

**P.71058**



19071058000000



PEŁNOMOCNIK DO SPRAW  
OSÓB  
NIEPEŁNOSPRAWNYCH

**ANTONINA OSTROWSKA**

**NIEPEŁNOSPRAWNI  
W  
SPOŁECZEŃSTWIE**

Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych



<http://rcin.org.pl>

PAŃSTWOWY FUNDUSZ  
REHABILITACJI OSÓB  
NIEPEŁNOSPRAWNYCH

**Instytut Filozofii i Socjologii PAN  
Zespół Badania Społecznych Aspektów  
Niepełnosprawności pod kierunkiem  
doc. dr hab. Antoniny Ostrowskiej**

**Praca zlecona i sfinansowana przez  
Państwowy Fundusz Rehabilitacji  
Osób Niepełnosprawnych**

ANTONINA OSTROWSKA

NIEPEŁNOSPRAWNI  
W  
SPOŁECZEŃSTWIE



**ANTONINA OSTROWSKA**

71058

**NIEPEŁNOSPRAWNI  
W  
SPOŁECZEŃSTWIE**

**Postawy społeczeństwa polskiego  
wobec ludzi niepełnosprawnych**

(Raport z badań)

Warszawa 1994

<http://rcin.org.pl>

Projekt okładki  
*Ewa Strumillo-Chamiec*

**P. 71058**



Copyright © by Antonina Ostrowska,  
and Wydawnictwo IFiS PAN, 1994

ISBN 83-86166-15-0



Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN  
00-330 Warszawa, ul. Nowy Świat 72, tel. 26-52-31 w. 97  
Wydanie I. Obj. 7,5 ark. wyd., 7 ark. druk.

M. 1. 95  
A 1/95  
<http://rcin.org.pl>

## SPIS TREŚCI

WPROWADZENIE.....	7
<b>Struktura badanej próby .....</b>	<b>15</b>
WYNIKI BADANIA .....	17
<b>Znajomość problemów życiowych osób niepełnosprawnych .....</b>	<b>17</b>
<b>Postrzeganie miejsca osób niepełnosprawnych w społeczeństwie... 23</b>	
Poglądy na integrowanie bądź separowanie niepełnosprawnych w społeczeństwie — model integracyjny i separacyjny .....	23
Ocena stosunku naszego społeczeństwa do inwalidów .....	32
Społeczne wizerunki inwalidów .....	37
Postawy wobec pracy inwalidów. Wymogi a uprawnienia .....	46
Ocena szans inwalidów .....	55
Inwalida jako ciężar dla najbliższych .....	61
Przesady związane z kalectwem .....	68
Ocena ciężkości poszczególnych rodzajów inwalidztwa .....	71
Dystans społeczny w stosunku do osób z różnymi rodzajami inwalidztwa .....	79
<b>Postulaty pomocy dla inwalidów .....</b>	<b>89</b>
<b>Współwystępowanie poszczególnych postaw .....</b>	<b>100</b>
PODSUMOWANIE I WNIOSKI .....	104
SPIS TABEL I WYKRESÓW .....	112





## WPROWADZENIE

Sytuacja życiowa ludzi niepełnosprawnych jest wypadkową wielu czynników. Poza parametrami zdrowotnymi, funkcjonalnymi, psychicznymi decyduje o niej szereg cech mikro- i makrospołecznych. Są to więc zarówno cechy położenia społecznego i sytuacja rodzinna osoby niepełnosprawnej, jak i sytuacja ekonomiczna kraju, obowiązujące regulacje prawne, kierunek polityki społecznej. Te ostatnie czynniki (prawo, polityka społeczna) odzwierciedlają w znacznym stopniu poziom refleksji normatywnej danego społeczeństwa dotyczącej miejsca, jakie w nim zajmują osoby niepełnosprawne. Nie mniej czułym wyznacznikiem tego miejsca są dominujące postawy społeczne w stosunku do tych osób.

Coraz częściej słyzy się ostatnio hasło „integracja osób niepełnosprawnych”. Coraz powszechniejsza jest świadomość szeregu barier (organizacyjnych, architektonicznych, związanych z zatrudnieniem, dostępnością pomocy technicznych itd.) utrudniających tę integrację. Wiele z tych problemów można tłumaczyć trudnościami ekonomicznymi i technologicznymi kraju znajdującego się wciąż jeszcze w nie-najlepszej sytuacji ekonomicznej. Warto się jednak zastanowić, do jakiego stopnia bariery napotykanne przez osoby niepełnosprawne są symptomem obojętności, niewiedzy, niewłaściwych postaw i stereotypów, a więc barier świadomościowych społeczeństwa. Rozpoznanie tych barier, które — intencjonalnie bądź nie — mogą stać się w efekcie czynnikiem marginalizacji społecznej, a nawet dyskryminacji osób niepełnosprawnych, jest ważnym zadaniem dla polityki społecznej.

Problem przyznania osobom niepełnosprawnym właściwego miejsca w społeczeństwie nabiera szczególnej doniosłości teraz, gdy pojawiła się u nas tendencja do „otwierania się” tradycyjnie zamkniętych, separacyjnych form opieki nad niepełnosprawnymi (domy opieki, zakłady zamknięte), a jednocześnie pojawiają się nowe możliwości organizowania właściwej opieki i pomocy w środowisku zamieszkania. Zjawisko to ma zresztą szerszy zasięg, dotyczy bowiem w znacznej mierze osób starszych. Coraz częściej mówi się o ich osamotnieniu i poczuciu nieprzydatności w nawet najlepiej zorganizowanych domach pomocy społecznej, o potrzebie funkcjonowania tych osób w normalnych strukturach rodzinnych, sąsiedzkich itp. Jeżeli jako

społeczeństwo decydujemy się na przyjęcie takiego integracyjnego modelu, szczególnie ważne wydaje się tu rozpoznanie barier, które muszą być przezwyciężone, aby osoby niepełnosprawne mogły jak najpełniej uczestniczyć w życiu społecznym, na równi ze „zdrowymi” czy „sprawnymi” ludźmi.

Nastawienie na typowość i „normę” stwarza nie tylko trudności w zrozumieniu i zaakceptowaniu nietypowych potrzeb ludzi, ale także dostrzeganiu i pamiętaniu o nich. Odgradzanie się od świata niepełnosprawnych jest widoczne nie tylko w codziennych kontaktach społecznych, lecz charakteryzuje także sposób myślenia polityków i decydentów, którzy w swoich decyzjach dotyczących społeczeństwa nie zawsze dostrzegają fakt, że znaczna jego część to osoby niepełnosprawne.

Przy poszukiwaniu szerszego kontekstu społecznego omawianych problemów warto pamiętać o wysokiej pozycji, jaką w hierarchii wartości naszego społeczeństwa zajmuje zdrowie, siła i sprawność fizyczna, a ostatnio także sukces, produktywność i zamożność. Ponadto, społeczeństwo nasze nie ma wyraźnie ukształtowanych, powszechnych wzorów i norm dotyczących pomocy i opieki dla osób starszych i niepełnosprawnych. Jediną taką zinstytucjonalizowaną formą były przez wiele lat różnego rodzaju zakłady zamknięte. Brak jest historycznie ukształtowanej tradycji pomocy społecznej. Powszechna w naszym społeczeństwie jest natomiast tendencja do rygorystycznych ocen i stosunkowo mała tolerancja dla różnego rodzaju dewiacji.

Badania postaw w stosunku do osób niepełnosprawnych są ważnym elementem diagnozy społecznej poprzedzającej lansowanie integracyjnego modelu uczestnictwa osób niepełnosprawnych w społeczeństwie. Dostarczają one informacji na temat aktualnego stosunku naszego społeczeństwa do inwalidów, potocznych ocen i opinii o nich, oczekiwań związanych z zachowaniami osób niepełnosprawnych i prawdopodobnych zechowań w stosunku do nich. (Przez postawę rozumiemy tu względnie trwałe stosunek emocjonalny lub oceniający w stosunku do osób niepełnosprawnych lub też dyspozycję do zachowań w określony sposób w stosunku do nich). Znajomość tych postaw pozwala określić miejsce, jakie „zdrowa i sprawna” większość społeczeństwa przyznaje osobom niepełnosprawnym.

Badania przynoszą odpowiedzi na pytania: do jakiego stopnia jest możliwa, w powszechnej opinii, integracja społeczna inwalidów? Jakie są granice tolerancji ich ograniczeń funkcjonalnych w różnych sytuacjach życiowych? Jakie typy kalectw są najbardziej negatywnie po-

strzegane przez społeczeństwo? W jakich sferach życia to się przede wszystkim przejawia? Jak — zdaniem obywateli naszego kraju — powinny być rozwiązane różne problemy, z którymi stykają się osoby niepełnosprawne?

Badanie nie stawia sobie ambicji wyjaśniania postaw społeczeństwa wobec niepełnosprawnych przy wykorzystaniu jakiejś hipotezy teoretycznej, nie wyjaśnia też mechanizmów kształtowania się tych postaw. Celem badania jest dostarczenie opisu postaw i stereotypów różnych grup społecznych dotyczących niepełnej sprawności w ogóle oraz postaw w stosunku do osób niepełnosprawnych, postaw ukazujących różne systemy wartości respondentów, ich sposoby myślenia, ocenę zjawisk i problemów społecznych. Mówiąc o postawach, mamy na myśli zarówno ich komponent emocjonalno-poznawczy, jak i behawioralny.

Sposób badania postaw społecznych w stosunku do osób niepełnosprawnych zbliżony tu jest do nurtu badań postaw w stosunku do mniejszości etnicznych. W literaturze poświęconej problematyce niepełnej sprawności istnieją liczne koncepcje porównujące sytuację inwalidów z sytuacją grup mniejszościowych (np. narodowych czy religijnych) na zasadzie podobnego miejsca w społeczeństwie, jakie jest przyznawane tym grupom przez „sprawną większość” czy dominującą grupę narodową lub religijną. Autorzy tych koncepcji wskazują tu przede wszystkim na funkcję instytucji specjalnie tworzonych dla osób, którym przyznaje się oddzielne miejsce w społeczeństwie. Są to osobne szkoły, kluby, zakłady pracy itp., których istnienie niejako zachęca, ale także zmusza przedstawicieli mniejszości do przebywania we własnym towarzystwie. Segregacja taka sprzyja zachowaniu pożądanego dystansu społecznego w stosunku do „obcych”. W przypadku inwalidów, osób niepełnosprawnych segregacja ta nie jest jawnie manifestowana; mówi się więc o ograniczeniach zdrowotnych, kryje się je pod postawami wyrażającymi troskę i współczucie. Lansuje się model usprawiedliwiający segregację dokonywaną przez „większość” jako korzystną dla samych niepełnosprawnych, którzy rzekomo czują się lepiej i są łatwiej akceptowani wśród takich jak oni, niż w szerszej społeczności.

Inna analogia wskazuje na fakt, że niepełnosprawni — podobnie jak inne grupy mniejszościowe — są częściej oceniani na podstawie kategorii, do której należą (niepełnosprawnych, inwalidów) niż na podstawie jakichkolwiek cech osobistych, kwalifikacji, zdolności. Bez względu na to czy osoba niewidoma jest pianistą lub prawnikiem, to przede wszystkim jest osobą niewidomą — niewidomym pianistą, niewido-

mym prawnikiem. Niepełnosprawni są niejednokrotnie oceniani na podstawie pewnych uogólnionych obrazów i stereotypów odnoszących się do całych grup danego schorzenia czy kalectwa. Ponieważ stereotypy te zawierają często treści niekorzystne, prowadzi to nieraz do dyskryminowania osób niepełnosprawnych, gdy tylko zostaną zdefiniowane przez pryzmat ich choroby lub inwalidztwa. Błędne, uproszczone oczekiwania i założenia dotyczące interakcji z osobami niepełnosprawnymi przejawiają się nie tylko w indywidualnych kontaktach z nimi; także instytucje powołane do wspierania osób niepełnosprawnych mają określony stereotyp swojego klienta („przypadek nadający się do rehabilitacji”, „uprawniony do pomocy społecznej” itp.). Osoby nie odpowiadające temu stereotypowi nie kwalifikują się do uzyskania pomocy. Problem ten nabiera szczególnej wagi w sytuacji, gdy instytucjonalne kryteria rozdziału świadczeń nie mogą być regulowane ścisłymi przepisami i musi w nich istnieć margines dowolności interpretacyjnej.

Poza ewidentnie negatywnymi skutkami funkcjonowania niewłaściwych postaw i stereotypów, brak akceptacji społecznej osób niepełnosprawnych czy ich zachowań odbiegających czasem od przyjętych wzorów utrudnia im także akceptację siebie samych. Sytuacje takie prowadzą niejednokrotnie do wycofywania się przez nie z kontaktów z innymi ludźmi, do postaw agresywnych, roszczeniowych, lub obronnych wobec otoczenia, co z kolei powoduje eskalację odrzucenia. W szczególnie trudnej sytuacji znajdują się tu osoby o widocznych, ciężkich kalectwach lub wyraźnie zaburzonych zachowaniach. Ich odmienność budzi niepokój, ponieważ nie odpowiada naszym wzorom integracji cielesnej i osobowej. Reakcje emocjonalne na takie rodzaje inwalidztwa są silniejsze, mają często kierunek negatywny i wpływają na izolowanie tych osób.

Nie umiając zrozumieć odmienności narzucamy osobom niepełnosprawnym nasze oczekiwania związane z ich zachowaniem w określonych sytuacjach. Nie jesteśmy w stanie zaakceptować faktu, że często potrzeby takie same, jak innych ludzi muszą być zaspokajane w inny sposób. Rozpatrując sytuację osób niepełnosprawnych trzeba więc uwzględnić nie tylko obiektywną ciężkość kalectwa, rozmiary choroby czy czynniki charakteryzujące je psychologicznie i społecznie; należy uwzględnić także sposób postrzegania sytuacji niepełnosprawnych przez bliższe i dalsze otoczenie i wyniki z tego zachowania. Badanie postaw społecznych wobec osób niepełnosprawnych jest tu istotne z tego względu, że w postawach właśnie zawiera się pewna dyspozycja do zachowania.

Przy interpretowaniu wyników badań pojawia się problem — na ile znajomość postaw uprawnia nas do przewidywania zachowań. W literaturze psychosocjologicznej znajdujemy zarówno liczne przykłady przestrzegające przed utożsamianiem zadeklarowanych w badaniu zachowań z rzeczywistymi, jak i przykłady bardzo trafnych prognoz tych zachowań. Problem ten należy oczywiście rozwiązywać z dużą ostrożnością; fakt ogólnej deklaracji na temat jakiegoś zachowania w stosunku do osoby niepełnosprawnej (np. małżeństwa z nią) nie oznacza, że w specyficznej sytuacji osoba składająca ową deklarację nie zachowa się inaczej. Dane uzyskane z badań postaw nie mogą więc być wykorzystywane dla przewidywania konkretnych, jednostkowych zachowań. Wydaje się ponadto, że w badaniu dotyczącym postaw w stosunku do osób niepełnosprawnych występuje tendencja do pewnej deklaratywności, do wygłaszania sądów, które uważane są za właściwe, bardziej altruistyczne i wielkoduszne niż te, które naprawdę są wyznawane. Stąd także mogą wystąpić pewne rozbieżności między deklarowanymi postawami a rzeczywistymi zachowaniami badanych, na korzyść tych pierwszych. Uzasadniona jest więc obawa, że pewne ukazane w badaniu bariery świadomościowe utrudniające integrację niepełnosprawnych w społeczeństwie mogą występować w rzeczywistości ze zwiększoną siłą czy powszechnością.

W prezentowanym badaniu sposób postrzegania problematyki niepełnej sprawności i stosunku do osób niepełnosprawnych podjęty jest z podwójnej perspektywy — makro- i mikrospołecznej. Z jednej strony jest to więc postrzeganie niepełnej sprawności jako problemu społecznego stojącego przed praktyką społeczną naszego kraju, z drugiej zaś strony — postrzeganie niepełnej sprawności i osób niepełnosprawnych w potocznych kontaktach, codziennych sytuacjach, w życiu rodzinnym, życiu społeczności lokalnej.

Poszczególne bloki tematyczne kwestionariusza użytego w badaniu dotyczyły m.in. następujących kwestii:

1. Znajomość problemów życiowych osób niepełnosprawnych;
2. Częstość i rodzaj kontaktów z osobami niepełnosprawnymi;
3. Poglądy na integrowanie bądź separowanie osób niepełnosprawnych w społeczeństwie;
4. Ocena szans inwalidów na pełną partycypację w różnych sferach życia;
5. Postrzeganie niepełnosprawnych jako konkurentów w uzyskiwaniu różnych dóbr społecznych;

6. Ciężkość poszczególnych rodzajów inwalidztwa w percepcji społecznej;
7. Dystans społeczny w stosunku do osób z różnymi rodzajami niepełnej sprawności;
8. Stereotypy, „społeczne wizerunki” osób niepełnosprawnych;
9. Przesady związane z kalectwem;
10. Gotowość do niesienia pomocy osobom niepełnosprawnym;
11. Postrzeganie odpowiedzialności społecznej za pomoc osobom niepełnosprawnym;
12. Postulaty pomocy.

Część kwestionariusza użytego w badaniu jest repliką badania realizowanego przez tę samą autorkę w 1978 roku.

Porównanie wyników badań z dwóch punktów czasowych pozwoli ocenić, jak zmienia się stopień otwartości naszego społeczeństwa dla osób niepełnosprawnych, a także zidentyfikować na poziomie jednostkowym cechy społeczne sprzyjające temu „otwieraniu się”.

Przystępując do badań trudno było ocenić hipotetycznie kierunek tych zmian; wydaje się bowiem, że w ostatnich latach na postawy społeczne w stosunku do ludzi niepełnosprawnych wpływały dwa — działające w przeciwnych kierunkach — czynniki. Z jednej więc strony, na skutek zwiększającej się niewątpliwie podaży w mass mediach wiedzy na temat problematyki niepełnej sprawności można było oczekiwać od respondentów większej znajomości życia ludzi niepełnosprawnych, zrozumienia i rosnącej tolerancji. Także stały wzrost liczebności i aktywizacja społeczna osób niepełnosprawnych mogły zwiększyć ich widoczność społeczną, uwidaczniając istnienie problemów tej grupy ludności. Z drugiej strony — wiele niekorzystnych zjawisk społecznych, wynikłych z przekształceń systemowych (pauperyzacja znacznej części społeczeństwa, bezrobocie, zmniejszenie poczucia bezpieczeństwa socjalnego itd.), wpływając na wzrost frustracji, pojawienie się niepokojów społecznych, mogło spowodować tendencję do obarczania innych odpowiedzialnością za własne niepowodzenia. Ludzie słabi, żyjący na marginesie życia stają się wówczas łatwym celem. Doświadczane przez społeczeństwo stresy życia codziennego mogły więc wpływać na wzrost nietolerancji społecznej, na postrzeganie osób niepełnosprawnych jako swojego rodzaju konkurentów, choćby do brakujących miejsc pracy czy świadczeń z funduszu pomocy społecznej. Materiały zebrane w badaniu pozwolą naświetlić te problemy.

Osobną kwestię w rozważanej problematyce stanowią własne oceny i preferencje dotyczące uczestnictwa w życiu społecznym pochodzące od samych osób niepełnosprawnych. Ludzie niepełnosprawni na ogół mają świadomość tego, że nie we wszystkich sytuacjach społecznych są akceptowani na równi z innymi ludźmi. Ich przekonania związane ze stopniem domniemanej akceptacji wyznaczają niejednokrotnie poziom czy pułap ich aspiracji do osiągania ważnych dla nich dóbr lub relacji społecznych. Już samo istnienie tego pułapu jest często społecznie dyskryminujące i bazujące na przystosowaniu się niepełnosprawnych do specyficznych dla nich norm. Zdarza się jednak, że ocena tych norm — dokonywana przez niepełnosprawnych — jest błędna. Prowadzi to do komplikacji w relacjach społecznych; zbyt wysokie oczekiwania prowadzą wówczas do frustracji i — być może — wycofania, zbyt niskie — powstrzymują przed próbami uczestniczenia w różnych dostępnych sferach aktywności i eliminują je w zarodku. Tak więc — niezależnie od marginalizujących postaw społecznych — następuje zjawisko samomarginalizowania. W konsekwencji tego, wiele osób niepełnosprawnych akceptuje rozwiązanie społeczne skazujące je na izolację bądź przebywanie przez większość życia wśród innych niepełnosprawnych jako podstawowej grupy odniesienia. W społeczeństwach, w których żyją, model integracyjny jest dla nich niewyobrażalny, a posiadane doświadczenia osobiste napawają obawami przed życiem w społeczności ludzi zdrowych i sprawnych.

Uchwycenie tej podwójnej perspektywy widzenia szans i warunków integracji (perspektywy niepełnosprawnych i reszty społeczeństwa) jest ważne z punktu widzenia planowanych rozwiązań społecznych. Ze względu na to, wybrane pytania z kwestionariusza do badań postaw społecznych zostały także włączone do kwestionariusza badawczego skierowanego do samych osób niepełnosprawnych (Badanie warunków życiowych ludzi niepełnosprawnych) — realizowanego w ramach tego samego programu badawczego. Uzyskane w ten sposób wyniki zostaną także przedstawione w tym raporcie.

\* \* \*

W przedstawionym tu opracowaniu terminy „niepełna sprawność” i „inwalidztwo” są w zasadzie używane zamiennie, choć oczywiście nie są one jednoznaczne. Termin niepełna sprawność jest szerszy zakresowo od terminu inwalidztwo, który obejmuje w zasadzie osoby mające w tej sprawie orzeczenie Komisji d/s Inwalidztwa i Zatrudnie-

nia (KIZ), a więc przyznany im jest pewien status prawny. Wydaje się jednak, że w rozumieniu potocznym terminy te są sobie bliskie.

Badanie zostało przeprowadzone w marcu 1993 roku na ogólnopolskiej próbie reprezentacyjnej (N=1264) i sfinansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON). Wykonawcą badania był Ośrodek Badania Opinii Publicznej, podobnie jak analogicznego badania realizowanego w 1978 roku (N=922). W opracowaniu niniejszym zostaną wykorzystane także fragmenty badania zrealizowanego dla PFRON przez Instytut Filozofii i Socjologii PAN w 1993 roku, na próbie reprezentacyjnej osób niepełnosprawnych (N=2469).



## STRUKTURA BADANEJ PRÓBY

Próba badawcza (N=1264) została skonstruowana w oparciu o schemat losowania warstwowego, przy uwzględnieniu struktury terytorialnej zaludnienia Polski według: 1) województw, 2) podziału wieś–miasto (do 20 tys., 20–100 tys. i powyżej 100 tys. mieszkańców). Po wylosowaniu miast i wsi wylosowano budynki i mieszkania, a następnie ze spisów zamieszkałych tam osób wylosowano respondentów. Losowanie to miało także charakter warstwowy według kryterium wykształcenia i wieku.

Porównanie struktur społeczno-demograficznych uzyskanych w badaniu z danymi Głównego Urzędu Statystycznego (płeć, miejsce zamieszkania, grupa wieku — 1992 rok i struktura wykształcenia — 1988 rok) wykazało, że próba w zasadzie reprezentuje podstawowe rozkłady analizowanych cech społeczno-demograficznych, zgodnie z rozkładami dla populacji całej ludności Polski w wieku 16 i więcej lat. Tylko w przypadku zmiennej płci zanotowano nieznaczną nadreprezentację kobiet.

A oto podstawowe rozkłady cech społeczno-demograficznych badanej próby.

### 1. Płeć

Mężczyźni	42,6%
Kobiety	57,4%

### 2. Wiek

16–19	5,3%	40–49	21,3%
20–24	8,5%	50–59	14,9%
25–29	8,0%	60–69	14,3%
30–34	8,8%	70 i więcej	6,9%
35–39	12,0%		

### 3. Wykształcenie

Niepełne podstawowe	4,5%
Podstawowe	32,2%
Zasadnicze zawodowe	24,9%
Niepełne średnie	4,6%
Średnie	21,3%

Niepełne wyższe	4,0%
Wyższe	8,5%

Ponad połowa badanych (50,2%) pracuje zawodowo. Wśród osób nie pracujących 28,9% znajduje się na emeryturze lub rencie, 3,7% zajmuje się domem, 7,3% uczy się lub studiuje, 4,9% znajduje się na zasiłku dla bezrobotnych, a 4,9% nie pracuje z innych względów.

#### 4. Przynależność społeczno-zawodowa badanych\*:

Rolnicy indywidualni	18,9%
Robotnicy niewykwalifikowani	8,8%
Robotnicy wykwalifikowani	37,1%
Pracownicy umysłowi bez wyższego wykształcenia	20,6%
Pracownicy umysłowi z wyższym wykształceniem	8,6%
Pracujący na własny rachunek	5,5%
Inne	0,5%

#### 5. Miejsce zamieszkania

Wieś	38,5%
Miasto do 10 tys. mieszkańców	4,6%
Miasto 10–20 tys. mieszkańców	7,0%
Miasto 20–50 tys. mieszkańców	11,1%
Miasto 50–100 tys. mieszkańców	8,9%
Miasto 100–500 tys. mieszkańców	18,4%
Miasto liczące ponad 500 tys. mieszkańców	11,5%

#### 6. Występowanie inwalidztwa

I grupa inwalidzka	0,9%
II grupa inwalidzka	4,2%
III grupa inwalidzka	4,4%
Osoby, które określiły się jako inwalidzi bez przyznanej grupy inwalidzkiej	3,2%

---

\* Osoby nie pracujące zakwalifikowano do poszczególnych grup na podstawie przynależności głów rodziny, w przypadku rencistów, emerytów i bezrobotnych — pracy wykonywanej uprzednio.

## WYNIKI BADANIA

### ZNAJOMOŚĆ PROBLEMÓW ŻYCIOWYCH OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Badania postaw społecznych w stosunku do osób niepełnosprawnych prowadzone w roku 1978 wykazały ogromną rolę kontaktów osobistych i znajomości problemów życiowych osób niepełnosprawnych na kształtowanie się stosunku do nich. Także w badaniu realizowanym w roku 1993 zebrano dane na temat wiedzy, kontaktów i doświadczeń badanych, związanych z osobami niepełnosprawnymi. Istotne jest bowiem, aby rozróżnić, czy określony typ postaw w stosunku do osób niepełnosprawnych oparty jest na stereotypach, uogólnionych, nieokreślonych, obiegowych oczekiwaniach i nie sprawdzonych poglądach, czy też wynika z konkretnych osobistych doświadczeń, znajomości problemów życia i współżycia z tymi osobami.

Interesująca wydawała się tu także możliwość porównania między sytuacją obecną a doświadczeniami posiadanymi w tym względzie przez nasze społeczeństwo 15 lat temu. Zmieniająca się częstość i bliskość kontaktów jest bowiem jednym ze wskaźników zmieniającego się stopnia otwartości społeczeństwa dla osób niepełnosprawnych. Tabela 1 prezentuje rozkłady danych uzyskanych w obu badaniach. (Odpowiedzi na pytanie: „Czy w swoim otoczeniu styka lub stykał(a) się Pan(i) z inwalidami, osobami niepełnosprawnymi z powodu chorób lub jakiegokolwiek kalectwa?”)

Tabela 1. Kontakty z niepełnosprawnymi (w %)

Wyszczególnienie	Rok	
	1978 N = 922	1993 N = 1264
Mam (lub miałem) takie osoby w rodzinie	24,0	33,0
Mam (lub miałem) takie osoby wśród znajomych, przyjaciół	23,0	33,5
Znam takie osoby, ale niezbyt dobrze lub z widzenia	31,0	40,4
Nie znam takich osób	17,0	18,6
Sam uważam się za inwalidę (osobę niepełnosprawną)	5,0	7,0

Uwaga: Odsetki nie sumują się do 100, ponieważ badani mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź (poz. 1, 2, 3, 5 w tabeli).

Jak więc widać — przy niemal identycznym odsetku osób, które nie znają żadnych osób niepełnosprawnych — znacznie wzrósł odsetek tych, które mają bliskie kontakty z nimi lub znają je przynajmniej z widzenia. Dane te — jak stwierdziliśmy — można interpretować jako wskaźnik otwierania się społeczeństwa i postępującą integrację społeczną osób niepełnosprawnych, należy jednak także wziąć pod uwagę fakt, że w okresie zbliżonym do objętego badaniem (lata 1978–1988) liczba osób niepełnosprawnych w naszym kraju wzrosła o połowę (50,3%). Zwiększająca się proporcja osób niepełnosprawnych w społeczeństwie zwiększa także prawdopodobieństwo kontaktów z nimi (wyjaśnia to wzrost odsetka posiadających niepełnosprawnych w rodzinie). Na pytanie — na ile wzrastająca częstotliwość kontaktów świadczy o zwiększającej się otwartości społeczeństwa dla inwalidów — będziemy zatem mogli odpowiedzieć dopiero w dalszej części tego opracowania, po przeanalizowaniu innych wskaźników tego procesu. Tu warto zasygnalizować jeszcze fakt, że prawie co piąta dorosła osoba (niezmiennie od 15 lat) nie zna nawet „z widzenia” żadnej osoby niepełnosprawnej, a więc nie posiada żadnych własnych obserwacji czy doświadczeń związanych z kontaktami z osobą niepełnosprawną w ramach wspólnej społeczności.

Jeżeli poszczególne odpowiedzi uporządkować według zmniejszającego się zakresu kontaktów i doświadczeń w zakresie problematyki życia niepełnosprawnych, widać pewne zależności między bliskością tych kontaktów a cechami demograficzno-społecznymi badanych.

Jak pokazuje tabela 2, większy stopień bliskości kontaktów wzrasta wraz z wiekiem, a także w miarę pogarszania się sytuacji materialnej badanych. Świadczy więc to o pewnej kumulacji posiadania doświadczeń życiowych w kontaktach z niepełnosprawnymi — wśród osób starszych i niezamożnych. Wśród osób, które oceniły swoją sytuację materialną jako złą bądź bardzo złą, jest ponad dwukrotnie więcej osób posiadających w rodzinie osoby niepełnosprawne niż wśród osób oceniających sytuację materialną jako bardzo dobrą i dobrą — odpowiednio: 15,0% oraz 39,1%.

Związek posiadanych kontaktów z faktem wykonywania pracy zawodowej przez badanych jest najwyraźniej widoczny w kategorii znajomości i przyjaźni. Prawdopodobnie ogólny wpływ na to ma większy zakres kontaktów i znajomości wśród osób zawodowo czynnych (a więc także większe możliwości poznania niepełnosprawnych). Nie stwierdzono natomiast żadnych zależności między płcią lub wykształceniem badanych a kontaktami z osobami niepełnosprawnymi.

**Tabela 2. Bliskość kontaktów a cechy demograficzno-społeczne badanych (współczynniki korelacji r Pearsona)<sup>1</sup>**

Cechy demograficzno-społeczne badanych	Bliskość kontaktów
Wiek	0.18**
Pogorszenie sytuacji materialnej <sup>2</sup>	0.10**
Sytuacja materialna <sup>2</sup>	-0.10**
Praca zawodowa	0.07**

Poziom istotności: \*  $p < 0,01$   
 \*\*  $p < 0,001$

<sup>1</sup> Współczynnik korelacji r Pearsona jest miarą siły związku dwóch zmiennych. Przybiera on wartości od -1 do +1. Wartość dodatnia współczynnika oznacza, że w miarę wzrostu wartości jednej zmiennej wzrasta druga; w przypadku wartości ujemnej wraz ze wzrostem jednej zmiennej — druga maleje. Związek jest tym silniejszy im bliższe 1 są wartości współczynnika.

<sup>2</sup> Oceny obecnej sytuacji materialnej i zmian według pytań:

Jak Pan (i) ocenia sytuację materialną swojej rodziny:

1) bardzo dobra, 2) dobra, 3) trochę lepsza niż średnia, 4) średnia, 5) trochę gorsza niż średnia, 6) zła, 7) bardzo zła, oraz

A czy w ciągu ostatnich dwóch lat sytuacja materialna Pana (i) rodziny uległa:

1) wyraźnej poprawie, 2) nieznacznej poprawie, 3) pozostała bez zmian, 4) nieznacznie się pogorszyła, 5) wyraźnie się pogorszyła.

Próbie oceny sposobu widzenia i stopnia znajomości problemów życiowych osób niepełnosprawnych umożliwiły odpowiedzi na pytanie — co, zdaniem respondentów, jest najtrudniejsze, najbardziej dotkliwe w życiu codziennym inwalidy, osoby niepełnosprawnej (pytanie otwarte). Analiza wypowiedzi badanych na ten temat wykazała, że znaczna ich część odnosiła się do „zewnętrznego” obrazu inwalidztwa, wskazując na ograniczenia sprawności fizycznej, możliwości poruszania się (18,5%) lub też stwierdzając ogólnie, że życie z niepełną sprawnością, inwalidztwem jest trudne (15,2%). Osobną kategorię (mniej liczną) wypowiedzi stanowią tu te, które — nawiązując także do trudności w poruszaniu się i codziennym funkcjonowaniu osób niepełnosprawnych — odnoszą je jednak do możliwości konkretnych rozwiązań tych problemów lub przyczyn istniejących deficytów. O istnieniu barier architektonicznych i komunikacyjnych mówi 7,2% badanych, a 2,3% — o braku pomocy technicznych, sprzętu inwalidzkiego, wózków itp.

Znaczna część badanych wskazała na problemy związane z niesamodzielnnością, niezaradnością, uzależnieniem od innych (22,5%), upatrując w nich największe trudności życiowe niepełnosprawnych: „Najgorsza jest bezradność i to że nie jest samodzielny, że często jest zdany na czyjąś łaskę i że chyba większość ludzi go nie potrafi zrozumieć” (871). „Sami sobie nie dają rady, każda najprostsza czasem czynność wymaga pomocy drugiego człowieka. Czasami trudno o tę pomoc prosić i nie zawsze ją się dostaje” (495). O niewłaściwym stosunku społeczeństwa do inwalidów mówiło 14,4% badanych i tyle samo wskazało na problemy związane z izolacją społeczną i osamotnieniem osób niepełnosprawnych, natomiast 5,4% badanych mówiło o problemach psychicznych związanych z poczuciem upośledzenia i trudności z akceptacją samego siebie: „Stosunek otoczenia jest niewłaściwy, albo im się okazuje niepotrzebną litość, albo w ogóle uważa za osoby nienormalne” (867). „Takiemu człowiekowi wszystko sprawia trudność, niczego nie może, sam się nie może ze sobą pogodzić. Wstydy się ludzi” (241). Na problemy związane z sytuacją materialną, warunkami życia i zarobkowania ludzi niepełnosprawnych wskazało 12,8%, a ogólnie na trudności życiowe — 11,3% badanych.

Jeśli chodzi o liczbę rodzajów wymienionych trudności — świadczącą o pewnej wszechstronności widzenia problemów niepełnej sprawności — 67,6% badanych wymienia jeden rodzaj, 22,9% dwa rodzaje, 3,7% — więcej.

Znajomość problemów i trudności życiowych osób niepełnosprawnych nie jest równomiernie rozłożona w społeczeństwie. Bardziej zróżnicowany, wszechstronny obraz ich życia (liczba wymienionych problemów) pojawia się częściej wśród osób relatywnie wyżej wykształconych ( $r = 0.15^{**}$ ). Osoby mniej wykształcone postrzegają częściej inwalidztwo w kategoriach ograniczeń fizycznych, nie dostrzegając komponentów psychospołecznych. W grupie osób z wykształceniem niepełnym podstawowym i podstawowym taki zewnętrzny obraz inwalidy prezentuje 74,4% badanych, natomiast w grupie osób z wykształceniem wyższym i niepełnym wyższym jest ich 52,4%. Psychospołeczne komponenty inwalidztwa widzi w obu grupach odpowiednio: 19,8% oraz 42,4% badanych. Znajomość problemów życiowych ludzi niepełnosprawnych wzrasta też wraz ze wzrostem wielkości miejsca zamieszkania ( $r = 0.12^{**}$ ). Im większa miejscowość, tym rzadziej pojawia się postrzeganie trudności życiowych inwalidów w kategoriach czysto zewnętrznych (wieś — 71,9%, miasta do 20 tys. mieszkańców — 69,8%, miasta 20–50 tys. mieszkańców — 69,3%, miasta 50–100 tys. mieszkańców — 66,4%,

miasta 100–500 tys. mieszkańców — 67,7%, miasta powyżej 500 tys. mieszkańców — 53,8%).

Na trudności życia codziennego inwalidów nieco inaczej patrzą mężczyźni i kobiety; kobiety częściej zwracają uwagę na ograniczenia fizycznych możliwości inwalidów. Wiązać to można w znacznym stopniu z faktem, że to właśnie głównie kobiety opiekują się kalekami i niedołączonymi członkami rodziny, a niesprawność i ograniczenia w życiu codziennym tych ostatnich są w większym stopniu także ich problemami. Mężczyźni natomiast nieco częściej wspominają o trudnościach materialnych i ograniczonych możliwościach zarobkowania inwalidów oraz psychologicznym poczuciu upośledzenia i uzależnieniu inwalidów. Różnice te jednak nie są znaczne.

Na wszechstronność widzenia problemów osób niepełnosprawnych ma także wpływ bliskość kontaktów z nimi ( $r = 0.10^{**}$ ). W grupie osób nie posiadających kontaktów z niepełnosprawnymi 8,9% nie potrafi wymienić żadnych problemów życiowych osób niepełnosprawnych, 70,3% wymienia jeden problem, a 20,8% wymienia ich więcej, nawiązując do wtórnych, psychospołecznych konsekwencji inwalidztwa. W grupie osób posiadających stosunkowo najbliższe kontakty (z wyłączeniem osób które się same zadeklarowały jako niepełnosprawne) odpowiedni odsetek wynosi: 3,5%, 63,1% oraz 33,4%. Zależność ta jest oczywista i świadczy o roli osobistych doświadczeń „pełnosprawnej większości” w sposobie postrzegania problematyki niepełnej sprawności.

Oceniając ogólnie poziom wiedzy społeczeństwa o trudnościach życia inwalidy, można powiedzieć, że jest on znacznie wyższy niż 15 lat temu. Widać to wyraźnie na przykładzie stopnia uszczegółowienia wymienianych problemów, w ich ilości, a także wyraźnie zmniejszonym odsetku osób, które — na pytanie o trudności — nie umiały wskazać żadnej z nich.

Tak więc, o ile w 1978 roku 56% odpowiedzi opisuje trudności życiowe niepełnosprawnych, odwołując się do pewnych treści ogólnych czy zewnętrznych, takich odpowiedzi w roku 1993 jest 34% — na korzyść wzrastającej liczby odpowiedzi specyficznych, odnoszących się do konkretnych wymiarów życia z pełną sprawnością. W 1978 roku 15% badanych nie umiało wskazać żadnego problemu, w roku 1993 takich osób jest 5,5%.

Pewną ilustracją orientacji w problematyce niepełnej sprawności — choć w nieco innym wymiarze, który można określić raczej jako postrzeganie inwalidztwa i jego rangi jako problemu społecznego — dostarczają próby podania przez respondentów odsetka osób w Polsce, które otrzymują rentę inwalidzką oraz osób niepełnospraw-

nych w ogóle. Fakt, że informacje na ten temat coraz częściej pojawiają się w prasie, rzuca pewne światło na orientację lub — być może — zainteresowania respondentów tym problemem.

Trafnej orientacyjnie odpowiedzi w kwestii odsetka rentobiorców (w granicach 5–7%) udzieliło 13,1% badanych, natomiast w kwestii odsetka niepełnosprawnych (w granicach 8–12%) — 18,3% badanych. Odpowiadając na oba pytania respondenci byli skłonni zawyżać oba odsetki, przy czym niektóre z ich oszacowań są już bardzo nierealistyczne. Dla przykładu, niemal 1/5 badanych (19,2%) lokuje odsetek inwalidów-rentobiorców w przedziale 13–20%. Znaczna część respondentów udzieliła na oba pytania odpowiedzi „trudno powiedzieć” (17,5% i 18,2%). Trafność odpowiedzi na oba pytania jest ze sobą wysoko skorelowana ( $r = 0,48^{**}$ ), co oznacza, że osoby, które trafnie podały jeden odsetek, trafnie podały również drugi. Poinformowanie o tych problemach jest generalnie lepsze wśród mężczyzn niż kobiet i nieco wzrasta wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia.

W odpowiedzi na pytanie „Czy Pana(i) zdaniem w prasie, radiu i TV o problemach, jakie stoją przed inwalidami, mówi się i pisze za dużo czy za mało?” — 66,8% stwierdza, że informacji tych jest za mało, 23,4% — że tyle ile trzeba, a 0,7% — że jest ich za dużo (trudno powiedzieć — 9,1%). Wydaje się jednak, że odpowiedzi te raczej wskazują na potrzebę pisania o niepełnej sprawności w trybie interwencyjnym, „nagłaśniającym” pewne nie rozwiązane problemy tej grupy ludności, niż w celach informacyjnych dla społeczeństwa. Charakterystyczne przy tym jest, że postulat zwiększonej porcji informacji płynie częściej od osób, które na temat niepełnej sprawności już obecnie wiedzą więcej (76,6% badanych posiadających najwyższą znajomość problemów życia inwalidów, a 56,7% wśród osób o relatywnie najmniejszej wiedzy).



## POSTRZEGANIE MIEJSCA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH W SPOŁECZEŃSTWIE

### POGLĄDY NA INTEGROWANIE BĄDŹ SEPAROWANIE NIEPEŁNOSPRAWNYCH W SPOŁECZEŃSTWIE — MODEL INTEGRACYJNY I SEPARACYJNY

Zarówno w praktyce społecznej, jak i w społecznych teoriach kactwa i rehabilitacji można wyodrębnić dwa przeciwstawne modele rozmaicie plasujące inwalidów w społeczeństwie. Na model separacyjny składają się takie rozwiązania, w których inwalidów traktuje się jako grupę wydzieloną przestrzennie i zakłada się, że wszystkie bądź większość potrzeb jej członków winny być zaspokojone w obrębie tej grupy. Ma ona być dla nich podstawową grupą odniesienia.

Model integracyjny proponuje włączenie inwalidów do normalnie funkcjonujących grup i instytucji społecznych poprzez takie przystosowanie istniejących warunków społecznych i fizycznych, aby mogli oni uczestniczyć w ich działalności i funkcjonować na równi z innymi ludźmi. W tym przypadku grupą odniesienia inwalidy są ludzie „sprawni”. W praktyce społecznej modele separacyjne i integracyjne rzadko kiedy występują w czystej postaci. Coraz rzadziej spotyka się klasyczne separacyjne instytucje dla osób niepełnosprawnych (zakłady zamknięte), jednak nie należą do powszechnych takie rozwiązania, które zapewniałyby osobom niepełnosprawnym całkowicie równe uczestnictwo w świecie „zdrowych i sprawnych”. Na ogół elementy obu rozwiązań przeplatają się ze sobą w różnych proporcjach. W naszych warunkach przykładem tendencji reprezentującej pierwsze rozwiązanie może być spółdzielnia inwalidzka zatrudniająca prawie wyłącznie inwalidów, przykładem drugiej — przystosowane miejsca pracy w normalnych zakładach.

Wiele jest różnorodnych argumentów, które można przytoczyć za i przeciwko wspomnianym modelom. Doświadczenia innych krajów wskazują na coraz powszechniejsze stosowanie w praktyce rozwiązań integracyjnych. Są one niewątpliwie bardziej humanitarne, wymagają jednak pewnego stopnia dojrzałości społeczeństwa, które ma je na co dzień zaakceptować. W Polsce problemy te są na ogół dyskutowane przez profesjonalistów i specjalistów od zagadnień rehabilitacji, rzadko kiedy natomiast rozpatrywane są z jednej strony opinie inwalidów na ten temat i reszty społeczeństwa — z drugiej. Czy inwalidzi lepiej funkcjonują i le-

piej się czują w swoich własnych, w miarę zamkniętych grupach? Do jakiego stopnia społeczeństwo jest w stanie akceptować integrację z osobami niepełnosprawnymi, w jakich wymiarach, na jakich warunkach? Pełna, wszechstronna integracja nie wydaje się obecnie możliwa i — być może — nie zawsze jest pożądana przez samych zainteresowanych.

W celu poznania odczuć społecznych w tym względzie badanym zadano cztery pytania, które dotyczyły następujących sfer życia: wspólnego zamieszkania w jednym domu, wspólnego spędzania wolnego czasu, wspólnej pracy, wspólnej nauki dla dzieci. A oto jak brzmiały pytania:

„W dyskusjach prasowych, radiowych i telewizyjnych porusza się niekiedy problem miejsca inwalidów w społeczeństwie. Interesuje nas Pana(i) osobista opinia o tych sprawach”.

a) Aby ułatwić inwalidom poruszanie się po mieszkaniu, można tam zainstalować poręcze wzdłuż ścian, uchwyty ułatwiające siadanie, wchodzenie do wanny itp. Wymaga to pewnych nakładów finansowych. Są one mniejsze, gdy buduje się przystosowane dla nich całe osiedla, jednak wtedy żyją wśród inwalidów takich jak oni\*.

Czy Pana(i) zdaniem powinno się, budując nowe osiedla:

1. stawiać dla inwalidów i ich rodzin osobne osiedla z tak wyposażonymi mieszkaniami, czy też
2. przystosować dla nich mieszkania w zwyczajnych domach, gdzie mieszkają też ludzie zdrowi
3. trudno powiedzieć

b) A jak lepiej byłoby rozwiązać problem uczestnictwa inwalidów w różnego rodzaju klubach, świetlicach i kółkach zainteresowań?

1. lepiej organizować specjalne kluby, świetlice dla inwalidów czy też
2. lepiej aby należeli oni do zwykłych klubów, świetlic wraz ze zdrowymi
3. trudno powiedzieć

c) A gdzie przede wszystkim powinni pracować inwalidzi?

1. w specjalnie dla nich zorganizowanych zakładach pracy, zatrudniających samych inwalidów

---

\* Pytanie uwzględnia element „kosztów” mający na celu osłabienie efektu deklaratywności.

2. powinno się dla nich przystosować odpowiednie stanowiska pracy w zwykłych zakładach między zdrowymi
3. trudno powiedzieć

- d) A jak Pan(i) sądzi, do jakich szkół powinny chodzić niepełnosprawne dzieci?
1. do szkół organizowanych tylko dla nich
  2. do szkół zwykłych, wspólnych klas z dziećmi zdrowymi
  3. trudno powiedzieć

Tabela 3 zawiera odpowiedzi uzyskane na wyżej przedstawione pytania (dane dla roku 1978 i 1993).

**Tabela 3.** Częstość wyborów rozwiązań integracyjnych i separacyjnych dotyczących różnych sfer życia osób niepełnosprawnych (w %)

Rok 1978    N = 922  
Rok 1993    N = 1226

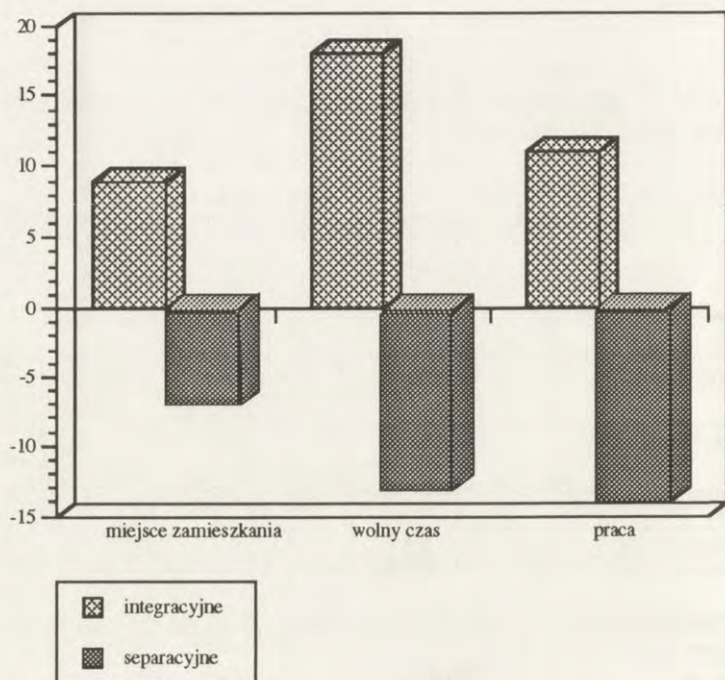
Sfery życia	Rodzaj rozwiązania					
	integracyjne		separacyjne		trudno powiedzieć	
	1978	1993	1978	1993	1978	1993
Miejsce zamieszkania	78,0	87,0	18,0	10,4	4,0	2,6
Wolny czas	65,0	82,3	28,0	14,1	7,0	3,6
Praca	48,0	58,0	45,0	30,2	7,0	11,6
Szkoła dla dzieci	—	47,0	—	38,4	—	14,6

Przedstawione w tabeli 3 i na wykresie 1 dane wskazują na interesującą prawidłowość w zmianach opinii w przekroju ostatnich 15 lat. W przypadku wszystkich sfer życia, o które pytaliśmy, rósł odsetek osób opowiadających się za rozwiązaniami integracyjnymi, jednocześnie jednak niezmienna pozostała kolejność poszczególnych sfer. Najwięcej osób opowiada się więc niezmiennie za rozwiązaniami integracyjnymi w miejscu zamieszkania, następnie w wolnym czasie, wreszcie w pracy.

W badaniu 1993 wprowadzono dodatkową kwestię integracyjnych vs separacyjnych rozwiązań w sferze nauki szkolnej dzieci niepełnosprawnych. W tym wymiarze — zwolenników rozwiązań integracyjnych było proporcjonalnie najmniej. W odniesieniu do wspólnego miejsca zamieszkiwania i wspólnego spędzania wolnego czasu — ak-

ceptacja modelu integracyjnego jest powszechna (87% i 82,3%). W przypadku wspólnej pracy i szkoły dla dzieci — odsetek zwolenników integracji maleje w bardzo wyraźny sposób (58,0% i 47%), a wzrasta zarówno odsetek zwolenników separacyjnych rozwiązań, jak i osób, które nie potrafią ustosunkować się do tej sprawy.

Wykres 1. Różnice częstości wyborów rozwiązań integracyjnych i separacyjnych (1978–1993)



A oto główne motywacje prointegracyjnych i proseparacyjnych wyborów dla dwóch najbardziej różnicujących opinii sfer: pracy zawodowej i szkoły:

#### Zwolennicy integracji

Ze względu na konieczność przeciwdziałania izolacji i samotności

Praca w %	Szkoła w %
21,1	18,4

Ze względu na zasady równości, zapewnienie niepełnosprawnym takiego samego statusu jak mają inni ludzie, unikanie dyskryminacji	13,5	16,9
Ze względu na możliwość zapewnienia lepszej pomocy i opieki w towarzystwie pełnosprawnych	7,4	4,3
Ponieważ wspólne instytucje gwarantują wszechstronniejsze, bardziej różnorodne możliwości	7,3	8,3
Ze względu na korzyści dla pełnospraw- nych (nauka tolerancji, zrozumienia, niesienia pomocy innym)	2,4	10,1
Odpowiedzi ogólne („będę się lepiej czuć”)	6,5	4,3
Inne odpowiedzi	1,7	1,2
Trudno powiedzieć	2,4	0,8
<b>Zwolennicy separacji</b>	<b>Praca w %</b>	<b>Szkoła w %</b>
Ze względu na uzyskanie odpowiedniej specyficznej infrastruktury dostoso- wanej do możliwości niepełnosprawnych	23,6	26,5
Ponieważ pozwala uniknąć negatywnego zachowania pełnosprawnych (wyśmiewa- nia, dokuczania)	2,0	15,1
Ze względu na uczestnictwo we wspólnej podkulturze („nie odróżniają się”)	5,8	3,7
Ze względu na unikanie strat ponoszonych przez pełnosprawnych („przykry widok”, obniżenie poziomu pracy, nauki)	2,0	1,3

Inne odpowiedzi	1,4	1,0
Trudno powiedzieć	2,4	0,8

Uwaga: Odsetki nie sumują się do 100, ponieważ badani mogli udzielić więcej niż jednej odpowiedzi.

Jest charakterystyczne, że motywacje za i przeciw rozwiązaniom integracyjnym układają się podobnie w przypadku obu porównywalnych sfer. Różnice są wyraźniejsze tylko w dwóch typach sytuacji: stosunkowo więcej osób widzi korzyści dla pełnosprawnych — płynące z kontaktów z niepełnosprawnymi — we wspólnej szkole niż pracy, jednocześnie jednak więcej osób wyraża także przekonanie, że rozwiązania separacyjne — częściej w przypadku szkół niż pracy — pozwalają uniknąć niewłaściwego traktowania, w tym wypadku dzieci niepełnosprawnych. Wyraźniejsze jest więc postrzeganie zarówno potencjalnie większych konfliktów, jak i potrzeby integracyjnej edukacji w stosunku do dzieci, niż dorosłych.

Dość powszechne jest przekonanie, że dzieci nie potrafią zrozumieć niepełnosprawnych rówieśników, że często są one dokuczliwe i nieprzyjemne: „Dzieci nie potrafią zaakceptować inwalidztwa innych, potrafią być okrutne, dlatego dzieci chore powinny chodzić do szkół specjalnych” (492). „Dzieci zdrowe są złośliwe w stosunku do niepełnosprawnych, naśmiewają się z nich, przedrzeźniają, popychają, lepiej więc, aby dzieciom pokrzywdzonym przez los zaoszczędzić tego bólu” (871). „Powinny się wychowywać razem, dzieci zdrowe staną się wrażliwsze, a chore nie będą odsunięte” (561). „Lepiej będą się czuły wśród dzieci normalnych. Dzieci zdrowe będą bardziej czułe na sprawy dzieci kalekich. Dzieci niepełnosprawne powinny mieć normalne dzieciństwo” (484). Stosunkowo dużą popularność modelu separacyjnego w sferze pracy można wiązać z powszechną i długoletnią tradycją zakładów wydzielonych dla inwalidów w Polsce — spółdzielni inwalidzkich. Pomimo że wiele z nich przestało obecnie istnieć, dla wielu osób w naszym kraju jest rzeczą naturalną i niemal oczywistą, że instytucje te są najwłaściwszym miejscem pracy dla inwalidów.

Warto zauważyć, że generalny ton uzasadnień — zarówno prointegracyjnych, jak i proseparacyjnych — jest pozytywny, podkreśla we wszystkich czterech sferach główne korzyści płynące z obu rozwiązań dla samych niepełnosprawnych: „Chorzy, upośledzeni ludzie

nie lubią, jak się widzi i mówi o ich nieszczęściu. Nie lubią, jak im się przyglądać. Między sobą czują się mniej skrępowani” (337). „Gdy są razem, zostaje przerwana izolacja inwalidów, ludzie dostrzegają nowe możliwości, o których przedtem nie wiedzieli, powstają nowe kontakty. Przestają myśleć o swoim inwalidztwie, problem ten przestaje być dla nich najważniejszy” (914). Niewielki odsetek osób wspomina o sytuacji, w której wspólne uczestnictwo w ramach jednego zintegrowanego systemu społecznego naraża na szwank interesy pełnosprawnych (choć należy oczywiście wziąć pod uwagę fakt, że nie zawsze poglądy takie mogły być w sposób otwarty ujawniane), bądź widzi też korzyści, jakie może z tego odnieść całe społeczeństwo. Fakt, że w świadomości badanych formy separacyjne mają dobrze służyć samym niepełnosprawnym, świadczy więc raczej o potrzebie działań edukacyjnych w tym zakresie, niż nastawionych na zwalczanie dyskryminujących postaw. Więcej światła na tę kwestię rzuca współzależność między wyborem modelu separacyjnego bądź integracyjnego a cechami społeczno-demograficznymi badanych.

Na podstawie odpowiedzi na omawiane pytania skonstruowano indeks zbiorczy podsumowujący tendencje integracyjne respondentów w odniesieniu do czterech analizowanych sytuacji łącznie.

Odpowiedzi według tak skonstruowanego indeksu przedstawiają się następująco:

Liczba punktów	N	%
0	68	5,4
1	118	9,3
2	287	22,7
3	389	30,8
4	402	31,8
	1264	100,0

0 punktów — wszystkie rozwiązania separacyjne

4 punkty — wszystkie rozwiązania integracyjne.

Przyjrzyjmy się teraz, jakie cechy demograficzne i społeczne mają wpływ na te tendencje.

**Tabela 4.** Tendencje do preferowania rozwiązań integracyjnych (według indeksu) a cechy społeczne i demograficzne respondentów (współczynniki korelacji  $r$  Pearsona)

Cechy demograficzne i społeczne	Wyniki indeksu integracji
Wykształcenie	0.28**
Wiek	-0.17**
Wielkość miejsca zamieszkania	0.17**
Znajomość problemów życia niepełnosprawnych	0.13**
Aktywność zawodowa	0.11**
Bliskość kontaktów z niepełnosprawnymi	0.07*

Poziom istotności: \*  $p < 0,01$

\*\*  $p < 0,001$

Jak widać, cechą najsilniej wpływającą na preferowanie rozwiązań integracyjnych jest poziom wykształcenia. Im wyższe wykształcenie tym częściej pojawiają się postawy integracyjne. Najwyższą punktację na skali integracji otrzymało 19,6% osób z wykształceniem podstawowym, a 48,1% — z wykształceniem wyższym. Także znajomość problemów życiowych osób niepełnosprawnych ma wyraźny, choć nieco mniejszy wpływ na przyjmowanie takich postaw. (Osoby posiadające najniższą znajomość problemów w niemal takim samym odsetku wybierają rozwiązania skrajnie separacyjne i integracyjne — 14,9% oraz 17,9%, jednak wśród osób o najlepszej znajomości odsetki te wynoszą odpowiednio — 2,1% oraz 57,4%). Wynik ten nie może być obojętny dla wszelkiego rodzaju edukatorów społecznych, ukazuje bowiem ogromną rolę posiadania właściwych informacji, właściwej wiedzy dla kształtowania pożądanych postaw.

Częstość przyjmowania postaw integracyjnych wzrasta też wraz z posiadaniem doświadczenia w kontaktach z niepełnosprawnymi, aktywnością zawodową oraz wielkością miejsca zamieszkania respondentów. Dwa ostatnie czynniki (niewątpliwie związane również z wykształceniem) pokazują także rolę większej ilości różnorodnych kontaktów społecznych, a także sprzyjają — być może — akceptacji tych różnorodności. Więcej zwolenników „separacji” jest na wsi niż w mieście. Populacja ludzi zamieszkałych na wsi posiadała też na ogół niższą znajomość problemów życia osób niepełnosprawnych. (Znajomość problemów malała wraz ze zmniejszaniem się miejsca zamieszkania  $r = -0.12^{**}$ ).



Na uwagę zasługuje natomiast ujemny współczynnik korelacji między tendencją do preferowania rozwiązań integracyjnych a wiekiem; wśród osób starszych częściej pojawiają się tendencje separacyjne. O ile w najmłodszej grupie wieku, poniżej 24 roku życia, ku rozwiązaniom separacyjnym (0 lub 1 na skali) skłaniało się 9% badanych, te same wartości na skali osiągnęło 25,4% badanych w grupie wieku powyżej 60 roku życia. Wynik ten — jak się wydaje — z jednej strony można łączyć z istniejącą w przeszłości naszego kraju tradycją rozwiązań separacyjnych dla osób niepełnosprawnych. Osoby starsze, niejako automatycznie, mogą uważać za właściwy model bardziej sobie znany. Z drugiej jednak strony problemy izolacji społecznej, alienacji i samotności — podobnie jak w przypadku osób niepełnosprawnych — są częściej udziałem ludzi starszych i można by oczekiwać, że oni właśnie będą się opowiadać za rozwiązaniami integracyjnymi. Być może, częstszy wybór rozwiązań separacyjnych wiąże się dla nich z gorzkimi doświadczeniami życia w niezyczliwym środowisku i brakiem wiary w sukces rozwiązań integracyjnych.

Do podobnego wniosku skłaniają nas dane uzyskane bezpośrednio od osób niepełnosprawnych. W realizowanym w tym samym 1993 roku badaniu (IFiS PAN, próba reprezentacyjna 2469 osób niepełnosprawnych) zadano respondentom identyczne pytania dotyczące ich stosunku do rozwiązań integracyjnych vs separacyjnych w sferze pracy i organizacji czasu wolnego. Porównanie danych uzyskanych z obu badań skłania do refleksji. Okazuje się bowiem, że deklarowana gotowość do zaakceptowania rozwiązań integracyjnych jest wśród osób niepełnosprawnych niższa niż wśród ogółu społeczeństwa. Za rozwiązaniami integracyjnymi w sferze pracy opowiedziało się 42,6% niepełnosprawnych (58,0% w populacji ogólnej), a w czasie wolnym 58,5% niepełnosprawnych (82,3% w populacji ogólnej). W przypadku obu sfer życia większy był też odsetek osób, które nie były w stanie dokonać jednoznacznego wyboru (20,2% praca, 24,1% czas wolny — wśród niepełnosprawnych i odpowiednio — 11,6% i 3,6% w populacji ogólnej).

Dane te zdają się świadczyć o tym, że problem dokonania wyboru między rozwiązaniami integracyjnymi i separacyjnymi jest dla osób niepełnosprawnych trudniejszy; za wyborami tymi kryją się nie tylko określone preferencje, ale — jak można sądzić — w wielu wypadkach konkretne doświadczenia czy próby funkcjonowania w obu modelach. Częstsze wybory rozwiązań separacyjnych mogą odzwierciedlać negatywne doświadczenia lub obawy przed funkcjonowaniem w mo-

delu integracyjnym. Charakterystyczne jest, że tylko 6,7% badanych niepełnosprawnych wolało przebywać w towarzystwie innych osób niepełnosprawnych, niż innych ludzi. Wybór modelu separacyjnego nie oznacza więc pełnej aprobaty dla takiego właśnie modelu. Można postawić tezę, że w wielu wypadkach następuje zjawisko samoograniczenia w relacjach społecznych, prowadzące w konsekwencji do pogłębiania się izolacji osób niepełnosprawnych w społeczeństwie.

Wyżej przedstawione dane wskazują, że proces integracji społecznej nie może być traktowany jako pożądany czy narzucany w sposób automatyczny dla wszystkich niepełnosprawnych. Jest to raczej proces wymagający przygotowania, „wychowania” do integracji zarówno ogółu społeczeństwa, jak i także samych osób niepełnosprawnych.

## OCENA STOSUNKU NASZEGO SPOŁECZEŃSTWA DO INWALIDÓW

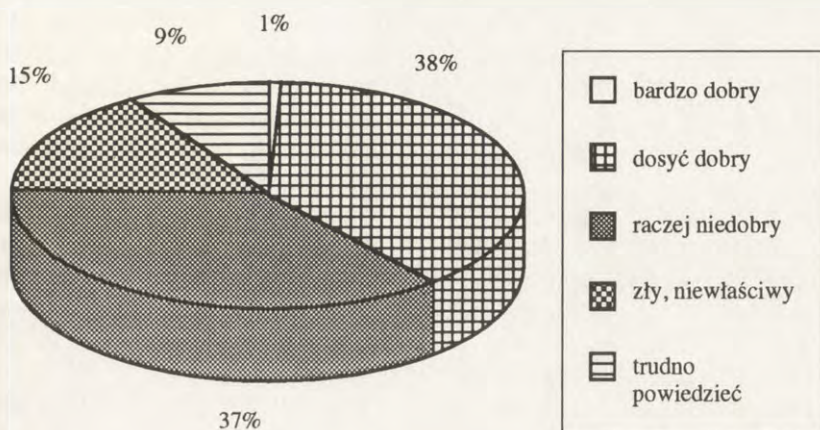
Nasze dotychczasowe rozważania dotyczące sposobu postrzegania miejsca, jakie osoby niepełnosprawne zajmują w społeczeństwie według preferencji określonego — separacyjnego bądź integracyjnego — modelu, koncentrowały się wokół przyznania im pewnego „idealnego” statusu. Decyzje wyboru respondentów motywowane były różnymi czynnikami, wśród których niebagatelną rolę odgrywał określony sposób widzenia przez nich dobra osób niepełnosprawnych. Dobro to niejednokrotnie postrzegane było jako możliwość chronienia osób niepełnosprawnych przed niewłaściwymi postawami społeczeństwa, negatywnymi zachowaniami, brakiem zrozumienia, społecznym piętnowaniem kalectwa.

Następny problem, który chcielibyśmy rozważyć w niniejszym opracowaniu, to ocena postaw naszego społeczeństwa w stosunku do inwalidów; na ile powszechne są — zdaniem respondentów — owe negatywne reakcje na inwalidztwo, czy stanowią one dominującą nutę stosunku społecznego do inwalidów, czy też — zdaniem respondentów — przeważają postawy pozytywne. A oto odpowiedzi na pytanie:

„Jaki jest Pana(i) zdaniem stosunek większości ludzi w naszym kraju do inwalidów?”

bardzo dobry	0,9%
dosyć dobry	37,7%
raczej niedobry	37,3%
zły, niewłaściwy	14,9%
trudno powiedzieć	9,2%.

Wykres 2. Ocena stosunku społeczeństwa do inwalidów



Jak widać na wykresie, przeważają negatywne oceny stosunku społeczeństwa do osób niepełnosprawnych. Przy niemal identycznym odsetku osób, które są skłonne oceniać te postawy jako „dosyć dobre” lub „raczej niedobre”, istnieje zdecydowana różnica między odpowiedziami skrajnymi: bardzo dobre — 0,9% i złe, niewłaściwe — 14,9%.

Negatywne oceny stosunku społeczeństwa do inwalidów przeważają także w cytowanym badaniu osób niepełnosprawnych; odpowiednie różnice między skrajnymi ocenami wynoszą tu: bardzo dobre — 0,8% i złe, niewłaściwe — 18,9%. Jeszcze mniejszy jest jednak odsetek osób oceniających pozytywnie ten stosunek (łącznie oceny „bardzo dobry” i „dość dobry” — 25,5% wśród osób niepełnosprawnych i 38,8% — w populacji ogólnej). Niepełnosprawni więc — jak można było oczekiwać — bardziej krytycznie oceniają stosunek społeczeństwa wobec siebie. Porównanie z danymi uzyskanymi w odpowiedzi na zbliżone pytanie — zadane respondentom w roku 1978 — wskazywałoby na zwiększanie się częstotliwości występowania ocen negatywnych; w badaniu tym ogólnie pozytywnej oceny udzieliło 50% badanych, a negatywnej — 36% (14% odpowiedzi „trudno powiedzieć”). Dominowały więc oceny pozytywne. W badaniu zrealizowanym w 1993 roku dominują natomiast ogólne oceny negatywne (52,2% — w stosunku do 38% pozytywnych).

Można się zastanawiać, czy różnice te odzwierciedlają pogarszający się stosunek społeczeństwa do inwalidów, czy też są raczej wskaźnikami innych zmian, jakie zaszły w ciągu 15 lat w naszym społeczeństwie? Zmiany te — to przede wszystkim znacznie większa liczebność i widzialność społeczna osób niepełnosprawnych, nagłośnie- nie ich sytuacji życiowej, a także zwiększona wiedza i świadomość problemów tej znacznej części społeczeństwa. Problemy niewidoczne, niedostrzegane, bądź akceptowane jeszcze 15 lat temu są niewątpliwie widziane obecnie bardziej krytycznie i wyraziście.

Na uwagę zasługuje jednak także pojawienie się nowych czynni- ków potencjalnie „konfliktotwórczych” — np. polityka wspomagania zatrudnienia osób niepełnosprawnych w sytuacji panującego bezrobo- cia. Sprzyja ona powszechniejszemu niż dawniej postrzeganiu inwali- dów jako uprzywilejowanych konkurentów w uzyskiwaniu społecznie pożądaných dóbr. Świadomość tego faktu może także wpływać na wzrost częstości postrzegania stosunku społeczeństwa do inwalidów jako negatywnego (dane liczbowe na ten temat przedstawione są w na- stępnym rozdziale raportu). Ilustrują to następujące wypowiedzi: „Sy- tuacja w kraju jest zła, każdy ma swoje problemy, każdy walczy o pra- cę i zajmowanie stanowisk np. przez inwalidów jest źle widziane, a więc stosunek do nich jest niechętny” (423). „Niektórzy inwalidzi przesadnie wykorzystują swoje uprawnienia i przywileje, to prawda, i ludzi to kłuje w oczy” (568).

A oto uzasadnienia przedstawionych pozytywnych i negatywnych ocen stosunku społeczeństwa do inwalidów.

#### *Uzasadnienia ocen pozytywnych*

— odpowiedzi wskazujące na konkretne, pozytywne zacho- wania (udzielana pomoc, wszelkiego rodzaju wsparcie)	26,2%
— odpowiedzi wskazujące na pozytywne uczucia (akceptacja, życzliwość, zrozumienie)	16,5%
— odpowiedzi wskazujące na właściwe rozwiązania problemu niepełnej sprawności na poziomie makrospołecznym (właściwy stosunek państwa, pomoc społeczna itp.)	4,2%
— stwierdzenia ogólne („dobrze traktują”)	1,5%
— inne	1,2%

#### *Uzasadnienia ocen negatywnych*

— odpowiedzi wskazujące na brak pozytywnych odczuć (brak zrozumienia, akceptacji, obojętność, niedostrzeganie potrzeb)	29,5%
--	-------

— odpowiedzi wskazujące na wyraźnie negatywne emocje i zachowania (złośliwość, wrogość, wyszydzanie, niezdrowa ciekawość, szykanowanie)	21,4%
— odpowiedzi wskazujące na brak właściwych zachowań (brak pomocy, konkretnych działań na rzecz osób niepełnosprawnych)	11,0%
— odpowiedzi wskazujące na niewłaściwe rozwiązanie problemu na poziomie makrospołecznym (brak pomocy państwa, systemu opieki itp.)	3,9%
— stwierdzenia ogólne	1,3%
— inne	0,8%

Uwaga: Odsetki nie sumują się do 100, ponieważ badani mogli udzielić więcej niż jednej odpowiedzi.

Przy analizie uzasadnień ocen negatywnych warto zwrócić uwagę na stosunkowo wysoki odsetek osób wskazujących na zdecydowanie wrogie i dyskryminujące postawy i zachowania naszego społeczeństwa w stosunku do inwalidów. Mówi o tym ponad 20% badanych: „Traktuje się ich gorzej niż zdrowych, lekceważy ich, niektórzy ludzie wyśmiewają ich, brak jest dla nich narzędzi ułatwiających życie” (115). „Na ulicy można odczuć, że inwalida nie jest traktowany jak normalny człowiek, spotykają się z różnymi szykanami ze strony innych ludzi” (487). Pozostałe oceny negatywne nie zawierają wyraźnego składnika określonego zachowania; nawiązują raczej do braku odpowiedniej wiedzy, zrozumienia i umiejętności okazania właściwej pomocy: „Ludzie za mało na ten temat wiedzą, za mało dostrzegają spraw i problemów inwalidów. Mobilizują się tylko w ekstra sytuacjach, takich jak «Orkiestra Świątecznej Pomocy». Na co dzień nie dostrzegają tych spraw” (541). „Zbyt mało się mówi o problemach inwalidów, nie ułatwia im się ciężkiego życia, państwo im za mało pomaga. Pomoc indywidualna to za mało, a ona też nie zawsze jest. Nie każdy też wie, jakie są ich potrzeby, jak pomóc” (376).

Sposób postrzegania stosunku społeczeństwa polskiego do osób niepełnosprawnych (ocena stosunku społeczeństwa) jest skorelowany z niektórymi cechami demograficznymi i społecznymi badanych.

**Tabela 5. Postrzeganie stosunku społeczeństwa do inwalidów a cechy demograficzne i społeczne badanych (współczynniki korelacji r Pearsona)**

Cechy demograficzne i społeczne badanych	Postrzeganie stosunku jako pozytywnego
Religijność	0,17**
Wielkość miejsca zamieszkania	-0,14**
Wykształcenie	-0,11**
Znajomość problemów życia inwalidów	-0,09**
Wiek	0,09**

Uwaga: Religijność mierzona była według 3-punktowej skali: niewierzący — 0; wierzący, lecz raczej nie praktykujący — 1; wierzący i praktykujący — 3.  
Poziom istotności: \*\*  $p < 0,001$

Jak więc widać, zwiększające się parametry miejsca zamieszkania, wykształcenia i znajomości problemów życia inwalidów sprzyjają postrzeganiu stosunku społeczeństwa do osób niepełnosprawnych jako negatywnego. Jako pozytywną częściej oceniają tę relację osoby starsze, a także osoby religijne (uczęszczające do kościoła). Ostatnia z wymienionych zależności przybiera najwyższy współczynnik w analizowanym zestawie. Może ona budzić pewne zdziwienie, bowiem właśnie od osób pozostających pod silniejszym wpływem ideologii chrześcijańskiej można by oczekiwać relatywnie większego wyrozumienia na niewłaściwe traktowanie bliźniego.

Podobnie — wydawałoby się — że osoby starsze, które niejednokrotnie same są niewłaściwie traktowane, choćby izolowane przez społeczeństwo (a wśród których jest także więcej osób niepełnosprawnych), będą bardziej krytycznie oceniać ten stosunek. Jest jednak odwrotnie. Ten mniejszy krytycyzm osób starszych można wiązać — jak sądzę — z innymi kryteriami oceny, niż ma to miejsce wśród osób młodych. Stosunek ten więc ocenia się jako właściwy, gdy izolowanie, odsuwanie się od nich przyjmuje się za pewien stan normalny, bez jego negatywnego wartościowania. Jak pamiętamy z poprzedniego rozdziału, wraz z wiekiem wzrastało też poparcie dla separacyjnych rozwiązań problemów życiowych inwalidów. Ogólnie więc, przy posługiwaniu się mniej rygorystycznymi kryteriami ocen negatywnych — całość sytuacji jawi się częściej jako pozytywny.

Ta lepsza ocena stosunku społecznego do inwalidów w mniejszych miejscowościach, a szczególnie na wsiach wśród rolników, może mieć dwa rodzaje wyjaśnień. W mniejszych społecznościach o bardziej tradycyjnych więziach społecznych inwalidzi są lepiej traktowani niż w dużych wyobcowanych społeczeństwach miejskich i oceny respondentów uogólniające doświadczenia ich własnych środowisk odzwierciedlają ten fakt. Równocześnie jednak mogą się różnić w sposób istotny kryteria dokonywanych ocen. To, co jest oceniane jako pozytywny stosunek do inwalidów na wsi, może nie zasługiwać na pozytywną ocenę w innych środowiskach. Oba wyjaśnienia nie muszą się zresztą wzajemnie wykluczać. Charakterystyczne jednak jest — jak pamiętamy — że na wsiach obraz osoby niepełnosprawnej (i jej potrzeby) jest uproszczony i jak się przekonamy z lektury dalszych rozdziałów opracowania — często niewłaściwy. Skłania to raczej do przyjęcia drugiego z proponowanych wyjaśnień.

## SPOŁECZNE WIZERUNKI INWALIDÓW

Kim w potocznym rozumieniu są inwalidzi? Zakres takich pojęć, jak inwalidztwo, kalectwo, niepełna sprawność sprawia wiele kłopotów specjalistom od tej problematyki. Niezależnie jednak od prawnych i medycznych czy społecznych kryteriów, przy pomocy których można określić występowanie tych zjawisk i ich zróżnicowania terminologiczne, także w języku codziennym mówi się przecież o inwalidach i inwalidztwie i z terminami tymi związane są odpowiednie treści i wyobrażenia. Aby naświetlić powyższą kwestię, badanym zadano pytanie — kogo mają na myśli, mówiąc o inwalidach. Pytanie to miało charakter pewnej weryfikacji realizowanego badania (do jak rozumianej grupy inwalidów odnoszą się postawy i opinie badanych), jednak informacje na ten temat posiadają także pewien aspekt praktyczny.

W swych wystąpieniach i publikacjach politycy, dziennikarze, działacze na rzecz osób niepełnosprawnych często posługują się zbiorczymi kategoriami — właśnie typu niepełnosprawni lub inwalidzi. Nie jest jednak pewne czy problemy, o których mówią, są identyfikowane przez społeczeństwo z tą samą kategorią osób. Chodziło by więc także o uzyskanie informacji, czy potoczne rozumienie inwalidztwa pokrywa się z jego definicyjnymi cechami — pochodzącymi z języka profesjonalnego, w którym najczęściej przekazywane są wszelkie informacje dotyczące sytuacji ludzi niepełnosprawnych w naszym kraju.

Analiza odpowiedzi na wyżej postawione pytanie potwierdziła tę wątpliwość. Wykazała ona, że za treścią pojęcia „inwalidzi” kryją się niemal wyłącznie uszkodzenia narządu ruchu, kalectwa widoczne, bądź postrzegane w pierwszych kontaktach z osobą niepełnosprawną (niepełności sensoryczne). Tak więc popularne rozumienie inwalidztwa dalekie jest od kategorii inwalidztwa prawnego czy struktury inwalidztwa w naszym kraju. Od lat proporcjonalnie największą grupą osób otrzymujących po raz pierwszy orzeczenie o inwalidztwie są osoby cierpiące z powodu chorób układu krążenia; fakt ten jednak nie znajduje swojego odbicia w popularnym rozumieniu tego, kto jest inwalidą.

A oto zestawienie kategorii osób, które badani wymieniali w odpowiedzi na pytanie, kogo mają na myśli mówiąc o inwalidach (pytanie otwarte).

*Niepełnosprawność narządu ruchu*

- |  |       |
|--|-------|
| 1. Ludzie o uszkodzonym narządzie ruchu, niesprawnych kończynach, bądź nie posiadający kończyn | 63,2% |
| 2. Osoby na wózkach inwalidzkich (bez wskazania przyczyny niepełnej sprawności)                | 20,3% |
| 3. Ludzie sparaliżowani  | 18,4% |

*Niepełnosprawność sensoryczna*

- |                       |       |
|-----------------------|-------|
| 4. Niewidomi          | 43,5% |
| 5. Głuchoniemi        | 18,1% |
| 6. Niesłyszący, głusi | 9,8%  |

*Upośledzenie umysłowe*

- |                                |       |
|--------------------------------|-------|
| 7. Ludzie upośledzeni umysłowo | 15,9% |
|--------------------------------|-------|

*Choroba psychiczna*

- |                       |      |
|-----------------------|------|
| 8. Chorzy psychicznie | 5,5% |
|-----------------------|------|

*Inne*

- |   |       |
|---|-------|
| 9. Osoby o wyraźnie widocznym kalectwie (zniekształceniu) cieleśnym | 11,1% |
| 10. Ludzie ciężko, bądź nieuleczalnie chorzy na różne choroby       | 9,7%  |
| 11. Inne odpowiedzi   | 4,5%  |
| 12. Odpowiedzi ogólne (różne niepełnosprawności, różni inwalidzi)   | 6,9%  |

Uwaga: Odpowiedzi przekraczają 100%, gdyż badani wymieniali różne kategorie.



Ciekawych informacji w omawianym przedmiocie dostarczają dane na temat identyfikacji z terminem „niepełnosprawność” samych osób niepełnosprawnych. W cytowanym już badaniu IFiS PAN osoby, które na podstawie kryterium funkcjonowania społecznego (ograniczenia w pełnieniu podstawowych dla danego wieku ról społecznych) zaliczone zostały do populacji osób niepełnosprawnych (N=2469), nie były przekonane, że termin „niepełnosprawność” jest najbardziej adekwatny do ich sytuacji zdrowotnej i społecznej. Ponad połowa tych osób (57,0%) uznała, że ich kondycja jest najlepiej charakteryzowana przez określenie „przewlekle chorzy”, 18,1% określiła się jako „inwalidzi”, a tylko 17,7% jako „osoby niepełnosprawne”.

Warto dodać, dla uzupełnienia informacji o częstotliwości identyfikacji z terminem „inwalidzi”, że w omawianej populacji 2080 osób (84,6%) pobierało rentę inwalidzką, a więc miało status prawny inwalidy. Przytoczone dane wskazują więc także, że oficjalne standardy klasyfikacyjne nie korespondują z potocznymi odczuciami na temat — w tym wypadku — samych zainteresowanych.

W badaniu postaw wobec niepełnosprawnych interesowały nas także cechy, które respondenci skłonni byliby przypisywać inwalidom — a więc pewne elementy obrazu, wizerunku społecznego, stereotypu inwalidy.

Badanym przedstawiono listę 24 cech zestawionych na zasadzie ich opozycji (np. silny–słaby, skryty–otwarty), prosząc o wskazanie tych spośród nich, które — zdaniem respondenta — najlepiej charakteryzują większość inwalidów w naszym kraju. Cechy te uwzględniały pewne charakterystyki osobowościowe, zachowania w relacjach z innymi ludźmi, funkcjonowanie i położenie społeczne. Każda z tych cech miała swój wymiar negatywny i pozytywny, przy czym przy układaniu ich ciągów zastosowano alternację tych cech (przemienność umieszczania), aby wyeliminować wpływ mechanicznych odpowiedzi. Intencją pytania było zarówno zrekonstruowanie obrazu inwalidy, a więc listy najczęściej powtarzających się, wybieranych cech, jak i pewnego stereotypu, a więc zespołów cech współwystępujących ze sobą, odtwarzających pewien uproszczony i skrótowy sposób myślenia o nich\*.

---

\* Należy się jednak zastrzec, że ze względu na wyłącznie dwubiegunowe przedstawienie tych cech, a nie przy pomocy bardziej rozbudowanych skal, nie jesteśmy w stanie ocenić ich zawartości emocjonalnej. Rozumienie stereotypu jest tu więc bliższe rozumieniu potocznemu niż wynikłemu z definicji przyjętych na gruncie psychologii społecznej.

A oto lista przedstawionych par cech i wybory badanych dotyczące każdej z nich. Odpowiedzi na pytanie:

„A teraz przedstawimy Panu(i) listę różnych cech zestawionych ze sobą na zasadzie przeciwieństw (np. silny–słaby). Z każdej takiej pary cech prosimy wybrać tę, która Pana(i) zdaniem lepiej charakteryzuje inwalidów. Oczywiście, tak jak wśród wszystkich ludzi — są wśród nich osoby o różnych cechach charakteru, różnych umiejętnościach czy wyglądzie. Tu jednak chcieliśmy poprosić Pana(i) o podkreślenie tych cech, które odnoszą się do większości inwalidów. Może Pan(i) również zaznaczyć „0”, jeżeli według Pana(i) inwalidzi posiadają obydwie cechy w takim samym stopniu. Ponieważ liczy się Pana(i) pierwsze skojarzenie, proszę podkreślać w miarę możliwości szybko, bez zastanowienia”.

Próbując na podstawie niżej przedstawionych danych rekonstruować społeczny obraz inwalidy, warto zacząć od wskazania tych cech, których żaden z wymiarów (ani pozytywny, ani negatywny) nie jest w zasadzie charakterystyczny dla większości inwalidów.

Za cechy takie należy uznać te, w przypadku których częstość wyborów wartości „0” była wyższa niż wyborów którejs z opozycyjnych cech lub wartości uzyskiwane na obu biegunach były zbliżone (żadna z cech opozycyjnych nie była dominująca w rekonstruowanym obrazie). Są to: interesujący — nudni, zgorzkniali — pogodni, zgodni — kłótniwi, bezradni — zaradni, starzy — młodzi, wykształceni — niewykształceni. Na uwagę zasługują tu dwie ostatnie pozycje, bowiem w tym miejscu pewne cechy istniejącego obrazu mogą być weryfikowane ze statystycznymi danymi obiektywnymi. Zdaniem respondentów — takie cechy, jak wiek i wykształcenie nie różnicują populacji inwalidów (większość z nich to „tacy i tacy”). Obraz ten odbiega więc od stanu faktycznego — częstość występowania inwalidztwa nasila się bowiem wraz z wiekiem, a przeciętne wykształcenie jest w tej grupie niższe niż w populacji generalnej.

Pozostałe osiemnaście par cech wykazuje każdorazowo dominantę jednej z nich, a zatem cechy te najlepiej reprezentują to, co nazwaliśmy społecznym wizerunkiem inwalidy w świadomości społecznej.

W odpowiedzi na pytanie „Jacy są w większości inwalidzi” należałoby — zdaniem przeważającej części badanych — odpowiedzieć następująco:

Tabela 6. Jacy są w większości inwalidzi? (w %)

N=1264

Cecha	Wybory	„0” (posiadanie obu cech w jednakowym stopniu)	Wybory	Cecha opozycyjna	„Trudno powiedzieć” i brak danych
Silni	24,0	29,0	46,7	Słabi	0,3
Zgodni	33,6	30,1	35,3	Kłótlivi	1,0
Lękliwi	48,8	25,6	24,6	Odważni	1,0
Towarzyscy	23,2	24,1	51,8	Samotni	0,9
Podejrzliwi	44,0	26,9	28,3	Ufni	0,8
Przyjaźni	58,8	30,0	10,3	Nieprzyjaźni	0,9
Wytrwali	51,7	28,0	19,4	Rezygnujący	0,9
Bezradni	34,2	31,9	33,2	Zaradni	0,7
Weseli	17,1	38,6	43,8	Smutni	0,5
Skryci	51,6	28,1	19,6	Otwarci	0,7
Nerwowi	59,6	25,0	14,4	Opanowani	1,0
Interesujący	35,0	46,8	16,8	Nudni	1,4
Narzekający	49,2	36,3	13,5	Zadowoleni	1,0
Dobroduszni	37,4	36,9	24,6	Złośliwi	1,1
Prostolinijni	45,2	39,8	13,4	Wykrętni	1,6
Niepełni siebie	56,3	29,0	13,9	Pewni siebie	0,8
Samodzielni	25,3	33,6	40,2	Niesamodzielni	0,9
Zgorzkniali	30,0	40,7	28,4	Pogodni	0,9
Cierpliwi	41,1	29,4	28,9	Niecierpliwi	0,6
Cisi	46,3	34,3	18,7	Głośni	0,7
Niechlujni	6,9	46,0	46,9	Schludni	0,2
Zamożni	2,7	42,2	54,1	Ubodzy	1,0
Starzy	12,7	75,6	10,8	Młodzi	0,9
Wykształceni	9,7	69,6	19,9	Niewykształceni	0,8

słabi, lękliwi, samotni, podejrzliwi, smutni, skryci, nerwowi, narzekający, niepewni siebie, niesamodzielni, cierpliwi, cisi, ubodzy, przyjaźni, wytrwali, dobroduszni, prostolinijni, schludni.

Zestaw powyższych cech odzwierciedla zarówno takie wymiary, jak słabość, uzależnienie, wyizolowanie i niepewność — a więc świadczące o trudnościach w interakcjach społecznych czy pewnej

marginalizacji społecznej, jak i cechy cenione w interakcjach (przyjaźni, wytrwali, dobroduszni, prostolinijni, schludni), które jako pewne elementy charakteru znakomicie pozwalałyby ową marginalizację pokonać. Proporcje obu cech wskazują jednak, że w obrazie tym decydujące są cechy słabości i wyizolowania.

Spróbujmy obecnie prześledzić, które z analizowanych cech tworzą stereotyp, a więc pojawiają się w uproszczonym, syntetycznym sposobie myślenia o inwalidach. Za cechy takie wstępnie uznano te, które uzyskały ponad 50% wyborów lub ponad 12 punktów procentowych więcej wskazań od ich cech przeciwstawnych lub wartości „0” („obie cechy w równym stopniu”). W ten sposób do dalszej analizy zakwalifikowano następujące zmienne: słabi, lękliwi, samotni, podejrzliwi, przyjaźni, wytrwali, skryci, nerwowi, narzekający, niepewni siebie, ubodzy. Aby ocenić wewnętrzną spójność takiego zestawu cech, przyjrzyjmy się poniższej macierzy korelacji.

Analiza przedstawionych współczynników korelacji wykazała, że dziewięć spośród użytych zmiennych pozostaje ze sobą we wspólnym silnym związku, a zatem mogą być one traktowane jako współelementy jednego zjawiska. Są to:

- słabi
- lękliwi
- samotni
- podejrzliwi
- skryci
- nerwowi
- narzekający
- niepewni siebie
- ubodzy.

Zgodnie z założeniami naszej analizy zespół wyżej wymienionych cech odzwierciedla pewien uogólniony, uproszczony i schematyczny sposób myślenia o inwalidach. Stereotyp ten stanowi więc pryzmat, przez który znaczna część badanych jest skłonna postrzegać ludzi niepełnosprawnych. Oczywiście, w rzeczywistości społecznej obraz ten może być bogatszy i zawierać większą liczbę cech ilustrujących także inne — niż użyte w naszej analizie — parametry; niewątpliwie jednak w stereotypie inwalidów obecne są elementy słabości, samotności, zamknięcia w sobie i postawy ogólnego wycofania się z życia.

**Tabela 7. Macierz korelacji r Pearsona cech potencjalnego stereotypu inwalidy (pominięto nieistotne statystycznie współczynniki)**

Cechy	Stabi	Lękliwi	Samotni	Podje- rzliwi	Przy- jaźni	Wytrwa- li	Skryci	Nerwowi	Narzeka- jący	Niepewni siebie	Ubodzy
Stabi	1	.35	.16	—	—	—	.10	.11	.13	.16	.22
Lękliwi		1.00	.13	.17	—	-.07*	.21	.21	.21	.32	.19
Samotni			1.00	.26	—	—	.36	.19	.20	.27	.17
Podjejrzeni				1.00	-.08*	—	.27	.28	.19	.21	.13
Przyjaźni					1.00	.26	—	—	—	.09	.16
Wytrwali						1.00	—	—	—	—	.08*
Skryci							1.00	.26	.20	.31	.19
Nerwowi								1.00	.34	.28	.19
Narzekający									1.00	.35	.27
Niepewni siebie										1.00	.24
Ubodzy											1.00

\* p < 0,01

Wszystkie pozostałe zależności istotne na poziomie p < 0,001

Poszukując wewnętrznych wspólnych wymiarów takiego zestawu cech, zastosowano analizę czynnikową. W wyniku tej analizy wyodrębniono dwa czynniki, w jakie układały się współzależności wyborów cech składających się na stereotyp\*. Tabela 8 przedstawia zmienne użyte w analizie i ich ładunki czynnikowe na obu wyodrębnionych czynnikach.

**Tabela 8.** Wymiary wewnętrzne stereotypu. Wyniki analizy czynnikowej

Cechy	Czynnik 1	Czynnik 2
1. Słabi	0.78	-0.12
2. Lękliwi	0.65	0.13
3. Samotni	0.23	0.60
4. Podejrzliwi	-0.02	0.74
5. Skryci	0.17	0.68
6. Nerwowi	0.36	0.47
7. Narzekający	0.53	0.31
8. Niepewni siebie	0.54	0.38
9. Ubodzy	0.46	0.21

Próbując zinterpretować otrzymane czynniki, pierwszy z nich można określić jako wymiar cech psychicznych reprezentujących słabość (najsilniejsze cechy: słabi, lękliwi, niepewni siebie), drugi zaś — jako wymiar izolacji społecznej (najsilniejsze cechy: podejrzliwi, skryci, samotni).

Tak więc stereotyp inwalidy określałyby dwa główne parametry — słaby psychicznie i wyizolowany społecznie. Odzwierciedlają one dwa sposoby postrzegania inwalidów — poprzez przypisywanie im przede wszystkim pewnych indywidualnych atrybutów, cech psychicznych lub postrzeganie ich poprzez pryzmat ich funkcjonowania społecznego. Oba sposoby widzenia — jak się wydaje — nie pozostają bez wpływu na ocenę całokształtu sytuacji życiowej inwalidów. W pierwszym przypadku ich problemy mogą być — oprócz samego inwalidztwa — funkcją czynników indywidualnych, cech osobowościowych, w drugim przypadku wiążą się one z brakiem właściwych

\* Analiza ta pozwala stworzyć pewne zmienne syntetyczne (o wysokiej korelacji wewnętrznej) i nie skorelowane między sobą (zawierające niezależne informacje o zestawie cech). Zastosowano analizę głównych składowych z rotacją Varimax. Uzyskane po rotacji dwa czynniki wyjaśniły 43,8% wariancji. Pierwszy czynnik wyjaśnił 31,8% wariancji.

relacji społecznych, zaufania, wsparcia innych osób. Za istnienie tych problemów współodpowiedzialne są więc także inne osoby, potencjalni partnerzy nie istniejących interakcji.

Spójrzmy obecnie na charakterystyki społeczne respondentów, którzy skłaniają się ku tak określonym sposobom postrzegania inwalidów

**Tabela 9.** Parametry postrzeganego stereotypu a cechy demograficzno-społeczne respondentów (współczynniki korelacji  $r$  Pearsona)

Cechy respondentów	Parametry stereotypu	
	slaby psychicznie	izolowany społecznie
Wiek	0.15*	—
Wykształcenie	-0.13**	0.20**
Wielkość miejsca zamieszkania	-0.07*	0.10*
Znajomość problemów życia niepełnosprawnych	—	0.07*

Poziom istotności:      \*  $p < 0,01$   
                                   \*\*  $p < 0,001$

Jak więc widać, stereotypowe postrzeżenie inwalidów w kategoriach ich cech psychicznych (a konkretnie słabości) jest przede wszystkim typowe dla osób stosunkowo starszych, niżej wykształconych, zamieszkujących mniejsze miejscowości. Z kolei postrzeżenie inwalidów poprzez pryzmat ich relacji z innymi ludźmi — a właściwie poprzez brak tych relacji — jest bardziej typowe dla osób młodszych, bardziej wykształconych, orientujących się nieco lepiej w problemach życiowych osób niepełnosprawnych i zamieszkujących w dużych miastach.

Podsumowując przedstawione w tym rozdziale analizy, należy stwierdzić, że zarysowany tu stereotyp charakteryzuje inwalidę jako osobę słabą, wycofującą się z życia, izolowaną, pełną obaw — kojarzącą się raczej z niepowodzeniem życiowym niż jakimkolwiek sukcesem. Dwa dominujące wymiary stereotypu odnoszą się do różnych źródeł czy konsekwencji tych niepowodzeń: pewnej kruchości psychicznej z jednej strony i kruchości relacji społecznej — z drugiej. Niezależnie jednak od poszczególnych wymiarów stereotypu, osoby opisane przy pomocy wymienionych cech wywołują — jak można sądzić — raczej uczucie litości, być może — odruch niesienia pomocy, sprawowania opieki, niż traktowanie inwalidy jako partnera własnych przedsięwzięć, osobę, która wprawdzie posiada pewne ograniczenia, ale przecież także możliwości. Takie postrzeżenie inwalidów ma

oczywiście konsekwencje praktyczne, niejednokrotnie z góry pozbawiające szans osobę niepełnosprawną. Ważne tu jest więc kształtowanie w opinii społecznej nowego wizerunku inwalidy czy osoby niepełnosprawnej, który mógłby przyczynić się do przełamania takiego stereotypu, ukazanie odnoszonych przez wielu z nich sukcesów, osiągnięć, ich twórczych możliwości, wartościowych i pełnych relacji społecznych. Służą temu niewątpliwie różne akcje o szerokim zasięgu społecznym (np. olimpiady specjalne), jednak ważne jest propagowanie sukcesów ludzi niepełnosprawnych także na polu zawodowym, ekonomicznym, w życiu rodzinnym i w codziennych sytuacjach życiowych.

## POSTAWY WOBEC PRACY INWALIDÓW. WYMOGI A UPRAWNIENIA

Problem przyznania inwalidom określonego miejsca w społeczeństwie — to także sfera faktów związanych z kompensowaniem im w różnych sytuacjach społecznych ich zmniejszonych możliwości. Chodzi tu przede wszystkim o kompensowanie w postaci przyznania osobom niepełnosprawnym rozmaitych ulg, zmniejszonych wymagań, uprawnień i przywilejów, których osoby pełnosprawne nie posiadają.

W omawianym badaniu problem ten pojawił się głównie w kontekście pracy i zatrudnienia — zagadnienie te bowiem wydawały się być obecnie stosunkowo najbardziej kontrowersyjne; przyznawanie inwalidom szczególnych uprawnień może bowiem oznaczać, że tracą na tym interesy „zdrowych i sprawnych”. Problem ten sprowadzić można do paru bardziej szczegółowych pytań. Czy inwalidzi w ogóle powinni pracować zawodowo (szczególnie w sytuacji aktualnego bezrobocia), jeżeli otrzymywana renta może zaspokoić ich podstawowe potrzeby? Czy wymagania w pracy powinny być dostosowane do zmniejszonych możliwości inwalidy, czy należy stosować w stosunku do niego „taryfę ulgową”? A jeżeli tak, czy gratyfikacje uzyskiwane za pracę powinny być odpowiednio zmniejszone, czy takie same, jak w przypadku pracowników zdrowych i w pełni wydajnych? Czy z kolei ciężar zatrudnienia inwalidów nie powinien sprowadzać się do działań zmierzających do znalezienia dla nich takiej pracy, w której normy i wymagania mogłyby być identyczne jak w przypadku innych zatrudnionych?



Problem zmniejszonych wymagań i specyficznych przywilejów dla osób niepełnosprawnych lub traktowanie ich w miarę możliwości jak innych łączy się bezpośrednio z ich tożsamością na rynku pracy. W pierwszym przypadku osoba niepełnosprawna ma więc pewne ułatwienie, jednak powoduje to podkreślenie jej inwalidztwa, postrzeganie w pracy nie jako zatrudnionego tam pracownika, ale przede wszystkim jako zatrudnionego inwalidę. W drugim przypadku występują, lub mogą wystąpić, pewne fizyczne utrudnienia dla inwalidy, praca może wymagać od niego więcej wysiłku, zdobycia dodatkowych kwalifikacji, może się także wiązać z niższym dochodem inwalidy, nie są jednak inwalidzi w takiej sytuacji traktowani jako „inni”, nie podkreśla się ich odrębności, ich niepełnej sprawności. Oczywiście, rozróżnienie to charakteryzuje pewne tendencje ogólne, indywidualne sytuacje poszczególnych osób niepełnosprawnych mogą się kształtować odmiennie w różnych okolicznościach. Zależać to będzie od rodzaju i stopnia ich inwalidztwa, wykształcenia, charakteru pracy itp. Jednakże wydaje się, że można mówić o istnieniu w percepcji społecznej pewnych oczekiwań związanych z inwalidą-pracownikiem, ogólnego nastawienia do jego możliwości i szans zawodowych, proponowanych rozwiązań.

Problem możliwości i wymagań w stosunku do inwalidów powinien, jak może się wydawać, być przede wszystkim konsultowany z nimi samymi. Nie jest to jednak wyłącznie problem osób niepełnosprawnych; znaczny wpływ bowiem na to, jak inwalidzi będą funkcjonować w miejscu pracy, ma także stosunek do nich ich współpracowników, oczekiwania załogi, kierownictwa, dokonywana przez nich ocena możliwości inwalidów, sposób widzenia ich szans i ograniczeń. Poznanie postaw społecznych w stosunku do inwalidów-pracowników — szczególnie w sytuacji ich zatrudnienia w systemie zintegrowanym — posiada więc znaczną doniosłość praktyczną.

Przyjrzyjmy się na początek danym ilustrującym problem pracy i zatrudnienia inwalidów w ogóle. W odpowiedzi na pytanie „Czy uważa Pan(i), że inwalidzi, którym stan zdrowia pozwala, powinni (jeśli chcą) pracować, nawet jeżeli renta w pełni wystarcza na utrzymanie?” przeważająca większość badanych (80,3%) odpowiedziała twierdząco. Uzasadnienia tych odpowiedzi nawiązywały przede wszystkim do rehabilitacyjnych i integracyjnych walorów pracy (praca daje poczucie, że się jest pożytecznym — 27%, pozwala być między ludźmi, zapobiega izolacji — 15%, praca wypełnia czas, pozwala zapomnieć o inwalidztwie — 22,5%), a także wskazywały na postulat równości,

nieograniczania niczyjego prawa do pożądaných społecznie wartości (14,6%): „Powinni pracować. Nie będą tylko myśleć o inwalidztwie. Praca to też rehabilitacja” (531). „Praca jest także rodzajem samorealizacji. Powinni pracować, mieć poczucie przydatności, będą dowartościowani przez pracę, nie będą osamotnieni” (424). „Powinni pracować, żeby być takimi samymi ludźmi jak inni” (187). Jeśli chodzi o odpowiedź negatywną — jej uzasadnienia wskazywały przede wszystkim na aktualnie istniejące bezrobocie (12,6%), a zatem respondenci postrzegając osobę niepełnosprawną jako konkurenta na rynku pracy: „W tej chwili, przy takich brakach miejsc do pracy, jeżeli mają środki do życia, lepiej żeby nie zajmowali miejsc pracy” (821). „Teraz trudno jest o pracę nawet dla zdrowych. Ludzie są zazdrośni o swoje miejsce pracy. Inwalidzi powinni mieć dobrą rentę i nie męczyć się już” (535). Inne głosy, znacznie mniej liczne, wskazywały bądź na szkodliwość zdrowotną pracy dla inwalidów (2,8%) lub też na potrzebę właściwej opieki ze strony państwa, aby nie musieli oni pracować (2,5%). Warto zauważyć, że odsetek osób przekonanych o wartościach pracy i pozytywach zatrudnienia osób niepełnosprawnych jest tu nawet nieco wyższy niż w populacji samych osób niepełnosprawnych (badanie IFiS PAN). W cytowanym badaniu odsetek ten wyniósł 71,7.

Ta w miarę powszechna akceptacja i aprobatą dla pracy osób niepełnosprawnych — wyrażona tu w kategoriach ogólnych — ulega jednak wyraźnemu zmniejszeniu, gdy problemy pracy odnoszone są do bardziej konkretnych, szczegółowych sytuacji. Gdy wyraźniej sprecyzowany zostaje element „kosztów społecznych” (niezależnie od tego, czy są one autentyczne czy nie) wyeliminowana zostaje - jak można sądzić — pewna altruistyczna deklaracyjność respondentów.

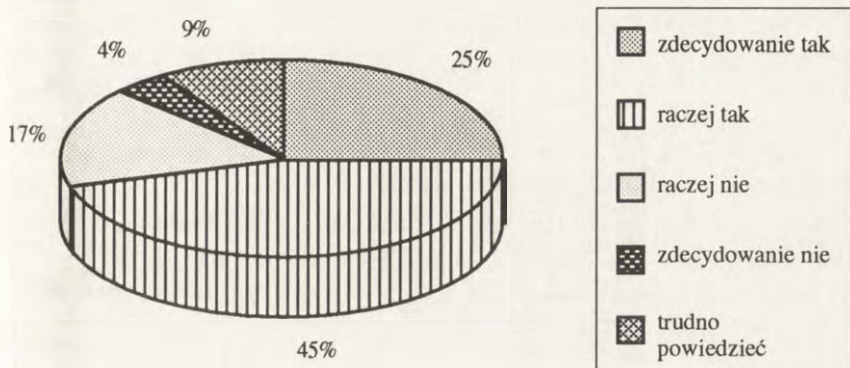
A oto odpowiedź na dwa kolejne pytania dotyczące zatrudnienia osób niepełnosprawnych:

„Tworzy się obecnie u nas nowe ustawy, których celem jest gwarantowanie ludziom niepełnosprawnym pewnych praw i ulg przed innymi obywatelami (np. zachęcanie pracodawców poprzez znoszenie podatków, aby zatrudniali w pierwszej kolejności inwalidów). Czy uważa Pan(i) takie rozwiązania za słuszne?”

N = 1264

zdecydowanie tak	25,2%
raczej tak	45,2%
raczej nie	16,5%
zdecydowanie nie	4,3%
trudno powiedzieć	8,8%

Wykres 3. Ocena słuszności wprowadzenia specjalnych preferencji przy zatrudnianiu inwalidów

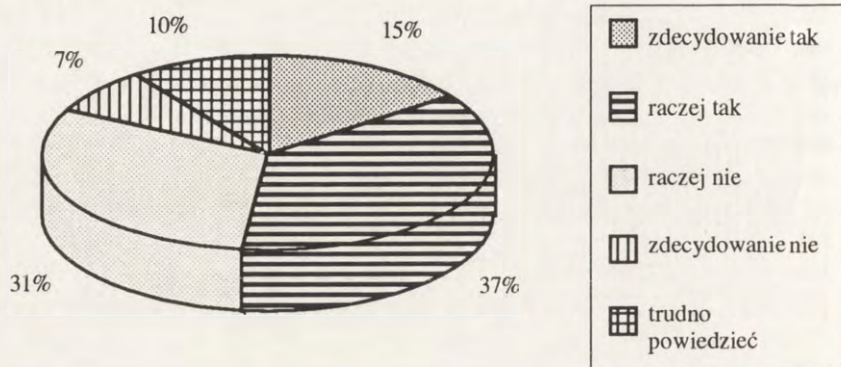


„Czy Pana(i) zdaniem słuszne jest popieranie przez państwo zatrudnienia inwalidów, gdy brakuje pracy dla zdrowych i sprawnych?”

zdecydowanie słuszne	14,6%
raczej słuszne	37,2%
raczej niesłuszne	31,2%
zdecydowanie niesłuszne	7,4%
trudno powiedzieć	9,7%

Jak więc widać, przy bardzo ogólnym postawieniu problemu — 80,3% badanych uważa, że inwalidzi powinni pracować, znajdując na uzasadnienie tego stanowiska rozmaite pozytywne racje. Przy ocenie ustawy przyznającej osobom niepełnosprawnym pewne priorytety w dziedzinie zatrudnienia przed osobami zdrowymi — odsetek zwolenników takiego rozwiązania maleje do 70,4% (25,2% zdecydowanie je popiera i 45,2% „raczej” popiera). W kolejnej sytuacji, gdy podniesiony zostaje wyraźnie problem pewnej konkurencji na rynku pracy między niepełnosprawnymi a pełnosprawnymi — poparcie dla zatrudnienia niepełnosprawnych akceptuje już tylko 51,8% badanych (14,6% popiera zdecydowanie i 37,2% „raczej” popiera).

**Wykres 4. Ocena słuszności postulatu preferencyjnego zatrudniania inwalidów w sytuacji bezrobocia**



Istnieje wyraźna zależność między stopniem akceptacji zatrudnienia i promowania pracy inwalidów a wykształceniem i oceną sytuacji materialnej badanych.

**Tabela 10. Akceptacja zatrudnienia i związanych z tym przywilejów dla inwalidów a wykształcenie i ocena sytuacji materialnej respondentów (współczynniki korelacji r Pearsona)**

Stopień akceptacji	Wykształcenie	Ocena sytuacji materialnej
Ogólna akceptacja zatrudnienia	0.07*	0.08*
Akceptacja ustawy ułatwiającej zatrudnienie	0.10**	0.07*
Akceptacja zatrudnienia mimo bezrobocia	0.19**	0.14**

Poziom istotności:

\*  $p < 0,01$

\*\*  $p < 0,001$

Jak więc widać, bezwarunkowa akceptacja zatrudnienia osób niepełnosprawnych wzrasta wraz ze wzrostem wykształcenia i korzystną oceną sytuacji materialnej. Osoby niżej wykształcone i bardziej zagrożone biedą mają więc bardziej rygorystyczne i współzawodniczące postawy w stosunku do zatrudnienia niepełnosprawnych. (Za zdecydowanie słuszną politykę państwa nawet w sytuacji bezrobocia, uznało 37,5% osób oceniających swoją sytuację materialną jako bardzo dobrą i dobrą, tylko 13,8% osób — oceniających sytuację materialną jako złą i bardzo złą.)

Na problematykę pracy i zatrudnienia inwalidów dodatkowe światło rzucają odpowiedzi na dwa pytania określające warunki, na jakich — zdaniem respondentów — zatrudnienie to powinno się opierać. Pierwsze z nich dotyczy wymagań stawianych inwalidom, drugie — gratyfikacji finansowych.

„Czy uważa Pan(i), że w pracy powinno się na ogół stawiać inwalidom mniejsze wymagania (przy takiej samej zapłacie), czy też traktować ich jak innych na tym samym stanowisku?”

oraz

„A czy inwalida pracujący zawodowo powinien oprócz pensji za pracę otrzymywać także rentę?”

Prawie połowa badanych jest przekonana, że inwalidom w pracy należy stawiać mniejsze wymagania, niemal tyle samo sądzi, że wymagania te powinny być takie same (odpowiednio: 46,0% i 44,5%). Struktura tych odpowiedzi odbiega znacznie od odpowiedzi udzielanej na to samo pytanie w roku 1978; około 2/3 badanych (68%) było wówczas zwolennikami stawiania mniejszych wymagań, zmniejszonych oczekiwań, podczas gdy 25% uważało, że należy ich traktować na równi z innymi. W obu badaniach zbliżony jest do siebie odsetek osób, które nie umiały zająć stanowiska w tej sprawie (odpowieź „trudno powiedzieć” — 9,5% oraz 8,0%).

Uzasadnienia obu zajmowanych w tej sprawie stanowisk wskazują przede wszystkim na — z jednej strony — obniżenie możliwości osób niepełnosprawnych, w związku z czym oczekiwania i wymagania w pracy powinny być proporcjonalne do możliwości, z drugiej strony wskazują, że „stosowanie taryfy ulgowej” jest niewłaściwe ze względów psychologicznych — przykro być obiektem litości i odczuwać na każdym kroku swoją inność. Charakterystyczne jest, że częstość poszczególnych opinii, wyrażanych przez same osoby niepełnosprawne (badanie IFiS PAN), przypomina swym rozkładem opinie wyrażane przez populację generalną w 1978 roku; 60,0% badanych niepełno-

sprawnych opowiada się za stosowaniem mniejszych wymagań, 21,3% uważa, że wymagania powinny być takie same. Znaczny odsetek badanych niepełnosprawnych (18,7%) nie potrafi zająć w tej sprawie jednoznacznego stanowiska. Trudno oczywiście przesądzać, które z wyrażonych poglądów są najbardziej słuszne; każdy z nich w jakiś sposób nawiązuje do istotnych problemów. Pewne sprzeczności między nimi wskazują na kompleksowość i trudność rozwiązania tego zagadnienia. Warto tu jednak zaznaczyć, że nowoczesne propozycje z zakresu rehabilitacji zawodowej wskazują raczej na konieczność i możliwość takiego doboru stanowisk dla inwalidów, aby efekty ich pracy nie różniły się od osiągniętych przez osoby „sprawne”. W praktyce wiąże się to z problemami natury techniczno-organizacyjnej i niewiele jest w Polsce przedsiębiorstw, które potrafiły je rozwiązać.

Jeśli chodzi o zmianę proporcji obu odpowiedzi w ciągu ostatnich lat, mogły na nią wpłynąć dwa rodzaje czynników: z jednej strony, opisane wcześniej, pojawiające się poczucie współzawodnictwa o miejsca pracy z osobami niepełnosprawnymi (taki kontekst może być nie bez znaczenia dla narastającego oczekiwania, że jeżeli inwalidzi pracują, powinni pracować tak jak inni), z drugiej strony — powszechniejsza wiedza i zrozumienie czynników integracji osób niepełnosprawnych. Charakterystyczne jest, że im wyższe wykształcenie respondentów — tym częściej pojawiają się odpowiedzi wskazujące na słuszność rozwiązań preferujących stawianie takich samych wymagań osobom niepełnosprawnym, jak i innym pracownikom ( $r = 0.30^{**}$ ).

Różnice opinii są także widoczne między mieszkańcami miast i wsi. W miastach częściej niż na wsi pojawia się przekonanie o słuszności takich samych wymagań, i wzrasta ono wraz ze wzrostem wielkości miasta ( $r = 0.23^{**}$ ). Odmienne postrzegają też omawiany problem osoby w różnym wieku. Stawianie mniejszych wymagań inwalidom znajduje swoich zwolenników przede wszystkim wśród osób najmłodszych (16–19 lat) i najstarszych (powyżej 60 lat). W pozostałych grupach wieku przeważa pogląd o stosowaniu równych wymagań.

Omawiając wymogi i uprawnienia dla osób niepełnosprawnych w procesie pracy i warunkach zatrudnienia, warto przedstawić też stosunek respondentów do otrzymywania płacy przy jednoczesnym zachowaniu renty. Według obowiązującego u nas prawa renta jest kompensacją za zmniejszoną bądź całkowicie zredukowaną zdolność do zarobkowania — a nie kompensacją za kalectwo czy chorobę. Rozwiązanie to było wielokrotnie krytykowane przez specjalistów z dziedziny rehabilitacji, paradoksalnie bowiem zmniejszało ono motywację

osób niepełnosprawnych do pracy, przeciwdziałając tym samym celom rehabilitacji. W praktyce oznaczało ono utratę renty bądź poważnych możliwości zarobkowania. Trudno oczywiście założyć, że na odczucia respondentów w tym względzie mogły oddziaływać nieznanym im prawdopodobnie opinie specjalistów. W powszechnej percepcji problem ten należy także traktować jako problem z dziedziny sprawiedliwości społecznej — co i komu należy się od państwa?

Na pytanie: „A czy inwalida pracujący zawodowo powinien oprócz pensji otrzymywać rentę” — 45,5% badanych odpowiedziało twierdząco, 23,1% uznało, że nie powinien otrzymywać renty, wreszcie 20,8% uzależniło swoją odpowiedź od różnych warunków. Nawiązywały one przede wszystkim do wysokości zarobków inwalidy (8,8% badanych), rodzaju i stopnia inwalidztwa (6,6%), wysokości renty (3,2%). Zarówno wyższe zarobki, jak i odpowiednio wysoka renta przemawiałyby za zachowaniem wyłącznie jednego źródła dochodu. Ciężkość kalectwa (a więc jak można sądzić wiążące się z tym podejmowanie większego wysiłku na rzecz wykonywanej pracy) uprawniałaby do zachowania obu. Nie umiało zająć stanowiska w tej sprawie 10,6% badanych (odpowiedź „trudno powiedzieć”).

Odpowiedzi na omawiane pytanie nie są skorelowane w istotny sposób z wykształceniem, tak jak większość postaw badanych dotyczących sfery pracy. Prawo do renty i pensji jednocześnie częściej są skłonne przyznać inwalidom osoby starsze, a także oceniające gorzej swoją sytuację materialną (28,6% w grupie oceniających najlepiej i 49,4% w grupie oceniających najgorzej).

Omówione w tym rozdziale pytania wносиły kolejno dodatkowe elementy do bardzo powszechnej ogólnej akceptacji pracy i zatrudnienia inwalidów, wprowadzając pewne jej ograniczenie. Tak więc, wprawdzie 4/5 badanych stwierdzało, że inwalidzi — jeżeli chcą — powinni pracować, ale zdaniem znacznej części respondentów wymagania w stosunku do nich powinny być takie same jak w stosunku do innych zatrudnionych (44,5%); inwalidzi nie powinni otrzymywać renty, jeżeli pracują (23,1% bezwarunkowo, 20,8% warunkowo), a państwo w sytuacji istniejącego bezrobocia nie powinno stwarzać dla nich priorytetów w zatrudnianiu (38,6%). Wyrażona w ogólnych kategoriach akceptacja pracy i zatrudnienia inwalidów nie jest więc akceptacją bezwarunkową, jeżeli rozpatrywać ten problem w bardziej szczegółowych jego aspektach.

Przy omawianiu postaw badanych wobec zatrudnienia i zarobków osób niepełnosprawnych na uwagę zasługuje pewna niespójność pojawiająca się szczególnie w poglądach osób oceniających gorzej swoją sytuację materialną. Z jednej strony, stosunkowo często wyrażały one przekonanie, że w sytuacji obecnego bezrobocia inwalidzi nie powinni pracować, a zatem powinni pozostawać wyłącznie na rentach. Z drugiej strony, częściej też uważały, że inwalidzi pracujący powinni otrzymywać i pensje i renty. W jakimś stopniu ścierają się więc tu dwie tendencje — ogólne zrozumienie dla trudnej sytuacji inwalidów utrzymujących się wyłącznie z rent z własnym poczuciem zagrożenia biedą i bezrobociem upatrującym w inwalidach konkurentów.

Z problematyką wspomagania inwalidów przez państwo na rynku pracy pozostaje w pewnym związku problem wspomagania dzieci niepełnosprawnych w uzyskiwaniu przez nie wykształcenia. Chodzi tu o dostęp do szkół integracyjnych — nie izolujących dzieci niepełnosprawnych (jest to więc także problem postrzegania ich w wymiarze integracja/separacja), a jednocześnie zapewniających im bardziej wszechstronne wykształcenie niż ma to na ogół miejsce we wszelkiego rodzaju szkołach specjalnych.

A oto odpowiednie pytanie:

„Wiele starań wkłada się obecnie w umożliwienie kalekim, niepełnosprawnym dzieciom uczęszczania do zwykłych szkół z innymi dziećmi. Wiąże się to z dodatkowymi inwestycjami. Czy Pana(i) zdaniem inwestycje takie są słuszne, gdy nie stać nas na zapewnienie odpowiedniego wykształcenia dzieciom zdrowym i sprawnym?”

W odpowiedzi na nie znaczna część badanych (73,5%) uznała takie nakłady za słuszne (24,4% — zdecydowanie słuszne, 49,1% — raczej słuszne). Społeczna akceptacja inwestowania w naukę dzieci niepełnosprawnych jest więc znacznie większa niż ma to miejsce w odniesieniu do inwestycji dla dorosłych niepełnosprawnych na rynku pracy (51,8%).

Podobnie jak w przypadku popierania inwestycji państwa w sferę pracy — popieranie dostępu do szkolnictwa jest skorelowane z wykształceniem badanych ( $r = 0.18^{**}$ ), znajomością problemów życia niepełnosprawnych ( $r = 0.08^{*}$ ), wysoką pozycją na indeksie integracji ( $r = 0.30^{*}$ ), a także gotowością do akceptowania nakładów ze strony państwa na zatrudnianie niepełnosprawnych ( $r = 0.45^{**}$ ). W przypadku dostępu do szkolnictwa nie wystąpiła natomiast — widoczna w sferze pracy — tendencja do ograniczania inwestycji w miarę pogarszania się subiek-



tywnych ocen sytuacji materialnej. Widoczna tam „konkurencyjność” odnosiła się więc wyłącznie do problematyki zagrożenia bezrobociem.

## OCENA SZANS INWALIDÓW

Jeden z rozważanych w poprzednim rozdziale problemów dotyczył oczekiwań społecznych w stosunku do pracujących inwalidów. Chodziło głównie o to, czy powinny one być takie same jak w stosunku do innych osób czy też mniejsze, a także o korzystanie przez inwalidów z pewnych specyficznych ułatwień i uprawnień, kompensujących niejako ich zmniejszoną sprawność. Najogólniej rzecz biorąc, próbowaliśmy więc przedstawić odczucia społeczne na temat tego „do czego inwalida ma prawo”. Jednak struktura przyznawanych praw i przyzwoleń społecznych nie jest równoznaczna ze strukturą szans. Przyjrzyjmy się więc z kolei postrzeganiu szans inwalidów — w porównaniu z innymi członkami naszego społeczeństwa — na osiągnięcie pewnych cenionych społecznie dóbr. Rozważymy je na dwóch przykładach — sukcesu zawodowego i małżeństwa.

Pierwszy przykład, korespondujący z naszymi poprzednimi rozważaniami, odnosi się do sfery pracy zawodowej inwalidów. O sprawie małżeństwa nie mówiliśmy dotychczas. Problem życia małżeńskiego, życia intymnego inwalidów rzadko kiedy staje się tematem badań, rzadko kiedy jest też — ze względu na jego drażliwość — poruszany nawet przez specjalistów w dziedzinie rehabilitacji. Praktyczna doniosłość tego problemu jest ogromna; sfera życia intymnego jest tą właśnie sferą, gdzie naznaczenie inwalidów występuje najdotkliwiej. Problem ten na pewno wart jest odrębnego, wyczerpującego opracowania.

W omawianym badaniu obu przedstawionym problemom dotyczącym szans inwalidów odpowiadały następujące pytania kwestionariusza:

„Czy uważa Pan(i), że inwalida, np. jako urzędnik w dużej instytucji, ma takie same możliwości awansu, jak inni ludzie o podobnych kwalifikacjach i doświadczeniu zawodowym?”

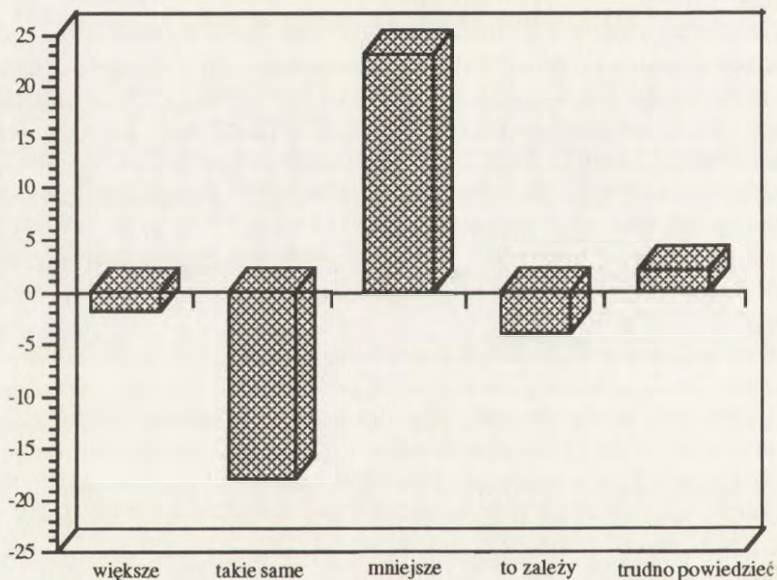
„A czy uważa Pan(i), że inwalidzi mają takie same możliwości znalezienia współmałżonka i założenia rodziny jak inni ludzie w ich wieku?”

Oba pytania w identycznej wersji zadane były respondentom badania realizowanego w roku 1978. Uzyskane dane będziemy mogli więc rozpatrywać z uwzględnieniem perspektywy porównawczej. Rozpatrzymy najpierw odpowiedź na pytanie dotyczące pracy.

Tabela 11. Ocena szans inwalidy (urzędnika) na awans w pracy (w %)

Szanse	Rok	
	1978 N = 922	1993 N = 1264
Większe	3	0,6
Takie same	60	41,9
Mniejsze	24	46,4
To zależy (od rodzaju i stopnia inwalidztwa, układów personalnych, szczęścia, przypadku itp.)	8	3,7
Trudno powiedzieć	5	7,4

Wykres 5. Różnice ocen szans inwalidy na awans (1978–1993)



Jak więc widać — według ocen opinii publicznej — szanse inwalidy na sukces zawodowy są obecnie znacznie mniejsze niż 15 lat temu. Odsetek osób, które oceniają te szanse jako mniejsze, jest niemal

dwukrotnie większy. Na takie postrzeżenie sytuacji ma niewątpliwie wpływ aktualna sytuacja na rynku pracy i większe trudności w dostępie do atrakcyjnych stanowisk. Oceny respondentów mogą więc odzwierciedlać autentycznie mniejsze szanse osób niepełnosprawnych w dostępie do atrakcyjnych miejsc pracy.

Nie bez znaczenia może być tu jednak fakt pewnego wyostrezenia się świadomości społecznej na problemy ludzi niepełnosprawnych i wyraźniejszego postrzegania ich trudności, oraz ogólnie — większa widzialność tej znacznie liczniejszej niż 15 lat temu części społeczeństwa.

Ocena mniejszych szans inwalidy na awans w porównaniu z innymi pracownikami pojawia się częściej wśród bardziej wykształconych respondentów ( $r = 0.10$ ). W najniższej grupie wykształcenia (niepełne podstawowe) określa w ten sposób szanse inwalidów 42,1%, zaś w grupie osób z wykształceniem wyższym — 57,9% badanych.

Postrzeżenie ograniczonych szans inwalidów na awans, a nawet pewnej ich dyskryminacji (w omawianym przykładzie inwalida ma analogiczne wykształcenie i kwalifikacje jak inni) idzie w parze z popieraniem polityki państwa wspierającej zatrudnienie inwalidów. W obu przypadkach poglądy takie były częściej wyrażane przez osoby bardziej wykształcone. W niższych grupach wykształcenia częściej natomiast pojawia się przekonanie o równości szans zawodowych i — jak pamiętamy — mniejsze poparcie dla polityki wspierania inwalidów na rynku pracy. Poza wykształceniem, inne cechy demograficzno-społeczne badanych (wiek, płeć, miejscowość zamieszkania, przynależność społeczno-zawodowa itp.) nie różnicują ich opinii w sprawie szans inwalidów na awans. Nie podlegały one także takiemu różnicowaniu 15 lat temu.

W odróżnieniu od ocen sytuacji zawodowej postrzeżenie szans inwalidów na zawarcie małżeństwa i założenie rodziny nie zmieniło się niemal w ogóle w ciągu porównywanego okresu. Można wyciągnąć z tego wniosek, że życie intymne osób niepełnosprawnych jest tą sferą życia, w której szanse nie są poddane fluktuacjom w zależności od zmiany ogólnej sytuacji niepełnosprawnych w społeczeństwie.

A oto wyniki z obu badań:

Tabela 12. Ocena szans inwalidów na zawarcie małżeństwa i założenie rodziny (w %)

Szanse	Rok	
	1978 N = 922	1993 N = 1264
Większe	—	0,6
Takie same	23	24,6
Mniejsze	65	68,5
To zależy (od rodzaju i stopnia inwalidztwa, układów personalnych, szczęścia, przypadku itp.)	7	2,1
Trudno powiedzieć	5	4,2

Kobiety i mężczyźni widzą podobnie szanse inwalidów na zawarcie związku małżeńskiego. Nie ma też zależności wiążącej te oceny ze środowiskiem zamieszkiwania badanych. Zmieniają się one natomiast wyraźnie wraz ze wzrostem wykształcenia badanych. Zależność ta ma charakter negatywny; w grupie osób z wykształceniem podstawowym ocenia te szanse jako mniejsze 59,7% badanych i odsetek ten wzrasta do 82,2% w grupie osób z wykształceniem wyższym. Podobnie więc jak w sytuacji oceny szans inwalidów na awans czy sukces zawodowy, tak i w sytuacji życia małżeńskiego, osobistego — ocena szans staje się bardziej pesymistyczna w miarę wzrostu wykształcenia badanych.

Prosząc respondentów o ocenę szans inwalidów na zawarcie małżeństwa, nie precyzowano czy chodzi o małżeństwo z osobą pełnosprawną czy też niepełnosprawną, choć można było założyć, że szanse te będą postrzegane rozmaicie. Pewne światło na tę kwestię rzuca kolejne pytanie kwestionariusza o szanse na udane małżeństwo:

„Jak Pan(i) sądzi, kto ma większe szanse na udane małżeństwo:

- 1) osoba niepełnosprawna z pełnosprawną, czy też
- 2) dwie osoby niepełnosprawne?”

Zdecydowana większość badanych wyrażała przekonanie, że lepsze małżeństwo będą stanowić dwie osoby niepełnosprawne (56,0%): „Bardziej się rozumieją, mogą pomagać sobie nie wytykając kalectwa, mają większe wycucie swojego nieszczęścia i nie rozdrażniają go” (480). „Przynajmniej nie będą sobie wypominać, że ty jesteś kaleka, a ja zdrowy. Znam wiele małżeństw niepełnosprawnych i te małżeństwa były udane” (338). „Te osoby lepiej się rozumieją, znają swoje

problemy i nie wstydzą się ich pokazywać. Nieszczęście też chyba bardziej łączy” (721). Więcej szans na udane małżeństwo osoby niepełnosprawnej z pełnosprawną dawało 22,0% badanych i tyle samo nie potrafiło udzielić odpowiedzi na tak sformułowane pytanie. „Jedno drugiemu lepiej pomoże, gdyby oboje byli niepełnosprawni, to by się zamęczyli. Potrzebna jest pomoc zdrowego, ale to musi być z miłości” (920). „To trudno powiedzieć. Jeżeli mały stopień inwalidztwa, to dwoje inwalidów może sobie poradzić, może się nawet lepiej czuć, ale gdy inwalidztwo jest poważne, to trudno sobie wyobrazić takie małżeństwo, gdzie oboje potrzebują pomocy” (867).

A oto częstość występowania poszczególnych uzasadnień obu wyrażonych przekonania:

*Uzasadnienia odpowiedzi wskazujących, że więcej szans na udane małżeństwo mają dwie osoby niepełnosprawne:*

- |   |       |
|---|-------|
| 1. Lepsze wzajemne zrozumienie, bliskość psychiczna, poczucie wspólnoty — także we wspólnych kłopotach i problemach | 55,4% |
| 2. Nie ma skrupowania, litości, poczucia, że jest się ciężarem dla osoby zdrowej                                    | 14,5% |
| 3. Powołanie się na przykłady znanych respondentom udanych małżeństw dwóch osób niepełnosprawnych                   | 1,5%  |
| 4. Uzasadnienia ogólne („tak jest lepiej”)  | 1,4%  |

*Uzasadnienia odpowiedzi wskazujących, że więcej szans na udane małżeństwo ma osoba niepełnosprawna z pełnosprawną:*

- |  |       |
|--|-------|
| 1. Lepsza opieka, pomoc, mniejsze trudności w rozwiązywaniu codziennych problemów życiowych                | 24,4% |
| 2. Lepsze porozumienie, wsparcie psychiczne w zdrowym partnerze  | 3,3%  |
| 3. Lepsze warunki materialne, lepsze perspektywy dla rodziny, dzieci                                       | 1,3%  |
| 4. Powołanie się na przykłady znanych respondentom udanych małżeństw osoby niepełnosprawnej z pełnosprawną | 1,3%  |
| 5. Uzasadnienia ogólne   | 0,7%  |

Przy rozpatrywaniu wyżej przedstawionych uzasadnień dla obu typów małżeństw warto zwrócić uwagę na interesujący fakt — otóż oceny dokonywane były prawie wyłącznie z punktu widzenia dobra osoby niepełnosprawnej. W przypadku małżeństwa dwóch niepełnosprawnych osób pojawiły się więc w uzasadnieniu nie tylko aspekty pozytywne takiego właśnie małżeństwa, ale także chęć uniknięcia

aspektów negatywnych, które mogłyby zaistnieć, gdyby partnerem była osoba pełnosprawna (litość, skrupowanie, poczucie bycia ciężarem). Tę perspektywę „interesów osoby niepełnosprawnej” widać także w większości uzasadnień dla małżeństwa osoby niepełnosprawnej z pełnosprawną (lepsza opieka, wsparcie psychiczne itd.).

Tylko w bardzo nielicznej kategorii odpowiedzi (wskazujących na lepsze warunki materialne czy lepsze perspektywy dla rodziny) pojawia się punkt widzenia reprezentujący interesy małżeństwa jako całości. A przecież udane małżeństwo nie polega na tym, że inwalida jest wyłącznie „biorcą” w układzie z pełnosprawnym partnerem. Ten aspekt jest tu jednak jakby nieobecny; nie pojawiają się sytuacje, w których małżeństwo z osobą niepełnosprawną może być „korzystne” także dla osoby pełnosprawnej.

Uzasadnienia odpowiedzi na omawiane pytania są więc przykładem jednostronnego spojrzenia na osoby niepełnosprawne, które w konsekwencji także wyznaczają strukturę ich szans na osiąganie ważnych dóbr i wartości społecznych. Postrzeganie osoby niepełnosprawnej w roli partnera małżeńskiego przypomina tu ogólne cechy stereotypu inwalidy — osoby słabej, uzależnionej, wymagającej opieki. Orientację na określony rodzaj małżeństwa — jako lepszego i bardziej trwałego — można interpretować także jako pewien pośredni wskaźnik integracji/separacji społecznej w odniesieniu do sfery życia osobistego.

Uznając za „lepsze” małżeństwo dwóch osób niepełnosprawnych, większość badanych opowiadała się zatem za separacyjnym rozwiązaniem tej sfery życia; pod uzasadnieniami wskazującymi dobro osób niepełnosprawnych mogła się tu kryć tendencja do usuwania życia małżeńskiego jako możliwej płaszczyzny integracji. Za rozwiązaniem integracyjnym w kwestii małżeństwa opowiedziało się trzykrotnie mniej osób niż za rozwiązaniem integracyjnym w sferze pracy i czterokrotnie mniej niż w sferze czasu wolnego i sąsiedztwa.

To częste przekonanie o „wyższości” małżeństwa dwojga osób niepełnosprawnych pozostaje w kontraście ze sposobem postrzegania tego problemu przez same osoby niepełnosprawne (badanie IFiS PAN). Proporcjonalnie o połowę mniej badanych niepełnosprawnych (27,3% do 56,0%) uważa takie właśnie małżeństwa za lepsze, znacznie więcej natomiast relatywizuje odpowiedź do indywidualnych sytuacji (trudno powiedzieć — 46,9% do 22%).

Zestawienie tych wyników świadczy także o obecnej w naszym społeczeństwie tendencji do posługiwania się stereotypowymi wyobrażeniami na temat życia małżeńskiego osób niepełnosprawnych.

Wyobrażenia te nie zależą od cech demograficzno-społecznych respondentów (wiek, płeć, wykształcenie), ani od stopnia znajomości problemów życiowych osób niepełnosprawnych.

## INWALIDA JAKO CIĘŻAR DLA NAJBLIŻSZYCH

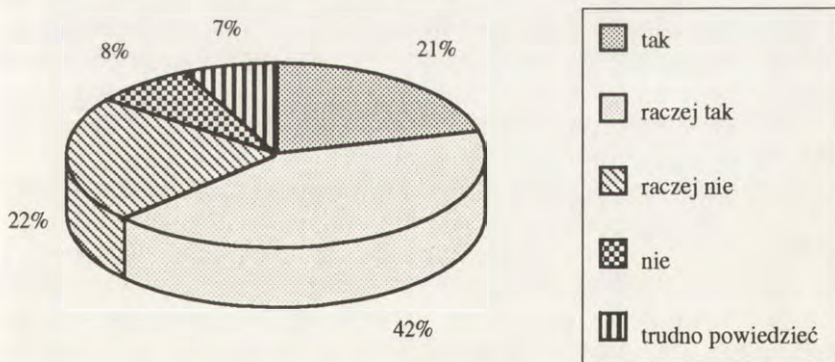
Postrzeżenie inwalidy w rodzinie jako przede wszystkim „biorcy” znajduje swoją kontynuację w postrzeżaniu inwalidy jako „ciężaru”. Niezależnie od automatycznie istniejących obciążeń, z jakimi stykają się rodziny czy opiekunowie osób niepełnosprawnych (szczególnie gdy niepełnosprawność powoduje znaczne uzależnienie od otoczenia), postrzeżenie ogółu lub większości inwalidów w kategoriach „ciężaru” mówi nam coś także o pewnym uogólnionym postrzeżaniu inwalidów w relacjach społecznych.

Problem ten w omawianym badaniu naświetlało następujące pytanie: „Czy zgodził(a)by się Pan(i) ze stwierdzeniem, że większość inwalidów w naszym kraju jest ciężarem dla swoich bliskich, czy też nie zgodził(a)by się Pan(i)?”

W odpowiedzi na to pytanie uzyskaliśmy następującą strukturę odpowiedzi:

tak, zgodził(a)bym się	21,4%
raczej zgodził(a)bym się	41,5%
raczej nie zgodził(a)bym się	22,1%
nie, nie zgodził(a)bym się	8,5%
trudno powiedzieć	6,6%

Wykres 6. Postrzeżenie inwalidów jako ciężaru dla swoich bliskich



Tak więc około 2/3 badanych osób jest skłonna postrzegać inwalidów jako ciężar. Interesujący jest fakt, że takie postrzeganie osób niepełnosprawnych nie zmieniło się w ciągu ostatnich lat. Rozkład odpowiedzi na wyżej wymienione pytanie jest niemal niezmienny w stosunku do badania z roku 1978 (odpowiednie odsetki: 17, 43, 24, 10, 6). Cechy demograficzne i społeczne nie różnicują odpowiedzi badanych na omawiane pytanie.

Jak wspomnieliśmy uprzednio, uzyskane tu odpowiedzi można by traktować jako pewną wypadkową autentycznej wiedzy badanych o obciążeniach rodzin posiadających osobę niepełnosprawną. Gdyby tak jednak było w całej rozciągłości, należałoby oczekiwać wystąpienia pozytywnej współzależności między ocenianiem inwalidów jako ciężaru a znajomością problemów ich życia czy bliskością kontaktów z nimi. Korelacji takiej jednak nie zanotowano.

Warto także zwrócić uwagę na użyte w sformułowaniu pytania określenie „większość inwalidów”. Widzenie większości inwalidów jako ciężaru wskazywałoby raczej na jego związek z negatywnym stereotypem inwalidy. Wniosek ten ponownie wskazuje na doniosłość właściwej edukacji społecznej, mającej na celu kształtowanie pozytywnego wizerunku osoby niepełnosprawnej, a więc posiadającej obok niesprawności także wiele możliwości osoby często samodzielnej i niejednokrotnie wspierającej rodzinę, a nie obciążającej ją. Tylko orientacyjnemu porównaniu mogą służyć dane na temat częstości postrzegania inwalidów jako ciężaru z badania osób niepełnosprawnych (IFiS PAN), niejako odwrotnie — poproszono tam bowiem badanych o oszacowanie proporcji osób niepełnosprawnych, które — mimo swoich ograniczeń — są pozytywne dla społeczeństwa, pracują, są pomocne w rodzinie. Jak można było oczekiwać, obraz ten nie pokrywa się z opinią społeczeństwa na ten temat; około połowa badanych niepełnosprawnych (48%) stwierdziła, że większość z nich odpowiada takiej właśnie charakterystyce, a tylko 14,6% skłonne było uznać, że większość inwalidów jest ciężarem.

Problematyka obciążeń rodziny niepełnosprawnością jednego z jej członków — szczególnie gdy jest to niepełnosprawność głęboka, znacznego stopnia — prowadzi do postrzegania stopnia odpowiedzialności rodziny za opiekę w takich sytuacjach. Oczywiście, obiektywne możliwości sprawowania takiej opieki zależą od wielu czynników, choćby struktury i kompletności rodziny, czynników materialnych, posiadanych umiejętności, wewnętrznej spójności rodziny i wielu innych, które można by określić zbiorczo terminem potencjału opiekuńczego rodziny.



W sytuacjach jednak, gdy potencjał ten jest z różnych względów niski, istnieją czynniki ryzyka zarówno w postaci niewłaściwej opieki, jak i znacznej eksploatacji rodziny. Rozwiązaniem stają się wtedy domy pomocy społecznej, które mogą czasem skutecznie rozwiązać obiektywne problemy, choć nie jest to — jak mogło się wydawać — rozwiązanie zyskujące sobie powszechną aprobatę społeczną; towarzyszy mu przede wszystkim zła sława zakładów tego rodzaju w Polsce.

Naświetleniu recepcji społecznej tego problemu służyło następujące pytanie:

„Niektóre rodziny uważają, że osoby o bardzo poważnym inwalidztwie są zbyt dużym obciążeniem dla nich i starają się o umieszczenie tych osób na stałe w domach opieki, zakładach itp. Inne rodziny starają się do tego nie dopuścić, uważając, że ich obowiązkiem jest zapewnienie opieki niepełnosprawnym, także w najcięższych przypadkach, nawet wtedy kiedy cierpią na tym inni domownicy. A jakie jest Pana(i) zdanie w tej sprawie?

1. rodzina powinna się opiekować niepełnosprawnym w domu bez względu na trudności
2. jeżeli opieka nad niepełnosprawnym jest zbyt trudna dla rodziny, powinna go oddać do zakładu
3. to zależy (od czego?) .....

Poniższe zestawienie ukazuje otrzymane odpowiedzi:

- |  |       |
|--|-------|
| 1. Rodzina powinna się opiekować niepełnosprawnym  | 61,2% |
| 2. Rodzina powinna oddać niepełnosprawnego do zakładu  | 25,8% |
| 3. To zależy od warunków materialnych, mieszkaniowych, obecności osoby mogącej sprawować opiekę, więzi w rodzinie (potencjał opiekuńczy) | 7,3%  |
| 4. To zależy od stanu zdrowia, stopnia i rodzaju niepełnej sprawności  | 6,6%  |
| 5. To zależy od opinii, zgody samej osoby zainteresowanej  | 0,7%  |

Jak więc widać, zdecydowanie dominuje stanowisko upatrujące obowiązek rodziny (czy — być może — pewną powinność moralną) do opieki nad niepełnosprawnym w domu, nawet w sytuacjach, gdy opieka ta nastęrcza rodzinie wiele problemów. W odpowiedziach typu „to zależy” pojawia się weryfikacja potencjału opiekuńczego rodziny i obiektywnych trudności sprawowania opieki (niezależnie od tego, że rodzina — o której mowa w pytaniu — „subiektywnie” ocenia, że opieka jest dla niej zbyt dużym obciążeniem). Mówi o tym 13,9% badanych. Tylko bardzo nieliczni spośród nich (0,7%) w rozważaniach swych wzięli pod uwagę opinię samej osoby niepełnosprawnej.

Wybór domu rodzinnego jako miejsca pobytu i opieki dla osoby z poważnym inwalidztwem jest także wyraźnie częstszy wśród osób religijnych i związanych z Kościołem (35,3% niewierzący, 50,5% wierzący lecz nie praktykujący, 63,5% wierzący i praktykujący); jest to o tyle zrozumiałe, że traktowanie opieki nad niepełnosprawnymi w rodzinie wynika z chrześcijańskiego modelu rodziny i jej powinności. Opinie takie częściej pojawiają się także na wsi niż w miastach, szczególnie dużych — a więc tam gdzie częściej spotykamy rodziny tradycyjne (wieś — 64,9%, miasta powyżej 500 tys. mieszkańców — 46,2%).

Przy w miarę powszechnej akceptacji opieki domowej jako pożądanego modelu opieki nad osobą poważnie niepełnosprawną interesująco przedstawia się zależność między wykresem tej opcji a wykształceniem badanych. Im wyższe to wykształcenie, tym częściej pojawiają się głosy na rzecz opieki w zakładzie. Dane na ten temat przedstawia tabela 13.

**Tabela 13.** Wybór miejsca opieki dla osoby poważnie niepełnosprawnej a wykształcenie (w %)

N=1073 (bez odpowiedzi „to zależy”)

$$\chi^2 = 13,04; p < 0,001$$

Miejsce opieki	Wykształcenie				N
	niepełne podstawowe i podstawowe	zasadnicze zawodowe	niepełne średnie i średnie	niepełne wyższe i wyższe	
Dom	75,7	69,3	66,5	60,1	753
Zakład (dom pomocy)	24,3	30,7	33,5	39,9	320
N	420	281	254	118	

Jak więc widać z danych zamieszczonych powyżej, zwolennicy opieki domowej dla osoby z ciężkim inwalidztwem stanowią większość we wszystkich grupach wykształcenia, jednak wraz z jego wzrostem zmieniają się wyraźnie proporcje między zwolennikami obu stanowisk. Można przypuszczać, że przy jednakowej akceptacji opieki rodzinnej — jako korzystniejszej dla inwalidy — inny ciężar gatunkowy kładzie się tu na obciążenia przekraczające możliwości rodziny,

jej eksploatację i koszty ponoszone przez innych domowników. Być może, dla osób niżej wykształconych i realizujących we własnej praktyce życiowej tradycyjny model rodziny o silnych funkcjach opiekuńczych obciążenia te w sposób bardziej naturalny mieszczą się we wzorach funkcjonowania rodziny.

Problematyka inwalidztwa jako pewnego ciężaru dla rodziny została także podjęta w omawianym przez nas badaniu w wymiarze relacji małżeńskich. Pytaliśmy uprzednio o szanse inwalidy na zawarcie małżeństwa, gdzie ów „ciężar” był rozpatrywany przez respondentów jako potencjalna przeszkoda do zawarcia związku. Tu interesowały nas także poglądy i odczucia badanych związane z pojawieniem się inwalidztwa jednego z partnerów w małżeństwie już istniejącym, a szczególnie reakcja na sytuację, w której „ciężar” staje się powodem rozwodu:

„Zdarza się nieraz, że na skutek pojawienia się inwalidztwa jednego z małżonków dochodzi do rozwodu, rozpada się małżeństwo. Jak Pan(i) sądzi, dlaczego tak się dzieje?”

Odpowiadając na to pytanie, respondenci wyrażali swoje przekonania na temat mechanizmu rozpadu małżeństw — nie ukierunkowane żadnymi pomocniczymi, skategoryzowanymi odpowiedziami „do wyboru”. Problemy, które poruszyli, były wyrażane w różnym stopniu ogólności, dotyczyły różnych aspektów życia małżeńskiego, związanych z tym ról i zobowiązań. Dominowało jednak w nich ponownie spojrzenie na małżeństwo z punktu widzenia pewnych moralnych powinności: „Zależy to od charakteru człowieka, słabość charakteru jest tutaj przyczyną, niedoskonałość, ułomność moralna człowieka” (562). „Chyba z wygodnictwa osoby zdrowej, dla której oznacza to więcej obowiązków i partner traci na wartości. Może też być, że wina jest po obu stronach, bo nagle inwalidztwo powodować może depresję, zmianę charakteru” (534). „Pojawia się wiele nowych problemów, którym trudno sprostać. Ale ludzie zapominają, że małżeństwo jest nie tylko na dobre, ale i na złe” (1091).

Odpowiedzi respondentów można sprowadzić do następujących kategorii: (respondenci mogli wybierać więcej niż jedną kategorię):

1. Brak odpowiedzialności, egoizmu, niechęć do ponoszenia ciężarów zdrowego współmałżonka 45,3%
2. Brak trwałych relacji, trwałych podstaw małżeństwa, słaba więź (jako cechy reprezentowane przez układ — oboje małżonków) 19,7%

3. Wzrost obiektywnych trudności, obciążeń, także materialnych	14,3%
4. Niekorzystne cechy osoby niepełnosprawnej — drażliwość, roszczeniowość	4,9%
5. Zanik funkcji hedonistycznej małżeństwa	2,5%
6. Trudno powiedzieć	21,1%

Szukając przyczyn rozpadu małżeństwa — większość osób, które udzieliły odpowiedzi — wyrażało je w aspekcie „winy” jednej ze stron, przede wszystkim strony zdrowej. Rzadziej pojawiają się wskazania obiektywnych trudności czy cech układu obu partnerów, który nie miał dostatecznie stabilnych podstaw jeszcze przed zaistnieniem inwalidztwa. Małżeństwo — podobnie jak poprzednio rodzina — jest więc postrzegane jako układ silnych zobowiązań moralnych, odpowiedzialności za partnerów. Wydaje się ponownie, że małżeństwo, życie rodzinne z inwalidą jest częściej postrzegane w kategoriach owych zobowiązań, niż istniejących obiektywnie problemów. Ponownie pojawia się także wizja inwalidztwa jako ciężaru, który trzeba ponosić. Znacznie mniej respondentów nawiązało do sytuacji, w której małżeństwo z inwalidą rozpada się z przyczyn zupełnie nie związanych z inwalidztwem, z przyczyn — dla których rozchodzi się wiele innych małżeństw (brak trwałych podstaw).

Niezależnie od kategorii „winy”, która niejako spontanicznie pojawiła się tu w wypowiedziach respondentów, problemowi temu poświęcone było jedno z pytań kwestionariusza. Poniższe zestawienie przedstawia odczucia badanych związane z tą sprawą.

„A kto w sytuacjach takiego rozpadu małżeństwa Pana(i) zdaniem ponosi najczęściej winę?”

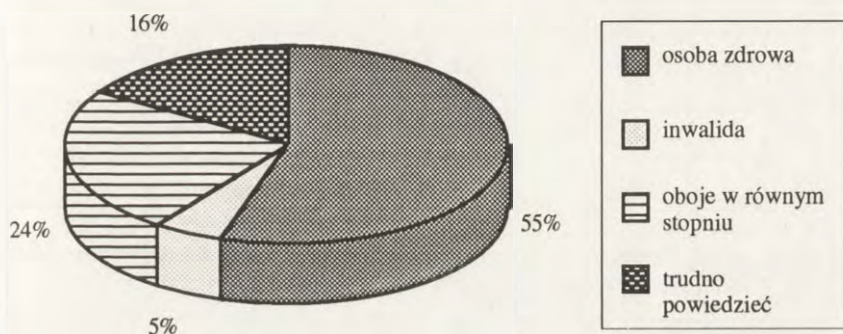
1) osoba zdrowa	55,3%
2) inwalida	4,7%
3) oboje w równym stopniu	23,8%
4) trudno powiedzieć	16,2%

Tak jak poprzednio, stosunkowo najwięcej osób upatruje winowajcę w osobie zdrowej — 55,1%, tylko 4,7% w inwalidzie, a 23,8% wyraża przekonanie, że winę ponoszą obie osoby w równym stopniu.

Wiek w zasadzie nie ma wyraźniejszego wpływu na omawiane poglądy, jedynie w starszych grupach wieku (powyżej 50 lat) widać tendencję do częstszego przypisywania winy osobie zdrowej, a rzadziej

obu partnerom. Podobne opinie widać także częściej wśród posiadających bliskie kontakty z osobami niepełnosprawnymi i — jak można przypuszczać — identyfikujących się z nimi, a także wśród osób, które same określiły się jako niepełnosprawne. (Obwinia osobę zdrową 51,7% osób nie posiadających kontaktów z inwalidami, 58,7% posiadających z nimi bliskie kontakty, 67% osób niepełnosprawnych).

Wykres 7. Postrzeżenie winnego za rozpad małżeństwa z osobą niepełnosprawną



Odwrotna tendencja — a więc postrzeżenie winy raczej po stronie obu partnerów niż jednego z nich — pojawia się i wzrasta wraz ze wzrostem wykształcenia badanych.

Reasumując, możemy powiedzieć, że wykształcenie jest czynnikiem wyraźnie różnicującym poglądy badanych na problematykę życia małżeńskiego osób niepełnosprawnych. Osoby relatywnie bardziej wykształcone na ogół niżej oceniały szanse inwalidów na zawarcie związku małżeńskiego, a w przypadku nieudanego małżeństwa rzadziej obarczały winą osobę zdrową. Wydaje się, że poglądy wyrażane przez te osoby bardziej korespondują ze stanem faktycznym, a jednocześnie w mniejszym stopniu zawierają element „łatwej litości”.

W miarę powszechne potępienie osoby zdrowej za porzucenie niepełnosprawnej odzwierciedla pogląd, że — niezależnie od obciążeń — to rodzina powinna sprawować opiekę nad inwalidami. Jak pamiętamy, wielu respondentów oceniło jednocześnie większość inwalidów jako cięż-

zar dla swoich najbliższych; jest to więc ciężar, który rodzina (czy małżeństwo) musi ponosić jako swoją powinność. Przekonanie, że rodzina jest naturalnym środowiskiem i miejscem do życia w nim osób niepełnosprawnych, jest niewątpliwie zgodne z kierunkami integracyjnych rozwiązań. Wątpliwości może budzić tylko fakt pewnego przyzwolenia na „eksploatację” rodzin. Tym ważniejszy wydaje się więc w tej sytuacji postulat wspierania i wspomagania poprzez politykę społeczną tych rodzin, które tę opiekę w trudnych dla siebie warunkach podejmują.

**Tabela 14.** Postrzeganie winnego za rozpad małżeństwa z osobą niepełnosprawną a wykształcenie (w %)

N = 1058 (bez kategorii „trudno powiedzieć”)

Winni	Wykształcenie				N
	niepełne podstawowe i podstawowe	zasadnicze zawodowe	niepełne średnie i średnie	niepełne wyższe i wyższe	
Osoba zdrowa	72,3	65,8	62,3	51,9	695
Osoba niepełnosprawna	7,2	6,2	4,2	3,0	60
Oboje w równym stopniu	20,5	28,0	33,0	45,1	303
N	390	275	263	131	

$$\chi^2 = 31,48; p < 0,000.$$

## PRZESĄDY ZWIĄZANE Z KALECTWEM

Przy badaniu postaw naszego społeczeństwa w stosunku do osób niepełnosprawnych interesował nas także fakt, czy i na ile można mówić o elementach irracjonalnych pojawiających się w świadomości respondentów w związku z genezą inwalidztwa, kalectwa. Słyszeliśmy czasami stwierdzenia, że kalectwo to kara za grzechy, złe uczynki itp. Trudno jednak stwierdzić, na ile są one powszechne i traktowane rzeczywiście poważnie nawet przez tych, którzy są skłonni takie stwierdzenia powtarzać. Uzyskanie informacji na ten temat wydawało się o tyle ważne, że pozwalają one zorientować się, na ile powszechne są

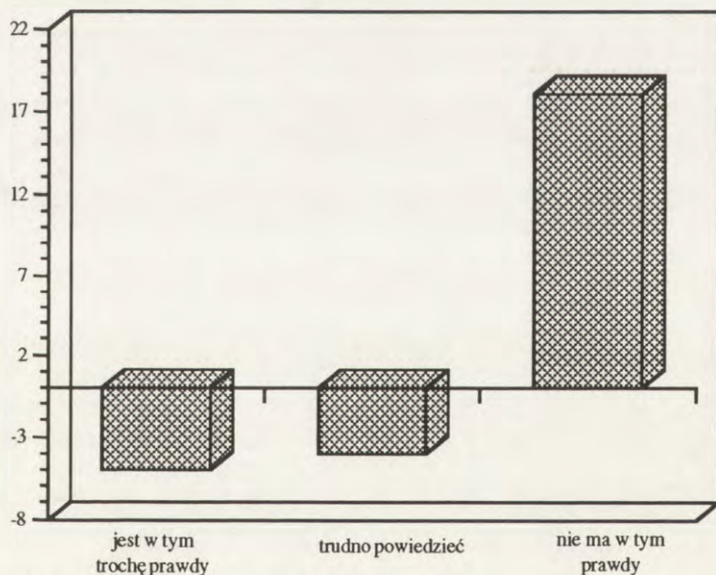
przesady przyczyniające się do negatywnego stereotypu inwalidy. Postawione przez nas pytanie brzmiało:

„Czasem słyszy się, że nie bez powodu jedne osoby są ciężko naznaczone przez los wrodzonym kalectwem lub inwalidztwem, a innych ono omija. Niektórzy mówią, że jest to kara za grzechy własne lub rodziców, że nieszczęście takie spada na ludzi o złym charakterze. Czy uważa Pan(i), że jest w tym jakaś część prawdy, czy też nie?” Pytanie to, w identycznej wersji, było zadawane respondentom w roku 1978. A oto odpowiedzi uzyskane w obu badaniach:

Tabela 15. Przesady związane z genezą kalectwa (w %)

Wyszczególnienie	Rok	
	1978 N=922	1993 N=1264
Jest w tym trochę prawdy	18	14,2
Trudno powiedzieć	13	9,5
Nie ma w tym prawdy	69	76,3

Wykres 8. Różnice w częstości występowania przesądów związanych z genezą kalectwa (1978–1993)



Jak więc widać, w ciągu ostatnich 15 lat częstość występowania przesądów związanych z genezą kalectwa zakorzenionych w świadomości społecznej uległa zmniejszeniu, choć różnice są tylko kilkuprocentowe. Jeżeli uznać, że osoby, które nie były w stanie zająć stanowiska (odpowiedź „trudno powiedzieć”), nie były tym samym jednocześnie przekonane, że elementów irracjonalnych w genezie kalectwa nie ma, to w sumie 1/4 badanych nie wyklucza sytuacji typu „jest w tym trochę prawdy”. Liczba ta, mimo że uległa zmniejszeniu, jest ciągle niepokojąco duża.

Przekonania na temat możliwości istnienia irracjonalnych elementów w genezie kalectwa nie są równomiernie rozłożone w społeczeństwie. Ma na nie wpływ wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, znajomość problemów życiowych osób niepełnosprawnych, a także ich poglądy religijne. Tabela 16 ukazuje te zależności.

**Tabela 16.** Przekonania o elementach irracjonalnych w genezie kalectwa a cechy demograficzno-społeczne badanych (współczynniki korelacji r Pearsona)

Cechy demograficzno-społeczne badanych	Irracjonalność poglądów na powstanie kalectwa
Wykształcenie	-0,19**
Wielkość miejsca zamieszkania	-0,16**
Wiek	0,12**
Religijność	0,09*
Znajomość problemów życiowych niepełnosprawnych	-0,08*

Poziom istotności: \*  $p < 0,01$

\*\*  $p < 0,001$

Jak więc widać z tabeli, przesady związane z irracjonalnymi elementami w etiologii kalectwa pokutują przede wszystkim — jak można było oczekiwać — wśród osób z relatywnie niższym wykształceniem, zamieszkujących wieś i małe miasteczka, wreszcie — wśród osób starszych, bardziej religijnych, a także tych, które po prostu mniej wiedzą o życiu osób niepełnosprawnych. Wśród osób, które nie potrafiły wymienić żadnych problemów i trudności życiowych ludzi niepełnosprawnych, jest niemal trzykrotnie więcej osób dopuszczających



przesady związane z kalectwem niż wśród osób posiadających największą wiedzę o życiu inwalidów (odpowiednio: 34,3% oraz 13%).

Na szczególną uwagę zasługuje tu zależność między częstością występowania przesądów a religijnością badanych. Pośród osób wierzących i praktykujących — stanowiących przeważającą większość badanej populacji — co czwarta osoba dopuszczała możliwość interpretowania genezy kalectwa jako kary (25,8%). Pojawiający się tu pierwiastek religijny jest o tyle zrozumiały, że w tłumaczeniu kalectwa pojawia się element kary za grzechy, kary boskiej, a więc elementy związane z ideologią religijną, mające być ostrzeżeniem przed złym, niewłaściwym postępowaniem. Być może, jako forma owego ostrzeżenia przekonania te działają skutecznie, są jednak równocześnie silnie piętnujące, krzywdzące dla inwalidów. Zależność ta (stwierdzona także w badaniu z roku 1978) winna pokazać ważny kierunek edukacji społecznej mającej na celu korygowanie postaw społecznych w stosunku do niepełnej sprawności. Ważną rolę powinien tu spełniać Kościół

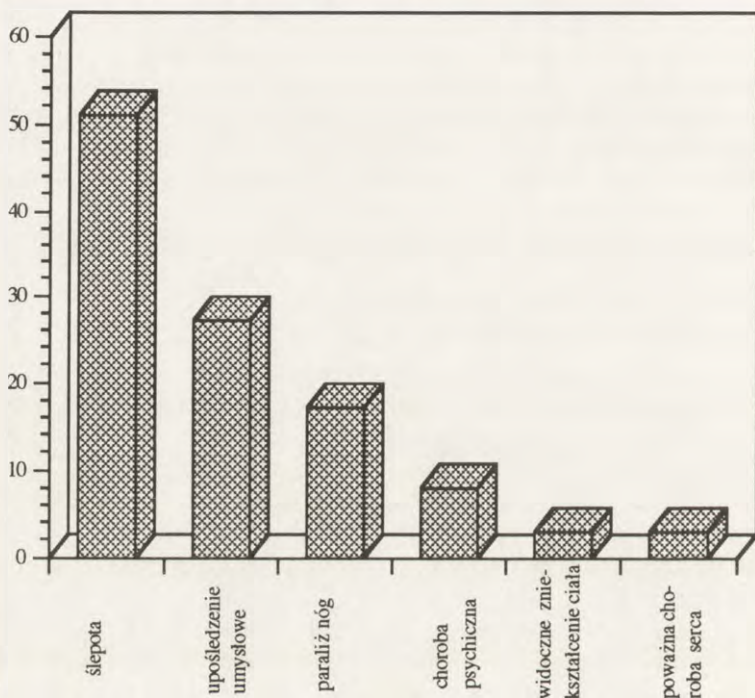
## OCENA CIĘŻKOŚCI POSZCZEGÓLNYCH RODZAJÓW INWALIDZTWA

W dotychczasowych rozważaniach posługiwano się ogólnie pojęciem niepełnej sprawności i inwalidztwa. W pewnych jednak sytuacjach dla postawy „osoby sprawnej” w stosunku do inwalidów ważny jest rodzaj ich kalectwa, wyobrażenia z nim związane i konkretne ograniczenia, jakie ze sobą niesie. Dlatego też w dalszej części kwestionariusza, analizując postawy w stosunku do inwalidów, wprowadzono rozróżnienie niepełnej sprawności. W tym celu wyróżniono sześć rodzajów inwalidztwa ilustrujących sześć różnych typów ograniczeń w funkcjonowaniu: paraliż nóg (ograniczenie motoryczne), ślepotę (sensoryczne), choroba psychiczna, niegroźna dla otoczenia (zachowania), widoczne zniekształcenia, deformacje cielesne (estetyczne), poważna choroba serca (niewidoczne ograniczenie funkcjonalne) oraz upośledzenie umysłowe (intelektualne). Na wstępie poproszono respondentów o wybór tego spośród wymienionych rodzajów inwalidztwa, które ich zdaniem jest najcięższe, najpoważniejsze. A oto uzyskane oceny:

Najcięższe inwalidztwo:	N=1264
1) ślepotę	51,4%

2) upośledzenie umysłowe	26,3%
3) paraliż nóg	11,9%
4) choroba psychiczna (niegroźna dla otoczenia)	5,7%
5) widoczne zniekształcenia ciała (np. garb)	2,4%
6) poważna choroba serca	2,3%

Wykres 9. Wybór najcięższego inwalidztwa



Jak więc widać, jako najcięższe, najpoważniejsze ograniczenie uznano ślepotę (utrata wzroku): „Każde inne kalectwo można znieść, przeżyć i żyć dalej, leżąc nawet. A ślepotą jest najgorszym kalectwem, bo człowiek nie widzi gdzie idzie, co robi, z kim rozmawia, z kim się spotyka itp. Nie widzi samego siebie” (560). „Nie widzi świata, kolorów. Żyje w nocy” (113). „Co człowiek może zrobić jak nic nie widzi, przecież jest zupełnie bezradny, a ponadto świat jest dla niego zamknięty, czarny” (871). Jako stosunkowo ciężkie ograniczenie uznano też upośledzenie umysłowe; wszystkie pozostałe inwalidz-

twa ocenione zostały jako łżejsze. Nie powodujące ograniczeń funkcjonalnych, ale widoczne zniekształcenie ciała znalazło się na końcu, obok choroby serca — posiadającej odwrotną charakterystykę — upośledzającej funkcjonowanie, jednak niewidocznej, nie powodującej zaburzeń o charakterze estetycznym, nie stygmatyzującej. Stopień i rodzaj ograniczeń w obu tych wypadkach uznano za łżejszy w porównaniu z innymi rozważanymi rodzajami niepełnej sprawności.

Pytanie na ten temat zadawane było respondentom w roku 1978 — jednak w nieco skróconej wersji, w której nie występowało upośledzenie umysłowe i choroba serca. Warto jednak odnotować, że kolejność pozostałych kalectw była postrzegana tak samo (z wyraźnie zaznaczoną przewagą ocen klasyfikujących utratę wzroku jako najcięższe w stosunku do pozostałych). Konsekwentny wybór ślepoty jako najcięższego z możliwych kalectw nie budzi zdziwienia; podobnie postrzegają utratę wzroku respondenci w badaniach pochodzących z innych krajów. Być może ocena ta ma w naszej kulturze charakter uniwersalny.

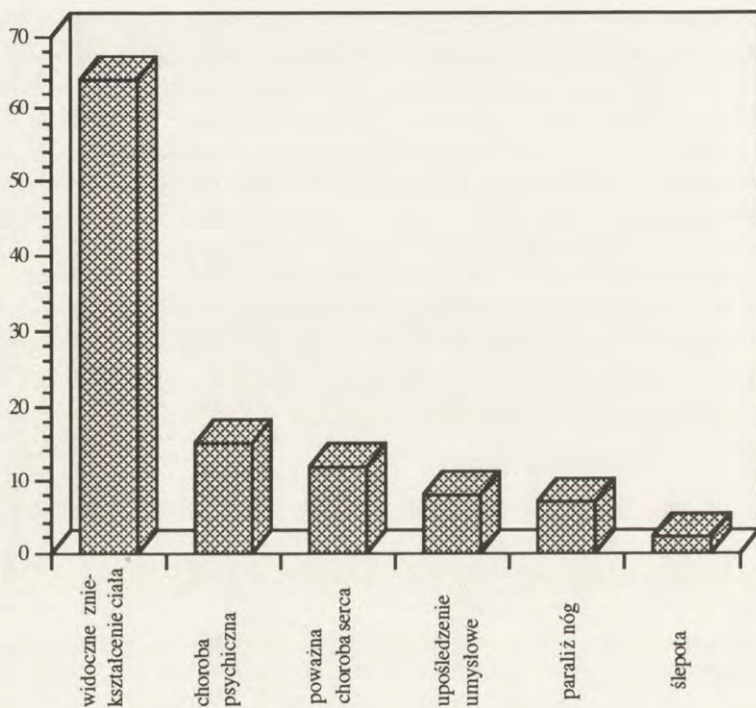
Tylko bardzo niewielki odsetek osób za najcięższe inwalidztwo uznał chorobę psychiczną, zniekształcenie ciała i poważną chorobę serca. Jednak zbliżona pozycja tych trzech inwalidztw — na skali stopnia ich ciężkości — nie wystąpiła, gdy respondentów poproszono z kolei o wybór tego spośród nich, które — ich zdaniem — jest najmniej poważne. Zniekształcenia ciała lokują się tu na pierwszej pozycji ze znaczną przewagą nad wszystkimi innymi inwalidztwami.

Najłżejszy rodzaj inwalidztwa:	N=1264
1) widoczne zniekształcenie ciała	65,2%
2) choroba psychiczna	13,8%
3) poważna choroba serca	10,1%
4) upośledzenie umysłowe	4,9%
5) paraliż nóg	4,4%
6) ślepotą	1,6%

Tak więc inwalidztwo, które nie uzależnia i nie ogranicza w zasadzie funkcjonowania jednostki — nawet jeżeli jest przykre, nieestetyczne i stygmatyzuje — jest postrzegane jako stosunkowo łżejsze. Ocena ciężkości kalectwa jest tu więc dokonywana przede wszystkim w kategoriach funkcjonalnych: „Ponieważ taki człowiek ma ręce, nogi, umysł — jest normalny i może wykonywać każdą pracę, uczyć się i zdobywać wiedzę. Widoczne zniekształcenia ciała nie są przeszkodą

w prowadzeniu normalnego trybu życia” (560). „Taki rodzaj inwalidztwa zakłóca tylko harmonię ciała, nic poza tym. Tacy ludzie są najbliższej normalności” (552). „Garb może się nie podobać, ale można go zamaskować np. luźną marynarką czy suknią i — w miarę możliwości — żyć normalnie. Pewnie, że taki człowiek może mieć żal, dlatego on ma garb a nie sąsiad, ale nie przeszkadza mu to w normalnych, życiowych czynnościach” (871).

Wykres 10. Wybór najłżejszego inwalidztwa



Zastanawiając się nad przydatnością tych wyników, warto zauważyć, że sposób postrzegania ciężkości poszczególnych rodzajów inwalidztwa jest interesującą informacją nie tylko z punktu widzenia poznawczego. Ilość świadczeń społecznych na rzecz osób niepełnosprawnych czy ich rodzin — zarówno przyznawanych im formalnie, jak i nieformalnie oferowanej pomocy i wsparcia — odzwierciedlana

jest bowiem w znacznej mierze poprzez postrzegany stopień ciężkości danego inwalidztwa i stopień konieczności kompensowania utraczonych w wyniku kalectwa funkcji. Różne rodzaje inwalidztwa i niesione przez nie ograniczenia w różnym zakresie wywołują ofiarności, gotowość niesienia pomocy, udzielania świadczeń. W pewnych sytuacjach — zgodnych z postrzeganiem kalectwa, a więc koniecznością wspomaganie osoby niepełnosprawnej — pomoc przychodzi niemal spontanicznie, w innych — może nie pojawiać się w ogóle, choć obiektywnie może być nie mniej potrzebna. Z punktu widzenia polityki społecznej nie jest więc obojętne, które rodzaje kalectwa są postrzegane właśnie jako cięższe — a więc takie, w przypadku których pomoc otoczenia pojawia się w bardziej naturalny sposób, a które jako lżejsze. Oczywiście, owa społecznie postrzegana „ciężkość” kalectwa nie jest jedynym czynnikiem wywołującym wspomagające reakcje otoczenia; mają na to wpływ także czynniki sytuacyjne i rozmaite cechy osób potencjalnie mogących tę pomoc okazać (np. odczuwane dystanse społeczne, omówione w następnym rozdziale, czy choćby umiejętność zaoferowania pomocy osobie niepełnosprawnej), ocena ta jednak niewątpliwie ma wpływ na wyznaczanie sfery zachowań w stosunku do niepełnej sprawności.

Badanych poproszono także o uzasadnienie dokonanego wyboru poszczególnych rodzajów inwalidztwa jako najcięższych lub najlżejszych. Chodziło o uzyskanie informacji, jakie ograniczenia niesione przez dane kalectwo stanowią o tym, że właśnie ono jest postrzegane jako najcięższe, a jakie ograniczenia z kolei funkcjonują w percepcji społecznej jako mniej poważne, skłaniając do określenia danego kalectwa jako stosunkowo lżejszego.

Uzasadniając swoje wypowiedzi respondenci odwoływali się do cech, które można określić jako charakterystyki definicyjne danego kalectwa i cech będących jego wtórnymi konsekwencjami. Przez charakterystyki definicyjne rozumie się tu określenie „niemożności” narzuczonych przez samo kalectwo. Mogło ono stanowić w odczuciu badanych najsilniejsze ograniczenie (barierę w funkcjonowaniu człowieka), bądź też stosunkowo najlżejsze lub też dające się wyeliminować czy pokonać.

Posługując się takimi definicyjnymi charakterystykami różnych rodzajów inwalidztwa, wskazano na następujące cechy uzasadniające ich ciężkość:

paraliż — trudności w poruszaniu się, unieruchomienie, przykucie do wózka inwalidzkiego,

ślepotą — niemożność widzenia świata, brak orientacji w przestrzeni,  
życie w ciemności,  
choroba psychiczna — nieprzewidywalność zachowań, reakcji, nie-  
rozumiałe zachowania budzące niepokój,  
zniekształcenia ciała — odpychający wygląd, nieestetyczny widok,  
szpetota,  
choroba serca — stałe zagrożenie życia, lęk przed nawrotem choroby,  
śmiercią,  
upośledzenie umysłowe — brak możliwości rozumienia, świadomości  
tego co się dzieje, brak kontaktu z rzeczywistością.

A oto cechy definicyjne poszczególnych kalectw (lub możliwości  
ich przewyciężenia) stanowiące o wyborze ich jako stosunkowo naj-  
mniej poważnych:

paraliż — możliwość poruszania się na wózku, korzystania z pomocy  
technicznych,  
ślepotą — możliwość nauczenia się życia w ciemności, orientacji prze-  
strzennej,  
choroba psychiczna — choroba, jeśli jest niegroźna dla otoczenia, nie  
powoduje zagrożenia, „nieškodliwe objawy”,  
zniekształcenie ciała — możliwość tuszowania ubiorem, przyzwyczajaje-  
nia się do oszpecenia,  
choroba serca — możliwość posiadania normalnego życia przy określo-  
nym trybie życia,  
upośledzenie umysłowe — brak możliwości rozumienia swoich ogra-  
niczeń, nieświadomość własnego kalectwa.

Następna grupa uzasadnień dotyczących wyborów poszczególnych  
rodzajów inwalidztwa — to odwołanie się do jego wtórnych konse-  
kwencji. Wskazywały one na takie elementy, jak — z jednej strony —  
uzależnienie od otoczenia, duża uciążliwość dla otoczenia, izolacja  
społeczna (w przypadku inwalidztw wybranych jako najcięższe),  
z drugiej zaś strony — niezależność od innych, możliwość normalnego  
funkcjonowania w pracy, w rodzinie (w przypadku inwalidztw wybra-  
nych jako najlżejsze).

Zamieszczone niżej tabele 17 i 18 ukazują rozkłady procentowe  
głównych rodzajów uzasadnień.

**Tabela 17. Uzasadnienia wyboru określonego rodzaju inwalidztwa jako najcięższego (w %)** N=1186

Rodzaj inwalidztwa	Najcięższe ze względu na:			N
	cechę definicyjną	wtórne konsekwencje inwalidztwa		
		uzależnienie od innych	izolacja społeczna	
Paraliż	53,3	52,7	8,0	150
Ślepotą	59,5	35,2	10,7	645
Choroba psychiczna	46,2	13,8	18,5	65
Upośledzenie umysłowe	17,1	27,1	36,7	326

Uwaga: W tabeli pominięto rodzaje inwalidztwa, które były wybrane jako najcięższe przez mniej niż 5% badanych.  
 Odsetki nie sumują się do 100, ponieważ przedstawiono wybrane kategorie przy możliwości kilku odpowiedzi.

**Tabela 18. Uzasadnienie wyboru określonego rodzaju inwalidztwa jako najłżejszego (w %)** N=1162

Rodzaj inwalidztwa	Najłżejsze ze względu na:					N
	przewyższenie cechy definicyjnej	brak wtórnych konsekwencji				
		zdolność do normalnego funkcjonowania	niezależność od innych	brak izolacji społecznej	niewidoczne inwalidztwo	
Choroba psychiczna	29,2	28,0	11,9	12,5	9,5	168
Zniekształcenie ciała	11,0	57,2	20,1	8,6	0,6	807
Choroba serca	31,5	22,8	14,2	9,4	23,6	127
Upośledzenie umysłowe	38,3	26,7	11,7	3,3	3,3	60

Uwaga: W tabeli pominięto rodzaje inwalidztwa, które były wybrane jako najłżejsze przez mniej niż 5% badanych.  
 Odsetki nie sumują się do 100, ponieważ przedstawiono wybrane kategorie przy możliwości kilku odpowiedzi.

Jak więc widać z zamieszczonych tabel, respondenci nie posługiwali się jednolitymi kryteriami oceny poszczególnych rodzajów inwalidztwa. W przypadku najcięższego — wybór paraliżu i ślepoty poddyktowany był przede wszystkim cechami samego kalectwa i związanym z nim uzależnieniem od innych. W chorobie psychicznej (przy wyraźnym wskazaniu uciążliwości samej choroby) nieco ważniejsza od uzależnienia była izolacja społeczna. Ten ostatni czynnik stał się dominujący przy wskazaniu jako najcięższego inwalidztwa — upośledzenia umysłowego.

W przypadku wyboru najłżejszego rodzaju inwalidztwa na uwagę zasługuje wysoki odsetek osób wskazujących na możliwości normalnego funkcjonowania osób z widocznymi deformacjami cielesnymi (a więc posługujących się w ocenie inwalidztwa kryteriami funkcjonalnymi, a nie stygmatyzującymi) — przy jednocześnie relatywnie wysokim odsetku osób wskazujących na chorobę serca jako lżejsze inwalidztwo, ze względu na jego niewidoczność. Świadczyć to może o tym, że zaobserwowana tendencja do prezentowania poglądów na temat inwalidztwa w kategoriach przede wszystkim funkcjonalnych (a więc nie uwzględniających jego społecznej widoczności czy problemów natury estetycznej) może zawierać element deklaratywności, w rzeczywistości natomiast w ocenach tych jest więcej elementów stygmatyzujących.

Zastanawiając się nad genezą dokonanych przez respondentów ocen, warto dokonać rozróżnienia między ich wyobrażeniami na temat potencjalnych ograniczeń i trudności wynikających z analizowanych rodzajów inwalidztwa a posiadaniem o nich autentycznej wiedzy, pochodzącej choćby z osobistych doświadczeń, znajomości i kontaktów z osobami nim dotkniętymi. Poniższe zestawienie przedstawia odpowiedzi respondentów na pytanie: Czy zetknął(ęła) się Pan(i) osobiście w swoim otoczeniu, wśród rodziny, znajomych z osobą dotkniętą którymś z wymienionych rodzajów inwalidztwa?

Paraliż nóg	33,8%
Ślepotą	22,6%
Choroba psychiczna(niegroźna dla otoczenia)	24,7%
Widoczne zniekształcenia ciała (np. garb)	30,1%
Inwalidztwo wskutek poważnej choroby serca	27,6%
Upośledzenie umysłowe	23,5%
Nie zetknąłem się z żadną taką osobą	29,0%

Prawie 1/3 badanych osób nie zetknęła się z żadnym z omawianych rodzajów inwalidztwa. Niewiele też osób miało jakiegokolwiek do-



świadczenia osobistych kontaktów z więcej niż jednym kalectwem. Można więc uznać, że przy dokonywaniu ocen i porównań respondenci kierowali się w znacznym stopniu pewnym wyobrażeniem stopnia ich ciężkości, a zatem ich oceny mają charakter abstrakcyjny. Ten wyobrażeniowy komponent ocen jest widoczny na przykład przy zaklasyfikowaniu utraty wzroku jako najcięższego kalectwa. Znacznie więcej osób uznało to kalectwo za najcięższe, niż wynikałoby to z posiadanego wcześniej kontaktu z osobami niewidzącymi.

## DYSTANS SPOŁECZNY W STOSUNKU DO OSÓB Z RÓŻNYMI RODZAJAMI INWALIDZTWA

Zmieńmy teraz nieco perspektywę naszych rozważań z rozpatrywania różnych rodzajów kalectw niejako abstrakcyjnie — jako pewnego atrybutu — i przyjrzyjmy się reakcji społecznej na osoby owe kalectwa (atrybuty) mające.

O ile przy interpretacji odpowiedzi dotyczących oceny stopnia ciężkości kalectwa można było brać pod uwagę projekcję typu „kalectwo — którego się najbardziej obawiam dla siebie”, o tyle w dalszych rozważanych problemach będzie raczej chodziło o odczucie typu „do jakiego stopnia chciałbym wchodzić w relacje społeczne z danym inwalidą”. Chodziłoby więc tu o uchwycenie pewnego dystansu społecznego odczuwanego do osób o ograniczonej sprawności.

Badanym zadano pytanie dotyczące gotowości wchodzenia w relacje społeczne — o różnym stopniu bliskości i intymności — z niepełnosprawnymi z różnymi rodzajami inwalidztwa. Pytano więc o stosunek do utrzymywania kontaktów przyjacielskich, wspólną naukę dziecka w szkole z dziećmi niepełnosprawnymi, wreszcie — o małżeństwo z inwalidą. Proszono o ustosunkowanie się w ten sposób do osób dotkniętych kalectwem, o którym respondenci uprzednio się wypowiadali, a więc osób dotkniętych ślepotą, paraliżem nóg, chorobą psychiczną, widocznym zniekształceniem, oszpeceniem ciała, poważną chorobą serca i upośledzeniem umysłowym.

Za każdym razem do oceny kontaktu zastosowaliśmy trzystopniową skalę: „1” — nie miał(a)bym nic przeciwko temu, „2” — zgodził(a)bym się, choć nie byłoby to dla mnie łatwe, „3” — nie zgodził(a)bym się, wolał(a)bym tego uniknąć.

Uzyskane w ten sposób dane pozwoliły na dokonanie następujących obserwacji: stopień postrzeganego kalectwa nie pokrywał się

z dystansami społecznymi odczuwanymi do poszczególnych inwalidów. Gdyby zastosować ponownie zaproponowaną projekcję, to można by powiedzieć, że innego rodzaju kalectw obawiamy się najbardziej, gdy myślimy, że jest to coś, co może spotkać nas samych, natomiast innego rodzaju kalectwa wydają nam się bardziej dotkliwe, gdy jako osoby zdrowe mamy wejść w interakcje z osobami dotkniętymi takimi kalectwami. Dane na temat odczuwanych dystansów do osób z różnym rodzajem inwalidztwa przedstawia tabela 19 (por. s. 81).

Jak wynika z danych zamieszczonych w tej tabeli, ograniczeniami, które wzbudzają najsilniejsze reakcje negatywne — jeśli chodzi o utrzymywanie kontaktów z inwalidami — jest upośledzenie umysłowe i choroba psychiczna. Najmniejszy zadeklarowany dystans obserwujemy w stosunku do osób z poważną chorobą serca i deformacjami cielesnymi. Rozkład odpowiedzi dotyczących możliwości wspólnej nauki z dzieckiem niepełnosprawnym nie różni się zasadniczo od rozkładu odpowiedzi dotyczących zawierania przyjaźni. Sytuacja zmienia się jednak zasadniczo, gdy poruszony zostaje temat małżeństwa, a więc gdy w grę wchodzi w większym stopniu problem samej niesprawności, uzależnienia, a także życia intymnego i odpowiedzialności za współpartnera.

Warto zastanowić się nad ograniczeniami narzucanymi przez upośledzenie umysłowe i choroby psychiczne jako tymi, w stosunku do których odczuwany dystans był największy. Jeśli chodzi o choroby psychiczne, pomimo zawartego w pytaniu zastrzeżenia, że chodzi o chorobę niegroźną dla otoczenia, nie wyeliminowało to — jak się wydaje — lęków związanych z niepewnością rokowań w sprawach psychicznych. „Choroba, która jest niegroźna dziś, może stać się groźna jutro”. Kryje się tu więc poczucie niepokoju, stałej obawy niepożądanego rozwoju sytuacji zdrowotnej chorego. Niepewność taka nie istnieje w zasadzie w odniesieniu do innych omawianych niesprawności. Z kolei, upośledzenie umysłowe jest inwalidztwem silnie piętnowanym społecznie, widocznym, a także utrudniającym kontakt z osobą nim dotkniętą. Jak pamiętamy — w pytaniu o ciężkość kalectwa — upośledzenie umysłowe było postrzegane jako silnie izolujące i uzależniające od innych, związane z koniecznością stałej opieki, „źle rokujące”, jeśli chodzi o szanse i perspektywy życiowe.

Najmniejszy dystans budzi inwalidztwo wskutek poważnej choroby serca, a także wszelkiego rodzaju uszkodzenia o charakterze raczej estetycznym. W przypadku choroby serca — za ważny czynnik stosunkowo większej akceptacji chorych należy uznać jej niewidoczność,

Tabela 19. Gotowość do nawiązywania różnych kontaktów z inwalidami (dystans społeczny)

Rodzaj kalectwa	Kontakty z inwalidami (w %)											
	nie ma nic przeciwko temu					zgodziłby się, ale byłoby to niełatwe					nie zgodziłby się, wolałby unikać	
	wspólna nauka dziecka	stosunki przyjaźnielskie	mażeńskie	wspólna nauka dziecka	stosunki przyjaźnielskie	mażeńskie	wspólna nauka dziecka	stosunki przyjaźnielskie	wspólna nauka dziecka	stosunki przyjaźnielskie	mażeńskie	two
Paraliż nóg	88,8	81,6	20,5	7,1	14,2	37,7	4,0	4,1	41,3			
Ślepota	80,3	76,3	19,4	11,2	19,5	35,4	8,4	4,1	44,7			
Choroba psychiczna niegroźna dla otoczenia	54,1	48,0	9,3	22,0	31,0	21,6	23,7	21,0	68,6			
Widoczne zmieszanie ciała	84,3	80,9	22,5	10,1	15,2	39,6	5,5	3,9	37,3			
Inwalidztwo wskutek poważnej choroby serca	86,3	85,8	25,2	9,3	11,5	39,6	4,3	2,8	34,8			
Upośledzenie, opóźnienie umysłowe	44,9	40,3	7,7	20,8	32,8	16,5	34,1	26,9	75,3			

a także nie stygmatyzujący charakter. Potoczne określenia chorób serca, a szczególnie zawału jako „choroby dyrektorskiej” — zawiera pewną nobilitującą metaforę. Zupełnie przeciwną charakterystykę społeczną ma inwalidztwo typu raczej estetycznego niż funkcjonalnego. Jest ono widoczne, a jednak nie ogranicza aktywności, nie powoduje „niemożności” i uzależnienia.

Te ostatnie obserwacje świadczyłyby o tym, że w sferze kontaktów osobistych stosunek do inwalidów częściej wyraża się w kategoriach domniemanej zależności niż osobistych uczuć czy awersji, choć — jak się zastrzegano w poprzednim rozdziale — oceny respondentów mogą tu mieć charakter nieco deklaracyjny. (Wskazanie niewidoczności inwalidztwa jako czynnika stanowiącego o jego lekkości świadczyłoby o tym, że z kolei jego widoczność stanowi element stanowiący o ciężkości kalectwa).

Przy omawianiu dystansów w stosunku do analizowanych rodzajów inwalidztwa warto przypomnieć zamieszczoną wcześniej informację na temat osobistych doświadczeń — znajomości z osobami nimi dotkniętymi. Około 1/3 badanych nie zetknęła się z żadną z takich osób. Jeśli natomiast chodzi o inwalidów — w stosunku do których zanotowano największy dystans, a więc upośledzonych umysłowo bądź chorych psychicznie — jakiegokolwiek kontakty z nimi miała około 1/4 badanych. Jak się wydaje, może tu więc działać efekt „błędnego koła”; ze względu na odczuwany dystans, unikanie osób posiadających pewne kalectwa, nie jesteśmy w stanie im pomóc, zyskać wiedzy wpływającej na większą ich akceptację i — w konsekwencji — szansę na bliższe kontakty.

Fakt istnienia dystansów w stosunku do osób z niektórymi rodzajami inwalidztwa konfrontuje nas z poważnym i trudnym do rozstrzygnięcia problemem moralnym, społecznym i psychologicznym — problemem granic akceptacji możliwej bliskości, intymności.

Intymne kontakty (małżeństwo) z osobami posiadającymi silnie piętnowane i ograniczające kalectwa są bardzo skomplikowaną sferą — sferą, w której inność i odmienność są trudne do zaakceptowania, a tym bardziej do przezwyciężenia. I tu możliwe są pewne oddziaływania wspomagające osoby niepełnosprawne w tej sferze życia. Jednak w naszym kraju do problemów tych nie przywiązuje się niestety należytej im wagi.

Tworzenie pewnego dystansu, izolowanie się od osób niepełnosprawnych nie zawsze wiąże się z obawami przed uzależnieniem czy pewnymi komponentami awersyjnymi lub lękowymi. Często polega na zwykłej niewiedzy, braku umiejętności reagowania na kalectwo, nieumiejętności zachowania się w towarzystwie osoby niepełnospraw-

nej. Osoby, które nigdy nie miały takich kontaktów, nie nauczyły się w młodości współżycia na co dzień z osobami niepełnosprawnymi, nie posiadają takich umiejętności jako osoby dorosłe. Wachlarz możliwych zachowań obejmuje tu zarówno całkowite ignorowanie faktu kalectwa, jak i też nadmierne współczucie czy nadopiekuńczość. W większości wypadków nie umiemy znaleźć „złotego środka” między tymi skrajnościami. Zagadnienie to ilustruje odpowiedź udzielona przez respondentów na pytanie (półotwarte):

„Jak Pan(i) sądzi, dlaczego niektórzy ludzie stronią od osób niepełnosprawnych, unikają kontaktu z nimi?”

N=1263

1. Widok inwalidztwa jest przykry	38,0%
2. Nie wiadomo jak się zachować w obecności osoby niepełnosprawnej	58,8%
3. Ponieważ nie mogę im w w niczym pomóc	29,7%
Inne powody:	
4. Ze względu na egoizm ludzi zdrowych	4,0%
5. Ze względu na ogólną znieczulicę	2,5%
6. Ze względu na lęk przed innością	1,7%
7. Ze względu na wstyd (towarzystwo kaleki degraduje)	1,3%
8. Trudno powiedzieć	7,3%

Uwaga: Odpowiedzi nie sumują się do 100%, ponieważ badani mogli udzielić dwóch odpowiedzi.

Jak więc widać, obok wspomnianego czynnika niewiedzy, braku umiejętności przebywania z osobą niepełnosprawną, pojawia się także zjawisko unikania inwalidów, bo to, co sobą reprezentują jest dla badanych przykre luby smutne. Wybór odpowiedzi „ponieważ nie mogę im w niczym pomóc” sugeruje, że puste zainteresowanie nie poparte możliwością pomocy nie jest potrzebne. Można by tylko się zastanowić, czy rzeczywiście w niczym nie mogą pomóc osobom niepełnosprawnym ci, którzy tak uważają.

Wyżej przedstawione pytanie można rozpatrywać jako pytanie projekcyjne, a zatem takie, w którym badani zapytani o abstrakcyjnych „innych” mówią w znacznym stopniu o własnych problemach związanych z kontaktami z osobami niepełnosprawnymi. Jeżeli tak interpretować uzyskane wyniki, warto przyjrzeć się, czy na pojawienie się poszczególnych problemów mają wpływ cechy demograficzno-społeczne respondentów.

Podobnie jak w przypadku większości innych postaw i ocen przedstawionych w tym opracowaniu — występowanie określonych problemów

w kontaktach z osobami niepełnosprawnymi nie jest jednakowe w różnych grupach wykształcenia. Poniższa tabela ukazuje informacje uzyskane ten temat dla trzech najczęściej występujących kategorii problemów.

**Tabela 20. Przyczyny unikania kontaktów z osobami niepełnosprawnymi a wykształcenie (w %)** N=1261

Przyczyny unikania	Wykształcenie				Poziom istotności i siła związku
	niepełne podstawowe N=464	zasadnicze zawodowe N=315	niepełne średnie i średnie N=327	niepełne wyższe i wyższe N=158	
Przykry widok	37,0	38,4	36,6	38,0	$\chi^2=0,70$ nieistotne
Nieumiejętność zachowania	50,0	58,0	65,4	70,9	$\chi^2=30,32$ df=3 p<0,001
Niemożliwość okazania pomocy	30,6	29,8	27,8	27,2	$\chi^2=1,06$ nieistotne

Uwaga: Odpowiedzi nie sumują się do 100, ponieważ badani mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź.

W tabeli przedstawiono wybrane kategorie.

O ile więc przykry, przynębiający widok kalectwa jako przyczyny utrudniającej nawiązywanie kontaktów z inwalidami występuje ze zbliżoną częstotliwością w różnych grupach wykształcenia — pozostałe przyczyny podlegają zróżnicowaniu. Szczególnie wyraźne różnice widać w odniesieniu do problemów wynikających z braku umiejętności zachowania się, reagowania na kalectwo, które wymieniane są wyraźnie częściej wraz ze wzrostem wykształcenia respondentów. Odwrotną tendencję przejawia występowanie trudności związanych z niemożnością okazania pomocy, choć różnice są tu nieistotne. Można się zastanawiać, czy rzeczywiście kwestia umiejętności właściwego zachowania, reagowania pojawia się częściej u osób stosunkowo bardziej wykształconych; wydaje się raczej, że jest ona przez nie bardziej uświadomiona, łatwiejsza do zwerbalizowania.

Trudności z właściwym zachowaniem się w obecności osoby niepełnosprawnej — jako przyczyna unikania kontaktów — mają tendencję malejącą wraz z upływem lat (55% w grupie wiekowej 15–24 lata, 40,9% w grupie wiekowej 60 lat i więcej) lub też waga tego problemu jest słabiej postrzegana przez osoby starsze. Częściej natomiast wskazują one na niemożność okazania potrzebnej pomocy (18,4% w grupie

wieku 15–24 lata, 29,7% w grupie wiekowej 60 lat i więcej) jako usprawiedliwienie unikania, dystansowania się od inwalidów. Do problemu tego — tj. gotowość do niesienia pomocy vs dystans — powrócimy w następnym rozdziale raportu.

Rozpatrzmy obecnie odpowiedzi na pytania dotyczące odczuwanych dystansów w różnych sytuacjach społecznych w sposób syntetyczny (indeksy „dystansu społecznego”). Przedstawimy wyniki tych indeksów dla wszystkich rodzajów analizowanych tu inwalidztw. Skala możliwych do osiągnięcia punktów na każdym z nich wynosi od „0” do „6” (0 punktów — brak dystansu, 6 punktów — stosunkowo największy dystans). A oto wyniki uzyskane dla poszczególnych rodzajów kalectw na tak utworzonych skalach).

**Tabela 21.** Wyniki indeksów dystansu społecznego do osób o różnych rodzajach inwalidztwa (w %)

N=1257

Liczba punktów na skali dystansu	Osoby dotknięte:					
	paraliżem nóg	ślepotą	chorobą psychiczną	zniekształceniem ciała	poważną chorobą serca	upośledzeniem umysłowym
0	18,6	17,1	7,6	21,0	24,0	5,9
1	31,9	26,7	11,9	31,8	32,6	8,2
2	33,0	33,0	25,8	29,4	29,5	22,5
3	8,8	11,2	14,9	8,2	6,8	13,9
4	5,3	7,1	16,9	6,0	4,6	17,9
5	1,3	3,1	10,6	2,1	1,5	12,5
6	1,1	1,8	12,3	1,5	1,0	19,1

**Tabela 22.** Wartości średnich i odchyłeń standardowych dla miary dystansu do poszczególnych rodzajów inwalidztwa

N=1257

Dystans w stosunku do osób dotkniętych:	Wartość średniej	Wartość odchylenia standardowego
paraliżem nóg	1.58	1.22
ślepotą	1.81	1.37
chorobą psychiczną	3.02	1.76
zniekształceniem ciała	1.59	1.32
chorobą serca	1.44	1.24
upośledzeniem umysłowym	3.43	1.81

Przy uwzględnieniu miary syntetycznej dla oceny każdego dystansu w stosunku do osób z poszczególnymi rodzajami inwalidztwa układają się one następująco (w porządku malejącym): upośledzenie umysłowe, choroba psychiczna, ślepotą, zniekształcenie ciała, paraliż nóg, choroba serca.

Na odczuwanie dystansów w stosunku do osób z poszczególnymi rodzajami inwalidztwa mają wpływ niektóre cechy demograficzno-społeczne, a także zakres posiadanych kontaktów z niepełnosprawnymi. Zależności te nie mają jednak jednolitego charakteru, są one różne dla różnych kalectw. Zanim przedstawimy te współzależności, warto wspomnieć, że nie miały wpływu na odczuwane dystanse takie cechy, jak płeć respondentów, ich religijność, czy fakt bycia samemu osobą niepełnosprawną.

**Tabela 23.** Odczuwany dystans w stosunku do osób o różnych rodzajach inwalidztwa a cechy demograficzno-społeczne badanych (współczynniki korelacji  $r$  Pearsona)

Cechy demograficzne i społeczne	Rozmiar dystansu do osób dotkniętych:					
	paraliżem nóg	ślepotą	chorobą psychiczną	zniekształceniem ciała	chorobą serca	upośledzeniem umysłowym
Wiek	.12**	.09**	.07**	.01	.07*	.01
Wykształcenie	-.13**	-.15**	-.01	-.12**	-.12**	.06
Wielkość miejsca zamieszkania	-.07*	-.08*	.06*	-.04	-.07*	.13**
Bliskość kontaktów z inwalidami w ogóle	-.10**	-.07**	-.08*	-.12**	-.09**	-.10**
Kontakty z danymi rodzajami inwalidztwa	-.10**	-.16**	-.12**	-.16**	-.07**	-.09**

Poziom istotności:

\*  $p < 0,01$

\*\*  $p < 0,001$



Wiek jest jedyną zmienną w powyższej tabeli, która koreluje dodatnio ze wzrostem dystansu. Osoby starsze mają więc większą tendencję do dystansowania się od inwalidów, chociaż nie występuje ona systematycznie w stosunku do wszystkich analizowanych kalectw. Jak pamiętamy, osoby starsze częściej też opowiadały się za rozwiązaniami separacyjnymi niż integracyjnymi, w odniesieniu do różnych sfer życia osób niepełnosprawnych. Tendencja do wzrostu dystansu wraz z wiekiem wystąpiła także w badaniu realizowanym w roku 1978.

Wykształcenie wpływa zdecydowanie na zmniejszenie się dystansu (ujemne współczynniki korelacji), jednak nie w odniesieniu do wszystkich kalectw. W przypadku choroby psychicznej współczynnik korelacji jest nieistotny statystycznie, choć o kierunku ujemnym. W przypadku upośledzenia umysłowego kierunek zmienia się na dodatni, choć współczynnik także nie jest istotny.

Warto zauważyć, że wpływ wykształcenia na zmniejszanie się dystansu przestaje działać w przypadku inwalidztw, które są: z jednej strony stygmatyzujące społecznie, z drugiej — upośledzające sferę intelektualną i sferę zachowania. Być może funkcjonowanie człowieka w tych sferach i osiąganie w nich pełnego kontaktu jest ważniejszym kryterium w przypadku osób bardziej niż mniej wykształconych. Niejednolicie przedstawiają się także odczuwane dystanse w zależności od miejsca zamieszkania respondentów. Interesująco przedstawia się tu dystans w stosunku do osób opóźnionych umysłowo, który maleje wraz ze zmniejszającą się wielkością miejsca zamieszkania. Jest więc najslabiej odczuwany na wsi. Wpływ na tę sytuację może mieć ukształtowana kulturowo tradycja, gdzie osoby upośledzone umysłowo na wsiach żyły stosunkowo blisko społeczności, a także starano się je czynić produktywnymi — poprzez umożliwienie wykonywania niskokwalifikowanych prac w rolnictwie (np. pasanie krów). Ta bliskość mogła wpływać w sumie na większą tolerancję wobec upośledzonych umysłowo i w konsekwencji mniejsze dystanse.

Istotnym czynnikiem spośród tych, które mają wpływ na zmniejszanie się dystansów jest bliskość kontaktów z osobami niepełnosprawnymi. W przypadku wszystkich kalectw — im bliższe są te kontakty, tym mniejszy odczuwany dystans, niezależnie od tego, z jakimi rodzajami niepełnosprawności badani mieli kontakty. Na wzrost tolerancji mają więc wpływ bliskie, osobiste doświadczenia zdobyte w kontaktach z inwalidami w ogóle. W przypadku ślepoty, inwalidztwa wzroku, choroby psychicznej, zniekształceń cielesnych dystans zmniejsza się jeszcze bardziej w sytuacji posiadania przez respondentów osobistych kontaktów

z osobami dotkniętymi tego rodzaju inwalidztwem. W innych przypadkach różnice są mniej wyraźne. Stosunkowo najniższa jest tu zależność między kontaktami osobistymi a dystansem odczuwanym w stosunku do osób chorych na serce ( $-0.07^*$ ). Jednocześnie jednak — jak pamiętamy — w stosunku do tej grupy osób dystans był najmniejszy, a choroba serca była postrzegana jako inwalidztwo lżejsze niż inne. W sytuacji więc inwalidztwa, które nie należy w świadomości społecznej do najcięższych, a do tego jest niewidoczne, kontakty osobiste respondentów nie mają takiego znaczenia dla kształtowania postaw w stosunku do osób nim dotkniętych.

Niewątpliwie więc częste, bliskie kontakty z osobami niepełnosprawnymi pomagają w pokonaniu dystansu. Można więc założyć, że tworzenie płaszczyzn do zawierania znajomości jest najwłaściwszym sposobem budowania relacji pozbawionych dystansu. Przy rozważaniu analizowanych zależności należy jednak wziąć pod uwagę także interpretację odwrotną, która może być prawdziwa dla części respondentów. Tak więc dystans może być nie tylko funkcją braku kontaktów — ale brak kontaktów, unikanie niepełnosprawnych może być funkcją odczuwanego dystansu, udaremniającego te kontakty w zarodku. Taka sytuacja wymagałaby znacznie więcej działań nastawionych na kształtowanie właściwych postaw, niż tylko tworzenie okazji do kontaktów. Efekty „wymuszonej integracji” są bowiem na ogół problematyczne.

## POSTULATY POMOCY DLA INWALIDÓW

W dotychczasowych rozważaniach przedstawiono różne postawy i opinie badanych związane z problemami życia inwalidów w naszym społeczeństwie. Były to bądź próby przedstawienia własnych poglądów respondentów, bądź dokonanej przez nich próby diagnozy sytuacji społecznej. Obecnie chcieliśmy przedstawić postulaty badanych wskazujące — ich zdaniem — główne sfery niedostatku, problemy, które przede wszystkim powinny być rozwiązane, aby zapewnić inwalidom najlepszą opiekę i najdalej idącą pomoc. Na wstępie poproszono respondentów o ocenę pomocy i opieki, jaką w naszym kraju otacza się ludzi niepełnosprawnych.

„Czy uważa Pan(i), że w naszym kraju opieka i pomoc dla ludzi niepełnosprawnych z powodu różnego rodzaju chorób jest wystarczająca?”

Tylko niewielu respondentów udzieliło na nie pozytywnej odpowiedzi. W odczuciu przeważającej części badanych zakres tej pomocy pozostawia wiele do życzenia. Pod tym względem widać ogromną różnicę w ocenie sytuacji sprzed 15 lat. Połowa badanych oceniała wówczas tę pomoc pozytywnie.

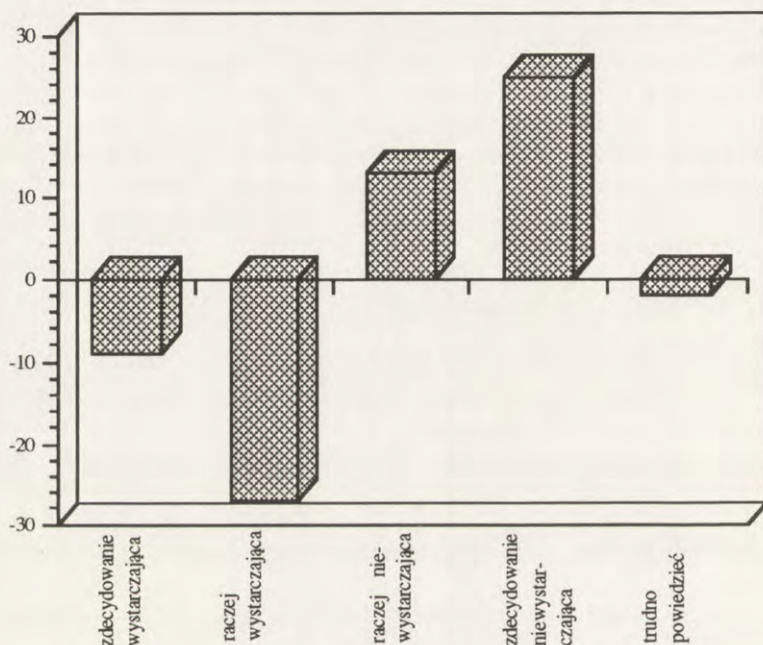
Tabela 24. Ocena jakości pomocy i opieki nad inwalidami (w %)

Ocena jakości pomocy	1978 N=922	1993 N=1264
Zdecydowanie wystarczająca	13	2,9
Raczej wystarczająca	36	9,8
Raczej niewystarczająca	29	41,0
Zdecydowanie niewystarczająca	13	39,7
Trudno powiedzieć	9	6,6
	} 49	} 12.7
	} 42	} 80.7

Fakt ten niewątpliwie odzwierciedla świadomość pogorszenia się obiektywnej sytuacji inwalidów w Polsce. Pauperyzacja i bezrobocie wśród tej grupy ludności, brak właściwej opieki medycznej, możliwości rehabilitacji są faktami znanymi opinii publicznej i można sądzić, że one przede wszystkim wpłynęły na tak radykalne pogorszenie się ocen. Pewne znaczenie ma tu jednak także — wspomniana na wstępie tego raportu — relatywnie większa widzialność społeczna osób niepełno-

sprawnych i lepsza znajomość ich problemów życiowych. Pozwala to dostrzec deficyt opieki, poprzednio dostrzegany tylko przez osoby stanowiące najbliższe otoczenie inwalidów. Znakomitym przykładem tego — widocznym przy porównaniu wyników obu badań — jest istnienie wszelkiego rodzaju barier architektonicznych, które istniały przecież także 15 lat temu, jednak świadomość społeczna tego faktu w porównaniu z obecną była niemal żadna.

**Wykres 11. Różnice w ocenach jakości pomocy i opieki nad inwalidami (1978–1993)**



Pozytywne oceny pomocy dla inwalidów są skorelowane ujemnie z wykształceniem ( $r = -0.20^{**}$ ) i znajomością problemów życia osób niepełnosprawnych ( $r = -0.7^*$ ), a także oceną własnej sprawności respondentów ( $r = -0.9^*$ ). Tak więc krytyka istniejącej pomocy i opieki dla osób niepełnosprawnych najczęściej pochodzi od osób wykształconych, tych które orientują się w problemach inwalidów, a także samych osób niepełnosprawnych. Tę ostatnią zależność potwierdzają wyniki badania realizowanego wśród osób niepełnosprawnych. Oceny oferowanej im pomocy

są jeszcze bardziej krytyczne; 78,3% badanych niepełnosprawnych oceniło otrzymywaną pomoc i opiekę jako niewystarczającą, w tym 53,3% jako zdecydowanie niewystarczającą.

Postrzeżenie niedostatków w opiece nad ludźmi niepełnosprawnymi stawia problem: co przede wszystkim należy zrobić i kto za tę opiekę przede wszystkim powinien być odpowiedzialny.

Poniższe zestawienie przedstawia poglądy badanych na temat tego, co przede wszystkim powinno się u nas zrobić dla inwalidów, aby poprawić ich warunki życia (odpowiedzi na pytanie otwarte).

- Poprawić warunki materialne (podnieść renty, zasiłki, zarobki) 32,1%
- Znosić bariery architektoniczne i komunikacyjne, udostępnić budynki publiczne 29,4%
- Przystosowywać mieszkania do potrzeb ludzi niepełnosprawnych, zapewniać opiekę w miejscu zamieszkania 25,0%
- Poprawić zatrudnienie inwalidów, zapewnić im pracę, tworzyć stanowiska pracy dla niepełnosprawnych 21,7%
- Poprawić opiekę medyczną 16,0%
- Udostępnić i poprawić jakość sprzętu ortopedycznego, usprawniającego, więcej pomocy technicznej 12,5%
- Ułatwiać kontakty społeczne, zapobiegać izolacji, wychowywać społeczeństwo w duchu integracji 10,4%
- Zapewnić i usprawnić pomoc społeczną 9,1%
- Odpowiedzi ogólne: większa pomoc ze strony państwa, lepsza opieka 17,4%

Jak wynika z przedstawionego wyżej zestawienia, na pierwszym miejscu pojawiają się postulaty dotyczące sytuacji materialnej. Wiele jest jednak głosów dotyczących konieczności znoszenia barier architektonicznych i komunikacyjnych (w środowisku zewnętrznym), a także przystosowania mieszkań dla osób niepełnosprawnych, aby mogły żyć samodzielnie w naturalnym środowisku zamieszkania. Oba te postulaty mają wyraźnie integracyjny charakter, podobnie jak postulaty edukacji społecznej i umożliwiania osobom niepełnosprawnym kontaktów z innymi ludźmi.

W sumie około 2/3 wypowiedzi nawiązuje do różnych form i sposobów integracji społecznej osób niepełnosprawnych. Wypowiedzi takich w badaniu realizowanym w roku 1978 było znacznie mniej (około 1/3); natomiast pojawiały się wówczas głosy postulujące tworzenie zamkniętych zakładów opieki dla inwalidów (9%). Takich postulatów obecnie nie zanotowano. Wszystko to świadczy o zmianach w postrzeganiu potrzeb osób niepełnosprawnych, jakie dokonały się w cią-

gu ostatnich lat i coraz powszechniejszej akceptacji rozwiązań nawiązujących do modelu integracyjnego. Jak pamiętamy, ta wzrastająca tendencja do integracji była widoczna także przy porównaniach opinii respondentów z roku 1978 i 1993 na temat preferowania rozwiązań integracyjnych i separacyjnych w różnych sferach życia (osiedle mieszkaniowe, praca, wolny czas).

Inne postulaty dotyczą problemów zatrudnienia, opieki medycznej, zaopatrzenia w sprzęt ortopedyczny i usprawniający, oraz problemów z zakresu opieki społecznej. Częstość ich wymieniania nie odbiega od częstotliwości pojawiania się ich 15 lat temu. Potrzeby inwalidów są postrzegane jako ważne i niezaspokojone, a konieczność udzielania im pomocy — jako sprawa nie budząca wątpliwości. Znajomość opinii społeczeństwa na temat rozmiaru i kierunków pomocy oferowanych przez państwo na rzecz niepełnosprawnych dostarcza niewątpliwie ważnych informacji dla polityki społecznej. Nie bez znaczenia jest tu fakt społecznej akceptacji inwestycji czy wdrażanych programów, z których większość wymaga przecież uruchamiania funduszy ze środków publicznych. Powstaje jednak problem, na ile wyrażone postulaty pomocy osobom niepełnosprawnym — niezależnie od ich realności ekonomicznej (co nie jest przedmiotem tego opracowania) — korespondują z autentycznymi potrzebami w tym względzie. Otóż, jeżeli dla porównania przeanalizujemy postulaty zgłaszane przez same osoby niepełnosprawne w odpowiedzi na analogiczne pytanie (badanie IFiS PAN), okazuje się, że ich hierarchia (według częstości zgłoszeń) jest wyraźnie odmienna od przedstawionej przez respondentów z populacji generalnej. Wprawdzie na pierwszym miejscu pojawiają się także postulaty poprawy sytuacji materialnej (wyrażane prawie dwukrotnie częściej — 54,8% do 32,1%), to jednak marginalnie tylko występują wszystkie silnie akcentowane w opiniach społeczeństwa postulaty znoszenia barier architektonicznych (4,6%), przystosowywania mieszkań (0,6%), zwiększenia dostępności sprzętu ortopedycznego i pomocy technicznych (3,5%). Nie znaczy to oczywiście, że problemy te nie są ważne dla osób niepełnosprawnych ruchowo, inwalidów fizycznych. Taką osobę jednak — jak pamiętamy — mają na myśli respondenci, mówiąc o niepełnej sprawności. Stąd i postulaty koncentrują się wokół osób o ograniczeniach mobilności. Orientacyjnie, co dziesiąty badany niepełnosprawny (9,5%) mówił o potrzebie otrzymywania bezpłatnych leków, jednak problem ten nie pojawił się w ogóle wśród postulatów zgłaszanych w populacji generalnej. Funkcjonujący „stereotypowy” obraz osoby niepełnosprawnej eliminuje więc potrzeby specyficzne dla osób z innymi rodzajami ograniczeń (choćby wskutek

chorób krążenia, chorób psychicznych, gruźlicy itd.). Ponownie więc warto w tym miejscu wskazać na potrzebę upowszechniania właściwej wiedzy na temat niepełnej sprawności — jej przyczyn, rodzajów i różnorodności ograniczeń, jakie ze sobą niesie.

Pomoc państwa dla inwalidów — to także kwestia ustawienia pewnych priorytetów w skali makrospołecznej, dotyczących w ogóle wspomagania potrzebujących, szczególnie w obecnej trudnej sytuacji gospodarczej. Interesowała nas kwestia, jakie inne grupy ludności są postrzegane jako „konkurenci” inwalidów do uzyskiwania świadczeń i opieki ze strony państwa. Problem ten wydawał się o tyle interesujący, że sytuacja osób niepełnosprawnych została w ostatnich latach w znaczny sposób nagłośniona przez mass media, co mogło stworzyć wrażenie, że inwalidzi i ich potrzeby znajdują się w centrum uwagi społecznej, być może — kosztem innych grup.

A oto odnośne pytanie kwestionariusza na ten temat:

„Słyszysz się czasem opinie, że obecnie robi się u nas w kraju dla inwalidów znacznie więcej niż dla innych grup ludności, które żyją w trudnych warunkach.

- Czy zgadza się Pan(i) z tą opinią?”
- 1) zdecydowanie tak
  - 2) raczej tak
  - 3) raczej nie
  - 4) zdecydowanie nie
  - 5) trudno powiedzieć

oraz:

„Jakie grupy ludności znajdujące się w trudnych warunkach ma Pan(i) na myśli?”

Zdecydowana większość badanych skłonna była podzielać opinię, że działania na rzecz osób niepełnosprawnych nie były konkurencyjne w stosunku do potrzeb innych grup. Konkurencyjność ową dostrzegało tylko 8% badanych, a 9,4% nie potrafiło zająć jednoznacznego stanowiska w tej sprawie. Wymieniane grupy ludności, które zasługiwałyby na relatywnie większą uwagę i ochronę ich interesów ze strony polityki społecznej, to przede wszystkim: bezrobotni, rodziny wielodzietne, bezdomni i pozostający bez środków do życia oraz ludzie starzy (także emeryci).

O ile więc pomoc, wspomaganie ludzi niepełnosprawnych jest sprawą niekwestionowaną i posiadającą dla większości badanych pewne priorytety — nie jest sprawą jasną, kto konkretnie w obecnych warunkach za ową pomoc winien być odpowiedzialny. Sposób formułowania postulatów sugerowałby myślenie w kategoriach odpowie-

działności państwa jako elementu określonej polityki społecznej. Jest jednak rzeczą oczywistą, że nie może się ona tylko do tego sprowadzać. Problematyce udzielania pomocy osobom niepełnosprawnym nadano więc też w omawianym badaniu wymiar bardziej zindywidualizowany, rozpatrując ją w kategoriach odpowiedzialności społeczności lokalnej, poszczególnych osób z najbliższego środowiska osoby niepełnosprawnej, wreszcie z perspektywy możliwości jej sprawowania przez samego respondenta. Postrzeganie odpowiedzialności za wspomaganie osób niepełnosprawnych przedstawiało się następująco:

Odpowiedzi na pytanie

„Kto przede wszystkim Pana(i) zdaniem powinien opiekować się, wspomagać ludzi niepełnosprawnych w ich codziennych sprawach?”

Rodzina	93,7%
Służba zdrowia	71,6%
Pracownik pomocy społecznej	62,0%
Organizacje religijne	19,3%
Przyjaciele, znajomi	17,4%
Inni inwalidzi (grupy samopomocy)	9,5%
Inni	1,9%
Trudno powiedzieć	0,3%

Uwaga: Badani mogli udzielić więcej niż jednej odpowiedzi (por. wykres 12 na s. 94).

Ponownie więc widać ogromną rolę rodziny i jej moralną powinność w sprawowaniu opieki nad osobami niepełnosprawnymi. Takie postrzeganie odpowiedzialności rodziny — jak pamiętamy — pojawiło się już wcześniej w prezentowanych wynikach badania. Następne co do liczebności — to instytucje, które tradycyjnie powinny sprawować tę opiekę w modelu państwa opiekuńczego, a więc pracownicy służby zdrowia i pomocy społecznej. Znacznie niżej, w sensie częstości wyborów, plasują się instytucje charakterystyczne dla modelu opieki społeczeństwa obywatelskiego — organizacje religijne, grupy nieformalne, grupy samopomocy.

Badanych zapytano także o ich dyspozycyjność do udzielania — gdy zajdzie potrzeba — takiej pomocy przez nich samych. Okazało się, że 8,2% badanych już obecnie uczestniczy w takiej pomocy — choć oczywiście trudno powiedzieć, w jakim wymiarze czasu się to dokonuje. Wiele osób ponadto deklaruje gotowość do jej udzielania.

Odpowiedzi na pytanie:

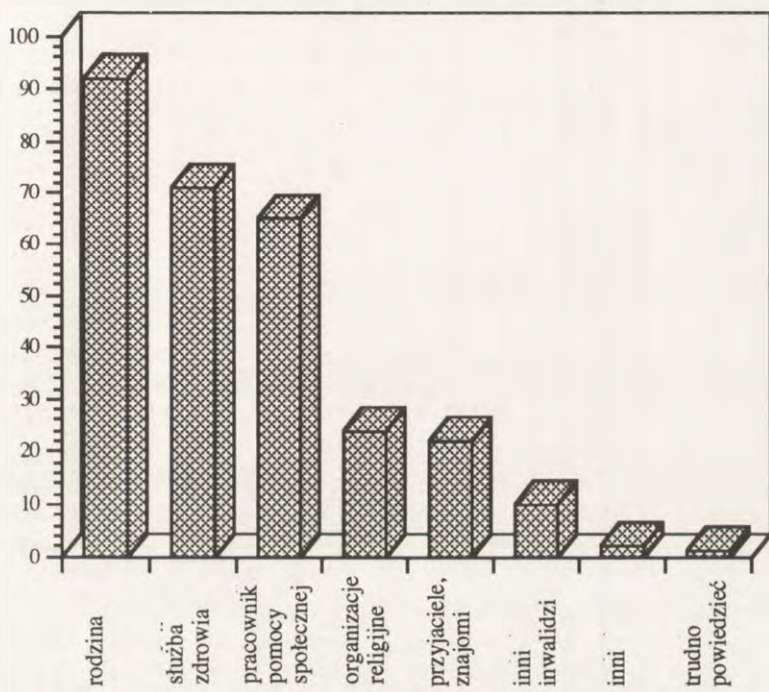
„Gdyby powstała wśród np. Pana(i) sąsiadów inicjatywa nieodpłatnego pomagania, wyręczania osoby ciężko chorej lub niepełnosprawnej w codziennych sprawach życiowych (zakupy, pomoc w domu,



drobne naprawy itp.), czy miałby Pan(i) czas i chęci na udział w takiej opiece?”

— tak	47,8%
(w tym: już udziela pomocy	8,2%)
— raczej tak	37,0%
— raczej nie	7,7%
— nie	4,2%
— trudno powiedzieć	3,3%

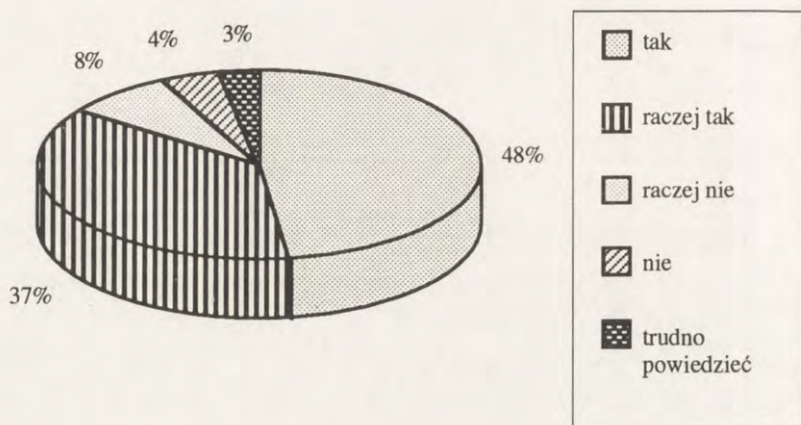
Wykres 12. Osoby odpowiedzialne za wspomaganie niepełnosprawnych



Oczywiście, deklaracje powyższe w wielu wypadkach należy traktować jako raczej ogólnie sformułowane dobre chęci, pewien potencjał, niż autentyczną gotowość do niesienia pomocy. Gdyby tak było, problem wspomagania osób niepełnosprawnych w ich miejscu zamieszkania praktycznie by nie istniał. Dane te świadczą jednak o tym, że przy odpowiedniej animacji, zastymulowaniu ruchu pomocy sąsiedzkiej —

ruchy wolontarystyczne na rzecz osób niepełnosprawnych miałyby szansę powodzenia. Zarówno pomoc aktualnie już sprawowana, jak i najczęstsze deklaracje respondentów na rzecz jej udzielania pojawiają się przede wszystkim w grupach wieku 40–60 lat (pomoc udzielana — 65,4%, gotowość — 47,2%). Nie ma natomiast zależności między oferowaniem i gotowością do pomocy a płcią badanych, choć można by oczekiwać tu tradycyjnie większego zaangażowania kobiet.

Wykres 13. Gotowość niesienia pomocy niepełnosprawnym w codziennych sprawach



W świetle poprzednio analizowanych danych na temat zróżnicowanej tendencji do dystansowania się od osób z różnymi rodzajami inwalidztwa i tu pojawia się problem — komu, którym inwalidom nasze społeczeństwo jest bardziej skłonne okazywać tę pomoc, a których raczej pomijać. Dystans społeczny i tu bowiem daje znać o sobie.

Rozpatrując ponownie jako przykład sześć wybranych rodzajów inwalidztwa reprezentujących różne rodzaje ograniczeń, przyjrzyjmy się, w jaki sposób wyznaczają one społeczną gotowość niesienia pomocy osobom nim dotkniętym. Tabela 25 ukazuje wyniki na ten temat.

Podobnie jak w przypadku dystansów społecznych rozpatrywanych w sferze przyjaźni, małżeństwa czy wspólnej z dzieckiem niepełnosprawnym nauki, tak i w przypadku decyzji o pomocy, sprawowaniu opieki — największy dystans pojawia się w stosunku do osób

upośledzonych umysłowo, a następnie chorych psychicznie. Analogicznie także, stosunkowo najmniej kłopotów nastęrcza udzielanie pomocy inwalidom z chorobami serca czy osobom zdeformowanym fizycznie, ale stosunkowo najmniej — ograniczonym funkcjonalnie. Siła odczuwanego dystansu do sprawowania opieki jest mniejsza niż w stosunku do ewentualnego małżeństwa z osobą obciążoną danym inwalidztwem, jednak większa niż ma to miejsce w przypadku kontaktów o charakterze stosunków przyjacielskich.

**Tabela 25.** Gotowość niesienia pomocy osobom z różnymi rodzajami inwalidztwa (w%)

Osoby dotknięte:	Nie miałbym nic przeciwko temu	Zgodziłbym się, choć nie byłoby to dla mnie łatwe	Nie zgodziłbym się, wolałbym tego uniknąć
paraliżem nóg	61,0	22,9	15,9
ślepotą	66,1	20,7	12,9
chorobą psychiczną niegroźną dla otoczenia	41,9	26,3	31,6
widocznym zniekształceniem ciała	73,4	16,8	9,6
inwalidztwem wskutek poważnej choroby serca	75,2	15,1	9,4
upośledzeniem, opóźnieniem umysłowym	34,1	26,7	39,0

Oczywiście gotowość do niesienia pomocy osobom z różnymi rodzajami niepełnej sprawności pozostaje w wyraźnym związku z gotowością do wchodzenia w relacje osobiste z nimi. Rozmiar dystansu społecznego przejawiającego się w stosunku do osób o określonym kalectwie jest pozytywnie skorelowany z chęcią uniknięcia opieki nad tymi osobami, niezależnie od złożonej ogólnej deklaracji o gotowości udzielania pomocy osobom niepełnosprawnym w ogóle. Wartości odpowiednich współczynników korelacji wynoszą dla: paraliżu  $r = 0.34^{**}$ , ślepoty  $r = 0.40^{**}$ , choroby psychicznej  $r = 0.53^{**}$ , zniekształcenia ciała  $r = 0.46^{**}$ , choroby serca  $r = 0.41^{**}$  i upośledzenia umysłowego  $r = 0.54^{**}$ . O ile jednak — jak pamiętamy — wartości indeksu wspomnianego dystansu społecznego były skorelowane

z pewnymi cechami demograficzno-społecznymi respondentów (wiek, wykształcenie itd.), ich związek z gotowością do niesienia pomocy nie jest widoczny. Nie występuje także zależność między dyspozycjami do niesienia pomocy a stosunkiem do religii, choć można by oczekiwać wśród osób wierzących stosunkowo większej powszechności „samarytańskich” postaw.

Interesowała nas także rola posiadanych doświadczeń osobistych z ludźmi obciążonymi konkretnym inwalidztwem, co do których badani składali swoje deklaracje o ewentualnej pomocy lub dystansowali się od niej. Tabela 26 przedstawia porównanie skali dystansu w stosunku do pomocy wśród osób posiadających i nie posiadających takie doświadczenia.

**Tabela 26. Dystans w stosunku do niesienia pomocy różnego rodzaju inwalidom a osobiste kontakty z nimi**

Rodzaje inwalidztwa	Wartość średniej dystansu wśród posiadających kontakty	Wartość średniej dystansu wśród nieposiadających kontaktów	Współczynniki istotności różnic t-Studenta
Paraliż nóg	0.41 N=420	0.61 N=841	4.49 p < 0,001
Ślepota	0.27 N=281	0.52 N=980	5.28 p < 0,001
Chorobapsychoiczna	0.71 N=303	0.95 N=958	4.34 p < 0,001
Zniekształcenia, oszpecenie ciała	0.22 N=379	0.42 N=882	5.00 p < 0,001
Poważna choroba serca	0.26 N=344	0.38 N=917	2.57 p < 0,001
Upośledzenie umysłowe	0.74 N=338	0.77 N=923	0.20 nieistotny

Uwaga: Współczynnik istotności różnic t-Studenta obliczono dla poziomu dystansu według trzystopniowej skali (por. tabela 25).

Jak więc widać, we wszystkich analizowanych kategoriach — poza upośledzeniem umysłowym — różnice są istotne statystycznie. A zatem doświadczenia osobiste w kontaktach z osobami o wszystkich pozostałych rodzajach inwalidztwach sprzyjają gotowości do udzielania na ich rzecz pomocy. Odminną sytuację osób upośledzonych umysłowo należy wiązać z silną stygmatyzacją tego inwalidz-

twa, a zarazem uciążliwością opieki (choć występuje ona w zasadzie tylko wśród osób o znacznym stopniu upośledzenia). Wyniki te pokazują dobitnie, że ludzie upośledzeni umysłowo — w sensie akceptacji społecznej — znajdują się w znacznie bardziej niekorzystnej sytuacji niż inni inwalidzi.

Porównując odpowiedzi na poszczególne pytania dotyczące odczuwanych dystansów, warto jeszcze odnotować fakt, że pytanie o gotowość niesienia pomocy — ze względu na kontekst sąsiednich pytań kwestionariusza — miało stosunkowo najmniej abstrakcyjny, wyobraźniowy charakter. Można więc uznać, że opinie respondentów pokrywają się tu stosunkowo dobrze z ich autentyczną dyspozycją do zachowań. Ponownie mieszczą się tu ważne informacje dla polityki społecznej, organizacji służb środowiskowych w społecznościach lokalnych. Pokazują one bowiem, w jakich sytuacjach można bardziej liczyć na spontaniczne, lokalne inicjatywy, a gdzie wymagają one szczególnego wspomagania. Oczywiście, udzielanie pomocy, wspieranie osób niepełnosprawnych nie musi się odbywać wyłącznie na zasadach bezpośredniego działania i bezpośrednich interakcji z inwalidą. Mogą temu służyć także działania wspierające wszelkiego rodzaju fundacji, stowarzyszeń czy innych organizacji samych niepełnosprawnych lub osób działających na ich rzecz. Rola organizacji tego typu jest szczególnie ważna w społeczeństwie obywatelskim i w inicjatywach tego rodzaju pokłada się obecnie także i u nas ogromne nadzieje. Nie istnieją liczby, które pozwoliłyby oszacować powszechność partycypacji w takich działaniach. W omawianym badaniu zapytano respondentów o ich ewentualną współpracę czy wsparcie udzielane organizacjom działającym na rzecz osób niepełnosprawnych. Okazało się, że uczestnictwo badanych jest tu bardzo niskie; 87,7% spośród nich nie miało nigdy żadnego kontaktu z tymi organizacjami. W przypadku pozostałych osób — w 2,1% przypadków była to stała przynależność lub działalność na rzecz którejś z nich, w 6,7% przypadków przybierały one formę wsparcia finansowego, także wszelkiego rodzaju datków zbieranych przez Kościół; 2% badanych brało udział w różnych akcjach lub imprezach charytatywnych.

## WSPÓŁWYSTĘPOWANIE POSZCZEGÓLNYCH POSTAW

W dotychczasowych rozważaniach zajmowaliśmy się głównie występowaniem poszczególnych postaw w stosunku do inwalidów i zjawiska niepełnej sprawności oraz cechami demograficzno-społecznymi respondentów, które miały związek z częstotliwością ich występowania.

Obecnie przyjrzyjmy się, w jakich wzajemnych układach występują te postawy. Czy można mówić o pewnych syndromach postaw, czy też są one od siebie niezależne?

Jak pamiętamy z poprzednich rozważań, na większość postaw, odczuć i opinii badanych silny wpływ miało wykształcenie. Wydaje się więc, że będzie można wyróżnić jakieś układy tych postaw, które będą się zmieniać wraz z wykształceniem. W rozdziale tym rozważymy wzajemne relacje przede wszystkim tych spośród omówionych poprzednio postaw i opinii, które dotyczyły ważnych aspektów postrzegania społecznego osób niepełnosprawnych i które różnicowały badaną populację. Będą to:

- 1) wyniki indeksu integracja–separacja (integracyjność)
- 2) popieranie zatrudnienia inwalidów w sytuacji bezrobocia
- 3) przekonanie o słuszności stosowania równych bądź zróżnicowanych wymagań w stosunku do inwalidów
- 4) cechy stereotypu inwalidy (wymiar I i II)
- 5) postrzeganie inwalidy jako ciężaru
- 6) wiara w irracjonalne elementy w genezie inwalidztwa
- 7) syntetyczny wskaźnik dystansu społecznego (w stosunku do sześciu rodzajów inwalidztwa)
- 8) syntetyczny wskaźnik dystansu do niesienia pomocy różnym rodzajom inwalidów.

Analiza wzajemnych współzależności wyżej wymienionych zmiennych pozwala na wyodrębnienie dwóch zasadniczych syndromów postaw, z których jeden — z punktu widzenia integracji społecznej niepełnosprawnych — można określić jako pozytywny, drugi — negatywny. Przyjrzyjmy się na wstępie tabeli 27 przedstawiającej macierz współczynników korelacji poszczególnych postaw. Dołączono do niej zmienną wykształcenie, która zgodnie z naszymi oczekiwaniami w istotny sposób różnicuje występowanie obu syndromów.

**Tabela 27. Macierz korelacji ( $r$  Pearsona) poszczególnych postaw w stosunku do inwalidów**  
(pominięto statystycznie nieistotne współczynniki)

N=1264

	Integracyjność (1)	Popieranie zatrudnienia w stosunku do inwalidów (2)	Stosowanie równych wymogów (3)	Wymiar „izolacji społ.” stereotypu (4)	Wymiar słabości psychicznej stereotypu (5)	Postrzeżenie inwalidów jako ciężaru (6)	Iracjonalność w genezie inwalidztwa (7)	Dystans społeczny (8)	Dystans w niesieniu pomocy (9)	Wysztaczenie (10)
(1)	1.00	.17	.26	.08	-.17	-.11	-.15	-.23	-.15	.28
(2)		1.00	-	-	-.12	-.07	-.10	-.15	-.12	.19
(3)			1.00	.11	-.18	-.07	-.12	-.12	-	.30
(4)				1.00	-	-	-	-	-	.19
(5)					1.00	.09	.08	-	-	-.12
(6)						1.00	.17	.16	.09	-.15
(7)							1.00	.09	.08	-.19
(8)								1.00	.50	-.08
(9)									1.00	-
(10)										1.00

(Syndrom pozytywny)

(Syndrom negatywny)

Jak więc widać z przedstawionej tabeli, integracyjne postawy badanych (w odniesieniu do sfery pracy zawodowej, czasu wolnego, wspólnego zamieszkiwania i wspólnej nauki w szkole z niepełnosprawnymi) współwystępują z tendencją do popierania polityki państwa ułatwiającej zatrudnienie inwalidów także w sytuacji bezrobocia, a także przekonaniem, że w pracy powinno się im stawiać takie same wymagania jak innym, zatrudnionym na analogicznym stanowisku — a więc traktować jednakowo. Im bardziej więc ktoś jest przekonany o przewadze rozwiązań integracyjnych nad separacyjnymi, tym bardziej widzi też osobę niepełnosprawną jako funkcjonującą w społeczeństwie na równi z innymi. Osoby o takim integracyjnym nastawieniu częściej skłonne są postrzegać inwalidów poprzez ich relacje społeczne (izolację społeczną) niż cechy osobowe.

Przyjęcie postawy integracyjnej i egalitarnej (syndrom pozytywny) w stosunku do inwalidów oznacza także wzrastającą tendencję do odrzucenia wszelkich cech syndromu postaw negatywnych, na który z kolei składają się takie cechy, jak postrzeganie inwalidów jako ciężaru dla swoich bliskich, tendencja do postrzegania kalectwa jako nieszczęścia wiążącego się z karą za grzechy czy złym charakterem, przypisywanie im samych słabości charakteru, wreszcie rosnący dystans społeczny — mierzony zarówno gotowością do wchodzenia z inwalidami w rozmaite relacje osobiste, jak i dystansem odczuwanym w sytuacji zaoferowania potrzebnej pomocy. Ten syndrom postaw można więc określić jako izolacyjny, a także marginalizujący, pozbawiający inwalidów równości szans na udział w życiu społecznym. Oba opisane tu syndromy ukazują tendencje do współwystępowania określonych postaw i stanowisk, zarysowując pewne opozycyjne w stosunku do siebie sposoby myślenia i reagowania na niepełną sprawność. Istnienie tych tendencji nie oznacza oczywiście, że możemy wyraźnie podzielić nasze społeczeństwo na dwie grupy charakteryzowane przez oba opisane syndromy, które rzadko też występują w czystej postaci. W praktyce wiele osób przyjmuje postawy niejednolite, będące kompromisem między postawą np. konsekwentnie integracyjną i separacyjną — w zależności od sytuacji, których dotyczą, czy różnych doświadczeń respondentów. Szczegółowa analiza postaw i opinii badanych w stosunku do osób niepełnosprawnych dokonana w poprzednich rozdziałach tej pracy, a także dane porównawcze z badania przeprowadzonego przed 15 laty świadczą, że postawy wchodzące w skład syndromu negatywnego są udziałem mniejszości badanych, a ich występowanie ma tendencję malejącą w czasie. Na uwagę zasłu-



guje ogromna rola wykształcenia w formowaniu się omawianych postaw. Wraz ze wzrostem wykształcenia wzrasta tolerancja społeczna, rozumienie potrzeb ludzi niepełnosprawnych i otwartość na te potrzeby. Jak pamiętamy, wraz z wykształceniem wzrasta też po prostu znajomość problemów życiowych, a więc także ważny element właściwego kształtowania się postaw w stosunku do nich.

## PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Zaprezentowane wyniki badania dostarczyły szeregu informacji na temat stosunku społeczeństwa polskiego do zjawiska niepełnej sprawności i osób niepełnosprawnych. Dotyczyły one zarówno modelowych rozwiązań problemów życiowych osób niepełnosprawnych jak i kwestii codziennych, związanych z konkretnymi sytuacjami z różnych sfer życia społecznego. Zademonstrowane postawy traktowaliśmy jako wskaźnik „otwartości” naszego społeczeństwa dla osób niepełnosprawnych i miejsca przyznawanego im w naszym kraju. Staraliśmy się odpowiedzieć na pytanie: czy jest ono takie samo jak miejsce, jakie zajmują osoby sprawne o podobnych cechach demograficznych i podobnym statusie społecznym? Jeżeli jest ono inne, to w jakich sferach życia się to przede wszystkim przejawia? Jakie są przyczyny odmiennego postrzegania osób niepełnosprawnych, separowania się od nich?

Odpowiedzi na wszystkie te pytania są istotne dla polityki społecznej, pozwalają bowiem określić bariery świadomościowe utrudniające integrację społeczną inwalidów, a także zarysować kierunki niezbędnych działań (przede wszystkim w zakresie edukacji społecznej), które przyczyniłyby się do kształtowania prointegracyjnych postaw. Problemy te wydają się być szczególnie doniosłe teraz, gdy w ramach zachodzących w naszym kraju przekształceń ustrojowych i postępujących procesów demokratyzacji, osoby niepełnosprawne mają szansę osiągnięcia upodmiotowionej tożsamości społecznej, aktywnego współtworzenia właściwego statusu społecznego i własnej działalności na rzecz znoszenia barier oddzielających je od społeczeństwa. Robią to coraz powszechniej pojawiające się grupy samopomocowe osób niepełnosprawnych, fundacje, stowarzyszenia. Właściwa diagnoza barier społecznych, które należy tu pokonać, jest także istotna dla nich.

W ciągu ostatnich lat problematyka ludzi niepełnosprawnych w społeczeństwie zyskała znaczne nagłośnienie; o ich sprawach można usłyszeć coraz częściej w radiu i telewizji lub przeczytać w gazetach. Przyczynia się to niewątpliwie do znacznie większej widzialności społecznej tej grupy osób. Jednak media (poza prasą inwalidzką) dość

często poprzestają na informacjach powierzchownych, uproszczonych bądź wyselekcjonowanych — dotyczących specyficznych problemów lub tylko wybranej grupy osób niepełnosprawnych — przyczyniając się tym samym do tworzenia nieadekwatnego obrazu populacji ludzi niepełnosprawnych i ich potrzeb. Wiele miejsca na przykład poświęcano ostatnio w mediach problemom zatrudnienia osób niepełnosprawnych i barier architektonicznych, nieodmiennie pokazując przy tym osobę na wózku inwalidzkim lub poruszającą się o kulach. Problemy te, niewątpliwie ważne i wymagające rozwiązań w skali kraju, tak przedstawiane — dotyczyły jednak tylko tych osób, które są zdolne pracować i których inwalidztwo polega na uszkodzeniu narządu ruchu. Poza sferą zainteresowania społecznego pozostawia się więc tym samym ogromną liczbę osób niepełnosprawnych z innych powodów lub posiadających bardzo poważne ograniczenia.

Problemy życiowe osób niepełnosprawnych przeciętnemu obywatelowi naszego kraju kojarzą się prawie wyłącznie z trudną sytuacją materialną (niskie renty, brak pracy) i barierami architektonicznymi. Ważną sprawą wydaje się więc być wypracowanie odpowiedniej polityki informacyjnej w mediach, rozszerzającej ten obraz. Rola mass mediów w kształtowaniu właściwych postaw społecznych jest na pewno czynnikiem, który nie może być nie doceniany. Istotną rolę w kształtowaniu właściwych postaw może odegrać także Kościół — zarówno poprzez propagowanie wynikającej z idei chrześcijaństwa zasady miłości bliźniego, a więc pomocy drugiemu człowiekowi, jak i poprzez korygowanie ciągle jeszcze pokutujących w świadomości społecznej (szczególnie na wsi) poglądów upatrujących w kalectwie karę za grzechy.

Obok edukacji społecznej poprzez właściwą informację konieczne wydaje się tworzenie płaszczyzn integracji, a więc struktur, które umożliwiłyby wszelkiego rodzaju kontakty osób niepełnosprawnych z resztą społeczeństwa. Jak wykazały badania, rola kontaktów osobistych, własnych doświadczeń interakcji społecznych z osobami niepełnosprawnymi jest bardzo istotnym czynnikiem dla kształtowania się otwartych postaw w stosunku do nich. Jednak znaczna część naszego społeczeństwa twierdzi, że nie zna osoby niepełnosprawnej nawet z widzenia.

Brak kontaktów, osobistych doświadczeń z osobami niepełnosprawnymi sprawia, że wiedza o nich kształtowana jest poprzez stereotypy i obiegi, uproszczone informacje. Niepełna sprawność jest więc przede wszystkim postrzegana jako dysfunkcja narządu ruchu lub

uszkodzenie wzroku. Cechy przypisywane inwalidom charakteryzują ich w większości jako ludzi słabych, samotnych, wycofujących się, niepewnych siebie, niezadowolonych z życia. Postrzeganie inwalidów dokonuje się poprzez przypisywanie im pewnych indywidualnych atrybutów i cech psychicznych lub poprzez elementy ich funkcjonowania społecznego. Oba sposoby widzenia — jak się wydaje — nie pozostają bez wpływu na ocenę całokształtu sytuacji życiowej niepełnosprawnych. W pierwszym więc przypadku problemy, niepowodzenia życiowe, marginalizacja społeczna osób niepełnosprawnych może być — oprócz ograniczeń wynikłych z samego inwalidztwa — funkcją czynników indywidualnych, cech osobowościowych, a więc „czegoś co tkwi” w samych osobach niepełnosprawnych. W drugim przypadku wiążą się one z brakiem właściwych relacji społecznych, zaufania, wsparcia innych osób. Za istnienie tych problemów współodpowiedzialne są więc także inne osoby, potencjalni partnerzy nie istniejącej interakcji. Pierwszy sposób widzenia jest bardziej typowy dla ludzi mniej wykształconych i starszych, drugi — dla stosunkowo wyżej wykształconych i młodszych.

W sumie sposób widzenia ludzi niepełnosprawnych kojarzy się wyłącznie z niepowodzeniem życiowym niż jakimkolwiek sukcesem. Są to osoby, które zasługują raczej na współczucie i wymagają pomocy, niż mogą być traktowane jako partnerzy, posiadający wprawdzie pewne ograniczenia, ale przecież także możliwości. Takie postrzeganie niepełnosprawnych ma oczywiście konsekwencje praktyczne, niejednokrotnie z góry pozbawiając szans osobę niepełnosprawną. Ważne więc jest kształtowanie w opinii społecznej nowego wizerunku inwalidy, wizerunku, który mógłby przyczynić się do przełamania istniejącego stereotypu, który zawierałby elementy odnoszonych przez wielu sukcesów, osiągnięć, ich twórczych możliwości, a także wartościowych i pełnych relacji społecznych. Służą temu niewątpliwie różne akcje o szerokim zasięgu społecznym (np. olimpiady specjalne), jednak ważne jest także propagowanie sukcesów ludzi niepełnosprawnych na polu zawodowym, ekonomicznym, w życiu rodzinnym i w codziennych sytuacjach życiowych.

Dla kształtowania właściwego wizerunku osób niepełnosprawnych nie można przecenić roli mass mediów, a w szczególności telewizji. Jeżeli jednak osoby niepełnosprawne pojawiają się w naszej telewizji, ma to miejsca niemal wyłącznie w programach poświęconych problematyce niepełnej sprawności, na ogół prezentujących ich trudności życiowe. Jako telewidzowie nie mamy praktycznie okazji zobaczyć

osób niepełnosprawnych w trakcie pełnienia ich normalnych ról życiowych, pomiędzy innymi ludźmi, wypowiadających się na tematy kultury czy polityki, biorących udział np. w programach publicystycznych czy teleturniejach, a więc w trakcie aktywności nie związanej z ich niepełnosprawnością. A takie właśnie sytuacje sprzyjałyby normalizacji obrazu osób niepełnosprawnych w społeczeństwie.

Większość badanych nie ma wątpliwości co do tego, że rozwiązywanie różnych problemów życiowych osób niepełnosprawnych powinno być realizowane w taki sposób, aby zapewniało ich integrację, udział w życiu społecznym. Akceptacja modelu integracyjnego nie jest jednak równa w różnych sferach życia. Stosunkowo masowa jest aprobata modelu integracyjnego w stosunku do wspólnego zamieszkiwania w jednej społeczności czy spędzania wolnego czasu, stosunkowo mniej osób widzi zasadność rozwiązań integracyjnych w stosunku do sfery pracy, a jeszcze mniej wypowiada się za zintegrowanym szkolnictwem dla niepełnosprawnych dzieci. Tylko niewielki odsetek osób, wybierając rozwiązania separacyjne, powodował się chęcią dystansowania od osób niepełnosprawnych; na ogół uważały one, że są to rozwiązania lepsze dla osób niepełnosprawnych i preferowane przez nie. Nie można jednak wykluczyć, że pod ową deklarowaną troską o interesy niepełnosprawnych w niektórych wypadkach kryło się może odczuwane, nie zwerbalizowane poczucie dystansu. Dodać tutaj warto, że jak wykazują badania prowadzone wśród samych osób niepełnosprawnych, przekonania takie nie znajdują potwierdzenia; ludzie niepełnosprawni rzadko kiedy preferują towarzystwo innych niepełnosprawnych. Niejednokrotnie jednak obawiają się oni funkcjonowania opartego na założeniach integracyjnych i opowiadają się za modelem separacyjnym — jako, być może, mniej atrakcyjnym, ale bezpieczniejszym. Mamy więc do czynienia z sytuacją, w której dostarczenie odpowiedniej wiedzy miałyby szansę skorygować postawy społeczne. Im wyższe było wykształcenie badanych, tym częściej pojawiały się deklaracje na rzecz słuszności rozwiązań integracyjnych we wszystkich analizowanych wymiarach.

Wybory rozwiązań separacyjnych motywowane były także niewłaściwym stosunkiem społeczeństwa do inwalidów i chęcią chronienia ich przed wynikłymi z tego powodu przykrościami. Ponad połowa badanych oceniła ten stosunek jako niewłaściwy, charakteryzujący się w najlepszym razie brakiem zrozumienia i gotowości do niesienia pomocy, ale także negatywnymi emocjami i wrogimi zachowaniami.

Sferą potencjalnie konfliktotwórczą stają się problemy pracy i zatrudnienia osób niepełnosprawnych, szczególnie tych, którzy pobierają renty inwalidzkie. Generalne odczucie, że inwalidzi powinni pracować zawodowo — przede wszystkim ze względu na integracyjne i rehabilitacyjne walory pracy — ulega osłabieniu w sytuacji, gdy inwalida staje się konkurentem na rynku pracy. Akceptacja zatrudnienia inwalidów zmniejsza się wraz z wykształceniem i pogarszającymi się ocenami sytuacji materialnej. Zależność ta pokazuje więc obszary pojawiającego się poczucia zagrożenia i jest szczególnie ważna w kontekście działania ustawy z 9 maja 1991, zachęcającej pracodawców do zatrudniania osób niepełnosprawnych.

Poczucie „konkurencyjności” inwalidów nie jest niwelowane przez dość wyraźne przeświadczenie, że szanse niepełnosprawnych na osiągnięcie atrakcyjnych pozycji zawodowych czy awansu są mniejsze, niż ma to miejsce w przypadku pełnosprawnych pracowników. Świadomość pewnej dyskryminacji osób niepełnosprawnych w tym względzie jest szczególnie wyraźna wśród osób wyżej wykształconych. Realizacja postulatu integracyjnego zatrudnienia osób niepełnosprawnych powinna więc uwzględniać nie tylko sam fakt uzyskania przez inwalidę pracy, ale także stworzenie warunków, w których miałby on szansę na rozwój i karierę zawodową.

Znacznie trudniejszą sferą integracji społecznej jest sfera życia osobistego i rodzinnego osób niepełnosprawnych, w mniejszym bowiem stopniu poddaje się ona regulacjom prawnym czy jakimkolwiek interwencjom. A jest to sfera, w której ograniczenia inwalidów są postrzegane w sposób bardzo wyraźny. Większość badanych oceniła szanse inwalidów na udane życie małżeńskie, życie rodzinne — jako znacznie mniejsze niż innych ludzi w tym samym wieku. W małżeństwie i w rodzinie postrzega się osobę niepełnosprawną przede wszystkim jako „biorcę” rozmaitych świadczeń niż „partnera”. Nie pojawia się tu motyw jakichkolwiek pozytywów, jakie może odnosić z małżeństwa z osobą niepełnosprawną druga osoba. Spojrzenie na funkcjonowanie osób niepełnosprawnych w małżeństwie i w rodzinie jest więc zdecydowanie jednostronne i traktujące je prawie wyłącznie jako osoby słabe, uzależnione od innych, wymagające stale pomocy, a niewiele dające w zamian.

Znaczna część badanych wyraziła przekonanie, że osoby niepełnosprawne stanowią ciężar dla swoich rodzin. Pozostaje to w związku z cechami omówionego wcześniej stereotypu inwalidy i nie pokrywa się ze sposobem widzenia tej sprawy przez samych niepełnosprawnych.

Ponownie więc warto tu wspomnieć o konieczności tworzenia nowego wizerunku osoby niepełnosprawnej, prezentującego nie tylko jej ograniczenia, ale także możliwości.

Postrzeganie inwalidów jako ciężaru dla ich rodzin współwystępuje z przekonaniem, że to właśnie rodzina jest przede wszystkim odpowiedzialna za pomoc i opiekę nad osobą niepełnosprawną. Moralnym obowiązkiem rodziny jest więc ponoszenie „ciężaru” niepełnej sprawności. Poczucie to szczególnie silnie występuje wśród osób relatywnie niżej wykształconych, zamieszkałych na wsiach i w małych miastach, a więc takich, które — jak można przypuszczać — orientują się na bardziej tradycyjny model rodziny o rozbudowanych funkcjach opiekuńczych. Opieka nad niepełnosprawnym jako moralny obowiązek daje także znać o sobie w postaci wyraźnego potępienia i obarczenia winą zdrowych współmałżonków za rozpad małżeństwa z osobą niepełnosprawną. Osoby takie postrzega się jako egoistyczne i nieodpowiedzialne.

To silne przekonanie, że najwłaściwszym miejscem dla inwalidów — nawet o bardzo ciężkim kalectwie — jest dom rodzinny, jest niewątpliwie dobrym gruntem dla deinstytucjonalizacji — otwierania zakładów zamkniętych i rozwijania opieki środowiskowej. Wymaga to jednak wypracowania i wdrożenia w życie programów wspierających rodziny sprawujące opiekę domową nad osobami niepełnosprawnymi.

Niezależnie od postaw naszego społeczeństwa w stosunku do osób niepełnosprawnych — traktowanych jako pewna kategoria zbiorcza — w badaniu wprowadzono rozróżnienie poszczególnych rodzajów inwalidztwa, w zależności od tego, jakiego rodzaju funkcje upośledzają one i jakie w związku z tym niosą ograniczenia. Wyniki badań wskazują, że społeczne oceny ciężkości poszczególnych kalectw różnią się znacznie między sobą, a także zróżnicowany jest dystans (rozumiany tu jako gotowość do wchodzenia w relacje społeczne o różnym stopniu bliskości) w stosunku do różnego rodzaju inwalidów. Jednak kalectwa, które w świadomości społecznej uchodzą za najcięższe, nie są tożsame z tymi, które powodują największy dystans. Za najpoważniejsze, najcięższe kalectwo zdecydowana większość badanych uznała utratę wzroku; największy dystans natomiast budzą upośledzeni umysłowo i chorzy psychicznie. Charakterystyczne jednak jest, że znaczna część badanych deklarujących owe dystanse nie zetknęła się nigdy osobiście z inwalidami tego rodzaju. Być może, na przeszkodzie temu stanął właśnie ów odczuwany dystans, jednak z kolei próba kontaktów mogła-

by się okazać skutecznym środkiem na jego zmniejszenie. Mamy tu więc do czynienia z sytuacją błędnego koła.

Obserwowane dystanse do poszczególnych rodzajów inwalidztwa maleją wraz ze wzrostem wykształcenia, a także z bliskością kontaktów z osobami niepełnosprawnymi w ogóle, niezależnie od rodzaju niepełnej sprawności. O ile związek zmniejszającego się dystansu wraz ze wzrostem wykształcenia można tłumaczyć ogólniejszą tendencją do wzrostu tolerancji i „otwartości” wśród osób bardziej wykształconych, rolę wpływu posiadanych kontaktów naświetlają wypowiedzi badanych na temat przyczyn unikania inwalidów. Jak się okazuje, w wielu wypadkach wynika to z nieumiejętności reagowania na kalectwo, nieumiejętności zachowania się w obecności osoby niepełnosprawnej, a zatem elementów, które mogą być wyuczone w doświadczeniu społecznym.

Problematyka dystansów odczuwanych w stosunku do osób z różnymi rodzajami inwalidztwa posiada ważny komponent praktyczny; pokazuje mianowicie te spośród nich, które w świadomości społecznej najtrudniej zaakceptować w codziennych kontaktach, a zatem także nieść pomoc, wspomagać w życiu codziennym czy — ogólniej — realizować model integracyjny. Pokazują one więc te sfery działania, w których polityka edukacyjna nastawiona na kształtowanie odpowiednich postaw jest szczególnie niezbędna, a także te, które przynajmniej obecnie wymagają większego wsparcia ze strony służb profesjonalnych, bo uruchomienie lokalnych inicjatyw społecznych może tu nastęrczać trudności. Problem ten wyraźnie wystąpił przy deklaracjach respondentów do gotowości niesienia osobistej pomocy różnego rodzaju inwalidom; podobnie jak w przypadku odczuwanych dystansów i tu najwięcej oporów i trudności sprawiałoby pomaganie osobom upośledzonym umysłowo i chorym psychicznie.

Ogólnie, badani są przekonani, że za wspomaganie i opiekę nad ludźmi niepełnosprawnymi przede wszystkim odpowiedzialne są ich rodziny, a następnie służby profesjonalne — przedstawiciele służby zdrowia i pomocy społecznej. W świadomości społecznej zatem jest to model opieki charakterystyczny dla państwa opiekuńczego. Stosunkowo niewielką rolę przypisuje się tu ciągle instytucjom charakterystycznym dla społeczeństwa obywatelskiego — grupom samopomocowym, wszelkiego rodzaju stowarzyszeniom, organizacjom religijnym i ruchom wolontarystycznym. Aktualną pomoc państwa dla osób niepełnosprawnych przeważająca część respondentów oceniła jako niewystarczającą.



Przeprowadzone badanie pozwala także spojrzeć na postawy społeczeństwa polskiego w stosunku do niepełnej sprawności w aspekcie dynamicznym. Część pytań kwestionariusza była powtórzeniem pytań zadanych respondentom ogólnopolskiej próby reprezentacyjnej w badaniu realizowanym przez tę samą autorkę w roku 1978. Analiza danych uzyskanych w obu badaniach pozwala stwierdzić, że w okresie ostatnich 15 lat omawiane postawy zmieniły się wyraźnie w kierunku większej tolerancji, otwartości społeczeństwa na problemy inwalidów, lepszej znajomości ich sytuacji życiowej, większej akceptacji integracyjnego modelu stosunków społecznych.

Z perspektywy makrosocjalnej zmiany te wiązać należy z wzrastającą widzialnością społeczną osób niepełnosprawnych, częstszą (choć jednostronną) obecnością ich problemów w mass mediach, zwiększającą się liczbą niepełnosprawnych w społeczeństwie, a także zmianą sytuacji społecznej wielu inwalidów związaną z zachodzącymi w naszym kraju przemianami ustrojowymi. Paradoksalnie niejako, do uwrażliwienia opinii społecznej na problemy ludzi niepełnosprawnych przyczyniła się likwidacja wielu spółdzielni inwalidzkich, choć problemy zatrudnienia inwalidów stały się jednocześnie powodem kontrowersji.

Wszystkie przemiany postaw społecznych w stosunku do osób niepełnosprawnych wskazujące na zwiększającą się ich akceptację należy oczywiście ocenić pozytywnie, z drugiej strony jednak trzeba pamiętać, że ciągle jeszcze funkcjonują w świadomości społecznej niekorzystne stereotypy i przesady związane z kalectwem, które — intencjonalnie lub nie — stają się źródłem barier społecznych, że wiele osób nie posiada kontaktów, a nawet nie zna żadnej osoby niepełnosprawnej, co pośrednio świadczy o otaczającej je izolacji społecznej, wreszcie, że wiedza na temat problemów ich życia i potrzeb jest ciągle jeszcze jednostronna i powierzchowna. Wszystko to wyznacza określoną strukturę szans inwalidów na życie w społeczeństwie w ramach jednego zintegrowanego modelu społecznego. Poza medyczną czy biologiczną charakterystyką możliwości i niemożności każdego inwalidy kryje się bowiem społeczna percepcja owych możliwości, która w sposób tak samo istotny wyznacza inwalidzie jego miejsce w społeczeństwie.

## SPIS TABEL I WYKRESÓW

Tabela 1. Kontakty z niepełnosprawnymi (w %)	17
Tabela 2. Bliskość kontaktów a cechy demograficzno-społeczne badanych (współczynniki korelacji r Pearsona)	19
Tabela 3. Częstość wyborów rozwiązań integracyjnych i separacyjnych dotyczących różnych sfer życia osób niepełnosprawnych (w %)	25
Tabela 4. Tendencje do preferowania rozwiązań integracyjnych (według indeksu) a cechy społeczne i demograficzne respondentów (współczynniki korelacji r Pearsona)	30
Tabela 5. Postrzeganie stosunku społeczeństwa do inwalidów a cechy demograficzne i społeczne badanych (współczynniki korelacji r Pearsona)	36
Tabela 6. Jacy są w większości inwalidzi? (w %)	41
Tabela 7. Macierz korelacji r Pearsona cech potencjalnego stereotypu inwalidy (pominięto nieistotne statystycznie współczynniki)	43
Tabela 8. Wymiary wewnętrzne stereotypu. Wyniki analizy czynnikowej	44
Tabela 9. Parametry postrzeganego stereotypu a cechy demograficzno-społeczne respondentów (współczynniki korelacji r Pearsona)	45
Tabela 10. Akceptacja zatrudnienia i związanych z tym przywilejów dla inwalidów a wykształcenie i ocena sytuacji materialnej respondentów (współczynniki korelacji r Pearsona)	50
Tabela 11. Ocena szans inwalidy (urzędnika) na awans w pracy (w %)	56
Tabela 12. Ocena szans inwalidów na zawarcie małżeństwa i założenie rodziny (w %)	58
Tabela 13. Wybór miejsca opieki dla osoby poważnie niepełnosprawnej a wykształcenie (w %)	64
Tabela 14. Postrzeganie winnego za rozpad małżeństwa z osobą niepełnosprawną a wykształcenie (w %)	68
Tabela 15. Przesady związane z genezą kalectwa (w %)	69
Tabela 16. Przekonania o elementach irracjonalnych w genezie kalectwa a cechy demograficzno-społeczne badanych (współczynniki korelacji r Pearsona)	70
Tabela 17. Uzasadnienie wyboru określonego rodzaju inwalidztwa jako najcięższego (w %)	77

Tabela 18. Uzasadnienie wyboru określonego rodzaju inwalidztwa jako najłżejszego (w %)	77
Tabela 19. Gotowość do nawiązywania różnych kontaktów z inwalidami (dystans społeczny)	81
Tabela 20. Przyczyny unikania kontaktów z osobami niepełnosprawnymi a wykształcenie (w %)	84
Tabela 21. Wyniki indeksów dystansu społecznego do osób o różnych rodzajach inwalidztwa (w %)	85
Tabela 22. Wartości średnich i odchyłeń standardowych dla miary dystansu do poszczególnych rodzajów inwalidztwa	85
Tabela 23. Odczuwany dystans w stosunku do osób o różnych rodzajach inwalidztwa a cechy demograficzno-społeczne badanych (współczynniki korelacji $r$ Pearsona)	86
Tabela 24. Ocena jakości pomocy i opieki nad inwalidami (w %)	89
Tabela 25. Gotowość niesienia pomocy osobom z różnymi rodzajami inwalidztwa (w %)	97
Tabela 26. Dystans w stosunku do niesienia pomocy różnego rodzaju inwalidom a osobiste kontakty z nimi	98
Tabela 27. Macierz korelacji ( $r$ Pearsona) poszczególnych postaw w stosunku do inwalidów	101
Wykres 1. Różnice częstości wyborów rozwiązań integracyjnych i separacyjnych (1978–1993)	26
Wykres 2. Ocena stosunku społeczeństwa do inwalidów	33
Wykres 3. Ocena słuszności wprowadzenia specjalnych preferencji przy zatrudnianiu inwalidów	49
Wykres 4. Ocena słuszności postulatu preferencyjnego zatrudniania inwalidów w sytuacji bezrobocia	50
Wykres 5. Różnice ocen szans inwalidy na awans (1978–1993)	56
Wykres 6. Postrzeganie inwalidów jako ciężaru dla swoich bliskich	61
Wykres 7. Postrzeganie winnego za rozpad małżeństwa z osobą niepełnosprawną	67
Wykres 8. Różnice w częstości występowania przesądów związanych z genezą kalectwa (1978–1993)	69
Wykres 9. Wybór najcięższego inwalidztwa	72
Wykres 10. Wybór najłżejszego inwalidztwa	74
Wykres 11. Różnice w ocenach jakości pomocy i opieki nad inwalidami (1978–1993)	90
Wykres 12. Osoby odpowiedzialne za wspomaganie niepełnosprawnych	95
Wykres 13. Gotowość niesienia pomocy niepełnosprawnym w codziennych sprawach	96



3.00

**P.71058**



19071058000000



**Publi**  
**Społecznych Aspektów**



A. Ostrowska, J. Sikorska  
*w Polsce*

Z. Kawczyńska-Butrym: *Rodziny osób niepełnosprawnych*

*Institucje działające na rzecz osób niepełnosprawnych*, pod red.  
M. Federowicza

T. Bulenda, J. Zabłocki: *Ludzie niepełnosprawni a prawo*

A. Ostrowska: *Niepełnosprawni w społeczeństwie*

*System rehabilitacji zawodowej i zatrudnienia osób niepełnosprawnych*,  
pod red. J. Mikulskiego, A. Kurzynowskiego

B. Kołaczek: *Bezrobocie osób niepełnosprawnych*

J. Gąsior, K. Ostrowski, J. Zabłocki: *Niepełnosprawni w gminie.*  
*Postrzeganie problemów i sposoby ich rozwiązywania*

E. Tarkowska i in.: *Życie codzienne w domach pomocy społecznej*

M. Apolinarska, G. Dryżałowska, E. Kleszczewska-Pyra, M. Libiszowska-Żółtkowska, B. Łuczak-Okrasińska, E. Stojanowska: *Integracja dzieci niepełnosprawnych w przedszkolu i szkole*

*Środowisko zamieszkania a niepełnosprawni:*

H. Skibniewska: *Mieszkalnictwo dla niepełnosprawnych*  
*Systemy wspomagania osób niepełnosprawnych w środowisku zamieszkania*, pod red. L. Frąckiewicz

*Niepełnosprawni na wsi*, pod red. W. Piątkowskiego, A. Ostrowskiej

*Stan rehabilitacji i potrzeby rehabilitacyjne osób o poszczególnych rodzajach niepełnosprawności*, pod red. J. Kiwerskiego, A. Ostrowskiej

S. Jakubowski, R. Serafin, B. Szczepankowski: *Pomoce techniczne dla osób niepełnosprawnych*

**ISBN 83-86166-85-1**