

Niepełnosprawność

Poznać,
przeżyć,
zrozumieć

Niepełnosprawność

Poznać,
przeżyć,
zrozumieć

POD REDAKCJĄ
MAŁGORZATY HALICKIEJ
JERZEGO HALICKIEGO
KRZYSZTOFA CZYKIERA



BIAŁYSTOK 2016

Recenzent: dr hab. med. Zyta BeataWojszel

Opracowanie graficzne: Ewa Wencel

Redakcja: Janina Demianowicz

Korekta: Zespół

Redakcja techniczna:

Ewa Wencel

Na okładce wykorzystano logo Ewy Wrony.

© Copyright by Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku,
Białystok 2016

ISBN 978-83-7431-507-4

Wydanie publikacji sfinansowano ze środków
Fundacji Centrum Transferu Wiedzy i Innowacji Społeczno-Pedagogicznych
w Białymstoku.

Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku
15-097 Białystok, ul. M. Skłodowskiej-Curie 14, tel. (085) 745 71 20
<http://wydawnictwo.uwb.edu.pl>, e-mail: ac-dw@uwb.edu.pl

Druk i oprawa: QUICK-DRUK, s.c., Łódź

Spis treści

| | |
|---------------------|---|
| Wprowadzenie | 9 |
|---------------------|---|

Część I – Niepełnosprawność – poznać

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Piotr Chlebowski, Małgorzata Bilewicz Analiza potencjałów osobistych osób niepełnosprawnych | 15 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Małgorzata Bandach Rehabilitacja zawodowa osób niepełnosprawnych z orzeczeniem o celowości przekwalifikowania zawodowego | 27 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Agata Grajewska Działania profilaktyczne w obszarze niepełnosprawności i starości realizowane przez Komendę Wojewódzką Policji w Białymstoku | 45 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Dorota Żuchowska-Skiba Od paternalizmu ku partnerstwu. Modele działań organizacji pozarządowych w świetle analizy treści stron internetowych | 59 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

Część II – Niepełnosprawność – przeżyć

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Iwona Wagner, Hanna Wiśniewska-Śliwińska Autonomia czy przemoc? Wybrane problemy osób niepełnosprawnych – na podstawie badań przeprowadzonych na terenie województwa śląskiego | 77 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Janusz Ruciński Jakość życia osób niepełnosprawnych na obszarach wiejskich. Studium indywidualnych przypadków | 91 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Małgorzata Dzięgielewska, Krzysztof Dzięgielewski Choroby oczu ludzi starych a ich jakość życia | 103 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|

Część III – Niepełnosprawność – zrozumieć

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Justyna Juszcak Środowisko lokalne miejscem wsparcia i rozwoju osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz ludzi starszych | 119 |
| Mariusz Zemło Niepełnosprawność w doświadczeniu mieszkańców dużego miasta | 133 |
| Anna Szafranek, Jerzy Halicki Wybrane aspekty inkluzji społecznej | 151 |
| Agnieszka Salon Obciążenie i satysfakcja opiekuna nieformalnego sprawującego opiekę nad osobą z otępieniem w chorobie Alzheimerera | 165 |
| Indeks osób | 175 |
| Noty o Autorach | 179 |

Table of contents

| | |
|----------------|---|
| Preface | 9 |
|----------------|---|

Part I – Disability – to get to know

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Piotr Chlebowski, Małgorzata Bilewicz Analysis of personal potential of the disabled | 15 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Małgorzata Bandach Professional rehabilitation of persons with disabilities with a decision on the advisability of retraining | 27 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Agata Grajewska Preventive actions in the fields of disability and old age realized by the Provincial Police Headquarters in Białystok | 45 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Dorota Żuchowska-Skiba From paternalism to partnership. Models activities of non-governmental organizations on websites | 59 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

Part II – Disability – to experience

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Iwona Wagner, Hanna Wiśniewska-Śliwińska Autonomy or violence? Selected problems of disabled people - based on a study carried out in the region of Silesia | 77 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Janusz Ruciński The quality of life of people with disabilities in rural areas. The study of individual cases | 91 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Małgorzata Dzięgielewska, Krzysztof Dzięgielewski An eye diseases in elderly in context of quality of life | 103 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|

Part III – Disability – to understand

Justyna Juszcak

Local environment as a place of support and development
for people with intellectual disabilities and for elderly people 119

Mariusz Zemło

Disability in experiencing of residents of the major city 133

Anna Szafranek, Jerzy Halicki

Selected aspects of social inclusion 151

Agnieszka Salon

Caregiver's burden and satisfaction in providing care for
a person suffering from Alzheimer's disease 165

Index 175

Note about authors 179

Wprowadzenie

Tematyka opracowań zawartych w tej monografii jest efektem refleksji naukowej wpisującej się w dyskurs z cyklu „Sens i bezsens starości”. Trwające obecnie dyskusje, ale i podejmowane działania związane z postrzeganiem niepełnosprawności i starości jako bezsensownej, wyznaczają tytuł oraz strukturę tego opracowania: *Niepełnosprawność – poznać, przeżyć, zrozumieć*.

Jedenaście autorskich tekstów wzajemnie się uzupełnia. Dotyczą one problemu niepełnosprawności w wielu jej aspektach. Autorzy dokonują analizy niepełnosprawności z punktu widzenia uwarunkowań, postrzegania i doświadczania przez osoby nią dotknięte oraz ich opiekunów, zwracając również uwagę na konieczność podejmowania działań przez system opieki zdrowotnej, społecznej, organizacje pozarządowe w kontekście przywrócenia sensu i wartości doświadczania niepełnosprawności.

Pracę otwiera artykuł Małgorzaty Bilewicz i Piotra Chlebowskiego *Analiza potencjałów osobistych osób niepełnosprawnych*. Autorzy zwracają uwagę na zmiany, jakie zachodzą w postawach osób niepełnosprawnych do siebie i otaczającego świata. Na podstawie badań przeprowadzonych wśród uczestników warsztatów rozwoju osobistego obarczonych różnym rodzajem i stopniem niepełnosprawności, autorzy stwierdzają, że postawy te zależą w dużej mierze od zasobów zewnętrznych i wewnętrznych, którymi dysponuje jednostka.

Uzupełnieniem znaczenia czynników wewnętrznych i zewnętrznych, które są jednymi z najsilniejszych wyznaczników subiektywnego dobrostanu i satysfakcji życiowej są tezy zawarte w tekście Małgorzaty Bandach *Rehabilitacja zawodowa osób niepełnosprawnych z orzeczeniem o celowości przekwalifikowania zawodowego*. Autorka opisuje podstawy prawne oraz możliwości przekwalifikowania zawodowego osób, które utraciły możliwość wykonywania dotychczasowego zawodu w wyniku choroby lub wypadku. Wskazuje na znaczenie w tym procesie doradcy zawodowego oraz indywidualnych cech osoby z niepełnosprawnością, efekty leczenia i rehabilitacji, czynniki środowiskowe i instytucjonalne m.in. miejsce zamieszkania, sytuację na lokalnym rynku pracy, sytuację rodzinną, dostępność środków komunikacji, ofertę szkoleniową placówek edukacyjnych.

Słabsza kondycja fizyczna, psychiczna i społeczna sprzyja sytuacji nadużyć i przestępstw. Jest to również udziałem osób starszych. Przeciwdzia-

łać temu powinny programy profilaktyczne, których przykłady zostały zaprezentowane w artykule Agaty Grajewskiej *Działania profilaktyczne w obszarze niepełnosprawności i starości realizowane przez Komendę Wojewódzką Policji w Białymstoku*. Autorka, wskazując na programy takie, jak m.in. „Bezpieczny Senior”, „Przewodnik Seniora”, dokonuje analizy działań profilaktycznych policji w województwie podlaskim i stwierdza, że realizacja takich programów sprzyja wzrostowi poczucia bezpieczeństwa, zmniejszeniu liczby przestępstw i wykroczeń wobec osób zagrożonych nimi, a także kształtowaniu się partnerskiej współpracy policji z lokalną społecznością.

Jeszcze inne oblicze poznawania niepełnosprawności proponuje Dorota Żuchowska-Skiba. Autorka w tekście *Od paternalizmu ku partnerstwu. Modele działań organizacji pozarządowych w świetle analizy treści stron internetowych* ustala, czy działania organizacji pozarządowych na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych w Polsce wpisują się w model paternalistyczny, oparty na tradycji charytatywnego wspierania osób niepełnosprawnych oraz działania na ich rzecz przez osoby sprawne, czy raczej partnerski, czyli uwzględniający głos tego środowiska na etapie planowania i realizowania działalności. Wnioski z badań są interesujące.

Drugą część publikacji *Niepełnosprawność – przeżyć*, otwiera tekst *Autonomia czy przemoc? Wybrane problemy osób niepełnosprawnych – na podstawie badań przeprowadzonych na terenie województwa śląskiego* autorstwa Iwony Wagner i Hanny Wiśniewskiej-Śliwińskiej. Jest to swiste studium przypadku, w którym autorki na przykładzie badań 11 osób niepełnosprawnych o zróżnicowanej sytuacji życiowej, rodzinnej, prawnej ustalają, czy osoby te mają zagwarantowaną autonomię, czy też znajdują się w sytuacji przymusowej, nacechowanej niejednokrotnie przemocą.

Pod względem zastosowanej metody badań w podobnym tonie utrzymany jest tekst Janusza Rycińskiego *Jakość życia osób niepełnosprawnych na obszarach wiejskich. Studium indywidualnych przypadków*. To opracowanie, wsparte analizą sytuacji życiowych 20 osób z niepełnosprawnością ze środowiska wiejskiego, prowadzi do konkluzji, że osoby obciążone niepełnosprawnością stanowią jedną z najbardziej zagrożonych marginalizacją grup społecznych, a dotyczyć to ma szczególnie osób niepełnosprawnych mieszkających na wsi.

Przeżywanie niepełnosprawności stanowi również punkt odniesienia w tekście Małgorzaty i Krzysztofa Dziegielewskich *Choroby oczu ludzi starszych a jakość ich życia*. Tym razem jednak (jak sugeruje tytuł) rozważania dotyczą upośledzenia sprawności narządu wzroku, które szczególnie w okresie starości staje się istotnym czynnikiem przyczyniającym się do utraty sprawności i niezależności życiowej osób chorych. Autorzy omawiają najczęstsze problemy okulistyczne wynikające ze starzenia się narządu wzroku oraz związane z jego chorobami sposoby oceny jakości życia.

Na podstawie badań własnych twierdzą, że „współczesne metody leczenia chorób oczu poprawiają jakość życia pacjentów”. Ważne jest jednak odpowiednio wczesne rozpoznanie tych zaburzeń oraz skierowanie do właściwego leczenia specjalistycznego.

Trzecią część książki poświęconej zrozumieniu niepełnosprawności otwiera tekst Justyny Juszcak *Środowisko lokalne miejscem wsparcia i rozwoju osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz ludzi starszych*. Autorka zwraca uwagę na rolę, jaką może – i powinno – odegrać środowisko lokalne we wspomaganiu rozwoju potencjału tych dwóch grup ludzi zagrożonych wykluczeniem społecznym. Podkreśla przy tym znaczenie kształtowania i utrzymywania więzi społecznych, angażowania się i organizowania środowiska lokalnego, ale także zwalczania stereotypów przyczyniających się do stygmatyzowania osób niepełnosprawnych, czy starych.

Mariusz Zemło w tekście *Niepełnosprawność w doświadczeniu mieszkańców dużego miasta* próbuje znaleźć odpowiedź na szereg pytań związanych z doświadczaniem obecności osób niepełnosprawnych w świadomości mieszkańców dużego miasta. Analizie poddaje oceny obserwowanych w stosunku do nich zachowań, otrzymywanej przez nich pomocy, a także opinii na temat tego, jakie powinny być kierunki tej pomocy, by życie osób niepełnosprawnych było łatwiejsze.

Przykłady „dobrych praktyk” inspirujących do podejmowania skutecznych działań przeciwdziałających społecznemu wykluczeniu zagrożonych nim jednostek i grup społecznych odnaleźć można również w opracowaniu *Wybrane aspekty inkluzji społecznej* autorstwa Anny Szafranek i Jerzego Hallickiego. Autorzy rozważają możliwości zapewnienia pełnego uczestnictwa w życiu społecznym osobom niepełnosprawnym, osobom starszym i rodzicom samotnie wychowującym dzieci – grupom potencjalnie narażonym na wykluczenie społeczne. Kwestie te rozpatrują przede wszystkim w aspekcie prawnym i organizacyjnym. W przypadku osób starszych skupiają się na często nierozpoznanym problemie starszych kobiet doświadczających przemocy w rodzinie, związkach partnerskich, a w przypadku osób z niepełnosprawnością, ich rozważania koncentrują się wokół barier, na jakie napotykają te osoby na rynku pracy.

„Zrozumieć niepełnosprawność” można również poprzez pryzmat opiekuńców osób niepełnosprawnych. Taka perspektywa obecna jest w opracowaniu Agnieszki Salon *Obciążenie i satysfakcja opiekuna nieformalnego sprawującego opiekę nad osobą z otępieniem w chorobie Alzheimera*. Spojrzenie na problem niepełnosprawności z perspektywy opiekunów osób niesprawnych kognitywnie daje nam dodatkową perspektywę w rozumieniu problemów związanych z fachową opieką nad osobą niepełnosprawną. Jak potwierdziły to zaprezentowane badania, sprawowanie opieki modyfikuje lub zmienia dotychczas pełnione role przez opiekuna, pogarsza jego kondycję

psychofizyczną, jest przyczyną depresji, wypalenia. Potwierdza to opinię, że opieka nad osobą z otępieniem stanowi najtrudniejszą sytuację opiekuńczą, związaną z dużym poczuciem obciążenia, ryzykiem wystąpienia depresji, izolacji społecznej i pogorszenia jakości życia. Natomiast poczucie satysfakcji związanej z pełnioną opieką jest duże.

Zawarte w książce artykuły ukazują wielopłaszczyznowo problem osób z niepełnosprawnością. Podjęte rozważania nad tym wątkiem, będące rezultatem zainteresowań naukowo-badawczych autorów poszczególnych opracowań, pozwalają przybliżyć wielowymiarowość niepełnosprawności, stanowiąc impuls do dalszego pogłębiania wiedzy w tym obszarze.

Redaktorzy

Część I
Niepełnosprawność – poznać

Piotr Chlebowski
Małgorzata Bilewicz

Analiza potencjałów osobistych osób niepełnosprawnych

W dynamicznie zmieniającej się konfrontacji człowieka ze światem, coraz wyraźniej zaznacza się potrzeba większego wykorzystania i rozwoju czynników osobowych oraz poszukiwania źródeł wspierających autonomię i zdrowie. Zmienił się kierunek oczekiwań osób niepełnosprawnych, z biernych i zależnych potrzebujących opieki na współuczestniczących w przemianach społecznych w formie aktywnej skoncentrowanej na potrzebach wsparcia. Mówiąc o wsparciu mamy na uwadze zarówno wsparcie środowiskowe, odnoszące się do zasobów społecznych, oraz wewnętrzne tkwiące w potencjałach jednostki.

Współczesne koncepcje teoretyczne i wynikające z nich konstrukty często odnoszą się do potencjałów człowieka, okazując się szczególnie przydatne w pokonywaniu różnych sytuacji kryzysowych i barier wynikających z niepełnosprawności¹.

Autonomia oparta na decydowaniu o sobie i swoim postępowaniu stanowi impuls do rozwoju zarówno człowieka pełnosprawnego, jak i niepełnosprawnego.

Efektywność radzenia z trudnymi sytuacjami zależy zarówno od czynników sytuacyjnych, jak i osobistych, odnoszących się do zasobów, jakimi osoba dysponuje. W literaturze używa się zamiennie określeń potencjały lub zasoby zdrowia. Pojęcia te wskazują na określone właściwości człowieka, którymi dysponuje lub może dysponować w celu ochrony lub rozwijania zdrowia i dobrostanu osobistego.

Pojęcie zasobów osobistych definiuje się jako względnie stałe podmiotowe oraz środowiskowe cechy i możliwości, istniejące potencjalnie w środowisku człowieka, w nim samym oraz w jego relacjach z otoczeniem².

Diener i Fujita definiują zasoby jako posiadane przez człowieka własności w obszarach materialnych, społecznych oraz osobistych. W obrębie tych obszarów dysponujemy zasobami fizycznymi (np. dobra materialne),

1 T. Heszen-Niejodek, H. Sęk (red.), *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1997, s. 175–205.

2 H. Sęk, *Wsparcie społeczne jako kategoria zasobów i wieloznaczne funkcje wsparcia*, [w:] Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik (red.), *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowieniu jednostki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2003 s.17-32.

pełnymi określone role społeczne oraz charakteryzujemy się określonymi cechami indywidualnymi (np. poziom odporności na czynniki stresogenne). Autorzy tego stanowiska wyrażają sąd, że zbiór zasobów, które posiada jednostka, to jeden z najsilniejszych predyktorów subiektywnego dobrostanu i satysfakcji życiowej³.

Psychologia zdrowia używa tego pojęcia w odniesieniu do wszystkich tych zmiennych, które pomagają w radzeniu sobie ze stresem. Moos i Schaefer określają zasoby osobiste jako: „względnie stałe czynniki osobowe i społeczne, które wpływają na sposób, w jaki jednostka próbuje opanować kryzysy życiowe i transakcje stresowe”⁴.

Pojęcia zasobów osobistych można używać również w znaczeniu szerszym jako określenie wszelkich zewnętrznych i wewnętrznych możliwości, które posiada jednostka i które wpływają na jej funkcjonowanie. Podejście to jest zgodne z dominującą obecnie tendencją do odchodzenia od koncentracji na negatywnych aspektach funkcjonowania osób niepełnosprawnych i do zwracania uwagi na zjawiska pozytywne, np. potencjał jednostki. Współczesne koncepcje socjoeologiczne odwołują się do pojęć dynamicznej równowagi i potencjału zdrowotnego. Warunkiem równowagi jest prawidłowa relacja pomiędzy poszczególnymi sferami funkcjonowania jednostki. Powyższe stanowisko traktuje zdrowie jako fizyczny, psychiczny i społeczny dobrostan człowieka. Wyraźnie podkreślony został aspekt relacji, jakie zachodzą między psychiką a funkcjami organizmu⁵.

W tej narracji zdrowie jest postrzegane jako zasób życiowy, a nie cel życia. Koncentracja na deficytach i dysfunkcjach osób niepełnosprawnych często wpływała na deformacje w funkcjonowaniu społecznym, zawodowym i zdrowotnym jednostki. Wielokrotnie osobom niepełnosprawnym przypisuje się obraz ludzi słabych, samotnych, często izolujących się od społeczeństwa, będących w poczuciu krzywdy i niezadowolenia z życia. Obraz człowieka cierpiącego, niesamodzielnego, niezaradnego i potrzebującego pomocy wzbudza troskę i współczucie. Utrwalone postawy nacechowane wyuczoną bezradnością, pesymizmem i wycofaniem daleko odbiegają od budowy aktywności i autonomii. Powyższe rozumienie niepełnosprawności często buduje w nich opinię, że nie są wystarczająco dobrzy dla osiągnięcia sukcesu, nie powinni realizować swoich marzeń w związku z ograniczeniami wynikającymi z deficytów, tworząc zarazem nastawienia roszczeniowe i bierność postaw. Koncentracja na emocjach pozytywnych oraz doskonalenie zasobów osobistych, w miejsce skupiania

3 S. Hobfoll, *Stres, kultura i społeczność. Psychologia i filozofia stresu*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006, s. 70.

4 I. Heszen, H. Sęk, *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.

5 R. Poprawa, *Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem*, [w:] G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Elementy psychologii zdrowia*, Wydawnictwo UW, Wrocław 2001.

się na problemach, ma zasadnicze znaczenie dla skuteczności działania, wyboru trafnych decyzji oraz rozwijania aktywności budującej poczucie sensu i autorealizacji w życiu.

Badania wskazują, że zasoby osobiste mają wpływ nie tylko na wybór odpowiednich strategii zaradczych, również decydują o ocenie samego wydarzenia.

Jednostka staje się kreatorem własnego zdrowia przez rozwój zasobów i skuteczne równoważenie ich z wymaganiami stawianymi przez otoczenie. Świadomość własnego potencjału i obszar spostrzeganych zasobów odgrywa większą rolę, niż zasoby obiektywnie istniejące⁶. Posiadanie zasobów nie implikuje ich uruchomienia w zetknięciu się z sytuacją krytyczną. Natomiast w przypadku ich wykorzystania, stają się ważną zmienną pośredniczącą pomiędzy codziennymi wydarzeniami a radzeniem sobie z nimi.

Zasadniczo istnieją dwie grupy zasobów, dzielących się na potencjał osobisty o cechach indywidualnych i wewnętrznych oraz zasoby środowiskowe umiejscowione na zewnątrz jednostki w obszarze społecznym. Istnieją jednak bardziej zróżnicowane metody grupowania zasobów. Klasyfikacja strukturalna dzieli je na cztery grupy, wskazując na:

- zasoby materialne, których wartość ma częściowo związek z przetrwaniem, samooceną i budową statusu;
- zasoby osobiste skoncentrowane wokół cech osobowości, posiadanych umiejętności i kompetencji oraz poziom optymizmu, własnej skuteczności i zaufania do siebie, czy też samoocena i poczucie własnej wartości;
- zasoby stanu oparte na zdrowiu, zatrudnieniu, przynależności do grup społecznych pełniące funkcje poszerzania i uzyskiwania dalszych zasobów;
- zasoby energii skoncentrowane na inwestowaniu i gromadzeniu w celu pozyskiwania kolejnych zasobów lub ochrony już istniejących. Do tej grupy przypisać można takie wartości jak wiedza lub pieniądze⁷.

Można wyróżnić również zasoby faktyczne, czyli wszystko to, co sprzyja realizacji naszych potrzeb i celów, mając równocześnie do nich niekwestionowany i bezpośredni dostęp. Natomiast, jeżeli dostęp do czegoś przydatnego ma charakter warunkowy, oparty na uzyskaniu lub odzyskiwaniu w przyszłości możemy mówić o zasobach potencjalnych.

Potencjał człowieka wskazuje na określone właściwości zawierając w sobie zasoby jednostkowe, które aktywizujemy w określonych sytuacjach życiowych. Główną rolę w tych zasobach przypisuje się cechom struktury Ja, będących centralnym regulatorem procesów adaptacji człowieka. Obszar

6 I. Jelonkiewicz, K. Kosińska-Dec, *Spostrzegane zasoby a doświadczenia stresu rodzinnego i szkolnego wśród młodzieży*, [w:] K. Kosińska-Dec, I. Szewczyk (red.), *Rozwój, zdrowie, choroba. Aktualne problemy psychosomatyki*, BEL Studio Sp. z o o, Warszawa 2004, s. 72-89.

7 S. Hobfoll, *Stres...*, s. 74-75.

tych zasobów zawiera takie cechy, jak: samoakceptacja oparta na pozytywnej ocenie, poczucie własnej skuteczności oraz własnej wartości, poczucie koherencji, optymizm, poczucie kontroli i samokontroli, określane mianem wyuczonej zaradności oraz poczucie tożsamości. Kolejną grupą cech potencjału człowieka będą jego kompetencje wyrastające z pozytywnych doświadczeń skutecznego rozwiązywania zadań i oddziaływania na otoczenie. Zasadniczą rolę w tej kategorii potencjałów można przypisać postawom twórczym, otwartością na poszukiwanie nowych rozwiązań, elastycznemu działaniu oraz kompetencjom emocjonalnym. Istotną grupę potencjałów stanowią umiejętności społeczne, szczególnie komunikacyjne oraz umiejętność doceniania jako alternatywa wobec porównań i negacji.

Potencjał związany z umiejętnościami społecznymi oraz zasobami osobistymi buduje jakość wsparcia społecznego. Fakt, kto nas otacza i wspiera ma bezpośrednie przełożenie na poczucie więzi, przynależności, bliskości oraz na wymiar podejmowanych działań w wychodzeniu poza utarte schematy życia. Buduje również poczucie solidarności i bezpieczeństwa w pokonywaniu trudności, motywując zarazem do podejmowania działań zaradczych. Wielorakość codziennych zadań stawianych przed osobami niepełnosprawnymi wymaga rozwiniętego systemu wsparcia zewnętrznego przy jednoczesnym wykorzystaniu potencjałów własnych oraz ich wzbogacaniu. Prowadząc szereg treningów i warsztatów umiejętności społecznych, rozwoju osobistego czy też treningów uwrażliwiających coraz częściej spotykamy się z potrzebami poszukiwania nowych form i strategii autoterapeutycznych. Nasila się również potrzeba większego wykorzystania oraz rozwoju zasobów osobistych. Dotychczasowe badania nad zasobami człowieka skupiały uwagę na powiązaniu ich z przeciwdziałaniem sytuacjom stresowym. Główny nacisk wykorzystania potencjałów koncentruje się na budowie przeciwwagi wobec choroby czy zakłóceń funkcjonowania psychospołecznego człowieka. Nowe wyzwania współczesnego świata nakreślają nowe potrzeby rozwojowe człowieka rozszerzając pojęcie zasobów osobistych o wymiar skoncentrowany na konieczności ich wykorzystania w pogłębieniu rozwoju osobistego. Rozwój potencjału jednostki staje się nieodzownym warunkiem budowy nowego kierunku strategii rozwojowych.

Tworząc z uczestnikami warsztatów mapy zasobów osobistych, nasuwa się spostrzeżenie niskiej świadomości ich posiadania i możliwości ich wykorzystania.

Analizie poddano wypowiedzi uczestników warsztatów rozwoju osobistego z różnym rodzajem i stopniem niepełnosprawności. Warsztaty przeprowadzono w Polskim Związku Niewidomych w Białymstoku oraz z grupą studentów Uniwersytetu w Białymstoku z orzeczeniem niepełnosprawności. Analizą objęto subiektywne odczucia uczestników dokonując zestawienia ich cech, pomocnych w rozwoju i wykorzystaniu zasobów osobistych.

W warsztatach uczestniczyły 34 osoby w przedziale wiekowym 21- 43 lata. Wykorzystano autopoźnawcze narzędzia terapeutyczne, m.in.:

- listy do wewnętrznego dziecka,
- postaw sobie 5,
- piramida zasobów oraz skale szacunkowe.

Analizowano korelacje zależności pomiędzy świadomością posiadanych zasobów, poziomem ich wykorzystania a subiektywnym odczuciem ich przydatności i efektywności w pokonywaniu sytuacji trudnych i rozwoju subiektywnego odczucia dobrostanu. Podjęto próbę zbudowania refleksji nad rozpoznaniem czynników aktywizujących potencjał osoby niepełnosprawnej.

Badania miały odpowiedzieć na pytania:

- jakie oczekiwania prezentują osoby niepełnosprawne w zakresie rozwoju wewnętrznych zasobów osobistych?
- jaka jest świadomość i obszar posiadanych potencjałów?
- jakie komponenty zasobów osobistych najczęściej wykorzystują osoby niepełnosprawne?
- jakie czynniki rozwijają wykorzystanie potencjałów człowieka?

Wnioski z badań

Jednym z podstawowych oczekiwań środowiska osób z niepełnosprawnością jest potrzeba funkcjonowania spójnego systemu wsparcia, obejmującego cały cykl życiowy jednostki. Wraz z rozwojem, zmianą potrzeb i ról społecznych potrzeba zdiagnozowania oraz ciągłego wsparcia w autorozwoju i autonomii osób niepełnosprawnych mobilizuje te osoby do poszukiwania ofert umożliwiających jak najlepsze funkcjonowanie społeczne. Oczekiwany system powinien obejmować wczesne wspomaganie, dostęp do właściwie zorganizowanej edukacji, uwzględniającej potrzeby i możliwości konkretnej osoby, natomiast jego centralnym elementem przygotowującym do autonomii w dorosłości osób niepełnosprawnych, powinna być profesjonalna pomoc w określeniu potencjału na dalsze życie, nie później niż z czasem ukończenia edukacji. Przestrzeń od wczesnego wspomagania do końca edukacji, to czas budowy i rozwoju potencjału osobistego z uwzględnieniem rodzaju niepełnosprawności. Dopiero po określeniu zasobów osobistych można wspólnie z osobą niepełnosprawną trafnie zaprojektować indywidualnie świadczone wsparcie w dorosłym życiu, umożliwiające z jednej strony, samodzielne zamieszkanie, z drugiej, podjęcie i utrzymanie ról społecznych, w szczególności zawodowych.

Indywidualne Programy Rozwojowe powinny być skoncentrowane na optymalnym wykorzystaniu potencjału danej osoby, a pomoc ograniczyć wyłącznie do obszarów występowania deficytów. Ograniczenia wynikające z niepełnosprawności niejednokrotnie znacząco wpływają na jej normalne funkcjonowanie w pewnych obszarach życia społecznego. Istotą Indywidualnych Programów Rozwojowych powinno być określenie wzajemnych proporcji zasobów i deficytów zależnych od rodzaju niepełnosprawności, jej stopnia, poziomu akceptacji, ale też od cech indywidualnych, związanych ze środowiskiem oraz z predyspozycjami konkretnej osoby.

Osoby niepełnosprawne rozpatrując trudne sytuacje z perspektywy poznawczej, oceniają ją w trzech wymiarach (zagrożenia, szanse lub wyzwania). Na ową perspektywę nakłada się ocena możliwości poradzenia sobie z nią, a wynik owej analizy ma ściśle powiązanie z diagnozą wynikającą z Indywidualnych Programów Rozwojowych. Stworzenie indywidualnych kierunków rozwoju osób niepełnosprawnych musi uwzględniać poziom sprawności intelektualnej jednostki i wynikającą z niej zdolność kierowania własnym życiem. Istotnym obszarem w analizie proporcji deficytów i potencjałów jest sprawność artykulacyjna i kompetencje komunikacyjne. Kolejny obszar to analiza posiadanych umiejętności oraz poziom samodzielności i zaradności życiowej w połączeniu ze stopniem wykorzystania ich w obszarze kompetencji społecznych. Podstawę stanowi również poziom sprawności fizycznej i psychicznej jednostki. Zdaniem uczestników warsztatów rozwoju osobistego ważną rolę odgrywa również poziom wsparcia rodziny i przyjaciół oraz mentalność i doświadczenia jednostki. Diagnoza deficytów stanowi lustrzane odbicie diagnozy potencjału (zasobów), gdyż odnosi się do analogicznych obszarów. Powinna być jednak wtórna w stosunku do diagnozy zasobów osobistych.

Analizując możliwości rozwoju zasobów osobistych uzyskane wyniki wskazują na szczególną rolę poczucia własnej skuteczności w procesie radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Silne poczucie własnej skuteczności wpływa zarówno na wybór, decyzje o podjęciu określonej czynności, włożony wysiłek, wytrwałość w dążeniu do celu, a także o sile reakcji emocjonalnych w czasie radzenia sobie z problemem. Szczególne znaczenie przypisywane jest wymiarowi siły, który jest uważany za najważniejszy aspekt poczucia własnej skuteczności, oznaczający stopień pewności, z jaką jednostka ocenia swoje możliwości poradzenia sobie z trudnymi sytuacjami. Z analizy wypowiedzi wynika, że nie ma znaczenia, jakie posiadamy umiejętności, ma znaczenie, na co jesteśmy gotowi, jak traktujemy napotkane trudności, czy w kategoriach wyzwania, czy też w kategoriach zagrożenia? Diagnostycznym wskazaniem może okazać się kierunek prezentowanej aktywności osoby niepełnosprawnej. Analizie warto poddać czy jednostka szuka powodów, usprawiedliwień rozpatrując sytuację przez

pryzmat oporu czy raczej poszukuje sposobów pomocnych w zmierzeniu się z daną trudnością. Poczucie własnej skuteczności wyrasta z odwagi działania w obliczu sytuacji trudnych. Warto podkreślić, że poziom reprezentowanej odwagi w działaniu stanowią cztery czynniki.

Jednym z komponentów jest zaufanie do siebie, stanowiąc wielki kapitał motywacyjny. Najczęściej stosowanym starterem myślowym mobilizującym do rozpatrywania trudnych sytuacji w charakterze wyzwania były hasła:

DAM RADEĘ..., UDA SIĘ..., POTRAFISZ..., UMIESZ ...

Zaufanie do siebie nie jest tym samym, co wiara w siebie, wynika z doświadczenia jednostki.

Działania osób niepełnosprawnych oparte na doświadczeniu osobistego sukcesu silnie motywują do stawiania sobie coraz wyższych celów w zakresie autonomii, jednocześnie silnie angażując w podjęte działania, nawet w obliczu piętrzących się trudności. Indywidualna rehabilitacja i wsparcie osób niepełnosprawnych powinno opierać się na stopniowaniu skali trudności i położeniu nacisku przez naukę opartą na sukcesach.

Kolejny element budujący odwagę to poparcie rodziny, przyjaciół i najbliższego otoczenia. Wiara w osoby niepełnosprawne i zachęta do podjęcia aktywności związanej z ich marzeniami, często staje się powodem do wyznaczania przez jednostkę coraz odważniejszych celów do realizacji. Zdaniem badanych, poziom poparcia ma bezpośredni wpływ na podejmowane decyzje, stopień ryzyka i zaangażowanie w realizacji strategii aktywnych. Poparcie rozumiane jako stymulacja do działania pełni szczególną rolę w sytuacjach pokonywania wewnętrznego oporu wynikającego z lęków społecznych. Pozytywna ocena otoczenia jest w wielu przypadkach głównym czynnikiem budującym wytrwałość w działaniu oraz poczucie wspólnoty. W odniesieniu do oczekiwań wobec osób najbliższych, badani podjęli próbę odpowiedzi na pytanie: jakich słów, zdań, wyrażen chciałbyś/ chciałabyś doświadczać częściej w relacjach z najbliższym otoczeniem?

Najczęściej powtarzające się oczekiwania zawarte zostały w poniższych wypowiedziach:

- „ufam Ci”,
- „dobrze to zrobiłeś”,
- „nie gadaj, zrób”,
- „wierzę w ciebie”,
- „potrafisz, dasz radę”.

Są w życiu rzeczy, które warto, i takie, które się opłaca. Nie zawsze to, co się opłaca, warto. Oraz nie zawsze to, co warto się opłaca. Poparcie jest szczególnie przydatne w odniesieniu do aktywności, która być może się nie opłaca, ale warto ją realizować. Nie opłaca się zdobywać Kilimandżaro lub bieguny tego świata mając deficyty w zakresie motoryki, ale warto,

bo tego typu działania wychodzą poza sferę codzienności, realizując nasze marzenia. W przypadku osób niepełnosprawnych, bycie bohaterem swojego życia to akt odwagi w dążeniu do pokonania własnych słabości lub deficytów ograniczających „normalność”. Nasze reakcje na innych są barometrem wyznaczającym odbiór nas samych. Może, dlatego jedną z funkcji poparcia jest rozwijanie tolerancji jako zewnętrznego wymiaru akceptacji. Tolerancja ucisza wewnętrzny krytyka, dzięki temu można pełniej wykorzystać wewnętrzne zasoby inspirowane siłą zewnętrznego wsparcia.

Kolejnym elementem budującym rozwój lub ograniczającym wykorzystanie zasobów osobistych są „dobre chęci”. Bardzo często w próbach podjęcia decyzji opieramy się na wyborach zawartych w kontynuach reprezentowanych w postawach chęć, pragnę lub muszę, wypada, przydałoby się. Postawa oparta na pełnej gotowości neutralizuje trudy przeszkód wynikające z nastawienia, wyrażane postawą pozytywną („chęć, pragnę”). To optymalny obraz naszych nastawień. Chęć prowadzi do wyboru, który mobilizuje zaangażowanie. Natomiast powinność prowadzi do podjęcia decyzji, która zawiera w sobie wyrzeczenia. Uczestnicy warsztatów wskazywali na wielokrotne uczucie powinności w różnych aspektach swojej aktywności i w oparciu o nie budowali postanowienie zmian, traktując te działania, jako wyrzeczenia. Nawet, jeżeli efekt uzyskano pozytywny, to i tak nie dawało to poczucia osiągniętej satysfakcji. Istota leży w odpowiedzi na pytanie: „Jak bardzo pragnę tej zmiany?” Jeżeli nie potrafimy jasno udzielić odpowiedzi, istnieje prawdopodobieństwo, że kierujemy się przekonaniem o potrzebie zmian, a nie głębokim pragnieniem zmiany. Istotnym elementem naszego sukcesu może okazać się początek działania generujący siły potrzebne do zrealizowania zamiaru. Proces gotowości można przedstawić liniowo:

Entuzjastyczne nastawienie > Chęć, pragnę > Chęć, postanawiam > Mogę > Nie chcę >

Zgoda na nie chcę .

Głębokie pragnienie zmiany w powiązaniu z entuzjastycznym podejściem uaktywnia w pełni zasoby osobiste uczestników. Im bardziej zwiększono entuzjastyczne podejście w realizacji działania, tym szybciej rosła siła budująca wiarę w sukces, pomimo występujących przeszkód.

Postawa oparta na nastawieniu – „Chcę, pragnę i jestem gotowy”, charakteryzuje się szukaniem sposobów realizacji działania. Jest to istotny element procesu twórczego myślenia i działania, pomocny w pokonywaniu zaistniałych przeszkód w realizacji. Głównym stymulatorem tego typu nastawienia były wcześniejsze doświadczenia sukcesu i wsparcie najbliższego otoczenia.

Postawy oparte na nastawieniach – „Chcę, postanawiam i nie jestem gotowy”, budują wyrzeczenia, defraudują satysfakcję z osiągniętych wy-

ników. Często stanowiąc akcyjność działania, nie budują gotowości do ich powielania. Można to określić jako pozytywne działanie zewnętrzne oparte na wewnętrznym oporze.

Postawa oparta na nastawieniu zawartym w przekonaniu – „Mogę” buduje odpowiedzialność i wewnętrzne przekonanie oparte na aktualnej gotowości w realizacji danego działania. Daje komfort emocjonalny oraz wolność wyboru stając się równocześnie sprzymierzeńcem w uruchamianiu wewnętrznej zgody, co do podjętych decyzji. Postawa oparta na tym nastawieniu daje poczucie sprawczości i niezależności.

Kolejną postawę charakteryzuje nastawienie – „Nie chcę, ale powinienem”. Jej znamiennej cechą jest szukanie powodów i usprawiedliwień. Znajdujemy to, czego szukamy, więc nietrudno porzucić to, co powinniśmy rozpocząć. Często jawi się pod postacią deklaracji, postanowień, nawet przed samym sobą. Badani wskazali na najczęstsze korzystanie z tego nastawienia. Głównym powodem i usprawiedliwieniem braku podejmowania działań wychodzących poza strefę rutynowej codzienności jest uwaga skierowana na ograniczenia wynikające z posiadanych deficytów. Niepełnosprawność, choć nie zawsze widoczna lub znaczna, daje wiele powodów do reprezentacji modelu unikowego. Badani wskazują na koszt wewnętrzny tego nastawienia związanych z wyrzutami sumienia.

Krańcową postawę stanowi nastawienie oparte na – „Zgodzie na nie chcę”. Nic nie jest łatwe dla tego, komu się nic nie chce. Takie nastawienie niesie za sobą potrzebę „postawienia pierwszego kroku”. Rola otoczenia to budowa motywacji, aby niepełnosprawni rozpoczęli aktywność zawartą w nastawieniu „zacząć”, w pokonaniu wewnętrznej niechęci bycia aktywnym, w aktywizacji społecznej. Pomocne w realizacji tego zadania mogą okazać się przykłady osób niepełnosprawnych odnoszących sukcesy.

Istotną rolę w autorozwoju opartym na zasobach osobistych pełni optymizm. Badania nad optymizmem i jego znaczeniem w utrzymaniu fizycznego i psychicznego dobrostanu wiążą się z rolą, jaką psychologia poznawcza przypisuje posiadanym przez człowieka oczekiwaniom odnośnie skutków własnego działania. Uczestnicy warsztatów wyrażali sąd, że w sytuacjach, w których oczekiwali, że ich działanie przyniesie upragnione skutki, wówczas podejmowali wysiłki w kierunku ich uzyskania, nawet, jeśli przewidywali wiele trudów i wyrzeczeń w realizacji zadania. Zasadniczą kwestię odgrywa przewidywanie i oczekiwanie wyników, w następstwie których pojawia się wyobrażenie, co zdarzy się w przypadku kontynuacji dotychczasowej aktywności. Jeżeli to wyobrażenie poparte zostało sukcesem, to łatwiej o budowę postawy optymistycznej i powtarzalność działania w przyszłości. Optymizm rozumiany jest jako stała tendencja do postrzegania świata przez pryzmat dodatnich stron występujących w nim zjawisk, optymiści uważani są za ludzi mających tendencję do pozytyw-

nych oczekiwań dotyczących swojej przyszłości. Pomocne w rozwijaniu postawy optymistycznej jest:

- szukanie wielu rozwiązań (postawy zawarte w wyborach *albo, lub* zamienić na poszukiwanie w kategoriach *i-i*);
- traktowanie siebie, jako kogoś, kto potrafi znaleźć wyjście z trudnej sytuacji;
- szukanie dobrych stron trudnych sytuacji;
- docenianie tego, co posiadamy;
- akceptowanie tego, czego nie możemy zmienić;
- powtarzanie dobrych nowin.

W ramach warsztatów rozwoju osobistego uczestnicy tworzyli oraz wybierali motto budujące w nich optymistyczne postrzeganie świata.

Zgodnie wybrano zdania – „Nawet w kałuży zobaczyć można odbicie gwiazd” oraz „Kropla atramentu dodana do bieli nie zniszczy bieli, stworzy nowy kolor”.

Optymizm odgrywa istotną rolę w tłumaczeniu własnych sukcesów i porażek. Oczekiwanie sukcesu będzie tym większe, im bardziej poprzednie sukcesy przypisywane były czynnikom przyczynowym stabilnym i trwałym, zaś porażki – czynnikom niestałym, których nie bierze się pod uwagę w związku z przyszłymi staraniami. Postawy oparte na optymizmie są antidotum wobec „wyuczonej bezradności” („nic się nie da zrobić”). Doświadczenia osób niepełnosprawnych wskazują, że postawy pesymistyczne blokowały aktywność opartą na kolejnych próbach walki lub podejmowanie jej bez przekonania, biorąc pod uwagę, że szansa na sukces jest i tak niska lub żadna. Pesymizm ten będzie utwierdzany przez następne porażki, nakładające się na zmiany związane z koncentracją na deficytach.

Na zakończenie należy podkreślić, że różnice indywidualne w zakresie stylów radzenia sobie i posiadane zasoby osobiste nie są jedynymi czynnikami wpływającymi na proces radzenia sobie. Nie można tu pominąć różnic wynikających z samej sytuacji.

Niosąc pomoc osobom z ograniczoną sprawnością, należy pamiętać o konieczności dostosowania pomocy do ich faktycznych potrzeb. Dzisiaj wiemy, że do wsparcia osób niepełnosprawnych nie wystarczy idea integracji i akceptacja społeczna. Potrzebna jest także praca budująca autonomię i samoświadomość osób niepełnosprawnych opartą na indywidualnych programach rozwoju osobistego. Pomoc będzie adekwatna, jeśli potrzeby i możliwości osoby z ograniczoną sprawnością zostaną trafnie zidentyfikowane oraz sukcesywnie będą budowane doświadczenia pozytywne wykorzystujące potencjał jednostki i jego środowiska. Rewalidacja osób niepełnosprawnych i procesy rozwoju autonomii jednostki zakotwiczone w systemie opartym na rozwoju zasobów wymagają przygotowania kadry wyspecjali-

zowanej w prowadzeniu warsztatów i treningu rozwoju osobistego z pogłębianą wiedzą z zakresu pedagogiki specjalnej. Prowadząc tego typu warsztaty, pragniemy podkreślić, że zapotrzebowanie na realizację ich treści jest bardzo duże bez względu na wiek, płeć czy stopień rozwoju osobistego. Kierunek działań edukacyjnych skierowanych do osób pracujących z niepełnosprawnymi powinien przebiegać od budowy świadomości roli potencjałów osobistych człowieka, poprzez pracę własną w ramach warsztatów rozwoju osobistego do budowy autonomii osób niepełnosprawnych. Współuczestniczenie w przemianach społecznych w formie aktywnej, skoncentrowanej nie tylko na zasobach społecznego wsparcia ale też wsparcia, wewnętrznego zlokalizowanego w potencjałach jednostki, to obszar badań, jakże potrzebnych do realizacji w praktyce życia.

Analysis of personal potential of the disabled

Contemporary directions of work with disabled people show the development of autonomy of a person which involves the need of taking advantage and development of possibilities of an individual. The conscious of potential and the area of resources influence our behaviour and attitude in everyday social relations. The article explores the area basing on examining the disabled who are the participants of personal development workshop in the analysis we focused on the potential of the disabled, ways of making them more active and directions of development. The most important thing was the role of feeling your own effectiveness and factors essential in motivating to treat situation as a challenge mobilizing to defeat difficulties. The factors increasing force and the level of personal courage coping with difficult social situations of the disabled were analysed. Essential factors increasing readiness to be active were mentioned and analysis of growing possibilities such as self confidence the level of readiness to work, the role of support of environment and the level of optimism were deepened. The article shows the factors which are the basis of stimulation activity of the disabled essential in preparing Individual Rehabilitation Program.

Bibliografia

- Antonowski A., *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*, IPN, Warszawa 1995.
- Bishop G., *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Astrum, Wrocław 2000.

- Dodziuk A. *Nałogowy człowiek w nałogowym społeczeństwie*, [w:] A. Dodziuk, L. Kapler, *Nałogowy człowiek*, 7-19, Biblioteka Świata Problemów, Warszawa 1999.
- Friedman H. S., *Uzdrowiająca osobowość*, GWP, Gdańsk 2003.
- Heszen I., Sęk H., *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
- Heszen-Niejodek I., *Wymiar duchowy człowieka a zdrowie*, [w:] Z. Juczyński N. Ogińska-Bulik, (red.), *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*, Wydawnictwo UŁ, Łódź 2003.
- Hobfoll S. *Stres, kultura i społeczność. Psychologia i filozofia stresu*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006.
- Jelonkiewicz I., Kosińska-Dec K., *Spostrzegane zasoby a doświadczenia stresu rodzinnego i szkolnego wśród młodzieży*, [w:] K. Kosińska-Dec, I. Szewczyk (red.), *Rozwój, zdrowie, choroba. Aktualne problemy psychosomatyki*, BEL Studio Sp. zo.o., Warszawa 2004.
- Juczyński Z., *Poczucie własnej skuteczności jako wyznacznik zachowań zdrowotnych*, Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna, 1998.
- Łukaszewski, W., *Wyczerpanie z perspektywy zasobowych koncepcji regulacji zachowania*, [w:] J. M. Brzeziński, I. Cierpiałkowska, (red.), *Zdrowie i choroba. problemy teorii, diagnozy i praktyki*, GWP, Gdańsk 2008.
- Poprawa R., *Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem*, [w:] G. Dolińska-Zygmunt, (red.), *Elementy psychologii zdrowia*, Wydawnictwo UW, Wrocław 2001.
- Salmon P., *Psychologia w medycynie*, GWP, Gdańsk 2002.
- Schwarzer R., *Poczucie własnej skuteczności w podejmowaniu i kontynuacji zachowań zdrowotnych. Dotychczasowe podejścia teoretyczne i nowy model*, [w:] I. Heszen-Niejodek, H. Sęk, (red.), *Psychologia zdrowia*, PWN, Warszawa 1997.
- Seligman M., *Optymizmu można się nauczyć*, Media Rodzina, Poznań 1995.
- Sęk H., *Wsparcie społeczne jako kategoria zasobów i wieloznaczne funkcje wsparcia*. [w:] Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik (red.), *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowieniu jednostki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2003.

Małgorzata Bandach

Rehabilitacja zawodowa osób niepełnosprawnych z orzeczeniem o celowości przekwalifikowania zawodowego

Wstęp

Rehabilitacja jest procesem długotrwałym, wieloetapowym, obejmującym rehabilitację medyczną, psychologiczną, społeczną i zawodową. Wymaga współpracy i zaangażowania specjalistów różnych dziedzin – medycyny, rehabilitacji medycznej, psychologii, pedagogiki, poradnictwa zawodowego, edukacji, pracy socjalnej. Według Światowej Organizacji Zdrowia, rehabilitacja to „kompleksowe i skoordynowane stosowanie środków medycznych, socjalnych, pedagogicznych i zawodowych w celu usprawniania osób z naruszoną sprawnością organizmu do możliwie najwyższego poziomu”¹. W ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej zapisano, że „rehabilitacja osób niepełnosprawnych oznacza zespół działań, w szczególności organizacyjnych, leczniczych, psychologicznych, technicznych, szkoleniowych, edukacyjnych i społecznych zmierzających do osiągnięcia, przy aktywnym udziale tych osób, możliwie najwyższego poziomu ich funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej”².

Rehabilitacja zawodowa

Rehabilitacja zawodowa według Międzynarodowej Organizacji Pracy jest częścią ogólnego procesu rehabilitacji i polega na udzielaniu osobie niepełnosprawnej takich usług, jak: poradnictwo zawodowe, szkolenie zawodowe, pomoc w podjęciu zatrudnienia i jego utrzymaniu. Celem rehabilitacji zawodowej jest „umożliwienie osobie niepełnosprawnej uzyskania i utrzymania odpowiedniego zatrudnienia, awansu zawodowego,

¹ H. Larkowa, *Człowiek niepełnosprawny – problemy psychologiczne*, PWN, Warszawa 1987, s. 17.

² Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 1997 nr 123 poz. 776), <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19971230776> (data dostępu: 01.03.2015).

aby w ten sposób ułatwić jej włączenie się lub ponowne włączenie się do społeczeństwa”³.

Dobór odpowiedniego stanowiska pracy dostosowanego do możliwości osoby niepełnosprawnej, zawodu, kierunku kształcenia, szkolenia czy przekwalifikowania zawodowego powinien być poprzedzony działaniami z zakresu rehabilitacji medycznej i psychologicznej. Od wyników leczenia, stopnia usprawnienia organizmu oraz motywacji osoby do przekwalifikowania i podjęcia zatrudnienia w dużej mierze zależy powodzenie w uzyskaniu pracy. Efekty leczenia oraz rehabilitacji medycznej, obejmującej m.in. fizjoterapię, fizykoterapię, terapię zajęciową, zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny i środki pomocnicze, a także efekty rehabilitacji psychicznej, w której dąży się do tego, aby osoba niepełnosprawna zaakceptowała fakt swojej niepełnosprawności, ograniczeń z niej wynikających i potrafiła realnie ocenić swoje możliwości w zakresie pracy zawodowej oraz życia codziennego, decydują o powodzeniu rehabilitacji zawodowej. Z drugiej strony, odpowiednio dobrane stanowisko pracy, aktywność zawodowa zgodna z możliwościami psychofizycznymi osoby niepełnosprawnej, pełnią niekwestionowane funkcje terapeutyczne i w dużej mierze decydują o efektach usprawniających.

Orzeczenie o celowości przekwalifikowania

Przekwalifikowanie zawodowe i szkolenie zawodowe, jako elementy rehabilitacji zawodowej, mają na celu przygotowanie osób niepełnosprawnych do podjęcia zatrudnienia.

Renta szkoleniowa została wprowadzona do systemu ubezpieczeń społecznych na mocy ustawy z 28 czerwca 1996 r. o zmianie niektórych ustaw o zaopatrzeniu emerytalnym i o ubezpieczeniu społecznym. Od 1 września 1997 roku osobie spełniającej warunki do przyznania renty z tytułu niezdolności do pracy, w stosunku do której orzeczono celowość przekwalifikowania zawodowego ze względu na niezdolność do pracy w dotychczasowym zawodzie, przysługuje renta szkoleniowa, którą wypłaca Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS)⁴. Rentę szkoleniową wypłaca również Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS). Ustawa z dnia 2 kwietnia 2004 r. o zmianie ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników oraz zmianie nie-

3 Konwencja nr 159 Międzynarodowej Organizacji Pracy dotycząca rehabilitacji zawodowej i zatrudnienia osób niepełnosprawnych, przyjęta w Genewie dnia 20 czerwca 1983 (Dz. U. nr 43 2005, poz. 412).

4 Ustawa z dnia 28 czerwca 1996 r. o zmianie niektórych ustaw o zaopatrzeniu emerytalnym i o ubezpieczeniu społecznym (Dz.U. 1996 nr 100 poz. 461) <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19961000461> (data dostępu: 01.03.2015).

których innych ustaw⁵ wprowadziła od 2 maja 2004 roku do systemu ubezpieczenia społecznego rolników rentę rolniczą szkoleniową. Przysługuje ona ubezpieczonemu rolnikowi lub domownikowi, który spełnia warunki wymagane do przyznania renty rolniczej z tytułu niezdolności do pracy i w stosunku do którego orzeczono celowość przekwalifikowania zawodowego ze względu na trwałą i całkowitą niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym. W związku z tym, prawa do renty rolniczej szkoleniowej nie uzyska ubezpieczony, który spełnia warunki wymagane do przyznania okresowej renty z tytułu niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym (ma orzeczoną całkowitą niezdolność do pracy w gospodarstwie, ale rokuje odzyskanie zdolności do pracy w gospodarstwie rolnym).

Określenie kierunku szkolenia zawodowego, skierowanie na szkolenie jest zadaniem realizowanym przez starostę powiatu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania osoby niepełnosprawnej i w odniesieniu do osób legitymujących się orzeczeniem ZUS, finansowane od 2004 roku z Funduszu Pracy (FP) pozostającego w dyspozycji powiatowego urzędu pracy w ramach limitu środków FP na dany rok kalendarzowy⁶, natomiast koszty przekwalifikowania osób posiadających prawo do renty rolniczej szkoleniowej finansowane są ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. W razie ustania prawa do renty rolniczej szkoleniowej, osobie zainteresowanej wypłacana jest stała renta rolnicza z tytułu niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym. W przypadku osób orzekanych przez ZUS, ustanie prawa do renty szkoleniowej nie oznacza automatycznie nabycia prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy. Osoba zainteresowana, jeśli spełnia warunki określone w ustawie, może ponownie ubiegać się o świadczenie⁷.

W praktyce, zadanie z zakresu przekwalifikowania osoby legitymującej się orzeczeniem organu rentowego realizuje, z upoważnienia starosty, powiatowy urząd pracy właściwy dla miejsca zamieszkania osoby, wobec której organ rentowy (ZUS lub KRUS) orzekł o celowości przekwalifikowania zawodowego. Koszt przekwalifikowania (szkolenia) finansowanego ze środków Funduszu Pracy nie może przekroczyć w danym roku 300% przeciętnego wynagrodzenia. Zgodnie z art. 40 ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy szkolenie „finansowane przez

5 Ustawa z dnia 2 kwietnia 2004 r. o zmianie ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz. U. 2004 nr 91 poz. 873) <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsSerrelet?id=WDU20040910873> (data dostępu: 01.03.2015).

6 Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. 2004 nr 99 poz. 1001) <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20040991001> (data dostępu: 01.03.2015).

7 Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. 1998 nr 162 poz. 1118) z późn. zm., tekst ujednolicony <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19981621118> (data dostępu: 01.03.2015).

starostę z Funduszu Pracy odbywa się w formie kursu, realizowanego według planu nauczania obejmującego przeciętnie nie mniej niż 25 godzin zegarowych w tygodniu, chyba, że przepisy odrębne przewidują niższy wymiar szkolenia. Szkolenie może trwać do 6 miesięcy, a w sytuacjach uzasadnionych programem szkolenia w danym zawodzie nie dłużej niż 12 miesięcy; w przypadkach osób bez kwalifikacji zawodowych szkolenie może trwać do 12 miesięcy, a w sytuacjach uzasadnionych programem szkolenia w danym zawodzie nie dłużej niż 24 miesiące”. Przepisy cytowanego artykułu stosuje się odpowiednio do osób uprawnionych do renty szkoleniowej (zgodnie z art. 43, ust. 1 tej ustawy). Renta szkoleniowa i renta rolnicza szkoleniowa są przyznawane na okres 6 miesięcy i na wniosek starosty (z upoważnienia starosty na wniosek dyrektora powiatowego urzędu pracy) okres pobierania renty może zostać wydłużony maksymalnie do 36 miesięcy, jeśli jest to uzasadnione i niezbędne dla realizacji przekwalifikowania.

Organ rentowy (Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego) zawiadamia powiatowy urząd pracy (PUP) właściwy dla miejsca zamieszkania osoby ubezpieczonej o przyznaniu renty szkoleniowej oraz o okresie, na jaki została przyznana. W zawiadomieniu ZUS zawarte są także informacje osobowe dotyczące kwalifikacji formalnych (zawód wyuczony, wykształcenie) oraz formalnego doświadczenia zawodowego. Do zawiadomienia organ rentowy dołącza opinię lekarską wystawioną przez lekarza orzecznika ZUS (lub lekarza rzeczoznawcy w przypadku KRUS) sporządzoną dla celów przekwalifikowania zawodowego oraz wyniki badań przeprowadzonych przez konsultanta psychologa, a także opinię psychologa. Pracownik urzędu pracy, najczęściej specjalista do spraw rozwoju zawodowego, który odpowiada za organizację szkoleń osób bezrobotnych i poszukujących pracy, powiadamia osobę zainteresowaną o terminie i miejscu zgłoszenia się do PUP w celu rejestracji oraz ustalenia możliwości, rodzaju, terminu i czasu trwania szkolenia. Jednocześnie ustala z doradcą zawodowym ewentualny termin pierwszego spotkania z klientem. Przekazuje także doradcy kopie dokumentów przesłanych przez organ rentowy, co umożliwi przygotowanie się doradcy do rozmowy doradczej i wstępną identyfikację możliwości zawodowych oraz przeciwwskazań zdrowotnych i/lub psychologicznych do kierunku przekwalifikowania. Jeśli osoba posiadająca orzeczenie o celowości przekwalifikowania nie zgłosi się do PUP, jest o tym powiadamiany organ rentowy, który może wstrzymać wypłatę świadczenia, jakim jest renta szkoleniowa. Prawo do renty szkoleniowej (renty rolniczej szkoleniowej) ustaje⁸:

8 Ustawa z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz.U. 1991 nr 7 poz. 24 z późn. zm., tekst ujednolicony), <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20040910873> (data dostępu: 13.02.2015); por.: Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i...

- 1) z upływem 6 miesięcy, jeżeli starosta nie wystąpi z wnioskiem o przedłużenie tego okresu;
- 2) od dnia otrzymania zawiadomienia starosty o braku możliwości przekwalifikowania do innego zawodu, także wówczas, gdy zawiadomienie to organ rentowy otrzymał przed upływem 6 miesięcy;
- 3) z upływem okresu, na jaki świadczenie przyznano na wniosek starosty;
- 4) od dnia otrzymania przez organ rentowy zawiadomienia starosty o tym, że osoba nie poddaje się przekwalifikowaniu zawodowemu.

Zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych o niepełnosprawności orzekają powiatowe zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności i są to orzeczenia o znacznym, umiarkowanym i lekkim stopniu niepełnosprawności. Równoważne z nimi są orzeczenia lekarza orzecznika ZUS:

- orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji jest równoważne ze stopniem znacznym niepełnosprawności;
- orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy jest równoważne z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności.
- orzeczenie o częściowej niezdolności do pracy oraz o celowości przekwalifikowania jest traktowane na równi z orzeczeniem o lekkim stopniu niepełnosprawności.

Orzeczenia wydawane przez KRUS o częściowej lub całkowitej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym oraz o celowości przekwalifikowania nie są równoważne z orzeczeniami zespołów orzekających. W rozumieniu ustawy, osoby posiadające takie orzeczenia, a także osoby posiadające ważne orzeczenia o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów (orzeczenia Komisji do spraw Inwalidztwa i Zatrudnienia wydane przed 1997 rokiem, orzeczenia komisji wojskowych o niezdolności do służby), mogą składać do zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności wnioski o ustalenie stopnia niepełnosprawności i wskazań dotyczących zatrudnienia, rehabilitacji oraz dla celów korzystania z ulg i uprawnień osób niepełnosprawnych określonych w odrębnych przepisach. Również osoby z orzeczeniami ZUS, mimo ich równoważności, mogą składać wnioski o ustalenie stopnia niepełnosprawności. Niektóre uprawnienia osób niepełnosprawnych są bowiem uzależnione nie tylko od stopnia niepełnosprawności, ale od schorzenia, które jest przyczyną naruszenia sprawności organizmu. Tylko orzeczenia o stopniu niepełnosprawności wydawane przez powiatowe zespoły orzekające zawierają symbole chorób, które stanowią główną przyczynę niepełnosprawności⁹.

⁹ Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz.U. 2003 nr

Przekwalifikowanie zawodowe jest elementem kształcenia ustawicznego, które w art. 3 pkt 17 ustawy o systemie oświaty¹⁰ jest definiowane w polskim prawie, jako „kształcenie w szkołach dla dorosłych, a także uzyskiwanie i uzupełnianie wiedzy ogólnej, umiejętności i kwalifikacji zawodowych w formach pozaszkolnych przez osoby, które spełniły obowiązek szkolny”. Ustawa o promocji zatrudnienia (art. 4, ust. 1 pkt. 2b) określa kształcenie ustawiczne, jako „kształcenie w szkołach dla dorosłych, a także uzyskiwanie i uzupełnianie wiedzy ogólnej, umiejętności i kwalifikacji zawodowych w odniesieniu do bezrobotnych, poszukujących pracy, pracowników i pracodawców”¹¹.

Wybór kierunku przekwalifikowania zawodowego – postępowanie doradcy zawodowego

Poradnictwo zawodowe „jest to proces, w którym doradca zawodowy i klient pracują wspólnie, aby ten ostatni mógł osiągnąć lepsze zrozumienie samego siebie i wiedzę o świecie pracy i mógł bardziej realistycznie wybrać, zmienić lub dostosować się do wymagań, jakie stawia praca”¹². Teorie rozwoju zawodowego wskazują, że proces ten rozpoczyna się już w dzieciństwie, a kolejne decyzje zawodowe w ramach tego procesu są uwarunkowane czynnikami biologicznymi, psychologicznymi, ekonomicznymi i społecznymi. Według D. E. Supera wybór zawodu nie jest aktem jednorazowej decyzji, lecz procesem ciągłym. Na przebieg kariery zawodowej człowieka wpływają czynniki indywidualne i społeczne. Podejście Supera jest rozwinięciem teorii cechy i czynnika Parsonsa, która dowodzi konieczności dopasowywania cech jednostki i wymagań stawianych przez określony zawód¹³.

W pracy z osobami niepełnosprawnymi¹⁴, doradca kieruje się założeniem, że „żadna praca nie wymaga od człowieka, który ma ją wykonywać,

139 poz. 1328), <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20031391328> (data dostępu: 01.03.2015).

10 Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. 2004 nr 256 poz. 2572 z późn. zm.) <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20042562572> (data dostępu: 01.03.2015)

11 Art. 4 ust. 1 pkt. 2b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy...

12 R. Lamb, *Poradnictwo zawodowe w zarysie*, „Zeszyty informacyjno-metodyczne doradcy zawodowego”, nr 9, KUP, Warszawa 1998, s. 13.

13 D. Pisula, *Poradnictwo kariery przez całe życie*, KOWZIU, Warszawa 2009, s. 12.

14 Współcześnie, w literaturze przedmiotu, coraz częściej używa się pojęcia „osoba z niepełnosprawnością”, w naukach medycznych oraz w przepisach prawnych wszechobecny jest termin „osoba niepełnosprawna”. Z uwagi na prezentację uwarunkowań prawnych i instytucjonalnych przekwalifikowania osób z orzeczeniem organu rentowego, w niniejszym artykule używam obu terminów.

pełnej sprawności¹⁵. Koncentruje się na możliwościach, a nie na ograniczeniach osoby z naruszoną sprawnością organizmu¹⁶.

Podstawową metodą pracy doradczej jest rozmowa doradcza. Pełni ona wiele funkcji. W kontekście pracy z osobą niepełnosprawną bardzo ważną jest funkcja informacyjna, komunikacyjna, poznawcza, eksploracyjna i terapeutyczna. Szczególnie istotna jest funkcja informacyjna, związana z udzielaniem informacji, dostarczaniem nowych danych, niejednokrotnie wraz z interpretacją. Nie mniejszą wagę przywiązuje się do poznawczej funkcji rozmowy doradczej. W następstwie pozyskanych przez klienta nowych informacji przekazanych przez doradcę, następuje zmiana w systemie wiedzy klienta, w szczególności o jego możliwościach zawodowych i podejmowania pracy zarobkowej. Funkcja komunikacyjna wynika z faktu rozmowy, która jest formą relacji interpersonalnej, nieustannym procesem nadawania i odbierania komunikatów, ich kodowania i dekodowania. Funkcja eksploracyjna polega na odkrywaniu problemów i samego siebie przez klienta, własnych kompetencji, umiejętności, zasobów, możliwości i ograniczeń. Funkcja terapeutyczna jest rezultatem „otwierania się” klienta, pewnego „uwolnienia” problemów, nazwania ich. „W trakcie rozmowy doradczej klient ma szansę zmierzyć się z własnymi lękami i obawami dotyczącymi swojej sytuacji na rynku pracy i koniecznością przekwalifikowania, pozwala zyskać pewność siebie, poprawić samoocenę własnych kompetencji i możliwości zawodowych¹⁷”.

Porada indywidualna może mieć różny przebieg, zróżnicowany może być też czas jej trwania. Nie jest aktem jednorazowym, a procesem obejmującym co najmniej kilka sesji doradczych, w którym, w pewnym uproszczeniu, można wyodrębnić fazę przygotowawczą, fazę wstępną, fazę właściwą oraz fazę zakończeniową¹⁸.

1. Faza przygotowawcza

Jeszcze przed ustalonym terminem pierwszej wizyty doradca zawodowy przygotowuje się do rozmowy z klientem. Podstawą przygotowania

15 T. Majewski, B. Szczepankowska, *Rehabilitacja zawodowa osób niepełnosprawnych*, [w:] *Problem niepełnosprawności w poradnictwie zawodowym*, „Zeszyty informacyjno-metodyczne doradcy zawodowego”, nr 10, KUP, Warszawa 1998, s. 29.

16 G. Magnuszewska-Otulak, *Poradnictwo zawodowe dla osób niepełnosprawnych. Podstawowe zagadnienia*, [w:] *Poradnictwo dla osób niepełnosprawnych*, „Zeszyty informacyjno-metodyczne doradcy zawodowego”, nr 44, MPiPS, Warszawa 2009, s. 23.

17 Z. Wołek, *Osoba bezrobotna jako klient oporujący, zeszyt metodyczny doradcy zawodowego*, „Zeszyty informacyjno – metodyczne doradcy zawodowego”, nr 43, MPiPS, Warszawa 2009, s. 117.

18 Tamże, s. 117.

jest analiza dokumentów przekazanych przez specjalistę do spraw rozwoju zawodowego, które wpłynęły do urzędu pracy od organu rentowego wraz z zawiadomieniem o przyznaniu renty szkoleniowej (rolniczej renty szkoleniowej). Podstawą przygotowania się doradcy do rozmowy doradczej jest analiza dokumentacji medycznej przesłanej przez organ rentowy dotyczącej stanu zdrowia klienta, w tym choroby lub chorób stanowiących przyczynę niezdolności do pracy w dotychczas wykonywanym i/lub wyuczonym zawodzie. Pozwala to na wstępne określenie grup zawodów, stanowisk pracy i kierunków szkolenia/przekwalifikowania, w których schozrzenia klienta są przeciwwskazaniem do ich wykonywania i kształcenia, zarówno w formach szkolnych, jak i kursowych. Nie mniej istotna jest ocena kwalifikacji formalnych klienta, gdyż w wielu zawodach podstawą zdobycia uprawnień zawodowych, podjęcia pracy lub nawet podjęcia szkolenia jest posiadanie co najmniej średniego lub wyższego wykształcenia. Obok posiadanej wiedzy z zakresu zawodoznawstwa i podstaw medycyny pracy, informacji o ofercie kształcenia w instytucjach szkoleniowych, doradca zawodowy wykorzystuje w pracy z klientem standardy kwalifikacji zawodowych, program DORADCA 2000, klasyfikację zawodów i specjalności, a także „Zeszyty informacyjno-metodyczne doradcy zawodowego”¹⁹, w szczególności zaś zeszyt nr 14 oraz zeszyty nr 10 i 44 w całości poświęcone możliwościom zawodowym osób z różnymi niepełnosprawnościami i problematyce niepełnosprawności w poradnictwie zawodowym.

2. Faza wstępna

W fazie wstępnej nawiązywany jest kontakt, następuje zdefiniowanie celu porady z punktu widzenia doradcy i klienta, poznanie jego oczekiwań, motywacji, gotowości do przekwalifikowania. Z dotychczasowej praktyki doradcy wynika, że problemem, który deklarują zainteresowani w pierwszym kontakcie z doradcą zawodowym nie jest konieczność dokonania zmian w zakresie kompetencji zawodowych z powodu stanu zdrowia i konieczności przekwalifikowania z uwzględnieniem ograniczeń i możliwości zawodowych wynikających z niepełnosprawności, a poczucie krzywdy i brak akceptacji dla decyzji ZUS²⁰, który zamiast przyznania renty z tytu-

19 Wydawcą serii „Zeszyty informacyjno-metodyczne doradcy zawodowego”, jest aktualnie Departament Rynku Pracy Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej (wcześniej – Krajowy Urząd Pracy); doradcy zawodowi zatrudnieni w powiatowych urzędach pracy mają dostęp do wersji papierowej zeszytów, które dostępne są również, dla wszystkich osób zainteresowanych problematyką poradnictwa zawodowego w wersji elektronicznej, na stronie projektu „Eurodoradztwo Polska” <http://www.eurodoradztwo.praca.gov.pl/publikacje>

20 W dalszej części artykułu odnoszę się do klientów doradcy zawodowego, którzy posiadają orzeczenie ZUS o celowości przekwalifikowania, gdyż na przestrzeni ostatnich 5 lat do

łu niezdolności do pracy, „zadecydował” o możliwości odzyskania zdolności do pracy po przekwalifikowaniu. Klienci akcentują swoje ograniczenia zdrowotne, brak zdolności do pracy i w większości przypadków deklarują brak chęci do przekwalifikowania się, uznając je za niemożliwe z uwagi na stan zdrowia i brak możliwości zatrudnienia.

Mimo że podstawową zasadą korzystania z porady jest, zgodnie z art. 38 ustawy o promocji zatrudnienia, dobrowolność, w odniesieniu do sytuacji, kiedy klient doradcy nie akceptuje konieczności przekwalifikowania, nie pogodził się z faktem, iż organ rentowy wydał orzeczenie o celowości przekwalifikowania, zamiast oczekiwanej decyzji o przyznaniu renty z tytułu niezdolności do pracy, trudno jest mówić o dobrowolności. W praktyce, często obawa, iż informacja przekazana przez PUP do organu rentowego (ZUS) o odmowie przekwalifikowania będzie podstawą do wstrzymania wypłaty renty szkoleniowej powoduje, że klient niejako pod przymusem, podejmuje „współpracę” z doradcą. Na przestrzeni ostatnich 5 lat, tylko jedna osoba, już we wstępnej fazie porady, deklarowała chęć powrotu do aktywności zawodowej i od początku chętnie współpracowała z doradcą²¹, planowała działania z zakresu szkolenia zawodowego, kształcenia i rehabilitacji, gdyż jej celem był powrót do wcześniejszej aktywności zawodowej (powrót do kontraktowej służby wojskowej).

Pokonanie oporu klienta przed współpracą z doradcą, obok ustalenia celu porady z punktu widzenia doradcy i klienta, wymaga zawarcia umowy doradczej, ustnego kontraktu, który określa zadania i obowiązki obu stron interakcji poradniczej. Kontrakt doradczy pozwala na rozwiązanie problemu oporu klienta przed współpracą z doradcą w ramach porady zawodowej, której celem jest wybór i określenie kierunku przekwalifikowania oraz problem współodpowiedzialności klienta za efekty porady i dalszej rehabilitacji zawodowej. Przy zawieraniu umowy doradczej (kontraktu doradczego) celowe jest wykorzystanie procedury zaproponowanej przez J. E. Enrichhta²², tzw. metody pięciu kroków. Procedura ta, wywodząca się z psychoterapii, z powodzeniem daje się zastosować w pracy doradczej z klientem opornym, jakim często bywa osoba z niepełnosprawnością legitymująca się orzeczeniem organu rentowego o celowości przekwalifikowania:

– *Krok 1* – uznanie przez osobę niepełnosprawną, że poszukiwanie pomocy doradcy w określeniu kierunku przekwalifikowania, czy wyboru nowego zawodu, jest jego świadomym wyborem. Chodzi o zwiększenie za-

Powiatowego Urzędu Pracy w Łomży nie wpłynęło ani jedno zawiadomienie z KRUS o przyznaniu renty rolniczej szkoleniowej.

21 Źródła własne – dokumentacja pracy doradcy zawodowego PUP w Łomży.

22 J. E. Enright, *Terapia i poradnictwo bez oporu*, [w:] J. Santorski (red.), *Nowe strategie i techniki pomocy psychologicznej*, PTHP, Warszawa 1984, s. 88–112.

kresu świadomych działań klienta i wyeliminowanie sytuacji, kiedy radzący się oczekuje gotowych rozwiązań problemu dokonanych przez doradcę i unika przejścia za nie odpowiedzialności. Jest to szczególnie trudne, gdyż osoba niepełnosprawna czuje się niejako zmuszona orzeczeniem organu rentowego do korzystania z oferty pomocowej powiatowego urzędu pracy, w tym do korzystania z poradnictwa zawodowego;

– *Krok 2* – ustalenie rzeczywistego problemu klienta. Doradca powinien powstrzymać się od przedwczesnych interpretacji oraz domysłów i uważnie wysłuchać klienta, zapoznać się np. z dokumentami, jeśli klient zechce takowe okazać doradcy, dotyczącymi przebiegu leczenia, rehabilitacji, czy historii odwołań od dotychczasowych decyzji organu rentowego, opinii biegłych;

– *Krok 3* – analiza możliwości rozwiązania problemu. Subiektywne odczucia klienta wyznaczają kierunek jego działania. Jeżeli klient uważa, że problem jest nierozwiązywalny, to prawdopodobnie ma rację. Zajmowanie się takim problemem przez doradcę napotka na zdecydowany opór osoby radzącej się i niechęć do współpracy z doradcą. Celowe jest wówczas podjęcie pracy nad problemami, w których rozwiązanie klient się zaangażuje. Możliwe, że w miarę rozwiązywania tych problemów, nad którymi klient chce pracować, nastąpi powrót do problemu, który uprzednio klient uznał za niemożliwy do rozwiązania;

– *Krok 4* – przeciwdziałanie zakwestionowaniu osoby doradcy. Istotne jest to, aby osoba z niepełnosprawnością zaakceptowała kompetencje doradcy i jego zadania w procesie wyboru kierunku przekwalifikowania w związku z decyzją organu rentowego o przyznaniu klientowi renty szkoleniowej i celowością przekwalifikowania. Niezwykle istotne jest przekazanie osobie niepełnosprawnej informacji o zakresie swojej wiedzy dotyczącej problematyki przekwalifikowania i możliwości zawodowych osób niepełnosprawnych oraz braku kompetencji doradcy do rozwiązania niektórych problemów zgłaszanych przez klienta, np. dotyczących złych przepisów prawnych, niskich zarobków, oceny systemu orzecznictwa o niepełnosprawności i kompetencji lekarzy orzeczników, braku ofert pracy, dostępności leczenia i rehabilitacji medycznej;

– *Krok 5* – dyskontowanie wtórnego zysku. W tym kroku klient powinien uświadomić sobie, jakie konsekwencje będzie miała zmiana zachowania prowadząca do rozwiązania problemu.

3. Faza właściwa

Faza właściwa procesu doradczego obejmuje przede wszystkim analizę deficytu informacji posiadanych przez klienta dotyczących świata zawodów, warunków podejmowania zatrudnienia w zawodach i na stanowiskach.

skach, którymi klient doradcy jest zainteresowany (poziom wykształcenia, uprawnienia wymagane odrębnymi przepisami), systemu orzecznictwa o niepełnosprawności dla celów rentowych i pozarentowych.

Rozmowa doradcza koncentruje się wokół zagadnień dotyczących:

- wykształcenia klienta, posiadanych uprawnień zawodowych, wcześniejszej, motywacji do nauki, sukcesów edukacyjnych, ewentualnych niepowodzeń i ich przyczyn;

- doświadczenia zawodowego, zarówno formalnego, jak i nieformalnego (tzw. praca na czarno), umiejętności nabytych w miejscu pracy, umiejętności wykorzystywanych na poszczególnych stanowiskach, relacji ze współpracownikami, przełożonymi, godzenia życia osobistego z obowiązkami zawodowymi, lubianych i nielubianych elementów pracy, zadań, które dawały satysfakcję i zadań, które sprawiały trudności, a także sposobu rozwiązywania stosunku pracy i przyczyn zmiany pracy;

- aktywności pozazawodowej klienta, preferowanych form rekreacji i spędzania czasu wolnego, zainteresowań, hobby, aktywności społecznej i obywatelskiej;

- stanu zdrowia, samopoczucia klienta, jego stosunku do własnej niepełnosprawności i świadomości wynikających z niej ograniczeń w różnych sferach życia osobistego i społecznego; istotne jest także ustalenie występowania schorzeń współistniejących, o których nie ma informacji w dokumentach przesłanych do PUP przez organ rentowy, pozyskanie informacji o przebiegu dotychczasowego leczenia i rehabilitacji, o trudnościach, których klient doświadcza w sytuacjach dnia codziennego i sposobach radzenia sobie z nimi (ocena klienta swoich możliwości w zakresie samoobsługi, komunikacji, mobilności, posiadane orzeczenia o niepełnosprawności), specjalistach i poradniach, pod których kontrolą się znajduje, ewentualnie stosowanych używek, uzależnień, podejmowanych terapii;

- sytuacji społeczno-ekonomicznej, przede wszystkim ustalenie, czy klient jest osobą samotną, czy ma rodzinę, czy małżonek/a pracuje, liczba dzieci na utrzymaniu, jakie posiada źródła utrzymania, jakie ponosi wydatki na leki i rehabilitację, dojazdy na wizyty do specjalistów, ewentualne zobowiązania alimentacyjne, zadłużenia, kredyty czy egzekucje komornicze (np. zaległości wobec Funduszu Alimentacyjnego); istotna jest sytuacja mieszkaniowa, posiadanie zameldowania na pobyt stały lub czasowy, miejsce zamieszkania, możliwości samodzielnego dotarcia do miejsca odbywania szkolenia i ewentualnego miejsca pracy (własny samochód, komunikacja publiczna), korzystanie ze wsparcia instytucjonalnego (np. świadczenie z pomocy społecznej);

- wyników testów, badań lekarskich i psychologicznych, testów predyspozycji i zainteresowań zawodowych;

- dotychczasowych strategii osoby z niepełnosprawnością radzenia sobie z problemami, sposobów rozwiązywania problemów, oczekiwań wobec samego siebie i instytucji pomocowych – powiatowego urzędu pracy, organu rentowego, pomocy społecznej oraz innych instytucji;
- planów zawodowych i edukacyjnych klienta, gotowości do poszukiwania i podjęcia zatrudnienia.

Informacje uzyskane w trakcie rozmowy doradczej, obok dokumentacji przesłanej przez organ rentowy, doradca wykorzystuje do dokonania diagnozy zawodowej i udzielenia pomocy w wyborze kierunku szkolenia. Poznanie warunków ekonomicznych i społecznych, w jakich żyje osoba z orzeczeniem o celowości przekwalifikowania, postawy wobec pracy i idei kształcenia ustawicznego, dotychczasowych doświadczeń, osiągnięć, kwalifikacji zainteresowań czy preferencji zawodowych jest tutaj niezwykle istotne. Diagnoza może wymagać także dodatkowych testów, jeśli wyniki testów przeprowadzonych przez psychologa konsultanta organu rentowego są w ocenie doradcy niewystarczające, a jego opinia zbyt lakoniczna, a także badań lekarskich i psychologicznych, w celu stwierdzenia braku przeciwwskazań do udziału w wybranym szkoleniu. Analizując możliwości zawodowe osób z różnymi niepełnosprawnościami, dla doradcy zawodowego nie jest istotne, jaka choroba stanowi przyczynę niepełnosprawności, ale to, jakie funkcje psychofizyczne uległy zaburzeniu, a jakie są w pełni sprawne. Autorzy *Podręcznika oceny zawodów z punktu widzenia różnych rodzajów niepełnosprawności* zaproponowali zastosowanie terminu „sfery ekspresji psychofizycznej”. Katalog sfer ekspresji psychofizycznej obejmuje²³ sprawność kończyn dolnych; sprawność kończyn górnych (zręczność rąk, zręczność palców); sprawność narządów zmysłów (słuch, wzrok, węch, smak, równowaga); sprawności sensomotoryczne (rozróżnianie barw, widzenie, stereoskopowe koordynacja wzrokowo-słuchowa, percepcja kształtów); sprawność układów fizjologii (układ krążenia, układ oddechowy, układ nerwowy, układ trawienny, układ mięśniowy, układ kostno-stawowy); sprawności psychiczne (upośledzenie umysłowe, zaburzenia psychiki i w tym zaburzenia nerwicowe); cechy ogólne (budowa ciała, ogólna wydolność fizyczna, sprawność ekspresji werbalnej) oraz inne czynniki (w tym nosicielstwo chorób zakaźnych, zniekształcenia, problemy z wyglądem). Zadaniem doradcy jest przeprowadzenie syntezy pozyskanych informacji, by na ich podstawie, wspólnie z klientem, dokonać optymalnego wyboru. Doradca inicjuje proces motywowania klienta do wyboru kierunku przekwalifikowania w powiązaniu z perspektywą pod-

23 W. Kreft, G. Sołtysińska, A. Łukaszewicz, R. Dankowska, *Podręcznik oceny zawodów z punktu widzenia różnych rodzajów niepełnosprawności*, „Zeszyty informacyjno-metodyczne doradcy zawodowego”, nr 14, KUP, Warszawa 2000, s. 5.

jęcia pracy. Doradca analizuje zawody i stanowiska pracy pod kątem niezbędnych wymogów fizycznych i psychicznych, które stawiają one ich wykonawcom, konfrontuje te wymagania z możliwościami psychofizycznymi osoby niepełnosprawnej, jej predyspozycjami i uzdolnieniami, posiadanymi kwalifikacjami oraz ofertą edukacyjną instytucji szkoleniowych. Brak prawnej możliwości skierowania klienta przez starostę (powiatowy urząd pracy) w celu przekwalifikowania do szkolnych form kształcenia zawodowego lub przyuczenia do wykonywania zawodu w zakładzie pracy, zdecydowanie ogranicza możliwości wyboru kierunku przekwalifikowania w związku z orzeczeniem organu rentowego o celowości przekwalifikowania i decyzji o przyznaniu renty szkoleniowej do ograniczonej oferty edukacyjnej instytucji szkoleniowych posiadających wpis do Rejestru Instytucji Szkoleniowych.

4. Faza zakończeniowa

Ten etap pracy doradczej powinien zakończyć się opracowaniem ostatecznej diagnozy oraz dokonaniem ostatecznego wyboru szkolenia, kursu przez osobę z orzeczeniem o celowości przekwalifikowania. Klient wspólnie z doradcą przygotowuje realistyczny plan działania, zawierający także alternatywne możliwości rozwiązania problemu. Elementem tego planu jest określenie kierunku szkolenia. Doradca zawodowy sporządza wówczas pisemną opinię, którą przekazuje specjaliście do spraw rozwoju zawodowego wraz z kopią opinii lekarza medycyny pracy i psychologa o braku przeciwwskazań medycznych i/lub psychologicznych, jeśli badanie lub konsultacja psychologiczna są wymagane odrębnymi przepisami lub są warunkiem podjęcia szkolenia wybranego przez klienta. Dalsze działania ze strony urzędu pracy związane z przekwalifikowaniem osoby uprawnionej do renty szkoleniowej lub renty rolniczej szkoleniowej podejmują pracownicy odpowiedzialni za realizację szkoleń osób bezrobotnych i poszukujących pracy, czyli specjaliści do spraw rozwoju zawodowego.

Podsumowanie

O możliwościach przekwalifikowania decydują nie tylko indywidualne cechy osoby z niepełnosprawnością, efekty leczenia, rehabilitacji medycznej i psychicznej, ale również czynniki środowiskowe i instytucjonalne. Wskazać można na miejsce zamieszkania, sytuację na lokalnym rynku pracy, sytuację rodzinną, dostępność środków komunikacji, ofertę edukacyjną instytucji szkoleniowych i placówek edukacyjnych, które spełniają kryteria ustawowe do uzyskania zlecenia finansowanego ze środków publicznych.

Mimo braku ograniczeń formalnych dotyczących lokalizacji instytucji szkoleniowej na terenie kraju, klienci oczekują, że szkolenie będzie odbywało się możliwie najbliżej ich miejsca zamieszkania.

Doradca zawodowy, pomagając klientowi w tworzeniu realnego planu działania, którego elementem jest wybór kierunku szkolenia, musi uwzględniać możliwości psychofizyczne klienta, dostępność instytucji szkoleniowych, sytuację społeczną i ekonomiczną swojego klienta, jego gotowość do zmian, stopień akceptacji ograniczeń zdrowotnych, system wartości klienta, przekonania, stosunek do pracy, fakt czy praca zarobkowa i dochody z niej uzyskiwane są sposobem na zaspokajanie potrzeb, czy też klient doradcy nauczył się zaspokajać swoje potrzeby bez związku z pracą zawodową, a koncentruje się na „należnej” mu pomocy instytucjonalnej. Doradca zawodowy nie zajmuje się terapią swojego klienta. Ma za zadanie rozpoznać jego zasoby, możliwości i ograniczenia wynikające ze stanu zdrowia oraz wskazać te obszary zawodowe, zawody i stanowiska, gdzie naruszenie danej sprawności organizmu nie będzie przeciwwskazaniem do nauki zawodu, czy wybranych umiejętności zawodowych wymaganych na stanowisku pracy. Proces przekwalifikowania i wybór odpowiedniego kierunku kształcenia zawodowego w formach kursowych nie zawsze kończy się pomyślnie. Wśród barier w przekwalifikowaniu osób z orzeczeniem o przyznaniu renty szkoleniowej można wymienić²⁴:

- niski poziom wykształcenia osób niepełnosprawnych; warunkiem nabycia uprawnień zawodowych, czy podjęcia zatrudnienia na niektórych stanowiskach, jest często posiadanie co najmniej wykształcenia średniego;
- brak motywacji do zmiany i do podejmowania nauki nawet w formach kursowych, nie tylko szkolnych przez osoby niepełnosprawne, szczególnie z wykształceniem podstawowym, gimnazjalnym i zawodowym; dla wielu osób renta z tytułu niezdolności do pracy stanowi formę zabezpieczenia socjalnego („mały, ale stały dochód”), szczególnie w rejonach o wysokim poziomie bezrobocia;
- ZUS wydaje decyzję o przyznaniu renty szkoleniowej, jeśli lekarz orzecznik ZUS uzna, że osoba uprawniona do świadczeń z FUS jest całkowicie niezdolna do pracy w wyuczonym (dotychczas wykonywanym) zawodzie, ale istnieje możliwość odzyskania zdolności do pracy po przekwalifikowaniu. Rodzi to utratę poczucia bezpieczeństwa socjalnego u osób, które przez wiele lat pobierały rentę z tytułu niezdolności do pracy, u których proces leczenia nie zakończył się (np. planowane są kolejne interwencje chirurgiczne), a które także posiadają jednocześnie prawomocne orzeczenie o umiarkowanym lub nawet znacznym stopniu niepełnosprawności wydanym na stałe przez

24 Podstawą analizy jest dokumentacja pracy doradcy zawodowego i specjalisty do spraw rozwoju zawodowego PUP w Łomży z lat 2009 – 2014.

Powiatowy Zespół do spraw Orzekania o Niepełnosprawności. Orzeczenia te, wydane na potrzeby rehabilitacji zawodowej i społecznej są równoważne z orzeczeniem ZUS odpowiednio: stopień umiarkowany jest równoważny z orzeczeniem ZUS o całkowitej niezdolności do pracy, zaś stopień znaczny – z orzeczeniem ZUS o całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji;

- ograniczona oferta instytucji szkoleniowych i konieczność oczekiwania na przeprowadzenie naboru przez instytucję szkoleniową w celu skompletowania grupy szkoleniowej (organizacja szkolenia dla jednej osoby nie jest możliwa, grupy szkoleniowe liczą przeciętnie 15 – 20 osób). Należy pamiętać, że, zgodnie z art. 21 ustawy o promcji zatrudnienia, instytucja szkoleniowa może uzyskać zlecenie finansowane ze środków publicznych na prowadzenie szkoleń dla bezrobotnych i poszukujących pracy po dokonaniu wpisu do rejestru instytucji szkoleniowych, prowadzonego przez wojewódzki urząd pracy właściwy ze względu na siedzibę instytucji szkoleniowej;

- brak możliwości skierowania osoby z orzeczeniem o celowości przekwalifikowania na 2 i więcej szkoleń (np. warunkiem podjęcia pracy w zawodzie kierowcy samochodu ciężarowego jest posiadanie co najmniej prawa jazdy kat. C i kwalifikacji wstępnej, a to oznacza co najmniej 2 szkolenia, każde zakończone egzaminem państwowym);

- brak środków na przekwalifikowania; w polskim systemie finansów publicznych, środki Funduszu Pracy²⁵ w ramach limitu środków na dany rok najczęściej są przekazywane urzędом pracy w połowie I kwartału. Może się więc zdarzyć (i zdarza się), że roczny limit środków na szkolenia jest już wykorzystany we wrześniu czy nawet w lipcu. Oznacza to, że do końca danego roku kalendarzowego starosta (powiatowy urząd pracy) nie może skierować na szkolenie żadnej osoby bezrobotnej czy poszukującej pracy, nawet posiadającej prawomocne orzeczenie organu rentowego o celowości przekwalifikowania, do czasu otrzymania nowych środków Funduszu Pracy na ten cel.

Rodzi się pytanie, czy mimo wskazanych w niniejszym artykule problemów, dokonanie wyboru kierunku przekwalifikowania kończy współpracę osoby z niepełnosprawnością z doradcą zawodowym. To zależy już tylko od klienta doradcy. W praktyce, często dopiero rozpoczyna prawdziwą współpracę, gdyż osoba niepełnosprawna dostrzegając korzyści ze współpracy z doradcą, jego orientację na pomoc w rozwiązywaniu problemów klienta oraz kompetencje i wiedzę z zakresu rynku pracy, edukacji, pomocy społecznej, systemu zabezpieczenia społecznego, rehabilitacji zawodo-

²⁵ Do 2004 roku szkolenia osób z orzeczeniem ZUS o celowości przekwalifikowania były finansowane ze środków PFRON, ale przekazywanie środków do instytucji powiatowych (PCPR i PUP) odbywało się na tych samych zasadach.

wej i społecznej, sama z własnej inicjatywy, dobrowolnie, bez „szantażu” prawnego, jakim jest realna obawa przed utratą świadczenia pieniężnego (renty szkoleniowej), będącego niejednokrotnie podstawą utrzymania, zwraca się do doradcy ze swoimi problemami dotyczącymi sfery zawodowej, edukacyjnej, a nawet socjalnej.

Professional rehabilitation of persons with disabilities with a decision on the advisability of retraining

Professional rehabilitation of persons with disabilities with a decision on the advisability of retraining issued by ZUS doctor or KRUS expert is the task of statutory implemented by local labor offices. The aim of the article is to show the legal, medical, psychological and social career choice conditions, direction of the training process, representation of the advisory process and the role guidance counselor in the final determination of the reclassification.

Bibliografia

- Brammer L.M., *Kontakty służące pomaganiu. Procesy i umiejętności*, PTP, Warszawa 1984.
- Enright J. E., *Terapia i poradnictwo bez oporu*, [w:] J. Santorski (red.), *Nowe strategie i techniki pomocy psychologicznej*, PTHP, Warszawa 1984, s. 88–112.
- Ho-Kim M. T., Marti J.F., *Metoda edukacyjna*, „Zeszyty informacyjno-metodyczne doradcy zawodowego”, nr 12, KUP, Warszawa 1999.
- Konwencja nr 159 Międzynarodowej Organizacji Pracy dotycząca rehabilitacji zawodowej i zatrudnienia osób niepełnosprawnych, przyjęta w Genewie dnia 20 czerwca 1983 r. (Dz. U. nr 43 z 2005 r., poz. 412), isap.sejm.gov.pl/Download?id=WDU20050430412&type=2 (data dostępu: 28.02.2015).
- Kreft W., Sołtysińska G., Łukaszewicz A., Dankowska R., *Podręcznik oceny zawodów z punktu widzenia różnych rodzajów niepełnosprawności*. „Zeszyty informacyjno-metodyczne doradcy zawodowego”, nr 14, KUP, Warszawa 2000.
- Lamb R., *Poradnictwo zawodowe w zarysie*, „Zeszyty informacyjno-metodyczne doradcy zawodowego”, nr 9, KUP, Warszawa 1998.
- Larkowa H., *Człowiek niepełnosprawny – problemy psychologiczne*, PWN, Warszawa 1987.
- Magnuszewska-Otulak G., *Poradnictwo zawodowe dla osób niepełnosprawnych*. Podstawowe zagadnienia, [w:] *Poradnictwo dla osób niepełnosprawnych*, „Zeszyty informacyjno-metodyczne doradcy zawodowego”, nr 44, MPIPS, Warszawa 2009.

- Majewski T., Szczepankowska B., *Rehabilitacja zawodowa osób niepełnosprawnych*, [w:] *Problem niepełnosprawności w poradnictwie zawodowym*, „Zeszyty informacyjno-metodyczne doradcy zawodowego”, nr 10, KUP, Warszawa 1998.
- Morys-Georgica G., (red.), *Poradnictwo zawodowe dla osób niepełnosprawnych*, „Zeszyty informacyjno-metodyczne doradcy zawodowego”, nr 44, MPiPS, Warszawa 2009.
- Pisula D., *Poradnictwo kariery przez całe życie*, KOWEZIU, Warszawa 2009.
- Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz.U. 2003 nr 139 poz. 1328); <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20031391328> (data dostępu: 01.03.2015).
- Szczepankowska B., Ostrowska A., (red.), *Problem niepełnosprawności w poradnictwie zawodowym*, „Zeszyty informacyjno-metodyczne doradcy zawodowego”, nr 10, KUP, Warszawa 1998.
- Tarkowska M., *Rozmowa doradcza – wspólne poszukiwanie rozwiązań*, „Zeszyty informacyjno-metodyczne doradcy zawodowego”, nr 35, MPiPS, Warszawa 2006.
- Ustawa z dnia 2 kwietnia 2004 r. o zmianie ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz. U. 2004 nr 91 poz. 873), <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20040910873> (data dostępu: 01.03.2015)
- Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. 2004 nr 256 poz. 2572 z późn. zm.), <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20042562572> (data dostępu: 01.03.2015).
- Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. 1998 nr 162 poz. 1118) z późn. zm., tekst ujednolicony, <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19981621118> (data dostępu: 01.03.2015)
- Ustawa z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników, (Dz.U. 1991 nr 7 poz. 24 z późn. zm., tekst ujednolicony).
<http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20040910873> (data dostępu: 13.02.2015)
- Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. 2004 nr 99 poz. 1001); <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20040991001> (data dostępu: 01.03.2015).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 1997 nr 123 poz. 776), <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19971230776>, (data dostępu: 01.03.2015).
- Ustawa z dnia 28 czerwca 1996 r. o zmianie niektórych ustaw o zaopatrzeniu emerytalnym i o ubezpieczeniu społecznym (Dz.U. 1996 nr 100 poz. 461), <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19961000461> (data dostępu: 01.03.2015)
- Wasiak Z., *Zadania powiatu w rehabilitacji osób niepełnosprawnych*, KIGR, Warszawa 2006.
- Wojtasik B., *Warsztat doradcy zawodu. Aspekty pedagogiczno-psychologiczne*, PWN, Warszawa 1997.
- Wołk Z., *Osoba bezrobotna jako klient oporujący*, „Zeszyty informacyjno-metodyczne doradcy zawodowego”, nr 43, MPiPS, Warszawa 2009.
- Źródła własne: dokumentacja pracy doradcy zawodowego i specjalisty do spraw rozwoju zawodowego PUP w Łomży z lat 2009 – 2014 (21 osób, wobec których lekarz orzecznik ZUS orzekł celowość przekwalifikowania).

Działania profilaktyczne w obszarze niepełnosprawności i starości realizowane przez Komendę Wojewódzką Policji w Białymstoku¹

Prewencja oznacza zapobieganie naruszaniu norm prawnych² i negatywnym zjawiskom, a także usuwanie ich przyczyn. Polega na istnieniu zagrożenia karą, które wywiera presję na potencjalnych sprawcach przestępstw i w pewnym stopniu powściąga ich od dokonania zakazanych czynów³. Instytucje i służby państwowe, organizacje społeczne i inne podmioty pełniące rolę prewencyjną realizują działania profilaktyczne. Przedsięwzięcia te mają różnorodny charakter. Polegają na uświadamianiu, jakie zachowania albo ich brak jest źródłem określonych zagrożeń, co jest dozwolone, a co zabronione i że naruszanie prawa zawsze jest karalne. Programy realizowane w ramach prewencji ukierunkowane są na najbardziej zagrożone grupy społeczne – dzieci, młodzież, kobiety, osoby starsze⁴ i niepełnosprawne⁵.

Niniejsze opracowanie odnosić się będzie do działań profilaktycznych realizowanych w dwóch środowiskach: ludzi starych i niepełnosprawnych.

W kontekście społecznym i socjologicznym za początek starości eksperci Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organization*) uznają ukończenie sześćdziesięciu lat⁶, natomiast według Organizacji Narodów Zjednoczonych (*United Nations*) jest to sześćdziesiąty piąty rok życia⁷. Dokonując przeglądu prac naukowych podejmujących tematykę

1 Opracowano na podstawie materiałów Wydziału Prewencji Komendy Wojewódzkiej Policji w Białymstoku.

2 S. Dubisz (red.), *Uniwersalny słownik języka polskiego*, t. 3, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2003, s. 553.

3 H. Zgólkowa (red.), *Praktyczny słownik współczesnej polszczyzny*, t. 32, Wydawnictwo Kurpisz, Poznań 2001, s. 338-339.

4 W opracowaniu określenia ludzie starzy, osoby starsze i seniorzy są używane zamiennie.

5 Encyklopedia, *Gazeta Prawna*, <http://www.gazetaprawna.pl/encyklopedia/prawo/hasla/337659,prewencja.html> (data dostępu: 26.01.2015).

6 S. Golinowska (red.), *Raport o Rozwoju Społecznym Polska 1999. Ku godnej aktywnej starości*, Biuro Programu Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju (UNDP) w Warszawie, Warszawa 1999, s. 7.

7 R. Rasińska, I. Nowakowska, *Obraz ludzi starszych w raportach i zestawieniach*, „Nowiny Lekarskie” 2012 (81), nr 1, s. 84.

starości stwierdzono, iż rzadko dochodzi do wskazywania sztywnej granicy wiekowej kwalifikującej jednostki jako osoby starsze. Ze względu na wielopłaszczyznowość i indywidualność procesu starzenia się granica wiekowa ma charakter umowny. Można przyjąć, że „starość jest okresem życia człowieka, poprzedzonym takimi okresami, jak dzieciństwo, młodość, wiek dojrzały”⁸.

Niepełnosprawność oznacza brak możliwości wykonywania pewnych czynności w wyniku wrodzonych bądź nabytych upośledzeń⁹ w zakresie uważanym za normalny dla człowieka. W polskim ustawodawstwie osoby niepełnosprawne definiuje się jako ludzi o istotnym ubytku zdolności fizycznych, psychicznych lub umysłowych ograniczających zdolność do wykonywania pracy zawodowej¹⁰. Osoby z niepełnosprawnością są kategorią społeczną obciążoną negatywnymi stereotypami i narażoną na dyskryminację, zarówno w codziennym życiu, jak i w profesjonalnej praktyce (służbie zdrowia, rehabilitacji, pomocy społecznej, edukacji)¹¹. Niepełnosprawność często wiąże się z upokorzeniem, ciężarem społecznym, a w rzeczywistości wcale nie oznacza braku możliwości uczestnictwa w życiu publicznym.

Przepisy Konstytucji¹² gwarantują wszystkim obywatelom wolności i prawa, a w przypadku ochrony zdrowia szczególna opieka przysługuje osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku (art. 68 pkt. 3). Ponadto, osobom niepełnosprawnym władze publiczne udzielają pomocy w zabezpieczeniu egzystencji, przysposobieniu do pracy oraz komunikacji społecznej (art. 69). Poza tymi przykładami w prawodawstwie podeszły wiek i stwierdzona niepełnosprawność nie wpływają na ochronę prawną. Za pokrzywdzenie osoby starszej lub osoby z niepełnosprawnością przewidziany jest taki sam wymiar kary jak za szkody wyrządzone na innych osobach dorosłych.

Nadużycia i zaniedbania wobec osób niepełnosprawnych i starych stają się coraz bardziej popularnym dyskursem w dziedzinie gerontologii społecznej¹³. Realna ocena tego zjawiska jest niemożliwa ze względu na

8 H. Olszewski, *Starość i starzenie się*, [w:] W. Szewczuk (red.), *Encyklopedia psychologii*, Wydawnictwo Fundacja Innowacja, Warszawa 1998, s. 855.

9 A. S. Reber, *Słownik psychologii*, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2000, s. 415.

10 Ustawa z dnia 9 maja 1991 r. o zatrudnieniu i rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych (Dz.U. 1991 nr 46 poz. 201), art. 1 pkt 1.

11 B. Bugajska, *Bezpieczeństwo osób niepełnosprawnych ruchowo w dużym mieście. Raport z badań* [w:] M. Halicka, J. Halicki, K. Czykier (red.), *Zagrożenia w starości i na jej przedpolu*, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2010, s. 107.

12 Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. 1997 nr 78 poz. 483).

13 A. Petelski, E. Cichoń, *Przemoc z udziałem ludzi starych w świetle materiałów Komendy Wojewódzkiej Policji w Białymstoku*, [w:] M. Halicka, J. Halicki (red.), *Przemoc wobec ludzi starych. Na przykładzie badań środowiskowych w województwie podlaskim*, Wydawnictwo Temida 2, Białystok 2010, s. 273.

pokażną, ale nieoszacowaną liczbę nieujawnionych incydentów. Ofiary obawiają się zgłaszania aktów przemocy z powodu poczucia wstydu, zależności materialnej i emocjonalnej od oprawcy. Nie budzi wątpliwości fakt, że populacja ludzi starszych i niepełnosprawnych ze względu na stopień zależności od opieki ze strony reszty społeczeństwa, narażona jest na poczucie obniżonego bezpieczeństwa. Staje się tym samym łatwiejszą ofiarą przestępstw, np. znęcania się, oszustw, rozbojów, uszkodzeń ciała.

W Polsce, jak i każdym innym kraju, pierwszoplanowe miejsce w systemie zapobiegania i zwalczania przestępczości zajmuje Policja. Rozrasta się przede wszystkim udział Policji w działalności profilaktycznej¹⁴. Prawidłowo prowadzone czynności wymagają ścisłej współpracy z podmiotami pozapolicyjnymi, np. organami samorządu terytorialnego, instytucjami administracyjno-społecznymi, placówkami oświaty, spółdzielniami mieszkaniowymi¹⁵. T. Serafin i S. Parszowski dokonali podziału działań profilaktycznych ze względu na ich etap i rodzaj. Są to:

- 1) programy profilaktyczne – zaplanowane przedsięwzięcia mające na celu niedopuszczenie do występowania społecznie niekorzystnych zjawisk;
- 2) programy prewencyjne – działania ukierunkowane na zmniejszenie rozmiarów lub ciężaru przestępczości oparte na podstawach naukowych lub doświadczeniach organów, instytucji, obywateli;
- 3) programy resocjalizacyjne – wsparte naukowo i zaplanowane czynności, które mają na celu zapobieżenie powrotowi do przestępstwa¹⁶.

Ze względu na problematykę działalności prewencyjnej autorzy wyróżniają programy dotyczące ochrony osób i mienia, bezpieczeństwa w ruchu drogowym, patologii oraz bezpieczeństwa ogólnego¹⁷. W ramach tych kategorii wyodrębniono:

- 1) programy informacyjne, dostarczające rzetelną i aktualną wiedzę mającą umożliwić społeczeństwu podejmowanie decyzji, by uniknąć patologicznych zachowań;
- 2) programy edukacyjne, wspierające rozwój umiejętności życiowych, np. podejmowanie decyzji, radzenie ze stresem, rozwiązywanie problemów, nawiązywanie kontaktów interpersonalnych;

¹⁴ A. Krukowski, *Problemy zapobiegania przestępczości*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1982, s. 154.

¹⁵ M. Leszczyński, A. Gumieniak, L. Owczarek, R. Ochocki, *Bezpieczeństwo w wymiarze lokalnym*, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2013, s. 154.

¹⁶ T. Serafin, S. Parszowski, *Bezpieczeństwo społeczności lokalnych. Programy prewencyjne w systemie bezpieczeństwa. Zarządzanie bezpieczeństwem*, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2011, s. 302-303.

¹⁷ Tamże, s. 307.

- 3) programy alternatywne, stymulujące działalność społeczną poprzez oferowanie pozytywnych alternatyw w celu rozszerzenia doświadczeń życiowych czy potwierdzenia własnej wartości;
- 4) programy interwencyjne, pomagające w identyfikacji problemów i poszukiwaniu możliwości najlepszych rozwiązań¹⁸.

Do celów tworzenia policyjnych programów prewencyjnych Marek Leszczyński i inni zaliczają m.in. wzrost poczucia bezpieczeństwa obywateli, zmniejszenie liczby przestępstw i wykroczeń w miejscach zagrożonych, redukcję obaw przed staniem się ofiarą, partnerstwo Policji z lokalną społecznością i innymi służbami¹⁹. Na etapie budowania programów prewencyjnych, jeszcze przed realizacją, niezbędne jest zapoznanie grupy docelowej z harmonogramem i osobami odpowiedzialnymi za efekt końcowy. W rezultacie wdrożenia inicjatyw na rzecz bezpieczeństwa dochodzi do występowania pozytywnych zjawisk. Zmienia się postawa obywatelska wobec Policji – następuje wzrost zaufania i budowa nowego, korzystnego wizerunku. Policja niekiedy angażuje do akcji środki masowego przekazu, upowszechniając w ten sposób wiedzę na temat prowadzonych działań. Siła oddziaływania mediów lokalnych może w znacznej mierze spowodować wzrost efektywności podjętych inicjatyw. Do oceny skuteczności działań zazwyczaj wykorzystuje się systematyczne monitorowanie postępów poprzez weryfikację realizacji z założeniami oraz obserwację mocnych i słabych stron programów.

Podlaska Policja w ramach współpracy z innymi instytucjami administracji rządowej realizuje szereg systemowych działań na rzecz profilaktyki społecznej, które wpisują się zarówno w rządowy program ograniczania przestępczości i aspołecznych zachowań „Razem Bezpieczniej”, Krajowy Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie, jak również priority, jakie zostały przyjęte na najbliższe lata dla Policji. Założenia tych programów wskazują na zadania, których systematyczna realizacja powinna doprowadzić do ograniczenia przestępczości, patologii i innych zjawisk społecznie uciążliwych. Policja uczestniczy w inicjatywach o charakterze prewencyjnym w odniesieniu do osób starszych i osób z niepełnosprawnością, zarówno o wymiarze ogólnokrajowym, jak i lokalnym.

W 2006 roku Rada Ministrów uchwaliła Rządowy Program Ograniczania Przestępczości i Aspołecznych Zachowań „Razem Bezpieczniej” na lata 2007-2015. Jako pierwszy krajowy program profilaktyczny ograniczający skalę zachowań budzących powszechny sprzeciw, stanowi niejako podstawę i wzór dla kolejnych inicjatyw. „Razem Bezpieczniej” zwraca

¹⁸ Tamże, s. 308.

¹⁹ M. Leszczyński, A. Gumieniak, L. Owczarek, R. Ochocki, *Bezpieczeństwo w wymiarze lokalnym*, s. 163.

ca uwagę na konieczność nawiązania dialogu Policji z obywatelami oraz wzmocnienia pracy na szczeblu lokalnym oraz kładzie nacisk na zaangażowanie środowisk akademickich i naukowych badających zjawisko przestępczości i potrzeb społecznych w zakresie bezpieczeństwa²⁰.

Celem artykułu jest analiza działań profilaktycznych związanych z ludźmi starszymi i osobami z niepełnosprawnością realizowanymi przez Komendę Wojewódzką Policji w Białymstoku oraz zwrócenie uwagi na problemy tych kategorii społecznych. Dokonano przeglądu literatury i piśmiennictwa dotyczącego działalności prewencyjnej w obszarze starości i niepełnosprawności. Wykorzystano materiały Komendy Wojewódzkiej Policji w Białymstoku, który jest organizatorem i głównym wykonawcą omawianych przedsięwzięć.

Przedmiotem niniejszego opracowania są działania profilaktyczne na terenie województwa podlaskiego, dlatego uzasadnione jest, aby przekazać podstawowe informacje o strukturze tego obszaru. Według danych Urzędu Statystycznego w roku 2012 województwo podlaskie zamieszkiwało niespełna 1199 tysięcy osób, z czego 60,3% ogółu mieszkańców stanowiła ludność miejska, a 39,7% – wiejska²¹. Jest to jeden z najstarszych demograficznie regionów Polski²². Odsetek ludności w wieku 65 i więcej lat w 2013 roku wynosił 15,3% (średnia Polski 14,7%)²³. Według Narodowego Spisu Powszechnego w 2011 liczba osób niepełnosprawnych wynosiła w Polsce ponad 4,6 miliona osób, a w województwie podlaskim – 131,8 tysięcy²⁴.

Na tak zarysowanym tle społeczno-demograficznym w województwie podlaskim dokonano analizy działań profilaktycznych realizowanych przez Komendę Wojewódzką Policji w Białymstoku.

Osoby z niepełnosprawnością i seniorzy ze względu na słabszą kondycję fizyczną, psychiczną i społeczną są szczególnie narażeni na stanie się ofiarą przestępstw, więc winni podlegać szerszej ochronie. W ramach szeroko pojętej profilaktyki przeprowadzono szereg programów/działań

20 Tamże, s. 173.

21 *Stan i ruch naturalny ludności w województwie podlaskim w 2012 r.*, Urząd Statystyczny w Białymstoku, Białystok 2013, s. 1, http://bialystok.stat.gov.pl/download/gfx/bialystok/pl/defaultaktualnosci/1331/1/7/6/stan_i_ruch_naturalny_ludnosci_wpodl_2012.pdf (data dostępu: 12.02.2015).

22 M. Halicka, *Satysfakcja życiowa ludzi starych. Studium teoretyczno-empiryczne*, Wydawnictwo Akademii Medycznej w Białymstoku, Białystok 2004, s. 94.

23 H. Dmochowska (red.), *Rocznik demograficzny 2014*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2014, s. 66, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/roczniki-statystyczne/roczniki-statystyczne/rocznik-demograficzny-2014,3,8.html#> (data dostępu: 12.02.2015).

24 *Ludność i gospodarstwa domowe. Stan i struktura społeczno-ekonomiczna, cz. 1*, Ludność, Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2013, s. 83, http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/raport_z_wynikow_nsp_ludnosci_i_mieszkan_2002.pdf (data dostępu: 12.02.2015).

związanych z poprawą bezpieczeństwa w miejscach publicznych i miejscu zamieszkania, w zakresie przemocy domowej i ruchu drogowego.

Poszczególne kategorie przestępstw i obszary reagowania objęte są specjalnymi programami prewencyjnymi.

Od 2003 roku na terenie województwa podlaskiego jest prowadzony program prewencyjny „Nie bądźmy obojętni”²⁵. Celem akcji jest wspieranie osób starszych, niepełnosprawnych i bezdomnych, organizacja pomocy osobom potrzebującym wsparcia w okresie zimowym, przełamywanie obywatelskiej obojętności wobec zagrożeń oraz pobudzanie aktywności sąsiedzkiej na rzecz udzielania wzajemnej pomocy i kształtowania bezpieczeństwa w najbliższym otoczeniu²⁶. W ramach działań przeprowadzono wiele inicjatyw. Jedną z nich było wdrożenie w okresie zimowym 2008/2009 innowacyjnego projektu profilaktycznego pod tytułem „Bez domu, ale nie bez pomocy”, którym objęto blisko tysiąc osób²⁷. W 2012 roku pilotażowo przeprowadzono „Pogotowie życzliwości”. Działania polegały na gromadzeniu za pośrednictwem Policyjnego Telefonu Zaufania społecznych sygnałów o osobach potrzebujących i ich odwiedzaniu przez policjantów, wolontariuszy Polskiego Czerwonego Krzyża i Związku Harcerstwa Polskiego. W sezonie zimowym 2014/2015 przeprowadzono, także we współpracy ze środowiskiem akademickim, akcję pod nazwą „Studentckie skrzydła pomocy”. Wsparcie osób starszych, chorych, samotnych, niezaradnych na skutek niepełnosprawności w ramach programu „Nie bądźmy obojętni” polegało m.in. na wizytacjach studentów w asyście policjantów w celu rozpoznawania ich potrzeb, udzielenia informacji i pomocy przy udziale lokalnie działających placówek pomocowych.

„Bezpieczny Senior” to ogólnopolska akcja policji mająca chronić osoby starsze przed próbami wyłudzeń i kradzieży. Od 2007 roku do działań włączyli się podlascy funkcjonariusze. Policjanci w czasie spotkań ostrzegali seniorów przed działaniem oszustów i uczulali na ewentualne niepokojące sygnały w najbliższym środowisku. Działania sprawców wskazują, że najczęściej wykorzystują oni metodę „na wnuczka”, która charakteryzuje się tym, że przestępca podczas rozmowy telefonicznej podaje się za krewnego ofiary i zwraca się z prośbą o natychmiastową pomoc finansową. Policjanci przypominali, iż niekiedy oszuści wchodzą do mieszkań seniorów pod różnymi pretekstami, np. oferując sprzedaż towarów czy usług, powołując

25 Więcej o programie „Nie bądźmy obojętni”, Komenda Wojewódzka Policji w Białymstoku, <http://www.podlaska.policja.gov.pl/pod/dzialania-policji/prewencja/dzialania-profilaktycz/nie-badzmy-obojetni> (data dostępu: 19.03.2015).

26 B. Sury, *Szczegółowa analiza zdarzeń z udziałem osób powyżej 60. roku życia*, [w:] M. Halicka, J. Halicki, A. Sidorczuk (red.), *Człowiek dorosły i starszy w sytuacji przemocy*, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2009, s. 128-129.

27 A. Petelski, E. Cichoń, *Przemoc z udziałem ludzi starych...*, s. 285-286.

się na urzędników lub pracowników innych instytucji. Zanim senior zdąży zorientować się, że pada ofiarą zaplanowanej manipulacji, zostaje okradziony z oszczędności, cennych przedmiotów bądź dokumentów.

Jednym z etapów projektu „Bezpieczny Senior” był konkurs literacki gromadzący autorskie wiersze odnoszące się do bezpieczeństwa na drodze, które zostały wykorzystane w kalendarzach na 2015 rok. W ramach projektu „Bezpieczny Senior” Komenda Wojewódzka Policji w Białymstoku i Samorząd Województwa Podlaskiego we współpracy z Domem Kultury „Zachęta” od 2014 roku realizują kampanię informacyjno-edukacyjną „Podlaski Senior – Bezpieczny Senior”.

Poszukując skutecznych sposobów ostrzegania seniorów sporządzono specjalną laurkę z okazji Dnia Babci i Dnia Dziadka. Przedszkolaki z województwa podlaskiego, które je otrzymały, kolorowały obrazek, a następnie wraz ze specjalnym ostrzeżeniem dotyczącym oszustw umieszczonym na odwrocie przekazywały babciom i dziadkom²⁸. Ponadto, policjanci Wydziału Ruchu Drogowego i Prewencji Komendy Wojewódzkiej Policji w Białymstoku w związku z Dniem Babci i Dniem Dziadka w 2015 roku spotkali się z seniorami w białostockim Domu Kultury „Zachęta”. Była to okazja do złożenia życzeń babciom i dziadkom, a także możliwość przypomnienia seniorom o zagrożeniach, z którymi mogą się spotkać osoby starsze oraz samotnie mieszkające. Uczestnicy rozmawiali z funkcjonariuszami o metodach działania oszustów, sposobach ich unikania oraz dzielili się własnymi doświadczeniami. Bardzo ważnym zagadnieniem było także bezpieczeństwo w ruchu drogowym pieszych. Seniorzy poznali najczęstsze przyczyny wypadków drogowych, dowiedzieli się, dlaczego warto i czy trzeba nosić odblaski oraz jak poruszać się bezpiecznie po drogach. Wszyscy uczestnicy spotkania otrzymali również materiały edukacyjne, elementy odblaskowe oraz kalendarze z wierszami laureatów konkursu „Bezpieczny Senior”.

W 2012 roku rozpoczęto opracowywanie zaadaptowanej do policyjnego systemu aplikacji na telefon komórkowy dla osób głuchoniemych i cudzoziemców ułatwiającą informowanie policji o niebezpiecznym zdarzeniu (wypadek drogowy, przestępstwo, zagrożenie życia i zdrowia).

Wydział Prewencji Komendy Wojewódzkiej Policji w Białymstoku w ramach działalności profilaktycznej prowadził edukację osób starszych i niepełnosprawnych na temat szeroko rozumianego bezpieczeństwa, m.in. z wychowankami Specjalnego Ośrodka Szkolno-Wychowawczego w Białymstoku i członkami Klubu Seniora Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Białymstoku.

28 Działanie profilaktyczne Komendy Wojewódzkiej Policji w Białymstoku „Bezpieczny Senior”, <http://www.podlaska.policja.gov.pl/pod/dzialania-policji/prewencja/dzialania-profilaktycz/bezpieczny-senior/28763,Bezpieczny-senior.html> (data dostępu: 22.03.2015).

W ramach Europejskiego Roku Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej 2012 przedstawiciel podlaskiej Policji uczestniczył w roli prelegenta w cyklu Podlaskich Dni Seniora na konferencji w Korycinie (30 sierpnia) i Białymstoku (27 września) oraz w komisji konkursowej „Podlaski Senior roku 2012 – lider na rzecz społeczności lokalnej”.

W Wydziale Prewencji Komendy Wojewódzkiej Policji w Białymstoku przygotowano apel, który przekazano przedstawicielom Kurii Metropolitalnej oraz Autokefalicznego Kościoła Prawosławnego Diecezji Białostockiej i Gdańskiej oraz Warszawsko-Bielskiej. Idea upowszechnienia komunikatu wśród wiernych podyktowana była potrzebą ograniczenia oszustw popełnianych na szkodę osób starszych.

W 2013 roku Podlaska Policja realizowała wspólnie z Podlaskim Urzędem Wojewódzkim, Białostockim Oddziałem Telewizji Polskiej oraz Delegaturą Urzędu Komunikacji Elektronicznej kampanię promocyjną cyfryzacji telewizji naziemnej. Funkcjonariusze informowali społeczeństwo, zwłaszcza osoby starsze, o istniejących zagrożeniach w tym zakresie.

W Wydziale Prewencji Komendy Wojewódzkiej Policji w Białymstoku przygotowano i przesłano za pośrednictwem podległych jednostek, tj. komend powiatowych/miejskich policji województwa podlaskiego apel do banków i kościołów. Na telebimach diodowych wyświetlano treści profilaktyczne dotyczące powyższych zdarzeń. Przedstawiciel Wydziału Prewencji Komendy Wojewódzkiej Policji w Białymstoku brał udział w spotkaniach z seniorami, podczas których omawiał zasady bezpieczeństwa w domu i poza miejscem zamieszkania, metody działania przestępców oraz sposoby unikania zagrożeń, a tym samym stania się ofiarą przestępstwa.

Opracowano i przesłano do Kuratorium Oświaty w Białymstoku apel informujący o zagrożeniach oszustwami z prośbą o odczytanie go osobom starszym. We współpracy z Departamentem Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego w Białymstoku sporządzono materiał prewencyjny w formie kalendarzy „Uwaga! Nie dajmy się oszukać!”, a przy współudziale Radia Jarod odbyła się kampania profilaktyczna.

Komenda Miejska Policji w Suwałkach przeprowadziła projekt edukacyjny „Przewodnik Seniora”, którego celem było zwiększenie poczucia bezpieczeństwa osób starszych, ograniczenie liczby przestępstw i wykroczeń popełnianych na ich szkodę oraz zwiększenie świadomości prawnej społeczeństwa. W ramach działań organizowano spotkania z seniorami oraz dystrybuowano w przychodniach, sklepach, spółdzielniach mieszkaniowych, parafiach i urzędach informacyjne ulotki oraz plakaty.

Wydział Prewencji Komendy Wojewódzkiej Policji w Białymstoku w roku 2014 włączył się w organizację oraz realizację działań prewencyjnych zmierzających do podniesienia bezpieczeństwa seniorów, w tym

osób z niepełnosprawnością. Funkcjonariusze uczestniczyli w debacie dotyczącej powołania Rady Seniorów w Białymstoku z udziałem przedstawicieli organizacji działających na rzecz seniorów oraz ekspertów z doświadczeniem w pracy w środowisku osób starszych. Przygotowano kolorowanki „Wakacje u Babci/Dziadka”, które zostały rozdysponowane wśród dzieci województwa podlaskiego w celu ich przekazania babciom i dziadkom podczas letnich ferii.

Istotną inicjatywą była organizacja cyklicznych, profilaktycznych spotkań z osobami starszymi w Klubach Seniora oraz białostockich stowarzyszeniach Centrum Seniora i Akademia plus 50 oraz w Domu Kultury „Zachęta”. Podczas warsztatów upowszechniano materiały profilaktyczne w postaci ulotek informacyjnych i kubków wydanych przy współpracy z Regionalnym Ośrodkiem Polityki Społecznej w Białymstoku. Zorganizowano także spotkania opiekunów i personelu Domu Pomocy Społecznej w Białymstoku. W formie warsztatów przekazano informacje dotyczące stosowania przymusu bezpośredniego w sytuacji stosowania przemocy przez podopiecznych.

Komenda Miejska Policji w Białymstoku prowadziła akcję informacyjno-edukacyjną „Senior na czasie”, której celem było przede wszystkim wyzucie osób starszych na różnego rodzaju zagrożenia oraz wzbudzenie zaufania do pracowników placówek dbających o bezpieczeństwo publiczne. W spotkaniach uczestniczył też dzielnicowy, który odpowiadał na nurtujące uczestników kwestie oraz pomagał w rozwiązaniu przedstawionych problemów.

Przedstawiciel Komendy Wojewódzkiej Policji w Białymstoku oraz Komendy Miejskiej Policji w Białymstoku uczestniczyli w wywiadach fokusowych prowadzonych przez Fundację Laboratorium Badań i Działań Społecznych „SocLab” w ramach projektu dotyczącego badań aktywności seniorów i prowadzonej polityki senioralnej w stolicy województwa.

Komenda Wojewódzka Policji w Białymstoku oraz komendy miejskie/powiatowe województwa podlaskiego w związku z obchodzonym 20 listopada Ogólnopolskim Dniem Seniora przyłączyły się do świętowania z osobami starszymi organizując warsztaty edukacyjne, na których przypomniano o kwestii bezpieczeństwa na drodze (z uwzględnieniem zmian przepisów dotyczących pieszych i posiadania elementów odblaskowych poza obszarem zabudowanym po zmierzchu), uważnym wpuszczaniem do mieszkania obcych osób, czujności podczas podpisywania umów i innych dokumentów, uwadze związanej z korzystaniem z „ofert” proponowanych przez osoby podające się za urzędników lub pracowników różnych instytucji. Spotkanie z seniorami było również okazją do rozstrzygnięcia konkursu „Bezpieczny Senior”, którego celem było propagowanie wiedzy

dotyczącej zasad bezpieczeństwa osób starszych w ruchu drogowym oraz zachowania ostrożności przed oszustwami.

Za pośrednictwem komend powiatowych/miejskich policji województwa podlaskiego przesłano do banków apel na temat czujności podczas wypłacania środków pieniężnych przez osoby starsze. Kolejną tego typu inicjatywę motywowano wahaniem liczby oszustw finansowych w ostatnich latach, co przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Zestawienie liczby ujawnionych przestępstw (występków) z artykułu 286 Kodeksu karnego a dokonanych na osobach starszych na terenie województwa podlaskiego

| Rok | Liczba zdarzeń z art. 286 Kodeksu karnego | | |
|------|-------------------------------------------|-----------------------------------|--------|
| | Dokonane przestępstwa | Usiłowanie dokonania przestępstwa | Ogółem |
| 2010 | 59 | 24 | 83 |
| 2011 | 117 | 59 | 176 |
| 2012 | 35 | 43 | 78 |
| 2013 | 56 | 40 | 96 |
| 2014 | 30 | 45 | 75 |

Art. 286 § 1. Kto, w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, doprowadza inną osobę do niekorzystnego rozporządzenia własnym lub cudzym mieniem za pomocą wprowadzenia jej w błąd albo wyzyskania błędu lub niezdolności do należytego pojmowania przedsiębranego działania, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

§ 2. Tej samej karze podlega, kto żąda korzyści majątkowej w zamian za zwrot bezprawnie zabranej rzeczy.

§ 3. W wypadku mniejszej wagi, sprawca podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

§ 4. Jeżeli czyn określony w § 1-3 popełniono na szkodę osoby najbliższej, ściganie następuje na wniosek pokrzywdzonego.

Źródło: opracowanie własne na podstawie materiałów z Wydziału Prewencji Komendy Wojewódzkiej Policji w Białymstoku.

Na przełomie 2014 i 2015 roku na wniosek Niezależnego Samorządnego Związku Zawodowego Policjantów Zarządu Wojewódzkiego Województwa Podlaskiego rozpoczęto wdrożenie przez Komendę Wojewódzką Policji w Białymstoku oraz Narodowy Bank Polski projektu w ramach edukacji ekonomicznej – „Akademia Seniora”. Priorytetowym obszarem tematycznym jest wskazanie właściwego gospodarowania budżetem domowym oraz rozbudzanie postaw i zachowań przedsiębiorczych. Projekt przewiduje realizację tematów odnoszących się do podniesienia bezpieczeństwa osób starszych przez zapobieganie oszustwom finansowym, zarządzania budżetem osobistym oraz ostrożnym planowaniem przyszłości finansowej. Głównym

celem projektu jest promowanie przeciwdziałania wykluczeniu finansowemu i kształtowanie odpowiedzialności przy podejmowaniu decyzji finansowych wśród trzystu uczestników projektu – białostoczan po pięćdziesiątym roku życia – przez organizację bezpłatnych spotkań edukacyjnych.

Na początku roku nawiązano kontakt ze Stowarzyszeniem Emerytów i Rencistów Policyjnych w Białymstoku, przedstawicielami białostockich klubów osiedlowych i domów kultury oraz Uniwersytetem Trzeciego Wieku w celu przekazania założeń projektu i ustalenia terminów spotkań. Dotychczas przygotowano scenariusz spotkań z seniorami, przeszkolono funkcjonariuszy Policji w zakresie prowadzenia warsztatów, wydrukowano ulotki i plakaty, opracowano baner dotyczący projektu i umieszczono go na witrynie internetowej Komendy Wojewódzkiej Policji w Białymstoku (<http://www.podlaska.policja.gov.pl/>) oraz Portalu Miejskiego Białystok Online (<http://www.bialystokonline.pl/>). Następnie przygotowano pisma do instytucji zajmujących się problematyką projektu oraz prośby o zamieszczenie informacji w klubach osiedlowych działających przy spółdzielniach mieszkaniowych i w Uniwersytecie Trzeciego Wieku, a także zorganizowano promocję w lokalnej prasie i radiu. Rekrutacja do „Akademii Seniora” trwała miesiąc (17 marca – 17 kwietnia 2015 roku). Wyłonieni uczestnicy zostali poinformowani o zakwalifikowaniu się do projektu. Od czerwca do października były realizowane spotkania edukacyjne, poprzedzone ogłoszeniem konkursu „Nie dać się oszukać”. W połowie grudnia odbyło się podsumowanie projektu „Akademia Seniora” i przekazanie nagród laureatom konkursu.

W Polsce odpowiedzialność za zapewnienie bezpieczeństwa obywatelom, w tym seniorom i osobom z niepełnosprawnością, ponosi policja jako organ wyspecjalizowany w tej dziedzinie.

Negatywne zjawiska w obszarze niepełnosprawności i starości mogą być niwelowane przez przeprowadzenie odpowiednio dobranych form działań prewencyjnych, a sposobem zapobiegania izolacji omawianych grup jest ich społeczna aktywizacja.

Przedsięwzięciem na dużą skalę jest podejmowanie publicznych debat i kampanii społecznych, które uświadamiają obywateli o istnieniu problemów seniorów i osób z niepełnosprawnością oraz informują o instytucjach pomocy i świadczonych przez nie usługach, np. przez rozprowadzanie ulotek dostosowanych do konkretnego środowiska.

Programy realizowane w społecznościach lokalnych skutecznie walczą z przestępczością małej skali, jednak mniej efektywne są w stosunku do poważnych przestępstw i zorganizowanej przestępczości. Zgodnie

z koncepcją wybitych szyb²⁹ lokalne inicjatywy na rzecz bezpieczeństwa mogą skutecznie ograniczyć także najniebezpieczniejsze przestępstwa przy udziale i współodpowiedzialności obywateli.

Preventive actions in the fields of disability and old age realized by the Provincial Police Headquarters in Białystok

One of the essential tasks for the police force is to initiate and organize activities focused on the prevention of crime, misdemeanors, and activities promoting crime. To this effect, police cooperates with state and municipal authorities as well as community organizations. Preventive measures undertaken by the police in dealing with old age and disability should be investigated on multiple planes, i.e. social, psychological, pedagogic, medical, legal, and ethical. Engaging in such initiatives aims not only to provide protection in aforementioned areas but also increase social awareness.

This article is a review of preventive programs run by both the Provincial Police Headquarters in Białystok as well as projects coordinated by organizations other than the police. This analysis discusses projects carried out in 2012 through 2015.

This work is a review of preventative measures. It can also serve as a starting point for research on the effectiveness of police work and informational purposes for those interested in disability and old age.

29 Istotę teorii wybitych szyb oddaje niniejszy fragment: „Jeżeli bowiem wybito okno w fabryce lub biurze, przechodzień, który to zauważy, dojdzie do wniosku, że nikomu taki stan rzeczy nie przeszkadza, i że nikt nie jest za stan budynków odpowiedzialny. Po jakimś czasie znajdą się tacy, którzy zaczną rzucać kamieniami w pozostałe okna. Wkrótce nie ostanie się żadna szyba, przechodzień zaś dojdzie do wniosku, że nie tylko nikt nie odpowiada za budynek, ale również ulicę, którą spaceruje. Na pozbawionej kontroli i dozoru ulicy będą się pojawiać tylko przestępcy, młodzież... albo rzykanci. Przestępcy szybko zawładną ulicą natomiast zwykli obywatele będą ją omijać z daleka. W ten sposób pozornie nieznaczne i nikłe przejawy braku poszanowania prawa i porządku prowadzą do powstania coraz groźniejszych objawów tego procederu, a w efekcie do wzrostu przestępczości”.

G. L. Kelling, C. M. Coles, *Wybite szyby. Jak zwalczyć przestępczość i przywrócić ład w najbliższym otoczeniu*, przeł. B. Ludwiczak, Wydawnictwo Media Rodzina, Poznań 2000, s. 10.

Bibliografia

- Bugajska B., *Bezpieczeństwo osób niepełnosprawnych ruchowo w dużym mieście. Raport z badań*, [w:] M. Halicka, J. Halicki, K. Czykier (red.), *Zagrożenia w starości i na jej przedpolu*, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2010.
- Dmochowska H. (red.), *Rocznik demograficzny 2014*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2014, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/roczniki-statystyczne/roczniki-statystyczne/rocznik-demograficzny-2014,3,8.html#> (data dostępu: 12.02.2015)
- Dubisz S. (red.), *Uniwersalny słownik języka polskiego*, t. 3, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2003.
- Działanie profilaktyczne „Bezpieczny Senior”, Komenda Wojewódzka Policji w Białymstoku, <http://www.podlaska.policja.gov.pl/pod/dzialania-policji/prewencja/dzialania-profilaktycz/bezpieczny-senior/28763,Bezpieczny-senior.html> (data dostępu: 22.03.2015).
- Działanie profilaktyczne „Nie bądźmy obojętni”, Komenda Wojewódzka Policji w Białymstoku, <http://www.podlaska.policja.gov.pl/pod/dzialania-policji/prewencja/dzialania-profilaktycz/nie-badzmy-obojetni> (data dostępu: 19.03.2015).
- Encyklopedia, Gazeta Prawna. <http://www.gazetaprawna.pl/encyklopedia/prawo/hasla/337659,prewencja.html> (data dostępu: 26.01.2015).
- Golinowska S. (red.), *Raport o Rozwoju Społecznym Polska 1999. Ku godnej aktywnej starości*, Biuro Programu Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju (UNDP) w Warszawie, Warszawa 1999.
- Halicka M., *Satysfakcja życiowa ludzi starych. Studium teoretyczno-empiryczne*, Wydawnictwo Akademii Medycznej w Białymstoku, Białystok 2004.
- Kelling G. L., Coles C. M., *Wybite szyby. Jak zwalczyć przestępczość i przywrócić ład w najbliższym otoczeniu*, przeł. B. Ludwiczak, Wydawnictwo Media Rodzina, Poznań 2000.
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. nr 78 poz. 483).
- Krukowski A., *Problemy zapobiegania przestępczości*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1982.
- Leszczyński M., Gumieniak A., Owczarek L., Ochocki R., *Bezpieczeństwo w wymiarze lokalnym*, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2013.
- Ludność i gospodarstwa domowe. Stan i struktura społeczno-ekonomiczna*, cz. 1, Ludność, Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2013, http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/raport_z_wynikow_nsp_ludnosci_i_mieszkan_2002.pdf (data dostępu: 12.02.2015).
- Olszewski H., *Starość i starzenie się*, [w:] W. Szewczuk (red.), *Encyklopedia psychologii*, Wydawnictwo Fundacja Innowacja, Warszawa 1998.
- Petelski A., Cichoń E., *Przemoc z udziałem ludzi starych w świetle materiałów Komendy Wojewódzkiej Policji w Białymstoku*, [w:] M. Halicka, J. Halicki (red.), *Przemoc wobec ludzi starych. Na przykładzie badań środowiskowych w województwie podlaskim*, Wydawnictwo Temida 2, Białystok 2010.
- Rasińska R., Nowakowska I., *Obraz ludzi starszych w raportach i zestawieniach*, „Nowiny Lekarskie” 2012 (81), nr 1.
- Reber A. S., *Słownik psychologii*, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2000.

- Serafin T., Parszowski S., *Bezpieczeństwo społeczności lokalnych. Programy prewencyjne w systemie bezpieczeństwa. Zarządzanie bezpieczeństwem*, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2011.
- Stan i ruch naturalny ludności w województwie podlaskim w 2012 r.*, Urząd Statystyczny w Białymstoku, Białystok 2013; http://bialystok.stat.gov.pl/download/gfx/bialystok/pl/defaultaktualnosci/1331/1/7/6/stan_i_ruch_naturalny_ludnosci_wpodl_2012.pdf (data dostępu: 12.02.2015).
- Sury B., *Szczegółowa analiza zdarzeń z udziałem osób powyżej 60. roku życia*, [w:] M. Halicka, J. Halicki, A. Sidorczuk (red.), *Człowiek dorosły i starszy w sytuacji przemocy*, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2009.
- Ustawa z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji (Dz.U. 1990 nr 30 poz. 179 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 9 maja 1991 r. o zatrudnieniu i rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych (Dz.U. 1991 nr 46 poz. 201).
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (Dz.U. 1997 nr 88 poz. 553 z późn. zm.)
- Zgółkowa H. (red.), *Praktyczny słownik współczesnej polszczyzny*, t. 32, Wydawnictwo Kurpisz, Poznań 2001.

Dorota Żuchowska-Skiba

Od paternalizmu ku partnerstwu. Modele działań organizacji pozarządowych w świetle analizy treści stron internetowych

Wstęp

Historia kształtowania się pomocy społecznej w stosunku do osób niepełnosprawnych w Polsce ma długą tradycję. W 1923 roku przyjęto pierwszą w Polsce ustawę o pomocy społecznej. Miała ona nowoczesny charakter i wpisywała się w rozwiązania obowiązujące w innych krajach europejskich. W jej myśl opieką ze strony państwa byli objęci wszyscy obywatele, których sytuacja społeczna lub ekonomiczna była trudna i nie pozwalała na realizację potrzeb socjalnych. Wykonywanie ustawy powierzono samorządom na szczeblu gminnym, powiatowym i wojewódzkim, które miały współpracować z organizacjami charytatywnymi, aby zrealizować odpowiednio do potrzeb dystrybucję usług socjalnych¹.

Po II wojnie światowej zmiany polityczne i ustrojowe w Polsce zupełnie zmieniły organizację systemu pomocy społecznej. Została ona scentralizowana w rękach państwa. Za jej realizację od 1960 roku odpowiadało Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej. Objęte nią były osoby w podeszłym wieku, niepełnosprawne i cierpiące na choroby długoterminowe². Po 1989 roku wrócono do wzorów z okresu przedwojennego, przywracając ideę pomocy społecznej, opartej na samorządach i organizacjach pozarządowych³. Zaczęto też w tym czasie budować nowy model podejścia do pomocy społecznej, związany z polityką aktywizacji obywatelskiej, politycznej i społecznej⁴.

1 M. Grewiński, *Od systemu opieki przez politykę pomocy do aktywizacji i integracji społecznej*, [w:] M. Grewiński, J. Krzyszkowski (red.), *Współczesne tendencje w pomocy społecznej i pracy socjalnej*, Wydawnictwo Naukowe Instytutu Technologii Eksploatacji – Państwowego Instytutu Badawczego, Warszawa 2011, s. 9-10.

2 J. Krzyszkowski, *Między państwem opiekuńczym a opiekuńczym społeczeństwem. Determinanty funkcjonowania środowiskowej pomocy społecznej na poziomie lokalnym*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2005, s. 54-57.

3 D. Zalewski, *Opieka i pomoc społeczna – dynamika instytucji*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2005, s. 72-75.

4 I. Rybka, *System pomocy społecznej a rozwój ekonomii społecznej*, [w:] S. Mazur, A. Pacut (red.), *Ekonomia społeczna a publiczne służby zatrudnienia w Polsce – zasady, perspektywy i kierunki*

Rok 2012 wraz z ratyfikacją Konwencji ONZ o Prawach Osób Niepełnosprawnych, spowodował konieczność dalszego przebudowania dotychczasowego modelu prowadzonych działań o charakterze politycznym i pomocowym odnośnie osób niepełnosprawnych. Wzrost znaczenia praw człowieka, które przyniosło przyjęcie tego dokumentu, zakłada pełne włączenie i ma zagwarantować udział osób niepełnosprawnych na równych prawach w życiu społecznym⁵. Powoduje to konieczność podjęcia działań pozwalających na wyeliminowanie wszystkich ograniczeń strukturalnych i społecznych uniemożliwiających pełne uczestnictwo osób niepełnosprawnych w społeczeństwie.

Zasadniczym celem tego artykułu będzie ukazanie modelowych działań, jakie podejmowane są przez organizacje pozarządowe działające na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych we współczesnej Polsce. Od 1989 roku rola tego sektora w zakresie pomocy osobom niepełnosprawnym wciąż rośnie. Wskazuje na to duża liczba powstających w ostatnich latach organizacji pozarządowych. Obecnie w bazie Stowarzyszenia Klon/Jawor, jest zarejestrowanych 8758 podmiotów, które swoje działania orientują na pomoc temu środowisku⁶. Odgrywają one dziś istotną rolę polityczną, polegającą na organizowaniu protestów i bronienu praw osób niepełnosprawnych, nagłaśnianiu przejawów dyskryminacji⁷. Taki charakter miały działania podejmowane np. przez Polskie Stowarzyszenie Osób z Upośledzeniem Umysłowym w 2004 roku, które protestowało przeciw proponowanym przez rząd zmianom w organizacji Warsztatów Terapii Zajęciowej, czy Stowarzyszenie na rzecz Osób Niepełnosprawnych „Tęcza”, które w 2012 roku zorganizowało protesty przeciwko dyskryminacji, niskim świadczeniom i warunkom życia osób niepełnosprawnych i ich rodzin.

Sprawia to, że podmioty te mogą odegrać ważną rolę w odniesieniu do wprowadzania nowych rozwiązań w zakresie wyrównywania praw i szans osób niepełnosprawnych w Polsce oraz w przeciwdziałaniu praktykom marginalizującym. W związku z tym podstawowe pytanie, na które ma odpowiedzieć ten artykuł brzmi: czy organizacje pozarządowe wpisują się w model włączający oparty na współpracy ze środowiskami osób niepełnosprawnych i są swoistymi reprezentantami tego środowiska? Czy nadal realizują działalność o charakterze paternalistycznym, patronackim nastawioną na projektowanie i wdrażanie działań na rzecz tego środowiska, bez brania pod uwagę jego postulatów co uniemożliwia jego aktywność.

współpracy, Fundacja Inicjatyw Społeczno-Ekonomicznych, Warszawa 2008, s. 205-207.

5 Por. Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20120001169> (data dostępu: 20. 04.2015).

6 Por. Stowarzyszenie Klon/Jawor, Baza NGO, <http://bazy.ngo.pl/> (data dostępu: 22.04.2015).

7 C. Barnes, G. Mercer, *Niepełnosprawność*, Sic, Warszawa 2008, s.134-135.

Model paternalistyczny versus włączający

Wiek XIX wraz z pojawieniem się społeczeństwa przemysłowego przyniósł zasadnicze zmiany w położeniu społecznym osób niepełnosprawnych. Zmiany, jakie dokonały się w organizacji pracy, która wymusiła wprowadzenie norm czasowych i produkcyjnych oraz zwiększyła tempo pracy, okazały się dla osób niepełnosprawnych czynnikiem wyłączającym z głównego nurtu aktywności zawodowej⁸. Dodatkowo, zdaniem Michaela Oliver'a do wykluczenia tej kategorii ze społeczeństwa przyczyniła się również indywidualizacja życia oraz tendencje do medykalizacji niepełnosprawności⁹. Spowodowało to powstanie medycznego modelu niepełnosprawności, który klasyfikował niepełnosprawności jako problem medyczny i koncentrował się wyłącznie na ograniczeniach i uszkodzeniach psychicznych, fizycznych lub zmysłowych jednostki. W ramach tego podejścia osoby niepełnosprawne musiały przyjąć narzuconą im rolę pacjenta – klienta i poddać się usługom i procedurom oferowanym przez lekarzy, rehabilitantów i osoby profesjonalnie zajmujące się polepszaniem ich kondycji fizycznej, psychicznej i społecznej. Skutkowało to ugruntowaniem działań paternalistycznych w ramach świadczonej pomocy społecznej¹⁰. W zamian za wypełnianie roli pacjenta i zgodę na interwencje medyczne oraz zaakceptowanie własnej niesprawności osoby niepełnosprawne, jak i chore były zwalniane z obowiązku wypełniania części swoich ról społecznych za cenę pogodzenia się ze swoją zależnością od sprawnego społeczeństwa¹¹. Powodowało to w przekonaniu Vicka Finkelsteina społeczne postrzeganie osób niepełnosprawnych w perspektywie osobistej tragedii i przypisywanie im bierności oraz zależności¹². Niepełnosprawność nie jest bowiem określana wyłącznie przez obiektywne kryteria, które są oparte na podstawach medycznych, ale przez znaczenia, które są jej przypisywane przez społeczeństwo. W ich ramach osoby niepełnosprawne zostały uznane za problem społeczny¹³. Może on być rozwiązany jedynie dzięki odpowiedniej polityce społecznej¹⁴, wspartej profesjonalną pomocą ze strony instytucji społecznych, która opiera się na patronacie nad osobami niepełnosprawnymi i odbiera im tym samym podmiotowość polityczną i zdolność samostanowienia o sobie.

8 J. Ryan, F. Thomas, *The Politics of Mental Handicap*, Penguin, Harmondsworth 1980, s. 101.

9 M. Oliver, *The Politics of Disablement: A Sociological Approach*, Macmillan Press Ltd, London 1990, s. 58.

10 D. Goodley, *Disability studies*, Sage, London 2011, s. 7.

11 T. Parsons, *System społeczny*, Nomos, Kraków 2009, s. 237-238.

12 V. Finkelstein, *Attitudes and disabled People*, Lamport Gilbert Printers Ltd, London 1980, s.1.

13 G. Albrecht, Levy J., *Constructing Disabilities as Social Problems*, [w:] G. Albrecht, (red.), *Cross National Rehabilitation Policies: A Sociological Perspective*, Sage, London 1981, s. 4.

14 M. Oliver, *The Politics of Disablement...* s. 79.

Aktywność środowisk niepełnosprawnych w drugiej połowie XX wieku spowodowała, że został zakwestionowany model medyczny niepełnosprawności¹⁵. Społeczne definicje niepełnosprawności umieszczały jej istotę w sferze relacji pomiędzy osobą niepełnosprawną a otoczeniem społecznym. Skoncentrowanie się na tym aspekcie pozwoliło dostrzec problem związany z istnieniem barier w otoczeniu fizycznym i społecznym. Odpowiedzialność za niwelowanie skutków niepełnosprawności przeniesiono na poziom makrospołeczny i przestano rozumieć wyłącznie jako usprawnianie funkcjonalne konkretnych jednostek¹⁶. Wymaga ono jednak likwidacji barier kulturowych, społecznych, ekonomicznych i mentalnych, tkwiących również w instytucjach pomagających osobom niepełnosprawnym, które niechętnie wprowadzają innowacje¹⁷. Powinno temu towarzyszyć odejście od organizacji obejmujących to środowisko patronatem, ku organizacjom nastawionym na umiejętną kooperację z osobami niepełnosprawnymi oraz wzmacniającym kompetencje i samoorganizację tego środowiska¹⁸.

Działania te opierałyby się na aktywnej współpracy osób niepełnosprawnych i osób działających na ich rzecz z podmiotami odpowiedzialnymi za tworzenie polityki społecznej i wprowadzających praktyczne rozwiązania na różnych szczeblach – od samorządów po instytucje centralne¹⁹. Pozwoliłyby one na aktywizację polityczną tej kategorii społecznej i wyzwolenie się jej z zależności od pomocy charytatywnej świadczonej przez podmioty działające na rzecz tego środowiska.

Wymaga to też likwidacji barier fizycznych oraz społecznych, również tych tkwiących w stygmatyzowaniu osób niepełnosprawnych. Sposoby prezentowania kwestii niepełnosprawności w przestrzeni publicznej oraz to, w jaki sposób budowane są dziś jej obrazy ma ogromny wpływ na sposób, w jaki środowiska osób niepełnosprawnych są traktowane, zarówno przez organizacje pozarządowe, podmioty realizujące politykę społeczną, jak i same osoby niepełnosprawne. Ma to duży wpływ na podejmowanie decyzji, dotyczących rozdziału środków i finansowania programów oraz inicjatyw związanych z niepełnosprawnością. W rezultacie, w jaki sposób

15 M. Olivier, C. Barnes, *The New Politics of Disablement*, Palgrave Macmillan, New York 2012, s. 12.

16 C. Barnes, *Understanding the social model of disability: past, present and future*, [w:] N. Watson, A. Roulstone, C. Thomas (red.), *Routledge Handbook of Disability Studies*, Routledge, London - New York 2012, s. 18.

17 B. Gąciarz, *Model społeczny niepełnosprawności, jako podstawa zmian w polityce społecznej*, [w:] B. Gąciarz, S. Rudnicki, (red.), *Od kompleksowej diagnozy do nowego modelu polityki społecznej*, Wydawnictwo AGH, Kraków 2014, s 22-23.

18 D. Goodley, *Disability studies...* s. 3.

19 C. Barnes, G. Mercer, *Exploring Disability. A Sociological Introduction*, Polity Press, Cambridge 2012, s. 260.

niepełnosprawność jest rozumiana ma istotne znaczenie dla usług świadczonych dla tej kategorii osób²⁰.

Metodologia badań

Analizie zawartości i treści poddane zostały dobrane celowo strony internetowych organizacji pozarządowych działających na rzecz osób niepełnosprawnych w Polsce, które zostały umieszczone w zakładce: „organizacje” na stronie Biura Pełnomocnika Rządu do spraw Osób Niepełnosprawnych. Badaniu poddano 32 organizacje spośród 34 umieszczonych tam organizacji. Taki dobór próby wynikał z chęci zbadania tych podmiotów, które są aktywne i podejmują intensywne działania zorientowane na osoby niepełnosprawne. Przyjęto, że rekomendowane na stronie Biura Pełnomocnika Rządu do spraw Osób Niepełnosprawnych organizacje wykonują swoje zadania w sposób, który wpisuje się w realizowaną politykę państwa i w związku z tym mają też istotny wpływ na jej kształtowanie.

Zdecydowano się badać strony internetowe organizacji pozarządowych, ponieważ umożliwiają one organizacjom na samodzielne tworzenie ich zawartości, która jest przez nie kreowana i kontrolowana. Dzięki temu możliwe jest odtworzenie poruszanych przez te podmioty kwestii, które pozwalają wnioskować o realizowanym stylu działania na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych. Dla pełnego ukazania tematów publikowanych na stronach internetowych zastosowano frekwencyjną analizę treści, która umożliwiła przedstawienie ilościowe częstości występowania określonych wpisów na stronach badanych NGO. Została ona oparta na kluczu kategoryzacyjnym, który pozwolił na analizę uzyskanych wyników przez program SPSS. Pozwoliło to na ustalenie częstości poruszanych wątków i procentowe ich przedstawienie. Badaniu poddano kwestie dotyczące edukacji zarówno instytucjonalnej, jak i pozainstytucjonalnej zawierającej ofertę kursów i szkoleń, pracy, aktywność pozazawodowej. Analiza objęła też treści dotyczące sportu i rekreacji, aktywności artystycznej, spotkań integracyjnych, lub okolicznościowych oraz aktywności politycznej i obywatelskiej. Badanie objęło też tematykę relacji międzyludzkich, ukazując zagadnienia związane z postawami osób sprawnych wobec niepełnosprawnych, rodzin lub opiekunów osób niepełnosprawnych oraz codziennych problemów, z jakim zmagają się osoby niepełnosprawne.

Analiza treści stron wiodących organizacji pozarządowych działających na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych posłużyła odtwo-

20 R. Lang, *The Development and Critique of the Social Model of Disability*, 2001, s.2, http://www.ucl.ac.uk/lcccr/lccstaff/raymondlang/developmmnt_and_critique_of_the_social_model_of_d.pdf (data dostępu: 20.12.2014).

rzeniu dwóch biegunowych modeli ukazywania niepełnosprawności. Pierwszy z nich, paternalistyczny, wyrastał z modelu indywidualnego definiowania niepełnosprawności. Został oparty na ukazaniu niepełnosprawności z perspektywy choroby oraz konieczności zorganizowania dla osób z tego środowiska rehabilitacji i pomocy medycznej świadczonej przez profesjonalistów.

Model partnerski natomiast, wyrastający z definicji społecznych niepełnosprawności, został oparty na treściach, które wzmacniają samostanowienie i samoorganizację tego środowiska, bazując na przedstawianiu możliwości, jakie tkwią w osobach niepełnosprawnych przez ukazywanie ich sukcesów, nagłaśnianie cennych, dla powstawania samoświadomości wśród tej kategorii, inicjatyw, akcji czy kampanii. Model ten odwołuje się do treści dotyczących zarówno edukacji, jak i pracy oraz wszelkich możliwości likwidowania barier czy to fizycznych czy społecznych na rzecz włączenia osób niepełnosprawnych do pełnego udziału w społeczeństwie.

Charakterystyka badanych profili²¹

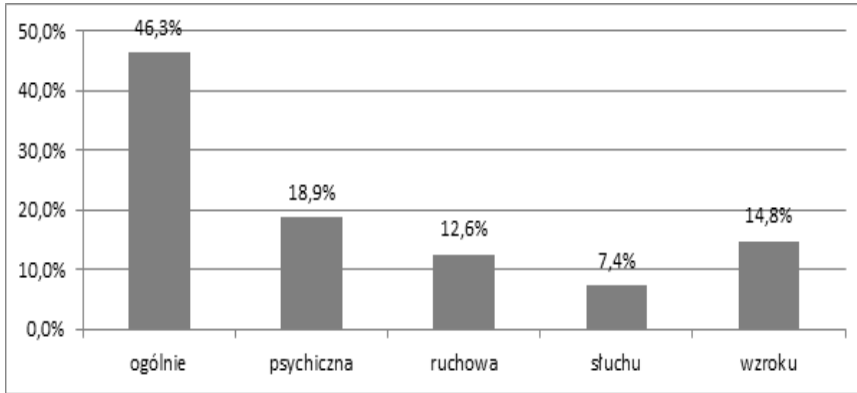
Analizie, pod kątem zawartości, poddano 32 strony internetowe dotyczące osób niepełnosprawnych, w celu określenia, kto jest adresatem treści oraz jakie narzędzia służące komunikacji wykorzystują badane organizacje pozarządowe dla nawiązania kontaktu ze swoimi odbiorcami.

Niemal połowa analizowanych stron była adresowana do całego środowiska osób niepełnosprawnych. 18,8% dedykowanych było osobom z niepełnosprawnością psychiczną, 12,6% z niepełnosprawnością ruchu, a 22,2% z dysfunkcją zmysłów (por. wykres 1). Wskazuje to na podejmowanie przez podmioty pozarządowe działań, których celem jest integracja całego środowiska osób niepełnosprawnych. Na niemal połowie stron treści, które były umieszczane dotyczyły ogólnie kwestii związanych z niepełnosprawnością, a nie poszczególnymi jej rodzajami. Działania takie służą budowania wśród osób niepełnosprawnych świadomości znajdowania się w podobnym położeniu społecznym i posiadania wspólnych interesów. Sprzyja to budowaniu podmiotowości politycznej w ramach tej zbiorowości, pozwala bowiem na podejmowanie działań zbiorowych nastawionych na walkę o swoje prawa.

21 Przedstawione w artykule badania stanowią prezentację części wyników uzyskanych w ramach grantu: „Od kompleksowej diagnozy sytuacji osób niepełnosprawnych w Polsce do nowego modelu polityki społecznej wobec niepełnosprawności”, realizowanego na AGH, na Wydziale Humanistycznym pod kierunkiem prof. Barbary Gąciarz. Dobór próby jest opisany w rozdziale J. Królewski, T. Masłyk, E. Migaczewska, M. Stojkow, D. Żuchowska-Skiba, *Potencjał Internetu i jego niewykorzystanie w kontekście potrzeb osób niepełnosprawnych*, [w:] B. Gąciarz S. Rudnicki (red.), *Od kompleksowej diagnozy do nowego modelu polityki społecznej*, Wydawnictwo AGH, Kraków 2014, s. 335-376.

Można więc powiedzieć, że niemal połowa z badanych podmiotów w tym sensie wpisuje się w realizację społecznego modelu niepełnosprawności.

Wykres 1. Podział stron internetowych ze względu na typ niepełnosprawności adresata



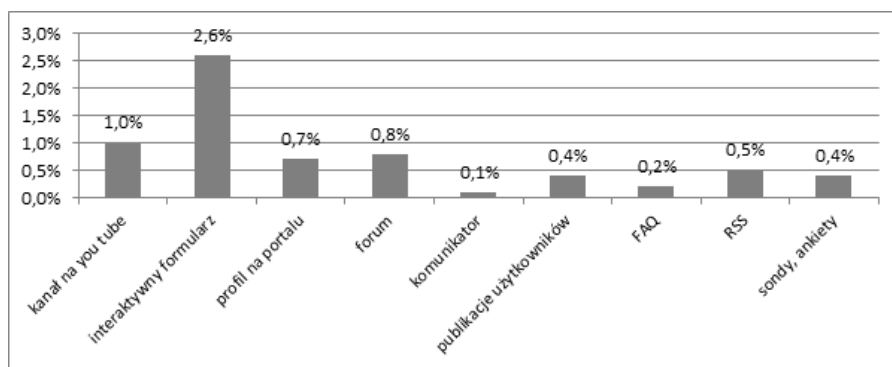
Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy stron internetowych organizacji pozarządowych N=32.

Nie dotyczy to jednak wszystkich kategorii wiekowych. Można zauważyć, że organizacje działające na rzecz dzieci i młodzieży, częściej były ukierunkowane na konkretny rodzaj niepełnosprawności. Strony te najczęściej dotyczyły niepełnosprawności psychicznej (34,9%). Rzadziej strony organizacji działających na rzecz dzieci i młodzieży były zorientowane na niepełnosprawność wzroku 21,7% i słuchu 19,3% oraz ruchu 1,7%. Strony badanych organizacji, które działały na rzecz osób dorosłych tylko w 1,4% były sprofilowane na niepełnosprawność ruchu, w 3,8% na niepełnosprawność psychiczną, a w 4,8% słuchu i w 19,3% wzroku. Wydaje się, że jest to związane przede wszystkim ze specyfiką faktycznego odbiorcy treści umieszczanych na stronie, bowiem dzieci i młodzież niezwykle rzadko same są zainteresowane treściami umieszczanymi na stronach tych organizacji, które dedykują im swoją działalność. Znacznie częściej ich czytelnikami są rodzice, którzy szukają informacji dotyczących pomocy swojemu dziecku zmagającemu się z konkretnym rodzajem niepełnosprawności.

Analizowane strony organizacji pozarządowych w niewielkim stopniu korzystają z możliwości, jakie dają nowe technologie w zakresie budowania komunikacji bezpośredniej i pośredniej ze środowiskiem osób niepełnosprawnych za pomocą narzędzi umieszczonych na stronie internetowej. Najczęściej umieszczane były na nich informacje kontaktowe w formie adresu, zawierającego ulicę oraz numer telefonu lub adres e-mail, choć i te dane nie wszędzie można było odnaleźć w zakładce – kontakt.

Tylko na 2,7% z analizowanych profili funkcjonował interaktywny formularz pozwalający na wysłanie pytania. Kanał RSS umożliwiający subskrybowanie treści był obecny na 0,5% stronach, zakładka z odpowiedziami na najczęściej zadawane pytania (FAQ) znajdowała się tylko na 0,2% stronach. Wydaje się więc, że badane organizacje pozarządowe na swoich stronach przywiązywały niewielką uwagę do zbudowania społeczności wokół nich. Niezbyt często podmioty te tworzyły też przestrzeń do komunikacji o charakterze poziomym pomiędzy użytkownikami. Tylko jedna z analizowanych stron zawierała komunikator, umożliwiający taki typ interakcji. Forum funkcjonowało w ramach 0,8% badanych stron, a publikacje nadsyłane przez użytkowników stanowiły tylko 0,4% w ramach wszystkich wpisów umieszczonych na stronie. Na 0,4% stron były umieszczane sondy i ankiety, które pozwalały wypowiedzieć się użytkownikom na temat do istotnych kwestii dotyczących niepełnosprawności.

Wykres 2. Elementy komunikacji interaktywnej i lateralnej na stronach internetowych



Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy stron internetowych organizacji pozarządowych N=32.

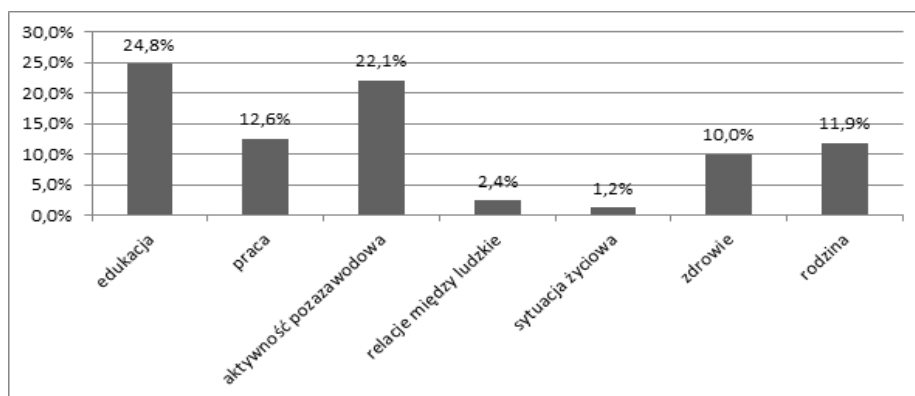
Badane organizacje pozarządowe na swoich stronach rzadko umieszczały też linki do prowadzonych kanałów na *You Tube* (1,0%) oraz profili na portalach społecznościowych (0,7%), (por. wykres 2). Wyraźnie wpisuje się to w patronacki model działania na rzecz tego środowiska, bowiem nie jest ono traktowane jako partner dla tych organizacji, które objęto badaniem. Udział osób niepełnosprawnych na analizowanych stronach był marginalizowany, w większości przypadków ograniczony wyłącznie do biernego odbioru prezentowanych treści. Nie sprzyja to tworzeniu się aktywnych postaw w tym środowisku, raczej przyczynia się do utrwalania biernych postaw nastawionych na konsumpcję usług przygotowanych dla

tej kategorii przez profesjonalistów, którzy opierając się na posiadanej wiedzy eksperckiej znają sposób, w jaki potrafią pomagać temu środowisku.

Analiza treści stron internetowych organizacji pozarządowych

Na analizowanych stronach WWW wybranych NGO zajmujących się tematyką niepełnosprawności, najczęściej pojawiały się wątki dotyczące aktywności osób niepełnosprawnych odnośnie do kwestii związanych z edukacją 24,8%, pracą 12,6%, aktywnością pozazawodową 22,1%, zdrowiem 10,0%, rodziną 11,9%. W niewielkim stopniu natomiast treści te dotyczyły relacji międzyludzkich oraz sytuacji życiowej osób niepełnosprawnych (por. wykres 3).

Wykres 3. Rozkład treści na stronach internetowych organizacji pozarządowych



Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy stron internetowych organizacji pozarządowych N=1121.

Zagadnienia dotyczące edukacji pojawiły się w co piątej publikacji, 7% było poświęconych kształceniu przedszkolnemu, 7% szkolnemu, 5% politechnicznemu, 4,7% akademickiemu. 1,8% wpisów w tej kategorii stanowiły treści dotyczące edukacji III wieku. Najczęściej stanowiły je oferty szkoleń i kursów 13,4%. Zawierały one generalnie cztery podstawowe rodzaje. Pierwszy rodzaj stanowiły informacje o szkoleniach i kursach adresowane do osób sprawnych, przede wszystkim do opiekunów i środowiska profesjonalnie związanego z pomocą osobom niepełnosprawnym. Znaczną część z nich stanowiły ogłoszenia, które miały na celu wykształcenie opiekunów osób niepełnosprawnych i wsparcie dla osób organizujących pomoc dla środowiska osób niepełnosprawnych. Były to różnego rodzaju

sympozja, warsztaty oraz kursy dla opiekunów lub osób profesjonalnie zajmujących się pomocą środowisku osób niepełnosprawnych. Stanowiły one aż 31,1% wszystkich wpisów w tej kategorii.

Niemal 1/3 oferty o charakterze edukacyjnym nie była ukierunkowana bezpośrednio na osoby niepełnosprawne, a jej celem było wykształcenie osób sprawnych, służących pomocą podopiecznym. Część tej oferty wskazywała na konieczność tworzenia specjalnych programów dla osób niepełnosprawnych, zakładających ich kształcenie oraz organizację warsztatów terapii zajęciowej, a także rehabilitację społeczną i zawodową. Nie miały one charakteru włączającego, raczej utrwały model paternalistyczny.

W tej kategorii mieściły się jednak też warsztaty organizowane dla dzieci i młodzieży, których celem było przełamanie stereotypowego postrzegania osoby niepełnosprawnej oraz szkolenia dla różnych grup zawodowych (np. bibliotekarzy, hotelarzy, architektów, twórców stron internetowych oraz rozwiązań informatycznych), z zakresu likwidacji barier w przestrzeni fizycznej i wirtualnej dla osób niepełnosprawnych. Wykracza to poza model widzenia niepełnosprawności jako osobistej tragedii, wymagającej pomocy medycznej i rehabilitacji prowadzonej przez profesjonalistów, a także działań w kierunku likwidacji barier o charakterze społecznym i fizycznym w przestrzeni publicznej. Niestety stanowiły one tylko 7% wśród wszystkich wpisów adresowanych do osób sprawnych.

Drugi rodzaj stanowiły oferty szkoleń adresowane do środowiska osób niepełnosprawnych. W zdecydowanej większości stanowiły one informacje o kursach adresowanych specjalnie dla osób niepełnosprawnych, nieotwierających ich na społeczeństwo, a raczej zamykających w swoim środowisku. Były to kursy dotyczące specjalnych szkoleń dla osób niepełnosprawnych, programów z zakresu szkół kształcących osoby ze specjalnymi potrzebami oraz oferty terapii zajęciowej. Stanowiły one 18,9 % wpisów i kreowały model postrzegania niepełnosprawności przez pryzmat indywidualny, ukazujący ją jako osobistą tragedię wykluczającą ze społeczeństwa.

Kolejną kategorią były kursy organizowane dla osób niepełnosprawnych, które oferowały umiejętności przydatne na rynku pracy, obejmujące kursy starania się o pracę, udziału w rozmowie kwalifikacyjnej, przygotowanie CV oraz dotyczące zakładania i prowadzenia własnej firmy, księgowości oraz kursy komputerowe i informatyczne, kursy językowe, a także kursy na prawo jazdy. Stanowiły one 33% wszystkich wpisów. Zdecydowanie wpisywały się one w model afirmacyjny, bowiem ich celem było przełamanie barier społecznych i przestrzennych, które otwierały możliwość pełnej integracji osób niepełnosprawnych i dawały szansę na realizację samodzielnego życia dzięki możliwości znalezienia pracy. 18% wpisów mieszczących się w tej kategorii oferowało pomoc psychologiczną oraz szkolenia z zakresu komunikacji oraz asertywności pozwalające na usamodzielnienie tej kategorii i jej

pełnosprawne funkcjonowanie w społeczeństwie, 4 dotyczyły kursów samoobrony i wizażu, wychodziły więc naprzeciw pełnemu włączeniu, bowiem wzmacniały w osobach niepełnosprawnych poczucie bezpieczeństwa i siły oraz własnej atrakcyjności, co zdecydowanie zmierzało w kierunku budowania w tym środowisku postaw aktywnych.

Czwarty rodzaj oferty był ukierunkowany na aktywizowanie osób niepełnosprawnych do pełnego udziału w społeczeństwie. W tej kategorii mieściły się też informacje o kursach zwiększających poziom uświadczenia tego środowiska oparte na szkoleniach i kursach, które obejmowały treści związane z prawami osób niepełnosprawnych. Dotyczyły przede wszystkim dostępu do edukacji wyższej, udziału w otwartym rynku pracy oraz prawach, jakie przysługują osobom niepełnosprawnym. Stanowiły one 17% wpisów i miały charakter działalności nastawionej na włączenie osób niepełnosprawnych i upodmiotowienie polityczne tej kategorii.

Praca pojawia się w 12,6% wpisów. Z czego najwięcej miejsca poświęcone było praktycznym poradom dla osób niepełnosprawnych w zakresie poszukiwania i podejmowania pracy na otwartym rynku lub prowadzenia własnej działalności gospodarczej (5,7% wpisów). 4,8% treści dotyczyło przepisów prawa odnośnie do pracy osób niepełnosprawnych. Ponad 70% tych wpisów stanowiła informacja dla pracodawców na temat możliwości dofinansowania stanowisk pracy oraz ulg, jakie towarzyszą zatrudnieniu osób niepełnosprawnych. 24% było poświęcone orzekaniu o zdolności o pracy i tylko 16% dotyczyło przywilejów i uprawnień pracowników niepełnosprawnych. Oferty pracy dla tej kategorii społecznej stanowiły tylko 0,9% wpisów, a dla opiekunów 0,4%. Kwestie dotyczące nowych sposobów organizowania pracy, oparte na nowoczesnych rozwiązaniach informatycznych i telekomunikacyjnych stanowiły zaledwie 0,6% wpisów. Natomiast tematyki sytuacji osób niepełnosprawnych na rynku pracy dotyczyło 2,9% treści na stronach WWW analizowanych podmiotów. Najczęściej odnosiły się one do usamodzielnienia osób niepełnosprawnych i możliwości ich funkcjonowania na otwartym rynku pracy.

Można więc zauważyć, że w znacznym stopniu na stronach internetowych badanych organizacji działających na rzecz osób niepełnosprawnych realizowany był model społeczny – włączający, który pozwala tej kategorii na samodzielne i pełnoprawne funkcjonowanie we wszystkich dziedzinach, również w przestrzeni aktywności zawodowej. Wskazuje na to duży udział treści, adresowanych do osób niepełnosprawnych nie w postaci konkretnych ofert zatrudnienia, ale porad praktycznych wspartych przykładami osób, które odniosły sukces zakładając własną firmę lub podejmując pracę na otwartym rynku.

Jednak nadal znaczna część wpisów (57%) nawiązuje do modelu indywidualnego i medycznego traktowania niepełnosprawności. Pokazując osoby

niepełnosprawne, nie jako profesjonalistów gotowych realizować swoje role zawodowe w konkurencji z osobami sprawnymi, ale jako takie, których zatrudnianie musi być wspomagane, przez określone instrumenty finansowe ze strony państwa, inaczej bowiem będzie nieopłacalne. To buduje obraz osób niepełnosprawnych, jako niezdolnych do samodzielnego życia bez istotnego wspomaganie finansowego i jako pracowników drugiej kategorii.

Kwestie dotyczące zdrowia pojawiły się w 10% wpisów. W zdecydowanej większości dotyczyły one opieki zdrowotnej – 4,1 % oraz opieki nad osobami niepełnosprawnymi i rehabilitacji, a także sprzętu umożliwiającego funkcjonowanie podopiecznych – 4,9% wpisów. Zdecydowanie dominowała tu informacja o instytucjonalnych rozwiązaniach dotyczących otrzymania wsparcia w zakresie leczenia i rehabilitacji. Dużą część w tej kategorii stanowiły też opisy schorzeń – 5,5% wpisów. Zdecydowanie najczęściej towarzyszyły one prośbom o pomoc podopiecznych danego NGO. W tej perspektywie niepełnosprawność była przedstawiana wyłącznie poprzez model indywidualny i opisywała tragedie osobiste osób zmagających się z chorobą lub niepełnosprawnością. Można zauważyć, że w obrazie niepełnosprawności budowanym przez NGO sfera charytatywna związana z prośbami o wsparcie finansowe osadzona jest w kontekście ukazania cierpienia osób niepełnosprawnych i wciąż mocno tkwi w indywidualnym medycznym typie definiowania niepełnosprawności.

Aktywność pozazawodowa osób niepełnosprawnych pojawiła się w 22,1% wpisów; z czego 5,1% odnosiło się do sportu i rekreacji. Niemal 90% tych wpisów stanowiło nagłaśnianie sukcesów sportowych i pokazywanie osób niepełnosprawnych aktywnie uprawiających sport, niekiedy wyczynowy, bo częściej pojawiały się tu opisy wypraw w góry, wycieczek rowerowych, nurkowania i innych, które miały bardziej rekreacyjny charakter. Twórczość artystyczna stanowiła 5,4% treści, tu również dominowały obrazy osób niepełnosprawnych odnoszących sukcesy w tej przestrzeni. Relacje ze spotkań integracyjnych i okolicznościowych stanowiły 7,2% wpisów i też pokazywały osoby niepełnosprawne, jako aktywne i chętnie uczestniczące w przestrzeni społecznej. Wiele inicjatyw dotyczących tej formy aktywności wychodziło od samego środowiska osób niepełnosprawnych, związanego z danym NGO. Można więc zauważyć, że w tym aspekcie podobnie jak w przestrzeni sportu i rekreacji oraz szeroko pojętej aktywności artystycznej dominuje model społeczny definiowania niepełnosprawności. Osoby niepełnosprawne przedstawiane są jako samodzielne, zdolne do podejmowania działań pozwalających osiągnąć im sukces w życiu społecznym. W tym aspekcie środowisko to jawi się zdecydowanie jako zdolne do samostanowienia o sobie i aktywnie działające na zmianę swojego postrzegania w społeczeństwie. Niepokój może budzić jedynie fakt, że tylko ta przestrzeń spośród wszystkich analizowanych

przedstawia tę kategorię w jednoznacznie pozytywny sposób, jako realizującą się w społeczeństwie i osiągającą sukcesy. Tworzy to niejako specjalną przestrzeń wydzieloną z życia społecznego, która daje szansę osobom niepełnosprawnym na realizację swoich ambicji i pozwala się im poczuć samodzielnymi. Taki obraz niepełnosprawności nie jest bowiem tak mocno obecny w innych kategoriach tematycznych poddanych analizie.

W przestrzeni politycznej, istotnej z punktu widzenia walki o swoje interesy pojawia się tylko 0,6% wpisów. Stanowią one przede wszystkim informację na temat przyjętych rozwiązań ustawowych dotyczących tego środowiska, np. zmian w prawie wyborczym oraz informują o działaniach podejmowanych przez NGO na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych, np. lobbowanie w sprawie przyjęcia Konwencji ONZ o Prawach Osób Niepełnosprawnych, czy o działaniach inicjowanych przez badane organizacje na rzecz zmiany sytuacji edukacyjnej dzieci z niesprawnością intelektualną. Dominuje tu obraz podejmowania działań za osoby niepełnosprawne, przez organizacje reprezentujące ich interesy. Buduje to obraz pozostający w znaczącym kontraście w stosunku do innych form aktywności pozazawodowej. W zasadzie w odniesieniu do tej sfery nie pojawiły się żadne inicjatywy środowiskowe związane z proponowaniem na szczeblu centralnym przyjęcia uchwał zmieniających pozycję osób niepełnosprawnych w społeczeństwie. Nie opisywano też przykładów karier politycznych osób niepełnosprawnych, tak jakby ta sfera wciąż pozostawała poza dostępnością dla tej kategorii i opierała się na budowaniu polityki społecznej uwzględniającej jedynie głosy oddawane w wyborach.

Nieco więcej wątków pojawiło się na temat działalności o charakterze obywatelskim. Jednak tylko 9% wpisów dotyczyło podejmowanych i realizowanych przez to środowisko. Większość z nich (6% wpisów) dotyczyła działania środowiska *selfadvokatów* i była wyraźnie skierowana na osoby niepełnosprawne z upośledzeniem umysłowym. Na swoich stronach NGO prezentowały odrębne zakładki, które właśnie były poświęcone takiej formie aktywności. Umieszczone tam były nie tylko akty prawne, ale również informacja o grupach wsparcia oraz samoorganizacji tej kategorii osób w kierunku samodzielnego życia i samostanowienia o sobie. Tylko cztery inicjatywy przedstawione na analizowanych stronach miały charakter ogólny i dotyczyły podpisywania petycji oraz protestu przeciwko zmianom wprowadzonym na liście leków refundowanych. To wskazuje na nikłą możliwość samoorganizacji osób niepełnosprawnych przedstawianą na stronach WWW w badanych NGO; buduje też ich obraz jako biernych i niezbyt zainteresowanych swoim położeniem społecznym, co wymaga ciągłego wspierania i organizowania dla tego środowiska programów integracyjnych z obszarów: rynku pracy, likwidacji barier w przestrzeni publicznej i wirtualnej, aktywizacji społecznej i obywatelskiej, wprowadzenia

ułatwień dla osób niepełnosprawnych przy wyborach, edukacji integracyjnej. Taki charakter miało 21% wpisów analizowanych.

17% wpisów stanowi prośbę o wsparcie dla osób niepełnosprawnych oraz dla organizacji pożytku publicznego organizujących tę pomoc. Wyraźnie wpisuje się to w model budowania obrazu niepełnosprawności, jako osobistej tragedii, zwłaszcza, że opisom tym jednocześnie towarzyszyły zdjęcia przedstawiające osoby niepełnosprawne potrzebujące pomocy.

Relacje międzyludzkie, ukazane w ramach przestrzeni stron WWW analizowanych NGO przedstawiają kontakty osób sprawnych z niepełnosprawnymi jako dobre opierając się wyłącznie na pozytywnych przykładach. W analizowanych treściach tylko 2,8% dotyczyło tych kwestii. Koncentrowały się one przede wszystkim na opisie działalności nastawionej na organizowanie działań aktywizujących środowisko osób niepełnosprawnych. Większość wpisów stanowiły podziękowania dla sponsorów i instytucji wspierających aktywność tego środowiska.

Treści dotyczące funkcjonowania osób niepełnosprawnych zajmowały niewiele miejsca w przestrzeni. Zaledwie 1,2% wpisów na stronach analizowanych organizacji pozarządowych dotyczyło kwestii prozy życia i radzenia sobie w sytuacjach związanych z codziennym doświadczaniem niepełnosprawności. Były one obecne w tych miejscach na analizowanych stronach, gdzie pojawiały się wpisy użytkowników, jako cytaty z forów lub artykuły pisane przez osoby niepełnosprawne. Wskazuje to na duże zapotrzebowanie tego środowiska na ukazywanie ich w życiu codziennym, nie tylko przez pryzmat barier i integracji, ale też w wymiarze problemów z jakimi się zmagają na co dzień.

Wnioski

Analizując treści umieszczane na stronach organizacji pozarządowych można zauważyć, że badane podmioty w coraz większym stopniu zaczynają realizować założenia wynikające ze społecznego modelu niepełnosprawności. Umieszczane treści w dużej mierze wskazywały, że poddane badaniu organizacje działające na rzecz osób niepełnosprawnych zainteresowane były zniwelowaniem barier w dostępie do edukacji, rynku pracy oraz aktywności pozazawodowej dla tej kategorii społecznej. Znaczna część treści nastawiona była na budowanie obrazów niepełnosprawności w perspektywie odnoszonych przez tę kategorię sukcesów. Pozwala to zmienić stereotypowe postrzeganie osób niepełnosprawnych jako niezdolnych do samodzielnego życia i pozostających w zależności. Ważne jest to nie tylko dla osób niepełnosprawnych, które opierając się na tych treściach mogą zbudować pozytywny obraz siebie i zobaczyć, że niepełnosprawność nie musi wykluczać, ale też dla instytucji pomocowych, które

widząc osoby niepełnosprawne aktywne i samodzielne muszą przededefiniować nastawienie do tego środowiska i zorganizować swoją działalność tak, by być wsparciem dla tej kategorii, a nie organizować za nie działań.

Na analizowanych stronach pojawiły się elementy wskazujące na budowanie przez organizacje pozarządowe podmiotowości politycznej tej kategorii społecznej przez działania nastawione na uświadomienie osobom niepełnosprawnym wspólnego położenia społecznego. Działania takie mimo że aktywizują środowisko osób niepełnosprawnych, nie wpisują się w pełni w model włączający. Osoby niepełnosprawne nadal są bowiem marginalizowane w przestrzeni działalności o charakterze politycznym. Wciąż nie są liczącym się partnerem dla badanych organizacji pozarządowych. Można zauważyć, że działania badanych podmiotów bardziej ukierunkowane są na spowodowanie powstania w tym środowisku zbiorowości zdolnej podjąć walkę o swoje prawa i zmianę swojej niekorzystnej pozycji w społeczeństwie niż budowania partnerskich relacji, które doprowadziłyby do powstania przestrzeni współpracy pomiędzy badanymi podmiotami pozarządowymi a środowiskiem osób niepełnosprawnych. W świetle przeprowadzonej analizy wydaje się, że nadal jeszcze w znacznej mierze organizacje pozarządowe osadzone są w patronackim działaniu na rzecz tego środowiska, realizowanym we współpracy z podmiotami rządowymi różnego szczebla oraz ekspertami, a nie środowiskiem osób niepełnosprawnych.

From paternalism to partnership. Models activities of non-governmental organizations on websites

Poland's ratification of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities is an important moment in changing the way design social policies towards disabled people. It has far-reaching consequences because the convention adopted, which is based on respect for human rights, creates a platform for a new look at the problem of the exclusion of people with disabilities from full participation in social life.

The fundamental aims of this article is explore the websites of non-governmental organizations to play what are the operational models today by not implemented. This will answer the question of whether these institutions are acting in terms of a paternalistic, based on charity supporting this category implemented in its name and on its behalf by people without disabilities, or rather inclusive model, based on partnership, which extent are the voices of the people with disabilities themselves taken into account when designing initiatives meant to benefit them environment.

Bibliografia

- Albrecht G., Levy J., *Constructing Disabilities as Social Problems* [w:] G. Albrecht, (red.), *Cross National Rehabilitation Policies: A Sociological Perspective*, Sage, London 1981.
- Barnes C., Mercer G., *Niepełnosprawność*, Sic, Warszawa 2008.
- Barnes C., *Understanding the social model of disability: past, present and future*, [w:] N. Watson A. Roulstone, C. Thomas (red.), *Routledge Handbook of Disability Studies*, Routledge, London – New York 2012.
- Barnes, C., Mecer G., *Exploring Disability. A Sociological Introduction*, Polity Press, Cambridge 2012.
- Finkelstein V., *Attitudes and disabled People*, Lamport Gilbert Printers Ltd, London 1980.
- Gąciarz B., *Model społeczny niepełnosprawności, jako podstawa zmian w polityce społecznej*, [w:] B. Gąciarz, S. Rudnicki, *Od kompleksowej diagnozy do nowego modelu polityki społecznej*, Wydawnictwo AGH, Kraków 2014.
- Goodley D., *Disability studies*, Sage, London 2011, s. 3.
- Grewiński M. *Od systemu opieki przez politykę pomocy do aktywizacji i integracji społecznej*, [w:] M. Grewiński, J. Krzyszkowski (red.), *Współczesne tendencje w pomocy społecznej i pracy socjalnej*, Wydawnictwo Naukowe Instytutu Technologii Eksploatacji – Państwowego Instytutu Badawczego, Warszawa 2011.
- Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych*, <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20120001169> (data dostępu: 20. 04. 2015).
- Królewski J., Masłyk T., Migaczewska E., Stojkow M., Żuchowska-Skiba D., *Potencjał Internetu i jego niewykorzystanie w kontekście potrzeb osób niepełnosprawnych*, [w:] B. Gąciarz, S. Rudnicki (red.), *Od kompleksowej diagnozy do nowego modelu polityki społecznej*, Wydawnictwo AGH, Kraków 2014.
- J. Krzyszkowski, *Między państwem opiekuńczym a opiekuńczym społeczeństwem*, Determinanty funkcjonowania środowiskowej pomocy społecznej na poziomie lokalnym, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2005.
- Lang R. *The Development and Critique of the Social Model of Disability. 2001*, http://www.ucl.ac.uk/lcccr/lccstaff/raymondlang/developmment_and_critique_of_the_social_model_of_d.pdf (data dostępu: 20.12.2014).
- Oliver M. *The Politics of Disablement: A Sociological Approach*, Macmillan Press Ltd, London 1990.
- Olivier M., Barnes C., *The New Politics of Disablement*, Palgrave Macmillan, New York 2012.
- Parsons T., *System społeczny*, Nomos, Kraków 2009.
- Ryan J., Thomas F., *The Politics of Mental Handicap*, Penguin, Harmondsworth 1980.
- Rybka I., *System pomocy społecznej a rozwój ekonomii społecznej*, [w:] S. Mazur, A. Pacut (red.), *Ekonomia społeczna a publiczne służby zatrudnienia w Polsce – zasady, perspektywy i kierunki współpracy*, Fundacja Inicjatyw Społeczno-Ekonomicznych, Warszawa 2008.
- Stowarzyszenie Klon/Jawor, Baza NGO, <http://bazy.ngo.pl/> (data dostępu: 22.04.2015).
- Zalewski D., *Opieka i pomoc społeczna – dynamika instytucji*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2005.

Część II
Niepełnosprawność – przeżyć

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, nieszcześliwy 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 najwcześniejszej 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, zaaprobowała 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: nieubezpieczeniowy.

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: nieubezpieczeniowy.

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: nieubezpieczeniowy.

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 niemożności 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-powszechn/nsp-2011/nsp-2011-wyniki/>
www.zdrowie.dziennik.pl

Janusz Ruciński

Jakość życia osób niepełnosprawnych na obszarach wiejskich. Studium indywidualnych przypadków

Wstęp

Problematyka dotycząca zagadnienia niepełnosprawności jest częstym tematem podejmowanym w rozważaniach naukowych oraz jednym z istotnych problemów społecznych współczesnego świata. Określenie niepełnosprawności odnosi się do osób z nabytymi lub wrodzonymi ograniczeniami w rozwoju lub funkcjonowaniu na płaszczyźnie ruchowej, umysłowej, zmysłowej, utrudniające funkcjonowanie w sposób nieskrępowany w życiu społecznym, kulturowym oraz religijnym. Niepełnosprawność nacechowana jest ograniczeniami, wokół których została nadbudowana w społeczeństwie warstwa stereotypów, poglądów i uprzedzeń. Może być przeżywana w różny sposób. Akceptowana przez osobę z niepełnosprawnością lub przeciwnie traktowana jako życiowe piętno. Podobna kwestia dotyczy otoczenia, w którym żyją osoby niepełnosprawne. Może być ono nastawione do tych osób przychylnie, obojętnie lub z dezaprobatą.

Zdefiniowanie pojęcia niepełnosprawność

W 1980 roku Światowa Organizacja Zdrowia wypracowała definicję niepełnosprawności, która następnie została opublikowana w Międzynarodowej Klasyfikacji Uszkodzeń, Niepełnosprawności i Upośledzeń. Jako niepełnosprawność WHO¹ określiła wszelkie ograniczenie lub zaistniały na skutek uszkodzenia brak zdolności wykonywania czynności w sposób lub w zakresie uważany za normalny dla człowieka². Już z pierwszej analizy podanej definicji wynika, iż pojęcie niepełnosprawności jest dość nieprecyzyjne, co w związku z tym rodzi pytanie: co oznacza bycie „normalnym człowiekiem”? Światowa Organizacja Zdrowia zdefiniowała trzy

¹ Światowa Organizacja Zdrowia – ang. *World Health Organization*.

² G. Dryżałowska, *Niepełnosprawność*, [w:] T. Pilch (red.), *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, t. 3, Wydawnictwo Akademickie „Żak” Warszawa 2004, s. 646.

typy stanu wywołanego odchyleniem od normalnego poziomu funkcjonowania człowieka. Są nimi³:

- uszkodzenie (ang. *impairment*), czyli utrata lub nieprawidłowość funkcjonowania struktur fizjologicznych lub anatomicznych w organizmie człowieka;

- niepełnosprawność (ang. *disability*), czyli stan będący następstwem zaistniałego uszkodzenia, uwidaczniający się fizycznym ograniczeniem lub odbierający możliwość działania i podejmowania aktywności przypisywanych osobom pełnosprawnym;

- upośledzenie (ang. *handicap*), niekorzystna, gorsza w stosunku do innych członków konkretnej zbiorowości sytuacja, będąca następstwem zaistniałego uszkodzenia, czy też niepełnosprawności, która charakteryzuje się trudnościami lub niemożliwością w podejmowaniu przez osobę niepełnosprawną ról uważanych w określonych warunkach społecznych i kulturowych za naturalne dla osób o tej samej płci i wieku.

Niepełnosprawność jest więc rozpatrywana przez pryzmat pewnej normy wzorcowej, której to normie stara się nadać miano obiektywnego stanu rzeczywistości. Ponadto została ona zinstytucjonalizowana, co prowadzi do poddawania jej ocenie przez powołanych do określenia stopnia niepełnosprawności specjalistów⁴.

Biorąc pod uwagę wymiar środowiskowy osobą niepełnosprawną określa się człowieka, który nie może w sposób całkowity lub częściowy, samodzielnie zagwarantować sobie możliwości normalnego życia, indywidualnego lub społecznego, w związku z nabytym lub wrodzonym upośledzeniem sprawności fizycznych albo psychicznych⁵.

Kwestie społeczne w dyskursie nad niepełnosprawnością

Podejmując temat niepełnosprawności należy mieć na uwadze, że, jak wskazuje sama definicja podana przez WHO, jednostkowe określenie niepełnosprawności lub sprawności zachodzi na podstawie zestawienia pojedynczej osoby z subiektywnie wypracowanymi i obowiązującymi w danej zbiorowości normami w zakresie zdrowia fizycznego i psychicznego człowieka.

³ Tamże, 646-647.

⁴ W. Kołodziej, *Dylematy normy i niepełnosprawności w teorii i praktyce*, [w:] M. Dycht, L. Marszałek (red.), *Dylematy (niepełno)sprawności – rozważania na marginesie studiów kulturowo-społecznych. Współczesne konteksty i kontrowersje pedagogiki wspierającej*, Wydawnictwo Salezjańskie, Warszawa 2009, s. 29-30.

⁵ L. Marszałek, *Niepełnosprawność, kobiecość – rodzina*, Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Warszawa 2006, s. 24.

Normy te powodują, iż osoby niepełnosprawne stanowią jedną z najbardziej zagrożonych marginalizacją grup społecznych. Podstawową przyczyną marginalizacji jest brak równych szans dla tych osób. Status społeczny i materialny sprawia, iż nierzadko dotyka je problem ubóstwa, efektem czego jest spotęgowanie postawy dyskryminacji społeczeństwa oraz jego izolacji wobec niepełnosprawności⁶. Autorzy zajmujący się tymi kwestiami oraz dostępne badania wskazują na to, iż niepełnosprawni mieszkający na polskiej wsi w największym stopniu podlegają ryzyku wykluczenia społecznego. Przyczyną takiego stanu rzeczy są wzrastające od kilkunastu lat różnice pomiędzy wsią a miastem w wyniku transformacji społeczno-ekonomicznej. Miasta w przeciwieństwie do wsi charakteryzuje większy potencjał rozwojowy, przekładający się na zapewnienie swoim mieszkańcom większych możliwości w dostępie do edukacji, instytucji społecznych i kulturalnych oraz szeroko rozwiniętej technologii informatycznej.⁷

Profesor Paweł Boryszewski wskazał na typologię stosunku do niepełnosprawnych, w której wymienione i scharakteryzowane zostały trzy typy podejścia na płaszczyźnie społeczeństwo – niepełnosprawni.

– Typ obojętny – charakteryzujący w znacznie większym stopniu mężczyzn niż kobiety, generowany raczej przez seniorów dotkniętych ciężkimi doświadczeniami rodzinnymi takimi jak izolacja i śmierć współmałżonka. Ludzie ci cechuje niski poziom wykształcenia, niekiedy wychodzący ponad etap zasadniczej szkoły zawodowej, który determinuje ich rodzaj zatrudnienia: rolnicy, robotnicy, pracownicy policji i ochrony. Często wywodzą się oni z rodzin wielodzietnych. Zamieszkują wsie lub małe miasteczka oraz źle oceniają swoją sytuację materialną.

– Typ przychylny – charakteryzują się nim w nieco większym stopniu kobiety niż mężczyźni. Struktura wiekowa tych osób jest bardzo zróżnicowana, podobnie jak ich stan cywilny. Dominują wśród nich osoby ze średnim wykształceniem. Zamieszkują zarówno wsie oraz różnej wielkości miasta.

– Typ zaangażowany – to zarówno kobiety jak i mężczyźni pomiędzy 22 a 44 rokiem życia. W większości są to osoby mające za sobą rozwód oraz nieco rzadziej osoby będące w związkach małżeńskich. Cechuje ich wysoki stopień wykształcenia, ale są wśród nich także osoby posiadające najniższy jego stopień. Zamieszkują miasta powyżej 20 tys. mieszkańców. Osoby te mają różnorodny status materialny, jednak najczęściej jest on dobry⁸.

6 K. Włodarczyk, *Niepełnosprawni mieszkańcy wsi. Sytuacja społeczna i zawodowa*, http://www.aktywizacja.org.pl/images/Badania_i_analazy/raport_ON_na_wsi.pdf (data dostępu: 20.03.2015), s. 3.

7 Tamże, s. 6.

8 P. Boryszewski, *Niepełnosprawni w opinii społeczności lokalnych na przykładzie 10 wybranych gmin w Polsce*, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 2007, s. 52-53.

Na podstawie powyższej typologii można zauważyć, iż społeczeństwo wiejskie, w którym żyją osoby niepełnosprawne, będzie charakteryzowało się zarówno obojętnym jak i przychylnym stosunkiem do osób niepełnosprawnych.

Niemniej jednak nie wszystko zależy tylko od środowiska zamieszkania osób niepełnosprawnych. Istotny jest także zróżnicowany u poszczególnych osób poziom aktywności. Nieodłącznym elementem tej aktywności jest postrzeganie samego siebie przez niepełnosprawnego, które ściśle związane jest z przybraniem jednej z dwóch skrajnych postaw:

– defensywnej, która doprowadza do stawiania sobie celów poniżej własnych możliwości ich realizacji, co w konsekwencji doprowadza do niezadowolenia, poczucia niespełnienia, dyskomfortu psychicznego, braku samorealizacji;

– ofensywnej, w której jednostka narzuca sobie cele wykraczające ponad możliwości ich realizacji, które prowadzą w konsekwencji do nieuniknionego fiaska, a także frustracji z nim związanych⁹.

Obie postawy wykazują poważne ryzyko doprowadzenia do przejściowych, a czasami nawet do nieodwracalnych zaburzeń w funkcjonowaniu psychospołecznym. Ważnym zadaniem społeczeństwa jest, aby pomagało ono ludziom niepełnosprawnym w kreowaniu prawidłowego wizerunku samego siebie już od początku zaistnienia niepełnosprawności, który umożliwi obiektywne spojrzenie na własne możliwości i realizację celów życiowych w harmonii z przyjętymi wartościami¹⁰.

Podstawy metodologiczne badań. Charakterystyka środowiska i osób badanych

Badania zostały przeprowadzone na przełomie stycznia i lutego 2015 roku na wsiach, należących do gminy Lubawa w województwie warmińsko-mazurskim. Gmina Lubawa znajduje się na Pojezierzu Chełmińsko-Dobrzańskim w województwie warmińsko-mazurskim. Ma ona charakter rolniczy, w związku z czym 79% jej powierzchni stanowią użytki rolne. W obrębie gminy znajduje się 35 miejscowości, tworzących 27 sołectw, którymi są: Byszwałd, Czerlin, Fijewo, Gierłoż, Grabowo, Gutowo, Kazanice, Losy, Lubstyn, Lubstynek, Ludwichowo, Łążyn, Mortęgi, Omule,

9 H. Ochoczenko, *Potrzeba własnej wartości i jej rola w funkcjonowaniu osób niepełnosprawnych*, [w:] H. Ochoczenko, A. Nowicka (red.), *Potrzeby osób niepełnosprawnych w warunkach globalnych przemian społeczno gospodarczych*, t.1, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2006, s. 63.

10 Tamże, s. 63-64.

Pomierki, Prątnica, Raczek, Rakowice, Rożental, Rumienica, Samplawa, Szczepankowo, Targowisko, Tuszewo, Wałdyki, Zielkowo, Złotowo¹¹. Średnia liczba ludności w gminie oscyluje w granicach 10 300 mieszkańców¹².

W 1996 roku z inicjatywy Domu Pomocy Społecznej w Lubawie powstał Warsztat Terapii Zajęciowej. Jest on przeznaczony dla 30 osób niepełnosprawnych. Zajęcia przeprowadzane są w nim zgodnie z indywidualnym programem rehabilitacji i terapii, od poniedziałku do piątku w godz. 7.00 – 15.00. Mogą w nich uczestniczyć osoby niepełnosprawne, które ukończyły 16 rok życia i mają orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności. Do swojej dyspozycji uczestnicy mają: pomoc terapeutów zajęciowych, psychologa, rehabilitanta, muzykoterapeuty oraz doradcy zawodowego. Terapia zajęciowa prowadzona jest w pracowniach, takich jak:

- stolarsko-ślusarska z elementami witrażu;
- plastyczno-techniczna;
- tkacko-dziewiarska;
- krawiecka;
- gospodarstwa domowego.

W ramach zajęć dodatkowych uczestnicy mają możliwość korzystania z zajęć komputerowych, wyjazdów na basen oraz do kręgielni. Mogą oni także brać udział w olimpiadach, festynach okolicznościowych wycieczkach, a także piknikach. Dla osób, które nie mieszkają w bezpośredniej okolicy Warsztatu istnieje możliwość skorzystania z darmowego dowozu samochodem dostosowanym do przewozu osób niepełnosprawnych¹³.

„Jednym z podstawowych zadań Warsztatu jest wspomaganie osób niepełnosprawnych w zakresie rozwoju społecznego, ruchowego i psychicznego w procesie kompleksowej rehabilitacji społecznej sprzyjającej poprawie przystosowania do życia. Drugim równie ważnym zadaniem jest aktywizacja zawodowa naszych uczestników, która ma na celu przygotowanie ich do wyjścia na otwarty rynek pracy. Realizacja tego zadania odbywa się poprzez nabywanie umiejętności zawodowych pod okiem fachowców w każdej z pracowni, udział uczestników w różnego rodzaju szkoleniach zawodowych oraz wsparciu doradców zawodowych”¹⁴.

Od 1998 roku na terenie gminy działa Stowarzyszenie na rzecz Ośrodka Aktywności w Lubawie, posiadający status Organizacji Pożytku Publicznego. Od maja 2009 roku jest organem prowadzącym Warsztat Terapii Za-

11 *Plan rozwoju regionalnego gminy Lubawa*, Warmińsko-Mazurska Agencja Rozwoju Regionalnego S.A. w Olsztynie, Olsztyn 2006, s. 3-4.

12 Tamże, s. 41.

13 http://snroa.lubawa.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=11&Itemid=202 (data dostępu: 21.03.2015).

14 Tamże.

jęciowej. Cele, jakie stawia sobie Stowarzyszenie, prócz ochrony osób niepełnosprawnych, to m.in.:

- integracja przedstawicieli różnych środowisk zajmujących się osobami niepełnosprawnymi, w szczególności: osobami niepełnosprawnymi intelektualnie, psychicznie chorymi i innymi osobami niepełnosprawnymi wykazującymi przewlekłe zaburzenia czynności psychicznych m.in.: rodzin i opiekunów osób niepełnosprawnych, pracowników: Domu Pomocy Społecznej w Lubawie, Warsztatu Terapii Zajęciowej w Lubawie, Środowiskowego Domu Samopomocy w Lubawie oraz innych instytucji i osób;
- inicjacja i koordynacja działań mających na celu szeroko pojętą pomoc społeczną, terapia i rehabilitacja zawodowa i społeczna oraz zatrudnianie osób niepełnosprawnych;
- udzielanie osobom niepełnosprawnym intelektualnie i psychicznie chorym oraz innym osobom niepełnosprawnym, a także osobom zajmującym się nimi, wszelkich form pomocy;
- prowadzenie poradnictwa: psychologicznego, medycznego, psychiatrycznego, prawnego, pedagogicznego dla wyżej wymienionych osób;
- propagowanie, głównie w środowisku lokalnym, wiedzy o istocie niepełnosprawności oraz kształtowanie pozytywnych postaw społecznych wobec osób niepełnosprawnych¹⁵.

Do zgromadzenia materiału empirycznego użyta została metoda indywidualnych przypadków, przy realizacji której zastosowano wywiad. Badania były przeprowadzone za zgodą respondentów w środowisku ich zamieszkania. Zostało nimi objętych 20 osób w wieku produkcyjnym. W wywiadzie stawiano pytania o takie kwestie jak: wiek, sytuacja rodzinna, zdrowie oraz aspekty związane z niepełnosprawnością i trudnościami z jakimi osoby niepełnosprawne borykają się na wsiach. Dużą wagę przykładano do kwestii radzenia sobie z codziennością, sposobów spędzania czasu wolnego, preferowanych form aktywizacji oraz opiniami badanych na temat postrzegania przez środowisko wiejskie osób niepełnosprawnych.

Badania zostały przeprowadzone na potrzeby niniejszej publikacji, z których, ze względu na obszerność zebranego materiału i powtarzalność przez respondentów niektórych stwierdzeń, została wybrana część z nich, którą wykorzystano w ramach artykułu. Podstawowym problemem podczas badań okazało się dotarcie do osób niepełnosprawnych, ponieważ nie wszystkie korzystają ze zinstytucjonalizowanych środków pomocy, które oferują lokalne placówki, w związku z tym nie ma konkretnych danych na

15 http://snroa.lubawa.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=1&Itemid=104 (data dostępu: 21.03.2015).

temat zjawiska niepełnosprawności. Dlatego uczestników badań szukano na podstawie wywiadu środowiskowego.

Przedstawienie wybranych przypadków. Analiza badań

Materiał pozyskany w trakcie badań przeprowadzonych wśród osób niepełnosprawnych można umieścić w ramach definicji niepełnosprawności Międzynarodowej Organizacji Zdrowia – zarówno tych określanych jako uszkodzenie, a także niepełnosprawność. Egzemplifikuje on również typologie stosunków do osób niepełnosprawnych, o których pisze Boryszewski.

Pan Jan, lat 55

Przez większą część swojego życia był aktywny, pracował fizycznie. Urodził się i wychował na wsi. W młodości pracował jako pilarz w lasach państwowych. Wówczas zaczęły się problemy z kręgosłupem, których konsekwencją była niezdolność do samodzielnego poruszania się. W 1990 roku przeżył pierwszą operację we Włocławku, po której powtórnie stanął na nogi i podjął pracę jako spedytor na Poczcie Polskiej w Lubawie. Kiedy wraz z żoną przejął gospodarstwo rolne po teściach, powtórnie rozpoczął się etap pracy na roli, który trwał przez kolejne kilkanaście lat. Dnia 7 marca 2014 roku Pan Jan został poddany kolejnej operacji, która przywróciła sprawność nogom. Przed operacją niemal pół roku spędził przykuty do łóżka, z powodu częściowego niedowładu nóg. W tym czasie przyjął niezliczoną ilość środków przeciwbólowych, przeciwzapalnych, lekarstw, które miały postawić go na nogi. W międzyczasie trwały także poszukiwania lekarza, który zająłby się jego problemem i podjął się operacji. Niestety kilkakrotnie usłyszał odpowiedź odmowną z powodu tego, iż lekarze nie byli pewni czy operacja przyniesie oczekiwaną ulgę.

„Bywały momenty ciężkie. Praca na roli nie jest pracą zmianową, wyrobisz 8 godzin i masz wolne. Nie można powiedzieć zwierzętom, że nie dostaną dziś jeść bo boli. Wiele razy trzeba było zacisnąć zęby. Wszystkie prace polowe mimo ciągnika i innych maszyn wymagają wysiłku fizycznego. Ten kto nie wiedział, że jestem po operacji, że to chodzi o kręgosłup, kto patrzy z boku, myśli, że nic nie boli i wszystko łatwo idzie (Pan Jan jest dobrze zbudowanym, wysokim – 188 cm wzrostu, postawnym mężczyzną), a to nieprawda. Wielokrotnie w rozmowach ze znajomymi, słyszałem, że mnie to na pewno nic nie boli, że innych to gorzej. Nawet kiedy stawałem na komisję lekarską, starając się o rentę, lekarz orzecznik, szydlerczo stwierdził, że jak kilkanaście lat pracuje nie spotkał się, żeby tak mogło boleć, że to niemożliwe. A ja już od kilkunastu lat z tym bólem chodziłem. Jednak pracowaliśmy nadal z żoną na roli. Dzieci też pomagały. Bywały okresy już

po operacji, że przez ból kręgosłupa, którego następstwem był paraliż nóg, byłem przykuty do łóżka na wiele tygodni. Ludzie u nas tego nie rozumieją. Każdy jest skoncentrowany na sobie. Są zawistni. Myślą, że jak chodzę to jestem zdrowy. A tak nie jest, bo tylko ja wiem jak mnie boli i jak ten ból ogranicza mi normalne życie. W marcu 2014 roku miałem drugą operację kręgosłupa. Mam wstawione stabilizatory i już niestety nie mogę być tak aktywny jak kiedyś. Praca na roli jest dla mnie czasem, który minął. I choć mam świadomość tego, że to poniekąd też przez nią straciłem swoją sprawność, to jednak przykro, bo oczami chciałbym zrobić coś tak jak dawniej, jednak już nie mogę. Dzieci opuściły dom i przyjeżdżają w odwiedziny. Prace w obejściu wykonuje teraz żona. Do prac polowych muszę prosić znajomych gospodarzy, którzy dysponują dużym sprzętem. Chętnie pomagają. Ale też jest wstyd. Bo nie ma zrozumienia. Ci którzy pomagają wiedzą, że chciałbym, ale sam nie jestem w stanie. Gorzej z tymi, którzy patrzą z boku. A ja nie muszę się nikomu po kolei tłumaczyć, dlaczego, po co.

Kocham wieś, dobrze się na niej czuję. Nie wyprowadziłem się do miasta. Może nie sprzyja ona osobom niepełnosprawnym ruchowo, ze względu na typ pracy, ale ta cisza, zieleń i spokój, to że mogę wyjść i pospacerować na świeżym powietrzu dają radość. Kocham wędkować i kiedy mogę i jestem w stanie wyjeżdżam na jakieś małe stawy, aby tam posiedzieć z wędką i odpocząć.

Na wsi zmieniłbym ludzi i ich opinie na temat choroby. Myślę, że pod względem rozumienia osób niepełnosprawnych to nadal «ciemnota». Bo jak się zaczyna rozmowę, to jeden od drugiego bardziej chory i nie rozumie, że trzeba się cieszyć, że jest się jeszcze w stanie chodzić, coś podnieść z ziemi o własnych siłach i bez wspomagania się silnymi lekami przeciwbólowymi”.

Pani Lucyna, 40 lat

Jest radosną i ciepłą kobietą, w sile wieku, o pozytywnym nastawieniu do ludzi. Mieszka wraz z mężem i dzieckiem u teściów. Z wykształcenia jest technikiem ekonomistą. Przyczyną jej niepełnosprawności jest porazowa amputacja ręki. W wolnym czasie lubi czytać książki i spotykać się z przyjaciółką. Jest wolontariuszką Fundacji DKMS Polska, której misją jest „znalezienie Dawcy dla każdego Pacjenta na świecie potrzebującego przeszczepienia szpiku lub komórek macierzystych”¹⁶.

„Moje relacje z ludźmi z mojego środowiska” są dobre. Aczkolwiek nie powiem, podejście ludzi w stosunku do mojej osoby jest różne. Ale to tak jak do każdego. Nie wszyscy rozumieją moją niepełnosprawność i czasami spotykam się z nietolerancją. Niektórzy widząc to, że mam amputowaną rękę podchodzą do mnie z litością, inni czują się w moim towarzystwie

16 <http://www.dkms.pl/pl/o-dkms> (data dostępu: 29.03.2015).

nieswojo. Bywają chwile takiego małego załamania, ale wtedy mogę liczyć na rodzinę i przyjaciół. „Nie uczestniczę w żadnych formach aktywizacji skierowanej do osób niepełnosprawnych. Sądzę, że w naszym otoczeniu nie ma żadnych dobrych form spędzania czasu wolnego skierowanych do osób niepełnosprawnych. Przynajmniej mnie o takich nic nie wiadomo. Jeśli miałabym ocenić jakość życia osób niepełnosprawnych w moim otoczeniu to powiedziałabym, że jest ona średnia. Wpływa na to duża obojętność mieszkańców wsi na potrzeby osób niepełnosprawnych i samo postrzeganie niepełnosprawności”.

Krystyna, 27 lat

Jest młodą, energiczną kobietą, która w wyniku wypadku samochodowego doznała urazu rdzenia kręgowego. Obecnie porusza się na wózku inwalidzkim. W 2007 roku ukończyła lubawskie liceum, w klasie o profilu ekonomiczno-administracyjnym. Główny źródłem utrzymania jest renta inwalidzka. Czasami dorabia jako księgowa, rozliczając małych przedsiębiorców, którzy się do niej o to zwróca.

„Do wózka zostałam przykuta w wyniku wypadku samochodowego. Teraz z perspektywy czasu cieszę się, że żyję. Jednak na początku tak nie było. Do czasu wypadku mieszkałam samodzielnie. Po wypadku wróciłam do swojego małego zakątka. Mam tu wspaniałą rodzinę i przyjaciół, którzy są przy mnie i wspólnie planujemy czas wolny. Nigdy nie miała problemów z nawiązywaniem kontaktów z ludźmi, chociaż po wypadku spotykałam się z opiniami, że jestem młodą dziewczyną i byłam ambitną osobą, bo przed wypadkiem studiowałam ekonomię, a teraz to już niczego nie osiągnę, bo jestem niepełnosprawna. To jest to co najbardziej mnie irytuje. Współczucie. Dużo współczucia. I bezsilność. Na wsi ludzie mają zupełnie inną mentalność. Tak małe miejscowości nie mają dostosowanej przestrzeni dla osób niepełnosprawnych, np. podjazdów, a to utrudnia samodzielne poruszanie się. Kiepsko widzę też możliwości rozwoju naukowego i perspektyw. Z tego też powodu jeszcze przed wypadkiem wyprowadziłam się do miasta. Chciałam studiować, poznawać świat. Gdybym nie była sama może bym tu nie wracała. Jakość życia, jeśli chodzi o osobę niepełnosprawną jest bardzo przeciętna, ponieważ mały jest komfort życia. Na tę kategorię składają się m.in. takie czynniki jak: brak dobrej komunikacji, dostępność instytucji kultury, czy możliwości dostosowanych do uprawiania sportu przez osoby niepełnosprawne. Jednak po wypadku musiałam wrócić, bo tu miał się mną kto zająć i dawać wsparcie w początkowym okresie, kiedy musiałam przyzwyczać się do nowej rzeczywistości. To rodzina wsparła mnie w tych trudnych momentach. To dzięki niej i przyjaciołom, tym prawdziwym, którzy zostali po wypadku, mogłam pokonać trud uświadomienia sobie, że jestem osobą niepełnosprawną. W wolnym

czasie lubię spotykać się ze znajomymi, wykonywać rękodzieła. Może kiedyś uda mi się skończyć jakiś kierunek studiów”.

Agnieszka, 25 lat

Agnieszka w wyniku wypadku, potrącenia przez samochód, doznała poważnego urazu lewej nogi, w wyniku którego do tej pory nie odzyskała jej całkowitej sprawności. Studiuje zaocznie. Pracuje w jednym z marketów znajdujących się na terenie miasta Lubawa. Cieszy się życiem, które wiedzie w sposób bardzo aktywny. Swój czas wolny poświęca na czytanie książek, słuchanie muzyki, wyjścia do kina, spotkania z przyjaciółmi, spacer, przebywanie z rodziną. Uczestniczy także w różnych formach doskonalenia zawodowego i szkoleniach, aby podwyższać swoje kwalifikacje.

„Moje relacje społeczne są bardzo dobre. Poza tym, że utykam na lewą nogę jestem normalnym człowiekiem, nie miałam nigdy problemów z akceptacją mojej osoby ze strony innych, jednak zdarzało mi się usłyszeć od obcych osób podczas spotkań ze znajomymi gdzieś na mieście, np. w klubie dyskotekowym: «O a ta kulawa czego tutaj?». Biorąc pod uwagę fakt, że jestem osobą z bardzo niskim stopniem niepełnosprawności na co dzień nie dostrzegam ograniczeń. Jakość życia osoby niepełnosprawnej w dużej mierze jest zależna od niej samej. Niepełnosprawność może nie stanowić dla człowieka jakichkolwiek ograniczeń, jeśli pozbędzie się on ich ze swojej psychiki i będzie żył pełnią życia. W moim odczuciu wieś jest dość specyficznym środowiskiem, gdzie z reguły większość osób się integruje i wszyscy się znają, więc niepełnosprawność na wsi po prostu jest, wszyscy znają takie osoby i nikt nie traktuje ich w odmienny sposób”.

Zaprezentowane studium indywidualnych przypadków, nie może zostać potraktowane jako całościowy obraz niepełnosprawności na polskiej wsi. Powyższe badania stanowią pewien wycinek bardzo złożonej rzeczywistości. Zjawisko to jest bowiem różnorodne w zależności m.in. od uwarunkowań społecznych, architektonicznych, rodzaju niepełnosprawności i samoświadomości osoby niepełnosprawnej, sytuacji rodzinnej, zawodowej. Ponadto nie ma dokładnych danych na temat samej struktury zjawiska niepełnosprawności. Niemniej jednak prezentowane wyniki mogą stać się przyczynkiem do dalszych badań nad kwestią niepełnosprawności na terenach wiejskich.

Opisane powyżej przykłady wskazują, iż jakość życia osób niepełnosprawnych na obszarach wiejskich jest zjawiskiem specyficznym, które ujmowane jest w takie kategorie: postrzeganie własnej niepełnosprawności, postrzeganie mojej niepełnosprawności przez innych, wsparcia ze strony najbliższych, możliwości mobilnych osoby, aspiracji życiowych.

Niepełnosprawni żyjący na wsiach położonych na terenie gminy Lubawa wbrew pozorom starają się prowadzić normalny tryb życia, pomimo tego, że stykają się oni także z ograniczeniami. Są to ludzie, których nabyta niepełnosprawność nie postawiła poza nawias społecznej egzystencji. Aktywność sprzed wypadków, urazów, które przyniosły niepełnosprawność pozostała lub została zamieniona w inne rodzaje aktywności.

Podstawowymi grupami wsparcia dla osób niepełnosprawnych gminy Lubawa są rodzina i przyjaciele. Jednak niepełnosprawni nie zamykają się na kontakty z ludźmi ze swojego otoczenia. Niestety niska świadomość i wiedza na temat niepełnosprawności wśród mieszkańców wsi nadal pokutuje stereotypowym jej postrzeganiem, a także częstym niezrozumieniem, niedostrzeganiem lub wręcz ignorowaniem jej. Niemiej jednak, jak można także zauważyć społeczności wiejskie zaczynają powoli wychodzić poza margines dotychczasowych swoich poglądów na temat osób niepełnosprawnych. Najprawdopodobniej jest to zasługą samych niepełnosprawnych, którzy są otwarci na nowe kontakty i nie chcą być postawieni poza marginesem społeczeństwa, w którym żyją.

Podsumowanie

Stereotypowe postrzeganie niepełnosprawności kładzie się cieniem na relacje zachodzące pomiędzy społeczeństwem a osobami niepełnosprawnymi. Pokłosiem tego faktu jest także swoisty strach przed niepełnosprawnością, która widziana jest przede wszystkim jako odmienność. W badaniach pominięte zostały osoby niepełnosprawne, które można byłoby scharakteryzować jako osoby upośledzone. Wynika to z faktu, iż badania miały na celu zapoznanie się z opinią osób niepełnosprawnych fizycznie, dla których zakres wsparcia oferowanego przez instytucje pomocy osobom niepełnosprawnym zdaje się być mniejszy w stosunku do osób z różnymi stopniami upośledzenia.

The quality of life of people with disabilities in rural areas. The study of individual cases

Disability in the realities of the twenty-first century is still treated as a difference. Often encounter the rejection of people with disabilities in social groups, professional circles, in the ordinary, everyday life. Rooted in us from childhood tolerance, but actually to the people tolerant us far. The quality of life of people with varying degrees of disability and the nature of contemporary Polish countryside is an interesting question, therefore, became the focus

of research interest. For the purpose of achieving the used method of individual cases, the implementation of the interview was used. The study was conducted with the approval of the respondents in their environment. They covered 20 people with disabilities living in rural areas in the municipality of Lubawa, located in the Warmia of Mazury. People with disabilities make up a very diverse population in terms of the many features of social, cultural, health conditions. Knowing these people led by lifestyle, leisure activities and quality of life in the reality of the Polish countryside gives the real picture of their everyday lives, are not always looking like they had wanted to.

Bibliografia

- Boryszewski P., *Niepełnosprawni w opinii społeczności lokalnych na przykładzie 10 wybranych gmin w Polsce*, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 2007.
- Dycht M., Marszałek L. (red.), *Dylematy (niepełno)sprawności – rozważania na marginesie studiów kulturowo-społecznych. Współczesne konteksty i kontrowersje pedagogiki wspierającej*, Wydawnictwo Salezjańskie, Warszawa 2009.
- http://snroa.lubawa.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=11&Itemid=20 (data dostępu: 21.03.2015).
- http://snroa.lubawa.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=1&Itemid=104 (data dostępu: 21.03.2015).
- <http://www.dkms.pl/pl/o-dkms> (data dostępu: 29.03.2015).
- Marszałek L., *Niepełnosprawność, kobiecość – rodzina*, Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Warszawa 2006.
- Ochoczenko H., Nowicka A. (red.), *Potrzeby osób niepełnosprawnych w warunkach globalnych przemian społeczno-gospodarczych*, t.1, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2006.
- Pilch T. (red.), *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, t. 3, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2004.
- Plan rozwoju regionalnego gminy Lubawa*, Warmińsko-Mazurska Agencja Rozwoju Regionalnego S.A. w Olsztynie, Olsztyn 2006.
- Włodarczyk K., *Niepełnosprawni mieszkańcy wsi. Sytuacja społeczna i zawodowa*, [http://www.aktywizacja.org.pl/images/Badania_i_analizy/raport ON na wsi.pdf](http://www.aktywizacja.org.pl/images/Badania_i_analizy/raport_ON_na_wsi.pdf) (data dostępu: 20.03.2015).

Małgorzata Dzięgielewska
Krzysztof Dzięgielewski

Choroby oczu ludzi starszych a ich jakość życia

Wstęp

Zgodnie z założeniami prognozy ludności opracowanej przez GUS w 2013 roku w latach 2014–2050 liczba ludności Polski będzie się zmniejszać. Przewiduje się, że w 2050 roku liczba ludności w Polsce wyniesie 33 mln 951 tys. W porównaniu do stanu bazowego w 2013 roku będzie to zmniejszenie liczby ludności o 4,55 mln, co oznacza spadek o 12 %¹. Lata prognozy to okres przyspieszonego procesu starzenia się ludności Polski wskutek zmian w procesach ruchu naturalnego, wydłużania przeciętnego dalszego trwania życia (z 79,8 lat w przypadku kobiet i 71,4 lat w przypadku mężczyzn w 2010 roku do odpowiednio 87,5 – dla kobiet i 82,1 lat dla mężczyzn w 2050 roku) oraz międzynarodowych migracji ludności. Osoby w wieku 65 lat i więcej będą stanowiły prawie 1/3 populacji, a ich liczba wzrośnie o 5,4 mln w porównaniu z 2013 rokiem. Zmiany w strukturze ludności według ekonomicznych i biologicznych grup wieku będą polegały na dalszym wzroście udziału osób w wieku poprodukcyjnym ogółem, przy jednoczesnym zmniejszaniu się udziału osób w wieku przedprodukcyjnym oraz na silnym wzroście populacji osób starszych, któremu towarzyszyć będzie stałe zmniejszanie się populacji dzieci do 14 lat. Wzrost odsetka oraz liczby ludzi starych w społeczeństwie skutkuje wieloma zmianami dotyczącymi funkcjonowania całego społeczeństwa, poszczególnych społeczności lokalnych oraz rodzin².

Postępujące starzenie się sprzyja występowaniu lub nasilaniu się już istniejących chorób, w tym szczególnie chorób narządu wzroku. Choroby podstawowego narządu zmysłu człowieka, jakim jest wzrok, mogą prowadzić do jego utraty. Jest to jedno z najbardziej traumatycznych doświadczeń, jakie może spotkać człowieka, gdyż bardzo często wyklucza go z życia zawodowego i społecznego. „Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) choroby narządu wzroku występują u 285 milionów osób na całym świecie, z czego 39 milionów osób jest niewidoma, a 246

¹ *Prognoza ludności na lata 2014-2050*, Warszawa 2014, <http://www.stat.gov.pl>, s. 109-121.

² J. Szymborski, *Demografia starzejącego się społeczeństwa, Zdrowe starzenie się: Biała księga*, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2013, s.16.

milionów osób cierpi na upośledzenie widzenia³. Problem utraty wzroku narasta wraz z wiekiem. Aż 65% osób z upośledzeniem widzenia ma 50 lat i więcej, a odsetek osób w tym przedziale wieku wśród niewidomych wynosi 82%. Wśród 5 mln osób z orzeczoną niepełnosprawnością w Polsce upośledzenie wzroku oraz ślepotą dotyczy co czwartego Polaka (niemal 1,5 mln osób). Są to w większości osoby po 50 roku życia⁴.

W Narodowym Programie Zdrowia 2007-2015⁵ istnieje tylko jeden zapis, pod który można by podciągnąć ochronę wzroku. To dziewiąty cel operacyjny: „Tworzenie warunków do zdrowego i aktywnego życia osób starszych”. Oczekiwany efektami do 2015 roku były tutaj: propagowanie idei aktywnego starzenia się, uzyskanie przez osoby starsze poczucia pełni zdrowia, bezpieczeństwa i aktywnego uczestnictwa w życiu gospodarczym, kulturalnym, społecznym i politycznym, zmniejszenie występowania niepełnosprawności, chorób przewlekłych i przedwczesnych zgonów w populacji osób powyżej 60 roku życia oraz zmniejszenie rozpowszechnienia czynników ryzyka, związanych z chorobami niezakaźnymi w populacji osób starszych. Oczekiwany efektami zdrowotnymi powinno być: zmniejszenie liczby niepełnosprawnych w grupie osób powyżej 60 roku życia, zmniejszenie liczby zgonów w populacji powyżej 60 roku życia, zmniejszenie liczby chorych na choroby niezakaźne w populacji powyżej 60 roku życia, wydłużenie liczby lat życia wolnych od wszelkich dolegliwości (współczynnik HALE) oraz wydłużenie przeciętnego, dalszego trwania życia⁶.

Problemy zdrowia porusza też rządowy dokument Założenia długofalowej polityki senioralnej na lata 2014-2020⁷. Do głównych założeń można zaliczyć: poprawę jakości opieki zdrowotnej nad osobami starszymi, wsparcie osób 50+ na rynku pracy, działania na rzecz aktywizacji społecznej i edukacyjnej osób starszych. Ten sam dokument podaje, że aż 63% osób starszych uskarża się na trzy lub więcej dolegliwości, głównie ze strony narządu ruchu, krążenia, zmysłów, zaburzeń równowagi oraz pamięci. Choroby dotyczące kilku narządów, ośpienie, cukrzyca, pogorszenie

3 Visual impairment and blindness, WHO, Fact Sheet N°282, Updated August 2014, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en/>; cyt. za: B. Samoliński, J. Gierczyński, *Choroby narządu wzroku wyzwaniem dla zdrowia publicznego i zdrowego starzenia się*, [w:] *Okulistyka i choroby siatkówki w aspekcie zdrowego i aktywnego starzenia się*, Raport Fundacji na rzecz Zdrowego Starzenia się, www.zdrowestarzenie.org, s. 3.

4 Tamże, s. 6.

5 Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015. Załącznik do Uchwały nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r. http://www.mz.gov.pl/__data/assets/pdf_file/0020/12494/zal_urm_npz_90_15052007p.pdf.

6 B. Samoliński, J. Gierczyński, *Choroby narządu wzroku wyzwaniem dla zdrowia...*, s. 14.

7 *Założenia długofalowej polityki senioralnej w Polsce na lata 2014-2020*, <http://www.mpips.gov.pl/seniorzyaktywne-starzenie/zalozenia-dlugofalowej-politykisenioralnej-w-polsce-na-lata-20142020/>.

funkcji narządów zmysłów, upośledzenie zdolności poznawczej i osłabienie siły mięśniowej prowadzi do uznania osoby w wieku 65+, jako wymagającej odmiennego podejścia⁸. Problemy, jakie dotyczą ludzi starych związane ze wzrokiem można rozpatrywać w dwóch aspektach. Z jednej strony są to normalne objawy występujące w związku ze starzeniem się organizmu. Druga grupa objawów jest związana z chorobami wieku starszego.

Problemy okulistyczne w starszym wieku

Starzenie się całego organizmu dotyczy także narządu wzroku. W oku występują fizjologiczne zmiany, które nie będąc chorobą, tak są odbierane przez tych, u których występują. Najczęściej ludzie starsi skarżą się na pogorszenie widzenia, zwłaszcza z bliskiej odległości, na zmęczenie oczu przy pracy z wykorzystaniem wzroku (np. czytanie czy szycie), na latające „muszki” czy „męty”, a także na zmianę wielkości i wyglądu oczu lub powiek. Dolegliwości te można zmniejszyć przez dobór odpowiednich szkieł okularowych, stosowanie odpowiednich kropli nawilżających czy lepsze warunki oświetlenia.

Oprócz fizjologicznych objawów spowodowanych procesem starzenia u ludzi starszych statystycznie częściej występują choroby oczu, obejmujące populację po 50 roku życia. Zalicza się do nich takie choroby, jak: zaćma, jaskra, zwyrodnienie siatkówki/plamki żółtej związane z wiekiem (AMD) czy schorzenia naczyniowe – retinopatia cukrzycowa, zator tętnicy środkowej siatkówki i zakrzep pnia lub gałęzi żyły środkowej siatkówki. Przyczyną występowania chorób oczu, poza predyspozycjami genetycznymi, są najczęściej patologiczne zmiany w zakresie krążenia siatkówkowo-naczyniowego (najczęściej miażdżycy).

Zaćma – inaczej katarakta, to zmętnienie soczewki. Zazwyczaj choroba postępuje powoli, obuocznie, a obniżenie ostrości wzroku dokonuje się początkowo niespostrzeżenie. Zdarza się, że część pacjentów, na skutek zmian w refrakcji oka towarzyszących procesowi mętnienia soczewki, odczuwa początkowo poprawę widzenia, zwłaszcza przy czytaniu. Postęp zmętnienia może doprowadzić do całkowitej utraty widzenia, jeśli nie przeprowadzi się leczenia operacyjnego. Standardem w leczeniu zaćmy jest chirurgiczne jej usunięcie metodą fakoemulsyfikacji z jednoczesnym wszczepieniem sztucznej soczewki. Zabieg umożliwia szybką poprawę widzenia, więc również poprawę jakości życia operowanych osób.

Jaskra pierwotna należy do najczęstszych chorób podeszłego wieku. Doprowadza do upośledzenia widzenia, a nieleczona do całkowitej utraty wzro-

8 B. Samoliński, J. Gierczyński, *Choroby narządu wzroku wyzwaniem dla zdrowia*, s. 15.

ku. Istota tej choroby polega na podwyższeniu ciśnienia wewnątrzgałkowego, które z biegiem czasu doprowadza do uszkodzenia nerwu wzrokowego i elementów światłoczułych siatkówki aż do całkowitej ślepoty. Jaskra we wczesnym okresie może być bezobjawowa lub przebiegać z niecharakterystycznymi objawami (np. przewlekłym zapaleniem spojówek). Stąd tak ważne jest wczesne wykrycie choroby, zanim dojdzie do zaniku nerwu wzrokowego. W leczeniu stosuje się przewlekle krople obniżające ciśnienie, a w skrajnych przypadkach – leczenie operacyjne. Pacjenci chorzy na jaskrę powinni być objęci stałą opieką okulistyczną.

Retinopatia cukrzycowa jest częstym powikłaniem długotrwałej cukrzycy. Częstość retinopatii wzrasta w przypadku nieprawidłowego leczenia i niewyrównania cukrzycy. Doprowadza to do uszkodzenia naczyń siatkówki, początkowo w obszarze mikrokrążenia, a w miarę czasu trwania choroby obejmuje coraz większe naczynia i obszary siatkówki. W efekcie zaburzeń w krążeniu siatkówki dochodzi do tworzenia się obrzęku, zmian niedokrwiennych i powstawania nieprawidłowych naczyń, które mogą doprowadzać do wylewów krwi do ciała szklistego i następczego odwarstwienia siatkówki. Skutkiem tych zmian jest obniżanie się ostrości wzroku, a retinopatia cukrzycowa jest główną przyczyną ślepoty w krajach wysoko rozwiniętych. Leczenie retinopatii wymaga współpracy z diabetologiem i ścisłej kontroli okulistycznej. Zastosowanie laseroterapii, a w bardziej zaawansowanych stadiach leczenia operacyjnego – witrektomii, poprawiło rokowanie co do utrzymania użytecznej ostrości wzroku u pacjentów z cukrzycą.

Zwyrodnienie plamki żółtej związane z wiekiem (AMD – z ang. *Age related macular degeneration*) jest chorobą cywilizacyjną u osób po 50 roku życia w krajach rozwiniętych, prowadzącą do znacznego upośledzenia widzenia, przez co zyskała przydomek „epidemii ślepoty”. Istota tej choroby polega na zniszczeniu centralnej części siatkówki (okolicy plamkowej) przez postępujący proces zwyrodniający, doprowadzający do uszkodzenia fotoreceptorów. Etiologia tego schorzenia nie jest do końca poznana, oprócz predyspozycji genetycznych wymienia się liczne czynniki środowiskowe. Przez wiele lat nieznaną była skuteczna metoda leczenia tego schorzenia. Rewolucją stało się wprowadzenie terapii inhibitorami naczyniowego śródbłonkowego czynnika wzrostu (anty-VEGF) w postaci doszklistkowych wstrzyknięć. Niestety, ograniczeniem tego sposobu leczenia są wysokie koszty terapii, która często musi być prowadzona do końca życia pacjenta. Istnieją jednak przykłady państw w Unii Europejskiej (np. Dania), gdzie systemowe rozwiązania w zakresie diagnostyki i leczenia sprawiły, że odsetek osób tracących wzrok w przebiegu AMD zmniejszył się o 50%. „W Polsce na zwyrodnienie plamki związane z wiekiem choruje ponad 1,3 mln osób, z tego 140 tys. na jego

groźniejszą, wysiękową postać. Z każdym rokiem przybywa około 14 000 pacjentów z postacią wysiękową”⁹.

Dysfunkcja wzroku jest problemem narastającym w ostatnich latach dynamicznie. Jest to wynikiem zarówno starzenia się narządu wzroku, jak i chorób oczu, których częstość występowania nasila się wraz z wiekiem. Należy także podkreślić ścisły związek chorób oczu z większością schorzeń występujących u pacjenta starszego. Do najczęstszych chorób współwystępujących możemy zaliczyć: choroby układu krążenia i serca (miażdżyca naczyń), choroby hematologiczne i zaburzenia krzepnięcia, choroby metaboliczne (cukrzyca), choroby reumatyczne, choroby tarczycy, choroby i zaburzenia neurologiczne (korowe ubytki pola widzenia) i inne. Nie można też zapominać o negatywnych oddziaływaniach środowiskowych, jak braku ruchu, spędzanie coraz większej ilości czasu przed monitorem komputerowym, czy telewizorem, w klimatyzowanych pomieszczeniach, niechronienie oczu przed promieniowaniem słonecznym i różnymi urazami.

Omawiana dysfunkcja wzroku rodzi pewne określone następstwa funkcjonalne, takie jak:

- obniżenie ostrości wzroku;
- ubytki w polu widzenia;
- zaburzenie wrażliwości na światło (np. olśnienia, światłowstręt lub światłolubność);
- obniżenie wrażliwości na kontrast;
- ślepotą zmierzchowa;
- zaburzenie adaptacji do światła i ciemności;
- zaburzenie spostrzegania głębi;
- zmienność widzenia;
- zaburzenie widzenia barw;
- dwojenie;
- ból;
- męczliwość;
- łzawienie;
- zniekształcenie obrazu;
- oczopląs;
- całkowite niewidzenie¹⁰.

Według badań przeprowadzonych na zlecenie Stowarzyszenia AMD przez TNS w 2012 roku, jedna trzecia Polaków nigdy nie była u okulisty i tylko 30% słyszało o AMD, a połowa ankietowanych nie zdaje sobie

9 *Okulistyka i choroby siatkówki w aspekcie zdrowego i aktywnego starzenia się*, Raport Fundacji na rzecz Zdrowego Starzenia się, www.zdrowestarze.org, s. 6.

10 M.Pacholec, *Sytuacja osób tracących wzrok w Polsce w świetle doświadczeń Polskiego Związku Niewidomych*, [w:] *Okulistyka i choroby siatkówki w aspekcie zdrowego i...*, s. 61.

sprawy, jakie są konsekwencje tej choroby¹¹. Polacy rzadko wykonują badania diagnostyczne oczu. Najczęściej wykonywanym badaniem jest badanie ostrości wzroku, wykonywane przeważnie raz na 3 lata lub rzadziej. Ponadto 23% Polaków nigdy, a 40 % tylko raz na 3 lata lub rzadziej wykonywało badanie dna oka, będące podstawowym badaniem diagnostycznym pozwalającym wcześniej wykryć pierwsze zmiany w siatkówce oka.

Jakość życia ludzi starszych

„Jakość życia to sposób postrzegania przez jednostki swoich pozycji w życiu w kontekście kultury i systemu wartości, w którym egzystują i w powiązaniu z własnymi celami, oczekiwaniami, standardami i obawami. Jest to szeroko pojęta koncepcja, na którą w sposób kompleksowy wpływają zdrowie fizyczne jednostki, jej stan psychiczny, relacje społeczne, stopień niezależności oraz jej stosunek do znaczących cech otaczającego środowiska”¹².

Jakości życia to nasze samopoczucie psychiczne i fizyczne, byt materialny, warunki pracy i rekreacji, możliwości rozwoju osobistego, jakość stosunków z najbliższym otoczeniem, podmiotowe traktowanie, możliwość realizacji dążeń i pragnień. Poczucie jakości życia zależy od subiektywnej oceny poszczególnych czynników. Zmienia się ono wraz z etapem rozwoju człowieka w ciągu życia. Jakość życia, jak pisze B. Szatur-Jaworska, należy do tych pojęć, które używane są w wielu różnych dziedzinach, np. w medycynie, ekonomii czy psychologii. Każda z tych dziedzin zwraca uwagę na inne czynniki, wpływające na tę kategorię życia¹³.

Krystyna Górna wyróżniła cztery grupy definicji, którymi można posłużyć się opisując jakość życia, choć każda z nich podkreśla inny aspekt tego pojęcia¹⁴. Wyróżnić więc można następujące grupy definicji:

1. Definicje globalne, które odnoszą się do dobrego samopoczucia i dotyczą subiektywnego zadowolenia człowieka z życia jako całości (np. poczucie satysfakcji z życia).

11 A. Stankiewicz, M. Misiuk-Hojło, M. Ulińska, T. Sobierajski (red.), *Zatrzymać epidemię ślepoty. Medyczny, społeczny i ekonomiczny obraz schorzeń siatkówki oka*, Stowarzyszenie Zwyrrodnienia Plamki związanego z Wiekiem AMD, Polski Związek Niewidomych, Retina AMD Polska, Warszawa 2012, <http://www.retina.neo.pl/raport.pdf>.

12 S. Leder, *Jakość życia a psychiatria konsultacyjna i psychoterapia*, [w:] J. Meyza (red.), *Jakość życia w chorobie nowotworowej wybrane zagadnienia*, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, Warszawa 1997, s. 211.

13 B. Szatur-Jaworska, *Jakość życia w starości – próba diagnozy*, [w:] M. Halicka, J. Halicki, (red.), *Zostawić ślad na Ziemi*, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2006, s. 303.

14 K. Górna, *Obiektywne i subiektywne wymiary poczucia jakości życia chorych na schizofrenię po pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2005, s. 25.

2. Definicje złożone, dotyczące subiektywnej i obiektywnej oceny jakości życia w wymiarze ogólnym i w poszczególnych obszarach funkcjonowania jednostki. W tym ujęciu oceniane jest subiektywne zadowolenie z życia (zawierające się w jakości doświadczeń życiowych) oraz obiektywna ocena warunków zewnętrznych.
3. Definicje mieszane, które zaliczyć można do najszerszej kategorii jakości życia. Zawierają one składowe definicje globalnych i złożonych oraz inne wymiary związane ze środowiskiem, organizacją życia społecznego, stanem emocjonalnym czy oczekiwaniami.
4. Definicje specyficzne, odnoszące się do jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia. W większości posiadają one wielowymiarowy charakter i mają bezpośredni związek ze zdrowiem jednostki. Na jakość życia człowieka starszego największy wpływ ma dobry stan zdrowia. W tym przypadku jakość życia odnosi się do społecznego, emocjonalnego i fizycznego dobrostanu osób poddanych interwencji medycznej, poprzez określenie wpływu choroby, niepełnosprawności, starości na codzienne funkcjonowanie¹⁵.

Stałe dążenie do poprawy jakości życia motywuje ludzi do podejmowania coraz to nowych zadań, a co za tym idzie powoduje rozwój człowieka. Na jakość życia składają się zarówno obiektywne jak i subiektywne warunki, w których żyje człowiek. Przez obiektywne warunki należy przyjąć warunki środowiskowe. Natomiast do warunków subiektywnych możemy zaliczyć, te które są związane z człowiekiem, czyli jego emocje, poczucie zadowolenia, szczęścia i spełnienia. Istotnymi czynnikami warunkującymi poziom jakości życia w starości są: postawa wobec siebie i własnej sytuacji, środowisko, w którym żyje człowiek oraz zdrowie somatyczne i psychiczne. Czynniki te są ze sobą powiązane na zasadzie sprzężenia zwrotnego¹⁶.

15 B. Tobiasz-Adamczyk, *Jakość życia w starości – definicja, pojęcia*, [w:] A. Panek, Z. Szarota, *Zrozumieć starość*, Text, Kraków 2000, s. 71.

16 G.Łój, *Psychologiczne wyznaczniki przeżywanego starości*, Górnośląska Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Kard. Augusta Hlonda w Mysłowicach, Mysłowice 2007, s. 58.

Metody badania jakości życia w zależności od stanu narządu wzroku

Opis narzędzi

Kwestionariusz użyty do badania funkcji wzrokowych VFQ-25 został opracowany na zlecenie National Eye Institute w USA w 1996¹⁷. Używa się go do oceny jakości życia pacjentów z różnymi schorzeniami oczu lub po zastosowanym leczeniu operacyjnym lub zachowawczym. Zawiera 29 pytań podzielonych na 3 podgrupy. W części 1 uwzględnia się ogólny stan zdrowia i wzroku. Część 2 zawiera pytania dotyczące trudności w wykonywaniu codziennych czynności. Natomiast część 3 bada konsekwencje problemów ze wzrokiem.

Dla celów obliczeniowych poszczególnym odpowiedziom na pytania kwestionariusza przyporządkowane są wartości liczbowe. Zakłada się, że ankietowany, odpowiadając na pytania dotyczące wzroku, ma odpowiednio wyrównaną wadę refrakcji okularami lub szklami kontaktowymi. Na zadawane pytania na temat oceny własnej stanu zdrowia i wzroku, trudności wynikających z funkcjonowania narządu wzroku, pacjent wybiera odpowiedzi najlepiej określające jego sytuację w danym momencie życia.

Badanie przeprowadzał ankieter, czytając każde z pytań, a następnie odpowiedzi i prosząc osobę ankietowaną o wybranie według niego najbardziej właściwej. Ankietę można też przeprowadzać telefonicznie, ale w naszym badaniu przeprowadzano ankietę w czasie bezpośredniej rozmowy.

Metodyka badania

Badanie było przeprowadzone w dwóch grupach – pacjentów z zaćmą oraz pacjentów ze starczym zwyrodnieniem plamki. Grupa I to 10 pacjentów po niepowikłanej operacji fakoemulsyfikacji zaćmy – 5 mężczyzn i 5 kobiet, w wieku od 65 do 80 lat (średnio 70 lat). Grupa II to 10 pacjentów w trakcie leczenia anty-VEGF. Stanowili ją 4 mężczyzn i 6 kobiet, w wieku od 62 do 87 lat (średnio 69 lat).

Analizowano wyniki kwestionariusza VFQ-25 przeprowadzonego przed leczeniem, po 3 i po 6 miesiącach. Opierając się na wartościach liczbowych przypisanych poszczególnym odpowiedziom, zmianę ich wartości w poszczególnych badaniach oceniano:

- ogólny stan zdrowia;
- ogólny stan wzroku;

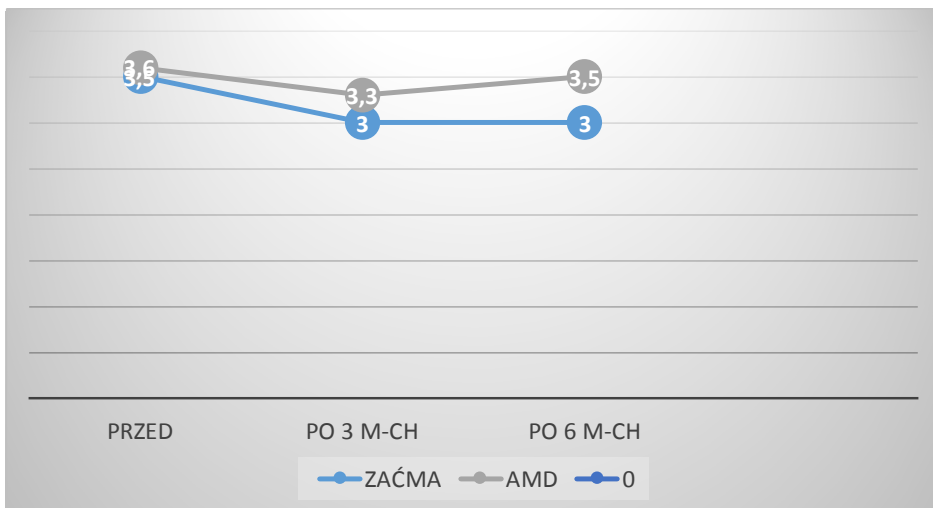
17 National Eye Institute. Kwestionariusz dotyczący wzroku-25 (VFQ-25), wersja 2000, NEI -VFQ-25 – Poland/Polish – 23 Jul 07- Mapi Research Institute.

- ból i dyskomfort narządu wzroku;
- funkcje wzroku do bliży i dali;
- funkcje socjalne;
- konsekwencje problemów ze wzrokiem.

Wyniki

- W ocenie ogólnego stanu zdrowia przed leczeniem, po 3 miesiącach i po 6 miesiącach, to w grupie I w ocenie pacjentów stan zdrowia poprawił się po 3 i następnie po 6 miesiącach w porównaniu ze stanem sprzed operacji. W grupie II po 3 miesiącach oceniono ogólny stan zdrowia lepiej niż przed leczeniem, a po 6 miesiącach pozostał na tym samym poziomie co przed leczeniem (wykres 1).
- Ogólny stan wzroku w grupie I po operacji zaćmy poprawiał się z każdym miesiącem w stosunku do stanu sprzed operacji. Natomiast w grupie II stan wzroku, podobnie jak stan zdrowia, był oceniony lepiej po 3 miesiącach i nieznacznie gorzej po 6 miesiącach.
- Ocena bólu i dyskomfortu w oczach u pacjentów w obu grupach nie uległa zmianie w całym okresie obserwacji.

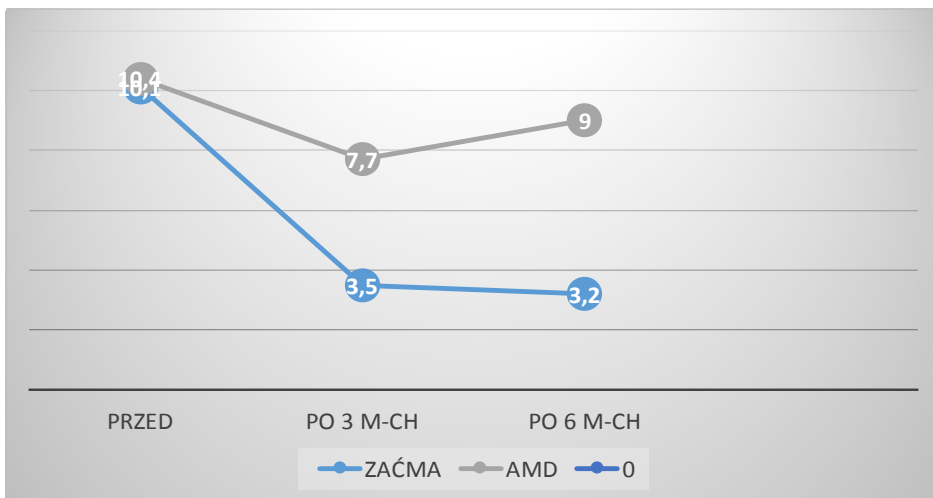
Wykres 1. Ogólna ocena stanu zdrowia



Źródło: badanie własne.

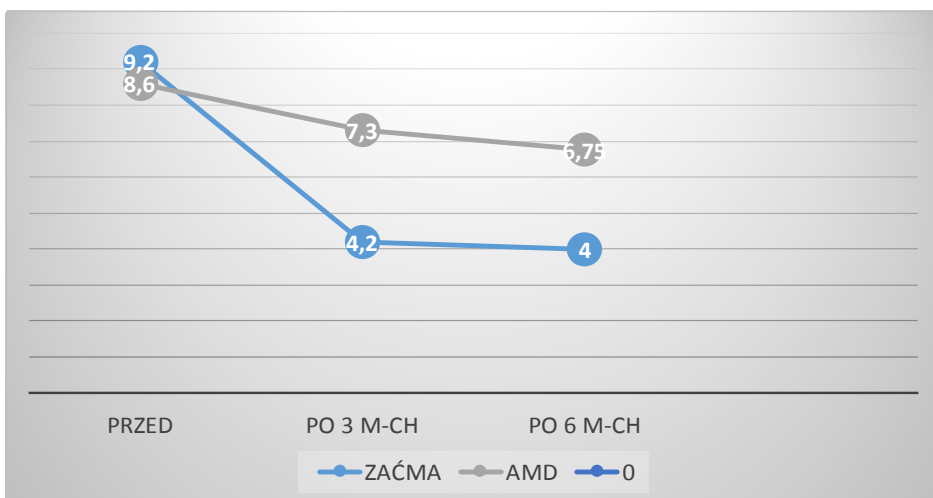
- Ocena funkcji wzroku do dali i do bliży: w obu grupach zanotowano poprawę tych funkcji, aczkolwiek w grupie pacjentów po operacji zaćmy była ona większa (wykresy 2 i 3).

Wykres 2. Ocena funkcji wzroku do blizy



Źródło: badanie własne.

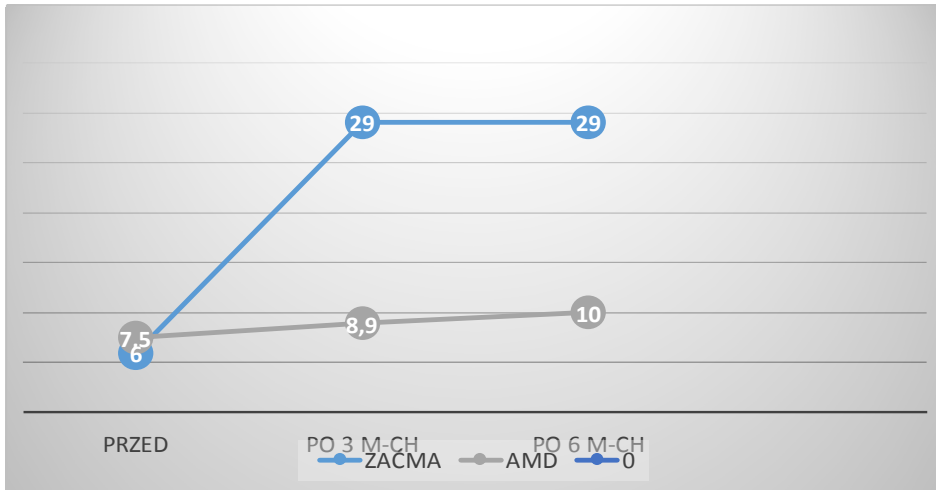
Wykres 3. Ocena funkcji wzroku do dali



Źródło: badanie własne.

- Funkcje socjalne uległy nieznacznej poprawie w obu badanych grupach w okresie 6 miesięcy.
- Ocena konsekwencji problemów ze wzrokiem uwidoczniała największe różnice w badanych grupach. Co prawda, obie grupy zanotowały poprawę jakości życia w tych obszarach, jednak u pacjentów po operacji zaćmy poprawa ta była spektakularna (wykres 4).

Wykres 4. Ocena konsekwencji problemów ze wzrokiem a jakość życia

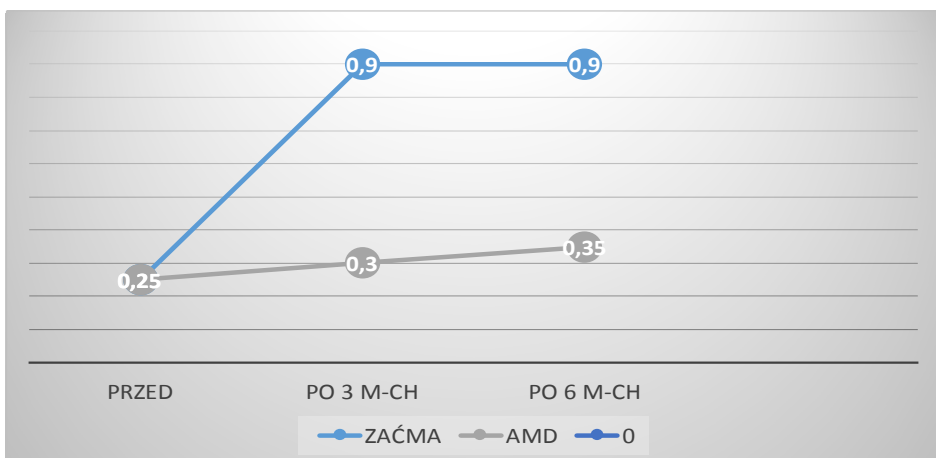


Źródło: badanie własne.

W ramach końcowej oceny porównano ostrość wzroku pacjentów w obu grupach. Pacjenci z grupy chorych po operacji zaćmy uzyskali znacznie lepszą ostrość wzroku w wyniku zastosowanego leczenia w porównaniu z pacjentami leczonymi z powodu zwyrodnienia plamki.

Wykres uzyskanej ostrości wzroku jest zbliżony do wykresu oceny konsekwencji problemów ze wzrokiem a jakości życia (wykres 5).

Wykres 5. Ostrość wzroku w badanych grupach



Źródło: badanie własne.

Dyskusja

Stan narządu wzroku wydaje się być wiodącym czynnikiem w ocenie jakości życia ludzi starszych. Upośledzenie widzenia stopniowo prowadzi do izolacji człowieka i jego wyłączenia z funkcji socjalnych. Także istotną rolę odgrywa ograniczenie w dodatkowym zarobkowaniu, co w sytuacji wielu ludzi starszych obniża ich standard życia. Ogromne znaczenie ma także utrata samodzielności, zwłaszcza w przypadku osób samotnych, które w tej sytuacji są skazane na korzystanie z pomocy społecznej.

Przedstawiony formularz VFQ-25 jest bardzo przydatnym narzędziem dla określenia jakości życia osób starszych z różnymi schorzeniami oczu. Jak pokazały wyniki, stosowane leczenie poprawia jakość życia. Zaobserwowane różnice w obu grupach są spowodowane przede wszystkim charakterem schorzenia. W obu grupach początkowa ostrość wzroku (a za tym i jakość życia) były podobne. Po zastosowanym leczeniu pacjenci po operacji zaćmy lepiej oceniali swoją jakość życia. Jeśli nie ma dodatkowych schorzeń, ostrość wzroku po operacji zaćmy nie pogarsza się do końca życia. W przeciwieństwie do pacjentów ze zwyrodnieniem plamki, gdzie stosowane leczenie może poprawić ostrość wzroku, jednak w perspektywie dłuższego czasu podstawowym celem leczenia jest utrzymanie użytecznej ostrości wzroku. Tak więc dwie grupy badane przedstawiają jednak niejednorodnych pacjentów – w grupie I mamy do czynienia z pacjentami wyleczonym, w grupie II – w trakcie leczenia.

Należy także pamiętać, że w badaniu brali udział pacjenci w pewien sposób wyselekcjonowani. Grupę I stanowili pacjenci po niepowikłanej operacji zaćmy, przeprowadzonej w krótkim czasie w obu oczach. W grupie II ocenialiśmy pacjentów leczonych w ramach programu badawczego, gdzie chorzy nie byli obciążeni finansowo kosztami terapii. Trzeba także zaznaczyć, że w badanych grupach nie było osób samotnych lub bez wsparcia rodziny – to tłumaczy, że nie stwierdzono istotnej poprawy jakości życia w zakresie funkcji socjalnych ankietowanych osób.

Wnioski

Analizując jakość życia starszych pacjentów po przebytej operacji usunięcia zaćmy z wszczepem sztucznej soczewki i po leczeniu preparatem anyt-VGF można sformułować wnioski, że stan zdrowia i stan narządu wzroku jest bardzo ważnym czynnikiem wpływającym na jakość życia ludzi starszych.

Kwestionariusz VFQ-25 jest przydatnym narzędziem do oceny jakości życia pacjentów po przebytych leczeniu okulistycznym

Jakość życia pacjentów po niepowikłanym usunięciu zaćmy jest lepsza niż pacjentów w trakcie leczenia starczego zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD).

Współczesne metody leczenia chorób oczu poprawiają jakość życia pacjentów. Stopień poprawy zależy od podstawowego schorzenia.

An eye diseases in elderly in context of quality of life

The state of eyesight seems to be the leading factor in assessing the life quality of older people. Impairment of vision gradually leads to isolation of man and his exclusion from social functions. Current

methods of the treatment of eye diseases improve patients' quality of life. The degree of improvement depends on the basic disease. Quality of life in patients with uncomplicated cataract removal is better than in patients with the treatment of age-related macular degeneration (AMD) VFQ-25 questionnaire is a useful tool to assess the quality of life in patients with a history of ophthalmic treatment.

Bibliografia

- Górna K., *Obiektywny i subiektywny wymiar poczucia jakości życia chorych na schizofrenię po pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2005.
- Leder S., *Jakość życia a psychiatria konsultacyjna i psychoterapia*, [w:] J. Meyze (red.), *Jakość życia w chorobie nowotworowej wybrane zagadnienia*, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej – Curie w Warszawie, Warszawa 1997.
- Łój G., *Psychologiczne wyznaczniki przeżywanej starości*, Górnośląska Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Kard. Augusta Hłonda w Mysłowicach, Mysłowice 2007.
- Pacholec M., *Sytuacja osób tracących wzrok w Polsce w świetle doświadczeń Polskiego Związku Niewidomych*, [w:] *Okulistyka i choroby siatkówki w aspekcie zdrowego i aktywnego starzenia się*, Raport Fundacji na rzecz Zdrowego Starzenia się, www.zdrowestarzenie.org.
- Samoliński B., Gierczyński J., *Choroby narządu wzroku wyzwaniem dla zdrowia publicznego i zdrowego starzenia się*, [w:] *Okulistyka i choroby siatkówki w aspekcie zdrowego i aktywnego starzenia się*, Raport Fundacji na rzecz Zdrowego Starzenia się, www.zdrowestarzenie.org.
- Szatur-Jaworska B., *Jakość życia w starości – próba diagnozy*, [w:] M. Halicka, J. Halicki (red.), *Zostawić ślad na Ziemi*, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2006.

- Szyborski J., *Demografia starzejącego się społeczeństwa, Zdrowe starzenie się: Biała księga*, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2013
- Tobiasz-Adamczyk B., *Jakość życia w starości – definicja, pojęcia*, [w:] A.Panek, Z. Szarota (red.), *Zrozumieć starość*, Text, Kraków 2000.

Źródła internetowe

- Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015, Załącznik do Uchwały nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r. http://www.mz.gov.pl/__data/assets/pdf_file/0020/12494/zal_urm_npz_90_15052007p.pdf.
- Okulistyka i choroby siatkówki w aspekcie zdrowego i aktywnego starzenia się*, Raport Fundacji na rzecz Zdrowego Starzenia się, www.zdrowestalenie.org.
- Prognoza ludności na lata 2014-2050, Warszawa 2014, <http://www.stat.gov.pl>.
- Raport A. Stankiewicz M. Misiuk-Hojło, M. Ulińska, T. Sobierajski (red.), *Zatrzymać epidemię ślepoty. Medyczny, społeczny i ekonomiczny obraz schorzeń siatkówki oka*, Stowarzyszenie Zwyrodnienia Płamki związanego z Wiekiem AMD, Polski Związek Niewidomych, Retina AMD Polska, Warszawa 2012, <http://www.retina.neo.pl/raport.pdf>.
- Założenia długofalowej polityki senioralnej w Polsce na lata 2014-2020*, <http://www.mpips.gov.pl/seniorzyaktywne-starzenie/zalozenia-dlugofalowej-politykisenioralnej-w-polsce-na-lata-20142020/>
- Zdrowe starzenie się: Biała księga*, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, www.zdrowestalenie.org.

Część III
Niepełnoprawność – zrozumieć

Justyna Juszcak

Środowisko lokalne miejscem wsparcia i rozwoju osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz ludzi starszych

W artykule opisano rolę środowiska lokalnego w procesie wspomagania i rozwijania twórczych potencjałów osób niepełnosprawnych oraz starszych. Ukazano też ideę dziennych ośrodków wsparcia, jako przestrzeni podejmowania wspólnych działań na rzecz przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu grup osób niepełnosprawnych i starszych. Na przykładzie dobrych praktyk zaprezentowano, w jaki sposób można nadawać sens i wartość aktywnościom podejmowanym przez osoby defaworyzowane.

Zaproponowana w artykule koncepcja realizacji projektów edukacyjno-społecznych przezienne ośrodki wsparcia funkcjonujące w społeczności lokalnej nawiązują do szeroko rozumianych założeń z zakresu pedagogiki społecznej Heleny Radlińskiej. Projekty społeczne są wyzwaniem dla społeczności lokalnej. Stanowią one perspektywę na budowanie solidarności i wzmacnianie więzi społecznych. Podejmowanie wspólnych inicjatyw, które mogą stanowić obszar dla spotkania z Innym, nadają sens wzajemnej służby (według koncepcji A. Kamińskiego i H. Radlińskiej) drugiemu człowiekowi, podkreślając tym samym ważne zadanie, jakie ma do spełnienia społeczność lokalna wobec wszystkich swoich obywateli bez względu na jego status, wiek, niepełnosprawność.

Przykładem na wzajemne podejmowanie inicjatyw w przestrzeni lokalnej, jako dobrą praktykę, przedstawiono projekt „Międzypokoleniowe inspiracje”, który zostanie skierowany do uczestników dziennego ośrodka wsparcia dla dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną i grupy seniorów.

Definicja i rola środowiska lokalnego

Czym jest środowisko lokalne? Jakie może mieć znaczenie w przeciwdziałaniu wykluczeniu społecznemu grup defaworyzowanych? Czy środowisko lokalne może zmieniać stereotypy na temat starości i niepełnosprawności? W celu uściślenia odpowiedzi na wyżej postawione pytania, zaprezentuję różne sposoby definiowania środowiska lokalnego. Według Wiesława Theissa „środowisko lokalne oznacza społeczność, która żyje na

niewielkiej przestrzeni i (od małej wsi po region geograficzny), a jej członkowie są skupieni wokół aprobowanych wartości interesów). Tym, co wspólne i co łączy członków społeczności lokalnej są m.in.: kultura i jej dziedzictwo (tradycja, tożsamość, przynależność, lojalność wobec miejscowości czy terenu), formy życia społecznego (sąsiedztwo, solidarność miejscowa, patriotyzm lokalny, wspólna biografia), miejscowe środowisko naturalne (przyroda, warunki geograficzne, krajobraz)¹. Autor określa środowisko lokalne, jako małą ojczyznę, która oznacza „przestrzeń psychofizyczną, powstałą w wyniku szczególnych związków intelektualnych oraz emocjonalnych jednostki z najbliższym otoczeniem oraz praktycznych działań człowieka w miejscowym środowisku”². Dalej wskazuje na bardzo ważną rolę socjalizacyjno-edukacyjną środowiska lokalnego. Podkreśla, że środowisko lokalne jest źródłem kształtowania się tożsamości jednostek i grup społecznych. Jest miejscem, które łączy kultura i wspólna przeszłość sprawia, że człowiek „obecny i zakorzeniony w określonym miejscu i czasie”, a tym samym – powinien aktywnie uczestniczyć w tym środowisku w celu jego zmieniania i ulepszania. Natomiast Tadeusz Pilch środowisko lokalne interpretuje, „jako, gromadę ludzi zamieszkujących ograniczone i względnie izolowane terytorium, posiadających i ceniących wspólną tradycję wartości i symbole, instytucje usługowe i kulturowe, świadomych jedności, odrębności i gotowości do wspólnotowego działania, żyjących w poczuciu przynależności i wewnętrznego bezpieczeństwa”³. Istotną rolę w środowisku społecznym odgrywa kształtowanie się więzi społecznych pomiędzy jej członkami. Bez istnienia więzi społecznych zbiorowość jest bierna i statyczna. „Dopiero istnienie więzi nadaje grupie charakter, a rodzaj i siła więzi decydują o jej funkcjach i sile oddziaływania. Dla oceny znaczenia wychowawczego zbiorowości taka wiedza ma znaczenie”⁴. Tadeusz Pilch w swojej książce *Pedagogika społeczna* formułując pojęcie więzi społecznych odwołuje się do interpretacji Jana Szczepańskiego: „Więź społeczna jest to zorganizowany system stosunków, instytucji, środków kontroli społecznej; – skupiający jednostki, podgrupy i inne elementy składowe zbiorowości w całość zdolną do trwania i rozwoju”⁵. Jednocześnie zwraca uwagę czytelnika na wrażenie „zorganizowany system”. Jednocześnie proponuje zastąpienie go innym określeniem. Według Tadeusza Pilcha przymiotnik zorganizowany wskazuje na celowy i zaplanowany proces powstawania więzi. Natomiast, jego zdaniem, jest

1 W. Theiss, *Mała ojczyzna*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2001 s. 13.

2 Tamże, s.11.

3 T. Pilch, I. Lepalczyk (red.) *Pedagogika Społeczna. Człowiek w zmieniającym się świecie*, Warszawa 1995 s. 157.

4 Tamże, s. 158.

5 Tamże, s. 159.

to przebieg bardziej spontaniczny i osadzony w czasie. Dlatego też wskazuje zamianę słowa na ukształtowany, ponieważ bardziej podkreśla rolę czasu, jaki wpływa na rozwój i umacnianie się więzi. Więzi powstają w toku całego doświadczenia życia człowieka oraz kształtują się przez pokolenia. Autor podkreśla, że urastają do rangi symbolu jako forma przekazywanej tradycji „W pedagogice rola tradycji, symboli, uznanych wzorców jest uważana za doniosły czynnik procesu socjalizacji. Organizacje młodzieżowe są typowym przykładem zbiorowości, które budują swój wewnętrzny ład, wzmacniają siłę swego wychowawczego oddziaływania przez kształtowanie i pielęgnowanie tradycji, swoistą symbolikę i obrzędowość. Są to jednak procesy długotrwałe i na ogół nieplanowe”⁶. Definiując środowisko lokalne nie wystarczy wskazać wyłącznie na więzi lokalne, cechujące się określonym zakresem terytorialnym, przynależnością etniczną, kultywowaną tradycją. Pełna interpretacja odnosząca się do wspólnoty społecznej może zaistnieć, gdy zbiorowość ludzka identyfikuje się z miejscem, w którym egzystuje, pracuje i realizuje swoje plany życiowe. Florian Zaniecki pisze o intencjonalnym współdziałaniu, co też zauważa Tadeusz Pilch. Intencjonalne współdziałanie to pewien rodzaj aktywności nakierowanej na rozwój danej zbiorowości lokalnej. To siły społeczne (Helena Radlińska), wprowadzane i uruchomiane przez ludzi zaangażowanych w poprawę kondycji danej społeczności. Ludzie, którzy przez działania edukacyjno-kulturalne budują miejscowe zasoby społeczne. Ponadto, aktywizują i rozwijają kapitał ludzki danej społeczności. Budowanie kapitału ludzkiego ma bardzo ważne znaczenie w procesie rozwoju wartości moralnych i norm etycznych, co wpływa na rozwój współpracy pomiędzy członkami danej grupy. Dzięki ludziom zaangażowanym w rozwój swojej zbiorowości powstają różnorodne formy organizowania środowiska lokalnego – powstawanie organizacji pozarządowych, centrów wolontariatu, lokalnych grupy wsparcia dla osób potrzebujących, niepełnosprawnych oraz starszych. Działania pomocowe realizowane w ramach organizacji pozarządowych, grup samopomocowych, klubów osiedlowych uczą odpowiedzialności za siebie i innych, są wyzwaniem do kreowania zmian w zastanej rzeczywistości. Obszar wsparcia organizacji pozarządowych i innych stowarzyszeń charytatywnych bardzo często obejmuje te dziedziny pracy socjalnej, gdzie instytucje państwowe nie zawsze w sposób zadowalający docierają. Tadeusz Pilch zwraca uwagę, że to działania oddolne i społecznikowskie symbolicznie określają granice środowiska lokalnego. Dalej wskazuje, że zjawiska wyżej wymienionej aktywności społecznej spełniają dwa klasyczne warunki kształtowania się więzi społecznej. Pierwszy z nich to styczność przestrzenna rozumiana w perspektywie nie fizycznej obecności, ale styczności rozumianej jako

6 Tamże, s. 157.

świadome dostrzeganie istnienia drugiego człowieka, konkretnego i zakorzonego w przestrzeni wspólnej egzystencji. Należy zaznaczyć, że miasto w rozumieniu pedagogiki społecznej może zawierać w sobie kilka środowisk lokalnych – „miasto lub mniejsze z jego terytorialnymi przybudówkami odpowiadają pojęciu środowiska okolicznego”⁷. Drugim warunkiem wpływającym na rozwój więzi społecznych jest łączność psychiczna. Polega ona na trwałych relacjach międzyludzkich opartych na solidarności i wzajemnej służebności. Łączność psychiczna formuje się m.in. na podstawie stałych kontaktów związanych w ramach funkcjonowania klubów, sekcji zainteresowań, ogródków osiedlowych, wspólnych spacerach itp. Powstaje psychiczna zależność wszędzie tam, gdzie ludzie swoje relacje budują na empatii i postrzegają siebie wzajemnie, jako partnera, towarzysza, osobę godną zaufania. Rozwijanie psychicznej interakcji międzyludzkiej jest jednym z ważniejszych wyzwań dla pedagogiki społecznej. Modelowanie postaw prospołecznych już od najwcześniejszego dzieciństwa powinno być głównym zadaniem wychowania. W ten sposób jedność psychiczna skonstruowana na empatii i społecznych kompetencjach sprzyjać będzie postawie otwartości i wrażliwości na potrzeby drugiego człowieka. Ponadto, w środowisku lokalnym powinna istnieć rozbudowana sieć instytucji kulturalnych, edukacyjnych – ośrodki kultury, grupy samopomocowe, koła zainteresowań, kluby sportowe i inne. Ośrodki edukacji, kultury to przestrzeń dla samorealizacji każdej zbiorowości lokalnej. Ich brak powoduje negatywną dezintegrację, prowadzi do zaniku więzi społecznych. Przyczynia się do wzrostu anonimowości i izolacji. Może być przyczyną patologii społecznych i wykluczenia szczególnie tych grup, które nie potrafią samodzielnie sobie poradzić z problemami życia codziennego. Pozbawienie społeczności miejsc, w których może rozwijać swoje pasje oraz nawiązywać kontakty interpersonalne prowadzi do zaniku solidarności społecznej, która zostaje zamieniona na alienację. Zatem środowisko lokalne jest istotnym terenem dla rozwoju psychofizycznego człowieka i kształtowania się jego tożsamości nie tylko kulturowo-etnicznej, ale przede wszystkim osobowej i społecznej. Dlatego też daje to szansę na kreowanie przestrzeni, w której podejmowane będą działania o charakterze edukacyjno-społecznym skierowane są do różnych odbiorców. W swoim artykule szczególnie odniosę się do ludzi starszych i niepełnosprawnych intelektualnie w perspektywie aktywnego ich udziału w życiu środowiska lokalnego. Głównym celem realizowanych działań o charakterze edukacyjno-społecznym będzie przeciwdziałanie istniejącym stereotypom na temat starości i niepełnosprawności intelektualnej w środowisku, w którym żyją.

7 Tamże, s. 160.

Pojęcie stereotypu

Termin stereotyp z greckiego *stereós* ‘stanowiący bryłę’, ‘steżaly’ *typos* – ‘odbicie’, ‘obraz’; funkcjonujący w świadomości społeczeństwa uproszczony, skrótowy i zabarwiony wartościująco obraz rzeczywistości, odnoszący się do grup społecznych, osób, sytuacji, instytucji, utrwalony wielokrotnym powtarzaniem. Stereotyp jest ujmowany, jako fakt społeczny, a nie subiektywne przekonanie jednostki. Stereotyp funkcjonuje w umyśle, bez względu na to czy z nim się zgadzamy. Stereotyp jest zabarwiony emocjonalnie, wartościująco, oparty na niepełnej wiedzy, utrwalony przez tradycję. Stereotypy zazwyczaj dotyczą członków poszczególnych zbiorowości, powstają i funkcjonują w pewnej zbiorowości i odnoszą się do całej zbiorowości. Stereotypy to generalizacja, która dotyczy wszystkich członków danej grupy, bez uwzględnienia różnic między nimi⁸. Anna Leszczyńska-Rejchert pisze, że z perspektywy społeczno-pedagogicznej, w tym szczególnie systemu nauk o wychowaniu, niezwykle ważne jest zwrócenie uwagi na fakt, iż stereotypy są przyswajane często bez refleksji związanych z treścią owych stereotypów. Stereotypy nabywamy, w wyniku społecznego uczenia się, przebywając w różnych środowiskach wychowawczych (w rodzinie, w szkole)⁹. W swojej pracy skupię się głównie na podstawowych zagadnieniach związanych ze stereotypami dotyczącymi starości i niepełnosprawności intelektualnej. Zagadnienie to przedstawione zostanie jedynie w zarysie. Głównie problem stygmatyzacji starości i niepełnosprawności zaprezentuję w kontekście realizowanych projektów edukacyjno-społecznych, jako sposoby na przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu obu grup.

Stereotypy starości

Współczesne społeczeństwa postrzegają ludzi starszych, jako grupę, posiadającą wiele negatywnych cech. Przyczyną niewłaściwego obrazu starości jest najczęściej istniejące na jej temat liczne stereotypy. „Słowo «człowiek stary» kojarzy się najczęściej z osobą chorą, znajdującą się w depresji, dotkniętą niepełnosprawnością, infantylną, bierną, ubogą, samotną, bezużyteczną, której już nic od życia się nie należy, dla której na wszystko jest już za późno (np. na zadbanie o zdrowie, bo jest już zniszczone; na naukę, bo nie jest jej tak łatwo nauczyć się czegoś nowego; na seks, bo osoba starsza nie posiada potrzeb seksualnych), umierająca w in-

8 A. Leszczyńska-Rejchert, E. Kantowicz (red.), *Stereotypy a starość i niepełnosprawność*, Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit” s. c, Toruń 2012 s. 18.

9 Tamże, s. 19.

stytucji”¹⁰. Kołodziej¹¹ zwraca również uwagę na stereotyp infantyilizacji ludzi starszych, co też jest czynnikiem silnie deprymującym, odbierającym poczucie im własnej wartości. Odbiera to osobom starszym niezależność i poważanie. Pozostaje pytanie, w jaki sposób przeciwstawiać się stygmatyzującemu postrzeganiu osób starszych? Jak włączać seniorów w aktywne codzienne życie, by nie patrzyli na swoją starość z „goryczą i trwogą” lecz, by mogli spojrzeć na nią jak na drogę w poszukiwaniu i odnajdywaniu tzw. nowej młodości¹². Ludzie starsi o takiej postawie „mają pełne zdziwienia spojrzenie dziecka, a równocześnie mądrość człowieka dojrzałego”¹³. Podejście ludzi starszych z takim nastawieniem może być sposobem na przezwyciężanie samotności. Odkrycie na nowo przez osoby starsze „ponownej młodości” stanie się fundamentem na budowanie i rozwijanie własnych zainteresowań i aktywności. Pozwoli to osobie starszej nie tylko na odkrycie swoich możliwości, ale stworzy szansę, że będą mogli stać się inspiratorami także dla innych członków wspólnoty lokalnej bez względu na wiek, status społeczny, poziom wykształcenia. Dlatego też w przeciwdziałaniu negatywnych stereotypów propozycja propagowania działań o charakterze rozwijania kontaktów interpersonalnych, w tym w szczególności międzypokoleniowych, wydaje się zasadna. Zaangażowanie się osób starszych w różnorodne działania społeczne we współpracy z innymi członkami wspólnoty lokalnej w ramach projektów edukacyjno--społecznych może stać się sposobem na promowanie pozytywnego i niestereotypowego wizerunku osób starszych w jej najbliższym otoczeniu. W dalszej części tekstu zagadnienie to zostanie poruszone i uszczegółowione oraz zaprezentowane w kontekście realizacji idei projektu edukacyjnego skierowanego do dwóch grup społecznych – osób starszych i niepełnosprawnych intelektualnie.

Stereotypy niepełnosprawności

Upośledzenie umysłowe jest wynikiem uszkodzenia lub nieprawidłowej budowy ośrodkowego układu nerwowego. Takie pojęcie upośledzenia jest silnie związane z medycznym paradygmatem niepełnosprawności. Tradycyjnie było ono definiowane, jako „istotnie niższy, niż przeciętny, ogólny poziom funkcjonowania intelektualnego, występujący łącznie z upośledze-

¹⁰ Tamże, s. 20.

¹¹ W. Kołodziej, *Bio-psycho społeczne funkcjonowanie osób starszych a społeczne stereotypy i uprzedzenia dotyczące starzenia się i starości* [w:] *Wybrane problemy osób starszych*, A. Nowicka (red.), Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2006.

¹² A. Zych, *Człowiek wobec starości. Szkice z gerontologii społecznej*, Wyd. Śląsk, Katowice 1999, s. 145.

¹³ Tamże.

niem w zakresie przystosowania się, powstały w okresie rozwojowym¹⁴. Klasyczne pojęcie upośledzenia umysłowego koncentruje się na podkreślaniu deficytów i ograniczeń jednostki, wskazując na trwałość tych ograniczeń, mających różny stopień natężenia¹⁵. Takie ujęcie upośledzenia umysłowego zostało zawarte również w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10), w którym upośledzenie umysłowe określone jest, jako „stan zahamowania lub niepełnego rozwoju umysłu, który charakteryzuje się zwłaszcza uszkodzeniem umiejętności ujawniających się w okresie rozwoju i składających się na ogólny poziom inteligencji – to jest: zdolności poznawczych, mowy, ruchowych i społecznych. Upośledzenie to może występować wraz z innymi zaburzeniami psychicznymi i fizycznymi. Osoby upośledzone umysłowo mogą przejmować szeroki zakres zaburzeń psychicznych, a zapadalność na inne zaburzenia psychiczne jest w tej populacji, co najmniej trzy do czterech razy większa, niż w populacji ogólnej¹⁶. Według DSM IV-R podręcznika diagnostyki i statystyki zaburzeń umysłowych – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego upośledzenie umysłowe kodowane jest na osi II (zaburzenie osobowości, zaburzenia rozwojowe) określane jest;

- funkcjonowanie intelektualne istotnie niższe od przeciętnego: w indywidualnie dobranych testach inteligencji IO około 70 lub mniej;
- współwystępowanie deficytów i upośledzenie zdolności przystosowania się (tzw. efektywności spełnienia standardów wyznaczonych dla wieku lub grupy kulturowej) co najmniej dwóch z następujących obszarów: a) komunikacja (porozumiewanie się; b) zaradność osobista; c) prowadzenie domu; d) umiejętności społeczne i interpersonalne; e) korzystanie z zasobów środowiskowych, samostanowienie (korzystanie ze środków wsparcia społecznego); f) umiejętność uczenia się; g) umiejętność pracowania; h) umiejętność wypoczywania, i) umiejętność dbania o zdrowie i bezpieczeństwo.

Janina Wyczesany podkreśla „wszelkie definicje i klasyfikacje nie powinny oddzielać osób niepełnosprawnych od społeczeństwa lub pozbawić je możliwości uczestniczenia w kolejnych etapach procesu rehabilitacji i integracji, lecz powinny wskazywać na ich indywidualne problemy. Upośledzenie odnosi się, bowiem do relacji danej osoby z otoczeniem¹⁷. Jednak, aby człowiek upośledzony umysłowo mógł odpowiednio kształtować

14 J. Kostrzewski, J. Wald, *Podstawowe wiadomości o upośledzeniu umysłowym*, [w:] K. Kirejczyk (red.) *Upośledzenie umysłowe – pedagogika*, Wyd. PWN, Warszawa 1981 s. 58.

15 A. Firkowska-Mankiewicz (red.), *Życie w integracji*, Wyd. PFON, Warszawa 2014.

16 ICD – 10 Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne, 2000, s. 90.

17 J. Wyczesany, *Oligofrenopedagogika. Wybrane zagadnienia pedagogiki upośledzonych umysłowo*, Wyd. „Impuls”, Kraków 2009 s. 140.

swoje kontakty z najbliższym środowiskiem niezbędne jest zniwelowanie uprzedzeń i stereotypów istniejących na temat niepełnosprawności. Maria Chodakowska wskazuje m.in. na następujące kulturowe stereotypy dotyczące niepełnosprawności intelektualnej, wyróżniając następujące postawy wobec grupy osób niepełnosprawnych – człowiek niepełnosprawny, jako nieprzydatny społecznie, niezdolny do bycia użytecznym, człowiek niepełnosprawny, jako nieposiadający prawa do realizacji własnych celów życiowych, aspiracji i marzeń, człowiek niepełnosprawny, jako nieszczęsny, odrzucony, zmarginalizowany, godny litości¹⁸.

Anna Firkowska-Mankiewicz przedstawia trzy czynniki zmiany w sposobach rozumienia upośledzenia umysłowego. Wskazuje na rozwój badań naukowych w tym zakresie, praktykę środowiska terapeutycznego, inspirowaną tymi badaniami oraz presję rodziców i inicjatywy społeczne zmierzające do przeciwdziałania stereotypom myślenia na temat osób niepełnosprawnych intelektualnie. Wyniki tych badań wskazują na to, że osoby z niepełnosprawnością intelektualną mają potencjał i potrzeby w zakresie indywidualnego i społecznego rozwoju uczestnictwa w życiu społecznym¹⁹, że potrafią być (przy odpowiednim wsparciu) autonomiczne i zdolne do samodzielnego życia²⁰. Natomiast postępowanie rewalidacyjne oparte powinno być przede wszystkim na zasobach i możliwościach osoby niepełnosprawnej. „Odrzuca się negatywną perspektywę, charakterystyczną dla tradycyjnych definicji, polegającą na ujmowaniu niepełnosprawności intelektualnej poprzez eksponowanie deficytów i ograniczeń jednostki i podkreślaniu ich trwałego charakteru.”²¹ Dalej takie nastawienie jest w kontrze do „biedaka od urodzenia”, obarczonego licznymi brakami, „niemożnościami”²² oraz konwencji „wiecznego dziecka” niezdolnego do samodzielnego niezależnego funkcjonowania. Odrzucając negatywny stygmat upośledzenia osoba niepełnosprawna intelektualnie staje się świadomym członkiem wspólnoty, który potrafi inicjować, przy odpowiednim wsparciu, działania na rzecz swojej społeczności lokalnej. Aktywny udział osób niepełnosprawnych w ich najbliższym otoczeniu ma za zadanie przeciwdziałać wykluczeniu oraz zmieniać stereotypowy wizerunek upośledzenia umysłowego. Ponadto uczestnictwo społeczne osób

18 M. Chodakowska, *Źródła stereotypów niepełnosprawności i osób nią obciążonych w kręgu kultury europejskiej*, [w:] *Stereotypy niepełnosprawności. Między wykluczeniem a integracją*, M. Chodakowska i in. (red.), Wyd. UMCS, Lublin 2010, s. 14.

19 H. Żuraw, *Udział osób niepełnosprawnych w życiu społecznym*, Wyd. „Żak”, Warszawa 2008.

20 A. Firkowska-Mankiewicz (red.), *Życie w integracji*, Wyd. PFON, Warszawa 2014.

21 Tamże, s. 31.

22 Por. J. Głodkowska, *Założenie i kontekst procesu rehabilitacji osób z niepełnosprawnością intelektualną* [w:] *Osobowość, samorealizacja, odpowiedzialność, bezpieczeństwo, autonomia. Teoria, empiria i praktyka w rehabilitacji osób z niepełnosprawnością intelektualną od dzieciństwa do późnej dorosłości*, J. Głodkowska, A. Giryński (red.), Wyd. APS, Warszawa 2004

niepełnosprawnych przez zaangażowanie w projekty edukacyjno-społeczne „ Daje szansę odkrywania prawdy o człowieku, o autentycznej wartości idei poprzez konfrontacje z odmiennością. W polifonicznej przestrzeni pogranicza dochodzi do swoistego wystawienia na próbę poglądów, racji, wartości, orientacji życiowej, w zetknięciu z odmiennością możliwe jest doświadczenie własnych możliwości”²³. Odkrywanie wzajemnej prawdy o sobie w twórczym dialogu osób pełnosprawnych i niepełnosprawnych otwiera przestrzeń obszaru pogranicza, o której w swej książce pisze Hanna Żuraw. Dalej autorka zauważa, że „wiele czynników zdaje się sprawiać, iż egzystencja człowieka niepełnosprawnego dokonywać się będzie w warunkach pogranicza. Wskazują na to trojakiemu typu przesłanki – cechy życia sytuujące jednostkę na granicy jej możliwości, codziennie zetknięcie z odmiennymi orientacjami i ustosunkowaniem otoczenia oraz sformułowania zawarte w teorii rewalidacji eksponujące wartość podwójnej orientacji – na niepełnosprawnych i na pełnosprawnych”²⁴. Przedstawia, że egzystencja człowieka w perspektywie pogranicza ma wartość pozytywną i ma charakter powszechny i uniwersalny. Badaczka akcentuje, że „Odkąd w ponowoczesnej myśli filozoficznej J. Derrida nadał kategorii różnicy wartość ontologiczną (żeby być, trzeba się różnić), uczestnictwo każdego z nas w przestrzeni pogranicza stało się bardziej odczuwalne. Inny jest obok. Inny to także ja”²⁵. Dlatego też możliwość partycypowania we wspólnych inicjatywach osób niepełnosprawnych i pełnosprawnych osób starszych jest szansą na stwarzanie przestrzeni do wzajemnego współbycia niezależnie od stopnia sprawności czy statusu społecznego.

Projekty społeczne

Hanna Żuraw w swojej pracy badawczej na temat udziału osób niepełnosprawnych w życiu społecznym pisze o dwóch cechach tego uczestnictwa o wszechstronności i równości. „Równouprawnienie uczestnictwa oznacza brak barier w dostępie do poszczególnych płaszczyzn życia społecznego, a także takie samo traktowanie wszystkich uczestników życia zbiorowego bez względu na cechę sprawności. Wyraża się w szacunku dla człowieka, w przyznawaniu praw do zaspokojenia podstawowych potrzeb i stwarzaniu wszystkich równych szans”²⁶. Dlatego, też projekty społeczne powinny być skierowane i realizowane do różnorodnych grup danej spo-

23 H. Żuraw, *Udział osób niepełnosprawnych w życiu społecznym*, Wyd. „Żak”, Warszawa 2008 s. 335.

24 Tamże, s. 344.

25 Tamże.

26 Tamże.

łeczności lokalnej bez względu na wiek, rodzaj niepełnosprawności czy status społeczny. Wspólny udział zaangażowanych uczestników w określonych działaniach edukacyjnych powinien być oparty na wzajemnym szacunku wobec siebie i akceptacji. Dzięki takiemu podejściu kształtować można pozytywne, otwarte na zmiany postawy zaangażowanych w dany projekt osób. Kolejną cechą uczestnictwa osób niepełnosprawnych w życiu społecznym, na którą wskazuje autorka to wszechstronność. „Wszechstronność uczestnictwa wskazuje na aprobowanie obecności osób niepełnosprawnych we wszystkich płaszczyznach życia zbiorowego, adekwatną do wymagań danego kręgu kulturowego określającego zadania osób danej płci i wieku”²⁷.

Projekt społeczny to zorganizowane zaplanowane działanie o charakterze edukacyjnym, które skierowane jest do lokalnej wspólnoty. Podejmowana aktywność w ramach projektu powinna uwzględniać zasady równouprawnienia i wszechstronności. Natomiast głównym celem działań proponowanych w ramach projektów społecznych to przeciwdziałanie dyskryminacji grup znajdujących się na marginesie życia społecznego. Dlatego też zaproszenie do współpracy osób z niepełnosprawnością intelektualną i seniorów do podjęcia wspólnego wyzwania na rzecz przewycięzania stereotypów na swój temat w miejscu, w którym żyją jest ważnym i ciekawym przedsięwzięciem. Grupy te mogą wzajemnie nauczyć się od siebie jak również próbować razem promować ideę, że „Społeczeństwo jest heterogeniczne, różnorodne, lecz wszyscy jego członkowie są tak samo ważni”²⁸.

Dobre praktyki

Przykładem na przeprowadzenie projektu społecznego może być projekt „Międzypokoleniowe inspiracje”. Zadanie to mogłoby być zaadresowane do seniorów (Uniwersytet Trzeciego Wieku, Koło Gospodyń Wiejskich, Kluby Seniora) oraz osób niepełnosprawnych intelektualnie (uczestnicy środowiskowego domu samopomocy). Głównym celem „Międzypokoleniowych inspiracji” byłoby budowanie więzi społecznych i sąsiedzkich, przeciwdziałanie stygmatyzacji. W ramach założonej koncepcji zostałyby przeprowadzone wspólne warsztaty artystyczne – „Makata kuchenna”. Makata kuchenna to niewielka tkanina dekoracyjna, służąca do zawieszania na ścianach, dawniej najczęściej w kuchniach. Makaty mogą być wyszywane, a także malowane. Są często wzorzyste i wielokolorowe, ale także ubogie, wyszywane pojedynczą nicią na jednobarwnym tle. Technika zdobienia makaty, przywędrowała do Polski ze Wschodu. Makatka, jest formą sztuki ludowej, która rozwinęła się na wsiach i do tej pory tam jest naj-

27 Tamże, s. 344-345.

28 Tamże, s. 344.

częściej kultywowana. Makatka typowo polska, różni się od przykładowo, makatki rzeszowskiej, bądź kaszubskiej odmienną techniką haftu, o czym piszą Jadwiga Turska *Polski haft ludowy* (1997), czy Anna Głowczewska *Haft kaszubski* (1981). Takie zajęcia rękodzielnicze zostałyby wspólnie przeprowadzone dla osób starszych i niepełnosprawnych. Następnie wykonane prace mogłyby zostać przedstawione w formie wystawy w muzeum, galerii. Podczas wspólnych spotkań obie grupy zdobyłyby wiedzę i nowe doświadczenia na temat własnych zainteresowań i pasji. Dzięki temu osoby starsze i niepełnosprawne razem mogłyby odnaleźć wspólną przestrzeń na wzajemne poznanie siebie, przezwyciężenie własnych ograniczeń. Jednocześnie zaznaczenie w swojej społeczności lokalnej własnej obecności. Taka wspólna inicjatywa mogłaby być początkiem dyskusji na temat: czego wzajemnie możemy się od siebie nauczyć niezależnie od wieku, niepełnosprawności czy status społecznego? Na pewno warto podjąć wyzwanie stworzenia wspólnej historii, która może stać się początkiem zmiany, drogą do kreowania przestrzeni dla wszystkich członków danej społeczności lokalnej przede wszystkim dla tych, którzy wymagają wsparcia.

Projekty społeczne są szansą na integrację różnych środowisk. To nie tylko sposób na zapobieganie izolacji osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, ale przede wszystkim to alternatywa na nadawanie przez nich sensu swojemu życiu. Próba znalezienia własnego sposobu na pokonanie i przezwyciężenie samotności i wyobcowania.

Możliwość spędzenia wspólnie czasu wolnego poprzez konkretne formy aktywności pozwalają zarówno osobom starszym i niepełnosprawnym intelektualnie czuć się potrzebnymi i wartościowymi członkami społeczności, w której żyją. Propozycja przeprowadzenia wspólnych warsztatów artystycznych dla seniorów i osób niepełnosprawnych jest jednym z wielu pomysłów na aktywne spędzanie czasu wolnego. Warto wspomnieć o projektach wykorzystujących teatr i dramę. Ideę teatru, jako formy pracy społecznej, proponuje i realizuje wybitny specjalista dramy John Somers z Wielkiej Brytanii. Projekty, które wykorzystują teatr w społeczności lokalnej spełniają różnorodne funkcje – kulturowe, duchowe, inkluzyjne. John Somers pisze za Jonathanem Sachsem „Jednym z poważniejszych zjawisk w dzisiejszych lokalnych społecznościach jest utrata lokalnych opowieści. Opowieści kształtują tożsamość, a spójność społeczności zależy od wspólnej tożsamości [Dzielimy] nie tylko ziemię i język, ale również wspomnienia i nadzieje, aspiracje i ideały... Dzielenie opowieści to najlepszy sposób na wspólną tożsamość i poczucie wspólnego dobra”²⁹. Dlatego też zaproszenie do pracy nad scenariuszem teatralnym opartym na historii danej

29 J. Somers, *Teatr w społeczności lokalnej* [w:] K. Markowska-Byczek (red.), *Drama stosowana jako narzędzie społecznej interwencji. Teoretyczne i praktyczne aspekty metody*, Wyd. Stowarzyszenie Praktyków Dramy Stop-klatka, Warszawa 2007.

społeczności lokalnej z udziałem różnych grup społecznych także osób starszych i niepełnosprawnych może być dobrym początkiem na budowanie akceptacji i szacunku szczególnie wobec tych wykluczonych. Dzięki temu zostanie nawiązany dialog społeczny na temat istotnej roli każdego członka lokalnej wspólnoty, w której każdy czuje się potrzebny i wartościowy. Koncepcja środowiska społecznego, jako czynnika istotnego w procesie kształtowania się wyjątkowego obszaru rozwoju jednostki bez względu na jej wiek, sprawność, status społeczny, może stanowić pomost dla braku zgody wobec ekskluzji osób starszych oraz niepełnosprawnych intelektualnie w społeczności lokalnej.

Local environment as a place of support and development for people with intellectual disabilities and for elderly people

The presentation will concern the role of local environment in the process of supporting and developing creative potential among disabled and elder people. The idea of day support centers as a space for undertaking joint activities to prevent social exclusion of groups of disabled and elder people will be presented. Based on good practices, it will be shown how to give meaning and value to activities undertaken by disadvantaged groups.

The concept of carrying out educational and social projects proposed in the speech through day support centers functioning in the local community refer to broadly understood assumptions of social pedagogy by Helena Redlińska. Social projects are challenges for the local community. They constitute a prospect for building solidarity and strengthening social bonds. Undertaking joint initiatives which can constitute an area for meeting the Other One give meaning of mutual service (according to the concept by A. Kamiński and H. Redlińska) for other human there for highlighting the important task that the local community has to carry out towards all its inhabitants, regardless his or her status, age or disability.

An example of mutually undertaken initiatives in a local environment and a good practice is the idea of the "Intergenerational inspirations" project which will be directed towards the participants of day support centers for adults with intellectual disability and for a group of elderly people.

Bibliografia

- Dykcik W., (red), *Pedagogika specjalna*, Wyd. UAM, Poznań 2009.
- Chodakowska M., *Źródła stereotypów niepełnosprawności i osób nią obciążonych w kręgu kultury europejskiej*, [w:] M. Chodakowska i in. (red.), *Stereotypy niepełnosprawności. Między wykluczeniem a integracją*, Wyd. UMCS, Lublin 2010.
- Firkowska-Mankiewicz A., (red.), *Życie w integracji*, Wydawnictwo PFON, Warszawa 2014.
- Głodkowska J., *Założenie i kontekst procesu rehabilitacji osób z niepełnosprawnością intelektualną* [w:] *Osobowość, samorealizacja, odpowiedzialność, bezpieczeństwo, autonomia. Teoria, empiria i praktyka w rehabilitacji osób z niepełnosprawnością intelektualną od dzieciństwa do późnej dorosłości*, J. Głodkowska, A. Giryński (red.), Wyd. APS, Warszawa 2004
- Kołodziej W., *Bio-psychospołeczne funkcjonowanie osób starszych a społeczne stereotypy i uprzedzenia dotyczące starzenia się i starości* [w:] A. Nowicka (red.), *Wybrane problemy osób starszych*, Oficyna Wydawnicza „Impuls” Kraków 2006.
- Leszczyńska-Rejchert A., Kantowicz E., (red.), *Stereotypy a starość i niepełnosprawność*, Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit” s. c., Toruń 2012.
- Markowska-Byczek K., (red.), *Drama stosowana, jako narzędzie społecznej interwencji. Teoretyczne i praktyczne aspekty metody*, Wydawnictwo Stowarzyszenie Praktyków Dramy Stop-klatka, Warszawa 2007.
- Pilch T., Lepalczyk I., (red.), *Pedagogika Społeczna. Człowiek w zmieniającym się świecie*, Wyd. „Żak”, Warszawa 1995.
- Somers J., *Teatr w społeczności lokalnej* [w:] *Drama stosowana jako narzędzie społecznej interwencji. Teoretyczne i praktyczne aspekty metody*, Wyd. Stowarzyszenie Praktyków Dramy Stop-klatka, Warszawa 2007.
- Theiss W., *Mała ojczyzna*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2001.
- Wyczesany J., *Oligofrenopedagogika. Wybrane zagadnienia pedagogiki upośledzonych umysłowo*, Wydawnictwo „Impuls”, Kraków 2009.
- Żuraw H., *Udział osób niepełnosprawnych w życiu społecznym*, Wydawnictwo „Żak”, Warszawa 2008.
- Zych A., *Człowiek wobec starości. Szkice z gerontologii społecznej*, Wyd. Śląsk, Katowice 1999.

Mariusz Zemło

Niepełnosprawność w doświadczeniu mieszkańców dużego miasta

Środowisko naukowe w Polsce coraz intensywniej w obręb swego zainteresowania badawczego włącza problematykę osób niepełnosprawnych. Powodowane jest to kilkoma przyczynami, wśród których można wskazać następujące: zwiększanie się liczby niepełnosprawnych, wzrost wrażliwości uczonych na problemy osób dotkniętych przez los różnymi formami defektów mentalno-fizycznych, zwiększanie się świadomości samych osób niepełnosprawnych chcących lepiej rozpoznać swoją sytuację, pojawianie się najróżniejszych programów pomocowych uwzględniających potrzeby osób niepełnosprawnych i inne. Wśród podejmowanych tematów dominują: niepełnosprawność a rodzina, niepełnosprawność a edukacja, niepełnosprawność a praca, niepełnosprawność a media, wsparcie niepełnosprawnych.

W niniejszym tekście chciałbym ograniczyć się do niewielkiego wycinka bogatego spektrum tematów związanych z niepełnosprawnością i zająć się kilkoma sprawami dotyczącymi doświadczenia niepełnosprawności przez mieszkańców dużego miasta. Przechadzając się ulicami miast polskich niezbyt często spotykamy się z osobami niepełnosprawnymi. Gdy uświadomimy sobie, że w kraju nad Wisłą jest ich blisko 5 mln (co stanowi ok. 13% społeczeństwa), to pojawi się dysonans wyrażony pytaniem: skoro tych ludzi jest tak dużo, to dlaczego nie spotykamy ich w podobnym natężeniu w codziennym życiu? Gdzie oni się ukryli? Dlaczego nie ujawniają się przy okazji różnych okoliczności, jakie stwarza życie zbiorowe? Zaniepokojony tym spostrzeżeniem badacz społeczny stawiać będzie kolejne pytania, pozwalające zbliżyć się do kwestii obecności osób niepełnosprawnych w świecie przeciętnego człowieka. Wśród nich szczególnie odpowiedzi domagać się będą: W jaki sposób obecne są te osoby w doświadczeniu mieszkańców dużego miasta? W jakim stopniu typowy mieszkaniec wykazuje się wrażliwością w stosunku do tych osób? Jaki jest jego stan znajomości potrzeb, które mają niepełnosprawni? Czy potrafi te potrzeby zidentyfikować? Jakie ma wyobrażenie sposobów, dzięki którym można byłoby im zaradzić? W związku z podjętym tematem pojawia się bogata lista pytań domagających się wyjaśnienia, którą można byłoby tutaj jeszcze sporo wydłużać. Spośród nich zostanie wybranych jedynie kilka, na które postaramy się znaleźć rozwiązania opierając się na badaniach, jakie zostały zrealizowane wśród mieszkańców Białegostoku, w październiku i listopadzie 2015 roku.

Dobór próby, jaki był zastosowany w tych badaniach, to losowo-warstwowy, dwustopniowy, uwzględniający jako warstwy: płeć (kobiety, mężczyźni) oraz wiek (w przedziałach: 35-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70+ lat). W badaniach zastosowano metodę wywiadu osobistego. Wywiady były przeprowadzone przez odpowiednio do tego przygotowany zespół ankieterów, który wprowadzał uzyskiwane od informatorów odpowiedzi do notebooków wyposażonych w modemy. Ankieterzy zobowiązani byli dotrzeć pod wylosowane adresy. Jeśli nikogo nie zastaliby w domu, mieli obowiązek ponowić próbę nawiązania kontaktu z wylosowaną osobą. Ostatecznie w badaniach uczestniczyło 1037 osób, wśród których znalazło się 658 kobiet i 376 mężczyzn, a także następujące liczebności w poszczególnych grupach wiekowych: 35-39 – 172 osoby, 40-49 – 242 osoby, 50-59 – 282 osoby, 60-69 – 167 osoby, 70+ – 174 osoby. Uwzględniając zmienną wykształcenie obraz respondentów przedstawiał się następująco: niepełne podstawowe – 1 osoba, podstawowe – 46 osób, zasadnicze zawodowe – 121 osób, niepełne średnie – 12 osób, średnie – 280 osób, policealne – 76 osób, niepełne wyższe – 59 osób, wyższe – 442 osób. Biorąc natomiast pod uwagę status zawodowy informatorów, struktura badanej grupy była następująca: prowadzących działalność gospodarczą – 93 osoby, pracujących na pełnym etacie – 506 osób, pracujących na etacie w niepełnym wymiarze godzin – 53, pracujących na umowę o dzieło, zlecenie – 51 osób, uczących się – 11 osób, prowadzących gospodarstwo rolne – 10 osób, prowadzących gospodarstwo domowe – 34 osoby, emerytów – 303 osoby, rencistów – 51 osób, bezrobotnych na zasiłku – 12 osób, bezrobotnych bez prawa do zasiłku – 25 osób. Badania zostały przeprowadzone pod egidą Wydziału Spraw Społecznych działającego przy Urzędzie Miejskim w Białymstoku.

W prezentowanym materiale podjęte będą następujące kwestie: a) doświadczenie niepełnosprawności przez mieszkańców dużego miasta, b) zachowania w stosunku do osób niepełnosprawnych notowane przez tychże mieszkańców, c) pomoc instytucji publicznych osobom niepełnosprawnym w ocenie badanych, d) opinia informatorów na temat kierunku, w jakim winne być podejmowane działania pomocowe względem osób niepełnosprawnych.

Obecność osób niepełnosprawnych w doświadczeniu mieszkańców dużego miasta

Kwestią pierwszą, na jaką chcemy zwrócić uwagę polega na ustaleniu: W jakim stopniu osoby niepełnosprawne są obecne w doświadczeniu przeciętnego mieszkańca dużego miasta? W jakich kontekstach społecznych są one najczęściej umieszczane przez respondentów? Czy są trwałym ele-

mentem życia badanych, czy tylko przygodnie pojawiają się w ich świecie? Z jaką częstotliwością wchodzi się z nimi w styczności? Ogólne zorientowanie na te kwestie mogą dostarczyć odpowiedzi udzielane przez mieszkańców Białegostoku na pytanie: czy w swoim otoczeniu spotyka się Pan(-ni) z osobami niepełnosprawnymi?

Tabela 1. Obecność osób niepełnosprawnych w doświadczeniu mieszkańców dużego miasta

| Czy w swoim otoczeniu spotyka się Pan(-ni) z osobami niepełnosprawnymi? | Częstości | Procent |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------|---------|
| Jestem osobą niepełnosprawną | 87 | 8,4 |
| Mieszkam z osobą niepełnosprawną | 66 | 6,4 |
| Mam takie osoby w rodzinie | 197 | 19 |
| Mam takie osoby wśród znajomych | 341 | 32,9 |
| Znam takie osoby, ale tylko z widzenia | 344 | 33,2 |
| Nie znam takich osób | 181 | 17,5 |

Badani mieli możliwość wyboru kilku kategorii, stąd procenty nie sumują się do 100.

Wyniki zamieszczone w tabeli 1 pozwalają stwierdzić, że zdecydowana większość badanych doświadcza obecności osób niepełnosprawnych w swoim otoczeniu. Jeśli taki pogląd można przypisać 82,5% respondentów – daje to sposobność stwierdzenia, że niepełnosprawni są nieodłącznym elementem środowiska wielkomiejskiego. Socjologia mówi, że osoby te funkcjonują w przestrzeni społecznej na zasadzie „oczywistości kulturowej”. Wśród tej grupy były dwie najliczniejsze kategorie. Do pierwszej należeli ci, co twierdzili, że z osobami mającymi trwałe urazy na zdrowiu mieli do czynienia w przelotnych spotkaniach oraz ci, co utrzymywali, że mają ich wśród swoich znajomych. W obu przypadkach liczba wskazujących na te kategorie sięgnęła 1/3 wszystkich respondentów. Nie można jednak przemilczeć faktu, że 17,5% respondentów w ogóle nie notuje niepełnosprawnych w swoim otoczeniu. Świadczy to, że w ich świecie nie ma miejsca na osoby klasyfikowane w ten sposób.

Płeć a obecność osób niepełnosprawnych w doświadczeniu mieszkańców dużego miasta. W przypadku trzech kategorii wyszczególnionych na pierwszym miejscu w tabeli 1 nie zanotowano różnic procentowych między reprezentantami odmiennych płci (w żadnym z tych przypadków nie przekraczała jednego punktu procentowego). Natomiast przy kolejnych kategoriach stanowiska zaczęły się trochę różnić. Kobiety częściej niż mężczyźni mówiły, że „mają niepełnosprawnych wśród znajomych”: K – 34,3%, M – 30,3% oraz, że „jedynie z widzenia znają takie

osoby”: K – 34,2%, M – 31,4%. Sytuacja uległa odwróceniu przy kategorii „nie znam takich osób”. W tym przypadku reprezentantki płci żeńskiej rzadziej niż męskiej wskazywały na nią: K – 14,7%, M – 22,2%. Reasumując można stwierdzić, że w świecie kobiet „niepełnosprawność” jest częściej obecna, niż w świecie reprezentantów płci przeciwnej.

Wiek a obecność osób niepełnosprawnych w doświadczeniu mieszkańców dużego miasta. Wraz z wiekiem respondentów zwiększa się odsetek niepełnosprawnych w ich świecie. Wskazaną zależność pokazuje następujący ciąg wyników: trzydziestolatkowie – 2,3%, czterdziestolatkowie – 5,4%, pięćdziesięciolatkowie – 5,3% (nieznaczne odchyleni od trendu), sześćdziesięciolatkowie – 11,4%, siedemdziesięciolatkowie – 20,7%. Najczęściej mieszkają z osobami niepełnosprawnymi: siedemdziesięciolatkowie – 8,6% i sześćdziesięciolatkowie – 7,8%, najrzadziej natomiast: najmłodszy – 2,3%. Posiadanie niepełnosprawnych w rodzinie najczęściej deklarują: sześćdziesięciolatkowie – 24,6%, oraz trzydziestolatkowie – 22,1%, najrzadziej natomiast – najstarsi wiekiem – 10,9%. Kolejnym kręgiem, w którym mogą występować niepełnosprawni w doświadczeniu życiowym innych jednostek jest krąg znajomych. Na tym poziomie występowania relacji społecznych najrzadziej notują ich obecność reprezentanci najstarszej (28,7%) i najmłodszej (29,1%) grupy respondentów. W pozostałych grupach wiekowych zanotowano wyniki w granicach 32,9% do 36,8%. W przypadku kategorii „znam niepełnosprawnych tylko z widzenia” wyniki układały się w kontinuum świadczącym, że im starsi respondenci tym rzadziej wskazywali na nią: 39,5%, 37,2%, 31,6%, 31,1%, 25,9%. Największy odsetek tych, co nie doświadczyli obecności osób niepełnosprawnych w swoim życiu wystąpił wśród siedemdziesięciolatków – 22,4%, najmniej natomiast wśród czterdziestolatków – 15,3%. Spoglądając na wszystkie przytoczone dane, trudno jest jednoznacznie wskazać grupę wiekową, w doświadczeniu której najczęściej występują kontakty z osobami niepełnosprawnymi. Jeśli chodzi natomiast o najrzadsze kontakty, to w tym przypadku wyróżniają się siedemdziesięciolatkowie (pod warunkiem, że weźmiemy w nawias fakt, że wśród nich jest największy odsetek osób dotkniętych niepełnosprawnością).

Stan cywilny a obecność osób niepełnosprawnych w doświadczeniu mieszkańców dużego miasta. Zdecydowanie największy odsetek niepełnosprawnych wystąpił wśród „owdowiałych” respondentów – 20,6%, najmniejszy wśród „pozostających w związkach małżeńskich” – 5,8%. Najczęściej z osobami niepełnosprawnymi mieszkają „będący w związkach małżeńskich” – 7,0% i osoby „rozwidzione i w separacji” – 7,0%. Na kategorii „mam niepełnosprawnych w rodzinie” najczęściej wskazywały osoby „pozostające w związkach małżeńskich” – 19,8%, najrzadziej – „rozwidzione i w separacji” – 15,5%. Ostatnia grupa

osób najczęściej wskazywała, że niepełnosprawnych ma wśród znajomych – 47,9%. U pozostałych grup procent wskazań mieścił się w przedziale od 30,3% do 34,6%. W przypadku kategorii „znam niepełnosprawnych tylko z widzenia” nie wyróżnia się żadna z wyszczególnionych pod względem stanu cywilnego grupa respondentów. Największy odsetek tych, co w ogóle nie notują niepełnosprawnych w swoich relacjach społecznych wystąpił w grupie „panna/kawaler” – 20,2%, najmniejszy wśród „rozwiezionych i żyjących w separacji” – 12,7%. Na podstawie uzyskanych odpowiedzi trudno wskazać wyraźne dominanty w rozważanym kontekście.

Posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności a obecność osób niepełnosprawnych w doświadczeniu mieszkańców dużego miasta. Zastosowane kryterium było podstawą wyróżnienia dwóch grup respondentów: a) mających orzeczenie (MO) i b) niemających orzeczenia (NO). Jedynie w przypadku kategorii „mam takie osoby w rodzinie” poglądy obu grup były z sobą zbieżne (MO – 18,3%; NO – 19,1%). We wszystkich innych przypadkach obecność osób niepełnosprawnych była częstsza w doświadczeniu jednostek posiadających orzeczenie o niepełnosprawności, niż u tych, co takiego orzeczenia nie posiadali. Przy poszczególnych kategoriach rozkład wyników był następujący: „mieszkam z osobą niepełnosprawną”: MO – 11,8%, NO – 5,4%; „mam takie osoby wśród znajomych”: MO – 41,8%, NO – 31,3%; „znam takie osoby tylko z widzenia”: MO – 18,3%, NO – 35,7%; „nie znam takich osób”: MO – 9,8%, NO – 18,8%. Wyniki dowodzą, że wspomniany kontakt w przypadku osób posiadających orzeczenie nie tylko był częstszy (znajomość z widzenia lub w ogóle brak znajomości), ale także i intensywniejszy (kontekst: rodziny i znajomych). Mimo że niekiedy uzyskane wyniki podwajały się, jednak nie dają podstaw, by twierdzić, że osoby niepełnosprawne żyją w gettach, bez kontaktu z szerszym światem.

Wykształcenie a obecność osób niepełnosprawnych w doświadczeniu mieszkańców dużego miasta. Pośród badanych największy odsetek z niepełnosprawnością wystąpił wśród reprezentantów wyszczególnionych grup pod względem wykształcenia w następującym porządku: „niepełne średnie” – 25,0%, „podstawowe” – 17,4%, „policjalne” – 15,8%, „średnie” – 11,4%, „zasadnicze zawodowe” – 9,9%, „wyższe” – 4,3%, „niepełne wyższe” – 1,7%. Najmniejszy odsetek głosów na kategorię „mieszkam z osobą niepełnosprawną” oddali reprezentanci z wykształceniem „wyższym” – 4,1%. Pozostałe wyniki mieściły się na skali od 6,6% do 9,1%. „Niepełnosprawnych w rodzinie” najczęściej mają osoby z wykształceniem: „niepełnym średnim” – 25,0%, „policjalnym” – 23,7%, najrzadziej z „podstawowym” – 6,5%. Posiadanie niepełnosprawnych wśród znajomych najczęściej deklarują osoby z wykształceniem „wyższym” – 38,5% i „zasadniczym zawodowym” – 32,2%, najrzadziej z „niepełnym średnim”

– 16,7%. Na kategorię „nie znam niepełnosprawnych” – najrzadziej wskazywali reprezentanci z wykształceniem „niepełnym średnim” – 8,3% i „policealnym” – 11,8%, najrzadziej z „niepełnym wyższym” – 25,4% i „podstawowym” – 23,9%. Spoglądając na całość uzyskanych wyników mamy silne podstawy, by stwierdzić, że największa obecność niepełnosprawnych występuje w doświadczeniu osób z „niepełnym średnim” (łączy się ona także z wysoką intensywnością kontaktów), najmniejsza natomiast z „niepełnym wyższym”.

Typowe zachowania w stosunku do osób niepełnosprawnych w doświadczeniu mieszkańców dużego miasta

Osoby niepełnosprawne, chcąc nie chcąc, wyróżniają się w środowisku społecznym. Socjologowie w takich przypadkach mówią, że „są naznaczone”. W sytuacji każdego naznaczenia, jednostki podlegające temu mechanizmowi są traktowane w szczególny sposób przez ogół społeczeństwa. Mogą spotykać się z pełną akceptacją bądź odrzuceniem; mogą być otoczone szczególną atencją, bądź też doznawać największych brutalności. Celem kolejnego pytania miało być określenie opinii mieszkańców dużego miasta na temat traktowania niepełnosprawnych przez otoczenie.

Tabela 2. Opinia mieszkańców dużego miasta na temat traktowania osób niepełnosprawnych

| Z jakimi zachowaniami spotyka się Pan(i) w stosunku do osób niepełnosprawnych? | Częstości | Procent |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------|
| Z życzliwością | 503 | 58,8 |
| Z wrogością | 42 | 4,9 |
| Z obojętnością | 434 | 50,7 |
| Z ciekawością | 223 | 26,1 |
| Inne | 14 | 1,6 |

Badani mieli możliwość wyboru kilku kategorii, stąd procenty nie sumują się do 100.

Respondentom została zaproponowana skromna kategoria możliwych zachowań środowiska w stosunku do osób niepełnosprawnych. Spośród wyszczególnionych alternatyw dominują dwa wskazania, na kategorię: „życzliwość” – 58,8% i „obojętność” – 50,7%. Na kolejnym miejscu znalazła się „ciekawość” – 26,1%. Jeśli dwie ostatnie postawy można zaliczyć do grupy kategorii „neutralnych”, to śmiało można powiedzieć, że nastawienie im odpowiadające dominuje w omawianym kontekście. Należy dodać, że je-

dynie niespełna 5% respondentów zauważała wrogie odnośnienie się do interesującej nas grupy osób, co daje podstawy by uznać, że do takich zachowań dochodzi sporadycznie.

Płeć a doświadczenie typowych zachowań w stosunku do osób niepełnosprawnych. Kobiety częściej niż reprezentanci odmiennej płci wskazywali na następujące kategorie: „wrogość” – 5,0% do 4,7%, „obojętność” – 52,0% do 48,1% oraz „ciekawość” – 28,1% do 21,0%. Mężczyźni jedynie dominowali przy wskazaniach na „życzliwość” – 64,1% do 56,0%. Takie wyniki pozwalają mniemać, że mężczyźni umiarkowanie lepiej oceniają sytuację niepełnosprawnych w społeczeństwie. Może to być efektem mniejszej wrażliwości na negatywne reakcje w stosunku do niepełnosprawnych, lub też z bardziej wyidealizowanego spojrzenia na poruszane zagadnienie. Za tym drugim tłumaczeniem przemawiałyby dane prezentowane w punkcie pierwszym, z których wynika, że kobiety mają częstsze kontakty z osobami niepełnosprawnymi, stąd też można wnosić, że mają bardziej realistyczny ogląd sytuacji.

Posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności a doświadczenie typowych zachowań w stosunku do osób niepełnosprawnych. Przy wskazaniach na większość wyszczególnionych kategorii różnice procentowe w przypadku reprezentantów posiadających i nieposiadających orzeczenia były zbliżone do siebie (nie przekraczały 2,5%). Jedynie większa różnica pojawiła się przy głosach na „obojętność”: MO – 46,1%, NO – 51,5%. Taki rozkład wyników pozwala stwierdzić, że powszechne odczucie, co do stosunku otoczenia do osób z trwałym defektem zdrowotnym jest zbieżny z odczuciami jednostek, względem których dane reakcje są skierowane.

Wiek a doświadczenie typowych zachowań w stosunku do osób niepełnosprawnych. Na kategorię „życzliwość” najczęściej wskazywali trzydziestolatkowie – 63,1%, najrzadziej natomiast czterdziestolatkowie – 55,1%. Pozostałe wyniki mieściły się w granicach od 56,7% do 60,7%. O doświadczeniu „wrogości” względem niepełnosprawnych najczęściej dawali świadectwo: trzydziestolatkowie – 6,4% i pięćdziesięciolatkowie – 6,4%, najrzadziej natomiast sześćdziesięciolatkowie – 1,4%. „Obojętność” jako cechę relacji względem osób niepełnosprawnych najczęściej notują: czterdziestolatkowie – 57,6% i trzydziestolatkowie – 56,7%, najrzadziej jest obecna w doświadczeniu najstarszej grupy respondentów 43,0%. Ostatnią z wyszczególnionych form zachowania względem niepełnosprawnych była „ciekawość”. Najwięcej wskazań na nią oddali czterdziestolatkowie – 32,7%, najmniej natomiast najstarsi respondenci – 16,3%. Pozostałe wyniki mieściły się w granicach od 22,7% do 28,2%.

Wykształcenie a doświadczenie typowych zachowań w stosunku do osób niepełnosprawnych. Z „życzliwością” naj-

częściej spotykają się jednostki z wykształceniem „zasadniczym zawodowym” – 70,8%, dwukrotnie rzadziej niż jednostki z wykształceniem „niepełnym średnim” – 36,4% – najniższy z uzyskanych wyników w tej kategorii. Wskazania pozostałych grup mieściły się na skali od 47,8% do 59,9%. Przy odnoszeniu się do relacji względem niepełnosprawnych określanych jako „obojętne” na skrajnych biegunach ponownie uplasowały się te same grupy jednostek, z tym, że miały odmienną walencję. Jednostki z wykształceniem „zasadniczym zawodowym” – 32,3%, a z „niepełnym średnim” – 72,7%. Wskazania „środka” mieściły się na skali od 40,0% do 57,2%. Także w przypadku „wrogości” daje się określić grupy respondentów zajmujące biegunowe pozycje: najczęściej na wskazaną kategorię oddają głosy badani z wykształceniem „niepełnym wyższym” – 11,4%, a z drugiej strony skali znalazły się jednostki z wykształceniem „niepełnym średnim”, które w ogóle nie zanotowały w swoim doświadczeniu odpowiadających tej kategorii reakcji. Jeśli natomiast chodzi o „ciekawość” jako typowe zachowanie względem niepełnosprawnych, to w tym przypadku notuje się nieregularną tendencję, zgodnie z którą wraz ze wzrostem wykształcenia więcej głosów oddają respondenci na tę kategorię: „podstawowe” – 11,4%, „zasadnicze zawodowe” – 19,8%, „niepełne średnie” – 9,1% (grupa najczęstszego kontaktu z niepełnosprawnymi), „średnie” – 23,2%, „policalne” – 29,9%, „niepełne wyższe” – 27,3%, „wyższe” – 30,6%. Podsumowując zauważmy, że grupa najczęstszego kontaktu z niepełnosprawnymi (z wykształceniem „niepełnym średnim”) dominowała we wskazaniach na kategorie: „obojętność”, najrzadziej ze wszystkich wskazywała na „życzliwość” i „wrogość” jako postawy środowiska względem niepełnosprawnych. Można zatem mniemać, że to właśnie charakterystyki, jakie ona przedkłada są najbliższe rzeczywistości.

Ocena pomocy instytucji publicznych względem osób niepełnosprawnych

W krajach rozwiniętych wyraźnie rozbudowana jest infrastruktura mająca ułatwiać życie jednostek w różny sposób wymagających wsparcia. Do tej grupy należą także osoby niepełnosprawne. Nie jest bowiem już dzisiaj wyobrażalne, by rodzina mogła wziąć na siebie cały ciężar najróżniejszych obowiązków, które wiążą się z opieką i ogarnięciem najbardziej podstawowych spraw (w tym szczególnie medycznych) związanych z funkcjonowaniem tych osób na przyzwoitym poziomie. Powołane są najróżniejsze podmioty mające nieść im pomoc. Najczęściej przybiera ona postać wsparcia lekarskiego, pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego, farmaceutycznego, finansowego. Nie zawsze jest jednak w stanie sprostać istniejącym potrzebom, czy też oczekiwaniom głównych zainteresowanych lub

też ich najbliższych opiekunów. W kolejnym pytaniu chciano uzyskać opinię mieszkańców Białegostoku na temat instytucjonalnego wspomagania niepełnosprawnych.

Tabela 3. Opinia mieszkańców dużego miasta na temat instytucjonalnego wsparcia niepełnosprawnych

| Jak ocenia Pan(i) pomoc instytucji względem osób niepełnosprawnych? | Częstości | Procent |
|---------------------------------------------------------------------|-----------|---------|
| Bardzo dobrze | 7 | 0,7 |
| Dobrze | 241 | 23,2 |
| Źle | 185 | 17,8 |
| Bardzo źle | 47 | 4,5 |
| Nie mam zdania | 556 | 53,6 |
| Brak danych | 1 | 0,1 |

Uzyskane wyniki pozwalają stwierdzić, że głosy pozytywne równoważą się z negatywnymi, choć skrajnie krytycznych jest nieco więcej niż skrajnie pozytywnych w dokonywanej ocenie. Połowa respondentów nie miała zdania w podjętej kwestii – zapewne tak duży odsetek powstrzymujących się od zabierania głosu w sprawie wynikał z braku podstaw (styczności bezpośredniej z omawianą sferą faktów) do wyrażania swoich opinii.

Płeć a ocena pomocy instytucji publicznych względem osób niepełnosprawnych. Jeśli chodzi o pozytywną ocenę wspomnianych instytucji to częściej eksponowali ją mężczyźni niż kobiety. Stosunek łącznych głosów na kategorie „dobrze” i „bardzo dobrze” wyrażał się następująco: K – 23,1%, M – 25,3%. Ale także mężczyźni, częściej niż kobiety, negatywnie oceniali wspomaganie instytucjonalne niepełnosprawnych. Łączne zestawienie oddanych głosów na kategorie „źle” i „bardzo źle” przedstawiało się następująco: K – 20,8%, M – 25,1%. Oczywiście takie proporcje musiały zaważyć na tym, że wśród reprezentantów płci żeńskiej było więcej niż w grupie męskiej wskazań na kategorię „nie mam zdania”: K – 55,9%, M – 49,6%. Uzyskane wyniki pozwalają stwierdzić, że kobiety są bardziej wstrzemięźliwe w wystawianych ocenach.

Posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności a cena pomocy instytucji publicznych względem osób niepełnosprawnych. Osoby posiadające orzeczenie w stanowisku dotyczącym pomocy instytucjonalnej, jaka jest kierowana do osób o podobnym statusie zdrowotnym jak oni sami, wyrażali bardziej zdecydowane opinie niż jednostki nieposiadające orzeczenia. W przypadku oceny pozytywnej

stosunek głosów był następujący MO – 32,7%, NO – 22,4%, w przypadku oceny negatywnej: MO – 28,1%, NO – 21,4%. Taki stan rzeczy można tłumaczyć ich bezpośrednim doświadczeniem z instytucjami niosącymi pomoc – w ich przypadku nie jest ona czymś teoretycznym, ale niejednokrotnie w konkretnym działaniu mogli ją poddać testowi. Jak widać ocena tego sprawdzianu nie jest jednokierunkowa, różnice procentowe na tyle są niewielkie, że można uznać, iż głosy równoważą się z lekką przewagą opinii pozytywnych. Większe zdecydowanie w wyrażaniu oceny osób z orzeczeniem sprawiało, że wśród nich było znacznie mniej jednostek niezdecydowanych, niż w grupie bez orzeczenia: ZO – 38,6%, BO – 56,2%.

Wiek a ocena pomocy instytucji społecznym osobom niepełnosprawnym. Biorąc pod uwagę pozytywną ocenę pracy rzeczonych instytucji (łącznie wskazania na kategorię „bardzo dobrze” i „dobrze”) otrzymano następujący rozkład wyników: trzydziestolatkowie – 26,8%, czterdziestolatkowie – 21,9%, pięćdziesięciolatkowie – 24,5%, sześćdziesięciolatkowie – 24,0%, siedemdziesięciolatkowie – 22,9%. Różnice procentowe między stanowiskami były znikome, choć należy odnotować, że najlepszą opinię miała grupa najmłodszych respondentów. Wyniki dotyczące negatywnej oceny owych instytucji (łącznie zestawienie głosów na kategorie „źle” i „bardzo źle”) układały się w następujący ciąg poczynając od najmłodszej grupy: 18,6%, 21,5%, 22,3%, 25,8%, 24,2%. Wraz z wiekiem wzrastał procent respondentów negatywnie oceniających instytucje wspierające osoby niepełnosprawne. Nieznaczne załamanie tego trendu nastąpiło wśród siedemdziesięciolatków. Patrząc łącznie na uzyskane wyniki najwięcej pozytywnych ocen wyszło ze strony trzydziestolatków, negatywnych natomiast od sześćdziesięciolatków.

Wykształcenie a ocena pomocy instytucji społecznym osobom niepełnosprawnym. Kategorie związane z pozytywną oceną instytucji pracujących na rzecz niepełnosprawnych najczęściej były wskazywane przez osoby z najniższym wykształceniem: „podstawowym” – 32,6% i „zasadniczym zawodowym” – 29,7%, najrzadziej z najwyższym: „niepełnym wyższym” – 18,6% oraz „wyższym” – 20,2%. Najbardziej krytyczną ocenę tym instytucjom (wskazania na kategorie „źle” i „bardzo źle”) wystawiły jednostki z wykształceniem „niepełnym średnim” – 33,0% i „podstawowym” – 28,2% (grupy najczęstszego kontaktu z niepełnosprawnymi), najmniej wskazań na kategorie o charakterze negatywnym zanotowano ponownie u reprezentantów o najwyższym wykształceniu: „niepełnym wyższym” (grupa najrzadszego kontaktu z niepełnosprawnymi) – 22,1%, „wyższym” – 20,3%. Także wśród tych grup był najwyższy odsetek niezdecydowanych i wyniósł on odpowiednio: 59,3% i 59,5%, gdy najniższy zanotowano u jednostek o wykształceniu: „podstawowym” – 39,1% i „niepełnym średnim” – 41,7%.

Opinia respondentów na temat kierunku, w jakim powinna być skierowana pomoc mająca ułatwić życie osobom niepełnosprawnym

Kolejne pytanie miało na celu uzyskanie orientacji na temat: jak w odbiorze mieszkańców Białegostoku powinna być kanalizowana pomoc niepełnosprawnym? Oczywiście nie wszyscy w sposób bezpośredni stykają się z potrzebami osób stanowiących główny przedmiot omówienia, ale nawet jeśli w ograniczonym stopniu mają z nimi do czynienia, to jednak mogą mieć pewne wyobrażenie o kłopotach, z jakimi się borykają, czy to z lektur, czy mediów, czy z opowieści swoich informatorów. Niezmiernie owocne może być wsłuchanie się w ich głos, nie tylko ze względów poznawczych (uzyskanie orientacji o widzeniu badanych spraw przez mieszkańców dużego miasta), ale także praktycznych, gdyż może on być wzięty pod uwagę przez osoby decyzyjne, w ewentualnych działaniach wspomagających osoby niepełnosprawne.

Tabela 4. Opinia mieszkańców dużego miasta na temat potrzeb osób niepełnosprawnych

| W jakim kierunku powinna być skierowana pomoc instytucji w stosunku do osób niepełnosprawnych? | Częstości | Procent |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------|
| Polepszenie infrastruktury | 563 | 54,3 |
| Zwiększenie pomocy finansowej | 610 | 58,8 |
| Zwiększenie pomocy personalnej (opieki osobowej) | 537 | 51,8 |
| Ułatwienie dostępu do pracy | 533 | 51,4 |
| Pomoc medyczna (lekarstwa, pomoc służby zdrowia) | 607 | 58,5 |
| Wsparcie psychiczne | 457 | 44,1 |
| Stworzenie ośrodków wsparcia | 383 | 36,9 |
| Działania ułatwiające integrację ze środowiskiem osób sprawnych | 384 | 37 |
| Nie mam zdania | 73 | 7 |

Badani mieli możliwość wyboru kilku kategorii, stąd procenty nie sumują się do 100.

Respondenci najczęściej wskazywali trzy kierunki wsparcia: „pomoc finansową” (58,8%), „pomoc medyczną” (58,5%), „polepszenie infrastruktury” (54,3%), najrzadziej natomiast: „tworzenie ośrodków wsparcia” (36,9%), „działania ułatwiające integrację ze środowiskiem osób sprawnych” (37,0%). Różnice między wskazanymi wynikami wyniosły około 20 punktów procentowych. Spoglądając na uzyskane dane można stwierdzić, że w ocenie respondentów ewentualna pomoc osobom niepełnosprawnym powinna skupiać się na płaszczyźnie wymiernego, mierzalnego wsparcia – takimi

są: pieniądze, medyczne praktyki, infrastruktura. Zdecydowanie mniejszy akcent został położony na elementy wsparcia niewymiernego – odnoszącego się do płaszczyzny psychologicznej. Kategorie uzyskujące najniższe procenty wskazań właśnie do takich należą. Trudno powiedzieć, czy uzyskane opinie wynikają z braku docenienia kłopotów emocjonalnych osób potrzebujących, czy też z opinii, że te są w wystarczającym stopniu zaspokajane. W tym miejscu warto wspomnieć, że w badaniach przeprowadzonych na terenie gminy Bielsko-Białej oraz w wybranych miastach Aglomeracji Górnego Śląska, w których uczestniczyły osoby niepełnosprawne, ich rodzice i opiekunowie oraz pracownicy organizacji pozarządowych i instytucji publicznych, respondenci wśród barier, na jakie najczęściej napotykają niepełnosprawni na pierwszym miejscu wskazali bariery o charakterze emocjonalnym (61%), na kolejnych miejscach umieścili bariery: architektoniczne (43%), techniczne (31%), komunikacyjne (28%).

Płeć a opinia respondentów na temat kierunku, w jakim powinna być skierowana pomoc mająca ułatwić życie osobom niepełnosprawnym. Generalnie rzecz ujmując uzyskane wyniki pozwalają stwierdzić, że kobiety mają większe oczekiwania w stosunku do pomocy instytucjonalnej niż mężczyźni. Przy następujących kategoriach wyraźnie dominowały ich głosy: „zwiększenie pomocy finansowej”: K 62,2%, M – 53,0%; „zwiększenie pomocy personalnej”: K – 54,6%, M – 47,0%; „zwiększenie pomocy medycznej”: K – 61,4%, M – 53,6%; „wsparcie psychiczne” – K – 47,1%, M – 38,8%. W pozostałych przypadkach głosy reprezentantów poszczególnych płci były ze sobą zbieżne. Różnice nie przekraczały 3,5 punktów procentowych. Ponownie możemy mniemać, że stanowiska kobiet są bardziej realistyczne – oparte na lepszej znajomości rozważanej materii.

Posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności a opinia respondentów na temat kierunku, w jakim powinna być skierowana pomoc mająca ułatwić życie osobom niepełnosprawnym. W wyżej wskazanej kwestii w większości przypadków opinie obu grup respondentów różniły się między sobą. Jednak więcej oczekiwań w stosunku do poprawienia warunków funkcjonowania osób niepełnosprawnych miały jednostki bez orzeczeń. Było tak w przypadku „polepszenia infrastruktury”: MO – 50,3%, NO – 55,0%; „zwiększeniu pomocy personalnej”: MO – 44,4%, NO – 53,1%; „ułatwieniu dostępu do pracy”: MO – 45,1%, NO – 52,5%, „wsparcia psychicznego”: MO – 43,1%, NO – 44,2%, „stworzenia ośrodków wsparcia”: MO – 34,0%, NO – 37,4%; „działań integracyjnych”: MO – 32,0%, NO – 37,9%. Trzy ostatnie kategorie dotyczą przedsięwzięć mających na celu wsparcie w wymiarze psychicznym. Rzeczywiście dla osób nie uwikłanych w kłopoty zdrowotne może się wydawać, że ta sfera człowieka, wymaga szczególnej uwagi. Ale jak dowo-

dzą wyniki, potrzeby osób bezpośrednio zainteresowanych tematem nie pokrywają się z powszechnym mniemaniem. W jakiś sposób także takim wzmocnieniem mogłoby być posiadanie pracy. Praca integruje ze środowiskiem osób sprawnych, wzmacnia poczucie wartości, a jest także źródłem zasobów ekonomicznych. Ale i w tym przypadku ocena tego elementu przez osoby z orzeczeniem jest niższa niż bez orzeczenia. Pomijając walory niewymierne pracy, należy zwrócić uwagę i na jej aspekt ekonomiczny. On też nie przekonał osoby niepełnosprawne do oddania większej liczby głosów na tę kategorię. Czy nie jest to objaw przyzwyczajenia do otrzymywania wsparcia „z urzędu”, bez konieczności ponoszenia kosztów? Kolejne wskazania mogłyby takie przypuszczenie potwierdzić. Tam bowiem, gdzie jednostki z orzeczeniem częściej wybierały wyszczególnione kategorie jedną z nich była związana „ze zwiększeniem pomocy finansowej”: MO – 68,6%, NO – 57,1%, co dowodzi, że czynnik materialny jest wyraźnie pożądanym przez reprezentantów grupy o „słabszym” zdrowiu. Inny przypadek, kiedy w wyborach dominowały osoby z orzeczeniem nad tymi, którzy takiego orzeczenia nie posiadali dotyczył „zwiększenia pomocy medycznej”: MO – 60,8%, NO – 52,5%. To stanowisko jest w pełni zrozumiałe.

Wiek a ocena kierunku wsparcia ze strony instytucji społecznych osobom niepełnosprawnym. W przypadku „polepszenia infrastruktury” zauważa się jednoznaczną tendencję: wraz z wiekiem spada procent osób wskazujących na tę kategorię. Wyniki układały się następująco: trzydziestolatkowie – 58,7%, czterdziestolatkowie – 58,3%, pięćdziesięciolatkowie – 53,2%, sześćdziesięciolatkowie – 52,7%, siedemdziesięciolatkowie – 47,7%. Świadczyć to może, że im młodsi respondenci tym uważają, że udogodnienia techniczne powinny być postawione na wyższym poziomie – ich rola w funkcjonowaniu osób niepełnosprawnych jest większa. Podobną prawidłowość notuje się przy wskazaniach na „ułatwienie dostępu do pracy” (z niewielkim wyjątkiem). W tym przypadku wyniki układały się w ciąg (rozpoczynając od najmłodszych respondentów): 57,0%, 55,0%, 55,7%, 50,9%, 34,5%. Co wskazuje, że wraz z wiekiem element pracy traci na wartości. Wyraźne tąpnięcie wskazań na tę kategorię notuje się wśród osób, które osiągnęły wiek pozaprodukcyjny. Z identyczną sytuacją spotykamy się przy kategorii „wsparcie psychiczne”. W tym przypadku rozpiętość między skrajnymi wartościami wyniosła 15 punktów procentowych, a ciąg układał się następująco: trzydziestolatkowie – 50,6%, czterdziestolatkowie – 45,5%, pięćdziesięciolatkowie – 46,5%, sześćdziesięciolatkowie – 40,7%, siedemdziesięciolatkowie – 35,1%. Uzyskane wyniki interpretować można, że im człowiek młodszy, tym większą wagę kładzie na element mocnej kondycji psychicznej. W przypadku „zwiększenia pomocy finansowej” nie notuje się żadnej wyraźnej tendencji, choć ciągle skrajne pozycje były zachowane przez reprezentantów naj-

młodszych i najstarszych grup respondentów. Najrzadziej wskazywali na tę kategorię trzydziestolatkowie – 52,9% i sześćdziesięciolatkowie – 53,9% najczęściej natomiast siedemdziesięciolatkowie – 63,8% i pięćdziesięciolatkowie – 63,1%. „Zwiększeniu pomocy personalnej” najczęściej dopominali się pięćdziesięciolatkowie – 55,7%, najrzadziej sześćdziesięciolatkowie – 43,7%, pozostałe wyniki mieściły się na skali od 50,0% do 53,3%. Przy wskazaniach na „pomoc medyczną” wyróżniali się czterdziestolatkowie – oni najrzadziej wybierali tę kategorię – 54,5%; wyniki pozostałych grup wiekowych mieściły się na skali od 58,1% do 61,7%. Można zatem powiedzieć, że w podobny sposób odbierali potrzebę wsparcia medycznego.

Wykształcenie a ocena kierunku wsparcia ze strony instytucji społecznych osób niepełnosprawnych. Najczęściej za polepszeniem infrastruktury opowiadają się jednostki z wykształceniem „wyższym” – 59,7%, najmniejszą konieczność poprawy sytuacji w tym aspekcie dostrzegają osoby z wykształceniem: „niepełnym średnim” – 33,3% i „podstawowym” – 39,2%. W przypadku wskazań na „zwiększenie pomocy finansowej” wyżej występujące grupy respondentów niemal zamieniły się miejscami. W tym przypadku, tymi co najczęściej podkreślali znaczenie tego elementu były właśnie osoby z wykształceniem „niepełnym średnim” – 75,0%, „policealnym” – 64,5% oraz z „podstawowym” – 63,0%, najmniej wskazań wyszło od osób z „niepełnym wyższym” – 52,5%. Przy kategorii „zwiększenie pomocy finansowej” obserwuje się „nieregularną” tendencję wzrostową wskazań, zgodnie z którą wraz z podnoszeniem się wykształcenia rośnie liczba głosów: podstawowe” – 39,1%, „zasadnicze zawodowe” – 44,6%, „niepełne średnie” – 50,0%, „średnie” – 47,5%, „policealne” – 55,3%, „niepełne wyższe” – 54,2%, „wyższe” – 57,0%. Respondenci mający wyższe wykształcenie więcej doceniają znaczenie wsparcia osobowego niepełnosprawnych, co można tłumaczyć większą wrażliwością humanistyczną. Do elementu związanego z „ułatwieniem dostępu do pracy” największą wagę przywiązywali respondenci z wykształceniem „policealnym” – 61,8% i „wyższym” – 56,6%, najmniejszą z „niepełnym średnim” – 8,3%. Pozostałe wyniki mieściły się w granicach od 45,6% do 48,8%. Za wzmocnieniem „pomocy medycznej” w kontekście zaspokajania potrzeb niepełnosprawnych większość wyników układało się w granicach od 58,6% do 60,0%. Od nich odstawały dwie grupy respondentów z wykształceniem „podstawowym” – 45,7% i „niepełnym średnim” – 50,0%. Za „wsparciem psychicznym” wyraźnie obstawały jednostki z wykształceniem „policealnym” – 56,6%, natomiast najmniej wagi do niego przywiązywali z „niepełnym średnim” – 16,7%. Konieczność wzmocnienia „działań integracyjnych” najczęściej podkreślały osoby z wykształceniem „wyższym” – 43,2% i „policealnym” – 42,1%, najrzadziej z „niepełnym średnim” – 16,7%. Chcąc zauważyć jakieś dominanty wspomnieć

należy, że grupę najmniejszych roszczeń stanowili reprezentanci wykształcenia „niepełnego średniego” – oni najrzadziej wskazywali na: „polepszenie infrastruktury”, „ułatwianie dostępu do pracy”, „wsparcie psychiczne”, „działalność integracyjną”, choć należy podkreślić, że najczęściej ze wszystkich grup dominowali przy wskazaniach na „pomoc finansową”. Zważywszy, że w grupie niepełnosprawnych biorących udział w prezentowanych badaniach największy odsetek stanowiły właśnie osoby z wykształceniem „niepełnym średnim”, można przypuszczać, że te wskazania odpowiadać będą najbliższym potrzebom środowiska, o którym jest mowa w tym tekście. Także największy odsetek reprezentantów tej kategorii zadeklarował, że mają niepełnosprawnych w rodzinie. Grupą dostrzegającą największe zaniedbania, czy też najbardziej roszczeniową byli reprezentanci wykształcenia „wyższego”. Oni dominowali we wskazaniach na kategorie: „polepszenie infrastruktury”, „zwiększenie pomocy personalnej”, „zwiększenie pomocy medycznej”, „działalność integracyjna”.

*

Przedstawione wyżej zestawienia wyników mogą dać rozeznanie w kwestii doświadczania przez mieszkańców dużego, polskiego miasta „niepełnosprawności” w ich życiu. Rysowany obraz nie jest na tyle drobiazgowy, by pozwolił dotrzeć do najróżniejszych niuansów związanych z poruszanym tematem, ale zatrzymuje się jedynie na jak najbardziej podstawowych aspektach. Może być jednak zaproszeniem do bardziej wnikliwych analiz istotnego społecznego faktu – jakim jest miejsce osób niepełnosprawnych w środowisku społecznym i związanych z nim podstawowych spraw.

Disability in experiencing of residents of the major city

The following text presents the research results carried out in a social case study of 1037 people regarding the interaction of the general Polish public in a large city, to disabled individuals in that society. The main issues discussed include: a) the experience of disability by the inhabitants of the big city, b) behavior in relation to persons with disabilities quoted by these residents, c) to help public institutions for persons with disabilities in opinion participating in the survey, d) the opinion of informants about the direction in which the guilty be actions with respect to aid people with disabilities. Discussing the results, following independent variables will be taken to attention: sex, certificate of disability, age, education.

Bibliografia

- Barnes C., *Wizerunki niepełnosprawnych i media: badanie sposobów przedstawiania osób niepełnosprawnych w środkach masowego przekazu*, Ogólnopolski Sejmik Osób Niepełnosprawnych, Warszawa 1997.
- Belzyt J., *Niepełnosprawność – Edukacja – Dorosłość. Studium przypadku osoby ociemniałej*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2012.
- Blackman N., Todd S., *Jak wspierać umierające osoby z niepełnosprawnością intelektualną*, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 2009.
- Bleszczyńska K., *Wartość miłości, małżeństwa i rodziny w życiu niepełnosprawnych*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 1994.
- Byra S., Porchomiuk M., *Społeczno-poznawcze determinanty satysfakcji z pracy wyrażone przez osoby niepełnosprawne*, „Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo” 2011, nr 2, s. 35-52.
- Brzezińska A. I., Piotrowski K., Pluta J., Sijko K., *Badanie osób niepełnosprawnych* (file:///C:/Users/Admin/Downloads/badanie-sytuacji-osob-niepelnosprawnych-prof-anna-izabela-brzezinska-mgr-konrad-piotrowski-dr-jacek-pluta-mgr-kamil-sijko%20(1)).
- CBOS, *Postawy wobec osób niepełnosprawnych. Komunikat z badań*, Warszawa, listopad 2007.
- Brzezińska A. I., Kaczan R., Smoczyńska K. (red.), *Diagnoza potrzeby i modele pomocy dla osób z ograniczeniami sprawności*, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2010.
- Cytowska B. (red.), *Dorośli z niepełnosprawnością intelektualną w labiryncie codzienności. Analiza badań – krytyka podejścia – propozycje rozwiązań*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2011.
- Gajdzica Z. (red.), *Człowiek z niepełnosprawnością w rezerwacie przestrzeni publicznej*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2013.
- Gorajewska D., *Fakty i mity o osobach z niepełnosprawnością*, Stowarzyszenie Przyjaciół Integracji, Warszawa 2006.
- Janocha W., *Rodzina z osobą niepełnosprawną w społecznym systemie wsparcia*, Jedność, Kielce 2009.
- Kawczyńska-Butrym Z., *Niepełnosprawność – specyfika pomocy społecznej*, Wydawnictwo Śląskie, Katowice 1998.
- Kijak R. J., *Niepełnosprawność intelektualna – między diagnozą a działaniem*, Instytut Rozwoju Służb Społecznych, Warszawa 2013.
- Kryńska E. (red.), *Analiza sytuacji osób niepełnosprawnych w Polsce i Unii Europejskiej*, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 2013.
- Kutyło Ł., Sadowski P., Wolińska I., Zub M., *Bariery i możliwości integracji zawodowej osób niepełnosprawnych w województwie podkarpackim*, Wyd. WYG International, Warszawa 2009.
- Otrębski W., Rożnowski B., *Sytuacja psychologiczna osób z niepełnosprawnością na rynku pracy. Badania percepcji pracodawców, pracowników i poszukujących pracy*, Instytut Rynku Pracy, Lublin 2008.

- Praca i niepełnosprawność: udana integracja. Poradnik. Z doświadczeń belgijskich*, Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym, Warszawa 2008.
- Równe szanse w dostępie do edukacji osób z niepełnosprawnością*, „Biuletyn Rzecznika Praw Obywatelskich” 2012, nr 7.
- Rzedzicka K. D., Kobyłańska A. (red.), *Dorosłość, niepełnosprawność, czas współczesny. Na pograniczu pedagogiki specjalnej*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2003.
- Sahaj T., *Niepełnosprawni i niepełnosprawność w mediach*, Instytut Rozwoju Służb Społecznych, Warszawa 2013.
- Solan, *Ocena rynku pracy osób niepełnosprawnych w województwie lubelskim, Raporty z badań*, WSEI, Lublin 2008.
- Szumski G., *Integracyjne kształcenie niepełnosprawnych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.
- Szyszka M., Wąsiński A., Zasada-Choraba A., *Raport z badań „Analiza potrzeb osób niepełnosprawnych w zakresie usług asystenckich”*, Centrum Asystentury Społecznej, Bielsko-Biała 2012.
- Światowy raport o niepełnosprawności – podsumowanie*, – file:///C:/Users/Admin/Downloads/02_Swiatowa_Organizacja_Zdrowia.pdf.
- Wojciechowski F., *Niepełnosprawność, rodzina, dorastanie*, Wydawnictwo Akademickie „Żak” Warszawa 2007.
- U. Bartnikowska, *Sytuacja społeczna i rodzinna słyszących dzieci niesłyszących rodziców*, Wydawnictwo Edukacyjne „AKAPIT”, Toruń 2010.
- Woźniak Z., *Niepełnosprawność i niepełnosprawni w polityce społecznej*, Akademia Wydawnictwo SWPS, Warszawa 2008.

Anna Szafranek
Jerzy Halicki

Wybrane aspekty inkluzji społecznej

Wprowadzenie

Inkluzja jest procesem odwrotnym do wykluczenia społecznego, kładzie akcent na wyrównywanie szans i wspieranie jednostek potencjalnie zagrożonych wykluczeniem oraz przeciwdziałanie wykluczeniu lub jego zwalczaniu.

Inkluzję społeczną określa się jako proces, w ramach którego jednostki zagrożone ubóstwem i wykluczeniem zyskują możliwości oraz zasoby niezbędne do pełnego uczestnictwa w życiu ekonomicznym, społecznym i kulturowym oraz zachowania standardu życia na poziomie uznawanym za normalny w danym społeczeństwie. Ważnym aspektem działań integracyjnych jest zapewnienie większej partycypacji jednostek zagrożonych wykluczeniem w procesach decyzyjnych oddziałujących na ich życie i dostęp do podstawowych praw¹.

Z powyższej definicji wynika, iż inkluzja jest procesem, którego głównymi odbiorcami są osoby zagrożone ubóstwem bądź wykluczeniem społecznym. Podstawowym celem jest zapewnienie jednostkom potencjalnie narażonym na wykluczenie zasobów umożliwiających pełne uczestnictwo w życiu ekonomicznym, społecznym oraz publicznym.

Niniejszy artykuł podejmuje tematykę inkluzji społecznej w aspekcie prawnym oraz organizacyjnym, skupia się również na jej wybranych aspektach, a w sposób szczególny odpowiada na następujące pytanie: jakich szczególnych działań inkluzyjnych wymagają rodzice samotnie wychowujący dzieci, osoby starsze oraz osoby z niepełnosprawnościami?

Inkluzja społeczna – rozwiązania prawne i organizacyjne

Obecnie obserwuje się odchodzenie od tzw. państwa opiekuńczego, gwarantującego zasiłki, na rzecz państwa, którego jednym z celów jest wsparcie aktywności na rynku pracy oraz elastyczności zatrudnienia. Ta-

¹ Council of the European Union, 2004. *Joint report by the Commission and the Council on social inclusion*, Council (Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs) to: European Council.

kie działania wymagają współpracy urzędów pracy z ośrodkami pomocy społecznej. Nowelizacja ustawy z 2009 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy wskazała, iż aktywizacja bezrobotnych powinna się odbywać na dwóch płaszczyznach: aktywizacji stosowanej przez Urzędy Pracy oraz uprawnień Ośrodka Pomocy Społecznej do skierowania osoby bezrobotnej do projektu aktywizacyjnego².

W 2003 roku Sejm Rzeczypospolitej Polskiej uchwalił ustawę o zatrudnieniu socjalnym, która dotyczy włączania do społeczeństwa osób wykluczonych. Wprowadziła ona pojęcie osób wykluczonych społecznie, ze względu na sytuację życiową nie są w stanie zaspokoić swoich potrzeb. Żyją w ubóstwie, uniemożliwiającym lub ograniczającym uczestnictwo w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym. Ustawa wskazuje, iż jednostkami wykluczonymi społecznie są: osoby bezdomne, uzależnione od alkoholu, narkotyków, bądź innych środków odurzających, osoby chore psychicznie, długotrwale bezrobotne, zwalniane z zakładów karnych oraz osoby niepełnosprawne³.

Na mocy ustawy o zatrudnieniu socjalnym mogą być powoływane Centra Integracji Społecznej (CIS) oraz Kluby Integracji Społecznej (KIS), których główne zadania opierają się na ułatwianiu zatrudnienia osób wykluczonych społecznie i pomocy w uczestnictwie w życiu społecznym. CIS-y prowadzą programy edukacyjne skierowane do osób wykluczonych. Celem działań jest nabywanie kompetencji, podnoszenie kwalifikacji, bądź przekwalifikowanie zawodowe. Absolwenci CIS-ów mogą być zatrudniani w formie zatrudnienia wspieranego (pracodawca ma obowiązek zatrudnienia na okres nie krótszy niż 12 miesięcy). CIS ma także prawo do zatrudnienia własnego absolwenta, a sami absolwenci CIS mogą uruchomić spółdzielnię socjalną (ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym).

Z dokumentu o nazwie Informacja o funkcjonowaniu Centrów i Klubów Integracji Społecznej dla Sejmu i Senatu RP” z dnia 31 lipca 2012 wynika, że w latach 2004-2011 liczba tych instytucji wzrosła z 20 do 74 jednostek. W październiku 2013 roku było w sumie 112 takich instytucji, ale część została zlikwidowana z uwagi na brak dofinansowań. Na podstawie danych portalu ngo.pl⁴ obecnie w Polsce zarejestrowanych jest: 34 CIS i 59 KIS (w sumie 93 jednostki).

Kolejną formą działań zmierzających do inkluzji społecznej są Spółdzielnie Socjalne (w 2006 roku uchwalono ustawę o spółdzielniach socjalnych). Dostęp do nich jest dobrowolny, a członkostwo otwarte. Spółdzielnia w myśl ustawy ma możliwość „zrzeszenia nieograniczonej liczby osób”, a jej celem

2 Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. 2004 nr 99 poz. 1001 z późn. zm.) zwana dalej: u.p.z.

3 Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (Dz.U. 2003 nr 122 poz. 1143 z późn. zm.) zwana dalej: u.z.s.

4 www.bazy.ngo.pl (data dostępu: 03.03.2016).

jest prowadzenie działalności w interesie swoich członków. Oznacza to, iż jest ona powoływana w odpowiedzi na konkretne potrzeby społeczne, np. potrzeba pracy, mieszkania⁵. Obecnie (stan na 03.03.2016) w Polsce zarejestrowanych jest 1218 Spółdzielni Socjalnych, a wśród nich spółdzielnie pracy, inwalidów, niewidomych, rękodzieła ludowego i inne⁶.

Istotne jest, iż członek spółdzielni ma prawo i obowiązek dla niej pracować, a spółdzielnia ma obowiązek go zatrudniać. Działalność takich instytucji opiera się na prowadzeniu wspólnego przedsiębiorstwa z osobistą pracą członków, by w rezultacie doprowadzić do społecznej i zawodowej reintegracji, czyli odbudowania i podtrzymania udziału w życiu społecznym oraz samodzielnym funkcjonowaniu na rynku pracy⁷.

Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z 1997 roku (znowelizowana w 2010 roku) nakłada na pracodawców obowiązki związane z zatrudnianiem osób niepełnosprawnych, ale też daje im przywileje. Na mocy dokumentu powołano chronione rynki pracy w postaci zakładów aktywności zawodowej (ZAZ). Ich statutowe zadania opierają się na rehabilitacji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności i wybranych osób o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności: autyzm, choroba psychiczna, upośledzenie umysłowe. Nadrzędny cel stanowi także przygotowanie jednostek nie w pełni sprawnych do życia w otwartym środowisku, jak również pracy w zakładach pracy chronionej⁸.

Ustawa o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie z 2003 roku mówi o współdziałaniu administracji publicznej z organizacjami obywatelskimi przez działalność na rzecz integracji i reintegracji zawodowej osób wykluczonych i zagrożonych wykluczeniem⁹.

Istotnym instrumentem są stanowiące wyjątek w prawie zamówień publicznych „klauzule społeczne” (wprowadzono je w 2009 roku). Mogą one dawać szansę przedsiębiorstwom społecznym zatrudniającym osoby mające szczególne problemy z integracją zawodową i społeczną. Tak zwana klauzula zatrudnieniowa pozwala zamawiającemu wymagać, aby wykonawca do realizacji zamówienia publicznego zatrudnił osoby o utrudnionym dostępie do rynku pracy (art. 29, ust. 4 pzp), t.j.: osoby bezrobotne, młodociane w celu

5 Ustawa z dnia 27 kwietnia 2006 r. o spółdzielniach socjalnych (Dz.U. 2006 nr 94 poz. 651 z późn. zm.) zwana dalej: u.s.s.

6 <http://bazy.ngo.pl/> (data dostępu: 03.03.2016).

7 *Atlas dobrych praktyk inkluzji społecznej i zawodowej. Finanse etyczne na rzecz aktywnej Europy*, Warszawa 2011, s. 21, http://www.ngo.pl/files/wiadomosci.ngo.pl/public/korespondenci/portal_ekonomiaspoleczna/AE.pdf (data dostępu: 02.03.2015).

8 Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 1997 nr 123 poz. 776 z późn. zm.) zwana dalej: u.r.z.

9 Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i wolontariacie (Dz.U. 2003 nr 96 poz. 873 z późn. zm.) zwana dalej: u.p.p.

przygotowania zawodowego, osoby niepełnosprawne, chore psychicznie, bezdomne czy byłych więźniów. Rozwiązanie służy zatrudnianiu osób nie-mogących znaleźć pracy, celem ich integracji zawodowej i społecznej¹⁰.

Inkluzja społeczna na przykładzie samotnego rodzicielstwa

Tematyce ekskluzji i inkluzji społecznej został poświęcony XII Ogólnopolski Zjazd Socjologiczny w Poznaniu (12-18.09.2004 roku). Podczas konferencji, Krzysztof Frysztacki analizując politykę społeczną, zauważył, iż w wielu krajach, w tym w Polsce, funkcjonują przepisy, których celem jest wzmocnienie trudniejszej sytuacji życiowej samotnych matek. Takie działania mają ułatwić zarówno matkom, jak i ich dzieciom osiągnięcie jakości życia porównywanej z pełnymi rodzinami. Polityka o charakterze inkluzyjnym przynosząca wiele korzyści, w tym przypadku działa w sposób niewłaściwy, ponieważ osłabia też instytucję małżeństwa, skłania do samotnego rodzicielstwa w związku z oczekiwanymi korzyściami finansowymi, a w skrajnych przypadkach może nawet prowadzić do fikcyjnych rozwodów, by te korzyści uzyskać¹¹.

Dla zobrazowania powyższej problematyki odwołam się do historii sprzed roku 29-letniej kobiety, która zapisywała swojego 3-letniego synka do przedszkola. Oto jej wypowiedź: „Zgodnie z założeniami systemu można aplikować do 3 przedszkoli samorządowych, a pierwszeństwo mają rodzice pracujący i samotnie wychowujący dzieci, rodzice pracujący, u których dzieci orzeczono stopień niepełnosprawności, rodzice pracujący mający więcej niż jedno dziecko i dopiero w ostatniej kolejności rodzice pracujący i mający jedno dziecko. Aplikowałam do przedszkola mi najbliższego (zgodnie z rejonem zamieszkania). Podczas rozmowy ze mną pani dyrektor stwierdziła, że jest szczęśliwa, iż w końcu jest pierwsza kandydatura dziecka zdrowego z pełnej rodziny. Moja kandydatura była 100 (na 60 wolnych miejsc), a wszyscy poprzedni kandydaci otrzymali więcej punktów z racji samotnego rodzicielstwa i lekkiej niepełnosprawności dzieci. Pani dyrektor powiedziała wprost, iż moje dziecko nie ma szans na przyjęcie do przedszkola. Jakikolwiek szanse byłyby gdyby moje dziecko miało rodzeństwo. Jednocześnie uzyskałam informacje, iż pracownicy instytucji zdają sobie sprawę, iż większość rodziców, którzy aplikowali do instytucji żyje w związkach nieformalnych (co nie jest równoznaczne z samotnym rodzicielstwem). Mimo iż zarówno dzieci, których rodzice żyją w związ-

10 Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz.U. 2004 nr 19 poz. 177 z późn. zm.) zwana dalej: p.z.p.

11 K. Frysztacki, *Wokół istoty „społecznego wykluczania” oraz „społecznego włączania”*, [w:] J. Grotowska-Leder, K. Faliszek (red.), *Ekskluzja i inkluzja społeczna. Diagnoza – uwarunkowania – kierunki działań*, Wydawnictwo Edukacyjne Akapit, Toruń 2005, s. 21.

kach nieformalnych, jak i dzieci, których rodzice są w związku małżeńskim, mają oboje rodziców, to jednak grupą uprzywilejowaną są osoby żyjące w związkach nieformalnych”. Jeżeli inkluzja powinna polegać na wyrównywaniu szans, w tym przypadku nie sprawdziła się, gdyż znacznie większą szansę mają dzieci ze związków pozamałżeńskich. Należy podkreślić, że jest to przykład nieodosobniony.

Grupy wymagające działań inkluzyjnych – problemy do analizy

Osoby starsze

Temat inkluzji społecznej osób starych można rozumieć w wielu aspektach, m.in.: inkluzja jako aktywne włączanie osób starych w życie społeczne, np. po przejściu na emeryturę oraz inkluzja jako działania mające na celu pomoc kobietom starym doświadczającym przemocy w związkach małżeńskich. W niniejszym artykule uwaga skupiona zostanie przede wszystkim na aspekcie drugim.

Z informacji uzyskanych z realizowanych przez białostocki zespół¹² dwóch międzynarodowych projektów dotyczących przemocy małżeńskiej względem starszych kobiet (Programu DAPHNE III: Intimate Partner Violence Against Elderly Women¹³, Mind the Gap!¹⁴), których kontynuacją jest obecnie realizowany przez ten sam zespół projekt Special Needs and Protection Orders¹⁵, wynika, że starsze kobiety ofiary przemocy dokonują dobrowolnej ekskluzji społecznej. W dużym stopniu jest to spowodowane poczuciem osamotnienia, brakiem świadomości, iż mogą prosić o pomoc oraz wiedzą, gdzie takiej pomocy szukać. Innym ważnym powodem dobrowolnego wykluczania się z życia społecznego jest także poczucie wstydu, specyficzne wzory wychowawcze oraz religijność starszych kobiet. Wstyd powoduje, iż kobiety nie chcą mówić o problemach (w tym przypadku przemocy), a w wielu przypadkach fizyczne (wyraźnie widoczne), ale także psychiczne ślady przemocy uniemożliwiają im uczestnictwo w życiu społecznym¹⁶.

12 W skład zespołu ze strony polskiej wchodzi pracownicy Wydziału Pedagogiki i Psychologii oraz Wydziału Prawa Uniwersytetu w Białymstoku: Małgorzata Halicka, Jerzy Halicki, Emilia Kramkowska, Anna Szafranek.

13 Projekt realizowany w latach 2010-2011 przez następujących partnerów: Anglia, Austria, Izrael, Niemcy, Portugalia, Polska, Węgry.

14 Projekt realizowany w latach 2011-2013 przez następujących partnerów: Anglia, Austria, Niemcy, Portugalia, Polska, Węgry.

15 Projekt realizowany w latach 2014-2016 przez następujących partnerów: Anglia, Austria, Irlandia, Niemcy, Portugalia, Polska.

16 M. Halicka, J. Halicki, E. Kramkowska, *Przemoc wobec starszych kobiet w związkach małżeńskich/partnerskich. Raport krajowy Polska*, Białystok 2010, <http://www.ipvow.org/images/>

Z wywiadów zrealizowanych ze starszymi kobietami – ofiarami przemocy ze strony męża oraz profesjonalistami pracującymi z ofiarami wybrzmiewało, iż zdarza się, że przemoc małżeńską traktują one jako swoisty „krzyż”, który należy zachować dla siebie i z którym trzeba iść przez życie. Aby przybliżyć skalę problemu należy wspomnieć, iż na 142 placówki biorące udział w badaniu (w projekcie IPVow, 2009-2010) 61 z nich miało w latach 2006-2008 kontakt ze starszymi kobietami ofiarami przemocy w związku małżeńskim/partnerskim. Zwraca uwagę wysoka liczba kobiet – ofiar przemocy w związkach małżeńskich/partnerskich. Z przeprowadzonych analiz wynika, że w latach 2006-2008 odnotowano aż 916 kobiet – ofiar przemocy. Jednocześnie uwagę zwraca fakt, że więcej kobiet zgłaszających przemoc było w grupie wiekowej 60-74 lata – 82,9%. Pracownicy podkreślali, iż osoby w starszej grupie wiekowej w równie dużym stopniu stają się ofiarami przemocy, ale dużo rzadziej informują o tym odpowiednie służby. Biorąc pod uwagę fakt, że osoby starsze często wstydzą się mówić o swoich doświadczeniach, powyższe dane mogą zaskakiwać. Jeśli jednak przyjmiemy, że w takich sytuacjach zgłaszają się osoby, które nie mogą już dłużej znieść agresji ze strony partnera i mimo wstydu podejmują działania zmierzające do powstrzymania przemocy, dane te świadczą, że skala zjawiska może być znacznie większa i może dotyczyć znacznie większej liczby kobiet¹⁷.

Dla zobrazowania powyższej kwestii niech posłużą cytaty z wywiadów z ofiarami przemocy: „Człowiek taki jest jakby ślimak (...) w skorupie i boi się wyjść, boi się wychylić, boi się tego bo mu się zdaje że taki jest poniżony, tak i jest upokorzony i się czuje winny [...] Tak, ja jestem winna. Nie wiadomo czego (...) to wszystko, ja jestem winna” (kobieta, 65 lat). „Całe życie dusiłam pani w sobie. Człowiek taki był [...] zdenerwowany taki, ciągle płakałam, taki mnie żal ogarniał, dlatego ja tak muszę cierpieć. No wie pani tak płakałam stale” (kobieta, 61 lat). „Uciekałam, najczęściej to wyszłam z domu, uciekałam, znikałam, bo się bałam po prostu”. A później po cichutku przychodziłam, bo wie pani po prostu (kobieta, 63 lata). „Tak mnie po prostu wychowali, że należy na dobre i na złe mieszkać, żyć, nic nie mówić, nie rozwodzić się.[...] Moja mama twierdziła, że tak nie powinno być, że jest dziecko, dla dziecka się poświęcić, trzeba dziecko wychować w pełnej rodzinie” (kobieta, 60 lat)¹⁸.

ipvow/reports/IPVoW_Poland_polska_final.pdf (data dostępu: 12.04.2015); M. Halicka, J. Halicki, K. Czykier, E. Kramkowska, K. Laskowska, A. Szafranek, *Nigdy nie jest za późno... Raport. Badania polskie*, Białystok 2013, http://www.ipvow.org/images/ipvow/manuals/Poland_case_file_analysis_Polish_version.pdf (data dostępu: 12.04.2015).

17 M. Halicka, J. Halicki, E. Kramkowska, *Przemoc wobec starszych kobiet w związkach małżeńskich/partnerskich...*

18 Tamże.

Osoby z niepełnosprawnością

Dość często, kiedy podejmowany jest temat inkluzji, zwraca się uwagę na osoby z niepełnosprawnością i ich sytuację na rynku pracy. Realizowanie części projektów unijnych opiera się na przygotowaniu osób niepełnosprawnych do udziału w rynku pracy. W projektach często realizuje się także zatrudnianie wspomagane, czyli „płatną pracą wykonywaną przez osoby niepełnosprawne na otwartym rynku pracy, przy ciągłym wsparciu ze strony innych osób. Płatna praca oznacza taką samą płacę za taką samą pracę, jaką wykonują na danym stanowisku osoby w pełni sprawne”¹⁹.

Mimo iż są to działania korzystne, krytykuje się je, gdyż wraz z końcem projektu zazwyczaj kończy się także praca. Często stosuje się strategię: przeszkolić – zatrudnić, a praktycy wskazują, iż właściwą drogą są działania: przeszkolić – zatrudnić – utrzymać. Człowieka przystosowuje się do stanowiska pracy, a powodzenie inkluzji w dużej mierze zależy od przystosowania stanowiska pracy do człowieka (takie działania należą do rzadkości, w związku z tym inkluzja w wielu przypadkach kończy się niepowodzeniem, gdyż to nie firma potrzebuje konkretnych osób, a konkretne osoby potrzebują pracy, czyli firmy). Powodzenie inkluzji zależy także od zgrania potrzeb pracodawcy z potrzebami pracownika.

Potwierdzeniem powyższych stwierdzeń są wypowiedzi osoby z niepełnosprawnością na temat rynku pracy. Respondentką była kobieta, w wieku 31 lat, o wykształceniu wyższym, która straciła wzrok w wyniku choroby (zaraz po studiach). Jako jedna z 60 osób zakwalifikowała się do projektu unijnego dotyczącego bezwzrokowej nauki obsługi komputera. Celem przedsięwzięcia było znalezienie pracy dla 12 osób (projekt był realizowany od marca 2013 roku do czerwca 2014 roku, w wymiarze 1300 godzin). Respondentka określiła założenia jako słuszne, jednak realizacja, w jej opinii, pozostawiała wiele do życzenia (kadra nauczycielska nie została oceniona wysoko). Respondentka zakwalifikowała się na staż, który odbywał się 2 miesiące po zakończeniu projektu. Odbyła staż, ale nie znalazła się w gronie 12 zatrudnionych osób (należy jednocześnie zauważyć, iż respondentka nie zna uczestnika omawianego projektu, który znalazł zatrudnienie). Swoją opinię na temat projektów podsumowuje w następujący sposób: „będę się trzymała jak najdalej od nich. To jest być może krzywdzące, ale teraz najpierw 10 razy sprawdzę projekt, zanim wezmę w nim udział”.

Tego typu działania nie znajdują też uznania w oczach specjalistów. Krzysztof Frysztacki uważa, iż nacisk powinien zostać położony na prawidłowość myślenia o wykluczeniu jako zjawisku i problemie wymagającym

19 http://wspomagane-zatrudnianie.pl/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=26&Itemid=34 (data dostępu: 12.04.2015).

wyróżnienia i przekonaniu, że należy je przewyciężyć – za pomocą mechanizmów mających zmierzać do inkluzji²⁰. Społeczne programy powtórnej integracji opierają się na czasowym zawieszeniu społecznych mechanizmów „naturalnych” i na otwieraniu społecznego, sztucznego parasola ochronnego oraz wspomagającego. Tego typu programy prowadzone są w różnych kierunkach, są powszechne i często wiodą do krótkotrwałego sukcesu. Ale zazwyczaj, kiedy programy się kończą, kończy się też sukces, gdyż wysiłki inkluzyjne okazują się nietrwałe²¹.

Inkluzja społeczna zaczyna się w naszych głowach

Profesor Jo Jerg, socjolog, specjalista od inkluzji społecznej, w wywiadzie dla portalu internetowego Deutsche Welle, zwracał uwagę, iż inkluzja społeczna zaczyna się w naszych głowach. Opowiada o tym na przykładzie osób z niepełnosprawnością (sam pełni funkcję pełnomocnika do spraw osób niepełnosprawnych i ich integracji społecznej). Jerg opowiada się za pełną równością szans i za stopniowym znoszeniem barier. Zauważa, iż reakcje innych na taki pomysł są pozytywne, ale opatrzone komentarzem: trudne do zrealizowania ze względu na różne uwarunkowania. Profesor wskazuje, iż uwarunkowania stworzymy sami i sami powinniśmy zmieniać nastawienie, ponieważ jeśli zmienimy swoje nastawienie wobec osób wykluczonych, wówczas może zmienić się wszystko, co utrudnia przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu²².

Powyższe opinie znajdują potwierdzenie w wypowiedziach respondentki, która opisywała, że przez trzy lata po utracie wzroku cierpiała na depresję: „wszystko działo się w mojej głowie, to ja się wykluczyłam ze społeczeństwa, głowa jest pierwszą i najważniejszą barierą, jaką należy pokonać. Nie można wszystkiego zwalić na innych. Wiele zależy od nas. Trzeba z ludźmi rozmawiać, nie bać się, pytać. Ludzie pomagają, ale najpierw to ja musiałam dać sobie pomoc. Nie wchodzi w grę postawa roszczeniowa. Są takie osoby i to one robią nam złą reklamę”. Respondentka zwracała uwagę, iż wyżej wymieniona postawa roszczeniowa jest złą drogą i nie powinno się w taki sposób postępować. Jej zdaniem kolejnym krokiem w kwestii inkluzji społecznej powinno być przekonanie pracodawców, by zatrudniali osoby z niepełnosprawnościami. Są wprawdzie zakłady chronione, w których pracują osoby niepełnosprawne, ale takie instytucje nie są nastawione na rozwój

20 K. Frysztański, *Socjologia problemów społecznych*, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2009s. 152.

21 K. W. Frieske (red.), *Utopie inkluzji. Sukcesy i porażki programów reintegracji społecznej*, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 2004, s. 12.

22 <http://www.dw.de/profesor-jo-jerg-inkluzja-spo%C5%82eczna-zaczyna-si%C4%99-w-naszycyg%C5%82owach/a-17089914> (data dostępu: 03.03.2015).

pracowników. Respondentka formułuje następujący postulat: „chciałabym spróbować na otwartym rynku pracy”. Zaraz jednak dodaje: „pracodawcy poszukują takich, którzy wykonają daną pracę, a naszym celem powinno być pokazanie, że sobie poradzę. Kiedy pracodawca poszukuje pracownika, nie powinien zwracać uwagę, czy kandydat jest zdrowy, czy chory, a ma wykonać pracę. Większość pracodawców nie patrzy jednak w taki sposób”.

Postulat dotyczący inkluzji powinien opierać się na założeniu, iż osobom wykluczonym społecznie, np. niepełnosprawnym dzieciom powinno się stworzyć takie warunki, by mogły uczęszczać do przedszkoli, szkół razem z dziećmi zdrowymi, m.in. po to, by inne dzieci mogły się oswoić z myślą, że nie wszyscy są tacy sami i że jest to coś naturalnego, towarzyszącego ludziom na co dzień.

Inkluzja jest najczęściej postrzegana jako wspólna nauka, bądź praca ludzi pełnosprawnych i nie w pełni sprawnych. Tymczasem Jo Jerg zwraca uwagę na konieczność wypracowania nowego podejścia do osób z niepełnosprawnościami we wszystkich dziedzinach życia, gdyż nie powinna być ona zawężana do wybranych obszarów. Celem powinno być stosowanie zasady równości szans. Dlatego, jego zdaniem, inkluzja dotyczy nie tylko osób z niepełnosprawnościami, ale obejmuje też inne obszary, jak migracja czy ubóstwo²³.

Przywołane wyżej rozszerzenie pojęcia inkluzji utrudni jej realizację. Celem winno być takie kształtowanie polityki społecznej, by mieć na uwadze wszystkich, a nie wybrane grupy, gdyż artykuł 7 Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka i Obywatela, mówi, iż: „wszyscy są równi wobec prawa i mają prawo, bez jakiegokolwiek różnicy, do jednakowej ochrony prawnej. Wszyscy mają prawo do jednakowej ochrony przed jakąkolwiek dyskryminacją, będącą pogwałceniem niniejszej Deklaracji, i przed jakimkolwiek narażeniem na taką dyskryminację”²⁴.

Na jednym z portali internetowych widnieje tekst rodzica dziecka niepełnosprawnego, który pisał, iż przy wyborze szkoły dla dziecka nie w pełni sprawnego należy wziąć pod uwagę jego umiejętności, gdyż w przeciwnym przypadku możemy narazić i jego i siebie na niepotrzebny stres. Autor stawia pytanie, czy integracja za wszelką cenę zapewni dzieciom to, co najlepsze? Czy nie w pełni sprawne dziecko poradzi sobie w nowym środowisku, opanuje materiał, zostanie zaakceptowane? Szkoła specjalna również może być szansą. A jej wybór w niektórych przypadkach jest lepszy niż decyzja o skierowaniu dziecka do szkoły powszechnej. Autor podkreśla, iż czasami wolniej znaczy lepiej, a w integracji nie ma czasu na małe kroki. Obecność osoby z niepełnosprawnością w szkole ma

23 Tamże.

24 http://www.unesco.pl/fileadmin/user_upload/pdf/Powszechna_Deklaracja_Praw_Czlowieka.pdf (data dostępu: 12.04.2015).

sens tylko wówczas, kiedy realizuje ten sam program nauczania. Wówczas dziecko czuje się potrzebne i jednocześnie staje się częścią klasy szkolnej²⁵.

Powyższy tekst wywołał ożywioną dyskusję, pojawiły się komentarze wskazujące, że jeżeli możliwe jest skrzywdzenie dziecka przez integrację, to znaczy, że system jest zły. Internauci wskazywali na braki systemu i postulowali, iż w miejsce integracji, którą rozumieli jako „wdrażanie osób niepełnosprawnych w system równoległe funkcjonujący” należy wprowadzić inkluzję, czyli „wtopienie tych osób w społeczeństwo, przystosowując otoczenie – szkoły, zakłady pracy, przedszkola itp”. Podkreślali jednocześnie, iż celem winno być praktycznie przystosowanie obu grup do życia razem (inkluzja), a nie obok siebie (integracja)²⁶.

Takie inicjatywy mają już miejsce, przykładem może być Zespół Szkół Integracyjnych nr 1 w Białymstoku (Szkoła Podstawowa nr 45 z oddziałami integracyjnymi oraz publiczne Gimnazjum nr 17). Klasy liczą po 20 osób, z czego 25% stanowią osoby z różnego rodzaju niepełnosprawnościami. Podczas każdej lekcji obecnych jest dwóch nauczycieli jednego przedmiotu: prowadzący oraz wspomagający. Uwaga nauczyciela wspomagającego jest skupiona przede wszystkim na osobach niepełnosprawnych. W większości przypadków osoby niepełnosprawne realizują ten sam program, co dzieci w pełni sprawne.

Dobre praktyki inkluzji społecznej i zawodowej

Bałtowski Park Jurajski

W 2001 roku zamknięto Hutę Ostrowiec, główne miejsce zatrudnienia mieszkańców gminy Bałtów. Sytuacja w regionie uległa pogorszeniu, a poziom bezrobocia osiągnął ponad 35%. Reakcją na zaistniałą sytuację stanowiło zarejestrowanie przez mieszkańców Stowarzyszenia na rzecz Rozwoju Gminy Bałtów „Bałt”. Członkowie poszukiwali wspólnie sposobu wykorzystania walorów krajobrazu. Takie działania miały w rezultacie za zadanie ożywienie gminy i rozwój turystyki. Stworzono pierwszy w Polsce Park Jurajski, który wpłynął na rozwój gminy i zmniejszenie bezrobocia. Bałtów odwiedza obecnie kilkaset tysięcy turystów rocznie (w 2009 roku ponad 500 tysięcy). W latach 2002-2007 działalność parku była współfinansowana przez fundusze unijne oraz dotacje prywatne. Z czasem przychody placówki zwiększały się, a w 2011 roku stała się ona samowystarczalna ekonomicznie²⁷.

25 <http://www.damy-rade.org/rodzina/rodzice-malzonkowie-i-opiekunowie/1913-integracja-dla-kazdego.html> (data dostępu: 02.03.2015).

26 Tamże.

27 *Atlas dobrych praktyk inkluzji społecznej i...*, s. 77-80.

Pensjonat „U Pana Cogito”

Osoby z problemami natury psychicznej (ok. 4% wszystkich Polaków), często nie podejmują pracy zawodowej. Wynika to niejednokrotnie z uniemożliwienia zdobycia potrzebnych umiejętności. Ponadto pracodawcy obawiają się zatrudniać osoby z problemami psychicznymi. Szukając wyjścia z takiej sytuacji Stowarzyszenie Rodzin „Zdrowie Psychiczne” oraz Stowarzyszenie na rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej – otworzyły w 2003 roku pensjonat „U Pana Cogito” zatrudniający osoby z zaburzeniami psychicznymi²⁸.

Przeszkolono trzydzieści osób z problemami natury psychicznej. Przy czym w 2001 roku piętnaście z nich znalazło zatrudnienie w pensjonacie. „U Pana Cogito” w 2011 roku pracowało trzydzieści osób, w tym zdecydowana większość: dwadzieścia jeden z nich miało za sobą kryzysy psychiczne. Istotne jest, iż zatrudnione w placówce osoby zdrowe stanowią wsparcie dla pracowników chorujących. Pomagają im rozwiązywać codzienne problemy, a jednocześnie uczą, w jaki sposób należy postępować w trudnych sytuacjach. Pensjonat ma w swojej ofercie staże zawodowe, np. „Profesjonalny pracownik hotelu” przystosowane do osób z zaburzeniami psychicznymi. Cel stażu to przygotowanie uczestników do zatrudnienia w innych miejscach, na otwartym rynku pracy. Pensjonat, jako zakład aktywizacji zawodowej korzysta z pomocy PFRON, który refunduje osobom niepełnosprawnym wynagrodzenie. Stopień samowystarczalności przedsięwzięcia w 2011 roku wyniósł 45%²⁹.

Inkluzja w edukacji – przykład białostocki

Projekt edukacyjny „Przez trudy do gwiazd. Zajęcia wyrównawcze i pozalekcyjne dla uczniów Szkoły Podstawowej nr 26 w Białymstoku” był realizowany w roku szkolnym 2012/2013 w Szkole Podstawowej nr 26 im. Stanisława Staszica w Białymstoku. W przedsięwzięciu wzięło udział 179 uczniów z klas IV-VI. Zrealizowano łącznie 1474 godziny dodatkowych zajęć edukacyjnych, w tym 1080 godzin rozwijających kompetencje kluczowe³⁰.

Za główne cele projektu obrano „zmniejszenie dysproporcji w osiągnięciach edukacyjnych oraz zwiększenie dostępu do pozalekcyjnej oferty edukacyjnej wśród uczniów klas IV-VI napotykających na bariery

28 Tamże, s. 130-131.

29 Tamże, s. 131-132.

30 A. Młynarczuk-Sokołowska, K. Szostak-Król, *Edukacja ku różnorodności i inkluzji na przykładzie projektu Przez trudy do gwiazd*, [w:] A. Młynarczuk-Sokołowska, K. Szostak-Król (red.), *Różnorodność – Aktywność twórcza – Inkluzja w edukacji*, Białystok 2013, s. 79.

środowiskowe poprzez realizację dodatkowych godzin edukacyjnych³¹. Nauczyciele dostrzegali nierówności w zakresie szans edukacyjnych wszystkich uczniów, a w szczególności pochodzących z rodzin dysfunkcyjnych, ubogich oraz wielodzietnych. Projekt został skierowany w sposób szczególny do wychowanków wykazujących problemy w nauce, uczniów zdolnych, którzy nie mają możliwości uczestnictwa w dodatkowych zajęciach oraz uczniów-uchodźców z Czeczenii. Grupę docelową wyłoniono spośród uczniów potencjalnie narażonych na wykluczenie. O zakwalifikowaniu do projektu decydowała obserwacja oraz wyniki sprawdzianów. W ramach działań projektowych prowadzono zajęcia mające na celu kształtowanie kompetencji miękkich, m.in. pracy w zespole, niwelowania bariery językowej wśród uczniów-uchodźców³². Analiza wyników ewaluacyjnych projektu wskazała wzrost wiedzy i umiejętności w zakresie kompetencji kluczowych uczniów rekrutowanych do projektu. W efekcie zrealizowanych działań zmniejszyła się liczba wychowanków kierowanych do poradni psychologiczno-pedagogicznych, a zwiększyła się liczba uczniów rozwijających swoje talenty w różnych placówkach oświatowych³³.

Podsumowanie

Inkluzja społeczna jest tematem złożonym oraz dynamicznym. Trudność we wprowadzeniu odpowiednich uwarunkowań prawnych i organizacyjnych, mających za zadanie przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu polega na tym, że działania inkluzyjne nie powinny być rozpatrywane w aspekcie uniwersalności, ponieważ poszczególne grupy dotknięte ekskluzją społeczną wymagają specyficznych, nie zawsze podobnych działań. W artykule wskazano, że mimo iż zarówno starsze kobiety doświadczające przemocy, jak i osoby z niepełnosprawnością w wielu przypadkach dokonują dobrowolnej ekskluzji społecznej, to aby przeciwdziałać wykluczeniu wymagają one zupełnie innych form wsparcia.

Niewątpliwie, mimo różnorodności uwarunkowań stanowiących przyczyny ekskluzji społecznej, osoby wykluczone wymagają także zaspokojenia wspólnych potrzeb, czyli potrzeby bezpieczeństwa, bycia zauważonym oraz poczucia, że jest się potrzebnym. Praktycy z Centrum Wsparcia Studentów i Doktorantów Niepełnosprawnych Uniwersytetu w Białymstoku zwracają uwagę, że zaspokojenie powyższych potrzeb wcale nie jest łatwe. Zwracają także uwagę na następujące dylematy stojące przed inkluzją społeczną: w jakim stopniu wspomagać zakładanie rodziny osobom z niepełnospraw-

31 Tamże, s. 79.

32 Tamże, s. 81-84.

33 Tamże, s. 85.

nościami? Jak rozwiązać kwestię seksualności osób z niepełnosprawnością psychiczną: czy dbać o edukację i rozwój potrzeb, czy też dyscyplinować, by uczucia do odmiennej płci nie rozwijały się? Podobnych dylematów można znaleźć więcej, a poszukiwanie rozwiązań nie jest proste.

Selected Aspects of Social Inclusion

The article is devoted to the subject of social inclusion, in particular the legal and organisational solutions supporting inclusive measures. An analysis of the phenomenon of social inclusion was also conducted based on the example of selected social groups - single parents, disabled adults, the elderly, as well as parents of disabled children. Finally, examples are provided of selected measures already introduced in Poland to promote social and workplace inclusion (so called good practice).

Bibliografia

Akty prawne:

Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 1997 nr 123 poz. 776 z późn. zm.)

Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i wolontariacie (Dz.U. 2003 nr 96 poz. 873 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (Dz.U. 2003 nr 122 poz. 1143 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 29 stycznia 2004r. Prawo zamówień publicznych (Dz.U. 2004 nr 19 poz. 177 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. 2004 nr 99 poz. 1001 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 27 kwietnia 2006 r. o spółdzielniach socjalnych (Dz.U. 2006 nr 94 poz. 651 z późn. zm.).

Literatura

Atlas dobrych praktyk inkluzji społecznej i zawodowej. Finanse etyczne na rzecz aktywnej Europy, Warszawa 2011. http://www.ngo.pl/files/wiadomosci.ngo.pl/public/korespondenci/portals_ekonomiaspoleczna/AE.pdf (data dostępu: 02.03.2015)

Council of the European Union, 2004, *Joint report by the Commission and the Council on social inclusion*, Council (Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs) to: European Council.

- Frieske K.W. (red.), *Utopie inkluzji. Sukcesy i porażki programów reintegracji społecznej*, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 2004.
- Frysztański K., *Socjologia problemów społecznych*, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2009.
- Frysztański K., *Wokół istoty „społecznego wykluczania” oraz „społecznego włączania”*, [w:] J. Grotowska-Leder, K. Faliszek, (red.), *Ekсклюzja i inkluzja społeczna. Diagnoza – uwarunkowania – kierunki działań*, Wydawnictwo Edukacyjne Akapit, Toruń 2005.
- Halicka M., Halicki J., Kramkowska E., *Przemoc wobec starszych kobiet w związkach małżeńskich/partnerskich. Raport krajowy Polska*, Białystok 2010. http://www.ipvow.org/images/ipvow/reports/IPVoW_Poland_polska_final.pdf (data dostępu: 12.04.2015).
- Halicka M., Halicki J., Czykier K., Kramkowska E., Laskowska K., Szafranek A., *Nigdy nie jest za późno... Raport. Badania polskie*, Białystok 2013. http://www.ipvow.org/images/ipvow/manuals/Poland_case_file_analysis_Polish_version.pdf (data dostępu: 12.04.2015).
- Informacja o funkcjonowaniu Centrów i Klubów Integracji Społecznej dla Sejmu i Senatu RP z dnia 31 lipca 2012*, www.mpips.gov.pl/.../sprawozdanie_Sejm_CIS-KIS1_29.06.12.pdf (data dostępu: 10.04.2015)
- Kompetencje kluczowe. Realizacja koncepcji na poziomie szkolnictwa obowiązkowego*, Bruksela 2002.
- Młynarczuk-Sokołowska A., Szostak-Król K., *Edukacja ku różnorodności i inkluzji na przykładzie projektu Przez trudy do gwiazd*, [w:] A. Młynarczuk-Sokołowska, K. Szostak-Król (red.), *Różnorodność – Aktywność twórcza – Inkluzja w edukacji*, Białystok 2013.
- Olechnicki K., Załęcki P., *Integracja społeczna*, [w:] *Słownik socjologiczny*, Graffiti BC, Toruń 2004.

Strony internetowe:

- www.bazy.ngo.pl (data dostępu: 03.03.2016).
- <http://www.damy-rade.org/rodzina/rodzice-malzonkowie-i-opiekunowie/1913-integracja-dla-kazdego.html> (data dostępu: 02.03.2015).
- <http://www.dw.de/profesor-jo-jerg-inkluzja-spo%C5%82eczna-zaczyna-si%C4%99-w-naszyc-g%C5%82owach/a-17089914> (data dostępu: 03.03.2015).
- http://www.unesco.pl/fileadmin/user_upload/pdf/Powszechna_Deklaracja_Praw_Czlowieka.pdf (data dostępu: 12.04.2015).
- http://wspomagane-zatrudnianie.pl/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=26&Itemid=34 (data dostępu: 12.04.2015).

Obciążenie i satysfakcja opiekuna nieformalnego sprawującego opiekę nad osobą z otępieniem w chorobie Alzheimera

Wstęp

Choroba Alzheimera jest chorobą zwyrodnieniową mózgu, która powoduje narastające trudności poznawcze oraz zaburzenia zachowania i doprowadza do całkowitego wycofania się z życia. Obraz kliniczny choroby jest zróżnicowany, a chory w miarę jej postępu potrzebuje opieki w coraz szerszym zakresie.

Wyróżnia się trzy stadia rozwoju choroby¹. Pierwsze stadium trwa od 2 do 5 lat i objawia się głównie zaburzeniami pamięci bieżącej, trudnościami w nauce nowych rzeczy. Podczas rozmowy chory często powtarza te same zdania i opowieści, brakuje mu słów, bywa apatyczny. Zapomina o swoich obowiązkach, jest mniej wydajny w pracy. Drugie stadium trwa najdłużej, od 2 do 12 lat, i objawia się zaburzeniami pamięci krótko- i długotrwałej, narasta niechęć do jakichkolwiek zmian, wykonywania czynności higienicznych, chory unika towarzystwa. Coraz częściej występują zaburzenia zachowania (agresja, objawy psychotyczne), zaburzenia rytmu dnia, pojawia się objaw uporczywego chodzenia. Stopniowo chory przestaje być samodzielny, ubożeje mowa, w końcowym etapie tego okresu nie rozpoznaje opiekuna. W trakcie trzeciego stadium, które trwa od roku do 3 lat, następuje całkowita utrata samodzielności, chory ma problemy z połykaniem, nie czuje głodu i spędza czas głównie w łóżku. Bezpośrednią przyczyną śmierci jest najczęściej zapalenie płuc.

Jedną z konsekwencji demograficznego starzenia się ludności jest wzrost zachorowalności na choroby związane z wiekiem. Do tej grupy należą m.in. choroby neurodegeneracyjne, czyli przede wszystkim otępienia i choroby układu pozapiramidowego. Szacuje się, że obecnie w Europie na chorobę Alzheimera i inne otępienia cierpi około 7,3 mln ludzi, a do 2020

¹ M. Barcikowska-Kotowicz, *Obraz kliniczny choroby Alzheimera – charakterystyka trzech stadiów choroby*, [w:] *Sytuacja osób chorych na chorobę Alzheimera*, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2014.

roku liczba ta prawdopodobnie zwiększy się dwukrotnie². Choroba Alzheimera jest najczęstszą przyczyną otępienia. Według różnych prognoz, w tym Światowej Organizacji Zdrowia, w 2040 roku liczba osób dotkniętych tą chorobą przekroczy 80 mln³.

Opieka nieformalna

Sprawowanie opieki nad osobą chorą na chorobę Alzheimera wymaga od opiekuna, oprócz regularnej pomocy i wsparcia, zmian w społecznym, zawodowym i rodzinnym funkcjonowaniu. W początkowym etapie choroby osoby są w pełni sprawne, samodzielne, często mieszkają same, a opiekun odwiedza je codziennie, robiąc zakupy i przygotowując posiłki. Wraz z postępem choroby zanika pamięć, następuje utrata nabytych umiejętności życiowych, stopniowe pogarszanie funkcji poznawczych. Chory staje się wrogi w stosunku do otaczającego świata, który wydaje mu się obcy i niezrozumiały, często jest agresywny wobec najbliższych⁴.

Opieka nieformalna w literaturze przedmiotu definiowana jest jako regularne świadczenie pomocy i wsparcia osobie starej, niepełnosprawnej, z którą opiekun pozostaje w bliższej relacji. Opiekun nieformalny nie wykorzystuje sytuacji podopiecznego dla swoich potrzeb.

W Polsce opiekunami nieformalnymi osób chorych na chorobę Alzheimera są członkowie rodziny. Wynika to zarówno z kulturowych uwarunkowań – opiekun nieformalny stanowi najbardziej preferowaną i naturalną formę opieki dla osoby starej i niepełnosprawnej, jak i z braku instytucjonalnego wsparcia. Znikoma jest liczba ośrodków przystosowanych dla pacjentów z chorobą Alzheimera. W tradycji polskiej rodzina spełnia podstawowe funkcje opiekuńcze w stosunku do osób starych i niepełnosprawnych⁵. Jest najważniejszą instytucją zaspokajania potrzeb, daje wsparcie i zapewnia poczucie bezpieczeństwa⁶. Środowisko ro-

2 G. Opala, *Starzenie się społeczeństwa – aktualne dane, prognozy demograficzne i rekomendacje wynikające z polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej*, [w:] *Sytuacja osób chorych na chorobę Alzheimera*, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2014.

3 T. Gabryelewicz, *Epidemiologia choroby Alzheimera*, [w:] *Sytuacja osób chorych na chorobę Alzheimera*, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2014.

4 A. Sadowska, *Organizacja opieki nad chorym na chorobę Alzheimera w Polsce*, [w:] *Sytuacja osób chorych na chorobę Alzheimera*, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2014.

5 B. Bień, Z. B. Wojszel, J. Wilmańska, J. Sienkiewicz (red.), *Starość pod ochroną. Opiekunowie rodzinni niesprawnych osób starych w Polsce. Porównawcze studium środowiska miejskiego i wiejskiego*, Oficyna Wydawnicza TEXT, Kraków 2001.

6 B. Synak (red.), *Ludzie starzy w warunkach transformacji ustrojowej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2000.

dzinne jest optymalnym miejscem dla starzejącej się osoby⁷. Również dla chorych z otępieniem rodzina jest główną instytucją opiekuńczą. Przeszło 90% chorych przebywa w domu od początku choroby aż do śmierci⁸. Najczęściej opiekę sprawuje współmałżonek (50-70% przypadków), który ma ukończone 70 lat, często sam jest schorowany, wymaga wsparcia i oczekiwałby spokoju na starość. Na drugim miejscu są dorosłe dzieci, dla których łączenie opieki z pracą zawodową i obowiązkami rodzinnymi niejednokrotnie okazuje się niemożliwe, szczególnie w późnych etapach choroby⁹. Bardzo rzadko taką rolę pełni dalszy krewny, znajomy, sąsiad lub opiekun instytucjonalny. Z reguły opiekę sprawują kobiety – córki lub synowe, czasami wnuczki.

Żaden z opiekunów w momencie postawienia diagnozy nie jest przygotowany do rozpoczęcia opieki, którą na pewnym etapie choroby będzie musiał sprawować przez całą dobę. Podejmuje się tego, bo tak został wychowany i uważa to za swój obowiązek, i dopiero w trakcie sprawowania opieki uświadamia sobie i odczuwa, jakiego zadania się podjął. Potwierdzono, że opieka nad osobami z otępieniem stanowi większe obciążenie i stres dla opiekuna niż w przypadku osób starych chorych somatycznie¹⁰. Intensywność i długotrwałość opieki wpływa na rodzinne, zawodowe i społeczne funkcjonowanie opiekuna, musi on zreorganizować dotychczasowy model życia. Bardzo często opiekun musi zrezygnować z pracy, wycofać się z życia społecznego, ograniczyć kontakty towarzyskie. Często pojawia się również napięcie i konflikty w relacjach partnerskich, rodzinnych. To wszystko jest źródłem długotrwałego stresu prowadzącego do fizycznego i psychicznego wyczerpania, często depresji. Obciążenia, których doświadcza opiekun, dotyczą sfery psychicznej, fizycznej, materialnej. Do czynników, które wpływają na wzrost odczuwanego przez opiekuna obciążenia, należą: płeć żeńska, podeszły wiek, współmałżonek, niższe wykształcenie, niski status materialny i społeczny, wyższy poziom odczuwanego stresu, gorszy psychiczny i somatyczny stan zdrowia, utrata zażyłości z podopiecznym w trakcie choroby, słabsza relacja z pacjentem sprzed choroby, mniej dojrzały typ osobowości, słabe mechanizmy radzenia sobie ze stresem¹¹. Brak wsparcia rodzinnego, społecznego,

7 Z. Szarota, *Gerontologia społeczna i oświatowa. Zarys problematyki*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej w Krakowie, Kraków 2004.

8 A. Klich-Rączka, *Organizacja opieki nad chorym z otępieniem*, [w:] *Diagnostyka i leczenie otępień. Rekomendacje zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego*, MediSfera, Otwock 2011.

9 A. Sadowska, *Organizacja opieki nad chorym na chorobę Alzheimera w Polsce...*

10 A. Klich-Rączka, *Organizacja opieki nad chorym z otępieniem...*

11 W. Rachel, W. Datka, T. Zyss, A. Zięba, *Obciążenie opiekunów pacjentów z otępieniem w chorobie Alzheimera*, „Gerontologia Polska”, 2014, nr 22(1), s. 14-23.

instytucjonalnego, wycofanie z życia zawodowego, utrata relacji społecznych, konflikty wewnątrzrodzinne zwiększają poczucie obciążenia u opiekuna nieformalnego, co z kolei wpływa na występowanie depresji. Narastające zaburzenia zachowania i objawy psychotyczne u osób z chorobą Alzheimera obciążają i nasilają objawy depresyjne u opiekunów, zwłaszcza kobiet, bardziej niż upośledzenie funkcji poznawczych chorych i brak samodzielności w codziennych czynnościach¹². Zmiana osobowości chorego, zaburzenia zachowania, zaburzenia psychotyczne i afektywne, deficyty poznawcze (w mniejszym stopniu), coraz mniejsza samodzielność chorego, aż do jej utraty, brak wsparcia oraz brak umiejętności potrzebnych do sprawowania opieki to czynniki wpływające na wzrost obciążenia odczuwanego przez opiekuna związane z przebiegiem choroby, leczeniem oraz postępowaniem z chorym¹³. Mocno obciążająca dla opiekunów chorych z otępieniem alzheimerowskim jest świadomość nieuchronności postępu choroby, braku skutecznego leczenia, poczucia sensu opieki.

Charakterystyka respondentów

W przeprowadzonym badaniu pilotażowym posłużono się pogłębionym wywiadem jakościowym, częściowo ustrukturalizowanym. Wywiady przeprowadzono z 12 opiekunami. Respondentami są opiekunowie rodzinni osób z otępieniem w chorobie Alzheimera i w większości przypadków są to kobiety, dzieci podopiecznych, współmałżonkowie oraz w jednym przypadku synowa. Najmłodszy z opiekunów ma 54 lata, najstarszy 82 lata. Część osób jest na emeryturze, większość z racji pełnionej opieki musiała zrezygnować z pracy, ale jedna osoba pracuje w pełnym wymiarze, a inna na pół etatu, zatrudniając jednocześnie opiekunkę. Dwóch opiekunów mieszka osobno, ale codziennie przyjeżdża do domu podopiecznego (pierwsze stadium choroby pozwala na taką możliwość), pozostali mieszkają wspólnie. Respondenci mają średnie lub wyższe wykształcenie i są mieszkańcami dużego miasta. W przypadku opiekunów dojeżdżających czas opieki wynosi minimum 6 godzin codziennie, pozostali pełnią ją przez cały czas. Jeden z respondentów 10 miesięcy wcześniej podjął decyzję o umieszczeniu chorego w domu opieki; sam opiekę sprawował codziennie przez 8 lat. Badani różnią się ze względu na czas od zdiagnozowania choroby i etap choroby; większość pełni opiekę już od kilku lat, a ich podopieczni są obecnie najczęściej w drugim, rzadziej

12 K. Kosmala, I. Kłoszewska, *The burden of providing care for Alzheimer's disease patients in Poland*, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2004, nr 19, s. 191–193.

13 W. Rachel, W. Datka, T. Zyss, A. Zięba, *Obciążenie opiekunów pacjentów z otępieniem...* s. 14–23.

w pierwszym stadium choroby Alzheimera. Dwoje respondentów dopiero od kilku miesięcy sprawuje opiekę (pierwszy etap choroby), jedna osoba pełni ją od 9 lat i coraz częściej myśli o oddaniu podopiecznego do odpowiedniej instytucji. Wiek podopiecznych waha się w przedziale od 72 do 91 lat, jest jeden mężczyzna, a pozostałe osoby to kobiety. Wykształcenie od podstawowego do wyższego.

Rozmowy

Badani na początku rozmowy poproszeni zostali o zdefiniowanie pojęcia „opieka”. Oznacza ono dla nich pomoc drugiej osobie w każdym zakresie, bez względu na czas i sytuację potencjalnego opiekuna; rodzaj wsparcia fizycznego i mentalnego. W dalszej kolejności byli pytani o przyczyny podjęcia opieki. Każdy traktował to jako naturalną kolej rzeczy: kiedyś rodzice się opiekowali, teraz to dzieci powinny, tak zostali wychowani. Nazywali to długiem wdzięczności za pomoc i wsparcie materialne, psychologiczne od rodziców, teściów. Dla małżonków równie oczywista była opieka nad osobą, z którą przeżyli tyle wspólnych lat, nawet nie traktowali tego w kategorii opieki. Respondenci odpowiadali, że opieka należy do rodziny, do dzieci, a oddanie starego i chorego członka rodziny do ośrodka instytucjonalnego uważali za ostateczność.

Osoby czynne zawodowo, w momencie gdy choroba zaczęła się rozwijać, odeszły z pracy, ponieważ nie potrafiły dłużej łączyć czasu pracy z opieką. Jeden z opiekunów, który pracował, miał nienormowany czas pracy, a jego mama była jeszcze na tyle samodzielna, że wystarczało codzienne odwiedzanie jej w domu. Druga osoba pracująca na pół etatu korzystała odpłatnie z opiekunki. Swoją sytuację finansową badani określali jako trudną, ale nie bardzo złą. Żaden z respondentów nie wymieniał materialnego obciążenia w pierwszej kolejności.

Analizując obszar społecznego funkcjonowania badanych, ich relacje towarzyskie, udział w życiu społecznym i kulturalnym, bardzo wyraźnie można było dostrzec deprywację potrzeb. Ze względu na ilość obowiązków, intensywność opieki musieli zrezygnować z dotychczas realizowanych zainteresowań, z wyjazdów, spotkań towarzyskich. Niektórzy opiekunowie byli wspierani przez swoje dzieci. Pozwalało to na rzadkie wyjścia do kina czy teatru, spotkania ze znajomymi. Niestety, jak wynika z odpowiedzi badanych, nie był to dla nich odpoczynek; z reguły zastanawiali się, co w tym czasie dzieje się w domu, czy chory otoczony jest odpowiednią opieką, nie potrafili koncentrować się na czerpaniu przyjemności z czasu wolnego. Z podobnych powodów nie korzystali z pomocy profesjonalnych opiekunów czy formalnych instytucji, w których mogliby na jakiś czas zostawić

chorego i w tym czasie pozwolić sobie na urlop. Na wsparcie krewnych rzadko mogli liczyć.

Pytani o relacje wewnątrzrodzinne, szczególnie w przypadku, gdy małżonkowie wspólnie pełnili opiekę, choć zawsze jeden z nich był opiekunem głównym, nie uważali, że nastąpiło pogorszenie jakości relacji między nimi. Pojawiały się negatywne emocje, jak złość na żonę, że tyle uwagi poświęca ojcu lub mamie, zazdrość o uczucia i troskliwość, jakie im okazuje, ale opiekunowie zgodnie twierdzili, że nie powoduje to poważniejszych konfliktów między nimi. Warto tutaj zaznaczyć, że głównymi opiekunami w relacji rodzice – dzieci były zawsze kobiety, nawet jeśli opieka dotyczyła mamy męża – wtedy mąż pełnił rolę pomocniczą, na zasadzie wsparcia rodzinnego.

Zasadniczą kwestią w przeprowadzanych wywiadach było pytanie o poczucie obciążenia i satysfakcji z pełnionej opieki. Przez opiekunów obciążenie definiowane było jako coś, co przeszkadza w codziennym funkcjonowaniu, a ma związek z różnymi trudnymi sytuacjami i sprawami, które trzeba rozwiązać. Satysfakcja z kolei utożsamiana była z zadowoleniem, zadowoleniem z tego, że pomogło się drugiej osobie, że zrobiło się coś dobrego. Respondenci pytani o swoje poczucie obciążenia w pierwszej kolejności mówili o pogorszeniu jakości życia, o całkowitym zreorganizowaniu modelu, według którego żyli do tej pory. „Nie można żyć tak, jak żyłam, nie można nigdzie wyjechać” (p. Marta), „jest się cały czas uwięzonym, tu i teraz” (p. Barbara), „prawie w ogóle nie wychodzimy” (p. Irena), „coraz rzadziej spotykam się z przyjaciółką” (p. Małgorzata). Zaburzenia rytmu swojego życia, rezygnacja z przyjemności, brak perspektyw na zmianę tej sytuacji. Silnie obciążającym psychicznie czynnikiem była świadomość beznadziejności wynikającej z nieuchronnego postępu choroby, braku jakichkolwiek szans na poprawę. Badani bardzo często porównywali swoich podopiecznych do dzieci w zakresie braku samodzielności, stałego otaczania opieką, zachowania. Zasadnicza różnica dotyczy oczywiście braku postępów, dziecku się pomaga, uczy, ono się rozwija i to jest radosne; chory z otępieniem w chorobie Alzheimera nie robi natomiast żadnych postępów, jest coraz gorzej, co wywołuje u opiekunów smutek i przygnębienie, „cierpienie, że choroba się posuwa, że nic nie można z tym zrobić” (p. Magda). Opiece często towarzyszą negatywne emocje, jak frustracja, złość, gniew, zniecierpliwienie. Wynikają one w zasadniczej mierze z objawów klinicznych choroby: deficytów pamięci, powtarzalności zachowań, braku wglądu, agresji, spowolnienia psychoruchowego, zaburzonej fizjologii. Świadomość, że na pewnym etapie choroby podopieczni nie będą już rozpoznawać swoich bliskich, była jedną z bardziej obciążających psychicznie; było im trudno nawet to sobie wyobrazić. Respondenci mówili również o obciążeniu fizycznym. Część z osób, szczególnie współmałżonkowie, była w wieku, któremu towarzyszy wiele chorób przewlekłych. Młodzi

skarżyli się na stałe bóle kręgosłupa, stawów, ciągłe zmęczenie, bóle głowy. Pytani o stany depresyjne, stres odpowiadali, że często czują się przygnębieni, mają obniżony nastrój, mało rzeczy ich cieszy, ale nie nazywali tego depresją. Pomocne w takich stanach były spotkania grupy wsparcia, gdzie mogli o wszystkim, co związane z chorobą, opowiedzieć, wiedząc, że będą zrozumiani, i posłuchać innych, którzy są w podobnej sytuacji. Doraźnie korzystali z pomocy farmakologicznej, część wróciła do palenia, alkohol, jak twierdzili, spożywali sporadycznie.

Znacznie trudniej było uzyskać odpowiedź na pytanie dotyczące satysfakcji z pełnionej opieki. Nie wynikało to z niechęci respondentów czy braku narzędzi do precyzyjnego sformułowania swoich emocji, ale większość nie potrafiła analizować sprawowanej opieki w takim aspekcie. „Nie wiem, czy w ogóle może być jakaś satysfakcja” (p. Marta), „przy tej chorobie nie ma satysfakcji, robi się to, co jest obowiązkiem” (p. Irena), „teraz jej nie ma, może później to odczuję” (p. Barbara). Jeśli respondenci mówili o satysfakcji, to miała ona związek głównie z sytuacjami, kiedy podopieczny zrobił coś poprawnie, kiedy odnosiło się wrażenie, że coś zapamiętał, z wykonywanych przez chorego drobnych rzeczy. Jedna osoba mówiła, że czuje satysfakcję, gdy swoją pomocą i opieką może się odwdzięczyć za to, jak tata pomagał jej w przeszłości. Dla innej była to radość mamy, gdy przychodziła do jej domu, gdy czuła, że jest jej potrzebna.

Pod koniec rozmowy padało pytanie o przyszłość, w tym o możliwość oddania swojego podopiecznego pod opiekę zinstytucjonalizowaną. Jedna osoba odpowiedziała, że powoli dojrzewa do tej decyzji, zaczęła szukać odpowiedniego miejsca. Swoją mamą opiekuje się od 9 lat i już dłużej nie ma siły ani cierpliwości, jest coraz gorzej. Kiedyś nie brała tego pod uwagę, teraz coraz częściej uważa to za konieczność. Pozostali badani odpowiadali, że nie wyobrażają sobie oddania bliskiego do ośrodka, ale nie wiedzą, jak będzie, czy starczy im sił, czy będą potrafili sobie poradzić, szczególnie w ostatnim stadium choroby. Niektórzy wyrażali nadzieję, że do tego nie dojdzie, bo chory umrze wcześniej. Mieli też wątpliwości, czy w wybranym ośrodku będzie zapewniona odpowiednia pomoc. Charakterystyczne było, że w odpowiedziach o przyszłość swoich podopiecznych i ewentualne umieszczenie ich w ośrodku respondenci często wspominali, że bliscy zawsze mówili, że jak będą chorzy i niesprawni, to powinni być w domu opieki, a nie przeszkadzać w życiu swoim rodzinom. Jeden z badanych po 8 latach samodzielnego opiekowania się chorą żoną podjął decyzję o umieszczeniu jej w domu opieki. Jak opowiadał, był już bardzo zmęczony fizycznie i psychicznie, sam ma 82 lata. Żona od pewnego czasu go nie rozpoznawała. Do decyzji dojrzewał bardzo długo. Do momentu, gdy przeprowadzany był wywiad, minęło 10 miesięcy od umieszczenia żony w ośrodku. Badany miał duże wątpliwości, czy dobrze zrobił, zastanawiał się, czy źle jej nie traktował, czy wystarczają-

co ją kochał, czy odpowiednio się opiekował. Choć odwiedzał żonę regularnie i widział, że jest zadbana, uśmiechnięta, otoczona profesjonalną opieką, której sam już nie mógł zapewnić, takie myśli ciągle wracały. Sam szukał pomocy w grupie wsparcia, która go znała i widziała, jak troskliwym i kochającym był mężem. Wśród innych odpowiedzi pojawiła się deklaracja jednego opiekuna, że gdy sam nie będzie już w stanie opiekować się bliskim, wspólnie zamieszkają w domu opieki.

Podsumowanie

Przeprowadzone badania pilotażowe pozwoliły uzyskać obraz opiekuna nieformalnego pełniącego opiekę nad osobą z chorobą Alzheimera. Wstępna analiza obszarów zawodowego, społecznego i rodzinnego funkcjonowania ukazała, jak bardzo sprawowana opieka modyfikuje dotychczas pełnione role lub wręcz całkowicie je zmienia. Deprywacja potrzeb, poczucie obciążenia, długotrwały stres, związane z codziennością i intensywnością opieki oraz brakiem perspektyw, niekorzystnie wpływają na kondycję psychofizyczną opiekuna i według badań często są przyczyną depresji i wypalenia. Regularny odpoczynek opiekuna byłby korzystny dla obydwu stron. Niestety, często opiekunowie nie potrafią wyobrazić sobie, że mogliby na pewien czas pozostawić podopiecznego pod opieką innych osób z rodziny czy umieścić w miejscu zapewniającym im taką opiekę. Wynika to zarówno z braku wsparcia ze strony krewnych, jak i niskiej oceny poziomu opieki w Polsce oraz małej liczby ośrodków dla chorych na chorobę Alzheimera. Bardzo trudno znaleźć miejsce również w dziennych domach pobytu, w których chorzy przebywaliby przez kilka godzin, usprawniając się poznawczo i ruchowo, a opiekunowie w tym czasie mogliby powrócić do obowiązków zawodowych¹⁴. Jednak pomimo braku rodzinnego i instytucjonalnego wsparcia, dużego obciążeniu psychicznego i fizycznego respondenci traktowali decyzję o podjęciu opieki jako rzecz oczywistą i zupełnie naturalną. Na zmianę podejścia nie wpłynęły formułowane przed chorobą zdania bliskich, że gdy będą starzy i niesprawni, trzeba oddać ich do domu opieki.

Postawa opiekunów ma silne uzasadnienie kulturowe związane z modelem rodziny rozumianej jako całość, której zadaniem jest dbanie o wszystkich jej członków i spełniającej funkcje wychowawcze, opiekuńcze, emocjonalne, rozwojowe i ekonomiczne¹⁵. Społeczeństwo polskie nadal w tradycyjny sposób odnosi się do kwestii opieki nad osobami starymi

14 A. Sadowska, *Organizacja opieki nad chorym na chorobę Alzheimera w Polsce...*

15 Z. Tyszka (red.), *Współczesne rodziny polskie – ich stan i kierunki przemian*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2001.

i chorymi, członek rodziny jest wskazywany w pierwszej kolejności jako właściwa osoba do sprawowania opieki przez seniorów i potencjalnych podopiecznych.

Różnice w kwestii rozumienia opieki, odczuwanego obciążenia czy satysfakcji wynikały w głównej mierze ze stadium choroby podopiecznego i czasu sprawowanej opieki. W przypadku opiekunów, którzy byli dopiero na początku tej drogi, wiele problemów wydawało się jeszcze niezrozumiałych. Część z nich nie potrafiła pogodzić się z diagnozą, uwierzyć w chorobę swojego bliskiego. Badani, którzy opiekowali się chorym od kilku lat, dużo mówili o swoich negatywnych emocjach i związanym z tym poczuciem winy, o wielorakim obciążeniu i braku lub znikomej satysfakcji. Koniec drugiego etapu choroby i mocno odczuwane obciążenie było bodźcem do rozważań o umieszczeniu chorego w ośrodku. Równocześnie pojawiały się obawy, czy ewentualna decyzja będzie słuszna, czy nie skrzywdzą w ten sposób bliskiego, czy wystarczająco dużo zrobili dla niego. Takie myśli i obawy stanowiły dodatkowe psychiczne obciążenie dla opiekuna. Świadczy o tym przykład respondenta, który po umieszczeniu żony w domu opieki 10 miesięcy wcześniej nadal ma wątpliwości i wyrzuty sumienia – i jest to dla niego obciążające.

Podsumowując, poczucie satysfakcji opiekunów osób dotkniętych chorobą Alzheimera jest znikome. Obciążenie odczuwalne jest w sferze psychicznej, fizycznej oraz w mniejszym stopniu materialnej. Poczucie obciążenia wzrasta wraz z postępem choroby i czasem trwania opieki i – niestety – obciążenie to, szczególnie psychiczne, niekoniecznie zmniejsza się w chwili, gdy chory oddany jest pod opiekę instytucjonalną.

Caregiver's burden and satisfaction in providing care for a person suffering from Alzheimer's disease

The paper presents the situation of an informal caregiver of a person suffering from dementia in Alzheimer's disease. Because of clinical symptoms such as memory impairment and behavioral issues the person requires constant care which in most cases is provided by the closest family member. The psychological and physical condition of a caregiver, the burden and satisfaction of providing care are discussed.

Bibliografia

- M. Barcikowska-Kotowicz, *Obraz kliniczny choroby Alzheimera – charakterystyka trzech stadiów choroby*, [w:] *Sytuacja osób chorych na chorobę Alzheimera*, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2014.
- B. Bień, Z.B. Wojszel, J. Wilmańska, J. Sienkiewicz (red.), *Starość pod ochroną. Opiekunowie rodzinni niesprawnych osób starych w Polsce. Porównawcze studium środowiska miejskiego i wiejskiego*, Oficyna Wydawnicza TEXT, Kraków 2001.
- E. Bojanowska, *Opieka nad ludźmi starszymi*, [w:] P. Szukalski (red.), *Przygotowanie do starości. Polacy wobec starzenia się*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2009.
- T. Gabryelewicz, *Epidemiologia choroby Alzheimera*, [w:] *Sytuacja osób chorych na chorobę Alzheimera*, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2014.
- A. Klich-Rączka, *Organizacja opieki nad chorym z otępieniem*, [w:] *Diagnostyka i leczenie otępień. Rekomendacje zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego*, MediSfera, Otwock 2011.
- K. Kosmala, I. Kłoszewska, *The burden of providing care for Alzheimer's disease patients in Poland*, "International Journal of Geriatric Psychiatry", 2004, nr 19, s. 191–193.
- L. Mazan (red.), *Choroby otępienne. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2011.
- G. Opala, *Starzenie się społeczeństwa – aktualne dane, prognozy demograficzne i rekomendacje wynikające z polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej* [w:] *Sytuacja osób chorych na chorobę Alzheimera*, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2014.
- W. Rachel, W. Datka, T. Zyss, A. Zięba, *Obciążenie opiekunów pacjentów z otępieniem w chorobie Alzheimera*, „Gerontologia Polska”, 2014, nr 22(1), s. 14–23.
- A. Sadowska, *Organizacja opieki nad chorym na chorobę Alzheimera w Polsce* [w:] *Sytuacja osób chorych na chorobę Alzheimera*, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2014.
- B. Synak (red.), *Ludzie starzy w warunkach transformacji ustrojowej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2000.
- Z. Szarota, *Gerontologia społeczna i oświatowa. Zarys problematyki*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej w Krakowie, Kraków 2004.
- Z. Tyszka (red.), *Współczesne rodziny polskie – ich stan i kierunki przemian*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2001.

Indeks osób

A

Albrecht, Gary L. 61
Alzheimer, Alois 165, 166, 167, 168, 169,
170, 172, 173

B

Bandach, Małgorzata 27
Barcikowska-Kotowicz, Maria 165
Barnes, Colin 60, 62
Bień, Barbara 166
Bilewicz, Małgorzata 15
Boryszewski, Paweł 93
Bugajska, Beata 46

C

Chlebowski, Piotr 15
Chodakowska, Maria 126
Cichoń, Ewa 50
Coles, Catherine M. 56
Curie-Skłodowska, Maria 108
Czykier, Krzysztof 46, 156

D

Dankowska, Renata 38
Datka, Wojciech 167, 168
Diener, Ed 15
Dmochowska, Halina 49
Dolińska-Zygmunt, Grażyna 16
Dryżałowska, Grażyna 91
Dubisz, Stanisław 45
Dycht, Marzena 92
Dzięgielewska, Małgorzata 103
Dzięgielewski, Krzysztof 103

F

Faliszek, Krystyna 154
Finkelstein, Vick 61

Firkowska-Mankiewicz, Anna 125, 126
Frieske, Kazimierz Wojciech 158
Frysztacki, Krzysztof 154, 157, 158
Fujita, Frank 15

G

Gabryelewicz, Tomasz 166
Gąciarz, Barbara 62, 64
Gierczyński, Jakub 104, 105
Giryński, Andrzej 126, 131
Głodkowska, Joanna 126, 131
Głowczewska, Anna 129
Golinowska, Stanisława 45
Goodley, Dan 61, 62
Górna, Krystyna 108
Grajewska, Agata 45
Grewiński, Mirosław 59
Grotowska-Leder, Jolanta 154
Gumieniak, Agata 47, 48

H

Halicka, Małgorzata 46, 49, 50, 108, 155,
156
Halicki, Jerzy 46, 50, 108, 151, 155, 156
Hawking Stephen 77
Heszen, Irena 16
Hlond, August 109
Hobfoll, Stevan E. 16, 17

J

Jelonkiewicz, Irena 17
Jerg Jo 158, 159
Juczyński, Zygfryd 15
Juszczak, Justyna 119

K

Kamiński, Aleksander 119
Kantowicz, Ewa 123

Kelling, George L. 56
Kirejczyk, Kazimierz 125
Klich-Rączka, Alicja 167
Kłoszewska, Iwona 168
Kołodziej, Wojciech 124
Kosakowski, Czesław 78
Kosińska-Dec, Katarzyna 17
Kosmala, Katarzyna 168
Kostrzewski, Janusz 125
Kramkowska, Emilia 155, 156
Kreft, Wojciech 38
Królewski, Jarosław 64
Krukowski, Adam 47
Krzyszowski, Jerzy 59, 74

L

Lamb, Ray 32
Lang, Raymond 63
Larkowa, Helena 27
Laskowska, Katarzyna 156
Leder, Stefan 108
Lepalczyk, Irena 120
Leszczyńska-Rejchert, Anna 123
Leszczyński, Marek 47, 48
Levy, Judith A. 61
Ludwiczak, Bolesław 56

Ł

Łój, G. 109
Łukaszewicz, A. 38

M

Magnuszewska-Otulak, Grażyna 33
Majewski, Tadeusz 33
Marszałek, Lidia 92
Masłyk, Tomasz 64
Mela, Jan 77
Mercer, Geof 60, 62
Meyza, J 108
Migaczewska, Ewa 64
Misiuk-Hojło, Marta 108
Młynarczuk-Sokołowska, Anna 161
Moos, Rudolf H. 16

N

Nowakowska, Iwona 45
Nowicka, Agnieszka 94, 124

O

Ochocki, Ryszard 47, 48
Ochoczenko, Helena 94
Ogińska-Bulik, Nina 15
Oliver, Michael 61, 62
Olszewski, Henryk 46
Opala, Grzegorz 166
Owczarek, Lidia 47, 48

P

Pacholec, Małgorzata 107
Panek, Anna 109
Parsons, Talcott 32, 61
Parszowski, Sergiusz 47
Petelski, Adam 46, 50
Pilch, Tadeusz 91, 120, 121
Pisula, Dorota 32

R

Rachel, Wojciech 167, 168
Radlińska, Helena 119, 121
Rasińska, Renata 45
Reber, Arthur S. 46
Roulstone, Alan 62
Ruciński, Janusz 91
Rudnicki, Seweryn 62, 64
Ryan, Joanna 61
Rybka, Izabela 59

S

Sachs, Jonathan 129
Sadowska, Alicja 166, 167, 172
Salon, Agnieszka 165
Samoliński, Bolesław 104, 105
Schaefer, Jeanne A. 16
Sęk, Helena 15, 16
Serafin, Tomasz 47
Sidorczuk, Anna 50
Sienkiewicz, Jerzy 166
Sobierajski, Tomasz 108
Sołtysińska, Grażyna 38

Somers, John 129
Stankiewicz, Andrzej 108
Stojkow, Maria 64
Supera, Donald E. 32
Sury, Bożena 50
Synak, Brunon 166
Szafranek, Anna 151, 155, 156
Szarota, Zofia 109, 167
Szatur-Jaworska, Barbara 108
Szczepankowska, Barbara 33
Szczepański, Jan 120
Szewczuk, Włodzimierz 46
Szostak-Król, Katarzyna 161

T

Theiss, Wiesław 119, 120
Thomas, Carol 62
Thomas, Frank 61
Tobiasz-Adamczyk, B. 109
Turska, Jadwiga 129
Tyszka, Zbigniew 172

U

Ulińska, Magdalena 108

W

Wagner, Iwona 77, 79
Wald, Ignacy 125
Watson, Nick 62
Wilmańska, Janina 166
Wiśniewska-Śliwińska, Hanna 77
Witkowski, Tadeusz 80
Włodarczyk, Karolina 93
Wojszel, Zyta Beata 166
Wyczesany, Janina 125

Z

Zalewski, Dariusz 59
Zaniecki, Florian 121
Zemło, Mariusz 133
Zgólkowa, Hanna 45
Zięba, Andrzej 167, 168
Zych, Adam A. 124
Zyss, Tomasz 167, 168

Ż

Żuchowska-Skiba, Dorota 59, 64
Żuraw, Hanna 126, 127

Noty o Autorach

Małgorzata Bandach

mgr, asystent w Instytucie Społeczno-Humanistycznym Państwowej Wyższej Szkoły Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży. Od blisko 21 lat doradca zawodowy w Powiatowym Urzędzie Pracy w Łomży. Zainteresowania zawodowe i naukowe autorki dotyczą rehabilitacji zawodowej i społecznej osób z różnymi niepełnosprawnościami, problematyki rynku pracy, poradnictwa zawodowego oraz kompetencji społecznych, jako kompetencji zawodowych w aspekcie pracy z osobami odmiennymi kulturowo.

Małgorzata Bilewicz

dr, adiunkt na Wydziale Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu w Białymstoku. Studia magisterskie z zakresu pedagogiki specjalnej, specjalizacja: tyflopädagogika i oligofrenopedagogika. Główne zainteresowania naukowo-badawcze to zagadnienia normalizacji sytuacji życiowej osób niepełnosprawnych oraz rehabilitacja i edukacja dzieci i młodzieży niepełnosprawnej.

Piotr Chlebowski

mgr, Uniwersytet w Białymstoku, zainteresowania badawcze skierowane na skuteczność strategii resocjalizacyjnych i rewalidacyjnych oraz analizy procedur dotyczących aktywizacji, stymulacji i korekty w zakresie socjoterapii, treningów umiejętności społecznych, terapii zajęciowej, rozwoju osobistego i uzależnień. Łączy teorię z bogatym doświadczeniem praktycznym w pracy resocjalizacyjnej i rewalidacyjnej.

Krzysztof Czykier

dr, pedagog, adiunkt w Zakładzie Andragogiki i Gerontologii Edukacyjnej na Wydziale Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu w Białymstoku, członek Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, Stowarzyszenia Ruchu Pedagogów Społecznie Zaangażowanych; zainteresowania naukowe zlokalizowane w obszarze pedagogiki społecznej i andragogiki m.in. uczestnic-

two rodzin wielopokoleniowych w kulturze audiowizualnej, wdowieństwo, biograficzność.

Małgorzata Dzięgielewska

dr, Uniwersytet Łódzki, Zakład Andragogiki i Gerontologii Społecznej, zainteresowania: problemy ludzi starych, kobiet, codzienność jako miejsce uczenia się. Autorka ponad 100 publikacji z zakresu andragogiki i gerontologii społecznej. Współautorka podręcznika: *Podstawy gerontologii społecznej*. Członek Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego i Akademickiego Towarzystwa Andragogicznego.

Krzysztof Dzięgielewski

dr nauk medycznych, specjalista chorób oczu, Klinika Okulistyczna „Jasne Błonia” Sp. z o.o. w Łodzi, Gabinet Okulistyczny K. Dzięgielewski Sp. J. Lekarz praktyk, chirurg witreoretinalny, koordynator licznych badań klinicznych. Autor kilkunastu publikacji z zakresu chorób siatkówki. Członek Polskiego Towarzystwa Okulistycznego, Europejskiego Towarzystwa Witreoretinalnego, Niemieckiego Towarzystwa Okulistycznego i Amerykańskiej Akademii Okulistycznej. Zainteresowania: choroby siatkówki, retinopatia cukrzycowa, zwyrodnienie plamki żółtej związane z wiekiem.

Agata Grajewska

mgr, absolwentka etnologii na Uniwersytecie Warszawskim oraz turystyki i rekreacji w Szkole Głównej Gospodarstwa Wiejskiego, doktorantka na Wydziale Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu w Białymstoku, funkcjonariuszka Policji Komendy Miejskiej Policji w Białymstoku, zainteresowania: działalność prewencyjna w zakresie zapobiegania przemocy w rodzinie.

Małgorzata Halicka

dr hab., prof. UwB, socjolog, gerontolog, kierownik Zakładu Socjologii Edukacji i Gerontologii Społecznej na Wydziale Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu w Białymstoku, członek Rady do spraw Polityki Senioralnej w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, opiekun naukowy

Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Białymstoku i przewodnicząca Rady Programowej UTW.

Jerzy Halicki

dr hab., prof. UwB, prorektor do spraw dydaktycznych i studenckich Uniwersytetu w Białymstoku, kierownik Zakładu Andragogiki i Gerontologii Edukacyjnej na Wydziale Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu w Białymstoku, członek zespołu badawczego w ramach trzech międzynarodowych projektów podejmujących tematykę przemocy wobec starszych kobiet.

Justyna Juszcak

mgr, doktorantka WSNS Pedagogium w Warszawie, terapeuta, edukator dramy i teatru, autorka i koordynatorka wielu projektów edukacyjno-społecznych. Obszar zainteresowań: teatr w twórczej rewalidacji osób z niepełnosprawnością intelektualną, predyspozycje twórcze i kompetencje społeczne osób z niepełnosprawnością intelektualną, zagadnienia normalizacji i emancypacji w pedagogice specjalnej.

Janusz Ruciński

mgr, doktorant w Katedrze Nauk o Rodzinie Wydziału Teologii Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie. Podstawowe zainteresowania badawcze koncentruje na religijności i sposobach zagospodarowania czasu wolnego młodzieży. Interesuje się zagadnieniami związanymi z życiem rodzinnym oraz antropologią ciała.

Agnieszka Salon

mgr, ukończyła studia z zakresu neurologopedii i na co dzień zajmuje się pracą z osobami po udarach, urazach mózgu i z zespołami otępiennymi. Pracuje w niepublicznym zakładzie opieki zdrowotnej w Krakowie. Obszar jej zainteresowań badawczych to procesy starzenia się i wynikające z nich dysfunkcje, jak również opieka nieformalna i sytuacja opiekunów nieformalnych w Polsce. Aktywnie uczestniczy w konferencjach naukowych, pisze artykuły oraz rozpoczęła studia doktoranckie.

Anna Szafranek

dr, adiunkt w Instytucie Prawa i Administracji Państwowej Wyższej Szkoły Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży, członek zespołu badawczego w ramach trzech międzynarodowych projektów podejmujących tematykę przemocy wobec starszych kobiet.

Iwona Wagner

prof. nadzw., pracownik Zakładu Pedagogiki Wydziału Zamiejscowego w Chorzowie, Wyższej Szkoły Bankowej w Poznaniu. Zainteresowania badawcze: adopcja, sieroctwo społeczne, zagrożenia rodziny, wybrane problemy z polityki społecznej.

Hanna Wiśniewska-Śliwińska

dr, dr nauk o zdrowiu, pedagog, religioznawca; pracownik Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie. Główne obszary zainteresowań to profilaktyka, edukacja zdrowotna, szczególnie dzieci i osób starszych oraz podstawy prawne funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Ostatnio prowadzone badania dotyczyły stanu zdrowia seniorów w województwie śląskim oraz profilaktyki onkologicznej.

Mariusz Zemło

dr hab., kierownik Katedry Socjologii Wiedzy i Edukacji w Instytucie Socjologii KUL. Główne obszary badawcze: socjologia wiedzy, socjologia edukacji, socjologia małego miasta. Autor, redaktor i współredaktor ponad 30 książek.

Dorota Żuchowska-Skiba

dr, socjolog Pracownik Akademii Górniczo-Hutniczej w Krakowie. Podstawowe zainteresowania badawcze dotyczą tematyki szeroko pojętej polityki niepełnosprawności, zwłaszcza w kontekście działań nowych ruchów społecznych oraz aktywności obywatelskiej we współczesnym społeczeństwie, a także przemian zachodzących w komunikowaniu pod wpływem nowych technologii medialnych i informatycznych.