

POSTAWY SPOŁECZNE WOBEC OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH – PRZEGLĄD BADAŃ

Social attitudes towards the disabled-review of research

Irena Wolska-Zogata

Zakład Socjologii Ogólnej, Instytut Socjologii, Uniwersytet Wrocławski

adres do korespondencji: zogata@wp.pl

STRESZCZENIE

Wstęp. Praca ma charakter poglądowy. Przedstawia dostępne badania na temat postaw Polaków wobec niepełnosprawnych. Niniejszy artykuł pokazuje teoretyczno-prawno-medyczne rozważania z zakresu niepełnosprawności, socjologiczno-psychologiczne definicje postaw społecznych oraz ich uwarunkowania wobec osób niepełnosprawnych.

Materiał i metoda. Podstawą artykułu jest literatura przedmiotowa oraz wyniki niezależnych badań opisujących postawy Polaków wobec niepełnosprawnych, także niepełnosprawnych psychicznie.

Wyniki. Za podstawowe uwarunkowania postaw wobec niepełnosprawnych autorka uznaje cechy społeczno-demograficzne, wiedzę na temat niepełnosprawności, częstość kontaktów z osobami niepełnosprawnymi. Polacy mają co najmniej ambiwalentny stosunek do niepełnosprawnych psychicznie, a jednocześnie uważają choroby psychiczne za chorobę wstydliwą. Odmawiają chorym prawa do pełnienia ról społecznych związanych z odpowiedzialnością.

Wnioski. Polityka wobec niepełnosprawnych zmierza w kierunku integracji z pełnosprawnymi. Zmiany świadomości i wiedzy Polaków nie zmieniają się w sposób rewolucyjny. Im wyższy status społeczny, tym bardziej pozytywne postawy wobec niepełnosprawnych.

Słowa kluczowe: inwalidztwo, niepełnosprawność, niepełnosprawność psychiczna, postawy wobec niepełnosprawnych.

SUMMARY

Background. The article shows the available research on Polish attitudes towards the disabled. This article shows the theoretical and legal and medical considerations in the field of disability, socio-psychological definition of social attitudes and the attitudes and the conditions for people with disabilities.

Material and methods. The base of the article are the combination of chosen sociological concept of disabled results of independent researches. The results of independent researches in attitudes towards disabled were also presented.

Results. The basic determinants of attitudes towards disabled author recognizes the socio-demographic characteristics, knowledge about disability, the frequency of contact with people with disabilities. Poles have at least an ambivalent attitude towards the mentally disabled, and claim mental illness as shameful disease.

Conclusions. Policy towards the disabled is moving towards integration with non-disabled. Changes in awareness and knowledge of Poles do not change in a revolutionary way. The higher the social status the more positive attitudes towards disabled people.

Key words: invalidity, disability, mental disability, attitudes towards disabled.

DEFINICJA TERMINU NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ I JEJ RODZAJE

Ze względu na negatywne konotacje termin „inwalida”, który oznacza człowieka słabego, bezsilnego, schorowanego [1] zastępowany jest przez termin „niepełnosprawność”¹. „Inwalidztwo” jest także zakresowo znacznie węższym terminem od „niepełnosprawności” – odnosi się jedynie do prowadzonej na potrzeby formalno-prawnej oceny przez lekarza stanu organizmu (zdrowia) człowieka, która dokonywana jest w oparciu o kryteria biomedyczne, zawodowe i społeczne, w celu ustalenia, czy danej jednostce przysługuje lub nie status osoby z ograniczoną zdolnością do podjęcia zatrudnienia [2]. Inwalidztwo oznacza zatem stan stałego lub długotrwałego naruszenia organizmu w znacznym stopniu (polega na częściowej lub całkowitej utracie sprawności fizycznej lub psychicznej/zdolności do pracy) będący skutkiem kalectwa nabytego (w trakcie wojny bądź wypadku przy pracy) lub choroby [3]. W przeciwieństwie do inwalidztwa niepełnosprawność:

- 1) obejmuje stan nie tylko trwałego, ale i okresowego naruszenia sprawności organizmu, który może być nabyty (wskutek przebytej choroby lub doznanego urazu), ale i również wrodzony (dziedziczny);
- 2) uwzględnia nie tylko medyczny stan człowieka, czyli naruszoną sprawność, ale i aspekty psychospołeczne [2].

¹ Powszechność w oficjalnym języku oraz zakorzenienie się w świadomości społecznej niemal do końca XX w. terminu „inwalida” i pochodzącego od niego słowa „inwalidztwo” były efektem braku precyzyjniejszych określeń, które mogłyby je zastąpić, oraz przyjęcia przez polskie ustawodawstwo emerytalno-rentowe w 1954 r. radzieckiej definicji inwalidztwa, z podziałem na trzy grupy, modyfikowanej jeszcze w latach 80. ubiegłego wieku, lecz z niewielkimi zmianami, co do samej jej istoty, a obowiązującej w polskim orzecznictwie inwalidzkim do września 1997 r.

Wielość i niejednorodność współcześnie proponowanych definicji oraz klasyfikacji pojęcia niepełnosprawność wynika ze złożoności samego zjawiska (odnosi się do różnych ograniczeń funkcjonalnych; poza pierwotnym defektem biologicznym organizmu – jego dysfunkcjonalnością – obejmuje również skutki psychospołeczne tego stanu) oraz zróżnicowanych perspektyw: medycznej, prawnej, społecznej, w ramach których podejmuje się próby jego systematyzacji [4]. Pewną próbą systemowego uporządkowania określić związanych ze zjawiskiem niepełnosprawności była opracowana i opublikowana w 1980 r. przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) Międzynarodowa Klasyfikacja Uszkodzeń, Niepełnosprawności i Upośledzeń, która wyodrębniła trzy powiązane ze sobą i wzajemnie warunkujące się wymiary (medyczny/biologiczny, funkcjonalny, społeczny) w zależności od tego, czy dana niepełnosprawność jest rozumiana jako:

- 1) uszkodzenie narządów organizmu (*impairment*), co oznacza utratę lub nieprawidłowość struktury lub funkcji psychicznej, fizjologicznej lub anatomicznej na skutek różnego rodzaju czynników (choroby, urazy, niewłaściwe odżywianie, wrodzone, dziedziczne);
- 2) niepełnosprawność biologiczna lub funkcjonalna organizmu (*disability*), czyli wszelkie ograniczenie lub brak możliwości wykonywania czynności na poziomie uważanym za normalny dla człowieka.

Według A. Sękowskiego, „niepełnosprawność jest to obniżony – w stosunku do norm ustalonych dla danej populacji – stan sprawności organizmu, powodujący utrudnienie, a często także ograniczenie funkcjonowania fizycznego i psychicznego oraz zdolności do pełnienia ról społecznych”, która tak jak wiele do niej podobnych nawiązuje do klasycznej, powszechnie obowiązującej.

zującej definicji, w której niepełnosprawność jest określana, jako „stan fizycznego lub psychicznego naruszenia zdrowia powodujący trwałe lub długotrwałe utrudnienie, ograniczenie lub uniemożliwienie udziału w stosunkach społecznych i wypełniania ról według przyjętych kryteriów i obowiązujących norm” [3]. Stanisław Kowalik zauważa, że definicja ta ujmuje niepełnosprawność na dwóch poziomach funkcjonowania człowieka. Pierwszy z nich dotyczy niepełnosprawności organizmu, czyli dysfunkcjonalności jego poszczególnych narządów (aspekt biologiczny), natomiast drugi odnosi się do skutków wywołanych przez ów stan, czyli niepełnosprawności społecznej, (...) która sprowadza się do niezdolności człowieka do pełnego uczestnictwa w życiu społecznym: pełnienia ról społecznych, wywiązywania się z zadań życiowych zgodnych z oczekiwaniami społecznymi, podejmowania odpowiedniej aktywności społecznej itd. W końcu odnosi się do niepełnosprawności społecznej i psychologicznej, która (...) polega na utracie częściowej lub pełnej zdolności do podmiotowego organizowania własnego działania, co z kolei utrudnia zaspokojenie potrzeb i wywiązywanie się z zadań narzuconych przez otoczenie społeczne” [5]. Jak podkreśla autor, by można było mówić o niepełnosprawności, nie wystarczy sama dysfunkcjonalność organizmu czy samo niewywiązywanie się z ról społecznych, ponieważ oba stany rzeczy są składnikami tego samego warunku wystarczającego zajścia opisywanego zjawiska. Pierwszy z nich jest warunkiem koniecznym, lecz niewystarczającym, a drugi musi mieć miejsce w wyniku względnie trwałych dysfunkcji narządów organizmu [5].

Antonina Ostrowska zauważa, że „w socjologicznych ujęciach dominują określenia niepełnosprawności przyjmujące za jej kryterium dwa elementy: istnienie uszkodzeń bądź ograniczeń funkcjonalnych organizmu (wskutek choroby, urazu lub wady wrodzonej) oraz wynikające z nich skutki dla funkcjonowania społecznego osób nimi dotkniętych (najczęściej) formułowanych przez możliwość pełnienia podstawowych ról społecznych). Szczegółowe operacjonalizacje tych definicji wskazują, że chodzi tu o ograniczenia trwałe i wykonywanie podstawowych czynności i obowiązków zróżnicowanych w zależności od płci, wieku i społeczno-kulturowego, usytuowania człowieka” [6].

W literaturze przedmiotu istnieje wiele klasyfikacji dzielących osoby niepełnosprawne na poszczególne grupy czy kategorie. Maria Grzegorzewska ze względu na rodzaj niepełnosprawności przyjmuje następujący podział osób niepełnosprawnych: 1) niewidomi i niedowidzący; 2) głusi i niedosłyszący; 3) głuchoniewidomi; 4) upośledzeni umysłowo; 5) przewlekłe choroby; 6) osoby z uszkodzeniem narządu ruchu; 7) osoby z trudnościami w uczeniu się na skutek dysharmonii rozwoju; 8) społecznie niedostosowani wskutek: a) zaniedbań i błędów wychowawczych oraz konfliktów z normami społeczno-moralnymi; b) zaburzeń czynności nerwowych (tło psychopatyczne, charakteropatyczne, nerwicowe – prowadzące do konfliktów z prawem) [7].

Zofia Sękowska przedstawiła cztery kategorie osób niepełnosprawnych:

- mające trudności w poznawaniu świata i w komunikowaniu się z nim na skutek braku, uszkodzenia lub zaburzenia funkcji analizatorów zmysłowych;
- tych, u których procesy poznawcze przebiegają w sposób nieprawidłowy, wskutek czego mają obraz poznawczy nieadekwatny do rzeczywistości, zdolność rozumowania ograniczoną poniżej normy, przystosowanie do życia społeczno-gospodarczego i pracy ograniczone;
- mające z powodu uszkodzenia narządów ruchu lub przewlekłej choroby ograniczoną zdolność do działania, ekspresji, aktywnego udziału w życiu społecznym;
- wymagające w wyniku zaniedbań i błędów wychowawczych bądź nieprawidłowości funkcjonowania systemu nerwowego albo psychopatii czy charakteropatii – wychowania resocjalizacyjnego [8].

W literaturze przedmiotu można znaleźć także poniższą klasyfikację osób niepełnosprawnych:

- 1) osoby z niepełnosprawnością fizyczną, do których należą:
 - a) osoby z uszkodzeniem (dysfunkcją) narządu ruchu – nie-

pełnosprawnością motoryczną, b) osoby z przewlekłymi chorobami wewnętrznymi;

- 2) osoby z niepełnosprawnością sensoryczną (uszkodzenie narządów zmysłów), do których zalicza się: a) osoby niewidome i słabo widzące, b) osoby niesłyszące i słabosłyszące;
- 3) osoby z niepełnosprawnością psychiczną, wśród których możemy wyróżnić: a) osoby z chorobą psychiczną, b) osoby z niesprawnością intelektualną (upośledzenie umysłowe, demencja starcza) [9].

POSTAWA – DEFINICJE, KOMPONENTY

Postawa jest pojęciem, które wprowadzone zostało do psychologii na przełomie XIX i XX w., a niewiele później do socjologii. W naukach społecznych przyjęły się definicje tworzone w ramach tzw. podejścia strukturalistycznego, które traktują postawę jako złożoną strukturę, w skład której wchodzi trzy komponenty: *element poznawczy* (wiedza i przekonania wobec przedmiotu postawy), *emocjonalny* (uczuciowo-motywacyjny, afektywny: uczucia w stosunku do przedmiotu postawy) i *motywacyjny* albo *działaniowy* (behawioralny: zachowania intencjonalne lub zachowania realne wobec przedmiotu postawy).

Mówiąc o postawie, należy mieć na uwadze przedmiot, do którego ona się odnosi. Zawsze istnieje określony *przedmiot* postawy, może nim być wszystko, co istnieje subiektywnie bądź obiektywnie: pojedynczy przedmiot materialny lub jego klasy, człowiek lub pewna zbiorowość (grupa społeczna), pewne zdarzenie jednostkowe, ale i klasy tych zdarzeń czy sytuacji. Przedmiotem postawy może być również własna osoba lub poszczególne elementy systemu aksjo-normatywnego: różnego rodzaju wartości oraz regulujące działanie wobec nich, określone przez społeczność normy, np. moralne [10].

Drugą istotną cechą zawartą w definicjach jest *podmiot*, czyli osoba, człowiek, który posiada w psychice organizację procesów, przez którą odnosi się do postrzeganego w rzeczywistości przedmiotu postawy [11].

Trzecią cechą wyżej cytowanych definicji są trzy komponenty składające się na postawę: poznawczy, emocjonalny/uczuciowy i behawioralny. Komponent *poznawczy* traktuje się jako zbiór elementów, jakie jednostka posiada w swoim umyśle, o właściwościach przedmiotu postawy, tj. mogą nimi być: wiedza, przekonania, również przypuszczenia lub wątplenia. Podstawową rolę w tym komponencie pełnią przekonania, rozumiane jako stan intelektualny zawierający w sobie pewien aspekt oceniający, przez pryzmat którego obiekt postawy traktowany jest przez jednostkę (podmiot) jako pewny lub niepewny, jako słuszny lub niesłuszny [10]. Na postawę składa się zazwyczaj system przekonań, które można ocenić pod względem ich rozległości i prawdziwości, tj. badacz dysponując obiektywnymi kryteriami ich oceny, może dokonać falsyfikacji zawartych w nich twierdzeń (zdań orzekających), jeśli te nie korespondują z rzeczywistością – nie są empirycznie uzasadnione [12].

Drugi komponent postawy jest określany mianem *emocjonalno-oceniającego* lub *afektywnego* i posiada dwa wymiary: oceny i emocje. Komponent afektywny kształtuje stosunek jednostki wobec przedmiotu postawy. Gdy owo ustosunkowanie jednostki przyjmuje postać ocen, wówczas wyrazem elementu wartościującego mogą być zawarte w komunikacji takie określenia jak: „dobry”, „zły”, „słuszny”, „niesłuszny”, „pożądany”, „niepożądany” lub gdy łączą się z dyspozycją do działania – „powinno”, „należy”. Wyrazem tego komponentu są również emocje, jakie jednostka żywi wobec przedmiotu postawy, mogą to być uczucia o walencji dodatniej (radość, czułość, miłość, zachęta, szacunek, współczucie) lub ujemnej (lęk, pogarda) wywołane samą jego obecnością lub tylko wyobrażeniem na jego temat [12].

W literaturze przedmiotu dominuje przekonanie, iż postawy neutralne, czyli o zerowym ładunku, są z definicji niemożliwe [12], a w większości przypadków walencję stosunku emocjonalnego czy oceniającego postawy można uporządkować według klasycznego ujęcia, tzn. na dwubiegunowym kontynuum rozciąg-

gającym się od wartości dodatnich (aprobaty, emocji pozytywnych) do wartości negatywnych (dezaprobaty, emocji negatywnych) [11].

Trzecim elementem postawy jest komponent *behawioralny*, w jego skład wchodzi zachowania intencjonalne lub zachowania obserwowalne, czyli realne wobec przedmiotu postaw. W trójskładnikowej definicji postawy autorstwa Stefana Nowaka komponent behawioralny jest określany jako „mniej lub bardziej jednolity zespół dyspozycji do zachowania się w określony sposób”, czyli „istniejący w psychice jednostki mniej lub bardziej skryzalizowany program działania wobec przedmiotu postawy”, który na drodze introspekcji postrzegany jest przez ów podmiot jako „zamiar, pragnienie, dążenie czy poczucie powinności zachowania się w określony sposób wobec przedmiotu postawy” [12]. Działanie człowieka (są to czynności takie, jak: nawiązywanie kontaktu, pomoc, opieka, unikanie) stanowi dopełnienie pozostałych elementów postawy; wypływa z poprzednich komponentów i oddziałuje na nie. Składnikiem komponentu behawioralnego są także reakcje werbalne, wyrażane przez głoszone opinie. Opinie określa się jako względnie trwałe i świadome odpowiedzi na postawione pytanie dotyczące przedmiotu postawy. Nie można jej zawsze utożsamiać z przekonaniem, może wyrażać przypuszczenie, wątpliwość. Odzwierciedla poznawczy i uczuciowo-motywacyjny (uczucia, pragnienia, dążenia) aspekt postawy [13].

Stefan Nowak proponuje cztery kategorie postaw. Podstawą do ich wyodrębnienia jest wcześniej przedstawiona definicja strukturalna tegoż autora, zgodnie z którą na zjawisko postawy składają się trzy komponenty. Udział poszczególnych elementów w jej powstawaniu, jak i funkcjonowaniu pozwolił autorowi wyróżnić następujące klasy postaw:

- 1) do pierwszej kategorii należą te postawy, w składzie których niemal wyłącznie znajduje się stosunek emocjonalno-oceniający wobec przedmiotu postawy, przy jednoczesnym braku wiedzy o istotnych własnościach tegoż przedmiotu oraz braku jakichkolwiek zachowań ukierunkowanych wobec niego. Postawy te nazywane są postawami *afektywnymi* lub *afektywnymi asocjacjami*;
- 2) druga kategoria obejmuje w swym zakresie te postawy, które obok komponentu emocjonalno-oceniającego składają się z mniej lub bardziej rozbudowanych przekonań o przedmiocie (element poznawczy) przy jednoczesnym braku wyraźnie skryzalizowanych predyspozycji behawioralnych. Są to postawy *poznawcze* lub *zintelektualizowane*. Mając na uwadze wiedzę podmiotu o przedmiocie postawy, wyszczególnia się jeszcze dwa rodzaje postaw poznawczych, według kryterium: a) rozległości wiedzy o przedmiocie, b) prawdziwości wiedzy o przedmiocie;
- 3) kategoria trzecia to postawy, w których komponent emocjonalno-oceniający występuje w powiązaniu z dyspozycją do zachowań wobec przedmiotu postawy. Autor klasyfikacji nazwa je postawami *behawioralnymi*;
- 4) do kategorii czwartej należą te postawy, w składzie których występują wszystkie trzy komponenty, czyli emocje lub ocena przedmiotu, wiedza o nim oraz skryzalizowany program działania. Nazywa się je postawami *pełnymi* lub *poznawczo-behawioralnymi* [12].

Miedzy komponentami postawy występują wzajemne powiązania oraz uwarunkowania. Komponent emocjonalno-oceniający traktuje się jako element wyznaczający kierunek działania (dążenie lub unikanie), również warunkujący jego formę (zachowanie umiarkowane lub skrajne). Przypisuje mu się także w niektórych sytuacjach, iż wpływa na zmianę przekonań zawartych w komponencie poznawczym; gdy różne sądy tego samego przedmiotu postawy naznaczone są przeciwstawnym ładunkiem emocjonalnym. Komponent poznawczy określa cel działania (działanie jednostki może być skierowane na przedmiot, który jest przez nią postrzegany jako całość lub na pewne jego elementy) i jego formę (forma podjętego przez jednostkę działania wobec obiektu postawy zależy od tego, jakimi informacjami ona dysponuje na temat owego obiektu). Komponent poznawczy

również może mieć wpływ na zmianę walencji elementu emocjonalno-oceniającego postawy, gdy jednostce dostarczymy informacje lub na podstawie obserwacji sama sobie ukształtuje przekonanie zmieniające ocenę przedmiotu postawy [11].

W polskiej literaturze socjologicznej upowszechniła się koncepcja postaw zasadniczych i celowościowych. Pierwsza z nich oznacza bezpośrednią akceptację lub negację pewnej reguły dotyczącej wyobrazonego lub rzeczywistego zachowania. W postawie celowościowej owa akceptacja bądź odrzucenie uzależnione są od pewnego rodzaju rozważania dotyczącego wielości możliwych wariantów zachowania się oraz oceny ich skutków. Ponadto socjologowie wyróżniają jeszcze postawy prospołeczne i egoistyczne. Postawa prospołeczna wiąże się z takimi określeniami jak: altruizm, sympatia dla innych, życzliwość, braterstwo, gotowość do niesienia pomocy potrzebującym, wrażliwość na krzywdę, zdolność do rozumienia ludzi, a nawet gotowość do poświęcenia się dla innych. Postawa ta wyraża się w gotowości pozytywnego działania na rzecz innych ludzi zgodnie z normami i wartościami społeczno-moralnymi. Postawa egoistyczna, przeciwnie do poprzedniej, uzewnętrznia się w skłonności do kierowania uwagi na siebie (zajmowania się sobą) oraz przedkładania osobistego interesu nie patrząc na potrzeby i dobro innych ludzi [3].

POSTAWY WOBEC NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Każda zbiorowość ludzka, poczynając od wspólnot plemiennych, aż do współczesnych społeczeństw, stała przed problemem niepełnosprawności oraz stosunku „zdrowej i sprawnej” większości do jednostek odchylonych od normy w funkcjonowaniu fizycznym, umysłowym, emocjonalnym czy społecznym. W dziejach myśli o wychowaniu osób z niepełnosprawnościami możemy wyróżnić trzy okresy charakteryzujące postawy i stosunek społeczeństw wobec osób niepełnosprawnych:

- 1) okres wrogości,
- 2) okres litości i strachu przed osobami niepełnosprawnymi wraz z działalnością charytatywną,
- 3) okres szczegółowych badań wraz z próbami integracji, czyli włączania osób niepełnosprawnych w nurt życia społecznego.

Mówiąc o wrogości do osób z niepełnosprawnościami, należy szczególną uwagę zwrócić na okres wspólnot plemiennych i starożytność. Niechęć tamtego okresu do niepełnosprawnych wynikała głównie z przyjętych norm i zasad dążących do stworzenia zdrowego i silnego społeczeństwa. Realizowano to drogą eliminacji słabych jednostek.

Wraz z chrześcijaństwem pojawił się okres litości, a jednocześnie strachu przed niepełnosprawnymi. Wówczas zaczęto rozpowszechniać idee niesienia pomocy chorym przez działalność charytatywną Kościołów i innych instytucji powołanych do tego celu.

Istotny zwrot w postawach społecznych wobec niepełnosprawnych odegrała Deklaracja Praw Człowieka i Obywatela. W tym czasie powołano pierwsze zakłady dla osób z niepełnosprawnościami, zaczęto prowadzić badania, opracowywać metody usprawniania, wprowadzać ustawy mówiące o łagodniejszym traktowaniu niepełnosprawnych [14].

W prawie polskim termin „osoba niepełnosprawna” po raz pierwszy pojawił się w 1982 r. Pierwsze uregulowania prawne dotyczące funkcjonowania społecznego osób niepełnosprawnych w Polsce pojawiły się w roku 1991. Istotną rolę w poprawie sytuacji życiowej osób niepełnosprawnych w Polsce bez wątpienia odgrywają obecnie obowiązujące regulacje prawne oraz nasza akcesja do struktur Unii Europejskiej. Jednym z podstawowych dokumentów dotyczących osób niepełnosprawnych jest uchwalona 1 sierpnia 1997 r. przez Sejm RP Karta Praw Osób Niepełnosprawnych, która poza wyjaśnieniem pojęcia osoby niepełnosprawnej zawiera prawa przysługujące osobom niepełnosprawnym, m.in. dostęp do opieki medycznej i rehabilitacji, nauki w szkołach z osobami sprawnymi, pracy na otwartym rynku pracy oraz pełnego uczestnictwa w życiu społecznym. Obowiązek realizacji praw zawartych w tym akcie prawnym

spoczywa na władzy samorządowej. Do sporządzenia katalogu praw osób niepełnosprawnych umieszczonego w Karcie posłużyły zarówno akty prawa krajowego, jak i międzynarodowego: Konstytucja RP, Powszechna deklaracja praw człowieka, Konwencja praw dziecka, Standardowe zasady wyrównywania szans osób niepełnosprawnych. Dla Unii Europejskiej przeciwdziałanie dyskryminacji osób niepełnosprawnych jest również jedną z ważniejszych kwestii, dlatego też wraz z formalnym włączeniem nas w jej struktury w dniu 1.05.2004 r. zostaliśmy zobowiązani do przyjęcia i realizacji modelu pełnej integracji z osobami niepełnosprawnymi [15].

Kolejnym czynnikiem sprzyjającym poprawie stosunku naszego państwa i społeczeństwa wobec osób niepełnosprawnych jest współcześnie realizowana, a zapoczątkowana w latach 90. ubiegłego wieku tendencja do odchodzenia od systemu instytucji funkcjonującego w okresie PRL-u, przy konstruowaniu którego jeszcze nie brano pod uwagę praw, potrzeb osób niepełnosprawnych wiążących się z możliwością podjęcia przez nie normalnego i satysfakcjonującego życia w społeczeństwie. Do niedawna osoby niepełnosprawne chcące podjąć normalne życie poza segregującym i izolującym je od społeczeństwa systemem, stwarzającym im możliwość funkcjonowania jedynie w wydzielonych strefach obejmujących głównie instytucje opieki zdrowotnej, społecznej oraz szkolnictwa specjalnego, były skazane przeważnie na siebie i pomoc najbliższych. Obecnie osoby niepełnosprawne są wspierane przez instytucje państwowe, samorządowe i społeczne [16].

Literatura z zakresu tej problematyki wskazuje, iż na sytuację życiową osób niepełnosprawnych oraz ich integrację ze społeczeństwem polskim poza czynnikami indywidualnymi (sprawność organizmu), prawnymi, poziomem ekonomicznym kraju, kierunkiem polityki społecznej, wpływają dominujące w społeczeństwie nastawienia i zachowania wobec tej grupy mniejszościowej [17]. Badacze, także same osoby niepełnosprawne, wskazują, iż czynnikiem sprawczym problemów, utrudnień i ograniczeń, z jakimi borykają się na co dzień, nie są jedynie ograniczenia fizyczne lub psychiczne, lecz reakcje społeczne na ich niepełnosprawność. Postrzegane odchylenia od normy, dysfunkcje, defekty wywołują określone reakcje, które mogą się wyrażać w następujący sposób: „powstawianiem stereotypów na temat osób niepełnosprawnych; stygmatyzowanie osób posiadających określoną cechę niezgodną z normą; konkretnymi postawami wobec tych osób” [18].

W literaturze przedmiotu funkcjonuje kilka systematyzacji postaw społecznych wobec osób niepełnosprawnych, ale najczęściej wymienia się dwie skrajne postawy, które traktuje się zarazem jako formy zachowania wobec osób z niepełnosprawnością: pozytywną – akceptującą oraz negatywną – odrzucającą.

Badając postawy wobec osób niepełnosprawnych, należy brać pod uwagę trzy kryteria: żywione uczucia wobec osoby niepełnosprawnej, nastawienia poznawcze i zachowania społeczne. Postawę negatywną charakteryzują uczucia litości, zbytnej troskliwości, ciekawości, patrzenie na osobę niepełnosprawną tylko przez pryzmat jej ograniczeń wynikających z kalectwa, błędna ocena i pomniejszanie możliwości osób niepełnosprawnych, przecenianie brzydoty kalectwa, aż do wstrętu i odrzucenia, izolowanie niepełnosprawnych od innych ludzi, sprzeciw lub niechęć wobec ich udziału w kontaktach społecznych, uczucia niewygody, zakłopotania, lęku w ich obecności. Postawa pozytywna cechuje się obiektywną i realną oceną możliwości, jak i ograniczeń osób niepełnosprawnych, ich społeczną akceptacją na równi z innymi; w aspekcie poznawczym, chęcią poznania człowieka, a nie wyłącznie jego inwalidztwa, znajomością jego potrzeb, obiektywnym dostrzeganiem zalet, osiągnięć i możliwości; w zachowaniu społecznym cechuje się odrzuceniem izolacji, naturalnym i życzliwym kontaktem, gotowością i chęcią do współpracy, przyznawaniem im praw do uczestnictwa i pełnienia różnych ról społecznych, akceptacją, otwartością na różne formy integrowania ich w społeczeństwie [3].

Nieco odmienną klasyfikację postaw wobec niepełnospraw-

nych przedstawiła Larkowa. Wyróżniła ona trzy rodzaje: postawy pozytywne, negatywne i pośrednie, niezdecydowane, a w każdej z nich scharakteryzowała komponenty: poznawczy, uczuciowy i wolicjonalny.

Postawę pozytywną charakteryzuje:

- 1) *postawa intelektualna*: w wymiarze poznawczym postawy jej podmiot porównuje jednostkę (przedmiot postawy) z przyjętymi standardami, wzorami i dokonuje wartościującej oceny – występuje pozytywna ocena wartości inwalidów;
- 2) *postawa uczuciowa*: komponent emocjonalny postawy ma znak dodatni lub ujemny i wiąże się z przyjemnymi lub przykrymi uczuciami wobec obiektu postawy – występuje życzliwość i sympatia wobec osoby niepełnosprawnej;
- 3) *postawa wolicjonalna*: składnik ten ukierunkowuje działanie jednostki „do” lub „od” przedmiotu postawy – występuje akceptacja kontaktów, chęć utrzymania kontaktów.

Postawę negatywną charakteryzuje:

- 1) *postawa intelektualna*: ujemna ocena cech osoby niepełnosprawnej;
- 2) *postawa uczuciowa*: niechęć do inwalidów, do widoku inwalidztwa;
- 3) *postawa wolicjonalna*: chęć unikania kontaktu z inwalidami, widoku uszkodzonego ciała.

Postawy pośrednie niezdecydowane:

- 1) *postawa intelektualna*: ciekawość i zainteresowanie (częściowo pozytywna i negatywna ocena cech inwalidy);
- 2) *postawa uczuciowa*: współczucie (postawa pozytywna – jako wyraz normalnej grzeczności), litość (nadaje postawie charakter negatywny; same osoby niepełnosprawne tak ją odczuwają);
- 3) *postawa wolicjonalna*: chęć niesienia pomocy, obserwowania.

Należy zaznaczyć, że ważniejsze od werbalnych deklaracji wyrażanych publicznie są postawy rzeczywiste, prywatne. Deklaracje składane publicznie mają częściej charakter pozytywny, mogą być determinowane przez oczekiwania społeczne, czyli obowiązujące normy określające akceptowane społecznie zachowania (postawy) wobec osób niepełnosprawnych, za których złamanie jednostkę spotyka negatywna ocena społeczna (sankcja). Dlatego też, w rzeczywistości, te niezwerbalizowane postawy są częściej nieprzychylnie lub wrogie [19].

POSTAWY WOBEC CHORYCH PSYCHICZNIE

Z danych opublikowanych w 2008 r. wynika, że w krajach unijnych liczba osób potrzebujących pomocy psychiatrycznej sięga około 11% ludności [20]. W Polsce w 2006 r. w placówkach psychiatrycznych leczono około 1,5 mln osób, tj. około 4% ludności. Kilkakrotnie mniejsza liczba dla Polski może być wynikiem ograniczonej dostępności pomocy psychiatrycznej, ale także braku gotowości do korzystania z niej. Brak gotowości może z kolei wynikać z lekceważącego stosunku Polaków do osób chorych psychicznie, które raczej narażone są na wykluczenie niż współczucie [21]. Badania z 2012 r. pokazują jednocześnie, że tylko 46% badanych zwróciłoby się do lekarza psychiatry, gdyby podejrzewali, że ktoś bliski jest chorym psychicznie [22]. Jednocześnie co trzeci badany (29%) deklaruje, że obawia się chorób psychicznych. Zagrożenie to znacznie częściej odczuwają respondenci mający wysoką pozycję społeczną (przedstawiciele kadry kierowniczej i inteligencji, pracownicy umysłowi niższego szczebla) niż pozostali pracujący. Częściej boją się ich także kobiety niż mężczyźni (którzy bardziej niż chorób psychicznych obawiają się AIDS) [21].

Zdaniem ankietowanych, bezpośredni kontakt z osobą psychicznie chorą wywołuje współczucie połączone z zakłopotaniem, ale także bezradność, strach i litość. Do rzadkich reakcji należą zaciekawienie oraz obojętność. Sporadycznie występują zarówno takie postawy, jak okazywanie szacunku osobom chorym, jak również skrajnie negatywne: odraza, pogarda czy złość.

Z badań CBOS-u wynika, że 61% respondentów spotyka się z pejoratywnymi określeniami osób chorych psychicznie. 25% badanych przytacza określenia opisowe, neutralne, a tylko 4% – określenia pozytywne, wyrażające zrozumienie i współczucie.

Chociaż pejoratywne określenia osób niepełnosprawnych psychicznie występują we wszystkich grupach społeczno-demograficznych, to zaznacza się wyraźny wzrost określeń pejoratywnych w grupach o niższym wykształceniu i dochodach oraz u osób o mniejszym zaangażowaniu w praktyki religijne [23]. Taka charakterystyka osób z zaburzeniami psychicznymi odzwierciedla tendencję do wykluczania poza krąg społeczeństwa uznanego za pełnoprawnych użytkowników życia społecznego. Bez względu na cechy społeczno-demograficzne Polacy uważają, że choroby psychiczne przynoszą wstyd chorym i najbliższym, dlatego choroba jest ukrywana przed innymi. Choroba psychiczna uruchamia proces napiętnowania dotkniętej nią osoby, a procesowi temu towarzyszą społeczne naznaczanie, dystansowanie się, a w końcu – dyskryminacja.

Wskaźnikiem dystansu społecznego są odpowiedzi na pytania, w których respondent wyobraża sobie, jaką rolę społeczną mógłby pełnić w środowisku społecznym osoba, która leczyła się w szpitalu psychiatrycznym.

Większość badanych zgodziłaby się, aby ich sąsiadem został pacjent szpitala psychiatrycznego, połowa, aby był ich współlokatorem na wczasach. Ale już 58% jest przeciwna, aby osoba leczona została ich synową czy zięciem lub szefem w pracy. Prawie dwie trzecie nie wyobraża sobie takiej osoby w roli nauczyciela lub proboszcza. Jeszcze większy sprzeciw budzi powierzenie byłemu pacjentowi szpitala psychiatrycznego funkcji wiążącej się z odpowiedzialnością za innych (dotyczy to zarówno funkcji politycznych związanych z władzą samorządową, jak i z funkcją lekarza). Ponad 80% badanych Polaków nie powierzyłoby swoich dzieci pod opiekę takich osób.

Prawidłowość ta odnotowana została we wszystkich grupach społeczno-zawodowych. Postawy dystansu są mocno skorelowane z opinią na temat uleczalności chorób psychicznych. Osoby przekonane o nieuleczalności chorób psychicznych są przeciwnie powierzaniu byłym pacjentom praktycznie każdej roli społecznej, wymienionej w badaniu CBOS-u. Niewiara w uleczalność choroby podważa zaufanie do osób leczonych w szpitalu psychiatrycznym. Sprzeciw wobec powierzania niektórym ról społecznych byłym pacjentom wyrażają ankietowani, dla których choroba jest sprawą wstydliwą.

PODSUMOWANIE

Niewłaściwe reakcje społeczne w stosunku do osób z niepełnosprawnością są determinowane przez rozmaite czynniki. Mogą być skutkiem lęku przed odmiennością, obaw przed niesamodzielnością i uzależnieniem osób niepełnosprawnych od otoczenia, braku wiedzy i doświadczeń osobistych z niepełnosprawnymi, nieumiejętności zachowania się w ich towarzystwie. „Mogą wiązać się także z rozpowszechnianiem często krzywdzących stereotypów i obiegowych określeń przypisyujących

im pewne cechy osobiste lub niewłaściwie przedstawiających ich trudności i szanse życiowe” [17].

W naukach społecznych zwykło się przyjmować, iż na kształtowanie się postaw jednostki do otoczenia społecznego szczególnie rolę odgrywa zakres jej bezpośrednich doświadczeń. Człowiek przez kontakt bezpośredni z przedmiotem postawy kształtuje sobie o nim przekonania, stosunek emocjonalny, również dyspozycję do zachowania się wobec niego. Gdy jednostka nie ma doświadczeń własnych z przedmiotem postawy, wówczas brak wiedzy na temat danej kategorii rekompensuje przyswajając wiedzę pośrednio, również w formie stereotypów.

Udział stereotypu (poznawczy składnik postawy) oraz silnych uprzedzeń (komponent emocjonalny) w kształtowaniu się postaw wobec osób niepełnosprawnych jest niestety znaczny [24]. Treść przekonań stereotypowych często bazuje na myśleniu potocznym, może ona być pozytywna lub negatywna, dotyczy jakiegś odmienniejszego cechy, zazwyczaj łatwo obserwowalnej, która następnie podlega niekontrolowanej i nieuprawnionej generalizacji (uogólnieniu) na osoby podobne (grupę, kategorię społeczną), tj. na podstawie kilku wzorcowych interakcji z osobami niepełnosprawnymi zdobywam wiedzę o „egzemplarzach” tej kategorii społecznej, kształtuje przekonanie o całej grupie [25].

Szczególne rolę w kształtowaniu się postaw sprawnej większości wobec osób z odchyleniami od normy przypisuje się wiedzy i doświadczeniom osobistym. Na przykład A. Sękowski, badając postawy wobec osób niepełnosprawnych, spośród kilku wymienianych m.in. wiedzę oraz kontakty jako istotne formy oddziaływań modyfikujących postawy rówieśników wobec uczniów niepełnosprawnych [3].

Wyniki badań wskazują, że osoby mające częstszy kontakt z osobami niepełnosprawnymi charakteryzują się bardziej pozytywnymi postawami wobec nich [19]. Postawy badanych, które nie znały osób niepełnosprawnych, niewiele wiedziały na ich temat i nie miały z nimi kontaktów, częściej miały charakter niezdecydowany, natomiast postawy zdecydowanie negatywne występowały znacznie rzadziej [3].

Czynnikami sprzyjającymi akceptacji oraz deklarowaniu gotowości niesienia pomocy osobom niepełnosprawnym są również takie zmienne społeczno-demograficzne, jak: płeć, wiek, religijność. Postawy osób młodszych (uczniów, studentów) i kobiet mają częściej charakter pozytywny [26]. Wśród czynników współokreślających (determinujących) społeczne nastawienia wobec osób niepełnosprawnych znajdują się również czynniki osobowościowe, tj. przypisywana społecznie ranga takim wartościom, jak: zdrowie, harmonia ciała, sprawność fizyczna i umysłowa, piękno fizyczne, ostatnio również sukces, produktywność, zamożność [27]. Bogumiła Witkowska, badająca postawy społeczne wobec osób chorych psychicznie, stwierdziła, że osoby preferujące wartości moralne, religijne, społeczne, a także artystyczno-etyczne, nad wartości ekonomiczne, prestiżowe, mają bardziej pozytywny stosunek do osób z zaburzeniami psychicznymi [28].

BIBLIOGRAFIA

- Kopaliński W. *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych*, wersja elektroniczna: <http://www.sownik-online.pl>.
- Kirenko J. *W stronę społecznego modelu niepełnosprawności*. W: Pałak Z, red. *Pedagogika specjalna w reformowanym ustroju edukacyjnym*. Lublin 2001.
- Sękowski EA. *Psychospołeczne determinanty postaw wobec inwalidów*. Lublin 1994.
- Kirenko J. *Indywidualna i społeczna percepcja niepełnosprawności*. Lublin 2008.
- Kowalik S. *Psychospołeczne podstawy niepełnosprawności i rehabilitacji*. W: Strelau J, red. *Psychologia. Podręcznik Akademicki*. Gdańsk 2000.
- Ostrowska A. *Niepełnosprawność*. W: Bokszański Z, Domański H, red. *Encyklopedia socjologii*, T. 2, K-N. Warszawa: Oficyna Naukowa; 1999.
- Grzegorzewska M. *Pedagogika specjalna. Skrypt wykładów*. Warszawa 1968, cyt. za: Sękowska Z. *Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej*. Warszawa 1998.
- Sękowska Z. *Postawy wobec niepełnosprawnych*. W: Kornas-Biela D, red. *Osoba niepełnosprawna i jej miejsce w społeczeństwie*. Lublin 1985.
- Dykcik W. *Wprowadzenie w przedmiot pedagogiki specjalnej jako nauki*. W: Dykcik W, red. *Pedagogika specjalna*. Poznań 2006.
- Mądrzycki T. *Psychologiczne prawidłowości kształtowania się postaw*. Warszawa 1973.
- Marody M. *Sens teoretyczny a sens empiryczny pojęcia postawy*. Warszawa 1976.
- Nowak S. *Pojęcie postawy w teoriach i stosowanych badaniach społecznych*. W: Nowak S, red. *Teorie postaw*. Warszawa 1973.
- Barlak M. *System wartości maturzystów końca XX wieku i ich postawy wobec osób niepełnosprawnych*. Warszawa 2006.

14. Gazdulska M. *Postawy społeczeństwa wobec osób z niepełnosprawnościami w ujęciu historycznym i współczesnym*, wersja elektroniczna: <http://seminare.pl/25/21-Gazdulska.pdf>.
15. Monitor Polski z 1997 r., nr 50, poz. 475.
16. Marszałek L. Społeczny kontekst niepełnosprawności. *Seminare* 2007; 24.
17. Ostrowska A. *Postawy społeczeństwa polskiego w stosunku do osób niepełnosprawnych*. W: Gustavson A, Zakrzewska-Manterys E, red. *Upośledzenie w społecznym zwierciadle*. Warszawa 1997.
18. Krawczyńska-Burtyl Z. *Niepełnosprawność – specyfika pomocy społecznej*. Katowice 1998.
19. Larkowa H. *Postawy społeczne wobec osób z odchyleniami od normy*. W: Hulek A, red. *Pedagogika rewalidacyjna*. Warszawa 1998.
20. European Pact for Mental Health and Well-being. Bruksela, 13 czerwca 2008.
21. CBOS, komunikat: *Polacy o niepokojach, zagrożeniach i oczekiwaniach dotyczących zdrowia psychicznego*. 2008.
22. CBOS, komunikat: *Zdrowie psychiczne Polaków*. październik 2012.
23. CBOS komunikat: *Polacy wobec chorób psychicznych i osób chorych psychicznie*. 2005.
24. Buchnat M. Postawy młodzieży wobec osób niepełnosprawnych. *Nasze Forum. Kwartalnik Pedagogiczno-Terapeutyczny* 2008; 1–2(29–30).
25. Miluska J. *Obrazy społeczne grup narażonych na dyskryminację. Uwarunkowania społeczno-demograficzne i psychologiczne*. Poznań 2008.
26. CBOS, komunikat: *Postawy wobec osób niepełnosprawnych*. 2000, 2007.
27. Chodkowska M. *Kobieta niepełnosprawna. Socjologiczne problemy postaw*. Lublin 1993.
28. Witkowska B. Osobowościowe uwarunkowania postaw wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. *Przegląd Psychologiczny* 2001; 44(2).

Adres do korespondencji:

Dr n. społ. Irena Wolska-Zogata
Zakład Socjologii Ogólnej
Instytut Socjologii
Uniwersytet Wrocławski
ul. Koszarowa 3
51-149 Wrocław
Tel. 71 37 55 108

Praca wpłynęła do Redakcji: 18.10.2012 r.

Po recenzji: 28.10.2012 r.

Zaakceptowano do druku: 30.10.2012 r.