ROZPRAWY I ARTYKUŁY NAUKOWE / NiS 2017/3, Nr 63 / ISSN 1426-9899
DISSERTATIONS AND SCIENTIFIC ARTICLES

Katarzyna Biel-Ziółek
Akademia Ignatianum w Krakowie

Wpływ barier mentalnych, społecznych i zawodowych na jakość życia osób chorych lub niepełnosprawnych

The impact of mental, social and professional barriers on the quality of life of sick or disabled people

Słowa kluczowe
bariery mentalne, rehabilitacja, edukacja, aktywność

Streszczenie
Jakość życia osób niepełnosprawnych uwarunkowana jest wieloma barierami oraz czynnikami psychospołecznymi. Bariery mentalne ukryte w świadomości społecznej spowodowane są niezrozumieniem, niewiedzą oraz utrwalonymi od lat stereotypami i uprzedzeniami. Postrzeganie ludzi przez pryzmat niesprawnego ciała nie pozwala na traktowanie ich jako osób myślących, czujących, mających takie same potrzeby, aspiracje, prawa i obowiązki jak inni. Stygmatyzacja chorych zazwyczaj wynika z braku wiedzy oraz z lęku przed ich innością w oczach społeczeństwa. Edukacja, rehabilitacja oraz rozwijanie zainteresowań i pasji mogą uczynić życie ludzi chorych i niepełnosprawnych aktywnym oraz twórczym. Rehabilitacja społeczna i zawodowa przeciwdziała izolacji, marginalizacji oraz wykluczeniu społecznemu, ułatwiając niepełnosprawnym drogę do integracji. Wiedza na temat korzyści z zatrudniania niepełnosprawnych pracowników jest nadal niedostateczna i nie skłania do zatrudnienia ich, mimo zachęt ekonomicznych. Zjawisko dyskryminacji oraz obojętność znacząco spowalniają proces powstawania społeczeństwa uniwersalnego. Aktywne i twórcze życie jest podstawowym wyznacznikiem poczucia godności oraz jakości życia osób chorych bądź niepełnosprawnych.

Keywords
mental barriers, rehabilitation, education, activity

Summary
The quality of life of people with disabilities is conditioned by many barriers and psychosocial factors. The mental barriers hidden in the social consciousness are caused by misunderstandings, ignorance and stereotypes and prejudices that have been established for years. The perception of people through the prism of an ineffective body does not allow them to be treated as mindful, feeling, having the same needs, aspirations, rights and duties as others. The stigmatization of patients usually results from lack of knowledge and fear of being different in the eyes of the public. Education, rehabilitation and the development of interests and passions can make the lives of sick and disabled people more active and creative. Social and occupational rehabilitation prevents isolation, marginalization and social exclusion, making it easier for people with disabilities to integrate. Knowledge of the benefits of hiring disabled workers is still insufficient and does not induce their employment despite economic incentives. The phenomenon of discrimination and indifference significantly slows down the process of the emergence of a universal society. An active and creative life is the primary determinant of the dignity and quality of life of the sick or disabled.

Jakość życia człowieka, zarówno zdrowego, jak również chorego bądź niepełnosprawnego, uwarunkowana jest szeregiem czynników, które zazwyczaj należy rozpatrywać w sposób wielowymiarowy. Definiowana jest w obrębie polityki społecznej jako stopień zaspokojenia potrzeb materialnych i niematerialnych, spełniania standardów lub realizacji wartości. Należą do nich między innymi: wartości biologiczne, psychologiczne, duchowe, społeczne i polityczne, jak również kulturalne, ekonomiczne i ekologiczne jednostek, rodzin i zbiorowości. Pojęcie to stosowane jest ponadto w psychologii, medycynie, ekonomii i socjologii[1]. Z powyższej definicji wynika, że jakość życia to ocena własnej sytuacji życiowej, dokonana w określonym czasie i uwzględniająca przyjętą hierarchię wartości, lub też różnica pomiędzy realną sytuacją człowieka a sytuacją przez niego wymarzoną[2].

[1] *Jakość życia*, http://encyklopedia.pwn.pl/haslo/jakosc-zycia;3916390.html [dostęp: 26.09.2016].

[2] K. De Walden-Gałuszko, *Wykorzystywanie badania jakości życia w psychiatrii. Pamiętnik VII Gdańskich Dni Leczenia Psychiatrycznego. Jurata, 24-25 IX 1993*, Gdańsk 1993.

W społeczeństwach, które żyją w rozwiniętych gospodarczo krajach Unii Europejskiej, około 15% populacji stanowią osoby niepełnosprawne. Bardzo podobnie sytuacja wygląda w Polsce. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje zdrowie jako stan całkowitego dobrostanu fizycznego, umysłowego i społecznego, a nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności[3]. W ostatnich latach definicja ta została uzupełniona o sprawność do „prowadzenia produktywnego życia społecznego i ekonomicznego[4]", a także wymiar duchowy[5]. Urzeczywistnieniem celu WHO jest „osiągnięcie przez wszystkich ludzi najwyższego możliwego poziomu zdrowia i oznacza ono, że minimum tego czego wymaga urzeczywistnienie tego celu jest uzyskanie przez wszystkich ludzi we wszystkich krajach przynajmniej takiego poziomu zdrowia, który uzdalniałby ich do produktywnej pracy i do czynnego udziału w społecznym życiu wspólnoty, do której należą. By osiągnąć taki poziom zdrowia, każda jednostka powinna mieć dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej, a poprzez nią do wszystkich poziomów całościowego systemu ochrony zdrowia[6]".

Choroba to dynamiczna reakcja ustroju na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń naturalnego współdziałania narządów i tkanek, a w następstwie – do zaburzeń czynnościowych i zmian organicznych w narządach i całym ustroju[7]. Zdrowiem nazywane jest „prawidłowe funkcjonowanie organizmu jako całości biologicznej, choroba natomiast oznacza zakłócenie w jego prawidłowym funkcjonowaniu[8]". Natomiast Światowa Organizacja Zdrowia podaje, iż „zdrowie to nie tylko brak choroby, lecz pełny dobrostan jednostki w sensie biologicznym, psychicznym, społecznym", a tym samym rozgranicza zdrowie od choroby[9].

---

[3] *Polska: Zarys systemu ochrony zdrowia*. http://www.who.un.org.pl/common/files_download.php?fid=35 [dostęp: 26.09.2016].

[4] *Społeczne wyznaczniki zdrowia*. http://en.wikipedia.org/wiki/Social_determinants_of_health [dostęp: 26.09.2016].

[5] *Duchowy wymiar zdrowia*. http://www.who.int/hia/examples/overview/whohia203/en/index.html [dostęp: 26.09.2016].

[6] W. Galewicz, *Zdrowie jako prawo człowieka*, Kraków 2014, s. 60, 65.

[7] B. Tobiasz-Adamczyk, Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby, Kraków 2000, s. 13.

[8] E. Aronson, J. Aronson, *Człowiek – istota społeczna*, Warszawa 2009, s. 34.

[9] Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Roczniki „World Health Organization", NY 1948.

René Dubois przychyla się do tej definicji, pisząc: „zdrowie to nie tylko brak choroby, lecz zespół cech pozytywnych pozwalających człowiekowi na wykorzystanie [...] możliwości twórczych oraz osiągnięcia siły i szczęścia[10]".

Według nowej definicji choroby, jest ona takim stanem organizmu, kiedy czujemy się źle, a tego złego samopoczucia nie można powiązać z krótkotrwałym, przejściowym uwarunkowaniem psychologicznym lub bytowym, lecz z dolegliwościami wywołanymi przez zmiany strukturalne lub zmienioną czynność organizmu. Przez dolegliwości rozumiemy przy tym doznania, które są przejawem nieprawidłowych zmian struktury organizmu lub zaburzeń funkcji narządów.

W definicji jest mowa o zmianach struktury organizmu spowodowanych przez:

- błędy w zapisie genetycznym wzorca organizmu,
- zmiany w programie rozwoju embrionalnego organizmu, przekazywane także genetycznie,
- zaprogramowane mechanizmy reakcji na ingerencję zewnętrzną, co dotyczy w szczególności reakcji układu immunologicznego,
- ekspozycję na szkodliwe czynniki zewnętrzne, tak znaczne, że przekraczają zdolności adaptacyjne ustroju[11].

W latach 50. XX wieku Talcott Parsons rozpatrywał zachowania charakterystyczne dla zdrowia i choroby na dwóch płaszczyznach: biologicznej i osobowości, wytworzonej w procesie socjalizacji. Obydwa poziomy zachowań regulowane są przez system mechanizmów kontrolnych. Organizm biologiczny funkcjonuje prawidłowo, gdy potrafi wykonywać różne zadania, zaś prawidłowe działanie osobowości przejawia się wykonywaniem roli społecznej[12].

Choroba zazwyczaj zaburza działanie mechanizmów kontrolujących działania jednostki albo na poziomie „osobowości", albo na poziomie „biologicznym". Konsekwencją choroby może być niepełna realizacja zadań, przy jednoczesnym wywiązywaniu się z roli. W zależności od rodzaju choroby, czy też stopnia i rodzaju niepełnosprawności, rozróżnia się niepełnosprawność ruchową, sensoryczną oraz intelektualną. Wyjątek stanowi choroba psychiczna, która z kolei „uniemożliwia wykonywanie

[10] K. Szewczyk, *O René Dubosie, jego nowej medycynie hipokratesowej i teologii ziemi,* „Diametros" 2006, nr 9, s. 173–193, 180. http://www.diametros.iphils.uj.edu.pl/index.php/diametros/article/download/262/237 [dostęp: 26.09.2016].

[11] *Choroba*, https://pl.wikipedia.org/wiki/Choroba [dostęp: 26.09.2016].

[12] T. Parsons, *The Social System,* Oxfordshire 2005, s. 94.

dotychczasowych ról społecznych. Płaszczyzny i mechanizmy kontrolujące zachowania jednostki na obu poziomach mogą się wzajemnie przenikać. Chorobę określił Talcott Parsons jako „zinstytucjonalizowany społecznie typ roli", która zakłóca pełnienie lub sprawowanie innych ról społecznych. Może ona zachwiać równowagę systemu społecznego, dlatego że pomaga w prawomocny sposób wycofywać się z pełnienia ról społecznych. Stanowi zagrożenie i wymaga oficjalnej regulacji społecznej nadzorowanej przez lekarzy. Z roli tej wynikają pewne konsekwencje: zwolnienie człowieka z pełnienia normatywnych ról i zadań, zdjęcie z niego odpowiedzialności za stan, w którym się znalazł (wyzdrowienie możliwe jest dzięki zabiegom terapeutycznym, a nie dzięki samej decyzji o chęci powrotu do zdrowia) oraz oczekiwanie od chorego niezgody[13].

Według Światowej Organizacji Zdrowia, osoba niepełnosprawna to taka, która nie może samodzielnie, częściowo lub całkowicie zapewnić sobie możliwości normalnego życia indywidualnego i społecznego na skutek wrodzonego lub nabytego upośledzenia sprawności fizycznej lub psychicznej. Wpływa to na jego stan i podejmowanie działań w celu zwalczenia niedyspozycji zdrowotnej poprzez szukanie kompetentnej pomocy[14].

Bariery społeczne zazwyczaj w dużym stopniu utrudniają ludziom chorym normalne, aktywne funkcjonowanie w społeczeństwie. Niepełnosprawność może być postrzegana w bardzo różny sposób jako kara, jako piętno społeczne lub jako wyzwanie. Zazwyczaj jest ona znakiem rozpoznawczym, w sposób szczególny charakteryzującym daną osobę. Wizerunek zewnętrzny osoby rzuca cień na jej akceptację, wiarygodność w jej umiejętności oraz zdolności do aktywnego i pełnowartościowego udziału w życiu społecznym oraz zawodowym.

Ludziom niepełnosprawnym niezwykle często towarzyszy poczucie bezużyteczności, podobnie jak pragnienie bycia potrzebnym innym. Według koncepcji Anny Terruwe i Conrada Baarsa istnieją cztery podstawowe uczucia pragnienia przydatności. Z jednej strony występują nadzieja i odwaga, gdy człowiek sądzi, że potrafi pokonać przeszkodę, a więc uzyskać upragnione dobro, i że jest zdolny uniknąć zagrażającego mu zła, a z drugiej strony są to rozpacz i lęk, gdy sytuacja jest przeciwna. Uczucia te są bardzo dynamiczne i zmieniają się nieustannie.

---

13 B. Tobiasz-Adamczyk, *Wybrane elementy socjologii zdrowia*, dz. cyt., s. 14.

14 *Niepełnosprawność*, www.unic.un.org.pl/niepełnosprawnosc/ [dostęp: 26.09.2016].

Zdaniem Terruwe i Baarsa człowiek przeżywa to uczucie w momencie, gdy przeciwstawia się zagrażającemu złu, ale mimo to musi je znosić. Gniew pojawia się również, gdy wszystkie wysiłki człowieka, zmierzające do uzyskania upragnionego przedmiotu, okazują się daremne i cel nie zostaje osiągnięty. Uczucie gniewu różni się zasadniczo od uczucia odwagi. Odwaga pobudzana jest samą groźbą zła, gniew zaś zakłada już jego obecność. Uczucie gniewu ma wielkie znaczenie w życiu każdego człowieka. Niestety, jego funkcja naturalnego i niezbędnego motoru psychicznego jest często nierozumiana i źle interpretowana[15].

Teorię ról społecznych wprowadził do socjologicznych rozważań nad zdrowiem i chorobą Talcott Parsons[16]. Zaproponował pojęcie „rola chorego". Anna Titkow zauważa, iż „określiło ono sytuacje, w których jednostka ludzka wskutek choroby nie może pełnić ról społecznych i zadań życiowych" i zaznacza, że „Parsons akcentował konieczność traktowania choroby jako dewiacji od społecznych oczekiwań [bardziej] niż potrzebę poznania rzeczywistych zachowań ludzi chorych[17]".

Parsons rozpatrywał zachowania charakterystyczne dla zdrowia i choroby na dwóch płaszczyznach: biologicznej i płaszczyźnie osobowości wytworzonej w procesie socjalizacji. Oba poziomy zachowań regulowane są przez system mechanizmów kontrolnych. Organizm biologiczny funkcjonuje prawidłowo, gdy potrafi wykonywać różne zadania, natomiast prawidłowe działanie osobowości przejawia się wykonywaniem roli społecznej. Choroba zaburza działanie mechanizmów kontrolujących działania jednostki albo na poziomie „osobowości", albo na poziomie „biologicznym". Choroba somatyczna wywołuje zachowania dewiacyjne w organizmie biologicznym. Ich konsekwencją może być niepełna realizacja zadań, przy jednoczesnym wywiązywaniu się z roli. Choroba psychiczna zaś „uniemożliwia wykonywanie dotychczasowych ról społecznych[18]".

Na podstawie własnych doświadczeń wynikających z niepełnosprawności, pozwalam sobie stwierdzić, że na ogólny wizerunek ludzi chorych i niepełnosprawnych w polskim społeczeństwie w dużej mierze nadal mają wpływ od dawna utarte uprzedzenia i stereotypy. Moim zdaniem niezwykle zróżnicowane odczucia i emocje wywołują u ludzi zdrowych

15 A.A. Terruwe, C.W. Baars, *Integracja psychiczna*, Poznań 1989.

16 T. Parsons, *The Social System,* dz. cyt., s. 98.

17 A. Titkow, *Zachowania i postawy wobec zdrowia i choroby*, Warszawa 1983, s. 10.

18 B. Tobiasz-Adamczyk, *Wybrane elementy socjologii zdrowia*, dz. cyt., s. 14.

szczególnie osoby z niepełnosprawnością intelektualną oraz z chorobami neurologicznymi czy psychicznymi, co zdecydowanie najbardziej izoluje te osoby od świata zewnętrznego. Zdarza się, iż osoby te są narażone na ewidentną izolację, a czasem nawet stygmatyzację.

W kontekście postrzegania osób niepełnosprawnych „stygmatyzacja" to inaczej naznaczenie społeczne – proces polegający na nadawaniu określeń jednostkom albo grupom społecznym, wskutek czego zaczynają one zachowywać się zgodnie z przypiętą im „etykietką". Stygmatyzacja bardzo często pozostaje na usługach stereotypizacji. Cechy i zachowania zawarte w etykiecie pochodzą z uprzedzeń, niesprawdzonych mitów, a nie z rzetelnej i zweryfikowanej wiedzy o danej osobie. Nadawanie społecznych etykiet zazwyczaj polega na przypisywaniu negatywnych określeń i służy deprecjonowaniu jednostek. Raz przypiętej etykiety trudno się pozbyć, gdyż człowiek został percepcyjnie skategoryzowany, „zaszufladkowany". Wszystko, co służy zaprzeczeniu etykiety, i tak zostaje zinterpretowane jako potwierdzające słuszność naznaczenia społecznego[19].

Izolacja społeczna określana jest przez Daniela Golemana jako „subiektywne poczucie odcięcia od innych i świadomość, że nie ma się do kogo zwrócić". W moim odczuciu, negatywne reakcje ludzi najczęściej powodują umacnianie się poczucia wyizolowania, a nawet wykluczenia społecznego, co z kolei powoduje stany depresyjne, obniżony nastrój oraz podwyższoną wrażliwość na bodźce zewnętrzne. Niepowodzenia w interakcjach społecznych, znacznie spowalniają proces integracji ludzi niepełnosprawnych ze społeczeństwem.

Pojęcie izolacji społecznej rozumiane jest jako brak interakcji społecznych lub komunikacji z innymi ludźmi. Wyraża się ona poprzez brak kontaktu fizycznego z innymi, tworzenie barier społecznych lub mechanizmów psychologicznych[20]. Wśród powodów, dla których dana osoba jest wyizolowana społecznie, są: problemy fizyczne wywołane np. niepełnosprawnością lub zaburzeniami emocjonalnymi i psychicznymi, takimi jak lęk czy depresja. Trudności z nawiązaniem relacji z innymi mogą mieć również osoby z zaburzeniami osobowości. Osoby wyizolowane społecznie czują się samotne, mają poczucie, że są odłączone od świata i charakteryzują się niską samooceną. Często cierpią na depresję, unikają ryzyka i działalności zawodowej, która wymaga kontaktu

[19] E. Aronson, J. Aronson, *Człowiek – istota społeczna*, dz. cyt., s. 39.

[20] D. Goleman, *Inteligencja emocjonalna*, Poznań 2009, s.21.

z innymi ludźmi[21]. Izolacja społeczna dotyka wiele osób z problemami zdrowotnymi. Długotrwałe narażenie na izolację społeczną może mieć poważne skutki emocjonalne i fizyczne, wpływać na poziom stresu, sen oraz zachowania społeczne, co potwierdzają badania dwóch psychologów z Uniwersytetu w Chicago Louisa Hawkleya i Johna Cacioppo. Dowiedli oni, że samotne osoby w średnim wieku cierpią na przewlekły stres, nawet jeśli przyznają się do takiej samej liczby stresujących wydarzeń w życiu co osoby, które mają wielu przyjaciół. Ponadto okazało się, że osoby samotne podczas każdego ze stresujących wydarzeń czują się bardziej zagrożone i bezradne wobec podstawowych wyzwań życia codziennego. Osoby te zgodnie z wynikami badań są również mniej skłonne do tego, by szukać pomocy.

Nawet jakość snu osób samotnych pozostawia wiele do życzenia. Gdy osoba samotna i taka, która utrzymuje kontakty z innymi, miały do przespania tę samą liczbę godzin, okazało się, że osoba samotna doświadczyła tzw. „mikroprzebudzenia" czyli 1-2 minutowego przebudzenia, zanim znów zapadła w sen.

Długoterminowa samotność może powodować, że ludzie rezygnują z dalszej edukacji, bo nie są w stanie dopasować się do otoczenia. Badanie Rene Spitza z 1940 roku pokazuje, że interakcja społeczna, szczególnie ta w okresie niemowlęcym i w dzieciństwie, jest bardzo ważna[22]. Do skutecznych metod przeciwdziałania samotności należy rozwój zainteresowań oraz uczestnictwo w różnego rodzaju aktywnościach, jak na przykład:

- klub: dołączenie do niego to, podobnie jak wolontariat, dobry sposób na poznanie ludzi o tych samych zainteresowaniach. Można dołączyć do klubu książki, zespołu sportowego czy grupy wsparcia, np. dla samotnych matek. Różnorodność istniejących organizacji pozwala na niekrępowany wybór i daje szanse na regularne spotkania z dużą, zróżnicowaną grupą osób;
- szkoła: warto znaleźć w sobie iskrę zainteresowania, by kontynuować naukę. Można skorzystać z kształcenia ustawicznego osób dorosłych lub takich placówek, które mają specjalne przygotowanie dla osób starszych;

Każdy człowiek na jakimś etapie swojego życia doświadcza poczucia samotności czy bycia samotnym. Niewygodne sytuacje społeczne,

[21] Izolacja społeczna – definicja i sposoby jej przezwyciężania, http://www.edulider.pl/rozwoj/izolacja-spoleczna-definicja-i-sposoby-jej-przezwyciezania [dostęp: 26.09.2016].

[22] *Izolacja społeczna – definicja i sposoby jej przezwyciężania,* http://www.edulider.pl/rozwoj/izolacja-spoleczna-definicja-i-sposoby-jej-przezwyciezania [dostęp: 26.09.2016].

przeprowadzka do nowego miasta, nowe miejsce pracy – niezależnie od przyczyny ważne jest, by podjąć wysiłek w celu przezwyciężania tych przeszkód. Poznawanie nowych ludzi wcale nie musi być tak trudne, jak się wydaje. Angażując się w działania, które nas interesują, w sposób naturalny można spotykać osoby, z którymi będzie można dzielić zainteresowania i poczuć się mniej wyizolowanym.

W kontekście postrzegania osób niepełnosprawnych „stygmatyzacją" nazywany jest proces, w którym etykietę nadaje się osobom niespełniającym oczekiwań innych. Dotyczy to między innymi nietypowego wyglądu, zachowania oraz poglądu odmiennego kulturowo, niechętnego lub nieumiejącego zachowywać się zgodnie z przyjętymi normami.

Negatywne reakcje ludzi najczęściej powodują umacnianie się poczucia wyizolowania, a nawet wykluczenia społecznego, co z kolei powoduje stany depresyjne, obniżony nastrój oraz podwyższoną wrażliwość na bodźce zewnętrzne. Niepowodzenia w interakcjach społecznych znacznie spowalniają proces integracji ludzi niepełnosprawnych ze społeczeństwem.

Jednym z negatywnych zjawisk dotykających osób chorych lub niepełnosprawnych jest również wykluczenie społeczne. Określa ono sytuację, w której dana osoba nie może normalnie uczestniczyć w działaniach obywateli społeczeństwa, a ograniczenie to nie wynika z jej wewnętrznych przekonań, ale znajduje się poza kontrolą wykluczonej jednostki. Wykluczenie jest zjawiskiem wielowymiarowym, co w praktyce oznacza niemożność uczestnictwa w życiu gospodarczym, politycznym jak i kulturowym. Następuje ono w wyniku braku dostępu do zasobów, dóbr i instytucji, lub ograniczenia praw społecznych oraz deprywacji potrzeb. Niejednokrotnie osoby niepełnosprawne stają się przedmiotem różnego rodzaju wykluczenia społecznego, zwanego inaczej marginalizacją. Polega ona na wykluczeniu z udziału w życiu społecznym jednostek, grup społecznych lub w ujęciu globalnym społeczeństw w stosunku do ich otoczenia społecznego[23].

Wykluczenie społeczne może odnosić się do procesu wykluczania jednostek i grup. Jest ono rozumiane jako niemożność bycia uczestnikiem ważnych społecznie aspektów życia społecznego, takich jak sprawy gospodarcze, polityczne czy kulturowe[24]. Najczęściej wykluczeniem

[23] B. Szacka, *Wprowadzenie do socjologii,* Warszawa 2003.

[24] M. Krawczyk-Blicharska, P. Nowak, *Poradnictwo społeczno-zawodowe formą przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu*, w: *Pomoc – wsparcie społeczne – poradnictwo. Od teorii do praktyki*, red. M. Piorunek, Toruń 2010, s. 217.

społecznym zagrożone są osoby niepełnosprawne, przewlekle chore oraz niesamodzielne. Do przyczyn braku integracji zaliczyć można: zły stan zdrowia, gorszy poziom sprawności i samodzielności, brak aktywności w swoim środowisku oraz w miejscu zamieszkania.

W wyniku wykluczenia społecznego ofiara odczuwa bezsilność i bezradność spowodowaną brakiem wsparcia w działaniach zmierzających do przeciwstawienia się temu procesowi. Niejednokrotnie osoba taka czuje się odrzucona i niechciana, gorsza. W efekcie prowadzi to do znacznego obniżenia się u niej poziomu poczucia własnej wartości oraz do wzrostu poczucia zagrożenia poprzez powolne obniżenie się jej poczucia bezpieczeństwa.

1 sierpnia 1997 roku Sejm Rzeczypospolitej Polskiej uchwalił Kartę Praw Osób Niepełnosprawnych, która uznaje że: „(…) osoby niepełnosprawne to osoby, których sprawność fizyczna, psychiczna lub umysłowa trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia życie codzienne, naukę, pracę oraz pełnienie ról społecznych (…)".

Ponadto, Sejm RP w Karcie Praw Osób Niepełnosprawnych stwierdza, iż zgodnie z normami prawnymi i zwyczajowymi, osoby niepełnosprawne mają prawo do niezależnego, samodzielnego i aktywnego życia oraz nie mogą podlegać dyskryminacji, oznacza to w szczególności prawo osób niepełnosprawnych do:

- dostępu do dóbr i usług umożliwiających pełne uczestnictwo w życiu społecznym,
- dostępu do leczenia i opieki medycznej, wczesnej diagnostyki, rehabilitacji i edukacji leczniczej, a także do świadczeń zdrowotnych uwzględniających rodzaj i stopień niepełnosprawności, w tym do zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze, sprzęt rehabilitacyjny,
- dostępu do wszechstronnej rehabilitacji mającej na celu adaptację społeczną,
- nauki w szkołach wspólnie ze swymi pełnosprawnymi rówieśnikami, jak również do korzystania ze szkolnictwa specjalnego lub edukacji indywidualnej,
- pomocy psychologicznej, pedagogicznej i innej pomocy specjalistycznej umożliwiającej rozwój, zdobycie lub podniesienie kwalifikacji ogólnych i zawodowych,
- pracy na otwartym rynku pracy zgodnie z kwalifikacjami, wykształceniem i możliwościami oraz korzystania z doradztwa zawodowego i pośrednictwa, a gdy niepełnosprawność i stan zdrowia tego

wymaga – prawo do pracy w warunkach dostosowanych do potrzeb niepełnosprawnych,
- zabezpieczenia społecznego uwzględniającego konieczność ponoszenia zwiększonych kosztów wynikających z niepełnosprawności, jak również uwzględnienia tych kosztów w systemie podatkowym,
- życia w środowisku wolnym od barier funkcjonalnych, w tym: dostępu do urzędów, punktów wyborczych i obiektów użyteczności publicznej, swobodnego przemieszczania się i powszechnego korzystania ze środków transportu, dostępu do informacji, możliwości komunikacji międzyludzkiej,
- posiadania samorządnej reprezentacji swego środowiska oraz do konsultowania z nim wszelkich projektów aktów prawnych dotyczących niepełnosprawnych,
- pełnego uczestnictwa w życiu publicznym, społecznym, kulturalnym, artystycznym, sportowym oraz rekreacji i turystyce odpowiednio do swych zainteresowań i potrzeb[25].

Bariery społeczne to wszelkiego rodzaju przeszkody, pewne ograniczenia (np. zakazy, normy postępowania, zwyczaje itp.) zmniejszające dostępność i możliwość włączenia się do danej grupy społecznej osobom niebędącym jej członkami. Bariery te wpływają przede wszystkim na niski stopień aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych, znacznie zmniejszając ich aktywny udział w życiu społecznym, kulturalnym i oświatowym[26].

W postawach społeczeństwa wobec osób niepełnosprawnych zazwyczaj negatywną rolę odgrywają uprzedzenia i stereotypy. Uprzedzenie w ujęciu teoretycznym jest postawą, która składa się z trzech komponentów: afektywnego albo emocjonalnego, który reprezentuje zarówno typ emocji powiązany z postawą (złość, serdeczność), jak i nasycenie postawy (umiarkowany niepokój, otwarta wrogość); poznawczego – obejmującego przekonania lub myśli (poznanie) tworzące postawę; behawioralnego – odnoszącego się do czyichś działań. Nie jest tak, że ludzie po prostu przyjmują postawy, lecz również działają zgodnie z nimi.

Uprzedzenia są nie tylko zjawiskiem szeroko rozpowszechnionym, obecnym we wszystkich społeczeństwach świata, ale także niebezpiecznym. Zwykła niechęć do danej grupy może prowadzić do jej znienawidzenia, do myślenia o jej członkach jako podludziach, a w skrajnych sytuacjach do torturowania ich, czy do ludobójstwa.

[25] Karta Praw Osób Niepełnosprawnych, www.niepelnosprawni.gov.pl/p,121, informacje-o-realizacji-karty-praw-osob-niepelno... [dostęp: 26.09.2016].

[26] *Słownik Języka Polskiego PWN,* Warszawa 2006.

Psychologowie społeczni definiują uprzedzenia jako wrogą bądź negatywną postawę wobec osób w wyróżnionej grupie, opartą wyłącznie na tym, że są one jej członkami. Łatwość i szybkość, z jaką mogą być przyjmowane tego rodzaju zachowania, szkody psychiczne, które mogą wyrządzić (zarówno ofierze, jak i krzywdzicielowi), długotrwałe koszty dla społeczeństwa oraz ich trwałość sprawiają, że uprzedzenie jest formą patologii. Niewątpliwie zjawisko dyskryminacji oraz wynikająca z niej obojętność znacząco spowalniają proces powstawania społeczeństwa uniwersalnego. Dyskryminacja zazwyczaj nie jest wynikiem uprzedzeń, lecz zupełnie na odwrót. To uprzedzenia są wynikiem dyskryminujących działań.

W literaturze przedmiotu funkcjonuje wiele teorii. Gordon W. Allport przytacza krótką i celną definicję: „myślenie źle o innych bez dostatecznego uzasadnienia". Sam proponuje dwie bardziej rozbudowane. Według pierwszej uprzedzenie to „(…) wroga postawa wobec osoby należącej do jakiejś grupy, oparta o przynależność do tej grupy i w związku z tym, w przekonaniu osoby uprzedzonej, posiada nieprzyjemne cechy, przypisywane całej grupie[27]". Według drugiej: „(…) może być ono wymierzone w grupę jako całość lub w jednostkę z powodu, że przynależy do tej grupy"[28]. W sytuacji generującej uprzedzenia „indywidualne cechy albo zachowania obiektu uprzedzenia nie zostaną zauważone lub będą pominięte[29]". Barbara Weigl z kolei uprzedzenie określa jako „(…) powziętą z góry niechęć do innych tylko dlatego, że należą do jakiejś wyodrębnionej grupy społecznej[30]". Maria Jarymowicz w swej definicji podkreśla inny ważny aspekt: „[gdy postawy] operują bez względu na dopływ informacji, zwane są uprzedzeniami[31]".

Uprzedzenie jest negatywną postawą, toteż – jak każda postawa – ma trzy zasadnicze komponenty[32]:

- komponent emocjonalny to negatywne emocje skierowane przeciwko ludziom należącym do nielubianej grupy, mogą mieć różną treść

---

27 G.W. Allport, *The Nature of Prejudice*, New York 1958, s. 8.

28 Tamże, s. 10.

29 E. Aronson, T.D. Wilson i R.M. Akert, *Psychologia społeczna. Serce i umysł*, Poznań 2012, s. 23.

30 B. Weigl, *Stereotypy i uprzedzenia,*. w: *Psychologia,* red. J. Strelau, Gdańsk 2000, t. 3., s. 214.

31 M. Jarymowicz, *Studia nad spostrzeganiem relacji Ja-Inni: tożsamość, indywiduacja, przynależność,* Wrocław 1988, s. 33.

32 E. Aronson, T.D. Wilson i R.M. Akert, *Psychologia społeczna. Serce i umysł*, dz. cyt. s. 48.

(np. nienawiść, obrzydzenie, lęk, pogarda, poczucie wyższości, lekceważenie, niesmak, antypatia, rezerwa, nieufność itd.) i nasilenie, to zasadniczy trzon uprzedzenia,

- komponent poznawczy (przekonania) i stereotypy, czyli zgeneralizowane, sztywne przekonania, że w zasadzie wszystkie osoby z danej grupy mają w swojej naturze pewne wspólne, negatywnie oceniane właściwości, a ich brak u kogoś z danej populacji traktowany jest jedynie jako wyjątek od reguły,
- komponent behawioralny (zachowania) to demonstrowanie negatywnych odczuć i przekonań na temat danej grupy w zachowaniu, słownym lub niewerbalnym. Może mieć zróżnicowaną formę i nasilenie, np. drwiny, poniżające żarty, wypowiadanie negatywnych poglądów, unikanie kontaktu, protekcjonalność, nierówne traktowanie, blokowanie, utrudnianie lub uprzykrzanie dostępu do niektórych miejsc i usług, agresja słowna, nawoływanie do nienawiści, agresja fizyczna, zabójstwo i ludobójstwo.

Stereotyp jest nieodłącznie związany z towarzyszącą mu reakcją emocjonalną. Błyskawicznie i automatycznie (a nawet nieświadomie) wzbudzana reakcja uruchamia się natychmiast, gdy w umyśle danej osoby pojawi się nazwa lub wyobrażenie nielubianej grupy. Od tego momentu nasze postrzeganie cech oraz działań osoby identyfikowanej z grupą darzoną przez nas niechęcią, staje się stronnicze. Zaczynamy interpretować jej zachowanie w sposób zgodny z naszym pierwotnym wyobrażeniem – stereotypem, czyli tak, aby potwierdzić nasze własne przekonanie, że ta osoba rzeczywiście ma negatywne cechy, które jej przypisujemy[33].

Dyskryminacja, zwana inaczej rozróżnianiem, to forma nieuzasadnionego wykluczenia społecznego. Objawiająca się poprzez traktowanie danej osoby mniej przychylnie niż innej w porównywalnej sytuacji ze względu na jakąś cechę, np. okres rozwojowy, niepełnosprawność, orientację seksualną, wyznawaną religię, światopogląd, narodowości lub rasę.

Zazwyczaj wymienia się dwie główne formy dyskryminacji:

- dyskryminacja bezpośrednia (celowa) – typ dyskryminacji, w którym dana osoba traktowana jest mniej przychylnie niż traktuje lub traktowałoby się inną osobę w porównywalnej sytuacji bezpośrednio z powodu „odmienności" (np. różnica płacowa kobiet i mężczyzn na tym samym stanowisku pracy, jeżeli wydajność ich pracy jest porów-

[33] M. Jarymowicz, *Studia nad spostrzeganiem relacji Ja-Inni: tożsamość, indywiduacja, przynależność,* dz. cyt. s. 34.

nywalna, lub kiedy agent nie chce wynająć mieszkania osobie homoseksualnej[34]);

- dyskryminacja pośrednia (niecelowa) – typ dyskryminacji, w którym pozornie neutralne warunki, kryteria lub praktyki stosowane są na równi wobec wszystkich, lecz w sposób szczególny dotykają konkretną grupę społeczną. Pojęcie dyskryminacji pośredniej w wielu przypadkach stanowi uzasadnienie uprzywilejowania danej grupy[35].

W przypadku stereotypu korzystamy z gotowego wzoru, przyswajamy poglądy bez zastanawiania i konfrontowania ich z rzeczywistością. Są one łatwo dostępnymi w użyciu schematami poznawczymi, umożliwiającymi szybką, choć powierzchowną ocenę w różnych sytuacjach (zwłaszcza przy kontaktach z nieznanymi wcześniej osobami). To właśnie stereotypy przy niedoborze informacji umożliwiają wypełnienie luk w wiedzy o innych.

Stereotypy dostarczają wskazówek rozpowszechnionych w danym środowisku, z góry podsuwając sposób widzenia określonych faktów i zjawisk społecznych. Stereotypy są bardzo odporne na zmianę, ponieważ są przyswajane już w dzieciństwie i silnie związane z przynależnością do określonej grupy. Wywołują one między innymi bariery psychologiczne oraz bariery mentalne.

Bariery psychologiczne obejmują trudności związane z zaakceptowaniem własnej sytuacji wynikającej z posiadanej niepełnosprawności. Wiążą się one z silnymi emocjami, które utrudniają rzeczowe spojrzenie na sytuację, oraz blokują podejmowanie właściwych działań. Mogą one polegać na braku wiary w poprawę obecnej sytuacji życiowej lub na nieufności wobec otoczenia. Stan ten często łączy się także z załamaniem, utratą nadziei i rezygnacją.

Bariery mentalne najczęściej powstają w świadomości społecznej. Są one spowodowane niezrozumieniem, niewiedzą, utrwalonymi od lat stereotypami i uprzedzeniami. Postrzeganie ludzi niepełnosprawnych przez pryzmat niesprawnego ciała nie pozwala na traktowanie ich jako osób myślących, czujących oraz mających takie same potrzeby, aspiracje, prawa i obowiązki jak inni. Jest to przejaw niezrozumienia zasad i warunków, na jakich powinno funkcjonować otwarte społeczeństwo obywatelskie, oparte na równości szans. Brak znajomości problemów osób

[34] P. Rogaliński, *Dyskryminacja w Polsce – raport, http://przegladdziennikarski.pl/dyskryminacja-w-polsce/* [dostęp: 26.09.2016].

[35] *Dyskryminacja pośrednia,* https://www.citizensadvice.org.uk/discrimination/what-are-the-different-types-of-discrimination/indirect-discrimination/ [dostęp: 26.09.2016].

niepełnosprawnych oraz specyfiki ich codziennego funkcjonowania, zapóźnienia cywilizacyjne i kulturowe są przyczynami nieadekwatnych zachowań w kontaktach z takimi osobami.

W mojej opinii dosyć często występuje stygmatyzacja osób niepełnosprawnych wynikająca z niewystarczającej wiedzy na temat danego typu niepełnosprawności i lęku przed osobami odmiennie poruszającymi się oraz wymagającymi pomocy fizycznej w różnych sytuacjach życiowych. Jedną z podstawowych przyczyn takiego stanu rzeczy jest stereotypowe przekonanie, że osoby niepełnosprawne są osobami mniej wydolnymi (nie wykonują pracy obciążającej fizycznie, mogą nie podołać pracy, do której się zobowiązały, nie można powierzyć im zadań terminowych, z uwagi na ograniczenia ruchowe). Są mniej wydajne, więcej chorują oraz mają wysokie oczekiwania i roszczenia lub mniejszą praktykę zawodową.

Wszelkie działania integracyjne zmierzające do wzajemnego poznania i zrozumienia obydwu środowisk powinny opierać się na wzajemnym poznaniu oraz rzeczywistym uświadomieniu istoty problemów danej grupy ludzi. Ponadto niezastąpiona jest rola rodziny w przygotowaniu osoby chorej bądź niepełnosprawnej do pełnego uczestnictwa w życiu społecznym oraz zawodowym. Jednakże nadmierne obciążanie rodzin i innych osób bliskich opieką nad osobą niepełnosprawną wzmacnia negatywne postawy wobec tych osób. Warto pamiętać, iż osoby niepełnosprawne mają takie same potrzeby jak ludzie zdrowi.

Kazimierz Obuchowski, znany psycholog specjalizujący się w psychologii klinicznej i psychologii osobowości, określa „potrzebę" jako właściwość polegającą na tym, że bez określonego przedmiotu lub określonej osoby nie można normalnie funkcjonować. Wśród najważniejszych potrzeb człowieka autor wymienia takie potrzeby jak potrzebę samozachowania, fizjologiczne oraz orientacyjne (potrzebę poznawczą, kontaktu, sensu życia, rozmnażania) oraz potrzeby seksualne[36].

Należy dodać, iż wszelkie pojawiające się bariery często wzmacniane są postawami społecznymi, lecz ich zmniejszanie lub nawet całkowite wyeliminowanie jest możliwe. Służy temu między innymi pomoc osobista i techniczna świadczona na rzecz osób niepełnosprawnych.

Niezwykle ważna okazuje się pomoc osobista ze strony osoby odpowiedzialnej za pomoc osobie niepełnosprawnej w wykonywaniu niektórych codziennych działań. Pomoc techniczna to zapewnienie odpowiedniego sprzętu kompensującego braki wynikające z danego rodzaju

[36] K. Obuchowski, *Galaktyka potrzeb – psychologia dążeń ludzkich*, Warszawa 2006.

niepełnosprawności. Walka środowisk osób niepełnosprawnych o pojawienie się opiekunów pomagających chorym w czynnościach dnia codziennego wydaje się sprawą słuszną oraz priorytetową.

Duży wpływ na likwidację wszelkich barier ma odpowiednio prowadzona polityka społeczna, a także uświadamianie społeczeństwa w zakresie problemów osób niepełnosprawnych, przy jednoczesnym traktowaniu tych osób jako naturalnej, pełnoprawnej części społeczeństwa. Zdaniem Stanisława Kowalika najlepszą polityką jest tutaj polityka neutralizacji, która polega na podejmowaniu działań służących zlikwidowaniu ograniczeń utrudniających funkcjonowanie osobom niepełnosprawnym. Postawa ta opiera się przede wszystkim na likwidowaniu barier[37].

Niezwykle istotnym elementem aktywizacji społecznej osób niepełnosprawnych jest praca zawodowa. Według Henryka Januszka praca jest czynnością społeczną. Wpływa ona na postawy, dążenia i zachowania jednostek oraz grup społecznych. Zaspokaja szeroko rozumiane potrzeby (ekonomiczne, biologiczne, społeczne, kulturowe, itp.) określane przez kulturę i strukturę grupy, do której pracownik należy[38].

Celowo oraz systematycznie prowadzona praca może stanowić jedną z metod leczenia. Podczas pracy osoba niepełnosprawna uruchamia swoje umiejętności, zdolności, sprawności i nawyki, zwiększając w ten sposób odporność na sytuacje trudne, wynikłe z procesu pracy, oraz łagodzi lęk przed nowymi zadaniami na nowych stanowiskach. Osoba niepełnosprawna uświadamia sobie również własną wartość, co pozwala akceptować jej swoją niepełnosprawność, a pośrednio też wpływa na kształtowanie nowej osobowości pracowniczej, niezbędnej do ponownego włączenia się w życie zawodowe i społeczne.

Aktywność zawodowa może w pewnym zakresie kompensować osobie niepełnosprawnej ograniczenia wynikające z niepełnosprawności, a tym samym poprawić jakość jej życia. Daje ona poczucie bycia potrzebnym innym oraz stwarza możliwość samorealizacji. Dla porównania, w Polsce aktywność zawodowa osób niepełnosprawnych wynosi 17,3%, w krajach Unii Europejskiej ok. 40–50%. Jest to spowodowane między innymi nieprzystosowaniem, tzn. barierami w środowisku w naszym kraju.

Pracująca osoba niepełnosprawna ma znacznie więcej kontaktów społecznych, jak również ma bardziej uregulowany tryb życia. Posiada

[37] B. Zając, *Psychologiczne aspekty funkcjonowania osób niepełnosprawnych*, w: *Osobisty asystent osoby niepełnosprawnej. Materiały poseminaryjne*, red. I. Odrobińska, Dębe 2003.

[38] H. Januszek, J. Sikora, *Socjologia pracy*, Poznań 2000.

większe aspiracje, perspektywy awansu i rozwoju osobistego[39]. Jak wynika z moich doświadczeń, od szeregu lat pracodawcom brakuje wiedzy o specyfice aktywności niepełnosprawnych pracowników oraz o ich rzeczywistych potrzebach w zależności od rodzaju i stopnia dysfunkcji motorycznych, jak również zbyt mało prowadzi się działań edukacyjnych i szkoleniowych, warsztatowych. Działania takie pozwoliłyby na wzajemne poznanie osób niepełnosprawnych oraz pracowników i pracodawców, którzy nie mają tego typu problemów. Wiedza na temat korzyści z zatrudniania niepełnosprawnych pracowników jest nadal niedostateczna, a obawy pracodawców nie skłaniają do zatrudnienia, pomimo stworzonych przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zachęt ekonomicznych.

Na podstawie własnych doświadczeń uważam, że szczególnie wtedy, gdy osoby niepełnosprawne nie mogą podjąć pracy zawodowej, niezwykle istotnym elementem życia jest właściwe wykorzystanie ich możliwości twórczych w celu wzmocnienia w nich poczucia sensu oraz zadowolenia z jakości swojego życia. Potrzeba aktywizacji oraz produktywnego spędzania czasu wolnego jest jednym z podstawowych czynników gwarantujących poczucie podmiotowości oraz niebezużyteczności ludzi niepełnosprawnych.

Zasygnalizowane powyżej problemy wymagają wdrażania szerokiego zakresu zintegrowanych działań na rzecz włączania osób z niepełnosprawnością na rynek pracy poprzez rozpoznanie i likwidowanie różnego typu barier zmierzających do maksymalnej aktywizacji społecznej i zawodowej. Konieczne jest podniesienie świadomości na temat znaczenia aktywności zawodowej samych niepełnosprawnych. Dobry dostęp do rehabilitacji, edukacji i aktywności zawodowej warunkuje lepszą jakość życia osobom niepełnosprawnym oraz sprzyja budowaniu poczucia ich własnej wartości oraz godności osobistej.

Godność człowieka wyraża się w pragnieniu posiadania szacunku społeczności z uwagi na swoje walory duchowe, moralne czy też zasługi społeczne[40]. Odnosi się do godności osobowej i osobowościowej. Pierwsza z nich jest właściwa każdemu człowiekowi, należna mu z faktu samego bycia człowiekiem. Godność osobowościowa natomiast jest zależna

[39] B. Granosik, E. Nadolna, *Analiza barier w zatrudnianiu osób niepełnosprawnych na koszalińskim rynku pracy, w: Teoretyczne i praktyczne aspekty funkcjonowania gospodarki*, red. T. Bernat, Szczecin 2009, s. 228, http://www.mikroekonomia.net/system/publication_files/92/original/19.pdf [dostęp: 26.09.2016].

[40] G. Grzybek, *Etyka rozwoju a wychowanie*, Rzeszów 2010, s. 46.

od podjętego przez daną osobę trudu (tego, co w życiu dokonała) i wiąże się z rozwojem osobowości etycznej[41].

W aktualnej rzeczywistości godne warunki życia może zapewnić osobom niepełnosprawnym przede wszystkim opieka rodziny, stały dostęp do rehabilitacji i edukacji, realne szanse na zatrudnienie oraz poczucie bezpieczeństwa, wynikające ze stabilizacji finansowej oraz zabezpieczenia społecznego, co w polskich realiach nadal wydaje się tylko marzeniem. Twierdzę, iż w przypadku osób niepełnosprawnych możliwości dokonywania życiowych wyborów są zazwyczaj bardzo ograniczone. Jest bardzo wielu ludzi, którzy pomimo wieloletniej rehabilitacji nie są w stanie podjąć pracy zawodowej. Nie ulega wątpliwości, iż jakakolwiek szansa na aktywne i twórcze życie jest dla nich podstawowym wyznacznikiem poczucia godności oraz jakości życia. Z pewnością warto zmierzać do tego, by powstawały ośrodki terapeutyczne organizujące czas wolny takich osób w sposób aktywny, interesujący oraz motywujący do podejmowania kolejnych działań.

Na jakość życia osób chorych ma wpływ każdy, nawet najmniejszy aspekt ich życia. Poczynając od leczenia i rehabilitacji, poprzez edukację oraz aktywne uczestnictwo w życiu społecznym i zawodowym. Istotnym, a jednak zupełnie nierozwiązanym problemem jest potrzeba zapewnienia opiekunów dla osób z różnego rodzaju dysfunkcjami, którzy byliby bardzo pomocni w rozwiązywaniu problemów dnia codziennego. Opiekunowie mogliby w znacznym stopniu uniezależnić osoby niepełnosprawne od konieczności stałej opieki przez członków ich rodzin oraz umożliwić rodzicom dzieci niepełnosprawnych podjęcie pracy zawodowej.

W sensie teoretycznym osobom niepełnosprawnym przysługują takie same prawa, jak wszystkim innym obywatelom, co między innymi wynika z treści Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka. Czytamy w niej, że: „wszystkie ludzkie istoty są wolne i równe pod względem godności i praw. By osiągnąć ten cel, wszystkie społeczeństwa powinny szanować odmienność w swoich społecznościach oraz starać się zapewnić osobom niepełnosprawnym pełnię praw człowieka: cywilnych, politycznych, społecznych, ekonomicznych i kulturalnych, gwarantowanych w rozmaitych międzynarodowych Konwencjach, w Traktacie Unii Europejskiej oraz konstytucjach poszczególnych krajów[42]".

Niezwykle słusznie stwierdził Phil Bosmans, belgijski pisarz i kapłan, autor wielu wierszy i aforyzmów dotyczących cierpienia, samotności

[41] Tamże, s. 10.

[42] Powszechna Deklaracja Praw Człowieka http://www.unesco.pl/fileadmin/user.../pdf/Powszechna_Deklaracja_Praw_Czlowieka.pdf [dostęp: 26.09.2016].

i odczuwania. Pisał on: „największe przeszkody dla niepełnosprawnych leżą w sercach otaczających ich ludzi. Przyjąć ludzi niepełnosprawnych jako swoich bliźnich i wspólnie z nimi żyć. Podstawą społeczeństwa jest głęboki szacunek dla każdego człowieka z jego możliwościami i ograniczeniami, z perspektywami i predyspozycjami. Każdy musi urzeczywistniać w swym codziennym życiu własną tożsamość"[43].

Warto pamiętać o tym, że stworzenie osobom chorym poczucia godności, szacunku oraz poczucia bycia użytecznym dla innych jest równie ważne jak zapewnienie im należytej pomocy, opieki czy wsparcia psychicznego. Według Ervinga Goffmana bardzo często zdarza się, iż osoby niepełnosprawne za wszystkie swoje niepowodzenia obwiniają fakt obniżonej sprawności i samodzielności. Warto więc zmierzać do tego, by ludzie ci byli maksymalnie sprawni, aktywni i samodzielni[44].

Moim zdaniem każdy sukces osoby niepełnosprawnej zależy przede wszystkim od poziomu empatii oraz chęci udzielenia jej pomocy przez rodzinę oraz środowisko, w którym żyje. Dlatego należy zabiegać o to, by osoby te miały wiele szans odnoszenia sukcesów, w różnych dziedzinach życia. Zwyczajna, ludzka życzliwość, empatia i zrozumienie oraz umiejętne stworzenie takim osobom pozytywnej motywacji do działania sprzyjają podejmowaniu nowych wyzwań oraz mobilizują do przekraczania własnych ograniczeń i słabości. Każda forma aktywności osób niepełnosprawnych sprzyjająca ich rozwojowi osobistemu i twórczemu działaniu wydaje się być podstawowym determinantem, wyznaczającym jakość oraz sens ich życia. Aktywność zmniejsza poczucie izolacji społecznej, a tym samym przeciwdziała wykluczeniu.

Ojciec Święty Franciszek podczas wizyty w Szpitalu Dziecięcym w Krakowie mówił: „Nasze społeczeństwo jest zanieczyszczone kulturą «odrzucenia», która jest przeciwieństwem kultury gościnności, ofiarami tego są osoby najsłabsze, najbardziej kruche. A to jest okrucieństwem".

Bibliografia

Allport G.W., *The Nature of Prejudice,* Garden City, NY 1958.

Aronson E., Wilson T. D, Akert R. M., *Psychologia społeczna. Serce i umysł*, Poznań 2012.

Aronson E., Aronson J., *Człowiek – istota społeczna*, Warszawa 2009.

[43] P. Bosmans, *Z nimi*, http://zatrzymaj--sie--na--chwile.blog.onet.pl/2009/03/31/z--nimi/ [dostęp: 26.09.2016].

[44] E. Goffman, *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*, Gdańsk 2005, s. 198.

Bosmans P., *Z nimi*, http://zatrzymaj--sie--na--chwile.blog.onet.pl/2009/03/31/z--nimi/ [dostęp: 26.09.2016]
Galewicz Wł., *Zdrowie jako prawo człowieka*, w: *Internetowe Czasopismo Filozoficzne Diametros* nr 42 (12/2014), Kraków 2014. http://www.diametros.iphils.uj.edu.pl/index.php/diametros/article/view/682/pl, [dostęp: 26.09.2016].
Goffman E., *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości,* Gdańsk 2005. http://www.mikroekonomia.net/system/publication_files/92/original/19.pdf [dostęp: 26.09.2016]
Goleman D., *Inteligencja emocjonalna*, Poznań 2009.
Granosik B., Nadolna E., *Analiza barier w zatrudnianiu osób niepełnosprawnych na koszalińskim rynku pracy,* w: *Teoretyczne i praktyczne aspekty funkcjonowania gospodarki*, red. T. Bernat, Szczecin 2009.
Grzybek G., *Etyka rozwoju, a wychowanie*, Rzeszów 2010.
Januszek H., Sikora J., *Socjologia pracy*, Poznań 2000.
Jarymowicz M., *Studia nad spostrzeganiem relacji Ja-Inni: tożsamość, indywiduacja, przynależność,* Wrocław 1988.
Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Roczniki „World Health Organization", New York 1948,
Krawczyk-Blicharska M., Nowak P., *Poradnictwo społeczno-zawodowe formą przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu*, w: *Pomoc – wsparcie społeczne – poradnictwo.* w: *Od teorii do praktyki*, red. M. Piorunek, Toruń 2010.
Powszechna Deklaracja Praw Człowieka www.unesco.pl/fileadmin/user.../pdf/Powszechna_Deklaracja_Praw_Czlowieka.pdf [dostęp: 26.09.2016].
Obuchowski K., *Galaktyka potrzeb – psychologia dążeń ludzkich*, Warszawa 2006.
Parsons T., *The Social System*, Oxfordshire 2005,
Rogaliński P., *Dyskryminacja w Polsce – raport, http://przegladdziennikarski.pl/dyskryminacja-w-polsce/* [dostęp: 26.09.2016].
Słownik Języka Polskiego PWN, Warszawa 2006.
Szacka B., *Wprowadzenie do socjologii,* Warszawa 2003.
Szewczyk K., *O René Dubosie, jego nowej medycynie hipokratesowej i teologii ziemi*, Kraków 2006, http://www.diametros.iphils.uj.edu.pl/index.php/diametros/article/download/262/237 [dostęp: 26.09.2016].
Tobiasz-Adamczyk B., Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby, Kraków 2000.
Terruwe A.A., Baars C.W., *Integracja psychiczna*, Poznań 1989.
Titkow A., *Zachowania i postawy wobec zdrowia i choroby*, Warszawa 1983.
de Walden-Gałuszko K., *Wykorzystywanie badania jakości życia w psychiatrii. Pamiętnik VII Gdańskich Dni Leczenia Psychiatrycznego. Jurata, 24-25 IX 1993*, Gdańsk 1993.
Weigl B., *Stereotypy i uprzedzenia,*. w: *Psychologia,* t. 3, red. J. Strelau, Gdańsk 2000
Zając B., *Psychologiczne aspekty funkcjonowania osób niepełnosprawnych*, w: *Osobisty asystent osoby niepełnosprawnej. Materiały poseminaryjne*, red. I. Odrobińska, Dębe 2003.