

PSYCHOLOGICZNE I SPOŁECZNO-KULTUROWE DETERMINANTY POSTAW WOBEC OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH ORAZ ICH RODZIN

KATARZYNA WAŁĘCKA-MATYJA

Uniwersytet Łódzki, Łódź

Wprowadzenie

Problematyka niepełnosprawności i postaw wobec niej stanowi przedmiot zainteresowania wielu dziedzin nauki. W szczególności medycyny, psychologii, pedagogiki, socjologii, filozofii, ekonomii oraz wielu innych. Można z dużą dozą pewności przyjąć, że w nieodległej przyszłości wyodrębniona zostanie nowa, interdyscyplinarna nauka, ukierunkowana głównie na problemy niepełnosprawności. Istnieje bowiem ogromne zapotrzebowanie na zobiektywizowaną i uporządkowaną wiedzę w tym zakresie – zgłaszają się po nią m.in. służby opieki społecznej i politycy. Dzieje się tak z uwagi na stały postęp cywilizacyjny, rosnącą długość życia ludzkiego oraz związaną z tym naturalną zapadalność na różnorodne schorzenia.

Jak wynika z danych publikowanych przez Główny Urząd Statystyczny, zebranych podczas Narodowych Spisów Powszechnych Ludności, liczba osób niepełnosprawnych w Polsce stale się powiększa. Egzemplifikacją tego stwierdzenia są dane wskazujące, że na 1000 osób w 1978 r. przypadało 71 tych z naruszoną sprawnością, w 1988 r. – 99 osób, zaś w 2002 r. były to 143 osoby z niepełnosprawnością. Analizy statystyczne pokazują, iż w polskim społeczeństwie ok. 5,5 miliona osób zmaga się z problemami wynikającymi z naruszonej sprawności. Stanowi to 14% populacji, a więc co 7 osoba w Polsce zakwalifikowana jest jako niepełnosprawna (<http://www.stat.gov.pl>).

Zagadnienie postaw społecznych wobec osób niepełnosprawnych i ich rodzin jest jednym z ważniejszych, bowiem bezpośrednio dotyczy zarówno jakości funkcjonowania jednostki, jak i całych społeczeństw. Postawy te wyznaczają miejsce, zajmowane przez osoby niepełnosprawne w społeczeństwie, zaś humanistycznym podejściem do tej grupy osób mierzy się poziom społecznego funkcjonowania danego społeczeństwa.

Na uwagę zasługuje fakt, że ze zjawiskiem niepełnosprawności ludzkość spotyka się od zawsze. Jednak tym, co podlega przekształceniom, są prezentowane postawy wobec osób niepełnosprawnych.

Na przestrzeni dziejów można wyróżnić trzy okresy charakteryzujące stosunek społeczeństw wobec osób niepełnosprawnych: *okres wrogości, okres litości oraz lęku* przed osobami niepełnosprawnymi, w którym można zaobserwować początki działalności charytatywnej oraz *okres poświęcony szczegółowym badaniom nad problematyką niepełnosprawności*, a także próbom włączania osób z naruszoną sprawnością w nurt życia społecznego (Lipkowski, 1981).

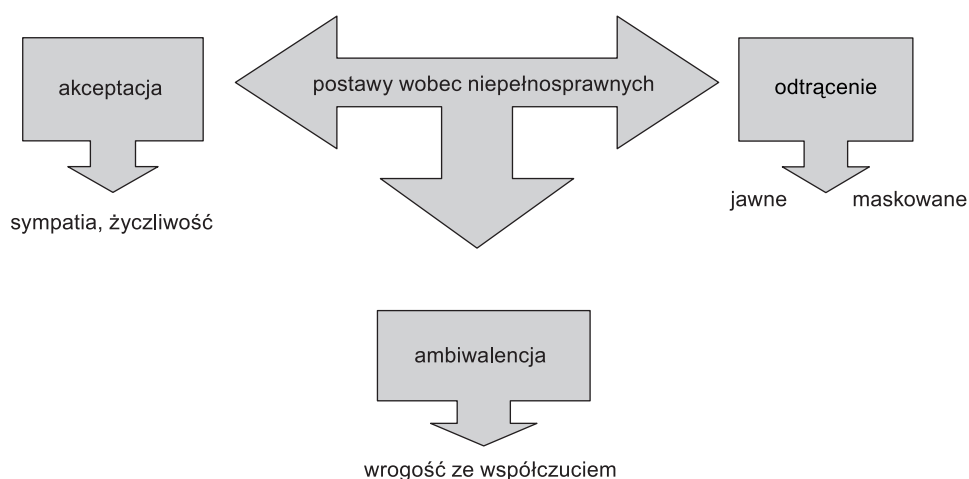
Zmienny charakter postaw można także pojmować jako często występujący w nich brak spójności, rozumiany jako rozbieżność między werbalnymi deklaracjami a postawami rzeczywistymi. Przyczyną tego jest zwykle chęć zachowania się zgodnie z konwenansami społecznymi jak i lęk przed negatywną oceną społeczną (Sękowski, 1994).

Postawy wobec osób niepełnosprawnych mają bardzo zróżnicowany charakter i wyrażają się we wszystkich swych składnikach: poznawczym, dotyczącym wiedzy oraz przekonań odnośnie osób niepełnosprawnych, emocjonalnym, związanym z uczuciami oraz behawioralnym, dotyczącym zachowań wobec osób cechujących się niepełnosprawnością (tamże).

W literaturze przedmiotu najczęściej wymienia się dwie przeciwstawne postawy wobec osób niepełnosprawnych: pozytywne, wyrażające akceptację lub negatywne, wyrażające odrzucenie. Zaznacza się, że postawy odtrącające mogą przyjmować postać jawną jak i zamaskowaną, np. przez zachowania nadopiekuńcze, lub wyrażające się współczuciem czy litością (tamże).

Postawy o charakterze pozytywnym cechuje krytyczna, lecz zarazem obiektywna i życzliwa ocena osoby niepełnosprawnej. Warunkują one rozwój poczucia bezpieczeństwa oraz umożliwiają prawidłowe przystosowanie społeczne (Larkowa, 1985).

Postawy o charakterze negatywnym cechuje brak akceptacji dla udziału osób niepełnosprawnych w interakcjach społecznych, przecenianie wpływu niepełno-



Rysunek 1. Postawy wobec osób niepełnosprawnych

Źródło: opracowanie własne.

sprawności na psychikę oraz silna koncentracja na cechach zewnętrznych osoby chorej (Tobiasz-Adamczyk, 2000).

Niektórzy autorzy, np. Larkowa (1985), wyróżniają jeszcze jeden rodzaj postawy wobec osób niepełnosprawnych, a mianowicie postawę ambiwalentną. Charakterystyczne jest tu przenikanie się stosunku obojętności bądź nawet wrogości z uczuciami litości, współczucia czy przesadnej opieki (rys. 1).

Pojęcie i rodzaje niepełnosprawności w świetle literatury przedmiotu

Podając tematykę *niepełnosprawności*, należy wyraźnie sprecyzować to pojęcie, ponieważ zarówno w języku potocznym, jak i w wielu specjalistycznych opracowaniach z tego zakresu istnieje duża liczba terminów, używanych dla określenia osób o niepełnej sprawności: niepełnosprawny, inwalida, kaleka, osoba upośledzona. Są one przez wielu autorów używane zamiennie (Ostrowska, 1994).

Oto najczęściej stosowane definicje, przytoczone w celu lepszego zrozumienia zagadnienia niepełnosprawności.

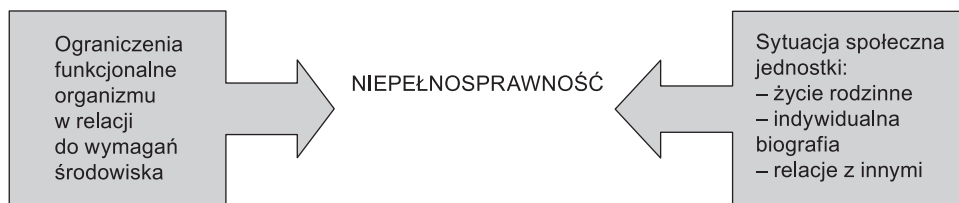
Światowa Organizacja Zdrowia określa *osobę niepełnosprawną* jako taką, która nie może samodzielnie, częściowo lub całkowicie zapewnić sobie możliwości normalnego życia indywidualnego i społecznego na skutek wrodzonego lub nabytego upośledzenia sprawności fizycznej lub psychicznej (www.wikipedia.org).

Definicja *niepełnosprawności* według Weissa precyzuje zakres istniejących ograniczeń dotkniętego nią człowieka. Autor za osobę niepełnosprawną uznaje jednostkę, która ma znaczne trudności w wykonywaniu podstawowych czynności życia codziennego w zakresie: osobistej higieny i odżywiania, poruszania się, zdobycia zawodu i uzyskania środków na utrzymanie się, nawiązywania trwałych więzi i kontaktów z innymi, zdolności uczenia się oraz rekreacji i wypoczynku (Weiss, Zembaty, 1983).

W definicjach badaczy poruszanej w tym opracowaniu problematyki, m.in. przez Kowalika (2007), czy Dykcika (2001) wskazuje się, że niepełnosprawność oznacza utratę zdolności do standardowego funkcjonowania nie tylko na poziomie biologicznym, lecz także w sferach psychologicznych i społecznych.

Z tego wynika społecznie definiowany charakter pojęcia niepełnosprawności, bowiem z jednej strony wiąże się ono z ograniczeniami w stanie funkcjonalnym organizmu, które zależą zarówno od oczekiwań i wymagań, jakie środowisko stawia osobie niepełnosprawnej, zaś z drugiej strony zależą od sytuacji społecznej jednostki, rozumianej jako kontekst życia rodzinnego, jej indywidualna biografia, czy jakość relacji z innymi ludźmi (rys. 2).

We współczesnej literaturze można znaleźć wiele różnorodnych klasyfikacji osób niepełnosprawnych jak i rodzajów niepełnosprawności. Dokonanie czy wybór jednoznacznego podziału jest szczególnie trudny z uwagi na wielość możliwych do zastosowania kryteriów oraz współzależność działania różnych narządów człowieka. Dlatego też w prezentowanej pracy tematyka ta została uściślona do przedstawienia wybranej klasyfikacji osób niepełnosprawnych, uwzględniającej kryterium

**Rysunek 2.** Społeczny kontekst definicyjnego ujęcia niepełnosprawności

Źródło: opracowanie własne.

rodzaju niepełnosprawności, bowiem rodzaj upośledzenia, obok czynnika określonego jako „podejmowanie kontaktów interpersonalnych z niepełnosprawnymi”¹, stanowi jeden z istotnych elementów wpływających bezpośrednio na kształtowanie się postaw wobec osób z niepełnosprawnością.

Zatem wśród osób niepełnosprawnych można wyróżnić sześć grup z różnymi dysfunkcjami:

- osoby **niewidome i niedowidzące** (niewidomi od urodzenia lub przed 5. r.ż., ociemniali, niewidomi i ociemniali z dodatkowymi kalectwami, niewidomi i ociemniali z upośledzeniem umysłowym, szczątkowo widzący i słabowidzący);
- osoby **głuche i niedosłyszące** (głusi od urodzenia, ogłuchli mówiący, głusi z upośledzeniem umysłowym, głusi z dodatkowymi kalectwami, głusi z resztkami słuchu).
- osoby **głuchoniewidome**;
- osoby **upośledzone umysłowo** (w stopniu: lekkim, umiarkowanym, znacznym, bądź głębokim);
- osoby **przewlekłe chore** (podział ze względu: na rodzaj schorzenia, ze względu na formy leczenia, bądź ze względu na rokowanie);
- **osoby z uszkodzeniem narządu ruchu** (amputacje lub braki, deformacje wrodzone, dysfunkcje na skutek urazów rdzenia kręgowego, porażenia i inne) (Szczepankowska, Mikulski, 1999).

Według Larkowej (1987) nie tyle rodzaj upośledzenia, co jego widoczność i stopień ciężkości zaburzenia funkcji organizmu decyduje o znaku postawy wobec jednostki z dysfunkcją. Autorka wyjaśnia, że początkowo to widok uszkodzenia ciała i upośledzenia jego funkcji znajduje się w centrum uwagi jako coś odmiennego, wzbudzając przykre uczucia, a często także wywołując ciekawość.

Jak wynika z badań przeprowadzonych w 2007 r. przez Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) na losowej, reprezentacyjnej próbie polskiego społeczeństwa (844 osoby), rodzaj niepełnosprawności jest bardzo istotnym czynnikiem dla prezentowanych postaw wobec chorych, wyrażających się chęcią udzielenia im pomo-

¹ Na podstawie wyników badań H. Larkowej można przyjąć, że postawy osób pełnosprawnych wobec niepełnosprawnych, z którymi istniały jakiekolwiek bezpośrednie kontakty, częściej miały charakter pozytywny niż negatywny. Ponadto czynnikami dodatnio wpływającymi na zmianę postawy wobec jednostek niepełnosprawnych z negatywnej na pozytywną były powtarzające się kontakty z osobami odchylonymi od normy (Larkowa, 1987).

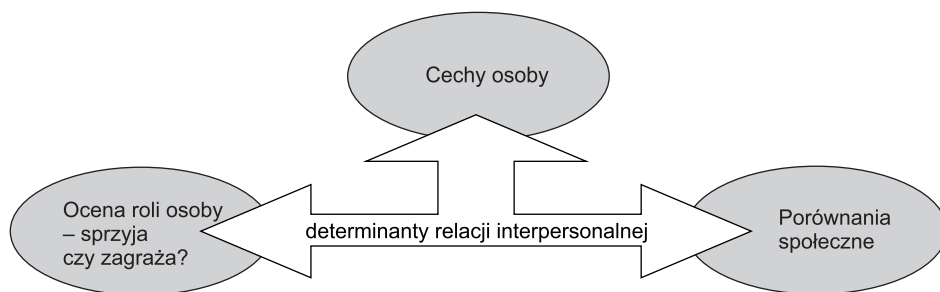
cy. Badani najchętniej pomogliby ludziom z poważną chorobą serca (76%) oraz niewidomym (74%). Natomiast najmniej chętnie angażowaliby się w pomoc osobom chorym psychicznie (61%) oraz osobom upośledzonym umysłowo (60%). Najmniejszy dystans obserwuje się zatem wobec tych niepełnosprawnych, których choroby są najmniej ograniczające. Widoczna niechęć niesienia pomocy osobom przewlekle chorym, przejawiającym zaburzenia o charakterze psychologicznym, może wynikać z lęku i niewiedzy badanych (http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2007/K_169_07.PDF).

Psychologiczne determinanty postaw wobec osób niepełnosprawnych

W dalszej części opracowania podjęto próbę określenia czynników o charakterze psychologicznym, które mogą mieć istotne znaczenie w kształtowaniu się postaw wobec osób z naruszoną sprawnością.

Żyjąc w świecie społecznym, ludzie nieuchronnie i nieustannie oddziałują na siebie, wchodzą w interakcje, komunikują się ze sobą. Jednakże potencjalne szanse na ukształtowanie autentycznej i trwałej relacji międzyludzkiej mają te stosunki interpersonalne, które cechuje pozytywne oraz akceptujące nastawienie do drugiej osoby.

Jak wynika z badań, prowadzonych w ramach psychologii społecznej, stosunek do partnera interakcji społecznej wynika z trzech przesłanek, tj.: cech osoby, porównania jej z innymi oraz z uznania jej roli wobec nas (Myers, 2003) (rys. 3).



Rysunek 3. Modelowe ujęcie relacji interpersonalnej

Źródło: opracowanie własne.

Model ten, choć nie wyczerpuje w pełni istoty zagadnienia, wprowadza jednak pewną systematykę i w mniejszym lub większym stopniu przybliża opis poszczególnych czynników o charakterze psychologicznym, które mogą mieć wpływ na kształtowanie się postaw wobec osób niepełnosprawnych.

Do **cech człowieka**, które w dużej mierze stanowią o stosunku innych do niego, należy m.in. jego wygląd zewnętrzny. Zdecydowanie atrakcyjny wygląd fizyczny, rozumiany jako nie odbiegający od przyjętych w danym społeczeństwie norm, budzi zaufanie. Zjawiskiem potwierdzającym to stwierdzenie jest tzw. *efekt Aureoli* zwany

też *efektem Polyanny*. Polega on na skłonności do przypisywania osobie o atrakcyjnej powierzchowności szeregu pozytywnych cech społecznych, co okazuje się często przyczyną przychylnej postawy wobec tych osób. Analogicznie osobom nieatrakcyjnym, np. chorym czy niepełnosprawnym, przypisuje się na ogół cechy negatywne. Wtedy mamy do czynienia z tzw. *efektem diabelskim* (Domachowski, 2002).

Co więcej, istnieją dowody naukowe potwierdzające fakt, że pierwsze wrażenie, jakie wywołują w nas ludzie, ukierunkowuje nasze spostrzeganie i interpretację dalszych informacji. Zjawisko to jest określane jako *efekt pierwszeństwa* (tamże). Znamienne jest, że opinia dotycząca danego człowieka, a nawet grupy osób², gdy już się ukształtuje, wymaga niewielu dowodów, by ją podtrzymać, lecz bardzo wielu, aby ją zmienić (tamże).

W przypadku osób niepełnosprawnych proces atrybucji³ uwarunkowany jest w dużym stopniu stwierdzeniem inności fizycznej i generalizowaniem jej na inność psychiczną. Utrudnia to akceptację, budzi lęk oraz poczucie dysonansu poznawczego (Festinger, 1957, za: Myers, 2003.)

Wiele jednak zależy od znaczenia, jakie osoba przypisuje danemu atrybutowi (centralny lub peryferyjny⁴), który wyróżnia daną jednostkę z grona większości znanych oceniającemu ludzi. U ludzi niepełnosprawnych, których choroba czy kalectwo oceniane są jako cechy centralne, deprecjonowane są inne cechy, które w innych warunkach oceniane byłyby pozytywnie (Fischbein, Ajzen, 1975, za: Myers, 2003).

Przegląd i analiza literatury przedmiotu pozwalają stwierdzić, że uwarunkowania osobowościowe człowieka są czynnikiem regulującym jego stosunek do otoczenia społecznego, w tym do zjawiska niepełnosprawności. Wskazuje się bowiem na istnienie cech osobowości związanych z przejawianymi postawami wobec osób niepełnosprawnych (Klimasiński, 1976; Sękowski, 1994; Witkowska, 2001).

Należą do nich m.in. poziom samooceny i samoakceptacji, lęk, neurotyzm, poziom agresywności.

Wśród cech osobowych jednostki, mających znaczenie dla jakości jej kontaktów międzyludzkich, ważne miejsce zajmuje poziom samooceny i samoakceptacji. Akceptacja siebie wyzwala sympatię i życzliwość w stosunku do innych, a także facylituje otwartość w kontaktach z otoczeniem. W przypadku braku akceptacji własnej osoby i swej sytuacji człowiek uruchamia mechanizmy obronne w postaci projekcji lub kompensacji poprzez deprecjonowanie innych ludzi. Konsekwencją tego może być ograniczenie kontaktów interpersonalnych z innymi.

Warto nadmienić, że postawy wobec osób niepełnosprawnych uzależnione są nie tylko od poziomu samoakceptacji partnera interakcji, lecz także od tego, czy osoby chore akceptują siebie i swoją sytuację życiową.

² W świadomości społecznej niepełnosprawni mogą występować jako grupa społeczna, pomimo że wśród tych osób nie istnieje poczucie przynależności grupowej (Sękowski, 1994).

³ W ujęciu teorii atrybucji podejście do człowieka polega na charakteryzowaniu go w kategoriach stałych cech, czyli atrybutów, a następnie ich ocenianie przez jednostki i ogół społeczeństwa (Myers, 2003).

⁴ Atrybut (cecha) centralny ma większy wpływ na tworzone przez ludzi wyobrażenia, wyjaśnienia i przewidywania niż atrybut (cecha) peryferyjny (Domachowski, 2002).

Wiele prac badawczych poświęcono związkowi między postawami a lękiem, traktowanym jako względnie stała cecha osobowości lub też aktualny stan jednostki. Analizując doniesienia z tych badań można stwierdzić, że wysoki poziom lęku implikuje negatywne postawy. Ponadto lęk przed kalectwem, które może zagrażać jednostce lub jej rodzinie, skłania do zachowania dystansu społecznego wobec osób niepełnosprawnych, choć prowadzić też może do współczucia i udzielania anonimowej pomocy, ale bez nawiązywania osobistego kontaktu, który jest zbyt zagrażający (Ostrowska, Sikora, Gąciarz, 2001).

Lęk może przejawiać się w formie myślenia magicznego, które opiera się na założeniu, że to, o czym się nie wspomina, nie istnieje. Nie mówiąc o niepełnosprawności i nie kontaktując się z osobami niepełnosprawnymi, ludzie mogą zaprzeczać w ten sposób problemowi niepełnosprawności (Witkowski, 1993).

Rezultaty badań uzyskane przez Witkowskiego (1993) wskazują, że cechą osobowości w dużej mierze decydującą o postawach wobec niepełnosprawnych jest neurotyzm. Duża chwiejność emocjonalna stanowi czynnik dezorganizujący zachowania, więc osoby o wysokim nasileniu tej cechy są skoncentrowane na sobie i reagują lękiem na każdą odmienną sytuację, w tym także na obecność osób niepełnosprawnych. Osoby charakteryzujące się niskim poziomem neurotyzmu traktują odmienność wynikającą z niepełnosprawności z zainteresowaniem.

Stwierdzono także związki pomiędzy postawami wobec osób niepełnosprawnych a agresywnością, traktowaną jako ogólna cecha osobowości. Okazało się, że negatywne postawy wobec osób niepełnosprawnych można uznać za przejaw ogólnej wrogości i nieżyczliwości w stosunku do innych (Yuker, 1970, za: Klimasiński, 1987).

Postawy wobec niepełnosprawnych warunkuje także wysoki bądź niski poziom etnocentryzmu. Jest on rozumiany jako cecha charakteryzująca ludzi dążących do dominacji w swojej grupie, jednocześnie odrzucających i deprecjonujących inne grupy społeczne (www.sjp.pwn.pl). Istotną rolę w kształtowaniu relacji z innymi, w tym także niepełnosprawnymi, odgrywają także takie cechy człowieka, jak jego wiedza, płeć i wiek.

Wiedza na temat niepełnosprawności sprzyja kształtowaniu się postaw mało stereotypowych, likwiduje uprzedzenia i przesady, pomaga tworzyć postawy tolerancji. Ponadto korzystne oceny i informacje uzyskane od innych ludzi także wpływają na pozytywne nastawienie wobec poznawanej osoby. Za Mądrzyckim (1997) można przyjąć, iż nieracjonalne przekonania wobec zjawiska niepełnosprawności rozpowszechnione są głównie w społeczeństwach o niskim stopniu wiedzy.

Kolejnym czynnikiem wpływającym na kształtowanie się stosunków interpersonalnych jest płeć. Wiąże się z nią określone właściwości anatomiczne, fizjologiczne i psychiczne. Można przyjąć, że charakterystyczne dla każdej płci cechy wpływają na różnice we właściwościach psychicznych (Mandal, 2006). Z płcią związane są także ukształtowane historycznie wzory osobowe, role i zachowania społeczne, które również wpływają na kształtowanie się stosunków interpersonalnych (Mądrzycki, 1997).

Ponadto w konsekwencji zróżnicowanych wzorów osobowych oraz stosowanych oddziaływań wychowawczych kształtują się odmienne właściwości osobowości dziewcząt i chłopców. Uznaje się, że dziewczęta są z natury mniej impulsywne,

bardziej opanowane, łatwo ulegają wpływowi środowiska, są sugestywne i lękliwe. Natomiast chłopcy charakteryzują się większą dynamiką, impulsywnością, pewnością siebie, tendencją do nonkonformizmu i agresją (Muszyńska, 1998).

Jak wynika z badań zawartych w literaturze przedmiotu, płęć jest jednym z czynników różnicujących postawy wobec osób przewlekle chorych. Stwierdzono, że zapewnienie opieki ludziom w okresie późnej dorosłości, borykającym się z problemami zdrowotnymi, zależy nie tylko od tego, czy mają oni dzieci, czy nie, lecz także od ich płci. Okazuje się bowiem, że $\frac{1}{3}$ starych ludzi w Anglii albo w ogóle nie ma dzieci, albo ma tylko synów, w związku z czym pozbawiona jest opieki i troski, a tym samym obserwuje się u nich trudności związane z codziennym funkcjonowaniem (Tobiasz-Adamczyk, 2000).

Ważna kwestia wiąże się także ze stosunkiem matki i ojca do niepełnosprawnego dziecka. W wielu badaniach podkreśla się, iż zdecydowanie częściej opiekę nad niepełnosprawnym dzieckiem przejmują matki niż ojcowie (Sekulowicz, 2000). Ponadto z badań przeprowadzonych przez Kościelską wynika, że wśród uczniów szkół życia i szkół specjalnych jest większy niż przeciętnie odsetek dzieci pochodzących z rodzin o niepełnej strukturze. Autorka twierdzi, że opuszczanie rodzin przez ojców jest reakcją ucieczkową od trudności (Kościelska, 1995).

Niezupełnie jasne są związki płci ze stereotypową percepcją osób zaburzonych psychicznie (choć badania zagraniczne wskazują, iż kobiety wyrażają bardziej pozytywne postawy wobec takich ludzi) oraz faktu więzi rodzinnej z chorującym człowiekiem (Witkowska, 2001).

Ostatnim z omawianych czynników w kategorii „cechy człowieka” wpływających na stosunek do osób niepełnosprawnych jest wiek. Wraz z biegiem lat zmianie ulegają stawiane przed jednostką zadania, pełnione role społeczne oraz jej kontakty z innymi osobami i grupami społecznymi. Zmiany w oddziaływaniu środowiska zewnętrznego wraz z dokonującymi się przemianami wewnętrznymi potencjalnie wpływają na możliwość wieloaspektowej analizy zjawiska niepełnosprawności, a co się z tym wiąże bardziej przychylnego stosunku do niego.

Do czynników budujących relacje międzyludzkie należy także wynik dokonywania porównań danej osoby z innymi osobami w zakresie wspólnoty dążeń, zainteresowań, sposobu widzenia świata czy pozycji społecznej.

W teorii społecznych porównań (Festiger, 1954, za: Pachnowska, 1995) zakłada się, że ludzie przejawiają tendencję do oceny własnych i cudzych poglądów, uzdolnień i zachowań oraz że porównania te przebiegają w obrębie osób zbliżonych pod względem określonych właściwości. Zwykle ludzie porównując się z innymi wybierają jako układ odniesienia te osoby, które w określonych wynikach ich przewyższają; są to tzw. *porównania w górę*. Służą one m.in. szacowaniu partnera interakcji jako podobnego do osoby oceniającej, tj. atrakcyjnego w sensie zaistnienia gratyfikującej relacji interpersonalnej lub niepodobnego, co może prognozować występowanie niezgodności i konfliktów w relacji z nim.

Okazuje się jednak, że w niektórych sytuacjach u ludzi występuje tendencja do dokonywania porównań z osobami stojącymi od nich niżej, stosowana w celu poprawy samopoczucia (forma pasywna). Są to tzw. *porównania w dół*. Na podstawie uzyskanych wyników badań stwierdzono, że tendencja ta występuje dość często

u osób upośledzonych, chorych, nieszczęśliwych, o niskiej samoocenie (Brickman, Bulman, 1977; za: Pachnowska, 1995).

Wśród pacjentów będących w trakcie rehabilitacji po chorobie serca, porównanie z innymi, w trudniejszej sytuacji zdrowotnej (tj. „gorszymi”), współwystępowało z lepszym przystosowaniem psychicznym. Jednocześnie równolegle pojawiająca się afiliacja „w górę” wiązała się ze wzrostem nadziei i pozytywną inspiracją, co może wskazywać na rolę takich porównań w poprawie własnej kondycji psychicznej (Helgeson, Taylor, 1993).

Badania chorych na raka piersi kobiet i ich rodzin pokazały, że zarówno chore jak i ich mężowie dokonywali częstych porównań z innymi znajdującymi się w gorszej sytuacji. Co ciekawe, w wypowiedziach obu stron (tj. żony i męża) pojawił się także bardzo negatywny obraz typowego męża, zostawiającego chorą żonę po operacji (niezgodny, jak dowodzą statystyki, z prawdą) i podkreślanie dystansu dzielącego respondenta od niego (Wood, Taylor, Lichtman, 1985).

Porównania w dół mogą przybrać także formę aktywną, polegającą na deprecjacji innych osób i ich osiągnięć, darzeniu ich mniejszą sympatią, budowaniu dystansu interpersonalnego czy utrudnianiu im pracy. T.A. Willis (1987, za: Pachnowska, 1995) proponuje uznać *porównania w dół* za ważny mechanizm radzenia sobie z problemami związanymi z zagrożeniami „ja”. Z pewnością jednak nie można uznać go za sprzyjający rozwojowi kontaktów interpersonalnych. Egzemplifikacją tego mogą być sytuacje stosowania terroru psychicznego (mobbingu) przez uczniów klasy szkolnej wobec kolegów z niepełnosprawnością czy mobbingowanie pracownika przez przełożonego.

Ostatnim z wymienionych psychologicznych elementów kształtujących relacje międzyludzkie jest rezultat oceny danej osoby pod względem pełnionej wobec nas roli, tj. czy osoba ta sprzyja lub zagraża naszym dążeniom, wartościom czy potrzebom.

Jak wynika z badań przeprowadzonych w tym zakresie, osoby niepełnosprawne u większości pełnosprawnych członków społeczeństwa budzą niepokój i lęk. Odnosi się to zwłaszcza do tych osób, które cechuje widoczne kalectwo.

H. Larkowa (1987) uważa, że pojawiający się u osób zdrowych niepokój w kontakcie z osobą upośledzoną wynika z odmienności fizycznej, bowiem owa odmienność burzy dobrze uporządkowany obraz ciała.

W literaturze przedmiotu wymienia się także wiele innych determinantów braku komfortu psychicznego, którego doświadczają zdrowi ludzie będąc w interakcji z osobami niepełnosprawnymi. Do najczęstszych zalicza się:

- trudności osób niepełnosprawnych przy wykonywaniu codziennych czynności;
- doświadczanie niechęci estetyczno-seksualnej;
- odczuwanie napięcia i skrępowania w obcowaniu z niepełnosprawnymi;
- nietypowość osób przewlekłe chorych;
- przypisywanie niepełnosprawnym negatywnych cech osobowości;
- percypowanie niemożności nawiązania kontaktu emocjonalnego z osobą niepełnosprawną;
- doświadczanie lęku przed nabyciem kalectwa, przed zranieniem lub dziezycznością;

- odczuwanie cierpienia wywołanego empatią w stosunku do chorego;
- poczucie obawy przed ciężarem będącym odpowiedzialnością w przypadku utrzymania kontaktów z osobą niepełnosprawną;
- obawa doświadczenia izolacji społecznej, spowodowanej kontaktem z niepełnosprawnym;
- poczucie winy wobec chorego, że ja jestem zdrowy (Szczepankowska, Mikulski, 1999).

Osoby niepełnosprawne mogą być także postrzegane przez osoby zdrowe jako zagrażające, bowiem nieznany jest powód, dla którego tak nieszczęśliwie doświadczył je los. Egzemplifikacją tego wniosku są prace omawiające założenia „teorii sprawiedliwego świata” (Lerner, 1980). Każdy człowiek ma bowiem potrzebę wiary w sprawiedliwość świata, w którym żyje. Oznacza to, że istnieje przekonanie, iż krzywda dzieje się ludziom dlatego, że oni sami albo ich przodkowie na nią zasłużyli. Zatem być może nie żyli w zgodzie z ustalonymi zasadami społecznymi lub popełnili jakiś straszliwy czyn. Tego typu myślenie o ludziach z obniżoną sprawnością niewątpliwie może wywoływać poczucie zagrożenia u zdrowych członków społeczeństwa (Domachowski, 2002).

Można się zastanowić, jak w związku z tym kształtuje się stosunek do kogoś, kto zwykle odbiega wyglądem i/lub zachowaniem od przyjętych w danym społeczeństwie norm, kto przejawia wiele ograniczeń, kto jest oceniany przez pryzmat uprzedzeń, stereotypów społecznych, wynikających z braku wiedzy czy tolerancji dla inności? Jak może przebiegać proces nawiązywania relacji z kimś o odmiennych potrzebach, celach życiowych, z kimś kto może zagrażać naszym dążeniom czy wartościom? Z pewnością nie jest łatwo. Szczególnie, gdy zamiast dodatnich emocji często pojawiają się te, o charakterze ujemnym, będące podstawą do zaistnienia dyskryminacji zarówno osób niepełnosprawnych, jak i ich rodzin.

Společno-kulturowe uwarunkowania postaw wobec osób niepełnosprawnych

Do czynników o charakterze społeczno-kulturowym determinujących postawy wobec niepełnosprawności można zaliczyć wpływ kultury (czynniki religijno-kulturowe i czynniki kulturowo-obyczajowe) oraz wpływ podstawowych grup społecznych (grupa rodzinna). Istotna jest świadomość, iż żyjąc w społeczeństwie człowiek tworzy kulturę i jednocześnie podlega jej oddziaływaniom oraz że istnieją wzajemne związki pomiędzy sferą kultury a środowiskiem rodzinnym.

Rozpatrując wpływ czynników związanych z kulturą na relacje z osobami niepełnosprawnymi zakłada się, iż każdy człowiek przynależy do określonego narodu, klasy lub warstwy społecznej. Każda z tych społeczności posiada swoją kulturę, w której skład wchodzi pewnego rodzaju twierdzenia dotyczące rzeczywistości – naukowo sprawdzone lub wierzenia i mity – oraz ideologie, normy społeczne, style zachowania, wzory osobowe itp. Wszystkie te elementy kultury wpływają na postawy jej uczestników. Zatem tworząc własną postawę, jednostka bazuje w mniejszym

lub większym stopniu na wartościach społecznych, które stanowią podstawowy budulec kształtowania się postawy (Mądrzycki, 1997).

W kontekście poruszanej w tym opracowaniu problematyki na uwagę zasługują dwa aspekty **wpływu społeczno-kulturowego** na kształtowanie stosunku do zjawiska niepełnosprawności, tj. czynniki religijno-kulturowe oraz kulturowo-obyczajowe.

Omawiając uwarunkowania określane **religijno-kulturowymi**, można zauważyć, że obok dominujących pozytywnych postaw tolerancji czy akceptacji wobec zjawiska niepełnosprawności (np. chrześcijaństwo głosi ideę miłości wszystkich ludzi, a w Nowym Testamencie Ewangelisci opisują szczególne przejawy miłości Pana Jezusa do „maluczkich”, czyli chorych, upośledzonych, ubogich, prostaczków. Wiele z tych osób doznaje uzdrowienia dzięki Jezusowi. W obecnych czasach przykładem niezwykłego umiłowania ludzi chorych i upośledzonych jest nauczanie i działalność Jana Pawła II, który podkreślał niezaprzeczną godność tych osób.) występują także ustosunkowania o charakterze negatywnym (np. fakt, że w religii żydowskiej choroba i kalectwo uważane są za karę Boga).

Reasumując wcześniejsze rozważania można stwierdzić, że niektóre teksty przyczyniają się do kreowania współczesnej niechęci względem osób chorych i kalekich. Jednocześnie należy pamiętać, iż to właśnie wiele instytucji religijnych już w Średniowieczu podjęło się prowadzenia przytułków dla chorych i bezdomnych ludzi, organizowało szpitale, placówki hospicyjne itp.

Jak wynika z przeglądu literatury, w obszarze **kulturowo-obyczajowych uwarunkowań postaw wobec osób niepełnosprawnych** można zauważyć występowanie szeregu zróżnicowanych reakcji oraz wzorców zachowań wobec kalectwa. Analiza okresu wspólnot plemiennych i Starożytności pozwala zauważyć brak przejawiania postaw akceptacji dla osób z naruszoną sprawnością, wynikający głównie z przyjętych zasad oraz dążenia do ukształtowania zdrowego i silnego społeczeństwa. W tym celu dokonywano selekcji i eliminacji słabych jednostek. Dzieci słabe i chore wyrzucano do lasów (Grecja), zrzucano z gór (Sparta – Góra Tajgetos) czy topiono w rzekach (Egipt) (Lipkowski, 1981).

Ponadto uważa się, że najsilniejszy wpływ na kulturę i obyczajowość poprzez literaturę i sztukę mają wzory kultury greckiej. Grecy gloryfikowali fizyczne piękno, zaś deformacje ciała utożsamiali z ułomnościami duszy. Takie podejście stanowi wyraz uprzedzeń wobec kalectwa i jednocześnie jest źródłem ich utrwalenia oraz przekazania kolejnym pokoleniom (Chodkowska, 1994).

Negatywne nastawienie wobec zjawiska niepełnosprawności utrzymywało się przez długi okres. Dopiero w pierwszych wiekach naszej ery pojawił się zwrot w postawach społecznych wobec osób niepełnosprawnych. Przyczyniły się do tego pierwsze prace z zakresu wiedzy i leczenia niewidomych oraz wpływy chrześcijaństwa. Stoicy bowiem zakładali, że wszyscy ludzie są równi, zaś jedynym dobrem jest cnota. Można więc być tylko dobrym, albo złym. Bogactwo, uroda, stanowisko społeczne, czy nawet zdrowie są wartościami obojętnymi (Chodkowska, 1994; Sękowska, 2001).

Chrześcijaństwo wprowadziło pojęcie litości, a jednocześnie lęku przed osobami z niepełną sprawnością. Wówczas rozpowszechniona została idea niesienia

pomocy przewlekłe chorym poprzez charytatywną działalność Kościoła oraz innych instytucji powołanych do tego celu. W kolejnych stuleciach nie obserwowano znaczących zmian w zakresie postaw społecznych wobec niepełnosprawnych. Postaciami, które istotnie przyczyniły się do zmiany perspektywy, w której dotychczas ujmowano osoby przewlekłe chore, i tym samym były pionierami szczegółowych badań w tym zakresie oraz integracji, byli Jan Amos Komeński i John Lock. Propagowali oni poglądy mówiące o „normalnym traktowaniu” osób niepełnosprawnych, a za główny cel postavili sobie ich nauczanie (Lipkowski, 1981).

Ostatnim z wymienionych społecznych uwarunkowań postaw wobec niepełnosprawności i osób niepełnosprawnych, obok wpływu kultury, jest wpływ podstawowych grup społecznych (Mądrzycki, 1997; Chodkowska, 1994).

Dla zdecydowanej większości ludzi, poza wyjątkami wychowującymi się w domach dziecka, rodzina stanowi prymarne środowisko rozwoju. Silny wpływ rodziców na dziecko wynika stąd, iż są oni pierwszymi osobami oddziałującymi na jego psychikę, która w okresie wczesnego dzieciństwa charakteryzuje się dużą plastycznością (Mądrzycki, 1997). Rodzice są na ogół pierwszymi wychowawcami, pokazującymi dziecku świat oraz kształtującymi jego stosunek do rzeczywistości. Oddziaływanie rodziców na „ego” dziecka przejawia się w ocenie, wartościowaniu i etykietowaniu jego zachowań. Matka i ojciec są dla dziecka „modelami”, które dostarczają wzorców osobowych i jednocześnie oczekują od niego zachowań społecznie aprobowanych. Zatem niezwykle ważne w kształtowaniu postaw wobec niepełnosprawności u dzieci są przekonania i zachowania rodziców wobec osób z niepełnosprawnością (Pecyna, 2000).

Warto zaznaczyć, że proces wychowania w środowisku rodzinnym ma charakter zarówno naturalny – oddziaływania na dziecko odbywają się najwcześniej, najczęściej, najdłużej i w sposób ciągły, w sytuacjach życia codziennego – jak i intencjonalny. Często bowiem proces wychowania staje się także w pełni świadomą i planową działalnością, ukierunkowaną na realizację określonych celów. Zatem nie tylko świadomie przekazywane przez rodziców treści, lecz także ich autentyczne zachowania w konkretnych sytuacjach społecznych kształtują postawy wobec inności u młodego pokolenia (Rostowska, 2002).

W trakcie rozwoju wspólnota rodzinna kształtuje własny system przekonań na temat otaczającego świata, a jednym z ważniejszych elementów tego poglądu jest system wartości dotyczący zdrowia i choroby. Wpływa on na tworzenie się postaw i działań związanych z podejmowaniem zachowań zdrowotnych, funkcjonowaniem w roli chorego, postaw wobec niepełnosprawności. Podkreśla się, że najwcześniej w rodzinie odbywa się przekaz wiedzy medycznej. Nie jest on jednak w pełni wolny od zniekształceń. W każdym bowiem środowisku społecznym istnieją pewne normy, zwyczaje, przekonania, wierzenia religijne, stereotypy społeczne czy praktyki wychowawcze, które często są uprzedzeniami i bezpośrednio wpływają na kształtowanie się postaw (Salomon, 2002).

We współczesnych czasach rodzina często przekazuje i utrwała silnie zakorzenione stereotypy związane z chorobami i niepełnosprawnością. Przykładem tego stwierdzenia może być sytuacja, w której rodzic powtarza sformułowanie typu „nie

Katarzyna Walęcka-Matyja

patrz ciągle w ten telewizor, bo oślepniesz, albo nie siedź krzywo, bo będziesz garbaty". Efektem tego typu sformułowań może być utrwalenie stereotypu wiążącego niepełnosprawność z zasłużoną winą.

W rodzinach, w których dorośli członkowie są nastawieni na samodoskonalenie w zakresie sprawności psychicznych, w których szczególnie ważną sferę stanowi atrakcyjność fizyczna, dziecko może wykształcić w sobie przekonanie o małej wartości człowieka cechującego się niepełnosprawnością.

Jednocześnie w rodzinach rzadko przekazywana jest wiedza o rzeczywistych przyczynach oraz przejawach niepełnosprawności. Zwykle nie jest to temat często poruszany, bowiem rodzice starannie chronią swoje zdrowe potomstwo przed kontaktami z chorymi przewlekłe rówieśnikami, bądź nie są kompetentni w zakresie wiedzy medycznej (Chodkowska, 1994).

Obszarem życia rodziny, który należałoby objąć pomocą psychologiczną, jest sfera komunikacji dotycząca problematyki chorób przewlekłych, niepełnosprawności a także śmierci. Okazuje się bowiem, że kontakt młodego pokolenia z osobami znaczącymi (rodzicami), mającymi racjonalne, pozytywne podejście do zjawiska niepełnosprawności, prowadzi do powielania dobrych wzorców, modelujących podobne zachowania (Tobiasz-Adamczyk, 2000).

Stale trzeba mieć na uwadze, że stan i funkcjonowanie całego społeczeństwa zależy od stanu zdrowia budujących je rodzin. Chcąc podejmować skuteczne działania o charakterze zarówno prospołecznym, jaki i prozdrowotnym, należy pamiętać o tym, by najpierw zmobilizować wszelkie siły, tkwiące w podstawowej mikrostrukturze zdrowotnej, jaką jest rodzina.

Podsumowanie

W świetle dokonanego przeglądu literatury obejmującej problematykę niepełnosprawności i postaw z nią związanych, okazuje się, że istnieje wiele czynników, które już od wczesnego dzieciństwa wpływają na kształtowanie się stosunku do niepełnosprawności.

Możliwość wpływania na postawy społeczne istnieje już na najwcześniejszych etapach rozwoju człowieka. Efekt końcowy tych oddziaływań będzie zależał od tego, w jakim stopniu proces kształtowania postaw będzie świadomie kontrolowany przez działania wychowawcze, a na ile będzie on rezultatem niezamierzonych i niekontrolowanych oddziaływań socjalizacyjnych.

Pozytywistyczny optymizm większości autorów kilkadziesiąt lat temu w sposób zatrważający zweryfikowały zjawiska eutanazji niepełnosprawnych (zwłaszcza psychicznie) w Trzeciej Rzeszy. Cywilizacyjnie przodujące społeczeństwo europejskie nie tylko przyjęło antyhumanitarne akty prawne, lecz także z właściwą sobie sprawnością jego aparat państwowy je realizował.

Należy też wskazać, że wykształcenie i pozytywne wzorce środowiskowe nie zawsze gwarantują w codzienności rodzinnej czy zawodowej humanitarne postawy wobec niepełnosprawności. Znany jest np. problem wykorzystywania przez niektórych przedsiębiorców niepełnosprawnych w celu uzyskania środków finansowych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Istnieje ogromne pole badań i poszukiwań dla wielu nauk w zakresie ustalania najistotniejszych czynników determinujących postawy wobec osób z niepełnosprawnością i ich rodzin. Choć opracowanie to nie wyczerpuje całości zagadnień dotyczących różnorodnych uwarunkowań postaw wobec niepełnosprawności i osób niepełnosprawnych, to z pewnością stanowi próbę syntezy oraz usystematyzowania treści z tego obszaru naukowego.

Bibliografia

- Chodkowska, M. (1994). Kulturowe uwarunkowania postaw wobec inwalidztwa oraz osób niepełnosprawnych. Ciągłości i możliwości zmiany. W: M. Chodkowska (red.), *Człowiek niepełnosprawny. Problemy autorealizacji i społecznego funkcjonowania*. (s. 111–126). Lublin, Wydawnictwo UMCS.
- Domachowski, W. (2002). *Przewodnik po psychologii społecznej*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Dykcik, W. (2001). *Pedagogika specjalna*. Poznań, Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Helgeson, V.S., Taylor, S.E. (1993). Social comparisons and adjustment among cardiac patients. *Journal of Applied Social Psychology*, 23, 1171–1195.
- Klimasiński, K. (1976). Cechy osobowości a postawy wobec inwalidów. *Przegląd Psychologiczny*, 19(1), 71–83.
- Klimasiński, K. (1987). Postawy widzących wobec niewidomych. *Przegląd Tyflogiczny*, 1–2.
- Kościelska, M. (1995). *Oblicza upośledzenia*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kowalik, S. (2007). *Psychologia rehabilitacji*. Warszawa, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Larkowa, H. (1985). *Postawy otoczenia wobec osób niepełnosprawnych*. Częstochowa, WSP.
- Larkowa, H. (1987). *Człowiek niepełnosprawny – problemy psychologiczne*. Warszawa, PWN.
- Lerner, M.J. (1980). *The belief in a just world: A fundamental delusion*. New York, Plenum Press.
- Lipkowski, O. (1981). *Pedagogika specjalna*. Warszawa, PWN.
- Mandal, E. (2006). Osobowość kobiet i mężczyzn: różnice generacyjne i rozwojowe. *Psychologia Rozwojowa*, 10(2), s. 23–34.
- Mądrzycki, T. (1997). *Psychologiczne prawidłowości kształtowania się postaw*. Warszawa, WSiP.
- Muszyńska, E. (1998). Wychowanie chłopców, wychowanie dziewczynek. *Charaktery*, 1, 22–24.
- Myers, D.G. (2003). *Psychologia społeczna*. Poznań, Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Ostrowska, A. (1994). *Niepełnosprawni w społeczeństwie*. Warszawa, IFiS PAN.
- Ostrowska, A., Sikora, J., Gąciarz, B. (2001). *Osoby niepełnosprawne w Polsce w latach dziewięćdziesiątych*. Warszawa, IFiS PAN.
- Pachnowska, B. (1995). Samowiedza a porównania społeczne. W: M. Dąbek (red.), *Perspektywy rozwoju psychologii w Uniwersytecie Wrocławskim. Preferencje i różnicowanie podejść badawczych. Prace Psychologiczne*, XXXVIII. Wrocław, Wydawnictwo UWr.
- Pecyna, B. (2000). *Dziecko i jego choroba*. Warszawa, Wydawnictwo Akademickie ŻAK.
- Rostowska, T. (2002). Psychologiczne aspekty edukacyjnej funkcji rodziny. W: T. Rostowska, J. Rostowski (red.), *Rodzina, rozwój, praca. Wybrane zagadnienia*. (s. 83–89). Łódź, Wydawnictwo WSi.
- Salomon, P. (2002). *Psychologia w medycynie*. Gdańsk, GWP.
- Sekułowicz, M. (2000). *Matki dzieci niepełnosprawnych wobec problemów życiowych*. Wrocław, Wydawnictwo UWr.
- Sękowska, Z. (2001). *Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej*. Warszawa, WSPS.
- Sękowski, A. (1994). *Psychospołeczne determinanty postaw wobec inwalidów*. Lublin, Wydawnictwo UMCS.
- Szczepankowska, B., Mikulski, J. (1999). *Osoby niepełnosprawne w środowisku lokalnym. Wyrównywanie szans*. Warszawa, CBRRON.

Katarzyna Wałęcka-Matyja

- Tobiasz-Adamczyk, B. (2000). *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*. Kraków, Wydawnictwo UJ.
- Weiss, M., Zembaty, A. (1983). *Fizjoterapia*. Warszawa, PZWL.
- Witkowska, B. (2001) Osobowościowe uwarunkowania postaw wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. *Przegląd Psychologiczny*, 44(2), 239–254.
- Witkowski, T. (1993). *Rozumieć problemy osób niepełnosprawnych*. Warszawa, M.B.D.O.
- Wood, J.V., Taylor, S.E., Lichtman, R.R. (1985). Social comparison in adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 1169–1183.

Netografia

- http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_osoby_niepełnosprawne_oraz_ich_gospodarstwa_domowe_2002_cz_1_osoby_niepełnosprawne.pdf.
- http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2007/K_169_07.PDF.
- www.wikipedia.org/wiki/Niepełnosprawność.
- <http://sjp.pwn.pl/słownik>.

Streszczenie

W artykule, mającym charakter przeglądowy, omówiono główne determinanty postaw wobec osób niepełnosprawnych oraz ich rodzin. Pierwszą część opracowania stanowi wprowadzenie do problematyki niepełnosprawności. Autorka przedstawia skalę występowania oraz najczęściej wymieniane postawy wobec zjawiska niepełnosprawności, omawia aktualne rozumienie terminu *niepełnosprawność* oraz wskazuje na rodzaje niepełnosprawności. Druga część pracy prezentuje czynniki mające wpływ na kształtowanie się postaw wobec osób niepełnosprawnych. Rozpatrując psychologiczne uwarunkowania postaw wobec osób niepełnosprawnych, omówiono je w świetle modelowego ujęcia relacji interpersonalnej. Istotne znaczenie dla jakości relacji międzyludzkiej mają tu: cechy człowieka, dokonywane porównania społeczne oraz ocena roli danej osoby. W kategorii czynników o charakterze społeczno-kulturowym skoncentrowano się na roli kultury (czynniki religijno-kulturowe i czynniki kulturowo-obyczajowe) oraz oddziaływaniach podstawowej grupy społecznej, jaką stanowi rodzina.

Słowa kluczowe: niepełnosprawność, postawy społeczne, relacje interpersonalne, rodzina.

Abstract

In this review article the author examines the main determinates and attitudes towards the disabled people and their families. The first part of the paper is an introduction in which the author concentrates on the term disability and the types of disabilities. The author presents the occurrence and the scale of the most commonly observed attitudes towards people with disabilities. In the second part of the paper the author demonstrates the factors which form the attitudes towards the disabled people. Considering the psychological attitudes toward the disabled people are discussed them in light of the interpersonal relationships of the model shots. It is important for the quality of interpersonal relations are here: human qualities, made social comparisons and to assess the role of the individual. In the category of factors as socio-cultural focus on the role of culture (religious and cultural factors and cultural and moral factors) and interactions of the basic social group, which constitutes a family.

Key words: disability, social attitudes, interpersonal relationships, family.