., & Schmidt, S. (2015). Communicative interactions between visually impaired mothers and their sighted children: Analysis of gaze, facial expressions, voice and physical contacts. *Child: care, health and development*, 41(6), 1040-1046. <https://doi.org/10.1111/cch.12274>
- Chikán Cs. (2001). *Esélyegyenlőség, fogyatékoság*. Vác: Mozgáskorlátozottak Pest megyei Egyesülete.
- Chodorow N. (1978). *The reproduction of mothering: Psychoanalysis and the sociology of gender*. London: University of California Press.
- Choi, P., Henshaw, C., Baker, S., & Tree, J. (2005). Supermum, superwife, supereverything: performing femininity in the transition to motherhood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 23(2), 167-180. <https://doi.org/10.1080/02646830500129487>
- Collis, G. M., & Bryant, C. A. (1981). Interactions between blind parents and their young children. *Child: care, health and development*, 7(1), 41-50. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.1981.tb00819.x>
- Commodari, E., La Rosa, V. L., & Nania, G. S. (2022). Pregnancy, Motherhood and Partner Support in Visually Impaired Women: A Qualitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(7), 4308. <https://doi.org/10.3390/ijerph19074308>

- Conley-Jung, C., & Olkin, R. (2001). Mothers with visual impairments who are raising young children. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 95(1), 14–29. <https://doi.org/10.1177/0145482X0109500103>
- Connors, E., & Glenn, S. M. (1996). Methodological considerations in observing mother-infant interactions in natural settings. In: Haworth, J. (Szerk.), *Psychological research: Innovative methods and strategies*, 139-152.
- Cureton, A. (2015). Some advantages to having a parent with a disability. *Journal of Medical Ethics*, 42(1), 31–34. <http://dx.doi.org/10.1136/medethics-2015-102666>
- Csibra, G., Gergely, G. (2006). Social learning and social cognition: the case for pedagogy. In: Munakata, Y., Johnson, M.H. (Szerk.), *Processes of Change in Brain and Cognitive Development*. Attention and Performance XXI. Oxford University Press, Oxford, 249–274.
- D. Molnár, É., & Kovács, D. (2019). A Gyermeki Viselkedés Kérdőív legrövidebb változatának (CBQ VS) magyar adaptációja. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 20(2), 159-179. <https://doi.org/10.1556/0406.20.2019.006>
- Dale, S. (2010). Songs at twilight: A narrative exploration of the experience of living with a visual impairment, and the effect this has on identity claims. *British Journal of Visual Impairment*, 28(3), 204-220. <https://doi.org/10.1177/0264619610368751>
- Danis, I., Oates, J. M., & Gervai, J. (2005). A szülő-gyermek kapcsolat kérdőíves felméréseinek lehetőségei. *Alkalmazott Pszichológia*, 7(4), 27–37. DOI: 10.17627/ALKPSZICH.2021.4.53
- Danis, I., Gervai, J., & Schneider, K. (2019). *The Hungarian Version of the Comprehensive Early Childhood Parenting Questionnaire (CECPAQ)*. Kiadatlan.
- Dax V. (1994). *Egy vak anya csecsemőgondozása*. [Szakdolgozat, Budapest: Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Gyógypedagógiai Pszichológiai Intézet].
- Duvdevany, I., Moin, V., & Yahav, R. (2007). The social life and emotional state of adolescent children of parents who are blind and sighted: a pilot study. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 101(3), 160-171. <https://doi.org/10.1177/0145482X0710100304>
- De Rosa, A. S. (2002). The "associative network": a technique for detecting structure, contents, polarity and stereotyping indexes of the semantic fields. *European review of applied psychology*, 52(3/4), 181-200.
- Devenney, M. J. (2004). *The social representations of disability: Fears, fantasies and facts* [Doctori disszertáció, University of Cambridge].
- Donnellan, W. J., Bennett, K. M., & Soulsby, L. K. (2015). What are the factors that facilitate or hinder resilience in older spousal dementia carers? A qualitative study. *Aging & Mental Health*, 19(10), 932-939. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.977771>
- Dunn, D.S., & Burcaw, S. (2013). Disability identity: Exploring narrative accounts of disability. *Rehabilitation Psychology*, 58(2), 148. <https://doi.org/10.1037/a0031691>
- Eaglestein, A.S. (1975). The social acceptance of blind high school students in an integrated school. *New Outlook for the Blind*, 69, 447-451. <https://doi.org/10.1177/0145482X7506901005>
- Takács É. (2004). *A funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása*, Budapest: Egészségügyi Világszervezet, Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium, Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Medicina Könyvkiadó.

- Engel, D.M., & Munger, F.W. (2007). Narrative, disability, and identity. *Narrative*, 15(1), 85-94. <http://www.jstor.org/stable/20107406>
- Engler Á. (2014). Dilemmák felsőfokon–hallgatók családalapítási tervei. *KAPOCS: A Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet Folyóirata*, 13(1), 17–25. <http://real.mtak.hu/id/eprint/15415>
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191. <https://doi.org/10.3758/bf03193146>
- Farber, R. S. (2000). Mothers with disabilities: In their own voice. *American Journal of Occupational Therapy*, 54(3), 260–268. <https://doi.org/10.5014/ajot.54.3.260>
- Farr, R. M. (1984). Social representations: Their role in the design and execution of laboratory experiments. *Social representations*, 125-147.
- Farroni, T., Csibra, G., Simion, F., & Johnson, M. H. (2002). Eye contact detection in humans from birth. *Proceedings of the National academy of sciences*, 99(14), 9602-9605. <https://doi.org/10.1073/pnas.152159999>
- Farroni, T., Massaccesi, S., Menon, E., & Johnson, M. H. (2007). Direct gaze modulates face recognition in young infants. *Cognition*, 102(3), 396-404. <https://doi.org/10.1016/j.cognition.2006.01.007>
- Fraser, B. (2018). *Cognitive Disability Aesthetics: Visual Culture Disability Representations, and the (In)Visibility of Cognitive Difference*. Toronto: University of Toronto Press.
- French, S., & Swain, J. (2004). *Whose tragedy?: Towards a personal non-tragedy view of disability*. London: Sage.
- Friese, S. (2019). *Qualitative data analysis with ATLAS.ti*. London: SAGE Publications Limited
- Ganea, N., Hudry, K., Verneti, A., Tucker, L., Charman, T., Johnson, M.H., et al. (2018). Development of adaptive communication skills in infants of blind parents. *Developmental Psychology*, 54(12), 2265-2273. <https://doi.org/10.1037/dev0000564>
- Gergely, G., & Watson, J. S. (1999). Early socio-emotional development: Contingency perception and the social-biofeedback model. *Early social cognition: Understanding others in the first months of life*, 60, 101-136.
- Gillespie, R. (2000). When no means no: Disbelief, disregard and deviance as discourses of voluntary childlessness. *Women's Studies International Forum*, 23(2), 223-234.
- Goffman, E. (2009). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. New York: Simon and Schuster.
- Gortmaker, S.L., Walker, D.K., Weitzman, M., Sobol, A.M. (1990). Chronic conditions, socioeconomic risks, and behavioral problems in children and adolescents. *Pediatrics* 85, 267–276.
- Greimas, A. J. (1990). *Narrative semiotics and cognitive discourses*. London: Pinter Publishers.
- Grue, L., & Laerum, K.T. (2002). 'Doing Motherhood': some experiences of mothers with physical disabilities. *Disability & Society*, 17(6), 671-683. <https://doi.org/10.1080/0968759022000010443>
- Gulya, N. M., & Fehérvári, A. (2021). A fogyatékoság reprezentációja az általános iskolák magyar irodalom tananyagához kapcsolódó irodalmi művekben. *Educatio*, 29(3), 379-393. <https://doi.org/10.1556/2063.29.2020.3.4>

- Gutman, C. (2005). *The parenting experiences of people with vision impairment*. New York: Yeshiva University.
- Hakim, C. (2003). A new approach to explaining fertility patterns: Preference theory. *Population and Development Review*, 29(3), 349-374. <http://www.jstor.org/stable/3115278>
- Hámori, E. (2005). *Koraszülöttség és az anya-gyerek kapcsolat kezdete*. PPKE BTK, Piliscsaba.
- Hámori, E. (2013). Rizikófaktorok, adaptáció és reziliencia a korai fejlődésben—A koraszülöttség a fejlődési pszichopatológia modelljében. *Magyar Pszichológiai Szemle*. 68(1), 7–22. <https://doi.org/10.1556/MPSzle.68.2013.1.2>
- Hankó, Cs., Pohárnok, M. (2019). Szülő-gyermek kapcsolat látássérült anyák beszámolóinak alapján. In: Bihari, E., Molnár, D., Szikszai-Németh, K. (szerk.), *Tavaszi Szél 2019 Konferencia = Spring Wind 2019: Konferenciakötet III.* (343-349). Budapest: Doktoranduszok Országos Szövetsége (DOSZ)
- Hankó, Cs., Pohárnok, M., Bíró, B. (2021). Várandósgondozással kapcsolatos tapasztalatok látássérült nők körében, In: Molnár D. Molnár D. (szerk.) *XXIV. Tavasz Szél Konferencia 2021: Absztrakt kötet.* (573). Budapest: Doktoranduszok Országos Szövetsége (DOSZ).
- Hennink, M., & Kaiser, B. N. (2022). Sample sizes for saturation in qualitative research: A systematic review of empirical tests. *Social science & medicine* (1982), 292, 114523. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114523>
- Hernádi, I. (2014). *Problémás testek. Nőiség, szexualitás és anyaság testi fogyatékosággal élő magyar nők önreprezentációiban*. [Doktori disszertáció. Pécsi Tudományegyetem, Bölcsészettudományi Kar, Irodalomtudományi Doktori Iskola]. Letöltve: 2022. 02. 27-én: <https://pea.lib.pte.hu/handle/pea/14749>
- Hernádi, I., & Könczei, Gy. (2013). Szexualitás, anyaság, fogyatékos női testek: a feminista fogyatékoságtudomány első hazai kutatási eredményei. *Társadalmi Nemek Tudománya Interdiszciplináris eFolyóirat*, 3(2), 17-34. <https://ojs.bibl.u-szeged.hu/index.php/tntef/article/view/33695>
- Hill, C.E., & Knox, S. (2021). *Essentials of consensual qualitative research*. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Hodozsó, K., Kiss, Z. S., Jakus, P., Feith, H. J., Hollós, S., & Vingender, I. (2013). Professional help for visually impaired mothers raising a child. *New Medicine*.
- Honyek K. (1982). *Felnőtt vakok családalapítása, családi élete*. [Szakdolgozat. Budapest: Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola].
- Hood, B. M., Macrae, C. N., Cole-Davies, V., & Dias, M. (2003). Eye remember you: The effects of gaze direction on face recognition in children and adults. *Developmental Science*, 6(1), 67-71. <https://doi.org/10.1111/1467-7687.00256>
- Huurre, T. M., & Aro, H. M. (1998). Psychosocial development among adolescents with visual impairment. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7, 73-78. <https://doi.org/10.1007/s007870050050>
- Huurre, T. M., Komulainen, E. J., & Aro, H. M. (2001). Relationships with parents and friends, self-esteem and depression among adolescents with visual impairments. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 3(1), 21-37. <https://doi.org/10.1080/15017410109510766>
- Illyés, S., & Erdősi, S. (1986). *Az épek fogyatékosképe és fogyatékosokhoz való viszonya*. In B. Kolozsi & I. Münnich (szerk.), *Társadalmi beilleszkedési zavarok*. Bulletin VI. 3–57. MSZMP KB Társadalomtudományi Intézete.

- Izsák, A. (2016). *Látássérült anyák védőnői gondozása*, [Szakdolgozat, Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar].
- Joffe, H. (2011). Thematic analysis. In D. Harper & A.R. Thompson (Szerk.), *Qualitative methods in mental health and psychotherapy: A guide for students and practitioners* (209–223). Chichester: Wiley.
- Johnson MH, Grossmann T, Kadosh KC. (2009). Mapping functional brain development: building a social brain through interactive specialization. *Developmental Psychology*. 45, 151–159. <https://doi.org/10.1037/a0014548>
- Kálmán, Zs. (2010). *Aki álmában is látja a fényt: Anyaság akadálymentesítés nélkül*. Budapest: De Jure Alapítvány.
- Kálmán, Zs., & Könczei, Gy. (2002). *A Taigetostól az esélyegyenlőségig*. Budapest: Osiris Kiadó.
- Anna, K. (2005). Anyaság a pszichoanalízisben. Lehetséges következtetések a nő mint szubjektum szemszögéből. *Thalassa*. 16(1), 63-82.
- Kendrick, D. (1983). Invisible barriers: How you can make parenting easier. *Disabled USA*, 1, 17–19.
- Kent, D. (2002). Beyond expectations: Being blind and becoming a mother. *Sexuality and Disability*, 20(1), 81–88. <https://doi.org/10.1023/A:1015238505439>
- Kirshbaum, M., & Olkin, R. (2002). Parents with physical, systemic, or visual disabilities. *Sexuality and Disability*, 20(1), 65–80. <https://doi.org/10.1023/A:1015286421368>
- Knox, S., & Burkard, A.W. (2009). Qualitative research interviews. *Psychotherapy Research*, 19(4-5), 566–575. <https://doi.org/10.1080/10503300802702105>
- Kopp M. és Skrabski Á. (2003). A gyermekvállalás pszichológiai és szociális háttértényezői a magyar népesség körében. *Demográfia*, 46(4), 383-395.
- Koós O. (2010). *Dezorganizált kötődés kialakulása csecsemőkorban*. [Doktori értekezés, kézirat, Debreceni Egyetem BTK]. <http://hdl.handle.net/2437/98732>
- Könczei, Gy. (2017). *Az esélyegyenlőségtől a Taigetoszig?* Kutatási zárótanulmány. Eötvös Loránd Tudományegyetem, Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Fogyatékoság és Társadalmi Részvétel Intézet.
- Könczei, Gy., Heiszer, K., Hernádi, I., Horváth, P.L., Katona, V., Kunt, Zs., et al. (2015). *Kutatásetikai alapvetés a fogyatékoságtudományhoz: A kontextusról, alapvető szabályokról és levezetett szabályokról*. In I. Hernádi, & Gy. Könczei (Szerk.), *A felelet kérdései között: Fogyatékoságtudomány Magyarországon*. (152–157). Budapest: Eötvös Loránd Tudományegyetem, Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar.
- Könczei, G., & Maróthy, J. (2009). *Fogyatékoságtudományi fogalomtár*. Fogyatékoságtudományi Tanulmányok I., Eötvös Loránd Tudományegyetem, Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Budapest.
- Kumar, S., & Nishanthi, R. (2017). Marginalization of women with visual impairment in Tamil Nadu. *Shanalex International Journal of Arts, Science and Humanities*, 5(2), 111-114.
- Laki, I. (2014). *Magyarországi vonatkozású társadalmi kérdések a fogyatékkal élő emberek életterében*. MTA TK Szociológiai Intézet, Budapest.

- LaPierre, T.A., Zimmerman, M.K., & Hall, J.P. (2017). "Paying the price to get there": Motherhood and the dynamics of pregnancy deliberations among women with disabilities. *Disability and Health Journal*, 10(3), 419–425. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2017.02.011>
- Lappeteläinen, A., Sevón, E., & Vehkakoski, T. (2018). 'Celebrating diverse motherhood': physically disabled women's counter-narratives to their stigmatised identity as mothers. *Families, Relationships and Societies*, 7(3), 499–514. <https://doi.org/10.1332/204674317X15034137417334>
- Lappeteläinen, A., Sevón, E., és Vehkakoski, T. (2017). "Forbidden option or planned decision? Physically disabled women's narratives on the choice of motherhood." *Scandinavian Journal of Disability Research*, 19(2), 140–150. <https://doi.org/10.1080/15017419.2016.1243150>
- László, J. (1999). *Társas tudás, elbeszélés, identitás: a társas tudás modern szociálpszichológiai elméletei*. Budapest: Scientia Humana.
- Lawler D., Begley C., & Lalor J. (2015). (Re)constructing Myself: the process of transition to motherhood for women with a disability. *Journal of Advanced Nursing*, 71(7), 1672–1683. <https://doi.org/10.1111/jan.12635>
- Lendvai, L., & Nguyen Luu Lan, A. (2019). The lived experiences of visually impaired mothers and their perception of social attitudes towards them. *Alkalmazott Pszichológia*, 19(2), 7–30. <https://doi.org/10.17627/ALKPSZICH.2019.2.7>
- Lendvai L., Nguyen Luu Lan, A. (2022). „A fehér bot mögött meglátni az embert... vagy a nőt” - A látássérült nők többségi társadalom viszonyulásáról alkotott percepciója és nőiséggel kapcsolatos attitűdje, In: Kengyel G. (Szerk.), *NEM egyenlő - Nemi alapú egyenlőtlenségek Magyarországon* (105-149), Budapest: Oriold és Társai Kiadó és Szolgáltató Kft.
- Lewis, M. (2000). *Toward a Development of Psychopathology Models, Definitions, and Prediction*, In: A. J. Sameroff, M. Lewis, S. M. Miller (Szerk.) *Handbook of Developmental Psychopathology*, Second Edition, ISBN 978-1-4613-6868-7, Springer Science+Business Media New York.
- Malacrida, C. (2009). Performing motherhood in a disablist world: Dilemmas of motherhood, femininity and disability. *International Journal of Qualitative Studies in Education*, 22(1), 99–117. <https://doi.org/10.1080/09518390802581927>
- Martos, T., Sallay, V., Désfalvi, J., Szabó, T., & Itzés, A. (2014). Az Élettel való Elégedettség Skála magyar változatának (SWLS-H) pszichometriai jellemzői, *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 15(3), 289-303. <https://doi.org/10.1556/Mental.15.2014.3.9>
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American psychologist*, 56(3), 227. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.56.3.227>
- Masten, A. S., & Obradovic, J. (2006). Competence and resilience in development. *Annals New York Academy of Sciences*, 1094, 13–27. <https://doi.org/10.1196/annals.1376.003>
- Maura, P., Roberto, F., Elena, M., Mauro, E. A., Giuseppe, V., Adriana, D. T., & Carlo, P. (2022). Social representation of family: A comparative study on Italian young and older adults. *Journal of Family Issues*, 43(3), 752-768. <https://doi.org/10.1177/0192513X21994160>
- McCarthy, J.J., Canziani, O.F., Leary, N.A., Dokken, D.J., & White, K.S. (2001). *Climate Change 2001: Impacts, Adaptation and Vulnerability*. Cambridge University Press, Cambridge.

- Meadow-Orlans, K.P. (2002). *Parenting with a sensory or physical disability*. In M.H. Bornstein (Szerk.), *Handbook of parenting: Social conditions and applied parenting* (259–293). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Mercer, R.T. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), 226–232. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2004.04042.x>
- Miller, W. B. (1992). Personality traits and developmental experiences as antecedents of childbearing motivation. *Demography*, 29(2), 265-285. <https://doi.org/10.2307/2061731>
- Mitra, M., Long-Bellil, L.M., Iezzoni, L.I., Smeltzer, S. C., & Smith, L. D. (2016). Pregnancy among women with physical disabilities: unmet needs and recommendations on navigating pregnancy. *Disability and Health Journal*, 9(3), 457-463. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2015.12.007>
- Mitra, M., Manning, S. E., & Lu, E. (2012). Physical abuse around the time of pregnancy among women with disabilities. *Maternal and Child Health Journal*, 16(4), 802-806. <https://doi.org/10.1007/s10995-011-0784-y>
- Moghadam, Z.B., Ghiyasvandian, S., Shahbazzadegan, S., & Shamshiri, M. (2017). Parenting experiences of mothers who are blind in Iran: A hermeneutic phenomenological study. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 111(2), 113–122. <https://doi.org/10.1177/0145482X1711100203>
- Mojon-Azzi, S. M., Sousa-Poza, A., & Mojon, D. S. (2010). Impact of low vision on employment. *Ophthalmologica*, 224(6), 381-388. <https://doi.org/10.1159/000316688>
- Molden, H. (2014). A phenomenological investigation into the impact of parenthood: giving a voice to mothers with visual impairment in the United Kingdom. *British Journal of Visual Impairment*, 32(2), 136-147. <https://doi.org/10.1177/0264619613511616>
- Mollen, D. (2006). Voluntarily childfree women: experiences and counselling considerations. *Journal of Mental Health Counseling*, 28(3), 269–284. <https://doi.org/10.17744/mehc.28.3.39w5h93mreb0mk4f>
- Morrison, J., Basnet, M., Budhathoki, B., Adhikari, D., Tumbahangphe, K., Manandhar, D., et al. (2014). Disabled women' s maternal and newborn health care in rural Nepal: A qualitative study. *Midwifery*, 30(11), 1132–1139. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.03.012>
- Nagy, Z. G., & Kármán, B. (2021). Fogytékos személyek médiareprezentációja a reklámokban - egy célzott, rövid kutatás bemutatása. *Gyógypedagógiai Szemle*, 49(2-3.), 143–155. <https://doi.org/10.52092/gyosze.2021.2-3.4>
- Nishanthi, R. (2017). Social Exclusion of Women with Visual Impairment in Tiruchirappalli District. *International Journal of Trend in Research and Development*, 4(4), 29-31.
- Noldus, L. P. J. J. (1991). The Observer: A software system for collection and analysis of observational data. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 23, 415–429. <https://doi.org/10.3758/BF03203406>
- Novak, M., Molnar, M. Z., Szeifert, L., Kovacs, A. Z., Vamos, E. P., Zoller, R., Keszei, A., & Mucsi, I. (2010). Depressive symptoms and mortality in patients after kidney transplantation: a prospective prevalent cohort study. *Psychosomatic Medicine*, 72(6), 527–534. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181dbbb7d>
- O'Brien, B.C., Harris, I.B., Beckman, T.J., Reed, D.A., & Cook, D.A. (2014). Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Academic Medicine*, 89(9), 1245–1251. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>

- Oláh, J. (2013). *A vakokkal és gyengénlátókkal szembeni attitűdök, a kialakult előítéletek, sztereotípiák vizsgálata*. Debreceni Egyetem, Acta Debreceniensis.
- Olkin, R. (2000). Are children of disabled parents at risk for parentification. *Parental Disability*, 8(2), 8–9.
- Osgood, C. E., Suci, G. J., & Tannenbaum, P. H. (1957). *The measurement of meaning* (No. 47). University of Illinois press.
- Ozvári-Lukács, R. (2013). *Tükrünk, tükrünk: Vak szülők és gyermekeik. Interjúkötet*. Budapest: Queer.
- Palombi, B.J. (2012). Women with disabilities: The cultural context of disability, feminism, able-bodied privilege, and microaggressions. In: Enns, C.Z., Williams, E.N. (Eds), *Oxford library of psychology. The Oxford handbook of feminist* (199-220). London: Oxford University Press.
- Papadimitriou, C. (2001). From Dis-Ability to Difference: Conceptual and Methodological Issues in the Study of Physical Disability. In: Toombs, S.K. (Szerk.) *Handbook of Phenomenology and Medicine*. Philosophy and Medicine, 68, 475-491. Dordrecht: Springer. https://doi.org/10.1007/978-94-010-0536-4_25
- Pava, W. S. (1994). Visually impaired persons' vulnerability to sexual and physical assault. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 88(2), 103-112. <https://doi.org/10.1177/0145482X9408800205>
- Péley B. (2013). Pszichopatológia és fejlődés. Diagnózis és terápia fejlődési pszichopatológiai nézőpontból. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 68(1), 3-6. <https://doi.org/10.1556/MPSzle.68.2013.1.1>
- Péley B. (2010). Fejlődés és evolúció: Evolúciós szemlélet a fejlődésben, a pszichopatológiában és a pszichoterápiákban. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 65(1), 65–83. <https://doi.org/10.1556/MPSzle.65.2010.1.6>
- Petasis, A. (2019). Discrepancies of the medical, social and biopsychosocial models of disability; A comprehensive theoretical framework. *The International Journal of Business Management and Technology*, 3(4), 42-54.
- Pierce, J.W., Wardle, J. (1996) Body size, parental appraisal, and self esteem in blind children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 205–212. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1996.tb01392.x>
- Pintér J. N. (2018). *A krónikus betegségek lélektana, Válság és megújulás*, Budapest: L'Harmattan.
- Pinquart, M., & Pfeiffer, J. P. (2019). Associations of extroversion and parental overprotection with forming relationships with peers among adolescents with and without visual impairments. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 105(2), 96-107. <https://doi.org/10.1177/0145482X1110500207>
- Pinquart, M., & Pfeiffer, J. P. (2012). Body image in adolescents with and without visual impairment. *British Journal of Visual Impairment*, 30(3), 122-131. <https://doi.org/10.1177/0264619612458098>
- Prilleltensky, O. (2004). *Motherhood and disability: Children and choices*. Berkeley: Springer.
- Prilleltensky, O. (2004) My child is not my carer: mothers with physical disabilities and the well-being of children, *Disability & Society*, 19(3), 209-223, <https://doi.org/10.1080/0968759042000204185>

- Prinds, C., Hvidt, N.C., Mogensen, O., & Buus, N. (2014). Making existential meaning in transition to motherhood—a scoping review. *Midwifery*, 30(6), 733–741. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.06.021>
- Putnam, S. P., Gartstein, M. A., & Rothbart, M. K. (2006). Measurement of fine-grained aspects of toddler temperament: The Early Childhood Behavior Questionnaire. *Infant behavior and development*, 29(3), 386–401. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2006.01.004>
- R. Fedor A. (2016): Családalapítás és gyermekvállalás fiatal körében. *ACTA MedSoc* (7), 11–28.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385–401. <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
- Ratinaud, P. (2009). *IRAMUTEQ: Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* [Computer software]. Recuperado em 5 março, 2013, de <http://www.iramuteq.org>
- Redshaw, M., Malouf, R., Gao, H., & Gray, R. (2013). Women with disability: the experience of maternity care during pregnancy, labour and birth and the postnatal period. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-174>
- Reicher, S. (2000). Against methodolatry: Some comments on Elliot, Fischer and Rennie. *British Journal of Clinical Psychology*, 39(1), 1–6. <https://doi.org/10.1348/014466500163031>
- Riley, C. A. (2005) *Disability and the Media: Prescriptions for Change*. University Press of New England.
- Runswick-Cole, K., & Goodley, D. (2013). Resilience: A disability studies and community psychology approach. *Social and personality psychology compass*, 7(2), 67–78. <https://doi.org/10.1111/spc3.12012>
- Sacks S, Gaylord-Ross R (1989) Peer-mediated and teacher-directed social skills training for visually impaired students. *Behavior Therapy*, 20(4), 619–638. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(89\)80139-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(89)80139-X)
- Saraceno, C., & Naldini, M. (2013). *Sociologia della famiglia [Family sociology]*. Il Mulino.
- Sameroff, A., Gutman, L. M., & Peck, S. C. (2003). *Adaptation among youth facing multiple risks: Prospective research findings*. In S. S. Luthar (Szerk.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*. 64–391. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511615788.017>
- Sántha, K. (2007). A kvalitatív metodológiai követelmények problémái. *Iskolakultúra*, 17(6-7), 168–177. <https://www.iskolakultura.hu/index.php/iskolakultura/article/view/20650>
- Schildberger, B., Zenzmaier, C., & König-Bachmann, M. (2017). Experiences of Austrian mothers with mobility or sensory impairments during pregnancy, childbirth and the puerperium: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1388-3>
- Schleifer, R. (2016). *AJ Greimas and the nature of meaning: linguistics, semiotics and discourse theory*. London: Routledge.
- Seben V. (2010). *Fogyatékos szülők gyermeknevelési problémái*. [Szakdolgozat, Budapest: Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar].

- Senju, A., & Csibra, G. (2008). Gaze following in human infants depends on communicative signals. *Current Biology*, 18(9), 668-671. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2008.03.059>
- Senju, A., & Johnson, M. H. (2009). Atypical eye contact in autism: models, mechanisms and development. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 33(8), 1204-1214. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2009.06.001>
- Senju, A., Tucker, L., Pasco, G., Hudry, K., Elsabbagh, M., Charman, T., et al. (2013). The importance of the eyes: communication skills in infants of blind parents. *Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences*, 280(1760), 20130436. <https://doi.org/10.1098/rspb.2013.0436>
- Senju, A., Vermetti, A., Ganea, N., Hudry, K., Tucker, L., Charman, T., & Johnson, M. H. (2015). Early social experience affects the development of eye gaze processing. *Current Biology*, 25(23), 3086-3091. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2015.10.019>
- Sinkovics E. (2023). *A gyermeket nem vállaló nők nemi identitásának alakulása*. [Szakdolgozat, Pécsi Tudományegyetem Bölcsészeti- és Társadalomtudományi Kar, Pszichológia Intézet].
- Slayter E. (2009). Intimate partner violence against women with disabilities: implications for disability service case management practice. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 18, 182–199. <https://doi.org/10.1080/10926770802675668>
- Smeltzer, S. C., Mitra, M., Iezzoni, L. I., Long-Bellil, L., & Smith, L. D. (2016). Perinatal experiences of women with physical disabilities and their recommendations for clinicians. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 45(6), 781-789. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2016.07.007>
- Spéder, Zs., & Kapitány, B. (2007). Gyermekek: vágyak és tények. Dinamikus termékenységi elemzések. *Műhelytanulmányok* (2002–2008), 06. Letöltve: 2020. 05. 05-én: <http://demografia.hu/kiadvanyokonline/index.php/muhelytanulmanyok/article/view/875>
- Spéder, Zs., & Kapitány, B. (2014). A termékenységi szándékok és a gyermekvállalási gyakorlat kapcsolata. Egy európai összehasonlító vizsgálat tanulságai. *Demográfia*, 57(2-3), 137–181.
- Sroufe, L. A. (2013). The promise of developmental psychopathology: Past and present. *Development and Psychopathology*, 25(4pt2), 1215-1224. <https://doi.org/10.1017/S0954579413000576>
- Sroufe, L. A., & Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child Development*, 17-29. <https://www.jstor.org/stable/1129832>
- Stamou, A. G., Alevriadou, A., & Soufla, F. (2016). Representations of disability from the perspective of people with disabilities and their families: a critical discourse analysis of disability groups on Facebook. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 18(1), 1-16. <https://doi.org/10.1080/15017419.2014.962611>
- Stern, D.N. (2004). *Az anyaság állapota: A szülő csecsemő pszichoterápia egységes szemlélete*. Budapest: Animula Kiadó.
- Sumilo, D., Kurinczul, J.J., Redhaw, M.E., Gray, R. (2012). Prevalence and impact of disability in women who had recently given birth in the UK. *BMC Pregnancy Childbirth*, 12, 31–36. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-31>
- Szalma, I., & Takács, J. (2012). A gyermektelenséget meghatározó tényezők Magyarországon. *Demográfia*, 55(1), 44-68.

- Szécsényi A. (2012). *Látássérült szülők gyermekvállalásának jellegzetességei a gyermekek első életéveiben*. [Szakdolgozat, Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar].
- Szilágyi K. (2017). *Látássérült édesanyák gyermeknevelési sajátosságai*. [Szakdolgozat, Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógia Kar].
- Szokolszky Á. (2004). *Kutatómunka a pszichológiában*. Budapest: Osiris Kiadó.
- Takács É (felelős szerk.) (2001). Funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása, FNO. WHO Egészségügyi Világszervezet, Genf, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9632428382-hun-LR.pdf?sequence=124&isAllowed=y>
- Tausz, K., Bácskay, A., Csordás, G., Kovács, B., Németh, E., Panyik, B., et al. (2015). *2011. évi népszámlálás: 17. A fogyatékossgal élők helyzete és szociális ellátásuk*. Budapest: Központi Statisztikai Hivatal
- The jamovi project (2023). jamovi (Version 2.3) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>
- Thetford, C., Bennett, K. M., Hodge, S., Knox, P. C., & Robinson, J. (2015). Resilience and vision impairment in older people. *Journal of Aging Studies*, 35, 37-48. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2015.07.007>
- Tolnayné Csattos M. (2011). *A csecsemőgondozás speciális technikái*. Budapest: Vakok Állami Intézete.
- Torda Á, Székelyné Kovács E, Szabó G. (2009). *Ismeretek a fogyatékos, akadályozott személyek segítésére felkészítő képzések hallgatóinak*, Olvasókönyv, Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közalapítvány, Budapest.
- Tóth, D., & Csépe, V. (2009). Az olvasás fejlődése kognitív idegtudományi nézőpontból. *Pszichológia*, 29(4), 357-375. <https://doi.org/10.1556/pszicho.29.2009.4.3>
- Túry, F. (2003). A magatartásorvoslás helye a magatartástudományok keretében. *Magyar Tudomány*, 48(11), 1373-1380.
- Ungar, M. (Ed.). (2012). *The social ecology of resilience: A handbook of theory and practice*. New York: Springer.
- Verhoeven, M., Deković, M., Bodden, D., & van Baar, A. L. (2017). Development and initial validation of the comprehensive early childhood parenting questionnaire (CECPAQ) for parents of 1–4 year-olds. *European Journal of Developmental Psychology*, 14(2), 233-247. <https://doi.org/10.1080/17405629.2016.1182017>
- Walsh-Gallagher, D., Sinclair, M., & Mc Conkey, R. (2012). The ambiguity of disabled women's experiences of pregnancy, childbirth and motherhood: a phenomenological understanding. *Midwifery*, 28(2), 156–162. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.01.003>
- Walthes, R. (2003). *Einführung in die Blinden – und Sehbehindertenpädagogik*. Ernst Reinhardt Verlag, München, Basel.
- Wates, M., & Jade, R. (Szerk.). (1999). *Bigger than the sky: Disabled women on parenting*. National Library for the Blind.
- Watson, J. S. (1994). *Detection of self: The perfect algorithm*. In: S. T. Parker, R. W. Mitchell, & M. L. Boccia (Szerk.), *Self-awareness in animals and humans: Developmental perspectives*, New York: Cambridge University, 131-148.

- Wendell, S. (2010). *Az elutasított test – Feminista filozófiai elmélkedés a fogyatékoságról*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó Kft.
- Willig, C. (2013). *Introducing qualitative research in psychology*. Maidenhead: McGraw-Hill Education.
- Winnicott, W.D. (1999). *Játás és valóság*. Budapest: Animula Kiadó.
- Wolman, C., Resnick, M., Harris, L., Blum, R. (1994). Emotional well-being among adolescents with and without chronic conditions. *Journal of Adolescent Health, 15*, 199-204. [https://doi.org/10.1016/1054-139x\(94\)90504-5](https://doi.org/10.1016/1054-139x(94)90504-5)
- Wołowicz-Ruszkowska, A. (2016). How polish women with disabilities challenge the meaning of motherhood. *Psychology of Women Quarterly, 40*(1), 80–95. <https://doi.org/10.1177/0361684315600390>
- Young, A., Rogers, K.D., Greene, L., & Daniels, S. (2011). Critical issues in the application of resilience frameworks to the experiences of deaf children and young people. In D.H. Zand, & K.J. Pierce (Szerk.), *Resilience in deaf children: Adaptation through emerging adulthood*. London: Springer.
- Zászkaliczky, P., & Verdes, T. (2004). *Tágabb értelemben vett gyógypedagógia. A fogyatékoság jelensége a gyógypedagógia határtudományaiban*. Budapest, Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar.

Internetes források:

141/2000. (VIII. 9.) Korm. rendelet a súlyos fogyatékoság minősítésének és felülvizsgálatának, valamint a fogyatékosági támogatás folyósításának szabályairól

Letöltve: 2022. 07. 06. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a0000141.kor>

2013. évi LXII. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvény módosításáról

Letöltve: 2022. 07. 06. <https://fszk.hu/hir/2013-evi-lxii-torveny-a-fogyatekos-szemelyek-jogairol-es-eselyegyenloseguk-biztositasarol-szolo-1998-evi-xxvi-torveny-modositasarol/>

Americans With Disabilities Act of 1990, 42 U.S.C. § 12101 et seq. (1990). Letöltve: 2022. 06. 27-én. <https://www.ada.gov/law-and-regs/ada/>

Egységes Fogyatékoságügyi Információs Portál: *Fogyatékosági típusok*

Letöltve: 2022. 07. 06. <https://www.efiportal.hu/egeszsegugy/fogyatekosagi-tipusok/>

Népszámlálás 2011. Módszertani megjegyzések, fogalmak. 17. old.

<http://www.ksh.hu/nepszamlalas/docs/modszertan.pdf>

World Health Organization (WHO). (2019. október 8.). *World report on vision*,

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241516570>

World Health Organization (WHO). (2023. augusztus 10.). *Blindness and vision impairment*,

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment>

12 Mellékletek

12.1 Etikai engedély az első vizsgálatához



Egyesített Pszichológiai Kutatásetikai Bizottság

EGYESÍTETT PSZICHOLÓGIAI KUTATÁSETIKAI BIZOTTSÁG

Etikai engedély

Az Egyesített Pszichológiai Kutatásetikai Bizottság (EPKEB) az alábbi kutatási tervet etikai szempontból értékelte, és annak végrehajtásához a(z) *Pécsi Tudományegyetem, Bölcsész- és Társadalomtudományi Kar, Fejlődés és Klinikai Pszichológia Tanszék* megbízásából hozzájárul.

Kutató: Hankó Csilla

A kutatás felügyelője: Dr. Pohárnok Melinda

Kutatás címe: A különböző fogyatékosági típusokkal kapcsolatos szociális reprezentációk vizsgálata Magyarországon

Referencia szám: 2022-94

Engedélyezés dátuma: 2022. augusztus 8.

EPKEB társelnök

Kun Ágota

vagy

Zimmer Márta

12.2 Etikai engedély az első kvalitatív vizsgálathoz

EGYESÍTETT PSZICHOLÓGIAI KUTATÁSETIKAI BIZOTTSÁG

Etikai engedély

Az Egyesített Pszichológiai Kutatásetikai Bizottság (EPKEB) az alábbi kutatási tervet etikai szempontból értékelte, és annak végrehajtásához a

Pécsi Tudományegyetem Fejlődés és Klinikai Pszichológia Tanszék

megbízásából hozzájárul.

Kutató: *Hankó Csilla*

A kutatás felügyelője: *Dr. Lénárd Katalin, Dr. Pohárnok Melinda*

Kutatás címe: *Látássérült fiatalok gyermekvállalással kapcsolatos terveir*

Referencia szám: *2018-100*

Engedélyezés dátuma: *2018. november 30.*



EPKEB társelnök

Csibra Gergely

12.3 Etikai engedély a második kvalitatív vizsgálatához

EGYESÍTETT PSZICHOLÓGIAI KUTATÁSETIKAI BIZOTTSÁG

Etikai engedély

Az Egyesített Pszichológiai Kutatásetikai Bizottság (EPKEB) az alábbi kutatási tervet etikai szempontból értékelte, és annak végrehajtásához a *PTE BTK, Pszichológiai Intézet* megbízásából hozzájárul.

Kutatók: *Hankó Csilla*

Kutatás címe: *Látássérült nők gyermekneveléssel kapcsolatos tapasztalatai*

Referencia szám: 2019 - 34

Engedélyezés dátuma: 2019. május 07.



EPKEB társelnök

Balázs Katalin

12.4 Etikai engedély a harmadik vizsgálatához



EPKEB
Egyesített Pszichológiai Kutatásetikai Bizottság

EGYESÍTETT PSZICHOLÓGIAI KUTATÁSETIKAI BIZOTTSÁG

Etikai engedély

Az Egyesített Pszichológiai Kutatásetikai Bizottság (EPKEB) az alábbi kutatási tervet etikai szempontból értékelte, és annak végrehajtásához a(z) *Pécsi Tudományegyetem, Bölcsészet- és Társadalomtudományi Kar, Fejlődés és Klinikai Pszichológia Tanszék* megbízásából hozzájárul.

Kutató: Hankó Csilla

A kutatás felügyelője: Dr. Pohárnok Melinda

Kutatás címe: Látó és látássérült édesanyák 12-18 hónapos látó gyermekükkel folytatott interakciójának vizsgálata

Referencia szám: 2022-95

Engedélyezés dátuma: 2022. augusztus 8.

EPKEB társelnök

Kun Ágota

vagy

Zimmer Márta

12.5 A fogyatékoság szociális reprezentációját vizsgáló kérdőívcsomag

Kérdőív

Kedves Kitöltő!

Hankó Csilla vagyok, a Pécsi Tudományegyetem Fejlődés és Klinikai Pszichológia Doktori Iskola PhD hallgatója. Kutatásomban azt vizsgálom, hogyan gondolkodnak az ép emberek a fogyatékoságról.

A kérdőívhez 18 év feletti ép személyek kitöltését várjuk. A kérdőív kitöltése teljesen anonim és kb. 5-10 percet vesz igénybe. A kitöltött kérdőívek és azok eredményei csakis és kizárólag a vizsgálatban kerülnek felhasználásra, azokat harmadik félnek nem adjuk ki. A kutatás adatkezelési eljárása teljes mértékben megfelel a kutatás és a közvetlen üzletszerzés célját szolgáló név- és lakcímadatok kezeléséről szóló előírásoknak (1995. évi CXIX. törvény).

Kutatásért felelős személy:

Dr. Pohárnok Melinda, egyetemi adjunktus

PTE BTK Pszichológia Intézet

Amennyiben bármilyen kérdése van a kérdőívvel vagy a kutatással kapcsolatban, kérem keressen fel az alábbi elérhetőségen:

E-mail: hanko.csilla@pte.hu

Köszönöm, hogy kitöltésével segíti munkámat!

*Kötelező

1. Kijelentem, hogy a kutatás részleteit megismertem, abban önként veszek részt. *
A kérdőív kitöltésével hozzájárulok, hogy adataim névtelenül, az adatbázis részeként, a kutatás keretében felhasználásra kerüljenek.

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

Igen

Nem

2. Neme:

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

Férfi

Nő

3. Életkora:

4. Lakóhelye:

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- Falu, község
- Város
- Megyeszékhely
- Főváros

5. Iskolai végzettsége:

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- Kevesebb, mint 8 általános
- Általános iskola
- Középiskola (szakiskola, gimnázium, szakközépiskola)
- Főiskola
- Egyetem

6. Amennyiben főiskolára/egyetemre jár, kérem írja le, milyen tanulmányokat végez (szak megnevezése)!

7. Amennyiben munkahellyel rendelkezik, milyen területen dolgozik?

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- Ipar
- Mezőgazdaság
- Szolgáltatás
- Államigazgatás
- Egészségügy
- Kereskedelem
- Jog
- Művészet/kultúra
- Oktatás
- Pénzügy/bank
- Vendéglátás/idegenforgalom
- Egyéb

8. Ön él-e valamilyen típusú fogyatékossgal?

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- Nem
- Igen

9. Van a családjában vagy közvetlen környezetében fogyatékossgal élő személy (pl. vak, siket, mozgássérült)?

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- Van
- Nincs

10. Amennyiben van a családjában, közvetlen környezetében fogyatékossgal élő személy, kérem írja le, milyen kapcsolatban áll vele (pl. gyermeke, szülője, barátja)!

A következőkben arra kérném, hogy az egyes szavakra/képekre gondolva írja le, hogy milyen szavak, kifejezések jutnak eszébe az adott szó láttán (nincs meghatározva, hogy mennyi lehet a legtöbb szó, ami eszébe jut). A leírt szavak mögött jelölje, hogy az adott szó az Ön számára pozitív (+), negatív (-) vagy semleges (S).

11. Fogyatékossg

12. Mozgássérült ember

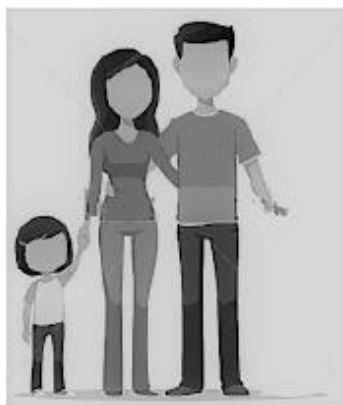
13. Vak ember

14. Siket ember

15.



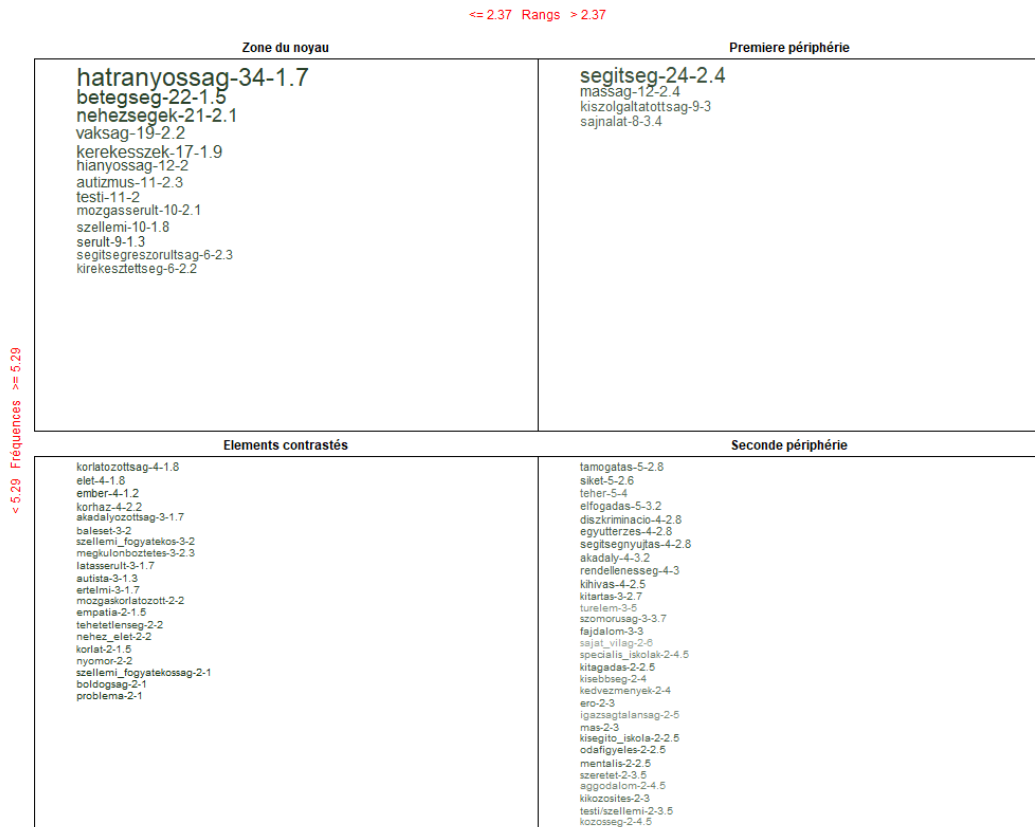
16.



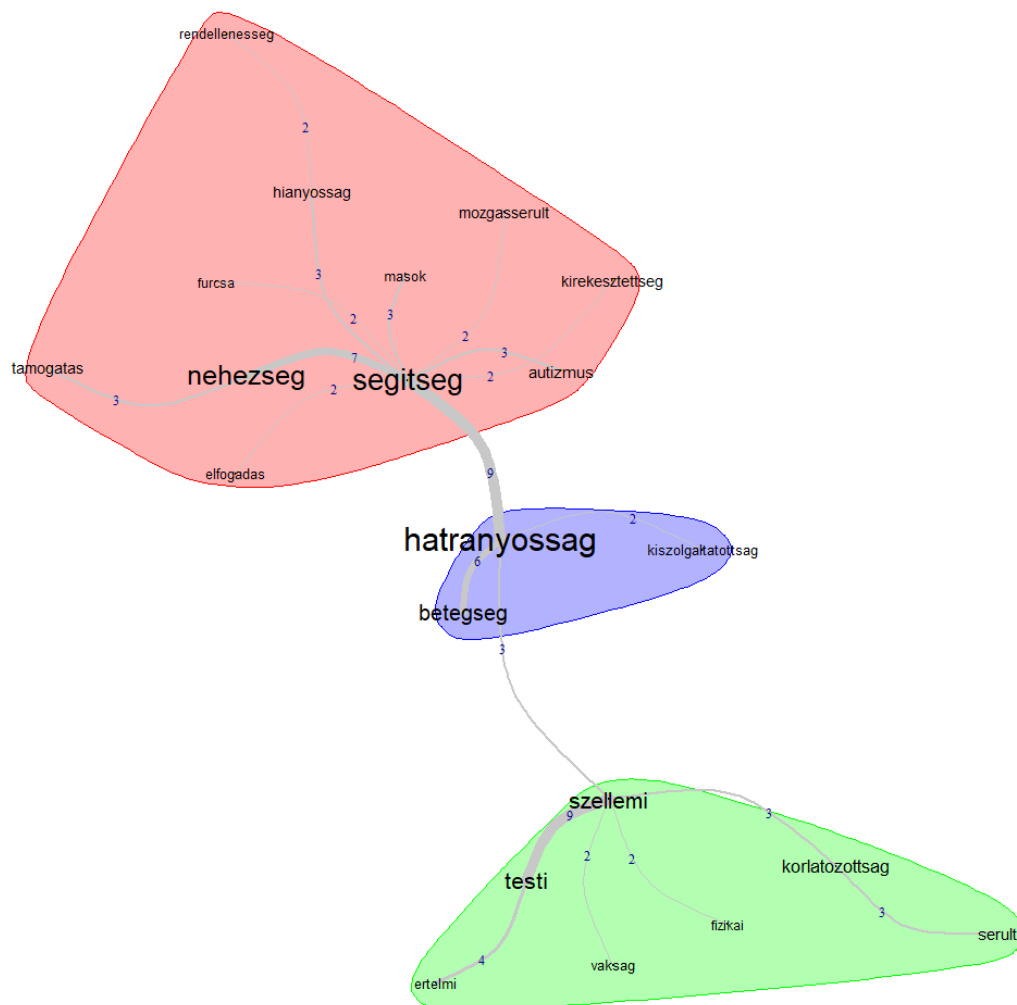
Ezt a tartalmat nem a Google hozta létre, és nem is hagyta azt jóvá.

Google Űrlapok

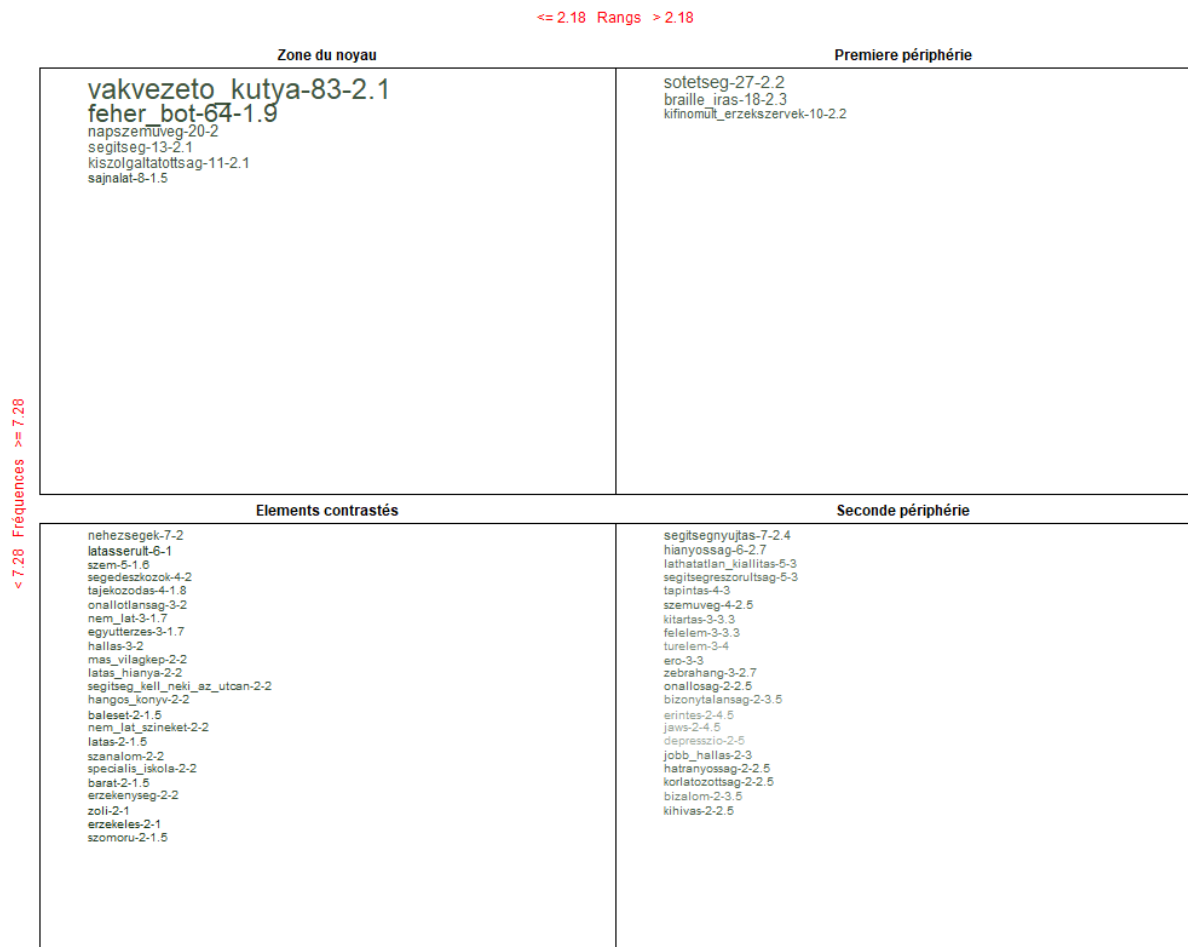
12.6 Fogycatékossáq - prototipikussáq elemzés ábrája



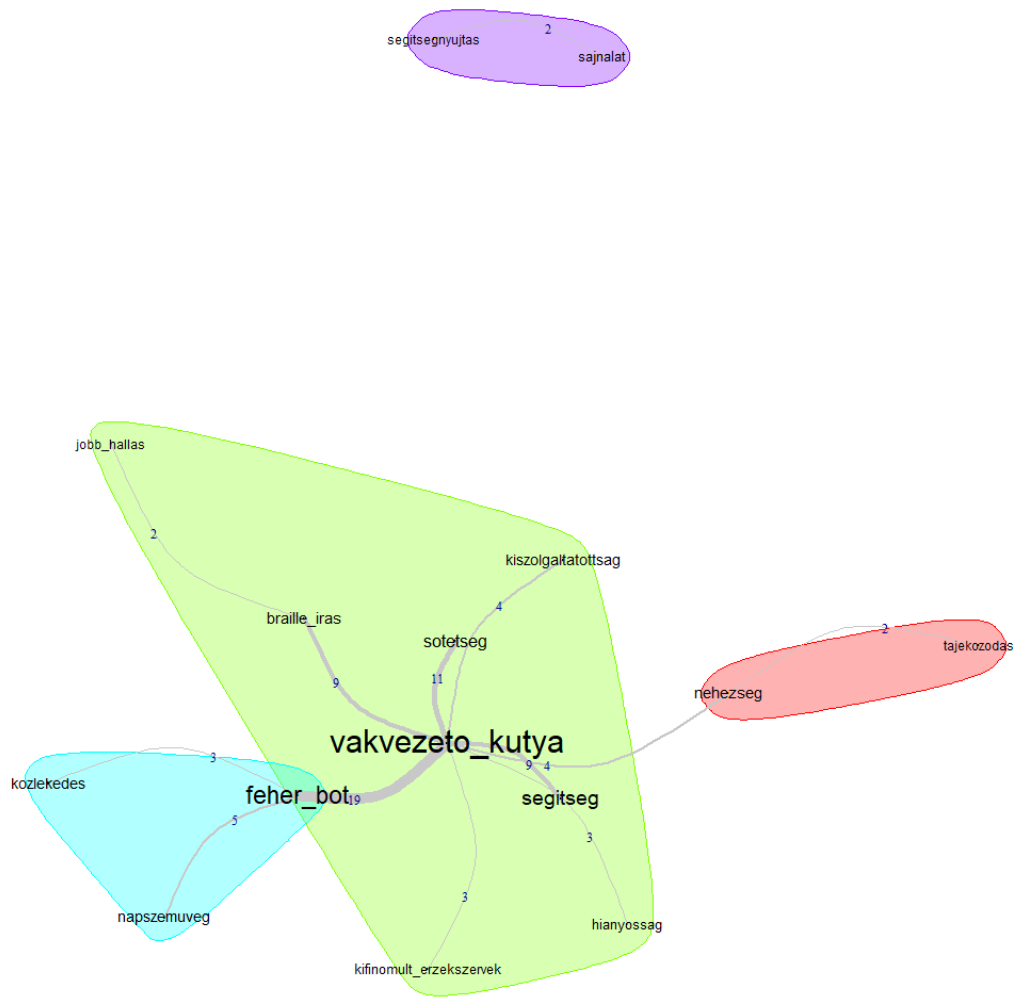
12.7 Fogyatékosság - gondolati háló



12.8 Látássérült ember- prototipikusság elemzés ábrája

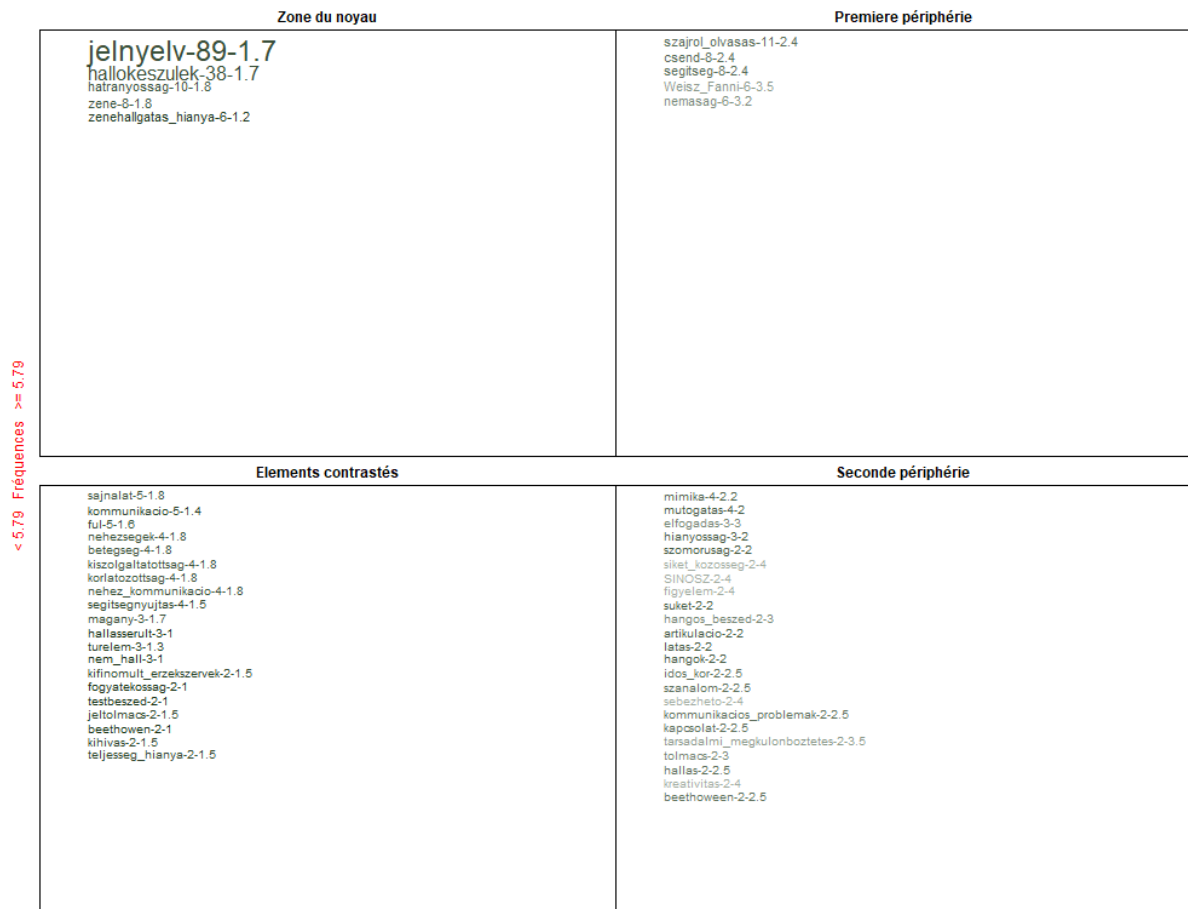


12.9 Látássérült ember - gondolati háló

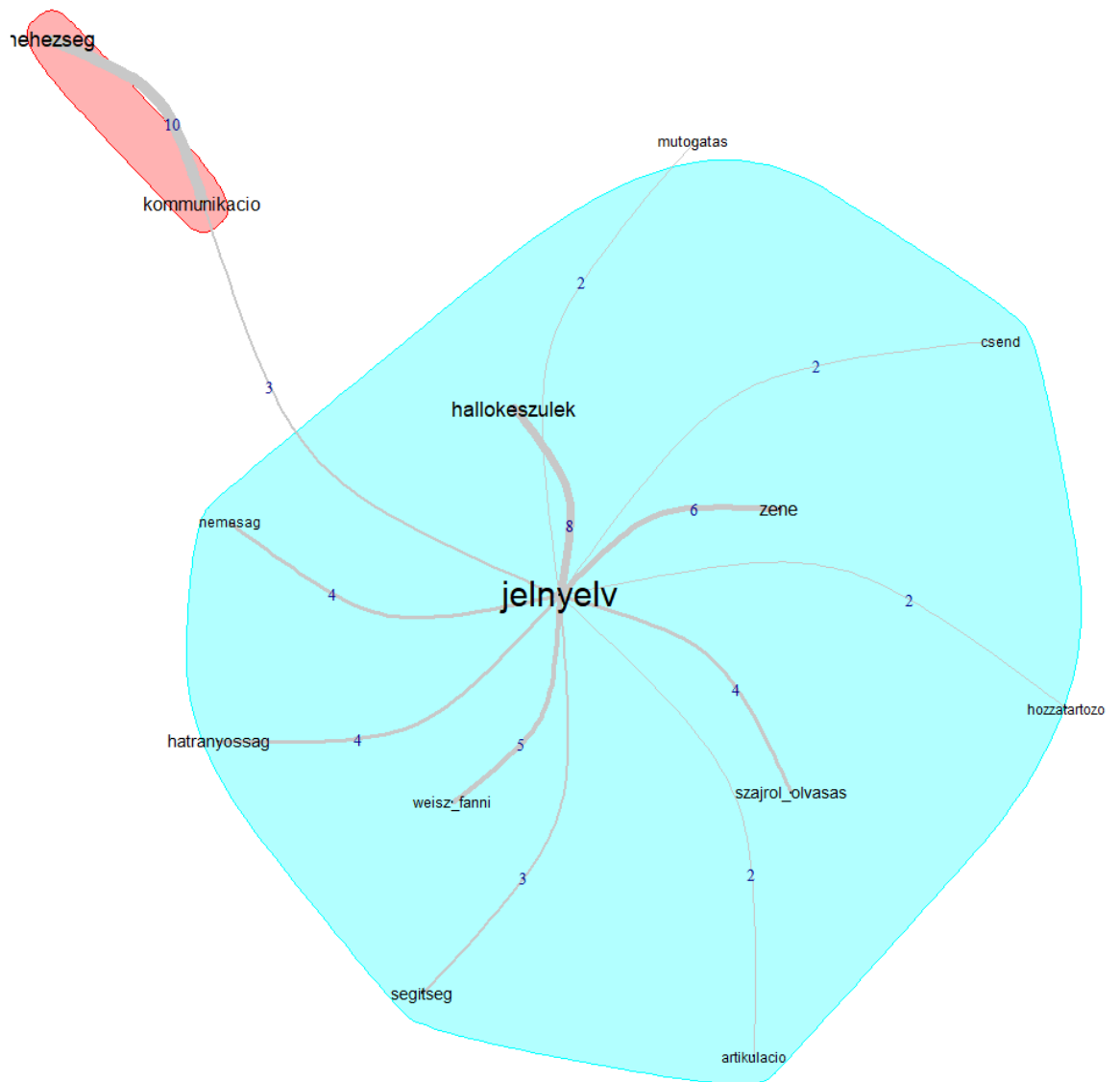


12.10 Siket ember- prototipikusság elemzés ábrája

<= 1.93 Rangs > 1.93

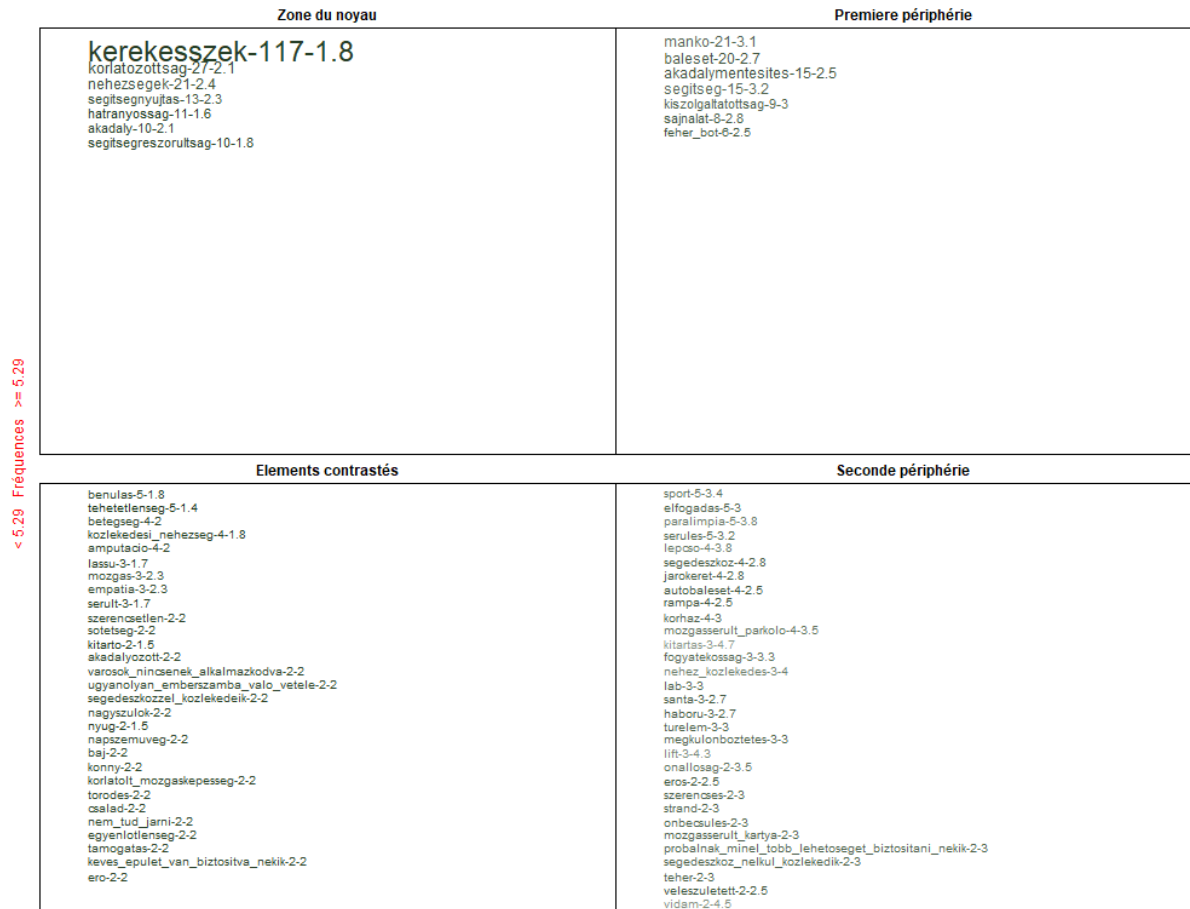


12.11 Siket ember - gondolati háló

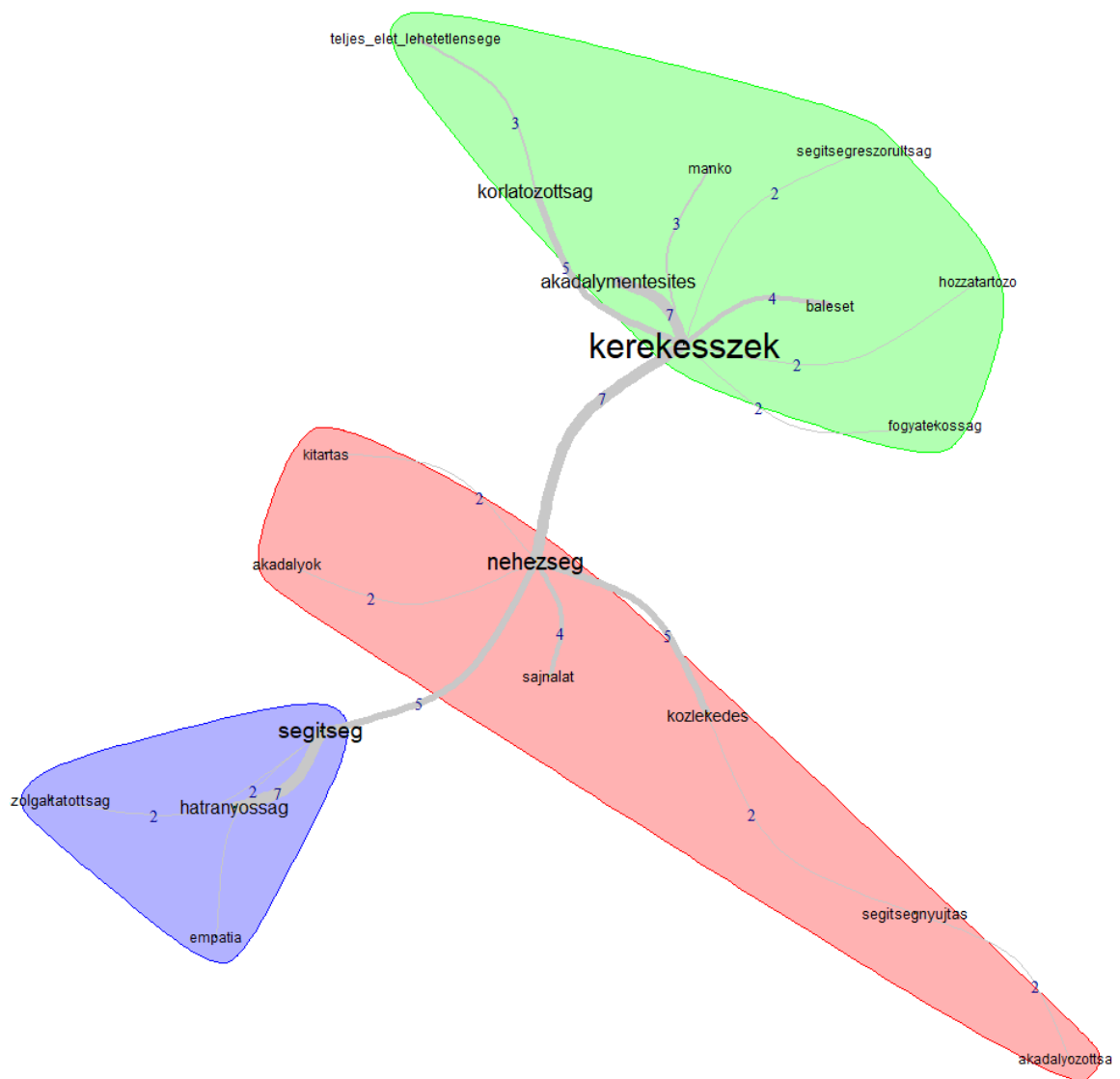


12.12 Mozgássérült ember- prototipikusság elemzés ábrája

<= 2.46 Rangs > 2.46



12.13 Mozgássérült ember - gondolati háló



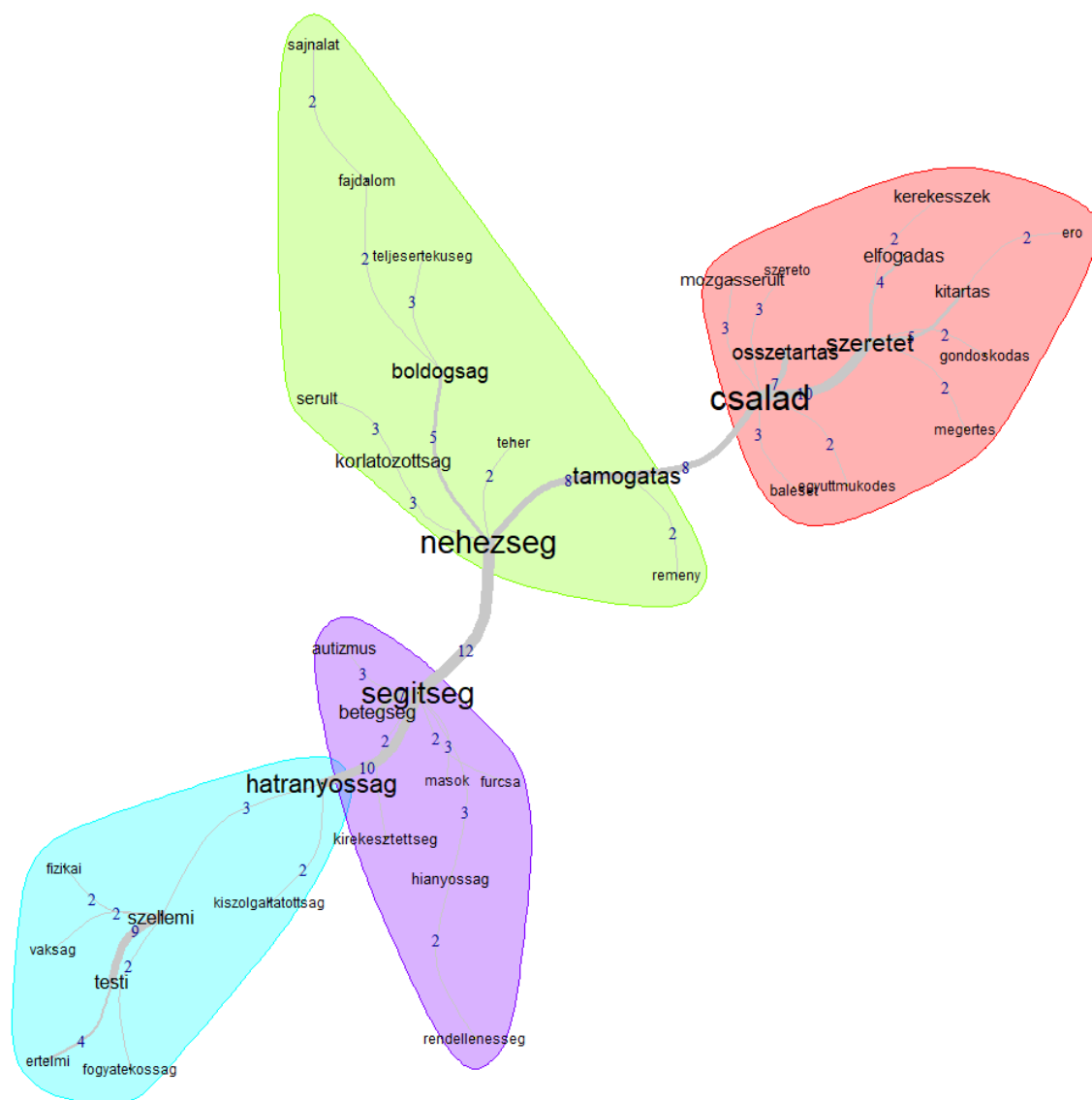
12.14 Mozgássérült családtaggal rendelkező család - prototipikusság elemzés ábrája

<= 2.17 Rangs > 2.17

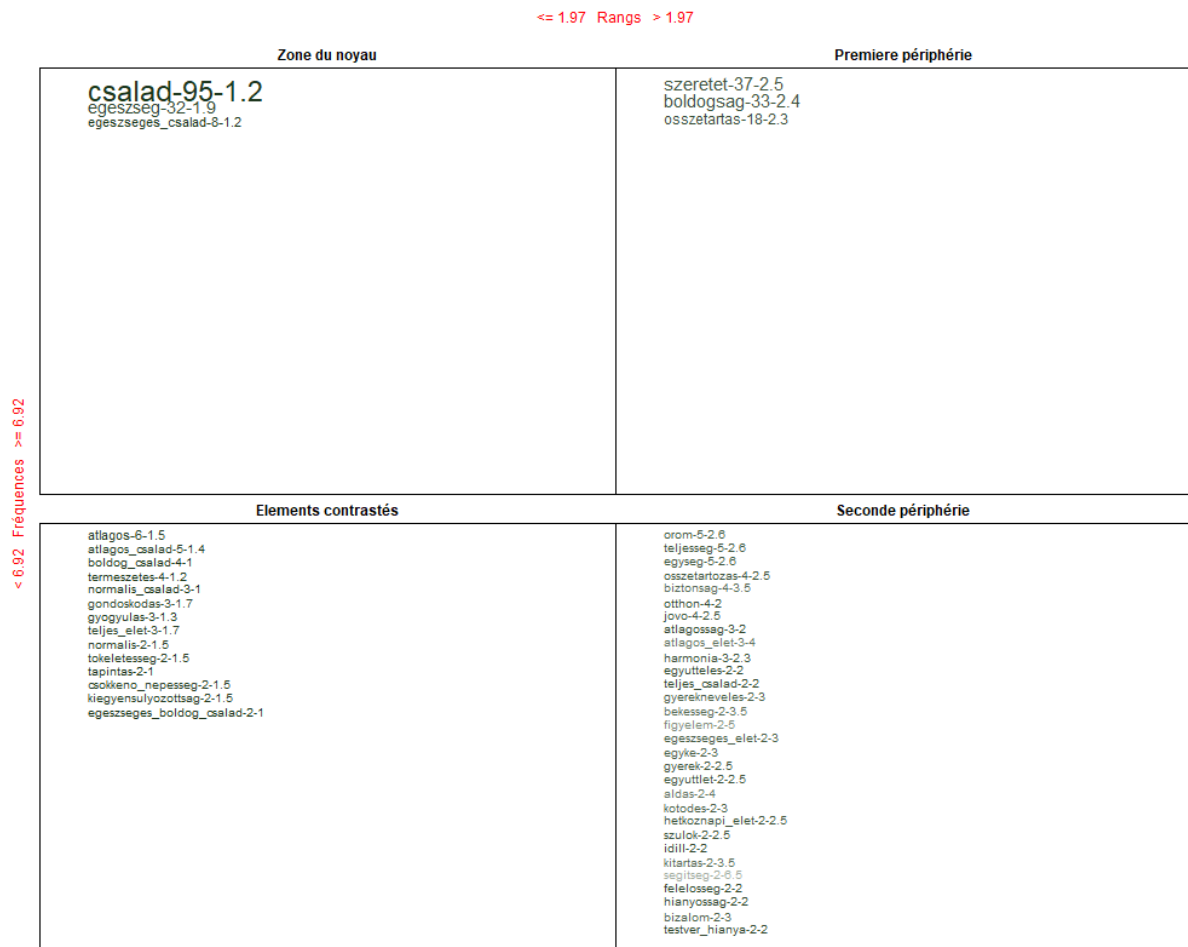
Zone du noyau		Premiere périphérie	
csalad-91-1.3		szeretet-47-2.4 összetartás-32-2.2 támogatás-18-2.3 elfogadás-17-2.6 segítség-15-2.3 kitartás-14-2.6 nehézségek-14-2.6 baleset-9-2.7	
Elements contrastés		Seconde périphérie	
összetartozás-6-1.8 boldog_csalad-6-1.3 korlátozottság-6-1.8 empatia-4-2 sajnálat-4-1 összefogas-4-1.5 szomorúság-3-2 torodes-3-1.7 bizalom-3-1.7 teher-3-1.3 anya-2-1.5 együtt-2-1.5 szereto_csalad-2-1 fidesz-2-1 mozgasserult_anyuka-2-2 összetarto_csalad-2-1 ero-2-1.5 valsag-2-1.5 természetes-2-1.5		kerekesszek-7-2.6 boldogsag-7-2.3 gondoskodas-7-2.9 segítségnyújtás-7-2.6 segítőkészség-6-2.7 megertes-4-3.2 betegség-4-3.5 mozgasserult-4-2.5 teljes_elet-4-3 remeny-4-4 együttmukodes-3-3.3 huseg-3-3.3 egyutierrez-3-2.3 kihivas-3-4 fájdalom-3-2.3 odafigyeles-2-3 egymás_segitese-2-3.5 korhaz-2-2.5 tragedia-2-2.5 figyelem-2-5 tuleles-2-3 potatlan-2-3 problema-2-3.5 tamasz-2-3.5 alkalmazkodas-2-6.5 nehézség_-2-3	

< 7.56 Fréquences >= 7.56

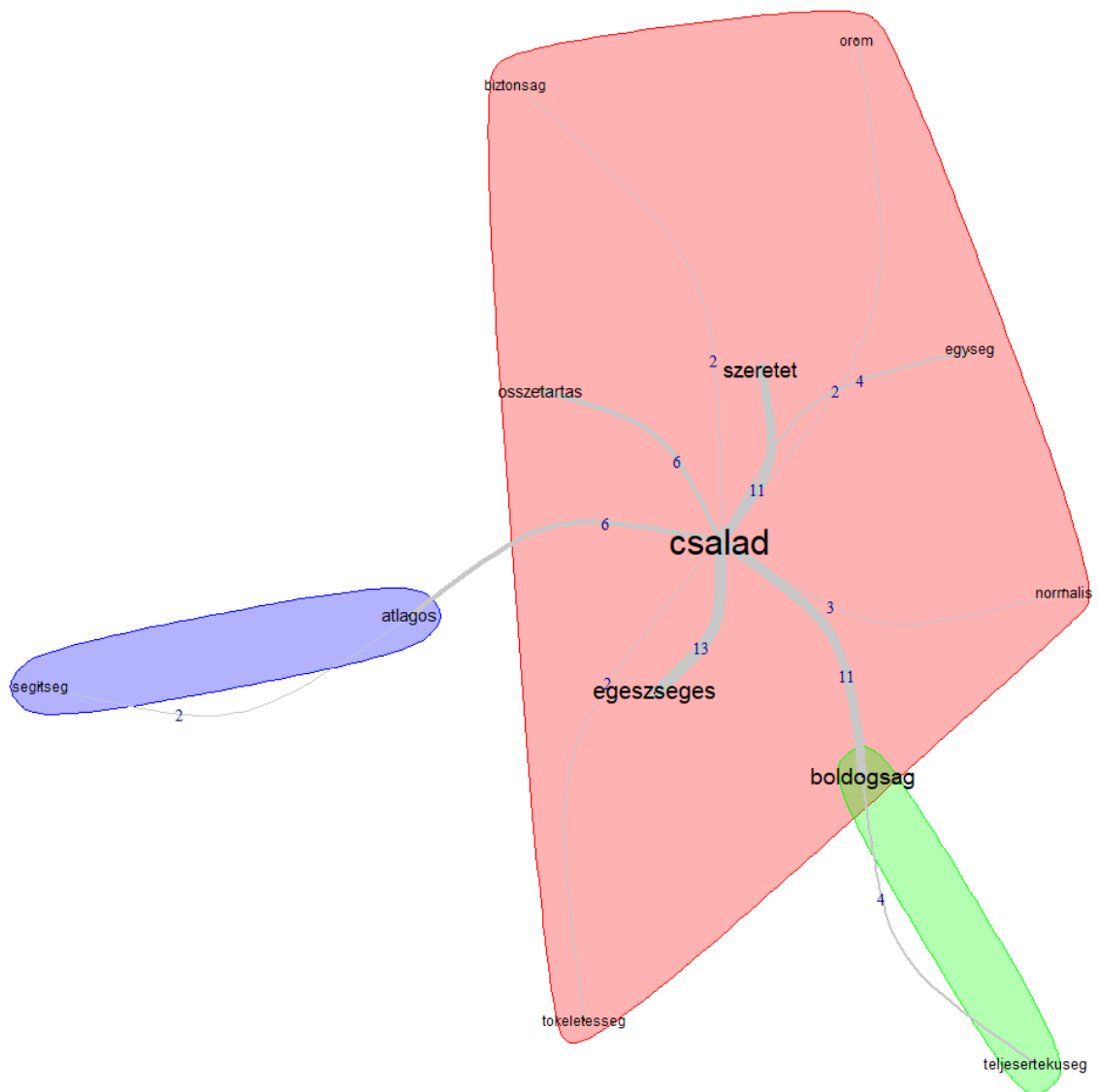
12.15 Mozgássérült családtaggal rendelkező család - gondolati háló



12.16 Ép család - prototipikusság elemzés ábrája



12.17 Ép család - gondolati háló



12.18 Látó és látássérült fiatal felnőtt nőekkel készült interjúk kérdései

1. Először arra kérnélek, hogy röviden **mutatkozz be!** Mi az, amit fontosnak tartasz elmondani magadról?
2. (Látássérültség története)
3. Hogyan gondolkodol a **gyermekvállalásról**?
4. Mik motiválnak, vagy mik **befolyásolnak** ebben a döntésben, hogy miért szeretnél gyereket?
5. Befolyásol-e a látássérültség? *(Kizárólag látássérült vizsgálati személyektől kérdeztük)*
6. Milyen számodra az ideális partner, akivel szívesen vállalnál gyermeket?
 - 6.1. Ön látó, vagy látássérült partner mellett képzeled el a családalapítást?
7. Mit jelent számodra az **anyaság**?
8. Szerinted milyen **mindennapi tevékenységek** fognak megváltozni, miután gyermeked fog születni?
9. Lesz-e valami, amit befolyásolhat a látássérültséged? *(Kizárólag látássérült vizsgálati személyektől kérdeztük)*
10. Honnan számíthatsz majd **segítségre**, ha várandós leszel?
11. A **szüléssel** kapcsolatban van-e bármilyen elképzelésed így előre? Mit szeretnél, mit nem szeretnél?
12. Azon gondolkodtál-e már, hogy milyen **szülői elveket** fogsz fontosnak tartani?
13. Szerinted a **szüleiddel való kapcsolatod** hogyan fogja befolyásolni a te szülőségedet?
14. Most pedig arra kérnélek, hogy egy olyan emléket idézz fel, amikor **távol** voltál a szüleidtől! Hogyan éltétek meg, te és a szüleid?
15. Most arra kérnélek, hogy próbálj meg visszaemlékezni a gyermekkorodra és felidézni egy olyan emléket, ami veled és a szüleiddel kapcsolatos, és **kedves** a számodra! Hogyan éltétek meg, te és a szüleid?

12.19 Látó és látássérült anyákkal készült interjú kérdései

1. Először arra kérném, hogy röviden mutakozzon be! Mi az, amit fontosnak tart elmondani magáról?
2. Látássérültség megnevezése, eredete, jelenlegi állapot, látásképeség *(Kizárólag látássérült vizsgálati személyektől kérdeztük)*
3. Milyen tapasztalatai voltak az egészségügyi várandósgondozással kapcsolatban? (rendelések, ultrahangvizsgálatok élménye)
4. Hogyan élte meg a várandósságot? Hogyan érzékelte teste megváltozását?
5. Kitől/kiktől számíthatott segítségre, támogatásra a várandósság idején és a gyermekágyi időszakban?
6. Hogyan élte meg a szülést?
7. Milyen speciális látássérülteknek kialakított eszközök segítettek Önt az otthoni csecsemőgondozásban? (pl. jelölő anyagok, gyermekzár) *(Kizárólag látássérült vizsgálati személyektől kérdeztük)*
8. Az Ön számára mit jelent az anyaság? Mi jut róla az eszébe?
9. Hogyan szokta táplálni gyermekét?
10. Hogyan éli meg ezeket a pillanatokot Ön és gyermeke?
11. Melyek azok a pillanatok, amikor úgy érzi, harmonikusan tud együtt lenni gyermekével?
12. Próbáljon meg visszaemlékezni és felidézni egy történetet, amikor úgy érezte, harmonikusan van együtt gyermekével!
13. Hogyan szoktak együtt játszani? Mi a kedvenc közös játékuk?
14. Próbáljon meg visszaemlékezni és felidézni egy történetet, amikor együtt játszott gyermekével!
15. Volt már olyan, hogy játszottak és hirtelen félbeszakadt? Mi történt ekkor? Hogyan tudta megoldani a helyzetet?
16. Hogyan élte meg Ön, amikor gyermeke elkezdett mászni/járni?
17. Van-e valami, amitől egy picit talán jobban félti gyermekét?
18. Próbáljon meg visszaemlékezni és felidézni egy történetet, amikor féltette gyermekét!
19. Hogyan kezelte/oldotta meg ezt a helyzetet?
20. Honnan vette észre, hogy gyermekének szüksége van Önre, amikor gyermeke még nem tudott beszélni?
21. Próbáljon meg visszaemlékezni és felidézni egy történetet, amikor úgy érezte, gyermeke boldog!
22. Próbáljon meg visszaemlékezni és felidézni egy történetet, amikor úgy érezte, hogy gyermeke szomorú, lehangolt!
23. Érzékeli-e gyermeke, hogy Ön nem lát és ha igen, mióta? Hogyan nyilvánult ez meg? *(Kizárólag látássérült vizsgálati személyektől kérdeztük)*
24. Mi a legnehezebb a gyermeknevelésben?
25. Mi a legjobb a gyermeknevelésben?
26. Ön szerint hogyan gondolkodnak a látók erről a témáról? *(Kizárólag látássérült vizsgálati személyektől kérdeztük)*

12.20 Az interakcióvizsgálat során használt eszközök



1. kép: Panasonic HC-X920 videókamera



2. kép: Sony HDR-CX2022E videókamera



3. kép: TP 3120 tripod, fényképező kamera állvány 106cm



4. kép: Kockás pléd 150 x 200 cm



5. kép: Tomy Bújócskázó tojások



6. kép: Világító dzsungel labda bábijáték

12.21 Google Forms űrlap látó és látássérült édesanyák részére

Anya-gyermek kapcsolat kérdőív

Kedves Szülő!

Hankó Csilla vagyok, a Pécsi Tudományegyetem Pszichológia Intézetének PhD hallgatója. Kutatásunkban az édesanyák 1-1,5 éves gyermekükkel való kapcsolatát vizsgáljuk. Várható eredményeink segítenek abban, hogy minél pontosabb mérőeszközökkel írjuk le a gyermekek viselkedését, fejlődési teljesítményét a gyermek(ek) és szüleik kapcsolatát.

A kérdőívcsomagban olyan kérdéseket, állításokat találhat, melyek Ön és gyermeke érzelmi állapotaira, viselkedésére és a gyermekkel való közös tevékenységekre vonatkozik. A kérdések között találhat olyat, amelyet esetleg nehezebben vagy egyáltalán nem tud megválaszolni. Ezeket nyugodtan kihagyhatja, és áttérhet a következőre. A kérdőív várható kitöltési ideje kb. 15-20 perc.

A vizsgálatban való részvétel önkéntes és az adatokat a tudományos szakmai etikai szabályoknak megfelelően titkosan kezeljük, az Ön személye nem lesz beazonosítható. A kérdőíveket a Pszichológia Intézetben elzárt helyen tároljuk.

Ha bármi kérdés merülne fel a kérdőívvel vagy a kutatással kapcsolatban, kérem jelezze azt a következő elérhetőségek valamelyikén!

Hankó Csilla

Telefon: ****

E-mail: ****

Segítségét előre is köszönjük!

Gyermek neve: _____

Gyermek neme: Fiú Lány

Születési dátum: Év: ____ Hónap: ____ Nap: ____

Mai dátum: Év: ____ Hónap: ____ Nap: ____

Az Élettel való Elégedettség Skála

Az alábbiakban öt állítást talál, melyekkel kapcsolatban a véleményét kérdezzük. Arra kérjük, minden állítás esetében jelölje be egy 1-től 7-ig terjedő skálán, hogy milyen mértékben ért vele egyet.

Egyáltalán nem értek egyet

1

2

3

4

5

Teljes mértékben egyetértek

6

7

1. Az életem a legtöbb tekintetben közel van az ideálishoz.							
2. Az életkörülményeim kitűnőek.							
3. Elégedett vagyok az életemmel.							
4. Eddig minden fontosat megkaptam az életben, amit csak akartam.							
5. Ha újra leélhetném az életem, szinte semmin sem változtatnék.							

Anya-gyermek kapcsolat 1

Kérjük, jelölje be, hogy a következő állítások milyen gyakran jellemzik Önt és gyermekét!
Ne gondolkozzon túl sokáig egy-egy kérdésen, inkább az első benyomása alapján válaszoljon!
1 – soha, 6 – mindig

	Soha	Nagyon ritkán	Ritkán	Alkalmanként	Gyakran	Mindig
Észreveszem, ha a gyermekem szomorú vagy nem érzi jól magát.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Megölelem, megpuszílom, vagy a karomba veszem a gyermekemet, bármiféle különösebb ok nélkül.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amikor a gyermekemnek valami nehéz, képes vagyok segíteni neki.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elmondom a gyermekemnek, hogy mennyire boldoggá tesz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tudom, hogy gyermekem mit érez, vagy mire van szüksége.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Képes vagyok megvigasztalni a gyermekemet, amikor fél.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Figyelek a gyermekem érzéseire és megértem őt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Képes vagyok megnyugtatni a gyermekemet, amikor ingerült.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Értem, hogy a gyermekem miért ijedt vagy feldúlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ügyesen fel tudom kelteni a gyermekem figyelmét.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gyermekemmel meleg, bensőséges pillanatokot élünk meg együtt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amikor a gyermekem rosszul érzi magát, képes vagyok megvigasztalni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A szeretetemet kifejezem öleléssel, puszival vagy azzal, hogy a karomba veszem gyermekemet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anya-gyermek kapcsolat 2

Kérjük, jelölje, hogy az alábbi állítások mennyire jellemzők Önre és a gyermekére!

	Soha	Nagyon ritkán	Ritkán	Alkalmanként	Gyakran	Mindig
Mesélek vagy könyvből olvasok a gyermekemnek.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Énekelek és táncolok a gyermekemmel, vagy zenét hallgatok vele.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kimegyünk a levegőre játszani, sétálni, biciklizni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biztatom a gyermekemet, hogy játsszon önállóan és fedezze fel a környezetét.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hagyom, hogy a gyermekem más gyerekekkel játsszon.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hagyom, hogy gyermekem (a szülőkön kívül más) felnőttekkel játsszon.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bevonom a gyermekemet olyan mindennapi tevékenységekbe, mint a főzés, állatok gondozása, vagy növények öntözése.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magammal viszem a gyermekemet bevásárolni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Különbféle anyagokból készült színes játékokkal (pl. plüssállatokkal, fakockákkal, könyvekkel) játszunk.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olyan játékokkal játszunk, amiket gurítani lehet (pl. labda, autók, húzós állatok).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Építőköccakkal, Lego-val vagy más egymásra rakható játékokkal játszunk.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A gyermekemnek saját könyvei vannak, amelyekkel akkor is játszhat, ha nem vigyáz rájuk.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zenélő játékokkal (pl. dob, furulya) játszunk.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gyermek viselkedése

Instrukciók: **Kérjük, olvassa el figyelmesen a kitöltés megkezdése előtt.**

Az alábbiakban olyan leírásokat olvashat, melyek gyermekek viselkedéséről szólnak. Kérjük, hogy a megfelelő szám bekarikázásával jelölje be minden állításról, mennyire volt igaz gyermeke viselkedésére az **elmúlt két hétben**. Ezek a számok mutatják, milyen gyakran figyelte meg gyermekénél a leírt viselkedést az elmúlt két hétben:

<u>Soha</u> 1	<u>Nagyon ritkán</u> 2	<u>Kevesebb mint az idő felében</u> 3	<u>Körülbelül az idő felében</u> 4	<u>Több mint az idő felében</u> 5	<u>Szinte mindig</u> 6	<u>Mindig</u> 7	<u>Nem alkalmazható</u> NA
------------------	---------------------------	--	---------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------	--------------------	-------------------------------

A „Nem Alkalmazható” (NA) oszlopban akkor jelöljön, ha gyermekét nem látta a leírt szituációban az elmúlt két hét során. Például, ha a leírásban az szerepel, hogy a gyermek orvoshoz ment, és ez nem fordult elő az elmúlt két hétben, a „Nem alkalmazható” (NA) választ karikázza be. Jelölje a „Soha” választ, amennyiben a leírt esemény előfordult az elmúlt két hétben, de a gyermek nem viselkedett az említett módon. Kérem, mindenképp jelölje a megfelelő számot, vagy NA-t minden kérdésnél.

1.	Milyen gyakran ragaszkodott a szülőhöz / kapaszkodott a szülőbe a gyermek, ha egy ismeretlen személy közel ment hozzá egy nyilvános helyen (pl.: zöldségesnél)?	1	2	3	4	5	6	7	NA
2.	Milyen gyakran vált könnyen izgatottá / lett könnyen izgatott / izgatta fel magát könnyen a gyermek, ha problémája akadt egy feladattal (pl.: építés, rajzolás, öltözködés)	1	2	3	4	5	6	7	NA
3.	Ha egy ismerős gyermek jött vendégségbe, gyermeke milyen gyakran kereste az ő társaságát?	1	2	3	4	5	6	7	NA
4.	Ha valamilyen tevékenységet ajánlottak fel a gyermekének, milyen gyakran döntött felőle nagyon gyorsan és vetette bele magát azonnal?	1	2	3	4	5	6	7	NA
5.	A nap közbeni vagy esti pihenő idő során milyen gyakran élvezte a gyermek, ha halkan énekeltek neki?	1	2	3	4	5	6	7	NA
6.	Milyen gyakran ragadta meg gyermeke annak lehetőségét, hogy kockázatos / veszélyes dolgot csináljon a móka és izgalom kedvéért, ha az udvaron / szabadban játszott?	1	2	3	4	5	6	7	NA
7.	Milyen gyakran játszott 10 percnél többet kedvenc játékával?	1	2	3	4	5	6	7	NA
8.	Milyen gyakran reagált az ön megjegyzéseire, kérdéseire azzal egy időben, hogy kedvenc játékával játszott?	1	2	3	4	5	6	7	NA
9.	Milyen gyakran lett nagyon izgatott a gyermek, ha megtudta, hogy általa kedvelt / szeretett felnőtt jön látogatóba?	1	2	3	4	5	6	7	NA
10.	Csendes tevékenység során (pl.: olvasás) milyen gyakran babrált a gyermek hajával, ruhájával, stb.?	1	2	3	4	5	6	7	NA
11.	Milyen gyakran játszott durva és hangos játékokat a gyermek a lakásban / a házon belül?	1	2	3	4	5	6	7	NA

12.	Milyen gyakran próbált meg a gyermek kiszabadulni olyan helyzetekből, mikor finoman ringatták, vagy ölelték?	1	2	3	4	5	6	7	NA
13.	Ha új tevékenységgel találkozott, milyen gyakran csatlakozott / kezdett hozzá azonnal?	1	2	3	4	5	6	7	NA
14.	Milyen gyakran fáradt el viszonylag gyorsan egy figyelmet igénylő feladat (pl.: építés kockákból) végzése során?	1	2	3	4	5	6	7	NA
Mindennapi tevékenységek során milyen gyakran...									
15.	... figyelt oda önre rögtön a gyermek, ha hozzászólt?	1	2	3	4	5	6	7	NA
16.	... irritálták gyermekét a ruhájába varrt címkék?	1	2	3	4	5	6	7	NA
17.	... zavarták gyermekét hangok egy zajos környezetben?	1	2	3	4	5	6	7	NA
18.	... tűnt a gyermek energiával telinek még este is?	1	2	3	4	5	6	7	NA
19.	Nyilvános helyen milyen gyakran tűnt ijedtnek a gyermek nagy és hangos járművektől?	1	2	3	4	5	6	7	NA
20.	Milyen gyakran tűnt gyermeke a legaktívabbnak, ha a szabadban játszott más gyerekekkel?	1	2	3	4	5	6	7	NA
Ha nemet mondtak gyermekének, milyen gyakran...									
21.	... hagyta abba a tiltott tevékenységet?	1	2	3	4	5	6	7	NA
22.	... lett bánatos?	1	2	3	4	5	6	7	NA
23.	Egy izgalmas / izgató tevékenységet, vagy eseményt követően milyen gyakran tűnt a gyermek levertnek vagy szomorúnak / lehangoltnak?	1	2	3	4	5	6	7	NA
24.	Benti / házon belüli játék során milyen gyakran rohángált a gyermek a házban?	1	2	3	4	5	6	7	NA
25.	Egy izgató / izgalmas esemény előtt (pl.: új játékot kap) milyen gyakran volt izgatott a gyermek az eseménnyel kapcsolatban?	1	2	3	4	5	6	7	NA
26.	Milyen gyakran volt dühkitörése a gyermeknek, ha ön egy kérésére nemet mondott?	1	2	3	4	5	6	7	NA
27.	Milyen gyakran várt türelmesen a gyermek, ha megkérték rá egy általa vágyott / áhított dologgal (pl.: fagy) kapcsolatban?	1	2	3	4	5	6	7	NA
28.	Milyen gyakran mosolygott a gyermek, ha finoman ringatták?	1	2	3	4	5	6	7	NA
29.	Milyen gyakran bújt oda önhöz a gyermek, ha az ölébe vette?	1	2	3	4	5	6	7	NA
30.	Ha egy ismerős felnőtt (pl.: rokon, barát) jött látogatóba, milyen gyakran közeledett felé / kereste vele a kapcsolatot a gyermek?	1	2	3	4	5	6	7	NA
31.	Milyen gyakran volt óvatos a gyermek egy törekeny tárggyal, ha megkérték rá?	1	2	3	4	5	6	7	NA
32.	Milyen gyakran NEM akart bemenni a gyermek egy új helyre?	1	2	3	4	5	6	7	NA
Ha zaklatott volt a gyermek, milyen gyakran...									
33.	... sírt 3 percnél tovább akkor is, ha nyugtatták?	1	2	3	4	5	6	7	NA

34.	... nyugodott meg könnyen?	1	2	3	4	5	6	7	NA
35.	Milyen gyakran talált magának elfoglaltságot a gyermek, ha megkérte rá, amíg elfoglalt volt?	1	2	3	4	5	6	7	NA
36.	Milyen gyakran élvezte a játékot a gyermek számos különböző emberrel egy összejövetelel ismerős felnőttekkel vagy gyerekekkel?	1	2	3	4	5	6	7	NA

Szülői viselkedés

Kérjük, hogy röviden értékelje szülői viselkedését!

1 – soha, 2 – néha, 3 – többnyire, 4 – mindig

		Soha	Néha	Többnyire	Mindig
1. R	A gyermeke máshogyan viselkedik, mint ahogy Ön elvárja, szeretné, hogy viselkedjen?				
2. R	Szokta úgy gondolni, hogy a gyermeke viselkedését már nem tudja kezelni?				
3.	Ügyesnek érzi magát abban, hogy rávegye a gyermekét arra, hogy azt tegye, amit Ön akar?				
4.	Úgy érzi, kézben tartja dolgokat és a helyzet magaslatán áll a gyerekeknevelésben?				

Nevelés

A következőkben arra kérjük, hogy jelölje meg, mennyire jellemzőek Önre ezek az alábbi érzések, gondolatok, viselkedések!

	Nagyon jellemző	Közepesen jellemző	Alig jellemző	Egyáltalán nem jellemző
Engedem, hogy a gyerekek azt tegye, ami jólesik neki.				
Szeretem, ha a gyerekek maguk döntik el, hogy mit akarnak.				
Szeretném, ha a gyermekem sose nőne fel.				
Megpróbálom a gyermekem minden lépését irányítani.				
Mindig lefoglalom valamivel a gyerekeket.				
Hajlamos vagyok arra, hogy a gyerekeimet gyámoltalannak tekintsem.				
Hagyom, hogy a gyerekek egyes dolgokban maguk döntsön.				
Jó érzés nekem, hogy a gyerekek rám van utalva.				
Úgy érzem, hogy a gyermekem képtelen meglenni, ha nem vagyok mellette.				
Bátorítom a gyerekeket, hogy önálló legyenek.				
Egyáltalán nem érzem, hogy kisajátítanám a gyerekeimet.				
Sokat aggódom a gyerekeimért.				

Gyermeki képességek

Kérjük, jelölje meg, hogy megfigyelhetőek-e az alábbi jellemzők a gyermekénél!
3 – igen, 2 – néha, 1 – még nem

	Igen	Néha	Még nem
1. Szeret „cipekedni”? (Pl. kavicsokkal, homokkal telerakott vagy vízzel megtöltött kis vödröt, porszívó csövét, kisseprűt, édesanyja kézitáskáját stb.)			
2. Utánozza a mindennapokban látott cselekvéseket, egy-egy tárggyal, játékkal? (Pl.: törölget, kalapál, porszívózik, kavargat)			
3. Támaszkodás és kapaszkodás nélkül le tud guggolni és fel is tud állni?			
4. Kis szelet sajtot, csokit kicsomagol?			
5. Szeret vizet öntögetni? (Pl.: egyik edényből a másikba, vagy fürdésnél saját hasára, fejére.)			
6. Mond 5-10 szót vagy szókezdeményt, hangutánzó szavakat? (Pl. va-va, „ké-” kér helyett, miáú, mama)			
7. Egyszerű kérdésekre a fejével „igen”-t vagy „nem”-et int? (Pl. „Kérsz inni?”)			
8. Képeskönyvben vagy újságban, ismerős tárgyakra rámutat? (Pl. „Mutasd meg a cicát, házat, macit” stb. anélkül, hogy Ön segítené: azaz Ön nem mutat, és nem néz rá a képre.)			
9. Ha valami érdekeset talál, akkor a szülőre nézve megmutatja a tárgyat?			
10. Evéskor harap és rág? (Pl. kenyér-, sajt-, gyümölcs-szeletet)			
11. Új táplálékokat megízlelve elfogadja azt? (Pl. rakott, töltött ételek)			
12. Próbál-e más gyermekekkel kapcsolatot létesíteni? (Pl. enni adni nekik, megpuszítani, vagy akár lökdösni vagy elvenni tőlük a játékot.)			

12.22 Példa az interakcióvizsgálatok elemzésének vizualizációjára



12.24 Statisztikai elemzések táblázatai

1. hipotézis

1. epizód: közös figyelmi helyzet (időtartam és előfordulási gyakoriság)

Independent Samples T-Test

		Statistic	df	p		Effect Size
Mean duration gaze at the object on floor	Student's t	1.68	5.00	0.154	Cohen's d	1.28
	Mann-Whitney U	1.00		0.114	Rank biserial correlation	0.833
Total number gaze at the object on floor	Student's t	2.01	5.00	0.101	Cohen's d	1.53
	Mann-Whitney U	1.00		0.114	Rank biserial correlation	0.833

Normality Test (Shapiro-Wilk)

	W	p
Mean duration gaze at the object on floor	0.885	0.251
Total number gaze at the object on floor	0.984	0.978

Note. A low p-value suggests a violation of the assumption of normality

Group Descriptives

	Group	N	Mean	Median	SD	SE
Mean duration gaze at the object on floor	L	4	17270.00	13795.00	11919.47	5959.73
	LS	3	4693.33	1720.00	5219.40	3013.422
Total number gaze at the object on floor	L	4	6.75	6.50	3.50	1.75
	LS	3	2.33	2.00	1.53	0.882

1. hipotézis

2. epizód: közös figyelmi helyzet (időtartam és előfordulási gyakoriság)

Independent Samples T-Test

		Statistic	df	p		Effect Size
Mean duration gaze at the object on floor	Student's t	1.11	8.00	0.298	Cohen's d	0.705
Total number gaze at the object on floor	Student's t	1.52	8.00	0.168	Cohen's d	0.960

Normality Test (Shapiro-Wilk)

	W	p
Mean duration gaze at the object on floor	0.921	0.365
Total number gaze at the object on floor	0.871	0.102

Note. A low p-value suggests a violation of the assumption of normality

Group Descriptives

	Group	N	Mean	Median	SD	SE
Mean duration gaze at the object on floor	L	5	29781.40	39820.00	18468.63	8259.42
	LS	5	16726.00	6040.00	18586.00	8311.91
Total number gaze at the object on floor	L	5	9.00	8.00	6.63	2.97
	LS	5	3.80	2.00	3.83	1.71

2. hipotézis

1. epizód: anyára való tekintés (időtartam és előfordulási gyakoriság)

Independent Samples T-Test

		Statistic	df	p		Effect Size
MD gaze at other person's face	Student's t	-0.976	3.00	0.401	Cohen's d	-0.891
TN gaze at other person's face	Student's t	0.293	3.00	0.789	Cohen's d	0.267

Normality Test (Shapiro-Wilk)

	W	p
MD gaze at other person's face	0.940	0.666
TN gaze at other person's face	0.817	0.111

Note. A low p-value suggests a violation of the assumption of normality

Group Descriptives

	Group	N	Mean	Median	SD	SE
MD gaze at other person's face	L	3	923.33	870.00	333.217	192.383
	LS	2	1210.00	1210.00	296.985	210.000
TN gaze at other person's face	L	3	1.67	2.00	0.577	0.333
	LS	2	1.50	1.50	0.707	0.500

2.hipotézis

2. epizód: anyára való tekintés (időtartam és előfordulási gyakoriság)

Independent Samples T-Test

		Statistic	df	p	Effect Size
MD gaze at other person's face	Student's t	NaN ^a			Cohen's d
TN gaze at other person's face	Student's t	NaN ^a			Cohen's d

^a One or both groups do not contain enough observations

Normality Test (Shapiro-Wilk)

	W	p
MD gaze at other person's face	0.880	0.339
TN gaze at other person's face	0.945	0.683

Note. A low p-value suggests a violation of the assumption of normality

Group Descriptives

	Group	N	Mean	Median	SD	SE
MD gaze at other person's face	L	4	1260.00	1340.00	330.86	165.429
	LS	0	NaN	NaN	NaN	NaN
TN gaze at other person's face	L	4	3.00	3.00	1.63	0.816
	LS	0	NaN	NaN	NaN	NaN

2.1. hipotézis

1. epizód – gyermeki vokalizáció (időtartam és előfordulási gyakoriság)

Independent Samples T-Test

		Statistic	df	p		Effect Size
MD child speaks	Student's t	1.527	6.00	0.178	Cohen's d	1.080
TN child speaks	Student's t	0.581	6.00	0.582	Cohen's d	0.411

Normality Test (Shapiro-Wilk)

	W	p
MD child speaks	0.955	0.765
TN child speaks	0.931	0.521

Note. A low p-value suggests a violation of the assumption of normality

Group Descriptives

	Group	N	Mean	Median	SD	SE
MD child speaks	L	4	1282.50	1275.00	408.03	204.02
	LS	4	925.00	835.00	229.86	114.93
TN child speaks	L	4	8.00	6.50	8.04	4.02
	LS	4	5.25	4.00	4.99	2.50

2. 1. hipotézis

2. epizód – gyermeki vokalizáció (időtartam és előfordulási gyakoriság)

Independent Samples T-Test

		Statistic	df	p		Effect Size
MD2 child speaks	Student's t	1.28	5.00	0.258	Cohen's d	0.975
TN2 child speaks	Student's t	1.16	5.00	0.297	Cohen's d	0.889

Normality Test (Shapiro-Wilk)

	W	p
MD2 child speaks	0.972	0.916
TN2 child speaks	0.987	0.987

Note. A low p-value suggests a violation of the assumption of normality

Group Descriptives

	Group	N	Mean	Median	SD	SE
MD2 child speaks	L	4	1655.00	1650.00	254.36	127.18
	LS	3	1253.33	1120.00	571.78	330.118
TN2 child speaks	L	4	4.50	4.50	2.89	1.44
	LS	3	2.33	2.00	1.53	0.882

2.1. hipotézis

1. epizód: anya érintése (időtartam és előfordulási gyakoriság)

Independent Samples T-Test

		Statistic	df	p	Effect Size	
MD touch the other	Student's t	-0.852	4.00	0.442	Cohen's d	-0.738
TN touch the other	Student's t	-0.265	4.00	0.804	Cohen's d	-0.229

^a Levene's test is significant ($p < .05$), suggesting a violation of the assumption of equal variances

Normality Test (Shapiro-Wilk)

	W	p
MD touch the other	0.853	0.167
TN touch the other	0.864	0.204

Note. A low p-value suggests a violation of the assumption of normality

Group Descriptives

	Group	N	Mean	Median	SD	SE
MD touch the other	L	4	5960.00	1920.00	8845.398	4422.699
	LS	2	14120.00	14120.00	15952.33	11280.00
%AOD touch the other	L	3	3.75	4.89	2.498	1.442
	LS	2	52.18	52.18	60.40	42.71
TN touch the other	L	4	1.75	1.50	0.957	0.479
	LS	2	2.00	2.00	1.41	1.00

2.1. hipotézis

2. epizód: anya érintése (időtartam és előfordulási gyakoriság)

Independent Samples T-Test

		Statistic	df	p	Effect Size
MD2 touch the other	Student's t	NaN ^a			Cohen's d
TN2 touch the other	Student's t	NaN ^a			Cohen's d

^a One or both groups do not contain enough observations

Normality Test (Shapiro-Wilk)

	W	p
MD2 touch the other	NaN ^a	
TN2 touch the other	NaN ^a	

Note. A low p-value suggests a violation of the assumption of normality

^a Too few samples to compute statistic (N < 3)

Group Descriptives

	Group	N	Mean	Median	SD	SE
MD2 touch the other	L	1	18600.00	18600.00	NaN	NaN
	LS	0	NaN	NaN	NaN	NaN
TN2 touch the other	L	1	1.00	1.00	NaN	NaN
	LS	0	NaN	NaN	NaN	NaN

3. epizód

1. epizód: anyai vokalizáció (időtartam és előfordulási gyakoriság)

Independent Samples T-Test

		Statistic	df	p		Effect Size
MD Mother vocalization	Student's t	-0.603	8.00	0.563	Cohen's d	-0.381
TN Mother vocalization	Student's t	-1.201	8.00	0.264	Cohen's d	-0.759

Normality Test (Shapiro-Wilk)

	W	p
MD Mother vocalization	0.895	0.194
TN Mother vocalization	0.980	0.966

Note. A low p-value suggests a violation of the assumption of normality

Group Descriptives

	Group	N	Mean	Median	SD	SE
MD Mother vocalization	L	5	4790.0	5460.0	2864.3	1280.98
	LS	5	5636.0	6030.0	1279.89	572.39
TN Mother vocalization	L	5	18.8	16.0	14.2	6.34
	LS	5	27.8	26.0	8.93	3.99

3. epizód

2. epizód: anyai vokalizáció (időtartam és előfordulási gyakoriság)

Independent Samples T-Test

		Statistic	df	p		Effect Size
MD2 Mother vocalization	Student's t	-0.7438	8.00	0.478	Cohen's d	-0.4704
TN2 Mother vocalization	Student's t	0.2652	8.00	0.798	Cohen's d	0.1677

Normality Test (Shapiro-Wilk)

	W	p
MD2 Mother vocalization	0.861	0.078
TN2 Mother vocalization	0.856	0.069

Note. A low p-value suggests a violation of the assumption of normality

Group Descriptives

	Group	N	Mean	Median	SD	SE
MD2 Mother vocalization	L	5	5586.0	5720.0	1429.2	639.17
	LS	5	7058.0	5760.0	4188.08	1872.97
TN2 Mother vocalization	L	5	17.4	12.0	10.3	4.61
	LS	5	15.8	18.0	8.70	3.89

3. hipotézis

1. epizód: anya érinti a gyermeket (időtartam és előfordulási gyakoriság)

Independent Samples T-Test

		Statistic	df	p	Effect Size	
MD touch the other	Student's t	-0.963	4.00	0.390	Cohen's d	-0.834
TN touch the other	Student's t	-0.451	4.00	0.675	Cohen's d	-0.391

Normality Test (Shapiro-Wilk)

	W	p
MD touch the other	0.814	0.078
TN touch the other	0.874	0.243

Note. A low p-value suggests a violation of the assumption of normality

Group Descriptives

	Group	N	Mean	Median	SD	SE
MD touch the other	L	2	1220.00	1220.00	777.82	550.00
	LS	4	9345.00	4860.00	11247.23	5623.61
TN touch the other	L	2	2.00	2.00	1.41	1.00
	LS	4	2.75	2.50	2.06	1.03

3. hipotézis

2. epizód: anya érinti a gyermeket (időtartam és előfordulási gyakoriság)

Independent Samples T-Test

		Statistic	df	p		Effect Size
MD2 touch the other	Student's t	-1.00	5.00	0.362	Cohen's d	-0.766
TN2 touch the other	Student's t	-1.51	5.00	0.191	Cohen's d	-1.154

Normality Test (Shapiro-Wilk)

	W	p
MD2 touch the other	0.848	0.117
TN2 touch the other	0.958	0.804

Note. A low p-value suggests a violation of the assumption of normality

Group Descriptives

	Group	N	Mean	Median	SD	SE
MD2 touch the other	L	3	1996.67	2070.00	663.049	382.811
	LS	4	5115.00	3345.00	5227.98	2613.990
TN2 touch the other	L	3	1.67	2.00	0.577	0.333
	LS	4	3.25	3.50	1.71	0.854

3.1. hipotézis

1. epizód: anya tekintete gyermeke irányába (időtartam és előfordulási gyakoriság)

Independent Samples T-Test

		Statistic	df	p	Effect Size	
MD gaze at other person's face	Student's t	-0.896	6.00	0.405	Cohen's d	-0.633
TN gaze at other person's face	Student's t	3.652	6.00	0.011	Cohen's d	2.582

Normality Test (Shapiro-Wilk)

	W	p
MD gaze at other person's face	0.788	0.021
TN gaze at other person's face	0.956	0.767

Note. A low p-value suggests a violation of the assumption of normality

Group Descriptives

	Group	N	Mean	Median	SD	SE
MD gaze at other person's face	L	4	2372.50	1680.0	1724.85	862.42
	LS	4	5312.50	2280.00	6334.49	3167.247
TN gaze at other person's face	L	4	9.50	10.0	2.65	1.32
	LS	4	3.75	3.50	1.71	0.854

3.1. hipotézis

2. epizód: anya tekintete gyermeke irányába (időtartam és előfordulási gyakoriság)

Independent Samples T-Test

		Statistic	df	p		Effect Size
MD2 gaze at other person's face	Student's t	-1.358 ^a	8.00	0.212	Cohen's d	-0.859
TN2 gaze at other person's face	Student's t	1.571	8.00	0.155	Cohen's d	0.993

^a Levene's test is significant ($p < .05$), suggesting a violation of the assumption of equal variances

Normality Test (Shapiro-Wilk)

	W	p
MD2 gaze at other person's face	0.700	< .001
TN2 gaze at other person's face	0.844	0.049

Note. A low p-value suggests a violation of the assumption of normality

Group Descriptives

	Group	N	Mean	Median	SD	SE
MD2 gaze at other person's face	L	5	1384.0	1270.00	403.65	180.52
	LS	5	7540.00	2690.00	10130.12	4530.33
TN2 gaze at other person's face	L	5	10.0	9.00	5.96	2.66
	LS	5	5.20	4.00	3.35	1.50

4. hipotézis: a gyermekek másik személyre való tekintésének aránya

Within Subjects Effects

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p	η^2_p
Episodes	653.4	1	653.40	93.34	0.002	0.969
Episodes * group	15.0	1	15.00	2.14	0.239	0.417
Residual	21.0	3	7.00			

Note. Type 3 Sums of Squares

Between Subjects Effects

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p	η^2_p
group	13.1	1	13.07	2.94	0.185	0.495
Residual	13.3	3	4.44			

Note. Type 3 Sums of Squares

Homogeneity of Variances Test (Levene's)

	F	df1	df2	p
TN gaze at other person's face	0.15000	1	3	0.724
TN3 gaze at other person's face	0.00405	1	3	0.953

Post Hoc Comparisons - Episodes

Comparison		Mean Difference	SE	df	t	p _{tukey}	p _{scheffe}	p _{bonferroni}
Episodes	Episodes							
Episode 1	- Episode 3	-16.5	1.71	3.00	-9.66	0.002	0.002	0.002

Post Hoc Comparisons - group

Comparison		Mean Difference	SE	df	t	p _{tukey}	p _{scheffe}	p _{bonferroni}
group	group							
L	- LS	-2.33	1.36	3.00	-1.71	0.185	0.185	0.185

Descriptives

	group	TN gaze at other person's face	TN3 gaze at other person's face
N	L	3	5
	LS	2	5
Standard deviation	L	0.577	2.39
	LS	0.707	6.98

5. hipotézis

Descriptives

	group	TN put object to other's hand	TN3 put object to other's hand
N	L	3	0
	LS	1	0
Missing	L	2	5
	LS	4	5
Mean	L	2.67	NaN
	LS	3.00	NaN
Median	L	3.00	NaN
	LS	3.00	NaN
Standard deviation	L	0.577	NaN
	LS	NaN	NaN
Minimum	L	2.00	NaN
	LS	3.00	NaN
Maximum	L	3.00	NaN
	LS	3.00	NaN

Kontingens válaszreakció-párok

Anyák által kezdeményezett válaszreakció-párok

Independent Samples T-Test

		Statistic	df	p	Effect Size
M vocalization - C gaze object in other's hand	Student's t	0.557	4.00	0.607	Cohen's d 0.455
M vocalization - C touch object	Student's t	-1.401 ^a	4.00	0.234	Cohen's d -1.213
M vocalization - C gaze object in own hand	Student's t	1.482 ^a	3.00	0.235	Cohen's d 1.352
M vocalization - C childspeaks	Student's t	-0.784 ^a	2.00	0.515	Cohen's d -0.784

^a Levene's test is significant ($p < .05$), suggesting a violation of the assumption of equal variances

Normality Test (Shapiro-Wilk)

	W	p
M vocalization - C gaze object in other's hand	0.927	0.557
M vocalization - C touch object	0.926	0.553
M vocalization - C gaze object in own hand	0.965	0.842
M vocalization - C childspeaks	0.998	0.995

Note. A low p-value suggests a violation of the assumption of normality

Homogeneity of Variances Test (Levene's)

	F	df	df2	p
M vocalization - C gaze object in other's hand	0.114	1	4	0.752
M vocalization - C touch object	100.000	1	4	< .001
M vocalization - C gaze object in own hand	205.350	1	3	< .001
M vocalization - C childspeaks	2.03e+31	1	2	< .001

Note. A low p-value suggests a violation of the assumption of equal variances

Group Descriptives

	Group	N	Mean	Median	SD	SE
M vocalization - C gaze object in other's hand	L	3	5.33	6.00	2.082	1.202
	LS	3	4.33	3.00	2.309	1.333
M vocalization - C touch object	L	4	3.50	3.00	1.000	0.500
	LS	2	7.50	7.50	6.364	4.500
M vocalization - C gaze object in own hand	L	2	6.50	6.50	3.536	2.500
	LS	3	3.67	4.00	0.577	0.333
M vocalization - C childspeaks	L	2	6.50	6.50	0.707	0.500
	LS	2	8.50	8.50	3.536	2.500

Gyermekek által kezdeményezett válaszreakció-párok

Independent Samples T-Test

		Statistic	df	p		Effect Size
C childspeaks - M gaze other's face	Student's t	0.742 ^a	1.00	0.593	Cohen's d	NaN
C gaze object own hand - M vocalization	Student's t	0.505	5.00	0.635	Cohen's d	0.386
C gaze object on floor - M vocalization	Student's t	0.500	2.00	0.667	Cohen's d	NaN

^a Levene's test is significant ($p < .05$), suggesting a violation of the assumption of equal variances

Homogeneity of Variances Test (Levene's)

	F	df	df2	p
C childspeaks - M gaze other's face	4.14e+31	1	1	< .001
C gaze object own hand - M vocalization	6.24e0-4	1	5	0.981
C gaze object on floor - M vocalization	4.00	1	2	0.184

Note. A low p-value suggests a violation of the assumption of equal variances

Normality Test (Shapiro-Wilk)

	W	p
C childspeaks - M gaze other's face	1.000	1.000
C gaze object own hand - M vocalization	0.801	0.042
C gaze object on floor - M vocalization	0.827	0.161

Note. A low p-value suggests a violation of the assumption of normality

Group Descriptives

	Group	N	Mean	Median	SD	SE
C childspeaks - M gaze other's face	L	2	7.50	7.50	4.95	3.500
	LS	1	3.00	3.00	NaN	NaN
C gaze object own hand - M vocalization	L	3	4.33	4.00	1.53	0.882
	LS	4	3.75	3.00	1.50	0.750
C gaze object on floor - M vocalization	L	3	4.00	3.00	1.73	1.000
	LS	1	3.00	3.00	NaN	NaN

12.25 Saját publikációk jegyzéke

12.25.1A disszertáció témájához kötődő – írott és szóbeli – publikációk

- Hankó Cs.** (2018). Testi/érzékszervi fogyatékossgal élő szülők helyzete. Előadás. Tavasz Szél 2018 Konferencia = Spring Wind 2018. Konferencia helye, ideje: 2018. május 3-6., Budapest, Magyarország.
- Hankó Cs.** (2018). Testi/érzékszervi fogyatékossgal élő szülők helyzete, In: Keresztes, Gábor; Szabó, Csaba (szerk.) Tavasz Szél 2018 Konferencia = Spring Wind 2018: Konferenciakötet III. Budapest, Magyarország: Doktoranduszok Országos Szövetsége (DOSZ), 324-335.
- Hankó Cs.** (2018). A fogyatékossgal élő szülők helyzete, In: Keresztes, Gábor (szerk.), Tavasz Szél 2018 Konferencia. Nemzetközi Multidiszciplináris Konferencia, Absztraktkötet, Budapest, Magyarország: Doktoranduszok Országos Szövetsége (DOSZ) (2018) 519 p. p. 443
- Hankó Cs., Pohárnok M., Lénárd K.** (2018). Social representation of disability in Hungary. Előadás. 13. Alpok Adria Pszichológiai Konferencia (AAPC18 – Alps Adria Psychology Conference). Konferencia helye, ideje: Ljubljana, Szlovénia, 2018. szeptember 27. és 29.
- Hankó Cs.** (2018). A fogyatékossgal szociális reprezentációja Magyarországon, Poszterprezentáció. *Változás az állandóságban: A Magyar Pszichológiai Társaság XXVII. Országos Tudományos Nagygyűlése*. Konferencia helye, ideje: Budapest, Magyarország, 2018. május 31. – június 2.
- Hankó Cs., Pohárnok M., Lénárd K.** (2018). Gyermekvállalás látássérült nők körében. Előadás. *1. ICEVI-Europe Rehabilitációs Konferencia*. Konferencia helye, ideje: Budapest, Magyarország, 2019. május 31. – június 1.
- Hankó Cs.** (2018). Evolutionary perspectives of helping disabled people. Poszterprezentáció. *13th Conference of the European Human Behaviour and Evolution Association: EHBEA 2018*. Konferencia helye, ideje: Pécs, Magyarország, 2018. április 4-7.
- Hankó Cs., Pohárnok M.** (2019). Szülő-gyermek kapcsolat látássérült anyák beszámolóí alapján. Előadás. *Tavasz Szél 2019 Konferencia = Spring Wind 2019*. Konferencia helye, ideje: Budapest, Magyarország, 2019. május 3-5.
- Hankó Cs.** (2019). Szülő-gyermek kapcsolat látássérült anyák beszámolóí alapján, In: Németh, Katalin (szerk.) Tavasz Szél 2019 Konferencia. Nemzetközi Multidiszciplináris Konferencia: Absztraktkötet, Budapest, Magyarország: Doktoranduszok Országos Szövetsége (DOSZ) (2019). 603-603.

- Hankó Cs., Pohárnok M. (2019).** Az anyai szerep értelmezése látó és látássérült nők beszámolóiban, In: Csiszár, Beáta; Bódog, Ferenc; Mező, Emerencia; Závodi, Bence (szerk.), VIII. Interdiszciplináris Doktorandusz Konferencia 2019 - Tanulmánykötet = 8th Interdisciplinary Doctoral Conference 2019 – Conference Book, Pécs, Magyarország: Pécsi Tudományegyetem Doktorandusz Önkormányzat. 64-71.
- Hankó Cs., Pohárnok M., Lénárd K. (2019).** Az anyai szerep értelmezése látó és látássérült nők beszámolóiban. Előadás. VIII. *Interdiszciplináris Doktorandusz Konferencia 2019.* Konferencia helye, ideje: Pécs, Magyarország, 2019. május 24-25.
- Hankó Cs., Pohárnok M., Lénárd K. (2019).** Family planning among women with visual impairment, In: [s., n.] (szerk.), 1. ICEVI-Europe Rehabilitációs Konferencia Absztraktok, Budapest, Magyarország: LÁRESZ. 1
- Hankó Cs., Pohárnok M., Lénárd K. (2019).** Family planning among women with visual impairment. Előadás. I. *ICEVI-Europe Rehabilitációs Konferencia.* Konferencia helye, ideje: Budapest, Magyarország, 2019. május 31. – június 1.
- Hankó Cs., Pohárnok M. (2020).** Interaction of Visually Impaired Parents with their Sighted Children: review, In: Hamerli, Petra; Varga, Tímea; Rab, Virág (szerk.), XIII. Nemzetközi és XX. Országos Grastyán Interdiszciplináris konferencia előadásai, Pécs, Magyarország: Pécsi Tudományegyetem Grastyán Endre Szakkollégium, 40-56.
- Hankó Cs., Pohárnok M. (2020).** Interaction of Visually Impaired Parents with their Sighted Children: Review. Előadás. XIII. *Nemzetközi és XX. Országos Grastyán Interdiszciplináris Konferencia.* Konferencia helye, ideje: Pécs, Magyarország.
- Hankó Cs., Pohárnok M., Lénárd K., Bíró B. (2020).** Szubjektív anyaság-élmények elemzése látássérült nők körében. Előadás. IX. *Interdiszciplináris Doktorandusz Konferencia 2020 [9th Interdisciplinary Doctoral Conference 2020].* Konferencia helye, ideje: Pécs, Magyarország, 2020. május 22-23.
- Hankó Cs., Pohárnok M., Lénárd K., Bíró B. (2020).** Szubjektív anyaság-élmények elemzése látássérült nők körében, In: Csiszár, B; Hankó, Cs; Kajos, L F; Kovács, O B; Mező, E; Szabó, R; Szabó-Guth, K (szerk.), IX. Interdiszciplináris Doktorandusz Konferencia 2020 Absztraktkötet: 9th Interdisciplinary Doctoral Conference 2020 Book of Abstracts, Pécs, Magyarország: Pécsi Tudományegyetem Doktorandusz Önkormányzat (2020). 179-179.
- Hankó Cs., Pohárnok M. (2020).** Látássérült anyák gyermekneveléssel kapcsolatos tapasztalatai. Előadás. XXIII. *Tavaszi Szél Konferencia 2020.* Konferencia helye, ideje: Budapest, Magyarország, 2020. május 1-3.

- Hankó Cs.;** Pohárnok M., Bíró, B. (2021). Várandósgondozással kapcsolatos tapasztalatok látássérült nők körében. Előadás. XXIV. Tavaszi Szél Konferencia 2021. Konferencia helye, ideje: Budapest, Magyarország, 2021. május 28-30.
- Hankó Cs.,** Lénárd K., Bíró B., & Pohárnok M. (2022). Látássérült nők anyaságélményei Magyarországon: a narratív identitás tematikus elemzése. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 23(4), 359-399.
- Hankó Cs.,** Pohárnok M.; Lénárd K.; Bíró B. (2023). Motherhood Experiences of Visually Impaired and Normally Sighted Women. *Human Arenas*, 1-29.

12.25.2A disszertáció témájához nem kötődő – írott és szóbeli – publikációk

- Lénárd K.; Arató N., Budai T., Siegler A, **Hankó Cs.**, Kulcsár G., Labadi B., Darnai G. Zsido A. (2019). Interactive theatre performance in Hungarian schools based on a youth novel. Poszterprezentáció. World Anti-Bullying Forum 2019. Konferencia helye, ideje: Dublin, Írország, 2019. június 4-6.
- Csiszár B., **Hankó Cs.**, Kajos L. F., Mező E. (2020). IX. Interdiszciplináris Doktorandusz Konferencia 2020 [9th Interdisciplinary Doctoral Conference 2020]: Tanulmánykötet [Conference Book], Pécs, Magyarország: Pécsi Tudományegyetem Doktorandusz Önkormányzat. ISBN: 9789634295839.
- Csiszár, B, **Hankó, Cs.**, Kajos, L F. Kovács, O B, Mező, E., Szabó, R., Szabó-Guth, K. (2020). IX. Interdiszciplináris Doktorandusz Konferencia 2020 Absztraktkötet: 9th Interdisciplinary Doctoral Conference 2020 Book of Abstracts, Pécs, Magyarország: Pécsi Tudományegyetem Doktorandusz Önkormányzat. ISBN: 9789634295822.
- Dunás-Varga I., **Hankó Cs.**, Tóth A. (2020). VI. Ifjú Pszichológiai és Neveléstudományi Kutatók Országos Konferenciája 2020.TANULMÁNYKÖTET / CONFERENCE BOOK, Budapest, Magyarország: Doktoranduszok Országos Szövetsége (DOSZ). ISBN: 9786155586668.
- Hankó Cs.**, Sebestyén E., Tóth A. (2020) VI. Ifjú Pszichológiai és Neveléstudományi Kutatók Országos Konferenciája (IPSZILON) - Program és összefoglalók / VI. National Conference of Young Psychological and Pedagogical Researchers - Book of Abstracts, Budapest, Magyarország: Doktoranduszok Országos Szövetsége. ISBN: 9786155586651.
- Csiszár B., **Hankó Cs.**, Kajos L. F., Mező E. (2021). Medical Conference for PhD Students and Experts of Clinical Sciences 2021: Book of Abstracts, Pécs, Magyarország: Doctoral Student Association of the University of Pécs. ISBN: 9789634296539.
- Matuz-Budai T., **Hankó Cs.**, Siegler A. (2021). A szocio-emocionális készségfejlesztés lehetőségei érzékszervi fogyatékkal élők körében: Bemutatkozik a Fülesbagoly Fejlesztő Foglalkozások. Előadás. Út a reziliens jövő felé. A Magyar Pszichológiai Társaság XXIX. Országos Tudományos Nagygyűlése. Konferencia helye, ideje: Budapest, Magyarország.