

Osoby z ograniczeniem sprawności na rynku pracy

Redakcja naukowa serii:

Anna Izabela Brzezińska

Tom 1

Anna Izabela Brzezińska
i Konrad Piotrowski

*Aktywność zawodowa osób
z ograniczeniem sprawności:
wyznaczniki społeczno-demograficzne
i osobowościowe*

Tom 2

Anna Izabela Brzezińska
i Konrad Piotrowski

*Wyznaczniki satysfakcji
z wykonywanej pracy osób
z ograniczeniem sprawności:
kompetencje i relacje*

Tom 3

Anna Izabela Brzezińska
i Radosław Kaczan

*Wychowanie do samodzielności:
kluczowy czynnik sukcesu zawodowego
osób z ograniczeniem sprawności*

Tom 4

Radosław Kaczan i Kamil Sijko
*Psychospołeczne skutki transformacji
ustrojowej a radzenie sobie osób
z ograniczeniem sprawności
na rynku pracy*

Tom 5

Radosław Kaczan, Karolina Smoczyńska
i Iwona Bąbiak

*Jaka pomoc i dla kogo?
Wsparcie indywidualne
i instytucjonalne a aktywizacja
zawodowa osób z ograniczeniem
sprawności*

Tom 6

Dorota Wiszejko-Wierzbicka
*Od samoakceptacji do aktywności?
Postawy wobec własnej
niepełnosprawności a aktywność
zawodowa*

Tom 7

Wojciech Łukowski
i Dorota Wiszejko-Wierzbicka
*Wizerunek aktywności zawodowej
osób z ograniczeniem sprawności.
Perspektywa biograficzna*

Tom 8

Anna Małgorzata Chodynicka
i Piotr Rycielski
*Inni czy podobni?
Charakterystyka osób
z ograniczeniem sprawności*

Anna Małgorzata Chodynicka
i Piotr Rycielski

Inni czy podobni?
Charakterystyka osób
z ograniczeniem sprawności

Seria
Osoby z ograniczeniem sprawności na rynku pracy
tom 8



Warszawa 2008

Anna Małgorzata Chodynicka i Piotr Rycielski – *Inni czy podobni? Charakterystyka osób z ograniczeniem sprawności*

© Copyright by the authors and for this edition by Wydawnictwo SWPS Academica, Warszawa 2008
All rights reserved.

Wszelkie prawa zastrzeżone. Kopiowanie w całości lub we fragmentach jakąkolwiek techniką bez pisemnej zgody wydawcy zabronione.

Recenzenci:

prof. dr hab. *Elżbieta Hornowska*, Instytut Psychologii Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

dr *Krzysztof Puchalski*, Instytut Medycyny Pracy im. prof. Jerzego Nofera w Łodzi

Redaktor prowadzący: *Andrzej Łabędzki*

Redakcja językowa: *Maria Laskowska*

Korekta: *Agnieszka Kilińska*

Redakcja techniczna: *Małgorzata Chmielewska*

Skład, łamanie, przygotowanie do druku: *Mater*

Projekt okładki: *Paweł Rosołek*



Publikacja powstała w ramach projektu finansowanego przez Europejski Fundusz Społeczny i Szkołę Wyższą Psychologii Społecznej w Warszawie nr WUE/0041/IV/05
pt: *Psychospołeczne uwarunkowania aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych*



Serie wydawnicze przygotowane w ramach projektu pod redakcją prof. dr hab. Anny Izabeli Brzezińskiej – kierownika projektu:

Seria I *Osoby niepełnosprawne*

Seria II *Przeciw wykluczeniu z rynku pracy*

Seria III *Osoby z ograniczeniem sprawności na rynku pracy*

Wszystkie publikacje dostępne pod adresem: www.swps.edu.pl/new_www/efs/

ISBN 978-83-89281-64-7

Wydanie I

Wydawca:

Wydawnictwo Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej „Academica”

ul. Chodakowska 19/31

03-815 Warszawa

tel. (+ 48 22) 870 62 24

e-mail: academica@swps.edu.pl

Spis treści

Wstęp	7
1. Niepełnosprawność i zasada pomocniczości	9
1.1. Wprowadzenie	9
1.2. Zasada pomocniczości	10
1.3. Niezależność osób z niepełnosprawnością	12
1.4. Podsumowanie	13
2. Źródła danych sondażowych	15
2.1. Wprowadzenie	15
2.2. Opis wykorzystanych zbiorów danych	15
2.2.1. Diagnoza społeczna	15
2.2.2. Europejski sondaż społeczny	16
2.2.3. Dane z badań własnych realizowanych przez Pentor	16
2.3. Analizowane obszary funkcjonowania respondentów	16
3. Analiza polskich danych sondażowych	19
3.1. Wprowadzenie	19
3.2. Analiza sytuacji osób z ograniczoną sprawnością w Polsce	20
3.2.1. Wykształcenie	20
3.2.2. Zadowolenie z życia	21
3.2.3. Warunki udanego życia	21
3.2.4. Stosunek do życia i ludzi	26
3.2.5. Potrzeby osób sprawnych i z ograniczoną sprawnością	29
3.2.6. Ocena stanu zdrowia	34
3.2.7. Wymiana społeczna	35
3.2.8. Podsumowanie	35
3.3. Mechanizmy wpływające na jakość życia w Polsce	36
3.3.1. Osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności	36
3.3.2. Osoby deklarujące niepełnosprawność	37
3.3.3. Osoby bez ograniczenia sprawności	38
3.3.4. Porównanie trzech grup	40
3.4. Podsumowanie	40
4. Porównania międzykulturowe	43
4.1. Wprowadzenie	43
4.2. Dobór krajów	44

4.2.1. Dlaczego wybraliśmy właśnie te kraje?	45
4.2.2. Wymiary kultur	46
4.2.3. Indywidualizm – kolektywizm	46
4.3. Kultury Ja współzależnego i Ja niezależnego	47
4.3.1. Opis wymiaru Ja-N – Ja-W	48
4.3.2. Niezależność w porównaniach międzykulturowych	49
4.3.3. Poczucie kontroli	51
4.3.4. Sukces	51
4.3.5. Sposób wychowania	52
4.3.6. Polska a wymiar Ja-N – Ja-W	52
4.3.7. Niezależność a osoby z niepełnosprawnością w kulturach Ja-W i Ja-N	53
4.4. Polityka społeczna wobec osób z niepełnosprawnością w wybranych krajach europejskich	54
4.4.1. Założenia polityki społecznej wobec osób z niepełnosprawnością w Szwecji	55
4.4.2. Tworzenie przestrzeni publicznej bez barier w wybranych krajach europejskich	56
4.4.3. Podsumowanie	59
4.5. Uczestnicy badania porównawczego	60
4.6. Wyniki	60
4.6.1. Poczucie zdrowia	61
4.6.2. Depresyjność	62
4.6.3. Edukacja	63
4.6.4. Zaufanie	64
4.6.5. Wartości	66
4.6.6. Myślenie o przyszłości	73
4.6.7. Troska o innych	74
4.6.8. Szacunek	75
4.6.9. Wzajemna pomoc	76
4.6.10. Podsumowanie	77
4.7. Determinanty jakości życia osób z niepełnosprawnością w Szwecji i Polsce	79
4.7.1. Poczucie spełnienia i bliskości z innymi w najbliższej okolicy	79
4.7.2. Poziom pozytywnej energii	80
4.7.3. Zaufanie do instytucji międzynarodowych	81
4.7.4. Jakość życia osób z niepełnosprawnością w Szwecji	82
4.7.5. Jakość życia osób z niepełnosprawnością w Polsce	83
4.8. Podsumowanie	83
Zakończenie	85
Literatura	89
Komentarz	91
Aneks	95

Wstęp

Zadaniem niniejszej książki jest opis wybranych aspektów rzeczywistości, w której funkcjonują osoby z różnymi ograniczeniami sprawności fizycznej – rzeczywistości nie wyjętej z kontekstu, lecz rozpatrywanej na tle całego społeczeństwa polskiego oraz kilku wybranych państw europejskich. Skłonność do dokonywania porównań jest naturalnym odruchem społecznym. Ciekawi nas zatem, jak to jest z aktywnością osób doświadczających niepełnosprawności w innych społeczeństwach, jak wypadamy na tle innych – bo gdy porównujemy się z innymi dowiadujemy się więcej o nas samych. Książka ta ma za zadanie dostarczyć właśnie takich porównań – i to porównań na dwóch poziomach: (1) między osobami sprawnymi i osobami z ograniczoną sprawnością w Polsce oraz (2) między osobami sprawnymi i z ograniczoną sprawnością w Polsce a obiema tymi grupami w wybranych krajach europejskich.

Mamy nadzieję, że przeprowadzone przez nas analizy oraz wynikające z nich wnioski posłużą różnym grupom odbiorców – pracownikom organizacji pomocowych, stowarzyszeń i fundacji, zakładów opieki zdrowotnej, nauczycielom, a także osobom doświadczającym ograniczeń z powodu różnego rodzaju niepełnosprawności i ich rodzinom oraz wszystkim zainteresowanym problemem nierówności społecznych. Liczymy, że te grupy odbiorców dowiedzą się więcej zarówno o sobie, jak i o społeczeństwie, w którym żyją.

Anna Małgorzata Chodynicka i Piotr Rycielski

Warszawa, czerwiec 2008 roku

Niepełnosprawność i zasada pomocniczości

1.1. Wprowadzenie

Zanim rozpoczniemy omawianie sytuacji osób z ograniczoną sprawnością w Polsce i krajach Europy, chcielibyśmy za Światową Organizacją Zdrowia (WHO; źródło: *United Nations Information Center*, 2008) wprowadzić następujące określenia, uwzględniające stan zdrowia człowieka:

1. **Niesprawność** (ang. *impairment*) – każda utrata sprawności lub nieprawidłowość w budowie czy funkcjonowaniu organizmu pod względem psychologicznym, psychofizycznym lub anatomicznym;
2. **Niepełnosprawność** (ang. *disability*) – każde ograniczenie bądź niemożność (wynikające z niesprawności) prowadzenia aktywnego życia w sposób lub zakresie uznawanych za typowe dla człowieka;
3. **Ograniczenia w pełnieniu ról społecznych** (ang. *handicap*) – ułomność określonej osoby wynikająca z niesprawności lub niepełnosprawności, ograniczająca lub uniemożliwiająca pełną realizację roli społecznej odpowiadającej wiekowi, płci oraz zgodnej ze społecznymi i kulturowymi uwarunkowaniami.

W dalszej części książki skupimy się na wybranych psychologicznych i społecznych konsekwencjach niesprawności. Jak podaje Organizacja Narodów Zjednoczonych (źródło: *United Nations Information Center*, 2008), ponad 650 milionów osób na świecie jest niepełnosprawnych. Stanowi to około 10% całej populacji. Ludziom tym należą się takie same prawa, jakie posiadają pozostali członkowie społeczeństwa i taka sama możliwość uczestniczenia w życiu społecznym.

Ogłoszona w roku 2006 przez Organizację Narodów Zjednoczonych *Konwencja Praw Osób Niepełnosprawnych* ustala cztery priorytety, które mają zapewnić **równość** osobom niepełnosprawnym w społeczeństwie. Są to:

1. Promocja praw osób niepełnosprawnych oraz poszanowanie ich godności.
2. Możliwość swobodnego przemieszczania się, realizowana przez tworzenie otoczenia wolnego od barier dla osób niepełnosprawnych oraz możliwość swobodnego dostępu do informacji i usług komunikacyjnych.
3. Wspieranie organizacji zrzeszających osoby niepełnosprawne poprzez „Dobrowolny Fundusz na Rzecz Osób Niepełnosprawnych” (*UN Voluntary Fund on Disability*). Głównym celem Funduszu jest wspieranie organizacji pozarządowych w realizacji postanowień zawartych w Konwencji. Fundusz udziela wsparcia organizacjom, których działalność skierowana jest na podnoszenie świadomości w zakresie problematyki niepełnosprawności, wymianę doświadczeń oraz rozpowszechnianie technologii ułatwiających życie osobom niepełnosprawnym.
4. Włączenie tematyki niepełnosprawności do wszystkich kwestii związanych z rozwojem społecznym i gospodarczym państw.

1.2. Zasada pomocniczości

Opisana powyżej Konwencja Praw Osób Niepełnosprawnych jest zbliżona ideowo do postulowanego przez Chantall Millon-Delsol (1995) modelu pomagania opartego na **zasadzie subsydiarności**. Model ten w klasycznej definicji według papieża Piusa XI brzmi:

Co jednostka z własnej inicjatywy i własnymi siłami może zdziałać, tego nie wolno wydzierać na rzecz społeczeństwa; podobnie niesprawiedliwością, szkodą społeczną i zakłóceniem ustroju jest zabieranie mniejszym i niższym społecznościami tych zadań, które mogą spełnić, i przekazywanie ich społecznościami większym i wyższym. Każda akcja społeczna z uwagi na cel i ze swej natury ma charakter pomocniczy; winna pomagać członkom organizmu społecznego, a nie niszczyć ich lub wchłaniać.

Źródło: Waligóra, 1999, s. 3

W samej treści zasady znajdujemy, jak pisze ks. K. Waligóra (1995), następujące postulaty:

- **Zakaz odbierania** – co potrafi zrobić osoba, tego społeczeństwo nie powinno jej odbierać; jest to tzw. negatywny sens zasady.
- **Subsydiarne towarzyszenie** – pomoc dla samopomocy: w tym, czego dana osoba nie jest w stanie sama zrobić, powinna uzyskać pomoc od społeczeństwa; jest to tzw. pozytywny sens zasady.
- **Subsydiarna redukcja** – zezwolenie na samodzielność: gdy dana osoba uzyskała wystarczającą „pomoc dla samopomocy”, społeczeństwo nie powinno dłużej świadczyć jej pomocy; przerost opieki to pomoc alienująca.

Zasada ta jest normą regulującą napięcie zachodzące między dwoma biegunami: jednostką (osobą) a różnymi formami społeczeństwa; społecznościami bliższymi osobie a jej dalszymi (Waligóra, 1999). W zasadzie tej chodzi o uznanie

kryterium, które daje pierwszeństwo „mniejszego przed większym, zdecentralizowanego przed scentralizowanym, dynamiki przed statyką”.

I tak odpowiednio **zakaz odbierania** oznacza, że jeśli osoba poruszająca się na wózku jest w stanie samodzielnie wjechać po podjeździe zamontowanym przy schodach i nie prosi o pomoc, nie należy wprowadzać jej po tym podjeździe, ani tym bardziej wnosić po schodach. To, co osoba z niepełnosprawnością może zrobić sama – tego nie wolno jej odbierać.

Subsydiarne towarzyszenie oznacza wsparcie osoby z niepełnosprawnością na tyle, aby sama mogła wykonywać możliwie wszystkie czynności. W myśl tej zasady osobę niewidomą, która nie może czytać książek z powodu swojej niepełnosprawności, należy raczej zaopatrzyć w urządzenie czytające tekst niż za nią czytać.

Także zasada **subsydiarnej redukcji** powinna być rozumiana jako konieczność odstąpienia od udzielania pomocy, kiedy ta pomoc nie jest już niezbędna. W myśl tej zasady osoby, które nabywają niepełnosprawność w wypadku, powinny być na początku wspierane w procesie rehabilitacji i przyswajania umiejętności życiowych. Jednak kiedy tylko na nowo nauczą się niezbędnych umiejętności, takich jak np. poruszanie się, dbanie o higienę osobistą czy przygotowywanie posiłków, należy zrezygnować z wykonywania za nie tych czynności.

Konsekwencją stosowania zasady pomocniczości zgodnie ze współczesną wiedzą psychologiczną powinno stać się podniesienie poczucia podmiotowości obywateli, a zarazem zwiększenie ich poczucia godności osobistej i poczucia sprawczości, rozumianych jako wysoki poziom poczucia wewnętrznej kontroli nad otaczającym ich światem społecznym – chodzi tu zatem głównie o rozwój ich niezależności w zaspokajaniu potrzeb. Konsekwencje rozwoju takich postaw to lepsze i skuteczniejsze funkcjonowanie psychospołeczne, poprawa jakości życia i wyższy poziom samorozwoju. W efekcie **zasada pomocniczości sprzyja rozwojowi zintegrowanego społeczeństwa obywatelskiego** (MacCormick, 1997) **o rosnącej jakości życia**.

Zasada pomocniczości została wpisana do prawa Unii Europejskiej jako jedna z najważniejszych zasad prawnych. Niektórzy autorzy twierdzą nawet, że określeniem „subsydiarność” można by podsumować wszystkie ustalenia konferencji w Maastricht (Schilling, 1995). Skoro zatem jest to zasada rekomendowana traktatem z Maastricht do wprowadzenia w życie we wszystkich krajach Unii Europejskiej i z jej teorii wynika, jak wiele przynosi pożytku – przyjrzyjmy się, w jaki sposób jej realizacja w Polsce i krajach „starej” Unii przyczynia się do wsparcia osób z ograniczoną sprawnością.

Krajem, który jest uznawany za przodujący we wprowadzaniu największych zmian społecznych w celu poprawy jakości życia osób z niepełnosprawnością, jest Szwecja. Dobrze działający system szwedzkiej opieki społecznej ma za zadanie wspierać niezależność tej grupy osób. Pomoc czynników rządowych w Szwecji jest zgodna z zasadami subsydiarności i, jak zobaczymy w rozdziale dotyczącym porównań międzykulturowych, takie podejście przynosi dobre skutki – osoby z niepełnosprawnością mają bardzo zbliżone wyniki w różnych sondażach do wyników osób sprawnych. Uznajemy ten fakt za wskaźnik dowodzący, że obie grupy funkcjonują w podobny sposób, mają podobny dostęp do zasobów społecznych, takich jak edukacja, system opieki zdrowotnej, transport czy praca.

Skoro napisaliśmy, że „dobre pomaganie” jest kluczowe dla rozwoju niezależności u osób wspomaganych, przyjrzyjmy się, jak wygląda sytuacja wspierania osób z niepełnosprawnością w Polsce.

1.3. Niezależność osób z niepełnosprawnością

Jako kluczowe w naszych rozważaniach przyjmujemy **poczucie niezależności** osób z niepełnosprawnością. Osoby te bardzo często potrzebują pomocy w wykonywaniu czynności życia codziennego. Zwłaszcza jeśli niepełnosprawność jest wrodzona, wyłączenie osoby z niepełnosprawnością przez otoczenie jest stałym elementem jej funkcjonowania, którego nasilenie jest często niezmiennie od momentu urodzenia do dorosłości.

Jednym z ważnych aspektów rozwoju dziecka jest uniezależnianie się od opiekunów w różnych zakresach funkcjonowania: wykonywaniu czynności higienicznych, samodzielnym radzeniu sobie w sytuacjach społecznych, podejmowaniu decyzji i ponoszeniu ich konsekwencji. Jednak opiekunowie dzieci z niepełnosprawnością czasami nie wspierają ich w dążeniu do niezależności – wykonują za nie czynności, które po pewnym treningu dziecko mogłoby wykonywać samodzielnie, nie tylko bez ich pomocy, ale nawet bez ich obecności. Dotyczy to zarówno czynności fizycznych (dbanie o higienę osobistą, jedzenie, ubieranie), jak i funkcjonowania psychicznego (podejmowanie decyzji, obrona własnego zdania, wyrażanie swej opinii w jakiejś sprawie publicznie, pokonywanie przeszkód na drodze do rozwiązania problemu). Jak piszą autorzy w tomie 3 tej serii (Brzezińska i Kaczan, 2008), rozwój poczucia wewnętrznego umiejscowienia kontroli (tj. przekonania człowieka, że jego działania mają wpływ na to, co się z nim dzieje i kształtują jego życie) jest bardzo ważny dla funkcjonowania zawodowego w późniejszym życiu dzieci z niepełnosprawnością. Im silniejsze poczucie wewnętrznego umiejscowienia kontroli, tym większa potem satysfakcja z pracy i wyższa jakość życia.

Osoby z niepełnosprawnością, które są niezależne (mieszkają same lub z własną rodziną, ale pracują bądź uczą się, studiują, mają grono znajomych), podkreślają często dobroczynny wpływ stylu wychowania w okresie dzieciństwa i dorastania, stawiający na rozwój ich samodzielności. Oto przykładowe wypowiedzi takich osób:

Byłam traktowana jak inne, sprawne dzieci w rodzinie, miałam swoje obowiązki, nikt nie wyłączał mnie tam, gdzie mogłam sama sobie poradzić, nawet jeśli robiłam to wolno, z trudem;

lub

Wyjazd do szkoły z internatem spowodował, że musiałem się nagle usamodzielnic, dbać sam o siebie.

Źródło: na podstawie wywiadów prowadzonych przez autorkę z osobami z niepełnosprawnością w ramach projektu MISARN, opracowanie własne

Konstruktywna pomoc, zgodna z zasadami subsydiarności, może być zatem uznana za element kształtujący niezależne, samodzielne i odpowiedzialne za siebie jednostki. Pomoc nadmierna wobec osób z niepełnosprawnością może przetransformować się w mechanizm krzywdzący, uzależniający jednostkę od opiekunów i w efekcie odbierający jej wpływ na własne życie.

1.4. Podsumowanie

We wstępie została opisana zasada subsydiarności. Jej trzy najważniejsze treści to zakaz odbierania, subsydiarne towarzyszenie i subsydiarna redukcja. Wydaje się, że realizowanie tej zasady istotnie wpływa na podniesienie jakości życia osób z ograniczoną sprawnością. W dalszej części publikacji przyjrzymy się Polsce i wybranym krajom europejskim porównując funkcjonowanie osób z ograniczoną sprawnością i osób sprawnych pod kątem realizacji tej zasady.

Źródła danych sondażowych

2.1. Wprowadzenie

Skoro interesuje nas, w jaki sposób populacja osób z ograniczoną sprawnością odbiega (bądź też nie) w funkcjonowaniu psychiczno-społecznym od osób sprawnych, powinniśmy przeprowadzić odpowiednie porównania, które pozwolą poszukać właściwych odpowiedzi. Porównania będziemy prowadzić dwustopniowo.

Najpierw przyjrzymy się populacji polskiej. Zbadamy poziom jakości życia osób z niepełnosprawnością w Polsce i porównamy go z jakością życia osób bez niepełnosprawności. Sprawdzimy, w jakich obszarach te różnice są największe oraz czy o jakości życia w obu wyróżnionych grupach decydują podobne mechanizmy.

Następnie wprowadzimy do analiz kolejny poziom porównań. Będziemy porównywali wskaźniki funkcjonowania psychospołecznego osób z ograniczeniami niepełnosprawności i osób sprawnych w wybranych krajach europejskich: Francji, Wielkiej Brytanii i Szwecji. Da nam to nie tylko odpowiedź na pytanie, jakie widzimy różnice w funkcjonowaniu osób zdrowych i z ograniczoną sprawnością, ale także pokaże, w których krajach różnice te są największe lub najmniejsze oraz czy mechanizmy decydujące o jakości życia są w krajach europejskich podobne czy też nie.

2.2. Opis wykorzystanych zbiorów danych

2.2.1. Diagnoza społeczna

Do porównań między osobami z orzeczeniem o niepełnosprawności, osobami deklarującymi niepełnosprawność ze względu na swój stan zdrowia oraz osobami sprawnymi – bez niepełnosprawności – użyto zbioru danych pochodzących z sondażu *Diagnoza społeczna* (Czapiński i Panek, 2007). Badanie *Diagnoza społecz-*

na jest największym polskim badaniem społecznym powtarzaniem regularnie od 2000 roku. Badanie *Diagnoza społeczna* ma charakter publiczny. Wszyscy zainteresowani mogą nieodpłatnie pobrać ze strony internetowej www.diagnoza.com komplet tabel z rozkładami odpowiedzi oraz bazę danych skumulowanych z czterech pomiarów (przeprowadzonych w latach 2000, 2003, 2005 i 2007).

2.2.2. Europejski sondaż społeczny

Do przeprowadzenia serii porównań między osobami z niepełnosprawnością a osobami sprawnymi w wybranych krajach europejskich użyto zbioru danych pochodzących z trzeciej edycji *Europejskiego sondażu społecznego ESS* (Jowell, 2007).

Europejski sondaż społeczny jest potężnym badaniem społecznym, realizowanym regularnie w ponad trzydziestu krajach europejskich. Finansowanie sondażu pochodzi ze źródeł Komisji Europejskiej, Europejskiej Fundacji Nauki oraz funduszy na naukę w krajach biorących udział w programie. Koordynatorem projektu jest Roger Jowell z Centrum Porównawczych Badań Społecznych City University w Londynie.

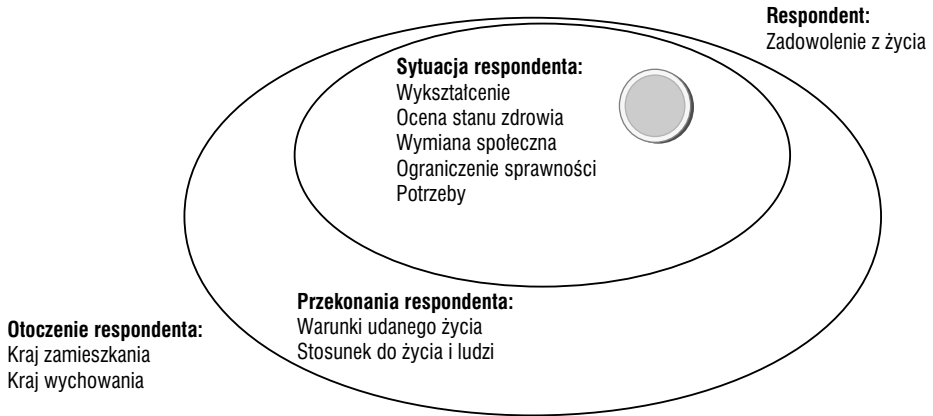
Kwestionariusz projektu ESS składa się z dwóch części, jednej względnie stałej, realizowanej co roku w podobnej formie, oraz z drugiej, w której umieszczone są moduły o różnej tematyce – dla różnych edycji. Moduł podstawowy ESS zawiera dziesiątki zmiennych dotyczących użytkowania mediów, zaufania społecznego, uczestnictwa w życiu politycznym, poczucia skuteczności obywatelskiej, systemu wartości, przekonań religijnych, dobrostanu psychologicznego i ekonomicznego, a także zmiennych demograficznych.

2.2.3. Dane z badań własnych realizowanych przez Pentor

W książce wykorzystano również zbiór danych sondażowych pochodzących z własnego badania ilościowego z roku 2007. Badanie to zostało szczegółowo opisane w aneksie zamieszczonym na końcu niniejszego tomu. Badania te były realizowane wyłącznie na populacji osób z ograniczoną sprawnością, dlatego wyniki pochodzące z tego zbioru będą przedstawiane jako ilustracja niektórych tez, lecz nie będą służyły do porównań z grupą osób bez ograniczenia sprawności.

2.3. Analizowane obszary funkcjonowania respondentów

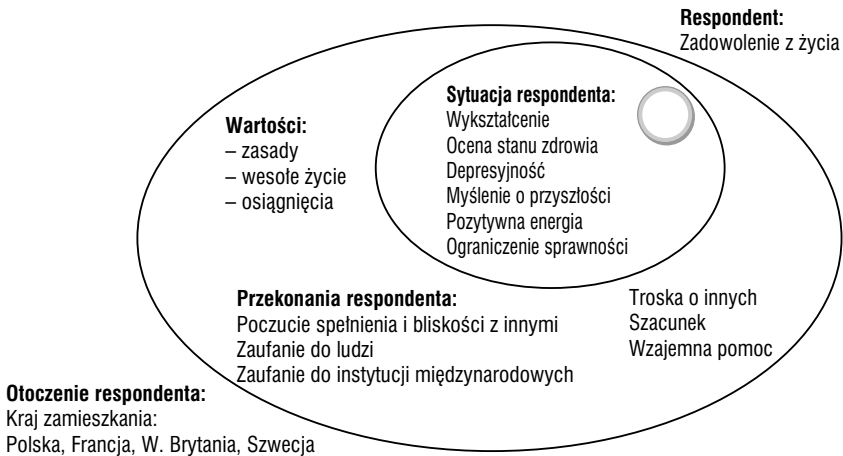
Zanim przejdziemy do omawiania wyników uzyskanych w toku analizy danych, przedstawimy zmienne odnoszące się do funkcjonowania psychicznego i społecznego, które poddaliśmy analizom w dalszej części książki.



Rys. 1. Schemat analizowanych zmiennych na próbie polskiej

Źródło: opracowanie własne

Na rys. 1 przedstawiliśmy schemat zmiennych wybranych do analizy dla porównań osób z ograniczoną sprawnością i osób sprawnych na próbie polskiej. Jako najbardziej podstawową kategorię opisującą funkcjonowanie psychospołeczne respondenta przyjęliśmy **zadowolenie z życia**. Następnie uwzględniliśmy sytuację społeczną respondenta – w tym jego wykształcenie, ograniczenie sprawności bądź jego brak, kontakty nawiązywane z innymi ludźmi czy też poziom zaspokojenia potrzeb. Kolejną analizowaną warstwą zmiennych są przekonania respondenta – jego stosunek do życia i ludzi. Pozostaje to wszystko w jednolitym kontekście kulturowym jednego kraju – Polski.



Rys. 2. Schemat analizowanych zmiennych na próbie międzynarodowej: próba polska, francuska, brytyjska i szwedzka

Źródło: opracowanie własne

W analizach zmiennych na próbie międzynarodowej, przedstawionych na rys. 2, również jako podstawową kategorię opisującą funkcjonowanie psychospołeczne respondenta przyjęliśmy **zadowolenie z życia**. Następnie uwzględniliśmy sytuację społeczną respondenta – jego wykształcenie, ograniczenie sprawności bądź jego brak, sytuację zdrowotną i psychologiczną. Jako kolejną analizowaną warstwę zmiennych uwzględniliśmy przekonania respondenta – jego stosunek do innych ludzi (bliskość, szacunek, wzajemne wsparcie), poziom zaufania czy wyznawany system wartości. Będzie to analizowane i porównywane w kontekście kulturowym Polski, Francji, W. Brytanii i Szwecji. Uznaliśmy, że te właśnie zmienne są istotne dla funkcjonowania psychospołecznego wyróżnionych grup respondentów.

Analiza polskich danych sondażowych

3.1. Wprowadzenie

Porównania wewnątrz Polski opierają się na danych pochodzących z *Diagnozy społecznej* (Czapiński i Panek, 2007). Porównanie grup, które stosujemy w poniższym rozdziale, opiera się na rozumieniu niepełnosprawności uwzględniającym nie tylko niepełnosprawność prawną (orzeczenie komisji lekarskiej, *OzON*), ale i biologiczną (na podstawie oświadczenia o kalectwie lub przewlekłej chorobie, ograniczających możliwości wykonywania podstawowych czynności życiowych, *OdN*), co pozwala na uwzględnienie faktycznego, a nie tylko formalnie udokumentowanego zagrożenia wykluczeniem społecznym wynikającym z ograniczenia sprawności. Trzecią grupą wprowadzoną do porównań są osoby sprawne (niedeklarujące ograniczenia sprawności i nieposiadające orzeczenia komisji lekarskiej o niepełnosprawności, *OS*). Liczebności analizowanych grup przedstawia tab. 1.

Tabela 1. Podział osób badanych ze względu na poziom niepełnosprawności. Dane ze zbioru pochodzącego z *Diagnozy społecznej 2007*

Analizowana grupa	Liczebność w analizowanym zbiorze
OzON: Osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności	1 219*
OdN: Osoby deklarujące niepełnosprawność	465*
OS: Osoby sprawne	10 724*

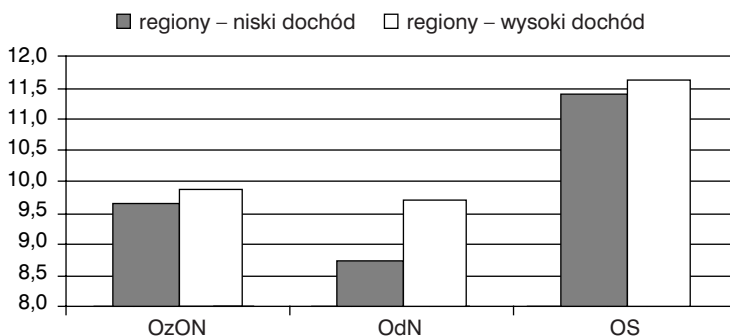
* Liczebności mogą się nieznacznie różnić w kolejnych analizach ze względu na braki danych. Nie każdy respondent zgodził się odpowiedzieć na wszystkie zadane pytania.

3.2. Analiza sytuacji osób z ograniczoną sprawnością w Polsce

3.2.1. Wykształcenie

Wykształcenie to rodzaj kapitału, który zebrali respondenci. Wyższy poziom wykształcenia może skutkować większą niezależnością sądów, samodzielnością myślenia i również przekładać się na większe szanse zatrudnienia i autonomię w codziennym życiu. Poziom wykształcenia mierzony liczbą lat nauki szkolnej w podziale na regiony o wysokich i niskich dochodach przedstawia rys. 3. Możemy zaobserwować wyraźnie większą liczbę lat nauki szkolnej wśród osób sprawnych niż wśród osób deklarujących niepełnosprawność lub posiadających orzeczenie lekarskie o niepełnosprawności. Zależność ta utrzymuje się zarówno dla regionów o niskim, jak i wysokim dochodzie, choć w tym drugim przypadku dysproporcja jest znacznie mniejsza. Oznacza to, że osoby z ograniczoną sprawnością wcześniej przerywają naukę niż osoby sprawne. Ponad 35% osób z orzeczeniem o niepełnosprawności jest niezadowolonych z poziomu edukacji, jaki udało się im osiągnąć (źródło: badania własne realizowane przez Pentor). Powodem tego mogą być między innymi dwa czynniki¹:

- rzeczywiste niedostosowanie systemu szkolnictwa (od strony architektonicznej i społecznej) do potrzeb osób niepełnosprawnych,
- postrzeganie systemu szkolnictwa w Polsce jako niedostosowanego do potrzeb osób z ograniczoną sprawnością.



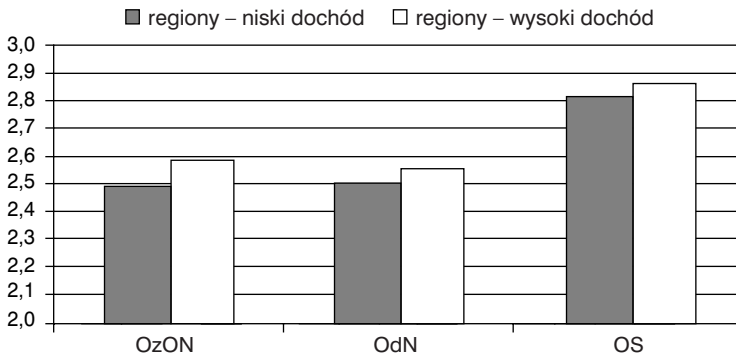
Rys. 3. Lata nauki szkolnej w podziale na regiony o niskich i wysokich dochodach

Źródło: Diagnoza społeczna, opracowanie własne

¹ Więcej na temat edukacji osób z ograniczoną sprawnością znajdzie czytelnik w tomie autorstwa K. Maja, A. Resler-Maj i A. Morysińskiej (2008).

3.2.2. Zadowolenie z życia

Poczucie zadowolenia z życia wśród osób z ograniczoną sprawnością jest istotnie niższe w porównaniu z grupą osób bez niepełnosprawności. Na rys. 4 przedstawiono tę zależność również w podziale na regiony o niższych i wyższych dochodach. Osoby mieszkające w regionach bogatszych deklarują nieco wyższy poziom zadowolenia z życia, zarówno te z niepełnosprawnością, jak i bez niepełnosprawności. Wyższy poziom zadowolenia z życia w grupach osób pochodzących z bogatszych regionów Polski związany jest prawdopodobnie z wyższymi dochodami.



Rys. 4. Średnie poczucie zadowolenia z życia mierzonego na 4-stopniowej skali w podziale na regiony o niskich i wysokich dochodach

Źródło: Diagnoza społeczna, opracowanie własne

3.2.3. Warunki udanego życia

Respondentom sondażu postawiono pytanie, jaki jest warunek udanego życia. Przeprowadzona analiza (analiza czynnikowa²) pokazała kilka najważniejszych grup wiązek, w które układają się udzielone odpowiedzi. Uzyskane czynniki wraz z ich opisanymi wymiarami przedstawia poniższe zestawienie:

Czynnik 1. Co jest najważniejsze w rodzinie?

- Dzieci i udane małżeństwo nie są ważne
- Najważniejsze są dzieci i udane małżeństwo

Czynnik 2. Co jest najważniejsze w mojej osobie?

- Najważniejsze jest dla mnie zdrowie
- Najważniejsze są dla mnie wolność, optymizm i siła charakteru

² Analiza czynnikowa z rotacją Varimax. Uzyskane cztery czynniki tłumaczą łącznie 41% wariancji.

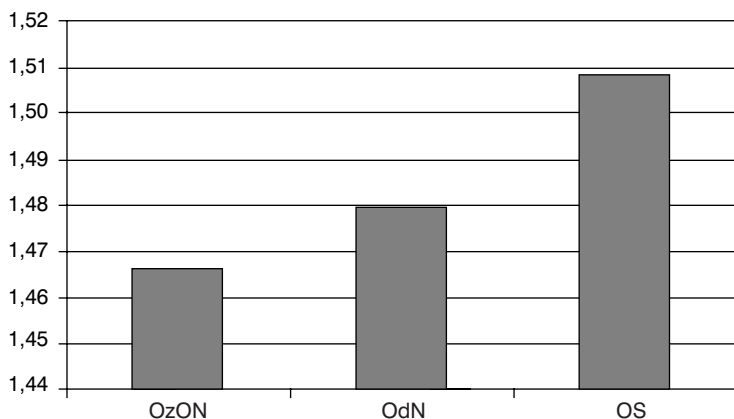
Czynnik 3. Co jest najważniejsze w życiu?

- Najważniejszy w życiu jest Bóg _____
- Najważniejsze są praca i wykształcenie

Czynnik 4. Co jest najważniejsze w życiu społecznym?

- Najważniejsze są pieniądze _____
- Najważniejsze są uczciwość i życzliwość

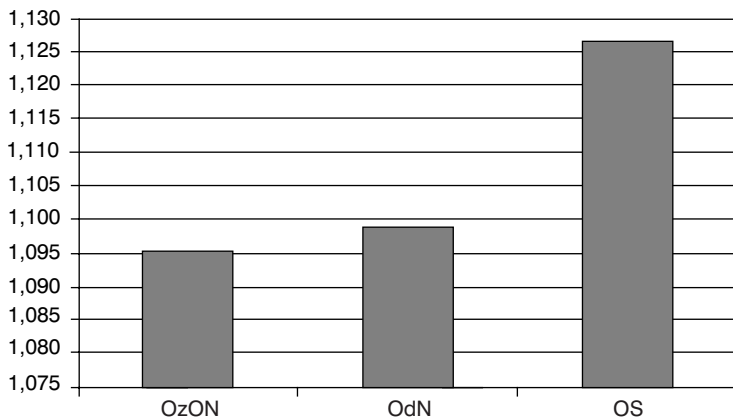
Jak pokazano na rys. 5, najczęściej to osoby sprawne deklarują, że **dzieci i małżeństwo** należą do najważniejszych spraw w ich życiu. Osoby deklarujące niepełnosprawność wskazują na ważność dzieci i małżeństwa nieco rzadziej, natomiast najniższe poziomy tego wskaźnika możemy zaobserwować w grupie osób z orzeczeniem o niepełnosprawności. Być może dzieci i małżeństwo wydają się osobom sprawnym najbardziej oczekiwaną drogą życiową, stąd też ich wynik jest najwyższy. Osoby z ograniczeniem sprawności – deklarowanym bądź potwierdzonym przez orzeczenie komisji lekarskiej – wskutek trudniejszej sytuacji życiowej skupiają swoją uwagę także na innych sprawach, takich jak zapewnienie sobie odpowiednich warunków bytowych czy troska o zdrowie.



Rys. 5. Średnia częstość deklaracji, jak ważne są dzieci i małżeństwo
Źródło: Diagnoza społeczna, opracowanie własne

Na pytanie, co jest najważniejsze w mojej osobie – **zdrowie** (sprawność fizyczna) czy też – **siła charakteru i optymizm** (przymioty wewnętrzne) osoby z ograniczoną sprawnością wyraźnie wskazują zdrowie, natomiast osoby sprawne skłaniają się ku sile charakteru i optymizmowi. Jest to wynik zrozumiały – grupy istotnie częściej wskazujące zdrowie jako rzecz w życiu najważniejszą to te, którym go brakuje. Zdrowie jest w grupie osób z orzeczeniem o niepełnosprawności najczęściej wskazywane jako rzecz ważna (źródło: badania własne realizo-

wane przez Pentor). Być może osoby z ograniczeniem sprawności w wyniku doświadczanych problemów ze zdrowiem przyzwyczajają się do koncentracji uwagi na sobie, co jest **strategią adaptacyjną**, jednak może przynosić pewne efekty uboczne, jak rosnący egocentryzm czy nieznacznie mniejsze w stosunku do grupy osób sprawnych koncentrowanie się na potrzebach innych członków rodziny. Opisaną zależność obrazuje rys. 6.



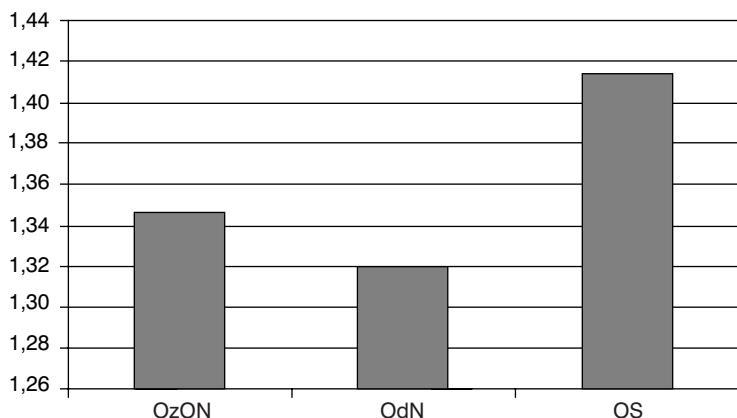
Rys. 6. Średnia częstość deklaracji, jak ważne są wolność, optymizm i siła charakteru

Źródło: Diagnoza społeczna, opracowanie własne

Czy sfera zawodowa jest w życiu najważniejsza? Czy warunkiem udanego życia jest dążenie do samorozwoju? Czy raczej należy zwrócić się w stronę Boga? W odpowiedzi na te pytania również obserwujemy istotne różnice w wynikach grupy osób sprawnych i osób z ograniczeniami sprawności.

Praca i wykształcenie są wskazywane jako sprawy ważne przez wszystkie grupy respondentów, jednak najczęściej obserwujemy te wskazania w grupie osób bez ograniczeń sprawności. Opisane wyniki znajdują się na rys. 7. Może to wynikać z braku barier fizycznych czy psychicznych do podjęcia pracy lub kontynuowania wykształcenia. Osoby sprawne rzadziej mają problemy ze zdrowiem, które uniemożliwiałyby im rozwój zawodowy i edukację. Osoby z ograniczoną sprawnością wymieniają natomiast wiele ograniczeń w możliwościach podjęcia pracy zawodowej, z których najczęściej pojawiające się to stan zdrowia i poczucie braku posiadania odpowiednich kompetencji na rynku pracy (źródło: badania własne realizowane przez Pentor).

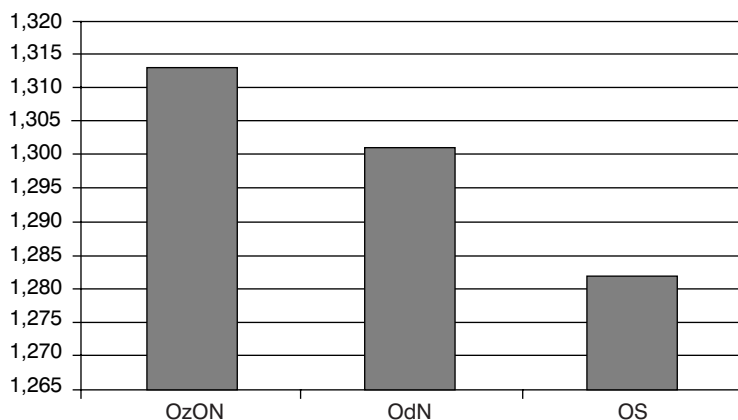
Osoby z ograniczeniem sprawności częściej wskazują, że Bóg jest ważny w ich życiu. **Wiara i religia** mogą dostarczać osobom z ograniczoną sprawnością wsparcia, którego potrzebują. Wśród osób z ograniczoną sprawnością 60% badanych deklaruje uczestnictwo w nabożeństwach trzy razy w miesiącu lub częściej (źródło: badania własne realizowane przez Pentor).



Rys. 7. Średnia częstość deklaracji, jak ważne są praca i wykształcenie
Źródło: Diagnoza społeczna, opracowanie własne

Na pytanie dotyczące **relacji społecznych** – czy ważne w życiu są uczciwość i życzliwość czy raczej posiadanie dużej ilości pieniędzy, osoby sprawne w sposób istotny wskazują na dobra materialne. Osoby deklarujące niepełnosprawność istotnie częściej wskazują na życzliwość i uczciwość, natomiast najwyżej ceniącą te przymioty grupą są osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności. Wydaje się, że osoby z ograniczoną sprawnością w sposób szczególny stają się wrażliwe na kontakty międzyludzkie. Budowanie relacji społecznych opartych na wrażliwości i uczciwości wobec drugiego człowieka stanowi dla nich o wiele większą wartość niż w grupie osób sprawnych, które bardziej skłonne są za warunek udanego życia uznać raczej pieniądze.

Mimo że **pieniądze** na pewno są ważnym środkiem dla wszystkich opisywanych grup, to na wymiarze: „pieniądze-uczciwość” osoby sprawne przykładają



Rys. 8. Średnia częstość deklaracji, jak ważne są w życiu uczciwość i życzliwość
Źródło: Diagnoza społeczna, opracowanie własne

większą wagę do pieniędzy, natomiast osoby z ograniczoną sprawnością do uczciwości i życzliwości. Osoby sprawne mają wyższy poziom niezależności związany z wyższym poziomem sprawności. Radzą sobie lepiej w sferze zawodowej i kontaktach społecznych, dzięki czemu nie muszą polegać na życzliwości i dobrej woli innych i w razie czego mogą walczyć o swoje. Osoby z ograniczoną sprawnością często pozostając w sytuacji głębokiej zależności od opiekunów czy instytucji pomocowych całkowicie zależą od uczciwego i życzliwego wobec nich postępowania, mając ograniczone możliwości wpływania na swoją sytuację. Wagi przypisywane uczciwości i życzliwości przedstawia rys. 8.

O wyniku tym szczególnie powinni pamiętać pracownicy sektora wspierającego osoby z ograniczoną sprawnością. Wsparcie finansowe przekazywane osobom z ograniczoną sprawnością powinno być udzielane w sposób życzliwy i uprzejmy. Liczą się, jak widać, nie tylko przekazane środki, ale również sposób ich przekazania – profesjonalny, z zachowaniem reguł uczciwości i sprawiedliwości. Wyniki te układają się w opisywany w literaturze **trójkąt satysfakcji** (Moore, 2003), który wydaje się być szczególnie ważny w przypadku osób z ograniczoną sprawnością. Satysfakcja z wzajemnej interakcji zgodnie z opisywanym modelem trójkąta jest wynikiem:

- satysfakcji merytorycznej,
- satysfakcji psychologicznej,
- satysfakcji proceduralnej.

W opisywanym przez nas kontekście, np. udzielania wsparcia finansowego, można by to przełożyć na:

- zadowolenie z rodzaju czy adekwatności udzielonej pomocy,
- zadowolenie z kontaktu z osobą pomagającą (uprzejmość, życzliwość, sposób udzielenia pomocy),
- poczucie uczciwości w uzyskanej pomocy (bez oszustw, traktowanie na równi z innymi, brak dyskryminacji ze względu na niską możliwość wywierania wpływu).

Zgodnie z opisanym modelem zaburzenie którejkolwiek z trzech składowych satysfakcji w sposób istotny obniża poziom zadowolenia z przebiegu interakcji (w tym przypadku procesu udzielania pomocy materialnej) lub w ogóle to zadowolenie uniemożliwia. Należy zatem dbać o to, aby podczas przekazywania pomocy czy wsparcia uruchomić wszystkie trzy „wierzchołki trójkąta” – **wspierać rzeczowo, uczciwie i z szacunkiem**. Jest to tym bardziej ważne, że, jak zauważy czytelnik w części dotyczącej porównań kulturowych, osoby z niepełnosprawnością bardziej niż osoby sprawne cenią okazywanie im szacunku.

3.2.4. Stosunek do życia i ludzi

Należy pamiętać, że człowiek nie jest zawieszony w próżni, lecz żyje w świecie społecznym, gdzie spotyka innych ludzi, musi się z nimi komunikować, budować sobie ich obraz, decydować, w jaki sposób i według jakich norm będzie z nimi postępował. Respondentom zadano serię pytań o wartości i poglądy wyznawane przez nich w życiu. Przeprowadzona analiza czynnikowa wykazała istnienie czterech głównych elementów opisujących podejście do życia. Pytania w wiążkach posłużyły do utworzenia grup pytań – czynników³ (o zadowalającej rzetelności).

A. Czynniki pierwszy: materializm. Opisuje podejście do życia oparte na dobrach materialnych, pieniądzach, drogich przedmiotach. Związany jest z konsumpcyjnym stylem życia i opiera jego budowanie w znacznej mierze na posiadaniu. Pozycje testowe wchodzące w skład czynnika to:

1. Miarą życiowego sukcesu jest stan posiadania różnych dóbr materialnych
2. Podziwiam ludzi, którzy mają drogie domy, samochody i ubrania
3. Lubię mieć rzeczy, których inni mogliby mi zazdrościć
4. Przywiązuję dużą wagę do dóbr materialnych
5. Lubię kupować rzeczy, które nie mają praktycznego znaczenia

B. Czynniki drugi: hedonizm. Opisuje podejście do życia oparte na przyjemnościach. Najważniejsza jest zabawa i przyjemność. Pod względem konsumpcyjnego trybu życia przypomina materializm, jednak ukierunkowany jest bardziej społecznie – na cieszenie się życiem, najlepiej z innymi. Pozycje testowe wchodzące w skład tego czynnika to:

1. Mam bardzo dużo energii w sobie
2. Chciałabym dobrze, atrakcyjnie wyglądać
3. Pragnę zyskiwać przyjaciół
4. Z niecierpliwością czekam, co przyniesie każdy kolejny dzień
5. Samo robienie zakupów sprawia mi prawdziwą radość

C. Czynniki trzeci: egalitaryzm. Opisuje podejście do życia oparte na przekonaniu o całkowitej równości wszystkich ludzi. Wszyscy powinni być sobie równi, także pod względem stanu posiadania. Nie akceptuje podziału na bogatych

³ Analiza czynnikowa z rotacją Varimax. Uzyskane cztery czynniki tłumaczą łącznie 53% wariancji.

i biednych – wszyscy powinni zarabiać tyle samo. Pozycje testowe wchodzące w skład tego czynnika to:

- | |
|--|
| 1. Powinniśmy dążyć do tego, aby dochody wszystkich ludzi były w miarę wyrównane |
| 2. W idealnym świecie wszystkie narody powinny być sobie równe |

D. Czynniki czwarty: prawicowy autorytaryzm. Opiera się na przekonaniu o słuszności pewnych nierówności społecznych. Światopogląd taki zakłada, że są ludzie gorsi i lepsi, zasługujący na szacunek lub też nie. Pozycje testowe wchodzące w skład tego czynnika to:

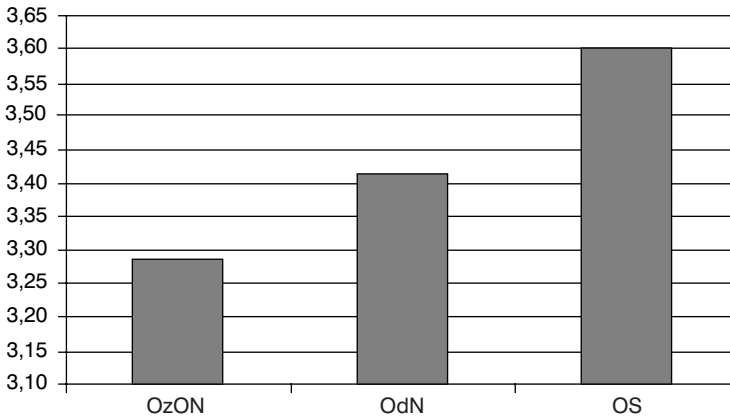
- | |
|---|
| 1. Niektórzy ludzie są więcej warci od innych |
| 2. Niektóre grupy ludzi nie zasługują na szacunek |

Dwa ostatnie czynniki odnoszą się do dysfunkcyjnych przekonań o świecie społecznym. Dążenie do ujednoczenia świata i traktowanie wszystkich równo może wynikać z doświadczanych nierówności i korelować z postawami roszczeniowymi. Przekonanie o istnieniu lepszych i gorszych grup ludzi jest z kolei właściwe dla syndromu osobowości autorytarnej i jest powiązane ze sztywnością poznawczą i skłonnością do stereotypizacji.

Poziom **materializmu** wśród osób badanych związany jest ze stopniem posiadanej niepełnosprawności. Najwyższy poziom materializmu jako orientacji życiowej przedstawiają osoby bez ograniczenia sprawności. Osoby deklarujące ograniczenie sprawności mają niższy poziom materializmu, natomiast najniższym poziomem materializmu cechują się osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności. Wyniki te przedstawia rys. 9.

Wyniki te oznaczają, że osoby z ograniczeniami sprawności nie budują swojego życia na prostej konsumpcji. Wartości odnajdują prawdopodobnie w innych obszarach – osoby z ograniczoną sprawnością, którym zadano pytanie o istotne dla nich sprawy, jako rzeczy ważne wymieniały poczucie bycia potrzebnym i potrzebę kontaktu z kimś bliskim (źródło: badania własne realizowane przez PENTOR). Wynik taki wskazuje na zwrócenie się osób niepełnosprawnych raczej na relacje niż na sprawy materialne.

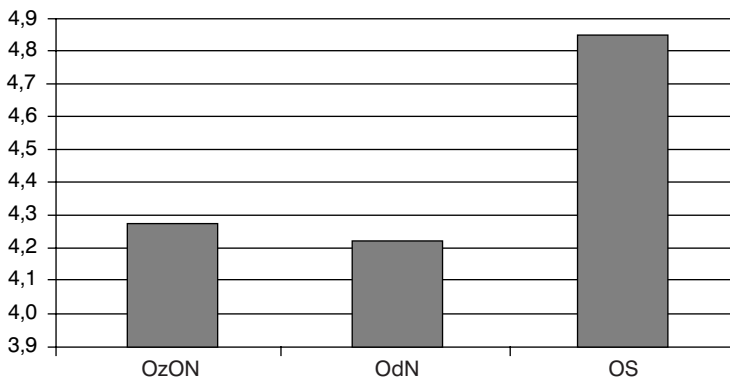
Wskaźniki **hedonizmu** wśród grupy badanych przedstawia rys. 10. Grupa osób bez ograniczenia sprawności odznacza się najwyższym poziomem hedonizmu. Są to osoby najbardziej nastawione na kontakty z przyjaciółmi i zabawę – niecierpliwie czekające na to, jakie przyjemności przyniesie im kolejny dzień. Takie nastawienie do życia jest w sposób istotny niższe w grupach osób deklarujących niepełnosprawność bądź posiadających orzeczenie o niepełnosprawności (te dwie grupy nie różnią się istotnie od siebie w tym zakresie). Może to wynikać z ograniczeń w kontaktach towarzyskich wśród osób z ograniczoną sprawnością. Ograniczona mobilność, korzystanie z renty, nieprzebywanie w ciągu dnia w zakładzie pracy skutkują ograniczeniem kontaktów towarzyskich.



Rys. 9. Poziom materializmu

Źródło: Diagnoza społeczna, opracowanie własne

Osoby z ograniczoną sprawnością (zarówno deklarujące niepełnosprawność, jak i mające orzeczenie komisji lekarskiej) deklarują posiadanie istotnie niższej liczby znajomych i przyjaciół niż osoby bez ograniczenia sprawności. Może to skutkować niższym poziomem nastawienia na czerpanie przyjemności z kontaktów towarzyskich. Jednocześnie, jak pisaliśmy powyżej, osoby z ograniczoną sprawnością mają ogromną potrzebę bliskiego kontaktu z drugim człowiekiem (źródło: badania własne realizowane przez Pentor). Dlatego w procesie wsparcia osób z ograniczoną sprawnością należy pomyśleć o okazjach i sytuacjach prowokujących kontakt – wymuszających rozmowę z drugim człowiekiem. O sytuacjach, które sprzyjałyby możliwościom bezpiecznego nawiązania przyjaznej bliskości z innymi ludźmi. Dobrym pomysłem jest organizowanie w danej społeczności lokalnej takiej przestrzeni, w której osoby sprawne i z ograniczoną sprawnością mogłyby się spotykać z powo-



Rys. 10. Średni poziom wskaźnika hedonizmu

Źródło: Diagnoza społeczna, opracowanie własne

du swoich wspólnych zainteresowań. Może to być wspólna gra w bule, brydża czy popularne gry strategiczne.

W zakresie **egalitaryzmu** i **prawicowego autorytaryzmu** nie zaobserwowano istotnych różnic między grupami osób sprawnych i z ograniczeniami sprawności. Być może te dysfunkcyjne przekonania nie są powiązane jedynie z ograniczeniem sprawności, lecz są cechami osobowości względnie niezależnymi od stanu zdrowia respondentów.

3.2.5. Potrzeby osób sprawnych i z ograniczoną sprawnością

Opisując sytuację życiową osób z ograniczoną sprawnością nie sposób zapomnieć o analizie ich sytuacji życiowej. Opisywaliśmy już takie aspekty życia, jak przekonania o życiu czy wyznawane wartości. Obecnie chcielibyśmy przypatrzeć się różnicom w poziomie zaspokojenia różnego rodzaju potrzeb wśród osób sprawnych i z ograniczeniami sprawności. W celu analizy poziomu zaspokojenia potrzeb osób badanych postawiono respondentom pytania dotyczące satysfakcji i zadowolenia w różnych obszarach życia.

Analiza czynnikowa⁴ wykazała, że pytania te układają się w pięć elementów opisujących kolejno:

1. Najważniejsze potrzeby biologiczne.
2. Potrzeby rozwoju i samorealizacji.
3. Życie rodzinne.
4. Miejsce zamieszkania.
5. Warunki w miejscowości zamieszkania.

Szczegółową listę kwestii tworzących poszczególne wiązki cech przedstawia tab. 2.

Tabela 2. Elementy opisujące poziom zaspokojenia potrzeb respondentów

Czynnik pierwszy: Potrzeby podstawowe
1. Zadowolenie z obecnych dochodów rodziny
2. Zadowolenie z sytuacji finansowej rodziny
3. Zadowolenie z możliwości zaspokojenia potrzeb żywnościowych
4. Zadowolenie z perspektyw na przyszłość
Czynnik drugi: Potrzeby rozwojowe
1. Zadowolenie ze swojego wykształcenia
2. Zadowolenie ze sposobu spędzania wolnego czasu
3. Zadowolenie ze swoich osiągnięć życiowych
4. Zadowolenie ze swojego uczestnictwa w kulturze
5. Zadowolenie z pracy
6. Zadowolenie ze stosunków z kolegami (grupą przyjaciół)

⁴ Analiza czynnikowa z rotacją Varimax. Uzyskane pięć czynników tłumaczy łącznie 56% wariacji.

cd. tabeli 2.

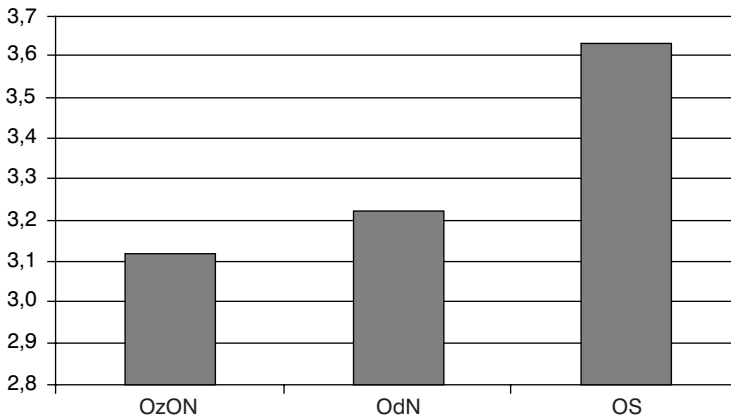
Czynnik trzeci: Satysfakcja z życia rodzinnego
<ol style="list-style-type: none"> 1. Zadowolenie z małżeństwa 2. Zadowolenie z dzieci 3. Zadowolenie ze stosunków z najbliższymi w rodzinie 4. Zadowolenie z życia seksualnego 5. Zadowolenie ze stanu swojego zdrowia
Czynnik czwarty: Satysfakcja z miejsca zamieszkania
<ol style="list-style-type: none"> 1. Zadowolenie z opieki zdrowotnej blisko miejsca zamieszkania 2. Zadowolenie ze stanu bezpieczeństwa w miejscu zamieszkania 3. Zadowolenie z norm moralnych panujących w otoczeniu 4. Zadowolenie z sytuacji w kraju
Czynnik piąty: Satysfakcja z warunków w miejscu zamieszkania
<ol style="list-style-type: none"> 1. Zadowolenie z miejscowości, w której Pani/Pan żyje 2. Zadowolenie z poziomu dostępnych dóbr i usług 3. Zadowolenie z warunków mieszkaniowych

Źródło: Diagnoza społeczna, opracowanie własne

Zaspokojenie **potrzeb podstawowych** uważa się w psychologii za podstawowy wskaźnik funkcjonowania człowieka. Poziom zaspokojenia potrzeb podstawowych – czyli poczucia bezpieczeństwa finansowego, posiadania pracy czy środków na żywność – jest istotnie niższy w grupach osób z ograniczoną sprawnością, przy czym osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności deklarują ten wskaźnik jako najniższy. Zależność ta przedstawiona jest na rys. 11. Powody tak niskiego poziomu zaspokojenia potrzeb podstawowych wśród osób z ograniczoną sprawnością wydają się mieć głównie podłoże ekonomiczne. Pozostawanie na rencie nie gwarantuje dochodów na poziomie pozwalającym na zaspokojenie wszystkich pojawiających się potrzeb, a perspektywy zatrudnienia w grupie osób niepełnosprawnych nie są satysfakcjonujące.

Zaspokojenie takich **potrzeb rozwojowych** człowieka, jak wykształcenie, relacje z przyjaciółmi czy uczestnictwo w kulturze również jest istotnie niższe w grupach osób z ograniczeniem sprawności niż w grupie osób sprawnych. Osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności i deklarujące niepełnosprawność nie różnią się od siebie pod względem poczucia zaspokojenia potrzeb rozwojowych. Z czego wynikają takie różnice?

Oprócz powodów finansowych, opisanych przy okazji potrzeb podstawowych, w przypadku potrzeb rozwojowych dochodzą bariery psychologiczne i społeczne. Należać do nich mogą bariery architektoniczne, w znacznym stopniu utrudniające bądź wręcz uniemożliwiające kontakty społeczne, ale również przekonania osoby niepełnosprawnej, że nie może ona uczestniczyć w pełni w życiu kulturalnym i społecznym, ponieważ na przykład:

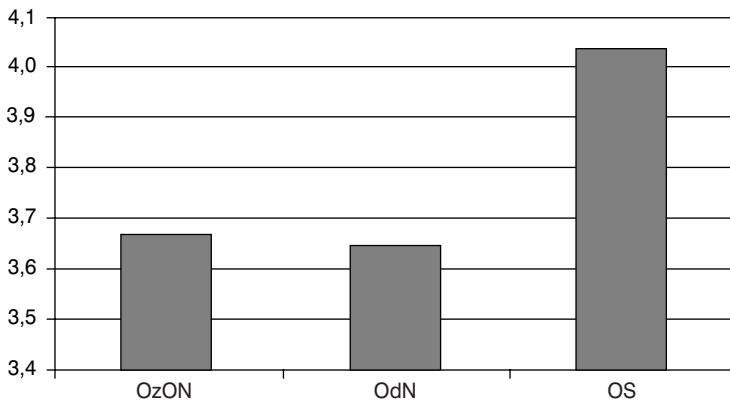


Rys. 11. Poziom zaspokojenia potrzeb podstawowych

Źródło: Diagnoza społeczna, opracowanie własne

- uważa, że nie powinna mieć wygórowanych oczekiwań,
- ma trudności z poruszaniem się i może sprawić kłopot opiekunom poprzez angażowanie się w dodatkowe aktywności,
- jest przekonana, że niektóre aktywności przeznaczone są wyłącznie dla osób sprawnych,
- obawia się spotkania z nieznaną grupą.

Trudności te, mimo że wydają się łatwe do przezwyciężenia, są poważnym wyzwaniem dla osoby z ograniczoną sprawnością. Przewyciężenie ich może wymagać znacznego wysiłku i najlepiej, aby odbywało się przy wyraźnym wsparciu osób bliskich, terapeutów lub rehabilitantów, z zachowaniem zasad pomocy subsydiarnej. Poziom zaspokojenia potrzeb rozwojowych w badanej grupie przedstawia rys. 12.

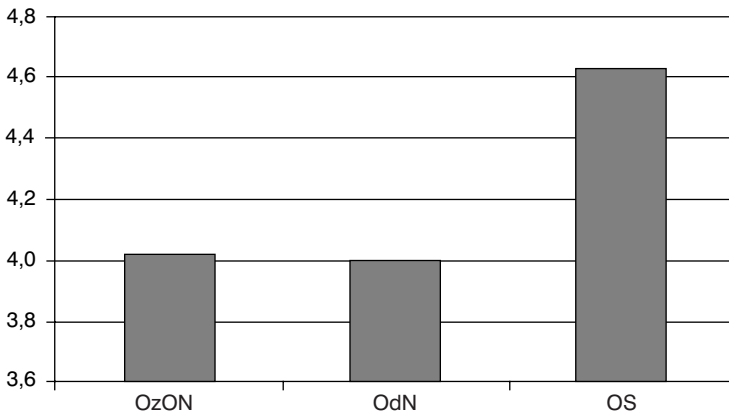


Rys. 12. Poziom zaspokojenia potrzeb rozwojowych

Źródło: Diagnoza społeczna, opracowanie własne

Kolejnym obszarem ważnym dla funkcjonowania człowieka jest jego **życie rodzinne**. Zadowolenie ze swojego życia rodzinnego, w tym z małżeństwa, dzieci, stanu zdrowia i życia seksualnego, jest istotnie niższe u osób z ograniczeniem sprawności. Osoby bez ograniczenia sprawności deklarują w tym zakresie istotnie wyższy poziom satysfakcji. Zależność tę przedstawia rys. 13. Z czego wynika niski poziom satysfakcji z życia rodzinnego u osób z ograniczoną sprawnością?

Ta grupa osób doświadcza wielu trudności w ułożeniu sobie życia rodzinnego. Aby założyć własną rodzinę, potrzebne są warunki materialne oraz psychologiczne. Przyczyny materialne utrudniające założenie rodziny to brak mieszkania i dochodów pozwalających na samodzielność, co przy utrudnionym dostępie do pracy wśród osób z ograniczoną sprawnością stanowić może poważną przeszkodę. Powody psychologiczne to głębokie, często uzależniające, relacje z opiekunami, szczególnie wśród osób, których ograniczenie sprawności jest wrodzone lub nabyte we wczesnym wieku dziecięcym – utrudnia to lub nawet uniemożliwia oderwanie się od rodziców czy opiekunów, wejście w związek partnerski i utworzenie własnego domu.



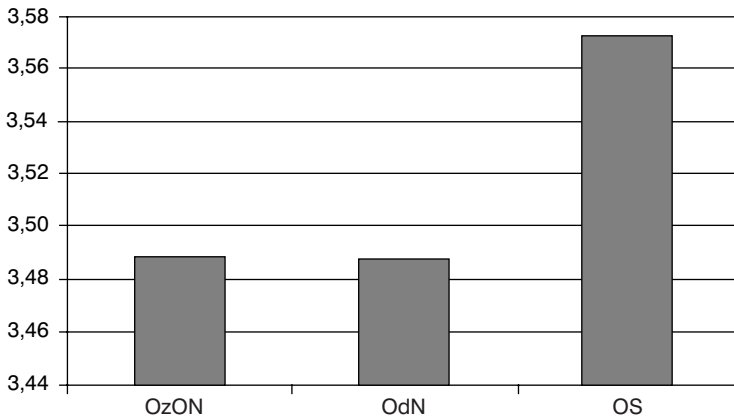
Rys. 13. Poziom satysfakcji z życia rodzinnego
Źródło: Diagnoza społeczna, opracowanie własne

Poziom zadowolenia z **miejsca zamieszkania** wśród osób z ograniczoną sprawnością, zarówno deklarujących niepełnosprawność, jak i posiadających orzeczenie komisji lekarskiej o niepełnosprawności jest istotnie niższy niż u osób sprawnych. Dane te przedstawione są na rys. 14. W skład wiązki opisującej satysfakcję z miejsca zamieszkania wchodzi: zadowolenie z lokalnej opieki zdrowotnej, stanu bezpieczeństwa oraz norm moralnych panujących w otoczeniu.

Obniżony wynik zadowolenia z miejsca zamieszkania osób z ograniczoną sprawnością wydaje się zrozumiały. Osoby te częściej niż osoby sprawne korzystają z zakładów opieki zdrowotnej, mogą być więc częściej świadkami niezadowolających sytuacji w publicznej służbie zdrowia. Osoby z ograniczoną sprawnością mają także często ograniczenia mobilności, co może skutkować szczególną wrażliwością na miejsca niebezpieczne czy stwarzające zagrożenie.

Poziom zadowolenia z **warunków w miejscu zamieszkania** nie różni się istotnie w badanych grupach. Oznacza to, że ze swojej miejscowości zamieszkania – czyli warunków, w jakich żyją i dostępie do dóbr i usług, osoby sprawne i osoby z ograniczoną sprawnością zadowolone są w podobnym stopniu.

Opisane powyżej wyniki wydają się budować niepokojący obraz sytuacji życiowej osób z niepełnosprawnością w Polsce. Jest to grupa osób odczuwająca braki w zaspokojeniu podstawowych potrzeb, jak dostęp do żywności, poczucie bezpieczeństwa i stabilności czy dostęp do pracy. Ten wynik jest także wyraźny w obszarze potrzeb rozwojowych – zadowolenia z własnych osiągnięć, wykształcenia czy relacji społecznych. Osoby z ograniczoną sprawnością deklarują także istotnie niższy od grupy osób sprawnych poziom satysfakcji z życia rodzinnego i z opieki zdrowotnej oraz stanu bezpieczeństwa w miejscu, w którym zamieszkują.



Rys. 14. Poziom satysfakcji z miejsca zamieszkania

Źródło: Diagnoza społeczna, opracowanie własne

Wyniki wskazują na potrzebę tworzenia programów interwencyjnych, z jednej strony budujących umiejętności życiowe osób z niepełnosprawnością, a z drugiej strony dostosowujących środowisko do wymagań zróżnicowanego społeczeństwa oraz przygotowujących osoby sprawne do interakcji z osobami z ograniczoną sprawnością.

Pamiętać jednak należy, że część z opisanych powyżej obszarów niezadowolenia wynika z ogólnych problemów właściwych dla wszystkich Polaków – bez względu na sprawność czy ograniczenie sprawności. Tocząca się debata nad przyszłością służby zdrowia, poprawy bezpieczeństwa w kraju, liczbą rozwodów czy kierunkami rozwoju szkolnictwa dotyczy nas wszystkich. Jednak mimo iż problemy w wymienionych obszarach odczuwają wszyscy – to osoby z ograniczoną sprawnością odczuwać je mogą szczególnie silnie.

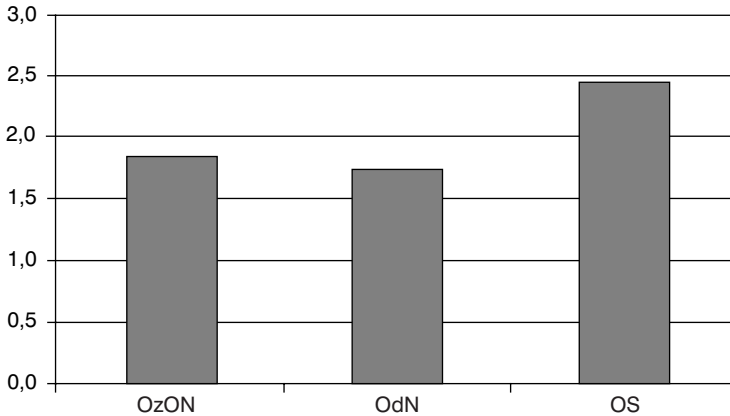
3.2.6. Ocena stanu zdrowia

Opisane powyżej deklarowane zaspokojenie różnego rodzaju potrzeb daje wyraźny obraz funkcjonowania osób sprawnych i z ograniczeniem sprawności. Jednak aby sprawdzić dokładniej, w jaki sposób ograniczenie sprawności może wpływać na jakość życia, zdecydowaliśmy się uwzględnić w analizach także wskaźnik **dolegliwości psychosomatycznych**. Na podstawie pytań o problemy ze zdrowiem, takie jak trudności ze snem, bóle głowy itp. oszacowano wskaźnik **samooceny somatycznej** respondenta. Wskaźnik ten osiąga istotnie niższą (częstsze problemy) wartość dla grup osób z ograniczoną sprawnością (przy czym te dwie grupy nie różnią się od siebie znacząco). Wynik taki wskazuje na dodatkowe koszty somatyczne bycia osobą o ograniczonej sprawności.

Tabela 3. Pytania dotyczące samooceny stanu psychosomatycznego

1. silne bóle głowy
2. bóle brzucha lub wzdęcia
3. bóle albo napięcie mięśni karku i ramion
4. bóle w klatce piersiowej lub serca
5. suchość w ustach lub gardle
6. napady pocenia się
7. uczucie duszności
8. łamanie i bóle w całym ciele
9. gwałtowne bicie serca (palpitacje)
10. dreszcze lub drgawki
11. uczucie parcia na pęcherz i częstsze oddawanie moczu
12. uczucie zmęczenia niezwiązanego z pracą
13. zaparcia
14. krwawienie z nosa
15. gwałtowne skoki ciśnienia krwi

Źródło: Diagnoza społeczna, opracowanie własne



Rys. 15. Wskaźnik oceny somatycznej

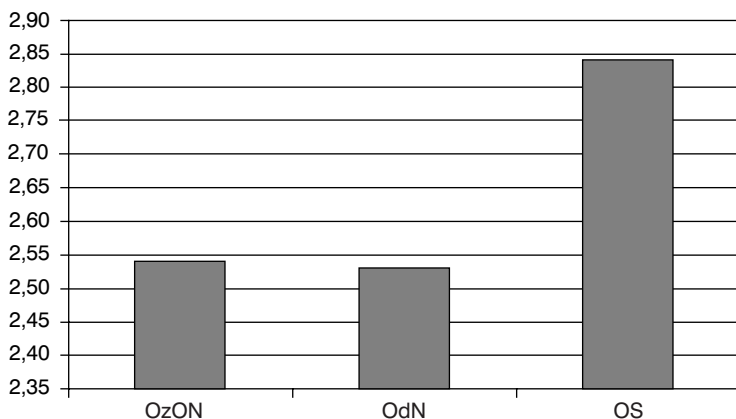
Źródło: Diagnoza społeczna, opracowanie własne

3.2.7. Wymiana społeczna

Aby zobaczyć, w jaki sposób osoby badane postrzegają swoje relacje z innymi ludźmi, sięgnęliśmy po wskaźnik **wymiany społecznej**. Respondentów zapytano o wymianę społeczną z innymi osobami: *ile doświadczyli dobrego od innych ludzi w swoim życiu, ile doświadczyli złego od innych w swoim życiu?* Analiza odpowiedzi na te pytania nie wykazała żadnych różnic między osobami sprawnymi a osobami z ograniczoną sprawnością. Zarówno osoby sprawne, jak i z niepełnosprawnością wykazują taki sam poziom poczucia otrzymanego od innych dobra czy doświadczonego zła. Wynik wskazuje na brak wpływu ograniczenia sprawności na postrzeganie wzajemnych relacji społecznych opartych na wymianie przysług bądź doświadczeniu rzeczy trudnych.

3.2.8. Podsumowanie

Podsumowaniem zaprezentowanych powyżej wyników niech będzie rys. 16, przedstawiający poziom deklarowanego zadowolenia z życia osób sprawnych i z ograniczoną sprawnością. Osoby sprawne deklarują istotnie wyższy poziom zadowolenia z życia niż osoby z ograniczeniem sprawności. W świetle rozważań powyższego rozdziału możemy wyraźnie określić, w jakich obszarach jakości życia osób z ograniczeniami sprawności może być obniżona. Pozostaje pytanie, jakie sposoby wsparcia należałoby uruchomić, aby podnieść jakość życia w tych grupach?



Rys. 16. Zadolenie z życia

Źródło: Diagnoza społeczna, opracowanie własne

3.3. Mechanizmy wpływające na jakość życia w Polsce

Powyżej omówiliśmy istotne aspekty życia osób z niepełnosprawnością i osób sprawnych w Polsce. Porównania między osobami sprawnymi i z ograniczoną sprawnością pozwoliły stwierdzić dużą różnicę w codziennym funkcjonowaniu tych właśnie grup. Jednak oprócz prostych porównań, które przynoszą bardzo pozytywne informacje, chcielibyśmy zastanowić się, jak opisane wskaźniki – takie jak życiowe wartości i cele, zaspokojenie potrzeb i stan zdrowia psychosomatycznego – wpływają na ogólną jakość życia.

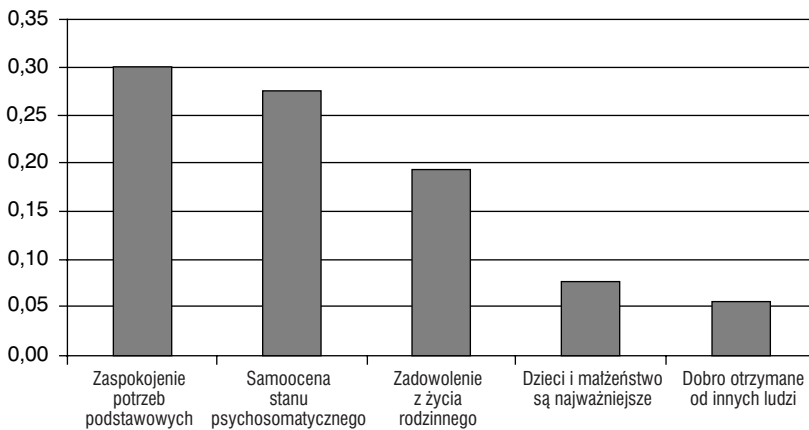
Jakość życia zdefiniowaliśmy jako odpowiedź na pytanie o deklarowane zadowolenie z życia. Aby odpowiedzieć na postawione pytanie o wpływ opisywanych zmiennych na zadowolenie z życia, przeprowadziliśmy trzy analizy regresji (oddzielnie dla osób z orzeczeniem o niepełnosprawności, deklarujących niepełnosprawność i bez ograniczeń sprawności), w których zawsze jako zmienną wyjaśniającą uwzględnialiśmy zadowolenie z życia, natomiast jako zmienne wyjaśniające wprowadziliśmy opisane w pierwszej części postawy, poglądy i wartości.

3.3.1. Osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności

Model pokazujący, co wpływa na jakość życia u osób z orzeczeniem o niepełnosprawności okazał się istotny statystycznie i wyjaśniał 38% zadowolenia z życia⁵. Podsumowanie modelu znajduje się na rys. 17.

⁵ Wielozmiennowa analiza regresji. Model istotnie ($p < 0,001$) pozwala przewidywać zadowolenie z życia.

Najsilniejszy wpływ na jakość życia w grupie osób z orzeczeniem o niepełnosprawności ma zaspokojenie potrzeb podstawowych (dostęp do jedzenia, pracy, poczucie bezpieczeństwa finansowego), samoocena stanu psychosomatycznego (ból głowy, brzucha, napięcie mięśni, potliwość, palpacje serca, poczucie zmęczenia) oraz zadowolenie z życia rodzinnego (dzieci, małżeństwa, życia seksualnego). Dodatni wpływ na jakość życia ma także przekonanie, że dzieci i małżeństwo są najważniejsze w życiu oraz poczucie pozytywnej wymiany społecznej z innymi ludźmi (doświadczanie dobra z ich strony). Nieznaczny negatywny wpływ na jakość życia ma przekonanie o całkowitym braku różnic między ludźmi wraz z silnym przeświadczeniem, że każdemu należą się takie same środki materialne, niezależnie od zasług.



Rys. 17. Wartości wpływu poszczególnych zmiennych na zadowolenie z życia u OzON.

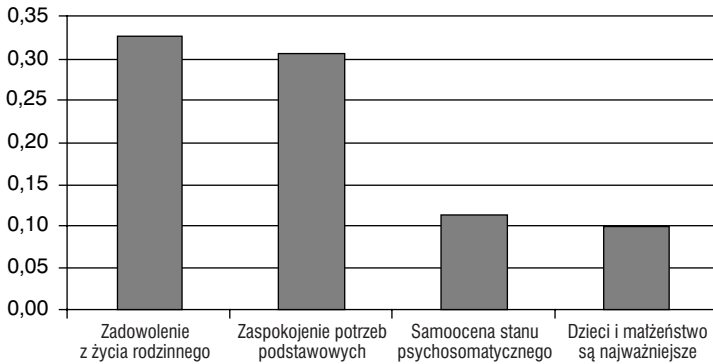
Źródło: Diagnoza społeczna, opracowanie własne

3.3.2. Osoby deklarujące niepełnosprawność

Model pokazujący, co wpływa na jakość życia osób deklarujących niepełnosprawność okazał się istotny statystycznie i wyjaśniał 37% zadowolenia z życia⁶. Podsumowanie modelu znajduje się na rys. 18.

Najsilniejszy wpływ na jakość życia w grupie osób deklarujących niepełnosprawność ma zadowolenie z życia rodzinnego (dzieci, małżeństwa, życia seksualnego) oraz zaspokojenie potrzeb podstawowych (dostęp do jedzenia, pracy, poczucie bezpieczeństwa finansowego). Istotne, choć słabiej, są także samoocena stanu psychosomatycznego (ból głowy, brzucha, napięcie mięśni, potliwość, palpacje serca, poczucie zmęczenia) oraz przekonanie, że dzieci i małżeństwo są najważniejsze w życiu. Nieznaczny negatywny wpływ na jakość życia ma prze-

⁶ Wielozmiennowa analiza regresji. Model istotnie ($p < 0,001$) pozwala przewidywać zadowolenie z życia.



Rys. 18. Wpływ poszczególnych zmiennych na zadowolenie z życia wśród osób deklarujących ograniczenie sprawności

Źródło: Diagnoza społeczna, opracowanie własne

konanie o całkowitym braku różnic między ludźmi wraz z silnym przeświadczeniem, że każdemu należą się takie same środki materialne, niezależnie od zasług.

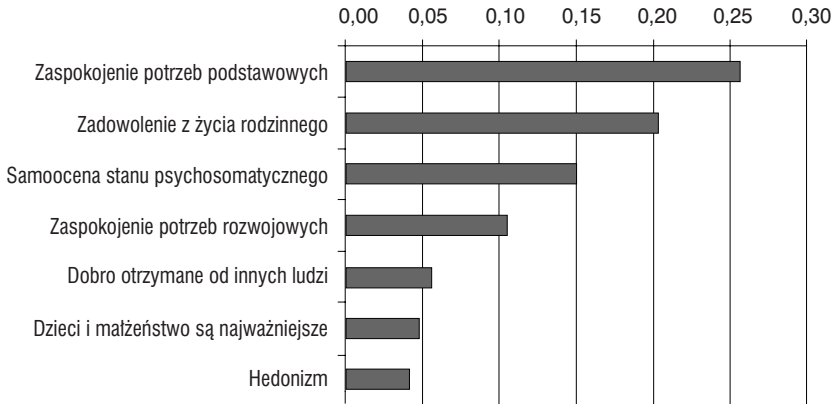
Jest to wynik dość podobny do modelu dla osób z orzeczeniem o niepełnosprawności, jednak należy zauważyć znacznie mniejszą rolę stanu zdrowia psychosomatycznego w kształtowaniu jakości życia w grupie osób deklarujących niepełnosprawność. Być może ograniczenie sprawności w tej grupie jest nieco mniejsze niż u osób z aktualnym orzeczeniem komisji lekarskiej, co powoduje, że wskaźnik zdrowia psychosomatycznego nie jest aż tak silnym wyznacznikiem poczucia jakości życia. W tej grupie osób także wymiana społeczna z innymi ludźmi nie jest wskaźnikiem jakości życia – oznacza to, że poczucie dobra doświadczanego ze strony innych ludzi nie wpływa istotnie na jakość życia.

3.3.3. Osoby bez ograniczenia sprawności

Model pokazujący, co wpływa na jakość życia osób bez ograniczenia sprawności okazał się istotny statystycznie i wyjaśniał 32% zadowolenia z życia⁷. Podsumowanie modelu znajduje się na rys. 19.

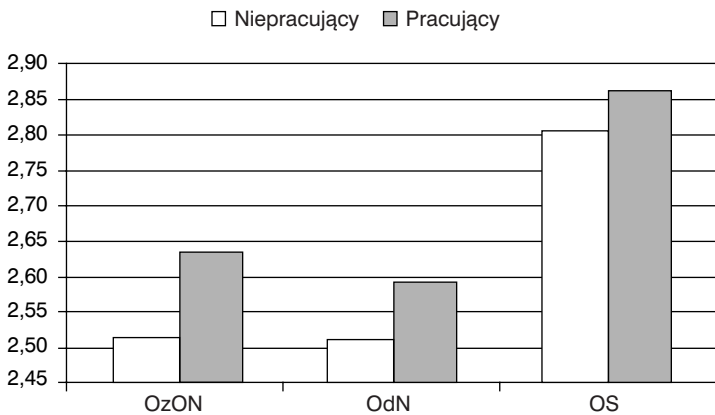
Najsilniejszy wpływ na jakość życia w grupie osób bez ograniczenia sprawności ma zaspokojenie potrzeb podstawowych (dostęp do jedzenia, pracy, poczucie bezpieczeństwa finansowego) oraz zadowolenie z życia rodzinnego (dzieci, małżeństwa, życia seksualnego). Istotne są także samoocena stanu psychosomatycznego (ból głowy, brzucha, napięcie mięśni, potliwość, palpacje serca, poczucie zmęczenia) oraz zaspokojenie potrzeb rozwojowych (satysfakcja z własnych

⁷ Wielozmiennowa analiza regresji. Model istotnie ($p < 0,001$) pozwala przewidywać zadowolenie z życia.



Rys. 19. Model wyznaczników jakości życia u osób bez ograniczenia sprawności
Źródło: Diagnoza społeczna, opracowanie własne

osiągnięć, wykształcenia, pracy i relacji społecznych). Mniejszy, choć ciągle istotny wpływ mają: poczucie dobra doświadczanego ze strony innych ludzi, przekonanie, że dzieci i małżeństwo są najważniejsze w życiu oraz hedonizm rozumiany jako nastawienie na czerpanie przyjemności z przebywania z innymi ludźmi. Także przekonanie o ważnej roli Boga w życiu człowieka podnosi jakość życia. Nieznaczny negatywny wpływ na jakość życia ma przekonanie o całkowitym braku różnic między ludźmi wraz z silnym przeświadczeniem, że każdemu należą się takie same środki materialne, niezależnie od zasług, prawicowy autorytaryzm (przekonanie o wyższości niektórych ludzi nad innymi) oraz poczucie krzywdy ze strony innych ludzi.



Rys. 20. Zadowolenie z życia u osób pracujących i niepracujących w podziale na osoby z ograniczoną sprawnością i sprawne

Źródło: Diagnoza społeczna, opracowanie własne

3.3.4. Porównanie trzech grup

Modele dla porównywanych trzech grup osób są do siebie zbliżone i nie można powiedzieć, żeby osoby z ograniczoną sprawnością w kwestiach najważniejszych istotnie różniły się mechanizmami wpływającymi na jakość życia od osób bez ograniczeń sprawności. Wspólne dla wszystkich trzech porównywanych grup jest uzależnienie jakości życia od spełnienia potrzeb podstawowych, zadowolenia z życia rodzinnego i stanu psychosomatycznego – jest to wynik oczywisty i oczekiwany. Spełnienie potrzeb podstawowych wydaje się także być silnie związane z posiadaniem pracy – dlatego łatwo wyobrazić sobie, jak bardzo posiadanie pracy przyczynia się do poprawy jakości życia. Tezę tę potwierdza analiza przedstawiona na rys. 20. Osoby pracujące, bez względu na poziom ograniczenia sprawności, są zawsze bardziej zadowolone z życia niż osoby niepracujące.

3.4. Podsumowanie

Łatwo zauważyć, że we wszystkich grupach osób badanych zadowolenie z życia budowane jest na tym, czy respondenci mają zaspokojone podstawowe potrzeby materialne, czy czują się dobrze ze swoją rodziną oraz czy nie odczuwają niepokojących dolegliwości zdrowotnych. Graficzne podsumowanie czynników wpływających na jakość życia w analizowanych grupach przedstawia tab. 4.

Tabela 4. Czynniki istotnie (+) wpływające na jakość życia w grupach wyróżnionych ze względu na ograniczenie sprawności

Analizowane czynniki	OzON	OdN	OS
Zaspokojenie potrzeb podstawowych	+	+	+
Zadowolenie z życia rodzinnego	+	+	+
Samoocena stanu psychosomatycznego	+	+	+
Zaspokojenie potrzeb rozwojowych			+
Dobro otrzymane od innych ludzi	+		+
Dzieci i małżeństwo są najważniejsze	+	+	+
Hedonizm			+

Źródło: opracowanie własne

Niepokojąca jest jednak różnica powstająca między grupami osób z ograniczoną sprawnością i grupą osób sprawnych. Jedynie w grupie osób bez ograniczenia sprawności jako istotnie wpływające na jakość życia pojawiły się potrzeby rozwojowe (satysfakcja z dokonań, przyjaciół, pracy, wykształcenia) oraz hedo-

nizm (określany jako czerpanie radości z przebywania z innymi). Dlaczego wśród osób z ograniczoną sprawnością te czynniki, które w świetle aktualnej wiedzy psychologicznej powinny podnosić postrzeganą jakość życia, pozostają nieistotne?

Zarówno w przypadku potrzeb rozwojowych, jak i hedonizmu przyczyną wydają się być bariery psychologiczne i społeczne, stąd należy postawić ważne naszym zdaniem pytania:

- Jak czerpać radość z zabawy ze znajomymi, skoro trudno nawiązać i utrzymać kontakty z nimi?
- Jak wzmacniać radość z życia osiągnięciami zawodowymi, jeśli nie ma się możliwości kształcenia i podjęcia pracy?
- Jak znaleźć rozwijającą pracę, jeśli nie ma się społecznej sieci kontaktów?

W odpowiedzi na te pytania mogą pomóc informacje z krajów, w których wyniki osób z niepełnosprawnością zbliżone są do wyników osób sprawnych, zarówno jeśli chodzi o wskaźniki psychiczne, takie jak zadowolenia z życia, ale też ocenę somatyczną i procent osób pracujących. Jeśli wyniki dla tych grup w innych krajach okażą się zbliżone, to możemy założyć, że obie grupy mają równy dostęp do edukacji i pracy, korzystają z dóbr społecznych w tym samym zakresie. Porównań między krajami dotyczy kolejny rozdział książki.

Porównania międzykulturowe

4.1. Wprowadzenie

Badania międzykulturowe prowadzi się, między innymi, w celu porównania nasilenia zjawisk społecznych i psychologicznych w różnych krajach i weryfikacji ich uniwersalności. Często okazuje się, że koncepcje psychologiczne wyrosłe na gruncie kultury zachodniej nie sprawdzają się w innych krajach – pewne zjawiska psychologiczne występują tylko w kulturach zachodnich (np. błąd atrybucji), często też różne kultury nadają specyficzne znaczenie pojęciom uważanym za uniwersalne (np. szczęście, równość, sprawiedliwość). To, co w jednej kulturze jest uważane za zdrowe, jedynie słuszne, normalne, „naturalne”, w innej może oznaczać brak wychowania, niedostosowanie społeczne, zaburzenie. Przykładem może być amerykańska norma asertywności i artykułowania emocji, która w Polsce może być odbierana jako agresja lub brak wychowania. Socjalizacja nie oznacza więc nabywania norm uniwersalnych, oznacza nabywanie norm i zachowań adaptacyjnych, przydatnych w danej kulturze.

Na poziomie analizy danych mając wyniki tylko z jednego kraju, traktujemy je zazwyczaj jako normę, sytuację uniwersalną. Włączenie do analizy danych z innych krajów umożliwi relatywizację wyników, wyjście poza perspektywę własnej kultury, znalezienie nowych, pełniejszych interpretacji.

Porównania wyników między różnymi krajami dokonywane w tej książce mają za zadanie przedstawić jaśniejszy obraz uwarunkowań sytuacji osób z niepełnosprawnością w Polsce. Analiza danych dotyczących osób z niepełnosprawnością w innych krajach pozwoli na spojrzenie na sytuację osób z tej grupy w Polsce z szerszej perspektywy, na próbę określenia celu, do którego należy dążyć w polskiej polityce społecznej¹. W naszym badaniu odwołujemy się do porównań również po to, by móc odpowiedzieć na pytanie, co wpływa na jakość życia

¹ Por. Z. Woźniak (2008). *Niepełnosprawność i niepełnosprawni w polityce społecznej*. Warszawa: Academia Wydawnictwo SWPS/EFS (seria *Osoby niepełnosprawne*, tom 4).

osób z niepełnosprawnością w Polsce i w innych krajach. Sprawdzimy, jakie czynniki gwarantują wysoką jakość życia w Szwecji (w kolejnym podrozdziale czytelnik znajdzie powody, dla których wybraliśmy do porównań Szwecję, Francję i Wielką Brytanię) i w Polsce, analizując możliwe kierunki zmian we wspieraniu osób z niepełnosprawnością w dążeniu do poprawy ich sytuacji.

W tym rozdziale przedstawimy czytelnikom porównanie sytuacji osób z niepełnosprawnością w Polsce z sytuacją osób z niepełnosprawnością w trzech innych krajach europejskich: Francji, Wielkiej Brytanii i Szwecji. Naszym zamiarem nie było pokazanie konsekwencji różnic w zamożności między Polską a wymienionymi krajami – jest oczywiste, że wyższy produkt krajowy brutto na mieszkańca umożliwia wyższy poziom wsparcia materialnego dla osób z niepełnosprawnością ze strony państwa.

W wysokości PKB *per capita*:

• Wielka Brytania	zajmuje 12 miejsce na świecie,
• Szwecja	zajmuje 15 miejsce na świecie,
• Francja	zajmuje 22 miejsce na świecie,
• Polska	zajmuje 53 miejsce na świecie.

Chcemy raczej pokazać, jak określone normy kraju, w którym rozwija się człowiek, wpływają na jego postrzeganie własnego miejsca w społeczeństwie oraz na ile niepełnosprawność fizyczna w różnych krajach przekłada się na poziom uczestniczenia w społeczeństwie.

Podstawowe normy kulturowe, uwzględniane przez nas w tym tomie, to **równość i niezależność jednostki**. Są to dwie wartości obowiązujące w Szwecji, którą stawiamy za przykład właściwego stylu pomagania osobom z niepełnosprawnością. Norma niezależności jednostki spowodowała, że zapewniono tam członkom tej grupy możliwość prowadzenia samodzielnego życia, równość natomiast gwarantuje dostęp do zasobów (opieki zdrowotnej, edukacji, pracy) na takim samym poziomie wszystkim obywatelom niezależnie od poziomu sprawności czy miejsca zamieszkania.

Do porównań będziemy używali wyżej opisanego zbioru danych *European Social Survey* (ESS), analizując wyniki osób sprawnych i osób z niepełnosprawnością z wybranych krajów europejskich. Będziemy również odwoływali się do innych badań międzykulturowych.

4.2. Dobór krajów

Kraje Europy Zachodniej istnieją w społecznej świadomości w Polsce nie tylko jako równoważne z Polską byty państwowe, ale przede wszystkim jako ideał lepszego świata, punkt odniesienia, reprezentują pożądaną w kraju porządek społeczny. W mediach pojawiają się często porównania z Zachodem (*taka sytuacja nigdy*

nie miałyby miejsca w krajach zachodnich – to przykład wypowiedzi pojawiającej się przy negatywnej ocenie danej sytuacji w Polsce). W dyskursie społecznym często wyznacznikiem czyjeś sukcesu jest akceptacja czy zaistnienie na Zachodzie, nobilitacją jest pobyt tam lub rodzinne powiązania z Zachodem. Źródłem takich porównań jest historia i sytuacja geopolityczna Polski, powodujące, że ekonomicznie wciąż „gonimy” Zachód².

Jednak często to, co myślimy o Zachodzie nie do końca jest zgodne z rzeczywistością. Dążymy do lepszej przyszłości wyobrażając sobie, że Zachód jest jej realnym dowodem. Wybieramy elementy funkcjonowania zachodnich społeczeństw, które nam się podobają, np.: silną państwowość lub silny indywidualizm, nie widząc, że są one połączone z innymi elementami systemu kulturowego, np. z dużą osobistą odpowiedzialnością i karnością obywatela wobec władzy państwowej. Również jeśli chodzi o podejście do osób z niepełnosprawnością, słyszy się o pozytywnych rozwiązaniach na Zachodzie, dotyczących wsparcia od państwa, wyrównywania szans, braku dyskryminacji. Zazwyczaj mówi się o tych rozwiązaniach podkreślając ich brak w Polsce. W tej części książki chcemy się przyjrzeć, jak działają systemy społeczne tych krajów, co umożliwia takie działanie państwa.

Będziemy też rozważać, jakie postawy i zachowania w naszym systemie kulturowym umożliwiają uczestnictwo osób z niepełnosprawnością w społeczeństwie oraz na ile jest możliwe spełnienie postulatów o zbliżeniu sytuacji osób z niepełnosprawnością w Polsce do sytuacji tej grupy w krajach zachodnich.

4.2.1. Dlaczego wybraliśmy właśnie te kraje?

Kraje wybrane do porównań istnieją w dyskursie społecznym właśnie jako te, z których należy czerpać wzory. Jednocześnie są to kraje, które pomimo wspólnego z Polską europejskiego rdzenia kulturowego różnią się od Polski na wielu wymiarach. Każdy z nich to kraj odnoszący sukcesy ekonomiczne, o stabilnej (pomijając imigrację) strukturze państwowej:

- Wielką Brytanię wybraliśmy, gdyż jest to obecnie główny cel polskich emigrantów zarobkowych,
- Francja była przez wieki dla Polski wyznacznikiem trendów kulturowych,
- Szwecja natomiast jawi się jako ideał kraju równościowego.

Przedstawimy wiele porównań między Polską, Wielką Brytanią, Francją i Szwecją. Szersze porównania będziemy prowadzić głównie między Polską a Szwecją, gdyż, jak już wspominaliśmy, Szwecja jest dla nas krajem modelowym w zakresie sposobu udzielania pomocy osobom z niepełnosprawnością. Również między Polską a Szwecją pojawiają się w tym zbiorze danych najciekawsze róż-

² Autorzy zdają sobie sprawę z tendencji antyzachodnich (anty-EU lub antyamerykańskich w Polsce), jednak obecność porównań Polski do Zachodu obowiązuje wszystkie strony dyskusji społecznej.

nice. Wyniki dotyczące Wielkiej Brytanii i Francji plasują się zazwyczaj pomiędzy wynikami Polski i Szwecji.

Teraz chcieliśmy przedstawić czytelnikowi, od czego zależy poziom niezależności jednostki w kulturze. W tym celu pomocna będzie koncepcja opisu kultur stworzona na gruncie psychologii międzykulturowej. Jest to koncepcja dwóch *Ja: Ja niezależnego i Ja współzależnego* autorstwa Hazel Markus i Shinobu Kitayamy (1998).

4.2.2. Wymiary kultur

Psychologia międzykulturowa próbuje m.in. wykryć podstawowe wymiary³ kultur i za ich pomocą opisać świat społeczny w sposób zezwalający na klasyfikowanie i porównywanie między sobą większych obszarów kulturowych (regiony, kraje, subkontynenty). Przyjmuje się, że kulturę charakteryzują przede wszystkim określone normy, wartości i skrypty zachowań, które pozwalają na wyodrębnienie, opisanie i porównanie różnych kultur (Triandis, 1995).

Na podstawie tych elementów tworzone są narzędzia pomiarowe pozwalające tłumaczyć różnice nie tylko wyraźnie odległych kultur (jak np. Japonia i Niemcy), ale też krajów pod pewnymi względami fasadowo podobnych do siebie, jak na przykład: Wielka Brytania i Kanada – podobieństwo językowe; Polska i Włochy – podobieństwo religijne; Litwa i Polska – podobieństwo historyczne.

4.2.3. Indywidualizm – kolektywizm

Jednym z najlepiej znanych wymiarów, który opisuje kultury, jest wymiar indywidualizm – kolektywizm. Pojęcia indywidualizmu i kolektywizmu pojawiały się już od XVIII wieku w pismach filozoficznych, politycznych, socjologicznych i antropologicznych. Wymiar indywidualizm – kolektywizm zaistniał w literaturze psychologicznej dopiero pod koniec XX wieku dzięki pracom Geerta Hofstede'a (1980, 2000). Przeprowadził on badanie kwestionariuszowe na 117 tysiącach pracowników koncernu IBM. Badanie to było realizowane w 53 krajach świata w latach 1968–1972. Wyniki analizy danych na poziomie populacji⁴ wyłoniły wymiar **indy-**

³ Wymiar to prosta, na której umieszczono kultury według nasilenia jakiejś cechy, np. wagi przykładanej do punktualności. Są kraje, gdzie na oficjalne spotkanie nie wolno się spóźnić nawet o minutę – i te kraje będą na jednym skraju wymiaru; natomiast kraje, gdzie akceptowane są spóźnienia godzinne, będą na drugim krańcu wymiaru.

⁴ Analiza danych na poziomie populacji oznacza, że sposób prowadzenia analiz statystycznych dotyczył porównywania średnich z poszczególnych krajów, a nie indywidualnych wyników uczestników badania. Oznacza to, że uzyskane wyniki i interpretacje dotyczą tylko i wyłącznie badanych grup społecznych – w tym przypadku korporacji, a nie osób – czyli w tym przypadku pracowników korporacji, a tym bardziej mieszkańców krajów, w których prowadzone były badania.

widualizm – kolektywizm. Badania, które prowadził dalej zarówno Hofstede, jak i inni naukowcy, między innymi Schwartz (1994) i Triandis (1995), potwierdziły (choć w różnym stopniu) istnienie tego wymiaru (Kagiçibasi, 1996). Kwestionuje się jednak możliwość generalizowania wyników badań Hofstede'a na całe społeczeństwa ze względu na dobór grup badanych (jedynie pracownicy korporacji IBM, ponad 90% mężczyzn) oraz dlatego, iż sposób interpretacji wyników był prowadzony jedynie na poziomie populacji. Również dlatego nie można wyników Hofstede'a odnosić do zachowań pojedynczych osób, a jedynie do sposobów funkcjonowania całych grup społecznych.

Hofstede (2000, s. 98) definiuje **indywidualizm** w następujący sposób:

„Indywidualizm (...) jest właściwy społeczeństwom, w których więzy między jednostkami są luźne i każdy ma na uwadze głównie siebie i swoją najbliższą rodzinę”.

Natomiast **kolektywizm** definiuje tak:

„Kolektywizm jest właściwy społeczeństwom, w których ludzie od momentu narodzin należą do silnych, spójnych grup. Grupy te przez całe życie zapewniają im opiekę i ochronę, za co ich członkowie odwzajemniają się niekwestionowaną lojalnością”.

Spółeczeństwa uzyskujące wysokie wyniki na wymiarze indywidualizmu uzyskują wysokie wskaźniki rozwoju ekonomicznego. Występuje w nich wyższy poziom dobrostanu psychologicznego obywateli (Diener, 2000). Również kraje, w których istnieje model rodziny nuklearnej, osiągają wysokie wskaźniki indywidualizmu. Natomiast kraje rozwijające się (o niższych wynikach ekonomicznych) osiągają wysokie wskaźniki kolektywizmu. Nierozstrzygnięty jest problem, czy to indywidualizm jest mechanizmem napędzającym wzrost ekonomiczny czy raczej jego konsekwencją (Kagiçibasi, 1996).

Badania Hofstede'a są ważne, ponieważ zapoczątkowały cały nurt badań porównawczych. Jednak wyniki jego badań nie mogą nam wiele pomóc w zrozumieniu zachowań i funkcjonowania jednostek w różnych krajach. Dlatego sięgamy do prac, które wyrastając na gruncie badań Hofstede'a idą krok dalej i tłumaczą wpływ kultury na zachowania jej członków: jest to koncepcja Ja niezależnego i Ja współzależnego (Fiske, Markus, Kitayama, 1998).

4.3. Kultury Ja współzależnego i Ja niezależnego

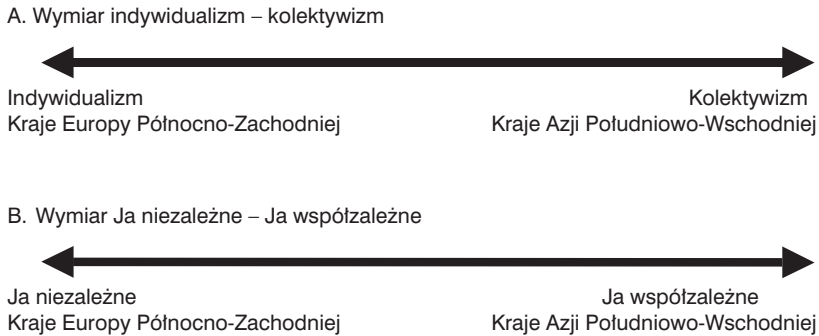
Dzięki pracom badawczym A. Fiske, H. Markus i S. Kitayamy (Fiske *et al.*, 1998) możemy dowiedzieć się, jak funkcjonują jednostki z kultur indywidualistycznych i kolektywistycznych. Zaproponowali oni wymiar do opisywania kultur nazwany: **Ja niezależne (Ja-N) – Ja współzależne (Ja-W)**.

4.3.1. Opis wymiaru Ja-N – Ja-W

Wymiar ten dotyczy zachowań i funkcjonowania jednostek, podczas gdy indywidualizm – kolektywizm dotyczy funkcjonowania grup społecznych:

- 1 **Ja-N** to koncepcja osoby, jej atrybutów i zachowań w kulturach indywidualistycznych,
- 2 **Ja-W** to koncepcja osoby, jej atrybutów i zachowań w kulturach kolektywistycznych.

Obrazuje to rys. 21. Przykładowe kultury Ja-N to kraje Europy Północno-Zachodniej, anglosaskie. Przykładowe kultury Ja-W to kraje Azji Południowo-Wschodniej i kraje Afryki.



Rys. 21. (A) Wymiar indywidualizmu – kolektywizmu opisujący grupy społeczne (korporacje) w różnych kulturach i odpowiadający mu (B) wymiar Ja niezależnego – Ja współzależnego opisujący funkcjonowanie jednostek w tych kulturach

Źródło: opracowanie własne

W każdej kulturze istnieje zestaw norm, wartości, zachowań, które jednostka musi przyswoić w czasie socjalizacji, tak by stać się pełnoprawnym członkiem społeczności. Przyjrzyjmy się, jakie przesłanki musi spełniać jednostka, aby być uznana za „zdrową społecznie”, dobrą, normalną w swojej kulturze:

W kulturze **Ja-N** jednostka musi być niezależną całością, stabilną i spójną, posiadać wyróżniające ją atrybuty – preferencje, motywy, cele, postawy, wierzenia i umiejętności, od których uzależnia swoje postępowanie. Jednostka powinna być ukierunkowana na osiągnięcia i od odniesienia sukcesu uzależniać ocenę swojego życia. Powinna dokonywać racjonalnych, niezależnych wyborów, aby osiągnąć wyznaczone cele. Kultury Ja-N traktują jednostkę jako całkowicie odpowiedzialną za własne zachowania i ich skutki. Jednostka może postrzegać relacje z innymi oraz presję grupy jako

przeszkodę w realizacji własnych potrzeb i celów. Jako najważniejszą potrzebę jednostki oraz jej motyw działania uważa się zapewnienie sobie dobrego samopoczucia (*feel good about the self*).

Kultury **Ja-W** to kultury podkreślające współzależność, w których zachowania opisane powyżej mogą zostać uznane za egoistyczne i niedojrzałe, ponieważ naruszają harmonię społeczną, dążenie do osiągnięcia jednostkowych celów grozi bowiem zignorowaniem potrzeb innych. Kultury **Ja-W** określają następujące przesłanki, które musi spełniać jednostka, aby być uznana za „zdrową społecznie”, dobrą, normalną: musi być dostosowującym się, związanym z innymi bytem, gotowym do poświęceń dla innych; być częścią relacji, przypisaną roli społecznej, grupie, instytucji, od których uzależnia postępowanie, a celem działań powinno być zachowanie harmonii społecznej; spełniać obowiązki i dostosowywać się do norm; znajdować konsensus i koncentrować się na potrzebach grupy; oceniać życie na podstawie poziomu spełniania oczekiwań wobec innych; być odpowiedzialną za innych; podporządkowywać swoje potrzeby i przekonania normom oraz relacjom; dobre samopoczucie zapewnia bycie w dobrych relacjach z grupą (*feel good with the others*) (Fiske et al., 1998).

Badacze zajmujący się tematyką **Ja-N** – **Ja-W** opisali wiele różnych elementów funkcjonowania człowieka w poszczególnych kulturach, z powodzeniem wskazując, że wiele teorii psychologicznych uważanych za uniwersalne ogranicza się tylko do kultur **Ja-N** lub zupełnie inaczej przejawia się w kulturach **Ja-W** (np. błąd atrybucji, teoria przywiązania). Fakt ten pozwala na przeprowadzanie porównań między krajami i szukanie różnic między nimi, jeśli chodzi o zależności między wartościami i zachowaniami promowanymi w kulturze a funkcjonowaniem jednostek.

Celem naszej książki nie jest przedstawienie pełnego przeglądu badań z zakresu psychologii międzykulturowej, dlatego skupimy się jedynie na tych elementach, które potrzebne są do porównania sytuacji osób niepełnosprawnych w różnych krajach. Tak jak wspominaliśmy wyżej, szczególnie ważne jest dla nas poczucie niezależności.

4.3.2. Niezależność w porównaniach międzykulturowych

Stopień niezależności od innych ludzi to kluczowy koncept porównań międzykulturowych i jeden z najważniejszych elementów różnicujących styl wychowania jednostek w różnych krajach. Praktyki rodziców, opiekunów, nauczycieli wychowujących dzieci są często nieświadome. Działają oni w sposób przyjęty, „naturalny” w danej kulturze, tak by „dobrze” wychować dzieci. Jak już zostało wspomniane, kraje, w których promuje się cechy **Ja-N**, socjalizują jednostki tak, by były samodzielne, podejmujące niezależne decyzje, formułujące własne cele.

W typowej kulturze **Ja-N**, w USA, dzieci są uczone niezależności od najmłodszych lat: same śpią, mają własny pokój (dzielenie łóżka, pokoju z innymi to oznaka niedopasowania kulturowego lub niskiego statusu materialnego), bardzo szybko wyprowadzają się z domu. Osoby powyżej 18. roku życia bardzo rzadko mieszkają z rodzicami – jest to oznaka niedopasowania lub niedojrzałości społecznej. Dzieci muszą dokonywać własnych wyborów od najmłodszych lat – w przedszkolu czterolatki muszą decydować, czym chcą się zajmować w danym momencie i umieć uzasadnić, dlaczego dokonują takiego, a nie innego wyboru. Werbalizacja swoich preferencji czy przekonań jest jednym z elementów uniezależniania się od otoczenia. Celem jest wytworzenie odpowiedniej siatki pojęciowej, a przez to ułatwienie jednostce wykształcenia stałych cech, atrybutów, które będą niezależne od zmieniających się okoliczności.

Przykładowe kraje Ja-N to: USA, Kanada, Szwecja, Holandia, Francja.

Kraje Ja-W z kolei promują jednostki zależne od swojej grupy, choć samo pojęcie grupy różnie definiuje się w różnych krajach: grupa to może być najbliższa rodzina i przyjaciele, a gdzie indziej wszystkie osoby noszące to samo nazwisko niezależnie od stopnia pokrewieństwa.

W typowej kulturze **Ja-W**, w Japonii, dzieci są uczone od najmłodszych lat współzależności: śpią, kąpią się, dzielą przestrzeń z innymi członkami rodziny, muszą nauczyć się dostosowywać do grupy – w przedszkolu czterolatki zajmują się młodszymi dziećmi, by wykształcić empatię, dzieci uczone są wytrwałości, grupowego rozwiązywania problemów.

W przedszkolach w Chinach, także kulturze Ja-W, dzieci mają narzucone rodzaje działań, nagradzane są za cierpliwość, precyzję i posłuszeństwo; praktykuje się wspólne załatwianie potrzeb fizjologicznych (dzieci korzystają w określonych porach dnia z toalety, która jest dużym, nieprzeznaczonym pomieszczeniem), co wspomaga dopasowanie do grupy. Zachowanie milczenia, niewyrażanie emocji i swoich preferencji jest wysoce cenione. Jak widać, w kulturach Ja-W ważna jest umiejętność zarówno psychicznego, jak i fizjologicznego dopasowania do innych, współzależność.

Do naszych dalszych rozważań będą potrzebne następujące elementy, które różnicują stopień niezależności w kulturach Ja-N i Ja-W: poczucie kontroli, podejście do osiągnięć i sukcesu.

4.3.3. Poczucie kontroli

Poczucie kontroli jest ściśle związane z niezależnością. Tylko wtedy, gdy mamy wpływ na swoje życie, możemy o sobie decydować, a to powoduje, że czujemy się niezależni. Aby móc kontrolować swoje życie, musimy też wiedzieć, czego chcemy, nazwać i zdefiniować swoje cele, znać swoje preferencje, by dokonywać wyborów. Jest to możliwe w kulturach promujących atrybuty Ja-N.

W kulturach Ja-N jednostka potrzebuje więc poczucia kontroli, aby osiągać lepsze wyniki w działaniu. Zapewnia też ono lepsze samopoczucie, a brak poczucia kontroli nad własnym życiem, przekonanie, że nie mamy wpływu na naszą sytuację może prowadzić do zaburzeń psychicznych.

W kulturach Ja-W poczucie kontroli nie jest tak potrzebne. Człowiek podporządkowuje się grupie lub sile wyższej (zdefiniowanej jako starsi, władza lub Bóg) i nie prowadzi to do zaburzeń psychicznych. Osiągnięcie dobrych wyników nie jest uzależnione od postrzegania własnego wpływu na sytuację. Sytuacja, w której osoba ma dokonać wyboru, stanowi utrudnienie, gdyż wymaga odwołania się do własnych preferencji, które nie są jednoznacznie określone (Fiske, 1998).

4.3.4. Sukces

W badaniach Markus i Kitayamy (1998) okazało się, że odnoszenie sukcesów jest najważniejsze dla poczucia własnej wartości dla jednostek z kultur Ja-N. Jednostka powinna siebie postrzegać jako człowieka sukcesu, wskutek czego następuje tzw. inflacja Ja: jednostka jest tyle warta, jak silne jest jej własne o tym przekonanie. W samoopisie jednostek z kultur Ja-N znajduje się cztery do pięciu razy więcej cech pozytywnych niż negatywnych.

W kulturach Ja-N odniesiony sukces jest miarą życia człowieka.

Dla jednostek z kultur Ja-W ważniejsze są natomiast porażki. Porażka czy popełniony błąd motywują do działania, są siłą napędową w dążeniach do osiągnięcia mistrzostwa, są też akceptowane społecznie, np. prelegenci przedstawiają się podkreślając swoje niedoskonałości i przepraszając za błędy w prezentacji. Jednostka jest więc tyle warta, na ile pozytywnie ocenią ją inni. Nie należy przechwalać się swoimi osiągnięciami, trzeba być skromnym. Promowane jest dopasowywanie się do norm i wypełnianie ról, gdyż to zapewnia akceptację społeczną.

W kulturach Ja-W poważanie społeczne jest miarą życia człowieka.

4.3.5. Sposób wychowania

Chcieliśmy podkreślić, że **nie istnieje jeden właściwy, „normalny”, „zdrowy” system wychowania**. Zarówno wychowanie w normach niezależności w kulturach Ja-N, jak i współzależności w kulturach Ja-W jest właściwe w danym kontekście kulturowym. Kształtuje jednostkę w ten sposób, by mogła funkcjonować bez przeszkód we własnym społeczeństwie. Oczywiście, zdarzają się nadużycia i deformacje obowiązujących norm i występują one w każdej kulturze, czasem są to działania jednostek, a czasem całych grup. Przykładem takiej grupy społecznej są skrajne ugrupowania talibów, promujące radykalny rozdział świata kobiet i mężczyzn – bazują oni w swej ideologii na arabskich normach kulturowych, ale doprowadzają je do poziomu nieakceptowanego nawet przez społeczeństwa, którymi władają.

4.3.6. Polska a wymiar Ja-N – Ja-W

Zapewne czytelnik zadaje sobie pytanie, gdzie mieści się kultura polska na wymiarze Ja-N i Ja-W. Naszym zdaniem, nie mieści się na żadnym ze skrajów tego wymiaru. Z jednej strony, w wartościach naszej kultury zawiera się między innymi anarchia, dbanie o swój interes bardziej niż np. o interes publiczny (interes państwa czy instytucji, w której pracujemy). Możemy więc wnioskować, że Ja-W nie jest tak silne w Polsce, jak w kulturach Chin czy Japonii. Zakładamy też, że opisane powyżej praktyki dotyczące wychowania dzieci w kulturach Ja-W wzbudziły w czytelniku prawdopodobnie nie tylko zdziwienie, ale i niechęć (np. dostosowywanie się do grupy w zakresie potrzeb fizjologicznych). Współzależność w Polsce jest ważna (choć w mniejszym stopniu niż w Azji Południowo-Wschodniej), ale tylko w zakresie małej grupy: własnej rodziny oraz bliskich przyjaciół (między innymi: dzieci długo mieszkają z rodzicami, istnieją normy pomocy dzieciom ze strony rodziców również w dorosłym życiu).

Z drugiej strony, normy niezależności promowane w kulturach Ja-N, pomimo że brzmią atrakcyjnie, okazują się częściowo nie przystawać do naszych warunków kulturowych. Na przykład osoby wychowane w kulturze Ja-N (USA) są bardziej asertywne niż Polacy w kontaktach z przełożonymi i przyjaciółmi; nie uznają potrzeby dzielenia się z bliskimi swoimi zasobami (czasem, wsparciem, finansami), taka postawa w naszych warunkach kulturowych prowadzi do spięć i pogorszenia relacji. Okazuje się, że normy niezależności w Polsce są ograniczone oczekiwaniem bliskości w rodzinie i wśród dobrych przyjaciół oraz częściowym podporządkowaniem przełożonym (Chodynicka, 2000).

Kulturę polską można więc umiejscowić na środku wymiaru przy uwzględnieniu, że w zakresie życia publicznego promuje się bardziej Ja-N, natomiast jeśli chodzi o życie prywatne, małą grupę (bliską rodzinę i przyjaciół) promowane jest Ja-W.

4.3.7. Niezależność a osoby z niepełnosprawnością w kulturach Ja-W i Ja-N

Zadaliśmy sobie pytanie: jak opisane normy niezależności i współzależności związane z wymiarem Ja-N – Ja-W odnoszą się do sytuacji osób z niepełnosprawnością? Ludzie z tej grupy otoczeni bywają bardzo często opieką, która może ograniczać ich niezależność i jednocześnie wzmaga atrybuty współzależności potrzebne do funkcjonowania w bardzo bliskiej relacji z opiekunem, takie jak: silna empatia, regulacja potrzeb fizjologicznych oraz dostosowywanie się psychiczne do dostępności do środków ich zaspokajania, możliwości oraz chęci opiekuna.

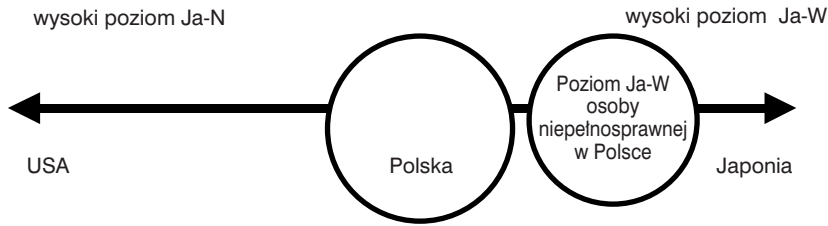
Możemy więc założyć, że:

1. Osoby z niepełnosprawnością mają bardziej rozwinięte atrybuty współzależności niż osoby sprawne, gdyż to właśnie te atrybuty mogą zapewnić im dobre relacje z opiekunami;
2. W nazbyt bliskich kontaktach z opiekunami osoby wspomagane nie mają możliwości rozwijania atrybutów Ja-N.

Czy tak mocno rozwinięta współzależność ma negatywne czy pozytywne skutki dla funkcjonowania społecznego osób z niepełnosprawnością? Aby odpowiedzieć na to pytanie, należy określić, jak duży jest rozdźwięk w danym kraju między normą kulturową poziomu Ja-N – Ja-W a nasileniem atrybutów Ja-W u danej osoby:

- Jeśli jednostka funkcjonuje w kulturze Ja-W i ma dobrze rozwinięte atrybuty Ja-W, to występuje zjawisko określane **dopasowaniem kulturowym** (*culture fit*) – ma rozwinięte te cechy, które są cenione w danej kulturze, odpowiadają wartościom i normom tej kultury ułatwiając funkcjonowanie (Ward, 2004).
- Jeśli natomiast osoba z niepełnosprawnością o silnie rozwiniętych atrybutach Ja-W funkcjonuje w kulturze, w której nasilenie Ja-W jest znacznie niższe lub promowane jest Ja-N, to występuje **niedopasowanie kulturowe** (rys. 22), mogące skutkować problemami w funkcjonowaniu społecznym, nawiązywaniu i utrzymywaniu znajomości oraz w odnalezieniu się na rynku pracy. Stopień współzależności takiej jednostki będzie powodował niechęć ze strony osób ceniących (zgodnie z normą kulturową) mniejszą współzależność lub niezależność. Postawy i zachowania osób niedopasowanych kulturowo będą niezrozumiałe i interpretowane jako niewłaściwe czy wręcz „chore”.

Kraje, które wybraliśmy do analizy, czyli Wielka Brytania, Francja i Szwecja promują Ja-N w stopniu znacznie wyższym niż w Polsce (zwłaszcza jeśli chodzi o życie prywatne), przy czym w Szwecji bardzo ważne są też równość i bycie podobnym do innych (choć w pełni niezależnym). Polska w porównaniu z tymi krajami promuje bardziej Ja-W (choć oczywiście nie w takim stopniu jak kraje Wschodu i Południa). Ważna jest też w Polsce hierarchia i wolność od wszelkiego rodzaju ograniczeń poza zobowiązaniami wobec najbliższych (rodziny i przyjaciół) (por. Boski, 2006).



Rys. 22. Wymiar Ja-N – Ja-W, na którym Polska znajduje się pośrodku, oraz przykładowe miejsce osoby niepełnosprawnej mieszkającej w Polsce. Nasilenie atrybutów Ja-W u tej osoby powoduje, że znajduje się znacznej dalej niż Polska w kierunku współzależnego skrajów wymiaru

Źródło: opracowanie własne

Na podstawie przedstawionych powyżej rozważań wydaje nam się zasadny wniosek, że osoby z niepełnosprawnością w Polsce powinny rozwijać swoją niezależność, by prawidłowo funkcjonować w relacjach społecznych i być skutecznymi na rynku pracy. W związku z tym pomoc kierowana do tej grupy zarówno przez osoby bliskie, jak i przez ośrodki pomocy powinna uwzględniać **zasadę pomocniczości**. Nadmierna pomoc może skutkować zbyt wysokim, jak na polskie normy poziomem współzależności, który utrudni funkcjonowanie w relacjach w życiu publicznym. Zaś całkowity brak pomocy powoduje oczywiste konsekwencje zaniedbania.

4.4. Polityka społeczna wobec osób z niepełnosprawnością w wybranych krajach europejskich

Jak już powiedzieliśmy, polityka społeczna wobec osób z niepełnosprawnością powinna opierać się na zasadach subsydiarności. Polityka ta kształtowana jest oczywiście w różny sposób w różnych krajach, odzwierciedlając najważniejsze wartości danych kultur. Poniższe dwa podrozdziały opisują wybrane elementy polityki społecznej na tyle szczegółowo, by czytelnik mógł zauważyć przejawy wartości kulturowych w regulacjach prawnych i praktykach społecznych w opisywanych krajach. Zadaniem tej książki nie jest przedstawienie pełnego obrazu polityki społecznej w wybranych krajach, a jedynie jej przykładów, które pomogą zrozumieć wpływ różnic kulturowych w zakresie wartości na sytuację osób z niepełnosprawnością.

Pierwszy podrozdział opisuje założenia polityki społecznej w Szwecji, gdzie na każdym kroku widać przejawy stosowania zasady subsydiarności oraz norm równości i niezależności.

W drugim podrozdziale czytelnik znajdzie przykłady kształtowania prawa budowlanego uwzględniającego potrzeby osób z niepełnosprawnością. W Wielkiej Brytanii podporządkowane jest ono zasadzie indywidualizmu i wolnego rynku, we Francji – zasadzie solidarności i państwa opiekuńczego, w Szwecji – zasadzie równości i silnemu zaufaniu społecznemu.

4.4.1. Założenia polityki społecznej wobec osób z niepełnosprawnością w Szwecji

Najważniejszym założeniem polityki społecznej w Szwecji jest umożliwienie osobom z niepełnosprawnością prowadzenia w pełni samodzielnego życia. Państwo dba, by członkowie tej grupy na równi z innymi korzystali ze swych praw oraz mieli możliwość wypełniania obowiązków obywatelskich. W tym celu system opieki jest tak zorganizowany, by wspierać niezależność osób z niepełnosprawnością i włączać je do głównego nurtu społeczeństwa.

W roku 2000 przyjęto narodowy plan rozwoju „Od pacjenta do obywatela”, który zmienił podejście do osób z niepełnosprawnością (por. materiały Instytutu Szwedzkiego: www.sweden.se). Przed wprowadzeniem planu rozwoju, działania na rzecz osób z niepełnosprawnością koncentrowały się na opiece medycznej i zapewnianiu im środków do przeżycia. Obecnie nadrzędnym celem opieki społecznej jest aktywizacja tych osób, tak by stały się pełnoprawnymi członkami społeczeństwa obywatelskiego. Podejście to ma również uzasadnienie ekonomiczne: ma zapobiec tworzeniu się zmarginalizowanych grup, które ze względu na swoją odmienność wymagałyby specjalnego wsparcia, a co za tym idzie – znacznych nakładów ze strony państwa.

Polityka społeczna w Szwecji dotyczy:

- rozpoznawania i usuwania barier uniemożliwiających pełne uczestnictwo w życiu społecznym,
- zapobiegania i walki z dyskryminacją,
- promowania równości między chłopcami i dziewczętami oraz kobietami i mężczyznami.

W praktyce oznacza to, że perspektywa osób z niepełnosprawnością jest zawsze brana pod uwagę w procesach planowania społecznego. Urzędnicy przechodzą specjalne szkolenia redukujące stereotypy w myśleniu i wzmagające tolerancję, by móc obsługiwać tę grupę w taki sam sposób, jak obsługują osoby sprawne. W budynkach państwowych niwelowane są bariery architektoniczne, a urzędy modyfikują systemy informacji, tak by samodzielnie mogły korzystać z nich osoby z niepełnosprawnością.

Perspektywa historyczna

- Od 1962 roku dzieci z niepełnosprawnością mają obowiązek (i możliwość) uczęszczania do szkół, tak jak ich rówieśnicy. Prawo gwarantuje taką samą edukację dla wszystkich dzieci w Szwecji niezależnie od miejsca zamieszkania i niepełnosprawności. W kolejnych latach zamykano ośrodki specjalistyczne, gdzie osoby z niepełnosprawnością mieszkaly i miały opiekę. Stopniowo wprowadzono pomoc innego rodzaju.
- Od 1990 roku wprowadzono prawo do posiadania osobistego asystenta dla każdej osoby z niepełnosprawnością. Była to zmiana rewolucyjna, od tej pory osoby z niepełnosprawnością uzyskały możliwość samodzielnego życia: podejmowania samodzielných decyzji, podjęcia studiów, pracy, samodzielnego zamieszkania.
- Od 1993 roku Szwecja przyjmuje wiele aktów prawnych, które mają zapewnić stworzenie społeczeństwa dostępnego dla wszystkich (*universally accessible society*)⁵.
- Obecnie w Szwecji prawie wszystkie osoby z niepełnosprawnością mieszkają samodzielnie. Tylko w niewielkim stopniu procent bezrobotnych w Szwecji wśród osób z niepełnosprawnością przekracza procent bezrobotnych sprawnych. Oprócz agend rządowych, w tym kraju działa około 50 fundacji – otrzymujących wsparcie państwowe – wspomagających osoby z niepełnosprawnością.

4.4.2. Tworzenie przestrzeni publicznej bez barier w wybranych krajach europejskich

Dostępność budynków użyteczności publicznej oraz przestrzeń publiczna bez barier umożliwiają osobom z niepełnosprawnością uczestniczenie w życiu społecznym na równi z osobami sprawnymi. Brak barier w budownictwie sprzyja likwidowaniu barier społecznych oraz psychologicznych między osobami sprawnymi i osobami z niepełnosprawnością. Kontakty obu grup w szkole, w pracy czy w szeroko pojętej przestrzeni publicznej to warunek niezbędny do nawiązania dobrych relacji, pierwszy krok do stworzenia społeczeństwa jednolitego, w którym podział na sprawnych i niepełnosprawnych nie będzie mieć znaczenia.

W Polsce likwidacja barier przychodzi z trudem, osoby z niepełnosprawnością toczą walkę, by mieć gwarantowany prawem dostęp do miejsc użyteczności publicznej. Doskonałym przykładem trudności w likwidacji barier w Polsce jest budynek Sejmu RP. Dopiero w 2008 roku pojawiły się plany wyremonto-

⁵ Na podstawie materiałów dostępnych na stronie Instytutu Szwedzkiego: www.sweden.se.

wania budynku, tak by umożliwić jego zwiedzanie osobom z niepełnosprawnością, a poseł poruszający się na wózku mógł wjechać na mównicę.

Przypatrzmy się, kiedy w wybranych przez nas krajach europejskich wprowadzano akty prawne dotyczące likwidacji barier w budownictwie, jak szczegółowo są skodyfikowane te zasady oraz jakie problemy pojawiają się przy interpretacji lub stosowaniu prawa. Tabela 5 została opracowana na podstawie danych zebranych przez S. Prideaux (2006). Naszym celem nie jest dokładne opisanie prawa budowlanego dotyczącego likwidacji barier, wybieramy jedynie przykładowe jego aspekty, by dać czytelnikowi możliwość zrozumienia różnic istniejących między krajami wybranymi przez nas do porównań.

Tabela 5. Elementy regulacji w zakresie prawa budowlanego w trzech krajach europejskich: Francji, Wielkiej Brytanii i Szwecji

Kraj	Rok wprowadzenia aktów prawnych	Główny cel regulacji prawnych	Przykłady szczegółowych rozwiązań wymaganych aktami prawnymi	Problemy utrudniające stosowanie aktów prawnych i tworzenie przestrzeni wolnej od barier
Francja	2005	<ul style="list-style-type: none"> W ciągu 10 lat od chwili wprowadzenia ustawy (czyli w 2015 r.) wszystkie budynki użyteczności publicznej oraz przestrzeń publiczna mają być pozbawione barier. 	<ul style="list-style-type: none"> Podłoga nie może być śliska. Podjazdy nie mogą mieć spadku przekraczającego 5%. Od parkingu (etc.) do głównego wejścia do budynku ma prowadzić najkrótsza możliwa droga. 	<ul style="list-style-type: none"> Elementy budynków i przestrzeni publicznej mają być dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnością, jeśli są „do pokonania” (<i>negotiable</i>). Umożliwia to obchodzenie prawa i utrzymanie barier.
Wielka Brytania	1995 1999 2004	<ul style="list-style-type: none"> Pracodawca ma dbać, by środowisko pracy oraz przestrzeń były pozbawione barier. Dostęp do usług (informacja, budynek, usługi) oraz do przedsiębiorstwa/urzędu musi być pozbawiony barier. 	<ul style="list-style-type: none"> Klamki należy umieszczać nisko, by były dostępne dla osób na wózkach. Lady recepcyjne również muszą być obniżone. Ściany, sufity i drzwi należy malować w kontrastujące ze sobą kolory, by były łatwiej rozpoznawalne. 	<ul style="list-style-type: none"> Wprowadzane udogodnienia mają być „racjonalne” (<i>reasonable</i>) oraz „praktyczne”. Nie mogą również wykroczać poza możliwości finansowe usługodawcy/pracodawcy. W praktyce umożliwia to omijanie prawa i utrzymanie barier.

cd. tabeli 5

Kraj	Rok wprowadzenia aktów prawnych	Główny cel regulacji prawnych	Przykłady szczegółowych rozwiązań wymaganych aktami prawnymi	Problemy utrudniające stosowanie aktów prawnych i tworzenie przestrzeni wolnej od barier
Szwecja	1987 1994	<ul style="list-style-type: none"> • Brak dyskryminacji i równość obywateli jest naczelną zasadą szwedzkiego prawa. • Jedynie bardzo szczegółowe akty prawne dotyczące budownictwa zawierają wytyczne regulujące dostosowanie budynków do potrzeb osób z niepełnosprawnością. 	<ul style="list-style-type: none"> • Każdy budynek musi być wyposażony w przynajmniej jedną toaletę dla osób poruszających się na wózkach. 	<ul style="list-style-type: none"> • Na deweloperze leży odpowiedzialność za zbudowanie pozabawionego barier budynku. • Brak jest jednak uszczegółowienia sformułowania „bez barier” (<i>accessible</i>). • Pozwala to na dowolne interpretowanie prawa i utrzymanie barier. • Prawo opiera się na zaufaniu społecznym i zakłada, że deweloperzy będą wypełniali swoje obowiązki bez nadzoru.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Prideaux (2006)

Informacje w tab. 5 wskazują, że we Francji i Wielkiej Brytanii prawo dotyczące znoszenia barier przestrzennych jest znaczenie bardziej szczegółowe niż w Szwecji, co zwiększa jednoznaczność przepisów i ujednoczenie ułatwień architektonicznych. Niestety, we wszystkich wymienionych krajach istnieje też „furtka” pozwalająca na dowolną interpretację niektórych przepisów, co daje możliwość „wymigania się” dewelopera od konieczności stosowania prawa. Ciekawa jest sytuacja w Szwecji, gdzie opisywane przez nas w kolejnym rozdziale norma równości i wysokie zaufanie społeczne powodują brak szczegółowych przepisów i sankcji w prawie budowlanym. Deweloper zobowiązany jest jedynie przestrzegać zasady braku dyskryminacji. Oznacza to, że w społeczeństwie musi istnieć wysoka świadomość społeczna w zakresie potrzeb osób z niepełnosprawnością oraz gotowość do prowadzenia konsultacji społecznych.

Na podstawie analizy przepisów prawnych dotyczących prawa budowlanego w zakresie tworzenia przestrzeni publicznej oraz budynków bez barier w różnych krajach Simon Prideaux (2006) stworzył listę zaleceń, które muszą być spełnione, by umożliwić osobom z niepełnosprawnością pełne uczestnictwo w życiu społecznym:

- Brak barier powinien być prawem obywateli gwarantowanym w aktach prawnych, a nie jedynie uwarunkowanym racjonalnością gestem osób sprawnych wobec osób z niepełnosprawnością.
- Akty prawne zawierające szczegółowe wymogi techniczne dla nowych, przebudowywanych i remontowanych budynków muszą być jednoznaczne i ogólnie dostępne.
- Przebudowa i remont budynków w celu likwidacji barier powinny być finansowane przez państwo.
- Agencje rządowe powinny czuwać nad przestrzeganiem opisanych aktów prawnych oraz mieć możliwość pociągnięcia do odpowiedzialności osób i instytucji łamiących te prawa.

Zapewne ze względu na ograniczenia budżetowe nie jest możliwe spełnienie postulatu o finansowaniu przez państwo przebudowy i remontu budynków. Jednak uregulowanie aktów prawnych i stworzenie jednoznacznych przepisów wymaga jedynie dobrej woli rządzących oraz zaangażowania w proces legislacyjny osób z niepełnosprawnością jako ekspertów czy konsultantów.

Uważamy, że są to dobre praktyki, które wprowadzone w Polsce mogłyby w znacznym stopniu zaważyć na relacjach między osobami sprawnymi a osobami z niepełnosprawnością: zmniejszyć dystans między tymi grupami, złagodzić procesy wzajemnej stereotypizacji, poprawić funkcjonowanie psychospołeczne osób z niepełnosprawnością. Zdajemy sobie sprawę, że do wyrównania szans osób sprawnych i osób z niepełnosprawnością potrzebne jest spełnienie wielu innych przesłanek (jak choćby większa świadomość osób sprawnych co do problemów osób z niepełnosprawnością), by grupy te mogły bez przeszkód ze sobą współdziałać. Jednak likwidacja barier architektonicznych to tylko pierwszy krok w tym kierunku.

4.4.3. Podsumowanie

Opisane powyżej przykłady z obszaru prawa budowlanego dobrze obrazują politykę społeczną w wybranych krajach europejskich wobec osób z niepełnosprawnością. Z jednej strony prawa tych osób są odbiciem najważniejszych wartości kultury i jako takie są pozytywnym ich przejawem, a z drugiej strony ukazują, jak trudno zachodzą procesy włączające osoby z niepełnosprawnością do głównego nurtu społecznego w każdym z tych krajów. Legislatory pozostawiają bowiem furtki umożliwiające złagodzenie konsekwencji prawa dla podmiotów, które są zobligowane je stosować.

Opisana polityka społeczna wobec osób z niepełnosprawnością w Szwecji w pełni odzwierciedla model pomagania oparty na zasadzie subsydiarności Chantall Millon-Delsol (1995), opisany we *Wprowadzeniu*. Jak zauważymy w analizie wyników opisanych w kolejnych podrozdziałach, takie podejście zapewnia najbardziej korzystne warunki do funkcjonowania psychologicznego osób z niepełnosprawnością – osoby te w Szwecji mają najlepsze wyniki w tym zakresie.

Również funkcjonowanie społeczne tej grupy jest najkorzystniejsze w Szwecji – świadczyć o tym może najmniejsza różnica między wynikami osób sprawnych i osób z niepełnosprawnością w tym kraju.

4.5. Uczestnicy badania porównawczego

W bazie danych, której użyliśmy w badaniu porównawczym (ESS), nie ma kategorii osób z orzeczeniem o niepełnosprawności. Byłaby ona zresztą w jakimś stopniu bezużyteczna, bo w każdym z krajów orzecznictwo wygląda w inny sposób. Wybraliśmy więc do porównań osoby deklarujące niepełnosprawność lub znaczne problemy ze zdrowiem utrudniające codzienne funkcjonowanie. Grupa ta jest oznaczona literami **OzN** (osoby z niepełnosprawnością), drugą grupą są osoby sprawne **OS** (osoby sprawne), nie deklarujące problemów ze zdrowiem. Trafność naszego wyboru potwierdzają analizy statystyczne wskazujące na silne zróżnicowanie między opisanymi grupami, zaś trafność ekologiczną fakt, iż różnice między grupami w zbiorze ESS są zbieżne z różnicami między grupami na danych polskich (Czapiński, Panek, 2007).

Tabela 6 przedstawia liczebności grup osób z niepełnosprawnością i osób sprawnych w poszczególnych krajach wybranych do analizy.

Tabela 6. Liczebności w badanych grupach

	Polska	Francja	W. Brytania	Szwecja
OzN	123	121	264	146
OS	1229	1530	1731	1390

Źródło: Europejski Sondaż Społeczny, ESS 2007

4.6. Wyniki

Sprawdziliśmy różnice między osobami sprawnymi i osobami z niepełnosprawnością w zakresie wielu elementów funkcjonowania psychicznego i społecznego. Okazało się, że wyniki osób sprawnych różnią się od wyników osób z niepełnosprawnością. Na rys. 23 i na wielu kolejnych zwraca uwagę następujący efekt:

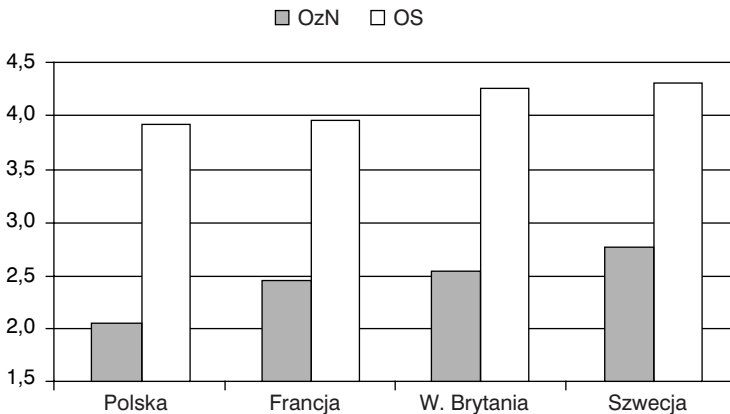
Wyniki osób z niepełnosprawnością są znacząco inne od wyników osób sprawnych w każdym z wybranych krajów.

Oznacza to, że we wszystkich krajach grupy te różnią się od siebie i że w wielu sytuacjach pojawia się podobny mechanizm bądź schemat zależności między osobami sprawnymi i osobami z niepełnosprawnością. Odmiennie jest natomiast nasilenie różnic między grupą osób sprawnych i grupą osób z niepełnosprawnością w poszczególnych krajach, w Polsce zazwyczaj różnice między obiema grupami są największe.

4.6.1. Poczucie zdrowia

Stan zdrowia to najważniejszy element obiektywnie różnicujący osoby sprawne i osoby z niepełnosprawnością. Przyjrzyjmy się, jak osoby badane postrzegają swoje zdrowie. Jak widać na rys. 23, u osób sprawnych nie ma znaczących różnic między krajami. Natomiast wśród osób z niepełnosprawnością najniższy poziom poczucia zdrowia mają osoby w Polsce, w Polsce też jest największa różnica w poczuciu zdrowia między osobami z niepełnosprawnością a osobami sprawnymi.

Nie możemy jednoznacznie stwierdzić, że obiektywnie w Polsce jest niższy poziom zdrowia w grupie osób z niepełnosprawnością (nie mamy wglądu w statystyki medyczne osób badanych, by sprawdzić ich stan zdrowia). W naszej analizie istotne jest to, że osoby badane tak właśnie postrzegają ten element życia, co ma negatywne skutki dla ich funkcjonowania psychicznego i społecznego, zwłaszcza dla postrzegania odmienności między grupą osób sprawnych i osób z niepełnosprawnością oraz dla procesu i efektów autostereotypizacji.



Rys. 23. Ogólne poczucie zdrowia

Źródło: Europejski Sondaż Społeczny, opracowanie własne

4.6.2. Depresyjność

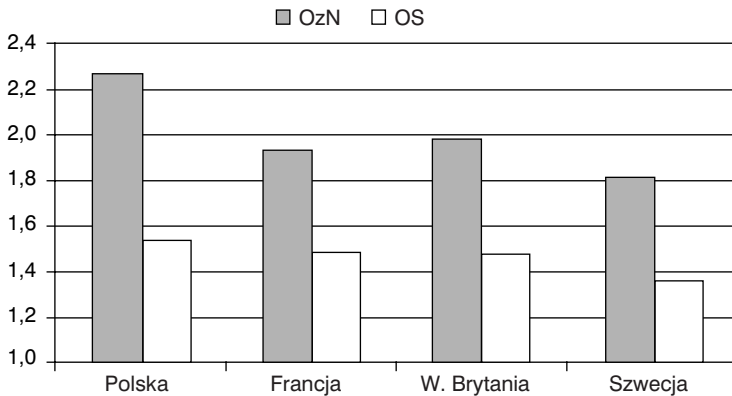
Ogólne poczucie zdrowia wpływa na nastrój jednostki. Im lepsze zdrowie tym bardziej pozytywne emocje odczuwamy, kłopoty ze zdrowiem wprowadzają w nasze życie niepokój, a przedłużające się problemy zdrowotne mogą być przyczyną stanów depresyjnych. Przyjrzyjmy się, jak osoby badane postrzegają swój nastrój.

Pozycje dotyczące samooceny poziomu depresyjności

1. w ostatnim tygodniu czułem się smutny
2. w ostatnim tygodniu czułem się przybity
3. w ostatnim tygodniu czułem się samotny
4. w ostatnim tygodniu odczuwałem niepokój
5. w ostatnim tygodniu odczuwałem znudzenie
6. w ostatnim tygodniu czułem, że wszystkie moje wysiłki nie przynoszą rezultatów
7. w ostatnim tygodniu czułem, że nie radzę sobie

Nasilenie **poziomu depresyjności** jest najniższe w Szwecji i najwyższe w Polsce – por. rys. 24. I po raz kolejny różnica między grupą osób sprawnych i grupą osób z niepełnosprawnością jest największa w Polsce, przy czym w grupie osób z niepełnosprawnością poziom depresyjności jest znacznie wyższy niż w grupie osób sprawnych w Polsce i znacznie wyższy niż w grupach osób z niepełnosprawnością w innych krajach.

Należy podkreślić, że z tego badania nie wynika jednoznacznie, iż Polacy są najbardziej depresyjnym narodem wśród badanych krajów. Widać natomiast, że w ich samoocenie częściej niż w innych grupach pojawiają się negatywne uczucia, takie jak smutek, niepokój, samotność. Być może ten wynik ma związek z bardzo niską oceną poziomu zdrowia wśród osób z niepełnosprawnością w Polsce, dodatkowo wzmocnioną problemami z otrzymaniem adekwatnej pomocy lekarskiej czy dostępem do zabiegów rehabilitacyjnych.



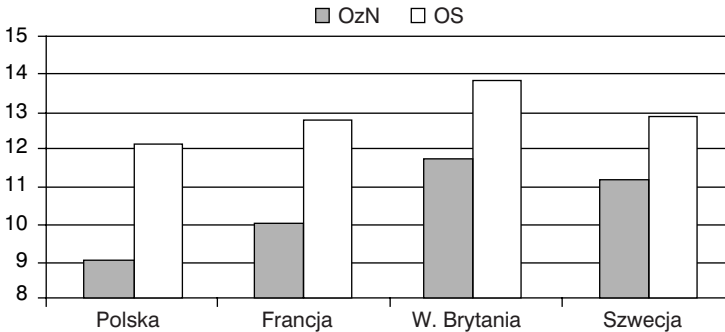
Rys. 24. Poziom depresji

Źródło: Europejski Sondaż Społeczny, opracowanie własne

4.6.3. Edukacja

Edukacja powszechna jest jedną z najważniejszych zdobyczy cywilizacyjnych. Na postawie powszechnego dostępu do edukacji ocenia się zaawansowanie w rozwoju społeczeństw, potępiając te, które z jakichś względów ograniczają wybranym grupom społecznym (kobietom, mieszkańcom wsi, osobom z niepełnosprawnością) możliwość kształcenia.

Przyjrzyjmy się liczbie lat spędzonych na edukacji przez osoby sprawne i osoby z niepełnosprawnością w wybranych przez nas krajach. Jak widać na rys. 25, Polska ma najniższy wskaźnik lat nauki zarówno wśród osób sprawnych, jak i wśród osób z niepełnosprawnością. Najlepsze wyniki ma w tej kategorii Wielka Brytania. W Polsce jest też największa różnica między tym, ile lat uczą się osoby sprawne i osoby z niepełnosprawnością. Najmniejsza różnica w liczbie lat nauki między osobami sprawnymi a osobami z niepełnosprawnością występuje w Szwecji.



Rys. 25. Lata nauki szkolnej w wybranych krajach europejskich

Źródło: Europejski Sondaż Społeczny, opracowanie własne

Według danych Instytutu Szwedzkiego, szkołę średnią w Szwecji kończy nieco wyższy odsetek osób w grupie osób z niepełnosprawnością niż odsetek osób sprawnych! (chodzi o porównanie odsetek między grupami, a nie bezwzględnych liczb osób). Dane te oznaczają zarówno ogólnie większą powszechność edukacji w wybranych krajach zachodnich niż w Polsce, jak i większą dostępność edukacji dla osób z niepełnosprawnością we Francji, Wielkiej Brytanii i Szwecji. Wyższe wskaźniki edukacji zaś są nierozdzielnie związane z wyższym stopniem przedsiębiorczości, lepszymi wynikami makroekonomicznymi, jak i niezależnością osobistą. Im człowiek jest lepiej wykształcony, tym łatwiej radzi sobie na rynku pracy i jest lepiej przystosowany do życia w nowoczesnym społeczeństwie.

4.6.4. Zaufanie

Wydaje się, że zaufanie jest uniwersalnym zjawiskiem pozwalającym na funkcjonowanie w grupach społecznych. Okazuje się jednak, że zaufanie może oznaczać różne rzeczy w poszczególnych krajach oraz że jego poziom znacznie się różni. W badaniu ESS uczestnicy odpowiadali, jak dużo zaufania mają do innych ludzi, instytucji państwowych oraz międzynarodowych.

Pozycje dotyczące czynnika „zaufanie do ludzi”:

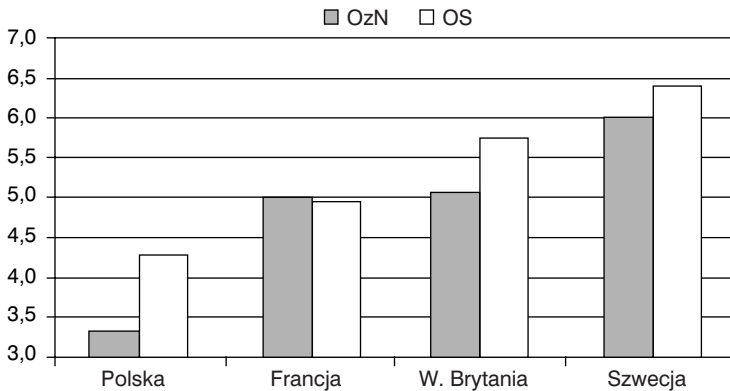
1. większość ludzi próbuje cię wykorzystać – większość ludzi próbuje być *fair*
2. większość ludzi jest pomocna – większość ludzi dba tylko o siebie
3. większości ludzi można ufać – większości ludzi nie można ufać

Zaufanie w naukach społecznych oznacza oczekiwanie, że strony interakcji będą się dobrze traktować w sytuacji, która nie zapewnia bezpieczeństwa żadnej ze stron.

Kultury, w których promuje się *Ja niezależne*, uzyskują wysokie wyniki na skalach zaufania. Zaufanie wobec obcych, niezwiązanych ze sobą osób jest możliwe, gdy wszystkich obowiązuje jednoznaczny system zasad i norm, a system społeczny lub sądowniczy rozwiązuje potencjalne spory. Każdy obywatel ma takie samo prawo uczestniczenia w życiu społecznym, zwrócenia się do instytucji odwoławczych i uzyskania sprawiedliwego wyroku w sporze. Ponieważ w kulturach *Ja niezależnego* nie istnieją silne nieformalne grupy (a w każdym razie są one drugorzędne wobec jednostek lub zmarginalizowane), człowiek nie musi się obawiać, że interesy drugiej strony podważą jego prawa. Konieczne jest tu zrozumienie, że w kulturach *Ja niezależnego* ludzie nie tylko korzystają z zaufania, ale również je budują zachowując się *fair* wobec innych obcych osób, z którymi są w interakcji, oraz że zasady, według których należy postępować, są powszechnie znane, akceptowane i stosowane.

W kulturach *Ja współzależnego*, zaufanie jest budowane na podstawie relacji i to właśnie dobre, silne relacje umożliwiają bezpieczne funkcjonowanie w systemie społecznym. Zasady postępowania zazwyczaj nie są przejrzyste, a uczestnicy interakcji dość dowolnie je interpretują wybierając te, które chcą stosować.

Jak widać na rys. 26, wśród wybranych państw najwyższy poziom zaufania wobec innych ludzi jest w Szwecji, a najniższy w Polsce. Czy to oznacza, że Polacy nie ufają ludziom? Niezupełnie. Oznacza to, że Polacy nie ufają obcym, tym spoza własnej grupy. Wniosek z tego taki, że posiadanie dobrej, szerokiej siatki społecznej jest niezbędne dla prawidłowego funkcjonowania społecznego.



Rys. 26. Zaufanie do ludzi

Źródło: Europejski Sondaż Społeczny, opracowanie własne

Wnioski ogólne byłyby następujące:

- Kluczowe dla osób z niepełnosprawnością w polskim kontekście kulturowym jest budowanie własnej siatki społecznej.
- Wymaga to wykształcenia umiejętności komunikacji interpersonalnej, takich jak nawiązywanie i utrzymywanie relacji.

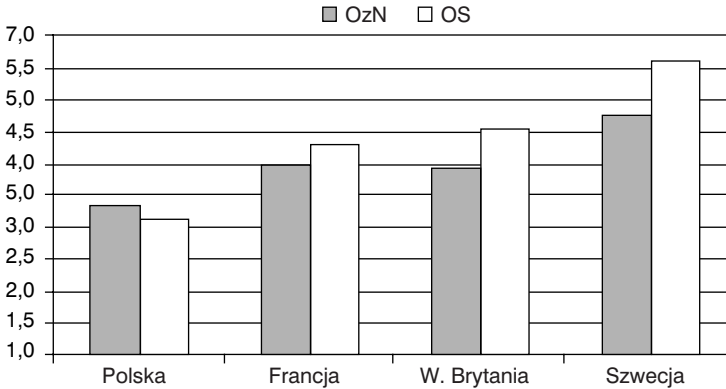
Osoby z niepełnosprawnością z racji barier architektonicznych czy społecznych mają to zadanie znacznie utrudnione. Jednak problemem dla osób z niepełnosprawnością są nie tylko bariery architektoniczne czy społeczne. Zdarza się, że rodzina, w najlepszej wierze, stanowi nie tylko wsparcie, ale jednocześnie buduje barierę przed światem zewnętrznym, uniemożliwiając wykształcenie się kompetencji komunikacyjnych, utrudniając zdobycie różnorodnych, także niełatwych emocjonalnie doświadczeń i umiejętności nawiązywania oraz utrzymywania własnej siatki społecznej.

Zaufanie to też postawa wobec instytucji państwowych. Im bardziej stabilny system państwowy, tym większe **zaufanie do instytucji**. Jak widać na rys. 27, Szwecja osiąga tu najwyższe wyniki. Wyniki wskazują na to, że w Polsce osoby sprawne mają mniej zaufania do instytucji państwowych niż do innych ludzi, natomiast u osób z niepełnosprawnością poziom zaufania jest tak samo niski wobec państwa, jak i wobec innych ludzi. To sugeruje, że osoby z niepełnosprawnością mają niewiele kontaktów społecznych i nie są one pozytywne, mają natomiast więcej niż przeciętna osoba sprawna kontaktu z instytucjami państwowymi, z tym samym skutkiem.

Pozycje dotyczące czynnika „zaufanie do instytucji państwowych”

1. na ile masz zaufanie do polityków
2. na ile masz zaufanie do partii politycznych

3. na ile masz zaufanie do parlamentu
4. na ile masz zaufanie do systemu prawnego
5. na ile masz zaufanie do policji



Rys. 27. Zaufanie do instytucji państwowych w podziale na państwa
 Źródło: Europejski Sondaż Społeczny, opracowanie własne

4.6.5. Wartości

Wartości są dla społeczeństw drogowskazami, pomagają rozwiązywać zarówno poważne dylematy dotyczące wyborów życiowych – wskazują właściwe postępowanie (np. czy wziąć udział w obronie ojczyzny), jak i ułatwiają podejmowanie prozaicznych codziennych decyzji (czy ustąpić miejsca starszej osobie w tramwaju). Wartości nie są jednak stałe, zmieniają się z upływem lat, a i wewnątrz społeczeństw toczą się spory dotyczące tego, jakie wartości są ważne. Czasem wartości uważane przez część obywateli jako istotne są przez innych otwarcie krytykowane bądź negowane. Różne grupy społeczne opowiadają się za różnymi, często konfliktowymi wartościami. Przykładem dość trwałego konfliktu wartości w obrębie jednego społeczeństwa jest spór między organizacjami *pro-life* opowiadającymi się za ochroną życia od poczęcia a organizacjami feministycznymi podkreślającymi prawo kobiet do aborcji. Niektóre grupy społeczne mogą mieć odmienne wartości ze względu na sytuację, w jakiej się znajdują, wykonywany zawód – nauczyciele czy samorządowcy w Polsce hołdują bardziej humanizmowi niż przedsiębiorcy, dla których humanizm, choć też ważny, ustępuje miejsca materializmowi (Boski, 2005). Podobnie przewidujemy, że osoby sprawne i osoby z niepełnosprawnością mogą mieć inne wartości, gdyż ze względu na sytuację życiową inne sprawy dla obu grup mogą być ważne w życiu.

Przeanalizujemy teraz zestaw pytań, które pojawiły się w badaniu ESS, a dotyczą wartości. Osoby badane wypowiedziały się, na ile ważne są dla nich różne kwestie – por. tab. 7.

Tabela 7. Pozycje kwestionariusza opisujące wartości respondentów⁶

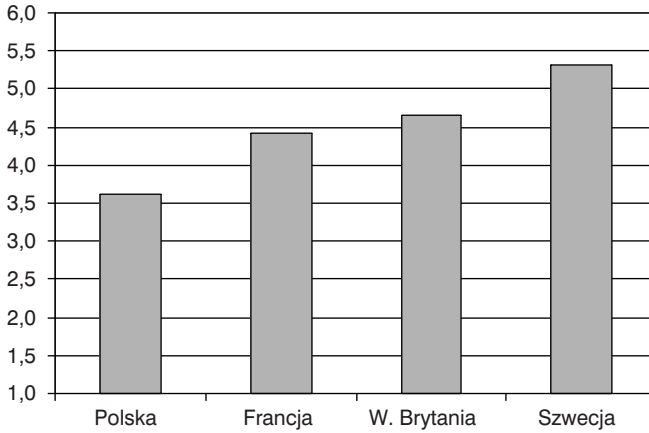
Czynnik pierwszy: Zasady
<ol style="list-style-type: none"> 1. trzeba się odpowiednio zachowywać 2. trzeba wykonywać polecenia 3. trzeba zachowywać się zgodnie z zasadami 4. ważne jest życie w bezpiecznym otoczeniu 5. należy kultywować tradycje i zwyczaje 6. należy być skromnym i nie skupiać na sobie uwagi 7. dobrze, gdy rząd jest silny i zapewnia bezpieczeństwo
Czynnik drugi: Wesołe życie
<ol style="list-style-type: none"> 1. ważne jest szukanie przyjemności i zabawy 2. ważne jest szukanie przygód i ekscytujące życie 3. ważne jest próbowanie różnorodnych rzeczy w życiu 4. w życiu ważna jest dobra zabawa
Czynnik trzeci: Osiągnięcia
<ol style="list-style-type: none"> 1. bogactwo jest ważne 2. trzeba mieć pieniądze i drogie rzeczy 3. należy odnosić sukcesy 4. trzeba mieć osiągnięcia doceniane przez innych

Źródło: Europejski Sondaż Społeczny, opracowanie własne

Zasady

Opisując rys. 26, dotyczący zaufania wobec ludzi, pisaliśmy o tym, że wysoki poziom zaufania wobec obcych łączy się z powszechną akceptacją i przestrzeganiem zasad. Rysunek 28, przedstawiający wyniki badań Projektu GLOBE, pokazuje, na ile w wybranych przez nas krajach w opinii osób badanych przestrzegano się zasad, czy istnieje niechęć wobec ich łamania oraz przestrzeganie umów. Wymiar ten w Projekcie GLOBE nazwany został **unikanie niepewności** (Hause, 2004). Poziom unikania niepewności uzyskiwany w wybranych przez nas krajach jest bardzo podobny do poziomu wcześniej omawianego **zaufania**. Polska ma niski poziom podobny do poziomu zaufania, jak i unikania niepewności, co oznacza, że przestrzeganie zasad nie jest istotne na co dzień, a więc zaufanie nie może się opierać na umowie społecznej, że wszyscy będą ich przestrzegać. Wielka Brytania i Francja osiągają wyższe niż Polska wyniki w zakresie wymiarów: unikania niepewności i zaufanie. Szwecja osiąga najwyższe wyniki na obu wymiarach w porównaniu z trzema pozostałymi krajami.

⁶ Analiza czynnikowa z rotacją Varimax. Uzyskane trzy czynniki wyjaśniają łącznie 44% wariacji.

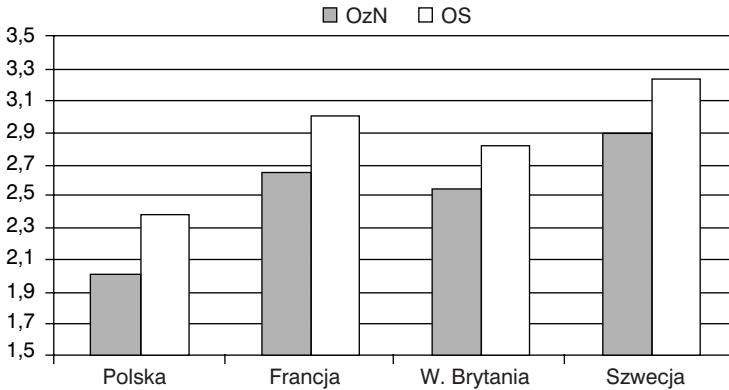


Rys. 28. Wyniki na wymiarze *unikanie niepewności* dla czterech krajów w Projekcie GLOBE
Źródło: GLOBE, opracowanie własne

Jak widać, osoby z wybranych krajów Europy chętniej niż Polacy akceptują zasady i ich przestrzegają. Dotyczy to nie tylko reguł prawa, ale i dobrowolnie przyjmowanych, niepisanych norm społecznych. Oto przykład akceptacji norm społecznych w Szwecji:

- W latach siedemdziesiątych XX wieku szwedzki system opieki dentystrycznej rozpoczął program prewencji próchnicy u dzieci. Pierwszym elementem było podawanie dzieciom fluoru, drugim – wprowadzenie normy społecznej, że dzieci jedzą słodkie jedynie raz w tygodniu, w soboty. Pomimo że norma ta nie jest sankcjonowana prawnie, szwedzcy rodzice się do niej stosują (poza niezintegrowanymi imigrantami). Programowi fluoryzacji podlegały też dzieci w Polsce, ale nie wprowadzono norm ograniczenia spożycia cukru. Próchnica u szwedzkich dzieci zmniejsza się z roku na rok i prawie nie występuje u przedszkolaków (poza niewielkim odsetkiem w Sztokholmie).
- Czy możemy sobie wyobrazić przestrzeganie zakazu podawania słodyczy dzieciom przez rodziców w Polsce? Prawdopodobną reakcją rodziców byłoby: *nikt nie będzie się wtrącał w to, jak dbam o moje dziecko*. Dobrowolne spełnianie norm społecznych w Szwecji jest akceptowalne w stopniu nieporównywalnie większym niż w Polsce.

Przyjrzyjmy się rys. 29, ukazującemu, jaką wagę osoby z niepełnosprawnością i osoby sprawne przykładają do przestrzegania *zasad* (dane z badania ESS).



Rys. 29. Przestrzeganie zasad

Źródło: Europejski Sondaż Społeczny, opracowanie własne

Szwecja ma najwyższe wyniki, jeśli chodzi o wagę przykładaną do przestrzegania zasad, a między Francją i Wielką Brytanią brak jest znaczących różnic statystycznych. Polska osiąga najniższe wyniki, zarówno w grupie osób sprawnych, jak i w grupie osób z niepełnosprawnością. W każdym kraju osoby z niepełnosprawnością mają niższe wyniki niż osoby sprawne. Najważniejszą dla nas informacją jest to, że grupą, która w najmniejszym stopniu uważa, że przestrzeganie zasad jest ważne, są osoby z niepełnosprawnością w Polsce.

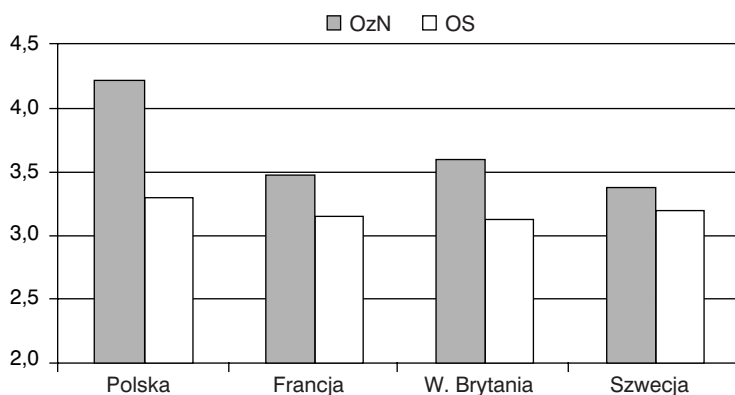
Przestrzeganie zasad na poziomie krajowym wiąże się mocno z PKB *per capita*, zaawansowaniem technologicznym, a na poziomie psychologicznym z dojrzałością, indywidualizmem i wewnątrzsterownością (*inner-drive*), zapewnia lepsze dopasowanie do wymagań stawianych przez społeczeństwo.

Akceptacja norm i przestrzeganie zasad w Polsce wśród osób sprawnych nie jest bardzo silne, ale wśród osób z niepełnosprawnością jest jeszcze słabsze, co oznacza, że brak jest dopasowania kulturowego osób z niepełnosprawnością do głównego nurtu społecznego. **Warto promować akceptowanie zasad i wagę ich przestrzegania wśród osób z niepełnosprawnością**, gdyż zapewnia im to lepsze odnalezienie się w społeczeństwie oraz polepsza funkcjonowanie psychiczne.

Niski stopień akceptacji dla przestrzegania zasad w interesujący sposób koreluje z przykładaniem wagi do „wesołego życia”: dobrej zabawy, przyjemności i przygód.

Wesołe życie

Potrzeba pozytywnych, radosnych przeżyć jest naturalną, uniwersalną potrzebą człowieka. Różnie się ta potrzeba manifestuje w codziennym życiu w różnych krajach. W grupach, które analizujemy, zdaje się również spełniać nieco inne funkcje. Jak widać, wśród grup osób sprawnych nie ma znacznych różnic między krajami, zaś osoby z niepełnosprawnością w każdym kraju mają nieco wyższe wyniki niż osoby sprawne. Wśród grup osób z niepełnosprawnością Polacy osiągają najwyższe wyniki.



Rys. 30. Przykładanie wagi do *Wesołego życia*

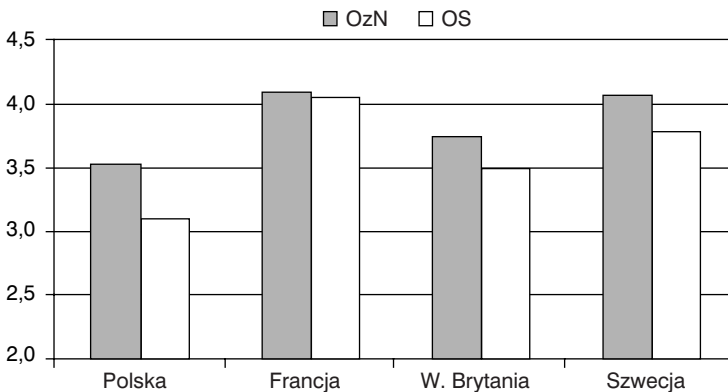
Źródło: Europejski Sondaż Społeczny, opracowanie własne

Można to interpretować w ten sposób: *moje życie jest tak trudne i szare, że potrzebuję znacznie więcej radości i przyjemności*. Należy zaznaczyć, że ten efekt występuje w każdym z badanych krajów, jednak w Polsce jest on niezwykle silny. Kiedy połączymy te wyniki z niską akceptacją dla zasad jawi się nam obraz osób, które chciałyby się zaangażować w zabawę przy jednoczesnym odrzucaniu reguł – i ta zależność występuje już tylko w Polsce. Być może osoby z niepełnosprawnością w Polsce, które mają w większej mierze niż w innych krajach utrudnione funkcjonowanie społeczne, odrzucają zasady tego społeczeństwa i mają potrzebę odciążenia się i bycia „poza nawiasem”.

Czy to oznacza, że osoby z niepełnosprawnością chciałyby wybrać życie poza głównym nurtem społecznym, ponieważ uczestnictwo w nim wydaje się zbyt trudne? Częściowo tę hipotezę potwierdza rys. 30.

Osiągnięcia

Na rys. 31 obrazującym **wagę osiągnięć** osoby z niepełnosprawnością w każdym z krajów mają wyższe wyniki niż osoby sprawne. Prawdopodobnie jest to związane z faktem, że osoby sprawne częściej spełniają się w życiu i mają potrzeby osiągnięć lepiej zaspokojone. Interesujący jest natomiast fakt, że wśród Polaków potrzeba osiągnięć jest najniższa zarówno dla grupy osób sprawnych, jak i osób z niepełnosprawnością. Jest to zbieżne z innymi wynikami porównań kulturowych – Polacy są bardziej zorientowani na podtrzymywanie relacji z innymi niż na osiągnięcia w porównaniu z krajami zachodnimi.



Rys. 31. Waga osiągnięć.

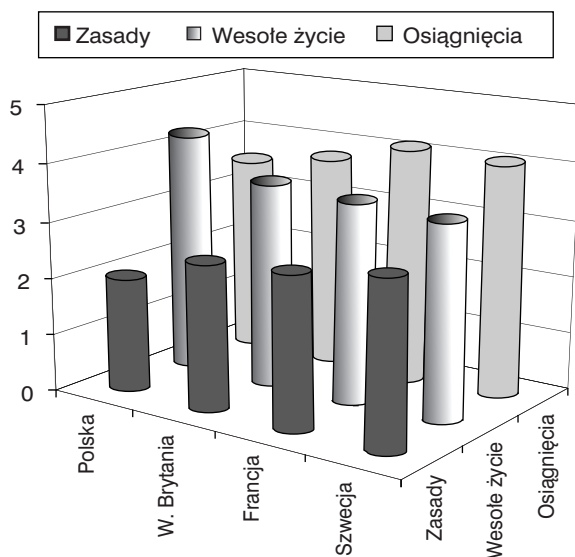
Źródło: Europejski Sondaż Społeczny, opracowanie własne

Wartości – podsumowanie

Spójrzmy jeszcze raz na wyniki dotyczące przestrzegania **zasad, osiągnięć i wesołego życia** i porównajmy grupy osób z niepełnosprawnością. Na rys. 32 pokazano wyniki osób z niepełnosprawnością z czterech omawianych krajów w zakresie wagi przykładanej do zasad, wesołego życia i osiągnięć. Warto zwrócić uwagę na to, że w Szwecji badani przykładają dużą wagę zarówno do osiągnięć, wesołego życia, jak i przestrzegania zasad. Wyniki osób z niepełnosprawnością z Francji i z Wielkiej Brytanii są podobne do wyników uzyskiwanych w Szwecji. Takie zależności między wagą *Wesołego życia, osiągnięć* a *zasadami* wydają się najlepiej sprzyjać uczestniczeniu osób z niepełnosprawnością w głównym nurcie społecznym.

W Polsce osoby z niepełnosprawnością przykładają znacznie większą wagę do **wesołego życia** niż do **osiągnięć**, jednocześnie wyniki w zakresie przestrzegania **zasad** są na bardzo niskim poziomie.

Jak wspomnieliśmy w rozdziale dotyczącym założeń i przejawów polityki społecznej wobec osób z niepełnosprawnością w Szwecji, inkluzja (włączanie) osób z niepełnosprawnością do głównego nurtu społecznego jest tam najdalej posunięta w porównaniu z pozostałymi omawianymi przez nas krajami. Wyniki osób badanych ze Szwecji, wskazujące na wysoką akceptację osiągnięć i zasad przez osoby z niepełnosprawnością udowadniają, że tworzenie społeczeństwa bez barier i wprowadzanie w życie modelu pomocy opartego na zasadzie subsidiarności jest czymś więcej niż tylko ideami i polityką – ma sens społeczny i jest efektywne.



Rys. 32. Poziom wagi przykładanej do przestrzegania zasad, wesołego życia oraz osiągnięć w grupach osób z niepełnosprawnością w czterech krajach

Źródło: Europejski Sondaż Społeczny, opracowanie własne

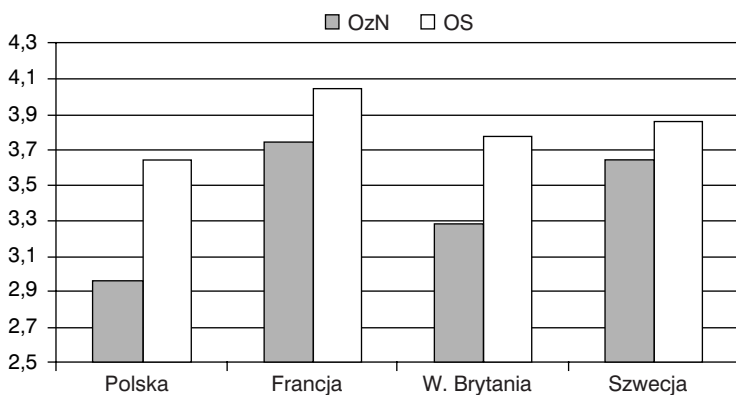
4.6.6. Myślenie o przyszłości

Przestrzeganie zasad wiąże się również z myśleniem o przyszłości – wymaga ono umiejętności planowania, ustalania zasad, dotrzymywania umów.

Pozycje dotyczące czynnika „myślenie o przyszłości”:

1. lubię planować przyszłość
2. lubię przygotowywać się na to co mnie czeka
3. uwielbiam uczyć się nowych rzeczy

W zakresie **myślenia o przyszłości** osoby badane z Polski osiągają nieco niższe wyniki niż badani z pozostałych porównywanych przez nas krajów. Jeśli przypatrzemy się wynikom grup osób z niepełnosprawnością, to zauważymy, że Polacy, tak jak w przypadku wagi przykładanej do zasad, osiągają najniższe wyniki ze wszystkich grup. Również dystans do polskiej grupy osób sprawnych jest bardzo duży.



Rys. 33. Planowanie przyszłości

Źródło: Europejski Sondaż Społeczny, opracowanie własne

Wskazuje to na niską wagę przykładaną do planowania, a to z kolei zmniejsza poczucie kontroli nad własnym życiem i wpisuje się w pasywną postawę wobec rzeczywistości. Z pewnością na taką postawę osób z niepełnosprawnością w Polsce wpływa też postawa osób sprawnych. W naszej rzeczywistości programy integracyjne są ciągle nowością, brak jest programów edukacyjnych, które uświadamiałyby osoby sprawne i uczyły je kompetencji w zakresie równego traktowania grup zmarginalizowanych. Brak praktyk włączania osób z niepełnosprawnością do działań w głównym nurcie społecznym skutkuje niechęcią do działań z ich strony, co w konsekwencji prowadzi do utrzymania *status quo*.

Wśród osób z niepełnosprawnością szczególnie ważne jest wzmocnienie niezależności, planowania długofalowego, wewnątrzsterowności i potrzeby osiągnięć, gdyż inaczej nie poradzą sobie w środowisku zdominowanym przez

osoby sprawne, pomimo prawnych udogodnień, nie ze względu na niepełnosprawność, ale ze względu na niedostosowanie społeczne, brak umiejętności i cech wymaganych od osób, które chcą podjąć pracę i brać udział w życiu społecznym.

4.6.7. Troska o innych

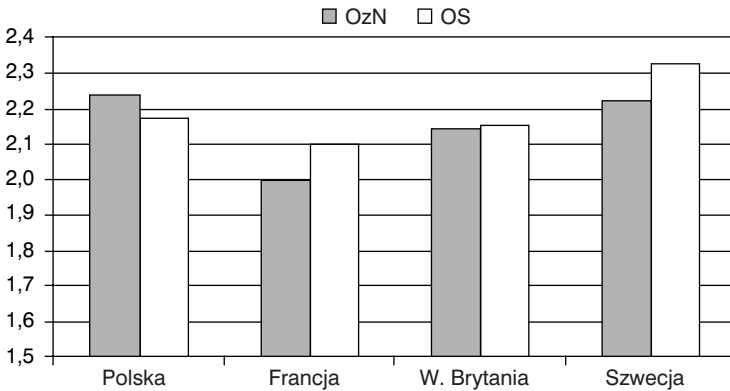
W tej części badań uczestnicy określali, na ile ważne jest dla nich dbanie o innych. Jak widać (rys. 34), Szwecja i Polska osiągają w tym zakresie najwyższe wyniki zarówno w grupie osób z niepełnosprawnością, jak i grupie osób sprawnych. Mylnie byłoby jednak założenie, że dbanie o innych w Szwecji i w Polsce oznacza to samo.

Pozycje dotyczące „troski o innych”:

1. trzeba rozumieć innych ludzi
2. należy traktować wszystkich równo, wszyscy muszą mieć te same możliwości
3. trzeba pomagać innym i dbać o ich dobre samopoczucie
4. ważna jest lojalność i oddanie przyjaciołom i bliskim

Dbanie o innych w Szwecji dotyczy przekonania zbudowanego na najważniejszych wartościach społeczeństwa szwedzkiego – równości oraz życiu w harmonii z otoczeniem – że każdemu należy się taka sama uwaga i troska, a o otoczenie, w którym żyjemy, należy dbać z największą starannością. Nie oznacza to natomiast bliskich związków międzyludzkich, na podstawie których powstaje troska o innych w Polsce. Dodatkowo w Polsce znaczenie troski o innych związane jest z wartościami humanizmu, dbaniem o tych w potrzebie, słabszych. To aktywizuje solidarność narodową w trudnych chwilach (np. powódź, strajki, katastrofy drogowe), umożliwia niesienie pomocy ofiarom, osobom pokrzywdzonym. Powoduje jednak, że osoby z niepełnosprawnością są traktowane przez osoby sprawne (i często przez samych siebie) zgodnie z tym samym schematem – jako ofiary. W takim podejściu brak jest miejsca na uznanie niezależności osób z niepełnosprawnością. Pomoc w naszym kontekście kulturowym polega na wzbudzeniu empatii, ludzkich uczuć i dzięki nim ma miejsce. W Szwecji pomoc wynika raczej z obowiązku (i ma to pozytywne konotacje), ma charakter bardziej zadaniowy niż emocjonalny. Nie prowadzi też do ubezwłasnowolnienia osoby, której się pomaga.

Wyniki osób badanych z Francji i Wielkiej Brytanii są przykładami na to, że zadaniowa pomoc innym nie jest w prosty sposób związana z indywidualizmem i że na relacje z innymi wpływa wiele innych czynników, jak np. konkretne wartości kultury opisane powyżej.



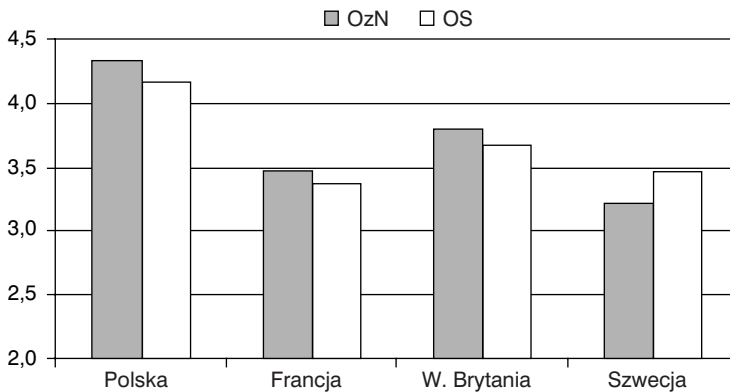
Rys. 34. Troska o ludzi

Źródło: Europejski Sondaż Społeczny, opracowanie własne

4.6.8. Szacunek

W kontaktach społecznych ważne jest poczucie, że jest się akceptowanym uczestnikiem interakcji. W kulturach *Ja współzależnego* ważny jest honor, przekonanie, że inni traktują nas z szacunkiem, który nam się należy. Jak pisaliśmy w rozdziale o *Dobrze krajów*, w kulturach *Ja-W* poważanie społeczne jest miarą życia człowieka. W Polsce, gdzie pojęcie honoru jest ważne, również szacunek stanowi konieczny element pozytywnych doświadczeń społecznych (Boski, 2009).

Oczekiwania jednostki wobec społeczeństwa w zakresie traktowania z szacunkiem obrazuje rys. 35. W Polsce obie grupy badanych uważają, że jest to bardzo ważne, by być traktowanym z szacunkiem. Wyniki uzyskiwane przez polskie grupy osób badanych w tym zakresie są znacznie wyższe niż osób z pozostałych

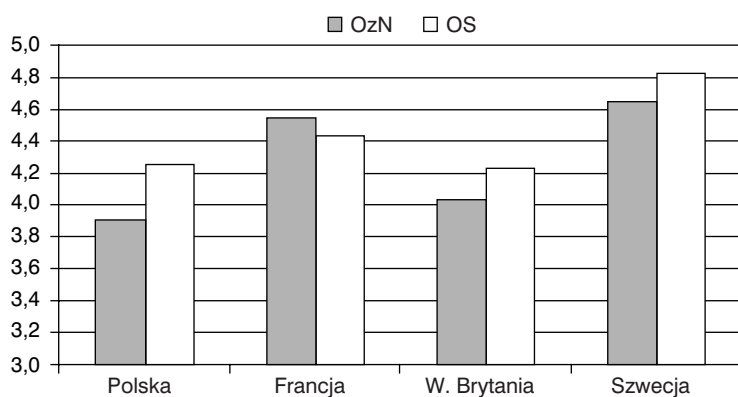


Rys. 35. Ważne jest, by być traktowanym z szacunkiem

Źródło: Europejski Sondaż Społeczny, opracowanie własne

krajów. Badani ze Szwecji osiągają najniższe wyniki. Jest to zgodne z badaniami, które wskazują, że w Polsce szacunek jest ważny – sprzyja utrzymaniu hierarchii, która charakteryzuje kraje *Ja współzależnego*. Wynik ten dotyczy **przekonań** odnoszących się do tego, na ile szacunek jest ważny.

Popatrzmy, czy badani uważają, że **otrzymują** należny im szacunek (rys. 36). We wszystkich grupach badanych poza grupą osób z niepełnosprawnością w Polsce poziom wyników **uzyskiwanego szacunku** jest taki sam (polska grupa osób sprawnych) bądź znacznie wyższy (grupy brytyjskie, francuskie i szwedzkie) od poziomu **wagi przykładanej do uzyskiwania szacunku**. Polska grupa osób z niepełnosprawnością osiąga najniższy wynik ze wszystkich grup, jeśli chodzi o poczucie **uzyskiwania szacunku**.



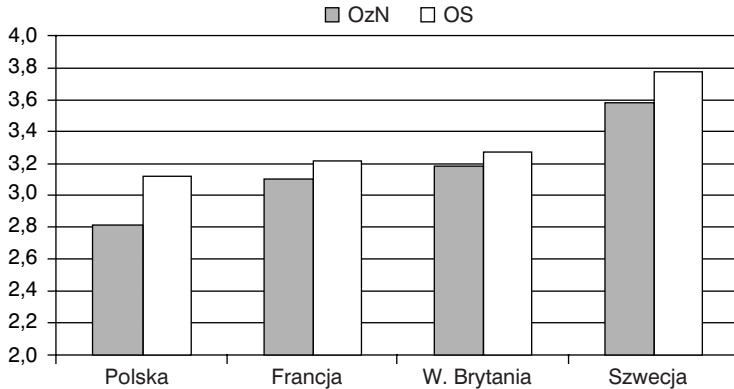
Rys. 36. Czuję, że ludzie traktują mnie z szacunkiem.

Źródło: Europejski Sondaż Społeczny, opracowanie własne

W tej grupie również występuje największa różnica między poziomem wagi przykładanej do uzyskania szacunku a poziomem uzyskiwanego szacunku, wskazująca na to, że osoby z niepełnosprawnością mogą odczuwać niedosyt uzyskiwanego szacunku. Bariery społeczne, brak należytej uwagi poświęcanej im przez społeczeństwo, a jednocześnie niewielka liczba kontaktów społecznych, które urealnijają oczekiwania wobec innych, są zapewne odpowiedzialne za ten stan.

4.6.9. Wzajemna pomoc

Omawiany wcześniej poziom zaufania jest też związany z zaangażowaniem w życie społeczności, np. w działalność organizacji pozarządowych, pomoc sąsiedzką. Wbrew pozorom, to właśnie atrybuty *Ja niezależnego* wraz z silnym zaufaniem skutkują wysokim poziomem współpracy (nie powodując zaangażowania w bliskie relacje).



Rys. 37. Ludzie w mojej okolicy pomagają sobie wzajemnie

Źródło: Europejski Sondaż Społeczny, opracowanie własne

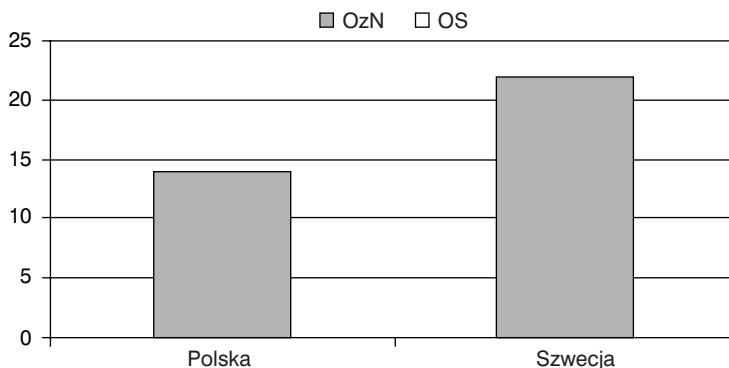
Wyniki przedstawione na rys. 37 wskazują, że grupy osób z niepełnosprawnością w każdym z krajów postrzegają niższe nasilenie pomocy w najbliższej okolicy niż grupy osób sprawnych – być może z tego względu, że bardziej jej oczekują i zauważają jej braki. Największą pomoc postrzegają osoby badane w Szwecji, najmniejszą w Polsce. Odmiennie znaczenie troski o innych omawiane wcześniej dobrze tłumaczy tę różnicę – w Szwecji ludziom łatwiej się zaangażować w pomoc (oraz ją przyjąć) ze względu na powszechną umiejętność organizowania się nieformalnego oraz na zadaniowy aspekt pomocy.

4.6.10. Podsumowanie

Opisana na podstawie analizy wyników badań sytuacja osób z niepełnosprawnością pokazuje, że istnieją wyraźne różnice zarówno między populacjami osób sprawnych i z ograniczeniem sprawności, a także i między tymi grupami porównywanymi ze względu na kraj zamieszkania.

Obraz Polaków z ograniczeniem sprawności na tle grup pochodzących z innych krajów może wzbudzać niepokój. Polacy deklarują najniższe ogólne poczucie zdrowia i jednocześnie plasują się najwyżej na skali depresyjności. Osoby z niepełnosprawnością z Polski są też średnio najgorzej wykształcone na tle badanych osób z Francji, W. Brytanii czy Szwecji. Wynik ten może szczególnie zasmutać, ponieważ wydaje się, że edukacja jest ściśle związana ze wzmacnianiem samodzielności i wewnętrznym umiejscowieniem kontroli.

Na podstawie tak negatywnych wyników porównań możemy pokusić się o stwierdzenie, że rodzina, szkoła, opiekunowie, których spotyka na swej drodze większość osób z niepełnosprawnością, oferują im bądź nadmierną, bądź niewystarczającą pomoc. Brak relacji społecznych, w których byłiby równoprawnymi uczestnikami, niemożność weryfikacji oczekiwań wobec innych są zapewne źród-



Rys. 38. Procent osób z niepełnosprawnością, które podejmują płatną pracę w Polsce i Szwecji
Źródło: Europejski Sondaż Społeczny, opracowanie własne

dłem niskiego – niższego niż u osób sprawnych – poziomu zaufania, większej potrzeby uzyskiwania szacunku i silnej chęci wycofania się w bezproblemowy świat rozrywki.

Co do wyznawanych wartości czy też raczej preferowanego stylu życia, osoby z ograniczoną sprawnością w Polsce odznaczają się najniższym przykładowaniem wagi do zasad przy jednocześnie najwyższym poziomie preferencji wobec wartości określonych jako wesołe życie. Być może jest to dobrym wytłumaczeniem, dlaczego tak mało osób z niepełnosprawnością podejmuje w Polsce pracę zarobkową. Sytuację tę przedstawia rys. 38.

Zastosowanie zasady subsydiarności na różnych poziomach wspomagania (rodzina, szkoła, urzędy) powinno skutkować gotowością do podjęcia pracy. Przy założeniu, że w krajach zachodnich, zgodnie z zasadą subsydiarności, osobom z niepełnosprawnością udzielana jest tylko taka pomoc, jaka jest niezbędna, aby mogły się usamodzielnąć – logicznym krokiem na poziomie polityki społecznej wydaje się włączanie osób z niepełnosprawnością w rynek pracy.

Doskonałym przykładem aktywizacji osób z niepełnosprawnością jest Szwecja i grupa kapitałowa Samhall. Właścicielem Samhall jest państwo. Pracuje tam ponad 25 tysięcy (*sic!*) osób z niepełnosprawnością. Niektórzy są zatrudniani na umowy na czas określony jedynie po to, by zdobyć kwalifikacje i kompetencje pracownika, a następnie szukać pracy w przedsiębiorstwach na wolnym rynku, inne osoby są zatrudniane na podstawie bezterminowych umów. Fabryki grupy kapitałowej Samhall (ponad 200) funkcjonują korzystając z dotacji państwowych, ale wypracowują również zysk.

Źródło: www.samhall.se, opracowanie własne

4.7. Determinanty jakości życia osób z niepełnosprawnością w Szwecji i Polsce

Omówiliśmy wiele elementów funkcjonowania psychicznego i społecznego osób z niepełnosprawnością i osób sprawnych w Polsce, Francji, Wielkiej Brytanii i Szwecji. Porównania między krajami pozwoliły nam stwierdzić, że największe różnice występują między Polską a Szwecją: zarówno jeśli chodzi o porównanie grup osób sprawnych i grup osób z niepełnosprawnością w tych krajach, jak i porównanie dystansu między tymi grupami w obu krajach (duży w Polsce i mały w Szwecji). Możemy podsumować, że pomimo bliskości geograficznej (do Szwecji można przelecieć samolotem z Polski w godzinę) istnieje między Polską a Szwecją duży dystans kulturowy.

Skoro wiemy już, jakie różnice występują między Szwecją a Polską w zakresie funkcjonowania psychicznego i społecznego, przyjrzyjmy się, jakie elementy wpływają na jakość życia osób z niepełnosprawnością w obu krajach.

Analiza pokazuje, że:

- 1 Na jakość życia osób z niepełnosprawnością w Szwecji wpływają: poczucie spełnienia i bliskości, zaufanie wobec ludzi, zaufanie wobec instytucji zagranicznych, waga przykładana do troski o innych, niski poziom depresyjności. Model ten wyjaśnia 42% wariancji⁷.
- 2 Na jakość życia osób z niepełnosprawnością w Polsce wpływają: poczucie spełnienia i bliskości, zaufanie wobec ludzi, poziom energii, waga przykładana do osiągnięć. Model ten wyjaśnia 27% wariancji⁸.

Przyjrzyjmy się po kolei tym elementom, które wpływają na jakość życia, a nie zostały wcześniej omówione.

4.7.1. Poczucie spełnienia i bliskości z innymi w najbliższej okolicy

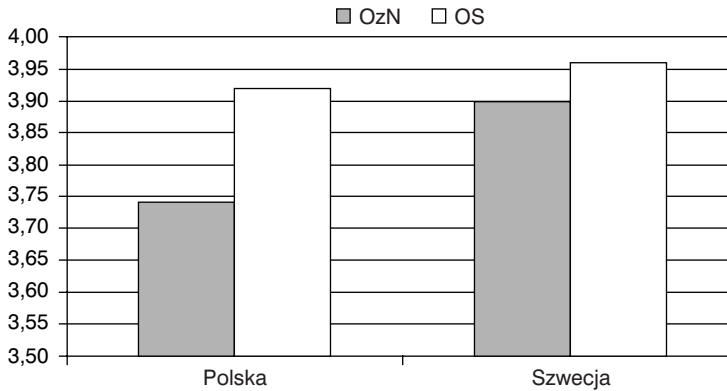
W Szwecji osoby z niepełnosprawnością w niewiele niższym stopniu niż osoby sprawne odczuwają bliskość z innymi w najbliższej okolicy oraz czują spełnienie w relacjach z innymi. Obie grupy w Szwecji mają wysoki poziom poczucia spełnienia i bliskości. Jest to też związane z silnym w Szwecji przekonaniem, że *ludzie w okolicy pomagają sobie wzajemnie*. Można domniemywać, że wiąże się to z faktycznie wysokim poziomem uczestnictwa w życiu społeczności lokalnych w Szwecji. Normą w Szwecji bowiem jest należenie do różnych, zorganizowa-

⁷ Wielozmiennowa analiza regresji przeprowadzona metodą eliminacji wstecznej. Model istotnie przewiduje 42% wariancji zadowolenia z życia.

⁸ Wielozmiennowa analiza regresji przeprowadzona metodą eliminacji wstecznej. Model istotnie przewiduje 27% wariancji zadowolenia z życia.

nych oddolnie (a nie przez państwo) grup zainteresowań lub klubów sportowych. Dotyczy to zarówno osób sprawnych, jak i osób z niepełnosprawnością.

W Polsce – por. rys. 39 – widać bardzo dużą różnicę między wynikami osób sprawnych i osób z niepełnosprawnością. Niewielka liczba klubów i otwartych organizacji lokalnych powoduje, że bardzo trudno jest nawiązać relacje z innymi ludźmi czy podjąć współpracę we własnej okolicy.



Rys. 39. Spełnienie i bliskość

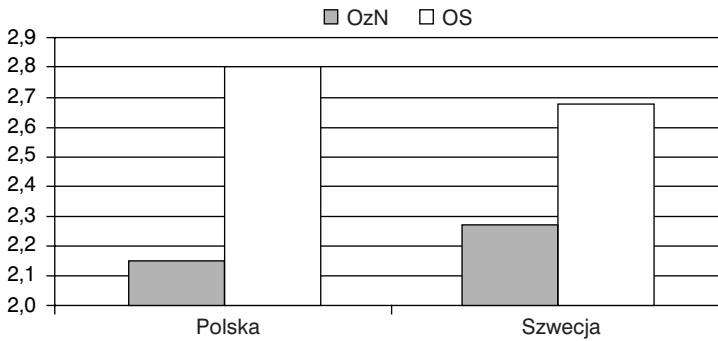
Źródło: Europejski Sondaż Społeczny 2007, opracowanie własne

4.7.2. Poziom pozytywnej energii

Osoby sprawne deklarują znacznie wyższy poziom pozytywnej energii niż osoby z niepełnosprawnością zarówno w Polsce, jak i w Szwecji, przy czym wyniki Szwedów w obu grupach są bardziej do siebie zbliżone.

Pozycje dotyczące czynnika „poziom pozytywnej energii”:

1. jak często w ostatnim tygodniu zaangażowałeś się mocno w wykonywane czynności
2. jak często w ostatnim tygodniu miałeś dużo energii
3. jak często w ostatnim tygodniu czułeś radość życia
4. jak często w ostatnim tygodniu byłeś szczęśliwy



Rys. 40. Poziom pozytywnej energii

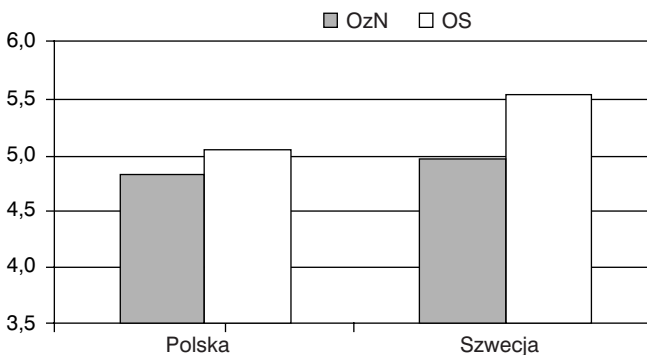
Źródło: Europejski Sondaż Społeczny, opracowanie własne

4.7.3. Zaufanie do instytucji międzynarodowych

Ostatni wynik, ukazujący niewielkie różnice między osobami badanymi z Polski i Szwecji, i to w obu grupach – prezentowany na rys. 41 – można tłumaczyć w sposób następujący: Szwecja jest krajem bezpiecznym, bez działań wojennych na swoim terytorium od stuleci, zachowuje tradycyjnie „neutralność” oraz dystans wobec Unii Europejskiej.

Pozycje dotyczące czynnika „zaufanie do instytucji międzynarodowych”:

1. jak bardzo ufasz ONZ
2. jak bardzo ufasz Parlamentowi Europejskiemu



Rys. 41. Poziom zaufania do instytucji międzynarodowych

Źródło: Europejski Sondaż Społeczny, opracowanie własne

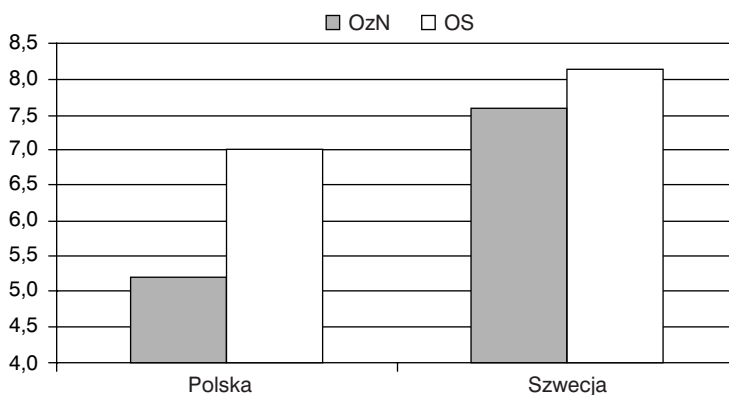
4.7.4. Jakość życia osób z niepełnosprawnością w Szwecji

Na rys. 42 widać wyniki analizy dotyczącej poziomu zadowolenia z życia w Polsce i w Szwecji dla grup osób sprawnych i osób z niepełnosprawnością.

Na jakość życia osób z niepełnosprawnością w Szwecji wpływają:

Poczucie spełnienia i bliskości, zaufanie wobec ludzi, waga przykładana do troski o innych, niski poziom depresyjności, niskie zaufanie wobec instytucji zagranicznych – w ten sposób, że im wyższy poziom zaufania do innych ludzi, poczucie spełnienia i bliskości oraz troska o innych, tym wyższa jakość życia.

Oznacza to, że właśnie te elementy są kluczowe dla osób z niepełnosprawnością w Szwecji. Na jakość życia wpływa też poziom depresji, której nasilenie jest małe w Szwecji oraz niskie zaufanie do instytucji zagranicznych. Być może dobrze dostosowany członek społeczeństwa szwedzkiego ma ograniczone zaufanie do instytucji zagranicznych, które działają niezgodnie ze szwedzkimi standardami – zarzuca się im często nadużycia oraz działanie niezgodne z prawem.



Rys. 42. Zadowolenie z życia

Źródło: Europejski Sondaż Społeczny, opracowanie własne

4.7.5. Jakość życia osób z niepełnosprawnością w Polsce

Na jakość życia osób z niepełnosprawnością w Polsce wpływają:

Poczucie spełnienia i bliskości, zaufanie wobec ludzi, poziom energii, waga przykładana do osiągnięć – w ten sposób, że im wyższy poziom zaufania do innych ludzi, poczucie spełnienia i bliskości oraz pozytywnej energii, tym wyższa jakość życia.

Negatywnie na jakość życia osób z niepełnosprawnością w Polsce wpływa waga przykładana do osiągnięć – *im mniej zależy mi na osiągnięciach, tym lepiej mi się żyje*. Jak pokazaliśmy wcześniej, dla grupy osób sprawnych w Polsce waga przykładana do osiągnięć ma **pozytywny** wpływ na jakość życia – *im bardziej zależy mi na osiągnięciach, tym lepiej mi się żyje*. Co powoduje w takim razie, że wśród osób z niepełnosprawnością w Polsce ten wynik jest tak odmienny? Zapewne ma na to wpływ wiele czynników, jednak możemy stwierdzić, że aktywne uczestnictwo w życiu społecznym jest dla osób z niepełnosprawnością zbyt trudne, by warto było mieć ambicje – posiadanie ich powoduje jedynie frustracje i obniżenie jakości życia u osób z niepełnosprawnością w Polsce.

4.8. Podsumowanie

Sytuacja osób niepełnosprawnych w Polsce w porównaniu z grupami osób niepełnosprawnych z innych krajów wydaje się być niepokojąca. Obniżone poczucie bliskości wobec innych osób czy niski odczuwany przez respondentów poziom energii, przynoszą konsekwencje w postaci niskiej jakości życia w grupie osób z ograniczeniem sprawności w Polsce.

Porównując sytuację osób z niepełnosprawnością w Polsce i Szwecji możemy stwierdzić, że dwa elementy w modelu szwedzkim i polskim wpływają na jakość życia w podobny sposób: jednoznacznie pozytywnie wpływa zaufanie wobec innych ludzi oraz poczucie spełnienia i bliskości. Jednak, jak wykazaliśmy, wysokie nasilenie obu elementów jest znacznie łatwiejsze do uzyskania w Szwecji. Dodatkowo, w Szwecji znaczenie ma waga troski o innych – im wyższe zrozumienie, że nie tylko ja, ale i inni oraz otoczenie wymagają dbałości, tym jakość życia jest wyższa. Jest to zgodne z koncepcją Anny I. Brzezińskiej:

Dwustronna wymiana społeczna jest kluczowym czynnikiem dobrostanu psychicznego zarówno u osób sprawnych, jak i u osób z niepełnosprawnością.

Zakończenie

W niniejszym opracowaniu staraliśmy się przybliżyć sytuację osób z ograniczoną sprawnością z czterech krajów europejskich (Polski, Francji, Wielkiej Brytanii i Szwecji) w świetle dwóch koncepcji teoretycznych: (1) pomocy zgodnej z zasadą subsydiarności oraz (2) kulturowej koncepcji Ja niezależnego i Ja współzależnego. Biorąc pod uwagę obie przywołane koncepcje (opisane szczegółowo we *Wprowadzeniu* oraz w *Dobrze krajów*) oraz opisane wyniki dla czterech krajów chcielibyśmy zaproponować **kulturowo-subsydiarny model jakości życia osób z niepełnosprawnością**, opisujący wpływ interakcji między wymiarem kultury Ja niezależne – Ja współzależne a przestrzeganiem zasady subsydiarności w udzielaniu pomocy osobom z ograniczoną sprawnością na poziom jakości życia w tejże grupie. Opisany model przedstawia tab. 8. Prawa część tabeli zawiera podział na kultury Ja niezależnego i Ja współzależnego, zaś lewa kolumna dzieli kultury ze względu na poziom stosowania zasady subsydiarności.

Wnioski z interpretacji całego materiału i wszystkich dokonanych porównań można sformułować w sposób następujący – zgodnie z tab. 8:

1. W kulturze Ja niezależnego, w której pomoc stosowana jest zgodnie z zasadą subsydiarności, znajdują się kraje, których członkowie społeczności z niepełnosprawnością charakteryzują się wysokim poziomem niezależności, zatrudnienia oraz wysokim poziomem jakości życia. Analiza danych sondażowych przytoczona w powyższych rozdziałach pokazuje, że krajem takim jest Szwecja. Jest to zgodne z analizą dokumentów źródłowych, dotyczących sytuacji osób z niepełnosprawnością w tym kraju.
2. W kulturze Ja niezależnego, w której pomoc osobom z ograniczoną sprawnością nie jest udzielana w sposób w pełni zgodny z zasadą subsydiarności, można przewidywać umiarkowany poziom niezależności, zatrudnienia i zadowolenia z życia u osób z niepełnosprawnością. Przeprowadzone analizy danych sondażowych wskazują, że krajami takimi są Francja i Wielka Brytania.
3. W kulturze Ja współzależnego, w której stosowana pomoc jest niezgodna z zasadą subsydiarności, możemy, w grupie osób z niepełnosprawnością, oczekiwać wykształcenia wysokiego poziomu współzależności oraz niskiego pozio-

Tabela 8. Kulturowo-subsydiarny model jakości życia osób z ograniczoną sprawnością.

Typ kultury Typ pomocy	Kultury JA NIEZALEŻNEGO	Kultury JA WSPÓLZALEŻNEGO
Pomoc zgodna z zasadą subsydiarności PS	<ul style="list-style-type: none"> • Niezależność OzON • Wysoki poziom zatrudnienia OzON • Wysoki poziom zadowolenia z życia OzON 	<ul style="list-style-type: none"> • Współzależność OzON • Wysoki/umiarkowany poziom zatrudnienia OzON • Wysoki/umiarkowany poziom zadowolenia z życia OzON
	Przykład: SZWECJA	Przykład: brak kraju europejskiego, którego wyniki w badaniu ESS pozwalałyby na umieszczenie go w tej kategorii
Pomoc niezgodna z zasadą subsydiarności PNS	<ul style="list-style-type: none"> • Umiarkowana niezależność OzON • Umiarkowany poziom zatrudnienia OzON • Umiarkowany poziom zadowolenia z życia OzON 	<ul style="list-style-type: none"> • Współzależność OzON i uzależnianie ich od pomocy innych ludzi i instytucji • Niski poziom zatrudnienia OzON • Niski poziom zadowolenia z życia OzON
	Przykład: FRANCJA, WIELKA BRYTANIA	Przykład: POLSKA

Źródło: opracowanie własne

mu zatrudnienia i zadowolenia z życia. Przeprowadzone analizy danych sondażowych wskazują, że krajem takim jest Polska.

- 4 W kulturze Ja współzależnego, w której pomoc udzielana osobom z niepełnosprawnością spełnia normy zasady subsydiarności, oczekujemy wysokiego poziomu współzależności przy jednocześnie wysokim poziomie zatrudnienia i zadowolenia z życia u osób z ograniczoną sprawnością. Na podstawie analizy dostępnych danych wydaje się, że kraje europejskie nie mieszczą się w opisywanej kategorii.

Opisywany model porządkuje zarówno przedstawiane przez nas podejście teoretyczne, jak i uzyskane wyniki. Rezultaty przeprowadzonych analiz pokazują, że obecna sytuacja osób z niepełnosprawnością w Polsce jest najtrudniejsza ze wszystkich porównywanych krajów. Jest to wynikiem zarówno oddziaływania różnych elementów kultury polskiej (silnej współzależności w polskiej rodzinie, niskiej wagi zasad i planowania, niskiej wewnątrzsterowności¹) oraz wyraźnie dominującej nie tylko w umysłach decydentów, ale też „zwykłych” ludzi idei po-

¹ Są to elementy właściwe dla kultury polskiej i mają sens adaptacyjny, pomagając funkcjonować osobom znajdującym się w głównym nurcie społecznym. Natomiast w przypadku osób z ograniczoną sprawnością wysoki poziom tych charakterystyk może okazać się **dysfunkcyjny**.

mocy, której założenia są dalekie od zasad subsydiarności, jak też innych czynników, o których nie należy w podobnych analizach zapominać:

- wieloletnich opóźnień wobec Europy Zachodniej (np. dotyczących wprowadzania idei społeczeństwa obywatelskiego i społeczeństwa bez barier);
- relacji między grupami osób sprawnych i osób z niepełnosprawnością: osobom sprawnym brak jest umiejętności włączania osób z niepełnosprawnością do życia społecznego, z kolei osoby z niepełnosprawnością przybierają postawę roszczeniową bądź wycofują się i nie podejmują prób przełamania bariery społecznej (oczywiście zdajemy sobie sprawę z istnienia wielu osób o ograniczonej sprawności fizycznej, które dzięki swojemu wysiłkowi i wysoko rozwiniętym kompetencjom społecznym doskonale odnajdują się na otwartym rynku pracy);
- braku adekwatnej edukacji grupy osób sprawnych w zakresie stereotypizacji grup mniejszościowych i radzenia sobie z wpływem tych stereotypów, a grupy osób z ograniczoną sprawnością w zakresie autostereotypów i kompetencji społecznych.

Warto czerpać przykłady z wzorca szwedzkiego dostosowując go do warunków polskich:

- uczyć zwiększającej konkurencyjność niezależności, czyli przestrzegania zasad, planowania, wewnątrzsterowności, nastawienia na osiągnięcia, gdyż są to cechy rzadkie w Polsce,
- rozwijać kompetencje społeczne, szczególnie w zakresie nawiązywania i utrzymywania siatki społecznej, niezbędnych w naszej kulturze *Ja współzależnego*.

Nie jest możliwe przeniesienie na grunt polski zasad społeczeństwa szwedzkiego. Nie ma możliwości przeprowadzenia eksperymentów społecznych, które umożliwiłyby np. nagły wzrost zaufania do innych ludzi. Ciekawym pomysłem byłoby natomiast wykorzystanie wiedzy płynącej z porównań kulturowych do kształtowania polityki społecznej, mającej na celu inkluzję osób z ograniczoną sprawnością do pełnego uczestnictwa w życiu społecznym. Poza prowadzeniem działań edukacyjnych na temat tolerancji i włączania osób z niepełnosprawnością w rynek pracy za pomocą dotacji dla firm można wykorzystywać wiedzę kulturową kształtując kompetencje osób z niepełnosprawnością tak, by stały się bardziej konkurencyjne na rynku pracy niż osoby sprawne, np. zwiększając u nich akceptację i poziom przestrzegania zasad, planowanie, wewnątrzsterowność czy niezależność. Wymaga to przełamania schematów zarówno w sposobie udzielania pomocy osobom z ograniczoną sprawnością, jak i zależności rodzinnych tych osób, tak by kierowane do nich działania pomocowe wzmocniły niezależność. Jest to trudne, gdyż wydaje się, że przeczy kulturowym normom społecznym, które zgodnie z etyką miłosierdzia nakazują otoczyć osoby potrzebujące wszelką możliwą pomocą, aż do jej nadmiaru.

Rodzina postępująca zgodnie z normami subsydiarności może być przez to postrzegana negatywnie, gdyż zamiast zapewnienia pełnej opieki zostawia osobę z ograniczoną sprawnością „samą sobie”, bez wszechogarniającej (ale także destrukcyjnej i odbierającej czy ograniczającej potrzebę i umiejętności samostanowienia) pomocy.

Z pewnością warto jest korzystać z wytycznych modelu pomocy opartego na zasadzie subsydiarności i dopasowując go do polskich warunków kulturowych wspomagać osoby z ograniczoną sprawnością w dążeniu do niezależności, a osoby sprawne uczyć, jak tę niezależność szanować.

Literatura

- Brzezińska, A., Kaczan, R. (2008). *Wychowanie do samodzielności: kluczowy czynnik sukcesu zawodowego osób z ograniczoną sprawnością*. Warszawa: Academica Wydawnictwo Naukowe SWPS/EFS.
- Boski, P. (2005). „Czy wyraża Pan/Pani zgodę na przystąpienie Rzeczypospolitej Polskiej do Unii Europejskiej?” – Wartości kulturowe euroentuzjastów i eurosceptyków. W: U. Jakubowska, K. Skarżyńska (red.), *Demokracja w Polsce. Doświadczenia zmian* (s. 243–256). Warszawa: Academica Wydawnictwo Naukowe SWPS.
- Boski, P. (2006). Humanism – materialism: century long polish cultural origins and twenty years of research in cultural psychology. W: U. Kim, Kuo-Shu Yang, Kwang-Kuo Hwang (red.), *Indigenous and cultural psychology* (s. 373–403). New York: Kluwer.
- Boski, P. (w druku). *Kulturowe ramy zachowań społecznych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Chodynicka, A. (2000). *Asertywność a Ja niezależne – Ja współzależne: badania polsko-amerykańskie*. Niepublikowana praca magisterska. Warszawa: SWPS.
- Czapiński, J., Panek, T. (2007). *Diagnoza społeczna. Warunki i jakość życia Polaków*. Rada Monitoringu Społecznego.
- Diener, Ed. (2000) Subjective well-being: the science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55 (1), 34–43.
- Fiske, A., Kitayama, S., Markus, H., Nisbett, R.E. (1998). The cultural matrix of social psychology. W: S. Gilbert, S.T. Fiske, G. Lindzey, *The handbook of social psychology* (s. 915–981). Boston: McGrew–Hill.
- Hofstede, G. (1980). *Culture's consequences: international differences in work-related values*. Beverly Hills: Sage.
- Hofstede, G. (2000). *Kultury i organizacje*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
- House, R., Hanges, P., Javidan, M., Dornan, M., Gupta, V. (2004). *Culture, leadership, and organizations. The GLOBE Study of 62 Societies*. Sage.
- Jowell, R. (2007). *Central co-ordinating team. European Social Survey 2006/2007: Technical Report*. London: Centre for Comparative Social Surveys, City University.
- Kagitçibasi, C. (1996). Individualism and collectivism. W: J.W. Berry, M.H. Segall, C. Kagitçibasi (red.), *Handbook of cross-cultural psychology* (Vol. 3, wyd. 2.) (s. 1–50). Boston: Allyn and Bacon.
- MacCormick, N. (1997). Democracy, subsidiarity, and citizenship in the „European commonwealth”. *Law and Philosophy*, 16, 331–356.
- Maj, K., Resler-Maj, A., Morysińska, A. (2008). *Funkcjonowanie biura do spraw osób niepełnosprawnych na uczelniach wyższych: diagnoza i rekomendacje*. Warszawa: Academica Wydawnictwo Naukowe SWPS/EFS.
- Markus, H., Kitayama, S. (1998). The cultural psychology of personality. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 29, 63–87.
- Millon-Delsol, C. (1995). *Zasada pomocniczości*. Kraków: Wydawnictwo Znak.
- Moore, C. (2003). *The mediation process*. Hoboken: Wiley, John & Sons Incorporated.
- Organizacja Narodów Zjednoczonych (2006). *Konwencja Praw Osób Niepełnosprawnych*. Nowy Jork.
- Prideaux, S. (2006) *Good practice for providing reasonable access to the physical built environment for disabled people*. Leeds: The Disability Press.

- Schilling, T. (1995). *Subsidiarity as a rule and a principle or: taking subsidiarity seriously*. European Integration.
- Schwartz, S. (1994). Beyond individualism/collectivism: new cultural dimensions of values. W: U. Kim, H. Triandis, C. Kagitçibasi, S.C. Choi, G. Yoon (red.), *Individualism and collectivism* (s. 85–122). Thousand Oaks: Sage.
- Triandis, H.C. (1995). *Individualism and collectivism*. Westview Press: Oxford.
- United Nations Information Center, (2007). *Materiały ze strony internetowej*: <http://www.unic.un.org.pl/niepelnosprawnosc/uzyskane> 5.2008.
- Waligóra, K. (1999). *Zasada pomocniczości – podstawą ustroju samorządowego*. Referat wygłoszony 23 stycznia 1999 roku w Aninie.
- Ward, C. (2004). Personality and sojourner adjustment. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 35 (2), 137–151.

Komentarz

O komentarz do naszej książki poprosiliśmy Małgorzatę Tomaszewską, polonistkę i pedagoga.

Małgorzata Tomaszewska ma 24 lata, porusza się na wózku. Pracuje w Ośrodku Kultury Ochoty w Warszawie, jest instruktorką w Fundacji Aktywnej Rehabilitacji.

Jestem młodą kobietą. Mam 24 lata. Mieszkam w Warszawie. Lubię ciepłe, jesienne wieczory, muzykę lat 80. i mleczną czekoladę. Często się uśmiecham, dużo czytam, a kiedy tylko mam trochę więcej czasu wolnego, spotykam się z przyjaciółmi. Czym się zajmuję na co dzień? Po maturze zaczęłam studia na Uniwersytecie Warszawskim na dwóch kierunkach: polonistyka i pedagogika. Obecnie polonistykę już skończyłam, niedługo dostanę dyplom. Pracuję w domu kultury, działam jako wolontariuszka w Fundacji Aktywnej Rehabilitacji. Poruszam się na wózku inwalidzkim. Mój rdzeń kręgowy został uszkodzony przez lekarza w trakcie porodu. Można więc powiedzieć, że jestem osobą niepełnosprawną od urodzenia, choć przez dziewięć miesięcy życia płodowego rozwijałam się jak normalne, zdrowe dziecko.

Byłam wychowywana w atmosferze sprzyjającej rozwojowi mojej samodzielności. Rodzice przy okazji rozmów z różnymi lekarzami i rehabilitantami spotykali się z zaleceniem, by traktować mnie jak zdrowe dziecko. I choć nie znali wtedy postulatów zasady pomocniczości, w praktyce je właśnie stosowali. Nie odbierali mi możliwości samodzielnego wykonania czynności, wspierali mnie wtedy, kiedy tego potrzebowałam i rezygnowali z pomocy, kiedy spostrzegli, że nauczyłam się wykonywać jakąś czynność o własnych siłach. Dodatkową motywacją dla mnie była starsza o rok siostra (sprawna), której starałam się zawsze dorównać. To, co mogłam zrobić sama, robiłam – zwłaszcza czynności samoobsługowe. Miałam też swoje obowiązki domowe, które czasem zajmowały mi więcej czasu i kosztowały więcej wysiłku, ale czułam ogromną satysfakcję, kiedy mogłam wykonać je sama. Rodzice nie okazywali mi jakiejś przesadnej opiekuńczości, choć oczywiście musieli poświęcić mi więcej czasu i uwagi ze względu na mój stan zdrowia. Nie zamykali mnie jednak w domu, nie ograniczali kontaktów z rówieśnikami (np. nie było mowy o nauczaniu indywidualnym w domu). Uczęszczałam do przedszkola (integracyjnego), a edukację szkolną rozpoczęłam w szkole podstawowej zupełnie nieprzystosowanej architektonicznie. Dopiero po roku przeniosłam się do nowo otwartej placówki integracyjnej. Kiedy miałam 9 lat, na świat przyszła moja młodsza siostra. Wraz z upływem lat coraz bardziej

świadomie uczestniczyłam w jej wychowaniu. Zdawałam sobie sprawę, że jako starsza siostra powinnam być dla niej przykładem i autorytetem, a to mobilizowało mnie do pracy nad sobą.

W wieku 14 lat wyjechałam na obóz dla dzieci z niepełnosprawnością fizyczną prowadzony przez kadrę Fundacji Aktywnej Rehabilitacji. To wtedy po raz pierwszy poznałam ludzi dorosłych poruszających się na wózkach. Pamiętam, że było to dla mnie niesamowite doświadczenie. Patrzyłam na niepełnosprawne instruktorki Fundacji – mądre, radosne, zadbane kobiety – i zastanawiałam się, czy ja za kilkanaście lat będę taka, jak one. Minęło 6 lat i znalazłam się w gronie kadry Fundacji, pojechałam na obóz już nie jako uczestniczka, ale jako instruktorka.

Na czym polega fenomen Fundacji Aktywnej Rehabilitacji? Idea *aktywnej* rehabilitacji została przeniesiona na grunt polski ze Szwecji. Jej odbiorcami byli ludzie z uszkodzonym rdzeniem kręgowym, którzy po różnego rodzaju wypadkach, musieli zacząć życie na wózkach. Stworzono dla nich program zajęć, będący uzupełnieniem rehabilitacji *biernej*, czyli ćwiczeń z terapeutami w ośrodkach rehabilitacyjnych. W Polsce pierwszy obóz aktywnej rehabilitacji odbył się w 1988 roku. Obecnie program działań Fundacji obejmuje zarówno obozy, jak i zajęcia stacjonarne skierowane do osób poruszających się na wózkach inwalidzkich: z uszkodzonym rdzeniem kręgowym bądź po przepuklinie oponowo-rdzeniowej. Na obozie uczestnicy uczą się wykonywać wszystkie czynności samoobsługowe (takie, jak ubieranie, mycie, załatwianie potrzeb fizjologicznych, przesiadanie się z wózka na łóżko) samodzielnie. Oprócz tego mają treningi obejmujące technikę jazdy na wózku (czyli naukę pokonywania barier architektonicznych typu próg, krawężnik, schody), ćwiczenia ogólnokondycyjne, pływanie, tenis stołowy, łucznictwo. Wszystkie zajęcia mają wpłynąć na poprawę kondycji, zwiększenie masy mięśniowej i ogólnej sprawności uczestników, a jednocześnie zachęcają do angażowania się w różne dyscypliny sportowe. Dodatkowo prowadzone są wykłady dotyczące różnych aspektów zdrowia i uprawnień osób niepełnosprawnych. To, co stanowi specyfikę Fundacji, to to, że wszystkie treningi prowadzi kadra osób na wózkach, to oni są wzorcami osobowymi, przekazują wiedzę na podstawie własnych doświadczeń i dzięki temu są wiarygodni w tym, co mówią. A to niesamowicie istotne zarówno dla ludzi dorosłych, którzy trafiają na wózek po wypadku, jak i dla dzieci niepełnosprawnych od urodzenia.

W ciągu kilku lat pracy w Fundacji z rodzicami i dziećmi (8–13 lat) miałam możliwość obserwowania, jakie są skutki przestrzegania lub nie zasady pomocniczości w tych rodzinach. Widać to wyraźnie na obozach, podczas których przez osiem dni mamy ciągły kontakt z dzieckiem, a równolegle prowadzimy szkolenie dla rodziców. W przypadku rodzin, w których zasada pomocniczości nie jest przestrzegana, dzieci są niesamodzielne, wycofane, nieśmiałe, bardzo silnie związane z rodzicami, nie potrafią podejmować decyzji. Znamienne jest, że rodzice nie tylko wykonują za dzieci czynności samoobsługowe, lecz także wypowiadają się w momencie, kiedy pytane jest dziecko, odbierając mu możliwość rozwijania samodzielnego myślenia i decydowania o sobie. Na obozie dzieci z takich rodzin po raz pierwszy pokroją sobie kotleta albo umyją się same pod prysznicem, albo same zadecydują, jakie ubranie chcą włożyć.

Natomiast dzieci wychowywane według zasady pomocniczości są samodzielne, otwarte, towarzyskie, kontaktowe, chętnie się uczą, potrafią same się wypowiedzieć i podjąć decyzje, opowiadają o swoich zainteresowaniach. Na obozie tylko doskonałą swoje umiejętności nabyte w domu. Co ciekawe, te dzieci mają zwykle rodzeństwo. Widać, jak duży wpływ na rozwój samodzielności i otwartości dziecka niepełnosprawnego ma jego młodsze lub starsze rodzeństwo. Potwierdzają to też moje doświadczenia.

Podczas rozmów z rodzicami często słyszę pytania: „Co będzie dalej? Co będzie, jak mnie zabraknie? Jak moje dziecko sobie poradzi?”. Odpowiadam wtedy rodzicom, że jeśli będą dbali o to, by teraźniejszość ich dzieci przebiegała tak gładko, bez wysiłku, wyrzeczeń, trudności związanych z nabywaniem jak największej samodzielności – uniemożliwią im w znacznym stopniu normalne życie w przyszłości. Mówię też o swoich doświadczeniach sprzed kilku lat, kiedy zaczęłam studia. Był to moment przełomowy w moim życiu. Zaczęłam wtedy poznawać, co to znaczy być dorosłym człowiekiem i w sposób samodzielny i odpowiedzialny zajmować się swoimi sprawami. Do momentu ukończenia liceum moja przestrzeń życiowa ograniczała się właściwie tylko do domu i szkoły znajdującej się kilka ulic dalej, a różne sprawy – takie, jak choćby zapisanie się na wizytę do lekarza, wykupienie lekarstw w aptecce, załatwienie dofinansowania w odpowiedniej placówce, pojechanie z wózkiem na przegląd – załatwiali za mnie rodzice, bo tak było prościej. Wiązało się to przede wszystkim z moją ograniczoną mobilnością, wtedy dopiero zaczęły pojawiać się na ulicach miasta autobusy niskopodłogowe. Wszystko się zmieniło, kiedy dostałam się na studia. Musiałam sama jeździć autobusem na zajęcia, załatwiać sprawy w dziekanacie, wypłacać pieniądze na pocztę, kompletować dokumenty i składać wnioski w Państwowym Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych o dofinansowanie nauki. Nie było to dla mnie łatwe, ale z perspektywy pięciu lat widzę, że te doświadczenia pomogły mi w ukształtowaniu mojego poczucia niezależności. Dlatego w rozmowie z rodzicami zachęcam ich, by uczyli swoje dzieci takich prostych schematów czynności – jak np. samodzielne pójście na pocztę i wysłanie listu poleconego, zapisanie się do dzielnicowej biblioteki i wypożyczenie książek lub zatelefonowanie do jakiegoś teatru i zapytanie, czy jest on dostosowany do potrzeb osób poruszających się na wózkach. Wszystkie te czynności, z pozoru banalne, nie tylko uczą aktywnej postawy, zaradności i umiejętności rozwiązywania problemów, lecz także zwiększają samoświadomość osoby niepełnosprawnej, która powinna zdawać sobie sprawę ze swoich ograniczeń.

Często słyszę, jak osoby sprawne mówią: „Przecież ludzie niepełnosprawni niczym się od nas nie różnią, to tacy sami ludzie, jak my”. Nie jest to prawda. To podejście fałszujące trochę znaczenie integracji i tolerancji. Osoby sprawne i z ograniczoną sprawnością różnią się. W moim przekonaniu prawidłowa wypowiedź powinna brzmieć: „Nie jesteśmy tacy sami, ale możemy żyć obok siebie i wzajemnie się wspierać”. Jako osoba niepełnosprawna jestem świadoma ograniczeń związanych z moim stanem zdrowia. Co więcej, zdaję sobie sprawę, że znajduję się w grupie społecznej niezwykle zróżnicowanej pod względem rodzajów schorzeń i sprawności; w grupie społecznej, w której nie istnieje kategoria reprezenta-

tywności, co uniemożliwia stworzenie takiego „uśrednionego” obrazu osoby niepełnosprawnej, który stanowiłby jakiś punkt odniesienia dla ludzi sprawnych.

Prowadzę aktywny tryb życia, podejmuję niezależne decyzje, planuję swoją przyszłość, świadomie tworzę siatkę kontaktów społecznych. Czy jestem wyjątkiem? Z pewnością nie. Miałam to szczęście, że poznałam wielu aktywnych ludzi z niepełnosprawnością fizyczną – na studiach, w Fundacji, przy okazji uczestniczenia w różnego rodzaju projektach. Kiedy widzę ich siłę woli, odwagę, chęć realizacji swoich marzeń i celów, codzienne zmaganie się z trudnościami i przeszkodami, budzi się we mnie podziw. Właśnie dzięki taki ludziorom w społeczeństwie obalane są krzywdzące stereotypy, zwiększa się wiedza na temat funkcjonowania osób niepełnosprawnych, a przede wszystkim rośnie otwartość i chęć ludzi sprawnych do podejmowania relacji z osobami z niepełnosprawnością.

rodzina, jak i środowisko ludzi niepełnosprawnych – najlepiej skupione wokół jakiejś organizacji pożytku publicznego. Rodzina bowiem zapewnia odpowiednie „podwaliny” osobowościowe i światopoglądowe, wspiera dążenie do bycia niezależnym. Odpowiednia grupa środowiskowa zaś daje poczucie przynależności i akceptacji, a co najważniejsze, jest ważnym źródłem informacji i zapewnia wymianę doświadczeń. W takim otoczeniu osoba niepełnosprawna kształtuje swoją postawę życiową i staje się pełnoprawnym członkiem społeczeństwa obywatelskiego.

Aneks

Podstawowe dane na temat projektu

Temat:	<i>Psychospołeczne uwarunkowania aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych</i>
Numer projektu:	WUE/0041/IV/05
Czas trwania:	2005 – 2008
Kierownik projektu:	prof. dr hab. Anna Izabela Brzezińska
Projekt jest realizowany:	w ramach Sektorowego Programu Operacyjnego Rozwój Zasobów Ludzkich
Priorytet 1 pt.:	Aktywna polityka rynku pracy oraz integracji zawodowej i społecznej
Działanie 1.4. pt.:	Integracja zawodowa i społeczna osób niepełnosprawnych
Miejsce realizacji:	Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej w Warszawie, Wydział Psychologii

Charakterystyka ogólna

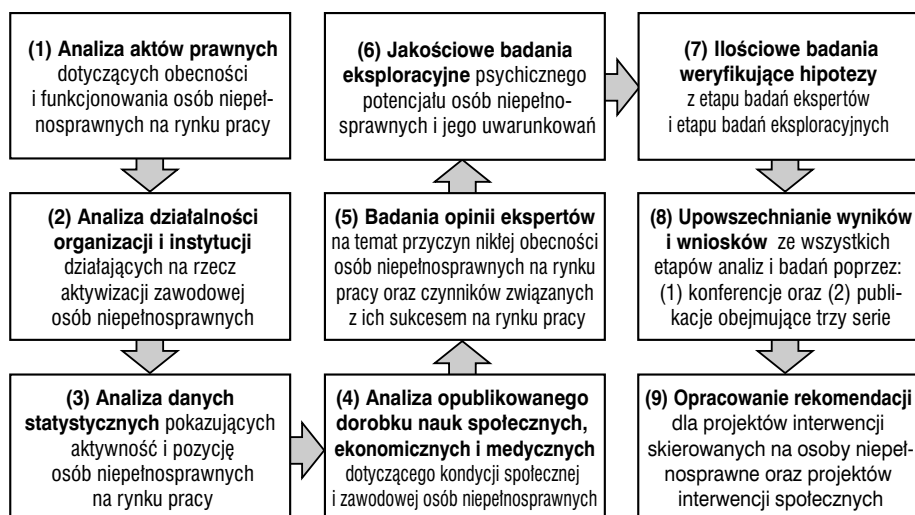
Projekt ma charakter badawczy i dotyczy pięciu grup osób dorosłych o umiarkowanym i znacznym stopniu niepełnosprawności, u których występują:

- deficyty percepcyjne w zakresie wzroku,
- deficyty percepcyjne w zakresie słuchu,
- deficyty motoryczne,
- choroby psychiczne,
- przewlekłe choroby somatyczne.

Pod względem treści projekt dotyczy:

1. Kompetencji psychospołecznych osób z ograniczoną sprawnością w zakresie podejmowania i prowadzenia aktywności zawodowej.
2. Psychologicznych i społeczno-kulturowych czynników ryzyka, ograniczających korzystanie z wewnętrznych zasobów przez osoby z ograniczoną sprawnością.
3. Psychologicznych i społeczno-kulturowych czynników wzmacniających zasoby osób z ograniczoną sprawnością oraz wpływających pozytywnie na ich funkcjonowanie na rynku pracy.

Projekt obejmował w kolejnych dziewięciu etapach czynności zilustrowane na rys. A1.



Rys. A1. Etapy realizacji badań w ramach projektu

Źródło: opracowanie własne

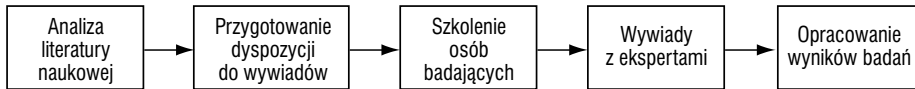
ETAP I: BADANIE EKSPERTÓW*

Cele: głównym celem badań prowadzonych na tym etapie było uzyskanie opinii na temat uwarunkowań aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych. Dane zebrane na podstawie wywiadów z ekspertami miały posłużyć do:

1. Ustalenia listy czynników ryzyka i czynników wspomagających aktywność zawodową osób niepełnosprawnych.
2. Wyłonienia źródeł stereotypów i uprzedzeń wobec osób niepełnosprawnych tkwiących w nich samych oraz w członkach ich rodzin i pracodawcach.
3. Modyfikacji hipotetycznego profilu psychospołecznych uwarunkowań aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych.

Kolejne zadania w badaniu ekspertów przedstawia rys. A2.

* Przygotowane na podstawie: A.I. Brzezińska, Z. Woźniak, K. Maj (red.). (2007). *Osoby z ograniczoną sprawnością na rynku pracy*. Warszawa: Academica Wydawnictwo SWPS/EFS. Badanie przygotowano i zrealizowano w Zespole Organizacyjnym projektu pod kierunkiem prof. dr hab. Anny Izabeli Brzezińskiej.



Rys. A2. Etapy realizacji badania ekspertów

Źródło: opracowanie własne

Czas trwania: marzec–kwiecień 2006 r.

Narzędzie badawcze: badania zostały zrealizowane za pomocą wywiadu, który obejmował obszary uznane przez nas za istotne na podstawie wcześniejszej analizy literatury naukowej, dotyczącej osób niepełnosprawnych, analizy różnego rodzaju dokumentów, stron internetowych organizacji pozarządowych oraz programów szkoleń dla osób niepełnosprawnych.

Rozmowy z ekspertami obejmowały następujące obszary:

1. Historia niepełnosprawności i jej wpływ na aktualne życie osób niepełnosprawnych.
2. Edukacja osób niepełnosprawnych w okresie dzieciństwa i dorastania.
3. Wykształcenie i jego związek z aktualną sytuacją osób niepełnosprawnych.
4. Historia poszukiwania pracy i historia bycia pracownikiem.
5. Zadowolenie z życia.
6. Bariery w podjęciu i utrzymaniu pracy przez osoby niepełnosprawne.
7. Przyczyny sukcesów i przyczyny niepowodzeń.
8. Zmiany w Polsce w ostatnich 2–3 latach dotyczące osób niepełnosprawnych.
9. Konieczne zmiany w odniesieniu do osób niepełnosprawnych na rynku pracy.
10. Korzyści z zapewnienia pracy osobom niepełnosprawnym.

Osoby badane: osoby badane zostały dobrane w taki sposób, aby każda z podgrup była jak najbardziej zróżnicowana, co pozwoliłoby uzyskać bogaty materiał do prowadzenia dalszych analiz. Strukturę próby badanych ekspertów przedstawia tab. A1.

Tabela A1. Struktura próby badanych ekspertów

Typ eksperta	Charakterystyka		Liczba osób badanych
1. Osoby niepełnosprawne	Rodzaj niepełnosprawności	Wzrokowa	9
		Słuchowa	7
		Ruchowa	7
		Somatyczna	8
2. Osoby pomagające osobom niepełnosprawnym	Osoby pracujące w instytucjach i organizacjach działających na rzecz aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych		12
3. Pracodawcy osób niepełnosprawnych	Osoby mające doświadczenie w pracy z osobami z niepełnosprawnością psychiczną, wzrokową, słuchową, ruchową oraz z osobami upośledzonymi umysłowo		6
4. Pracownicy naukowci	Osoby badające sytuację osób niepełnosprawnych w społeczeństwie		10
	Łączna liczba przebadanych osób		59

Źródło: opracowanie własne

Osoby przeprowadzające badanie: badania w grupach ekspertów prowadzone były przez psychologów, socjologa i studentów psychologii Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej w Warszawie. Wszystkie osoby badające zostały do tego celu specjalnie przeszkolone oraz otrzymały materiały ułatwiające im przeprowadzenie badania.

Organizacja badań: badania zostały przeprowadzone w okresie od 1 kwietnia do 30 maja 2006 r. Odbyły się, w zależności od preferencji osób badanych, w miejscu ich zamieszkania lub miejscu pracy. Wywiady trwały średnio od 60 minut (w grupie osób pomagających niepełnosprawnym) do 75 minut (w grupie osób niepełnosprawnych).

Efekt badań: wyniki badań ekspertów pozwoliły na:

1. Poznanie czynników ryzyka i różnych ograniczeń powodujących niską aktywność osób niepełnosprawnych na rynku pracy.
2. Poznanie czynników wspomagających aktywność osób niepełnosprawnych na rynku pracy.
3. Zwrócenie uwagi na kluczową rolę edukacji (domowej i szkolnej) jako czynnika decydującego o aktywności zawodowej lub jej braku w grupie osób niepełnosprawnych.
4. Ukazanie wpływu czynników makrostrukturalnych (warunków pracy, dostępności ofert pracy, systemu rentowego, regulacji prawnych) i ich wpływu na aktywność zawodową osób niepełnosprawnych.
5. Sformułowanie wstępnych propozycji dotyczących ewentualnych projektów społecznych mogących zwiększyć udział osób niepełnosprawnych na rynku pracy.
6. Sformułowanie wstępnych hipotez dla etapu badań jakościowych.

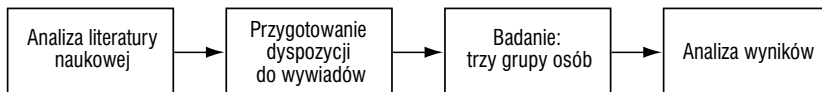
ETAP II: BADANIE JAKOŚCIOWE**

Cele: badanie jakościowe miało za zadanie osiągnięcie dwóch celów:

1. Zebranie wiedzy, która została później wykorzystana przy konstrukcji i modyfikacji narzędzi do badań ilościowych.
2. Zebranie wiedzy opisującej populację osób z ograniczoną sprawnością, ze szczególnym uwzględnieniem psychospołecznych uwarunkowań ich aktywności zawodowej.

Czas trwania: wszystkie wywiady przeprowadzono w okresie od lipca do grudnia 2006 r.

Metoda i etapy: kolejne zadania w etapie badań jakościowych przedstawia rys. A3.



Rys. A3. Etapy realizacji badań jakościowych

Źródło: opracowanie własne

Zadania wykonane w kolejnych etapach badań były następujące:

1. **Przeszkolenie osób przeprowadzających badanie pilotażowe oraz badania właściwe:**
 - a. dokładny instruktaż badania (wywiadu)
 - nacisk na dialogowy charakter wywiadu
 - przekazanie standardów przeprowadzania wywiadów
 - b. wiedza na temat komunikacji z osobami niepełnosprawnymi
 - c. szkolenie dotyczące kodowania wywiadów za pomocą programu *Maxqda 2*
2. **Badanie pilotażowe na 10 osobach:**
 - a. weryfikacja narzędzia badawczego – scenariusza wywiadu
 - b. scenariusz miał charakter półotwarty – ankieter miał listę tematów, które należało poruszyć, jednak nacisk położony był na podążanie za sposobem myślenia osoby badanej (Smoczyńska, Sijko, 2007)
3. **Badanie właściwe:**
 - a. zbadane zostały trzy grupy osób: osoby niepełnosprawne, członkowie ich rodzin, osoby z ich środowiska zawodowego
 - b. dobór osób był celowy, według ustalonych kryteriów, w tym według:
 - rodzaju niepełnosprawności
 - stopnia niepełnosprawności
 - wielkości miejscowości zamieszkania

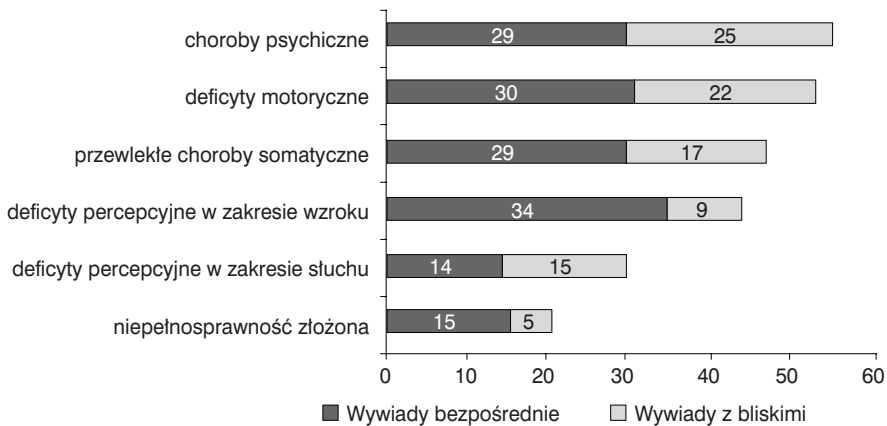
** Badanie przygotowano i zrealizowano w Zespole Organizacyjnym projektu pod kierunkiem prof. dr. hab. Wojciecha Łukowskiego.

- c. badanie polegało na przeprowadzaniu wywiadów, ich transkrypcji oraz kodowaniu za pomocą programu *Maxqda 2*

4. Całościowa analiza zebranych danych:

- a. wyniki badań jakościowych zostały przeanalizowane za pomocą pakietu *Maxqda 2* zgodnie z regułami teorii ugruntowanej i poddane szczegółowemu opisowi (Łukowski, 2007)
- b. sformułowano wnioski dla etapu badań ilościowych, dotyczące doboru próby, konstrukcji narzędzia badawczego oraz badanych obszarów.

Charakterystyka próby: procesowi kodowania i analizy poddano 311 wywiadów. Pierwotnie planowano analizę na próbie 300 wywiadów, jednak wysoka jakość wywiadów pilotażowych sprawiła, że również i one zostały włączone do puli; ponadto włączony został jeszcze jeden dodatkowy wywiad, stąd całkowita liczba wywiadów jest większa o 11 w stosunku do planowanej. Wszystkie wywiady przeprowadzone zostały w okresie od lipca do grudnia 2006 r. Największą liczbę wywiadów, bo aż 48,9% (152), stanowiły wywiady z osobami z ograniczoną sprawnością; drugą co do liczebności była grupa osób bliskich – stanowiła ona 29,9% całości (93); najmniejszą grupą byli pracodawcy – zakodowanych i zanalizowanych zostało 66 wywiadów, co stanowi 21,2% całej puli. Strukturę najliczniejszej grupy ze względu na rodzaj niepełnosprawności przedstawia rys. A4.



Rys. A4.

Ze względu na stopień niepełnosprawności przebadano 68 osób o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności i 56 o znacznym stopniu niepełnosprawności. 28 osób nie udzieliło informacji o stopniu swej niepełnosprawności.

ETAP III: BADANIE ILOŚCIOWE***

Czas trwania etapu terenowego: 9–24 lipca 2007 r.

Badana populacja: badaniem objęta została populacja osób niepełnosprawnych prawnie, aktywnych i biernych zawodowo, o umiarkowanym i znacznym stopniu niepełnosprawności, w wieku 18–60/65 lat. Ze względu na dostępność danych statystycznych dotyczących środowiska osób niepełnosprawnych definicja badanej populacji oparta została na założeniach metodologicznych przyjętych w *Narodowym Spisie Powszechnym Ludności i Mieszkań* (por. Osoby niepełnosprawne oraz ich gospodarstwa domowe, *Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań* oraz *Powszechny Spis Rolny*, 2002; Główny Urząd Statystyczny, Warszawa, 2003).

- 1. Za osobę niepełnosprawną prawnie** (w odróżnieniu od osoby niepełnosprawnej biologicznie) uznawano osobę posiadającą odpowiednie orzeczenie wydane przez uprawniony do tego organ (powiatowy, wojewódzki lub były krajowy zespół orzekający o stopniu niepełnosprawności).
- 2. Za osoby aktywne zawodowo** uznawano osoby w wieku 18 lat i więcej, obecnie pracujące lub bezrobotne.
- Przyjęto, iż **osoby bezrobotne** to takie, które w okresie badanego tygodnia nie były osobami pracującymi, lecz aktywnie poszukiwały pracy i były gotowe ją podjąć.
- 4. Za osobę bierną zawodowo** uznawano osoby w wieku 18 lat i więcej, które nie zostały zaklasyfikowane jako pracujące lub bezrobotne, tzn. osoby, które w ciągu ostatnich czterech tygodni nie pracowały, nie miały pracy i jej nie poszukiwały.

Przyjęto następujący wskaźnik, na podstawie którego klasyfikowano osoby badane do próby:

W ciągu ostatniego tygodnia wykonywał(a) Pan(i) przez co najmniej godzinę pracę przynoszącą zarobek. To znaczy, w ostatnim tygodniu był(a) Pan(i) zatrudniony(a) w charakterze pracownika najemnego, prowadził(a) Pan(i) własną działalność gospodarczą lub rolniczą lub pomagał(a) Pan(i) w prowadzeniu rodzinnego gospodarstwa rolnego lub rodzinnej działalności gospodarczej. Jeżeli w tym czasie nie pracował(a) Pan(i) czasowo (z powodu choroby, urlopu, strajku), ale ma Pan(i) pracę – proszę wskazać tę odpowiedź.	1	AKTYWNY ZAWODOWO PRACUJĄCY
W ciągu ostatniego miesiąca nie wykonywał(a) Pan(i) żadnej pracy zarobkowej, lecz aktywnie jej poszukiwał(a). Podjął(ęła) Pan(i) konkretne działania w celu znalezienia pracy i gdyby znalazł(a) Pan(i) pracę, był(a)by Pan(i) w stanie ją podjąć w tym lub w następnym tygodniu.	2	AKTYWNY ZAWODOWO BEZROBOTNY
W ciągu miesiąca nie wykonywał(a) Pan(i) żadnej pracy zarobkowej ani jej Pan(i) aktywnie nie poszukiwał(a).	3	BIERNY ZAWODOWO

*** Badanie przygotowano w Zespole Organizacyjnym projektu pod kierunkiem prof. dr hab. Anny Izabeli Brzezińskiej i prof. dr. hab. Wojciecha Łukowskiego, a zrealizowała je firma Pentor Research International S.A. na terenie całej Polski.

Zgodnie z *ustawą z 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej, społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych* za osobę o:

- **umiarkowanym stopniu niepełnosprawności** – uznawano osobę mającą orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub o całkowitej niezdolności do pracy lub o II grupie inwalidzkiej (wydane przez uprawniony do tego organ),
- **znacznym stopniu niepełnosprawności** – uznawano osobę mającą orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub o całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji lub o I grupie inwalidzkiej.

Zastosowano następujący wskaźnik kwalifikujący do próby:

<i>Czy ma Pan(i) ważne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, niezdolności do pracy lub grupie inwalidzkiej?</i>	Decyzja
• Nie	1 >>> ZAKOŃCZYĆ
• Orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub o całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji lub o I grupie inwalidzkiej	2
• Orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub o całkowitej niezdolności do pracy lub o II grupie inwalidzkiej	3
• Orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności lub o częściowej niezdolności do pracy lub o celowości przekwalifikowania zawodowego bądź o III grupie inwalidzkiej	4 >>> ZAKOŃCZYĆ

Sposób realizacji badania: wywiady realizowane były w domach osób niepełnosprawnych przy wykorzystaniu techniki kwestionariusza papierowego (PAPI). Wywiad przeprowadzany był z osobą niepełnosprawną. Każdorazowo ankieter weryfikował niepełnosprawność na podstawie orzeczenia posiadanego przez osobę niepełnosprawną. W sytuacji gdy komunikacja z osobą niepełnosprawną była utrudniona, wywiad przeprowadzany był przy wsparciu opiekuna osoby niepełnosprawnej. Wywiad trwał średnio 50 minut. Ze względu na trudny charakter realizowanej próby założono wielorakie metody dotarcia do respondentów na poziomie województw:

- metodą wyjściową była „metoda kuli śniegowej” – badane osoby niepełnosprawne kierowały ankieterów do innych osób niepełnosprawnych,
- ankieterzy korzystali również z pomocy organizacji pozarządowych oraz ośrodków pomocy społecznej.

Badanie realizowane było przez 220 przeszkolonych i kwalifikowanych ankieterów. Wszystkie zrealizowane ankiety zostały poddane weryfikacji w Dziale Weryfikacji i Kontroli firmy Pentor Research International S.A. Dodatkowo 10% ankiety poddanych zostało kontroli terenowej.

Dobór próby badawczej: zrealizowanych zostało 1498 wywiadów z osobami niepełnosprawnymi ze znacznym i umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, w tym 791 wywiadów z osobami aktywnymi zawodowo oraz 707 wywiadów z osobami biernymi zawodowo. W celu zachowania porównywalności obie powyższe grupy traktowane były jako osobne próby, dobierane według tych samych kryteriów. Próby dobierane były w sposób kwotowo-celowy. W przypadku obydwu prób wszystkie kwoty nakładane były nie na poziomie całego kraju, lecz na poziomie województwa. Przy doborze próby stosowano następujące kryteria:

1. Kryteria **lokalizacyjne**

- Województwo
- Miejsce zamieszkania (wieś/miasto)

2. Kryteria **demograficzne**

- Płeć
- Wiek (18–29, 30–49, 50+)

3. Kryteria **związane z niepełnosprawnością**

- Stopień niepełnosprawności (umiarkowany i znaczny).
- Rodzaj niepełnosprawności (niepełnosprawność słuchowa, ruchowa, wzrokowa, psychiczna, somatyczna).

Na poziomie każdego z województw nałożono kwoty zgodne z danymi GUS na miejsce zamieszkania (wieś/miasto), płeć oraz stopień niepełnosprawności. W przypadku wieku nałożono kwoty niezgodne z danymi GUS. Celem takiego doboru było zwiększenie liczby wywiadów z osobami młodszymi – do 44 roku życia. Rodzaj niepełnosprawności był tylko częściowo kontrolowany w próbie. Dążyliśmy do zrealizowania minimum 100 wywiadów w każdej próbie z reprezentantami danego typu niepełnosprawności. W przypadku próby osób aktywnych zawodowo kontrolowano również miejsce pracy. Nałożone kwoty na miejsce pracy oparte były na podstawie badania Pentor Research International S.A. pt.: *Gmino, jaka jesteś?*, zrealizowanego na zlecenie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w latach 2005–2007.

Charakterystyka próby: w celu wyeliminowania celowych przesunięć w rozkładzie obydwu prób oraz przesunięć wynikających z doboru próby uzyskane wyniki poddane zostały procedurze ważenia. Wagi opracowane zostały osobno dla próby osób aktywnych zawodowo oraz dla próby osób biernych zawodowo. Wagi opracowane zostały na podstawie danych pochodzących z *Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2002*. W procedurze ważenia uwzględniono następujące zmienne: województwo, miejsce zamieszkania (wieś/miasto) oraz wiek (18–44 oraz 45–60/65). Rozkład prób ze względu na płeć oraz stopień niepełnosprawności jest znacznie zbliżony do rzeczywistego. W wyniku przyjętych przy dobrze próby kwot oraz zastosowanej procedury ważenia uzyskane wyniki są reprezentatywne dla populacji osób niepełnosprawnych biernych zawodowo oraz populacji osób niepełnosprawnych aktywnych zawodowo pod względem następujących zmiennych: województwo, miejsce zamieszkania, wiek, płeć, stopień niepełnosprawności (patrz: tab. A2).

Tabela A2. Struktura próby osób niepełnosprawnych biorących udział w badaniach ilościowych

	Dane nieważone				Dane ważone			
	Aktywni		Bierni		Aktywni		Bierni	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Wielkość miejscowości								
Wieś	318	40	292	41	348	44	286	40
Miasto do 50 tys.	180	23	172	24	175	22	159	22
Miasto powyżej 50 tys.	293	37	243	34	268	34	263	27
Województwo								
Dolnośląskie	50	6	44	6	113	8	59	8
Kujawsko-pomorskie	53	7	41	6	83	6	39	6
Lubelskie	50	6	43	6	120	8	52	7
Lubuskie	45	6	48	7	48	3	23	3
Łódzkie	50	6	44	6	104	7	46	7
Małopolskie	52	7	42	6	158	11	78	11
Mazowieckie	53	7	41	6	157	10	75	11
Opolskie	46	6	42	6	27	2	14	2
Podkarpackie	44	6	49	7	91	6	38	5
Podlaskie	54	7	40	6	44	3	20	3
Pomorskie	58	7	54	8	82	5	38	5
Śląskie	45	6	48	7	150	10	75	11
Świętokrzyskie	50	6	45	6	54	4	23	3
Warmińsko-mazurskie	47	6	47	7	55	4	28	4
Wielkopolskie	49	6	44	6	152	10	67	9
Zachodniopomorskie	45	6	35	5	58	4	31	4
Wiek								
18–44	410	52	387	55	264	33	169	24
45+	381	48	320	45	527	67	538	76
Posiadanie orzeczenia								
Orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności	156	20	307	43	149	19	303	43
Orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności	635	80	400	57	642	81	404	57

cd. tabeli A2

	Dane nieważone				Dane ważne			
	Aktywni		Bierni		Aktywni		Bierni	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Na które z tych schorzeń otrzymał(a) Pan(i) orzeczenie o niepełnosprawności?								
Narządu ruchu	199	25	170	24	188	24	170	24
Narządu wzroku	161	20	145	21	170	21	146	21
Narządu słuchu	125	16	111	16	111	14	114	16
Psychiczne (nerwica, depresja, schizofrenia itp.)	130	16	126	18	124	16	112	16
Cukrzyca, choroby układu krążenia, choroby nowotworowe, inne choroby przewlekłe	176	22	155	22	197	25	165	23
Gdzie Pan(i) pracuje?/gdzie poszukuje Pan(i) pracy?								
Na otwartym rynku pracy	518	65	10	1	516	65	7	1
Na chronionym rynku pracy, w zakładzie pracy chronionej, spółdzielni inwalidzkiej	254	32	6	1	259	33	3	0

Źródło: dane z badań własnych

Literatura

- Brzezińska, A.I., Woźniak, Z., Maj, K. (red.). (2007). *Osoby z ograniczoną sprawnością na rynku pracy*. Warszawa: Academica Wydawnictwo SWPS/EFS (tom 1 w serii *Osoby niepełnosprawne*).
- Łukowski, W. (red.). (2007). *Osoby z ograniczoną sprawnością na rynku pracy – portret środowiska*. Warszawa: Academica Wydawnictwo SWPS/EFS (tom 2 w serii *Osoby niepełnosprawne*).
- Smoczyńska, K., Sijko, K. (2007). Wyniki badań pilotażowych nad aktywnością zawodową osób z ograniczoną sprawnością. W: A.I. Brzezińska, Z. Woźniak, K. Maj (red.), *Osoby z ograniczoną sprawnością na rynku pracy* (s. 379–396). Warszawa: Academica Wydawnictwo SWPS/EFS.