

Iwona Wagner
Hanna Wiśniewska-Śliwińska

Autonomia czy przemoc? Wybrane problemy osób niepełnosprawnych – na podstawie badań przeprowadzonych na terenie województwa śląskiego

Wstęp

Według danych BAEL przeliczonych na podstawie nowych bilansów ludności po NSP 2011, liczba osób niepełnosprawnych w wieku 16 lat i więcej w 2013 roku kształtowała się na poziomie 3,3 mln osób (dokładnie 3 320 tys.). Oznacza to, że 10,7% ludności w wieku 15 lat i więcej posiadało prawne orzeczenie niepełnosprawności. Liczba osób niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym wynosiła średniorocznie 1 918 tys., co stanowiło 8,3% ludności w tym wieku. Najnowsze prognozy mówią o 4,5 mln niepełnosprawnych, co stanowi 15 %¹.

Przyczyną niepełnosprawności może być choroba wrodzona, nieszczeniwy wypadek, postęp medycyny umożliwiający ratowanie ludzkiego życia mimo niesprawności niektórych organów i w efekcie wydłużanie okresu życia w starości. Sytuacja ludzi niepełnosprawnych jest bardzo zróżnicowana, zarówno jeśli chodzi o sytuację rodzinną, jak i społeczną. Niektórzy dzięki wielkim wysiłkom osiągnęli względną samodzielność, część żyje w normalnych rodzinach, część doświadcza zagrożenia przemocą i marginalizacją. Wiele osób niepełnosprawnych musi pokonać istniejące jeszcze bariery architektoniczne, społeczne oraz niskie poczucie własnej wartości. Pozytywny obraz własnej osoby przy świadomości swoich ograniczeń daje szansę na podmiotowe funkcjonowanie w społeczeństwie i osiągnięcie niebywałych czynów. Przykładem może być profesor Stephen Hawking, brytyjski astrofizyk, cierpiący na stwardnienie rozsiane boczne, którego książka *Krótką historia czasu* znalazła się na liście bestsellerów, czy Jan Mela – zdobywca obu biegunów ziemi. Przytoczone przypadki świadczą o tym, że stan upośledzenia nie musi zaburzać życia w społeczeństwie. Sprzyja temu dokonujący się proces odchodzenia od medycznego modelu

1 <http://stat.gov.pl/spisy-powszechne/nsp-2011/nsp-2011-wyniki/> (data dostępu: 07.08.2016).

niepełnosprawności skoncentrowanego na wadach i brakach oraz zmierzanie do poszukiwania możliwie jak najwcześniej możliwości rozwojowych człowieka, a zwłaszcza jego mocnych stron. W działaniach rehabilitacyjnych i rewalidacji należy uwzględniać potrzeby emocjonalne i edukacyjne osób specjalnej troski i dynamiczne spojrzenie na niepełnosprawność w aspekcie organicznym, psychicznym i społecznym. Wymaga to poszanowania godności, tożsamości i podmiotowości człowieka z niepełnosprawnością umysłową lub ruchową oraz uznania tendencji do emancypacji osób niepełnosprawnych. Jest to zgodne z założeniami autonomii, pod pojęciem której rozumiemy:

- umiejętność kierowania swoim zachowaniem;
- możliwość dokonywania wyboru z uwzględnieniem własnych i cudzych potrzeb;
- kształtowanie relacji społecznych opartych na zasadzie wzajemności.

W opinii Czesława Kosakowskiego autonomia oznacza stopniowe zyskiwanie przez osobę z odchyleniami od normy samodzielności na ile jest to możliwe². Jest to paradygmat podmiotowości nastawiony na ujmowanie człowieka niepełnosprawnego jako niepowtarzalnej jednostki ze wszystkimi mocnymi i słabymi stronami, mającej prawo do samorealizacji i rozwoju w integracji z innymi ludźmi.

Wielu autorów wskazuje na specyficzną ambiwalencję systemu rodzinnej i instytucjonalnej opieki nad osobami niepełnosprawnymi i ich stereotypowe postrzeganie przez społeczeństwo. Z jednej strony wskazuje się na potrzebę autonomii, z drugiej natomiast na przypadki izolacji, bezosobowe traktowanie, nietolerancję, kontrolę, a nawet przemoc. W Europie i Stanach Zjednoczonych rośnie liczba osób w jakimś stopniu niepełnosprawnych i mających trudności z adaptacją do wciąż zmieniających się warunków społecznych i politycznych. Cała populacja bez względu na miejsce zamieszkania traktowana jest jako gorsza lub tzw. niewidzialni obywatele. Nawet w społeczeństwach demokratycznych, które powinny respektować zasadę równouprawnienia osób niepełnosprawnych we wszystkich dziedzinach życia, osoby te muszą pokonywać bariery utrudniające im życie, np. niechęć pracodawców do zatrudniania tej populacji, niższe zarobki, ograniczony dostęp do opieki medycznej oraz wyższe ryzyko doświadczania przemocy psychicznej i fizycznej. Część tych osób jest wyizolowana społecznie ze względu na znaczny stopień niepełnosprawności uniemożliwiający wypełnianie ról życiowych i nieumiejętność korzystania z przewidzianych prawem różnorodnych świadczeń i form wspar-

2 Cz. Kosakowski, *Węzłowe problemy pedagogiki specjalnej*, Wydawnictwo Edukacyjne Akapit, Toruń 2009, s. 28.

cia instytucjonalnego i instrumentalnego. Autorzy badań zwracają uwagę na brak statystyk dotyczących przemocy wobec osób niepełnosprawnych i trudności z oszacowaniem tego zjawiska. Według ogólnopolskich raportów 31,9% osób zetknęło się z biciem poza własną rodziną, a ponad 60% słyszało o fizycznej przemocy. Najczęściej wskazywano na zabieranie dóbr materialnych. Osoby niepełnosprawne rzadko zgłaszają sytuację przemocy, ponieważ mają ograniczone możliwości kontaktowania się, a także obawiają się pogorszenia sytuacji (zwłaszcza w rodzinie) i eskalacji krzywdzenia. Z uwagi na ograniczenia fizyczne i psychiczne mają mniejsze możliwości przeciwstawienia się przemocy. Próby ujawniania tych sytuacji mogą być udaremniane przez opiekunów podczas wizyt służb społecznych. Część problemów związanych ze zjawiskiem przemocy jest wspólna. Są to: niezgłaszanie przestępstw, brak reakcji ze strony organizacji pomocowych, postrzeganie osób niepełnosprawnych jako niewiarygodnych, fizyczna lub społeczna izolacja ofiary. Osoby te są więc narażone na wiktymizację i większość z nich nigdy nie szuka pomocy prawnej czy psychologicznej. W konsekwencji potwierdza się fakt, że niepełnosprawność kumuluje różnorodne upośledzenia w wielu wymiarach sytuacji życiowej (np. wykształcenie, praca, materialne warunki życia), co implikuje ograniczenie własnych dążeń i aspiracji oraz uruchamia **proces automarginalizacji**. Badacze problemu podkreślają, że pracownicy wymiaru sprawiedliwości, służb społecznych i ośrodków pomagającym ofiarom przemocy często nie są odpowiednio przygotowani do tego, aby skutecznie identyfikować i reagować na przemoc wobec osób z różnymi rodzajami niesprawności.

Niewątpliwie czynnikiem utrwalającym ich marginalizację jest współwystępowanie dwóch procesów – z jednej strony marginalizowanie się samych niepełnosprawnych, a z drugiej jednocześnie marginalizowanie ich przez społeczeństwo³. Osoby wykluczone często żyją w skromnych warunkach ekonomicznych. Zostają dotknięte niekorzystnymi procesami społecznymi wynikającymi z masowych i dynamicznych zmian rozwojowych, np. dezindustrializacji, kryzysów, gwałtownego upadku branż czy regionów.

Państwo i organizacje pozarządowe podejmują zadania przeciwdziałania nasileniu skali przemocy i zjawiska przedmiotowego traktowania osób niepełnosprawnych. W tym celu organizowane są działania profilaktyczne, do których należą :

– wczesna diagnoza sytuacji niepełnosprawności (np. badania prenatalne);

3 I. Wagner, *Obiektywna i subiektywna percepcja biedy w rodzinie. Diagnoza nierówności społecznych*, Wydawnictwo AJD, Częstochowa 2012, s. 23.

- akcje edukacyjne np. bezpieczeństwo na drogach;
- opracowanie planów opieki i pomocy rodzinie;
- wdrożenie odpowiednich programów i działań administracyjnych.

Druga część zadań związana jest z usuwaniem i kompensacją skutków chorób i urazów, i podejmowana jest w różnych formach rehabilitacji mających na celu pomoc w procesie przystosowania jednostek o ograniczonej sprawności do funkcjonowania w społeczeństwie. Szczególną rolę odgrywa kompleksowa rehabilitacja, tj. rodzinna i środowiskowa. Nowe podejście do niepełnosprawności to droga od bezradnej medycyny do opieki wielodyscyplinarnej i wspierania rozwoju; od biernej wegetacji w domu do aktywnego życia, od zniewolenia opieką do zaradności, samodzielności i autonomii; od koncentracji na deficytach do promowania mocnych stron; od pomijania problemów rodziny do uznawania jej kluczowej roli, wspierania i pomocy. W opiniach większości autorów wsparcie dla rodziny ma istotne znaczenie. Pomoc tę postrzega się w czterech zakresach :

- wspomaganie psychoemocjonalne (szczególnie ważne w stanach kryzysu psychicznego po urodzeniu dziecka z odchyleniami od normy);
- wspomaganie socjalno-usługowe (świadczenia materialne);
- wspomaganie opiekuńczo-wychowawcze (pedagogizacja rodziców);
- wspomaganie rehabilitacyjne (leczenie i usprawnianie dziecka)⁴.

Cel pracy

Przedstawienie sytuacji osób z niepełnosprawnością umysłową lub ruchową z uwzględnieniem rodzaju niepełnosprawności, sytuacji życiowej oraz możliwości decydowania o rzeczach małej czy wielkiej wagi.

Przedstawienie problemów wynikających z sytuacji życiowej osób niepełnosprawnych – zagrożenia autonomii, braku opieki oraz sytuacji, w których te problemy nie wystąpiły.

Materiał i metody

Badania prowadzono na terenie województwa śląskiego w terminie od sierpnia 2014 roku do lutego 2015 roku badaniami objęto 11 osób z niepełnosprawnością umysłową lub ruchową albo chore psychicznie wraz z 5 opiekunami, 2 pracownikami socjalnymi i 2 sąsiadami tych osób. Z badanymi skontaktowano się wskutek wskazań wolontariuszy i pra-

⁴ T. Witkowski, *Rozumieć problemy osób niepełnosprawnych*, Wydawnictwo Małe Dzieło Bożej Opatrzności, Warszawa 1993.

owników socjalnych pracujących na terenie powiatów myszkowskiego i częstochowskiego.

W badaniach zastosowano metodę wywiadu oraz indywidualnych przypadków.

Przestudiowano przypadki osób niepełnosprawnych lub przewlekle chorych, które w pewien sposób są zmuszone do zaakceptowania rozwiązań proponowanych przez osoby trzecie.

Wyniki

Przykład 1

Kobieta, BJ, lat 43; rozwój umysłowy w normie; zdiagnozowane: otyłość olbrzymia (BMI= 55,3 kg/m²), depresja.

Aktualne miejsce pobytu: Dom Pomocy Społecznej.

Stan prawny: nieubezważnowolniona.

Kobieta przebywa w Domu Pomocy Społecznej 1 rok i 8 miesięcy, przewieziona na zlecenie matki pacjentki. Matka nie radziła sobie z opieką nad leżącą córką. Problemem były codzienna toaleta, zbiegi higieniczne, odmowa stosowania diety i podjęcia próby schudnięcia.

Transport karetką pogotowia był niemożliwy ze względu na otyłość, niemożność wyniesienia pacjentki z mieszkania i zanieśnięcia jej do karetki przez 2-3 osoby. Ostatecznie wyniesienie pacjentki, jej przewiezienie i zainstalowanie w DPS-ie zlecono funkcjonariuszom Państwowej Straży Pożarnej. Pacjentka – przy pomocy dietetyka i psychoterapeutów schudła o 38 kg (Aktualne BMI= 40,8 kg/m²). Przemusza się na krótkich dystansach za pomocą balkonika, na dłuższych – na wózku inwalidzkim. Odwiedziny matki – raz w tygodniu, rozmowy telefoniczne – ograniczone do 1 dziennie. Sporadyczne kontakty ze znajomymi.

Problem: zapowiedź matki, iż nie przyjmie kobiety do wspólnie wynajmowanego mieszkania. Obawia się, że córka po powrocie do domu na powrót zacznie więcej jeść, przestanie ćwiczyć i będzie oczekiwała opieki we wszystkich codziennych czynnościach, nawet zabiegach higienicznych. Pacjentka nie jest ubezważnowolniona. Nie przyszło jej do głowy, że mogłaby wezwać taksówkę lub poprosić o pomoc kogoś znajomego i wrócić do domu bez zgody matki. Ma własne środki do życia – rentę (z której aktualnie część trafia na konto DPS-u). Istotnym ograniczeniem osobistych umiejętności i sprawności jest depresja. Z jej powodu pacjentka nie radzi sobie z samoobsługą, z czynnościami dnia codziennego, z organizowaniem czasu wolnego. Nie decyduje również o podjęciu starań w sprawie znalezienia pracy.

Podopieczna mimo że nie jest ubezwłasnowolniona, jest pozbawiana przez matkę możliwości decydowania o swoim miejscu pobytu.

Przykład 2

Kobieta, AK, lat 84; rozwój umysłowy w normie; zdiagnozowane: choroba niedokrwienna serca, astma, reumatoidalne zapalenie stawów; aktualne miejsce pobytu: własne mieszkanie.

Stan prawny: nieubezwłasnowolniona.

Kobieta samotna, poruszająca się jedynie po własnym mieszkaniu, przyjmuje leki, odwiedza ją pielęgniarka środowiskowa. Istotne ograniczenie sprawności w zakresie samoobsługi, ograniczone radzenie sobie z czynnościami dnia codziennego.

Problem: kobieta – ze względu na chory układ ruchu – nie opuszcza mieszkania. Nikt nie zmusza jej, by tam pozostawała, jednak ze względu na stan zdrowia jest unieruchomiona na VIII piętrze. Przyczyną jej izolacji jest wyłącznie stan zdrowia.

Przykład 3

Kobieta, DZ, lat 43, upośledzenie umysłowe w stopniu lekkim, nie zdiagnozowano żadnej choroby somatycznej, psychicznej.

Aktualne miejsce pobytu: dom rodzinny.

Stan prawny: nieubezwłasnowolniona.

Ograniczenie dotyczy umiejętności i sprawności osobistych w zakresie umiejętności podejmowania decyzji (kierowanie sobą), sprawności interpersonalnych, organizowania czasu wolnego, radzenia sobie w pracy.

Kobieta zamieszkuje z siostrą i jej rodziną. Mimo że nie jest ubezwłasnowolniona, siostra nie pozwala jej na opuszczanie miejsca pobytu. Kobieta jest ciągle nadzorowana, ma wyznaczane kolejne prace, czas na odpoczynek, miejsca, do których może się udać, zakupy, które może zrobić, kwoty, które może wydać.

Problem: kobieta, mimo że nie ma do tego żadnych prawnych podstaw, jest od ponad 20 lat nadzorowana przez siostrę. Mimo że czasami usiłuje protestować, siostra nie znosi sprzeciwu i w dalszym ciągu kontroluje każdy krok siostry i narzuca jej zachowania według własnego uznania. Również środki finansowe przeznaczone dla kobiety rozdysponowuje według uznania siostra. Kobieta nie zdaje sobie sprawy, że nie musi trwać w tej sytuacji.

Przykład 4

Kobieta, JP, lat 34, rozwój umysłowy w normie,
zdiagnozowane: schizofrenia, aktualne miejsce pobytu: oddział zamknięty w szpitalu psychiatrycznym.

Stan prawny: nieubezpieczeniowa

Kobieta leczona wcześniej na oddziale psychiatrycznym oraz ambulatoryjnie w poradni zdrowia psychicznego. Przejawiała wcześniej zachowania agresywne. Celowo, świadomie nie przyjmowała zaordynowanych leków, twierdząc, że źle się po nich czuje. Kiedy zaatakowała matkę nożem, ta zgłosiła incydent na policję. Gdy sprawa trafiła przed sąd, na zakończenie pierwszej rozprawy sąd postanowił, by podsądną skierować na przymusowe leczenie. Skazana udała się do prawnika, a ten sporządził krótką apelację, opierającą się na obrazie art. 79 Kpk⁵, dotyczącą obrony obligatoryjnej⁶. Mimo iż sądowi znany był fakt wcześniejszego leczenia psychiatrycznego, nie wyznaczył on oskarżonej obrońcy z urzędu. Ten fakt był podstawą do uznania skuteczności apelacji. To w efekcie doprowadziło do zarządzenia przez Sąd Apelacyjny przeprowadzenia powtórnej rozprawy przed sądem I instancji. Niestety, w międzyczasie podsądna zaatakowała, tym razem skutecznie, swą siostrę. Z tego też powodu sąd – w innym składzie, w innej sprawie – zarządził obserwację psychiatryczną.

Problem: kobieta jest zagrożeniem dla domowników i nie tylko. Bywa agresywna, przy czym używa niebezpiecznych narzędzi. Gdyby Sąd I instancji na początku postępowania – zgodnie z brzmieniem art. 79 Kpk –

5 Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego. (Dz.U. 1997 nr 89 poz. 555); brzmienie od 8 kwietnia 2015 r.

6 Artykuł ten przedstawia instytucję obrony obligatoryjnej, inaczej konieczności reprezentowania oskarżonego przez obrońcę. Oskarżony nie może zrezygnować z tej obrony, nie może zrzec się korzystania z pomocy obrońcy, nie może sprzeciwić się wyznaczeniu mu obrońcy z urzędu i jego udziałowi w postępowaniu. Oskarżony musi mieć obrońcę, jeżeli 1) jest nieletni (jeśli w chwili czynu przestępnego nie ukończył lat 17); 2) jest głuchy, niemy lub niewidomy (przyjmuje się, że udział obrońcy staje się konieczny w sytuacji, w której upośledzenie utrudnia kontakt z oskarżonym, np. za osobę niewidomą należy uważać nie tylko człowieka zupełnie pozbawionego zdolności widzenia, ale także takiego, któremu znacznie upośledzony wzrok uniemożliwia odczytanie sporządzonych w postępowaniu dokumentów. Oskarżony dotknięty taką ułomnością musi mieć więc obrońcę (post. SA w Krakowie, sygn. akt II AKZ 11/94, KZS 1994, nr 4, poz. 21 z dnia 30 marca 1994 r.); 3) gdy zachodzi uzasadniona wątpliwość co do jego poczytalności – nie chodzi o sytuację uzasadnionych obaw, co do kondycji psychicznej oskarżonego (post. SN, sygn. akt II KK 59/10, OSN w SK 2010, nr 1, poz. 920 z dnia 28 kwietnia 2010 r.). Istotne jest, by wątpliwości co do poczytalności oskarżonego pojawiły się w odczuciu samego sądu i były uzasadnione. W orzecznictwie przyjmuje się, że do okoliczności uzasadniających wątpliwości co do poczytalności oskarżonego zalicza się m.in. zaświadczenie lekarskie, potwierdzające fakt leczenia w Poradni Zdrowia Psychicznego. Okolicznością, która może uzasadniać wątpliwości co do poczytalności oskarżonego, jest nadzwyczaj utrudniony kontakt z oskarżonym.

wyzaczył podsądnej obrońcę z urzędu, nie doszłoby do drugiego ataku oskarżonej.

Przykład 5

Kobieta, lat 69, rozwój umysłowy w normie, zdiagnozowane: płasawica Huntingtona; aktualne miejsce pobytu: własne mieszkanie.

Stan prawny: ubezwłasnowolniona.

Mąż 2 i pół roku temu wystąpił do sądu z wnioskiem o ubezwłasnowolnienie żony – po ustaleniu tego z nią. Pacjentka w momencie podejmowania tej decyzji wiedziała na co choruje i że wystąpiły u niej pierwsze objawy. Aktualnie objawy choroby pogłębiły się, pacjentka ma istotnie ograniczone umiejętności i sprawności w zakresie umiejętności porozumiewania się, samoobsługi, radzenie sobie z czynnościami dnia codziennego, umiejętności podejmowania decyzji, dbania o własne zdrowie i bezpieczeństwo. Osoba ta jest ograniczana, pod nadzorem nie tylko dla jej bezpieczeństwa, ale i na jej życzenie.

Problem: nie występuje. Pacjentka jeszcze w czasie, gdy była świadoma, kontaktowa, zaaprobowwała konieczność ubezwłasnowolnienia jej, chciała by mąż jako jej prawny opiekun miał jak najmniej problemów ze sprawowaniem opieki, z zarządzaniem nieruchomością i finansami.

Przykład 6

Mężczyzna, MM, lat 82, rozwój umysłowy w normie, zdiagnozowane: arytmia, (wszczepiony rozrusznik serca), cukrzyca, otępienie wielozawałowe; aktualne miejsce pobytu: zakład opiekuńczo-leczniczy.

Mężczyzna nie zdaje sobie sprawy, że mógłby np. na własne życzenie opuścić zakład opiekuńczo-leczniczy. W jego przypadku zaobserwowano istotne ograniczenia osobistych umiejętności i sprawności dotyczących umiejętności porozumiewania się, sprawności w zakresie samoobsługi, radzenia sobie z czynnościami dnia codziennego, umiejętności podejmowania decyzji. Pacjent nie potrafi również dbać o własne zdrowie i bezpieczeństwo. W celu zapewnienia mu bezpieczeństwa personel zakładu musiał poczynić pewne modernizacje, m.in. wyposażyć łóżko pacjenta w podwyższone barierki boczne, by podopieczny nie upadł na podłogę.

Problem: pacjent, mimo że formalnie nieubezwłasnowolniony, nie potrafi funkcjonować bez opieki. Wymaga ciągłego nadzoru i pomocy w każdej czynności. Ubezwłasnowolnienie znacznie ułatwiłoby jego żonie sprawowanie opieki i nadzór nad finansami. Żona złożyła wniosek o ubezwłasnowolnienie. Aktualnie środki finansowe pacjenta – emerytura

– wpływają na jego konto, a żona, nie mając do nich dostępu ma problem z opłaceniem pobytu męża w zakładzie opiekuńczo-leczniczym.

Przykład 7

Mężczyzna, PK, lat 51, rozwój umysłowy w normie; zdiagnozowana choroba afektywna dwubiegunowa; aktualne miejsce pobytu: lokal socjalny.

Stan prawny: ubezwłasnowolniony.

Mimo ubezwłasnowolnienia mężczyzna mieszka sam. Jego prawny opiekun nadzoruje jego poczynania z „doskoku”. U mężczyzny zauważyć można brak ograniczeń zdrowotnych w zakresie umiejętności porozumiewania się, samoobsługi. Mimo możliwości niechętnie korzysta z psychoterapii.

Problem: teoretycznie mężczyzna ma dużą swobodę działania. Problemem jest przyjmowanie przez niego leków. Gdyby pozostawał pod stałym nadzorem lub był kontrolowany 2-3 razy dziennie – w porach przyjmowania leków, stan emocjonalny byłby stabilny. W przypadku tego pacjenta samodzielność, brak ograniczeń nie służą jego zdrowiu.

Problem wystąpił również, gdy u mężczyzny zdiagnozowano ostre zapalenie wyrostka robaczkowego. Z powodu chwilowego braku kontaktu z opiekunem prawnym wstrzymano się z operacją chirurgiczną. Doszło do perforacji wyrostka. Wówczas operowano ze wskazań życiowych. Pacjent przeżył.

Przykład 8

Mężczyzna, JK, lat 58, rozwój umysłowy w normie; zdiagnozowana niepełnosprawność ruchowa (porusza się na wózku inwalidzkim); aktualne miejsce pobytu; własne mieszkanie (I piętro).

Stan prawny: nieubezwłasnowolniony.

Mężczyzna kilka lat temu uległ wypadkowi w pracy. Aktualnie utrzymuje się z renty inwalidzkiej. Dorabia dorywczo tłumaczeniami, udziela lekcji języka. Nie zaobserwowano ograniczeń w zakresie umiejętności porozumiewania się, radzenia sobie z czynnościami dnia codziennego, umiejętności podejmowania decyzji.

Problem: samotne zamieszkiwanie, problem z robieniem zakupów (robią je okazjonalnie uczniowie przychodzący na lekcje języka). Z powodu braku produktów powstaje kolejny problem – przygotowywanie posiłków. Mężczyzna okazjonalnie prosi sąsiadów o zrobienie zakupów, kupienie dodatkowego telefonu. Brak możliwości opuszczania mieszkania – z powodu braku windy i podjazdu – czyni go więźniem we własnym domu.

Przykład 9

Mężczyzna, ZN, lat 70, rozwój umysłowy w normie; zdiagnozowana choroba alkoholowa; aktualne miejsce pobytu: brak (bezdomny).

Stan prawny: nieubezważsnownolniony.

Mężczyzna w czasie, gdy był w stanie upojenia alkoholowego sprzedał nieruchomość – dom i ziemię za 12 tys. złotych, czyli za kwotę wielokrotnie niższą od rzeczywistej wartości nieruchomości.

Problem: mężczyzna prawdopodobnie został wykorzystany przez nabywcę nieruchomości. Kupujący zdawał sobie sprawę, że kupuje grunt i 1-piętrowy dom od alkoholika. Być może wykorzystał tę sytuację. Sprawa znalazła się przed sądem. Sąd orzeknie, czy popełniono oszustwo.

Przykład 10

Mężczyzna, ZW, lat 38, niepełnosprawność umysłowa w stopniu umiarkowanym; aktualne miejsce pobytu: dom siostry.

Stan prawny: nieubezważsnownolniony.

Zaobserwowano sprawność w zakresie samoobsługi, radzenie sobie z czynnościami dnia codziennego, umiejętność porozumiewania się, problemy ze zorganizowaniem sobie dnia, zajęć, posiłków.

Mężczyzna wykonuje proste prace porządkowe w domu i na podwórku. Siostra zorganizowała mu pracę chałupniczą. Wraz z mężem zamiennie dowożą go również na terapię zajęciową.

Problem: nie wystąpił. Mężczyzna ma zapewnioną możliwość realizacji wszystkich swoich potrzeb.

Przykład 11

Mężczyzna, KP, lat 32, niepełnosprawny ruchowo, (paraliż po wypadku), porusza się na wózku inwalidzkim; aktualne miejsce pobytu: dom rodzinny.

Stan prawny: nieubezważsnownolniony.

Mężczyzna mieszka z rodziną, która opiekuje się nim (posiłki, higiena, rehabilitacja). Umożliwia mu również kontakt ze światem zewnętrznym przez internet.

Problem: zamieszkiwanie w tzw. starym budownictwie. Bariery architektoniczne uniemożliwiają pacjentowi swobodne opuszczanie mieszkania. Nawet przy pomocy sąsiadów trudno jest przenieść mężczyznę z II piętra na parter.

Wnioski

1. Wśród badanych przypadków odnotowano następujące sytuacje:
 - osoby z niepełnosprawnością umysłową lub ruchową, które nie mogą decydować o swym życiu, ponieważ ich krewni przejęli kontrolę nad nimi;
 - osoby z niepełnosprawnością ruchową, które nie mogą decydować o swym życiu, ponieważ są „więźniami” własnych mieszkań;
 - osoby z niepełnosprawnością umysłową/ chore psychicznie, zagrożające sobie i innym, z powodów formalnych, tj. braku decyzji sądu o ubezwłasnowolnieniu, nie są objęte odpowiednią opieką;
 - osoby z niepełnosprawnością umysłową/ chore psychicznie, które potrzebują opieki i kurateli, jednak ich nie otrzymują;
 - osoby z niepełnosprawnością umysłową/ chore psychicznie, które mają konieczną opiekę.
2. Zaobserwowano następujące problemy:
 - krewni, mimo że ich podopieczny nie jest ubezwłasnowolniony, przejmują całkowitą kontrolę nad życiem i finansami badanych;
 - niektóre osoby niepełnosprawne ruchowo mają duże problemy z codziennym funkcjonowaniem, wynikające z niemożliwości opuszczenia własnych mieszkań;
 - niekiedy osoby niepoczytalne lecz nieubezwłasnowolnione nie mają odpowiedniej opieki;
 - bywa, że osoby ubezwłasnowolnione nie zawsze są pod odpowiednią opieką;
 - niektóre osoby wymagające opieki otrzymują ją.

Podsumowanie

Osoby niepełnosprawne są integralną częścią naszego społeczeństwa. Szereg trudności i ograniczeń mogłoby być usuniętych, gdyby osoby z niepełnosprawnością spotykały się z częstszym wsparciem i akceptacją należnym każdej osobie. Przełamałoby to lęk tych osób przed odrzuceniem i ograniczyło ich podmiotowe traktowanie, a wyzwoliło aktywność i poczucie autonomii.

Światowa Organizacja Zdrowia szacuje, że na świecie żyje miliard ludzi niepełnosprawnych, co stanowi 15 % populacji. Z tego ok. 200 milionów w stanie ciężkim. W 2006 roku ONZ przyjęło Konwencję Praw Osób Niepełnosprawnych. W myśl jej założeń osoby te mają prawo do wolności i bezpieczeństwa, swobody poruszania, dostępu do przestrzeni i budynków użyteczności publicznej oraz udziału w życiu politycznym

i kulturalnym⁷. Jednak często są to tylko deklaracje, które nie znajdują potwierdzenia w życiu rodzinnym i społecznym. W celu zlikwidowania barier w percepcji osób niepełnosprawnych są organizowane kampanie społeczne mające na celu zwrócenie uwagi na tę kwestię i pokazanie normalności w osobach, które niepełnosprawność dotyka, ukazanie ich jako członków społeczeństwa, którzy poza dysfunkcją nie różnią się niczym innym od nas, zdrowych ludzi. Na ustawodawcy spoczywa ciężar uregulowania przepisami problemów osób, które teoretycznie mają prawo do autonomii, ale w praktyce sytuacja wygląda inaczej.

Autonomy or violence? Selected problems of disabled people - based on a study carried out in the region of silesia

The paper deals with the perennial, yet extremely topical in pluralistic societies problem of disability. In the discussed subject-matter the need for autonomy and self-revalidation has been emphasized as a goal and way of respecting the rights and ability to choose the way of life by people with different types of disabilities. The literature of the subject points out on one hand to the need for autonomy, relative independence and subjectivity of the disabled, and on the other hand to isolation, intolerance, control, discrimination and violence.

Case studies of people with disabilities were examined. Examples of situations where it seems appropriate to restrict the autonomy of persons with disabilities were discussed. The paper addressed also the problem of the disabled who are forced by family or medical personnel to accept offered solutions. The question that remains open is whether it is violence: to force the patients to undergo treatment, the disabled to undergo a rehabilitation, or to stay at home; to manage their goods by third parties.

The question arises: how to ensure social integration and equalization of opportunities for persons with disabilities in a democratic society.

Bibliografia

- Hulek A., *Stan obecny i kierunki przebudowy kształcenia specjalnego w Polsce*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1989.
- Kosakowski Cz., *Węzłowe problemy pedagogiki specjalnej*, Wydawnictwo Edukacyjne Akapit, Toruń 2009.
- Kostecki R., Maciarz A., *Podmiotowa rola rodzica w rehabilitacji dzieci niepełnosprawnych*, WSP, Zielona Góra 1993.
- Kościelska M., *Oblicza upośledzenia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1995.
- Lipkowski L., *Pedagogika specjalna*, PWN, Warszawa 1977.
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego. (Dz.U. 1997 nr 89 poz. 555); brzmienie od 8 kwietnia 2015 r.
- Wagner I., *Obiektywna i subiektywna percepcja biedy w rodzinie*, Wydawnictwo AJD, Częstochowa 2012.
- Witkowski T., *Rozumieć problemy osób niepełnosprawnych*, Wydawnictwo Małe Dzieło Bożej Opatrzności, Warszawa 1993.

Źródła internetowe

<http://stat.gov.pl/spisy-powszechne/nsp-2011/nsp-2011-wyniki/>
www.zdrowie.dziennik.pl